

Formulaire d'entente préalable

Veillez compléter ce formulaire en **LETTRES CAPITALES**.

L'entente préalable n'est pas nécessaire avant des **soins urgents**. Cependant, vous-même, votre médecin, un ayant droit, ou un collègue, devez nous informer de votre hospitalisation dans les **48 heures suivant l'incident**.

Il est possible de remplir le formulaire d'entente préalable par téléphone en appelant notre service d'assistance téléphonique (+353 1 630 1303) si les soins doivent être administrés dans les **72 heures**. Avant d'appeler, veuillez réunir le plus d'informations possible, notamment les coordonnées de votre médecin.

La section 1 doit être complétée en totalité par le(la) patient(e) (ou au nom du(de la) patient(e))

La section 2 doit être complétée en totalité par le médecin

Un formulaire incomplet nous retarderait à autoriser votre traitement dans la mesure où nous serions obligés de revenir vers vous ou le prestataire médical pour plus d'informations.

La police d'assurance du(de la) patient(e) doit être active au moment du traitement. Veuillez noter que la garantie de paiement est soumise aux conditions générales de la police d'assurance, ainsi qu'à notre évaluation des pièces justificatives dont nous avons besoin pour la pathologie en question.

1 Informations sur le(la) patient(e) à remplir par le(la) patient(e) (ou au nom du(de la) patient(e))

Numéro de police	<input type="text"/>
Prénom	<input type="text"/>
Nom de famille	<input type="text"/>
Date de naissance	<input type="text"/> J J / <input type="text"/> M M / <input type="text"/> A A A A

Veillez indiquer le nom de la personne à contacter concernant cette demande d'entente préalable

Nom	<input type="text"/>
Lien avec le(la) patient(e) (par ex. Lui-même/Elle-même, époux(se)/partenaire, parent)	<input type="text"/>
Téléphone	INDICATIF PAYS <input type="text"/> INDICATIF REGIONAL <input type="text"/>
Téléphone portable	INDICATIF PAYS <input type="text"/> INDICATIF REGIONAL <input type="text"/>
E-mail	<input type="text"/>

La protection de vos données personnelles est notre priorité

La manière dont nous protégeons votre vie privée est indiquée dans notre notice sur la protection des données. Il s'agit d'une notice importante qui indique la manière dont nous traitons vos données personnelles. Vous devez la consulter avant de nous transmettre vos données personnelles. Pour consulter notre notice sur la protection des données, rendez-vous sur : www.allianzcare.com/fr/confidentialite-du-site-web.html

Vous pouvez également nous contacter au + 353 1 630 1303 pour obtenir un exemplaire papier de notre notice sur la protection des données. Pour plus d'informations sur la manière dont nous utilisons vos informations personnelles, vous pouvez nous contacter par e-mail à : AP.EU1DataPrivacyOfficer@allianz.com

J'accepte de renoncer à mes droits quant au secret médical ou confidentialité médicale en ce qui concerne tout dossier médical se rapportant à ma pathologie ou mon problème de santé et j'autorise les praticiens, membres de la profession médicale et tout autre établissement médical à communiquer mes dossiers médicaux à Allianz Care, à ses conseillers médicaux ou à ses représentants désignés ou à tout autre tiers expert en cas de litige, sous réserve des restrictions légales applicables.

Si le(la) patient(e) est mineur(e), cette section doit être datée et signée par un parent ou représentant légal.

 Signature du(de la) patient(e)

Date J J / M M / A A A A

Nous avons besoin de votre consentement

Conformément au Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD), nous avons besoin de votre consentement pour pouvoir traiter vos informations médicales et régler vos dépenses médicales. Si vous ne nous avez pas donné votre consentement, rendez-vous sur <https://my.allianzcare.com/myhealth/login>, connectez-vous aux Services numériques MyHealth et cochez les cases appropriées. Vous pouvez également télécharger le formulaire de consentement disponible sur www.allianzcare.com/fr/consent-form. Un formulaire papier est disponible sur demande. Veuillez noter que chaque personne de plus de 18 ans assurée sous cette police doit donner son consentement.

Pour faciliter la mise en place de l'entente préalable, veuillez à nous envoyer toutes les pièces nécessaires :

- Formulaire d'entente préalable dûment complété et signé.
- Attestation de sécurité sociale ou certificat d'assurance locale, indiquant la validité de la couverture et les garanties pour lesquelles vous êtes couvert(e), y compris les plafonds (afin de traiter correctement votre demande, nous devons vérifier si votre assurance locale ou sécurité sociale prend en charge la totalité ou une partie des frais, ou si ceux-ci ne sont pas pris en charge. Dans tous les cas, veuillez nous fournir un certificat prouvant que les frais ne sont pas pris en charge, une explication des garanties, un relevé de compte ou tout autre document utile à cette vérification).
- Tout autre document justificatif appuyant votre demande (coûts du traitement, rapport médical, etc).

Veuillez nous envoyer ce formulaire d'entente préalable dûment complété, accompagné de tous les documents justificatifs, au moins cinq jours ouvrables avant le traitement par e-mail à : apple.help@e.allianz.com

Nous vous recommandons également de garder une copie de toute correspondance échangée avec nous. Nous ne pouvons être tenus responsables pour toute correspondance égarée pour des raisons qui échappent à notre contrôle.

Si vous avez des questions, veuillez nous contacter :

Service d'assistance : +353 1 630 1303 ou par e-mail à : apple.help@e.allianz.com

Pour consulter la liste la plus récente de nos numéros gratuits, rendez-vous sur : www.allianzcare.com/fr/pages/toll-free-numbers.html

Plateforme dédiée aux affiliés : www.allianzcare.com/apple