

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

Recuerda: debes solicitar los reembolsos en el plazo indicado en tu guía de prestaciones, disponible en 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 (la más reciente)

Teléfono PREFIJO INTERNACIONAL PREFIJO LOCAL

Correo electrónico

Nombre del asegurado principal (si es diferente del paciente):

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

En caso afirmativo nombra la cobertura. Dinos tu número de Seguridad Social o de identificación.

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

Nombre

Apellidos

Fecha de nacimiento D D / M M / A A A A Sexo de nacimiento: Masculino Femenino

Correo electrónico

3 Datos de pago

Selecciona una de las siguientes opciones y completa los detalles según sea necesario.

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

Opción 2: pago al miembro

Método de pago: Transferencia bancaria** (Recomendado) Cheque***

Indica la divisa en la que deseas recibir el pago (asegúrate de que tu cuenta la acepta)

Opción 3: pago a un tercero

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

Código ABA/ACH (solo para cuentas bancarias en EE.UU.)

Dirección del beneficiario de la cuenta en EE.UU.

Si en tu país se necesitan datos adicionales (código de la agencia, número de identificación fiscal, etc.) para transacciones internacionales, indícalos a continuación:

Código Swift del banco intermediario (si se aplica)

* Si no has pagado al proveedor médico.

** Para transferencias indica los datos del banco.

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

**** Debes indicar ambos códigos IBAN y BIC/Swift si tu 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

Completa la siguiente tabla con los datos de cada factura o recibo. Para gastos en China, debes adjuntar la factura Fa Piao. Si la factura o recibo no indican el diagnóstico o la enfermedad, debes darnos esta información. Si no tienes suficiente espacio en la tabla, continúa en otra hoja.

Descripción del gasto/ atención médica	Diagnóstico/enfermedad	Nombre del proveedor médico	Cantidad facturada	Divisa	¿Has pagado tú esta factura?
					Sí No
					Sí No
					Sí No
					Sí No
					Sí No
Gastos totales					
(El total mostrado aquí solamente es exacto cuando todas las facturas están en la misma divisa. Si introduces gastos en distintas divisas, ignora el total mostrado)					

¿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

En caso afirmativo completa lo siguiente:

Fecha del accidente o lesión: D D / M M / A A A A

Datos del accidente o lesión

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

En caso afirmativo indica:

Nombre de la aseguradora

Número de póliza

¿Causó el accidente un tercero? Sí No

En caso afirmativo completa lo siguiente:

Nombre del tercero

Nombre de la aseguradora del tercero

Número de póliza del tercero

Envíanos una copia del atestado de la policía (si existe) a claims.recoveries@allianzworldwidecare.com

Las secciones 5 y 6 debe completarlas el médico salvo cuando la información esté en los documentos de respaldo (facturas, recibos, etc.).

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. Proporciona información completa sobre la derivación médica:

Nombre del médico que pidió la derivación
Teléfono PREFIJO INTERNACIONAL PREFIJO LOCAL
Fecha de la derivación D D / M M / A A A A

6 Información clínica

Tipo de enfermedad: Aguda Crónica Episodio agudo de enfermedad crónica
Indica los datos completos de los síntomas o enfermedad para los que se necesitó atención médica:
Código ICD9/10 o DSM-IV
Datos de los síntomas o enfermedad

¿En qué fecha el paciente acudió a ti con estos síntomas por primera vez? D D / M M / A A A A
¿Cuándo fueron los síntomas evidentes para el paciente por primera vez? D D / M M / A A A A
¿El paciente ha sufrido otras veces de la misma enfermedad en el pasado? D D / M M / A A A A Sí No
Si has contestado «Sí», ¿cuándo? D D / M M / A A A A
¿Sabes si el paciente ha recibido atención médica en el pasado para esta enfermedad o para enfermedades relacionadas? Sí No
Si has contestado «Sí» proporciona más información

¿Es probable una recaída? Sí No
¿El paciente necesita rehabilitación? Sí No
¿Es permanente? Sí No
¿El paciente necesita cuidados, consultas, revisión o pruebas a largo plazo? Sí No

Sólo en caso de embarazo:

Fecha prevista del parto D D / M M / A A A A
¿La paciente espera a un solo bebé? Sí No
Si la paciente espera a gemelos o múltiples bebés, ¿el embarazo es el resultado de reproducción asistida? Sí No
Si has contestado «Sí», proporciona más información

Sólo en caso de atención dental:

¿El paciente sufría dolor dental cuando acudió a ti para recibir atención? Sí No

Firma y sella esta sección.

 Firma del médico _____
Fecha D D / M M / A A A A

Sello oficial del médico

7 Protección de tus datos personales

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 +353 1 630 1304 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

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 descubre 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, 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 y fechar esta sección.

 Firma del paciente _____

Fecha D D / M M / A A A A

9 Necesitamos tu consentimiento

Conforme a los reglamentos de protección de datos, necesitamos tu consentimiento para tratar tu información médica y pagar tus gastos médicos. Si todavía no nos has dado tu consentimiento, entra en my.allianzcare.com/myhealth/login.html y marca los campos requeridos. También puedes descargar el formulario de consentimiento de www.allianzcare.com/es/consent-form.html. Podemos enviarte una copia en papel si la solicitas. 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 D D / M M / A A A A

Es tu responsabilidad guardar los originales (por ejemplo, facturas del médico) si nos envías copias, ya que nos reservamos el derecho a solicitarte 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 tus facturas. Te recomendamos que guardes copias de tu 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, envía el formulario debidamente completado junto a las facturas o recibos (no aceptamos comprobantes de tarjeta) por uno de estos medios:

@ Correo electrónico: **claims@allianzworldwidecare.com**

🏠 Correo postal: **Claims Department,
Allianz,
15 Joyce Way,
Park West
Business Campus,
Nangor Road,
Dublin 12,
Irlanda**

Importante: por favor, comprueba que:

- Has adjuntado todos los recibos, facturas y recetas médicas.
- Has completado el formulario.
- Has firmado y fechado las declaraciones.
- Has indicado el diagnóstico en el formulario o en las facturas.
- Tus datos de contacto son correctos (si han cambiado, avísanos en el formulario).

¿Sabías que...

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

Si tienes alguna pregunta, ponte en contacto con nuestra línea de asistencia:

+ 353 1 630 1304 o por correo electrónico:
client.services@e.allianz.com

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

El presente documento es la traducción al español del «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.