

# Formulario de afiliación

Puedes **solicitar online** uno de nuestros planes médicos internacionales en [www.allianzcare.com](http://www.allianzcare.com)

**Antes de empezar, ten en cuenta lo siguiente:**

- Debes rellenar el formulario por completo y darnos toda la información importante.
- Si completas este formulario en papel, **RELLÉNALO EN MAYÚSCULAS**.
- Si ya tienes uno de nuestros planes de salud y solicitas una ampliación de cobertura o un nuevo plan, infórmalos sobre cualquier enfermedad por la que hayas pedido un reembolso desde que estás con nosotros.
- El titular de la póliza debe firmar la sección 7.
- Todos los solicitantes adultos deben firmar las secciones 8 y 11. Conforme al Reglamento General de Protección de Datos (RGPD) europeo, no podremos tramitar tu solicitud sin estas firmas. Un padre o tutor debe completar estas secciones por los solicitantes menores de 18 años.
- Todos los solicitantes adultos que quieran nombrar un agente como punto de contacto para esta póliza deben firmar la sección 9.

**Sólo por claridad...**

Verás que a menudo nos referimos a las siguientes expresiones en este formulario. Esto es lo que queremos decir:

**País de origen:** País del que tú (o tus dependientes, si se aplica) tienes un pasaporte válido o que es tu país principal de residencia.

**País principal de residencia:** País en el que tú y tus dependientes (si se aplica) residís durante al menos seis meses al año.

**Selecciona las condiciones de tu póliza marcando la casilla correspondiente:**

Condiciones de moratoria\*

Condiciones de evaluación médica completa\*\*

**\* Condiciones de moratoria**

Plazo de carencia de 24 meses a partir de la fecha de inicio o de la fecha mostrada en la sección de condiciones especiales del certificado de seguro que debe haber pasado antes de que los reembolsos por alguna enfermedad preexistente puedan ser aptos en el plan. Esto incluye la condición de evaluación CPME/CTT, anteriormente MORI. Una vez que los asegurados hayan cumplido un plazo continuo de 24 meses tras su fecha de inicio, su enfermedad preexistente puede estar cubierta, siempre que no hayan tenido síntomas, ni necesitado o recibido atención médica, medicación, dieta o consejo especiales, ni hayan tenido ninguna otra indicación de la enfermedad.

**\*\* Condiciones de evaluación médica completa**

Evaluación del riesgo de seguro basada en la información que nos das cuando solicitas la cobertura. Nuestro equipo de evaluaciones utiliza esta información para decidir las condiciones de nuestra oferta.

**Si estás solicitando una póliza con moratoria, lo siguiente no se aplica a ti, por lo que puedes saltar a la siguiente página.**

**¿Estás completando este formulario para incorporarte a una póliza de empresa existente? Indica:**

Nombre del grupo

Número del grupo

**Si ya estás incluido en la póliza de tu empresa y quieres añadir un nuevo dependiente, indica tu número de póliza:**

**Allianz Medical Expert (AME). Nuestra herramienta de evaluación médica automatizada:**

Podríamos usar una herramienta de evaluación médica automatizada para determinar si podemos darte cobertura y en qué condiciones. Esta herramienta se utiliza para tratar la información personal y médica que nos proporcionas para calcular el coste de tu cobertura médica internacional. Sin esta información no podemos calcular la prima del seguro que se ajusta a tus necesidades.

Evaluamos regularmente el modo en que funciona nuestra herramienta para garantizar que seguimos ofreciéndote una evaluación justa. Esta evaluación se basa en los planes que seleccionas y en la información personal y médica que nos das en esta solicitud.

**Permiso para automatizar las decisiones de evaluación**

Al marcar esta casilla aceptas que Allianz Care puede utilizar una herramienta de evaluación médica automatizada para evaluar tus datos personales y de salud para tomar la decisión de evaluación sobre los riesgos a asegurar. Esto se hace conforme a las directrices del RGPD sobre el tratamiento de datos usando una herramienta de evaluación médica automatizada.

