Allianz Worldwide Care Services handelt im Namen der Allianz Private Krankenversicherungs-AG

Kostenzusageformular

Sie können dieses Formular auch von unserer Website herunterladen (als PDF-Version).
www.allianzworldwidecare.com/pkv

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

Für Notfallbehandlungen ist das vorherige Einreichen eines Kostenzusageformulars nicht notwendig. Sie, Ihr behandelnder Arzt, ein Familienangehöriger oder ein Kollege müssen/muss uns jedoch ***innerhalb von 48 Stunden*** *nach Eintritt des Notfalls über Ihre Krankenhausaufnahme informieren.*

Unsere Helpline (+ ***353 1 514 8456****) 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).*

Sollten wir unvollständige Angaben erhalten, kann es zu Verspätungen bei der Kostenzusage 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. Beachten Sie bitte, dass diese Zahlungsgarantie den Versicherungsbedingungen der Police sowie der Beurteilung aller erhaltenen bzw. noch zu erhaltenen medizinischen Unterlagen (an Allianz Worldwide Care Services) im Zusammenhang mit der vorliegenden Krankheit unterliegt.

1 ANGABEN ZUM PATIENTEN *DIESER ABSCHNITT IST VOLLSTÄNDIG VOM (ODER IM NAMEN DES) PATIENTEN AUSZUFÜLLEN*

Versicherungsnummer

Herr ☐ Frau ☐

Vorname

Nachname

Geburtsdatum T T / M M / J J

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

Name

Beziehung zum Patienten, z. B. Patient selbst, Ehepartner/Partner, Elternteil

Telefonnummer (Ländervorwahl) (Ortsvorwahl)

Mobiltelefonnummer (Ländervorwahl) (Netzvorwahl)

E-Mail

Der Versicherer dieser Police ist die Allianz Private Krankenversicherungs-Aktiengesellschaft.

Aufsichtsratsvorsitzender: Dr. Manfred Knof.

Vorstand: Dr. Birgit König (Vorsitzende), Daniel Bahr, Dr. Jan Esser, Burkhard Keese, Joachim Müller, Dr. Thomas Wiesemann.

USt-IdNr.: DE 811 239 569.

Finanz- und Versicherungsleistungen i.S.d. UStG / MwStSystRL sind von der Umsatzsteuer befreit.

Sitz der Gesellschaft: München. Registergericht: Amtsgericht München HRB 2212.

Allianz Worldwide Care Services ist eine eingetragene Firma von AWP Health & Life Services Limited. AWP Health & Life Services Limited bietet Verwaltungsdienste und technische Unterstützung für diese Police, wie z. B. die Bearbeitung von Leistungsanträgen, die Verwaltung der Police sowie Helplineservices inner- und außerhalb Deutschlands. AWP Health & Life Services Limited ist eine Gesellschaft mit beschränkter Haftung, die in Irland registriert ist. Registrierte Nummer: 509216, Sitz der Gesellschaft: 15 Joyce Way, Park West Business Campus, Nangor Road, Dublin 12, Irland.

Aufsichtsratsvorsitzende: Lidia Luka-Lognoné.

Mitglieder: Clodagh Clarke, Frank Mee.

2 ANGABEN ZUR BEHANDLUNG *DIESER ABSCHNITT IST VOLLSTÄNDIG VOM MEDIZINISCHEN DIENSTLEISTER AUSZUFÜLLEN*

- Falls zusätzliche Behandlungen erforderlich werden, muss Allianz Worldwide Care Services davon in Kenntnis gesetzt werden.
- Rechnungen sollten innerhalb von 60 Tagen nach der Entlassung des Patienten eingereicht werden. Sollten Sonderregelungen zwischen uns und dem medizinischen Dienstleister vereinbart worden sein, so gelten diese.

Beschwerden

Beschreibung der Beschwerden, Anzeichen und Symptome

Ursache (falls bekannt)

Wann wurden diese Beschwerden zum ersten Mal diagnostiziert T T / M M / J J

Wann sind diese Beschwerden zum ersten Mal aufgetreten T T / M M / J J

An welchem Datum hat der Versicherte die Symptome zum ersten Mal bemerkt T T / M M / J J

Diagnose (falls unbekannt, bitte „vorläufige Diagnose" angeben)

ICD9/10 DSM-IV

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 Zu erwartendes oder konkretes Entbindungsdatum T T / M M / J J

Handelt es sich um eine Ein-Kind-Schwangerschaft? Ja ☐ Nein ☐

Falls „**Nein**", ist die Schwangerschaft das Resultat medizinisch assistierter Fortpflanzung mit Ausnahme einer künstlichen Befruchtung? Ja ☐ Nein ☐

Entbindungsmodus

Behandlung

Geplante Prozedur/Behandlung:

Voraussichtliches Aufnahmedatum T T / M M / J J

Behandlungen in den USA/Großbritannien

CPT code(s) CCSD code(s)

Beschreibung

Kosten

Geplante Länge des Aufenthalts Tag(e) ☐ Nacht/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 Kosten für Ärzte oder Anästhesisten

Geschätzte Gesamtkosten (einschließlich Währung)

Angaben zur medizinischen Einrichtung

Name des Krankenhauses/der medizinischen Einrichtung

Adresse (einschl. Land)

E-Mail (Pflichtfeld)

Telefonnummer (Ländervorwahl) (Ortsvorwahl)

Fax (Pflichtfeld) (Ländervorwahl) (Ortsvorwahl)

Überweisender Arzt

Name

E-Mail (Pflichtfeld)

Telefonnummer (einschl. Länder- und Ortsvorwahl)

Fax (Pflichtfeld, einschl. Länder- und Ortsvorwahl)

Behandelnder/aufnehmender Arzt

Name

E-Mail (Pflichtfeld)

Telefonnummer (einschl. Länder- und Ortsvorwahl)

Fax (Pflichtfeld, einschl. Länder- und Ortsvorwahl)

Bitte unterzeichnen 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

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

- Eingescannt per E-Mail an: pkv.medical@allianzworldwidecare.com oder
- Per Fax an: + 353 1 653 1780 oder
- Post an: Medical Services Department, Allianz Worldwide Care Services, 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.