

Formulario de preautorización

No se necesita preautorización por adelantado para **atención de emergencia**. Sin embargo, tú, tu médico, uno de tus dependientes o una persona de confianza debe informarnos de tu hospitalización en un **plazo de 48 horas** tras el incidente.

Si la **atención médica debe empezar en las siguientes 72 horas**, nuestra línea de asistencia (+353 1 630 1304) puede tomar los datos para la preautorización por teléfono. Asegúrate de tener a mano tantos datos como te sea posible cuando nos llames, incluidos los datos de contacto de tu médico.

También puedes completarlo online en: www.allianzcare.com/es/recursos/recursos-para-los-afiliados.html

Si estás usando la versión en papel de este documento, rellénalo en **MAYUSCULAS**.

- La sección 1** debe completarla el paciente o una persona en su nombre.
- La sección 2** debe completarla el médico.

Ten en cuenta que...

- No completar totalmente el formulario nos retrasará para garantizar tu atención médica porque podríamos tener que contactar contigo o con tu proveedor médico para obtener la información que falta.
- La póliza del paciente debe estar vigente en el momento de recibir la atención médica.
- La garantía de pago está sujeta a las condiciones generales de la póliza de seguro. También está sujeta a nuestra evaluación de toda 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: por favor, especifica con quién debemos contactar sobre la tramitación de esta solicitud de preautorización

Nombre completo

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

Teléfono

Teléfono móvil

Correo electrónico

Tus datos personales

Nuestro aviso sobre protección de datos explica cómo protegemos tu privacidad y tratamos tu información personal. Deberías leerlo antes de enviarnos datos personales. Para leer nuestro aviso sobre privacidad visita www.allianzcare.com/en/privacy.html. 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

Renuncio a mi derecho de privacidad con respecto a la información de mi historial médico y autorizo a mi médico, especialista, dentista, profesional médico y empleado del hospital a comunicar la información médica correspondiente sobre mí, si Allianz, sus asesores médicos, sus representantes oficiales o algún tercero nombrado como experto la solicitan en caso de disputas (sujeto a cualquier restricción legal aplicable).

Si el paciente es menor de edad, uno de sus padres o el tutor deben firmar y fechar esta sección por él.

 Firma del paciente _____

Fecha

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

Necesitamos tu consentimiento

Conforme al reglamento de protección de datos, necesitamos tu consentimiento para tratar tu información médica y reembolsar tus gastos médicos. Si todavía no nos has dado tu consentimiento, entra en my.allianzcare.com/myhealth/login, accede a los servicios digitales MyHealth y marca los

campos requeridos. También puedes descargar el formulario de consentimiento de www.allianzcare.com/es/consent-form. Podemos enviarte una copia en papel si la solicitas. Ten en cuenta que cada afiliado de la póliza mayor de 18 años debe dar su propio consentimiento.

2 Datos de la atención médica - A completar por el médico

Si se necesita atención médica adicional, debes informarnos.

Las facturas deben enviarse en un plazo de 60 días tras la fecha de alta del paciente. Si tenemos algún acuerdo especial con el proveedor, se aplicará ese acuerdo.

Enfermedad

Descripción de la enfermedad, signos y síntomas

Causa subyacente (si se conoce)

¿Cuándo se diagnosticó esta enfermedad por primera vez?

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

Fecha de la primera visita por esta enfermedad

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

¿Cuándo aparecieron los síntomas por primera vez?

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

Diagnóstico (si no se conoce, indica el diagnóstico provisional)

ICD9/10

--	--	--	--	--	--

 DSM-IV

--	--	--	--	--	--

 DRG

--	--	--	--	--	--

Datos adicionales en caso de maternidad

Fecha en que el médico confirmó el embarazo

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

Fecha prevista o real del parto

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

¿Se espera un solo bebé? Sí ☐ No ☐

En caso negativo, ¿el embarazo es el resultado de reproducción asistida? Sí ☐ No ☐

Tipo de parto

Atención médica o procedimientos planeados

D	D
---	---

 /

M	M
---	---

 /

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

Código CPT

Código CCSD

Para tratamientos en Alemania (DRG), confirma el precio base (Basisfallpreis)

Duración aproximada de la hospitalización noches ☐ / días ☐ (marcar la opción correspondiente)

noches / días

¿Se le ofrece al paciente un paquete con precio fijo? Sí ☐ No ☐ En caso afirmativo, indica el precio y la divisa

En caso negativo, proporciona un desglose de los costes previstos:

[illegible]

Nombre del hospital o centro médico

Dirección (incluye el país)

Correo electrónico (obligatorio)

Teléfono (prefijo internacional y local)

Fax (obligatorio) (prefijo internacional y local)

Nombre completo

Correo electrónico (obligatorio)

Teléfono (prefijo internacional y local)

Fax (obligatorio) (prefijo internacional y local)

Confirmando que, a mi leal saber y entender, toda la información proporcionada en este formulario es verdadera y completa.

 Firma del médico _____

Fecha / /

Sello oficial del proveedor médico

Correo electrónico: **medical.services@e.allianz.com** or
Correo postal: **Medical Services Department, Allianz,
15 Joyce Way, Park West Business Campus,
Nangor Road, Dublín 12, Irlanda**

Te recomendamos que guardes una copia de toda la correspondencia que mantengas con nosotros. No podemos ser responsables de no recibir la correspondencia cuando las causas sean ajenas a nuestro control.

Para cualquier pregunta, puedes contactar nuestra línea de asistencia en el + 353 1 630 1304 o por email client.services@e.allianz.com.

Números gratuitos actualizados: www.allianzcare.com/es/pages/toll-free-numbers.html