

Formulario de reembolso

Completa este formulario en **MAYÚSCULAS**. También puedes usar los servicios digitales MyHealth para solicitar reembolsos online: www.allianzcare.com/es/myhealth.html

1 Datos del paciente

Número de póliza

Fecha de nacimiento D D / M M / A A A A

Nombre

Apellidos

Dirección para correspondencia

Teléfono

PREFIJO INTERNACIONAL

PREFIJO LOCAL

Correo electrónico

Nombre del titular de la póliza (si es diferente del paciente)

2 Datos del solicitante (si es diferente del paciente de la sección 1)

Nombre

Apellidos

Fecha de nacimiento D D / M M / A A A A

Sexo al nacer:

Hombre

Mujer

Correo electrónico

3 Datos de pago

Debe completarlo el asegurado solamente en la primera solicitud de reembolso o en caso de cambio en los datos bancarios.

Forma de pago preferida:

Transferencia*

Cheque**

(Indica la divisa en que prefieres recibir el pago y asegúrate de que tu banco la acepta)

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

Número de cuenta

IBAN (cuando sea necesario)***

Código Sort/código de sucursal

Código BIC/Swift***

Nombre del banco

Dirección del banco

Si en tu país se requieren datos adicionales (por ejemplo código de la agencia, número de identificación fiscal) para hacer transacciones internacionales, indícalos a continuación:

Código BIC/Swift del banco corresponsal (si se aplica)

* Para pagos por transferencia, proporciona los datos del banco.

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

*** Si tu banco está en la UE, o si tu país en concreto requiere IBAN (por ejemplo Catar, Arabia Saudí, Angola, Túnez, Turquía), indica ambos códigos IBAN y BIC/Swift para facilitar el pago de tu reembolso.

4 Datos de la solicitud

Deben completado solamente los siguientes afiliados:

- Los que han completado un cuestionario médico al afiliarse.
- Los que han estado afiliados durante menos de 24 meses y si la solicitud de reembolso se refiere a una enfermedad o accidente diagnosticado antes de la fecha de inicio de la cobertura.
- Los que no especifican el diagnóstico en la declaración JSIS.

Diagnóstico/enfermedad	Fecha de la aparición de los síntomas	Cantidad facturada/divisa	Cantidad reembolsada por el JSIS
	D D / M M / A A A A		
	D D / M M / A A A A		
	D D / M M / A A A A		
	D D / M M / A A A A		
	D D / M M / A A A A		
	D D / M M / A A A A		

¿En qué país recibiste la atención médica?

Reembolsos relacionados con un accidente o lesión: ¿Esta solicitud de reembolso está relacionada con un accidente o lesión? Sí No

5 Tu información personal

Nuestro aviso sobre protección de datos explica cómo protegemos tu privacidad y tratamos tu información personal. Deberías leerlo antes de enviarnos datos personales. Para leer nuestro aviso sobre privacidad visita www.allianzcare.com/es/privacidad.html

También puedes llamarnos al número 0800 70 528 (gratis desde Bélgica) o +353 1 630 1304 (fuera de Bélgica) para solicitar una copia impresa de nuestro aviso sobre protección de datos. Si tienes alguna pregunta sobre cómo utilizamos tu información personal, puedes escribirnos a AP.EU1DataPrivacyOfficer@allianz.com

6 Declaración

Acepto proporcionar a Allianz, previa solicitud, cualquier información o documento adicional que le permita liquidar estos costes correctamente, entendiéndose que esta información será destruida por Allianz en cuanto se haya hecho el reembolso.

Certifico que, según mi leal saber y entender, este formulario de reembolso no contiene ninguna información falsa, engañosa o incompleta.

Si el paciente es menor de edad, uno de sus padres o el tutor deben firmar y fechar esta sección.

 Firma del paciente _____

Fecha D D / M M / A A A A

7 Autorización de acceso a la información por terceros

Como solicitante del reembolso, autorizo a

a actuar en mi nombre con relación a la administración de esta solicitud de reembolso.



Firma del solicitante

Nombre del solicitante en mayúsculas

Fecha D D / M M / A A A A

Es tu responsabilidad guardar copia de todos los documentos originales (por ejemplo, recibos médicos) que nos envíes, ya que nos reservamos el derecho a solicitar los originales hasta 12 meses tras el pago de un reembolso, por razones de auditoría. También nos reservamos el derecho a pedir un comprobante de pago (por ejemplo, un extracto del banco o de la tarjeta) de tus facturas. Te recomendamos que guardes copia de toda la correspondencia que mantengas con nosotros. No podemos considerarnos responsables por no recibir la correspondencia cuando las causas sean ajenas a nuestro control.

Envíanos tu solicitud de reembolso completa* por



Correo electrónico:

IGOclaims@allianzworldwidecare.com

Importante. Comprueba lo siguiente:

- Has incluido una copia de la declaración de reembolso realizada por el JSIS (si es posible, especifica el número de la nota).
- Has completado el formulario por entero.
- Has firmado y fechado la declaración.
- Tus datos de contacto son correctos (si han cambiado, avísanos en el formulario).

Nuestra línea de asistencia está a tu disposición en el número **0800 70 528** (gratuito desde Bélgica) o en el correo electrónico **igo.assistance@e.allianz.com**

Para ver nuestros números gratuitos, ve a www.allianzcare.com/es/pages/toll-free-numbers.html

Este documento es la traducción al español del documento original en inglés. La versión en inglés es la única original y autorizada. Si se encontraran discrepancias entre la versión en español y la versión en inglés, solamente la versión en inglés se consideraría legalmente vinculante.

El subscritor y administrador del seguro es AWP Health & Life SA, una sociedad anónima con un capital de 95,551,314 €. La compañía está sujeta a la reglamentación francesa de los servicios de seguro («Code des Assurances»). Sede registrada: 7 rue Dora Maar, 400 Saint-Ouen, Francia. Registrada en Francia 401 154 679 RCS Bobigny. IVA: FR 84 401 154 679.