

# FORMULARIO DE RECLAMACIÓN

Por favor, complete el formulario en **LETRA MAYÚSCULA**. Puede descargar más copias de este formulario desde nuestra página web: [www.allianzworldwidecare.com/gpcf](http://www.allianzworldwidecare.com/gpcf)

## 1 DATOS DEL AFILIADO PRINCIPAL

Número de póliza

Nombre

Apellidos

Fecha de nacimiento   /   /

Dirección para la correspondencia

Número de teléfono PREFIJO INTERNACIONAL       PREFIJO LOCAL

Correo electrónico

## 2 DATOS DEL PACIENTE (A COMPLETAR SÓLO SI EL PACIENTE NO ES EL AFILIADO 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 afiliado principal  (Los pagos relativos a la opción 2 pueden efectuarse solamente por cheque o por transferencia bancaria y a nombre del afiliado principal)

Seleccione el método de pago:  Transferencia bancaria\*\*  Cheque\*\*\*

Indique la moneda en la que desea recibir el pago (asegúrese de que su cuenta acepta esa moneda)

Cuando no sea posible reembolsarle en la divisa solicitada lo haremos en dólares estadounidenses (US\$)\*\*\*\*.

Nombre del titular de la cuenta bancaria, tal como aparece en los extractos del banco

Número de la cuenta

IBAN (si es necesario)\*\*\*\*\*

Código Sort  Código Swift\*\*\*\*\*

Nombre del banco

Código ABA/ACH (para cuentas en los EE.UU.)

Dirección del beneficiario en los EE.UU.

Dirección del banco

Si en su país se requieren datos adicionales (por ejemplo: datos 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 en los espacios indicados.  
 \*\*\* Los cheques a pagar a los afiliados principales se enviarán a la dirección para la correspondencia que ha indicado en la sección 1. En algunos países podría ser necesario enviar instrucciones al banco para que pueda liberar cheques y transferir cantidades en su cuenta bancaria.  
 \*\*\*\* Cuando solicite un reembolso en una moneda distinta, nos reservamos el derecho a elegir el tipo de cambio a aplicar.  
 \*\*\*\*\* 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 RECLAMACIÓN

Por favor, complete la tabla siguiente con los datos de cada una de las facturas y/o recibos relativos a esta solicitud. Si el diagnóstico o la patología tratada no se indican 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 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"/>
<b>Gastos totales</b>					

(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 se ha llevado a cabo el tratamiento?

¿La presente reclamación está relacionada con un accidente en el trabajo o con una enfermedad/lesión provocada en el trabajo? Sí  No

De haber contestado "Sí", por favor proporcione más información

*Si su tratamiento fue necesario tras un accidente o una lesión/enfermedad relacionada con el trabajo y usted posee cualquier otro seguro (por ejemplo: seguro de automóvil), 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 aparte.*

**Las secciones 5 y 6 deben completarse por el médico que ha efectuado el tratamiento sólo en los casos en que en las facturas/recibos no se indique el diagnóstico y el tipo de tratamiento.**

## 5 DATOS DEL PROVEEDOR MÉDICO

Nombre del médico o especialista

Títulos/calificaciones

Nombre del hospital o clínica

Dirección

Número de teléfono PREFIJO INTERNACIONAL  PREFIJO LOCAL

Fax PREFIJO INTERNACIONAL  PREFIJO LOCAL

Correo electrónico

Para reclamaciones de fisioterapia o psicoterapia solamente – proporcione los datos completos del médico que ha solicitado la derivación:

Médico que ha solicitado la derivación

Número de teléfono PREFIJO INTERNACIONAL  PREFIJO LOCAL

Fecha de la derivación  /  /



