

Planos de Saúde GlobalPass para a América Latina

Formulário de Autorização para Tratamento

Para a sua conveniência, este formulário também está disponível no nosso site: www.allianzworldwidecare.com/gppf.

Não é necessário que a Autorização para Tratamento nos seja enviada com antecedência no caso de uma **emergência**. Contudo, você, seu médico, algum dependente ou colega precisam nos informar sobre sua admissão no hospital **até 48 horas após o evento**.

Apenas em caso de **tratamento de emergência**, nossa Central de Atendimento (+ 353 1 645 4040) poderá receber as informações para a Autorização para Tratamento por telefone. Dessa maneira, poderemos providenciar, sempre que possível, o pagamento direto de suas despesas ao provedor médico. Por favor, esteja preparado para nos fornecer por telefone o máximo de informações possíveis, incluindo os dados de contato do seu médico.

A seção 1 deve ser totalmente preenchida pelo paciente ou em seu nome.

A seção 2 deve ser totalmente preenchida pelo médico.

Preencha este formulário em **LETRA DE FÔRMA**

Caso este formulário não seja completamente preenchido, atrasos podem ocorrer na emissão da Autorização para Tratamento, pois precisaremos enviar o formulário de volta a você ou a seu médico para solicitar as informações pendentes. A apólice do paciente deve estar em vigor no momento do tratamento. Observe que o pagamento será garantido de acordo com os termos e condições da apólice de seguro e também estará sujeito à avaliação de toda a documentação pertinente já recebida (ou a ser recebida) pela Allianz Worldwide Care relativa à condição médica.

1 DADOS DO PACIENTE - esta seção deve ser totalmente preenchida pelo paciente ou em seu nome

Número da apólice

Sr. Sra. Srta. Outro Nome

Sobrenome

Data de nascimento / /

Pessoa de contato (Por favor, nos indique a pessoa a ser contatada com relação ao andamento desta Autorização para Tratamento).

Nome

Grau de parentesco com o paciente (ex.: o próprio paciente, cônjuge/parceiro(a), pai/mãe)

Número de telefone Código do país Código de área

Celular Código do país Código da operadora

E-mail

Legislação de proteção de dados – coleta e utilização de informações pessoais

Nestas declarações, as informações referem-se aos dados e informações pessoais enviadas, seja nos Formulários de Solicitação, Pedido de Reembolso, Autorização para Tratamento, documentos e informações de apoio que podemos recolher em relação aos produtos ou serviços que fornecemos. A Allianz Worldwide Care, parte do grupo Allianz, será a controladora de dados a respeito dessas informações.

Utilizações: Informações pessoais podem ser utilizadas com a finalidade de administrar o seguro (ex. para a subscrição, processo de reembolso e prevenção a fraudes). Observe que poderemos utilizar serviços de terceiros para processar dados em nosso nome. Estes serviços, que podem ser realizados fora do Espaço Econômico Europeu (EEE), estarão sujeitos a restrições contratuais relacionadas à confidencialidade e segurança, de acordo com as obrigações impostas pela legislação de proteção de dados.

Dados sensíveis: Precisamos coletar dados sensíveis em relação a você (como dados médicos) para avaliar os termos do seguro que emitimos e/ou para administrar os pedidos de reembolso.

Divulgação de informação: Podemos compartilhar as suas informações com nossos agentes, membros do grupo Allianz, outras seguradoras e seus agentes, provedores de serviço médico, qualquer intermediário que esteja atuando em seu nome ou com órgãos reguladores (dos quais sejamos membros ou pelos quais sejamos regulados). Em certas circunstâncias, poderemos utilizar os serviços de um investigador particular para investigar um pedido de reembolso que você tenha nos enviado.

Retenção: Estamos obrigados a reter seus dados pelo período de seis anos da data de encerramento da cobertura. Não reteremos seus dados por tempo maior que o necessário e apenas os armazenaremos para o propósito para o qual foram obtidos.

Representação e consentimento: Ao assinar este formulário você confirma que tem a autoridade de atuar em nome de seus dependentes em relação a todas as informações pessoais fornecidas, e que consente que a Allianz Worldwide Care processe, divulgue, utilize e conserve as informações sobre você e sobre seus dependentes.

