

Autorizzazione Al Trattamento Sanitario

1. Sezione riservata all'assicurato/paziente

Nome del paziente _____

Data di nascita

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

Numero di polizza

g g m m a a

Telefono Abitazione Telefono Ufficio Fax Abitazione Fax Ufficio E-mail Abitazione E-mail Ufficio

2. Sezione riservata alla struttura sanitaria

Struttura sanitaria _____

Indirizzo _____

Nome del medico curante _____

Nome del chirurgo _____

 Tipologia di trattamento In ricovero Fuori ricovero Cure dentali

Diagnosi (utilizzare codifica internazionale oppure una descrizione completa) _____

Terapia prescritta _____

Ricovero ospedaliero

1. Data prevista di ammissione _____ 2. Costo previsto _____ 3. Durata prevista della degenza _____

3. Informazioni assicurative (Sezione da compilarsi esclusivamente a cura di Allianz Worldwide Care)

Autorizzazione N°

Tipologia di stanza _____ Scoperto _____

Massimale _____ Franchigia _____

Esclusioni: Spese personali (fiori, telefono, vitto extra, ecc.)

Contributo a carico dell'assicurato _____ Contributo a carico di Allianz Worldwide Care _____

Per la fatturazione inviare ad Allianz Worldwide Care una fattura dettagliata accompagnata dal Modulo Denuncia Sinistro:

Firmato in nome e per conto di Allianz Worldwide Care Ltd.:

Autorizzazione all'accesso ai propri registri medici

Autorizzo tutti i seguenti medici, dottori, dentisti, membri dell'ordine medico, dipendenti di ospedali, autorità sanitarie e strutture sanitarie a fornire i miei registri medici ad Allianz Worldwide Care.

Firma del paziente; Firma del dipendente/contraente se il paziente è minore di 16 anni

Data

Linee Guida

Per l'assicurato/paziente

Per ottenere l'autorizzazione al trattamento sanitario nel più breve tempo possibile, vi preghiamo di assicurarvi che tutte le sezioni siano state debitamente compilate sia da parte vostra (assicurato/paziente) che da parte del vostro medico o della struttura sanitaria.

Qualsiasi errore, inesattezza od omissione nella compilazione di questo modulo potrebbe creare spiacevoli ritardi, in particolare nell'ottenere il trattamento sanitario da parte delle strutture sanitarie.

Per la struttura sanitaria/ospedale/medico

Il paziente è assicurato con Allianz Worldwide Care Ltd. Allianz Worldwide Care garantisce il pagamento delle spese indicate nel presente modulo nel rispetto delle seguenti condizioni:

- a) La struttura sanitaria si impegna a garantire le cure previste ed il ricovero possibilmente entro 7 giorni dalla data di autorizzazione.
- b) Nel caso in cui fosse necessario un trattamento addizionale, Allianz Worldwide Care deve essere informata.
- c) La struttura sanitaria deve sottoporre ad Allianz Worldwide Care le fatture relative al trattamento di cui è stata richiesta ed ottenuta autorizzazione unitamente al Modulo di Denuncia Sinistro entro 30 giorni dalla data di dimissione del paziente.
- d) Allianz Worldwide Care liquida le spese autorizzate entro 30 giorni dal ricevimento di quanto elencato al punto c).
- e) In caso di ricezione tardiva delle fatture (oltre 60 giorni dalla data di dimissione del paziente) Allianz Worldwide Care si riserva, a propria discrezione, il diritto di liquidare o meno le spese.