

# FORMULÁRIO de Pedido de Reembolso

Por favor preencha este formulário em LETRAS DE FÔRMA. Para a sua conveniência este formulário (versão em PDF editável) está disponível no nosso site: [www.allianzworldwidecare.com/members](http://www.allianzworldwidecare.com/members).

Aplicativo  
"MyHealth" para o  
envio fácil e rápido  
dos pedidos de  
reembolso.

[www.allianzworldwidecare.com/myhealth](http://www.allianzworldwidecare.com/myhealth)



## 1 DADOS DO TITULAR DA APÓLICE

Número da apólice

Nome

Sobrenome

Data de nascimento  DD /  MM /  AAAA

Endereço

Telefone  CÓDIGO DO PAÍS  CÓDIGO DE ÁREA

E-mail

Você possui alguma cobertura de seguro-saúde nacional ou público em seu país de origem ou país principal de residência, como por exemplo Seguro Nacional de Saúde? Sim  Não  Em caso de resposta positiva, detalhe abaixo a cobertura oferecida e informe o seu número de referência/identificação junto ao Estado.

## 2 DADOS DO PACIENTE (CASO ESTE NÃO SEJA O TITULAR DA APÓLICE)

Nome

Sobrenome

Data de nascimento  DD /  MM /  AAAA

Sexo: Feminino  Masculino

## 3 DADOS DE PAGAMENTO

**Opção 1:** Pagamento ao prestador de serviços médicos\* (ex: hospital, especialista)

(Não é necessário que os dados bancários abaixo sejam preenchidos para esta opção)

**Opção 2:** Pagamento ao titular da apólice

Método de pagamento preferido: Transferência bancária\*\*  Cheque\*\*\*

Especifique a moeda em que deseja ser reembolsado (e verifique se sua conta bancária aceita a moeda escolhida)

Nome do titular da conta bancária como aparece no seu extrato bancário

Número da conta

IBAN (apenas quando necessário)\*\*\*\*

Código do banco/da agência  Código Swift/BIC\*\*\*\*

Nome do banco

Endereço do banco

Caso seja necessário fornecer informações adicionais para efetuar transações internacionais em seu país (como documento de identificação, CPF, CNPJ ou código bancário), indique-as no espaço abaixo:

Código Swift do banco intermediário (se aplicável)

\* Se você não tiver efetuado nenhum pagamento ao provedor médico.

\*\* No caso de transferência bancária, forneça as informações bancárias.

\*\*\* Os cheques emitidos ao titular da apólice serão enviados ao endereço de correspondência fornecido na seção 1.

\*\*\*\* Se o seu banco estiver na União Europeia ou em um país onde o número de IBAN seja requerido, como no Catar, Arábia Saudita, Angola, Tunísia e Turquia, forneça ambos os números de IBAN e do código BIC/Swift para facilitar o pagamento do seu pedido.



## 5 DADOS DO PRESTADOR DE SERVIÇOS MÉDICOS

Nome do médico/especialista

Qualificações/credenciais

Nome do hospital/da clínica

Endereço

Telefone  CÓDIGO DO PAÍS  CÓDIGO DE ÁREA

Fax  CÓDIGO DO PAÍS  CÓDIGO DE ÁREA

E-mail

Aplicável somente aos pedidos de reembolso de **fisioterapia/psicoterapia**. Forneça os dados de referência completos:

Nome do médico solicitante

Telefone  CÓDIGO DO PAÍS  CÓDIGO DE ÁREA

Data da consulta   /   /

## 6 DADOS MÉDICOS

Indique o tipo do quadro: Agudo  Crônico  Episódio agudo de uma doença crônica

Forneça todos os detalhes do quadro/sintoma clínico que justificou o tratamento, inclusive o código ICD9/10/DSM-IV

Em que data o paciente relatou pela primeira vez esses sintomas?   /   /

Em que data o paciente começou a apresentar tal quadro ou tais sintomas?   /   /

O paciente apresentou esse quadro anteriormente? Sim  Não  Em caso afirmativo, quando?   /   /

É do seu conhecimento se algum tratamento foi oferecido no passado para essa doença ou qualquer outra doença relacionada a esta? Sim  Não

Em caso afirmativo, forneça detalhes

É provável a reincidência? Sim  Não

Será preciso tratamento de reabilitação? Sim  Não

É permanente? Sim  Não

Há necessidade de acompanhamento, consultas, check-ups, exames ou testes a longo prazo? Sim  Não

Referente apenas em casos de gravidez:

Data estimada para o parto   /   /

A expectativa é para o nascimento de um único bebê? Sim  Não

Se você respondeu "Não" à pergunta anterior, a gravidez é resultado de concepção por métodos artificiais, métodos estes diferentes da inseminação artificial?

Sim  Não

Se você respondeu "Sim" à pergunta anterior, forneça detalhes

Aplicável somente para pedidos de reembolso para tratamento odontológico

O paciente estava com dor de dentes no momento em que foi feito o tratamento? Sim  Não

Assine e autentique com um carimbo oficial.

