

Formulario de solicitud de reembolso

Por favor, complete el formulario en **LETRAS MAYÚSCULAS**. Puede descargar más copias de este formulario (en formato PDF o Word editable) desde nuestro sitio Web: www.allianz-worldwidecare.com/members.



iNueva aplicación MyHealth para dispositivos móviles!

Solicitar reembolsos es fácil y rápido:

1. se introduce la información esencial de la solicitud;
2. se toma una foto de las facturas médicas; ...y listo.

www.allianzworldwidecare.com/myhealth

1 Datos del afiliado principal

Número de póliza

Nombre

Apellidos

Fecha de nacimiento (dd/mm/aa)

Dirección para la correspondencia

Número de teléfono (incluya los prefijos internacional y local)

E-mail

2 Datos del paciente (a completar si el paciente no es el afiliado principal)

Nombre

Apellidos

Fecha de nacimiento (dd/mm/aa) Sexo: Masculino Femenino

3 Datos de pago

Opción 1: pago al proveedor médico* (por ejemplo: hospital, especialista, etc.) (No es necesario completar el resto de la presente sección 3 si marca esta casilla.)

Opción 2: pago al afiliado principal

Método de pago: Traslencia bancaria** Cheque***

Indique la divisa en que desea recibir el pago (asegúrese de que la cuenta del banco permita transacciones en la divisa que indica)

Nombre del titular de la cuenta, así como aparece en el extracto del banco

Número de la cuenta

IBAN (si es necesario)****

Código Sort Código BIC/Swift****

Nombre del banco

Dirección del banco

Si en su país se requieren datos adicionales (por ejemplo: código de la agencia, número de identificación fiscal) para efectuar transacciones internacionales, por favor indíquelos a continuación:

Código Swift del banco corresponsal (si se aplica)

* Opción a seleccionar si no ha pagado el tratamiento al proveedor médico.

** Para pagos por transferencia, proporcione los datos del banco.

*** Los cheques a pagar al afiliado principal se enviarán a la dirección para la correspondencia que ha indicado en la sección 1.

**** Debe indicar ambos códigos IBAN y BIC/Swift si su banco se encuentra en la Unión Europea o en un país en el que estos códigos sean necesarios para efectuar una transferencia (por ejemplo Catar, Arabia Saudí, Angola, Tunes y Turquía).

Las secciones 5 y 6 deben completarse por el médico, salvo cuando las facturas anexas contengan ya la información sobre el diagnóstico y la naturaleza del tratamiento recibido.

5 Datos del médico

Nombre del médico y/o especialista _____
Acreditación/títulos _____
Nombre del hospital o clínica _____
Dirección _____
Número de teléfono (incluya los prefijos internacional y local) _____
Fax (incluya los prefijos internacional y local) _____
E-mail _____

Si esta solicitud se refiere a **fisioterapia o psicoterapia**, proporcione información sobre la derivación médica:

Nombre del médico que pidió la derivación _____
Número de teléfono (incluya los prefijos internacional y local) _____
Fecha de la derivación (dd/mm/aa) _____

6 Información clínica

Tipo de enfermedad: Aguda Crónica Episodio agudo de enfermedad crónica
Por favor, proporcione la información completa sobre los síntomas y la patología para que se requirió el tratamiento (incluya el código ICD9/10 o DSM-IV)

¿En que fecha el paciente **acudió a usted** con estos síntomas por primera vez? (dd/mm/aa) _____

¿Cuándo los síntomas fueron **evidentes para el paciente** por primera vez? (dd/mm/aa) _____

¿El paciente sufrió otras veces de la misma enfermedad en el pasado? Sí No Si ha contestado "Sí", ¿cuándo? (dd/mm/aa) _____

¿Sabe si el paciente recibió algún tratamiento en el pasado para esta enfermedad o para enfermedades relacionadas? Sí No

Si ha contestado "Sí", proporcione más información _____

¿Se trata de una enfermedad que podría ser recurrente? Sí No

¿El paciente necesita rehabilitación? Sí No

¿Se trata de una enfermedad permanente? Sí No

¿El paciente necesita cuidados, consultas, revisión o pruebas a largo plazo? Sí No

Sección a completar solo en caso de reclamaciones por embarazo:

Fecha prevista del parto (dd/mm/aa) _____ ¿La paciente espera a un solo bebé? Sí No

Si ha contestado "No" porque la paciente espera a gemelos, ¿el embarazo es el resultado de un tratamiento de reproducción asistida que no sea la inseminación artificial?

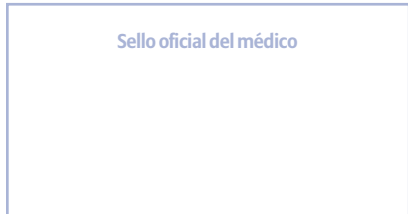
Sí No

Si ha contestado "Sí", proporcione más información _____

Sección a completar solo en caso de reclamaciones para cuidado dental:

¿El paciente sufría dolor de muelas cuando acudió a usted para el tratamiento? Sí No

Por favor, firme y selle esta sección.



