

치료 보장 양식

본 양식은 블록체 대문자로 작성해주시요.

응급 치료에 앞서 치료 보장을 요구하지 않습니다. 하지만 귀하, 귀하의 의사, 부양가족 중 한 명, 혹은 동료 중 한 명이 귀하의 입원을 **48시간 이내**에 당사에 반드시 고지해야 합니다.

만약 치료가 72시간 이내에 이루어질 예정이라면 당사의 상담 전화(+ 353 1 630 1301)를 통해 전화상으로 치료 보장 세부 사항을 안내할 수 있습니다. 전화하실 때 귀하의 담당 의사의 연락처를 포함하여 가능한 한 많은 정보를 알려주시요.

섹션 1 은 환자가 (혹은 환자의 대리인이) 모두 작성해야 합니다

섹션 2 는 의사가 모두 작성해야 합니다

본 양식을 모두 작성하지 않으면 추가 정보를 얻기 위해 귀하나 의료제공자에게 당사가 연락해야 할 수 있기 때문에 귀하의 치료를 보장하는 일이 지체됩니다.

환자의 보험 증권은 치료 시에 시행되어야 합니다.

지급 보증은 보험 증권 약관의 적용 대상임을 유의하십시오. 또한 의료 조건과 관련하여 필요한 모든 관련 문서의 평가 대상입니다.

1 환자 세부 사항 환자가 (혹은 환자의 대리인이) 모두 작성해야 합니다.

보험 증권 번호	<input type="text"/>
이름	<input type="text"/>
성씨	<input type="text"/>
생년월일	<input type="text"/>

연락할 사람 치료 보장 요청 절차에 대해 당사가 문의할 사람을 명시해주시요

이름	<input type="text"/>
환자와의 관계 (예시 본인, 배우자/파트너, 부모)	<input type="text"/>
전화번호	국가 코드 <input type="text"/> 지역 코드 <input type="text"/>
휴대폰 번호	국가 코드 <input type="text"/> 네트워크 코드 <input type="text"/>
이메일	<input type="text"/>


당사는 귀하의 개인 정보 보호를 소중하게 생각합니다

당사의 데이터 보호 안내를 보면 당사가 귀하의 개인 정보를 어떻게 보호하는지 아실 수 있습니다. 이것은 당사가 귀하의 개인 정보를 어떻게 처리할지 보여주는 중요한 안내입니다. 당사에 개인 정보를 제출하기 이전에 반드시 읽어주시요. 당사의 데이터 보호 안내를 읽으려면 다음을 방문해주시요. www.allianzcare.com/en/privacy.html

혹은 + 353 1 630 1301로 연락하여 당사의 데이터 보호 안내의 전체 서류 사본을 요청하실 수도 있습니다. 당사가 귀하의 개인 정보를 어떻게 이용하고 있는지 문의하고 싶으시면, 언제든지 다음 주소로 이메일을 보내실 수 있습니다. AP.EU1DataPrivacyOfficer@allianz.com

본인은 본인의 의료 정보에 관하여 가질 수 있는 의료 기밀/비밀에 대한 모든 권리를 포기하는 것에 동의하며 Allianz Care, Allianz Care의 의사, 혹은 Allianz Care가 지명한 대표자가 요청할 경우 혹은 분쟁의 경우 적용되는 법적 규제의 대상인 제3자 전문가에게 본인에 대한 관련 의료 정보를 제공할 권한을 본인의 의사, 건강 전문가, 혹은 관련된 다른 의료 기관에 부여합니다.

미성년자가 치료받을 경우, 부모나 보호자가 이 섹션의 날짜와 서명란을 작성해야 합니다.

 부모의 서명

날짜	<input type="text"/>
----	----------------------

귀하의 동의가 필요합니다

일반 데이터 보호 규정(GDPR)에 따라, 당사는 귀하의 의료 정보를 처리하고 의료 비용을 지급하는 데에 귀하의 동의가 필요합니다. 동의한 적이 없다면, <https://my.allianzcare.com/myhealth/login>에 방문하여 MyHealth Digital Services에 로그인하고 필수 필드에 체크해주시요. 혹은, www.allianzcare.com/en/consent-form에서 동의 양식을 다운로드 받으실 수 있습니다. 요청 시 종이 사본도 이용할 수 있습니다. 보험 증권에서 18살이 넘는 모든 멤버는 동의를 제공해야 합니다.

2 치료 세부 사항 의사가 모두 작성해야 합니다

- 추가적인 치료가 필요하다면, Allianz Care에 알려야 합니다.
- 모든 청구서는 환자의 퇴원 후 60일 이내 제출되어야 합니다. 하지만, 당사가 의사와 특별 합의에 동의했다면, 이 합의가 적용됩니다.

