

Formulario de solicitud para la indemnización por muerte accidental

Complete el formulario en LETRAS MAYÚSCULAS.

En el presente documento, el término "afiliado" se refiere a la persona fallecida.

1 Datos personales del afiliado fallecido

Número de póliza	<input type="text"/>
Nombre	<input type="text"/>
Apellido(s)	<input type="text"/>
Fecha de nacimiento	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Dirección	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

2 Datos personales del solicitante

Sr. <input type="checkbox"/> Sra. <input type="checkbox"/> Srta. <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Nombre	<input type="text"/>
Apellido(s)	<input type="text"/>
Relación con el afiliado fallecido	<input type="text"/>
Dirección	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Número de teléfono	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
E-mail	<input type="text"/>

3 Información sobre el deceso

3a

Fecha del deceso	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Causa y naturaleza del deceso	<input type="text"/> <input type="text"/>

Por favor, adjunte al presente formulario el certificado de defunción oficial.

3b

¿El afiliado ha sido sometido a alguna autopsia?	No <input type="checkbox"/> (Si ha contestado "No", no debe completar el resto de esta sección 3b)
	Sí <input type="checkbox"/> Fecha <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Nombre del hospital en que se efectuó la autopsia	<input type="text"/> <input type="text"/>
Nombre del médico	<input type="text"/>
Dirección del hospital	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Por favor, adjunte al presente formulario el informe de la autopsia.

Continúa en la página siguiente

Información sobre el deceso (continuación)

3c

Fecha del accidente Hora del accidente

Lugar del accidente

Causa, naturaleza e información del accidente

Indique la fecha en que el afiliado recibió los primeros cuidados médicos tras el accidente

Nombre del hospital o clínica en que el afiliado recibió los primeros cuidados médicos tras el accidente

Nombre del médico

Dirección del hospital/clínica

¿La policía ha sido informada del accidente? Sí No

Si ha contestado "No", indique porqué no se informó a la policía

Si ha contestado "Sí", indique la dirección del cuartel de policía

Fecha en que se informó a la policía del accidente

¿El afiliado estaba bajo el efecto de drogas o alcohol durante las 24 horas anteriores al accidente? Sí No

Si ha contestado "Sí", proporcione más información

Por favor, adjunte al presente formulario cualquier informe oficial sobre el accidente.

4 Estado de familia del afiliado fallecido

El afiliado fallecido podría haber nominado a un beneficiario específico para la indemnización, comunicándonos su nombre. De no haber beneficiarios nominados por el afiliado, usaremos los datos proporcionados a continuación para individualizar la persona que según los términos y condiciones de la póliza tiene derecho a la indemnización.

¿El afiliado estaba casado cuando falleció? Sí No

Si ha contestado "Sí", proporcione los datos de contacto del cónyuge como abajo solicitado.

¿El afiliado estaba legalmente separado cuando falleció? Sí No

Si el afiliado no estaba casado, si estaba separado o si el cónyuge ha fallecido, proporcione el nombre, los datos de contacto y la fecha de nacimiento de todos sus hijos en vida (hijastros, hijos en adopción o crianza temporal incluidos).

De no haber cónyuge o hijos, proporcione los datos personales de los padres del afiliado fallecido.

De no haber cónyuge, hijos o padres en vida, proporcione los datos de contacto del representante legal nominado para gestionar el patrimonio del afiliado.

Datos de contacto así como arriba solicitados:

Nombre y apellidos

Relación con el afiliado fallecido

Fecha de nacimiento

Dirección

Número de teléfono

E-mail

Continúa en la página siguiente

Estado de familia del afiliado fallecido (continuación)

Nombre y apellidos	<input type="text"/>
Relación con el afiliado fallecido	<input type="text"/>
Fecha de nacimiento	<input type="text"/> d d <input type="text"/> m m <input type="text"/> a a
Dirección	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Número de teléfono	<input type="text"/> PREFIJO INTERNACIONAL - <input type="text"/> PREFIJO LOCAL - <input type="text"/>
E-mail	<input type="text"/>
Nombre y apellidos	<input type="text"/>
Relación con el afiliado fallecido	<input type="text"/>
Fecha de nacimiento	<input type="text"/> d d <input type="text"/> m m <input type="text"/> a a
Dirección	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Número de teléfono	<input type="text"/> PREFIJO INTERNACIONAL - <input type="text"/> PREFIJO LOCAL - <input type="text"/>
E-mail	<input type="text"/>

Si necesita más espacio para incluir más familiares, utilice otro formulario de solicitud.

Por favor, adjunte la documentación oficial que indique el estado de familia del afiliado fallecido y documentos que indiquen la identidad y la relación con el fallecido de sus familiares en vida (cuyos datos ha indicado arriba).

