

# SOLICITUD DE REEMBOLSO PARA PROVEEDORES MÉDICOS

Puede descargar más copias de este formulario (PDF editable) desde nuestra página web:

<https://www.allianzcare.com/es/proveedores-medicos/proceso-de-pago-directo.html>

Si completa el formulario a mano, hágalo en **MAYÚSCULAS**.

## 1 DATOS DEL PACIENTE

Número de póliza

Nombre

Apellidos

Fecha de nacimiento  /  /

Dirección para la correspondencia

Teléfono PREFIJO INTERNACIONAL  PREFIJO LOCAL

Correo electrónico

## 2 INFORMACIÓN MÉDICA

Tipo de enfermedad: Aguda  Crónica  Episodio agudo de enfermedad crónica

Indique la información completa sobre los síntomas y enfermedades para los que se requirió la atención médica:

Código ICD9/10 o DSM-IV

Información completa sobre los síntomas y enfermedades

¿En qué fecha el paciente **acudió a usted** con estos síntomas por primera vez?  /  /

¿Cuándo los síntomas fueron **evidentes para el paciente** por primera vez?  /  /

¿El paciente ha sufrido otras veces de la misma enfermedad en el pasado? Sí  No

Si ha contestado "Sí", ¿cuándo?  /  /

¿Sabe si el paciente ha recibido atención médica en el pasado para esta enfermedad o para enfermedades relacionadas? Sí  No

Si ha contestado "Sí", proporcione más información

¿Es probable una recaída? Sí  No

¿El paciente necesita rehabilitación? Sí  No

¿Es permanente? Sí  No

¿El paciente necesita cuidados, consultas, revisión o pruebas a largo plazo? Sí  No

Indique el número de la garantía de pago directo (si se aplica) relativa a la atención médica detallada en este formulario:

### Solamente en caso de embarazo:

Fecha prevista del parto  /  /

¿La paciente espera a un solo bebé? Sí  No

Si la paciente espera a gemelos o múltiples bebés, ¿el embarazo es el resultado de reproducción asistida? Sí  No

Si ha contestado "Sí", proporcione más información

### Solamente en caso de fisioterapia o psicoterapia. Proporcione información completa sobre la derivación médica:

Nombre del médico que pidió la derivación

Teléfono PREFIJO INTERNACIONAL  PREFIJO LOCAL

Fecha de la derivación  /  /

Firme, feche y selle el formulario.

 Firma del médico

Fecha  /  /

Sello oficial del proveedor médico

### 3 NOS IMPORTA LA PROTECCIÓN DE SUS DATOS PERSONALES

Nuestro aviso sobre protección de datos explica cómo protegemos su privacidad. Es un aviso importante que describe cómo trataremos su información personal y que debería leer antes de enviarnos datos personales. Para leer nuestro aviso sobre privacidad visite <https://www.allianzcare.com/es/privacidad.html>


También puede llamarnos al número +353 1 630 1304 para solicitar una copia impresa de nuestro aviso sobre protección de datos. Si tiene alguna pregunta sobre cómo utilizamos su información personal, puede escribirnos a [AWC.DataPrivacyOfficer@allianz.com](mailto:AWC.DataPrivacyOfficer@allianz.com)

### 4 DECLARACIÓN

Certifico que, según mi leal saber y entender, este formulario de solicitud de reembolso no contiene ninguna información falsa, engañosa o incompleta. Entiendo que si se descubre que esta solicitud es fraudulenta, total o parcialmente, el contrato se cancelará con efecto a partir de la fecha en que se descubra el fraude y podría ser demandado en juicio.

Renuncio a mi derecho de privacidad con respeto a la información de mi historial médico. Autorizo a mi médico, profesional de la salud o centro médico a comunicar cualquier información médica sobre mí, si la solicita Allianz Care, sus asesores médicos o sus representantes o a expertos externos en caso de disputas, sujeto a cualquier restricción legal que se pueda aplicar.

Si el paciente es menor de edad, uno de sus padres o el tutor deben firmar y fechar esta sección.

 Firma del paciente

Fecha   /   /

 **Importante** – por favor, compruebe que:

- ha adjuntado todos los recibos, facturas y recetas médicas;
- ha completado el formulario por entero (y ha indicado el número de garantía de pago directo, si se aplica);
- ha firmado y fechado las secciones 2 y 4;
- ha indicado el diagnóstico en el formulario o en las facturas.

**Por favor, envíe el formulario debidamente completado junto a las facturas originales (no se aceptan copias) a la siguiente dirección:**

Departamento de Reembolsos (Claims Department), Allianz Care, 15 Joyce Way,  
Park West Business Campus, Nangor Road, Dublín 12, Irlanda.

Le aconsejamos guardar copias de toda la correspondencia que mantenga con nosotros. No podemos considerarnos responsables por no recibir la correspondencia cuando las causas sean ajenas a nuestro control.

Si tiene alguna pregunta, póngase en contacto con nuestra línea de asistencia:

+353 1 630 1304 o [client.services@allianzworldwidecare.com](mailto:client.services@allianzworldwidecare.com)

El listado actualizado de nuestros números gratuitos está disponible en: <https://www.allianzcare.com/es/pages/toll-free-numbers.html>