

Formulário de Pré-Autorização

A Pré-Autorização não precisa ser enviada com antecedência em **casos de emergência**. Contudo você, seu médico, algum de seus dependentes ou um colega devem nos informar sobre a sua internação em até **48 horas do ocorrido**.

Nossa Central de Atendimento (+ 353 1 645 4040) pode receber os dados para a Pré-Autorização por telefone, **caso o tratamento esteja previsto para ser realizado no prazo de 72 horas**. Tenha em mãos o máximo de informações possível, incluindo dados de contato do seu médico.

Você também pode preencher este formulário online em: www.allianzcare.com/pt/recursos/recursos-para-segurados.html

Se você optar por preencher a versão impressa deste formulário, **PREENCHA-O EM LETRAS DE FÔRMA**.

A seção 1 deve ser totalmente preenchida pelo paciente ou em seu nome.

A seção 2 deve ser totalmente preenchida pelo médico.

Tenha em mente que:

- Enviar o formulário completamente preenchido evita atrasos na emissão da pré-autorização, pois, caso contrário, teremos de contatar você ou seu médico para adquirir as informações pendentes.
- A apólice do paciente deve estar em vigor no momento da realização do tratamento.
- 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			
Sr. ☐ Sra. ☐ Srta. ☐ Outro ☐			
Nome			
Sobrenome			
Data de nascimento	D D	/	M M
		/	A A A A
Dados de contato: indique quem devemos contatar com relação ao andamento desta Pré-Autorização			
Nome			
Grau de parentesco com o paciente (como cônjuge, parceiro(a) ou o próprio paciente)			
Telefone	CÓDIGO DO PAÍS	CÓDIGO DE ÁREA	
Celular	CÓDIGO DO PAÍS	CÓDIGO DE ÁREA	
E-mail			

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

Eu concordo em renunciar quaisquer direitos que eu possa ter sobre 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 informações sobre minha saúde, se solicitado pela Allianz, seus consultores médicos ou representantes nomeados, ou qualquer especialista terceirizado em casos de disputas, sujeito a restrições legais aplicáveis.

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 / /

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 não tiver fornecido seu consentimento, acesse 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 podem ser solicitadas. Observe que todos os membros da apólice maiores de 18 anos precisam fornecer seu próprio consentimento.

2 Dados do tratamento - Esta seção deve ser totalmente preenchida pelo prestador de serviços médicos

Caso algum tratamento adicional seja necessário, você deve nos comunicar.

Todas as faturas devem ser enviadas em até 60 dias após a data de alta do paciente. Entretanto, caso haja acordos especiais com o prestador 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 inicialmente diagnosticada

 / /

Indique a data do primeiro atendimento desse quadro

 / /

Indique a data em que o paciente começou a apresentar tal quadro ou tais sintomas

 / /

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

CID-9/10

DSM-IV

DRG

Em caso de gravidez, forneça as informações a seguir

Data de confirmação da gravidez pelo médico

 / /

Data prevista ou real para o parto

 / /

A expectativa é para o nascimento de um único bebê?

Sim ☐ Não ☐

Em caso negativo, a gravidez é resultado de concepção por reprodução assistida?

Sim ☐ Não ☐

Método planejado para o parto

Tratamento

Procedimento/tratamento planejado

Data prevista para a admissão no hospital

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/ anestesistas	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 do país e de área)

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

Nome

E-mail (obrigatório)

Telefone (incl. código do país e de área)

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

Médico que solicitou o tratamento	Médico responsável pelo atendimento/ pela internação

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

Carimbo oficial do prestador de serviços médicos

Envie este formulário de Pré-Autorização no prazo de cinco dias úteis antes do início do tratamento, por um destes canais:

E-mail: medical.services@e.allianz.com or
Correio: Medical Services Department, Allianz,
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 extraviadas por razões que estão fora de nosso controle.

Para obter mais informações, entre em contato com nossa Central de Atendimento: + 353 1 645 4040 ou pelo e-mail: 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.