

Formulario de afiliación

Planes internacionales de salud para usted
y su familia



Puede solicitar online uno de nuestros planes médicos internacionales en www.allianzcare.com

Si completa este formulario en papel, RELÉNELO 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

Allianz Medical Expert (AME). Nuestra herramienta de evaluación médica automatizada:

Podríamos usar una herramienta de evaluación médica automatizada para determinar si podemos darle cobertura y en qué condiciones. Esta herramienta se usa para tramitar la información personal y médica que nos da para calcular el coste de su cobertura de seguro médico internacional. Sin esta información no podemos calcular la prima del seguro que se ajusta a sus necesidades.

Evaluamos regularmente el modo en que funciona nuestra herramienta para garantizar que seguimos ofreciéndole una evaluación justa. Esta evaluación se basa en los planes que selecciona y en la información personal y médica que nos da en esta solicitud.

Permiso para automatizar las decisiones de evaluación

Al marcar esta casilla usted acepta que Allianz Care pueda usar una herramienta de evaluación médica automatizada para evaluar sus datos personales y de salud para tomar las decisiones de evaluación sobre el riesgo a asegurar. Esto se hace conforme a las directrices del RGPD sobre el tratamiento de datos usando una herramienta de evaluación médica automatizada.

Una vez que la decisión automatizada se haya tomado, usted tiene derecho a pedir que reconsideremos nuestra decisión, lo que implicará una revisión por parte de nuestro equipo de evaluaciones. Si desea ejercer este derecho póngase en contacto con nosotros en underwriting@allianzworldwidecare.com

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 y solicita una ampliación de cobertura o un nuevo plan, infórmenos sobre cualquier enfermedad por la que haya pedido un reembolso desde que está con nosotros.
3. La sección 7 debe completarla el titular de la póliza. Las secciones 8 y 11 deben firmarlas todos los solicitantes adultos. Conforme al Reglamento General de Protección de Datos europeo (RGPD), no podremos tramitar su solicitud sin estas firmas. Un padre o tutor debe completar estas secciones por los solicitantes menores de 18 años. La sección 9 debe estar firmada por todos los solicitantes adultos que quieran nombrar un agente como punto de contacto para esta póliza.
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-plan.html>

Cuando los siguientes términos y expresiones 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 que 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 del solicitante (el solicitante será el asegurado principal)

Díganos si sus datos de contacto cambian, para que podamos comunicarnos con usted.
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)

Ocupación (obligatorio. Si es un estudiante, indíquelo aquí)

Seleccione el idioma en el que desea recibir los documentos de la póliza:

Español Inglés Alemán Francés Italiano Portugués

Datos de otros seguros médicos locales o internacionales en vigencia:

Nombre de la aseguradora

Número de póliza Fecha de inicio / /

2 Dependientes a cubrir bajo el contrato

Los dependientes incluyen el cónyuge/pareja y los hijos menores de 18 años que dependen económicamente del asegurado principal (o menores de 24 años cuando cursen estudios a tiempo completo). Si tienen entre 18 y 23 años y estudian a tiempo completo, adjunte una carta de la universidad/colegio confirmando su condición de estudiante o una copia de su tarjeta de estudiante. Se puede solicitar cobertura para un dependiente hasta el día anterior a su 76 cumpleaños. Si no tiene suficiente espacio para todos los dependientes, utilice otro formulario.

	Dependiente 1	Dependiente 2	Dependiente 3
Relación con el solicitante	Cónyuge/pareja <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/>	Cónyuge/pareja <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/>	Cónyuge/pareja <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/>
Nombre	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Apellidos	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fecha de nacimiento	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
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)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Correo electrónico (obligatorio para dependientes mayores de 18 años)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
País de origen	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
País principal de residencia	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nacionalidad	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Datos de otros seguros médicos locales o internacionales en vigencia

Nombre de la aseguradora actual (si procede)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Número de póliza actual (si procede)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

3 Fecha de inicio de la cobertura

Indique la fecha en que desea que empiece su cobertura:

DD / MM / A A A A

La aseguradora confirma la aceptación del afiliado en la cobertura con la emisión del certificado de seguro. La cobertura del afiliado es válida a partir de la fecha de inicio indicada en el mismo 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

Seleccione el plan principal y cualquier plan opcional que necesite para su póliza. Los planes opcionales sólo pueden contratarse junto a un plan principal, no pueden contratarse por separado. Puede encontrar todos los detalles de los planes siguientes en la tabla de prestaciones y la guía de prestaciones.

