



# FORMULARIO DE AFILIACIÓN

Puede solicitar online uno de nuestros planes médicos internacionales en [www.allianzcare.com](http://www.allianzcare.com)

COMPLETE ESTE FORMULARIO EN MAYÚSCULAS

Si desea añadir un nuevo dependiente en una póliza existente, indique el número de póliza:

Si desea incorporarse a un plan colectivo, indique lo siguiente:

Nombre del grupo   
Número de grupo

### Cómo completar este formulario de afiliación

- 1) Debe rellenar el formulario por completo y darnos toda la información importante. Una vez que nos haya enviado su solicitud, nuestro equipo de evaluación médica revisará los detalles. Si nos ha informado sobre alguna enfermedad, podríamos pedirle más información. Entonces evaluaremos la información y le responderemos con una decisión lo antes posible.
- 2) Si ya tiene uno de nuestros planes de salud, infórmenos sobre cualquier enfermedad por la que haya pedido un reembolso desde que está con nosotros.
- 3) El titular debe firmar la sección 7. Todos los solicitantes adultos deben firmar las secciones 8 y 11. Conforme al Reglamento General de Protección de Datos europeo (RGPD), no podremos tramitar su solicitud sin esas firmas. Un padre o tutor debe cumplimentar estas secciones por los solicitantes menores de 18 años. Todos los solicitantes adultos que deseen nombrar un agente como contacto principal deben firmar la sección 9.
- 4) Si alguna de las personas que solicita cobertura está recibiendo algún tratamiento dental, asegúrese de rellenar el cuestionario dental. Puede descargarse de nuestra página web: <https://www.allianzcare.com/es/personal/formulario-de-solicitud-de-afiliacion-para-planes.html>

Cuando los términos siguientes se mencionen en este formulario, su significado será el que se indica a continuación.

**País de origen:** país del que usted (o sus dependientes, si se aplica) posee un pasaporte válido o es su país principal de residencia.

**País principal de residencia:** país en el que usted y sus dependientes (si se aplica) residen durante al menos seis meses al año.

## 1 DATOS PERSONALES (el solicitante será el asegurado principal)

Por favor, infórmenos cada vez que cambie alguno de sus datos de contacto, para poder seguir recibiendo nuestra correspondencia y comunicaciones.

Se puede solicitar cobertura hasta el día anterior a su 76 cumpleaños.

Sr.  Sra.  Srta.  Otro  Nombre

Apellido(s)

Fecha de nacimiento  /  /  Sexo: Hombre  Mujer

País de origen

Nacionalidad

País principal de residencia

Dirección completa en el país principal de residencia (obligatorio)

Teléfono principal PREFIJO INTERNACIONAL  PREFIJO LOCAL

Teléfono alternativo PREFIJO INTERNACIONAL  PREFIJO LOCAL

Correo electrónico (obligatorio – en letras mayúsculas)

Profesión (obligatorio), si es estudiante indíquelo

Seleccione el idioma en el que desea recibir la documentación de póliza:

Español  Inglés  Alemán  Francés  Italiano  Portugués

Datos de otras coberturas sanitarias locales o internacionales en vigencia:

Nombre de la aseguradora   
Número de póliza  Fecha de inicio  /  /

## 2 DEPENDIENTES A CUBRIR BAJO EL CONTRATO

Por "dependiente" se entiende el cónyuge/pareja y los hijos que dependen económicamente del solicitante hasta la edad de 18 años, o hasta la edad de 24 años si estudian a tiempo completo. Si algún hijo es mayor de 18 años, adjunte una carta de la institución académica o universidad que confirme su condición de estudiante, o bien una copia de la tarjeta de estudiante. Se puede solicitar cobertura hasta el día anterior a su 76 cumpleaños. Si no tiene suficiente espacio para todos los dependientes, utilice otro formulario de solicitud de afiliación.

