

FORMULÁRIO DE PEDIDO DE REEMBOLSO PARA GRUPOS

Preencha este formulário em **LETRA DE FÔRMA**. Você também pode usar os nossos Serviços Digitais MyHealth para enviar seu pedido de reembolso on-line: <https://www.allianzcare.com/pt/myhealth.html>

! Não esqueça: Você deve enviar seus pedidos de reembolso dentro do prazo limite indicado em seu Guia de Benefícios, disponível em: <https://www.allianzcare.com/pt/myhealth.html>

1 DADOS DO TITULAR DA APÓLICE

Número da apólice

Data de nascimento DD / MM / AAAA

Nome

Sobrenome

Endereço

Telefone CÓDIGO DO PAÍS CÓDIGO DE ÁREA

E-mail

Você possui alguma cobertura de seguro-saúde nacional ou público em seu país de origem ou país principal de residência, como por exemplo Seguro Nacional de Saúde? Sim Não

Em caso de resposta positiva, detalhe abaixo a cobertura oferecida. Por favor, forneça o seu número de referência/identificação junto ao Estado.

2 DADOS DO PACIENTE (CASO ESTE NÃO SEJA O TITULAR DA APÓLICE)

Nome

Sobrenome

Data de nascimento DD / MM / AAAA Sexo: Masculino Feminino

3 DADOS DE PAGAMENTO

Por favor, selecione a opção 1 OU selecione e complete a opção 2.

Opção 1: Pagamento ao prestador de serviços médicos (ex: hospital, especialista)*

Não é necessário que os dados bancários abaixo sejam preenchidos para esta opção.

Opção 2: Pagamento ao titular da apólice

Método de pagamento preferido: Transferência bancária** Cheque***

Especifique a moeda em que deseja ser reembolsado (e verifique se sua conta bancária aceita a moeda escolhida)

Nome do titular da conta bancária como aparece em seu extrato bancário

Número da conta

IBAN (apenas quando necessário)****

Código do banco/da agência Código Swift/BIC****

Nome do banco

Endereço do banco

Caso seja necessário fornecer informações adicionais para efetuar transações internacionais em seu país (como documento de identificação, CPF, CNPJ ou código bancário), indique-as no espaço abaixo:

Código Swift do banco intermediário (se aplicável)

* Se você não tiver efetuado nenhum pagamento ao provedor médico.

** No caso de transferência bancária, forneça as informações bancárias.

*** Os cheques emitidos ao titular da apólice serão enviados ao endereço fornecido na seção 1.

**** Se o seu banco estiver na União Europeia ou em um país onde o número de IBAN seja requerido, como no Catar, Arábia Saudita, Angola, Tunísia e Turquia, forneça ambos os números de IBAN e do código BIC/Swift para facilitar o pagamento do seu pedido.

4 DADOS DO PEDIDO DE REEMBOLSO

Preencha todas as seções da tabela a seguir com os dados de cada fatura/recibo. Para tratamentos recebidos na China, você também deve enviar a fatura Fa Piao. Preencha também o diagnóstico ou a condição médica tratada se estes não estiverem indicados na fatura/recibo. Utilize uma página à parte, caso o espaço abaixo não seja suficiente para preencher todas as suas informações.

Descrição da despesa/ do tratamento	Diagnóstico/condição médica	Nome do prestador de serviços	Valor da despesa	Moeda	Esta fatura foi paga por você?
					Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
					Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
					Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
					Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
					Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
			Valor total das despesas		

(Observe que o valor total mostrado aqui é apenas preciso quando todas as faturas são emitidas na mesma moeda. Se você estiver solicitando o reembolso de faturas em moedas diferentes, ignore o valor total indicado)

Em que país o tratamento foi executado?

Referente apenas em casos de gravidez: Data prevista para o parto / /

Pedidos de reembolso relacionados a um acidente ou lesão: Este pedido de reembolso está relacionado a um acidente/lesão? Sim Não

Se sim, forneça os seguintes dados:

Data do acidente/lesão / /

Detalhes do acidente/lesão

Você possui alguma outra apólice de seguro (por exemplo: seguro de viagem) Sim Não

Se sim, forneça os seguintes dados:

O nome da seguradora

Número da apólice

O acidente/lesão foi causado por uma terceira parte? Sim Não

Se sim, forneça os seguintes dados:

O nome da seguradora da terceira parte

Número da apólice da terceira parte

Envie uma cópia do relatório policial, se disponível, para: claims.recoveries@allianzworldwidecare.com

5 DADOS DO PRESTADOR DE SERVIÇOS MÉDICOS

Nome do médico/especialista																																			
Qualificações/credenciais																																			
Nome do hospital/da clínica																																			
Endereço																																			
Telefone	CÓDIGO DO PAÍS				CÓDIGO DE ÁREA																														
Fax	CÓDIGO DO PAÍS				CÓDIGO DE ÁREA																														
E-mail																																			

Aplicável somente aos pedidos de reembolso de **fisioterapia/psicoterapia**. Forneça os dados do profissional que solicitou o encaminhamento médico:

Nome do médico solicitante																																			
Telefone	CÓDIGO DO PAÍS				CÓDIGO DE ÁREA																														
Data da consulta	D	D	/	M	M	/	A	A	A	A																									

6 DADOS MÉDICOS

Indique o tipo do quadro: Agudo Crônico Episódio agudo de uma doença crônica

Forneça todos os detalhes do quadro ou sintoma clínico que justificou o tratamento:

Código ICD9/10 /DSM-IV

Detalhes do quadro ou sintoma clínico

Em que data o paciente relatou pela primeira vez esses sintomas?

