



Cobertura internacional para enfermedades graves:

FORMULARIO DE AFILIACIÓN

CUMPLIMENTE ESTE FORMULARIO EN MAYÚSCULAS si no lo hace digitalmente

Si desea añadir un nuevo dependiente en una póliza existente, indique el número de póliza:

Si desea incorporarse a un plan colectivo, indique lo siguiente:

Nombre del grupo

Número de grupo

Directrices sobre cómo completar este formulario de afiliación

1. Debe rellenar el formulario por completo y darnos toda la información importante. Una vez que nos haya enviado su solicitud, revisaremos cualquier enfermedad y volveremos a contactar con usted con nuestra decisión lo más rápido posible.
2. La sección 7 debe completarla el titular de la póliza. La sección 11 deben firmarla todos los solicitantes adultos. Conforme al Reglamento General de Protección de Datos europeo (RGPD), no podremos tramitar su solicitud sin estas firmas. Un padre o tutor debe completar estas secciones por los solicitantes menores de 18 años. Las secciones 8 y 9 deben estar firmadas por todos los solicitantes adultos o padres/tutores de los solicitantes menores que quieran nombrar al titular de la póliza o un agente como punto de contacto para esta póliza.

Cuando los siguientes términos y expresiones se mencionen en este formulario, su significado será el que se indica a continuación.

País de origen: país del que usted (o sus dependientes, si se aplica) posee un pasaporte válido o que es su país principal de residencia.

País principal de residencia: El país en el que usted y sus dependientes (si se aplica) residen durante al menos ocho meses al año.

1 DATOS DEL SOLICITANTE (el solicitante será el asegurado principal)

Díganos si sus datos de contacto cambian, para que podamos comunicarnos con usted. Se puede solicitar cobertura hasta el día anterior a su 65 cumpleaños.

Si la persona que se propone como titular de la póliza es un bebé, se tendrá en cuenta para la cobertura desde el momento en que tenga al menos 90 días de vida. Un padre/madre o tutor legal debe completar y firmar todas las secciones de este formulario si el solicitante es menor.

Sr. Sra. Srta. Otro Nombre

Apellido(s)

Fecha de nacimiento / / Sexo Hombre Mujer

País de origen

Nacionalidad

País principal de residencia

Dirección completa en el país principal de residencia (obligatorio)

Teléfono principal PREFIJO INTERNACIONAL PREFIJO LOCAL

Teléfono alternativo PREFIJO INTERNACIONAL PREFIJO LOCAL

Correo electrónico (obligatorio - en letras mayúsculas)

Ocupación (obligatorio. Si es un estudiante, indíquelo aquí)

Datos de otros seguros médicos locales o internacionales en vigencia:

Nombre de la aseguradora

Número de póliza Fecha de inicio / /

Si el solicitante es menor de edad, uno de sus padres o el tutor debe completar la siguiente sección:

Nombre completo del padre/madre/tutor

Dirección completa (si es distinta de la de los datos del solicitante)

Número de teléfono

Dirección de correo electrónico

5 ENFERMEDADES PREEXISTENTES

Las enfermedades preexistentes son enfermedades en las que se han presentado uno o más síntomas en los 10 años anteriores a la fecha de inicio de su póliza. Esto se aplica independientemente de que usted o sus dependientes hayan visto un médico o recibido atención médica o de si se ha recibido un diagnóstico. Consideraremos una enfermedad preexistente si podemos asumir razonablemente que usted o sus dependientes tenían conocimiento sobre ella.

También consideraremos preexistente cualquier enfermedad que aparezca entre la fecha en que completa el formulario de afiliación y la posterior de las siguientes:

- La fecha de emisión de su certificado de seguro o
- La fecha de inicio de su póliza

Por lo tanto, es importante que en los períodos descritos anteriormente, nos informe si se produce algún cambio en su estado de salud o el de sus dependientes. Si no las declara, ello puede invalidar su póliza desde la fecha de inicio.

Consideraremos cualquier enfermedad preexistente declarada y decidiremos las condiciones de aceptación para los casos médicos definidos en la guía de prestaciones. Solamente consideraremos las enfermedades que hayan ocurrido en los 10 años anteriores a la fecha de inicio de su póliza.

Consulte la guía y tabla de prestaciones para ver más detalles relacionados con las enfermedades preexistentes.