	Dependiente n.º 1	Dependiente n.º 2	Dependiente n.º 3
Relación con el solicitante	Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/>	Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/>	Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/>
Nombre			
Apellidos			
Fecha de nacimiento	<input type="text" value="DD"/> / <input type="text" value="MM"/> / <input type="text" value="AAAA"/>	<input type="text" value="DD"/> / <input type="text" value="MM"/> / <input type="text" value="AAAA"/>	<input type="text" value="DD"/> / <input type="text" value="MM"/> / <input type="text" value="AAAA"/>
Sexo	Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/>	Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/>	Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/>
Profesión (obligatorio, si es estudiante indíquelo)			
Correo electrónico (obligatorio para dependientes mayores de 18 años)			
País de origen			
País principal de residencia			
Nacionalidad			

### Datos de otras coberturas sanitarias locales o internacionales en vigencia

Nombre de la aseguradora			
Número de póliza			

## 3 FECHA DE INICIO DE LA COBERTURA

Indique la fecha en que desea que empiece su cobertura:  /  /

Nuestra aceptación de su solicitud se confirma cuando le enviemos su certificado de seguro. Su cobertura será válida desde la fecha indicada en el certificado.

## 4 COBERTURA (no necesita completar esta sección si está solicitando cobertura bajo una póliza de grupo)



### Seleccione su área de cobertura:

El área de cobertura está sujeta a las condiciones generales completas indicadas en la guía de prestaciones.

Mundial

Mundial excepto los EE.UU.

África

Puede elegir distintos planes para cada miembro de la familia, según las normas indicadas a continuación. Asegúrese de que selecciona la cobertura apropiada para cada persona a asegurar, de forma que se adapte mejor a sus necesidades y las de su familia.

### Planes principales

Consulte la guía de prestaciones y la tabla de prestaciones para los detalles de los siguientes planes. Si selecciona el plan Care Pro para algún miembro de la póliza, entonces debe seleccionar Care Pro o Care Plus para los demás. No puede seleccionar el plan Care.

	Afiliado principal	Dependiente n.º 1	Dependiente n.º 2	Dependiente n.º 3
Care Pro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Care Plus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Care	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

# COBERTURA (CONTINUACIÓN)

## Seleccione la franquicia del plan principal

Para reducir la prima de su plan principal, seleccione una franquicia opcional entre las que aparecen a continuación para comprobar el descuento correspondiente. El nivel de descuento dependerá de si ha seleccionado un plan de maternidad. Tenga en cuenta que solamente puede seleccionar una franquicia del plan principal o una franquicia del plan ambulatorio, pero no ambas. Si selecciona una franquicia, ésta se aplicará por persona y por año de seguro. Además, la prima se indica en números enteros (sin los céntimos), por lo tanto los porcentajes de descuento pueden resultar ligeramente más altos o más bajos que los indicados a continuación.

Franquicias opcionales del plan principal	Descuento si su póliza no incluye un plan de maternidad	Descuento si su póliza incluye un plan de maternidad
<input type="checkbox"/> Sin franquicia	0%	0%
<input type="checkbox"/> 374 £/450€/610 \$/585 CHF	5%	2.5%
<input type="checkbox"/> 625£/750€/1.015\$/975 CHF	10%	5%
<input type="checkbox"/> 1.245£/1.500€/2.025\$/1.950 CHF	20%	10%
<input type="checkbox"/> 2.490£/3.000€/4.050\$/3.900 CHF	35%	17.5%
<input type="checkbox"/> 4.980£/6.000€/8.100\$/7.800 CHF	50%	25%
<input type="checkbox"/> 8.300£/10.000€/13.500\$/13.000 CHF	60%	30%

## Seleccione los planes opcionales (los planes opcionales pueden adquirirse solamente junto a un plan principal)

### Planes de maternidad

Puede adquirir uno de los siguientes planes de maternidad junto a los planes Care Pro o Care Plus. No puede adquirirlo con el plan Care. Nuestros planes de maternidad ofrecen cobertura para parto natural, atención del recién nacido y complicaciones durante el parto. También puede complementar su cobertura de maternidad seleccionando nuestro plan ambulatorio Active Family para incluir atención pre y postnatal y otras prestaciones de maternidad. Para más información consulte la guía de prestaciones y la tabla de prestaciones.

	Afiliado principal	Dependiente n.º 1	Dependiente n.º 2	Dependiente n.º 3
Bloom Plus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bloom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Plan de asistencia ambulatoria

Si ha seleccionado el plan ambulatorio Active Pro para algún miembro de la póliza, entonces debe seleccionar un plan ambulatorio para todos los solicitantes y en este caso debe seleccionar Active Family, Active Pro o Active Plus para los demás, pero no puede seleccionar el plan Active.

