

Richiesta di garanzia di pagamento

Per favore, compili il presente modulo in **STAMPATELLO**.

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 una persona di fiducia dell'assicurato deve informare la compagnia in merito all'ingresso in ospedale **entro 48 ore dal medesimo**.

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 il maggior numero di informazioni possibili 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

Qualora il presente modulo non venisse compilato in ogni sua parte vi saranno ritardi nell'emissione della garanzia di pagamento, dal momento che potremmo dover contattare il paziente o il suo medico per ottenere le informazioni mancanti.

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 di polizza. È inoltre soggetta alla valutazione da parte nostra di tutta la documentazione necessaria in merito alla patologia per la quale è richiesto il trattamento indicato nel presente modulo.

1 Dati del paziente da compilarsi a cura (o per conto) del paziente

Numero di polizza

Nome

Cognome

Data di nascita

Persona da contattare (per favore, indichi la persona che dobbiamo contattare in merito all'evasione della richiesta di Garanzia di pagamento)

Nome

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

Telefono PREFISSO INTERNAZIONALE PREFISSO DELLA CITTÀ

Telefono cellulare PREFISSO INTERNAZIONALE PREFISSO DEL CELLULARE

E-mail

La protezione dei suoi dati personali è importante per noi

La nostra Informativa sulla Protezione dei Dati spiega come proteggiamo la sua privacy. Si tratta di un importante documento che illustra come elaboriamo i suoi dati personali e che Lei dovrebbe leggere prima di condividere i suoi dati personali con noi. Per prendere visione della nostra Informativa sulla Protezione dei Dati, visiti: www.allianzcare.com/it/privacy.html

In alternativa, può contattarci al numero + 353 1 630 1305 per richiedere una copia cartacea della nostra Informativa sulla Protezione dei Dati completa. Per ogni domanda su come utilizziamo i suoi dati personali, può sempre contattarci tramite e-mail all'indirizzo: AP.EU1DataPrivacyOfficer@allianz.com

Il sottoscritto è d'accordo a rinunciare al suo diritto alla segretezza ed alla riservatezza in riferimento alle informazioni relative alla sua storia clinica e autorizza i suoi medici, specialisti, dentisti, professionisti della salute, dipendenti degli ospedali e dei centri medici a rilasciare informazioni sulla sua persona ad Allianz Care, ai suoi consulenti medici, ai suoi rappresentanti ufficiali e a eventuali terzi che vengano chiamati in qualità di esperti a valutare la sua situazione medica in caso di dispute (condizione soggetta a eventuali restrizioni legali applicabili).

Se il paziente è minore d'età, un genitore o il tutore deve firmare e datare questa sezione.

 Firma del paziente

Data

Abbiamo bisogno del suo consenso

In conformità con il Regolamento europeo in materia di protezione dei dati personali (GDPR), abbiamo bisogno del suo consenso per poter trattare le sue informazioni mediche e pagare le sue spese mediche. Se non ci ha ancora fornito il suo consenso, vada alla pagina <https://my.allianzcare.com/myhealth/login>, acceda ai nostri servizi digitali MyHealth e selezioni i campi richiesti. In alternativa, può scaricare il Modulo di consenso, disponibile alla pagina www.allianzcare.com/it/consent-form. Una copia cartacea è disponibile su richiesta. Noti bene: ogni assicurato coperto dalla sua polizza dai 18 anni in su deve fornire il proprio consenso.

Per facilitare l'evasione della richiesta di pre-autorizzazione, si assicuri di inviare tutta la documentazione necessaria:

- Modulo di Richiesta di garanzia di pagamento, debitamente compilato e firmato.
- Dichiarazione/certificato della sua compagnia assicurativa o dell'ente responsabile del piano di previdenza sociale, che conferma che la copertura è attiva ed elenca le prestazioni ed eventuali massimali (ai fini dell'evasione della sua richiesta dobbiamo verificare se la sua compagnia assicurativa o l'ente di previdenza sociale copre i costi del trattamento, solo parte di essi o non offre alcuna copertura. In tutti questi casi, la preghiamo di allegare la dichiarazione di rifiuto della prestazione, un estratto conto della polizza/delle richieste di rimborso o qualsiasi altro documento che possa agevolare la verifica).
- Eventuali altri documenti a supporto della richiesta (costo del trattamento, relazione medica, ecc.).

**Inoltre il presente modulo debitamente compilato e tutta la documentazione di supporto con almeno cinque giorni di anticipo rispetto al trattamento da ricevere. Il modulo deve essere inviato tramite e-mail all'indirizzo:
apple.helpline@e.allianz.com**

Le consigliamo di conservare copia di tutta la corrispondenza intercorsa con noi, in quanto decliniamo ogni responsabilità per la corrispondenza che non riceviamo per ragioni al di fuori del nostro controllo.

Per eventuali domande, non esiti a contattarci:

Helpline: + 353 1 630 1305, oppure all'indirizzo e-mail: apple.helpline@e.allianz.com

La lista aggiornata dei numeri verdi della compagnia è disponibile sul sito web: www.allianzcare.com/it/pages/toll-free-numbers.html

Portale per gli assicurati: www.allianzcare.com/apple