

Tedavi Garantisi Formu

Lütfen, bu formu **BÜYÜK HARFLERLE** doldurunuz.

Tedavi Garantisinin **acil tedavi** öncesinde doldurulması gerekmemektedir. Ancak siz, doktorunuz, tarafınıza bağlı bir hasta veya bir iş arkadaşınızın **olayın gerçekleştiği andan itibaren 48 saat içerisinde** hastaneye kabulünüzü bildirmesi gerekmektedir.

Tedavi 72 saat içerisinde gerçekleştirilecek ise Yardım Hattımız (+353 1 630 1301) telefon üzerinden Tedavi Garantisi bilgilerini alabilmektedir. Lütfen, görüşme gerçekleştirilmeden önce doktorunuzun bilgileri de dahil olmak üzere mümkün olduğunca fazla bilgi edinmeye çalışınız.

1. Bölümün tamamen hasta tarafından (veya hasta adına) doldurulması gerekmektedir.

2. Bölümün tamamen doktor tarafından doldurulması gerekmektedir.

Bu formun tamamen doldurulması, ayrıntılı bilgi için siz veya doktorunuz ile iletişime geçmemiz gerekebileceğinden tedavinize yönelik garantiyi geciktirecektir.

Tedavi sırasında hasta poliçesinin yürürlükte olması gerekmektedir. Lütfen, ödeme garantisinin sigorta poliçesi hüküm ve şartlarına bağlı olduğunu unutmayınız. Ödeme garantisi ayrıca tıbbi durum ile ilgili ihtiyaç duyduğumuz tüm ilgili belgelerin tarafımızca değerlendirilmesine de bağlıdır.

1 Hasta bilgileri tamamen hasta tarafından (veya hasta adına) doldurulacaktır

Poliçe Numarası	<input type="text"/>
Adı	<input type="text"/>
Soyadı	<input type="text"/>
Doğum tarihi	<input type="text"/>

İrtibat kişisi Lütfen, bu Tedavi Garantisi talebi konusunda iletişim kurulmasını istediğiniz kişiyi belirtiniz

Adı	<input type="text"/>
Hastaya yakınlığı (örn. kendisi, eşi/partneri, ebeveyni)	<input type="text"/>
Telefon	ÜLKE KODU <input type="text"/> ALAN KODU <input type="text"/>
Cep telefonu	ÜLKE KODU <input type="text"/> AĞ KODU <input type="text"/>
E-posta	<input type="text"/>

Kişisel verilerinizin korunmasını önemsiyoruz

Tarafımıza ait Veri Koruma Bilgilendirmesi gizliliğinizi nasıl koruduğumuza ilişkin bilgi vermektedir. Bu bilgilendirme kişisel verilerinizi nasıl işlediğimiz konusunda önem arz etmektedir. Tarafımıza herhangi bir kişisel veri sunmadan önce okumanız rica olunur. Veri Koruma Bilgilendirmesini okumak için www.allianzcare.com/en/privacy.html adresini ziyaret edebilirsiniz.

Ayrıca +353 1 630 1301 numaralı telefondan iletişime geçerek Veri Koruma Bilgilendirmesi tam metninin basılı bir kopyasını talep edebilirsiniz. Kişisel verilerinizi nasıl kullandığımıza ilişkin herhangi bir sorunuz olması halinde AP.EU1DataPrivacyOfficer@e.allianz.com adresinden daima bizimle iletişime geçebilirsiniz.

Tıbbi bilgilerim konusunda tıbbi gizliliğe ilişkin haklarımdan feragat ettiğimi kabul ediyorum ve doktor, sağlık uzmanı veya ilgili diğer tıp kurumunun ihtilaf halinde Allianz Care'e, Allianz Care tıbbi danışmanları veya bunların atadığı temsilcilerine veya üçüncü taraf uzman(lar)a geçerli olan yasal kısıtlamalar kapsamında ilgili tıbbi bilgilerimi iletmesi konusunda yetki veriyorum.

