

Erstattungsformular

Bitte lesen Sie die folgenden Hinweise sorgfältig durch, füllen Sie das Formular in **DRUCKBUCHSTABEN** aus und kreuzen Sie die entsprechenden Felder an

Allianz 
Allianz Worldwide Care

Wichtige Informationen - Bitte sorgfältig lesen.

Damit wir Ihren Antrag auf Erstattung möglichst rasch bearbeiten können, beachten Sie bitte die folgenden Hinweise:

- Überprüfen Sie anhand Ihrer Tariflichen Leistungsusage, ob die gewünschte Erstattung durch Ihre Versicherung abgedeckt ist. Wenn Sie Fragen zum Deckungsumfang Ihrer Versicherung haben, können Sie sich gerne an unsere Helpline wenden
- Die Erstattung kann sich verzögern, wenn dieser Antrag nicht vollständig ausgefüllt worden ist
- Wenn Sie zukünftig eine Erstattung wegen derselben Erkrankung beantragen müssen, fotokopieren Sie dieses Formular und senden Sie es zusammen mit den Rechnungen / Quittungen ein. Es ist nicht notwendig, das Formular erneut auszufüllen. Sollte diese medizinische Behandlung jedoch länger als 6 Monate andauern, so behalten wir uns vor, ein erneut ausgefülltes Erstattungsformular von Ihnen zu verlangen
- Alle erstattungsfähigen Rechnungen müssen diesem Formular im Original beigelegt werden. Fotokopien, Rezepte und Kreditkartenbelege können nicht berücksichtigt werden. **Wir empfehlen Ihnen, Kopien aller eingereichten Dokumente aufzubewahren**, falls Sie diese zu einem späteren Zeitpunkt benötigen sollten
- Ein separates Behandlungsformular ist für jede versicherte Person und für jede medizinische Behandlung notwendig
- Die Abschnitte 1 bis 5 sind vom Versicherungsnehmer / Antragsteller vollständig auszufüllen
- Die Abschnitte 6 bis 7 sind vom behandelnden Allgemeinarzt / Facharzt auszufüllen
- Bitte füllen Sie das Formular in **DRUCKBUCHSTABEN** aus
- Senden Sie den Antrag spätestens 6 Monate nach Ablauf des Versicherungsjahrs ein, bzw. wenn die Versicherung während des Versicherungsjahres gekündigt wird, spätestens 6 Monate nach Ablauf des Versicherungsschutzes. **Nach Ablauf dieses Zeitraumes sind wir zur Erstattung nicht verpflichtet**
- Wenn sich Ihre Adresse geändert hat, teilen Sie uns dies bitte auf dem Erstattungsformular mit, damit wir Ihre Daten in unseren Unterlagen ändern können. Wenn Sie wissen möchten, welche Adressdaten gegenwärtig in unserem System gespeichert sind, wenden Sie sich bitte an unsere Helpline

Claims Department, Allianz Worldwide Care, 20D Beckett Way, Park West Business Campus, Nangor Road, Dublin 12, Irland

Helpline

Englisch:	+ 353 1 630 1301
Deutsch:	+ 353 1 630 1302
Französisch:	+ 353 1 630 1303
Spanisch:	+ 353 1 630 1304
Italienisch:	+ 353 1 630 1305

Gebührenfrei aus Frankreich, Belgien und der Schweiz:	00 800 66 302 302
Gebührenfrei vom Festland China:	10 800 441 0115
Gebührenfrei aus den USA:	1 866 266 2182
Gebührenfrei von Singapur:	800 353 1018
Gebührenfrei von Hongkong:	800 901 705

Fax:	+ 353 1 630 1306
Email:	client.services@allianzworldwidedecare.com

Weitere Erstattungsformulare stehen auf www.allianzworldwidedecare.com zum Herunterladen zur Verfügung.

