

ERSTATTUNGSFORMULAR

Bitte füllen Sie dieses Formular in **DRUCKBUCHSTABEN** aus.

1 ANGABEN ZUM HAUPTVERSICHERTEN

Versicherungsnummer

Geburtsdatum / /

Vorname

Nachname

Land des Wohnsitzes

Telefonnummer LÄNDERVORWAHL ORTSVORWAHL

E-Mail

2 ANGABEN ZUM PATIENTEN (FALLS ABWEICHEND VOM HAUPTVERSICHERTEN)

Vorname

Nachname

Geburtsdatum / / Geschlecht: Männlich Weiblich

Land der Behandlung (falls außerhalb des Wohnsitzlandes)

In welchem Land fand die Behandlung statt?

Dauer des Auslandsaufenthaltes

Grund des Auslandsaufenthaltes:

Urlaub

Geschäftsreise

Medizinische Behandlung

3 ZAHLUNGSANGABEN

Bitte kreuzen Sie entweder Option 1 oder klicken Sie Option 2 an und geben Sie die vollständigen Informationen an.

Option 1: Direkte 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 Hauptversicherten

Zahlungsmethode: Überweisung**

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)

* Falls Sie die medizinische Einrichtung noch nicht bezahlt haben.

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

*** Falls sich Ihre Bank innerhalb der EU befindet oder in Ihrem Land eine IBAN erforderlich ist (z. B. Katar, Saudi Arabien, Angola, Tunesien, Türkei), geben Sie bitte sowohl Ihre IBAN 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/Quittung an. Reichen Sie für in China entstandene Kosten eine FaPiao-Rechnung 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	Leistungserbringer	Rechnungs- summe	Währung	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 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

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

5 ANGABEN ZUR MEDIZINISCHEN EINRICHTUNG

Name des Arztes/Facharztes

Qualifikationen/Zeugnisse

Name des Krankenhauses/der Klinik

Anschrift

Telefonnummer LÄNDERVORWAHL ORTSVORWAHL

Faxnummer LÄNDERVORWAHL ORTSVORWAHL

E-Mail

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

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:

ICD 9/10 Code/DSM-IV

Detaillierte Angaben zu den Symptomen/dem Krankheitszustand, die/der eine Behandlung erforderde(n)

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 Erstattungsansprüchen 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

7 DATENSCHUTZ - ERFASSUNG UND VERWENDUNG PERSÖNLICHER PATIENTENDATEN

Für Transaktionen innerhalb des Versicherungsbereichs ist die Verarbeitung persönlicher Informationen notwendig. Wir verarbeiten persönliche Daten gemäß dem Schweizer Datenschutzgesetz. Wir speichern Daten elektronisch oder physisch in Übereinstimmung mit den entsprechenden gültigen gesetzlichen Bestimmungen.

Verweise auf Informationen beziehen sich auf persönliche Informationen, die uns in Ihren Antrags-, Erstattungs- oder Kostenzusageformularen bereitgestellt wurden und/oder gespeicherte Unterlagen/ Informationen, in Verbindung mit Produkten oder Dienstleistungen, die wir anbieten.

Verwendungen: Die von uns verarbeiteten Daten umfassen persönliche Informationen zum Erstellen von Angeboten, zur Prüfung des Versicherungsrisikos von Verträgen, für den Einzug von Versicherungsbeiträgen, zur Erstattung von Leistungsansprüchen und für andere Zwecke, die direkt in Verbindung mit der Verwaltung von Versicherungspolice gemäß dem Versicherungsvertrag stehen. Wir können u. U. Drittanbieter damit beauftragen, in Ihrem Namen Daten zu verarbeiten. Diese Verarbeitung, die auch außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR) erfolgen kann, unterliegt vertraglich festgelegten Sicherheits- und Geheimhaltungsrichtlinien in Übereinstimmung mit den Datenschutzrichtlinien. Wir bearbeiten persönliche Informationen ebenfalls in Verbindung mit Produktverbesserungen und für unsere eigenen Marketing-Zwecke. Um einen erschwinglichen und umfassenden Versicherungsschutz anzubieten, werden unsere Services möglicherweise durch juristisch unabhängige Unternehmen im In- und Ausland bereitgestellt.