Una vez que se ha tomado la decisión de evaluación automatizada, tienes derecho a solicitar que reconsideremos nuestra decisión, lo que implicará una revisión por parte de nuestro equipo de evaluación médica. Si quieres ejercer este derecho ponte en contacto con nosotros en [underwriting@e.allianz.com](mailto:underwriting@e.allianz.com)

**Qué pasa después:**

- Una vez que nos hayas enviado tu solicitud, nuestro equipo de evaluación médica revisará los detalles.
- Si nos has informado sobre alguna enfermedad, podríamos pedirte más información. Entonces evaluaremos la información y te responderemos con una decisión lo antes posible.
- Si alguna de las personas que solicita cobertura está recibiendo atención dental, asegúrate de rellenar el cuestionario dental. Puede descargarse de nuestra página web: [www.allianzcare.com/es/personal/formulario-de-solicitud-de-afiliacion-para-planes.html](http://www.allianzcare.com/es/personal/formulario-de-solicitud-de-afiliacion-para-planes.html)

**1 Datos del solicitante** (el solicitante será el titular de la póliza)

Tus datos de contacto también se utilizarán para comunicarnos contigo sobre cosas importantes con respecto a tu póliza. Debes decirnos si tus datos de contacto cambian en el futuro, para garantizar que la correspondencia te sigue llegando.

Consideraremos a los solicitantes de cobertura hasta el día antes de su 76 cumpleaños si solicitan una póliza con evaluación médica completa, o hasta el día antes de su 65 cumpleaños si solicitan una póliza con moratoria.

Sr.  Srta.  Sra.  Otro

Nombre

Apellidos

Fecha de nacimiento  DD /  MM /  AAAA Género asignado al nacer: Hombre  Mujer

País de origen

Nacionalidad

País principal de residencia

Número fiscal (obligatorio para las personas que residen en España, Italia y Portugal)

Dirección completa en el país principal de residencia (obligatorio)

Teléfono principal PREFIJO INTERNACIONAL  PREFIJO LOCAL

Teléfono alternativo PREFIJO INTERNACIONAL  PREFIJO LOCAL

Correo electrónico (obligatorio, en mayúsculas)

Ocupación (obligatorio, si eres un estudiante indicalo)

**Detalles de tu actual cobertura sanitaria local o internacional:**

Nombre de la aseguradora

Número de póliza

Fecha de inicio  DD /  MM /  AAAA

**¿En qué idioma deseas recibir la documentación de tu póliza:**

- Español  Inglés  Francés  Alemán  Italiano  Portugués

## 2 Datos de tus dependientes

Puedes añadir dependientes a tu póliza. Los dependientes son tu cónyuge/pareja y los hijos que dependen económicamente de ti hasta el día antes de su 18 cumpleaños, o hasta el día antes de su 26 cumpleaños si estudian a tiempo completo. Si tienen entre 18 y 25 años y estudian a tiempo completo, adjunta una carta de la universidad/colegio confirmando su condición de estudiante o una copia de su tarjeta de estudiante. Consideraremos a los adultos dependientes para la cobertura hasta el día antes de su 76 cumpleaños para las pólizas con evaluación médica completa, o hasta el día antes de su 65 cumpleaños para las pólizas con moratoria.

Si no tienes espacio para todos los dependientes, utiliza otro formulario y asegúrate de que todos los consentimientos y declaraciones correspondientes están firmados.

	Dependiente 1	Dependiente 2	Dependiente 3
Relación con el solicitante	Cónyuge/Pareja <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/>	Cónyuge/Pareja <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/>	Cónyuge/Pareja <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/>
Nombre			
Apellidos			
Fecha de nacimiento	<input type="text" value="DD"/> / <input type="text" value="MM"/> / <input type="text" value="AAAA"/>	<input type="text" value="DD"/> / <input type="text" value="MM"/> / <input type="text" value="AAAA"/>	<input type="text" value="DD"/> / <input type="text" value="MM"/> / <input type="text" value="AAAA"/>
Género asignado al nacer	Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/>	Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/>	Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/>
Ocupación (obligatorio, si eres un estudiante indícalo)			
Correo electrónico (obligatorio para dependientes mayores de 18 años)			
País de origen			
País principal de residencia			
Nacionalidad			

