

Solicitud de reembolso para proveedores médicos

También puedes rellenar este formulario en nuestra página web: www.allianzcare.com/es/proveedores-medicos/proceso-de-pago-directo.html. Si eliges rellenar el formulario a mano, hazlo en **MAYÚSCULAS**.

1 Datos del paciente

Número de póliza

Nombre

Apellidos

Fecha de nacimiento / /

Dirección para la correspondencia

Teléfono PREFIJO INTERNACIONAL PREFIJO LOCAL

Correo electrónico

2 Información médica

Tipo de enfermedad: Aguda ☐ Crónica ☐ Episodio agudo de enfermedad crónica ☐

Indica la información completa sobre los síntomas y enfermedades para los que se requirió la atención médica:

Código ICD9/10 o DSM-IV

Información completa sobre los síntomas y enfermedades

¿Cuándo acudió el paciente a ti con estos síntomas por primera vez? / /

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

¿El paciente ha sufrido otras veces de la misma enfermedad en el pasado? Sí ☐ No ☐

Si has contestado «Sí», ¿cuándo? / /

¿Sabes si el paciente ha recibido atención médica en el pasado para esta enfermedad o para enfermedades relacionadas? Sí ☐ No ☐

Si has contestado «Sí», proporciona más información

¿Es probable una recaída? Sí ☐ No ☐

¿El paciente necesita rehabilitación? Sí ☐ No ☐

¿Es permanente? Sí ☐ No ☐

¿El paciente necesita cuidados, consultas, revisión o pruebas a largo plazo? Sí ☐ No ☐

Indica el número de la garantía de pago directo (si se aplica) relativa a la atención médica detallada en este formulario

Solamente en caso de embarazo

Fecha prevista del parto / /

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

Si la paciente espera a gemelos o múltiples bebés, ¿el embarazo es el resultado de reproducción asistida? Sí ☐ No ☐

Si has contestado «Sí», proporciona más información

Nombre del médico que pidió la derivación																													
Teléfono		PREFIJO INTERNACIONAL				PREFIJO LOCAL																							
Fecha de la derivación		D	D	/	M	M	/	A	A	A	A																		

Firma del médico _____

Fecha

D	D
---	---

 /

M	M
---	---

 /

A	A	A	A
---	---	---	---

A firmar y fechar por el paciente

3 Tus datos personales

También puedes llamarnos al número +353 1 630 1304 para solicitar una copia impresa de nuestro aviso sobre protección de datos. Si tienes alguna pregunta sobre cómo utilizamos tu información personal, puedes escribirnos a AP.EU1DataPrivacyOfficer@allianz.com

4 Declaración

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 solicita Allianz, 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

D	D
---	---

 /

M	M
---	---

 /

A	A	A	A
---	---	---	---

- ☐ Has adjuntado todos los recibos, facturas y recetas médicas.
- ☐ Has completado el formulario (y has indicado el número de garantía de pago directo, si se aplica).
- ☐ Has firmado y fechado las declaraciones.
- ☐ has indicado el diagnóstico en el formulario o en las facturas.

**Claims Department, Allianz, 15 Joyce Way, Park West Business Campus,
Nangor Road, Dublín 12, Irlanda.**

Si tienes alguna pregunta, ponte en contacto con nuestra línea de asistencia: +353 1 630 1304 o email: client.services@e.allianz.com.
El listado actualizado de nuestros números gratuitos está disponible en: www.allianzcare.com/es/pages/toll-free-numbers.html

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. 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 Jervis Way, Park West Business Campus, Nonsach Road, Dublin 12, Irlanda.