Planos de Saúde GlobalPass para a América Latina

# FORMULÁRIO DE PEDIDO DE REEMBOLSO

Preencha este formulário em **LETRA DE FÔRMA**. Para a sua conveniência, este formulário também está disponível no nosso site: www.allianzworldwidecare.com/gpcf

## 1 DADOS DO TITULAR DA APÓLICE

Número da apólice

Nome

Sobrenome

Data de nascimento D D / M M / A A A A

Endereço

Telefone CÓDIGO DO PAÍS CÓDIGO DE ÁREA

E-mail

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

Nome

Sobrenome

Data de nascimento D D / M M / A A A A Sexo: Masculino ☐ Feminino ☐

## 3 DADOS DE PAGAMENTO

**Opção 1:** Pagamento ao prestador de serviços médicos (ex: hospital, especialista)* ☐ (Não é necessário que os dados bancários solicitados abaixo sejam preenchidos para esta opção)

**Opção 2:** Pagamento ao titular da apólice ☐ (O pagamento relativo à Opção 2 será feito somente ao titular da apólice por cheque ou transferência bancária)

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

Especifique a moeda em que gostaria de ser reembolsado (certifique-se de que tal moeda é aceita em sua conta bancária)
Quando não pudermos realizar o pagamento na moeda local, efetuaremos o pagamento em dólares americanos (US$)****.

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*****

Nome do banco

Código ABA ACH (apenas para contas bancárias nos EUA)

Endereço do beneficiário da conta nos EUA

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)

* *Caso ainda não tenha efetuado um pagamento ao provedor médico.*
** *No caso de transferência bancária, forneça os dados bancários.*
*** *Os cheques emitidos ao titular da apólice serão enviados ao endereço de correspondência fornecido na seção 1.*
**** *Quando seu pedido for relativo a um reembolso em moeda estrangeira, nos reservamos o direito de escolher a taxa de câmbio para conversão.*
***** *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.*

Allianz Care

## 4 DADOS DO PEDIDO DE REEMBOLSO

**Preencha todas as seções da tabela a seguir com os dados de cada fatura/recibo, incluindo o valor e a moeda. 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 ☐ Não ☐ |
| | | | | | Sim ☐ Não ☐ |
| | | | | | Sim ☐ Não ☐ |
| | | | | | Sim ☐ Não ☐ |
| | | | | | Sim ☐ Não ☐ |
| | | | | | Sim ☐ Não ☐ |
| | | | | | Sim ☐ Não ☐ |
| | | Valor total das despesas (Observe que o valor total 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). | 0.00 | | |

Em que país o tratamento foi realizado?

Este pedido de reembolso é resultante de um acidente ou de uma doença/lesão relacionada ao trabalho? Sim ☐ Não ☐

Em caso afirmativo, forneça detalhes

*Se este pedido estiver relacionado a um acidente ou a uma doença/lesão relacionada ao trabalho e você possuir outra apólice de seguro; ou se você estiver prestando queixa ou entrando com um processo judicial contra terceiros para recuperar custos incorridos como resultado deste acidente/lesão, forneça detalhes em um documento à parte.*

**As seções 5 e 6 devem ser completamente preenchidas pelo médico encarregado do tratamento, a menos que suas faturas contenham detalhes do diagnóstico e a natureza do tratamento.**

## 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 de referência completos:

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/sintoma clínico que justificou o tratamento, inclusive o código ICD9/10/DSM-IV

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

O paciente apresentou esse quadro anteriormente? Sim ☐ Não ☐ Em caso afirmativo, quando? D D / M M / A A A A

É do seu conhecimento se algum tratamento foi oferecido no passado para essa doença ou qualquer outra doença relacionada a esta? Sim ☐ Não ☐

Em caso afirmativo, forneça detalhes

É provável a reincidência? Sim ☐ Não ☐

Será preciso tratamento de reabilitação? Sim ☐ Não ☐

É permanente? Sim ☐ Não ☐

Há necessidade de acompanhamento, consultas, check-ups, exames ou testes a longo prazo? Sim ☐ Não ☐

**Referente apenas em casos de gravidez:**

Data estimada para o parto D D / M M / A A A A A expectativa é para o nascimento de um único bebê? Sim ☐ Não ☐

Se você respondeu **"Não"** à pergunta anterior, a gravidez é resultado de algum método de reprodução assistida diferente da inseminação artificial?

Sim ☐ Não ☐

Se você respondeu **"Sim"** à pergunta anterior, forneça detalhes adicionais

**Aplicável somente para pedidos de reembolso para tratamento odontológico:**

O paciente estava com dor de dente no momento em que foi feito o tratamento? Sim ☐ Não ☐

Assine e autentique com um carimbo oficial.

Carimbo do provedor de serviços médicos

Assinatura do médico

Data D D / M M / A A A A

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

Nosso Aviso de Proteção de Dados explica como protegemos sua privacidade. Este é um aviso importante que descreve como processaremos seus dados pessoais e deve ser lido antes de você enviar quaisquer dados pessoais para nós. Você pode ler nosso Aviso de Proteção de Dados em nosso site: **https://www.allianzworldwidecare.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**

**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, a apólice será cancelada a partir da data de descoberta de tais eventos fraudulentos e poderei responder a um processo judicial.

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 profissionais da saúde, seus 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 e datada por um dos pais ou pelo guardião legal.

Assinatura do paciente

Data D D / M M / A A A A

## 8 PRECISAMOS DE SEU CONSENTIMENTO

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

## 9 AUTORIZAÇÃO PARA TERCEIROS

Como o segurado solicitando reembolso, eu autorizo _____ INSIRA O NOME DA PESSOA NOMEADA

a atuar em meu nome e em nome de todos os dependentes nomeados neste formulário (quando aplicável) em relação à administração dos pedidos de reembolso, o que inclui a divulgação de informações médicas a meu respeito.

Assinatura do segurado _____ Data D D / M M / A A A A

Nome do segurado em letra de fôrma _____

*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 dos pedidos de reembolso, por razões de controle e prevenção a fraudes. Também nos reservamos o direito de solicitar comprovantes de pagamento feitos por você (por exemplo: extrato de conta ou do cartão de crédito) em relação aos seus recibos médicos. 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 DE APOIO (COMPROVANTES DE CARTÃO DE CRÉDITO NÃO SERÃO ACEITOS) POR UM DOS MÉTODOS A SEGUIR:

Por e-mail para: **claims@allianzworldwidecare.com**
Por fax para: **+ 353 1 645 4033**
Pelo correio para: **Allianz Care, 15 Joyce Way, Park West Business Campus, Nangor Road, Dublin 12, Irlanda.**

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.allianzworldwidecare.com/toll-free-numbers

**IMPORTANTE** - VERIFIQUE SE:

- ☐ Todas as faturas, prescrições e recibos originais estão incluídos.
- ☐ O Formulário de Pedido de Reembolso foi totalmente preenchido.
- ☐ As declarações foram assinadas e datadas.
- ☐ O diagnóstico foi confirmado e está especificado no Formulário de Pedido de Reembolso ou nas faturas.
- ☐ Caso tenha modificado seus dados de contato, forneça os novos dados no Formulário de Pedido de Reembolso.

FRM-GlobalPass-CF-IND-BPT-0419

Este documento é uma tradução em português de "GlobalPass Healthcare Plans for Latin America – Claim Form" em inglês. A versão inglesa deste documento é a versão original e legalmente vinculante. Se houver discrepâncias entre esta tradução e a versão inglesa, é importante indicar que a versão inglesa é a legalmente vinculante. 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 como razões sociais da AWP Health & Life SA.