

医疗担保书

此表格 (PDF) 可以在我们的网站下载, 请登陆
www.allianzworldwidecare.com/members

急诊不需要提前提交《医疗担保书》, 但您, 您的医生, 您的一名家属或同事需要在事件发生后 48 小时内通知我们入院事宜。

请注意, 对即将于72小时内进行的治疗, 您可致电我们的服务热线登记《医疗担保书》的相关信息。致电前请准备好尽可能完整的详细信息, 包括您的医生的详细联系方式。

1 部分 由患者 (或其代表) 完整填写。

2 部分 由医疗机构完整填写。

请以正楷字体填写所有相关信息。

不完整填写此表单将延误我们担保您治疗的进程, 因为我们可能会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, 很付款担保的主要内容是保险单的条款和条件, 以及Allianz Worldwide Care 就此次医疗症状收到或即将收到的所有相关文件的医疗审定。

1 患者信息 由患者 (或其代表) 完整填写。

保单编号 _____
先生 夫人 女士 小姐 其他 _____ 姓 _____
名 _____
出生日期 _____ 年 _____ 月 _____ 日

详细联系信息 请说明就此《医疗担保书》的进展应该联系谁。

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 _____
手机号码 _____ 国家/地区代码 _____ 手机号 _____
电子邮件 _____

数据保护和医疗记录的披露

在这些声明中, 涉及的信息包括您在申请、理赔申请单和/或支持文件中提供给我们的个人数据和信息或者我们可能收集的与我们提供的任何产品或服务相关的信息。Allianz Worldwide Care 隶属于 Allianz 集团, 是一家在爱尔兰获得授权的非人寿保险公司, 是关于所有此类信息的数据控制者。

使用: 您提供的信息可能会用于我们的保险管理 (包括核保、处理、索赔处理、再保险和避免欺诈)。Allianz Worldwide Care 可能委托第三方代为处理数据, 此类处理受相关保密条款和数据保密法律法规的约束。

敏感数据: 我们需要收集与您有关的敏感数据 (例如医疗和健康详情), 以便评估我们发出/安排的保险条款或管理出现的索赔。

保留: 按照监管要求我们将对您的数据从保险合同结束起保存六年。我们对您的数据的保留时间不会长于出于获取信息的目的所需的时间。

同意: 通过向我们提供您的信息, 您同意您的所有信息将按上述规定使用、处理、披露和保留。

表示: 通过签名, 您向我们保证并表示您有权代表您的家属处理与您提供给我们所有个人信息, 您获得您家属的授权披露这些个人信息用于上述用途, 并且您同意代表您的家属处理、披露、使用和保留其信息。在这些声明中, 所有提及对“您”或“您的”之处均应视为包括您和您的家属。

信息获取: 您有权请求和接收我们持有的您的个人数据的副本。如果您想行使自己的权利, 您应提交书面申请给 Allianz Worldwide Care 的数据保护官, 公司地址为: 18B Beckett Way, Park West Business Campus, Nangor Road, Dublin 12, Ireland, 或是发送电子邮件至: client.services@allianzworldwidecare.com。根据数据保护法案的条款, 将收取 6.35 欧元的费用, 支票应付给 Allianz Worldwide Care。

本人授权本人的家庭医师, 医护专业人员或其他相关医疗机构提供 Allianz Worldwide Care 或其委任代表需要的健康详细资料或医疗记录。

如果接受治疗的是未成年人, 则由父母或监护人签署此部分。

患者签名 _____
日期 _____ 年 _____ 月 _____ 日

2 治疗信息 由医疗机构完整填写。

- 如果需要需要其它治疗，必须通知Allianz Worldwide Care。
- 如果在患者出院后 60 日以上才收到发票，则由 Allianz Worldwide Care 自行决定是否承担费用责任。

病症

病症和症状的说明

根本原因

首次接诊此病症是在什么日期？ 年 月 日 首次确诊此病症是在什么日期？ 年 月 日

患者第一次明显表现出症状是在什么日期？ 年 月 日

诊断 (或者临时诊断)

ICD9/10 DSM IV DRG

孕产

医生确认的妊娠日期 年 月 日 预计或实际生产日期 年 月 日

是否预期为单胎？ 是 否 如为“否”，此次妊娠是否为除人工受精外的药物辅助生殖的结果？ 是 否

分娩方式

治疗

治疗计划

计划入院日期 年 月 日

对于在美国/英国进行治疗，请提供 CPT/CCSD 代码和完整说明

CPT 代码 CCSD 代码

说明

价格

对于在德国的治疗 (DRG)，请确认基本价格 (Basisfallpreis)

估计住院时长 晚/天 (适当删除)

是否提供套餐价格？ 是 否 如为“是”，请提供套餐价格的信息和费用，包括币种：

如为“否”，请提供估计费用的明细表： 医院收费 麻醉师费用/医师费用

估计费总计，包括币种

医疗机构信息

医院

地址，包括国家

电子邮件 (必填)

电话 国家/地区代码 区号

传真 (必填) 国家/地区代码 区号

推荐医师

医院名称

电子邮件 (必填)

电话，包括国家/地区代码和区号

传真 (必填)，包括国家/地区代码和区号

主治/执行医师

姓名

电子邮件 (必填)

电话，包括国家/地区代码和区号

传真 (必填)，包括国家/地区代码和区号

请签名并盖公章。

我声明，上面提供的所有信息都是真实完整的。

医生签名

日期 年 月 日

医疗机构公章

请通过以下方式，在开始治疗前至少 5 个工作日将填写完整的《医疗担保书》发送给我们：

- 扫描并通过电子邮件发送至 medical.services@allianzworldwidecare.com
- 传真至 +353 1 653 1780
- 邮寄至：Medical Services Department, Allianz Worldwide Care, 18B Beckett Way, Park West Business Campus, Nangor Road, Dublin 12, Ireland (爱尔兰)。您有责任保留好一切与我们的信函的复印件。对于邮递过程中丢失的函件，我们不承担责任。

如果您有任何疑问，请拨打我们的服务热线：+353 1 630 1301 或访问 client.services@allianzworldwidecare.com。

有关我们最新的免费专线列表，请访问：www.allianzworldwidecare.com/toll-free-numbers。