	Afiliado principal	Dependiente n.º 1	Dependiente n.º 2	Dependiente n.º 3
Active Family	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Active Pro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Active Plus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Active	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Seleccione la franquicia del plan de asistencia ambulatoria

(solamente puede seleccionar una franquicia en el plan principal O en el plan de asistencia ambulatoria. Si selecciona una franquicia, ésta se aplicará por persona y por año de seguro.)

- Sin franquicia       100 €/83 £/130 CHF/135 \$       200 €/165 £/260 CHF/270 \$

### Plan dental

Si selecciona el plan Smile Plus para algún miembro de la póliza, entonces debe seleccionar uno de los siguientes planes dentales para los demás solicitantes.

	Afiliado principal	Dependiente n.º 1	Dependiente n.º 2	Dependiente n.º 3
Smile Plus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Smile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Plan de repatriación

	Afiliado principal	Dependiente n.º 1	Dependiente n.º 2	Dependiente n.º 3
Plan de repatriación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si el plan que desea adquirir no aparece arriba, indique el nombre del plan principal y planes adicionales que desea:

## 5 ENFERMEDADES PREEXISTENTES

Las enfermedades preexistentes son enfermedades en las que se han presentado uno o más síntomas en algún momento de su vida o la de sus dependientes. Esto se aplica independientemente de que usted o sus dependientes hayan visto un médico o recibido atención médica.

Consideraremos una enfermedad preexistente si podemos asumir razonablemente que usted o sus dependientes tenían conocimiento sobre ella. Su póliza cubrirá las enfermedades preexistentes, a menos que le indiquemos lo contrario por escrito.

También consideraremos preexistente cualquier enfermedad que aparezca entre la fecha en que completa este formulario y la posterior de las siguientes:

- La fecha de emisión de su certificado de seguro o
- La fecha de inicio de su póliza

Las enfermedades preexistentes estarán sujetas a evaluación médica y, en caso de no declararse, no se cubrirán. Por lo tanto, es importante que en los períodos descritos anteriormente, nos informe si se produce algún cambio en su estado de salud y el de sus dependientes o de cualquier hecho sustancial (hechos que puedan influir en nuestra evaluación y en la aceptación de esta solicitud). Además, deberá darnos más información si se la pedimos.

## 6 DECLARACIÓN DE SALUD

Por favor, conteste a las siguientes preguntas basándose en su historial clínico completo y el de sus dependientes (si los hay). Deben exponerse todos los hechos clínicos sustanciales (hechos que pueden influirnos al evaluar y aceptar esta solicitud). La omisión de esta información podría invalidar la póliza. Si tiene dudas sobre si un hecho es sustancial o no, debe exponerlo. La presente declaración de salud es válida durante dos meses desde la fecha en la que el solicitante la completa y la firma.

	Solicitante	Dependiente n.º 1	Dependiente n.º 2	Dependiente n.º 3
Estatura	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm
Peso	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kg	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kg	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kg	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kg
¿Ha consumido tabaco durante el último año?	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"/>
En caso afirmativo, indique la cantidad diaria	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> /día	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> /día	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> /día	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> /día
¿Bebe alcohol?	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"/>
En caso afirmativo, ¿cuántas unidades de alcohol consume semanalmente? (1 copa = 1 unidad, 1 cerveza de 250 ml = 1 unidad, 1 vaso de vino = 1 unidad, en caso negativo introduzca «cero»)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> /semana	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> /semana	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> /semana	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> /semana
¿Lleva gafas o lentes de contacto? En caso afirmativo indique:	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"/>
• Problema ocular				
• Número de dioptrías en cada ojo (aparecen en la prescripción de su oculista)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Dioptrías en el ojo derecho	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Dioptrías en el ojo derecho	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Dioptrías en el ojo derecho	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Dioptrías en el ojo derecho
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Dioptrías en el ojo izquierdo	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Dioptrías en el ojo izquierdo	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Dioptrías en el ojo izquierdo	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Dioptrías en el ojo izquierdo

### 1. ¿Alguna de las personas incluidas en esta solicitud ha estado enferma alguna vez, ha estado en el hospital, se ha hecho pruebas o ha recibido tratamiento por alguna de las siguientes enfermedades?

