

# Erstattungsformular für Gruppenversicherte

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](http://www.allianzcare.com/de/myhealth.html)

**Zur Erinnerung:** Sie müssen Ihren Erstattungsantrag innerhalb  
der im Versicherungshandbuch genannten Fristen einreichen.  
Das Versicherungshandbuch ist hier verfügbar:  
[my.allianzcare.com/myhealth/login](http://my.allianzcare.com/myhealth/login)

## 1 Angaben zum Patienten

Versicherungsnummer  Geburtsdatum  /  /

Vorname

Nachname

Aktuelle 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

## 3 Zahlungsangaben

Bitte kreuzen Sie eine der folgenden Optionen an und ergänzen Sie die Angaben nach Bedarf.

- Option 1:** Erstattung der Kosten an die medizinische Einrichtung\* (z. B. an das Krankenhaus oder den Facharzt)   
(die unten stehenden Bankangaben werden für diese Option nicht benötigt.)
- Option 2:** Erstattung der Kosten an den Versicherten   
Gewünschte Zahlungsmethode: Banküberweisung\*\* (empfohlen)  Scheck\*\*\*   
Geben Sie bitte die Währung an, in der Sie den Betrag erhalten möchten (stellen Sie bitte sicher, dass Ihr Bankkonto die gewünschte Währung unterstützt)
- Option 3:** Erstattung der Kosten an einen Dritten

Name des Kontoinhabers

Kontonummer

IBAN (falls erforderlich)\*\*\*\*

Bankleitzahl  BIC/Swift-Code\*\*\*\*

Name der Bank

Anschrift des Kreditinstituts

ABA/ACH-Code (nur für US-Bankkonten)

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 Hauptversicherenden 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.



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

Angaben zu den Symptomen/dem Krankheitszustand

Wann hat Sie der Patient erstmalig bezüglich dieser Symptome aufgesucht?   /   /

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

Bitte unterschreiben und stempeln Sie dieses Formular.

 Unterschrift des Arztes \_\_\_\_\_

Datum   /   /

Offizieller Stempel der medizinischen  
Einrichtung

## 7 Ihre persönlichen Daten

Unser Datenschutzhinweis erklärt, wie wir Ihre Privatsphäre schützen. Dies ist eine wichtige Information, die erklärt, wie Ihre persönlichen Daten verwendet werden. Nehmen Sie sich bitte einen Moment Zeit, um den Hinweis zu lesen, bevor Sie persönliche Daten an uns übermitteln. Um unseren Datenschutzhinweis zu lesen, gehen Sie auf: [www.allianzcare.com/de/datenschutz](http://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, können Sie uns auch gerne per E-Mail kontaktieren: [AP.EU1DataPrivacyOfficer@allianz.com](mailto:AP.EU1DataPrivacyOfficer@allianz.com)

## 8 Erklärung

Ich bestätige, dass dieses Formular nach meinem besten Wissen und Gewissen keinerlei falsche, irreführende oder unvollständige Angaben enthält. Mir ist bewusst, dass meine Versicherung im Falle eines betrügerischen Erstattungsantrags ab dem Zeitpunkt der Entdeckung des betrügerischen Ereignisses gekündigt wird und ich einem etwaigen strafrechtlichen Verfahren unterliege.

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 Care, 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   /   /

