

# FORMULARIO DE REEMBOLSO (PÓLIZAS COLECTIVAS)

Complete este formulario en **MAYÚSCULAS**. También puede usar los servicios digitales MyHealth para solicitar reembolsos online: <https://www.allianzcare.com/es/myhealth.html>

**Recuerde:** Debe solicitar los reembolsos en el plazo indicado en su guía de prestaciones, disponible en <https://www.allianzcare.com/es/myhealth.html>

## 1 DATOS DEL ASEGURADO PRINCIPAL

Número de póliza

Fecha de nacimiento  DD /  MM /  AAAA

Nombre

Apellidos

Dirección para correspondencia (la más reciente)

Número de teléfono  PREFIJO INTERNACIONAL   PREFIJO LOCAL

Correo electrónico

¿Tiene alguna cobertura de salud pública/estatal en su país de origen o país de residencia (por ejemplo Seguridad Social)?  Sí  No

En caso afirmativo nombre la cobertura. Díganos su número de seguridad social o de identificación:

## 2 DATOS DEL PACIENTE (SI ES DIFERENTE DEL ASEGURADO PRINCIPAL)

Nombre

Apellidos

Fecha de nacimiento  DD /  MM /  AAAA Sexo: Masculino  Femenino

## 3 DATOS DE PAGO

Seleccione la opción 1 o seleccione y complete la opción 2.

**Opción 1:** pago al proveedor médico\* (hospital, especialista, etc.)   
No hacen falta los datos bancarios si marca esta opción.

**Opción 2:** pago al asegurado principal

Método de pago:  Tránsito bancaria\*\*  Cheque\*\*\*

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

Nombre del titular de la cuenta, tal 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 necesitan datos adicionales (código de la agencia, número de identificación fiscal, etc.) para transacciones internacionales, indíquelos a continuación:

Código Swift del banco intermediario (si se aplica)

\* Si no ha pagado al proveedor médico.

\*\* Para transferencias, indique los datos del banco.

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

\*\*\*\* 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 hacer una transferencia (por ejemplo Catar, Arabia Saudí, Angola, Túnez y Turquía).

## 4 DATOS DE LA SOLICITUD DE REEMBOLSO

Por favor, complete la siguiente tabla con los datos de cada factura o recibo. Para gastos en China, debe adjuntar la factura FaPiao). Si la factura o recibo no indican el diagnóstico o la enfermedad, debe darnos esta información. Si no tiene suficiente espacio en la tabla, continúe en otra hoja.

Descripción del gasto/ atención médica	Diagnóstico/enfermedad	Nombre del proveedor médico	Cantidad facturada	Divisa	¿Ha pagado usted esta factura?
					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 aquí 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 recibió la atención médica?

**Sólo en caso de embarazo:** Indique la fecha prevista del parto  /  /  /  /  /

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

**En caso afirmativo complete lo siguiente:**

Fecha del accidente o lesión  /  /  /  /  /

Datos del accidente o lesión

¿Tiene algún otro seguro (por ejemplo seguro de viaje)? Sí  No

**En caso afirmativo complete lo siguiente:**

Nombre de la aseguradora

Número de póliza

¿Causó el accidente un tercero? Sí  No

**En caso afirmativo complete lo siguiente:**

Nombre de la aseguradora del tercero

Número de póliza del tercero

**Envíenos una copia del atestado de la policía (si existe) a [claims.recoveries@allianzworldwidecare.com](mailto:claims.recoveries@allianzworldwidecare.com)**

## 5 DATOS DEL MÉDICO

Nombre del médico o especialista

Acreditación/títulos

Nombre del hospital o clínica

Dirección

Teléfono    PREFIJO INTERNACIONAL        PREFIJO LOCAL

Fax    PREFIJO INTERNACIONAL        PREFIJO LOCAL

Correo electrónico

Sólo para reembolsos de **fisioterapia o psicoterapia**: Indique los datos de la derivación:

Nombre del médico que pidió la derivación

Teléfono    PREFIJO INTERNACIONAL        PREFIJO LOCAL

Fecha de la derivación   /   /

## 6 INFORMACIÓN CLÍNICA

Tipo de enfermedad:    Aguda                       Crónica                       Episodio agudo de enfermedad crónica

Indique los datos completos de los síntomas o enfermedad para los que se necesitó atención médica:

Código ICD9/10 o DSM-IV

Datos completos de los síntomas o enfermedad

¿En qué fecha el paciente acudió a usted con estos síntomas por primera vez?      /   /

¿Cuándo fueron los síntomas evidentes para el paciente por primera vez?      /   /

Firme y selle esta sección.

