

FORMULARIO *de solicitud de reembolso*

Por favor, complete el formulario en LETRAS MAYÚSCULAS. Puede descargar más copias de este formulario (en formato PDF editable) desde nuestra página web: www.allianzworldwidecare.com/members.

Aplicación
MyHealth para
dispositivos
móviles



www.allianzworldwidecare.com/myhealth

1 DATOS DEL ASEGURADO PRINCIPAL

Número de póliza

Nombre

Apellidos

Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa) / /

Dirección para la correspondencia

Número de teléfono PREFIJO INTERNACIONAL PREFIJO LOCAL

Correo electrónico

¿Tiene alguna cobertura de salud pública/estatal en su país de origen o país de residencia (por ejemplo Seguridad Social)? Sí No

En caso afirmativo describa la cobertura y proporcione su número de seguridad social o de identificación:

2 DATOS DEL PACIENTE (A COMPLETAR SI EL PACIENTE NO ES EL ASEGURADO 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 asegurado principal

Método de pago: Tránsito bancaria** Cheque***

Indique la divisa en que desea recibir el pago (asegúrese de que la cuenta del banco permite transacciones en la divisa que indica)

Nombre del titular de la cuenta, tal como aparece en el extracto del banco

Número de la cuenta

IBAN (si es necesario)****

Código Sort Código BIC/Swift****

Nombre del banco

Dirección del banco

Si en su país se requieren datos adicionales (por ejemplo: código 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.

*** Los cheques a pagar al asegurado principal se enviarán a la dirección para la correspondencia que ha indicado en la sección 1.

**** 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).

4 DATOS DE LA SOLICITUD

Por favor, complete la tabla que sigue con los datos de cada una de las facturas y/o recibos relativos a esta solicitud (si ha recibido su tratamiento en China, por favor adjunte la factura FaPiao). Si el diagnóstico o la patología tratada no están indicados 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	Divisa	¿Ha pagado usted esta factura? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
					Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
					Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
					Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
					Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
					Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
					Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
					Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
					Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
					Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
					Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
					Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
					Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
					Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
					Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
					Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
					Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
					Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
					Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
					Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
					Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
					Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
					Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
					Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
					Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
					Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

Gastos totales

(El total mostrado solamente es exacto cuando todas las facturas están en la misma divisa; si introduce gastos en distintas divisas, ignore el total mostrado)

¿En qué país recibió el tratamiento?

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Si esta solicitud es consecuencia de un accidente o una lesión/enfermedad relacionada con el trabajo y usted tiene otro seguro (por ejemplo seguro de coche), o si ha solicitado a terceros el reembolso de los gastos ocasionados por este accidente/lesión o ha iniciado alguna acción legal para recobrar los gastos, proporcione más detalles en un documento aparte.

5 DATOS DEL MÉDICO

Nombre del médico y/o especialista

Acreditación/títulos

Nombre del hospital o clínica

Dirección

Número de teléfono PREFUJO INTERNACIONAL PREFUJO LOCAL

Fax PREFUJO INTERNACIONAL PREFUJO 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 PREFUJO INTERNACIONAL PREFUJO 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 y la patología para los que se requirió el tratamiento (incluya el código ICD9/10 o DSM-IV)

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

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

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

¿Sabe si el paciente ha recibido 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 enfermedad permanente? Sí No

¿El paciente necesita cuidados, consultas, revisión o pruebas a largo plazo? Sí No

Sección a completar solo en caso de solicitudes de reembolso por embarazo:

Fecha prevista del parto / / ¿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 solicitudes de reembolso para atención dental:

¿El paciente sufría dolor dental cuando acudió a usted para el tratamiento? Sí No

Por favor, firme y selle esta sección.

Firma del médico

Fecha / /



