

Planes de salud GlobalPass para América Latina

Formulario de Preautorización

Note que puede descargar más copias de este mismo formulario desde nuestro sitio Web: www.allianzworldwidecare.com/gppf

Pese a que la preautorización no es necesaria si necesita recibir **tratamientos de emergencia**, usted, su médico, una de las personas a cargo o alguien de su confianza deben informarnos acerca de su hospitalización **dentro de 48 horas**.

Solamente para tratamientos de emergencias, puede completar el Formulario de Preautorización por teléfono, llamando a la Línea de asistencia telefónica. Esta operación nos dará la oportunidad de gestionar el pago directo de sus gastos médicos, siempre que sea posible. Por favor, tenga a disposición cuanto más datos posibles antes de llamar a la Línea de asistencia telefónica, incluyendo los datos de contacto del médico.

La **sección 1** debe ser completada por el paciente o en nombre del paciente.

La **sección 2** debe ser completada por el médico.

Por favor, complete el presente formulario en LETRAS MAYÚSCULAS.

Complete debidamente el formulario para evitar que tengamos que contactar con su proveedor médico o con usted mismo para obtener la información que falta: esto produciría demoras en la concesión de la garantía de pago. El contrato del paciente debe ser válido al momento de recibir el tratamiento. La garantía de pago está sujeta a los términos y condiciones del contrato y a la evaluación de toda documentación relevante (que Allianz Worldwide Care ha recibido o tiene que recibir) relativa a la enfermedad en cuestión.

1 DATOS DEL PACIENTE *a completar por el paciente o en nombre del paciente*

Número de contrato _____
Sr. Sra. Srta. Otro _____ Nombre _____
Apellidos _____
Fecha de nacimiento | d | d | m | m | a | a | _____

Persona a contactar *por favor, especifique con quién debemos contactar acerca de la tramitación de esta preautorización*

Nombre y apellidos _____
Relación con el paciente (por ejemplo: el mismo paciente, cónyuge / pareja, padre o madre) _____
Número de teléfono | PREFIJO INTERNACIONAL | | PREFIJO LOCAL | _____
Teléfono móvil | PREFIJO INTERNACIONAL | | PREFIJO DEL MÓVIL | _____
E-mail _____

Protección de datos y declaración de información clínica

En esta declaración, la expresión "información personal" se refiere a los datos personales y a toda información clínica proporcionada por el afiliado a la compañía, por medio tanto del presente formulario como de los formularios de reclamación, de solicitud de afiliación u otros documentos contractuales, así como cualquier otro tipo de información que la compañía pueda recoger en relación a los productos de cobertura médica o servicios ofrecidos. Allianz Worldwide Care, parte de Allianz Group, es una compañía irlandesa autorizada y actúa de garante para el tratamiento de la información personal.

Uso: la información personal que el afiliado proporciona se utiliza por la compañía para la administración del contrato (por ejemplo, para el proceso de evaluación médica, tramitación de datos y de las solicitudes de reembolso y detección de fraude). Allianz Worldwide Care podría tramitar los datos a través de terceros: estos terceros están sujetos a restricciones contractuales en tema de protección de datos y seguridad, así como a las obligaciones de las Directivas de Protección de Datos.

Datos sensibles: la compañía necesita recoger datos sensibles del afiliado (como por ejemplo los datos de su historial clínico) para evaluar los términos del contrato de cobertura que puede ofrecer o para administrar las solicitudes de reembolso del afiliado.

Conservación: la compañía está obligada por ley a conservar la información personal durante seis años tras la finalización del contrato. La información se conserva solamente hasta que se alcancen los objetivos para que se solicita y hasta que la ley lo obligue.

Consentimiento: proporcionando su información personal a la compañía y firmando el presente formulario, el afiliado consiente el tratamiento de sus datos, su tramitación, revelación y conservación como se especifica en esta sección.

Representación: firmando los documentos del contrato, el afiliado garantiza y declara tener autoridad para actuar en nombre de sus dependientes cuando proporcione su información personal para los usos indicados en esta sección; el afiliado declara consentir a su tratamiento, revelación, uso y conservación en nombre de las personas a su cargo. En esta declaración, el término "afiliado" se refiere al afiliado principal y a las personas a su cargo.