 Firma del médico

Fecha   /   /

Sello del médico

## 7 NOS IMPORTA LA PROTECCIÓN DE SUS DATOS PERSONALES

Nuestro aviso sobre protección de datos explica cómo protegemos su privacidad. Es un aviso importante que describe cómo trataremos su información personal. Debería leerlo antes de enviarnos datos personales. Para leer nuestro aviso sobre privacidad visite [www.allianzcare.com/es/privacidad.html](http://www.allianzcare.com/es/privacidad.html)

También puede llamarnos al número +353 1 630 1304 para solicitar una copia impresa de nuestro aviso sobre protección de datos. Si tiene alguna pregunta sobre cómo utilizamos su información personal, puede escribirnos a [AP.EU1DataPrivacyOfficer@allianz.com](mailto:AP.EU1DataPrivacyOfficer@allianz.com)

## 8 DECLARACIÓN

Certifico que, según mi leal saber y entender, este formulario de reembolso no contiene ninguna información falsa, engañosa o incompleta. Entiendo que si se descubre que esta solicitud es fraudulenta, total o parcialmente, el contrato se cancelará con efecto a partir de la fecha en que se descubra el fraude y podría ser demandado en juicio.

Renuncio a mi derecho de privacidad con respecto a la información de mi historial médico. Autorizo a mi médico, profesional de la salud o centro médico a comunicar cualquier información médica sobre mí, si la solicita Allianz Care, sus asesores médicos o sus representantes o a expertos externos en caso de disputas, sujeto a cualquier restricción legal que se pueda aplicar.

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   /   /

## 9 NECESITAMOS SU CONSENTIMIENTO


Conforme al Reglamento General de Protección de Datos (RGPD), necesitamos su consentimiento para tratar su información médica y pagar sus gastos médicos. Si todavía no nos ha dado su consentimiento, entre en <https://my.allianzcare.com/myhealth/login> y marque los campos requeridos. También puede descargar el formulario de consentimiento de [www.allianzcare.com/es/consent-form](http://www.allianzcare.com/es/consent-form). Podemos enviarle una copia en papel si la solicita. Cada miembro de la póliza mayor de 18 años debe dar su propio consentimiento.

## 10 AUTORIZACIÓN DE ACCESO A LA INFORMACIÓN POR TERCEROS

Como solicitante del reembolso autorizo a

NOMBRE DEL TERCERO

a actuar en mi nombre con relación a la administración de esta solicitud de reembolso. Esto podría incluir la divulgación de información médica sensible.

 Firma del solicitante

Nombre del solicitante en mayúsculas

Fecha


 /  / 

Es su responsabilidad guardar los originales (por ejemplo facturas del médico) si nos envía copias, ya que nos reservamos el derecho a solicitarle los documentos originales hasta 12 meses después de tramitar 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 sus facturas. Le recomendamos que guarde copia de su correspondencia con nosotros, ya que no podemos hacernos responsables de no recibir la correspondencia cuando las causas sean ajenas a nuestro razonable control.

## Por favor, envíe el formulario debidamente completado junto a las facturas/ recibos por uno de estos medios:

 Correo electrónico: [claims@allianzworldwidecare.com](mailto:claims@allianzworldwidecare.com)

 Fax to: + 353 1 645 4033

 Correo postal: Departamento de Reembolsos (Claims Department),  
Allianz Care, 15 Joyce Way, Park West Business Campus, Nangor Road,  
Dublín 12, Irlanda

### ¿Sabía que...

la mayoría de nuestros afiliados considera que sus consultas se resuelven más rápidamente cuando nos llaman?



Si tiene alguna pregunta, póngase en contacto con nuestra línea de asistencia: +353 1 630 1304 o [client.services@allianzworldwidecare.com](mailto:client.services@allianzworldwidecare.com)

El listado actualizado de nuestros números gratuitos está disponible en <https://www.allianzcare.com/es/pages/toll-free-numbers.html>

El presente documento es la traducción al español del "Group Claim Form" en inglés. La versión en inglés es la única original y autorizada. Si se descubrieran discrepancias entre la versión en español y la versión en inglés, solamente la versión en inglés se consideraría legalmente vinculante. AWP Health & Life SA es una sociedad anónima sujeta a la reglamentación francesa de los servicios de seguro ("Code des Assurances") y actúa a través de su sucursal irlandesa. AWP Health & Life SA está registrada en Francia con el número 401 154 679 RCS Bobigny. La sucursal irlandesa está inscrita en el registro oficial de empresas de Irlanda con el número 907619, en la dirección 15 Joyce Way, Park West Business Campus, Nangor Road, Dublín 12, Irlanda. Allianz Care y Allianz Partners son nombres comerciales registrados por AWP Health & Life SA.