

ERSTATTUNGSFORMULAR FÜR MEDIZINISCHE DIENSTLEISTER

Sie können dieses Formular (als PDF-Version zum Ausfüllen) von unserer Website herunterladen:
<https://www.allianzcare.com/de/medizinische-dienstleister/prozess-der-direkten-kostenerstattung.html>
Wenn Sie dieses Formular handschriftlich ausfüllen, füllen Sie es bitte in **DRUCKBUCHSTABEN** aus.

1 ANGABEN ZUM PATIENTEN

Versicherungsnummer

Vorname

Nachname

Geburtsdatum / /

Korrespondenzanschrift

Telefonnummer LÄNDERVORWAHL ORTSVORWAHL

E-Mail

2 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:

ICD 9/10 Code/DSM-IV

Detaillierte 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? / /

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

Bitte geben Sie die Referenznummer für die vorherige Kostenzusage (falls vorhanden) im Zusammenhang mit dieser Behandlung an:

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 für physiotherapeutische/psychotherapeutische Leistungsansprüche. Geben Sie bitte folgende Einzelheiten zur Überweisung an:

Name des überweisenden Arztes/Physiotherapeuten

Telefonnummer LÄNDERVORWAHL ORTSVORWAHL

Überweisungsdatum / /

Bitte unterzeichnen und datieren Sie im Folgenden und fügen Sie einen offiziellen Stempel hinzu.



Unterschrift des Arztes

Datum / /

3 DER SCHUTZ IHRER PERSÖNLICHEN DATEN IST UNS WICHTIG

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

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

4 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

T	T	/	M	M	/	J	J	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

 **Wichtig** – bitte überprüfen Sie folgendes:

- Die Originale aller Quittungen, Rechnungen und Rezepte sind beigefügt.
- Das Erstattungsformular wurde vollständig ausgefüllt (einschließlich der Referenznummer der vorherigen Kostenzusage, falls vorhanden).
- Die Erklärung wurde unterschrieben und mit einem Datum versehen.
- Die Diagnose wurde bestätigt und entweder auf dem Formular oder in der Rechnung angegeben.

Bitte schicken Sie das vollständig ausgefüllte Formular zusammen mit allen Originalrechnungen (Fotokopien werden leider nicht akzeptiert) an die folgende Adresse:

Claims Department, Allianz Care, 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.

Falls Sie Fragen haben, wenden Sie sich bitte an unsere Helpline: + 353 1 630 1302 oder per E-Mail an: client.services@allianzworldwidedcare.com

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

Dieses Dokument ist eine Übersetzung des original auf Englisch verfassten „Medical Provider Claim Form“. Die englische Originalversion gilt ausschließlich als rechtlich verbindlich. Auch wenn Unterschiede zwischen der übersetzten Version und der englischen Originalversion bestehen, gilt die englische Version als rechtlich verbindlich.

AWP Health & Life SA handelt durch ihre irische Niederlassung und ist eine Aktiengesellschaft nach französischem Recht. Registriert in Frankreich: 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. Allianz Partners und Allianz Care sind eingetragene Firmen von AWP Health & Life SA.