

Formulario de solicitud

Si decides completar este formulario en papel, USA MAYÚSCULAS

Si vas a añadir un nuevo dependiente en una póliza existente, indica tu número de póliza:

Si vas a incorporarte a un plan colectivo, indica lo siguiente:

Nombre del grupo

Número del grupo

Allianz Medical Expert (AME), nuestra herramienta de evaluación automática:

Podemos usar una herramienta de evaluación médica automatizada para determinar si podemos prestarte cobertura y en ese caso, con qué condiciones. Esta herramienta se usa para tratar la información médica y personal que nos das para calcular el coste de tu cobertura médica internacional. Sin esta información no podemos calcular la prima del seguro que se ajuste a tus necesidades.

Revisamos periódicamente el modo en que nuestra herramienta de evaluación médica automatizada funciona para asegurarnos de que seguimos ofreciendo una evaluación justa. Esta evaluación se basa en los planes que has seleccionado y en la información médica que nos das en esta solicitud.

Permiso para automatizar la decisión de suscripción

Al marcar esta casilla aceptas que Allianz Care pueda usar una herramienta de evaluación médica automatizada para evaluar tus datos personales y de salud para tomar la decisión de suscripción sobre los riesgos a asegurar. Esto se hace conforme a las directrices del Reglamento General de Protección de Datos de la Unión Europea (RGPD) sobre el tratamiento de datos usando herramientas de evaluación médica automatizada.

Una vez que se haya tomado la decisión de suscripción, tienes derecho a pedirnos que reconsideremos nuestra decisión, lo cual implicará una revisión por parte de nuestro equipo de evaluaciones. Si quieres ejercer este derecho escríbenos a underwriting@allianzworldwidecare.com

Cómo completar este formulario

1. Debes completar el formulario totalmente y darnos toda la información importante. Una vez que nos hayas enviado tu solicitud, nuestro equipo de evaluación médica revisará los detalles. Si nos has informado sobre alguna enfermedad, podríamos pedirte más información. Entonces evaluaremos la información y te responderemos con una decisión lo antes posible.
2. Si ya tienes uno de nuestros planes de salud y vas a solicitar una ampliación de cobertura o un plan nuevo, infórmanos sobre cualquier enfermedad por la que hayas reclamado desde que estás con nosotros.
3. La sección 7 debe firmarla el titular de la póliza. Todos los solicitantes adultos deben firmar las secciones 8 y 11. Conforme al RGPD, no podremos tramitar tu solicitud sin esas firmas. Un padre o tutor debe completar la sección 8 por los solicitantes menores de 18 años. Todos los solicitantes adultos que quieran nombrar un agente como punto de contacto para esta póliza deben firmar la sección 9.
4. Si alguna de las personas que solicita cobertura está recibiendo algún tratamiento dental, asegúrate de completar el cuestionario dental. Puede descargarse de nuestra página web: <https://www.allianzcare.com/es/personal/formulario-de-solicitud-de-afiliacion-para-plan.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 de origen: es el país del que tienes un pasaporte o identificación personal, tu país de nacimiento o tu país principal de residencia.
País principal de residencia: país en el que tú y tus dependientes (si se aplica) residís durante más de seis meses al año.

1 Información del solicitante (el solicitante será el titular de la póliza)

Dinos si tus datos de contacto cambian, para que podamos comunicarnos contigo. Consideraremos solicitantes hasta el día anterior a su 76 cumpleaños. Si vas a solicitar una póliza particular, es un requisito para obtener cobertura con los planes de salud GlobalPass que tu país de residencia esté en Latinoamérica o el Caribe (Brasil excluido, ya que los planes de salud GlobalPass no están disponibles para solicitantes de pólizas particulares que residan en Brasil).

Sr. Srar. Srta. Otro Nombre

Apellidos

Fecha de nacimiento / / Sexo: Hombre Mujer

País de origen

Nacionalidad

País principal de residencia

Dirección completa en el país principal de residencia (obligatorio)

Teléfono PREFIJO INTERNACIONAL PREFIJO LOCAL

Teléfono alternativo PREFIJO INTERNACIONAL PREFIJO LOCAL

Correo electrónico (obligatorio, en mayúsculas)

Ocupación (obligatorio. Si eres un estudiante, indícalo aquí)

Indica el idioma en el que deseas recibir la documentación de tu póliza:

Español Inglés Portugués

Detalles de tu actual cobertura médica local o internacional (si tienes):

Nombre de la aseguradora

Número de póliza Fecha de inicio / /

2 Dependientes a cubrir en el contrato

Los dependientes pueden incluir tu cónyuge/pareja y los hijos que dependan de ti hasta el día anterior a su 18 cumpleaños, o hasta el día anterior a su 24 cumpleaños si estudian a tiempo completo. Si tienen entre 18 y 23 años y estudian a tiempo completo, adjunta una carta de la universidad/colegio confirmando su condición de estudiante o una copia de su tarjeta de estudiante. Consideraremos dependientes adultos hasta el día anterior a su 76 cumpleaños. Si no tienes suficiente espacio para todos los dependientes, utiliza otro formulario y asegúrate de que todos los consentimientos y declaraciones están firmados y fechados.