건강 상태

건강 상태, 징후 및 증상 설명

근본 원인 (알려진 경우)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

해당 건강 상태가 처음으로 진단된 날짜

D	D	/	M	M	/	Y	Y	Y	Y
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

해당 건강 상태로 처음 방문한 날짜

D	D	/	M	M	/	Y	Y	Y	Y
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

환자에게 처음으로 증상이 나타난 날짜가 언제입니까?

D	D	/	M	M	/	Y	Y	Y	Y
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

진단 (알려지지 않은 경우, 잠정 진단을 기재해주시요)

ICD9/10

--	--	--	--	--	--	--	--

 DSM-IV

--	--	--	--	--	--	--	--

 DRG

--	--	--	--	--	--	--	--

치료

계획된 절차/치료

계획된 입원 일자

--	--	--	--	--	--	--	--

 /

--	--	--	--

 /

--	--	--	--	--	--	--	--

영국에서의 치료를 위해

CPT code(s)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 CCSD code(s)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

설명

비용

예상 체류 기간

--	--	--	--

 박 /일 (적절한 곳에 체크하십시오)

패키지 비용이 제공됩니까? 예 아니오

예라면, 통화를 포함하여 비용을 기재해주시요

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

아니오라면, 예상 비용의 명세서를 제공해주시요:

병원 입원비		의사/마취과 의사 진찰료		통화를 포함한 전체 예상 비용	
--------	--	---------------	--	------------------	--

의사 세부 사항

병원/기관 이름

주소 (국가 포함)

이메일 주소(필수)

전화번호 (국가 코드 및 지역 코드 포함)

팩스 (필수, 국가 코드 및 지역 코드 포함)

이름

이메일 주소(필수)

전화번호 (국가 코드 및 지역 코드 포함)

팩스 (필수, 국가 코드 및 지역 코드 포함)

추천 의사	주치의/입원 의사

서명하고 날짜를 기재하고 공식 인장으로 인증해주시요.

본 양식에 제공한 모든 세부 사항은 본인이 아는 한, 진실이며 정확하고 완전함을 확인합니다.

의사의 서명

날짜

--	--	--	--	--	--	--	--

 /

--	--	--	--

 /

--	--	--	--	--	--	--	--

의사의 공식 인장

귀하의 사전 승인 요청을 수월하게 하기 위해, 모든 요청 문서를 제출해주시십시오.

- 모두 작성되고 서명된 치료 보장 양식.
- 보장이 유효하고 보장받는 보험금의 한도가 표시된 귀하의 지역 보험 혹은 사회 보장 계획 진술서/증명서(귀하의 요청을 적절히 검토하기 위하여 당사가 귀하의 지역 보험 혹은 사회 보장 계획이 치료 비용을 전부 보장/부분 보장/거부 혹은 거절하는지 확인하는 것이 중요합니다. 모든 경우에 대해, 보험금 거절 진술서/설명서/계정의 보험금지급 청구 진술서 혹은 입증할 수 있는 다른 서류를 당사에 제공해주시십시오).
- 요청을 뒷받침하는 기타 추가 서류(치료 비용, 진료 보고 등).

모두 작성된 치료 보장 양식을 뒷받침하는 서류와 함께 치료 전 최소 5영업일 이내에 다음 중 [Apple.helpline@e.allianz.com](mailto:apple.helpline@e.allianz.com) 으로 이메일을 보내주시십시오.

당사가 합리적으로 통제할 수 없는 어떠한 이유로 인해 당사에 도착하지 못한 서신에 대해 당사는 책임을 질 수 없으므로, 귀하께 당사와 주고받는 모든 서신의 사본을 보관하길 권해드립니다.

문의 사항이 있다면 연락해주시십시오.

전화 상담 : + 353 1 630 1301 혹은 이메일: apple.helpline@e.allianz.com

당사의 최신 수신자 부담 전화번호를 보려면, www.allianzcare.com/en/pages/toll-free-numbers.html에 방문해주시십시오.

전용 멤버 허브: www.allianzcare.com/apple

본 문서는 편의를 위해 번역되었습니다. 원문인 영어본과 번역본에 차이가 있을 경우, 법적 구속력이 있는 것은 영문본임을 알립니다.

아일랜드 지사에서 활동하고 있는 AWP Health & Life SA는 프랑스 보험 코드의 지배를 받는 유한 회사입니다. 프랑스 등록 번호: No. 401 154 679 RCS Bobigny. 아일랜드 지사는 아일랜드 기업 등록 사무소에 등록되어 있으며, 등록 번호는 907619, 주소는 아일랜드 더블린 12 남고로드 파크 웨스트 비즈니스 캠퍼스 15 조이스 웨이입니다. Allianz Partners와 Allianz Care는 AWP Health & Life SA의 등록된 사업명입니다.