

Formulário de Garantia de Tratamento

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

Allianz 
Allianz Worldwide Care

É essa uma extensão de uma Garantia de Tratamento existente? Sim Não

Se sim, poderia, por favor, indicar o número de referência desta Garantia de Tratamento:

Informações importantes – leia atentamente.

Para nos ajudar a agilizar o processo para o pagamento direto das suas despesas médicas, siga as instruções indicadas abaixo. Em caso de dúvida, entre em contato com a nossa **Central de Atendimento** pelo numero + 353 1 630 1301 ou você nos pode também contatar utilizando os números gratuitos.

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

Para o paciente.

Para garantir a rapidez do seu tratamento, **não deixe de preencher as partes 1, 2 e 3 e que seu médico responda a todas as perguntas da parte 4.**

A apólice do titular segurado deve estar em vigor no momento do tratamento. Tenha em mente que a Garantia de Tratamento está sujeita aos termos e condições da apólice de seguro e também sujeita à avaliação médica de toda a documentação pertinente recebida ou a ser recebida pela Allianz Worldwide Care relativa a essa condição médica.

Por favor, nos envie a Garantia de Tratamento com até 5 dias de antecedência ao tratamento utilizando as seguintes formas:

- Via scan e email para medical.services@allianzworldwidecare.com ou
- Via fax para + 353 1 653 1780 ou
- Via correio para: Medical Services Department, Allianz Worldwide Care, 18B Beckett Way, Park West Business Campus, Nangor Road, Dublin 12, Irlanda

Não é necessário que a Garantia de Tratamento nos seja enviada em adiantado no caso de uma emergência, contudo você, seu médico, algum dependente ou colega nos precisam informar de sua internação em um hospital com até 24 horas passadas da admissão.

Por favor, tenha em consideração que nossa Central de Atendimento pode aceitar pedidos de Garantia de Tratamento por telefone caso o tratamento tenha que ser feito nas **próximas 72 horas**. Por favor, tenha o máximo de informações possíveis em mãos a hora de nos chamar, incluindo os detalhes de contato de seu médico.

1 Paciente.

Esta parte deve ser totalmente preenchida pelo paciente segurado ou em seu nome.

Número da apólice

Sr. Sra. Srta. D. Outro

Nome

Sobrenome

Data de nascimento

2 Dados de contato.

Por favor, nos indique a pessoa a ser contatada com relação ao progresso dessa Garantia de Tratamento.

Contato 1

Nome _____
Relação com o paciente (p. ex.: o paciente mesmo, esposa(o), dependente, etc.) _____
Número do telefone _____
Fax _____
E-mail _____

Contato 2 (optional)

Nome _____
Relação com o paciente (p. ex.: o paciente mesmo, esposa(o), dependente, etc.) _____
Número do telefone _____
Fax _____
E-mail _____

3 Assinatura do paciente e liberação dos registros médicos.

Eu, por meio deste documento, autorizo meu médico, profissional de saúde ou outro estabelecimento médico competente a fornecer quaisquer detalhes de minha 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

Para o prestador de serviços médicos.

- Se for necessário tratamento adicional, a Allianz Worldwide Care deverá ser notificada
- O hospital deverá enviar este Formulário de Garantia de Tratamento e as faturas correspondentes à Allianz Worldwide Care no período máximo de 30 dias após a data de alta do paciente
- Se as faturas forem recebidas mais de 60 dias após a data de alta do paciente, a aceitação da responsabilidade por essas despesas ficará a critério da Allianz Worldwide Care

4 Atestado médico.

Esta parte deve ser totalmente preenchida pelo prestador de serviços médicos.

Por favor, marque a categoria relevante: Médico Maternidade Psiquiatria Oncologia Reabilitação

Para tratamento de internação:

Data de admissão prevista

Para tratamentos na Alemanha, por favor, indicar o preço base (Basisfallpreis) _____

É oferecido um pacote de serviços com esse preço? Sim Não

Se não, por favor, nos indique com detalhes os custos incluindo a moeda.

Custos de hospital _____

Custos de médico/cirurgião _____

Custos de anestesista _____

Tempo de internação previsto _____ Noite(s) dia(s) (Marque o adequado)

Nome do hospital/unidade _____

Endereço _____

_____ PAÍS _____

Número do telefone _____

Fax _____

E-mail _____

Continua na página seguinte.

Atestado médico (continuação).

Detalhes do médico que está fazendo a admissão:

Nome _____
Número do telefone _____ CÓDIGO DO PAÍS _____ CÓDIGO DE ÁREA _____
Fax _____ CÓDIGO DO PAÍS _____ CÓDIGO DE ÁREA _____
E-mail _____

Qual é a data do primeiro atendimento desse quadro? | d | d | | m | m | | a | a |

Qual é a data em que a condição foi primeiro diagnosticada? | d | d | | m | m | | a | a |

Em que dia os primeiros sintomas foram sentidos pelo paciente? | d | d | | m | m | | a | a |

Detalhes do médico que solicitou a internação:

Nome _____
Número do telefone _____ CÓDIGO DO PAÍS _____ CÓDIGO DE ÁREA _____
Fax _____ CÓDIGO DO PAÍS _____ CÓDIGO DE ÁREA _____
E-mail _____
Data da solicitação | d | d | | m | m | | a | a |

Diagnóstico:

Por favor, nos indique o código ICD9/ICD10/DRG/outro código de diagnóstico e uma descrição completa.

ICD9/ICD10 _____ DSMIV _____ DRG _____ Outro código _____

Descrição _____

Por favor, nos indique que medicação o paciente está neste momento tomando _____

Procedimento/tratamento previsto: _____

Para tratamento nos EUA/UK, por favor, nos indique os códigos CPT/CCSD e uma descrição completa.

Código CPT _____ Código CCSD _____
Descrição _____

Gravidez:

Data de confirmação da gravidez pelo médico | d | d | | m | m | | a | a |

Data prevista ou real do parto | d | d | | m | m | | a | a |

Há expectativa de gravidez única? Sim Não

Em caso negativo, a gravidez é resultado de concepção por métodos artificiais, métodos estes diferentes da inseminação artificial? Sim Não

Assine e autentique com um carimbo oficial.

Assinatura do médico _____ Data | d | d | | m | m | | a | a |

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 do provedor médico