Seleccione el plan principal

	Care Pro	Care Plus	Care
	Si selecciona Care Pro o Care Plus, puede seleccionar el mismo plan principal para todos sus dependientes (si los hay) o puede elegir entre Care Pro o Care Plus para cada dependiente		Si selecciona Care, este plan principal y cualquier plan opcional que seleccione se aplicarán a todas las personas incluidas en su póliza.
Titular de la póliza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dependiente 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dependiente 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dependiente 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Seleccione sus planes opcionales

Planes ambulatorios

Titular de la póliza	<input type="checkbox"/> Active Pro	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/> Active Plus	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/> Active	
Dependiente 1	<input type="checkbox"/> Active Pro	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/> Active Plus	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/> Active	<input type="checkbox"/> Active
Dependiente 2	<input type="checkbox"/> Active Pro	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/> Active Plus	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/> Active	
Dependiente 3	<input type="checkbox"/> Active Pro	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/> Active Plus	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/> Active	

Planes de maternidad

Titular de la póliza	<input type="checkbox"/> Bloom Plus	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/> Bloom	
Dependiente 1	<input type="checkbox"/> Bloom Plus	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/> Bloom	Nuestros planes de maternidad no están disponibles con el plan principal Care.
Dependiente 2	<input type="checkbox"/> Bloom Plus	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/> Bloom	
Dependiente 3	<input type="checkbox"/> Bloom Plus	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/> Bloom	

Planes dentales

Si selecciona Smile Plus para alguien, todos los demás solicitantes en su póliza deben seleccionar el plan dental disponible con el plan principal de su elección

Titular de la póliza	<input type="checkbox"/> Smile Plus	<input type="checkbox"/> Smile	
Dependiente 1	<input type="checkbox"/> Smile Plus	<input type="checkbox"/> Smile	<input type="checkbox"/> Smile
Dependiente 2	<input type="checkbox"/> Smile Plus	<input type="checkbox"/> Smile	
Dependiente 3	<input type="checkbox"/> Smile Plus	<input type="checkbox"/> Smile	

Plan de repatriación

Titular de la póliza	<input type="checkbox"/> Plan de repatriación	
Dependiente 1	<input type="checkbox"/> Plan de repatriación	<input type="checkbox"/> Plan de repatriación
Dependiente 2	<input type="checkbox"/> Plan de repatriación	
Dependiente 3	<input type="checkbox"/> Plan de repatriación	

Si su plan no aparece arriba, indique el nombre del plan principal y los planes adicionales de su elección:

4 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 de 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 la franquicia de su plan ambulatorio

Solamente puede seleccionar una franquicia del plan principal O una franquicia del plan ambulatorio. Si selecciona una franquicia, ésta se aplicará por persona y por año de seguro.

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

5 Enfermedades preexistentes

Las enfermedades preexistentes son enfermedades en las que han aparecido 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 digamos lo contrario por escrito.

También consideraremos preexistente cualquier enfermedad que aparezca entre la fecha en que completa el formulario de afiliación 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.

Si ya tiene uno de nuestros planes de salud y solicita una ampliación de cobertura o una nueva póliza, infórmenos sobre cualquier enfermedad por la que haya pedido un reembolso desde que está con nosotros.

6 Declaración de salud

Responda a las siguientes preguntas según su historial clínico y el de sus dependientes. Debe declarar todos los hechos sustanciales (hechos que pueden influir en nuestra evaluación y aceptación de esta solicitud). Si no está seguro de que un hecho sea sustancial, declárelo de todas formas. No declarar todos los hechos sustanciales puede invalidar la póliza. Esta declaración de salud es válida durante dos meses a partir de la fecha en la que completa y firma el formulario.

	Solicitante	Dependiente 1	Dependiente 2	Dependiente 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 alguna forma de tabaco durante el último año? En caso afirmativo, ¿cuánto por día de media? 1 cigarrillo = 1 unidad, 1 puro medio = 2 unidades, 1 gramo de tabaco de liar = 2 unidades, 1 pipa = 2,5 unidades, 10 mg de cigarrillo electrónico = 1 unidad, si no ha fumado ponga NO.	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> /día	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> /día	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> /día	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> /día
¿Bebe alcohol? En caso afirmativo, ¿cuántas unidades de alcohol consume por semana? (1 copa = 1 unidad, 1 cerveza de 250 ml = 1 unidad, 1 vaso de vino = 1 unidad) En caso negativo, indique 'cero'	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> /semana	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> /semana	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> /semana	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> <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 del oculista)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ojo derecho <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ojo izquierdo	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ojo derecho <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ojo izquierdo	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ojo derecho <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ojo izquierdo	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ojo derecho <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ojo izquierdo