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

Em que data o paciente começou a apresentar tal quadro ou tais sintomas?

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

Assinatura do médico e carimbo oficial.

 Assinatura do médico

Data

carimbo oficial

7 A PROTEÇÃO DE SEUS DADOS PESSOAIS É DE TOTAL IMPORTÂNCIA PARA NÓS

O nosso Aviso de Proteção de Dados explica como protegemos a sua privacidade. Este é um aviso importante que descreve como processaremos seus dados pessoais. Você deve ler este aviso antes de você enviar quaisquer dados pessoais para nós. Para ler nosso Aviso de Proteção de Dados, visite <https://www.allianzcare.com/pt/privacidade/>

Como alternativa, entre em contato conosco no número + 353 1 645 4040 e solicite uma cópia impressa do Aviso de Proteção de Dados por completo. Se você tiver alguma dúvida sobre como utilizamos seus dados pessoais, você também pode enviar um E-mail para: AP.EU1DataPrivacyOfficer@allianz.com


8 DECLARAÇÃO

Certifico, pelo que é de meu conhecimento, que este Formulário de Pedido de Reembolso não contém informações falsas, enganosas ou incompletas.

Eu entendo que caso este pedido de reembolso seja fraudulento, em parte ou por inteiro, o contrato será cancelado a partir da data em que a fraude é descoberta e poderei responder a um processo judicial.

Eu concordo em renunciar quaisquer direitos que eu possa ter a respeito de sigilo ou confidencialidade médica quando relacionados ao acesso de registros médicos sobre minha condição médica. Também autorizo meus médicos, profissionais de saúde ou qualquer estabelecimento prestador de serviços médicos a comunicarem qualquer informação relevante relacionada à minha condição médica aos profissionais de saúde da Allianz Care, seus representantes nomeados ou a profissionais agindo como terceiros, em caso de disputas, sujeito a quaisquer restrições legais que possam ser aplicadas.

Em caso de tratamento de um menor de idade, esta seção deverá ser assinada e datada por um dos pais ou pelo guardião legal.

 Assinatura do paciente

Data

9 PRECISAMOS DE SEU CONSENTIMENTO

De acordo com o Regulamento Geral de Proteção de Dados (RGPD), precisamos de seu consentimento para processar suas informações médicas e pagar seus pedidos de reembolso. Se você ainda não tiver fornecido seu consentimento, por favor faça o login na página a seguir e clique nos campos relevantes: <https://my.allianzcare.com/myhealth/login>. Alternativamente, você pode fazer o download do Formulário de Consentimento, disponível na seguinte página www.allianzcare.com/pt/consent-form. Cópias impressas também estão disponíveis quando solicitadas. Observe que todos os membros da apólice maiores de 18 anos devem fornecer seu próprio consentimento.

10 AUTORIZAÇÃO PARA TERCEIROS

Como o segurado solicitando reembolso, eu autorizo

INSIRA O NOME DA PESSOA NOMEADA

a atuar em meu nome em relação à administração deste pedido de reembolso. Isto pode incluir a divulgação de informações médicas a meu respeito.

 Assinatura do segurado _____

Nome do segurado em letra de fôrma

Data

D	D	/	M	M	/	A	A	A	A															

Observe que você é responsável por manter a documentação original de apoio (ex: recibos médicos), cujas cópias nos forem enviadas, já que nos reservamos o direito de solicitar os documentos/recibos originais de apoio até 12 meses após o pagamento de cada pedido de reembolso, em casos de auditoria. Também nos reservamos o direito de solicitar comprovantes de pagamentos feitos por você (por exemplo: extrato de conta ou do cartão de crédito). Além disso, recomendamos que você mantenha cópias de toda a correspondência que nos for enviada, pois não podemos nos responsabilizar por correspondências extraviadas por razões que estão fora de nosso controle.

Envie seus Formulários de Pedido de Reembolso completamente preenchidos com as faturas/recibos por:

 E-mail: claims@allianzworldwidecare.com

 Fax: + 353 1 645 4033

 Correio: Claims Department, Allianz Care, 15 Joyce Way, Park West Business Campus, Nangor Road, Dublin 12, Irlanda

Você sabia...

...que a maioria dos nossos segurados acha que suas questões são resolvidas mais rapidamente quando nos ligam?



Para obter mais informações, entre em contato com a nossa Central de Atendimento: +353 1 645 4040 ou envie um e-mail para: client.services@allianzworldwidecare.com

Para consultar a lista completa de nossos números gratuitos, acesse: www.allianzcare.com/toll-free-numbers

Este documento é uma tradução em português do "Group Claim Form". A versão original inglesa deste documento é a versão autoritária. Em caso de existir discrepâncias entre a versão traduzida e a original inglesa, informamos que a versão inglesa já é legalmente vincular por si mesma. A AWP Health & Life SA, atuando sob sua sucursal na Irlanda, é uma empresa de sociedade anônima regida pelo Código de Seguros Francês. A empresa é registrada na França sob o número: 401 154 679 RCS Bobigny. A sucursal da Irlanda é registrada pelo órgão Irlandês "Irish Companies Registration Office" sob o número: 907619. Endereço: 15 Joyce Way, Park West Business Campus, Nangor Road, Dublin 12, Irlanda. A Allianz Care e Allianz Partners estão registradas razões sociais da AWP Health & Life SA.