

FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO PARA TRATAMENTO

Preencha este formulário em **LETRA DE FÔRMA**.

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 devem nos informar sobre a sua internação em até **48 horas do ocorrido**.

Observe que se você ligar para a nossa Central de Atendimento (**+ 353 1 645 4040**), poderemos receber solicitações de Autorização para Tratamento por telefone, **caso o tratamento esteja programado para se iniciar no prazo de 72 horas**. Esteja pronto para nos fornecer o máximo de informações possíveis, incluindo 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.

Envie este formulário completamente preenchido para evitar atrasos na emissão da Autorização para Tratamento, pois teremos que contatar você ou seu médico para adquirir as informações pendentes.

A apólice do paciente deve estar em vigor no momento da realização do tratamento. Observe que o pagamento será garantido de acordo com os termos e condições da apólice. Também estará sujeito à nossa avaliação de toda a documentação pertinente necessária em relação à condição médica.

1 DADOS DO PACIENTE ESTA SEÇÃO DEVE SER TOTALMENTE PREENCHIDA PELO PACIENTE OU EM SEU NOME.

| | |
|---|----------------------|
| Número da apólice | <input type="text"/> |
| Sr. <input type="checkbox"/> Sra. <input type="checkbox"/> Srta. <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| Nome | <input type="text"/> |
| Sobrenome | <input type="text"/> |
| Data de nascimento | <input type="text"/> |

DADOS DE CONTATO: indique quem devemos contatar com relação ao progresso dessa Autorização para Tratamento.

| | |
|---|----------------------|
| Nome | <input type="text"/> |
| Grau de parentesco com o paciente (como o cônjuge, parceiro(a) ou o próprio paciente) | <input type="text"/> |
| Telefone | <input type="text"/> |
| Celular | <input type="text"/> |
| E-mail | <input type="text"/> |

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

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 Care, seus médicos ou 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

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 não tiver fornecido seu consentimento, por favor acesse <https://my.allianzcare.com/myhealth/login>, faça o login nos Serviços Digitais MyHealth e clique nos campos relevantes. 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 precisam fornecer seu próprio consentimento.

Este documento é uma tradução em português do "Treatment Guarantee Form". A versão original inglesa deste documento é a versão autoritária. Em caso de existir discrepâncias entre o versão traduzida e a versão 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 como razões sociais da AWP Health & Life SA.

- Caso algum tratamento adicional seja necessário, a Allianz Care deverá ser notificada.
- Todas as faturas devem nos ser enviadas em até 60 dias após a data de alta do paciente. Entretanto, caso haja acordos especiais com o provedor de serviços médicos, 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 | A | A |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

Indique a data do primeiro atendimento desse quadro

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

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

ICD9/10

DSM-IV

DRG

Em caso de gravidez, forneça as informações a seguir:

Data de confirmação da gravidez pelo médico

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

Data prevista ou real para o parto

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| D | D | / | M | M | / | A | A | 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? Sim Não

Método planejado para o parto

Tratamento

Procedimento/tratamento planejado

Data prevista para a admissão no hospital

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

Tratamento nos EUA/Reino Unido

Código(s) CPT

Código(s) CCSD

Descrição

Valores

Para tratamentos na Alemanha (DRG), indique o preço base (Basisfallpreis)

Tempo de permanência no hospital/clínica

Noite(s) / dia(s) (Marque o adequado)

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

Se a resposta for **positiva**, indique o valor e a moeda do pacote oferecido

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

| Despesas hospitalares | Honorários de médicos/anestestistas | 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 (incl. código de país e código de área)

Fax (obrigatório) (incl. código de país e código de área)

Nome

E-mail (obrigatório)

Telefone (incl. código de país e código de área)

Fax (obrigatório) (incl. código de país e código de área)

Assine, date 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 | A | A |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

Carimbo oficial do prestador de serviços médicos

Envie este formulário no prazo de cinco dias úteis antes do início do tratamento, por um desses métodos:

E-mail: medical.services@allianzworldwidecare.com;

Fax: + 353 1 653 1780;

Correio: Medical Services Department, Allianz 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 extravaviadas por razões que estão fora de nosso controle.

Para obter mais informações, entre em contato conosco: Central de Atendimento: +353 1 645 4040. E-mail: client.services@allianzworldwidecare.com

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