No informarnos sobre alguna enfermedad preexistente puede rechazar o invalidar su póliza desde la fecha de inicio.

6 DECLARACIÓN DE SALUD

Por favor responda a las siguientes preguntas según su historial clínico y el de sus dependientes. **No necesita declarar enfermedades 'menores' como fiebre del heno, sinusitis, otitis, indigestión, desgarro muscular, dolor de garganta, resfriado común, etc.** Consideramos que estas enfermedades son enfermedades de una naturaleza sin complicaciones que pueden autotratarse y que no requieren derivación alguna para más pruebas o tratamiento. Además, la recuperación de las mismas es total. Todos los hechos sustanciales (hechos que pueden influirnos al evaluar y aceptar esta solicitud) deben exponerse. Si no está seguro de que un hecho sea sustancial, declárelo de todas formas. No declarar todos los hechos sustanciales puede invalidar la póliza. Esta declaración de salud es válida durante dos meses a partir de la fecha en la que completa y firma el formulario.

	Solicitante	Dependiente n.º 1	Dependiente n.º 2	Dependiente n.º 3
1. ¿Se sitúa su IMC (altura y peso) por encima de 35? encontrará una calculadora de IMC en: www.allianzcare.com/members	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
2. Si ha consumido tabaco en alguna forma en el último año, ¿es el consumo diario medio superior a 40 cigarrillos? (Cigarrillo = 1 unidad, 1 puro medio = 2 unidades, 1 gramo de tabaco de liar = 2 unidades, 1 cazoleta de tabaco de pipa = 2,5 unidades, cigarrillos electrónicos con 10mg de nicotina = 1 unidad, si no ha fumado ponga No)	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
3. Si consume alcohol, ¿es la cantidad semanal en unidades superior a 30? (chupito = 1 unidad, cerveza de 250 ml = 1 unidad, 1 vaso de vino = 1 unidad En caso negativo indique No)	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
4. En los últimos 10 años, ¿alguna de las personas incluidas en esta solicitud ha estado enfermo, ha estado en el hospital, ha tenido síntomas, se ha hecho pruebas o ha recibido tratamiento por alguna de las siguientes enfermedades?				
a) Enfermedades o trastornos oncológicos o precancerosos, como por ejemplo: <ul style="list-style-type: none"> a. Tumor benigno o maligno b. Leucemia c. Enfermedad de Hodgkin d. Linfoma, sarcoma o melanoma, carcinoma de células basales e. Frotis cervical anormal (NIC 3 o superior) o mamografía (BIRADS 3 o superior) f. Leucoplasia g. Nevo displásico h. Presencia de pólipos en el colon, intestino delgado, vesícula biliar y/o estómago i. Marcadores tumorales elevados (p. ej., sangre (PSA) igual a 4.0 ng / mL o superior) 	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
b) Cualquier trasplante de órganos o enfermedad de un órgano en fase terminal, como por ejemplo: <ul style="list-style-type: none"> a. Estenosis de la arteria renal b. Diálisis c. Trasplante de médula ósea d. Cirrosis hepática, fallo hepático crónico o fibrosis hepática 	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			

