

Formulário de Pedido de Reembolso

Preencha este formulário em **LETRA DE FÔRMA**. Para a sua conveniência este formulário também está disponível no nosso site: www.allianzworldwidecare.com/gpcf.

1 Dados do titular da apólice

Número da apólice	<input type="text"/>
Nome	<input type="text"/>
Sobrenome	<input type="text"/>
Data de nascimento	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/>
Endereço	<input type="text"/>
Telefone	Código do país <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / Código de área <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
E-mail	<input type="text"/>

2 Dados do paciente (caso este não seja o titular da apólice)

Nome	<input type="text"/>
Sobrenome	<input type="text"/>
Data de nascimento	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/>
Sexo:	Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/>

3 Dados de pagamento

Opção 1: Pagamento ao prestador de serviços médicos (ex: hospital, especialista)* (Não é necessário que os dados bancários solicitados abaixo sejam preenchidos para esta opção)

Opção 2: Pagamento ao titular da apólice

O pagamento relativo à Opção 2 será feito somente ao titular da apólice por cheque ou transferência bancária.

Método de pagamento preferido: Transferência bancária** Cheque***

Especifique a moeda em que gostaria de ser reembolsado (certifique-se de que tal moeda é aceita em sua conta bancária)
Quando não pudermos realizar o pagamento na moeda local, efetuaremos o pagamento em dólares americanos (US\$)****

Nome do titular da conta bancária como aparece em seu extrato bancário

Número da conta

IBAN (apenas quando necessário)*****

Código do banco/da agência / Código Swift*****

Nome do banco

Endereço do banco

Caso seja necessário fornecer informações adicionais para efetuar transações internacionais em seu país (como documento de identificação, CPF, CNPJ ou código bancário), indique-as no espaço ao lado:

Código Swift do banco intermediário (se aplicável)

* Caso ainda não tenha efetuado um pagamento ao provedor médico.

** No caso de transferência bancária, forneça os dados bancários.

*** Os cheques emitidos ao titular da apólice serão enviados ao endereço de correspondência fornecido na seção 1.

**** Quando seu pedido for relativo a um reembolso em moeda estrangeira, nos reservamos o direito de escolher a taxa de câmbio para conversão.

***** Se o seu banco estiver na União Europeia ou em um país onde o número de IBAN seja requerido, como no Catar, Arábia Saudita, Angola, Tunísia e Turquia, forneça ambos os números de IBAN e do código BIC/Swift para facilitar o pagamento do seu pedido.

4 Dados do pedido de reembolso

Preencha todas as seções da tabela a seguir com os dados de cada fatura/recibo, incluindo o valor e a moeda. Preencha também o diagnóstico ou a condição médica tratada se estes não estiverem indicados na fatura/recibo. Utilize uma página à parte caso o espaço abaixo não seja suficiente para preencher todas as suas informações.

Descrição da despesa/do tratamento	Diagnóstico/ condição médica	Nome do prestador de serviços	Valor da despesa, incluindo a moeda	Esta fatura foi paga por você?
				Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
				Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
				Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
				Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
				Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
				Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
				Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
				Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
				Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
				Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
				Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
				Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
				Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
				Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
				Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
				Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
				Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
				Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
				Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
				Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
				Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>

Em que país o tratamento foi realizado?

Este pedido de reembolso é resultante de um acidente ou de uma doença/lesão relacionada ao trabalho? Sim Não

Em caso afirmativo, forneça detalhes

Se este pedido estiver relacionado a um acidente ou a uma doença/lesão relacionada ao trabalho e você possuir outra apólice de seguro; ou se você estiver prestando queixa ou entrando com um processo judicial contra terceiros para recuperar custos incorridos como resultado deste acidente/lesão, forneça detalhes em um documento à parte.

As seções 5 e 6 devem ser completamente preenchidas pelo médico encarregado do tratamento, a menos que suas faturas contenham detalhes do diagnóstico e a natureza do tratamento.

