

ERSTATTUNGSFORMULAR

Bitte füllen Sie dieses Formular in **DRUCKBUCHSTABEN** aus. Sie können auch unsere MyHealth digitalen Services nutzen, um Ihren Erstattungsantrag einzureichen: <https://www.allianzcare.com/de/myhealth.html>

Zur Erinnerung: Sie müssen Ihren Erstattungsantrag innerhalb der im Versicherungshandbuch genannten Fristen einreichen. Das Versicherungshandbuch ist hier verfügbar <https://my.allianzcare.com/myhealth/login>

1 ANGABEN ZUM VERSICHERUNGSNEHMER

Versicherungsnummer

Geburtsdatum / /

Vorname

Nachname

Korrespondenzanschrift

Telefonnummer LÄNDERVORWAHL ORTSVORWAHL

E-Mail

Sind Sie im Rahmen einer nationalen/staatlichen Krankenversicherung in Ihrem Heimatland oder in Ihrem Aufenthaltsland versichert?
Ja Nein

Falls ja, geben sie bitte den Namen des Versicherers an:

2 ANGABEN ZUM PATIENTEN (FALLS ABWEICHEND VOM VERSICHERUNGSNEHMER)

Vorname

Nachname

Geburtsdatum / / Geschlecht: Männlich Weiblich

3 ZAHLUNGSANGABEN

Bitte kreuzen Sie entweder Option 1 oder Option 2 an. Bitte geben Sie falls Sie Option 2 ausgewählt haben, die fehlenden Informationen an.

Option 1: Direkte Erstattung der Kosten an die medizinische Einrichtung* (z. B. an das Krankenhaus oder den Facharzt)
die unten stehenden Bankangaben werden für diese Option nicht benötigt).

Option 2: Erstattung der Kosten an den Versicherungsnehmer

Gewünschte Zahlungsmethode: Banküberweisung** Scheck***

Geben Sie bitte die Währung an, in der die Leistung erstattet werden soll (stellen Sie bitte sicher, dass Ihr Bankkonto die gewünschte Währung unterstützt).

Name des Kontoinhabers (wie auf dem Kontoauszug aufgeführt z. B. Max Muster)

Kontonummer

IBAN (falls erforderlich)****

Bankleitzahl BIC/Swift-Code****

Name der Bank

Anschrift des Kreditinstituts

Bitte geben Sie alle zusätzlichen Informationen an, die innerhalb Ihres Landes zur Bearbeitung internationaler Transaktionen erforderlich sind (z. B. Filialnummer, Steuernummer):

Swift-Code der eingeschalteten Bank (falls zutreffend):

* Falls Sie die medizinische Einrichtung noch nicht bezahlt haben.

** Bitte geben Sie bei einer Banküberweisung alle notwendigen Angaben zur Bank an.

*** An den Versicherungsnehmer zu zahlende Schecks werden an die in Abschnitt 1 angegebene Adresse geschickt.

**** Falls sich Ihre Bank innerhalb der EU befindet oder in Ihrem Land eine IBAN-Nummer erforderlich ist (z. B.

Katar, Saudi-Arabien, Angola, Tunesien, Türkei), geben Sie bitte sowohl Ihre IBAN-Nummer als auch Ihren Swift/BIC-Code an, um die Zahlung Ihres Erstattungsantrags sicherzustellen.

4 EINZELHEITEN ZUM ERSTATTUNGSANTRAG

Bitte geben Sie in der folgenden Tabelle vollständige Einzelheiten zu jeder Rechnung an. Reichen Sie für in China entstandene Kosten eine Fapiao-Rechnung zusammen mit dem Erstattungsantrag ein. Falls Ihre Rechnung keine Angaben zur Diagnose/Erkrankung enthält, tragen Sie diese Informationen bitte in die folgende Tabelle ein. Falls der Platz nicht ausreichen sollte, benutzen Sie bitte ein weiteres Blatt.

Beschreibung der Ausgabe/ Behandlung	Diagnose/Erkrankung	Name des Dienstleisters	Rechnungs- summe	Währung	Haben Sie die Rechnung bezahlt?
					Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
					Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
					Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
					Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
					Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>

Gesamtbetrag der Ausgaben

Die angezeigte Summe wird nur dann korrekt angezeigt, wenn alle Rechnungen in derselben Währung ausgestellt sind.
Wenn Sie Ausgaben in verschiedenen Währungen rückfordern, ignorieren Sie bitte den angezeigten Gesamtbetrag.

In welchem Land erfolgte die Behandlung?

