



# FORMULARIO de solicitud

COMPLETE ESTE FORMULARIO EN MAYÚSCULAS

Si desea añadir un nuevo dependiente en una póliza existente, indique el número de póliza:

Si desea incorporarse a un plan colectivo, indique lo siguiente:

Nombre del grupo

Número de grupo

## Cómo completar este formulario

1. Debe rellenar el formulario por completo y darnos toda la información importante. Una vez que nos haya enviado su solicitud, nuestro equipo de evaluación médica revisará los detalles. Si nos ha informado sobre alguna enfermedad, podríamos pedirle más información. Entonces evaluaremos la información y le responderemos con una decisión lo antes posible.
2. Si ya tiene uno de nuestros planes de salud, infórmenos sobre cualquier enfermedad por la que haya pedido un reembolso desde que está con nosotros.  
El titular de la póliza debe firmar la sección 7. Los solicitantes adultos deben firmar las secciones 8 y 11. Conforme al Reglamento General de Protección de Datos europeo (RGPD), no podremos tramitar su solicitud sin esas firmas. Un padre o tutor debe cumplimentar estas secciones por los solicitantes menores de 18 años. Todos los solicitantes adultos que deseen designar un agente como contacto principal para esta póliza deben firmar la sección 9.
3. Si alguna de las personas que solicita cobertura está recibiendo algún tratamiento dental, asegúrese de rellenar el cuestionario dental. Puede descargarse de nuestra página web: <https://www.allianzcare.com/es/personal/formulario-de-solicitud-de-afiliacion-para-planes.html>

Cuando los siguientes términos y expresiones se mencionen en este formulario, su significado será el que se indica a continuación.

**País de origen:** país del que tiene un pasaporte o identificación personal, su país de nacimiento o su país principal de residencia.

**País principal de residencia:** país en el que usted y sus dependientes (si se aplica) viven durante más de seis meses al año.

## 1 DATOS DEL SOLICITANTE (el solicitante será el asegurado principal)

Díganos si sus datos de contacto cambian, para que podamos comunicarnos con usted. Se puede solicitar cobertura hasta el día anterior a su 76 cumpleaños. Si está solicitando una póliza particular, es un requisito para obtener cobertura con los planes de salud GlobalPass que su país de residencia esté en Latinoamérica o el Caribe (excepto Brasil, ya que los planes de salud GlobalPass no están disponibles para solicitantes de pólizas particulares que vivan en Brasil).

Sr.  Sra.  Srta.  Otro  Nombre

Apellido(s)

Fecha de nacimiento  /  /  Sexo: Hombre  Mujer

País de origen

Nacionalidad

País principal de residencia

Dirección completa en el país principal de residencia (obligatorio)

Teléfono principal  PREFIJO INTERNACIONAL  PREFIJO LOCAL

Teléfono alternativo  PREFIJO INTERNACIONAL  PREFIJO LOCAL

Correo electrónico (obligatorio, en letras mayúsculas)

Profesión (obligatorio) (Si es un estudiante, indíquelo aquí)

Indique el idioma en el que desea recibir la documentación de su póliza:

Español  Inglés  Portugués

Datos de otros seguros médicos locales o internacionales en vigencia:

Nombre de la aseguradora

Número de póliza  Fecha de inicio  /  /



## 5 ENFERMEDADES PREEXISTENTES

Las enfermedades preexistentes son enfermedades en las que han aparecido uno o más síntomas en algún momento de su vida o la de sus dependientes. Esto se aplica independientemente de que usted o sus dependientes hayan visto un médico o recibido atención médica.

Consideraremos una enfermedad preexistente si podemos asumir razonablemente que usted o sus dependientes tenían conocimiento sobre ella. Su póliza cubrirá las enfermedades preexistentes, a menos que le indiquemos lo contrario por escrito.

También consideraremos preexistente cualquier enfermedad que aparezca entre la fecha en que completa este formulario y la posterior de las siguientes:

- La fecha de emisión de su certificado de seguro o
- La fecha de inicio de su póliza

Las enfermedades preexistentes estarán sujetas a evaluación médica y, en caso de no declararse, no se cubrirán. Por lo tanto, es importante que en los períodos descritos anteriormente, nos informe si se produce algún cambio en su estado de salud y el de sus dependientes o de cualquier hecho sustancial (hechos que puedan influir en nuestra evaluación y en la aceptación de esta solicitud). Además, deberá darnos más información si se la pedimos.