Solicitante	Dependiente n.º 1	Dependiente n.º 2	Dependiente n.º 3
<p>c) Cualquier enfermedad o trastorno del corazón o cardiovascular, como por ejemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Angina de pecho b. Miocardiopatía c. Arritmia o ritmo anormal en el latido del corazón d. Cardiopatía isquémica e. Enfermedad de las arterias coronarias o anomalías en las válvulas cardíacas f. Diabetes Mellitus (excluida la diabetes gestacional), intolerancia a la glucosa alterada g. Hipertensión no controlada o hipercolesterolemia no controlada 	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<p>d) Cualquier enfermedad o trastorno autoinmune, como por ejemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Hipertiroidismo b. Síndrome de Sjogren c. Artritis reumatoide d. Lupus eritematoso sistémico e. Síndrome de Guillain-Barre f. Vasculitis/enfermedad de Kawasaki g. Enfermedad inflamatoria intestinal (Chron, colitis ulcerosa) h. Polineuropatía desmielinizante inflamatoria crónica 	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<p>e) Cualquier enfermedad o trastorno de carácter hematológico, como por ejemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Anemia grave/aplásica/perniciosa b. Alfatalasemia c. Púrpura trombocitopénica idiopática d. Enfermedad de Von Willebrand e. Síndrome mielodisplásico f. Drepanocitosis 	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<p>f) Cualquier enfermedad o trastorno de carácter infeccioso o vírico, como por ejemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Hepatitis B crónica b. Hepatitis C c. VIH/SIDA d. Meningitis 	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<p>g) Cualquier enfermedad o trastorno de carácter neurológico, como por ejemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Demencia b. Esclerosis múltiple c. Epilepsia d. Parkinson e. Alzheimer f. Ataques g. Paraplejia h. Parálisis cerebral u otras anomalías neurológicas del desarrollo 	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<p>h) Cualquier enfermedad o trastorno de carácter respiratorio, como por ejemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Trastorno pulmonar obstructivo crónico b. Enfermedad pulmonar intersticial c. Fibrosis quística, sarcoidosis d. Hipertensión pulmonar e. Enfisema 	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<p>i) Cualquier enfermedad vascular o circulatoria, como por ejemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Ictus b. Enfermedad vascular periférica (EVP) c. Aneurisma de aorta abdominal (AAA) d. Enfermedad de la arteria carótida (EAC) e. Malformación arteriovenosa (MAV) f. Isquemia crítica de las extremidades (ICE) g. Embolia pulmonar (coágulos de sangre) h. Trombosis venosa profunda (TVP) i. Insuficiencia venosa crónica j. Tumores cerebrales o aneurismas de arterias cerebrales k. Arteriosclerosis l. Ataque isquémico transitorio (AIT) Hemorragia cerebral (sangrado) m. Estenosis carotídea n. Vasos sanguíneos anómalos en el neurocráneo o en la médula espinal 	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

7 DECLARACIÓN

Por favor, lea con atención la siguiente declaración y firmela sólo si la entiende y acepta.

- Declaro que toda la información proporcionada a través de este formulario es verdadera y completa, incluso la que no está escrita de mi puño y letra. Declaro que no he suprimido, falseado o alterado ningún hecho clínico sustancial. Entiendo que esta solicitud será la base del contrato entre Allianz Care y yo, y que cualquier declaración falsa, incorrecta o engañosa o cualquier omisión de información médica sustancial anulará el seguro.
- Me comprometo a informar a Allianz Care inmediatamente por escrito si se presentan cambios en mi estado de salud en el período entre la fecha en la que firmo el presente formulario y la fecha de comienzo de la cobertura.
- Renuncio a mi derecho de privacidad con respecto a la información de mi historial médico en el contexto de esta solicitud de seguro. Doy mi consentimiento para que Allianz Care, si lo considera oportuno, revise la declaración sobre mi estado de salud y contacte con otras aseguradoras para revisar los datos de otros contratos de seguro existentes o pasados que yo haya solicitado.
- Sujeto a restricciones legales, Allianz Care (o sus asesores médicos, sus representantes o terceros expertos en caso de disputas) podrán solicitar mi información médica a profesionales médicos. En estas circunstancias autorizo a estos médicos, dentistas, profesionales médicos y empleados de hospitales, autoridades de salud e instituciones médicas a proporcionar la información médica solicitada. Hago esta declaración también en nombre de mis dependientes menores de 18 años y de los dependientes que no pueden juzgar el significado de la misma.
- Confirmando que:
 - He leído y entendido todas las definiciones, prestaciones, exclusiones y condiciones de esta póliza, incluida la información referente a las enfermedades preexistentes y los períodos de espera.
 - He recibido, leído y entendido el documento de información sobre productos de seguro y acepto las condiciones generales tal como se resumen aquí y se explican con más detalle en la guía de prestaciones.
 - Según la información proporcionada en estos documentos y los planes seleccionados, creo que el producto que he seleccionado es el más adecuado a mis necesidades específicas de seguro.
- Entiendo que:
 - Este formulario de afiliación tiene validez durante dos meses a partir de la fecha en que lo completo y firmo.
 - Puedo retirar mi solicitud por escrito mediante carta, fax o correo electrónico en un plazo de 30 días a partir de la fecha de recepción de las condiciones generales completas de mi póliza. Siempre que no haya presentado una solicitud de reembolso, tengo derecho a una devolución total de la prima.
- Acepto que:
 - Es mi responsabilidad comprobar la exactitud de toda la información personal contenida en el certificado de seguro en cuanto se emita. Si el contenido no se corresponde con el formulario de afiliación pero yo no reclamo en un plazo de 30 días tras la fecha de emisión del certificado, se considerará que he aceptado la oferta de cobertura.
 - La cobertura estará sujeta a las condiciones generales que se aplican en el inicio o en la fecha de renovación de la póliza y se detallan en la guía de prestaciones.
 - La cobertura que Avenue proporciona no es un sustituto del seguro médico local obligatorio. La cobertura en algunos países puede estar sujeta a restricciones de seguro de salud locales y es su responsabilidad asegurarse de que su cobertura de salud sea legalmente adecuada.
 - La cobertura proporcionada por Allianz Care puede no ser adecuada si mis dependientes y yo cambiamos de país de residencia una vez que ha dado comienzo nuestra cobertura.
 - Es mi responsabilidad comprobar si estoy sujeto a cualquier requisito legal de seguro obligatorio de salud en el país en que vivo y puedo confirmar que la cobertura de mi seguro es legalmente apropiada.

