

Modulo Rimborso Spese

Per aiutarci a fornirvi un servizio veloce ed efficiente vi preghiamo leggere attentamente quanto segue

- La corretta e completa compilazione del presente modulo permette una rapida gestione del vostro rimborso.
- Dovete compilare voi stessi la prima facciata e far compilare al medico che vi ha in cura la seconda.
- Allegate solo ricevute e fatture in originale: fotocopie, ricevute di pagamento con carta di credito, dichiarazioni ecc. non possono essere accettate.
- Se le fatture sono emesse in Germania o in USA, o comunque contengono dettagli relativi alla diagnosi ed alla terapia, non è necessario compilare la seconda facciata di questo modulo,
- Compilare un Modulo per ogni sinistro e/o assicurato
- Si consiglia di farvi copia di ogni documento che inviate per un eventuale uso successivo
- Infine, vi raccomandiamo di compilare attentamente in stampatello il modulo in ogni sua parte e di spedirlo all'indirizzo sotto riportato

Intestatario Polizza

N° di polizza Titolo
Cognome Nome
Indirizzo per la corrispondenza

Telefono (giorno) (notte)
Fax E-mail

Paziente

Titolo Cognome Nome
Data di nascita (gg/mm/aa) / / Il rimborso è conseguente ad un infortunio? Si No

Pagamento

Opzione 1 Pagamento all'Assicurato/Intestatario polizza

Valuta: Valuta della fattura Altra valuta
Metodo di pagamento: Assegno Bonifico (fornire i dettagli della Banca)
Intestatario del conto
N° CC/IBAN ABI/CAB
Codice SWIFT Banca
Indirizzo

Opzione 2 Pagamento diretto alla struttura medica (ospedale, medico specialista, ecc.)

Barrare la casella se il pagamento è stato previamente autorizzato da Allianz Worldwide Care

Dichiarazione e Firma

Dichiaro che, al meglio delle mie conoscenze, questo modulo non contiene informazioni false o incomplete o ingannevoli. Sono al corrente che in caso di dichiarazioni fraudolente in parte o del tutto la polizza sarà invalidata e sarà legalmente perseguibile. Autorizzo il mio medico curante o altri medici e/o strutture sanitarie a fornire le informazioni che Allianz Worldwide Care o persone da essa autorizzate dovessero richiedere.

In caso di minore, il modulo deve essere firmato da un genitore o tutore.

Firma del paziente Data (gg/mm/aa) / /

Da compilare a cura del Medico (in maiuscolo)

Struttura Medica

Nome del medico

Qualifica

Nome dell'ospedale/clinica

Indirizzo

Telefono Fax

E-mail

Informazioni Mediche

Avete ricevuto l'Autorizzazione al Trattamento da parte di Allianz Worldwide Care? Sì No

Quale tipo di intervento avete ottenuto? Programmato D'emergenza

Fornire il dettaglio delle condizioni di salute che hanno richiesto il trattamento, includendovi codici ICD/DSM-IV

Quando il paziente si è rivolto a lei per la prima volta? Data (gg/mm/aa)

Prima di consultare lei a quando risalgono i primi sintomi avvertiti dal paziente? Data (gg/mm/aa)

E' a conoscenza di precedenti cure per la presente patologia o patologie similarui? Sì No

Se sì, la preghiamo di fornirne i dettagli

Sezione riservata alle cure dentali.

Nel momento in cui il paziente si è rivolto a lei, aveva in corso una sintomatologia dolorosa ai denti? Sì No

Firma del medico Data (gg/mm/aa)

TIMBRO