## 6 DECLARACIÓN DE SALUD

Responda a las siguientes preguntas según su historial clínico y el de sus dependientes. Debe declarar todos los hechos sustanciales (hechos que pueden influir en nuestra evaluación y aceptación de esta solicitud). Si no está seguro de que un hecho sea sustancial, declárelo de todas formas. No declarar todos los hechos sustanciales puede invalidar la póliza.

	Solicitante	Dependiente 1	Dependiente 2	Dependiente 3
Estatura	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm
Peso	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kg	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kg	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kg	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kg
¿Ha consumido tabaco durante el último año?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
En caso afirmativo, ¿cuánto por día de media?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> /día	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> /día	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> /día	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> /día
¿Bebe alcohol?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
En caso afirmativo, ¿cuántas unidades de alcohol consume por semana? <small>(1 copa = 1 unidad, 1 cerveza de 250 ml = 1 unidad, 1 vaso de vino = 1 unidad en caso negativo, indique 'cero')</small>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> /semana	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> /semana	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> /semana	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> /semana
¿Lleva gafas o lentes de contacto? En caso afirmativo indique:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
• Enfermedad				
• Número de dioptrías en cada ojo (aparecen en la prescripción del oculista)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ojo derecho	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ojo derecho	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ojo derecho	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ojo derecho
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ojo izquierdo	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ojo izquierdo	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ojo izquierdo	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ojo izquierdo

### 1. ¿Alguna de las personas incluidas en esta solicitud ha estado enfermo alguna vez, ha estado en el hospital, se ha hecho pruebas o ha recibido tratamiento por alguna de las siguientes enfermedades?

- Enfermedades o trastornos cardíacos o circulatorios como por ejemplo infarto, enfermedad coronaria, arritmia, soplo, dolor en el pecho, coágulos, trastornos de la sangre, tensión arterial anormal, colesterol alto, etc. Sí  No
- Enfermedades o trastornos dermatológicos como por ejemplo psoriasis, dermatitis, eczema, alergia, acné, etc. Sí  No
- Enfermedades o trastornos endocrinos como por ejemplo diabetes, problemas de peso, gota, problemas de tiroides, otros desequilibrios hormonales, etc. Sí  No
- Enfermedades o trastornos de los ojos, los oídos, la nariz y la garganta como por ejemplo cataratas, glaucoma, pérdida auditiva o problemas de los senos, amígdalas, adenoides, etc. Sí  No
- Enfermedades o trastornos gastrointestinales como por ejemplo problemas de estómago, hernia, hemorroides, cálculos biliares, pólipos en el colon, enfermedad de Crohn, colitis, problemas de hígado, etc. Sí  No
- Enfermedades o trastornos infeccioso virales como por ejemplo hepatitis A-B-C, herpes, VIH, malaria, meningitis, infecciones de la sangre enfermedades de transmisión sexual, etc. Sí  No
- Enfermedades o trastornos musculares o esqueléticos, como por ejemplo dolor de espalda, cuello o articulaciones, artritis, parálisis, prótesis de articulación o problemas de cartílago y ligamentos, etc. Sí  No
- Enfermedades o trastornos neurológicos como por ejemplo accidente cerebrovascular, esclerosis múltiple, epilepsia, trastornos neurodegenerativos, convulsiones, migraña, Alzheimer, demencia, etc. Sí  No
- Enfermedades o trastornos oncológicos como por ejemplo cualquier tipo de cáncer, leucemia, linfomas, tumores, lesiones en la piel, bultos, quistes, lunares, pólipos, nevus, etc. Sí  No
- Enfermedades o trastornos psiquiátricos o psicológicos como por ejemplo depresión, ansiedad, fatiga crónica, trastornos alimentarios, problemas de alcohol o drogas, etc. Sí  No
- Enfermedades o trastornos respiratorios como por ejemplo enfermedad pulmonar obstructiva crónica, asma, bronquitis, sinusitis, disnea, etc. Sí  No
- Enfermedades o trastornos urológicos o reproductivos como por ejemplo problemas renales o del tracto urinario, trastornos menstruales, problemas de fertilidad, mioma, endometriosis, problemas testiculares o de próstata, etc. Sí  No
- Accidentes, lesiones u otras enfermedades o trastornos que no se hayan declarado anteriormente. Sí  No




## 7 DECLARACIÓN

Por favor, lea con atención la siguiente declaración y firmela sólo si la entiende y acepta.

