

FORMULARIO DE PREAUTORIZACIÓN

Puede descargar este formulario en <https://www.allianzcare.com/es/docs/gppa>
Complete este formulario en **MAYÚSCULAS**.

No se necesita preautorización para **atención médica de emergencia**. Sin embargo, usted, su médico, uno de sus dependientes o un compañero debe informarnos sobre su ingreso en el hospital en un **plazo de 48 horas tras la emergencia**.

Si la **atención médica está programada en las siguientes 72 horas**, nuestra línea de asistencia (+353 1 630 1304) puede tomar los datos para la preautorización por teléfono. Tenga a mano tantos datos como le sea posible cuando llame, incluidos los datos de contacto de su médico.

- La sección 1** debe completarla el paciente o alguien en nombre del paciente
- La sección 2** debe completarla el médico

No completar debidamente el formulario nos retrasará para garantizar la atención médica porque podríamos tener que contactar con usted o con su proveedor médico para obtener la información que falta.

La póliza del paciente debe estar en vigencia en el momento de recibir la atención médica.

La preautorización está sujeta a las condiciones generales de la póliza. También está sujeta a nuestra evaluación de la documentación correspondiente que necesitamos sobre esta enfermedad.

1 INFORMACIÓN DEL PACIENTE A COMPLETAR POR EL PACIENTE O EN NOMBRE DEL PACIENTE

Número de póliza

Sr. Sra. Srta. Otro Nombre

Apellidos

Fecha de nacimiento / /

Persona de contacto: especifique con quién debemos contactar sobre la tramitación de esta solicitud de preautorización

Nombre

Relación con el paciente (por ejemplo cónyuge/pareja, padre o el mismo paciente)

Teléfono PREFIJO INTERNACIONAL PREFIJO LOCAL

Teléfono móvil PREFIJO INTERNACIONAL PREFIJO DEL MÓVIL

Correo electrónico

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

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 solicitan Allianz Care, 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 / /

NECESITAMOS SU CONSENTIMIENTO

Conforme al Reglamento General de Protección de Datos (RGPD), necesitamos su consentimiento para tratar su información médica y pagar sus gastos médicos. Si todavía no nos ha dado su consentimiento, entre en <https://my.allianzcare.com/myhealth/login> y marque los campos requeridos. También puede descargar el formulario de consentimiento de www.allianzcare.com/es/consent-form. Puede pedir una copia en papel. Cada miembro de la póliza mayor de 18 años debe dar su propio consentimiento.

- Si se necesita atención médica adicional debe informar a Allianz Care.
- Tenga en cuenta que las facturas deben enviarse en un plazo de 60 días tras el alta del paciente. Sin embargo, si existe algún acuerdo especial con el proveedor médico, se aplicará este acuerdo.

Enfermedad

Descripción de la enfermedad y síntomas

Causa subyacente (si se conoce)

¿Cuándo se le diagnosticó al paciente esta patología por primera vez? DD / MM / AAAA

Fecha de la primera visita por esta enfermedad DD / MM / AAAA

¿Cuándo fueron los síntomas evidentes para el paciente por primera vez? DD / MM / AAAA

Diagnóstico (si se desconoce, indique el diagnóstico provisional)

CIE9/10 DSM-IV DRG

En caso de maternidad

Fecha en que el médico confirmó el embarazo DD / MM / AAAA

Fecha estimada del parto DD / MM / AAAA

¿La paciente espera a un solo bebé? Sí No

Si ha contestado "No", ¿el embarazo es el resultado de un tratamiento de reproducción asistida? Sí No

Tipo de parto

Atención médica

Procedimiento programado

Fecha prevista de ingreso en hospital DD / MM / AAAA

Atención médica en los EE.UU. o el Reino Unido

Código CPT Código CCSD

Descripción

Coste

Para atención médica en Alemania (DRG), por favor confirme el precio base (Basisfallpreis)

Duración aproximada de la hospitalización noches / días (tachar la opción que no se aplica)

¿Se le ofrece al paciente un precio único de un paquete de beneficios? Sí No

Si ha contestado "Sí", indique el precio incluyendo la divisa

Si ha contestado "No", proporcione un desglose de los costes previstos:

Gastos hospitalarios	Honorarios del médico/anestesta	Coste total estimado (incluyendo la divisa)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Datos del médico

Nombre del hospital/centro médico

Dirección (incluya el país)

Correo electrónico (obligatorio)

Teléfono (incluya el prefijo internacional y local)

Fax (obligatorio, incluya el prefijo internacional y local)

Médico que pidió la derivación	Médico tratante/responsable del ingreso
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Firme, fecha y selle el formulario.

Confirmando que, a mi leal saber y entender, toda la información aquí proporcionada es precisa y completa.

 Firma del Médico

Fecha DD / MM / AAAA

Sello oficial del proveedor médico

Envíenos este formulario debidamente completado al menos cinco días antes de la atención médica por uno de estos medios:

Correo electrónico: medical.services@allianzworldwidecare.com

Fax: + 353 1 653 1780

Carta: Departamento medico (Medical Services Department), Allianz Care, 15 Joyce Way, Park West Business Campus, Nangor Road, Dublín 12, Irlanda

Le recomendamos guardar copia de toda la correspondencia que mantenga con nosotros. No podemos considerarnos responsables por no recibir la correspondencia cuando las causas sean ajenas a nuestro control.

Si tiene alguna pregunta, póngase en contacto con nosotros: Línea de asistencia: + 353 1 630 1304 o: client.services@allianzworldwidecare.com
 Para ver nuestros números gratuitos vaya a: www.allianzcare.com/es/pages/toll-free-numbers.html