

## 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@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**

## 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	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2) Verschriebene Brille oder Kontaktlinsen zur Sichtkorrektur	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Gesamtbetrag (Bitte Währung angeben)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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	<input type="text"/>		
Kontonummer/IBAN	<input type="text"/>	Bankleitzahl	<input type="text"/>
Swift-Code	<input type="text"/>	Name der Bank	<input type="text"/>
Bankadresse	<input type="text"/>		
	<input type="text"/>		
	Postleitzahl	<input type="text"/>	

### 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)

<input type="text"/>	Datum (TT/MM/JJJJ)	<input type="text"/>
----------------------	--------------------	----------------------

(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

<input type="text"/>	Postleitzahl	<input type="text"/>
----------------------	--------------	----------------------

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

