

Die folgenden Anmerkungen wurden vorbereitet, um Ihnen bei Ihrem Antrag zu helfen. Bitte lesen Sie sie sorgfältig durch, BEVOR Sie dieses Formular ausfüllen. Bitte beachten Sie, dass wir nicht für Kosten, die Ihnen durch das Ausfüllen dieses Formulars entstehen können, verantwortlich sind. Die Ausstellung dieses Antragsformulars stellt in keiner Weise ein Zugeständnis der Zulässigkeit Ihrer Forderung dar. Für schon laufende Anträge füllen Sie bitte ein Weiterführungsantragsformular aus.

Sind Sie für alle Fälle abgedeckt? Wohin das Antragsformular gesendet werden muss

Es ist wichtig, dass Sie Ihre Versicherungspolice überprüfen, um sicherzustellen, dass Sie eine Deckung für die beantragten Leistungen besitzen. Fall Sie Zweifel haben, was die Abdeckung Ihrer Police betrifft, wenden Sie sich bitte an unser Personal der Helpshotline:

T + 353 1 629 7140

Anrufe können zu Trainings- und Qualitätsüberwachungszwecken aufgezeichnet werden.

F + 353 1 630 1306

E claims@alhealth.com

Alle Antragskorrespondenz sollte geschickt werden an:

**à la carte healthcare claims
Allianz Worldwide Care Ltd
18B Beckett Way
Park West Business Campus
Nangor Road
Dublin 12
Ireland**

Direkte Zahlung von Rechnungen für zahnchirurgische Behandlung stationär aufgenommenen / ambulant behandelten Patienten.

Sie müssen uns spätestens FÜNF TAGE vor der geplanten Aufnahme im Krankenhaus benachrichtigen, sodass wir uns mit dem Krankenhaus in Verbindung setzen können, um eine reibungslose Aufnahme zu ermöglichen und die direkte Zahlung zu garantieren. **Bitte beachten Sie, dass wir ohne rechtzeitige Benachrichtigung und die nötigen medizinischen Informationen nicht für eine direkte Zahlung garantieren können.**

Ausfüllen des Formulars

- Ein vollständig ausgefülltes Formular ermöglicht es uns, eine effektive Einschätzung und sofortige Bezahlung Ihrer Forderung durchzuführen.
- Bitte füllen Sie Teil A, B und C aus und bitten Sie Ihren Zahnarzt Teil D – die zahnärztliche Bescheinigung - auszufüllen und zu unterschreiben. Wenn Teil D nicht ausgefüllt oder unterschrieben ist, kann die Forderung nicht bearbeitet werden.
- **Bitte fügen Sie alle Originalrechnungen bei.** Fotokopien, Quittungen und Kreditkartenbelege können nicht akzeptiert werden.
- Für jeden Patienten ist ein separates Antragsformular notwendig.
- Wir empfehlen Ihnen, von allen beigefügten Dokumenten Kopien aufzubewahren, für den Fall, dass Sie sie zu einem späteren Zeitpunkt benötigen.
- Alle Dokumente und Materialien (insbesondere Originalabrechnungen, Zertifikate und Röntgenaufnahmen), die wir benötigen, um eine Forderung zu belegen, müssen ohne Kosten für uns zu Verfügung gestellt werden.
- Gebühren, die im Zusammenhang mit dem Ausfüllen des Teils D entstehen, müssen vom Versicherungsnehmer / Antragssteller bezahlt werden.
- Wenn Ihr Antragsformular auf irgendeine Weise verändert wurde, kann Ihr Antrag abgelehnt werden.

Allianz Worldwide Care Limited übernimmt das Risiko und handhabt orderungen im Namen von à la carte healthcare limited.

Bitte beachten Sie das Folgende:

Wo eine Währungsumrechnung notwendig ist, gilt der Wechselkurs, der zum Rechnungsdatum gültig ist.

