

Acceptation préalable

1. Section réservée à l'Assuré - doit être entièrement complétée par le Souscripteur / le Patient -

Nom _____ Prénom _____ Date de naissance
 jours mois année

Numéro de la police d'assurance

Téléphone *Privé* Téléphone *Professionnel*

Fax *Privé* Fax *Professionnel*

E-mail *Privé* E-mail *Professionnel*

2. Section réservée à l'établissement médical - doit être entièrement complétée par l'établissement médical -

Hôpital / Centre de soins (adresse comprise) _____

Nom du médecin traitant / responsable de l'admission _____

Type d'admission Hospitalisation Consultation externe Dentaire

Diagnostic (Code ICD-10, NGAP, NABM ou description détaillée) _____

Procédure prévue avec justification médicale _____

Pour toute hospitalisation:

1. Date d'admission prévue ____/____/____ 2. Coût estimé _____ 3. Durée estimée de l'hospitalisation _____

3. Information liée à l'assurance – section réservée à Allianz Worldwide Care -

Numéro d'acceptation préalable

Type de chambre _____ Franchise _____

Prestation annuelle maximum _____ Co-paiement exigible _____

Exclusions : Articles ou effets personnels (fleurs, facture de téléphone, repas supplémentaires etc.)

Contribution du patient _____ Contribution d'Allianz Worldwide Care _____

Concernant la facturation, veuillez faire parvenir à Allianz Worldwide Care toutes les factures détaillées ainsi qu'un formulaire de Déclaration de sinistre à l'adresse indiquée au verso.

Pour Allianz Worldwide Care :

Signature de l'agent compétent _____

Données médicales

J'autorise tout médecin, chirurgien, dentiste ou professionnel médical, toutes les fois où il le juge nécessaire et approprié, à fournir à Allianz Worldwide Care les informations médicales me concernant.

Signature du Patient (ou du Souscripteur / de l'Employé si le Patient est mineur)

Date ____/____/____

Directives

1. Au Souscripteur / Patient assuré

Afin de vous offrir un service rapide et efficace, veuillez vous assurer que vous avez répondu à toutes les questions de la partie qui vous est réservée (première section). Veuillez également vous assurer que votre médecin a répondu à toutes les questions de la partie réservée à l'établissement médical.

Un formulaire incomplet retarderait notre capacité à prendre en charge votre traitement dans la mesure où nous serions obligés de revenir vers vous pour recevoir de plus amples informations.

2. A l'établissement médical

Veuillez noter que le patient est assuré par Allianz Worldwide Care Ltd. Nous garantissons le paiement des dépenses précisées dans ce formulaire d'acceptation préalable aux conditions suivantes :

- a) L'hôpital / centre de soins entreprendra les procédures spécifiées dans un délai de 7 jours courant à partir de la date d'acceptation.
- b) Tout traitement supplémentaire nécessaire doit être porté à la connaissance d'Allianz Worldwide Care.
- c) L'hôpital / centre de soins devra faire parvenir le formulaire de Déclaration de sinistre et les factures correspondantes à Allianz Worldwide Care dans les trente (30) jours suivant la sortie du patient.
- d) Allianz Worldwide Care réglera les dépenses garanties dans les trente (30) jours de réception.
- e) La prise en charge des dépenses dont les factures arrivent plus de soixante (60) jours après la sortie du Patient restera à la discrétion d'Allianz Worldwide Care.

**Allianz Worldwide Care Ltd.,
20 D, Beckett Way, Park West Business Campus,
Nangor Road, Dublin 12,
Irlande.**

Fax: +353 1 630 1399

Assistance Téléphonique International: +353 1 630 1301

E-mail: client.services@allianzworldwidecare.com

Web Site: www.allianzworldwidecare.com