Planes de salud GlobalPass para Latinoamérica

FORMULARIO DE PREAUTORIZACIÓN

Puede descargarse más copias de este formulario desde nuestra página web **www.allianzworldwidecare.com/gppf**
Por favor, complete el presente formulario en **LETRAS MAYÚSCULAS.**

Pese a que la preautorización no es necesaria si necesita recibir **tratamientos de emergencia**, usted, su médico, una de las personas a su cargo o alguien de su confianza deben informarnos acerca de su hospitalización **dentro de 48 horas**.

Solamente para tratamientos de emergencia, puede completar el formulario de preautorización por teléfono, llamando a la línea de asistencia. Esta operación nos dará la oportunidad de gestionar el pago directo de sus gastos médicos, siempre que sea posible. Por favor, tenga a disposición cuantos más datos posibles antes de llamar a la línea de asistencia, incluyendo los datos de contacto del médico.

La sección 1 debe ser completada por el paciente o en nombre del paciente.
La sección 2 debe ser completada por el médico.

Complete debidamente el formulario para evitar que tengamos que contactar con su proveedor médico o con usted mismo para obtener la información que falta. Esto produciría demoras en la tramitación de la garantía de pago. La póliza del paciente debe ser válida en el momento de recibir el tratamiento. La garantía de pago está sujeta a las condiciones generales de la póliza y a la evaluación de toda la documentación pertinente (que Allianz Care ha recibido o tiene que recibir) relativa a la enfermedad en cuestión.

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

Número de contrato

Sr. ☐ Sra. ☐ Srta. ☐ Otro Nombre

Apellidos

Fecha de nacimiento D D / M M / A A A A

PERSONA A CONTACTAR por favor, especifique con quién debemos contactar acerca de la tramitación de esta preautorización

Nombre y apellidos

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

Número de teléfono PREFIJO INTERNACIONAL PREFIJO LOCAL

Teléfono móvil PREFIJO INTERNACIONAL PREFIJO DEL MÓVIL

Correo electrónico

NOS IMPORTA LA PROTECCIÓN DE SUS DATOS PERSONALES

Nuestro aviso sobre protección de datos explica cómo protegemos su privacidad. Es un aviso importante que describe cómo tramitaremos su información personal y que debería leer antes de enviarnos datos personales. Para leer nuestro aviso sobre privacidad visite **www.allianzworldwidecare.com/es/privacidad**

También puede llamarnos al número +353 1 630 1304 para solicitar una copia impresa de nuestro aviso sobre protección de datos. Si tiene alguna pregunta sobre cómo utilizamos su información personal, puede escribirnos a la siguiente dirección: **AP.EU1DataPrivacyOfficer@allianz.com**

Confirmo que no exigiré la aplicación de mi derecho de privacidad con respecto a la información de mi historial médico y autorizo a todos los médicos, especialistas, dentistas, profesionales médicos, empleados de hospitales y autoridades sanitarias a comunicar cualquier información relativa a mi enfermedad a Allianz Care, a sus asesores médicos, a sus representantes oficiales o a cualquier tercero que sea designado como experto para evaluar mi condición clínica en caso de disputas (sujeto a cualquier restricción legal aplicable).

Si el paciente es menor de edad, esta sección debe firmarse por uno de los padres o por el tutor.

Firma del paciente Fecha D D / M M / A A A A

NECESITAMOS SU CONSENTIMIENTO

Conforme al Reglamento General de Protección de Datos (RGPD), necesitamos su consentimiento para tramitar su información clínica y reembolsar sus gastos médicos. Si todavía no nos ha proporcionado su consentimiento, por favor entre en **my.allianzworldwidecare.com**, acceda a los servicios online y marque los campos requeridos. También puede descargar el formulario de consentimiento, disponible en **www.allianzworldwidecare.com/es/consent-form/**. Podemos enviarle una copia en papel si la solicita. Tenga en cuenta que cada afiliado de la póliza que sea mayor de 18 años debe proporcionar su propio consentimiento.