### Datos de otros seguros médicos locales o internacionales en vigor

Nombre de la aseguradora actual (si procede)			
Número de póliza actual (si procede)			

## 3 Fecha de inicio de tu cobertura

¿A partir de qué fecha necesitas cobertura?  /  /

Recibirás la confirmación de que tu solicitud de cobertura ha sido aceptada cuando te enviemos el certificado de seguro. Tu cobertura es válida desde la fecha de inicio indicada en el certificado.

## 4 Datos del plan (no necesitas completar esta sección si solicitas la afiliación a un plan colectivo)

### Selecciona tu área geográfica de cobertura:

El área de cobertura está sujeta a las condiciones generales completas indicadas en la guía de prestaciones.

Mundial

Mundial excepto los EE.UU.

África

Después, selecciona el plan principal y cualquier plan opcional que necesites para tu póliza. Los planes opcionales solo pueden contratarse junto a un plan principal, no pueden contratarse por separado. Puedes encontrar todos los detalles de los planes siguientes en la tabla de prestaciones y la guía de prestaciones.

### Selecciona el plan principal

	Care Pro	Care Plus	Care
Titular de la póliza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Si seleccionas Care, este plan principal y cualquier plan opcional que selecciones se aplicarán a todas las personas incluidas en tu póliza.
Si seleccionas Care Pro o Care Plus, puedes seleccionar el mismo plan principal para todos tus dependientes (si los hay) o puedes elegir entre Care Pro o Care Plus para cada dependiente:			
Dependiente 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dependiente 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dependiente 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	



## Selección de los copagos de tu plan ambulatorio

Sólo puedes seleccionar un copago del plan ambulatorio o una franquicia del plan principal, pero no ambos. Si seleccionas un copago, este se aplicará por persona y por año de seguro. Además, la prima se indica en números enteros (sin los céntimos), por lo tanto los porcentajes de descuento pueden resultar ligeramente más altos o más bajos que los indicados a continuación.

Copagos del plan ambulatorio opcionales		Descuento
Sin copago	<input type="checkbox"/>	0%
10% copago, max. 1.255 £/1.480 €/2.000 US\$/1.925 CHF	<input type="checkbox"/>	12%
20% copago, max. 2.461 £/2,962 €/4.000 US\$/3.861 CHF	<input type="checkbox"/>	24%
30% copago, max. 3.076 £/3.705 €/5.000 US\$/4.815 CHF	<input type="checkbox"/>	35%

## 5 Enfermedades preexistentes

### Si solicitas una póliza con evaluación médica completa:

Las enfermedades preexistentes son enfermedades en las que han aparecido uno o más síntomas en algún momento de tu vida o la de tus dependientes. Esto se aplica independientemente de que tú o tus dependientes hayáis visto un médico o recibido atención médica.

Consideraremos una enfermedad preexistente si podemos determinar que tú o tus dependientes teníais conocimiento sobre ella. Tu póliza cubrirá las enfermedades preexistentes, a menos que te digamos lo contrario por escrito.

También consideraremos preexistente cualquier enfermedad que aparezca entre la fecha en que completas el formulario de afiliación y la posterior de las siguientes:

- La fecha de emisión de tu certificado de seguro
- La fecha de inicio de tu póliza

Las enfermedades preexistentes estarán sujetas a evaluación médica y, en caso de no declararse, no se cubrirán. Por lo tanto, es importante que en los períodos descritos anteriormente, nos informes si se produce algún cambio en tu estado de salud y el de tus dependientes o de cualquier hecho sustancial (hechos que puedan influir en nuestra evaluación y aceptación de esta solicitud). Además, deberás darnos más información si te la pedimos.

