

医疗担保申请书

请以正楷字体（英文用大写字母）填写所有相关信息。

紧急治疗不需要预先提交《医疗担保申请书》。但您、您的医生、您的一名家属或同事需要在紧急事件发生后48小时内通知我们入院事宜。

如果治疗将于72小时内发生，并且您已有所需的信息，我们的服务热线（+35316301301）可通过电话登记《医疗担保申请书》的详细信息。通话前请准备好所有信息，包括您的医生的联系方式。

第1 部分必须由患者（或其代表）完整填写。

第2 部分必须由医生完整填写。

若未能完整填写此表单将延误您的医疗担保的进程，因为我们可能需要再次向您或医疗机构了解更多信息。

患者的保险单在治疗期间必须有效。请注意，付款担保受保单条款和条件的限制，并且我们对所有相关文件进行的评估也将影响付款担保的审核。

1 患者信息 由患者（或其代表）完整填写

保单号码

姓

名

出生日期 年 年 / 月 月 / 日 日 日

联系人信息 请说明此《医疗担保申请书》的联系人。

姓名

与患者的关系 (例如: 本人、配偶、父母)

电话 国家/地区代码 区号

移动电话 国家/地区代码 手机号

电子邮件

我们注重保护您的个人隐私

我们的隐私保护声明阐述了我们如何保护您的隐私。该声明描述了我们将如何处理您的个人隐私。在向我们提交您的信息之前，您都应仔细阅读。若想了解我们的隐私保护声明，请访问：www.allianzcare.com/en/privacy.html

或者，您还可以拨打电话+35316301301联系我们，以索取完整的隐私保护声明的纸质版本。若您对我们使用您个人信息有任何疑问，请随时通过电子邮件与我们联系。 AP.EU1DataPrivacyOfficer@allianz.com

本人同意放弃所可能享有的与本人身体状况相关的医疗记录的保密权/隐私权。本人还授权本人的医护人员、医疗保健专业人士、或其他相关医疗机构将本人的医疗情况提供给Allianz Care及其医疗顾问或与此相关任何纠纷的第三方。

如果患者为未成年人，需由父母或监护人在此部分签名并写明日期。

 索赔者签名:

日期 年 年 / 月 月 / 日 日 日

我们需要您的同意

根据欧盟颁布的《一般数据保护条例》（GDPR），我们需您的同意来处理您的医疗信息并支付您的医疗费用。如果您还没有向我们提供您的同意书，请访问<https://my.allianzcare.com/myhealth/login>，登录MyHealth Digital Services，并勾选所需的栏目。或者，您可以从www.allianzcare.com/en/consent-form下载同意书。如您需要，我们也可以提供纸质版。请注意，保单上18岁以上的每个成员都必须提供自己的同意书。

为了方便您的预先批准申请，请确保提交所有需要的文件：

- 请完整填写并签署《医疗担保申请书》
- 您当地的保险或社会保障计划证明，显示保险在有效期内，以及您的保单利益，包括任何限制（为了适当地审查您的请求，我们必须核实您当地的保险或社会保障计划是否完全覆盖、部分覆盖或拒绝赔付治疗费用，在所有这些情况下，请向我们提供拒绝声明、保单福利解释或索赔账号明细或任何其他支持文件）。
- 任何支持您申请的额外文件（治疗费用、医疗报告等）。

请通过以下方式，在治疗开始的5个工作日前将填写完整的《医疗担保申请书》发送给我们：电子邮件：apple.helpline@e.allianz.com

我们建议您保存所有与我们的书信往来的文件副本，对不可控制原因造成的文件遗失我们概不负责。

如果您有任何疑问，请联系我们：

客服热线：+35316301301或电子邮件：apple.helpline@e.allianz.com

如需了解我们最新的免费电话列表，请访问：www.allianzcare.com/toll-free-numbers

专门会员中心：www.allianzcare.com/apple

本文档为英文版的中文译本。本文档的英文版为原始权威版本。如此译本与英文版本之间存在任何歧义，请以英文版本为法律依据和权威版本。

AWP Health & Life SA是一家注册于法国的有限责任公司并受法国保险法规监管，其驻爱尔兰分公司是此保单的保险人。法国注册号：No.401154679RCSBobigny（博比尼）。爱尔兰分公司在爱尔兰登记注册，注册号：907619，地址：15JoyceWay, Park West Business Campus, Nangor Road, Dublin12（都柏林），Ireland（爱尔兰）。Allianz Partner和Allianz Care是AWP Health & Life SA的注册贸易名称