Allianz

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 Details zur vorherigen Kostenzusage für Behandlungen, die **innerhalb von 72 Stunden erfolgen** sollen, auch telefonisch aufnehmen. Halten Sie hierzu bitte alle relevanten Informationen bereit, einschließlich der Kontaktangaben Ihres Arztes.

Sie können dieses Formular auch online ausfüllen: **www.allianzcare.com/members**.

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

Herr ☐ Frau ☐

Vorname

Nachname

Geburtsdatum T T / M M / J J J J

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

Die Verarbeitung personenbezogener Daten ist für die Abwicklung von Versicherungsgeschäften unerlässlich. Wir verarbeiten personenbezogene Daten gemäß dem Schweizer Datenschutzgesetz (DSG). Diese Daten werden elektronisch oder physisch immer gemäß den geltenden Rechtsvorschriften gespeichert.

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 bitte auf: **www.allianz-partners.com/de_CH/data-protection.html**

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**

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 auszuzahlen.

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/de/consent-form** 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 sollten 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 Versicherte 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 T T / M M / J J J J

Behandlungen in den USA/Großbritannien

CPT Code

CCSD Code

Beschreibung

Kosten

Bitte geben Sie bei Behandlungen in Deutschland den Basisfallpreis an

Geplante Länge des Aufenthalts

Tage ☐ / Nächte ☐ (Zutreffendes bitte ankreuzen)

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

Krankenhauskosten	Honorare für Ärzte/ Anästhesisten	Geschätzte Gesamtkosten (einschließlich Währung)

Angaben zur medizinischen Einrichtung

Name des Krankenhauses/der medizinischen Einrichtung	
Adresse (einschl. Land)	
E-Mail (Pflichtfeld)	
Telefon (einschl. Länder- und Ortsvorwahl)	
Fax (Pflichtfeld) (einschl. Länder- und Ortsvorwahl)	

	Überweisender Arzt	Behandelnder/aufnehmender Arzt
Name		
E-Mail (Pflichtfeld)		
Telefon (einschl. Länder- und Ortsvorwahl)		
Fax (Pflichtfeld) (einschl. Länder- und Ortsvorwahl)		

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.

Offizieller Stempel der medizinischen Einrichtung

Unterschrift des Arztes

Datum T T / M M / J J J J

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

E-Mail: **medical.services@e.allianz.com**
Post: **Medical Services Department, Allianz, 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**

Versicherer Ihrer VVG Versicherung ist AWP P&C S.A., Saint-Ouen (Paris), Niederlassung Wallisellen (Schweiz), die schweizerische Niederlassung von AWP P&C S.A., Saint-Ouen, Frankreich, eine Aktiengesellschaft nach französischem Recht. Registriert in Frankreich unter der Nr.: 519 490 080 RCS Paris. Die Schweizer Niederlassung ist eingetragen in Zürich, Registrierungsnummer: CHE-115.393.016. Adresse: Richtiplatz 1, 8304 Wallisellen, Schweiz.

KPT Krankenkasse AG, Wankdorfallee 3, CH-3000 Bern 22, registrierte BAG Nr. 376. KPT stellt Verwaltungsdienste innerhalb der Schweiz bereit.

AWP Health & Life SA, handelt durch ihre irische Niederlassung, ist eine Aktiengesellschaft nach französischem Recht. Registriert in Frankreich unter der Nr.: 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. AWP Health & Life SA agiert als Rückversicherer für VVG-Verträge und bietet Verwaltungsdienste und technischen Support außerhalb der Schweiz.