Si ya tienes uno de nuestros planes de salud y solicitas una ampliación de cobertura o una nueva póliza, infórmanos sobre cualquier enfermedad por la que hayas pedido un reembolso desde que estás con nosotros.

### Si solicitas una póliza con moratoria:

Como estás solicitando una póliza con las condiciones de la moratoria, queremos aclarar las condiciones y los procedimientos que se aplicarán a la cobertura de la moratoria. Asegúrate de leer la definición siguiente, que resume cómo funcionará la moratoria (las condiciones generales completas se recogen de forma detallada en la guía de prestaciones).

Moratoria (MORI): plazo de carencia de 24 meses a partir de la fecha de inicio o de la fecha mostrada en la sección de condiciones especiales de tu certificado de seguro que debe haber pasado antes de que los reembolsos por cualquier enfermedad preexistente puedan ser aptos en el plan.

Tu reembolso no se pagará si está relacionado con una enfermedad preexistente, si una o más de las siguientes condiciones se han aplicado en el período de 24 meses anteriores a tu fecha de inicio (o la fecha que aparece en tu certificado de seguro):

- Podía preverse razonablemente que la enfermedad ocurriría después de tu fecha de inicio.
- La enfermedad se mostró claramente.
- Tenías signos o síntomas de la enfermedad.
- Pediste consejo sobre la enfermedad.
- Recibiste atención médica para la enfermedad.
- Hasta donde sabes, eras consciente de que tenías la enfermedad.

Una vez que hayas cumplido un plazo continuo de 24 meses tras tu fecha de inicio, podemos cubrir tu enfermedad preexistente, siempre que no hayas tenido síntomas, ni necesitado o recibido atención médica, medicación, dieta especial o consejo, ni hayas tenido ninguna otra indicación de la enfermedad.

## 6 Tu salud

Responde a las siguientes preguntas sobre tu historial médico completo y el de tus dependientes. Debes declarar todos los hechos sustanciales (hechos que pueden influirnos al evaluar y aceptar esta solicitud). Si no estás seguro de que un hecho sea sustancial, decláralo de todas formas. No declarar todos los hechos sustanciales puede invalidar la póliza.

Esta declaración de salud es válida durante dos meses a partir de la fecha en la que completas y firmas el formulario.

Solicitante	Dependiente 1	Dependiente 2	Dependiente 3
Estatura [ ][ ] cm	[ ][ ] cm	[ ][ ] cm	[ ][ ] cm
Peso [ ][ ] kg	[ ][ ] kg	[ ][ ] kg	[ ][ ] kg
<p>Importante: sólo si solicitas una póliza con moratoria, no necesitas completar el resto de esta sección 6 y puedes saltar a la sección 7.</p>			
<p>¿Has consumido alguna forma de tabaco durante el último año? En caso afirmativo, ¿cuánto por día de media?</p> <p>1 cigarrillo = 1 unidad, 1 puro de tamaño medio = 2 unidades, 1 gramo de tabaco de liar = 2 unidades, 1 pipa = 2, 5 unidades, 10 mg de cigarrillo electrónico = 1 unidad, si no has fumado selecciona NO.</p>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
[ ][ ] por día	[ ][ ] por día	[ ][ ] por día	[ ][ ] por día
<p>¿Bebes alcohol?</p> <p>En caso afirmativo, ¿cuántas unidades de alcohol consumes por semana?</p> <p>(1 copa = 1 unidad, 1 cerveza de 250 ml = 1 unidad, 1 vaso de vino = 1 unidad, en caso negativo introduce «cero»)</p>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
[ ][ ] por semana	[ ][ ] por semana	[ ][ ] por semana	[ ][ ] por semana

### ¿Alguna de las personas incluidas en esta solicitud ha estado enferma alguna vez, ha estado en el hospital, se ha hecho pruebas o ha recibido tratamiento por alguna de las siguientes enfermedades?