5 Dados do prestador de serviços médicos

Nome do médico/especialista

Qualificações/credenciais

Nome do hospital/da clínica

Endereço

Telefone Código do país Código de área

Fax Código do país Código de área

E-mail

Aplicável somente aos pedidos de reembolso de fisioterapia/psicoterapia. Forneça os dados de referência completos:

Nome do médico solicitante

Telefone Código do país Código de área

Data da consulta / /

6 Dados médicos

Indique o tipo do quadro: Agudo Crônico Episódio agudo de uma doença crônica

Forneça todos os detalhes do quadro/sintoma clínico que justificou o tratamento, inclusive o código ICD9/10/DSM-IV

Em que data o paciente **relatou** pela primeira vez esses sintomas? / /

Em que data o paciente começou a **apresentar** tal quadro ou tais sintomas? / /

O paciente apresentou esse quadro anteriormente? Sim Não Em caso afirmativo, quando? / /

É do seu conhecimento se algum tratamento foi oferecido no passado para essa doença ou qualquer outra doença relacionada a esta? Sim Não

Em caso afirmativo, forneça detalhes

É provável a reincidência? Sim Não

Será preciso tratamento de reabilitação? Sim Não

É permanente? Sim Não

Há necessidade de acompanhamento, consultas, check-ups, exames ou testes a longo prazo? Sim Não

Referente apenas em casos de gravidez:

Data estimada para o parto / / A expectativa é para o nascimento de um único bebê? Sim Não

Se você respondeu "Não" à pergunta anterior, a gravidez é resultado de algum método de reprodução assistida diferente da inseminação artificial?

Sim Não

Se você respondeu "Sim" à pergunta anterior, forneça detalhes adicionais

Aplicável somente para pedidos de reembolso para tratamento odontológico:

O paciente estava com dor de dente no momento em que foi feito o tratamento? Sim Não

Assine e autentique com um carimbo oficial.

Assinatura do médico

Data / /

Carimbo do provedor de serviços médicos

7 Legislação de Proteção de Dados e liberação dos registros médicos

Nestas declarações, as informações referem-se aos dados e informações pessoais enviados, seja nos Formulários de Solicitação, Pedido de Reembolso, Autorização para Tratamento, documentos e informações de apoio que podemos recolher em relação aos produtos ou serviços que fornecemos. A Allianz Worldwide Care, parte do grupo Allianz, será a controladora de dados a respeito dessas informações.

Utilizações: Informações pessoais podem ser utilizadas com a finalidade de administrar o seguro (ex. para a subscrição, processo de reembolso e prevenção a fraudes). Observe que poderemos utilizar serviços de terceiros para processar dados em nosso nome. Estes serviços, que podem ser realizados fora do Espaço Econômico Europeu (EEE), estarão sujeitos a restrições contratuais relacionadas à confidencialidade e segurança, de acordo com as obrigações impostas pela legislação de proteção de dados.

Dados sensíveis: Precisamos coletar dados sensíveis em relação a você (como dados médicos) para avaliar os termos do seguro que emitimos e/ou para administrar os pedidos de reembolso.

Divulgação de informação: Podemos compartilhar as suas informações com nossos agentes, membros do grupo Allianz, outras seguradoras e seus agentes, hospitais, clínicas, qualquer intermediário que esteja atuando em seu nome ou com órgãos reguladores (dos quais sejamos membros ou pelos quais sejamos regulados). Em certas circunstâncias, poderemos utilizar os serviços de um investigador particular para investigar um pedido de reembolso que você tenha nos enviado.

Retenção: Estamos obrigados a reter seus dados pelo período de seis anos da data de encerramento da cobertura. Não reteremos seus dados por tempo maior que o necessário e apenas os armazenaremos para o propósito para o qual foram obtidos.

Representação e consentimento: Ao assinar este formulário você confirma que tem a autoridade de atuar em nome de seus dependentes em relação a todas as informações pessoais fornecidas, e que consente que a Allianz Worldwide Care processe, divulgue, utilize e conserve as informações sobre você e sobre seus dependentes.

Acesso: Você tem o direito de solicitar e receber uma cópia de seus dados pessoais em nossa posse. Se desejar exercer este direito, você deve escrever para Data Protection Officer, no endereço que aparece no final deste formulário ou por e-mail para: client.services@allianzworldwidecare.com

Gravação das chamadas telefônicas: As ligações para a Central de Atendimento serão gravadas e poderão ser monitoradas por razões regulamentares ou para fins de treinamento e qualidade.