Como solicitante (o padre/madre/tutor legal del solicitante menor), firme y fecho este formulario en nombre de todas las personas incluidas en esta solicitud.



 Firma del solicitante

Nombre del solicitante

Fecha

8 DESIGNACIÓN DEL TITULAR DE LA PÓLIZA

(esta sección deben completarla todos los dependientes que quieran designar al titular de la póliza como punto de contacto principal)

Para ayudarnos a administrar la póliza, puede designar al asegurado principal como el contacto principal para el seguro. Para ello, seleccione "Sí" y firme abajo.

Autorizo a

INSERTAR NOMBRE DEL TITULAR DE LA PÓLIZA

para actuar en mi nombre en la administración de esta póliza. Esto podría incluir la divulgación de información médica sensible. Esta autorización seguirá vigente hasta que yo le solicite por escrito a Allianz Care su anulación.



 Firma del dependiente 1

 Firma del dependiente 2

 Firma del dependiente 3

9 DESIGNACIÓN DEL AGENTE

(esta sección deben completarla el solicitante y sus dependientes o padres/tutores de los solicitantes menores que quieran designar a un agente como punto de contacto principal)

Autorizo a

INSERTAR NOMBRE DEL AGENTE

Solo para uso interno - Datos y sello del agente

a actuar en mi nombre para la administración de esta póliza. Esto podría incluir la divulgación de información médica sensible. Esta autorización seguirá vigente hasta que yo le solicite por escrito a Allianz Care su anulación.



Firma del solicitante

D D / M M / A A A A

Firma del dependiente 1

D D / M M / A A A A

Firma del dependiente 2

D D / M M / A A A A

Firma del dependiente 3

D D / M M / A A A A

Si el solicitante o alguno de los dependientes es menor de edad, uno de sus padres o el tutor debe completar la siguiente sección:

Nombre completo del padre/madre/tutor:

Fecha de nacimiento: / /

Dirección de correo electrónico:

Confirmando que soy el padre/madre o tutor legal de los menores arriba mencionados (es decir, del solicitante y/o los dependientes menores de 18 años). Estoy plenamente facultado para autorizar la declaración de sus datos médicos y personales con el fin de administrar su cobertura de seguro al agente de seguros arriba mencionado. Si cambio de idea sobre el consentimiento anterior, incluida su revocación, puedo avisar a Allianz Care escribiendo a AP.EU1DataPrivacyOfficer@allianz.com

Este consentimiento será válido durante toda la duración de la póliza, hasta que el menor cumpla los 18 años. Desde entonces, en cualquier momento, él/ella tendrá derecho a cambiar o revocar este consentimiento.



Firma del padre/madre// tutor:

Fecha: / /

10 NOS IMPORTA LA PROTECCIÓN DE SU INFORMACIÓN PERSONAL

Nuestro aviso sobre protección de datos explica cómo protegemos su privacidad. Es un aviso importante que describe cómo trataremos su información personal. Debe leerlo antes de enviarnos cualquier dato personal. Para leer nuestro aviso sobre protección de datos, visite www.allianzcare.com/es/privacidad.html.

También puede llamarnos al número +353 630 1304 para solicitar una copia impresa de nuestro aviso sobre protección de datos. Si tiene preguntas sobre cómo usamos sus datos personales, puede escribirnos en cualquier momento a AP.EU1DataPrivacyOfficer@allianz.com

11 CONSENTIMIENTO SOBRE DATOS

Necesitamos su consentimiento para obtener y tratar su información médica y otros datos personales. Si no da su consentimiento explícito, podría ser imposible ofrecerle la póliza o tramitar reembolsos a los que tenga derecho. Si acepta, trataremos sus datos para los siguientes fines y actividades.