El presente documento es la traducción al español del "GlobalPass Pre-authorization Form" en inglés. La versión en inglés es la única original y autorizada. Si se descubrieran discrepancias entre la versión en español y la versión en inglés, solamente la versión en inglés se consideraría legalmente vinculante. AWP Health & Life SA es una sociedad anónima sujeta a la reglamentación francesa de los servicios de seguro ("Code des Assurances") y actúa a través de su sucursal irlandesa. Allianz Worldwide Care SA está registrada en Francia con el número 401 154 679 RCS Bobigny. La sucursal irlandesa está registrada en el registro oficial de empresas de Irlanda con el número de registro 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.

Allianz Care

2 INFORMACIÓN DEL TRATAMIENTO A COMPLETAR POR EL MÉDICO

- Si el paciente necesitase tratamientos adicionales a los indicados en esta sección, el médico deberá informar a Allianz Care antes de efectuarlos.
- Las facturas deben ser recibidas por Allianz Care no más tarde de 60 días tras la fecha del alta del paciente. Cuando existan acuerdos especiales con Allianz Care que impongan un plazo diferente para la recepción de las facturas, se aplicará el plazo diferente.

Enfermedad

Descripción de la enfermedad y síntomas

Causa subyacente (si se conoce)

¿Cuándo le fue diagnosticada al paciente esta patología por primera vez? D D / M M / A A A A

Fecha en que el paciente fue visitado por primera vez en relación con esta patología D D / M M / A A A A

¿Cuándo los síntomas fueron evidentes para el paciente por primera vez? D D / M M / A A A A

Diagnóstico (si el diagnóstico no se ha confirmado todavía, indique el diagnóstico provisional)

ICD9/10 DSM-IV DRG

Maternidad

Fecha en que el embarazo se confirmó por el médico D D / M M / A A A A Fecha prevista o real del parto D D / M M / A A A A

¿La paciente espera a un solo bebé? Sí ☐ No ☐

Si ha contestado "No", ¿el embarazo es el resultado de un tratamiento de reproducción médicamente asistida que no sea la inseminación artificial? Sí ☐ No ☐

Tipo de parto

Tratamiento

Tratamiento planeado

Fecha prevista de ingreso en hospital D D / M M / A A A A

Tratamientos en EE.UU.

Código CPT

Descripción

Coste

Duración aproximada de la hospitalización noches ☐/días ☐ (marque la opción que se aplica)

¿Se le ofrece al paciente un precio único relativo a un paquete de prestaciones? Sí ☐ No ☐

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

Si ha contestado "No", por favor proporcione un desglose de los costes previstos: Gastos hospitalarios

Honorarios del médico/anestesista Coste total estimado (incluya la divisa):

Datos del proveedor médico

Nombre del hospital/centro médico

Dirección (incluya el país)

Correo electrónico (obligatorio)

Teléfono PREFIJO INTERNACIONAL PREFIJO LOCAL

Fax (obligatorio) PREFIJO INTERNACIONAL PREFIJO LOCAL

FRM-GlobalPass-TG-ES-0419

Médico que pidió la derivación/Médico de cabecera

Nombre y apellidos

Correo electrónico (obligatorio)

Teléfono (incluya el prefijo internacional y local)

Fax (obligatorio) (incluya el prefijo internacional y local)

Médico tratante/responsable del ingreso

Nombre y apellidos

Correo electrónico (obligatorio)

Teléfono (incluya el prefijo internacional y local)

Fax (obligatorio) (incluya el prefijo internacional y local)

Por favor, firme y autentique el formulario con su sello oficial.

El abajo firmante confirma que, a su leal saber y entender, toda la información aquí proporcionada es verdadera y completa.

Sello del médico

Firma del médico

Fecha D D / M M / A A A A

Por favor, envíe el formulario de preautorización debidamente completado a Allianz Care con al menos cinco días de antelación respecto a la fecha del tratamiento. Envíe el formulario por uno de estos medios:

correo electrónico: medical.services@allianzworldwidecare.com;
fax: + 353 1 653 1780;
carta: Departamento de servicios médicos (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: la aseguradora no puede considerarse responsable por no recibir la correspondencia cuando las causas sean ajenas a su control.

Si tiene preguntas, por favor comuníquese con la línea de asistencia: + 353 1 630 1304 o client.services@allianzworldwidecare.com
Puede encontrar un listado completo de nuestros números gratuitos en la siguiente página web: www.allianzworldwidecare.com/toll-free-numbers