Acceso: bajo la directiva europea para la protección de datos sensibles de 1988 y 2003, el afiliado tiene derecho a solicitar y recibir copia de sus datos personales conservados por la compañía. Si desea solicitar copia de sus datos personales, el afiliado debe escribir al garante de la protección de datos de la compañía a la dirección: Allianz Worldwide Care, 18B Beckett Way, Park West Business Campus, Nangor Road, Dublín, Irlanda, o enviarle un correo electrónico a la dirección: client.services@allianzworldwidecare.com. Según los términos de la directiva sobre la protección de datos, el afiliado deberá pagar una tasa de 6,35 €; los cheques deberán pagarse a Allianz Worldwide Care.

Grabación de llamadas telefónicas: las llamadas realizadas a la Línea de asistencia telefónica se graban y podrían utilizarse para formación del personal y control de calidad y legalidad.

Autorizo a mi médico, profesional de la salud o centro de atención sanitaria a proporcionar información sobre mi historial médico a Allianz Worldwide Care o a sus representantes.

Si el paciente es menor de edad, esta sección debe firmarse por uno de los padres o por el tutor.

Firma del paciente _____
Fecha | d | d | m | m | a | a | _____

2 INFORMACIÓN DEL TRATAMIENTO *a completar por el médico*

- En caso de ser necesario tratamiento adicional, Allianz Worldwide Care debe recibir notificación.
- Si las facturas se reciben después de 60 días tras la fecha del alta del paciente, Allianz Worldwide Care se reserva el derecho a rechazar el pago de los gastos.

Enfermedad

Descripción de la enfermedad y síntomas

Causa subyacente (si se conoce)

¿Cuándo fue diagnosticada al paciente esta condición médica por primera vez?

Fecha en que el paciente fue visitado por primera vez relativamente a esta condición médica

¿Cuándo los síntomas fueron evidentes para el paciente por primera vez?

Diagnóstico (si el diagnóstico no se ha confirmado todavía, indique el diagnóstico provisional)

ICD9/10

DSM IV

DRG

Maternidad:

Fecha en que el embarazo se confirmó por el médico

Fecha prevista o real del parto

¿La paciente espera a un solo bebé? Sí No

Si ha contestado "No", ¿el embarazo es el resultado de un tratamiento de reproducción médicamente asistida que no sea la inseminación artificial? Sí No

Tipo de parto

Tratamiento

Tratamiento planeado

Fecha prevista de admisión en hospital

Tratamientos en EE.UU.

Código CPT

Descripción

Coste

Duración aproximada de la hospitalización _____ noches / días (borrar la opción que no se aplica)

¿Se le ofrece al paciente un precio único relativo a un paquete de prestaciones? Sí No

Si ha contestado "Sí", indique el precio y la divisa:

DIVISA

Si ha contestado "No", por favor proporcione un desglose de los costes previstos: Gastos hospitalarios

Honorarios del médico / anestesista

Coste total estimado (incluya la divisa)

DIVISA

Datos del proveedor médico

Nombre del hospital/centro médico

Dirección (incluya el país)

Correo electrónico (obligatorio)

Teléfono

PREFIJO INTERNACIONAL

PREFIJO LOCAL

Fax (obligatorio)

PREFIJO INTERNACIONAL

PREFIJO LOCAL

Médico que pidió la derivación

Nombre y apellidos

Correo electrónico (obligatorio)

Teléfono (incluya el prefijo internacional y local)

Fax (obligatorio, incluya el prefijo internacional y local)

Médico tratante / responsable del ingreso

Nombre y apellidos

Correo electrónico (obligatorio)

Teléfono (incluya el prefijo internacional y local)

Fax (obligatorio, incluya el prefijo internacional y local)

Por favor, firme y autentique el formulario con su sello oficial.

El abajo firmante confirma que, a su leal saber y entender, toda la información aquí proporcionada es verdadera y completa.

Firma del médico

Fecha _____

Sello oficial del proveedor médico

Por favor, envíe el Formulario de Preautorización debidamente completado a Allianz Worldwide Care con al menos cinco días de antelación respecto a la fecha del tratamiento. Envíe el formulario por:

- correo electrónico (escaneando el documento) a la dirección: medical.services@allianzworldwidecare.com
- fax al número: + 353 1 653 1780;
- correo a la dirección: Departamento de servicios médicos (Medical Services Department), Allianz Worldwide Care, 18B Beckett Way, Park West Business Campus, Nangor Road, Dublín 12, Irlanda.

Es su responsabilidad guardar copia de toda la correspondencia que mantenga con nosotros: la compañía de cobertura no puede considerarse responsable por no recibir la correspondencia cuando las causas sean ajenas a su control.