



Formulario de reembolso para pólizas colectivas

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	/ /
Nombre			
Apellidos			
Dirección para correspondencia (la más reciente)			
Número de 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, indica la cobertura y tu número de seguridad social o de identificación:			

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

Nombre			
Apellidos			
Fecha de nacimiento	/ /	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 y 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.)

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

Por favor, 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?

Sólo en caso de embarazo:

Indica 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 completa lo siguiente:

Fecha del accidente o lesión / /

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

PREFIJO INTERNACIONAL

PREFIJO LOCAL

Teléfono

PREFIJO INTERNACIONAL

PREFIJO LOCAL

Fax

Correo electrónico

Sólo para reembolsos de fisioterapia o psicoterapia. Indica los datos de la derivación:

Nombre del médico que pidió la derivación

PREFIJO INTERNACIONAL

PREFIJO LOCAL

Teléfono

D

D

/

M

M

/

A

A

A

A

Fecha de la derivación

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

Información sobre 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

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

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 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, 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

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 y marca los campos requeridos. También puedes descargar el formulario de consentimiento de www.allianzcare.com/es/consent-form/. 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 / /

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 copia 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 se aceptan recibos 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,
Ireland**

Importante – por favor, comprueba que:

- Has adjuntado todos los recibos, facturas y recetas médicas.
- Has completado el formulario por entero.
- 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
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 «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, Dublin 12, Irlanda.