	Dependiente 1	Dependiente 2	Dependiente 3
Relación con el solicitante	Cónyuge/Pareja <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/>	Cónyuge/Pareja <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/>	Cónyuge/Pareja <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/>
Nombre	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Apellidos	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fecha de nacimiento	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Sexo	Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/>	Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/>	Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/>
Ocupación (obligatorio, si eres estudiante indícalo)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Correo electrónico (obligatorio para dependientes mayores de 18 años)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
País de origen	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
País principal de residencia	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nacionalidad	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Datos de otros seguros médicos locales o internacionales en vigencia

Nombre de la aseguradora actual (si procede)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Número de póliza actual (si procede)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

6 Declaración de salud

Responde a las siguientes preguntas sobre el historial médico completo de tus dependientes. Todos los hechos sustanciales que puedan influirnos al evaluar y aceptar esta solicitud de afiliación deben exponerse. Si no estás seguro de que un hecho sea sustancial, debes declararlo. No declarar todos los hechos sustanciales puede invalidar la póliza. Esta declaración de salud es válida durante dos meses a partir de la fecha en la que completas y firmas el formulario.

	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
¿Has consumido tabaco durante el último año? 1 cigarrillo = 1 unidad, 1 puro de tamaño medio = 2 unidades, 1 gramo de tabaco de liar = 2 unidades, 1 pipa = 2,5 unidades, 10 mg de nicotina para cigarrillos electrónicos = 1 unidad, si no fumas indica NO.	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> por día	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> por día	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> por día	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> por día
¿Bebes alcohol? En caso afirmativo, ¿cuántas unidades de alcohol consumes por semana? (1 copa = 1 unidad, 1 cerveza de 250 ml = 1 unidad, 1 vaso de vino = 1 unidad, en caso negativo introduce «cero»)	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> por semana	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> por semana	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> por semana	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> por semana
¿Llevas gafas o lentes de contacto? En caso afirmativo indica:	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 izquierdo	<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 derecho <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Ojo izquierdo	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Ojo derecho <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Ojo izquierdo

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

- (a) Enfermedades o trastornos cardíacos o circulatorios como por ejemplo infarto, enfermedad coronaria, enfermedad vascular, arritmia, soplo, dolor en el pecho, coágulos, trastornos de la sangre, tensión arterial anormal, colesterol alto, etc. Sí No
- (b) Enfermedades o trastornos dermatológicos como por ejemplo psoriasis, dermatitis, eczema, alergia, acné, etc. Sí No
- (c) Enfermedades o trastornos endocrinos como por ejemplo, diabetes, pancreatitis, problemas de peso, gota, problemas de tiroides, otros desequilibrios hormonales, etc. Sí No
- (d) Enfermedades o trastornos de los ojos, los oídos, la nariz y la garganta como por ejemplo cataratas, glaucoma, desprendimiento de retina, pérdida auditiva, infecciones de oído, problemas de los senos paranasales, amígdalas, adenoides, etc. Sí No
- (e) 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
- (f) Enfermedades o trastornos infecciosos como por ejemplo hepatitis A-B-C, herpes, VIH, SARS-CoV-2/Covid-19, malaria, meningitis, infecciones de la sangre, enfermedades de transmisión sexual, etc. Sí No
- (g) Enfermedades o trastornos musculares o esqueléticos como por ejemplo dolor de espalda, cuello o articulaciones, artritis, fibromialgia, prótesis de articulación, problemas de cartílago y ligamentos, síndrome del túnel carpiano, etc. Sí No
- (h) Enfermedades o trastornos neurológicos como por ejemplo accidente cerebrovascular, esclerosis múltiple, epilepsia, trastornos neurodegenerativos, parálisis, convulsiones, migraña, Alzheimer, otra forma de demencia, etc. Sí No
- (i) 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
- (j) Trastornos psiquiátricos o psicológicos como por ejemplo trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDHA), trastorno del espectro autista, depresión, ansiedad, síndrome de fatiga crónica, trastornos alimentarios, trastorno obsesivo-compulsivo, trastornos fóbicos, problemas de alcohol y drogas, etc. Sí No
- (k) Enfermedades o trastornos pulmonares o respiratorios como por ejemplo enfermedad pulmonar obstructiva crónica, sarcoidosis, asma, bronquitis, sinusitis, disnea, etc. Sí No
- (l) Enfermedades o trastornos urológicos o de los órganos 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
- (m) Accidentes, lesiones u otras enfermedades o trastornos que no se hayan declarado anteriormente. Sí No

2. Dinos si tú o tus dependientes:

- (a) Estáis tomando actualmente medicamentos prescritos o de venta libre o estáis recibiendo algún tratamiento. Sí No
- (b) Estáis esperando una revisión médica, os han ordenado pruebas o exámenes, estáis esperando los resultados de alguna prueba o algún tratamiento debido a un accidente, lesión, enfermedad o trastorno. Sí No
- (c) Os habéis hecho algunas pruebas o investigaciones en los últimos 10 años, que hayan resultado en la derivación para más asesoramiento o atención médica, como por ejemplo colonoscopia, biopsia, colposcopia, TAC, mamografía, resonancia magnética, prueba de Papanicolaou, prueba del antígeno prostático específico (PSA), etc. Sí No


NO declares resultados de ninguna prueba genética (ADN o ARN) ya que no se requieren para el proceso de evaluación médica.