Erstattungsanträge, die sich auf einen Unfall oder eine Verletzung beziehen

Bezieht sich dieser Erstattungsantrag auf einen Unfall oder eine Verletzung Ja Nein

Falls ja, geben Sie bitte die folgenden Informationen an:

Datum des Unfalls/der Verletzung: T T / M M / J J J J

Einzelzeiten zum Unfall/ der Verletzung:

Haben Sie eine andere Versicherungspolice (z. B. eine Reiseversicherung)? Ja Nein

Falls ja, geben Sie bitte die folgenden Informationen an:

Name des Versicherers
 Versicherungsnummer

Wurde der Unfall/ die Verletzung von einer/einem Dritten verursacht? Ja Nein

Falls ja, geben Sie bitte die folgenden Informationen an:

Name der/des Dritten:
 Versicherungsnummer der/des Dritten:

Bitte senden Sie uns eine Kopie des Polizeiberichts an: claims.recoveries@allianzworldwidecare.com

5 ANGABEN ZUR MEDIZINISCHEN EINRICHTUNG

Name des Arztes/Facharztes

Qualifikationen/Zeugnisse

Name des Krankenhauses/der Klinik

Anschrift

Telefonnummer LÄNDERVORWAHL ORTSVORWAHL

Fax LÄNDERVORWAHL ORTSVORWAHL

E-Mail

Nur für physiotherapeutische/psychotherapeutische Erstattungsanträge:

Name des überweisenden Arztes

Telefonnummer LÄNDERVORWAHL ORTSVORWAHL

Überweisungsdatum / /

6 MEDIZINISCHE ANGABEN

Bitte geben Sie die Art der Erkrankung an: Akut Chronisch Akute Phase einer chronischen Erkrankung

Bitte machen Sie detaillierte Angaben zu den Symptomen/dem Krankheitszustand, die/der eine Behandlung erforderlich gemacht hatten/hatte, inklusive ICD

9/10 Code/DSM-IV:

Wann hat Sie der Patient erstmalig bezüglich dieser Symptome aufgesucht?

/ /

An welchem Datum hat der Patient die Symptome zum ersten Mal bemerkt?

/ /

Ist diese Erkrankung bereits in der Vergangenheit bei dem Patienten aufgetreten?

Ja Nein

Falls ja, wann? / /

Ist diese oder eine hiermit im Zusammenhang stehende Erkrankung bereits in der Vergangenheit behandelt worden?

Ja Nein

Falls ja, geben Sie bitte Einzelheiten an:

Ist ein erneutes Auftreten der Erkrankung wahrscheinlich?

Ja Nein

Sind Rehabilitationsmaßnahmen erforderlich?

Ja Nein

Handelt es sich um eine chronische Erkrankung?

Ja Nein

Sind langfristige Beobachtungsmaßnahmen, Arztbesuche, Untersuchungen, Kontrollen und/oder Tests erforderlich?

Ja Nein

Nur bei Schwangerschaft:

Erwarteter Geburtstermin / /

Handelt es sich um eine Ein-Kind Schwangerschaft?

Ja Nein

Falls es sich um eine Mehrlings-Schwangerschaft handelt, ist die Schwangerschaft das Resultat einer Unfruchtbarkeitsbehandlung?

Ja Nein

Falls ja, geben Sie bitte weitere Informationen an:

Nur bei Erstattungsanträgen für zahnärztliche Behandlung auszufüllen:

Litt der Patient bei seinem Behandlungstermin an akuten Zahnschmerzen?

Ja Nein

Bitte unterschreiben und stempeln Sie dieses Formular.

 Unterschrift des Arztes

Datum / /

Offizieller Stempel der
medizinischen Einrichtung

7 DER SCHUTZ IHRER PERSÖNLICHEN DATEN IST UNS WICHTIG

Unser Datenschutzhinweis erklärt, wie wir Ihre Privatsphäre schützen. Dies ist eine wichtige Information, die erklärt, wie Ihre persönlichen Daten verwendet werden. Nehmen Sie sich bitte einen Moment Zeit, um den Hinweis zu lesen, bevor Sie persönliche Daten an uns übermitteln. Um unseren Datenschutzhinweis zu lesen, gehen Sie auf: www.allianzcare.com/de/datenschutz

Alternativ können Sie uns auch unter der Telefonnummer + 353 1 630 1302 anrufen und eine Kopie unseres Datenschutzhinweises anfragen. Falls Sie Fragen dazu haben, wie Ihre persönlichen Daten verwendet werden, können Sie uns auch gerne per E-Mail kontaktieren: AP.EU1DataPrivacyOfficer@allianz.com

8 ERKLÄRUNG

Ich bestätige, dass dieses Formular nach meinem besten Wissen und Gewissen keinerlei falsche, irreführende oder unvollständige Angaben enthält. Mir ist bewusst, dass meine Versicherung im Falle eines betrügerischen Erstattungsantrags ab dem Zeitpunkt der Entdeckung des betrügerischen Ereignisses gekündigt wird und ich einem etwaigen strafrechtlichen Verfahren unterliege.