1. ¿Alguna de las personas incluidas en esta solicitud ha estado enfermo 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, colesterol alto, etc. Sí No
- (b) Enfermedades o trastornos dermatológicos como por ejemplo, psoriasis, dermatitis, eczema, alergia, acné, etc. Sí No
- (c) Enfermedades o trastornos endocrinos como por ejemplo, diabetes, problemas de peso, gota, problemas de tiroides, otros desequilibrios hormonales, etc. 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, adenoides, etc. 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, problemas de hígado, etc. Sí No
- (f) Enfermedades o trastornos virales o infecciosos como por ejemplo hepatitis A/B/C, herpes, VIH, malaria, meningitis, infecciones de la sangre, enfermedades de transmisión sexual, etc. Sí No
- (g) Enfermedades o trastornos musculares o esqueléticos como por ejemplo dolor de espalda, cuello o articulaciones, artritis, parálisis, prótesis de articulación o problemas de cartílago y ligamentos, etc. Sí No
- (h) Enfermedades o trastornos neurológicos como por ejemplo accidente cerebrovascular, esclerosis múltiple, epilepsia, trastornos neurodegenerativos, convulsiones, migraña, Alzheimer, demencia, etc. 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, nevus, etc. Sí No
- (j) Trastornos psiquiátricos o psicológicos como por ejemplo trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDHA), trastorno del espectro autista, depresión, ansiedad, síndrome de fatiga crónica, trastornos alimentarios, trastorno obsesivo-compulsivo, trastornos fóbicos, problemas de alcohol y drogas, etc. Sí No
- (k) Enfermedades o trastornos respiratorios como por ejemplo enfermedad pulmonar obstructiva crónica, asma, bronquitis, sinusitis, disnea, etc. 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, problemas testiculares o de próstata, etc. Sí No
- (m) Accidentes, lesiones u otras enfermedades o trastornos que no se hayan declarado anteriormente. Sí No

2. Díganos si usted o sus dependientes:

- (a) Están tomando actualmente medicamentos prescritos o de venta libre o están recibiendo algún tratamiento. Sí No
- (b) Están esperando una revisión médica, se les han ordenado pruebas o exámenes, están esperando los resultados de alguna prueba o algún tratamiento debido a un accidente, lesión, enfermedad o trastorno. Sí No
- (c) Se han hecho algunas pruebas o investigaciones en los últimos 10 años, que hayan resultado en la derivación para más asesoramiento o atención médica, como por ejemplo biopsia, colonoscopia, colposcopia, TAC, mamografía, resonancia magnética, prueba de Papanicolaou, prueba del antígeno prostático específico (PSA), ecocardiograma, ecografía, etc. Sí No

NO declare resultados de ninguna prueba genética (ADN o ARN) ya que no se requieren para el proceso de evaluación médica.

7 Declaración

Por favor, lea con atención la siguiente declaración y firmela 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.

Como solicitante, firme y fecho este formulario en nombre de todas las personas incluidas en la solicitud.

 Firma del solicitante

Nombre del solicitante

Fecha

8 Designación del titular de la póliza

Esta sección deben completarla todos los dependientes que quieran designar al titular de la póliza como punto de 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 DE LA PÓLIZA

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

 Firma del dependiente 1

 Firma del dependiente 2

 Firma del dependiente 3

9 Designación del agente (si se aplica)

Autorizo a

I N S E R T A R N O M B R E D E L A G E N T E

Solo para uso interno - Datos y sello del agente

a actuar en mi nombre para la administración de esta póliza. Esto podría incluir la divulgación de información médica 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. Es un aviso importante que describe cómo trataremos su información personal. Debe leerlo antes de enviarnos cualquier dato personal. Para leer nuestro aviso sobre protección de datos, visite www.allianzcare.com/es/privacidad.html

También puede llamarnos al número +353 630 1304 para solicitar una copia impresa 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

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 ser 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

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

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 reciba su número de póliza.

Divisa del pago

Marque la casilla correspondiente para indicar la divisa en la que prefiere abonar la prima.

Euros (EUR)	<input type="checkbox"/>
Libras esterlinas (GBP)	<input type="checkbox"/>
Francos suizos (CHF)	<input type="checkbox"/>
Dólares estadounidenses (USD)	<input type="checkbox"/>

Solamente se puede domiciliar el pago en euros (EUR), libras esterlinas (GBP) y francos suizos (CHF), pero no en dólares estadounidenses (USD).

Método y frecuencia de pago

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

Marque la casilla correspondiente para indicar el método y la frecuencia de pago de su preferencia.

	Anual	Semestral	Trimestral	Mensual
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 decide pagar por domiciliación bancaria, complete y envíe la autorización correspondiente, disponible en:

<https://www.allianzcare.com/es/personal/formulario-de-solicitud-de-afiliacion-para-planes.html>

Si está afiliado a un plan colectivo y desea pagar su prima por domiciliación, deberá seleccionar la frecuencia de pago mensual.

Envíe este formulario debidamente completado por uno de estos medios:

Correo electrónico: 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/
www.linkedin.com/company/allianz-care
www.youtube.com/c/allianzcare
www.instagram.com/allianzcare/
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»). Registrada en Francia No. 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.

FRM-APP-ES-0921

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 / / / / /