

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

Forneça todos os detalhes do quadro/sintoma clínico que justificou o tratamento, inclusive 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?

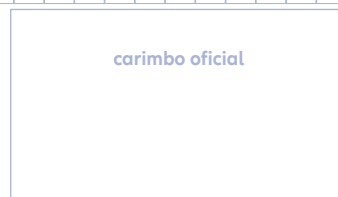
D	D	/	M	M	/	A	A	A	A														
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Assine e autentique com um carimbo oficial.

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: 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, o contrato será cancelado 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 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.

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 em 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 _____ a atuar em meu nome em relação à administração dos pedidos de reembolso, o que inclui a divulgação de informações médicas a meu respeito.

INSIRA O NOME DA PESSOA NOMEADA

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 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 para: Claims Department, 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

@ client.services@allianzworldwidecare.com

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

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