- (a) Declaro que toda la información proporcionada a través de este formulario es verdadera y completa, incluso la que no está escrita de mi puño y letra. Declaro que no he suprimido, falseado o alterado ningún hecho clínico sustancial. Entiendo que esta solicitud será la base del contrato entre Allianz Care y yo, y que cualquier declaración falsa, incorrecta o engañosa o cualquier omisión de información médica sustancial anulará el seguro.
- (b) Me comprometo a informar a Allianz Care inmediatamente por escrito si se presentan cambios en mi estado de salud o el de mis dependientes en el período entre la fecha en la que firmo el presente formulario y la fecha de comienzo de la cobertura.
- (c) Renuncio a mi derecho de privacidad con respecto a la información de mi historial médico en el contexto de esta solicitud de seguro. Doy mi consentimiento para que Allianz Care, si lo considera oportuno, revise la declaración sobre mi estado de salud y contacte con otras aseguradoras para revisar los datos de otros contratos de seguro existentes o pasados que yo haya solicitado.
- (d) Sujeto a restricciones legales, Allianz Care (o sus asesores médicos, sus representantes o terceros expertos en caso de disputas) podrán solicitar mi información médica a profesionales médicos. En estas circunstancias autorizo a estos médicos, dentistas, profesionales médicos y empleados de hospitales, autoridades de salud e instituciones médicas a proporcionar la información médica solicitada. Hago esta declaración también en nombre de mis dependientes menores de 18 años y de los dependientes que no pueden juzgar el significado de la misma.
- (e) Confirmo que:
- He leído y entendido todas las definiciones, beneficios, exclusiones y condiciones de esta póliza, incluida la información referente a las enfermedades preexistentes.
  - He recibido, leído y entendido el documento de información sobre productos de seguro y acepto las condiciones generales tal como se resumen aquí y se explican con más detalle en la guía de beneficios.
  - Según la información proporcionada en estos documentos y los planes seleccionados, creo que el producto que he seleccionado es el más adecuado a mis necesidades específicas de seguro.
- (f) Entiendo que:
- Este formulario de afiliación tiene validez durante dos meses a partir de la fecha en que lo completo y firmo.
  - Puedo retirar mi solicitud por escrito mediante carta, fax o correo electrónico en un plazo de 30 días a partir de la fecha de recepción de las condiciones generales completas de mi póliza. Siempre que no haya presentado una solicitud de reembolso, tengo derecho a una devolución total de la prima.
- (g) Acepto que:
- Es mi responsabilidad comprobar la exactitud de toda la información personal contenida en el certificado de seguro en cuanto se emita. Si el contenido no se corresponde con el formulario de afiliación, pero yo no reclamo en un plazo de 30 días tras la fecha de emisión del certificado, se considerará que he aceptado la oferta de cobertura.
  - La cobertura estará sujeta a las condiciones generales que se aplican en el inicio o en la fecha de renovación de la póliza y se detallan en la guía de beneficios.
  - La cobertura proporcionada por Allianz Care puede no ser adecuada si mis dependientes o yo nos convertimos en residentes de algún país en el que existen restricciones locales en materia de seguro médico obligatorio (como por ejemplo Suiza).
  - Es mi responsabilidad comprobar si estoy sujeto a cualquier requisito local de seguro obligatorio de salud en el país en que vivo y puedo confirmar que la cobertura de mi seguro es legalmente apropiada.

Como solicitante, firme y fecho este formulario de solicitud en nombre de todas las personas incluidas en el mismo.



 Firma del solicitante

Nombre del solicitante

Fecha

D	D	/	M	M	/	A	A	A	A
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

## 8 DESIGNACIÓN DEL ASEGURADO PRINCIPAL

Esta sección deben completarla todos los dependientes que deseen designar a los titulares de la póliza como contacto principal.

Para ayudarnos a administrar la póliza, puede designar al asegurado principal como el contacto principal para el seguro. Para ello, seleccione "Sí" y firme abajo.

Autorizo a

INSERTAR NOMBRE DEL TITULAR DE LA PÓLIZA

para actuar en mi nombre en la administración de esta póliza. Esto podría incluir la divulgación de información médica sensible. Esta autorización seguirá vigente hasta que yo le solicite por escrito a Allianz Care su anulación.

Sí  No

Sí  No

Sí  No

 Firma del dependiente 1

D	D	/	M	M	/	A	A	A	A
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

 Firma del dependiente 2

D	D	/	M	M	/	A	A	A	A
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

 Firma del dependiente 3

D	D	/	M	M	/	A	A	A	A
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---



## 9 DESIGNACIÓN DE INTERMEDIARIO (SI PROCEDE)

Autorizo a

INSERTAR NOMBRE DEL AGENTE

Solo para uso interno - Datos y sello del agente

a actuar en mi nombre en la administración de esta póliza. Esto podría incluir la divulgación de información médica sensible. Esta autorización seguirá vigente hasta que yo le solicite por escrito a Allianz Care su anulación.