Tedavi gören kişinin yaşının küçük olması durumunda bu bölümün bir ebeveyn veya vasi tarafından imzalanması ve tarih atılması gerekmektedir.

 Hastanın imzası

Tarih

Onayınıza ihtiyacımız var

Genel Veri Koruma Mevzuatı (GDPR) kapsamında, tıbbi bilgilerinizi işleyebilmek ve tıbbi harcamalarınızı karşılayabilmek için onayınıza ihtiyacımız bulunmaktadır. Henüz onay vermemiş iseniz lütfen <https://my.allianzcare.com/myhealth/login> adresini ziyaret ederek MyHealth Digital Services uygulamasına giriş yapınız ve gerekli alanları işaretleyiniz. Ayrıca, Onay Formunu www.allianzcare.com/en/consent-form adresinden de indirebilirsiniz. Talep halinde basılı bir nüsha verilebilecektir. Lütfen, poliçede yer alan 18 yaş üstü tüm kişilerin kendi adına onay vermesi gerektiğini unutmayınız.

Ön onay talebinizi hızlandırmak için lütfen tüm gerekli belgeleri ibraz ediniz:

- Tamamen doldurulmuş imzalı Tedavi Garantisi Formu.
- Yerel sigorta veya sosyal sigorta planı beyanı / sigorta kapsamının geçerli olduğunu ve her türlü sınırlama dahil kapsamına dahil olduğunuz hakları gösterir belge (talebinizin uygun şekilde değerlendirilebilmesi için yerel sigorta veya sosyal sigorta planınızın tedavi masraflarını tam veya kısmi olarak karşılığını ya da reddettiği veya geri çevirdiğini teyit edebilmemiz gerekmektedir. Tüm bu durumlarda ret açıklamasını / haklara ilişkin açıklamaları / hesap özeti talebini veya teyit işlemini destekler nitelikte bulunan diğer belgeleri tarafımıza gönderiniz.)
- Talebinizi destekler nitelikte bulunan diğer ek belgeler (tedavi masrafları, doktor raporu vb.).

Lütfen, tamamen doldurulmuş bu Tedavi Garanti Formunu belgelerle e-posta ile apple.help@e.allianz.com

Elimizde olmayan sebeplerle herhangi bir nedenden dolayı tarafımıza ulaşmayan bilgilerden sorumlu olmayacağımız için kurulan iletişimin tüm kopyalarını saklamanızı öneririz.

Herhangi bir sorunuz olması durumunda aşağıdaki adreslerden bize ulaşabilirsiniz:

Yardım Hattı: + 353 1 630 1301 veya e-posta: apple.help@e.allianz.com

Ücretsiz hatlarımıza ait güncel liste için lütfen www.allianzcare.com/en/pages/toll-free-numbers.html adresinizi ziyaret ediniz.

İlgili üye merkezi: www.allianzcare.com/apple

Bu belge yalnızca kolaylık sağlama amacıyla sunulmuş çeviri bir metindir. Çeviri metin ile İngilizce nüshası arasında herhangi bir aykırılık bulunması durumunda İngilizce nüshanın yasal açıdan bağlayıcı olacağını bildiririz.

İrlanda Şubesi aracılığıyla faaliyet gösteren AWP Health & Life SA Fransa Sigorta Kanunu kapsamında işlem görmekte olan bir limitet şirkettir. 401 154 679 numarasıyla RCS Bobigny kapsamında Fransa'da tescil edilmiştir. İrlanda Şubesi 907619 numarasıyla İrlanda Şirket Tescil Ofisi tarafından tescil edilmiş olup 15 Joyce Way, Park West Business Campus, Nangor Road, Dublin 12, İrlanda adresine kayıtlıdır. Allianz Partners ve Allianz Core tescilli birer AWP Health & Life SA ticari unvanıdır.