

# Formulário de Autorização para Tratamento

Preencha este formulário em **LETRA DE FÔRMA**.

A Autorização para Tratamento não é necessária em **casos de emergência**. Entretanto, você, seu médico, algum dependente ou colega deve nos informar sobre a emergência, de preferência, **até 48 horas após o evento**.

Nossa Central de Atendimento (+353 1 645 4040) pode aceitar solicitações de Autorização para Tratamento por telefone, **caso o tratamento esteja programado para se iniciar no prazo de 72 horas**. Ao ligar, tenha em mãos o máximo de informações possíveis, incluindo os dados de contato do seu médico.

**A seção 1** deve ser totalmente preenchida pelo paciente ou em seu nome.

**A seção 2** deve ser totalmente preenchida pelo médico.

Envie este formulário completamente preenchido para evitar atrasos na emissão da Autorização para o Tratamento, pois teremos de contatar você ou seu médico caso haja informações pendentes.

A apólice do paciente deve estar em vigor no momento do tratamento. O pagamento será garantido de acordo com os termos e condições da apólice. Também estará sujeito à nossa avaliação de toda a documentação pertinente necessária em relação à condição médica.

## 1 Dados do paciente esta seção deve ser totalmente preenchida pelo paciente ou em seu nome.

Número da apólice

Nome

Sobrenome

Data de nascimento   /   /

**Dados de contato: indique os dados da pessoa a ser contatada com relação ao andamento dessa Autorização para Tratamento.**

Nome

Grau de parentesco com o paciente (cônjuge, parceiro(a), pai/mãe ou o próprio paciente)

Telefone  CÓDIGO DO PAÍS   CÓDIGO DE ÁREA

Celular  CÓDIGO DO PAÍS   CÓDIGO DE ÁREA

E-mail

### 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](mailto:AP.EU1DataPrivacyOfficer@allianz.com).

Eu concordo em renunciar quaisquer direitos que eu possa ter sobre o sigilo ou confidencialidade médica em relação às informações médicas a meu respeito e autorizo meus médicos, profissionais da saúde e qualquer estabelecimento médico competente a fornecer informação sobre minha saúde, se solicitado pela Allianz Care, seus representantes médicos, seus representantes ou profissionais agindo como terceiros em casos de disputas, sujeito a restrições legais aplicáveis.

**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   /   /

### Precisamos de seu consentimento

De acordo com o Regulamento Geral de Proteção de Dados (RGPD), precisamos de consentimento para processar suas informações médicas e pagar seus pedidos de reembolso. Se você não tiver fornecido seu consentimento, por favor acesse <https://my.allianzcare.com/myhealth/login>, faça o login nos Serviços Digitais MyHealth e clique nos campos relevantes. Alternativamente, você pode fazer o download do Formulário de Consentimento, disponível na seguinte página: [www.allianzcare.com/pt/consent-form](https://www.allianzcare.com/pt/consent-form). Cópias impressas também estão disponíveis quando solicitadas. Observe que todos os membros da apólice acima de 18 anos devem fornecer seu próprio consentimento.



**Para agilizar sua solicitação de garantia de pagamento, certifique-se de que toda a documentação requerida nos seja enviada:**

- Formulário de Autorização para Tratamento completamente preenchido e assinado.
- A declaração/certificado do seu seguro local ou plano de previdência social declarando que a cobertura está ativa e os benefícios para os quais você está coberto, incluindo quaisquer limites (para analisar adequadamente sua solicitação, é importante verificarmos se o seu seguro local ou plano de previdência social cobre totalmente, cobre parcialmente, rejeita ou recusa os custos do tratamento. Em todos esses casos, forneça o extrato de contas/certificado de seguro ou qualquer outro documento que suporte a verificação).
- Quaisquer documentos adicionais (custos de tratamento, relatório médico, etc.) que apoie a sua solicitação.

**Envie o Formulário de Autorização para Tratamento devidamente preenchido junto a toda a documentação de apoio com pelo menos sete dias de antecedência ao tratamento para o e-mail: [apple.help@e.allianz.com](mailto:apple.help@e.allianz.com).**

Além disso, recomendamos que você mantenha cópias de toda a correspondência que nos for enviada, pois não podemos nos responsabilizar por correspondências extraviadas por razões que estão fora de nosso controle.

Se você tiver qualquer dúvida, não hesite em nos contatar em:

Central de Atendimento: +353 1 645 4040 e-mail: [apple.help@e.allianz.com](mailto:apple.help@e.allianz.com)

Para consultar a lista completa de nossos números gratuitos, acesse: [www.allianzcare.com/pt/pages/toll-free-numbers.html](http://www.allianzcare.com/pt/pages/toll-free-numbers.html)

Página de suporte aos segurados: [www.allianzcare.com/apple](http://www.allianzcare.com/apple)