



...beruhigt in die Zukunft sehen

Erstattungsformular

Die folgenden Anmerkungen wurden erstellt, um Sie bei der Erstattung Ihrer Forderung zu unterstützen. Bitte lesen Sie diese Anmerkungen sorgfältig durch, BEVOR Sie dieses Formular ausfüllen. Bitte beachten Sie, dass wir nicht für jedwede Gebühren verantwortlich sind, die Ihnen beim Ausfüllen dieses Formulars entstehen können. Die Ausgabe dieses Erstattungsformulars stellt in keiner Weise die Anerkennung einer Haftung dar.

Für bestehende Forderungen füllen Sie bitte ein Forderungsfortsetzungsformular aus und geben Sie das medizinische Leiden und die Bearbeitungsnummer der vorherigen Forderung ein.

Bitte befolgen Sie die folgenden Hinweise, um uns bei der Bearbeitung Ihres Erstattungsantrags zu unterstützen:

- Bitte prüfen Sie Ihre Police, um sicherzustellen, dass die von Ihnen eingeforderten Kosten auch abgedeckt werden. Wenn Sie sich hinsichtlich des Abdeckungsrahmens Ihrer Police nicht sicher sind, dann kontaktieren Sie bitte unseren Service unter +353 1 629 7140.
- Für jeden Patienten und jede einzelne Erkrankung muss ein separates Erstattungsformular ausgefüllt werden.
- Bitte füllen Sie alle Felder aus und verwenden Sie GROSSBUCHSTABEN IN BLOCKSCHRIFT.
- Die Abschnitte A bis E müssen vom Versicherten/Forderungssteller ausgefüllt werden.
- Die Abschnitte F bis G müssen vom behandelnden Arzt/Facharzt ausgefüllt werden.
- ALLE RELEVANTEN ORIGINALRECHNUNGEN MÜSSEN DEM ERSTATTUNGSFORMULAR BEIGEFÜGT WERDEN. Kopien, Quittungen und Kreditkartenbelege werden nicht akzeptiert. Wir empfehlen Ihnen, dass Sie Kopien aller übermittelten Unterlagen aufbewahren.
- Jedwede zusätzlichen Dokumente und Materialien, die wir zur Bearbeitung Ihrer Forderung benötigen, werden auf Ihre eigenen Kosten bereitgestellt.

Bitte senden Sie Ihre vollständig ausgefüllten Erstattungsformulare mit den Originalrechnungen an die folgende Adresse:

à la carte healthcare claims

Allianz Worldwide Care Ltd

18B Beckett Way

Park West Business Campus

Nangor Road

Dublin 12

Irland

Servicekontakt

T + 353 1 629 7140

F + 353 1 630 1306

E claims@alchealth.com

Allianz Worldwide Care Limited versichert das Risiko und reguliert Forderungen im Namen von à la carte healthcare limited.

HAUPTSITZ

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

KONTINENTALEUROPÄISCHER SITZ

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



Erstattungsdetails

Abschnitt A – Daten des Policeninhabers

Policennummer		
Vorname		
Nachname		
Geburtsdatum (TT/MM/JJJJ)		
Korrespondenzadresse		
		PLZ
Land		
Telefonnummer (tagsüber)		Telefonnummer (abends)
Fax		E-Mail

Abschnitt B - Patientendaten

Ist der Patient/Forderungssteller der vorstehend aufgeführte Policeninhaber? Ja ☐ Nein ☐

Falls Sie NICHT der Policeninhaber sind, füllen Sie bitte diesen Abschnitt aus

Vorname

Nachname

Geburtsdatum (TT/MM/JJJJ)

Abschnitt C - Zahlungsangaben

Option 1: Zahlung an Leistungserbringer (z.B. Krankenhaus, Facharzt) ☐

Bitte markieren, falls die Abrechnung per Direct Billing zuvor mit dem ALC-Health-Forderungsteam vereinbart wurde ☐

Option 2: Zahlung an Policeninhaber ☐

Bevorzugte Zahlungsmethode: Scheck* ☐ Banküberweisung** ☐

* An den Policeninhaber zahlbare Schecks werden an die Korrespondenzadresse übermittelt, die in Abschnitt A angegeben ist

** Bitte geben Sie für eine Banküberweisung nachfolgend Ihre Kontodaten an

Name des Bankkontos

Zahlung erfolgt in: Rechnungswährung Ja ☐ Nein ☐ Anderer Währung (bitte angeben)

Kontonummer Bankleitzahl

Name der Bank

Adresse der Bank

PLZ

IBAN (nur EU) BIC/Swift-Code (nur EU)

Abschnitt D - Forderungsdetails

Worauf bezieht sich die Forderung

Erkrankung ☐ Verletzung ☐

Haben Sie eine andere Versicherungspolice, z.B. Autoversicherung, die Ihnen Deckung in Bezug auf den Unfall/die Verletzung bietet?

Ja ☐ Nein ☐

Falls Ja, bitte geben Sie Details zum Versicherer und zur Policennummer an

Machen Sie gegenüber einem Dritten, einschließlich Versicherungsunternehmen, eine Forderung geltend oder reichen Sie gegenüber solchen Dritten eine Klage ein, um Ausgaben wiederzuerlangen, die Ihnen aufgrund dieses Unfalls/dieser Verletzung entstanden sind?

