

# ERSTATTUNGSFORMULAR FÜR GRUPPENVERSICHERTE

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

## 1 ANGABEN ZUM HAUPTVERSICHERTEN

Versicherungsnummer

Geburtsdatum   /   /

Vorname

Nachname

Aufenthaltsland

Telefonnummer LÄNDERVORWAHL  ORTSVORWAHL

E-Mail

## 2 ANGABEN ZUM PATIENTEN (FALLS ABWEICHEND VOM HAUPTVERSICHERTEN)

Vorname

Nachname

Geburtsdatum   /   /     Geschlecht: Männlich  Weiblich

**Behandlungsland (falls außerhalb des Aufenthaltslandes)**

In welchem Land fand die Behandlung statt?

Dauer des Auslandsaufenthaltes

Gründe für den Auslandsaufenthalt:

Ferien

Geschäftsreise

Medizinische Behandlung

## 3 ZAHLUNGSANGABEN

Bitte kreuzen Sie entweder Option 1 oder Option 2 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: Banküberweisung\*\*

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 der Bank

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-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.



## 5 ANGABEN ZUR MEDIZINISCHEN EINRICHTUNG

Name des Arztes/Facharztes

Qualifikationen/Zeugnisse

Name des Krankenhauses/der Klinik

Adresse

Telefonnummer LÄNDERVORWAHL  ORTSVORWAHL

Fax LÄNDERVORWAHL  ORTSVORWAHL

E-Mail

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

Name des überweisenden Arztes/Physiotherapeuten

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:


ICD 9/10 Code/DSM-IV

Detaillierte Angaben zu den Symptomen/dem Krankheitszustand, die/der eine Behandlung erforderlich

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

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

Bitte unterschreiben und stempeln Sie dieses Formular.

 Unterschrift des Arztes

Datum   /   /

Offizieller Stempel

## 7 DATENSCHUTZ – ERFASSUNG UND VERWENDUNG PERSÖNLICHER DATEN

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 zu verarbeitenden 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 Leistungsansprüche 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 Leistungsanspruch, 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.

