

Solicitud de Reclamación

Para permitirnos ofrecer un servicio rápido y eficaz, se ruega preste atención en lo siguiente:

- Una solicitud correctamente completada hará más rápido la evaluación y el pago de su reclamación.
- El anverso de la solicitud debe de ser completada por usted y el reverso por su médico.
- Se ruega incluir todas las facturas relevantes. Desafortunadamente, no se acepta fotocopias, recibos o recibos de tarjeta de credito.
- Si usted envía facturas desde Alemania o USA, o si las facturas contienen detalle de los diagnósticos o de la naturaleza del tratamiento, no hay necesidad de ser completada el reverso de la solicitud de reclamación por su médico. Simplemente adjunte original de las facturas.
- Una solicitud de reclamación debe de ser completada por cada paciente y cada condición médica.
- Le aconsejamos mantenga copia de los documentos enviado por si acaso las necesite con posterioridad.
- Le rogamos complete la información detallada a continuación y nos la envíe a la dirección indicada.

Datos del asegurado

Numero de seguro Título
Apellido(s) Nombre
Dirección

Número de teléfono día Número de teléfono noche
Fax Correo electrónico

Datos del paciente

Título Apellido(s) Nombre(s)
Fecha de nacimiento ¿Tiene el siniestro relación con un accidente? Si No

Datos del pago

Opción 1 Pago al asegurado

Pago: Moneda de la factura Pago: Otra moneda (se ruega especifique)

Método de pago: Cheque transferencia bancaria (se ruega completar datos de la cuenta)

Titular de la cuenta

Número de cuenta Código

Código Swift Nombre del banco

Dirección del banco

Opción 2 Pago al proveedor de servicios médicos (ejemplo: Hospital, especialista, Resonancia Magnética)

Se ruega marcar en caso de que pago directo haya sido previamente acordado con Allianz Worldwide Care

Firma y autorización del paciente

Por la presente declaro que esta solicitud de reclamación no contiene información falsa, engañosa o incompleta. Entiendo que en el caso de que la solicitud de reclamación sea fraudulenta, en su totalidad o en parte, la póliza será inválida y estaría expuesto/a a la posibilidad de acción judicial. Respecto a cualquier solicitud de reclamación, por la presente autorizo a mi médico, profesional de la salud o cualquier otro establecimiento médico, a proveer cualquier detalle respecto a mi salud o/e informes médicos que puedan ser requeridos por Allianz Worldwide Care Ltd. o por su representante.

Si un menor de edad recibió tratamiento, un padre o tutor deberá firmar la solicitud.

Firma del paciente Fecha (dd/mm/aa)

Formulario para el médico. Se ruega completar en letras mayúsculas

Datos del proveedor del servicio médico

Nombre del médico / especialista

Cualificaciones / títulos

Nombre del hospital / clínica

Dirección

Teléfono Fax

Correo electrónico

Información médica

Ha sido obtenida garantía de pago Si No

Indicar naturaleza del tratamiento Emergencia Electivo

Proveer todos los detalles del diagnóstico médico, incluya el código ICD / DSM-IV

¿Cuándo fue la primera ocasión en que el paciente se presentó ante usted con estos síntomas?

Antes de consultar le, cuándo notó por primera vez el paciente los síntomas de esta condición médica? Fecha (dd/mm/aa)

¿Es usted consciente de algún tratamiento que haya recibido el paciente en el pasado, por esta enfermedad u otra relacionada? Si No

Aplicable al tratamiento dental solamente

Padecía padeciendo el paciente dolores dentales antes de su vista? Si No

Firma del médico Fecha (dd/mm/aa)

Sello