

# Formulario de reclamación

Complete este formulario en MAYÚSCULAS. Para su comodidad, este formulario también está disponible en nuestra página web: <https://www.allianzcare.com/es/recursos/recursos-para-los-afiliados/formularios-de-solicitud-de-reembolso.html>

## 1 Datos del asegurado principal

Número de póliza

Nombre

Apellidos

Fecha de nacimiento  DD /  MM /  AAAA

Dirección para la correspondencia

Número de teléfono  PREFIJO INTERNACIONAL   PREFIJO LOCAL

Correo electrónico

## 2 Datos del paciente (si es diferente del asegurado principal)

Nombre

Apellidos

Fecha de nacimiento  DD /  MM /  AAAA Sexo: Hombre  Mujer

## 3 Datos de pago

**Opción 1:** pago al proveedor médico (por ejemplo hospital, especialista, etc.)\*  (No hacen falta los datos bancarios si marca esta opción)

**Opción 2:** pago al titular de la póliza  (Los pagos de la "Opción 2" sólo pueden hacerse por cheque o transferencia al titular de la póliza.)

Método de pago preferido: Transferencia bancaria\*\*  Cheque\*\*\*

Indique la divisa en la que desea recibir el reembolso (y asegúrese de que su cuenta la acepta).

Si no podemos reembolsar en la divisa local le pagaremos en US\$.\*\*\*\*

Nombre del titular de la cuenta bancaria, tal como aparece en el extracto del banco

Número de la cuenta

IBAN (cuando sea necesario)\*\*\*\*\*

Código Sort / código de sucursal  Código SWIFT\*\*\*\*\*

Nombre del banco

Código ABA o ACH (para bancos estadounidenses solamente)

Dirección del beneficiario de la cuenta en los EE.UU.

Dirección del banco

Si en su país se requieren datos adicionales (por ejemplo: código de la agencia, número de identificación fiscal) para hacer transacciones internacionales, por favor indíquelos a continuación:

Código BIC/Swift del banco corresponsal (si se aplica)

\* Si no ha pagado a su proveedor médico.

\*\* Para transferencias, proporcione los datos del banco.

\*\*\* Los cheques a pagar al titular de la póliza se enviarán a la dirección para correspondencia indicada en la sección 1. Si elige el pago por cheque, tenga en cuenta que en algunos países puede necesitar decirle a su banco que libere el cheque y transfiera el dinero a su cuenta.

\*\*\*\* Cuando solicite el reembolso en una divisa extranjera, nos reservamos el derecho a elegir qué tipo de cambio aplicar.

\*\*\*\*\* Si su banco se encuentra en la UE, o si su país requiere código IBAN (por ejemplo Catar, Arabia Saudí, Angola, Túnez o Turquía), indique ambos códigos IBAN y BIC/Swift para facilitar el pago.

## 4 Datos de la solicitud

Por favor, complete la siguiente tabla con los datos de cada factura o recibo. Asegúrese de incluir la cantidad facturada. Si su factura/recibo no incluye el diagnóstico/razón médica, asegúrese de proporcionar la siguiente información. Si no tiene suficiente espacio en la tabla, continúe en otra hoja.

Descripción del gasto/atención médica	Diagnóstico/enfermedad	Nombre del proveedor médico	Cantidad facturada	Divisa de la factura	¿Ha pagado usted esta factura?
					Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
					Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
					Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
					Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
					Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
					Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
					Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
				<b>Gastos totales</b>	
(El total mostrado solamente es exacto cuando todas las facturas están en la misma divisa; si introduce gastos en distintas divisas, ignore el total mostrado)					

En qué país recibió la atención médica?

¿Este reclamo es resultado de un accidente o lesión/enfermedad relacionados con el trabajo? Sí  No

Si ha contestado "Sí", proporcione más información

*Si este reclamo es resultado de un accidente o una lesión/enfermedad relacionados con el trabajo y usted tiene alguna otra póliza de seguro, por ejemplo seguro de coche, o si ha solicitado a terceros el reembolso de los gastos ocasionados o ha entablado algún pleito para recobrar los gastos, proporcione más detalles en un documento aparte.*

**Las secciones 5 y 6 deben completarse por el médico, salvo cuando las facturas anexas contengan ya la información sobre el diagnóstico y la naturaleza del tratamiento recibido.**

## 5 Datos del proveedor médico

Nombre del médico o especialista

Acreditación/títulos

Nombre del hospital o clínica

Dirección

Número de teléfono  PREFIJO INTERNACIONAL  PREFIJO LOCAL

Fax  PREFIJO INTERNACIONAL  PREFIJO LOCAL

Correo electrónico

**Sólo para reclamos de fisioterapia o psicoterapia. Indique los datos de la derivación:**

Nombre del médico que pidió la derivación

Número de teléfono  PREFIJO INTERNACIONAL  PREFIJO LOCAL

Fecha de la derivación   /   /