Firma del solicitante

D D / M M / A A A A

Firma del dependiente 1

D D / M M / A A A A

Firma del dependiente 2

D D / M M / A A A A

Firma del dependiente 3

D D / M M / A A A A

## 10 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](http://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](mailto:AP.EU1DataPrivacyOfficer@allianz.com)

## 11 CONSENTIMIENTO SOBRE DATOS

Necesitamos su consentimiento para obtener y tratar su información médica y otros datos personales. Si no da su consentimiento explícito, podría sernos imposible ofrecerle la póliza o tramitar reembolsos a los que tenga derecho. Si acepta, trataremos sus datos para los siguientes fines y actividades.

Para los afiliados menores de 18 años un padre o tutor deberá cumplimentar el consentimiento.

**Yo (el solicitante), y los dependientes nombrados a continuación estamos de acuerdo con lo siguiente:**

Nombre del solicitante	Nombre del dependiente 1	Nombre del dependiente 2	Nombre del dependiente 3

- Permiso para obtener, almacenar y utilizar mi información clínica:** Allianz Care puede obtener, almacenar y utilizar mi información clínica para administrar la póliza, por ejemplo para darme un presupuesto para una póliza de seguro, evaluar el riesgo de seguro o tramitar reembolsos. Allianz Care puede almacenar mi información clínica de conformidad con el Código del Consumidor de la ley aplicable a esta póliza de seguros o con cualquier otra ley aplicable que requiera la conservación de los datos.
- Permiso para obtener mis datos de terceros.** Para proporcionarme la cobertura del seguro, evaluar los riesgos que van a asegurarse o tramitar reembolsos, Allianz Care puede obtener mi información clínica y otros datos de médicos, enfermeros y personal sanitario, otras instituciones médicas, residencias, sanidad pública, el pagador de mi plan, asociaciones de profesionales y autoridades públicas. Acepto liberar a todos los particulares de estas instituciones y de Allianz Care de sus respectivas obligaciones en cuanto a confidencialidad en relación con mi información clínica y otros datos que tengan que compartir y utilizar para los fines mencionados anteriormente.
- Compartir mis datos fuera de Allianz Care.** Allianz Care puede compartir mi información clínica y otros datos con los expertos o instituciones que figuran a continuación. Solo podrán utilizar los datos en el mismo grado y con los mismos fines que Allianz Care. Entiendo que Allianz Care tiene acuerdos con estas instituciones para proteger mis datos. Acepto liberar a todos los particulares de estas instituciones y de Allianz Care de sus respectivas obligaciones en cuanto a confidencialidad en relación con mi información clínica y otros datos que tengan que compartir y utilizar para los fines mencionados a continuación:
  - Con expertos médicos independientes para permitirles evaluar el riesgo de seguro y los beneficios que se me deben abonar a mí o al tercero que ha proporcionado la atención médica o servicio bajo mi póliza de seguro.
  - Con proveedores de servicios ajenos al Grupo Allianz de compañías que realizan determinados servicios en nombre de Allianz Care, tales como evaluación de riesgos y gestión de reembolsos, cuando:
    - Estos servicios incluyen la obtención y uso de mi información clínica y otros datos, y
    - Allianz Care no puede administrar mi póliza ni pagar los reembolsos que se me deben sin esos datos.
  - Con coaseguradoras para distribuir la cobertura del riesgo de seguro conjuntamente con otras empresas a las que la aseguradora emite la póliza, y para gestionar reembolsos conjuntamente.
  - Con otras aseguradoras y reaseguradoras que pueden cubrir el mismo riesgo de seguro al mismo tiempo (seguro múltiple) para:
    - distribuir el pago de cualquier indemnización que se me pueda deber, o
    - colaborar en la detección o prevención del fraude y la delincuencia financiera.