- (a) Enfermedades o trastornos cardíacos o circulatorios como por ejemplo infarto, enfermedad coronaria, arritmia, soplo, dolor en el pecho, coágulos, trastornos de la sangre, tensión arterial anormal o colesterol alto. Sí  No
- (b) Enfermedades o trastornos dermatológicos como por ejemplo psoriasis, dermatitis, eczema, alergia o acné. Sí  No
- (c) Enfermedades o trastornos endocrinos como por ejemplo diabetes, problemas de peso, gota, problemas de tiroides u otros desequilibrios hormonales. Sí  No
- (d) Enfermedades o trastornos de los ojos, los oídos, la nariz y la garganta como por ejemplo cataratas, glaucoma, pérdida auditiva o problemas de los senos, amígdalas o adenoides. Sí  No
- (e) Enfermedades o trastornos gastrointestinales como por ejemplo problemas de estómago, hernia, hemorroides, cálculos biliares, pólipos en el colon, enfermedad de Crohn, colitis o problemas de hígado. Sí  No
- (f) Enfermedades o trastornos infecciosos o virales como por ejemplo hepatitis A-B-C, herpes, VIH, malaria, meningitis, infecciones de la sangre o enfermedades de transmisión sexual. Sí  No
- (g) Enfermedades o trastornos musculares y esqueléticos como por ejemplo dolor de espalda, cuello o articulaciones, artritis, parálisis, prótesis de articulación o problemas de cartílago y ligamentos. Sí  No
- (h) Enfermedades o trastornos neurológicos como por ejemplo accidente cerebrovascular, esclerosis múltiple, epilepsia, trastornos neurodegenerativos, convulsiones, migraña, ciática o dolor nervioso. Sí  No
- (i) Enfermedades o trastornos oncológicos como por ejemplo cualquier tipo de cáncer, leucemia, linfomas, tumores, lesiones en la piel, bultos, quistes, lunares, pólipos o nevos. Sí  No
- (j) Enfermedades o trastornos psiquiátricos o psicológicos como por ejemplo depresión, ansiedad, fatiga crónica, trastornos alimentarios, problemas de alcohol o drogas, Alzheimer o demencia. Sí  No
- (k) Enfermedades o trastornos respiratorios como por ejemplo enfermedad pulmonar obstructiva crónica, asma, bronquitis, sinusitis, disnea. Sí  No
- (l) Enfermedades o trastornos urológicos o reproductivos como por ejemplo problemas renales o del tracto urinario, trastornos menstruales, problemas de fertilidad, mioma, endometriosis o agrandamiento testicular o de próstata. Sí  No
- (m) Accidentes, lesiones u otras enfermedades o trastornos que se hayan expuesto antes. Sí  No



## 7 DECLARACIÓN

Por favor, lea con atención la siguiente declaración y fírmela sólo si la entiende y acepta.

