

Formulário de Solicitação de Reembolso

Leia com atenção, preenchendo todas as informações necessárias em **LETRA DE FORMA** e marcando as caixas relevantes



Informações importantes – leia atentamente.

Para nos ajudar a agilizar o processamento da sua solicitação de reembolso, siga as instruções indicadas abaixo:

- Verifique sua Tabela de Benefícios para se assegurar de que tem a cobertura para as despesas pelas quais está solicitando reembolso (se não tiver certeza de que a sua apólice as cobre, entre em contato com nossa Central de Atendimento)
- Para evitar atrasos no pagamento das solicitações, preencha todas as seções, usando **LETRA DE FORMA**
- Para fazer uma nova solicitação de reembolso no futuro com base no mesmo quadro, faça cópias do formulário. Não há necessidade de preencher novamente o formulário; poderemos, no entanto, pedir-lhe que o faça se o quadro persistir por mais de 6 meses
- Todas as faturas originais pertinentes devem ser anexadas ao Formulário de Solicitação de Reembolso (fotocópias e recibos de cartão de crédito não são aceitos). Recomendamos que você guarde uma cópia de toda a documentação apresentada
- Deverá ser preenchido um Formulário de Solicitação de Reembolso separado para cada paciente e cada quadro clínico pelo qual se está pedindo reembolso
- As seções de 1 a 5 devem ser totalmente preenchidas pelo titular/solicitante
- As seções 6 e 7 devem ser preenchidas pelo médico/especialista encarregado do atendimento
- As solicitações devem ser apresentadas dentro de 6 meses após o término de cada ano de vigência do seguro. Se a cobertura for cancelada durante o ano de vigência do seguro, as solicitações deverão ser apresentadas no mais tardar dentro de 6 meses a contar da data da cessação da cobertura. Após esse período, estaremos desobrigados à pagar pela solicitação de reembolso
- Se você tiver modificado detalhes do seu contato, informe-nos disso no Formulário de Solicitação de Reembolso para que possamos atualizar nossos registros. Para confirmar as informações de contato que atualmente possuímos de você, entre em contato com a nossa Central de Atendimento
- Note que os Formulários de Solicitação de Reembolso deverão ser preenchidos em português, inglês, espanhol, alemão, francês ou italiano

Envie seus Formulários de Solicitação de Reembolso completamente preenchidos com as faturas originais para o seguinte endereço: **Claims Department, Allianz Worldwide Care, 18B Beckett Way, Park West Business Campus, Nangor Road, Dublin 12, Irlanda.**

Central de Atendimento

Inglês:	+ 353 1 630 1301
Alemão:	+ 353 1 630 1302
Francês:	+ 353 1 630 1303
Espanhol:	+ 353 1 630 1304
Italiano:	+ 353 1 630 1305
Fax:	+ 353 1 630 1306
E-mail:	client.services@allianzworldwidecare.com

Para a lista completa dos números gratuitos, visite: www.allianzworldwidecare.com/tollfree.php
www.allianzworldwidecare.com

1 Detalhes sobre o detentor da apólice.

Número da apólice

Sr. Sra. Srta. D. Outro

Nome

Sobrenome

Data de nascimento | |

Endereço de correspondência

Se este for um novo endereço, você deseja que toda a correspondência futura seja enviada para este local? Sim Não

Telefone (de dia) CÓDIGO DO PAÍS — CÓDIGO DE ÁREA —

Telefone (noite) CÓDIGO DO PAÍS — CÓDIGO DE ÁREA —

Fax CÓDIGO DO PAÍS — CÓDIGO DE ÁREA —

E-mail

2 Detalhes sobre o paciente.

O paciente/solicitante é o titular da apólice declarado acima? Sim Não

Em caso negativo, forneça as informações do paciente/solicitante:

Sr. Sra. Srta. D. Outro

Nome

Sobrenome

Data de nascimento | |

3 Detalhes sobre o pagamento.

- Opção 1:** Pagamento ao prestador de serviços médicos (por exemplo, hospital, especialista)
- Opção 2:** Pagamento ao titular da apólice

