

แบบฟอร์มการลงทะเบียนผู้อยู่ในความดูแล

ค่าแถลงนี้ต้องกรอกให้ครบถ้วนสมบูรณ์และส่งถึงเราพร้อมกับการเคลมครั้งแรกโดยที่หนึ่งในผู้อยู่ในความดูแลของคุณคือผู้ป่วย

1 พนักงานและข้อมูลของผู้ที่อยู่ในความดูแล

รายละเอียดพนักงาน Apple

ชื่อ	<input type="text"/>
นามสกุล	<input type="text"/>
วันเดือนปีเกิด	<input type="text" value="vv"/> / <input type="text" value="dd"/> / <input type="text" value="pppp"/>

รายละเอียดผู้อยู่ในความดูแล

ชื่อ	<input type="text"/>
นามสกุล	<input type="text"/>
วันเดือนปีเกิด	<input type="text" value="vv"/> / <input type="text" value="dd"/> / <input type="text" value="pppp"/>
ความสัมพันธ์กับพนักงาน	<input type="text"/>

ข้อมูลพนักงาน Apple

หมายเลขกรรมสิทธิ์ส่วนบุคคลของอลิอันซ์*

*จะต้องดำเนินการให้เสร็จสิ้นโดยสมาชิกที่เคยยื่นเคลมหรือการรับประกันการรักษาในอดีตและได้รับหมายเลขกรรมสิทธิ์ส่วนบุคคลของอลิอันซ์

ค่าแถลง

ข้าพเจ้า รับรองว่าข้าพเจ้าเป็นพนักงานของ Apple และกำลังลงทะเบียนในโครงการ

ประกันสุขภาพในท้องถิ่นของ Apple

ด้วยเหตุนี้ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ผู้ที่อยู่ในความดูแลที่กล่าวถึงข้างต้น ได้ลงทะเบียนตามแผนประกันสุขภาพท้องถิ่นของ Apple ด้วย ข้าพเจ้าต้องการให้อลิอันซ์แคร์ ลงทะเบียนเป็นผู้ติดตามภายใต้หมายเลขกรรมสิทธิ์ส่วนบุคคลของอลิอันซ์

ลายเซ็นของผู้อยู่ในความดูแล (หรือลายเซ็นของผู้ปกครองหากเป็นผู้เยาว์)

วันที่ / /

ลายเซ็นพนักงาน

วันที่ / /

2 ประกาศ

เราใส่ใจในการปกป้องข้อมูลส่วนบุคคลของคุณ

ประกาศเกี่ยวกับการคุ้มครองข้อมูลของเราอธิบายว่าเราปกป้องความเป็นส่วนตัวของคุณอย่างไร นี่เป็นประกาศสำคัญที่ระบุว่าเราจะประมวลผลข้อมูลส่วนบุคคลของคุณอย่างไร คุณควรอ่านก่อนที่จะส่งข้อมูลส่วนตัวใดๆ ให้กับเรา หากต้องการอ่านประกาศเกี่ยวกับการคุ้มครองข้อมูล โปรดไปที่ www.allianzcare.com/en/privacy.html

หรือคุณสามารถติดต่อเราได้ + 353 1 630 1301 เพื่อขอสำเนาเอกสารประกาศการคุ้มครองข้อมูลฉบับสมบูรณ์ของเรา หากคุณมีคำถามใดๆ เกี่ยวกับวิธีที่เราใช้ข้อมูลส่วนบุคคลของคุณ คุณสามารถติดต่อเราได้ตลอดเวลาทางอีเมลที่: AP.EU1DataPrivacyOfficer@allianz.com

หากคุณมีคำถามใด ๆ โปรดติดต่อเราทางอีเมลที่: apple.helpline@e.allianz.com

โปรดส่งแบบฟอร์มนี้กลับมาที่ apple.helpline@e.allianz.com