- Declaro que toda la información proporcionada a través de este formulario es verdadera y completa, incluso la que no está escrita de mi puño y letra. Declaro que no he suprimido, falseado o alterado ningún hecho clínico sustancial. Entiendo que esta solicitud será la base del contrato entre Allianz Care y yo, y que cualquier declaración falsa, incorrecta o engañosa o cualquier omisión de información médica sustancial anulará el seguro.
- Me comprometo a informar a Allianz Care inmediatamente por escrito si se presentan cambios en mi estado de salud en el período entre la fecha en la que firmo el presente formulario y la fecha de comienzo de la cobertura.
- Renuncio a mi derecho de privacidad con respecto a la información de mi historial médico en el contexto de esta solicitud de seguro. Doy mi consentimiento para que Allianz Care, si lo considera oportuno, revise la declaración sobre mi estado de salud y contacte con otras aseguradoras para revisar los datos de otros contratos de seguro existentes o pasados que yo haya solicitado.
- Sujeto a restricciones legales, Allianz Care (o sus asesores médicos, sus representantes o terceros expertos en caso de disputas) podrán solicitar mi información médica a profesionales médicos. En estas circunstancias autorizo a estos médicos, dentistas, profesionales médicos y empleados de hospitales, autoridades de salud e instituciones médicas a proporcionar la información médica solicitada. Hago esta declaración también en nombre de mis dependientes menores de 18 años y de los dependientes que no pueden juzgar el significado de la misma.
- Confirmo que:
  - He leído y entendido todas las definiciones, prestaciones, exclusiones y condiciones de esta póliza, incluida la información referente a las enfermedades preexistentes.
  - He recibido, leído y entendido el documento de información sobre productos de seguro y acepto las condiciones generales tal como se resumen aquí y se explican con más detalle en la guía de prestaciones.
  - Según la información proporcionada en estos documentos y los planes seleccionados, creo que el producto que he seleccionado es el más adecuado a mis necesidades específicas de seguro.
- Entiendo que:
  - Este formulario de afiliación tiene validez durante dos meses a partir de la fecha en que lo completo y firmo.
  - Puedo retirar mi solicitud por escrito mediante carta, fax o correo electrónico en un plazo de 30 días a partir de la fecha de recepción de las condiciones generales completas de mi póliza. Siempre que no haya presentado una solicitud de reembolso, tengo derecho a una devolución total de la prima.
- Acepto que:
  - Es mi responsabilidad comprobar la exactitud de toda la información personal contenida en el certificado de seguro en cuanto se emita. Si el contenido no se corresponde con el formulario de afiliación pero yo no reclamo en un plazo de 30 días tras la fecha de emisión del certificado, se considerará que he aceptado la oferta de cobertura.
  - La cobertura estará sujeta a las condiciones generales que se aplican en el inicio o en la fecha de renovación de la póliza y se detallan en la guía de prestaciones.
  - La cobertura proporcionada por Allianz Care puede no ser adecuada si mis dependientes o yo nos convertimos en residentes de algún país en el que existen restricciones locales en materia de seguro médico obligatorio (como por ejemplo Suiza).
  - Es mi responsabilidad comprobar si estoy sujeto a cualquier requisito legal de seguro obligatorio de salud en el país en que vivo y puedo confirmar que la cobertura de mi seguro es legalmente apropiada.

En calidad de solicitante, firmo y fecho esta declaración y el formulario de solicitud de afiliación en nombre de todas las personas incluidas en el mismo formulario.



Firma del solicitante

Nombre del solicitante

Fecha

## 8 DESIGNACIÓN DEL ASEGURADO PRINCIPAL

Esta sección deben completarla todos los dependientes que deseen designar al asegurado principal como contacto principal.

Para ayudarnos a administrar la póliza, puede designar al asegurado principal como el contacto principal para el seguro. Para ello, seleccione "Sí" y firme abajo.

Autorizo a

INSERTAR NOMBRE DEL TITULAR

para actuar en mi nombre en la administración de esta póliza. Esto puede incluir la divulgación de información clínica sensible. Esta autorización seguirá vigente hasta que yo le solicite por escrito a Allianz Care su anulación.



Sí  No

Sí  No

Sí  No



Firma del dependiente 1



Firma del dependiente 2



Firma del dependiente 3

## 9 DESIGNACIÓN DE INTERMEDIARIO

Esta sección deben completarla el solicitante y los dependientes que deseen nombrar un agente como contacto principal.

Autorizo a

INSERTAR NOMBRE DEL AGENTE

Solo para uso interno - Datos y sello del agente

a actuar en mi nombre en la administración de esta póliza. Esto puede incluir la divulgación de información clínica sensible. Esta autorización seguirá vigente hasta que yo le solicite por escrito a Allianz Care su anulación.



Firma del solicitante

D D / M M / A A A A

Firma del dependiente 1

D D / M M / A A A A

Firma del dependiente 2

D D / M M / A A A A

Firma del dependiente 3

D D / M M / A A A A

## 10 NOS IMPORTA LA PROTECCIÓN DE SU INFORMACIÓN PERSONAL

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

También puede ponerse en contacto con nosotros en el número +353 630 1304 para solicitar una copia en papel de nuestro aviso sobre protección de datos. Si tiene preguntas sobre cómo usamos sus datos personales, puede escribirnos en cualquier momento a [AP.EU1DataPrivacyOfficer@allianz.com](mailto:AP.EU1DataPrivacyOfficer@allianz.com)

## 11 CONSENTIMIENTO SOBRE DATOS

Necesitamos su consentimiento para obtener y tratar su información médica y otros datos personales. Si no da su consentimiento explícito, podría sernos imposible ofrecerle la póliza o tramitar reembolsos a los que tenga derecho. Si acepta, trataremos sus datos para los siguientes fines y actividades.