- a) **Enfermedades o trastornos cardíacos o circulatorios**, como por ejemplo infarto, enfermedad coronaria, enfermedad vascular, arritmia, soplo, dolor en el pecho, coágulos, trastornos de la sangre, tensión arterial anormal, colesterol alto, etc. Sí  No
  - b) **Enfermedades o trastornos dermatológicos**, como por ejemplo psoriasis, dermatitis, eczema, alergia, acné, etc. Sí  No
  - c) **Enfermedades o trastornos endocrinos**, como por ejemplo diabetes, pancreatitis, problemas de peso, gota, problemas de tiroides, otros desequilibrios hormonales, etc. Sí  No
  - d) **Enfermedades o trastornos de los ojos, los oídos, la nariz y la garganta**, como por ejemplo cataratas, glaucoma, desprendimiento de retina, pérdida auditiva, infecciones de oído, problemas de los senos paranasales, amígdalas, adenoides, miopía con niveles mayores de -6, etc. Sí  No
  - e) **Enfermedades o trastornos gastrointestinales**, como por ejemplo problemas de estómago, hernia, hemorroides, cálculos biliares, pólipos en el colon, enfermedad de Crohn, colitis, problemas de hígado, etc. Sí  No
  - f) **Enfermedades o trastornos virales o infecciosos**, como por ejemplo hepatitis A/B/C, herpes, VIH, SARS-CoV-2/Covid-19, malaria, meningitis, infecciones de la sangre, enfermedades de transmisión sexual, etc. Sí  No
  - g) **Enfermedades o trastornos musculares o esqueléticos**, como por ejemplo dolor de espalda, cuello o articulaciones, artritis, fibromialgia, prótesis de articulación, problemas de cartilago y ligamentos, síndrome del túnel carpiano, etc. Sí  No
  - h) **Enfermedades o trastornos neurológicos**, como por ejemplo accidente cerebrovascular, esclerosis múltiple, epilepsia, trastornos neurodegenerativos, parálisis, convulsiones, migraña, Alzheimer, otra forma de demencia, etc. Sí  No
  - i) **Enfermedades o trastornos oncológicos**, como por ejemplo cualquier tipo de cáncer, leucemia, linfomas, tumores, lesiones en la piel, bultos, quistes, lunares, pólipos, nevus, etc. Sí  No
  - j) **Trastornos psiquiátricos o psicológicos**, como por ejemplo trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDHA), trastorno del espectro autista, depresión, ansiedad, síndrome de fatiga crónica, trastornos alimentarios, trastorno obsesivo-compulsivo, trastornos fóbicos, problemas de alcohol y drogas, etc. Sí  No
  - k) **Enfermedades o trastornos respiratorios o de pulmón**, como por ejemplo enfermedad pulmonar obstructiva crónica, sarcoidosis, asma, bronquitis, sinusitis, disnea, alergia, etc. Sí  No
  - l) **Enfermedades o trastornos urológicos o reproductivos**, como por ejemplo problemas renales o del tracto urinario, trastornos menstruales, problemas de fertilidad, mioma, endometriosis, problemas testiculares o de próstata, etc. Sí  No
  - m) **Enfermedades o trastornos congénitos**, presentes en o antes del nacimiento, como por ejemplo hiperplasia suprarrenal, fibrosis quística, síndrome de Down, hemofilia, defectos cardíacos, enfermedad de Huntington, síndrome de Klinefelter, síndrome de Marfan, malformaciones y espina bífida, etc.. Sí  No
- NO declares resultados de ninguna prueba genética (ADN o ARN), ya que no se requieren para el proceso de evaluación médica.
- n) **Accidentes, lesiones u otras enfermedades o trastornos** que no se hayan declarado anteriormente. Sí  No

### Dinos si tú o tus dependientes:

- a) Estás tomando actualmente medicamentos prescritos o de venta libre o estás recibiendo algún tratamiento. Sí  No
- p) Estás esperando una revisión médica, se os han ordenado pruebas o exámenes, estás esperando los resultados de alguna prueba o algún tratamiento debido a un accidente, lesión, enfermedad o trastorno. Sí  No
- q) Os han hecho algunas pruebas o investigaciones en los últimos 10 años, que hayan resultado en la derivación para más asesoramiento o atención médica, como por ejemplo biopsia, colonoscopia, colposcopia, TAC, mamografía, resonancia magnética, prueba de Papanicolaou, prueba del antígeno prostático específico (PSA), ecocardiograma, ecografía, etc. Sí  No

