



...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@alhealth.com](mailto:claims@alhealth.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.alhealth.com](http://www.alhealth.com) [www.alctravel.eu](http://www.alctravel.eu)  
[www.prima-iberica.eu](http://www.prima-iberica.eu)

**KONTINENTALEUROPÄISCHER SITZ**

Centro Plaza Oficina 10  
Planta 1 Nueva Andalucia  
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	<input type="text"/>	
Vorname	<input type="text"/>	
Nachname	<input type="text"/>	
Geburtsdatum (TT/MM/JJJJ)	<input type="text"/>	
Korrespondenzadresse	<input type="text"/>	
	<input type="text"/>	
	<input type="text"/>	PLZ <input type="text"/>
Land	<input type="text"/>	
Telefonnummer (tagsüber)	<input type="text"/>	Telefonnummer (abends) <input type="text"/>
Fax	<input type="text"/>	E-Mail <input type="text"/>

## 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	<input type="text"/>	
Nachname	<input type="text"/>	
Geburtsdatum (TT/MM/JJJJ)	<input type="text"/>	

## 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	<input type="text"/>	
Zahlung erfolgt in:	Rechnungswährung Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Anderer Währung (bitte angeben) <input type="text"/>
Kontonummer	<input type="text"/>	Bankleitzahl <input type="text"/>
Name der Bank	<input type="text"/>	
Adresse der Bank	<input type="text"/>	
	<input type="text"/>	PLZ <input type="text"/>
IBAN (nur EU)	<input type="text"/>	BIC/Swift-Code (nur EU) <input type="text"/>

## 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?
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

## 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