Para los afiliados menores de 18 años un padre o tutor deberá cumplimentar el consentimiento.

**Yo (el solicitante), y los dependientes nombrados a continuación estamos de acuerdo con lo siguiente:**

Nombre del solicitante	Nombre del dependiente 1	Nombre del dependiente 2	Nombre del dependiente 3

- Permiso para obtener, almacenar y utilizar mi información clínica:** Allianz Care puede obtener, almacenar y utilizar mi información clínica para administrar la póliza, por ejemplo para darme un presupuesto para una póliza de seguro, evaluar el riesgo de seguro o tramitar reembolsos. Allianz Care puede almacenar mi información clínica de conformidad con el Código del Consumidor de la ley aplicable a esta póliza de seguros o con cualquier otra ley aplicable que requiera la conservación de los datos.
- Permiso para obtener mis datos de terceros.** Para proporcionarme la cobertura del seguro, evaluar los riesgos que van a asegurarse o tramitar reembolsos, Allianz Care puede obtener mi información clínica y otros datos de médicos, enfermeros y personal sanitario, otras instituciones médicas, residencias, sanidad pública, el pagador de mi plan, asociaciones de profesionales y autoridades públicas. Acepto liberar a todos los particulares de estas instituciones y de Allianz Care de sus respectivas obligaciones en cuanto a confidencialidad en relación con mi información clínica y otros datos que tengan que compartir y utilizar para los fines mencionados anteriormente.
- Compartir mis datos fuera de Allianz Care.** Allianz Care puede compartir mi información clínica y otros datos con los expertos o instituciones que figuran a continuación. Sólo podrán utilizar los datos en el mismo grado y con los mismos fines que Allianz Care. Entiendo que Allianz Care tiene acuerdos con estas instituciones para proteger mis datos. Acepto liberar a todos los particulares de estas instituciones y de Allianz Care de sus respectivas obligaciones en cuanto a confidencialidad en relación con mi información clínica y otros datos que tengan que compartir y utilizar para los fines mencionados a continuación:
  - Con expertos médicos independientes para permitirles evaluar el riesgo de seguro y las prestaciones que se me deben abonar a mí o al tercero que ha proporcionado la atención médica o servicio bajo mi póliza de seguro.
  - Con proveedores de servicios ajenos al Grupo Allianz de compañías que realizan determinados servicios en nombre de Allianz Care, tales como evaluación de riesgos y gestión de reembolsos, cuando:
    - Estos servicios incluyen la obtención y uso de mi información clínica y otros datos, y
    - Allianz Care no puede administrar mi póliza ni pagar los reembolsos que se me deben sin esos datos.
  - Con coaseguradoras para distribuir la cobertura del riesgo de seguro conjuntamente con otras empresas a las que la aseguradora emite la póliza, y para gestionar reembolsos conjuntamente.
  - Con otras aseguradoras y reaseguradoras que pueden cubrir el mismo riesgo de seguro al mismo tiempo (seguro múltiple) para:
    - distribuir el pago de cualquier indemnización que se me pueda deber, o
    - colaborar en la detección o prevención del fraude y la delincuencia financiera.

**Si cambio de opinión sobre mis preferencias, incluyendo revocar mi consentimiento sobre algunos de los puntos mencionados, puedo avisar a Allianz Care escribiendo a [AP.EU1DataPrivacyOfficer@allianz.com](mailto:AP.EU1DataPrivacyOfficer@allianz.com)**



Firma del solicitante

D D / M M / A A A A

Firma del dependiente 1

D D / M M / A A A A

Firma del dependiente 2

D D / M M / A A A A

Firma del dependiente 3

D D / M M / A A A A

## 12 PREFERENCIAS DE MARKETING

Yo (el solicitante) y mis dependientes aceptamos que Allianz Care pueda obtener, utilizar y divulgar mis datos personales para proporcionarme información de marketing. Entiendo que mis datos personales solamente se utilizarán para los siguientes fines y actividades, que he aceptado expresamente indicando

Nombre del solicitante	Nombre del dependiente 1	Nombre del dependiente 2	Nombre del dependiente 3

Información que Allianz Care envíe sobre sus productos y servicios, incluyendo actualizaciones sobre sus últimas promociones y nuevos productos y servicios.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Información enviada directamente por otras empresas del Grupo Allianz sobre sus productos y servicios. Entiendo que les revelarán mis datos de contacto con este fin.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Información enviada directamente por empresas asociadas a Allianz Care sobre sus productos y servicios. Entiendo que les revelarán mis datos de contacto con este fin.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Estas comunicaciones se me deberán enviar por los siguientes medios:

Correo electrónico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Notificaciones en la aplicación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Teléfono	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Carta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 13 DATOS DE PAGO

No necesita completar esta sección si solicita cobertura en una póliza colectiva y su empresa abona la prima.