Ja ☐ Nein ☐

Falls Ja, bitte geben Sie Details zu diesem Dritten an

Bitte geben Sie vollumfängliche Details zur Art der Verletzung oder zur Erkrankung, Krankheit oder den Symptomen an

Ist dies das erste Mal, dass Sie sich aufgrund dieser Erkrankung/Verletzung haben behandeln lassen?

Ja ☐ Nein ☐

Falls Nein, bitte Details angeben

In welchen Ländern hat eine Behandlung stattgefunden?

Bitte füllen Sie alle Felder der folgenden Tabelle mit den Details der einzelnen Rechnungen/Quittungen aus und stellen Sie dabei sicher, dass Betrag und Währung eingetragen werden

Beschreibung der Ausgaben	Name des Erbringers	Berechneter Betrag	Währung	Wurde diese Rechnung von Ihnen beglichen?

Abschnitt E – Unterschrift des Patienten und Freigabe der Krankenberichte

Ich bestätige, dass dieses Erstattungsformular nach meinem besten Wissen und Gewissen keine falschen oder irreführenden Informationen enthält. Ich bestätige, dass im Falle von betrügerischen Angaben in diesem Erstattungsformular die Police ungültig wird und ich entsprechend rechtlich belangt werden kann. Im Hinblick auf jedwede Forderungen bevollmächtige ich hiermit meinen Arzt, Mediziner oder meine sonstige entsprechende medizinische Einrichtung, jedwede gesundheitsbezogenen Details oder Krankenberichte, die durch ALC, Allianz Worldwide Care oder deren benannte Vertreter angefordert werden können, offen zu legen.

Wenn eine minderjährige Person (unter 18 Jahre) behandelt wurde, dann muss dieser Abschnitt von einem Elternteil oder Sorgeberechtigten unterzeichnet werden.

Unterschrift des Patienten

Datum (TT/MM/JJJJ)

Die Abschnitte F und G müssen vom behandelnden Arzt/Facharzt IN GROSSBUCHSTABEN IN BLOCKSCHRIFT ausgefüllt werden, außer Ihre Rechnungen oder Krankenberichte enthalten Details zur Diagnose und zur Art Ihrer Behandlung und das genaue Datum des Einsetzens der Symptome.

Abschnitt F – Details zum Leistungserbringer

Name des Arztes/Facharztes			
Qualifikationen/Nachweise			
Name des Krankenhauses/ der Klinik			
Adresse			
Land		PLZ	
Telefonnummer		E-Mail	

In Bezug auf Physiotherapie oder Zusatzbehandlung. Bitte vollständige Überweisungsdetails angeben.

Name des überweisenden Arztes			
Telefonnummer		Datum der Überweisung (TT/MM/JJJJ)	

Abschnitt G - Medizinische Details

Sind Sie der normale Hausarzt oder Facharzt des Patienten? Ja ☐ Nein ☐

Falls Ja, seit wann?

Geben Sie die Art der Erkrankung an Akut ☐ Chronisch ☐ Akuter Schub einer chronischen Erkrankung ☐

Bitte geben Sie vollumfängliche Details zu den Symptomen/der Erkrankung an, die eine Behandlung erfordert/erfordern, einschließlich ICD-Code/DSM-IV

An welchem Datum hat der Patient Ihnen das erste Mal diese Symptome gemeldet?

An welchem Datum zeigten sich die Symptome zum ersten Mal beim Patienten?

Hat der Patient bereits vorher an dieser Erkrankung gelitten? Ja ☐ Nein ☐

Haben Sie Kenntnis von jedweden diesbezüglichen Behandlungen oder jedweden zugehörigen Erkrankungen in der Vergangenheit? Ja ☐ Nein ☐

Falls Ja, bitte geben Sie Details an

Besteht die Wahrscheinlichkeit eines erneuten Auftretens? Ja ☐ Nein ☐

Ist eine Rehabilitation erforderlich? Ja ☐ Nein ☐

Ist die Erkrankung dauerhaft? Ja ☐ Nein ☐

Sind langfristige Überwachung, Beratungen, Check-Ups, Untersuchungen oder Tests erforderlich? Ja ☐ Nein ☐

Wird die Erkrankung unbeschränkt andauern bzw. existiert keine Heilungsmöglichkeit? Ja ☐ Nein ☐

Falls der Patient einen Krankenhausaufenthalt erfordert, nennen Sie bitte die Anzahl der Tage und die Termine, falls bekannt.

Anzahl der Nächte

	Datum von		Datum bis	
----------------------	-----------	----------------------	-----------	----------------------

Schwangerschaft:

Datum der LMP (TT/MM/JJJJ)

Datum der Bestätigung der Schwangerschaft durch einen Arzt (TT/MM/JJJJ)

Errechnetes Geburtsdatum (TT/MM/JJJJ)

Bitte unterzeichnen und mit offiziellem Stempel bestätigen

Unterschrift des Arztes oder Facharztes

Datum (TT/MM/JJJJ)

Offizieller Stempel