

# FORMULÁRIO DE PEDIDO DE REEMBOLSO PARA PROVEDORES MÉDICOS

Para a sua conveniência este formulário (versão editável em PDF) está disponível no nosso site:

<https://www.allianzcare.com/pt/recursos/recursos-para-provedores-medicos.html>

Se preferir preencher o formulário à mão, utilize **LETRA DE FÔRMA**.

## 1 DADOS DO PACIENTE

Número da apólice

Nome

Sobrenome

Data de nascimento  /  /

Endereço

Telefone  CÓDIGO DO PAÍS  CÓDIGO DE ÁREA

E-mail

## 2 DADOS MÉDICOS

Indique o tipo do quadro: Agudo  Crônico  Episódio agudo de uma doença crônica

Forneça todos os detalhes do quadro/sintoma clínico que justificou o tratamento:

Códigos ICD9/10/DSM-IV

Detalhes do quadro/sintoma clínico

Em que data o paciente relatou pela primeira vez esses sintomas?  /  /

Em que data o paciente começou a apresentar tal quadro ou tais sintomas?  /  /

O paciente apresentou esse quadro anteriormente? Sim  Não

Em caso afirmativo, quando?  /  /

É do seu conhecimento algum tratamento oferecido no passado para essa doença ou qualquer outra a ela relacionada? Sim  Não

Em caso afirmativo, forneça detalhes

É provável a reincidência? Sim  Não

Será preciso tratamento de reabilitação? Sim  Não

É permanente? Sim  Não

Há necessidade de acompanhamento, consultas, check-ups, exames ou testes em longo prazo? Sim  Não

Forneça o número de referência da Garantia de Pagamento relacionada a este tratamento (se disponível):

### Referente apenas em casos de gravidez:

Data estimada para o parto  /  /

A expectativa é para o nascimento de um único bebê? Sim  Não

Em caso de gêmeos, trigêmeos ou mais, indique se a gravidez é resultado de concepção por métodos artificiais? Sim  Não

Se você respondeu "Sim" à pergunta anterior, forneça detalhes

### Aplicável somente aos pedidos de reembolso de fisioterapia/psicoterapia. Forneça os dados do profissional que solicitou o encaminhamento médico:

Nome do médico solicitante

Telefone  CÓDIGO DO PAÍS  CÓDIGO DE ÁREA

Data da consulta  /  /

Assine, date e autentique com um carimbo oficial.

 Assinatura do médico

Data  /  /

Carimbo oficial do prestador dos serviços médicos

### 3 A PROTEÇÃO DE SEUS DADOS PESSOAIS É DE TOTAL IMPORTÂNCIA PARA NÓS

O nosso "Aviso de Proteção de Dados" explica como protegemos a sua privacidade. Este é um aviso importante que descreve como processaremos seus dados pessoais. Você deve ler este aviso antes de nos enviar qualquer dado pessoal. Para ler nosso Aviso de Proteção de Dados, visite <https://www.allianzcare.com/pt/privacidade/>

Como alternativa, ligue para + 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, escreva para: [AP.EU1DataPrivacyOfficer@allianz.com](mailto:AP.EU1DataPrivacyOfficer@allianz.com)


### 4 DECLARAÇÃO

Certifico, pelo que é de meu conhecimento, que este Formulário de Pedido de Reembolso não contém informações falsas, enganosas ou incompletas.

Eu entendo que caso este pedido de reembolso seja fraudulento, em parte ou por inteiro, o contrato poderá ser cancelado a partir da data de descoberta de tais eventos fraudulentos e poderei responder a um processo judicial.

Eu concordo em renunciar quaisquer direitos que eu possa ter sobre o 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 informação sobre minha saúde, se solicitado pela Allianz Care, seus profissionais da área da saúde, seus representantes ou profissionais agindo como terceiros em casos de disputas, sujeito a restrições legais aplicáveis.

Em caso de tratamento de um menor de idade, esta seção deverá ser assinada e datada por um dos pais ou pelo guardião legal.

 Assinatura do paciente

Data   /   /

 **Importante** – verifique se:

- Todas as faturas, prescrições e recibos originais foram anexados.
- O Formulário de Pedido de Reembolso foi totalmente preenchido (incluindo o número de referência da Garantia de Pagamento, se disponível).
- A declaração foi assinada e datada.
- O diagnóstico foi confirmado e está indicado neste formulário ou nas faturas.

**Envie este Formulário de Pedido de Reembolso para Provedores Médicos completamente preenchido com as faturas originais (não aceitamos cópias) para o seguinte endereço:**

Claims Department, Allianz Care, 15 Joyce Way, Park West Business Campus, Nangor Road, Dublin 12, Irlanda.

Observe que é necessário manter 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 a nossa Central de Atendimento: +353 1 645 4040

ou envie um e-mail para: [client.services@allianzworldwidecare.com](mailto:client.services@allianzworldwidecare.com)

Para consultar a lista completa de nossos números gratuitos, acesse: [www.allianzcare.com/toll-free-numbers](http://www.allianzcare.com/toll-free-numbers)

Este documento é uma tradução em português do "Medical Provider Claim Form". 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.

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. A Allianz Care e Allianz Partners estão registradas razões sociais da AWP Health & Life SA.