

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"/> |
| | | | | Gastos totales | |
| (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 / /

