

Заявление на страховое возмещение (Claim Form)

Пожалуйста, заполните данный формуляр ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ. Для Вашего удобства формуляр (в формате PDF) представлен на нашем Интернет сайте: www.internmc.ru

1 Сведения об основном страхователе

Номер страхового полиса

Имя

Фамилия

Дата рождения

Почтовый адрес

Если указанный адрес является новым адресом, следует ли в дальнейшем присылать всю почту на этот адрес? Да Нет

Телефон КОД СТРАНЫ — КОД ГОРОДА —

Мобильный телефон КОД СТРАНЫ — КОД ГОРОДА —

Адрес электронной почты

2 Сведения о пациенте (если это лицо, иное чем основной страхователь)

Имя

Фамилия

Дата рождения Пол: мужской женский

3 Информация об оплате

Вариант 1: возмещение расходов напрямую медицинскому заведению (например, больнице или врачу-специалисту) * (указанные внизу банковские реквизиты для этого варианта не требуются)

Вариант 2: возмещение расходов основному страхователю

Предпочтительный способ оплаты: Чек ** Банковский перевод ***

Пожалуйста, укажите, в какой валюте необходимо возместить расходы (убедитесь, что Ваш счет поддерживает выбранную валюту)

Имя владельца банковского счета (как указано в балансе счета, например, Иван Кличко)

Номер счета

IBAN (если необходимо) ****

Код отделения/Sort-код Свифт / БИК ****

Название банка

Адрес банка

Если Вам известно о какой-нибудь дополнительной информации, которая необходима для международного перевода средств в Вашу страну (например, код Агентства, идентификационный номер налогоплательщика и др.), пожалуйста, напишите ниже:

Свифт-код промежуточного банка (если необходимо)

* если Вы ещё не заплатили медицинскому заведению

** чеки, по которым происходит оплата основному страхователю, высылаются по адресу, указанному в пункте 1

*** при банковском переводе просьба указать все необходимые банковские реквизиты.

**** если Ваш банк находится на территории государства ЕС или в Вашей стране необходим SWIFT-код (например, Саудовская Аравия, Ангола, Тунезия, Турция), просьба указать как Ваш IBAN-номер, так и SWIFT/БИК-код для гарантированного перевода Вашей компенсации.

4 Подробное описание медицинских услуг

Пожалуйста, заполните полностью таблицу, указав информацию по каждому счету/квитанции. Обратите внимание, что в случае если оплата производится в Китае, счет FaPiao должен содержать данные по всем заявлениям на страховое возмещение. Если в ваш счет/квитанцию не включены сведения о диагнозе/состоянии здоровья, обязательно предоставьте нам указанную ниже информацию. Если в приведенной ниже таблице не достаточно места, представьте подробные сведения на отдельной странице.

Описание расходов/лечения	Диагноз/состояние здоровья	Название компании, предоставляющей услуги	Сумма и валюта	Счет уже был оплачен Вами?
				Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>
				Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>
				Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>
				Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>
				Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>
				Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>
				Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>
				Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>
				Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>
				Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>
				Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>
				Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>
				Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>
				Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>
				Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>
				Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>
				Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>
				Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>
				Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>
				Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>

В какой стране проходило лечение? _____

Ваше обращение за лечением обусловлено несчастным случаем, заболеванием/ущербом для здоровья на работе? Да Нет

Если да, опишите подробности: _____

Вы застрахованы ещё где-либо, например, по договору автострахования, согласно которому для Вас предусмотрена страховая защита в связи с этим несчастным случаем/ущербом для здоровья? Да Нет

Если да, укажите название страховой компании и номер Вашего страхового полиса: _____

Вы находитесь в настоящее время в правовых отношениях с третьими лицами, включая страховую компанию, чтобы получить компенсацию по данному несчастному случаю/ущербу для здоровья? Да Нет

Если да, просьба сообщить подробности о задействованных третьих лицах: _____

Пункты 5 и 6 должен заполнить лечащий врач, если полученные документы (например, счёт) не содержат эту информацию.