Acesso: Você tem o direito de solicitar e receber uma cópia de seus dados pessoais em nossa posse. Se desejar exercer este direito, você deve escrever para Data Protection Officer, no endereço que aparece no final deste formulário ou por e-mail para: client.services@allianzworldwidecare.com

Gravação das chamadas telefônicas: As ligações para a Central de Atendimento serão gravadas e poderão ser monitoradas por razões regulamentares ou para fins de treinamento e qualidade.

Eu concordo em renunciar quaisquer direitos que eu possa ter sobre o sigilo ou confidencialidade médica em relação às informações médicas a meu respeito e autorizo meus médicos, profissionais da saúde e qualquer estabelecimento médico competente a fornecer informação sobre minha saúde, se solicitado pela Allianz Worldwide Care, seus médicos, representantes ou profissionais agindo como terceiros em casos de disputas, sujeito a restrições legais aplicáveis.

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

Assinatura do paciente _____

Data / /

Allianz 
Worldwide Care

2 DADOS DO TRATAMENTO - esta seção deve ser totalmente preenchida pelo prestador de serviços médicos

- Se for necessário receber tratamento adicional, a Allianz Worldwide Care deverá ser notificada.
- Todas as faturas devem nos ser enviadas em até 60 dias após a data de alta do paciente. Observe que caso haja acordos especiais entre o provedor de serviços médicos e a Allianz Worldwide Care, tais acordos irão prevalecer.

Condição médica

Descreva a condição médica tratada, incluindo sintomas

Indique a causa relacionada (se conhecida)

Indique a data em que a condição foi primeiramente diagnosticada

D D / M M / A A

Indique a data do primeiro atendimento desse quadro

D D / M M / A A

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

D D / M M / A A

Diagnóstico (se ainda for desconhecido, indique o diagnóstico provisório)

ICD9/10

DSM IV

DRG

Em caso de gravidez, forneça as informações a seguir:

Indique a data de confirmação da gravidez pelo médico

D D / M M / A A

Indique a data prevista ou real para o parto

D D / M M / A A

A expectativa é para o nascimento de um único bebê? Sim Não

Em caso negativo, a gravidez é resultado de concepção por métodos artificiais, métodos estes diferentes da inseminação artificial? Sim Não

Método planejado para o parto

Tratamento

Procedimento/tratamento planejado

Data prevista para a admissão no hospital

D D / M M / A A

Tratamento nos EUA

Código(s) CPT

Descrição

Valores

Tempo de permanência no hospital/clínica

Noite(s) / dia(s)

(Marque o adequado)

Foi oferecida ao paciente alguma tarifa especial referente a um pacote de serviços? Sim Não

Se a resposta for **positiva**, indique os detalhes da tarifa e do pacote oferecido, incluindo a moeda

Se a resposta for **negativa**, indique com detalhes os custos:

Custos hospitalares

Honorários de médicos/anestesiologistas

Valor total estimado, incluindo a moeda

Dados do prestador de serviços médicos

Nome do hospital/prestador de serviços médicos

Endereço (incluindo o país)

E-mail (obrigatório)

Telefone

Código do país

Código de área

Fax (obrigatório)

Código do país

Código de área

Dados do médico que solicitou o tratamento/Médico de Família

Nome

E-mail (obrigatório)

Telefone (incluindo o código do país e o código de área)

Fax (obrigatório, incluindo o código do país e o código de área)

Médico responsável pelo atendimento/pela internação

Nome

E-mail (obrigatório)

Telefone (incluindo o código do país e o código de área)

Fax (obrigatório, incluindo o código do país e o código de área)

Assine e autentique com um carimbo oficial.

Declaro que todas as informações fornecidas neste formulário são verdadeiras, estão corretas e completas.

Assinatura do médico

Data D D / M M / A A

Carimbo oficial do prestador de serviços médicos

Envie o Formulário de Autorização para Tratamento totalmente preenchido com até cinco dias de antecedência ao tratamento por um dos seguintes métodos:

- E-mail: medical.services@allianzworldwidecare.com;
- Fax: +353 1 653 1780;
- Correio: Medical Services Department, Allianz Worldwide Care, 15 Joyce Way, Park West Business Campus, Nangor Road, Dublin 12, Irlanda.

Recomendamos que você mantenha cópias de todos os documentos que nos forem enviados, já que não podemos nos responsabilizar por correspondências extraviadas por razões que estão fora de nosso controle.