Para los afiliados menores de 18 años un padre o tutor deberá cumplimentar el consentimiento.

Yo (el solicitante), y los dependientes nombrados a continuación estamos de acuerdo con lo siguiente:

Insertar nombre del solicitante	Insertar nombre del dependiente 1	Insertar nombre del dependiente 2	Insertar nombre del dependiente 3

- Permiso para obtener, almacenar y utilizar mi información clínica.** Allianz Care puede obtener, almacenar y utilizar mi información clínica para administrar la póliza, por ejemplo para darme un presupuesto para una póliza de seguro, evaluar el riesgo de seguro o tramitar reembolsos. Allianz Care puede almacenar mi información clínica de conformidad con el Código del Consumidor de la ley aplicable a esta póliza de seguros o con cualquier otra ley aplicable que requiera la conservación de los datos.
- Permiso para obtener mis datos de terceros.** Para proporcionarme la cobertura del seguro, evaluar los riesgos que van a asegurarse o tramitar reembolsos, Allianz Care puede obtener mi información clínica y otros datos de médicos, enfermeros y personal sanitario, otras instituciones médicas, residencias, sanidad pública, el pagador de mi plan, asociaciones de profesionales y autoridades públicas. Acepto liberar a todos los particulares de estas instituciones y de Allianz Care de sus respectivas obligaciones en cuanto a confidencialidad en relación con mi información clínica y otros datos que tengan que compartir y utilizar para los fines mencionados anteriormente.
- Compartir mis datos fuera de Allianz Care.** Allianz Care puede compartir mi información clínica y otros datos con los expertos o instituciones que figuran a continuación. Sólo podrán utilizar los datos en el mismo grado y con los mismos fines que Allianz Care. Entiendo que Allianz Care tiene acuerdos con estas instituciones para proteger mis datos. Acepto liberar a todos los particulares de estas instituciones y de Allianz Care de sus respectivas obligaciones en cuanto a confidencialidad en relación con mi información clínica y otros datos que tengan que compartir y utilizar para los fines mencionados a continuación:
 - Con expertos médicos independientes para permitirles evaluar el riesgo de seguro y las prestaciones que se me deben abonar a mí o al tercero que ha proporcionado la atención médica o servicio bajo mi póliza de seguro.
 - Con proveedores de servicios ajenos al Grupo Allianz de compañías que realizan determinados servicios en nombre de Allianz Care, tales como evaluación de riesgos y gestión de reembolsos, cuando:
 - Estos servicios incluyen la obtención y uso de mi información clínica y otros datos, y
 - Allianz Care no puede administrar mi póliza ni pagar los reembolsos que se me deben sin esos datos.

- Con coaseguradoras para distribuir la cobertura del riesgo de seguro conjuntamente con otras empresas a las que la aseguradora emite la póliza, y para gestionar reembolsos conjuntamente.
- Con otras aseguradoras y reaseguradoras que pueden cubrir el mismo riesgo de seguro al mismo tiempo (seguro múltiple) para:
 - distribuir el pago de cualquier indemnización que se me pueda deber, o
 - colaborar en la detección o prevención del fraude y la delincuencia financiera.

Si cambio de opinión sobre mis preferencias, incluyendo revocar mi consentimiento sobre algunos de los puntos mencionados, puedo avisar a Allianz Care escribiendo a AP.EU1DataPrivacyOfficer@allianz.com



Firma del solicitante

D D / M M / A A A A

Firma del dependiente 1

D D / M M / A A A A

Firma del dependiente 2

D D / M M / A A A A

Firma del dependiente 3

D D / M M / A A A A

12 PREFERENCIAS DE MARKETING

Yo (el solicitante) y mis dependientes aceptamos que Allianz Care pueda obtener, utilizar y divulgar mis datos personales para proporcionarme información de marketing. Entiendo que mis datos personales solamente se utilizarán para los siguientes fines y actividades, que he aceptado expresamente indicando .

