

Formulario de autorización a terceros

POR FAVOR, COMPLETA EL PRESENTE FORMULARIO EN LETRAS MAYÚSCULAS.

Yo, con fecha de nacimiento / / ,
autorizo con mi firma a Allianz Partners a tratar y compartir información personal y médica en relación con la administración de mi seguro (número de póliza:
) con los siguientes terceros:

Nombre completo

Dirección

Correo electrónico

Número de teléfono

Fecha de nacimiento (si es una persona física) / /

Relación contigo

Se necesita un formulario de autorización a terceros distinto para cada persona mayor de 18 años cubierta en tu póliza que también desee autorizar la divulgación de información personal y médica a terceros en relación con la administración de su seguro. Para menores de edad cubiertos en tu póliza, necesitamos la autorización del padre/madre/tutor legal a fin de divulgar información a terceros.

Si deseas autorizar la divulgación de información médica al tercero indicado arriba sobre algún menor de edad cubierto en tu póliza, indica sus nombres y fechas de nacimiento:

Nombre completo
Fecha de nacimiento / /

Nombre completo
Fecha de nacimiento / /

Nombre completo
Fecha de nacimiento / /

Esta autorización tiene validez inmediatamente y será válida hasta que des instrucciones a Allianz Care por escrito para revocarla, o hasta que finalice la póliza (cualquiera que ocurra antes).

Firma del afiliado
Fecha / /

Una vez completado, envía este formulario a client.services@e.allianz.com
Si tienes alguna pregunta, ponte en contacto con nuestra línea de asistencia: + 353 1 630 1301