

Formulário de inscrição de dependentes

Esta declaração deve ser preenchida e enviada para nós com o primeiro pedido de reembolso de um dependente elegível.

1 Informações sobre funcionários e dependentes

Detalhes sobre o funcionário da Apple

Nome

Sobrenome

Data de nascimento / /

Dados do dependente

Nome

Sobrenome

Data de nascimento / /

Relação ao funcionário

Dados do funcionário da Apple

Número de apólice da Allianz*

*A ser preenchido por membros que já enviaram um pedido de reembolso ou solicitaram autorização para tratamento e receberam um número de apólice da Allianz.

Declaração

Eu, _____, NOME E SOBRENOME DO FUNCIONÁRIO, certifico que sou um funcionário ativo e estou coberto sob um plano médico local da Apple.

Como tal, certifico que o dependente acima mencionado também está atualmente inscrito como dependente no plano de saúde local da Apple. Eu solicito que a Allianz Care registre o dependente acima sob minha apólice pessoal da Allianz.

 Assinatura do dependente (ou de um dos pais caso o dependente for menor de idade)
Data / /

 Assinatura do funcionário
Data / /

2 Avisos

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 quaisquer dados pessoais. Para ler nosso Aviso de Proteção de Dados, visite <https://www.allianzcare.com/pt/privacidade.html>

Como alternativa, entre em contato conosco no número + 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, também pode enviar um e-mail para: AP.EU1DataPrivacyOfficer@allianz.com

Para obter mais informações, entre em contato conosco por e-mail: apple.help@e.allianz.com

Envie este formulário para apple.help@e.allianz.com