Insertar nombre del solicitante	Insertar nombre del dependiente 1	Insertar nombre del dependiente 2	Insertar nombre del dependiente 3

Información que Allianz Care envíe sobre sus productos y servicios, incluyendo actualizaciones sobre sus últimas promociones y nuevos productos y servicios.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Información enviada directamente por otras empresas del Grupo Allianz sobre sus productos y servicios. Entiendo que les revelarán mis datos de contacto con este fin.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Información enviada directamente por empresas asociadas a Allianz Care sobre sus productos y servicios. Entiendo que les revelarán mis datos de contacto con este fin.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Estas comunicaciones se me deberán enviar por los siguientes medios:

Correo electrónico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Notificaciones en la aplicación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Teléfono	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Carta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13 DATOS DE PAGO

(No necesita completar esta sección si solicita cobertura en una póliza colectiva y su empresa abona la prima).

Por favor, no haga ningún pago hasta que reciba su número de póliza. Su prima será anual durante la duración de su cobertura.

Divisa del pago

Marque la casilla correspondiente para indicar la divisa en la que prefiere abonar la prima.

Euros (EUR)	<input type="checkbox"/>
Libras esterlinas (GBP)	<input type="checkbox"/>
Franco suizos (CHF)	<input type="checkbox"/>
Dólares estadounidenses (USD)	<input type="checkbox"/>

Solamente se puede domiciliar el pago en euros (EUR), libras esterlinas (GBP) y franco suizos (CHF), pero no en dólares estadounidenses (USD).

Método de pago

Marque la casilla para indicar el método en el que prefiere efectuar el pago:

Domiciliación* (Para pagos en euros, libras esterlinas y franco suizos)	<input type="checkbox"/>
Tarjeta de crédito	<input type="checkbox"/>
Cheque	<input type="checkbox"/>
Transferencia bancaria	<input type="checkbox"/>

*Si decide pagar por domiciliación bancaria, complete y envíe la autorización correspondiente, disponible en: <https://www.allianzcare.com/es/personal/formulario-de-solicitud-de-afiliacion-para-planes.html>

Envíe este formulario debidamente completado por uno de estos medios:

 Correo electrónico: underwriting@allianzworldwidecare.com

 Fax : +353 1 629 7117

 Correo postal
Allianz Care
15 Joyce Way
Park West Business Campus
Nangor Road
Dublín 12, Irlanda

 Si tiene alguna pregunta sobre este formulario o el proceso de afiliación, póngase en contacto con nuestra línea de asistencia: +353 1 630 1304

 www.facebook.com/AllianzCare/
 www.linkedin.com/company/allianz-care
 www.youtube.com/c/allianzcare
 www.instagram.com/allianzcare/
 twitter.com/AllianzCare

AWP Health & Life SA, que actúa a través de su sucursal irlandesa, es una sociedad anónima sujeta a la reglamentación francesa de los servicios de seguro («Code des Assurances»). Registrada en Francia No. 401 154 679 RCS Bobigny. La sucursal irlandesa está inscrita en el registro oficial de empresas de Irlanda con el número 907619, en la dirección 15 Joyce Way, Park West Business Campus, Nangor Road, Dublín 12, Irlanda. Allianz Care y Allianz Partners son nombres comerciales registrados por AWP Health & Life SA.

PAGO POR TARJETA DE CRÉDITO

Si desea pagar mediante tarjeta de crédito, proporcione la siguiente información:

Tipo de tarjeta: MasterCard VISA American Express JCB Diners Club Discover

Nombre del titular de la tarjeta

Número de tarjeta Fecha de caducidad /

Código CCV*: (4 casillas)

* VISA, MasterCard, Discover y Diners Club: las últimas tres cifras en la zona de la firma en el reverso de la tarjeta.

American Express: las cuatro cifras en el anverso de la tarjeta, encima del número de tarjeta.

Por razones de seguridad, una vez que hayamos transferido esta información a nuestro sistema, separaremos los datos de la tarjeta de crédito del formulario y los destruiremos.

Autorización para pago con tarjeta de crédito

Autorizo a Allianz Care a cargar en mi tarjeta de crédito la prima de mi seguro Avenue. Entiendo que se me notificará la prima cuando se acepte mi cobertura/ renovación o si solicito algún cambio que afecte a la prima, como la inclusión de un dependiente. Este cargo continuará hasta que lo cancele avisando por escrito a Allianz Care. Se me dará un mes de aviso con respecto a cualquier aumento anual en la prima.

 Firma del titular de la tarjeta _____

Fecha / /