Druk preakceptacji świadczeń szpitalnych z umowy ubezpieczenia zdrowotnego: Allianz Opieka Szpitalna

Druk preakceptacji wraz z dokumentami wymienionymi w ust. 3 Ubezpieczony przesyła na adres:

TU Allianz Życie Polska S.A.
ul. Rodziny Hiszpańskich 1
02-685 Warszawa
Departament Obsługi Poszkodowanych

Dane wypełnia Ubezpieczony

Nr polisy 9 3 /

Wariant ubezpieczenia ☐ Szpital 1 ☐ Szpital 2 ☐ Szpital 3

1. Dane Ubezpieczonego

Imię (imiona)

Nazwisko

PESEL Data urodzenia

Ulica

Nr domu Nr lokalu Miejscowość

Kod pocztowy – Poczta Kraj

Tel. stacjonarny Tel. kom.

2. Prosimy o udzielenie odpowiedzi na poniższe pytanie

a) Czy planowane świadczenie szpitalne związane jest z chorobą przewlekłą ☐ TAK ☐ NIE

b) Czy planowane świadczenie szpitalne związane jest z wypadkiem? ☐ TAK ☐ NIE

Data wypadku:

Proszę o opis okoliczności wypadku:

Oświadczam, że w chwili wypadku: ☐ Nie byłem pod wpływem alkoholu ☐ Byłem pod wpływem alkoholu

3. Do niniejszego druku preakceptacji dołączono następujące dokumenty

- ☐ kopie kart informacyjnych leczenia szpitalnego lub sanatoryjnego zaś w przypadku choroby przewlekłej – całą posiadaną dokumentację
- ☐ opinie lekarskie dotyczące wskazań do zabiegu
- ☐ kopie wyników badań wykonywanych w związku ze zdiagnozowaną jednostką chorobową lub wypadkiem
- ☐ kopie wyników konsultacji lekarskich
- ☐ kopie historii choroby
- ☐ kopie skierowania lekarskiego
- ☐ inne dokumenty pozwalające na prawidłową kwalifikację zakresu świadczeń szpitalnych i podjęcie decyzji przez Allianz Życie
- ☐ dane kontaktowe lekarza prowadzącego, odpowiedzialnego za leczenie choroby, będącej przyczyną skierowania do szpitala (imię, nazwisko, adres placówki).

Imię i nazwisko lekarza

Adres placówki

4. Klauzula informacyjna

Wszystkie świadczenia szpitalne muszą zostać zgłoszone do Allianz Życie w celu preakceptacji planowego leczenia.
Przez okres pierwszych 3 miesięcy, licząc od dnia objęcia ochroną do ostatniego dnia trzeciego miesiąca, następującego po dniu objęcia ochroną, odpowiedzialnością Allianz Życie objęte są tylko zdarzenia polegające na wystąpieniu konieczności poddania się przez Ubezpieczonego, w celu uzyskania świadczeń szpitalnych, hospitalizacji związanej z doznanymi obrażeniami ciała, będącymi następstwem wypadku zaistniałego w okresie ochrony Allianz Życie. Odpowiedzialność Allianz Życie wynikająca ze świadczeń szpitalnych będących wynikiem choroby przewlekłej, zgłoszonej w kwestionariuszu medycznym, w odniesieniu do każdego z Ubezpieczonych rozpoczyna się po 12 miesiącach, liczonych od dnia przystąpienia do umowy ubezpieczenia. Jeżeli do zdarzenia objętego odpowiedzialnością Allianz Życie doszło po upływie trzech lat od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej względem danego Ubezpieczonego, Allianz Życie nie może podnieść zarzutu o zatajeniu przez Ubezpieczonego istotnych przy przystępowaniu do ubezpieczenia okoliczności i uwolnić się na tej podstawie od odpowiedzialności z tytułu umowy ubezpieczenia.
Pozostałe ograniczenia odpowiedzialności TU Allianz Życie Polska S.A. reguluje umowa ubezpieczenia.

5. Oświadczenie Ubezpieczonego

Niniejszym potwierdzam, że wszystkie podane powyżej informacje są kompletne i zgodne z prawdą oraz wyrażam zgodę na ich przetwarzanie. W razie zatajenie lub podania nieprawdziwych informacji TU Allianz Życie Polska S.A. nie ponosi odpowiedzialności na warunkach przewidzianych przez przepisy Kodeksu cywilnego.

Miejscowość Data Podpis Ubezpieczonego

Wypełnia Allianz Życie

Numer roszczenia Kod zdarzenia Kod ubezpieczenia 93

Data początku ochrony

Uwagi

Akceptacja

Data Data

Podpis i pieczątka Podpis i pieczątka

Towarzystwo Ubezpieczeń Allianz Życie Polska Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie, ul. Rodziny Hiszpańskich 1, 02-685 Warszawa, wpisana do rejestru przedsiębiorców prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m. st. Warszawy w Warszawie, XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, pod numerem KRS: 0000021971, NIP 527-17-54-073, REGON 012634451, wysokość kapitału zakładowego: 118 631 000 złotych (wpłacony w całości).

GZAOS-F03 06/17