Ich stimme zu, auf alle Rechte hinsichtlich medizinischer/ärztlicher Schweigepflicht in Bezug auf meine medizinischen Daten und Informationen zu verzichten und ich bevollmächtige meinen Arzt, Angehörige von Heilberufen sowie Mitarbeiter medizinischer Einrichtungen, alle relevanten medizinischen Daten und Informationen im Zusammenhang mit mir auf Anfrage an Allianz Care, deren medizinische Berater und ernannte Vertreter oder andere Experten, vorbehaltlich geltender rechtlicher Bestimmungen, im Falle von Streitigkeiten weiterzugeben.

Wenn eine minderjährige Person behandelt wurde, muss dieser Abschnitt von einem Elternteil oder dem Vormund unterzeichnet und datiert werden.



Unterschrift des Patienten

Datum / /

9 WIR BENÖTIGEN IHRE EINVERSTÄNDNIS

Gemäß der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) benötigen wir Ihre Zustimmung, um Ihre medizinischen Daten zu verarbeiten und um Ihnen Ihre medizinischen Ausgaben auszuzahlen. Wenn Sie Ihre Einverständniserklärung noch nicht abgegeben haben, gehen Sie bitte auf <https://my.allianzcare.com/myhealth/login>, melden Sie sich bei den MyHealth digitalen Services an und kreuzen Sie die erforderlichen Felder an. Alternativ können Sie hier auch eine Einwilligungserklärung herunterladen www.allianzcare.com/de/consent-form. Auf Anfrage senden wir Ihnen auch gerne eine Kopie. Bitte beachten Sie, dass jeder Versicherte, der älter als 18 Jahr ist, eine eigene Einwilligung erteilen muss.

10 BEVOLLMÄCHTIGUNG DRITTER

Als Anspruchsberechtigter ermächtige ich

NAME DES DRITTEN

hiermit, für mich die Bearbeitung dieses Erstattungsantrags zu übernehmen. Dazu zählt ggf. auch die Offenlegung sensibler medizinischer Informationen.



Unterschrift des Anspruchsberechtigten

Name des Anspruchsberechtigten in Druckbuchstaben

Datum

 / /

Bitte bewahren Sie die Originaldokumente (z. B. medizinische Rechnungen), von welchen Kopien an uns versandt wurden, auf, da wir uns das Recht vorbehalten, diese bis zu 12 Monate nach der Bearbeitung eines Erstattungsantrags zu Prüfungszwecken anzufordern. Außerdem behalten wir uns das Recht vor, von Ihnen einen Zahlungsnachweis (z. B. Überweisungsbeleg oder Kreditkartenabrechnung) zu Ihren Rechnungen zu verlangen. Zusätzlich empfehlen wir Ihnen, Kopien der gesamten Korrespondenz mit uns aufzubewahren. Wir übernehmen keine Haftung für Korrespondenz, die auf dem Postweg oder anderweitig außerhalb unseres Verantwortungsbereichs verloren geht.

Bitte schicken Sie uns das vollständig ausgefüllte Erstattungsformular zusammen mit allen Rechnungen (Fotokopien und Kreditkartenbelege werden leider nicht akzeptiert) wie folgt zu:

E-Mail: claims@allianzworldwidedecare.com

Fax: + 353 1 645 4033

Post: Claims Department, Allianz Care, 15 Joyce Way, Park West Business Campus, Nangor Road, Dublin 12, Irland.

Wichtig – bitte überprüfen Sie folgendes:

- Die Rechnungen und Rezepte sind beigelegt.
- Das Erstattungsformular wurde vollständig ausgefüllt.
- Die Erklärung wurde unterschrieben und mit einem Datum versehen.
- Die Diagnose wurde bestätigt und ist entweder auf dem Erstattungsformular oder der Rechnung aufgeführt.
- Ihre Kontaktdaten sind weiterhin korrekt (falls sie sich geändert haben, teilen Sie uns umgehend mit).

Wussten Sie schon...

dass unsere Versicherten der Meinung sind, dass ihre Anfragen schneller bearbeitet werden wenn sie uns anrufen?



Falls Sie Fragen haben, wenden Sie sich bitte an unsere Helpline: + 353 1 630 1302 oder per E-Mail an:

client.services@allianzworldwidedecare.com

Eine Liste unser aktuellen gebührenfreien Rufnummern finden Sie hier: www.allianzcare.com/toll-free-numbers

Dieses Dokument ist eine Übersetzung des original auf Englisch verfassten „Claim Form“. Die englische Originalversion gilt ausschließlich als rechtlich verbindlich. Auch wenn Unterschiede zwischen der übersetzten Version und der englischen Originalversion bestehen, gilt die englische Version als rechtlich verbindlich. AWP Health & Life SA handelt durch ihre irische Niederlassung und ist eine Aktiengesellschaft nach französischem Recht. Registriert in Frankreich: Nr. 401 154 679 RCS Bobigny. Irische Niederlassung ist eingetragen im irischen Handelsregister, Registernummer: 907619, Adresse: 15 Joyce Way, Park West Business Campus, Nangor Road, Dublin 12, Irland. Allianz Partners und Allianz Care sind eingetragene Firmen von AWP Health & Life SA.