Assinatura do médico \_\_\_\_\_

Data   /   /

Carimbo oficial do prestador dos serviços médicos

## 7 A PROTEÇÃO DE SEUS DADOS PESSOAIS É DE TOTAL IMPORTÂNCIA PARA NÓS

Nosso Aviso de Proteção de Dados explica como protegemos sua privacidade. Este é um aviso importante que descreve como processaremos seus dados pessoais e deve ser lido antes de você enviar quaisquer dados pessoais para nós. Você pode ler nosso Aviso de Proteção de Dados em nosso site: <https://www.allianzworldwidecare.com/pt/privacidade/>.

Como alternativa, entre em contato conosco no número + 353 1 645 4040 e solicite uma cópia impressa do Aviso de Proteção de Dados por completo. Se você tiver alguma dúvida sobre como utilizamos seus dados pessoais, você também pode enviar um e-mail para: AP.EU1DataPrivacyOfficer@allianz.com.

### DECLARAÇÃO

Certifico, pelo que é de meu conhecimento, que este Formulário de Pedido de Reembolso não contém informações falsas, enganosas ou incompletas. Eu entendo que caso este pedido de reembolsos seja fraudulento, em parte ou por inteiro, o contrato será cancelado a partir da data de descoberta de tais eventos fraudulentos e poderei responder a um processo judicial.

Eu concordo em renunciar quaisquer direitos que eu possa ter a respeito de sigilo ou confidencialidade médica quando relacionados ao acesso de registros médicos sobre minha condição médica. Também autorizo meus médicos, profissionais de saúde ou qualquer estabelecimento prestador de serviços médicos a comunicarem qualquer informação relevante relacionada à minha condição médica aos profissionais de saúde da Allianz Care, seus representantes nomeados ou a profissionais agindo como terceiros, em caso de disputas, sujeito a quaisquer restrições legais que possam ser aplicadas.

**Em caso de tratamento de um menor de idade, esta seção deverá ser assinada e datada por um dos pais ou pelo guardião legal.**

Nome do segurado em letra de fôrma \_\_\_\_\_

Data

D	D	/	M	M	/	A	A	A	A
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

## 8 PRECISAMOS DE SEU CONSENTIMENTO

De acordo com o Regulamento Geral de Proteção de Dados (RGPD), precisamos de consentimento para processar suas informações médicas e pagar seus pedidos de reembolso. Se você não tiver fornecido seu consentimento, por favor faça o login em nossos Serviços On-line, na página [my.allianzworldwidecare.com](http://my.allianzworldwidecare.com), e clique nos campos relevantes para fornecer seu consentimento. Alternativamente, você pode fazer o download do Formulário de Consentimento, disponível na seguinte página [www.allianzworldwidecare.com/pt/consent-form](http://www.allianzworldwidecare.com/pt/consent-form). Cópias impressas também estão disponíveis quando solicitadas. Observe que todos os membros da apólice maiores de 18 anos precisam fornecer seu próprio consentimento.

## 9 AUTORIZAÇÃO PARA TERCEIROS

Como o segurado solicitando o reembolso, eu autorizo  a atuar em meu nome em relação a administração deste pedido de reembolso, o que inclui a divulgação de informações médicas a meu respeito.

Assinatura do segurado \_\_\_\_\_

Data

D	D	/	M	M	/	A	A	A	A
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Nome do segurado em letra de fôrma

Observe que você é responsável por manter a documentação original de apoio (ex: recibos médicos), cujas cópias nos forem enviadas, já que nos reservamos o direito de solicitar os documentos/recibos originais de apoio até 12 meses após o pagamento dos pedidos de reembolso em casos de auditoria. Também nos reservamos o direito de solicitar comprovantes de pagamentos feitos por você (por exemplo: extrato de conta ou do cartão de crédito). Além disso, recomendamos que você mantenha cópias de toda a correspondência que nos for enviada, pois não podemos nos responsabilizar por correspondências extraviadas por razões que estão fora de nosso controle.

## ENVIE SEUS FORMULÁRIOS DE PEDIDO DE REEMBOLSO COMPLETAMENTE PREENCHIDOS COM AS FATURAS/RECIBOS POR:

E-mail: [claims@allianzworldwidecare.com](mailto:claims@allianzworldwidecare.com),  
Fax: + 353 1 645 4033,  
Correio para: Claims Department, Allianz Care, 15 Joyce Way, Park West Business Campus, Nangor Road, Dublin 12, Irlanda.

### IMPORTANTE – VERIFIQUE SE:

- Todos os recibos, faturas e prescrições foram anexados.
- O Formulário de Pedido de Reembolso foi totalmente preenchido.
- As declarações foram assinadas e datadas.
- O diagnóstico foi confirmado e está indicado no Formulário de Pedido de Reembolso ou nas faturas.
- Caso tenha modificado seus dados de contato, forneça os novos dados no Formulário de Pedido de Reembolso.

Para obter mais informações, entre em contato com a nossa Central de Atendimento:

 353 1 630 1301

 [client.services@allianzworldwidecare.com](mailto:client.services@allianzworldwidecare.com)

Para consultar a lista completa de nossos números gratuitos, acesse: [www.allianzworldwidecare.com/toll-free-numbers](http://www.allianzworldwidecare.com/toll-free-numbers)

Você sabia...

que a maioria dos nossos segurados acha que suas questões são resolvidas mais rapidamente quando nos ligam?