

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*
 (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 z. B. Max Muster)

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?	Haben Sie die Rechnung bezahlt?
					Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
					Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
					Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
					Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
					Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>

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 / /

Einzelzeiten 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@allianzworldwidecare.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 / /

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? / /

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

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

Falls ja, wann? / /

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:

Erwarteter Geburtstermin / /

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 / /

Offizieller Stempel der medizinischen
Einrichtung

Bitte schicken Sie uns das vollständig ausgefüllte Erstattungsformular zusammen mit allen Rechnungen (Kreditkartenbelege werden leider nicht akzeptiert) wie folgt zu:

 E-Mail: claims@allianzworldwidedecare.com

 Post: Claims Department,
Allianz Care,
15 Joyce Way,
Park West
Business Campus,
Nangor Road,
Dublin 12,
Irland

Wichtig – bitte überprüfen Sie folgendes:

- Die Rechnungen und Rezepte sind beigefügt.
- 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:

+ 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