

Kostenzusageformular

Eine vorherige Kostenzusage ist nicht bei einer Behandlung im Notfall erforderlich. Sie, Ihr behandelnder Arzt, ein Familienangehöriger oder ein Kollege müssen uns jedoch innerhalb von 48 Stunden nach Eintritt des Notfalls über Ihre Krankenhausaufnahme informieren.

Unsere Helpline (+353 1 630 1302) kann Fragen zur vorherigen Kostenzusage für Behandlungen, die innerhalb von 72 Stunden erfolgen sollen, auch telefonisch genehmigen. Halten Sie hierzu bitte so viele relevante Informationen bereit wie möglich, einschließlich der Kontaktangaben Ihres Arztes.

Sie können dieses Formular auch online ausfüllen: www.allianzcare.com/de/ressourcen/ressourcen-fuer-versicherte.html.

Wenn Sie dieses Formular in ausgedruckter Form ausfüllen, füllen Sie es bitte in **DRUCKBUCHSTABEN** aus.

Abschnitt 1 ist vollständig vom (oder im Namen des) Patienten auszufüllen.

Abschnitt 2 ist vollständig vom behandelnden Arzt auszufüllen.

Beachten Sie bitte:

- Sollten wir unvollständige Angaben erhalten, kann es zu Verspätungen bei der Genehmigung Ihrer Behandlung kommen, da wir uns erneut mit Ihnen bzw. Ihrem behandelnden Arzt in Verbindung setzen müssen.
- Die Versicherungspolice des Patienten muss zum Zeitpunkt der Behandlung in Kraft sein.
- Die vorherige Kostenzusage unterliegt den allgemeinen Versicherungsbedingungen Ihrer Police. Sie unterliegt zudem unserer Beurteilung aller relevanten Unterlagen, die wir in Bezug auf Ihren medizinischen Zustand benötigen.

1 Angaben zum Patienten - Vollständig vom Patienten oder in dessen Namen auszufüllen

Versicherungsnummer

Frau ☐ Herr ☐

Vorname

Nachname

Geburtsdatum / /

Kontaktperson: Bitte nennen Sie den Ansprechpartner hinsichtlich dieses Antrags auf eine vorherige Kostenzusage

Name

Beziehung zum Patient (z.B. Selbst, Ehepartner/Partner, Elternteil)

Telefonnummer LÄNDERVORWAHL ORTSVORWAHL

Mobiltelefonnummer LÄNDERVORWAHL NETZVORWAHL

E-Mail

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

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
---	---	---	---

Wir brauchen Ihre Zustimmung

Gemäß der Datenschutz-Grundverordnungen benötigen wir Ihre Zustimmung, um Ihre medizinischen Daten zu verarbeiten und um Ihnen Ihre medizinischen Ausgaben auszusuchen. Wenn Sie Ihre Einverständniserklärung noch nicht abgegeben haben, gehen Sie bitte auf my.allianzcare.com/myhealth/login, melden Sie sich bei den Online Services an und kreuzen Sie die erforderlichen Felder an. Sie können die Einwilligungserklärung

außerdem von hier www.allianzcare.com/content/dam/onemarketing/azcare/allianzcare/de/docs/Consent-Form-DE-Nov-2023.pdf herunterladen. Gerne senden wir Ihnen auf Anfrage auch eine Kopie. Bitte beachten Sie, dass jeder Versicherte, der älter als 18 Jahr ist, eine eigene Einwilligung erteilen muss.

2 Angaben zur Behandlung - Vollständig vom medizinischen Dienstleister auszufüllen

Falls zusätzliche Behandlungen erforderlich werden, müssen Sie uns davon in Kenntnis setzen.

Rechnungen müssen innerhalb von 60 Tagen nach der Entlassung des Patienten eingereicht werden. Wenn wir jedoch spezielle Vereinbarungen mit dem medizinischen Dienstleister getroffen haben, gelten diese Vereinbarungen.

Zustand

Beschreibung der Beschwerden, Anzeichen und Symptome

Ursache (falls bekannt)

Wann wurden diese Beschwerden zum ersten Mal diagnostiziert?

T	T
---	---

 /

M	M
---	---

 /

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

Wann war der erste Termin/Besuch?

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
---	---	---	---

Diagnose (falls unbekannt, bitte vorläufige Diagnose angeben)

ICD9/10

--	--	--	--	--	--

DSM-IV

--	--	--	--	--	--

DRG

--	--	--	--	--	--

Bitte füllen Sie den folgenden Abschnitt im Falle einer Schwangerschaft aus

Datum der Bestätigung der Schwangerschaft durch einen Arzt

T	T
---	---

 /

M	M
---	---

 /

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

Zu erwartendes oder konkretes Entbindungsdatum

T	T
---	---

 /

M	M
---	---

 /

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

Handelt es sich um eine Ein-Kind Schwangerschaft?

Ja ☐ Nein ☐

Falls nein, ist die Schwangerschaft das Resultat medizinisch assistierter Fortpflanzung?

Ja ☐ Nein ☐

Art der Entbindung

Behandlung

Geplante Prozedur/Behandlung

Voraussichtliches Aufnahmedatum

Behandlungen in den USA/dem Vereinigten Königreich

CPT Code

CCSD Code

Beschreibung

Kosten

Bitte geben Sie bei Behandlung in Deutschland den Basisfallpreis an

Geplante Länge des Aufenthalts

Nacht/Nächte ☐ / Tag(e) ☐ (bitte kreuzen Sie an)

Wird ein Gesamtpaketpreis angeboten?

Ja ☐

Nein ☐

Falls Ja, geben Sie bitte den Preis und die Währung an

Falls Nein, geben Sie bitte eine Auflistung der voraussichtlichen Kosten an:

Krankenhaus/medizinische Einrichtung

Name des Krankenhauses/der medizinischen Einrichtung

Adresse (inklusive Land)

E-Mail (Pflichtfeld)

Telefon (einschließlich Ländervorwahl und Ortsvorwahl)

Fax (Pflichtfeld) (einschließlich Ländervorwahl und Ortsvorwahl)

Name

E-Mail (Pflichtfeld)

Telefon (einschließlich Ländervorwahl und Ortsvorwahl)

Fax (Pflichtfeld) (einschließlich Ländervorwahl und Ortsvorwahl)

Krankenhauskosten

Kosten für Ärzte
oder Anästhesisten

Geschätzte Gesamtkosten
(einschließlich Währung)

Überweisender Arzt

Behandelnder/aufnehmender Arzt

Bitte unterschreiben und datieren Sie im Folgenden und fügen Sie einen offiziellen Stempel hinzu.

Ich bestätige, dass alle in diesem Formular gemachten Angaben nach meinem besten Wissen wahrheitsgemäß und vollständig sind.



Unterschrift des Arztes

Datum

Offizieller Stempel der
medizinischen Einrichtung

Bitte schicken Sie uns das vollständig ausgefüllte Kostenzusageformular mindestens fünf Werktage vor Behandlungsbeginn:

Per E-Mail an: medical.services@e.allianz.com or
Post an: Medical Services Department, Allianz,
15 Joyce Way, Park West Business Campus,
Nangor Road, Dublin 12, Irland

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.

Bei Fragen können Sie sich gerne an uns wenden: Telefonisch unter +353 1 630 1302 oder per E-mail an client.services@e.allianz.com.

Eine Liste unser aktuellen gebührenfreien Rufnummern finden Sie hier: 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.