

Formulario de autorización a terceros

Nota: AWP Health & Life SA es la aseguradora, en adelante denominada «la aseguradora médica». AWP Health & Life SA forma parte del Grupo Allianz Partners y opera bajo la marca Allianz.

Si completas este formulario en papel, **RELLÉNALO EN MAYÚSCULAS**.

Yo (INTRODUCIR NOMBRE), , con fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA): / / ,
autorizo con mi firma a la aseguradora médica para 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 PREFIJO INTERNACIONAL PREFIJO LOCAL
Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA) (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 (DD/MM/AAAA) / /

Nombre completo
Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA) / /

Nombre completo
Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA) / /

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

Firma del afiliado
Fecha (DD/MM/AAAA) / /

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 1304