NO declares resultados de ninguna prueba genética (ADN o ARN), ya que no se requieren para el proceso de evaluación médica.

r) En los últimos 2 años habéis experimentado síntomas o dolencias médicas recurrentes o en curso NO relacionadas con una enfermedad ya declarada como por ejemplo:

Sí  No

- Fiebre (39,4°C/103°F o superior) o tos continuada
- Falta de aire
- Voz ronca o afonía
- Dolor de cabeza severo/en curso
- Lunar o marca de la piel que ha sangrado, cambiado o duele
- Hormiguelo
- Visión borrosa o doble
- Pérdida repentina de peso
- Sangrado por el recto, cambio en los hábitos intestinales o en la frecuencia de la orina
- Pérdida de la sensibilidad, ataques, pérdida de consciencia
- Sangrado anormal
- Dolor/rigidez en las articulaciones

s) En los últimos 30 días, ¿se os ha recomendado o habéis decidido confinaros?

Sí  No

**Contesta la siguiente pregunta solamente si vas a contratar cobertura dental.**

t) ¿Alguna de las personas incluidas en esta solicitud se está sometiendo o ha recibido la recomendación de someterse a tratamiento dental, cirugía dental, prótesis dental, ortodoncia o periodoncia?

Sí  No

En caso afirmativo, por favor completa nuestro cuestionario dental. Lo encontrarás aquí:  
[www.allianzcare.com/es/personal/formulario-de-solicitud-de-afiliacion-para-planes.html](http://www.allianzcare.com/es/personal/formulario-de-solicitud-de-afiliacion-para-planes.html)

**Información adicional para las respuestas afirmativas**

Si has contestado "Sí" a alguna de las anteriores preguntas de a) a t), indica los detalles en la siguiente tabla. Dinos si tú o tus dependientes os habéis recuperado totalmente de la enfermedad en cuestión o si tenéis alguna otra enfermedad o complicación como consecuencia del diagnóstico original. Adjunta documentación médica de referencia o resultados de pruebas si es posible.

Pregunta	Nombre de la persona afectada por la enfermedad	Diagnóstico. Si es posible indica la parte del cuerpo afectada (por ejemplo brazo izquierdo, pie derecho)	Fecha exacta de la aparición de la enfermedad	Frecuencia y gravedad de los síntomas	Fecha de los últimos síntomas	Resultados de las pruebas (incluye las fechas, resultados y diagnóstico)	Tratamiento pasado y en curso (incluye el nombre, la dosis y la frecuencia de uso de la medicación e indique las fechas de inicio del tratamiento, con frecuencia era necesario y cuándo terminó)	Estado actual (complicaciones, recuperación completa, recurrente o en curso)

Si no hay suficiente espacio en la tabla, utiliza otro formulario






## 9 Designación del agente (si se aplica)

Autorizo a \_\_\_\_\_


INSERTAR NOMBRE DEL AGENTE

Sólo para uso interno - Datos y sello del agente


para actuar en mi nombre en la administración de esta póliza. Esto podría incluir la divulgación de información médica sensible. Esta autorización seguirá vigente hasta que yo le solicite por escrito a Allianz Care su anulación.