Zahlungsangaben:

Zahlung an den Versicherungsnehmer Zahlung an den Versicherten

Zahlung erfolgt in: Rechnungswährung Andere Währung (Bitte angeben)

Bevorzugte Zahlungsweise: Scheck Banküberweisung (Bitte Angaben zur Bankverbindung ausfüllen)

Name des Bankkontos

Kontonummer/IBAN Bankleitzahl

Swift-Code Name der Bank

Bankadresse

Postleitzahl

Teil C - Erklärung

Ich erkläre, dass nach meinem besten Wissen alle in diesem Formular enthaltenen Angaben der Wahrheit entsprechen. Ich gebe hiermit jedem hierin erwähnten praktischen Zahnarzt oder jeder hierin erwähnten befugten Person die Erlaubnis weitere Informationen, die meine zahnärztlichen Akten betreffen, an à la carte healthcare limited und ihre ermächtigten Verwalter weiterzugeben. Mir ist bewusst, dass jede solche Information in Übereinstimmung mit den Bestimmungen des Gesetzes zum Zugang mit medizinischen Akten (AMRA) oder anderen entsprechenden Gesetzen freigegeben wird. Mir ist bewusst, dass, falls sich dieser Antrag teilweise oder ganz als betrügerisch erweist, die Versicherungspolice ungültig wird und ich mich strafbar mache.

Datenschutzgesetz

Die Versicherungsindustrie wendet eine Reihe von Antibetrugsmaßnahmen an. Die Information auf diesem Formular kann in elektronischer Form gespeichert werden und wir können bestimmte Information an andere Versicherungsgesellschaften oder andere interessierte Parteien weitergeben. Alle Angaben werden in Übereinstimmung mit den Bestimmungen des Datenschutzgesetzes gespeichert.

Unterschrieben (Versicherungsnehmer / Antragssteller)

Datum (TT/MM/JJJJ)

(Falls der Patient minderjährig ist, muss ein Elternteil oder Erziehungsberechtigter unterschreiben)

Teil D – Zahnärztliche Bescheinigung – vom praktischen Zahnarzt auszufüllen

Bitte vervollständigen Sie die Zahntabelle unter Zuhilfenahme der untenstehenden Anleitung (Alternativ können Sie Ihren Behandlungsplan und Ihre Zahntabelle anfügen).

Zahntabelle																		
Rechts									Links									
Behandlung																		Behandlung
Oben	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28		Kiefer
Unten	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38		Kiefer
Behandlung																		Behandlung

Anleitung

Behandlung	Kennung	Behandlung	Kennung
Unfallschaden	AD	Reparatur einer Krone/ eines Porzellan-Inlays	RC
Apektomie	AP	Reparatur einer Brücke	RB
Neue Brücke	B	Wurzelkanalbehandlung	RCT
Neuer Zahnersatz	D	Operation	S
Extraktionen	E	Extraktion Weisheitszahn	EX
Füllungen Amalgam/Verbundstoff)	F	Andere, einschließlich zahnärztlicher Notbehandlung, Behandlung eines Abszesses, Sprung oder Bruch eines Zahneaufbaus, einer temporären Füllung oder Röntgenaufnahmen. (Unten bitte Details angeben)	O
Neue Porzellankrone oder Porzellan-Inlay	NC		

Untersuchungsdatum (TT/MM/JJJJ)

Routineuntersuchung Datum (TT/MM/JJJJ)

Reinigung Datum (TT/MM/JJJJ)

Benötigt der Patient weitere Behandlung? Ja Nein

Wenn ja, wann ist der geplante Termin? (TT/MM/JJJJ)

Wurde der Patient an einen Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgen oder andere überwiesen? Ja Nein

Wenn ja, geben Sie bitte den kompletten Namen und Kontaktangaben an.

Bitte machen Sie vollständige Angaben zur Erkrankung, die eine Behandlung/Operation notwendig macht

Bitte machen Sie vollständige Angaben zur geplanten Behandlung/Operation

Name des untersuchenden Zahnarztes/ Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurges/ Zahnhygienikers

Name Qualifikation

Adresse

Postleitzahl

Telefonnummer Faxnummer

Unterschrift

Offizieller Stempel

Datum (TT/MM/JJJJ)

HAUPTSITZ

Chanctonfold Barn Chanctonfold Horsham Road
Steyning West Sussex BN44 3AA United Kingdom
T +44 (0) 1903 817970 F +44 (0) 1903 879719
www.alhealth.com www.alctravel.eu
www.prima-iberica.eu

IBERISCHE NIEDERLASSUNG

Centro Plaza Oficina 10
Planta 1 Nueva Andalucia
29660 Marbella Málaga Spain
T +34 952 93 16 09
F +34 952 90 67 30 CIF N0069627H

