

# Заявление на предоставление Гарантии оплаты медицинских услуг

Пожалуйста, заполните данный формуляр ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ. Для Вашего удобства формуляр (версия в формате PDF) представлен на нашем веб-сайте: [www.allianzworldwidecare.com](http://www.allianzworldwidecare.com)

Является ли данный документ приложением к уже имеющейся Гарантии оплаты медицинских услуг? Да  Нет

Если да, укажите регистрационный номер Гарантии оплаты медицинских услуг

## Информация для пациента

Вам необходимо заполнить разделы 1, 2, 3 и 5, а Ваш лечащий врач должен ответить на все вопросы раздела 4. Незаполнение каких-либо разделов данного документа приведет к задержке гарантировать оплату за лечение, так как нам придется обращаться к Вам или поставщику медицинских услуг за дополнительной информацией.

Страховой полис пациента должен действовать на период лечения. Необходимо учитывать, что Гарантия оплаты предоставляется в соответствии с условиями, указанными в страховом полисе, а также результатами медицинской оценки документации по данному случаю, которая получена или будет получена компанией Allianz Worldwide Care.

## 1 Раздел для пациента

Заполняется полностью самим пациентом (или от его лица).

Номер полиса

Г-н

Г-жа (замужем)

Г-жа (не замужем)

Г-жа (статус неизвестен)

Другое

Имя

Фамилия

Дата рождения

## 2 Контактная информация

Укажите, к кому следует обращаться по поводу настоящей Гарантии оплаты медицинских услуг.

### Контактное лицо 1

ФИО

Отношение к пациенту, например сам пациент, супруг или супруга/партнер, отец или мать

Телефон

Сотовый телефон

Факс

Адрес эл. почты

### Контактное лицо 2 (указывать не обязательно)

ФИО

Отношение к пациенту, например сам пациент, супруг или супруга/партнер, отец или мать

Телефон

Сотовый телефон

Факс

Адрес эл. почты

### 3 Подпись пациента и разрешение на предоставление медицинских данных

Настоящим я даю разрешение моему лечащему врачу, другому специалисту или сотруднику соответствующего медицинского учреждения на предоставление любой необходимой медицинской информации или документации, запрашиваемой компанией Allianz Worldwide Care или ее официальными представителями.

**В случае лечения несовершеннолетнего лица, этот раздел заполняется родителем или опекуном.**

Подпись пациента \_\_\_\_\_ Дата

#### Для поставщика медицинских услуг

Для застрахованных лиц, мы гарантируем (может требоваться одобрение заранее) оплату расходов указанных в этой Гарантии Оплаты при соблюдении следующих условий:

- При необходимости дополнительного лечения необходимо известить об этом компанию Allianz Worldwide Care.
- Медицинское учреждение должно предоставить настоящее заявление на предоставление Гарантии оплаты медицинских услуг и все соответствующие счета компании Allianz Worldwide Care в течение 30 дней с даты выписки пациента.
- Если счета предоставляются через 60 дней после выписки пациента и позже, оплата указанных услуг производится компанией Allianz Worldwide Care по собственному усмотрению.

### 4 Медицинское заключение

Заполняется полностью поставщиком медицинских услуг.

Отметьте галочкой нужную категорию медицинских услуг: Медицинская помощь     Материнство     Психиатрия   
Онкология     Реабилитация

#### Для стационарного/амбулаторного лечения:

Планируемая дата поступления в медицинское учреждение

В случае оказания медицинских услуг на территории Германии (DRG) подтвердите базисную цену (Basisfallpreis) \_\_\_\_\_

Предлагается ли цена за пакет услуг? Да  Нет

Если да, то дайте подробное описание пакета услуг и укажите цену: \_\_\_\_\_

Если нет, укажите предполагаемую стоимость услуг каждой категории, указав также валюту:

Стоимость пребывания в медицинском учреждении \_\_\_\_\_

Стоимость услуг хирурга/другого специалиста \_\_\_\_\_

Стоимость анестезии \_\_\_\_\_

Предполагаемая продолжительность лечения \_\_\_\_\_ ночь(ночей)/день(дней) (ненужное зачеркнуть)

Название больницы/медицинского учреждения \_\_\_\_\_

Адрес (включая страну) \_\_\_\_\_

Телефон  -  - \_\_\_\_\_

Факс  -  - \_\_\_\_\_

Адрес эл. почты \_\_\_\_\_

#### Контактные данные лечащего врача/врача приемного покоя:

Имя \_\_\_\_\_

Телефон  -  - \_\_\_\_\_

Факс  -  - \_\_\_\_\_

Адрес эл. почты \_\_\_\_\_

Дата первичного обращения за медицинской помощью по поводу данного недомогания:

Дата первоначальной постановки данного диагноза:

Предполагаемая дата первоначального обнаружения пациентом симптомов заболевания:

#### Контактные данные направляющего врача:

ФИО \_\_\_\_\_

Телефон  -  - \_\_\_\_\_

Факс  -  - \_\_\_\_\_

Адрес эл. почты \_\_\_\_\_

Дата направления

# Медицинское заключение (Продолжение)

## Диагноз:

Укажите код ICD 9/ICD 10/DSM IV/DRG/другой код диагноза и дайте полное описание.

