

Programmi di copertura sanitaria internazionale Suisse

Richiesta di garanzia di pagamento

Può scaricare ulteriori copie di questo modulo in versione PDF dal nostro sito web: www.allianz-assistance.ch/healthcare

La Richiesta di garanzia di pagamento non deve essere inviata in anticipo in caso di **trattamenti di emergenza**; in questi casi, però, il titolare della polizza, il medico, un familiare o un collega dell'assicurato dovrà informare la compagnia assicurativa in merito all'ingresso in ospedale **entro 48 ore dall'evento**.

Se il **trattamento deve iniziare in meno di 72 ore**, è possibile compilare per telefono il modulo di Richiesta di garanzia di pagamento, chiamando l'Helpline (+353 1 630 1305). Per favore, prima di chiamare si assicuri di avere a disposizione i dati da trasmettere per via telefonica, compresi i recapiti del medico.

La **sezione 1** deve essere compilata dal (o per conto del) paziente.

La **sezione 2** deve essere compilata dal medico.

Per favore, completi il modulo in STAMPATELLO.

Le Richieste di garanzia di pagamento non completamente compilate determinano la necessità, da parte della compagnia assicurativa, di contattare il paziente o il suo medico per conoscere le informazioni mancanti nel modulo inoltrato: ciò potrebbe rallentare l'evasione delle pratiche di garanzia di pagamento. La polizza del paziente deve essere attiva al momento di ricevere il trattamento. La Richiesta di garanzia di pagamento è soggetta ai Termini e alle Condizioni della polizza e alla valutazione, da parte della compagnia assicurativa, dei dati clinici contenuti in ciascun certificato medico ricevuto o ancora da ricevere in merito alla patologia per la quale è necessario il trattamento indicato nel presente documento.

1 DATI DEL PAZIENTE *da compilarsi a cura (o per conto) del paziente*

Numero di polizza

Sig. Sig.ra Sig.na Altro Nome

Cognome

Data di nascita GG / MM / AA

Persona da contattare *(per favore, indichi la persona che la compagnia assicurativa deve contattare in merito all'evasione della presente Richiesta di garanzia di pagamento)*

Nome

Relazione con il paziente (ad esempio, il coniuge/compagno, il genitore o il paziente stesso)

Telefono (Prefisso internazionale) (Prefisso della città)

Telefono cellulare (Prefisso internazionale) (Prefisso del cellulare)

E-mail

Protezione dei dati e rilascio di informazioni mediche

L'utilizzo dei dati personali è essenziale per condurre le operazioni assicurative. Nell'utilizzare i dati personali ottemperiamo alla Legge federale svizzera sulla Protezione dei Dati (LPD). Immagazziniamo i dati, in formato elettronico o fisico, in conformità con tutte le disposizioni di legge applicabili e pertinenti.

Con l'espressione "informazioni personali" ci si riferisce ai dati riservati inviati dall'assicurato per mezzo del modulo di Richiesta di sottoscrizione, delle richieste di rimborso o di garanzia di pagamento e a qualsiasi altra informazione o documentazione richiesta dalla compagnia agli assicurati e relativa ai prodotti o ai servizi della compagnia assicurativa.

Uso: la compagnia ottiene e usa i dati personali dei propri clienti allo scopo di calcolare preventivi, valutare l'opportunità di concedere copertura assicurativa, riscuotere i premi, rimborsare le spese mediche reclamate e per qualsiasi altro proposito direttamente relazionato con l'amministrazione delle polizze, in conformità con l'assicurazione in essere. La compagnia assicurativa potrebbe gestire le informazioni personali attraverso terzi: i terzi, che potrebbero non avere sede all'interno della Comunità Economica Europea (CEE), sono soggetti a contratti di fornitura dei servizi che includono clausole sulla protezione dei dati e sulla riservatezza, in conformità alle normative sulla protezione dei dati personali. Utilizziamo i dati personali anche allo scopo di migliorare i prodotti, così come per finalità interne di marketing. Al fine di poter offrire una copertura assicurativa completa ed economica, i nostri servizi potrebbero venire in parte offerti da aziende terze giuridicamente indipendenti, sia a livello nazionale che internazionale.

Dati sensibili: la compagnia può richiedere agli assicurati di fornire informazioni personali (ad esempio, i dati clinici relativi alla loro salute) per valutare i limiti della copertura da offrire o per gestire le richieste di rimborso.

Divulgazione: la compagnia assicurativa potrebbe in alcuni casi condividere le informazioni personali dell'assicurato con i propri broker, con altre aziende di Allianz Group, con le compagnie riassicuratrici, con altre compagnie assicurative, con le precedenti compagnie assicurative sia a livello nazionale che internazionale, con i fornitori di servizi medici ed infine con eventuali intermediari che agiscano in rappresentanza dell'assicurato. La compagnia assicurativa potrebbe inoltre condividere tali dati sensibili con enti statali o con autorità di regolazione delle quali la compagnia assicurativa è membro o alle cui norme è soggetta. Infine, in alcuni casi speciali, la compagnia di copertura potrebbe ricorrere ad un investigatore privato per indagare sulle circostanze di una richiesta di rimborso da Lei inoltrata.

Se il paziente è un minore, un genitore o il tutore deve firmare e apporre la data a questa sezione.

