

Formulario de reclamación

Por favor, complete el formulario en **LETRA MAYÚSCULA**. Puede descargar más copias de este formulario desde nuestra página web: www.allianzworldwidecare.com/gpcf

1 Datos del afiliado principal

Número de póliza

Nombre

Apellidos

Fecha de nacimiento / /

Dirección para la correspondencia

Número de teléfono Prefijo internacional Prefijo local

Correo electrónico

2 Datos del paciente (a completar sólo si el paciente no es el afiliado principal)

Nombre

Apellidos

Fecha de nacimiento / /

Sexo: Masculino Femenino

3 Datos de pago

Opción 1: pago al proveedor médico (por ejemplo hospital, especialista, etc.)* (No es necesario completar el resto de esta sección 3 si marca esta casilla.)

Opción 2: pago al afiliado principal

Los pagos relativos a la opción 2 pueden efectuarse solamente por cheque o por transferencia bancaria y a nombre del afiliado principal.

Seleccione el método de pago: Transferencia bancaria** Cheque***

Indique la moneda en la que desea recibir el pago (asegúrese de que su cuenta acepta esa moneda)

Cuando no sea posible reembolsarle en la divisa solicitada lo haremos en dólares estadounidenses (US\$)****

Nombre del titular de la cuenta bancaria, tal como aparece en los extractos del banco

Número de la cuenta

IBAN (si es necesario)*****

Código Sort

Código Swift*****

Nombre del banco

Dirección del banco

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

Código Swift del banco corresponsal (si se aplica)

* Opción a seleccionar si no ha pagado el tratamiento al proveedor médico.

** Para pagos por transferencia, proporcione los datos del banco en los espacios indicados.

*** Los cheques a pagar a los afiliados principales se enviarán a la dirección para la correspondencia que ha indicado en la sección 1. En algunos países podría ser necesario enviar instrucciones al banco para que pueda liberar cheques y transferir cantidades en su cuenta bancaria.

**** Cuando solicite un reembolso en una moneda distinta, nos reservamos el derecho a elegir el tipo de cambio a aplicar.

***** Debe indicar ambos códigos IBAN y BIC/Swift si su banco se encuentra en la Unión Europea o en un país en el que estos códigos sean necesarios para efectuar una transferencia (por ejemplo Catar, Arabia Saudí, Angola, Túnez y Turquía).

Las secciones 5 y 6 deben completarse por el médico que ha efectuado el tratamiento sólo en los casos en que en las facturas/recibos no se indique el diagnóstico y el tipo de tratamiento.

5 Datos del proveedor médico

Nombre del médico o especialista

Títulos/calificaciones

Nombre del hospital o clínica

Dirección

Número de teléfono Prefijo internacional Prefijo local

Fax Prefijo internacional Prefijo local

Correo electrónico

Para reclamaciones de fisioterapia o psicoterapia solamente – proporcione los datos completos del médico que ha solicitado la derivación:

Médico que ha solicitado la derivación

Número de teléfono Prefijo internacional Prefijo local

Fecha de la derivación / /

6 Información médica

Indique el tipo de condición médica: Aguda Crónica Episodio agudo de enfermedad crónica

Por favor, proporcione información completa acerca de los síntomas o enfermedad que se ha tratado, incluyendo los códigos ICD9/10 o DSM-IV

¿Cuándo fue la primera ocasión en que el paciente se presentó ante usted con estos síntomas? / /

¿En qué fecha se manifestaron los síntomas de la enfermedad por primera vez? / /

¿El paciente ha sufrido de la misma enfermedad en pasadas ocasiones? Sí No Si ha contestado "Sí", indique cuándo / /

¿Tiene conocimiento de algún tratamiento que el paciente haya recibido en el pasado en relación con esta enfermedad o con enfermedades relacionadas con esta? Sí No

De haber contestado "Sí", por favor proporcione más información

¿Se trata de una enfermedad que podría manifestarse otra vez? Sí No

¿Se requiere rehabilitación? Sí No

¿La enfermedad es permanente? Sí No

¿La enfermedad requiere observación, consultas, revisiones, exámenes o pruebas a largo plazo? Sí No

Completar solo en casos de embarazo:

Fecha prevista del parto / / ¿La paciente está embarazada de un solo bebé? Sí No

Si ha contestado "No" porque la paciente espera a varios bebés, ¿es el embarazo el resultado de una fertilización asistida que no sea la inseminación artificial? Sí No

De haber contestado "Sí", por favor proporcione más información

Solamente para reclamaciones de tratamientos dentales:

¿El paciente sufría de dolor dental cuando acudió a su consulta para el tratamiento? Sí No

Por favor, firme y autentique el formulario con su sello oficial.

