

5 DATOS DEL MÉDICO

Nombre del médico y/o especialista

Acreditación/títulos

Nombre del hospital o clínica

Dirección

Número de teléfono PREFIJO INTERNACIONAL PREFIJO LOCAL

Fax PREFIJO INTERNACIONAL PREFIJO LOCAL

Correo electrónico

Si esta solicitud se refiere a **fisioterapia o psicoterapia**, proporcione información sobre la derivación médica:

Nombre del médico que pidió la derivación

Número de teléfono PREFIJO INTERNACIONAL PREFIJO LOCAL

Fecha de la derivación / /

6 INFORMACIÓN CLÍNICA

Tipo de enfermedad: Aguda Crónica Episodio agudo de enfermedad crónica

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

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

/ /

¿Cuándo los síntomas fueron evidentes para el paciente por primera vez?

/ /

Por favor, firme y selle esta sección.

Firma y sello del médico

Fecha / /

Por favor,
firme y selle esta sección.

7 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.allianzworldwidecare.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: AP.EU1DataPrivacyOfficer@allianz.com

DECLARACIÓN

Certifico que, según mi leal saber y entender, el presente formulario de solicitud de reembolso no contiene ninguna información falsa, engañosa o incompleta. Entiendo que si la aseguradora descubre que cualquier parte del formulario o el formulario por entero se han completado con información fraudulenta la póliza se cancelará a partir de la fecha de descubrimiento del fraude y 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 mis médicos, especialistas, dentistas, profesionales médicos y otros empleados de establecimientos hospitalarios a comunicar cualquier información que soliciten los asesores médicos de Allianz Partners o cualquier tercero que sea nombrado como experto para evaluar mi condición clínica en caso de disputas, sujeto a cualquier restricción legal que se pueda aplicar.

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 / /

8 NECESITAMOS SU CONSENTIMIENTO

Conforme al Reglamento General de Protección de Datos (RGPD), necesitamos su consentimiento para tramitar su información clínica y reembolsar sus gastos médicos. Si todavía no nos ha proporcionado su consentimiento, por favor entre en my.allianzworldwidecare.com, acceda a los servicios online y marque los campos requeridos. También puede descargar el formulario de consentimiento, disponible en www.allianzworldwidecare.com/es/consent-form/. Podemos enviarle una copia en papel si la solicita. Tenga en cuenta que cada afiliado de la póliza que sea mayor de 18 años debe proporcionar su propio consentimiento.

9 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 dependiente nombrado en este formulario (si los hay) 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 facturas del médico), ya que, en cualquier momento hasta 12 meses tras el pago de un reembolso, la aseguradora tiene derecho a solicitar los documentos originales por razones de auditoría. 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 la aseguradora, 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 DEBIDAMENTE COMPLETADO JUNTO A LAS FACTURAS/RECIBOS MÉDICOS POR UNO DE ESTOS MEDIOS:

- correo electrónico: claims@allianzworldwidecare.com
- fax: +353 1 645 4033;
- correo postal: Departamento de Reembolsos (Claims Department), Allianz Care, 15 Joyce Way, Park West Business Campus, Nangor Road, Dublín 12, Irlanda.

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/es/pages/toll-free-numbers

¿Sabía que...

la mayoría de nuestros afiliados considera que sus consultas se resuelven más rápidamente cuando nos llaman?