

Formulario de afiliación

para pólizas con moratoria

Antes de empezar, ten en cuenta lo siguiente:

- Si completas este formulario en papel, RELÉNALO EN MAYÚSCULAS.
- Debes rellenar el formulario por completo y darnos toda la información importante.
- En la página 5, en la sección «Aprobaciones»;
 - El solicitante y cada dependiente mayor de 18 años deben firmar esta sección.
 - Todos los solicitantes adultos deben dar su consentimiento según se detalla en la sección 9. Conforme a los reglamentos de protección de datos, no podremos tramitar tu solicitud sin estas firmas. Un padre o tutor debe completar esta sección por los solicitantes menores de 18 años.
 - Todos los solicitantes adultos que quieran nombrar un agente como punto de contacto para esta póliza deben dar su consentimiento como se indica en las secciones 6 y 7.

Sólo por claridad...

Verás que a menudo nos referimos a las siguientes expresiones en este formulario. Esto es lo que queremos decir:

País de origen: país del que tú o tus dependientes (si se aplica) tenéis un pasaporte válido o que es vuestro país principal de residencia.

País principal de residencia: país en el que tú y tus dependientes (si se aplica) residís durante al menos seis meses del año de seguro.

¿Estás completando este formulario para unirse a una póliza de empresa existente? Indica:

Nombre del grupo	
Número de grupo	

Si ya estás incluido en la póliza de tu empresa y deseas añadir un nuevo dependiente, indica tu número de póliza:

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

Tus datos de contacto también se utilizarán para comunicarnos contigo sobre cosas importantes con respecto a tu póliza. Debes decirnos si tus datos de contacto cambian en el futuro, para garantizar que la correspondencia te sigue llegando.

Tendremos en cuenta a los solicitantes de cobertura hasta el día anterior a su 76 cumpleaños.

Sr. ☐ Sra. ☐ Srta. ☐ Otro ☐	Nombre	
Apellido(s)		
Fecha de nacimiento	/ /	Sexo asignado al nacer: Hombre ☐ Mujer ☐
Estatura	cm	Peso kg
País de origen		
Nacionalidad		
País principal de residencia		
Número fiscal (obligatorio para las personas que residen en España, Italia y Portugal)		
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)		
Ocupación (obligatorio, si eres un estudiante, indícalo aquí)		

Datos de otros seguros médicos locales o internacionales en vigencia

Nombre de la aseguradora	
Número de póliza	
Fecha de inicio	/ /

¿En qué idioma deseas recibir la documentación de tu póliza:

Español ☐ Inglés ☐ Francés ☐ Alemán ☐ Italiano ☐ Portugués ☐

2 Datos de tus dependientes

Puedes añadir dependientes a tu póliza. Los dependientes son tu cónyuge/pareja y los hijos que dependen económicamente de ti hasta el día antes de su 18 cumpleaños, o hasta el día antes de su 26 cumpleaños si estudian a tiempo completo. Si tienen entre 18 y 25 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 espacio para todos los dependientes, utiliza otro formulario y asegúrate de que todos los consentimientos y declaraciones correspondientes están firmados.

	Dependiente 1	Dependiente 2	Dependiente 3
Relación con el solicitante	Cónyuge/pareja ☐ Hijo ☐	Cónyuge/pareja ☐ Hijo ☐	Cónyuge/pareja ☐ Hijo ☐
Nombre			
Apellidos			
Fecha de nacimiento	D D / M M / A A A A	D D / M M / A A A A	D D / M M / A A A A
Género asignado al nacer	Hombre ☐ Mujer ☐	Hombre ☐ Mujer ☐	Hombre ☐ Mujer ☐
Estatura	cm	cm	cm
Peso	kg	kg	kg
Profesión (obligatorio, si eres estudiante indícalo)			
Correo electrónico (obligatorio para dependientes mayores de 18 años)			
País de origen			
País principal de residencia			
Nacionalidad			

Datos de otros seguros médicos locales o internacionales en vigor

Nombre de la aseguradora actual (si procede)			
Número de póliza actual (si procede)			

3 Fecha de inicio de tu cobertura

¿A partir de qué fecha necesitas cobertura?

