

Garantía De Pago

1. Sección del Asegurado – todas las secciones deben ser completamente rellenas por el asegurado/paciente

Nombre del Paciente _____ Fecha de Nacimiento
 Número de Seguro d d m m y y

Número de Teléfono Casa Número de Teléfono Trabajo
 Número de Fax Casa Número de Fax Trabajo
 E-mail Casa E-mail Trabajo

2. Sección del Proveedor – todas las secciones deben ser completamente rellenas por el proveedor médico

Nombre del Hospital/Unidad Médica/Consultorio (incluir dirección postal) _____

Nombre del Médico responsable _____

Tipo de Admisión Hospitalaria Consulta Externa Dental

Diagnóstico (ICD-10 u otro código utilizado, de otra manera entregue una descripción detallada) _____

Procedimiento planificado con justificación médica _____

Para Paciente Hospitalario:

1. Fecha de Admisión sugerida _____ 2. Costo estimado _____ 3. Duración estimada de la estadía _____

3. Información del Seguro (Esta sección debe ser rellena por Allianz Worldwide Care)

Número de la Garantía de Pago

Tipo de Habitación _____ Deducible _____

Cuota Máxima Anual _____ Fecha vencimiento del Co-Pago _____

Exclusiones: Gastos personales (flores, llamadas telefónicas, comidas extra, etc.)

Contribución del Paciente _____ Contribución de Allianz Worldwide Care _____

Para efectos de pago de cuentas, haga el favor de enviar un listado detallado de Cuentas y un Formulario de Reclamación de Allianz Worldwide Care a la dirección al reverso.

Firmado por y a nombre de Allianz Worldwide Care Ltd.:

Firma del Agente _____

Divulgación de Historial Médico

Autorizo a todos aquellos médicos, dentistas, miembros de la profesión médica, empleados de hospitales y autoridades Sanitarias así como unidades médicas para entregar mi historial médico a Allianz Worldwide Care.

Firma del Paciente, (o Empleado/Subscriber en caso que el paciente sea menor de 16 años)

Fecha

Recomendaciones

Para el miembro/paciente asegurado

Con el objeto de asegurar la pronta garantía de su tratamiento, haga el favor de completar todas las preguntas en la Sección del Asegurado. Por favor asegúrese que su médico complete todas las preguntas en la Sección del Proveedor.

De no ser así, esto podría ocasionar demoras para garantizarle su tratamiento con el proveedor médico, ya que tendríamos que comunicarnos con Ud. para obtener la información requerida.

Para el Proveedor Médico

Le hacemos notar que este paciente está asegurado con Allianz Worldwide Care. Le garantizamos el pago de los gastos detallados en esta Garantía de Pago de acuerdo con las siguientes condiciones:

- a) El hospital comenzará los procedimientos planificados dentro de 7 días de la fecha de esta garantía.
- b) Si se requiere de tratamiento adicional, Allianz Worldwide Care debe ser notificado.
- c) El hospital debe entregar el Formulario de Reclamación y todas las facturas correspondientes a Allianz Worldwide Care dentro de 30 días de la fecha de alta.
- d) Allianz Worldwide Care abonará los gastos garantizados dentro de 30 días de su recibo.
- e) Si las facturas se reciben a más de sesenta días después de la fecha de alta, la aceptación de responsabilidad para aquellos gastos queda a discreción de Allianz Worldwide Care.

Allianz Worldwide Care Ltd.,
Client Services Department,
20D Beckett Way, Park West Business Campus,
Nangor Road, Dublin 12, Ireland.
Fax: + 353 1 630 1306
Asistencia Telefónica: + 353 1 630 1301
E-mail: client.services@allianzworldwidecare.com
Sitio Web: www.allianzworldwidecare.com