Firma del médico

Fecha / /

Sello del médico

7 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 Grupo Allianz, es la responsable del tratamiento de datos.

Uso: la información personal se utiliza por la compañía para la administración del seguro (por ejemplo, para el proceso de evaluación médica, de tramitación de los reclamos 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 compañía necesita recoger datos sensibles del asegurado (por ejemplo: datos de su historial clínico) para evaluar los términos del contrato de seguro o para administrar los reclamos.

Divulgación: la compañía podría compartir la información personal del asegurado con sus corredores, con otras empresas del Grupo Allianz, con otras aseguradoras y sus intermediarios, con proveedores de servicios y con cualquier intermediario que actúe en representación del asegurado. La compañía podría también compartir la información personal con departamentos gubernativos u organismos de reglamentación de los que la compañía es miembro o a cuya reglamentación esté sujeta. Además, en circunstancias especiales, la compañía podría recurrir a investigadores privados para investigar las circunstancias de un reclamo enviado por el solicitante.

Conservación: la compañía 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 las personas a su cargo cuando proporcione su información personal; el asegurado declara consentir su tratamiento, divulgación, uso y conservación en nombre de las personas a su cargo.

Acceso: el asegurado tiene derecho a solicitar y recibir copia de sus datos personales conservados por la compañía, escribiendo al delegado de 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 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 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.

Confirmando que no exigiré la aplicación de mi derecho de privacidad con respecto a la información de mi historial médico y autorizo a todos los médicos, especialistas, dentistas, profesionales médicos, empleados de hospitales y autoridades sanitarias a comunicar cualquier información relativa a mi enfermedad a Allianz Worldwide Care, a sus asesores médicos, a sus representantes oficiales o a cualquier tercero que sea designado como experto para evaluar mi condición clínica en caso de disputas (sujeto a cualquier restricción legal aplicable).

Si el paciente es menor de edad, esta sección debe firmarse y fecharse por uno de los padres o por el tutor.

Firma del paciente

Fecha / /

8 Autorización de acceso de la información por terceros

El solicitante del reembolso de los gastos médicos indicados en este formulario autoriza a

NOMBRE DEL TERCERO

a actuar en representación y en nombre del mismo solicitante y de cualquier otra persona nombrada en este formulario, con relación a la administración de la presente solicitud de reembolso. Esto podría incluir la divulgación al tercero de información clínica sensible.

Firma del solicitante

Fecha / /

Nombre del solicitante en mayúsculas

Por favor, envíe el formulario de reclamación debidamente completado y las facturas de referencia (no se aceptan recibos de tarjeta de crédito) por uno de estos medios:

- por correo electrónico a la dirección: claims@allianzworldwidecare.com
- por fax al número: +353 1 645 4033
- por correo postal a la dirección: Allianz Worldwide Care, 15 Joyce Way, Park West Business Campus, Nangor Road, Dublin 12, Irlanda.

Si elige enviarnos copias de documentos originales junto a esta solicitud, es su responsabilidad guardar los originales (por ejemplo: las facturas del médico), ya que, en cualquier momento hasta 12 meses tras el pago de un reembolso, tenemos derecho a solicitar los documentos originales por razones de control y prevención de fraudes. La aseguradora tiene derecho a requerir un comprobante de pago (por ejemplo un extracto del banco o de la tarjeta de crédito) que confirme el pago de los gastos médicos por el afiliado. Además, por favor guarde copias de todos los documentos o comunicaciones escritas intercambiadas con nosotros, ya que 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: +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

Importante - por favor, compruebe lo siguiente:

- Todos los recibos, facturas y prescripciones médicas se han incluido al formulario.
- El formulario de reclamación ha sido completado debidamente.
- La declaración ha sido firmada y fechada.
- El diagnóstico ha sido confirmado y se indica en el formulario de reclamación o en las facturas.
- Si sus datos de contacto han cambiado, por favor indique los nuevos en el presente formulario.

El presente documento es la traducción al español del "GlobalPass Claim Form for Ind and UW Groups" en inglés. La versión en inglés es la única original y autorizada. Si se descubrieran discrepancias entre la versión en español y la versión en inglés, solamente la versión en inglés se consideraría legalmente vinculante. AWP Health & Life SA es una sociedad anónima sujeta a la reglamentación francesa de los servicios de seguro ("Code des Assurances") y actúa a través de su sucursal irlandesa. AWP Health & Life SA está registrada en Francia con el número 401 154 679 RCS Nanterre. La sucursal irlandesa está registrada en el registro oficial de empresas de Irlanda con el número de registro 907619, en la dirección 15 Joyce Way, Park West Business Campus, Nangor Road, Dublin 12, Irlanda. Allianz Worldwide Care es un nombre comercial registrado por AWP Health & Life SA.