5 Информация о поставщике медицинских услуг

Имя врача/специалиста _____
Квалификация/Лицензия _____
Название больницы/клиники _____
Адрес _____
Телефон _____
Факс _____
E-Mail _____

Только для заявлений на страховое возмещение расходов на физиотерапию/психотерапию. Информация об обращении к врачу:

Имя лечащего врача/специалиста _____
Телефон _____
Дата обращения _____

6 Медицинские данные

Укажите тип течения болезни: Острое Хроническое Хроническое течение с периодическим обострением

Укажите информацию о состоянии здоровья пациента, в результате которого ему требуется медицинское лечение, включая код ICD/DSM-IV

Укажите дату первого обращения пациента к Вам с жалобой на данные симптомы? _____

Как долго указанные симптомы наблюдались пациентом до обращения к врачу? _____

Это заболевание уже наблюдалось у пациента ранее? Да Нет Если да, то когда _____

Ранее уже проводилось лечение, связанное с этим заболеванием? Да Нет

Если да, сообщите подробную информацию: _____

Вероятно новое наступление заболевания? Да Нет

Необходимы ли реабилитационные меры? Да Нет

Речь идёт о хроническом заболевании? Да Нет

Необходимы ли долгосрочные наблюдения, посещения врача, обследования, тесты, контроль? Да Нет

Заполнять только при беременности:

Ожидаемая дата родов _____ Речь идёт о беременности одним ребёнком? Да Нет

Если Вы ответили на предыдущий вопрос отрицательно и речь идёт о беременности с несколькими плодами, то эта беременность явилась результатом лечения бесплодия, исключая ЭКО? Да Нет

Если да, укажите подробную информацию: _____

Заполнять только при оказании стоматологических услуг:

Пациент обратился к врачу с острой болью? Да Нет

Пожалуйста, поставьте подпись и официальную печать.

Подпись врача _____
Дата _____

Место для официальной печати
медицинского учреждения

7 Законы о защите информации и предоставление медицинской информации

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. 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.

Я подтверждаю, что, насколько мне известно, данное заявление на страховое возмещение не содержит никакой ложной, вводящей в заблуждение или неполной информации. Я понимаю, что в том случае, если данное заявление на страховое возмещение будет частично или полностью признано мошенническим, договор страхования будет аннулирован со дня обнаружения факта мошенничества с возможным привлечением виновных к ответственности.

Настоящим я разрешаю моему лечащему врачу, другому специалисту или сотруднику соответствующего медицинского учреждения в случае предъявления требований предоставлять любую необходимую медицинскую информацию или документацию, касающуюся моего лечения, компании Allianz Worldwide Care или её официальным представителям.

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

Подпись пациента _____ Дата [Д | Д] [М | М] [Г | Г]

Заполненное Заявление на страховое возмещение с приложенными оригиналами счетов, после получения медицинских услуг высылается на:

E-Mail адрес: claims@allianzworldwidecare.com
Номер факса: + 353 1 645 4033
Почтовый адрес: Allianz Worldwide Care, 18B Beckett Way, Park West Business Campus, Nangor Road, Dublin 12, Ireland

При возникновении вопросов, обращайтесь в нашу справочную службу по телефону + 353 1 630 1302 или по электронной почте: client.services@allianzworldwidecare.com

Список бесплатных телефонных номеров представлен на нашем сайте: www.allianzworldwidecare.com/toll-free-numbers

Важно! Просьба проверить:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Приложены ли оригиналы квитанций, счетов и рецептов. | <input type="checkbox"/> Диагноз был подтверждён и указан либо в Заявлении о возмещении расходов, либо в счёте. |
| <input type="checkbox"/> Заявление о возмещении расходов заполнено полностью. | <input type="checkbox"/> Если у Вас изменились контактные данные, просьба указать это в Заявлении о возмещении расходов. |
| <input type="checkbox"/> Заявление содержит подпись и дату. | |