

Planes de salud para Guinea Ecuatorial

Formulario de garantía de pago

Puede descargar más copias de este mismo formulario desde nuestra página web: www.allianzworldwidecare.com/equatorialguinea

Aunque para **tratamientos de emergencia** no es necesario enviar con antelación un formulario de garantía de pago, es necesario que el asegurado, su médico, uno de sus dependientes o una persona de confianza nos informe de la hospitalización **no más tarde de 48 horas** tras el ingreso en hospital.

Si su **tratamiento debe empezar antes de 72 horas**, puede completar el formulario de garantía de pago por teléfono, si llama a nuestra línea de asistencia telefónica (+353 1 630 1304). Por favor, antes de llamar, asegúrese de tener a mano tantos datos como le sea posible, incluidos los datos de contacto de su 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 formulario en LETRAS MAYÚSCULAS.

Por favor, 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 tramitación de la garantía de pago. La póliza del paciente debe ser válida en el momento de recibir el tratamiento. La garantía de pago está sujeta a los términos y condiciones de la póliza de seguro, así como a la evaluación de todos los certificados médicos y los demás documentos relacionados con la enfermedad en cuestión, recibidos por nosotros.

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

Número de póliza _____

Sr. Sra. Srta. 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 garantía de pago*

Nombre y apellidos _____

Relación con el paciente (por ejemplo: cónyuge/pareja, padre o el mismo paciente) _____

Teléfono (Prefijo internacional) _____ (Prefijo local) _____

Teléfono móvil (Prefijo internacional) _____ (Prefijo del móvil) _____

Correo electrónico _____

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 y de los demás documentos de póliza, 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 la información personal.

Uso: la información personal se utiliza por la aseguradora para la administración del seguro (por ejemplo, para el proceso de evaluación médica, de tramitación de los reembolsos 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 de acuerdo con las Directivas de Protección de Datos.

Datos sensibles: necesitamos recoger datos sensibles del asegurado (por ejemplo datos de su historial clínico) para evaluar los términos del contrato de seguro o para administrar las solicitudes de reembolso.

Divulgación: la aseguradora podría compartir la información personal del asegurado 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 asegurado. La aseguradora podría también compartir la información personal con departamentos gubernativos u organismos de reglamentación de los que la aseguradora es miembro o a cuya reglamentación esté sujeta. Además, en circunstancias especiales, la aseguradora 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 | D | D | M | M | A | A | _____

Conservación: la aseguradora 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, divulgación, 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 aseguradora, escribiendo al garante de la protección de datos a la dirección indicada al final de este formulario o a la siguiente dirección de correo electrónico: 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 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 que solicitemos nosotros, nuestros asesores médicos, nuestros representantes oficiales o cualquier tercero que sea nombrado como experto para evaluar su condición clínica en caso de disputas (sujeto a cualquier restricción legal aplicable).



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.

Allianz 
Allianz Worldwide Care

2 INFORMACIÓN DEL TRATAMIENTO *a completar por el médico*

- Si el paciente necesitase tratamientos adicionales a los indicados en esta sección, el médico debe informarnos antes de efectuarlos.
- Las facturas deben enviarse no más tarde de 60 días tras la fecha en la que el paciente se da de alta, salvo cuando existan acuerdos especiales entre el proveedor médico y nosotros.

Enfermedad

Descripción de la enfermedad y síntomas

Causa subyacente (si se conoce)

¿Cuándo le fue diagnosticada al paciente esta enfermedad por primera vez?

D D M M A A

Fecha en que el paciente fue visitado por primera vez en relación con esta enfermedad

D D M M A A

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

D D M M A A

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

ICD9/10

DSM IV

DRG

Maternidad:

Fecha en que el médico confirmó el embarazo

D D M M A A

Fecha prevista o real del parto

D D M M A A

¿La paciente espera 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

D D M M A A

Tratamientos en el Reino Unido

Código CPT

CCSD

Descripción

Coste

Para tratamientos en Alemania (DRG), por favor confirme el precio base (Basisfallpreis)

Duración aproximada de la hospitalización

noches / días (marque la opción que 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:

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

Honorarios del médico / anestésista

Coste total estimado (incluya la 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 selle el formulario.

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

Firma del médico

Fecha

D D M M A A

Sello oficial del proveedor médico

Por favor, envíenos el presente formulario debidamente completado con al menos cinco días de antelación al tratamiento a recibir. El formulario debe enviarse por:

- correo electrónico (escaneando el documento) a la dirección: medical.services@allianzworldwidecare.com
- fax al número: + 353 1 653 1780;
- correo postal a la dirección: Departamento Médico (Medical Services Department), Allianz Worldwide Care, 15 Joyce Way, Park West Business Campus, Nangor Road, Dublín 12, Irlanda.

Le recomendamos guardar copia de toda la correspondencia que mantenga con nosotros: 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