Sensible Daten: Wir müssen sensible Daten von Ihnen erfassen (z.B. gesundheitliche Daten), um Versicherungsbedingungen zu erstellen oder Erstattungsansprüche zu bearbeiten.

Offenlegung: Wir können Informationen und Daten an unsere Vermittler, Partner der Allianz Gruppe, Rückversicherer, andere Versicherer und deren Vermittler, vorherige Versicherer im In- und Ausland, Dienstleister und weitere Vermittler, die in Ihrem Namen handeln, weiterreichen sowie an Aufsichts- und Verwaltungsbehörden, denen wir unterliegen oder von denen wir reguliert werden. In bestimmten Fällen können wir private Ermittler einsetzen, die einen Erstattungsanspruch, den Sie eingereicht haben, untersuchen.

Datenspeicherung: Wir sind dazu verpflichtet, Ihre Daten nach Versicherungsende für sechs Jahre aufzubewahren. Wir werden Ihre Daten nicht länger als benötigt und nur für die erforderlichen Zwecke speichern.

Erklärung und Einwilligung: Durch Ihre Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie bevollmächtigt sind, im Namen Ihrer Angehörigen deren persönliche Informationen an uns weiterzugeben und dass Sie einverstanden sind, dass diese Informationen und Ihre persönlichen Daten bearbeitet, offengelegt, verwendet und gespeichert werden.

Zugang: Sie haben gemäß dem Schweizer Datenschutzgesetz das Recht, eine Kopie Ihrer persönlichen Daten, die bei uns vorliegen, anzufordern sowie die Richtigstellung von inkorrekten Daten zu beantragen. Falls Sie von diesem Recht Gebrauch machen möchten, schreiben Sie bitte an den Data Protection Officer, an die Adresse auf diesem Formular oder per E-Mail an client.services@allianzworldwidecare.com.

Aufzeichnung von Anrufen: Wir weisen Sie darauf hin, dass Helpline-Anrufe aufgezeichnet und zu Schulungs-, Qualitätssicherungs- und Regulierungszwecken überwacht werden.

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 (vollständig oder teilweise) 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 meine relevanten medizinischen Daten und Informationen auf Anfrage an meinen Versicherer, deren medizinische Berater oder 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 / /

8 BEVOLLMÄCHTIGUNG DRITTER

Als Anspruchsberechtigter bevollmächtige ich hiermit _____

GEBEN SIE HIER DEN NAMEN DES BEVOLLMÄCHTIGTEN EIN

in meinem Namen und im Namen jeglicher Angehörigen, die in diesem Formular genannt werden, bezüglich der Abwicklung dieses Erstattungsanspruches zu handeln. Dazu zählt ggf. auch die Offenlegung sensibler medizinischer Informationen.

 Unterschrift des Anspruchsberechtigten _____

Name des Anspruchsberechtigten in Druckbuchstaben

Datum / /

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

 Eingesannt per E-Mail an: claims@allianzworldwidecare.com

 Fax: + 353 1 645 4033

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

Wichtig – bitte überprüfen Sie folgendes:

- Die Quittungen, Rechnungen und Rezepte sind beigelegt.
- 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 uns dies bitte 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@allianzworldwidecare.com

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

Der Versicherer Ihrer VVG-Versicherung ist AWP P&C S.A., Saint-Ouen (Paris), Niederlassung in Wallisellen (Schweiz). Die Schweizer Niederlassung von AWP P&C S.A., Saint-Ouen, Frankreich, ist eine Aktiengesellschaft nach französischem Recht. Registriert in Frankreich: 519 490 080 RCS Paris. Die Schweizer Niederlassung ist eingetragen in Zürich, Registrierungsnummer: CHE-115.393.016. Adresse: Hertistrasse 2, CH-8304 Wallisellen.

KPT Krankenkasse AG, Wankdorffallee 3, CH-3000 Bern 22, registrierte BAG Nr. 376. KPT bietet Verwaltungsdienste innerhalb der Schweiz.

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. AWP Health & Life SA agiert als Rückversicherer für VVG-Verträge und bietet Verwaltungsdienste und technischen Support außerhalb der Schweiz. Allianz Partners und Allianz Care sind eingetragene Firmen von AWP Health & Life SA.