Firma del paziente _____

Data GG / MM / AA

Il presente documento è una traduzione in italiano dello "Suisse Treatment Guarantee Form" in lingua tedesca. Il testo in tedesco è l'unico originale e con valore legale. Se eventuali discrepanze dovessero emergere tra la versione in italiano e la versione in tedesco, quest'ultima sarà l'unica a dover essere considerata legalmente vincolante. La compagnia assicurativa che sottoscrive la sua assicurazione LCA è AWP P&C S.A., Saint-Ouen (Parigi), succursale di Wallisellen (Svizzera), la succursale svizzera di AWP P&C S.A., Saint-Ouen, Francia, una società per azioni soggetta al codice di regolazione francese del settore assicurativo ("Code des Assurances"). Compagnia registrata in Francia con il numero: 519 490 080 RCS Parigi. La succursale svizzera è registrata a Zurigo con il numero: CHE-115.393.016, all'indirizzo: Hertiistrasse 2, 8304 Wallisellen.

KPT Krankenkasse AG, Wankdorffallee 3, CH-3000 Berna 22, registrata presso l'UFSP con il numero: 376. KPT è l'amministratore dei servizi di polizza all'interno della Svizzera.

AWP Health & Life SA, che opera sul mercato attraverso la sua succursale irlandese, è una società per azioni soggetta al codice di regolazione francese del settore assicurativo ("Code des Assurances"). Compagnia registrata in Francia con il numero: 401 154 679 RCS Bobigny. La succursale irlandese è registrata nel registro ufficiale delle aziende presenti in Irlanda con il numero 907619, all'indirizzo 15 Joyce Way, Park West Business Campus, Nangor Road, Dublino 12, Irlanda. AWP Health & Life SA è la compagnia riassicurativa delle polizze LCA e l'amministratore dei servizi di polizza e del supporto tecnico al di fuori della Svizzera. Allianz Worldwide Care è una ragione sociale registrata di AWP Health & Life SA.

Allianz 

2 DATI DEL TRATTAMENTO *da completarsi a cura del medico*

- Se trattamenti supplementari a quelli indicati nella presente richiesta dovessero rivelarsi necessari per il paziente, la compagnia assicurativa dovrà esserne informata.
- Le fatture devono essere inoltrate alla compagnia assicurativa entro e non oltre 60 giorni dalla dimissione del paziente dall'ospedale, eccetto quando vigano accordi speciali tra l'ospedale e la compagnia assicurativa.

Patologia

Descrizione della patologia e dei sintomi

Causa sottostante (se conosciuta)

In che data la condizione medica è stata diagnosticata per la prima volta? G G / M M / A A

In che data il paziente si è presentato da Lei con la presente condizione medica G G / M M / A A

In che data i sintomi sono stati evidenti al paziente per la prima volta? G G / M M / A A

Diagnosi (se non ancora confermata, indicare la diagnosi provvisoria)

ICD9/10 DSM IV DRG

Per favore, fornisca le seguenti ulteriori informazioni per i casi di maternità:

Data in cui la gravidanza è stata confermata dal medico G G / M M / A A Data del parto prevista o reale G G / M M / A A

Si tratta di una gravidanza semplice (un solo bambino)? Sì No

Se ha risposto negativamente: la gravidanza è il risultato di un trattamento di riproduzione assistita che non sia l'inseminazione artificiale? Sì No

Tipologia di parto

Trattamento

Tipo di trattamento o procedura medica pianificata

Data prevista di ammissione in ospedale G G / M M / A A

Per i trattamenti negli Stati Uniti o nel Regno Unito

Codice CPT Codice CCSD

Descrizione

Costi

Per i trattamenti in Germania (DRG), confermi il prezzo base (Basisfallpreis)

Durata prevista del ricovero notti / giorni (barri l'opzione del caso)

È stato offerto al paziente un pacchetto di prestazioni con un prezzo unico? Sì No

Se ha risposto affermativamente, indichi il prezzo e la valuta

Se ha risposto negativamente, per favore indichi il costo di ciascuna prestazione: Spese di ricovero

Parcella del medico/anestesista

Totale stimato (indichi la valuta)

Dati del medico

Nome dell'ospedale/struttura sanitaria

Indirizzo (incluisci il Paese)

E-mail (obbligatoria)

Telefono (Prefisso internazionale) (Prefisso della città)

Fax (obbligatoria) (Prefisso internazionale) (Prefisso della città)

Medico che ha firmato l'impegnativa

Nome e cognome

E-mail (obbligatoria)

Telefono (incluisci il prefisso internazionale e il prefisso della città)

Fax (obbligatoria, incluisci il prefisso internazionale e il prefisso della città)

Medico curante o responsabile dell'ammissione in ospedale

Nome e cognome

E-mail (obbligatoria)

Telefono (incluisci il prefisso internazionale e il prefisso della città)

Fax (obbligatoria, incluisci il prefisso internazionale e il prefisso della città)

Per favore, firmi e apponga la data ed il suo timbro ufficiale.

Il sottoscritto conferma che tutti i dati nel presente modulo sono accurati, completi e corrispondono a verità.

Firma del dottore _____

Data G G / M M / A A

Timbro ufficiale del medico

Per favore, invii la presente Richiesta di garanzia di pagamento debitamente compilata almeno cinque giorni prima del trattamento. Può inviare il documento nei seguenti modi:

- scansione ed e-mail: medical.services@allianzworldwidecare.com;
- fax: + 353 1 653 1780;
- posta: Ufficio Medico (Medical Services Department), Allianz Worldwide Care, 15 Joyce Way, Park West Business Campus, Nangor Road, Dublino 12, Irlanda.

È responsabilità dell'assicurato conservare copia di tutta la corrispondenza in generale intercorsa con Allianz Worldwide Care: la compagnia declina ogni responsabilità per la corrispondenza che non venga ricevuta per ragioni estranee al proprio controllo.

Per eventuali domande, non esiti a contattare la nostra Helpline al numero: + 353 1 630 1305, oppure tramite e-mail al seguente indirizzo: client.services@allianzworldwidecare.com
La lista aggiornata dei numeri verdi della compagnia è disponibile sul sito web: www.allianzworldwidecare.com/toll-free-numbers