

Erstattungsformular

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

Zur Erinnerung: Sie müssen Ihren Erstattungsantrag innerhalb
 der im Versicherungshandbuch genannten Fristen einreichen.
 Das Versicherungshandbuch ist hier verfügbar:
www.allianzcare.com/de/myhealth.html

1 Angaben zum Patienten

Versicherungsnummer		Geburtsdatum	/ /
Vorname			
Nachname			
Korrespondenzanschrift			
Telefonnummer	LÄNDERVORWAHL	ORTSVORWAHL	
E-Mail			
Name des Versicherungsnehmers (falls abweichend vom Patienten)			
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. Geben Sie bitte die Referenznummer des Landes an.			

2 Angaben zum Anspruchsberechtigten (falls abweichend vom Patienten in Abschnitt 1)

Vorname			
Nachname			
Geburtsdatum	/ /	Geschlecht bei der Geburt:	Männlich ☐ Weiblich ☐
E-Mail			

3 Zahlungsangaben

Bitte kreuzen Sie eine der folgenden Optionen an und ergänzen Sie die Angaben nach Bedarf.

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 Versicherten ☐

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)

Option 3: Erstattung der Kosten an einen Dritten ☐

Name des Kontoinhabers (wie auf dem Kontoauszug aufgeführt)

Kontonummer	
-------------	----------------------

IBAN (falls erforderlich)****	
-------------------------------	----------------------

Bankleitzahl		BIC/Swift-Code****	
--------------	----------------------	--------------------	----------------------

Name der Bank	
---------------	----------------------

Anschrift des Kreditinstituts	
-------------------------------	----------------------

ABA/ACH-Code (nur für US-Bankkonten)	
--------------------------------------	----------------------

Adresse des Kontoinhabers in den USA	
--------------------------------------	----------------------

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 ☐ Nein ☐
					Ja ☐ Nein ☐
					Ja ☐ Nein ☐
					Ja ☐ Nein ☐
					Ja ☐ Nein ☐
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 / /

Einzelheiten 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

Name des Versicherers der/des Dritten

Versicherungsnummer der/des Dritten

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

Die Abschnitte 5 und 6 müssen von dem behandelnden Arzt ausgefüllt werden, sofern die eingereichten Dokumente (z. B. Rechnungen) diese Informationen nicht enthalten.

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

T	T	/	M	M	/	J	J	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

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?

T	T	/	M	M	/	J	J	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

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

T	T	/	M	M	/	J	J	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

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

Ja ☐ Nein ☐

Falls ja, wann?

T	T	/	M	M	/	J	J	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

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:

T	T	/	M	M	/	J	J	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

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

T	T
---	---

 /

M	M
---	---

 /

J	J	J	J
---	---	---	---

Offizieller Stempel der medizinischen
Einrichtung

7 Ihre persönlichen Daten

Unser Datenschutzhinweis erklärt, wie wir Ihre Privatsphäre schützen und wie Ihre persönlichen Daten verwendet werden. Sie müssen diese Information lesen, bevor Sie Ihre persönlichen 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, schreiben Sie uns eine E-Mail an: 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, 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

T	T
---	---

 /

M	M
---	---

 /

J	J	J	J
---	---	---	---

9 Wir benötigen Ihr Einverständnis

Gemäß der Datenschutz-Grundverordnungen 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 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

T	T
---	---

 /

M	M
---	---

 /

J	J	J	J
---	---	---	---

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 Kartenabrechnung) 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 (Kartenbelege werden leider nicht akzeptiert) wie folgt zu:

 E-Mail: **claims@allianzworldwidecare.com**
 Post: **Claims Department,
Allianz,
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 es 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:

Eine Liste unser aktuellen gebührenfreien Rufnummern finden Sie hier:

+ 353 1 630 1302 oder per E-Mail an:

client.services@e.allianz.com

www.allianzcare.com/toll-free-numbers

Dieses Dokument ist eine deutsche Übersetzung des englischen Dokuments. Die englische Version ist die ursprüngliche und offizielle Version. Sollten zwischen dieser Übersetzung und der englischen Version Unterschiede bestehen, beachten Sie bitte, dass die englische Version die rechtsverbindliche und offizielle Version ist.

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.