 Firma del solicitante

D D / M M / A A A A

 Firma del dependiente 1

D D / M M / A A A A

 Firma del dependiente 2

D D / M M / A A A A

 Firma del dependiente 3

D D / M M / A A A A

## 10 Tus datos personales

Nuestro aviso sobre protección de datos explica cómo protegemos tu privacidad. Es un aviso importante que describe cómo trataremos tu información personal. Debes leerlo antes de enviarnos cualquier dato personal. Para leer nuestro aviso sobre protección de datos, visita [www.allianzcare.com/es/privacidad.html](http://www.allianzcare.com/es/privacidad.html)

También puedes llamarnos al número +353 1 630 1304 para solicitar una copia impresa de nuestro aviso sobre protección de datos. Si tienes preguntas sobre cómo usamos tus datos personales, puedes escribirnos en cualquier momento a [AP.EU1DataPrivacyOfficer@allianz.com](mailto:AP.EU1DataPrivacyOfficer@allianz.com)

## 11 Consentimiento sobre datos

Necesitamos tu consentimiento para obtener y tratar tu información médica y otros datos personales. Si no das tu consentimiento explícito, podría sernos imposible ofrecerte la póliza o tramitar reembolsos a los que tengas derecho. Si aceptas, trataremos tus datos para los siguientes fines y actividades.


Para los afiliados menores de 18 años un padre o tutor deberá cumplimentar el consentimiento.

**Yo (el solicitante), y los dependientes nombrados a continuación estamos de acuerdo con lo siguiente:**


Nombre del solicitante	Nombre del dependiente 1	Nombre del dependiente 2	Nombre del dependiente 3

- **Permiso para obtener, almacenar y utilizar mi información clínica:** Allianz Care puede obtener, almacenar y utilizar mi información clínica para administrar la póliza, por ejemplo para darme un presupuesto para una póliza de seguro, evaluar el riesgo de seguro o tramitar reembolsos. Allianz Care puede almacenar mi información clínica de conformidad con el Código del Consumidor de la ley aplicable a esta póliza de seguros o con cualquier otra ley aplicable que requiera la conservación de los datos.
- **Permiso para obtener mis datos de terceros.** Para proporcionarme la cobertura del seguro, evaluar los riesgos que van a asegurarse o tramitar reembolsos, Allianz Care puede obtener mi información clínica y otros datos de médicos, enfermeros y personal sanitario, otras instituciones médicas, residencias, sanidad pública, el pagador de mi plan, asociaciones de profesionales y autoridades públicas. Acepto liberar a todos los particulares de estas instituciones y de Allianz Care de sus respectivas obligaciones en cuanto a confidencialidad en relación con mi información clínica y otros datos que tengan que compartir y utilizar para los fines mencionados anteriormente.
- **Compartir mis datos fuera de Allianz Care.** Allianz Care puede compartir mi información clínica y otros datos con los expertos o instituciones que figuran a continuación. Solo podrán utilizar los datos en el mismo grado y con los mismos fines que Allianz Care. Entiendo que Allianz Care tiene acuerdos con estas instituciones para proteger mis datos. Acepto liberar a todos los particulares de estas instituciones y de Allianz Care de sus respectivas obligaciones en cuanto a confidencialidad en relación con mi información clínica y otros datos que tengan que compartir y utilizar para los fines mencionados a continuación:
  - Con expertos médicos independientes para permitirles evaluar el riesgo de seguro y las prestaciones que se me deben abonar a mí o al tercero que ha proporcionado la atención médica o servicio, bajo mi póliza de seguro.
  - Con proveedores de servicios ajenos al Grupo Allianz de compañías que realizan determinados servicios en nombre de Allianz Care, tales como evaluación de riesgos y gestión de reembolsos, cuando:
    - Estos servicios incluyen la obtención y uso de mi información clínica y otros datos, y
    - Allianz Care no puede administrar mi póliza ni pagar los reembolsos que se me deben sin esos datos.
  - Con coaseguradoras para distribuir la cobertura del riesgo de seguro conjuntamente con otras empresas a las que la aseguradora emite la póliza, y para gestionar reembolsos conjuntamente.
  - Con otras aseguradoras y reaseguradoras que pueden cubrir el mismo riesgo de seguro al mismo tiempo (seguro múltiple) para:
    - distribuir el pago de cualquier indemnización que se me pueda deber, o
    - colaborar en la detección o prevención del fraude y la delincuencia financiera.

