

SOLICITUD DE REEMBOLSO PARA PROVEEDORES MÉDICOS

Puede descargar más copias de este formulario (en formato PDF editable) desde nuestra página web:
www.allianzworldwidecare.com/medical-provider-claimform. Si completa el formulario a mano, hágalo en LETRAS MAYÚSCULAS.

1 DATOS DEL PACIENTE

Número de póliza

Nombre

Apellidos

Fecha de nacimiento DD / MM / AAAA

Dirección para la correspondencia

Número de teléfono PREFIJO INTERNACIONAL PREFIJO LOCAL

Correo electrónico

2 INFORMACIÓN CLÍNICA

Tipo de enfermedad: Aguda Crónica Episodio agudo de enfermedad crónica

Por favor, proporcione la información completa sobre los síntomas y las patologías para los que se requirió el tratamiento (incluya el código ICD9/10 o DSM-IV)

Código ICD9/10 DSM-IV

¿En qué fecha el paciente acudió a usted con estos síntomas por primera vez? DD / MM / AAAA

¿Cuándo los síntomas fueron evidentes para el paciente por primera vez? DD / MM / AAAA

¿El paciente sufrió otras veces de la misma enfermedad en el pasado? Sí No Si ha contestado "Sí", ¿cuándo? DD / MM / AAAA

¿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 patología 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 sólo en caso de reclamaciones por embarazo:

Fecha prevista del parto DD / MM / AAAA

¿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 sólo en caso de fisioterapia o psicoterapia. Por favor, proporcione información sobre la derivación médica:

Nombre del médico que pidió la derivación

Teléfono PREFIJO INTERNACIONAL PREFIJO LOCAL

Fecha de la derivación DD / MM / AAAA

Por favor, firme, feche y selle el formulario.

Firma del médico

Fecha DD / MM / AAAA

Sello oficial del proveedor médico

A FIRMAR Y FECHAR POR EL PACIENTE

3 NOS IMPORTA LA PROTECCIÓN DE SUS DATOS PERSONALES

Nuestro aviso sobre protección de datos explica cómo protegemos su privacidad. Es un aviso importante que describe cómo tramitaremos su información personal y que debería leer antes de enviarnos datos personales. Para leer nuestro aviso sobre privacidad visite www.allianzworldwidedecare.com/es/privacidad

También puede llamarnos al número **+353 1 630 1304** para solicitar una copia impresa de nuestro aviso sobre protección de datos. Si tiene alguna pregunta sobre cómo utilizamos su información personal, puede escribirnos a la siguiente dirección: AWC.DataPrivacyOfficer@allianz.com

4 DECLARACIÓN

El abajo firmante declara que, según su leal saber y entender, el presente formulario de solicitud de reembolso 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 Partners o a cualquier tercero que sea nombrado como experto para evaluar su condición clínica en caso de disputas.

Si el paciente es menor de edad, uno de sus padres o el tutor deben firmar y fechar esta sección.

Firma del paciente

Fecha / /

Importante – por favor, compruebe que:

- ha adjuntado todos los recibos, facturas y recetas médicas;
- ha completado el formulario por entero (y ha indicado el número de garantía de pago directo, si se aplica);
- ha firmado y fechado las secciones 2 y 4;
- 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 copias) a la siguiente dirección:

**Departamento de Reembolsos (Claims Department), Allianz Partners, 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: +353 1 630 1304, o bien: client.services@allianzworldwidedecare.com. El listado actualizado de nuestros números gratuitos está disponible en la página web: www.allianzworldwidedecare.com/toll-free-numbers

El presente documento es la traducción al español del "Medical Provider Claim Form" 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 Bobigny. La sucursal irlandesa está inscrita en el registro oficial de empresas de Irlanda con el número 907619, en la dirección 15 Joyce Way, Park West Business Campus, Nangor Road, Dublín 12, Irlanda. Allianz Partners es un nombre comercial registrado por AWP Health & Life SA.