Dies ist eine Übersetzung des original in Englisch verfassten Versicherungshandbuchs. Als rechtlich verbindlich gilt ausschliesslich die englische Originalversion. Allianz Worldwide Care Limited gehört zur Allianz Group, ist in Irland eingetragen und unterliegt der Aufsicht durch die irische Finanzaufsichtsbehörde. Eingetragener Sitz: 20D Beckett Way, Park West Business Campus, Nangor Road, Dublin 12, Irland. Eintragungsnummer: 310852.

1 Angaben zum Versicherungsnehmer.

Versicherungsnummer

Herr Frau Fräulein Sonstiges

Vorname

Nachname

Korrespondenzanschrift

Wenn die angegebene Adresse eine **neue Adresse**, ist: Soll unser Schriftverkehr zukünftig an diese Adresse gesendet werden? Ja Nein

Telefon tagsüber LÄNDERVORWAHL — VORWAHL —

Telefon abends LÄNDERVORWAHL — VORWAHL —

Fax LÄNDERVORWAHL — VORWAHL —

Email

In welchem Land wurde die Behandlung durchgeführt?

In welcher Währung ist die Rechnung ausgestellt?

Wie hoch ist die Erstattungssumme insgesamt?

2 Angaben zum Patienten.

Nur auszufüllen, wenn der Antragsteller / Patient nicht gleichzeitig der Versicherungsnehmer ist.

Herr Frau Fräulein Sonstiges

Vorname

Nachname

Geburtsdatum

Wurde diese Behandlung aufgrund eines Unfalls durchgeführt? Ja Nein

3 Zahlungangaben.

Um zu überprüfen, welche Zahlungangaben uns bereits von Ihnen vorliegen, kontaktieren Sie bitte unsere Helpline.

Option 1: Erstattung an den Versicherungsnehmer/Versicherten

Verwenden Sie bitte die Zahlungangaben, die bereits zuvor an Allianz Worldwide Care übermittelt wurden.

(Es wird empfohlen, diese Angaben zuvor bei unserer Helpline zu überprüfen.)

Die Zahlung soll erfolgen in: Rechnungswährung Andere Währung BITTE SPEZIFIZIEREN (ANDERE WÄHRUNG)

Gewünschte Zahlungsart: Scheck* Überweisung**

* An den Versicherungsnehmer zahlbare Schecks werden an die oben angegebene Adresse gesendet.

** Füllen Sie bitte die Angaben zu Ihrem Bankkonto aus, wenn eine Zahlung per Überweisung gewünscht wird.

Name des Kontoinhabers (wie auf dem Kontoauszug aufgeführt)

Wenn Sie ein Bankkonto bei einer Bank in der EU angeben, nennen Sie bitte auch die IBAN-Nummer und den BIC/Swift-Code, um die Zahlung zu gewährleisten.

Kontonummer/IBAN

Bankleitzahl

BIC/Swift-Code

Name der Bank

Anschrift der Bank

Option 2: Direkte Erstattung an die medizinische Einrichtung (z. B. Krankenhaus, Facharzt)

Bitte ankreuzen, ob eine Direktabrechnung mit Allianz Worldwide Care bereits früher vereinbart worden ist.

4 Unterschrift des Patienten und Entbindung von der Schweigepflicht.

Ich bestätige, dieses Formular nach bestem Wissen und Gewissen ausgefüllt zu haben. Es beinhaltet keinerlei falsche oder unvollständige Angaben. Bei Täuschung oder im Falle eines mit betrügerischer Absicht eingereichten Erstattungsantrages, verliert die Versicherungspolice ihre Gültigkeit. Der Versicherungsnehmer hat die hieraus entstehenden Konsequenzen zu tragen. Zur Bearbeitung dieses Erstattungsantrages befreie ich Ärzte, Zahnärzte, Angehörige anderer Heilberufe sowie Angehörige von Krankenanstalten und Gesundheitsämtern, die mich untersucht, beraten oder behandelt haben von ihrer Schweigepflicht und bevollmächtige sie, alle von Allianz Worldwide Care oder den bevollmächtigten Repräsentanten angeforderten Informationen zur Verfügung zu stellen.

