

Erstattungsformular für Gruppenversicherte

Bitte füllen Sie dieses Formular in **DRUCKBUCHSTABEN** aus. Sie können dieses Formular von unserer Website www.allianzworldwidecare.com/members herunterladen (als PDF-Version oder als bearbeitbare Word-Version).



Laden Sie unsere MyHealth App herunter

Schnelles und einfaches Einreichen von Erstattungsformularen

1. Geben Sie einige wichtige Angaben an
2. Machen Sie ein Foto von Ihren Rechnungen fertig!

www.allianzworldwidecare.com/myhealth

1 Angaben zum Hauptversicherten

Versicherungsnummer Geburtsdatum (TT/MM/JJ)

Vorname

Nachname

Aktuelle Korrespondenzanschrift

Telefonnummer (einschl. Länder- und Ortsvorwahl)

E-Mail

2 Angaben zum Patienten (falls abweichend vom Hauptversicherten)

Vorname

Nachname

Geburtsdatum (TT/MM/JJ) Geschlecht: Männlich Weiblich

3 Zahlungsangaben

Option 1: Direkte Erstattung der Kosten an die medizinische Einrichtung* (z. B. an das Krankenhaus oder den Facharzt) (Die unten stehenden Bankangaben werden für diese Option nicht benötigt)

Option 2: Erstattung der Kosten an den Hauptversicherten

Gewünschte Zahlungsmethode: Banküberweisung** Scheck***

Geben Sie bitte die **Währung** an, in der die Leistung **erstattet** werden soll (stellen Sie bitte sicher, dass Ihr Bankkonto die gewünschte Währung unterstützt)

Name des Kontoinhabers (wie auf dem Kontoauszug aufgeführt, z. B. Max Muster)

Kontonummer IBAN (falls erforderlich)****

Bankleitzahl BIC/Swift-Code****

Name der Bank

Anschrift der Bank

Bitte geben Sie alle zusätzlichen Informationen an, die innerhalb Ihres Landes zur Bearbeitung internationaler Transaktionen erforderlich sind (z. B. Filialnummer, Steuernummer):

Swift-Code der eingeschalteten Bank (falls zutreffend)

* Falls Sie die medizinische Einrichtung noch nicht bezahlt haben. ** Bitte geben Sie bei einer Banküberweisung alle notwendigen Angaben zur Bank an. *** An den Hauptversicherten zu zahlende Schecks werden an die in Abschnitt 1 angegebene Adresse geschickt. **** Falls sich Ihre Bank innerhalb der EU befindet oder in Ihrem Land eine IBAN-Nummer erforderlich ist (z. B. Katar, Saudi-Arabien, Angola, Tunesien, Türkei), geben Sie bitte sowohl Ihre IBAN-Nummer als auch Ihren Swift/BIC-Code an, um die Zahlung Ihres Erstattungsantrags sicherzustellen.

4 Einzelheiten zum Leistungsanspruch

Bitte geben Sie in der folgenden Tabelle Einzelheiten zu jeder Rechnung/Quittung an. Beachten Sie bitte, dass für in China entstandene Kosten eine Fapiao-Rechnung zusammen mit dem Leistungsantrag eingesendet werden muss. Falls Ihre Rechnung/Quittung keine Angaben zur Diagnose/Erkrankung enthält, tragen Sie diese Informationen bitte in die Tabelle ein. Falls der Platz nicht ausreichen sollte, benutzen Sie bitte ein weiteres Blatt.

Beschreibung der Leistung	Diagnose/Erkrankung	Leistungserbringer	Rechnungssumme/ Währung	Wurde die Rechnung durch Sie bezahlt?
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>

In welchem Land erfolgte die Behandlung?

Geben Sie bei einer Schwangerschaft bitte den voraussichtlichen Entbindungstermin an (TT/MM/JJ)

Falls dieser Leistungsanspruch aus einem Unfall bzw. einer im Zusammenhang mit Ihrer Arbeit stehenden Erkrankung/Verletzung resultiert und Sie entweder im Rahmen eines weiteren Versicherungsvertrags (z. B. einer Autoversicherung) versichert sind oder im Augenblick gegenüber Dritten rechtliche Schritte unternehmen oder einen Leistungsanspruch haben, um die aus diesem Unfall/dieser Verletzung resultierenden Kosten zurückzufordern, geben Sie bitte Einzelheiten auf einem gesonderten Blatt Papier an.

Dieses Dokument ist eine Übersetzung des original auf Englisch verfassten „Group Claim Form“. Die englische Originalversion gilt ausschließlich als rechtlich verbindlich. Auch wenn Unterschiede zwischen der übersetzten Version und der englischen Originalversion bestehen, gilt die englische Version als rechtlich verbindlich. Allianz Worldwide Care SA, handelt durch ihre irische Niederlassung, ist eine Aktiengesellschaft nach französischem Recht. Registriert in Frankreich unter der Nr.: 401 154 679 RCS Paris. Irische Niederlassung ist eingetragen im irischen Handelsregister. Registernummer der irischen Niederlassung: 907619. Anschrift der irischen Niederlassung: 18B Beckett Way, Park West Business Campus, Nangor Road, Dublin 12, Irland.

