

# Formulario de preautorización

Completa este formulario en **MAYÚSCULAS**.

La preautorización no se requiere en caso de atención médica de emergencia. Sin embargo, tú, tu médico, uno de tus dependientes o un compañero deben informarnos de tu ingreso en el hospital en un plazo de 48 horas tras la emergencia.

Nuestra línea de asistencia (+353 1 630 1304) puede tomar los datos de la preautorización por teléfono si la atención médica va a tener lugar en 72 horas. Ten a mano toda la información posible cuando llames, incluyendo los datos de contacto de tu médico.

**La sección 1** debe completarla el paciente u otra persona en nombre del paciente

**La sección 2** debe completarla el médico

No completar este formulario en su totalidad nos retrasará en garantizar tu atención médica porque es posible que tengamos que ponernos en contacto contigo o con el proveedor médico para obtener más información.

La póliza del paciente debe ser válida en el momento de recibir la atención médica. La preautorización está sujeta a las condiciones generales de la póliza de seguro. También está sujeta a nuestra evaluación de toda la documentación relevante que necesitamos con respecto a esta enfermedad.

## 1 Datos del paciente A completar por el paciente o en nombre del paciente

Número de póliza

Nombre

Apellidos

Fecha de nacimiento  DD /  MM /  AAAA

### Persona de contacto: especifica con quién debemos contactar acerca de la tramitación de esta preautorización

Nombre

Relación con el paciente (por ejemplo cónyuge/pareja, padre, o bien el mismo paciente)

Teléfono PREFIJO INTERNACIONAL  PREFIJO LOCAL

Teléfono móvil PREFIJO INTERNACIONAL  CÓDIGO DE RED

Correo electrónico

### Nos importa la protección de tu información personal

Nuestro aviso sobre protección de datos explica cómo protegemos tu privacidad. Es un aviso importante que describe cómo trataremos tu información personal. Debes leerlo antes de enviarnos cualquier dato personal. Para leer nuestro aviso sobre protección de datos, visita [www.allianzcare.com/es/privacidad.html](http://www.allianzcare.com/es/privacidad.html)

También puedes llamarnos al número +353 1 630 1304 para solicitar una copia impresa de nuestro aviso sobre protección de datos. Si tienes preguntas sobre cómo usamos tus datos personales, puedes escribirnos en cualquier momento a [AP.EU1DataPrivacyOfficer@allianz.com](mailto:AP.EU1DataPrivacyOfficer@allianz.com)

Renuncio a mi derecho de privacidad con respecto a la información de mi historial médico. Autorizo a mi médico, profesional de la salud o centro médico a comunicar cualquier información médica sobre mí, si la solicita Allianz Care, sus asesores médicos o sus representantes o a expertos externos en caso de disputas, sujeto a cualquier restricción legal que se pueda aplicar.

Si el paciente es menor de edad, uno de sus padres o el tutor deben firmar y fechar esta sección.

 Firma del paciente

Fecha  DD /  MM /  AAAA

### Necesitamos tu consentimiento

De acuerdo con el Reglamento General de Protección de Datos (RGPD), necesitamos tu consentimiento para tratar tu información médica y pagar tus gastos médicos. Si no nos has dado tu consentimiento, accede a <https://my.allianzcare.com/myhealth/login>, inicia sesión en los servicios digitales MyHealth y marca los campos obligatorios. También puedes descargar el formulario de consentimiento de [www.allianzcare.com/es/consent-form](http://www.allianzcare.com/es/consent-form). Podemos enviarte una copia en papel si la solicitas. Cada miembro de la póliza mayor de 18 años debe dar su propio consentimiento.



**Para facilitar tu solicitud de preautorización, asegúrate de enviar toda la documentación necesaria:**

- Formulario de preautorización completado y firmado
- Extracto o certificado de tu seguro local o seguridad social que muestre que la cobertura está en vigor y las prestaciones cubiertas, incluyendo límites (para poder revisar adecuadamente tu solicitud, es importante que comprobemos si tu seguro local o seguridad social cubren total o parcialmente o rechazan los costes de la atención médica; en todos esos casos, proporciéndonos el extracto de rechazo, de prestaciones o de cuentas o cualquier otro documento que permita la verificación).
- Cualquier documento adicional (informe médico, resultados de exámenes, etc.) que respalde tu solicitud.

**Envía este formulario completado junto con toda la documentación de referencia al menos cinco días laborables antes de la atención médica: [apple.helpline@e.allianz.com](mailto:apple.helpline@e.allianz.com)**

Te recomendamos que guardes copia de toda la correspondencia que mantengas con nosotros. No podemos considerarnos responsables por no recibir la correspondencia cuando las causas sean ajenas a nuestro control.

Para cualquier pregunta, ponte en contacto con nosotros:

Línea de asistencia: 353 1 630 1304 [apple.helpline@e.allianz.com](mailto:apple.helpline@e.allianz.com)

Para ver nuestros números gratuitos, ve a [www.allianzcare.com/es/pages/toll-free-numbers.html](http://www.allianzcare.com/es/pages/toll-free-numbers.html)

Portal dedicado: [www.allianzcare.com/apple](http://www.allianzcare.com/apple)