Método de pagamento preferido: Cheque* Transferência bancária**

* Os cheques pagáveis aos titulares serão enviados ao endereço de correspondência fornecido na seção 1

** No caso de transferência bancária, forneça as informações bancárias abaixo

Nome do titular da conta bancária/beneficiário do pagamento como aparece em seu extrato bancário (por exemplo, João da Silva)

Especifique a moeda em que deseja ser reembolsado (e verifique se sua conta bancária aceita a moeda escolhida)

Se o seu banco estiver dentro da União Européia, por favor, nos forneça os números de IBAN e do código BIC/Swift para assegurar o pagamento da sua solicitação de reembolso. Se seu banco estiver fora da União Européia, o número IBAN não é necessário.

Número da conta

IBAN (UE somente)

Código de tipo/agência

Código Swift/BIC

Nome do banco

Endereço do banco

Detalhes do banco intermediário (se aplicável):

Nome do banco intermediário

Código Swift do banco intermediário

Número da conta intermediária

4 Assinatura do paciente e liberação dos registros médicos.

Certifico, pelo que é de meu conhecimento, que este Formulário de Solicitação de Reembolso não contém informações falsas, enganosas ou incompletas. Estou consciente de que, caso esta solicitação de reembolso seja total ou parcialmente fraudulenta, a apólice será invalidada e estarei sujeito a responder a processo judicial. No que diz respeito a qualquer solicitação de reembolso por serviços médicos, autorizo por meio deste documento meu médico, profissional de saúde ou outro estabelecimento médico competente a fornecer quaisquer detalhes de saúde ou registros médicos eventualmente solicitados pela Allianz Worldwide Care ou por seus representantes autorizados.

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

Assinatura do paciente Data | |

As seções 6 e 7 devem ser preenchidas em LETRA DE FORMA pelo médico encarregado do tratamento, a menos que suas faturas contenham detalhes do diagnóstico e da natureza do tratamento.

6 Detalhes sobre o prestador de serviços médicos.

Nome do médico/especialista _____
Qualificações/credenciais _____
Nome do hospital/clínica _____
Endereço _____
Número do telefone _____
Fax _____
E-mail _____

Aplicável somente a solicitações de reembolso de fisioterapia/psicoterapia. Forneça os detalhes de referência completos:

Nome do médico solicitante _____
Número do telefone _____
Data da consulta _____

7 Detalhes 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, inclusive código ICD/DSM-IV

Em que data o paciente relatou pela primeira vez esses sintomas? Data do diagnóstico _____

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 a longo prazo? Sim Não

Gravidez:

Data do parto estimada (dd/mm/aa)

É esperado apenas um bebê? Sim Não

Se você respondeu "Não" a pergunta anterior e uma gestação múltipla esta em andamento, essa gravidez é resultado de concepção por métodos artificiais, métodos estes diferentes da inseminação artificial?

Em caso afirmativo, por favor, explique _____

Aplicável somente para solicitações de reembolso para tratamento dental.

O paciente estava tendo dor nos dentes no momento em que foi feito o tratamento? Sim Não

Assine e autentique com um carimbo oficial.

Assinatura do médico _____ Data _____

A confidencialidade das informações fornecidas pelo paciente e pelo segurado são preocupações cruciais da Allianz Worldwide Care. A Allianz Worldwide Care atua em total conformidade com a legislação europeia sobre a proteção de dados e as normas internacionais sobre a confidência médica. Você tem o direito de acessar os dados pessoais armazenados a seu respeito. Você também tem o direito de solicitar que quaisquer informações que considere inexatas ou obsoletas sejam alteradas ou apagadas.

Carimbo oficial do prestador do serviços médicos

Importante - verifique se

- Todos os recibos, faturas e prescrições originais estão anexados
- O Formulário de Solicitação de Reembolso está totalmente preenchido

- As declarações estão assinadas e datadas
- O diagnóstico foi confirmado e está especificado no Formulário de Solicitação de Reembolso ou nas faturas