7 Declaración

Por favor, lee con atención la siguiente declaración y firmala sólo si la entiendes y aceptas.

- 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 este seguro.
- Me comprometo a informar a Allianz Care inmediatamente por escrito si se presentan cambios en mi estado de salud o el de mis dependientes entre la fecha en la que firmo este formulario y la fecha de comienzo de la póliza.
- 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.
- 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.
- Confirmando que:
 - He leído y entendido todas las definiciones, prestaciones, 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.
- Entiendo que:
 - Este formulario de solicitud 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 un reclamo, tengo derecho a una devolución total de la prima.
- 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 solicitud 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 prestada 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 legal 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, firmo este formulario en nombre de todas las personas incluidas en esta solicitud.

 Firma del solicitante _____

Nombre del solicitante en mayúsculas

Fecha / /


8 Designación del titular de la póliza

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


Para ayudarnos a administrar la póliza, puedes designar al asegurado principal como el contacto principal para el seguro. Para ello, selecciona "Sí" y firma 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.

 Firma del dependiente 1 _____

/ /

 Firma del dependiente 2 _____

/ /

 Firma del dependiente 3 _____

/ /

9 Designación del agente (si se aplica)

Autorizo a _____

INSERTAR NOMBRE DEL AGENTE

Solo para uso interno - Datos y sello del agente

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.

 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 tu información personal

Nuestro aviso sobre protección de datos explica cómo protegemos tu privacidad. Es un aviso importante que describe cómo trataremos tu información personal. Debes leerlo antes de enviarnos cualquier dato personal. Para leer nuestro aviso sobre protección de datos, visita www.allianzcare.com/es/privacidad.html.

También puedes llamarnos al número +353 630 1304 para solicitar una copia impresa de nuestro aviso sobre protección de datos. Si tienes preguntas sobre cómo usamos tus datos personales, puedes escribirnos en cualquier momento a AP.EU1DataPrivacyOfficer@allianz.com

11 Consentimiento sobre datos

Necesitamos tu consentimiento para obtener y tratar tu información médica y otros datos personales. Si no das tu consentimiento explícito, podría sernos imposible ofrecerte la póliza o tramitar reembolsos a los que tengas derecho. Si aceptas, trataremos tus datos para los siguientes fines y actividades.

Para los afiliados menores de 18 años un padre o tutor deberá completar 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 recoger, 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 reclamos. 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 reclamos, 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. Sólo 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 pagar 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 reclamos, 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 reclamos 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 reclamos 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

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

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"/>
Correo postal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13 Datos de pago

(No necesitas completar esta sección si solicitas cobertura en una póliza colectiva y tu empresa paga la prima).

Por favor, no hagas ningún pago hasta que recibas tu número de póliza.

Divisa del pago

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

Forma 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 9% para pagos mensuales.

Marca la casilla correspondiente para indicar el método y la frecuencia de pago de tu preferencia:






	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

Para pagos en cheque o por transferencia, asegúrate de que los pagos se reciben el día que vence la prima o antes, para evitar posibles retrasos en la tramitación de reclamos.

Envía este formulario totalmente completado:

-  Correo electrónico: underwriting@allianzworldwidecare.com
-  Fax: +353 1 629 7117
-  Correo postal: Allianz Care, 15 Joyce Way, Park West Business Campus, Nangor Road, Dublín 12, Irlanda

Si tienes alguna pregunta sobre este formulario o el proceso de solicitud, ponte en contacto con nuestra línea de asistencia: +353 1 630 1304

-  www.facebook.com/AllianzCare/
-  www.linkedin.com/company/allianz-care
-  www.youtube.com/c/allianzcare
-  www.instagram.com/allianzcare/
-  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»). 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-APP-GP-ES-0322

Pago por tarjeta de crédito

Si quieres pagar con tarjeta de crédito, proporciona la siguiente información:

Tipo de tarjeta MasterCard VISA American Express JCB Diners Club Discover

Nombre del titular de la tarjeta


Número de tarjeta Fecha de caducidad / / /

Código CVV *VISA, MasterCard, Discover y Diners Club: las últimas tres cifras en la zona de la firma en el reverso de la tarjeta.*
American Express: las cuatro cifras 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 / / / / /