

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/anmeldung.html

1 Angaben zum Patienten

Versicherungsnummer

Geburtsdatum T T / M M / J J J J

Vorname

Nachname

Korrespondenzanschrift

Telefonnummer

LÄNDERVORWAHL

ORTSVORWAHL

E-Mail

Name des Versicherungsnehmers (falls abweichend vom Patienten)

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

Vorname

Nachname

Geburtsdatum T T / M M / J J J J

Geschlecht bei der Geburt: Männlich Weiblich

E-Mail

3 Zahlungsangaben

Von der versicherten Person nur bei Einreichen des ersten Erstattungsantrags oder im Falle einer Änderung der Bankdaten auszufüllen.

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)

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

** Dem Hauptversicherten 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

Von den Versicherten auszufüllen:

- Die bei Zugehörigkeit einen medizinischen Fragebogen ausgefüllt haben.
- Deren Versicherungszeitraum kürzer als 24 Monate ist und wenn sich der medizinische Erstattungsantrag auf eine Krankheit oder einen Unfall bezieht, die bzw. der vor Versicherungsbeginn diagnostiziert wurde.
- Deren GKFS Dokument die Diagnose nicht aufzeigt.

Diagnose/Erkrankung	Datum, an welchem die Symptome erstmals aufgetreten sind	Rechnungssumme/Währung	Betrag, der von dem GKFS zurück erstattet wurde
	T T / M M / J J J J		
	T T / M M / J J J J		
	T T / M M / J J J J		
	T T / M M / J J J J		
	T T / M M / J J J J		
	T T / M M / J J J J		

In welchem Land fand die Behandlung statt?

Erstattungsanträge, die sich auf einen Unfall oder eine Verletzung beziehen:

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

5 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 persönliche Daten an uns übermitteln. Um unseren Datenschutzhinweis zu lesen, gehen Sie bitte auf: www.allianzcare.com/de/datenschutz.html

Alternativ können Sie uns auch unter der Telefonnummer 0800 70 528 (gebührenfrei aus Belgien) oder +353 1 630 1302 (außerhalb Belgiens) anrufen und eine Kopie unseres Datenschutzhinweises anfragen. Falls Sie Fragen dazu haben, wie Ihre persönlichen Daten verwendet werden, schreiben Sie uns eine E-Mail: AP.EU1DataPrivacyOfficer@allianz.com

6 Erklärung

Ich bin damit einverstanden, Allianz auf Anfrage zusätzliche Informationen oder Dokumente zur Verfügung zu stellen, die es ermöglichen, diese Kosten korrekt zu begleichen. Es wird davon ausgegangen, dass diese Informationen von Allianz vernichtet werden, sobald die Erstattung erfolgt ist.

Ich bestätige, dass dieses Formular nach meinem besten Wissen und Gewissen keinerlei falsche, irreführende oder unvollständige Angaben enthält.

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

7 Bevollmächtigung Dritter

Als Anspruchsberechtigter ermächtige ich

hiermit, für mich die Bearbeitung dieses Erstattungsantrags zu übernehmen.



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 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 senden Sie uns Ihren vollständig ausgefüllten Erstattungsantrag*:



E-Mail: IGOclaims@allianzworldwidecare.com



Post: Claims Department, Allianz, Bd Roi Albert II 32, 1000 Brüssel, Belgien

* Möglicherweise zusammen mit Rechnungen / Quittungen für Kosten, die nicht auf dem GKFS Dokument aufgeführt (oder nicht enthalten) sind (nur für bestimmte Services, die unter Hospi Safe Plus fallen).

Wichtig – bitte überprüfen Sie folgendes:

Sie haben eine Kopie des vom GKFS erstellten Dokuments beigelegt (geben Sie bitte wenn möglich die Nummer des Belegs an). Das Erstattungsformular wurde vollständig ausgefüllt.

Die Erklärungen wurden unterschrieben und mit einem Datum versehen.

Ihre Kontaktdaten sind weiterhin korrekt (falls sie sich geändert haben, teilen Sie uns umgehend mit).

Unsere Helpline steht Ihnen unter **0800 70 528** (gebührenfreie Nummer aus Belgien) oder per E-Mail unter **igo.assistance@e.allianz.com** zur Verfügung.

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

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.

Der Versicherer und Verwalter Ihrer Versicherung ist die AWP Health & Life SA, eine Aktiengesellschaft nach französischem Recht, mit einem Kapital von € 95.551.314 und mit Sitz in: 7 Rue Dora Maar, 93400 Saint-Ouen, Frankreich. Registriert in Frankreich unter der Nr.: 401 154 679 RCS Bobigny. USt-IdNr: FR 84 401 154 679.