

Formulário de Pedido de Reembolso

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

Lembre-se: Você deve enviar seus pedidos de reembolso dentro do prazo limite indicado em seu Guia de Benefícios, disponível em: www.allianzcare.com/pt/myhealth.html.

1 Dados do paciente

Número da apólice
Nome
Sobrenome
Endereço para correspondência
Data de nascimento D D / M M / A A A A
Telefone CÓDIGO DO PAÍS CÓDIGO DE ÁREA
E-mail
Nome do titular da apólice (caso não seja o paciente)

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 Se sim, indique abaixo a cobertura oferecida e o seu número de referência/identificação junto ao Estado.

2 Dados do requerente (caso este não seja o paciente na seção 1)

Nome
Sobrenome
Data de nascimento D D / M M / A A A A Sexo no nascimento: Feminino Masculino
E-mail

3 Dados de pagamento

Selecione uma das opções abaixo e preencha as informações necessárias.

Opção 1: Pagamento ao prestador de serviços médicos* (ex.: hospital, especialista)
(Não é necessário preencher os dados bancários para esta opção.)

Opção 2: Pagamento ao segurado

Método de pagamento preferido: Transferência bancária** (Recomendado) Cheque***
(Especifique a moeda em que deseja ser reembolsado e verifique se sua conta bancária aceita a moeda escolhida)

Opção 3: Pagamento a terceiros

Nome do titular da conta bancária como aparece no extrato bancário

Número da conta
IBAN (apenas quando necessário)****
Código do banco/da agência Código Swift/BIC****
Nome do banco
Endereço do banco

Código ABA/ACH (somente para contas dos Estados Unidos)

Endereço do beneficiário da conta nos Estados Unidos

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 os dados bancários.

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

**** Se o seu banco estiver na União Europeia ou em um país onde o número de IBAN seja requerido (como 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 Não
					Sim Não
					Sim Não
					Sim Não
					Sim Não
			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 realizado?

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 D D / M M / A A A A

Detalhes do acidente/lesão

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

Se sim, forneça os seguintes dados:

Nome da seguradora

Número da apólice

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

Se sim, forneça os seguintes dados:

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

As seções 5 e 6 devem ser preenchidas pelo médico encarregado do tratamento, a menos que suas faturas ou documentação de apoio contenham essas informações.

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 ou sintoma clínico que justificou o tratamento:

CID-9/10/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		
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 a longo prazo, consultas, check-ups, exames ou testes?		Sim	Não
Aplicável apenas em casos de gravidez:			
	D D / M M / A A A A		
Data estimada para o parto			
A expectativa é para o nascimento de um único bebê?		Sim	Não
Se a expectativa é para o nascimento de gêmeos/bebês múltiplos, a gravidez é resultado de concepção por reprodução assistida?		Sim	Não
Se você respondeu "Sim", forneça detalhes			

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.

Assinatura do médico
Data D D / M M / A A A A

Carimbo oficial do prestador dos serviços médicos

7 Seus dados pessoais

Nosso Aviso de Proteção de Dados explica como protegemos a sua privacidade e processamos seus dados pessoais. Você deve ler este aviso antes de nos enviar quaisquer dados pessoais. Para ler nosso Aviso de Proteção de Dados, visite 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, envie 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 reembolsos 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, seus representantes nomeados ou terceiros em caso de disputas, sujeito a quaisquer restrições legais que possam ser aplicadas.

Caso o paciente seja 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

9 Precisamos de seu consentimento

De acordo com a Lei de Proteção de Dados, precisamos de seu consentimento para processar suas informações médicas e pagar seus pedidos de reembolso. Se você ainda não tiver fornecido seu consentimento, faça o login na página a seguir e clique nos campos relevantes: my.allianzcare.com/myhealth/1/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 requerente, eu autorizo

INSIRA O NOME DA PESSOA NOMEADA

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



Assinatura do requerente

Nome do requerente em letras 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). 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 um destes canais:

@ E-mail: claims@allianzworldwidecare.com

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

Importante – verifique se:

- Todos os recibos, faturas e prescrições foram anexados.
- O Formulário de Pedido de Reembolso foi totalmente preenchido.
- As declarações foram assinadas e datadas.
- O diagnóstico foi confirmado e está indicado no Formulário de Pedido de Reembolso ou nas faturas.
- Os seus dados de contato ainda estão corretos (se eles foram alterados, forneça os novos dados no Formulário de Pedido de Reembolso).

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@e.allianz.com

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

Este documento é uma tradução da versão original em inglês. A versão original inglesa deste documento é a versão autoritária. Em caso de existir discrepâncias entre a 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.