

Formulario de declaración para grupos

Si completas este formulario en papel, **RELLÉNALO EN MAYÚSCULAS.**

Si deseas añadir un nuevo dependiente en una póliza existente, indica el número de póliza:

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

Nombre del grupo

Número de grupo

Instrucciones para completar este formulario

1. Debes rellenar el formulario por completo y darnos toda la información importante.
2. La sección 4 debe completarla el titular de la póliza. La sección 7 deben firmarla todos los solicitantes adultos. Conforme al Reglamento General de Protección de Datos (RGPD) europeo, no podremos tramitar tu solicitud sin estas firmas. Un padre o tutor debe completar estas secciones por los solicitantes menores de 18 años.

Cuando los siguientes términos y expresiones se mencionen en este formulario, su significado será el que se indica a continuación.

País de origen: País del que tú (o tus dependientes, si se aplica) tienes un pasaporte válido o que es tu 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 al año.

1 Datos del solicitante (el solicitante será el asegurado principal)

Dinos si tus datos de contacto cambian, para que podamos comunicarnos contigo.

Sr. Sra. Srta. Otro Nombre

Apellido(s)

Fecha de nacimiento / / Sexo: Hombre Mujer

País de origen

Nacionalidad

País principal de residencia

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 / /

2 Dependientes a cubrir bajo el contrato

Los dependientes incluyen tu cónyuge/pareja y los hijos menores de 18 años que dependen económicamente de ti (o menores de 26 años 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. Si no hay suficiente 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 <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			
Apellidos			
Fecha de nacimiento	<input type="text" value="DD"/> <input type="text" value="DD"/> / <input type="text" value="MM"/> <input type="text" value="MM"/> / <input type="text" value="AAAA"/> <input type="text" value="AAAA"/>	<input type="text" value="DD"/> <input type="text" value="DD"/> / <input type="text" value="MM"/> <input type="text" value="MM"/> / <input type="text" value="AAAA"/> <input type="text" value="AAAA"/>	<input type="text" value="DD"/> <input type="text" value="DD"/> / <input type="text" value="MM"/> <input type="text" value="MM"/> / <input type="text" value="AAAA"/> <input type="text" value="AAAA"/>
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"/>
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 Cuestionario médico

- ¿Tú o alguno de tus dependientes habéis tenido alguna vez antecedentes de cáncer (incluyendo tumores cerebrales benignos), enfermedad cardíaca o accidente cerebrovascular, reemplazo de articulaciones o enfermedad psiquiátrica o mental? Sí No
- En los últimos 12 meses, ¿tú o alguno de tus dependientes habéis tenido algún signo o síntoma que pueda requerir una visita a un profesional médico o estáis esperando alguna revisión, tratamiento o investigación por algún problema médico actual o pasado? Sí No
- ¿Tú o alguno de tus dependientes tenéis alguna enfermedad a largo plazo, continua o crónica para la cual tenéis citas regulares o necesitáis una revisión o tratamiento? Sí No
- Si el plan incluye cobertura de maternidad, ¿tú o alguno de tus dependientes tenéis actualmente un embarazo? Sí No
- En los dos últimos años, ¿tú o alguno de tus dependientes habéis tenido algún otro problema o preocupación sobre vuestra salud que no se ha tratado en las anteriores preguntas 1 a 4? Sí No

Información adicional para las respuestas afirmativas

Si has contestado "Sí" a alguna de las preguntas del anterior cuestionario médico, indica los detalles en la siguiente tabla. Dinos si tú o tus dependientes os habéis recuperado totalmente de la enfermedad en cuestión o si tenéis alguna otra enfermedad o complicación como consecuencia del diagnóstico original.

Adjunta documentación médica de referencia o resultados de pruebas si es posible.

Número de la pregunta	Nombre de la persona	Síntoma o enfermedad, incluida la fecha de inicio	¿Qué tratamiento, medicamento o dieta especial te han administrado? Incluye las fechas y especifica los nombres de los medicamentos y la dosis	¿Qué consulta de seguimiento, investigaciones médicas, pruebas de diagnóstico o procedimientos se necesitan o se han recomendado?	¿Todavía tienes esta enfermedad o síntoma?	¿En qué fecha consultaste por última vez a algún profesional de la salud para esta enfermedad o síntoma?
		<input type="text" value="DD"/> <input type="text" value="DD"/> / <input type="text" value="MM"/> <input type="text" value="MM"/> / <input type="text" value="AAAA"/> <input type="text" value="AAAA"/>			Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<input type="text" value="DD"/> <input type="text" value="DD"/> / <input type="text" value="MM"/> <input type="text" value="MM"/> / <input type="text" value="AAAA"/> <input type="text" value="AAAA"/>

Número de la pregunta	Nombre de la persona	Síntoma o enfermedad, incluida la fecha de inicio	¿Qué tratamiento, medicamento o dieta especial te han administrado? Incluye las fechas y especifica los nombres de los medicamentos y la dosis	¿Qué consulta de seguimiento, investigaciones médicas, pruebas de diagnóstico o procedimientos se necesitan o se han recomendado?	¿Todavía tienes esta enfermedad o síntoma?	¿En qué fecha consultaste por última vez a algún profesional de la salud para esta enfermedad o síntoma?
		DD / MM / AAAAA			Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	DD / MM / AAAAA
		DD / MM / AAAAA			Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	DD / MM / AAAAA
		DD / MM / AAAAA			Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	DD / MM / AAAAA

Si no hay suficiente espacio en la tabla, utiliza otro formulario.

4 Declaración

Lee con atención la siguiente declaración y firmala solo 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. 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 sustancial anulará el seguro.
- 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, 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 de afiliación tiene validez durante dos meses a partir de la fecha de mi firma.
- 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 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, firme y fecho este formulario en nombre de todas las personas incluidas en la solicitud.

 Firma del solicitante

Nombre del solicitante

Fecha

5 Designación del titular de la póliza

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

Para ayudarnos a administrar la póliza, puedes designar al asegurado principal como el contacto principal para el seguro. Para ello 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

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

6 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 1 630 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

7 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

- Permiso para obtener, 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 reembolsos. 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 reembolsos, 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. Solo 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 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 Care, 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 Care 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 la aseguradora 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 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

8 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"/>
Carta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>






Envía este formulario debidamente 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 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/
-  twitter.com/AllianzCare