Certifico, pelo que é de meu conhecimento, que este Formulário de Pedido de Reembolso não contém informações falsas, enganosas ou incompletas. Eu entendo que caso este pedido de reembolso seja fraudulento, em parte ou por inteiro, a apólice será cancelada a partir da data de descoberta de tais eventos fraudulentos e poderei responder a um processo judicial.

Eu concordo em renunciar quaisquer direitos que eu possa ter sobre o sigilo ou confidencialidade médica em relação às informações médicas a meu respeito e autorizo meus médicos, profissionais da saúde e qualquer estabelecimento médico competente a fornecer informação sobre minha saúde, se solicitado pela Allianz Worldwide Care, seus profissionais da saúde, seus representantes ou profissionais agindo como terceiros em casos de disputas, sujeito a restrições legais aplicáveis.

Em caso de tratamento de um menor de idade, esta seção deverá ser assinada e datada por um dos pais ou pelo guardião legal.

Assinatura do paciente _____

Data / /

8 Autorização para terceiros

Como o segurado solicitando reembolso, eu autorizo _____

INSIRA O NOME DA PESSOA NOMEADA

a atuar em meu nome e em nome de todos os dependentes nomeados neste formulário (quando aplicável) em relação à administração dos pedidos de reembolso, o que inclui a divulgação de informações médicas a meu respeito.

Assinatura do segurado _____

Data / /

Nome do segurado em letra de fôrma

Envie seus Formulários de Pedido de Reembolso completamente preenchidos com as faturas/recibos de apoio (comprovantes de cartão de crédito não serão aceitos) por um dos métodos a seguir:

Por e-mail para: claims@allianzworldwidecare.com

Por fax para: + 353 1 645 4033

Pelo correio para: Allianz Worldwide Care, 15 Joyce Way, Park West Business Campus, Nangor Road, Dublin 12, Irlanda.

Observe que você é responsável por manter a documentação original de apoio (ex: recibos médicos), cujas cópias nos forem enviadas, já que nos reservamos o direito de solicitar os documentos/recibos originais de apoio até 12 meses após o pagamento dos pedidos de reembolso, por razões de controle e prevenção a fraudes. Também nos reservamos o direito de solicitar comprovantes de pagamento feitos por você (por exemplo: extrato de conta ou do cartão de crédito) em relação aos seus recibos médicos. Além disso, recomendamos que você mantenha cópias de toda a correspondência que nos for enviada, pois não podemos nos responsabilizar por correspondências extraviadas por razões que estão fora de nosso controle.

Para obter mais informações, entre em contato com a nossa Central de Atendimento: + 353 1 645 4040 ou envie um e-mail para:

client.services@allianzworldwidecare.com

Para consultar a lista completa de nossos números gratuitos, acesse: www.allianzworldwidecare.com/toll-free-numbers

Importante - verifique se:

- Todas as faturas, prescrições e recibos originais estão incluídos.
- O Formulário de Pedido de Reembolso foi totalmente preenchido.
- As declarações foram assinadas e datadas.
- O diagnóstico foi confirmado e está especificado no Formulário de Pedido de Reembolso ou nas faturas.
- Caso tenha modificado seus dados de contato, forneça os novos dados no Formulário de Pedido de Reembolso.

Este documento é uma tradução em português de "GlobalPass Healthcare Plans for Latin America – Claim Form" em inglês. A versão inglesa deste documento é a versão original e legalmente vinculante. Se houver discrepâncias entre esta tradução e a versão inglesa, é importante indicar que a versão inglesa é a legalmente vinculante. A AWP Health & Life SA, atuando sob sua sucursal na Irlanda, é uma empresa de sociedade anônima regida pelo Código de Seguros Francês. A empresa é registrada na França sob o número: 401 154 679 RCS Nanterre. A sucursal da Irlanda é registrada pelo órgão Irlandês "Irish Companies Registration Office" sob o número: 907619. Endereço: 15 Joyce Way, Park West Business Campus, Nangor Road, Dublin 12, Irlanda. A Allianz Worldwide Care está registrada como uma razão social da AWP Health & Life SA.