Nombre, apellidos y datos de contacto del representante legal del afiliado (si se aplica)

5 Datos de pago

Allianz Worldwide Care liquidará la indemnización por muerte accidental al beneficiario que tenga derecho a recibirla tras aprobar la presente solicitud. Proporcione los datos de pago a continuación. Si descubrimos que varios beneficiarios tienen derecho a recibir la indemnización, los datos de pago abajo indicados se utilizarán para abonar la cantidad establecida a la persona a la que dichos datos correspondan, la cual recibirá el pago en nombre de todos los demás beneficiarios.

Método de pago preferido: Cheque* Transferencia bancaria**

*Nombre y dirección del beneficiario (para pagos por cheque)

**Para pagos por transferencia, proporcione los datos del banco:

Nombre del titular de la cuenta, así como aparece en el extracto del banco (por ejemplo: Pedro Pérez García)

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

Por favor, proporcione ambos códigos IBAN y BIC/Swift si su banco se encuentra en la Unión Europea o en un país donde estos códigos sean necesarios para efectuar una transferencia internacional (como Catar, Arabia Saudí, Angola, Túnez o Turquía):

Número de cuenta

IBAN (si se aplica)

Código Sort Código BIC/Swift

Nombre del banco

Dirección del banco

Datos adicionales

Si en su país se requieren datos adicionales (por ejemplo: código de la filial, número de identificación fiscal) para efectuar transacciones internacionales, por favor indíquelos a continuación:

Código Swift del banco corresponsal (si se aplica):

6 Protección de datos y declaración de información clínica

La expresión "información personal" se refiere a los datos personales proporcionados 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 de 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 detección de fraude). Allianz Worldwide Care podría 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: la aseguradora necesita 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.

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 que se solicita y hasta que la ley lo obligue.

Representación y consentimiento: firmando el presente formulario, el asegurado confirma tener autoridad para actuar en nombre de sus dependientes cuando proporcione su información personal para los usos indicados en esta sección; el asegurado declara consentir a su tratamiento, divulgación, uso y conservación en nombre de sus dependientes.

Acceso: el asegurado tiene derecho a pedir y recibir copia de sus datos personales conservados por la aseguradora, escribiendo al garante de la protección de datos en la dirección indicada al final de este formulario o en 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 declara que, según su leal saber y entender, el presente formulario de solicitud 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. **En caso de reclamaciones de gastos médicos falsas, fraudulentas o intencionalmente exageradas, o si se han utilizados medios fraudulentos con el objeto de beneficiarse de la cobertura ofrecida por la póliza de seguro, la aseguradora no pagará ninguna cantidad relativa a dicha reclamación.** Todos los reembolsos de gastos médicos que la compañía haya efectuado antes de descubrir el fraude u omisión deberá restituirse a Allianz Worldwide Care de inmediato y cualquier solicitud pendiente de pago no se pagará. Entiendo que Allianz Worldwide Care tiene derecho a pedir información adicional y documentación necesaria para tramitar mi solicitud, y me comprometo a proporcionar dicha información adicional o documentación a mi costa.

Firma del solicitante Fecha

Nombre y apellidos en letras mayúsculas

Firma del solicitante Fecha

Nombre y apellidos en letras mayúsculas

Firma del solicitante Fecha

Nombre y apellidos en letras mayúsculas

Firma del solicitante Fecha

Nombre y apellidos en letras mayúsculas

Si necesita más espacio para las firmas, utilice otro formulario de solicitud.

Si un padre o tutor firma en nombre de un menor o de una persona incapacitada para hacerlo ella misma, indique el nombre de la persona incapacitada o menor de edad y su relación con el afiliado fallecido

Importante - por favor, compruebe que:

- | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> el formulario ha sido cumplimentado debidamente y la sección 6 ha sido firmada y fechada; | <input type="checkbox"/> el informe del accidente ha sido adjuntado (si se aplica); |
| <input type="checkbox"/> el certificado de defunción ha sido adjuntado; | <input type="checkbox"/> la documentación oficial que indica el estado de familia del afiliado ha sido adjuntada; |
| <input type="checkbox"/> el informe de la autopsia ha sido adjuntado (si se aplica); | <input type="checkbox"/> los documentos de identidad de los familiares en vida y la documentación que indica su relación con el afiliado ha sido adjuntada. |

Por favor, envíe el presente formulario debidamente completado y la documentación adjunta por correo a la siguiente dirección:
Departamento de reembolsos (Claims Department), Allianz Worldwide Care, 15 Joyce Way, Park West Business Campus, Nangor Road, Dublín 12, Irlanda.

Para consultas, contacte con la línea de asistencia telefónica en español:

Teléfono: +353 1 630 1304

E-mail: client.services@allianzworldwidecare.com

El listado actualizado de nuestros números gratuitos está disponible en la página Web: www.allianzworldwidecare.com/toll-free-numbers
www.allianzworldwidecare.com