**Si cambio de opinión sobre mis preferencias, incluyendo revocar mi consentimiento sobre algunos de los puntos mencionados, puedo avisar a Allianz Care escribiendo a [AP.EU1DataPrivacyOfficer@allianz.com](mailto:AP.EU1DataPrivacyOfficer@allianz.com)**

Firma del solicitante

D D / M M / A A A A

Firma del dependiente 1

D D / M M / A A A A

Firma del dependiente 2

D D / M M / A A A A

Firma del dependiente 3

D D / M M / A A A A

## 12 PREFERENCIAS DE MARKETING

Yo (el solicitante) y mis dependientes aceptamos que Allianz Care pueda obtener, utilizar y divulgar mis datos personales para proporcionarme información de marketing. Entiendo que mis datos personales solamente se utilizarán para los siguientes fines y actividades, que he aceptado expresamente indicando

Nombre del solicitante	Nombre del dependiente 1	Nombre del dependiente 2	Nombre del dependiente 3

Información que Allianz Care envíe sobre sus productos y servicios, incluyendo actualizaciones sobre sus últimas promociones y nuevos productos y servicios.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Información enviada directamente por otras empresas del Grupo Allianz sobre sus productos y servicios. Entiendo que les revelarán mis datos de contacto con este fin.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Información enviada directamente por empresas asociadas a Allianz Care sobre sus productos y servicios. Entiendo que les revelarán mis datos de contacto con este fin.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Estas comunicaciones se me deberán enviar por los siguientes medios:

Correo electrónico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Notificaciones en la aplicación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Teléfono	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Carta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 13 DATOS DE PAGO

No necesita completar esta sección si solicita cobertura en una póliza colectiva y su empresa abona la prima.

Por favor, no haga ningún pago hasta que le confirmemos su nuevo número de póliza.

### Divisa

Los pagos deben hacerse en dólares estadounidenses (US\$).

### Método y frecuencia de pago

Los pagos están sujetos a los siguientes recargos de administración: 0% para pago anual, 4% para pagos semestrales, 6% para pagos trimestrales y 8% para pagos mensuales.

Marque una casilla para indicar el método y la frecuencia de pago que prefiere para abonar su prima:


	Anual	Semestral	Trimestral	Mensual
Tarjeta de crédito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cheque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	No disponible
Transferencia bancaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	No disponible

Es su responsabilidad asegurarse de que recibimos los pagos por cheque y transferencia en el plazo de pago de la prima o antes para evitar retrasos en la tramitación de los reclamos.






## Envíe este formulario debidamente completado por uno de estos medios:

 Correo electrónico: [underwriting@allianzworldwidedecare.com](mailto:underwriting@allianzworldwidedecare.com)

 Fax : +353 1 629 7117

 Correo postal: Allianz Care  
15 Joyce Way  
Park West Business Campus  
Nangor Road  
Dublín 12, Irlanda

 Si tiene alguna pregunta sobre este formulario o el proceso de afiliación, póngase en contacto con nuestra línea de asistencia: +353 1 630 1304

-  [www.facebook.com/AllianzCare/](https://www.facebook.com/AllianzCare/)
-  [www.linkedin.com/company/allianz-care](https://www.linkedin.com/company/allianz-care)
-  [www.youtube.com/c/allianzcare](https://www.youtube.com/c/allianzcare)
-  [www.instagram.com/allianzcare/](https://www.instagram.com/allianzcare/)
-  [twitter.com/AllianzCare](https://twitter.com/AllianzCare)

AWP Health & Life SA, que actúa a través de su sucursal irlandesa, es una sociedad anónima sujeta a la reglamentación francesa de los servicios de seguro («Code des Assurances»). 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. Allianz Care y Allianz Partners son nombres comerciales registrados por AWP Health & Life SA.

FRM-GlobalPass-APP-ES-0420

## PAGO POR TARJETA DE CRÉDITO

Si desea pagar mediante tarjeta de crédito, proporcione la siguiente información:

Tipo de tarjeta:    Mastercard     Visa     American Express     JCB     Diners Club     Discover

Nombre del titular de la tarjeta

Mastercard/Visa/JCB/Discover

American Express

Diners Club

Fecha de caducidad

Código CVV

VISA, MasterCard, Discover y Diners Club: los últimos tres números en el reverso de la tarjeta, en la zona para la firma.

American Express: los cuatro números en el anverso de la tarjeta, encima del número de tarjeta.

**Por razones de seguridad, una vez que hayamos transferido esta información a nuestro sistema, separaremos los datos de la tarjeta de crédito del formulario y los destruiremos.**

### Autorización para pago con tarjeta de crédito

Autorizo a Allianz Care a cargar en mi tarjeta de crédito la prima de mi seguro médico. Entiendo que se me notificará la prima cuando se acepte mi cobertura/ renovación o si solicito algún cambio que afecte a la prima, como la inclusión de un dependiente. Este cargo continuará hasta que lo cancele avisando por escrito a Allianz Care. Se me dará un mes de aviso con respecto a cualquier aumento anual en la prima.

Firma del titular de la tarjeta \_\_\_\_\_

Fecha