

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 Hilfshotline:

T + 353 1 629 7140

Anrufe können zu Trainings- und Qualitätsüberwachungszwecken aufgezeichnet werden.

F + 353 1 630 1306**E claims@alchealth.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

Angaben zum Versicherungsnehmer & Antragsteller

Name des Versicherungsnehmers (wie im Versicherungsschein angegeben)			
Policenummer			
Gruppenname (falls zutreffend)			
Name des Antragstellers			
Postadresse			
		Postleitzahl	
Land			
Geburtsdatum (TT/MM/JJJJ)		Geschlecht	Männlich ☐ Weiblich ☐
Telefonnummer		Faxnummer	
E-Mail-Adresse			

Beantragter Betrag (wenn nötig, auf separatem Blatt fortfahren)

Beschreibung der Ausgaben	Berechneter Betrag (Bitte Währung angeben)	Testdatum (TT/MM/JJJJ)	Datum des letzten Tests (TT/MM/JJJJ)
1) Augenuntersuchung, von einem Optiker oder Augenarzt durchgeführt			
2) Verschriebene Brille oder Kontaktlinsen zur Sichtkorrektur			
Gesamtbetrag (Bitte Währung angeben)			

Allianz Worldwide Care Limited übernimmt das Risiko und handhabt Forderungen 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		

Erklärung

Ich erkläre, dass nach meinem besten Wissen alle in diesem Formular enthaltenen Angaben der Wahrheit entsprechen. Ich gebe hiermit jedem hierin erwähnten praktischen Arzt/Hausarzt/Krankenschwester/Optiker oder Augenarzt oder jeder hierin erwähnten anderen befugten Person die Erlaubnis weitere Informationen, die meine ärztlichen 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 freigeben. Alle Angaben werden in Übereinstimmung mit den Bestimmungen des Datenschutzgesetzes gespeichert.

Unterschieden (Versicherungsnehmer / Antragssteller)

Datum (TT/MM/JJJJ)

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

Medizinische Bescheinigung

Muss vom behandelnden praktischen Arzt / Hausarzt / Krankenschwester / Optiker oder Augenarzt ausgefüllt werden. Gebühren, die im Zusammenhang mit dem Ausfüllen dieses Formulars entstehen, müssen vom Versicherungsnehmer / Antragssteller bezahlt werden.

Optische

Angaben zum Augentest / zur Sichtkorrektur

Name und Adresse des untersuchenden Optikers/Augenarztes / praktischen Arztes / Hausarztes oder Anderer

Postleitzahl

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.alchealth.com www.alctravel.eu
www.prima-iberica.eu

IBERISCHE NIEDERLASSUNG

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