Por favor, no haga ningún pago hasta que le confirmemos su nuevo número de póliza.

### Divisa

Marque una casilla para indicar la divisa en la que prefiere abonar su prima:

Euro	<input type="checkbox"/>
Libra esterlina	<input type="checkbox"/>
Franco suizo	<input type="checkbox"/>
Dólares estadounidenses	<input type="checkbox"/>

La opción del adeudo directo está disponible sólo si elige abonar la prima en Euros, Libras esterlinas y Francos suizos; no está disponible para pagos en Dólares estadounidenses.

### Método y frecuencia de pago

Los pagos están sujetos a los siguientes recargos de administración: 0% para pagos anuales, 3% para pagos semestrales, 4% para pagos trimestrales y 5% para pagos mensuales.

Marque una casilla para indicar el método y la frecuencia de pago que prefiere para abonar su prima:

	Anual	Semestral	Trimestral	Mensual
Por domiciliación* (para pagos en Euros, Libras esterlinas y Francos suizos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tarjeta de crédito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cheque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	No disponible
Transferencia bancaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	No disponible

\*Si elige abonar la prima por adeudo directo a su cuenta, por favor complete el formulario "Orden de domiciliación de adeudo directo SEPA" disponible en la página web <https://www.allianzcare.com/es/personal/formulario-de-solicitud-de-afiliacion-para-planes.html>








## Envíe este formulario debidamente completado por uno de estos medios:

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

 Fax: +353 1 629 7117

 Correo postal: Allianz Care  
15 Joyce Way  
Park West Business Campus  
Nangor Road  
Dublín 12, Irlanda

 Si tiene alguna pregunta sobre este formulario o el proceso de afiliación, póngase en contacto con nuestra línea de asistencia: +353 1 630 1304

 [www.facebook.com/AllianzCare/](https://www.facebook.com/AllianzCare/)  
 [www.linkedin.com/company/allianz-care](https://www.linkedin.com/company/allianz-care)  
 [www.youtube.com/c/allianzcare](https://www.youtube.com/c/allianzcare)  
 [www.instagram.com/allianzcare/](https://www.instagram.com/allianzcare/)  
 [twitter.com/AllianzCare](https://twitter.com/AllianzCare)

AWP Health & Life SA, que actúa a través de su sucursal irlandesa, es una sociedad anónima sujeta a la reglamentación francesa de los servicios de seguro («Code des Assurances»). 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 las 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.

## PAGO POR TARJETA DE CRÉDITO

Si desea pagar mediante tarjeta de crédito, proporcione la siguiente información:

Tipo de tarjeta: MasterCard  VISA  American Express  JCB  Diners Club  Discover

Nombre del titular de la tarjeta

Número de tarjeta  Fecha de caducidad  /


Código CCV

VISA, MasterCard, Discover y Diners Club: las últimas tres cifras en la zona de la firma en el reverso de la tarjeta.  
American Express: las cuatro cifras en el anverso de la tarjeta, encima del número de tarjeta.

**Por razones de seguridad, una vez que hayamos transferido esta información a nuestro sistema, separaremos los datos de la tarjeta de crédito del formulario y los destruiremos.**

### Autorización para pago con tarjeta de crédito

Autorizo a Allianz Care a cargar en mi tarjeta de crédito la prima de mi seguro médico. Entiendo que se me notificará la prima cuando se acepte mi cobertura/ renovación o si solicito algún cambio que afecte a la prima, como la inclusión de un dependiente. Este cargo continuará hasta que lo cancele avisando por escrito a Allianz Care. Se me dará un mes de aviso con respecto a cualquier aumento anual en la prima.

 Firma del titular de la tarjeta  Fecha  /  /