

Formulário de Pedido de Reembolso para Grupos

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 Data de nascimento / /

Nome

Sobrenome

Endereço mais recente

Telefone Código do país Código de área

E-mail

2 Dados do paciente (caso este não seja o afiliado principal)

Nome

Sobrenome

Data de nascimento / /

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

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 ao lado:

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. Observe que se você optar por receber o pagamento em cheque, em alguns países é necessário que o banco seja notificado de antemão para que este libere o pagamento e transfira a quantia para a sua conta. **** 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 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. 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, incluindo a moeda	Esta fatura foi paga por você?
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>

Em que país o tratamento foi realizado?

Referente apenas para casos de gravidez: Data prevista para o parto / /

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.

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

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
---	---	---	---	---	---	---	---

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

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

Assine e autentique com um carimbo oficial.

Assinatura do médico

Data

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

Carimbo oficial do prestador dos serviços médicos

7 Legislação de proteção de dados e liberação dos registros médicos

Nestas declarações, as informações referem-se aos dados e informações pessoais enviados, 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, hospitais, clínicas, 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 do seguro. Não reteremos seus dados por tempo maior que o necessário e apenas os armazenaremos para o propósito para o qual foram obtidos.

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
---	---	---	---	---	---	---	---

8 Autorização para terceiros

Como o afiliado 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 afiliado

Data

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

Nome do afiliado 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 por um dos métodos a seguir:

Por e-mail: claims@allianzworldwidecare.com

Por fax: + 353 1 645 4033

Pelo correio para: Allianz Worldwide 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