Allianz Allianz Worldwide Care

Die Abschnitte 5 und 6 müssen von dem behandelnden Arzt ausgefüllt werden, sofern die eingereichten Dokumente (z. B. Rechnungen) diese Informationen nicht enthalten.

5 Angaben zur medizinischen Einrichtung

Name des Arztes/Facharztes _____
Qualifikationen/Zeugnisse _____
Name des Krankenhauses/der Klinik _____
Adresse _____
Telefonnummer (einschl. Länder- und Ortsvorwahl) _____
Fax (einschl. Länder- und Ortsvorwahl) _____
E-Mail _____

Nur für **physiotherapeutische/psychotherapeutische** Leistungsansprüche. Geben Sie bitte folgende Einzelheiten zur Überweisung an:

Name des überweisenden Arztes/Physiotherapeuten _____
Telefonnummer (einschl. Länder- und Ortsvorwahl) _____ Überweisungsdatum (TT/MM/JJ) _____

6 Medizinische Angaben

Bitte geben Sie die Art der Erkrankung an: Akut Chronisch Akute Phase einer chronischen Erkrankung

Bitte machen Sie detaillierte Angaben zu den Symptomen/dem Krankheitszustand, die/der eine Behandlung erforderlich gemacht hatten/hatte, inklusive ICD 9/10 Code/DSM-IV

Wann hat Sie der Patient erstmalig bezüglich dieser Symptome **aufgesucht**? (TT/MM/JJ) _____

An welchem Datum hat der **Versicherte** die Symptome **zum ersten Mal bemerkt**? (TT/MM/JJ) _____

Bitte unterschreiben und stempeln Sie dieses Formular.

Unterschrift des Arztes _____
Datum (TT/MM/JJ) _____

Offizieller Stempel der medizinischen
Einrichtung

7 Datenschutz – Erfassung und Verwendung persönlicher Daten

Allianz Worldwide Care, Mitglied der Allianz Gruppe, ist ein in Frankreich amtlich zugelassenes Versicherungsunternehmen und die datenverarbeitende Stelle jeglicher eben genannter Informationen.

Verwendung: Informationen, die wir von Ihnen erhalten, können von uns für versicherungsadministrative Zwecke, die für die Bereitstellung von internationalem Krankenversicherungsschutz notwendig sind, verwendet werden (einschließlich medizinische Risikoprüfung, Bearbeitung von Leistungsanträgen, Rückversicherung und Vorbeugung von Betrug). Allianz Worldwide Care kann u. U. Dritten damit beauftragen, in ihrem Namen Daten zu verarbeiten. Diese Verarbeitung, die auch außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR) erfolgen kann, unterliegt, zusätzlich zu den Auflagen durch die Datenschutzrichtlinien, vertraglich festgelegten Sicherheits- und Geheimhaltungsrichtlinien.

Sensible Daten: Wir müssen sensible Daten von Ihnen erfassen (wie medizinische oder gesundheitliche Daten), um die Versicherungsbedingungen, die wir ausstellen, festzulegen oder um anfallende Schadenfälle zu bearbeiten.

Offenlegung: Wir können Informationen und Daten, die wir von Ihnen oder Ihren vergangenen Leistungsansprüchen gespeichert haben an unsere Vermittler, Partner der Allianz Gruppe, andere Versicherer und deren Vermittler, Dienstleister und weitere Vermittler, die in Ihrem Namen handeln, weiterreichen. Wir können diese Information und Daten außerdem anerkannten Aufsichts- und Verwaltungsbehörden (welchen wir unterliegen oder welchen wir als Mitglied angehören) offenlegen. Darüber hinaus können wir unter bestimmten Umständen private Ermittler einsetzen, die einen Leistungsanspruch, den Sie eingereicht haben, untersuchen.

Datenspeicherung: Wir sind verpflichtet, Ihre Daten nach Versicherungsende für sechs Jahre aufzubewahren. Wir werden Ihre Daten nicht länger als benötigt und nur für die erforderlichen Zwecke speichern.

Einwilligung: Durch die Weitergabe Ihrer Informationen und die Unterzeichnung des Erstattungsformulars willigen Sie ein, dass wir Ihre Informationen wie oben beschrieben verwenden, bearbeiten, offenlegen und speichern.

