FORMULARIO de solicitud de reembolso

Por favor, complete el formulario en **LETRAS MAYÚSCULAS**. Puede descargar más copias de este formulario (en formato PDF editable) desde nuestra página web: **www.allianzworldwidecare.com/members.**

Aplicación MyHealth para dispositivos móviles



www.allianzworldwidecare.com/myhealth

1 DATOS DEL ASEGURADO PRINCIPAL

Número de póliza

Nombre

Apellidos

Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa) D D / M M / A A A A

Dirección para la correspondencia

Número de teléfono PREFIJO INTERNACIONAL PREFIJO LOCAL

Correo electrónico

¿Tiene alguna cobertura de salud pública/estatal en su país de origen o país de residencia (por ejemplo Seguridad Social)? Sí ☐ No ☐

En caso afirmativo describa la cobertura y proporcione su número de seguridad social o de identificación:

2 DATOS DEL PACIENTE (A COMPLETAR SI EL PACIENTE NO ES EL ASEGURADO PRINCIPAL)

Nombre

Apellidos

Fecha de nacimiento D D / M M / A A A A 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 esta sección 3 si marca esta casilla.)

Opción 2: pago al asegurado principal ☐

Método de pago: Trasferencia bancaria** ☐ Cheque*** ☐

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

Nombre del titular de la cuenta, tal 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 trasferencia, proporcione los datos del banco.*

*** *Los cheques a pagar al asegurado 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 trasferencia (por ejemplo Catar, Arabia Saudí, Angola, Túnez y Turquía).***

Allianz Care

4 DATOS DE LA SOLICITUD

Por favor, complete la tabla que sigue con los datos de cada una de las facturas y/o recibos relativos a esta solicitud (si ha recibido su tratamiento en China, por favor adjunte la factura FaPiao). Si el diagnóstico o la patología tratada no están indicados en la factura/recibo, por favor indíquelos en la tabla. Si necesita más espacio para incluir toda la información, continúe en una hoja aparte.

Descripción del gasto médico/tratamiento	Diagnóstico/patología tratada	Nombre del proveedor médico	Cantidad facturada	Divisa	¿Ha pagado usted esta factura?
					Sí ☐ No ☐
					Sí ☐ No ☐
					Sí ☐ No ☐
					Sí ☐ No ☐
					Sí ☐ No ☐
					Sí ☐ No ☐
					Sí ☐ No ☐
					Sí ☐ No ☐
					Sí ☐ No ☐
					Sí ☐ No ☐
					Sí ☐ No ☐
					Sí ☐ No ☐
					Sí ☐ No ☐
					Sí ☐ No ☐
					Sí ☐ No ☐
					Sí ☐ No ☐
					Sí ☐ No ☐
					Sí ☐ No ☐
					Sí ☐ No ☐
					Sí ☐ No ☐
					Sí ☐ No ☐
					Sí ☐ No ☐
					Sí ☐ No ☐
					Sí ☐ No ☐

Gastos totales

(El total mostrado solamente es exacto cuando todas las facturas están en la misma divisa; si introduce gastos en distintas divisas, ignore el total mostrado)

¿En qué país recibió el tratamiento?

Si esta solicitud es consecuencia de un accidente o una lesión/enfermedad relacionada con el trabajo y usted tiene otro seguro (por ejemplo seguro de coche), o si ha solicitado a terceros el reembolso de los gastos ocasionados por este accidente/lesión o ha iniciado alguna acción legal para recobrar los gastos, proporcione más detalles en un documento aparte.

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 PREFIJO INTERNACIONAL PREFIJO LOCAL

Fax PREFIJO INTERNACIONAL PREFIJO LOCAL

Correo electrónico

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 PREFIJO INTERNACIONAL PREFIJO LOCAL

Fecha de la derivación D D / M M / A A A A

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 los 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? D D / M M / A A A A

¿Cuándo los síntomas fueron evidentes para el paciente por primera vez? D D / M M / A A A A

¿El paciente sufrió otras veces de la misma enfermedad en el pasado? Sí ☐ No ☐ Si ha contestado "Sí", ¿cuándo? D D / M M / A A A A

¿Sabe si el paciente ha recibido 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 solicitudes de reembolso por embarazo:

Fecha prevista del parto D D / M M / A A A A ¿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 solicitudes de reembolso para atención dental:

¿El paciente sufría dolor dental cuando acudió a usted para el tratamiento? Sí ☐ No ☐

Por favor, firme y selle esta sección.

