



## 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 do profissional que solicitou o encaminhamento médico:

Nome do médico solicitante																															
Telefone	Código do país			Código de área																			Data da consulta	D	D	/	M	M	/	A	A

## 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?

D	D	/	M	M	/	A	A
---	---	---	---	---	---	---	---

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

D	D	/	M	M	/	A	A
---	---	---	---	---	---	---	---

Assine e autentique com um carimbo oficial.

Assinatura do médico

Data 

D	D	/	M	M	/	A	A
---	---	---	---	---	---	---	---

Carimbo oficial do prestador dos 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 do seguro. Não reteremos seus dados por tempo maior que o necessário e apenas os armazenaremos para o propósito para o qual foram obtidos.

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 

D	D	/	M	M	/	A	A
---	---	---	---	---	---	---	---

## 8 Autorização para terceiros

Como o afiliado 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 afiliado

Data 

D	D	/	M	M	/	A	A
---	---	---	---	---	---	---	---

Nome do afiliado em letra de fôrma

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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.

Envie seus Formulários de Pedido de Reembolso completamente preenchidos com as faturas/recibos por um dos métodos a seguir:

Por e-mail: [claims@allianzworldwidecare.com](mailto:claims@allianzworldwidecare.com)

Por fax: + 353 1 645 4033

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

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](mailto:client.services@allianzworldwidecare.com)

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