ICD 9/ICD 10       DSM IV       DRG       Другой код

Описание

Дайте подробное описание получаемого пациентом медикаментозного лечения

## Планируемая процедура/лечение:

В случае оказания медицинских услуг на территории США/Великобритании укажите код(ы) CPT/CCSD и дайте полное описание.

Код(ы) CPT       Код(ы) CCSD

Описание

## Материнство:

Дата подтверждения беременности врачом

Предполагаемая или фактическая дата родов

Ожидается ли рождение одного ребенка? Да  Нет

Если нет, то является ли беременность результатом использования вспомогательной репродуктивной технологии, отличной от искусственного оплодотворения? Да  Нет

Пожалуйста, поставьте подпись и официальную печать.

Подпись врача   
Дата

Официальная печать поставщика  
медицинских услуг

## 5 Законы о защите информации – сбор и использование личных данных

Данный раздел содержит справочную информацию о порядке получения и использования сведений, включающих Ваши личные данные и иные сведения, переданные Вами нашей компании и содержащиеся в анкете или заявлении на страховое возмещение либо в иных документах, а также информацию, полученную нами в связи с предоставляемыми услугами. Allianz Worldwide Care, входящая в состав группы компаний Allianz Group, является компанией по страхованию ущерба, зарегистрированной в Ирландии и имеющей соответствующую лицензию, и обязуется прилагать все необходимые усилия для защиты конфиденциальности полученных сведений.

**Использование информации.** Предоставляемая Вами информация может быть использована в целях страхования (сюда входит проведение процедур андеррайтинга, оформление документов, работа с заявлениями на страховые возмещения, вторичное страхование и предотвращение мошенничества).

**Конфиденциальная информация.** Нам необходимо получить от Вас информацию конфиденциального характера (например сведения о состоянии вашего здоровья и перенесенных заболеваниях) с целью оценки условий предоставляемого Вам страхового плана или произведения выплат по заявлениям на страховое возмещение.

**Хранение информации.** Мы не будем хранить Ваши личные данные дольше, чем это необходимо, и будем использовать их только в целях, для которых они были получены.

**Разрешение на использование информации.** Предоставляя нам свои личные данные, Вы даете согласие на их использование, обработку, раскрытие и хранение в соответствии с приведенными выше условиями.

**Подтверждение.** Подписывая данный документ, Вы подтверждаете свои полномочия действовать от имени членов своей семьи в отношении предоставления нам персональных данных, а также раскрытия этих данных для использования в указанных выше целях, и от имени членов Вашей семьи Вы даете согласие на обработку, раскрытие, использование и хранение касающихся их сведений. В тексте данного раздела, термины "Вы" или "Ваш" подразумевают Вас и членов Вашей семьи.

**Доступ к информации.** В соответствии с Законами о защите информации 1988 и 2003 гг. Вы имеете право на запрос и получение копии хранящихся у нас Ваших личных данных. Для того, чтобы воспользоваться этим правом, Вам необходимо отправить письменный запрос ответственному за защиту данных лицу по почтовому адресу: Data Protection Officer, Allianz Worldwide Care, 18B Beckett Way, Park West Business Campus, Nangor Road, Dublin 12, Ireland, или по адресу электронной почты: client.services@allianzworldwidecare.com. В соответствии с Законами о защите информации Вам необходимо уплатить компании Allianz Worldwide Care сбор в размере 6,35 евро.

**В случае лечения несовершеннолетнего лица, этот раздел заполняется родителем или опекуном.**

Подпись пациента  Дата

Компания Allianz Worldwide Care заботится о сохранении конфиденциальности личных данных застрахованных лиц и пациентов. Компания Allianz Worldwide Care полностью соблюдает европейские законы о защите данных и международные требования по сохранению конфиденциальности информации медицинского характера. Вы имеете право на получение доступа к хранящимся Вашим личным данным. Вы также имеете право требовать изменения или удаления любой неточной или устаревшей информации.

**Просим выслать нам заявление на предоставление Гарантии оплаты медицинских услуг как минимум за 5 рабочих дней до начала лечения.**

- В отсканированном виде по электронному адресу: [medical.services@allianzworldwidecare.com](mailto:medical.services@allianzworldwidecare.com),
- по факсу: + 353 1 653 1780, а также по почте
- по адресу: Medical Services Department, Allianz Worldwide Care, 18B Beckett Way, Park West Business Campus, Nangor Road, Dublin 12, Ireland

Заявление на предоставление Гарантии оплаты медицинских услуг не высылается заранее до начала лечения в случае оказания **неотложной медицинской помощи**, однако в этом случае Вы, Ваш лечащий врач или кто-либо из Ваших близких или сотрудников должны сообщить нам о Вашей госпитализации **в течение 48 часов**.

Обращаем Ваше внимание на то, что заявления на предоставление Гарантии оплаты медицинских услуг принимаются справочной службой по телефону, если лечение должно быть предоставлено **в течение ближайших 72 часов**. Просим Вас подготовить для сообщения по телефону максимум необходимой информации, а также контактные данные Вашего лечащего врача.

При возникновении вопросов, обращайтесь в нашу справочную службу

по телефону + 353 1 630 1301 или электронной почте: [client.services@allianzworldwidecare.com](mailto:client.services@allianzworldwidecare.com).  
Обновленный список бесплатных телефонных номеров представлен на нашем веб-сайте:  
[www.allianzworldwidecare.com/toll-free-numbers](http://www.allianzworldwidecare.com/toll-free-numbers)