D

D

/

M

M

/

A

A

A

A

Recibirás la confirmación de que tu solicitud de cobertura ha sido aceptada cuando te enviemos el certificado de seguro. Tu cobertura es válida desde la fecha de inicio indicada en el certificado.

4 Condiciones de evaluación de la cobertura disponibles

Evaluación con moratoria

Bajo esta póliza con moratoria no estarás inmediatamente cubierto para enfermedades médicas preexistentes.

La evaluación con moratoria significa que habrá un plazo de carencia de 24 meses antes de que los reembolsos por cualquier enfermedad preexistente puedan ser aptos.

Tu reembolso no se pagará si está relacionado con una enfermedad preexistente, si una o más de las siguientes condiciones se han aplicado en el período de 24 meses anteriores a tu fecha de inicio (o la fecha que aparece en tu certificado de seguro):

- Podía preverse razonablemente que la enfermedad ocurriría después de tu fecha de inicio.
- La enfermedad se mostró claramente presente al tener signos o síntomas, o al necesitar tratamiento, pruebas o medicación.
- Hasta donde sabes, eras consciente de que tenías la enfermedad.

Una vez que hayas cumplido un plazo continuo de 24 meses tras tu fecha de inicio, podemos cubrir tu enfermedad preexistente, siempre que no hayas tenido síntomas, ni necesitado o recibido atención médica, medicación, dieta especial o consejo, ni hayas tenido ninguna otra indicación de la enfermedad.

Si has tenido síntomas, necesitado o recibido atención médica, medicación, una dieta especial o consejo, u otras indicaciones sobre cualquier enfermedad durante el plazo de carencia de 24 meses, este plazo volverá a empezar para esa enfermedad (moratoria rotatoria).

5 Declaración

Lee con atención las siguientes declaraciones. Tendrás que firmar a continuación en la sección «Aprobaciones» para confirmar que las 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. Entiendo que esta solicitud será la base del contrato entre Allianz y yo, y que **cualquier declaración falsa, incorrecta o engañosa o cualquier omisión de información sustancial anulará el seguro, de acuerdo con la normativa vigente.**
- 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, 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 (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 y las condiciones de la moratoria.
 - He recibido, leído y entendido el documento de información sobre productos de seguro, la guía de prestaciones y la tabla de prestaciones, y acepto los términos y condiciones que se resumen en estos documentos.
 - 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 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 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.
- Acepto que:
 - Es mi responsabilidad comprobar la exactitud de toda la información personal contenida en el certificado de seguro en cuanto se emita.
 - 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 prestaciones.
 - La cobertura proporcionada por Allianz 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.
 - 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.

6 Designación del titular

Esta sección deben completarla todos los dependientes que quieran 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 hacer esto, simplemente acepta en la sección «Aprobaciones» a continuación.

El titular de la póliza estará autorizado para actuar en nombre de todos los dependientes en la administración de esta póliza. Esto podría incluir la divulgación de información médica sensible. Esta autorización seguirá vigente hasta que yo o uno de mis dependientes solicite por escrito a Allianz su anulación.

7 Designación del agente (si se aplica)

Al dar mi consentimiento a continuación en la sección «Aprobaciones», autorizo al agente designado a actuar en mi nombre con relación a 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 su anulación.

8 Tus datos personales

Nuestro aviso sobre protección de datos explica cómo protegemos tu privacidad y tratamos tu información personal. Léelo antes de enviarnos datos personales. Para leer nuestro aviso sobre protección de datos, visita www.allianzcare.com/es/privacidad.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 tratamos tu información personal escríbenos: AP.EU1DataPrivacyOfficer@allianz.com

9 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 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

1. **Permiso para obtener, almacenar y utilizar mi información clínica.** Allianz 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 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.
2. **Permiso para obtener mis datos de terceros.** Para proporcionarme la cobertura del seguro, evaluar los riesgos que van a asegurarse o tramitar reembolsos, Allianz 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 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.
3. **Compartir mis datos fuera de Allianz.** Allianz 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. Entiendo que Allianz tiene acuerdos con estas instituciones para proteger mis datos. Acepto liberar a todos los particulares de estas instituciones y de Allianz 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 las prestaciones 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, 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 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 Allianz 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 escribiendo a AP.EU1DataPrivacyOfficer@allianz.com

10 Preferencias de marketing

Yo (el solicitante) y mis dependientes aceptamos que Allianz 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 marcando las siguientes casillas.

