

Formulario de solicitud de reembolso (pólizas corporativas)

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

1 Datos del asegurado principal

Número de póliza _____ Fecha de nacimiento (dd/mm/aa) _____

Nombre _____

Apellidos _____

Dirección para correspondencia (la más reciente) _____

Número de teléfono (incluya los prefijos internacional y local) _____

Correo electrónico _____

2 Datos del paciente (a completar si el paciente no es el asegurado 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 sección 3 si marca esta casilla.) **Opción 2:** pago al asegurado principal

Método de pago: Traslencia 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 transferencia, proporcione los datos del banco. *** Los cheques a pagar al asegurado principal se enviarán a la dirección para 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, Túnez y Turquía).

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 y divisa de la factura	¿Ha pagado usted esta factura?
_____	_____	_____	_____	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	_____	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	_____	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	_____	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	_____	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	_____	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	_____	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	_____	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

¿En qué país recibió el tratamiento? _____

Sólo en caso de embarazo: Indique la fecha prevista del parto (dd/mm/aa) _____

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.



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) _____
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 (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 las condiciones médicas para los que se requirió tratamiento (incluya el código ICD9/10 o DSM-IV)

¿En qué 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) _____

Por favor, firme y selle esta sección.

Firma del médico _____
Fecha (dd/mm/aa) _____

Sello oficial del médico

7 Protección de datos y declaración de información clínica

La expresión "información personal" se refiere a los datos personales proporcionados por el asegurado a la aseguradora, por medio de los varios formularios de solicitud, de solicitud de reembolso o de garantía de pago y/o de los demás documentos complementarios, así como a toda información que la aseguradora pueda recoger en relación a los productos de seguro o servicios ofrecidos. Allianz Worldwide Care, parte del Allianz Group, actúa de garante para el tratamiento de esta información.

Uso: la información personal se utiliza por la compañía para la administración del seguro (que incluye el proceso de evaluación médica, tramitación de datos y solicitudes de reembolso y prevención del fraude). Podríamos 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.

Divulgación: podríamos compartir la información del asegurado con nuestros 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 asegurado. 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 asegurado.

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) _____

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 los que se solicita.

Representación y consentimiento: firmando el presente formulario, el asegurado confirma tener autoridad para actuar en nombre de sus dependientes cuando nos proporcione información personal y declara consentir el tratamiento, revelación, uso y conservación de esta información en su nombre y el de sus dependientes.

Acceso: el asegurado tiene derecho a solicitar y recibir copia de sus datos personales conservados por la compañía. Si desea solicitar copia de sus datos personales, el asegurado debe escribir al garante de la protección de datos de la compañía a la dirección indicada en este formulario o enviar un correo electrónico a client.services@allianzworldwidecare.com

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 de reembolso 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.

8 Autorización de acceso a 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 _____

Si nos envía 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 prevención del fraude. 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:

- por email 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, 15 Joyce Way, Park West Business Campus, Nangor Road, Dublín 12, Irlanda.

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

La aseguradora es Equatorial Guinea Insurance Company, Apto 272, Avenida de la Libertad nº 115 – Bajo, Malabo, República de Guinea Ecuatorial.

El administrador del seguro es Allianz Worldwide Care SA, que actúa a través de su sucursal irlandesa, Allianz Worldwide Care SA es parte de Allianz Group y es una sociedad anónima sujeta a la reglamentación francesa de los servicios de seguro ("Code des Assurances"). Allianz Worldwide Care SA está registrada en Francia con el número: 401 154 679 RCS París. La sucursal irlandesa está registrada 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.