Wenn eine minderjährige Person behandelt wurde, muss dieser Abschnitt von einem Elternteil oder dem Vormund unterzeichnet werden.

Unterschrift des Patienten Datum

Die Abschnitte 6 und 7 müssen von dem behandelnden Arzt in DRUCKBUCHSTABEN ausgefüllt werden, es sei denn, Ihre Rechnungen enthalten ausführliche Details über die Diagnose und die entsprechende Behandlung.

6 Arztangaben.

Name des Arztes/Facharztes _____
Qualifikationen/Zusatzbezeichnungen _____
Name des Krankenhauses/der Klinik _____
Anschrift _____
Telefon _____ Fax _____
Email _____

Nur für physiotherapeutische / psychotherapeutische Erstattungen auszufüllen. Bitte geben Sie folgende Einzelheiten zur Überweisung an:

Name des weiterbehandelnden Arztes/Physiotherapeuten _____
Telefonnummer _____ Überweisungsdatum t t m m j j

Nur bei erfolgter zahnärztlicher Behandlung auszufüllen.

Klagte der Patient bei seinem Behandlungstermin über akute Zahnschmerzen? Ja Nein

7 Medizinische Angaben.

Bitte geben Sie die Art der Erkrankung an: Akut Chronisch Akut folgend einer chronischen Erkrankung

Bitte machen Sie detaillierte Angaben zu dem Krankheitszustand, der diese Behandlung erforderlich machte, inklusive ICD Code / DSM-IV

Wann hat der Patient Sie erstmalig bezüglich dieser Symptome aufgesucht? Datum der Diagnose t t m m j j

Wie lange vor Ihrer Konsultation machten sich die Erkrankung oder die Symptome bei dem Patienten bemerkbar? _____

Ist diese Erkrankung bereits in der Vergangenheit bei dem Patienten aufgetreten und wenn ja, wann? Ja Nein t t m m j j

Ist diese oder eine hiermit in Zusammenhang stehende Erkrankung bereits in der Vergangenheit behandelt worden? Ja Nein

Falls ja, bitte erläutern Sie Einzelheiten _____

Ist ein erneutes Auftreten der Erkrankung wahrscheinlich? Ja Nein

Handelt es sich um eine chronische Erkrankung, sind Rehabilitationsmaßnahmen erforderlich? Ja Nein

Sind langfristige Überwachungsmaßnahmen, Arztbesuche, Untersuchungen, Kontrollen und/oder Tests erforderlich? Ja Nein

Schwangerschaft (nur im Fall von Zwillings- oder Mehrlingsschwangerschaft auszufüllen).

Ist die Schwangerschaft durch eine Unfruchtbarkeitsbehandlung zustande gekommen, einschliesslich Empfängnis durch künstliche Mittel mit Ausnahme der künstlichen Befruchtung? Ja Nein

Wenn ja, bitte machen Sie nähere Angaben _____

Bitte unterschreiben und stempeln Sie dieses Formular.

Unterschrift des behandelnden Arztes _____ Datum t t m m j j

Allianz Worldwide Care versichert Ihnen, dass die Informationen des Patienten und Versicherten streng vertraulich behandelt werden und im Einklang mit dem Europäischen Datenschutzgesetz sowie internationalen medizinischen Vertraulichkeitsrichtlinien stehen. Sie haben das Recht, Ihre persönlichen Daten jederzeit einzusehen. Sie haben ebenfalls das Recht, Ihre persönlichen Daten zu ergänzen oder zu löschen, falls Sie der Meinung sind, diese seien unzutreffend oder veraltet.

STEMPEL DES ARZTES/DER KLINIK

Wichtig - Bitte überprüfen Sie Folgendes:

- Die Originale aller Quittungen, Rechnungen und Rezepte sind beigelegt
- Das Erstattungsformular ist vollständig ausgefüllt

- Die Erklärungen sind unterschrieben und mit Datum versehen
- Die Diagnose wurde bestätigt und ist auf dem Erstattungsformular oder den Rechnungen aufgeführt