Firma del médico _____

Fecha (dd/mm/aa) _____

7 Protección de datos y declaración de información clínica

Allianz Worldwide Care, parte de Allianz Group, es una aseguradora francesa 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 seguro (que incluye el proceso de evaluación médica, tramitación de datos y solicitudes de reembolso, reaseguro y detección de fraude). Allianz Worldwide Care podría tramitar los datos a través de terceros: estos terceros, que podrían encontrarse fuera del Espacio Económico Europeo (EEE), 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 seguro que puede ofrecer o para administrar las solicitudes de reembolso del afiliado.

Divulgación: la compañía podría compartir la información del afiliado o su historial de solicitudes de reembolso con sus corredores, con otras empresas de Allianz Group, con otras aseguradoras y sus intermediarios, con proveedores de servicios y con cualquier intermediario que actúe en representación del afiliado. La compañía podría también compartir la información con departamentos gubernativos, entidades oficiales u organismos de reglamentación de los que la compañía es miembro o a cuya reglamentación esté sujeta. Además, en circunstancias especiales, la compañía podría recurrir a investigadores privados para investigar las circunstancias de una solicitud de reembolso enviada por el afiliado.

Conservación: la compañía está obligada por ley a conservar la información personal durante seis años tras la finalización del seguro. 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 de póliza, 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 sus dependientes. En esta declaración, el término "afiliado" se refiere al afiliado principal y a sus dependientes.

Acceso: 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 tiene que escribir al garante de la protección de datos de la compañía a la dirección: Allianz Worldwide Care, 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.

El abajo firmante declara que, según su leal saber y entender, el presente formulario de solicitud no contiene ninguna información falsa, engañosa o incompleta.

Entiende que si la aseguradora descubre que cualquier parte del formulario o el formulario por entero han sido completados con información fraudulenta su póliza se cancelará a partir de la fecha de descubrimiento del fraude y el abajo firmante podría ser demandado en juicio.

El abajo firmante autoriza a los médicos, a los proveedores de servicios de salud y a los representantes de los hospitales a proporcionar (sujeto a cualquier restricción legal que se aplique) todos los datos clínicos que Allianz Worldwide Care o sus representantes autorizados puedan necesitar para tramitar sus solicitudes de reembolso.

El abajo firmante confirma que no exigirá la aplicación de su derecho de privacidad con respecto a la información de su historial médico y autoriza a sus médicos, especialistas, dentistas, profesionales médicos y empleados del hospital a comunicar cualquier información relativa a su enfermedad a los asesores médicos de Allianz Worldwide Care o a cualquier tercero que sea nominado como experto a evaluar su condición clínica en caso de disputas.

Si el paciente es menor de edad, uno de sus padres o el tutor deben firmar por él en esta sección.

Firma del paciente

Fecha (dd/mm/aa)

8 Autorización de acceso de la información por terceros

El solicitante del reembolso de los gastos médicos indicados en este formulario autoriza a NOMBRE DEL TERCERO a actuar en representación y en nombre del mismo solicitante con relación a la administración de la presente solicitud de reembolso. Esto podría incluir la divulgación al tercero de información clínica sensible.

Firma del solicitante

Fecha (dd/mm/aa)

Nombre del solicitante en mayúsculas

Por favor, envíe el formulario debidamente completado junto a las facturas/recibos médicos (no se aceptan recibos de tarjeta de crédito):

- por e-mail a la dirección claims@allianzworldwidecare.com;
- por fax al número + 353 1 645 4033;
- por correo a la dirección: Departamento de Reembolsos (Claims Department), Allianz Worldwide Care, 18B Beckett Way, Park West Business Campus, Nangor Road, Dublín 12, Irlanda.

Si elige enviarnos copias de documentos originales junto a esta solicitud, es su responsabilidad guardar los originales (por ejemplo: las facturas del médico), ya que, en cualquier momento hasta 12 meses tras el pago de un reembolso, la aseguradora tiene derecho a solicitar los documentos originales por razones de control y prevención de fraudes. Además, por favor guarde copias de todos los documentos o comunicaciones escritas intercambiadas con la aseguradora, ya que la aseguradora no puede considerarse responsable por no recibir la correspondencia cuando las causas sean ajenas a su control.

Para cualquier pregunta, comuníquese con nuestra línea de asistencia telefónica: + 353 1 630 1304, o bien: client.services@allianzworldwidecare.com.

El listado actualizado de nuestros números gratuitos está disponible en la página Web: www.allianzworldwidecare.com/toll-free-numbers

Importante - por favor, compruebe que:

- ha adjuntado todos los recibos, facturas y recetas médicas;
- ha completado el formulario por entero;
- ha firmado y fechado la sección 7;
- ha indicado el diagnóstico en el formulario o en las facturas;
- ha indicado sus nuevos datos de contacto en el formulario (si éstos han cambiado desde la última vez).

El presente documento es la traducción al español del "Claim Form" en inglés. La versión en inglés es la única original y autorizada. Si se descubrieran discrepancias entre la versión en español y la versión en inglés, solamente la versión en inglés se consideraría legalmente vinculante. Allianz Worldwide Care SA es una sociedad de responsabilidad limitada sujeta a la reglamentación francesa de los servicios de seguro ("Code des Assurances") y actúa a través de su filial irlandesa. Allianz Worldwide Care SA está registrada en Francia con el número: 401 154 679 RCS París. La filial irlandesa está registrada en el registro oficial de las empresas de Irlanda. Número de registro de la filial irlandesa: 907619. Dirección de la filial irlandesa: 18B Beckett Way, Park West Business Campus, Nangor Road, Dublín 12, Irlanda.