

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
	<input type="text" value="D"/> <input type="text" value="D"/> / <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="M"/> / <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/>		
	<input type="text" value="D"/> <input type="text" value="D"/> / <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="M"/> / <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/>		
	<input type="text" value="D"/> <input type="text" value="D"/> / <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="M"/> / <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/>		
	<input type="text" value="D"/> <input type="text" value="D"/> / <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="M"/> / <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/>		
	<input type="text" value="D"/> <input type="text" value="D"/> / <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="M"/> / <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/>		
	<input type="text" value="D"/> <input type="text" value="D"/> / <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="M"/> / <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="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


Allianz cumple con el Reglamento General de Protección de Datos (RGPD) que entró en vigor el 25 de mayo de 2018.

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 / /

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

 / /

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 crédito) 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*:

 Correo electrónico: IGOclaims@allianzworldwidecare.com

 Correo postal: Departamento de reembolsos, Allianz Care, Bd Roi Albert II 32, 1000 Bruselas, Bélgica.

* Posiblemente acompañado de facturas/recibos de los costes no incluidos en el comprobante del JSIS (sólo para ciertos servicios cubiertos por Hospi Safe Plus)

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

El subscritor 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. Allianz Care y Allianz Partners son nombres comerciales registrados por AWP Health & Life SA.

El administrador del seguro es AWP Health & Life Services Limited- sucursal de Bélgica, con dirección comercial registrada en Bd Roi Albert II 32, 1000 Bruselas, Bélgica. IVA: BE 0843.991.159. RPM Bruselas: 843.991.159. Allianz Care y Allianz Partners son nombres comerciales registrados por AWP Health & Life Services Limited.