Erklärung: Durch Ihre Unterschrift versichern Sie uns, dass Sie bevollmächtigt sind, im Namen Ihrer Angehörigen deren persönliche Informationen an uns weiterzugeben und dass Sie

ebenfalls bevollmächtigt sind, deren persönliche Informationen für die oben genannten Zwecke offenzulegen. Sie erklären sich weiterhin im Namen Ihrer Angehörigen damit einverstanden, dass deren Informationen bearbeitet, offengelegt, verwendet und gespeichert werden. Wenn in diesen Ausführungen von „Sie“ oder „Ihre(r)“ die Rede ist, sind damit Sie selbst und Ihre Angehörigen gemeint.

Zugang: Sie haben das Recht, eine Kopie Ihrer persönlichen Daten, die bei uns vorliegen, anzufordern. Falls Sie von diesem Recht Gebrauch machen möchten, schicken Sie bitte Ihre schriftliche Anfrage an den „Data Protection Officer“, Allianz Worldwide Care, 18B Beckett Way, Park West Business Campus, Nangor Road, Dublin 12, Irland, oder per E-Mail an client.services@allianzworldwidecare.com. Eine Gebühr von € 6,35 wird gemäß dem Datenschutzgesetz erhoben. Schecks sind auf Allianz Worldwide Care auszustellen.

Aufzeichnung von Anrufen: Wir weisen Sie darauf hin, dass Helpline-Anrufe aufgezeichnet und zu Schulungs-, Qualitätssicherungs- und Regulierungszwecken überwacht werden.

Ich bestätige, dass dieses Formular nach meinem besten Wissen und Gewissen keinerlei falsche, irreführende oder unvollständige Angaben enthält. Mir ist bewusst, dass die Versicherung im Falle betrügerischer Leistungsanträge ab dem Zeitpunkt der Entdeckung des betrügerischen Ereignisses gekündigt wird und ich einem etwaigen strafrechtlichen Verfahren unterliege.

Im Zusammenhang mit medizinischen Leistungsansprüchen befreie ich hiermit Ärzte, Angehörige von Heilberufen sowie alle weiteren relevanten medizinischen Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht und bevollmächtige sie, alle von Allianz Worldwide Care oder den bevollmächtigten Repräsentanten angeforderten medizinischen Informationen und Unterlagen zur Verfügung zu stellen (vorbehaltlich anderer rechtlicher Bestimmungen).

Ich stimme zu, auf alle Rechte hinsichtlich medizinischer/ärztlicher Schweigepflicht in Bezug auf alle medizinischen Unterlagen und meinen medizinischen Zustand zu verzichten. Ich bevollmächtige meine Ärzte, Zahnärzte, Angehörige von Heilberufen sowie Mitarbeiter von Krankenhäusern und medizinischen Einrichtungen, alle relevanten Informationen im Zusammenhang mit meinem medizinischen Zustand an die medizinischen Berater von Allianz Worldwide Care oder andere Experten im Falle von Streitigkeiten weiterzugeben.

Wenn eine minderjährige Person behandelt wurde, muss dieser Abschnitt von einem Elternteil oder dem Vormund unterzeichnet werden.

Unterschrift des Patienten _____ Datum (TT/MM/JJ) _____

8 Bevollmächtigung Dritter

Als Anspruchsberechtigter bevollmächtige ich hiermit _____ NAME DES BEVOLLMÄCHTIGTEN
in meinem Namen bezüglich der Abwicklung dieses Leistungsanspruches zu handeln. Dies kann die Offenlegung von sensiblen medizinischen Daten umfassen.

Unterschrift des Anspruchsberechtigten _____ Datum (TT/MM/JJ) _____

Name des Anspruchsberechtigten in Druckbuchstaben _____

Bitte bewahren Sie Originaldokumente (z. B. medizinische Rechnungen), von welchen Kopien an uns versandt wurden, auf, da wir uns das Recht vorbehalten, diese bis zu 12 Monate nach der Bearbeitung eines Erstattungsantrags zur Aufdeckung von Betrug anzufordern. Zusätzlich empfehlen wir Ihnen, Kopien der gesamten Korrespondenz mit uns aufzubewahren. Wir übernehmen keine Haftung für Korrespondenz, die auf dem Postweg oder anderweitig außerhalb unseres Verantwortungsbereichs verloren geht.

Bitte schicken Sie das vollständig ausgefüllte Erstattungsformular zusammen mit allen Rechnungen/Belegen an:

E-Mail: claims@allianzworldwidecare.com
Fax: + 353 1 645 4033
Post: Claims Department, Allianz Worldwide Care, 18B Beckett Way, Park West Business Campus, Nangor Road, Dublin 12, Irland

Falls Sie Fragen haben, wenden Sie sich bitte an unsere Helpline: + 353 1 630 1302 oder client.services@allianzworldwidecare.com
Eine Liste unserer aktuellen gebührenfreien Rufnummern finden Sie unter: www.allianzworldwidecare.com/toll-free-numbers