**Si cambio de opinión sobre mis preferencias, incluyendo revocar mi consentimiento sobre algunos de los puntos mencionados, puedo avisar a Allianz Care escribiendo a [AP.EU1DataPrivacyOfficer@allianz.com](mailto:AP.EU1DataPrivacyOfficer@allianz.com)**

 Firma del solicitante


D D / M M / A A A A

 Firma del dependiente 1

D D / M M / A A A A

 Firma del dependiente 2

D D / M M / A A A A

 Firma del dependiente 3

D D / M M / A A A A

## 12 Preferencias de marketing

Yo (el solicitante) y mis dependientes aceptamos que Allianz Care pueda obtener, utilizar y divulgar mis datos personales para proporcionarme información de marketing. Entiendo que mis datos personales solamente se utilizarán para los siguientes fines y actividades, que he aceptado expresamente marcando las siguientes casillas.

Nombre del solicitante	Nombre del dependiente 1	Nombre del dependiente 2	Nombre del dependiente 3
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Información que Allianz Care envíe sobre sus productos y servicios, incluyendo actualizaciones sobre sus últimas promociones y nuevos productos y servicios.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Información enviada directamente por otras empresas del Grupo Allianz sobre sus productos y servicios. Entiendo que les revelarán mis datos de contacto con este fin.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Información enviada directamente por empresas asociadas a Allianz Care sobre sus productos y servicios. Entiendo que les revelarán mis datos de contacto con este fin.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Estas comunicaciones se me deberán enviar por los siguientes medios:

Correo electrónico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Notificaciones en la aplicación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Teléfono	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Correo postal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 12 Datos de pago

No necesitas completar esta sección si estás solicitando la afiliación como parte de un plan colectivo y tu empresa paga la prima.

Por favor, no hagas ningún pago hasta que recibas tu número de póliza.

### Divisa del pago

Por favor indica la moneda en la que deseas pagar la prima

Euro	<input type="checkbox"/>
Libra esterlina (GBP)	<input type="checkbox"/>
Franco suizo (CHF)	<input type="checkbox"/>
Dólares estadounidenses	<input type="checkbox"/>

Puedes domiciliar el pago desde cuentas de la UE en euros (EUR), pero no en libras esterlinas (GBP) ni dólares estadounidenses (USD).

### Forma y frecuencia de pago

Los pagos están sujetos a los siguientes recargos de administración: 0% para pago anual, 3% para pagos semestrales, 4% para pagos trimestrales y 5% para pagos mensuales.

Selecciona la forma y la frecuencia de pago

	Anual	Semestral	Trimestral	Mensual
Domiciliación* (Para pagos en euros desde cuentas de la UE)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tarjeta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trasferencia bancaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	No disponible

\*Si decides pagar por domiciliación bancaria, completa y envía la autorización correspondiente, disponible en: [www.allianzcare.com/es/personal/formulario-de-solicitud-de-afiliacion-para-planes.html](http://www.allianzcare.com/es/personal/formulario-de-solicitud-de-afiliacion-para-planes.html).

Si estás afiliado a un plan colectivo y quieres pagar tu prima por domiciliación, deberás seleccionar la frecuencia de pago mensual.

## Envía este formulario debidamente completado:

@ Correo electrónico: [underwriting@e.allianz.com](mailto:underwriting@e.allianz.com)


🏠 Correo postal: Allianz Care  
15 Joyce Way  
Park West Business Campus  
Nangor Road  
Dublín 12, Irlanda

Si tienes alguna pregunta sobre este formulario o el proceso de afiliación, ponte en contacto con nuestra línea de asistencia: **+353 1 630 1304**

 [www.facebook.com/AllianzCare/](https://www.facebook.com/AllianzCare/)

 [www.linkedin.com/company/allianz-care](https://www.linkedin.com/company/allianz-care)

 [www.youtube.com/c/allianzcare](https://www.youtube.com/c/allianzcare)

 [www.instagram.com/allianzcare/](https://www.instagram.com/allianzcare/)

 [www.x.com/AllianzCare](https://www.x.com/AllianzCare)

 [www.tiktok.com/@allianzcare](https://www.tiktok.com/@allianzcare)