

Formulario de solicitud de reembolso (pólizas corporativas)

Puede descargar más copias de este formulario (en formato PDF o Word editable) desde nuestro sitio Web: www.allianzworldwidecare.com/members. Por favor, si elige completar este formulario a mano, complételo en **LETRAS MAYÚSCULAS**.

1 Datos del afiliado principal

Número de póliza	Fecha de nacimiento (dd/mm/aa)
Nombre	
Apellidos	
Dirección para la correspondencia (la más reciente)	
Número de teléfono (Prefijo internacional)	(Prefijo local)
E-mail	

2 Datos del paciente (a completar si el paciente no es el afiliado principal)

Nombre	
Apellidos	
Fecha de nacimiento (dd/mm/aa)	Sexo: Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>

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

Método de pago:	Cheque** <input type="checkbox"/>	Trasferencia bancaria*** <input type="checkbox"/>
Indique la divisa en que desea recibir el pago (asegúrese de que la cuenta del banco permita transacciones en la divisa que indica)		
Nombre del titular de la cuenta, así 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. **Los cheques a pagar a los afiliados principales se enviarán a la dirección para la correspondencia que ha indicado en la sección 1. ***Para pagos por transferencia, proporcione los datos del banco. ****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, Tunes 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 condición médica 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 a parte.

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?
				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"/>

Datos de la solicitud (continuación)

¿En qué país recibió el tratamiento?

Si se trata de un embarazo: por favor indique la fecha prevista del parto (dd/mm/aa)

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

Las secciones 5 y 6 deben completarse por el médico cuando las facturas anexas no contengan la información sobre el diagnóstico y la naturaleza del tratamiento recibido.

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)

E-mail

Sección a completar solo en caso de **fisioterapia o psicoterapia**. Por favor, proporcione información sobre la derivación médica:

Nombre del médico que pidió la derivación

Número de teléfono (Prefijo internacional)

(Prefijo local)

Fecha de la derivación (dd/mm/aa)

6 Información clínica

Tipo de enfermedad: Aguda

Crónica

Episodio agudo de enfermedad crónica

Por favor, proporcione la información completa sobre los síntomas y las condiciones médicas para 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? (dd/mm/aa)

¿Cuándo los síntomas fueron evidentes para el paciente por primera vez? (dd/mm/aa)

Sello oficial del médico

Por favor, firme y selle esta sección.

Firma del médico

Fecha (dd/mm/aa)

7 Protección de datos y declaración de información clínica

Allianz Worldwide Care, parte de Allianz Group, es una compañía irlandesa autorizada de seguros no-vida, y actúa de garante para el tratamiento de la información personal.

Uso: la información personal que el afiliado proporciona se utiliza por la compañía para la administración del seguro (que incluye el proceso de evaluación médica, tramitación de datos y solicitudes de reembolso, reaseguro 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, así como a las obligaciones de las Directivas de Protección de Datos.

Datos sensibles: la compañía necesita recoger datos sensibles del afiliado (como por ejemplo los datos de su historial clínico) para evaluar los términos del contrato de seguro que puede ofrecer o para administrar las solicitudes de reembolso del afiliado.

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 que se solicita y hasta que la ley lo obligue.

Consentimiento: proporcionando su información personal a la compañía y firmando el presente formulario, el afiliado consiente el tratamiento de sus datos, su tramitación, revelación y conservación como se especifica en esta sección.

Representación: firmando los documentos de póliza, el afiliado garantiza y declara tener autoridad para actuar en nombre de sus dependientes cuando proporcione su información personal para los usos indicados en esta sección; el afiliado declara consentir a su tratamiento, revelación, uso y conservación en nombre de sus dependientes. En esta declaración, el término "afiliado" se refiere al afiliado principal y a sus dependientes.

Acceso: el afiliado tiene derecho a solicitar y recibir copia de sus datos personales conservados por la compañía. Si desea solicitar copia de sus datos personales, el afiliado tiene que escribir al garante de la protección de datos de la compañía a la dirección: Allianz Worldwide Care, Beckett Way, Park West Business Campus, Nangor Road, Dublín, Irlanda, o enviarle un correo electrónico a la dirección: client.services@allianzworldwidecare.com. Según los términos de la directiva sobre la protección de datos, el afiliado deberá pagar una tasa de 6,35 €; los cheques deberán pagarse a Allianz Worldwide Care.

Grabación de llamadas telefónicas: las llamadas realizadas a la línea de asistencia telefónica 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 de solicitud 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 autoriza a los médicos, a los proveedores de servicios de salud y a los representantes de los hospitales a proporcionar todos los datos clínicos que Allianz Worldwide Care o sus representantes autorizados puedan necesitar para tramitar sus solicitudes de reembolso.

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 (dd/mm/aa)

Si elige enviarnos 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, la aseguradora tiene derecho a solicitar los documentos originales por razones de control y prevención de fraudes. 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 e-mail a la dirección claims@allianzworldwidecare.com;
- por fax al número + 353 1 645 4033;
- por correo a la dirección: Departamento de Reembolsos (Claims Department), Allianz Worldwide Care, 18B Beckett Way, Park West Business Campus, Nangor Road, Dublín 12, Irlanda.

Para cualquier pregunta, comuníquese con nuestra línea de asistencia telefónica: + 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/toll-free-numbers