

Solicitud de reembolso para proveedores médicos

Puede bajar más copias de este formulario (en formato PDF o Word editable) desde nuestro sitio Web: www.allianzworldwidecare.com/medical-provider.claimform. Si elige completar el formulario a mano, por favor escriba en **LETRAS MAYÚSCULAS**.

1 Datos del paciente

Número de póliza _____
Nombre _____
Apellidos _____
Fecha de nacimiento (dd/mm/aa) _____
Dirección para la correspondencia _____
Número de teléfono (incluya el prefijo internacional) _____
E-mail: _____

2 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 que se requirió el tratamiento (incluya el código ICD9/10 o DSM-IV)
ICD9/10 code _____ 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) _____
¿El paciente sufrió otras veces de la misma enfermedad en el pasado? Sí No Si ha contestado "Sí", ¿cuándo? (dd/mm/aa) _____
¿Sabe si el paciente recibió algún tratamiento en el pasado para esta enfermedad o para enfermedades relacionadas? Sí No
Si ha contestado "Sí", proporcione más información _____
¿Se trata de una enfermedad que podría ser recurrente? Sí No
¿El paciente necesita rehabilitación? Sí No
¿Se trata de una condición médica permanente? Sí No
¿El paciente necesita cuidados, consultas, revisión o pruebas a largo plazo? Sí No
Por favor, indique el número de la garantía de pago directo (si se aplica) relativa al tratamiento detallado en este formulario _____

Sección a completar solo en caso de reclamaciones por embarazo:

Fecha prevista del parto (dd/mm/aa) _____
¿La paciente espera a un solo bebé? Sí No
Si ha contestado "No" porque la paciente espera a gemelos, ¿el embarazo es el resultado de un tratamiento de reproducción asistida que no sea la inseminación artificial?
Sí No
Si ha contestado "Sí", proporcione más información _____

Sección a completar solo en caso de fisioterapia o psicoterapia. Por favor, proporcione información sobre la derivación médica:

Nombre del médico que pidió la derivación _____
Teléfono (incluya el prefijo internacional) _____
Fecha de la derivación (dd/mm/aa) _____

Por favor, firme y selle el formulario.

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

Sello oficial del proveedor médico

3 Protección de datos y declaración de información clínica (Sección a firmar por el paciente asegurado)

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.

El abajo firmante confirma que no exigirá la aplicación de su derecho de privacidad con respeto 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 a los asesores médicos de Allianz Worldwide Care o a cualquier tercero que sea nominado como experto a evaluar su condición clínica en caso de disputas.

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) _____

Importante – por favor, compruebe que:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> ha adjuntado todos los recibos, facturas y recetas médicas; | <input type="checkbox"/> ha firmado y fechado las secciones 2 y 3; |
| <input type="checkbox"/> ha completado el formulario por entero (y ha indicado el número de garantía de pago directo, si se aplica); | <input type="checkbox"/> ha indicado el diagnóstico en el formulario o en las facturas. |

Por favor, envíe el formulario debidamente completado junto a las facturas originales (no se aceptan fotocopias) a la dirección que sigue:

Departamento de Reembolsos (Claims Department), Allianz Worldwide Care, 15 Joyce Way, Park West Business Campus, Nangor Road, Dublín 12, Irlanda.

Le aconsejamos 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.

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