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

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

☐	☐	☐	☐
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

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.

☐	☐	☐	☐
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

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

☐	☐	☐	☐
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Estas comunicaciones se me deberán enviar por los siguientes medios:

Correo electrónico	☐	☐	☐	☐
Notificaciones en la aplicación	☐	☐	☐	☐
Teléfono	☐	☐	☐	☐
Carta	☐	☐	☐	☐

11 Aprobaciones

Por favor, indica la sección para la que estás dando tu consentimiento.

5. Declaración**

☐
6. Designación del titular**

☐
7. Designación del agente (si se aplica)

☐

Nombre del agente:
8. Tus datos personales**

☐
9. Consentimiento sobre datos**

☐
10. Preferencias de marketing

☐

Firmas

El solicitante y cada dependiente mayor de 18 años necesitan firmar esta solicitud aquí. Al firmar, estás dando tu consentimiento para las secciones relevantes marcadas anteriormente.

 Firma del solicitante

 Firma del dependiente 1

 Firma del dependiente 2

 Firma del dependiente 3

D

D

/

M

M

/

A

A

A

A

D

D

/

M

M

/

A

A

A

A

D

D

/

M

M

/

A

A

A

A

D

D

/

M

M

/

A

A

A

A

** Ten en cuenta que no podremos procesar tu solicitud si no has dado tu consentimiento para las secciones marcadas en el recuadro de aprobaciones anterior.

12 Datos de pago

Nonecesitas completar esta sección si tu empresa paga la prima.

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

Divisa del pago

Marca la casilla ☒ correspondiente para indicar la divisa en la que prefieres pagar la prima.

Euros (EUR)	☐
Libras esterlinas (GBP)	☐
Dólares estadounidenses (USD)	☐

Puedes utilizar la domiciliación bancaria para pagos de cuentas de la UE en euros, pero no en libras esterlinas (GBP) ni dólares estadounidenses (USD).

Forma y frecuencia de pago

Los pagos están sujetos a los siguientes recargos de administración: 0% para pago anual, 3% para pagos semestrales, 4% para pagos trimestrales y 5% para pagos mensuales.

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

	Anual	Semestral	Trimestral	Mensual
Domiciliación* (Para pagos desde cuentas de la UE en Euros)	No disponible	No disponible	No disponible	☐
Tarjeta de crédito	☐	☐	☐	☐
Transferencia bancaria	☐	☐	☐	No disponible

* Si decides pagar por domiciliación bancaria, completa y envía la autorización correspondiente, disponible en: www.allianzcare.com/es/personal/formulario-de-solicitud-de-afiliacion-para-planes.html

Pago con tarjeta

Si deseas pagar con tarjeta, 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 CCV

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 del formulario y los destruiremos.

Autorización para pago con tarjeta

Autorizo a Allianz a cargar en mi tarjeta 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. Entiendo que recibiré un mes de aviso con respecto a cualquier aumento anual en la prima.

 Firma del titular de la tarjeta Fecha / / /

Envía este formulario debidamente completado:

- @ Correo electrónico: individual.joining@e.allianz.com
-  Correo postal: Allianz
15 Joyce Way
Park West Business Campus
Nangor Road
Dublín 12, Irlanda

Si tienes alguna pregunta sobre este formulario o el proceso de afiliación, 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/
-  x.com/AllianzCare
-  www.tiktok.com/@allianzcare

Este documento es la traducción al español del documento original en inglés. La versión en inglés es la única original y autorizada. Si se encontraran discrepancias entre la versión en español y la versión en inglés, solamente la versión en inglés se consideraría legalmente vinculante.

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 No. 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.