

# Formulario de reclamación para grupos

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

## 1 Datos del afiliado principal

Número de póliza  Fecha de nacimiento  /  /

Nombre

Apellidos

Dirección para la correspondencia (la más reciente)

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 que estos códigos sean necesarios para efectuar una transferencia (por ejemplo Catar, Arabia Saudí, Angola, Túnez y Turquía).*

## 4 Datos de la reclamación

Por favor, complete la tabla siguiente con los datos de cada una de las facturas y/o recibos relativos a esta solicitud. Si el diagnóstico o la patología tratada no se indican en la factura/recibo, por favor indíquelos en la tabla. Si necesita más espacio para incluir toda la información, continúe en una hoja aparte.

Descripción del gasto médico/tratamiento	Diagnóstico/patología tratada	Nombre del proveedor médico	Cantidad facturada y divisa de la factura	¿Esta factura ha sido pagada por usted?
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

¿En qué país se ha llevado a cabo el tratamiento?

Sólo para embarazos: Fecha prevista del parto  /  /

*Si el tratamiento fue necesario tras un accidente o una lesión/enfermedad relacionada con el trabajo y usted posee cualquier otro seguro (por ejemplo: seguro de coche), o bien si ha solicitado a terceros el reembolso de los gastos ocasionados o ha entablado algún pleito para recobrar los gastos, proporcione más detalles en un documento aparte.*

## 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 patología: 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?   /   /

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

Firma del médico

Fecha   /   /

Sello oficial 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](mailto: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 compañía 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 exigirá 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

*Si nos envía 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 asegurado. 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.*

Por favor, envíe el formulario de reclamación debidamente completado y las facturas/recibos originales por uno de estos medios:

- por correo electrónico a la dirección: [claims@allianzworldwidecare.com](mailto: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 tiene preguntas, comuníquese con la línea de asistencia: +353 1 630 1304, o bien: [client.services@allianzworldwidecare.com](mailto:client.services@allianzworldwidecare.com)

El listado actualizado de nuestros números gratuitos está disponible en la página web: [www.allianzworldwidecare.com/toll-free-numbers](http://www.allianzworldwidecare.com/toll-free-numbers)