Sello oficial del médico

Firma del médico

Fecha D D / M M / A A A A

7 NOS IMPORTA LA PROTECCIÓN DE SUS DATOS PERSONALES

Nuestro aviso sobre protección de datos explica cómo protegemos su privacidad. Es un aviso importante que describe cómo tramitaremos su información personal y que debería leer antes de enviarnos datos personales. Para leer nuestro aviso sobre privacidad visite www.allianzworldwidecare.com/es/privacidad
También puede llamarnos al número +353 1 630 1304 para solicitar una copia impresa de nuestro aviso sobre protección de datos. Si tiene alguna pregunta sobre cómo utilizamos su información personal, puede escribirnos a la siguiente dirección: AP.EU1DataPrivacyOfficer@allianz.com

DECLARACIÓN

Certifico que, según mi leal saber y entender, el presente formulario de solicitud de reembolso no contiene ninguna información falsa, engañosa o incompleta. Entiendo que si la aseguradora descubre que cualquier parte del formulario o el formulario por entero se han completado con información fraudulenta la póliza se cancelará a partir de la fecha de descubrimiento del fraude y podría ser demandado en juicio.

Confirmo que no exigiré la aplicación de mi derecho de privacidad con respecto a la información de mi historial médico y autorizo a mis médicos, especialistas, dentistas, profesionales médicos y otros empleados de establecimientos hospitalarios a comunicar cualquier información que soliciten los asesores médicos de Allianz Care o cualquier tercero que sea nombrado como experto para evaluar mi condición clínica en caso de disputas, sujeto a cualquier restricción legal que se pueda aplicar.

Si el paciente es menor de edad, uno de sus padres o el tutor deben firmar y fechar esta sección.

Firma del paciente _____ Fecha D D / M M / A A A A

8 NECESITAMOS SU CONSENTIMIENTO

Conforme al Reglamento General de Protección de Datos (RGPD), necesitamos su consentimiento para tramitar su información clínica y reembolsar sus gastos médicos. Si todavía no nos ha proporcionado su consentimiento, por favor entre en my.allianzworldwidecare.com, acceda a los servicios online y marque los campos requeridos. También puede descargar el formulario de consentimiento, disponible en www.allianzworldwidecare.com/es/consent-form/. Podemos enviarle una copia en papel si la solicita. Tenga en cuenta que cada afiliado de la póliza que sea mayor de 18 años debe proporcionar su propio consentimiento.

9 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 y de cualquier dependiente nombrado en este formulario (si los hay) 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 D D / M M / A A A A

Nombre del solicitante en mayúsculas

Si nos envía copias de documentos originales junto a esta solicitud, es su responsabilidad guardar los originales (por ejemplo 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 auditoría. La aseguradora tiene derecho a requerir un comprobante de pago (por ejemplo un extracto del banco o de la tarjeta de crédito) que confirme el pago de los gastos médicos por el asegurado. 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.

POR FAVOR, ENVÍE EL FORMULARIO DEBIDAMENTE COMPLETADO JUNTO A LAS FACTURAS/RECIBOS MÉDICOS (NO SE ACEPTAN RECIBOS DE TARJETA DE CRÉDITO) POR UNO DE ESTOS MEDIOS:

Correo electrónico: **claims@allianzworldwidecare.com**,
fax: **+ 353 1 645 4033**,
correo postal: **Departamento de Reembolsos (Claims Department), Allianz Care, 15 Joyce Way, Park West Business Campus, Nangor Road, Dublín 12, Irlanda.**

IMPORTANTE - POR FAVOR, COMPRUEBE QUE:

- ☐ Ha adjuntado todos los recibos, facturas y recetas médicas.
- ☐ Ha completado el formulario por entero.
- ☐ Ha firmado y fechado las declaraciones.
- ☐ 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).

Para cualquier pregunta, comuníquese con nuestra línea de asistencia:
+ 353 1 630 1301 o bien
client.services@allianzworldwidecare.com
El listado actualizado de nuestros números gratuitos está disponible en la página web:
www.allianzworldwidecare.com/es/pages/toll-free-numbers

¿Sabía que...

...la mayoría de nuestros afiliados considera que sus consultas se resuelven más rápidamente cuando nos llaman?

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. AWP Health & Life SA es una sociedad anónima sujeta a la reglamentación francesa de los servicios de seguro ("Code des Assurances") y actúa a través de su sucursal irlandesa. AWP Health & Life SA está registrada en Francia con el número 401 154 679 RCS Bobigny. La sucursal irlandesa está inscrita en el registro oficial de empresas de Irlanda con el número 907619, en la dirección 15 Joyce Way, Park West Business Campus, Nangor Road, Dublín 12, Irlanda. Allianz Care y Allianz Partners son nombres comerciales registrados por AWP Health & Life SA.