

# Kostenzusage- formular

Sie können dieses Formular von unserer Website [www.allianzworldwidecare.com/members](http://www.allianzworldwidecare.com/members) herunterladen (als PDF-Version oder als bearbeitbare Word-Version).

Für **Notfallbehandlungen** ist das vorherige Einreichen eines Kostenzusageformulars nicht notwendig. Sie, Ihr behandelnder Arzt, ein Familienangehöriger oder ein Kollege müssen/muss uns jedoch **innerhalb von 48 Stunden nach Eintritt des Notfalls** über Ihre Krankenhausaufnahme informieren.

Unsere Helpline (+ 353 1 630 1302) kann Details zur vorherigen Kostenzusage für Behandlungen, die innerhalb von 72 Stunden erfolgen sollen, auch telefonisch aufnehmen. Halten Sie hierzu bitte alle relevanten Informationen bereit (einschließlich der Kontaktangaben Ihres Arztes).

**Abschnitt 1** ist vollständig vom (oder im Namen des) Patienten auszufüllen.

**Abschnitt 2** ist vollständig vom behandelnden Arzt auszufüllen.

**Bitte füllen Sie dieses Formular in DRUCKBUCHSTABEN aus.**

Sollten wir unvollständige Angaben erhalten, kann es zu Verspätungen bei der Kostenzusage kommen, da wir uns erneut mit Ihnen bzw. Ihrem behandelnden Arzt in Verbindung setzen müssen. Die Versicherungspolice des Patienten muss zum Zeitpunkt der Behandlung in Kraft sein. Beachten Sie bitte, dass diese Zahlungsgarantie den Versicherungsbedingungen, der Versicherungspolice sowie der Beurteilung aller erhaltenen bzw. noch zu erhaltenden Unterlagen im Zusammenhang mit der vorliegenden Krankheit unterliegt.

## 1 ANGABEN ZUM PATIENTEN *DIESER ABSCHNITT IST VOLLSTÄNDIG VOM (ODER IM NAMEN DES) PATIENTEN AUSZUFÜLLEN*

Versicherungsnummer \_\_\_\_\_  
Herr  Frau  Vorname \_\_\_\_\_  
Nachname \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum T T M M J J \_\_\_\_\_

### Kontaktperson *Bitte nennen Sie den Ansprechpartner hinsichtlich dieses Antrags auf eine vorherige Kostenzusage.*

Name \_\_\_\_\_  
Verhältnis zum Patienten, z. B. Patient selbst, Ehepartner/Partner, Elternteil \_\_\_\_\_  
Telefon (Ländervorwahl) \_\_\_\_\_ (Ortsvorwahl) \_\_\_\_\_  
Telefon (mobil) (Ländervorwahl) \_\_\_\_\_ (Netzzvorwahl) \_\_\_\_\_  
E-Mail \_\_\_\_\_

## Datenschutz – Erfassung und Verwendung persönlicher Daten

Verweise auf Informationen beziehen sich auf persönliche Informationen, die uns in Ihren Antrags-, Erstattungs- oder Kostenzusageformularen bereitgestellt wurden und/oder gespeicherte Unterlagen/Informationen, in Verbindung mit Produkten oder Dienstleistungen, die wir anbieten. Allianz Worldwide Care, Teil der Allianz Gruppe, ist die datenverarbeitende Stelle dieser Informationen.

**Verwendung:** Persönliche Informationen können für versicherungsadministrative Zwecke verwendet werden (einschließlich medizinische Risikoprüfung, Bearbeitung von Leistungsanträgen und Vorbeugung von Betrug). Wir können u. U. Drittanbieter damit beauftragen, in Ihrem Namen Daten zu verarbeiten. Diese Verarbeitung, die auch außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR) erfolgen kann, unterliegt vertraglich festgelegten Sicherheits- und Geheimhaltungsrichtlinien in Übereinstimmung mit den Datenschutzrichtlinien.

**Sensible Daten:** Wir müssen sensible Daten von Ihnen erfassen (z.B. gesundheitliche Daten), um Versicherungsbedingungen zu erstellen oder Leistungsansprüche zu bearbeiten.

**Offenlegung:** Wir können Informationen und Daten an unsere Vermittler, Partner der Allianz Gruppe, andere Versicherer und deren Vermittler, Dienstleister und weitere Vermittler, die in Ihrem Namen handeln, weiterreichen sowie an Aufsichts- und Verwaltungsbehörden, denen wir unterliegen oder von denen wir reguliert werden. In bestimmten Fällen können wir private Ermittler einsetzen, die einen Leistungsanspruch, den Sie eingereicht haben, untersuchen.

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

**Erklärung und Einwilligung:** Durch Ihre Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie bevollmächtigt sind, im Namen Ihrer Angehörigen deren persönliche Informationen an uns weiterzugeben und dass Sie einverstanden sind, dass diese Informationen und Ihre persönlichen Daten bearbeitet, offengelegt, verwendet und gespeichert werden.

**Zugang:** Sie haben das Recht, eine Kopie Ihrer persönlichen Daten, die bei uns vorliegen, anzufordern. Falls Sie von diesem Recht Gebrauch machen möchten, schreiben Sie bitte an den „Data Protection Officer“, an die Adresse auf diesem Formular oder per E-Mail an [client.services@allianzworldwidecare.com](mailto:client.services@allianzworldwidecare.com).

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

Ich stimme zu, auf alle Rechte hinsichtlich medizinischer/ärztlicher Schweigepflicht in Bezug auf meine medizinischen Daten und Informationen zu verzichten und ich bevollmächtige meinen Arzt, Angehörige von Heilberufen sowie Mitarbeiter medizinischer Einrichtungen, alle relevanten medizinischen Daten und Informationen im Zusammenhang mit meiner Person auf Anfrage an Allianz Worldwide Care, deren medizinische Berater und ernannte Vertreter oder andere Experten, vorbehaltlich geltender rechtlicher Bestimmungen, 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 T T M M J J \_\_\_\_\_

**Allianz**   
Allianz Worldwide Care

## 2 ANGABEN ZUR BEHANDLUNG DIESER ABSCHNITT IST VOLLSTÄNDIG VOM MEDIZINISCHEN DIENSTLEISTER AUSZUFÜLLEN

- Falls zusätzliche Behandlungen erforderlich werden, muss Allianz Worldwide Care davon in Kenntnis gesetzt werden.
- Rechnungen sollten innerhalb von 60 Tagen nach der Entlassung des Patienten eingereicht werden. Sollten Sonderregelungen zwischen uns und dem medizinischen Dienstleister vereinbart worden sein, so gelten diese.

### Beschwerden

Beschreibung der Beschwerden, Anzeichen und Symptome

Ursache (falls bekannt)

Wann wurden diese Beschwerden zum ersten Mal diagnostiziert

T T M M J J

Wann sind diese Beschwerden zum ersten Mal aufgetreten

T T M M J J

An welchem Datum hat der Versicherte die Symptome zum ersten Mal bemerkt

T T M M J J

Diagnose (falls unbekannt, bitte „vorläufige Diagnose“ angeben)

ICD9/10

DSM-IV

DRG

Bitte füllen Sie den folgenden Abschnitt im Falle einer Schwangerschaft aus:

Datum der Bestätigung der Schwangerschaft durch einen Arzt

T T M M J J

Zu erwartendes oder konkretes Entbindungsdatum

T T M M J J

Handelt es sich um eine Ein-Kind-Schwangerschaft? Ja  Nein

Falls „Nein“, ist die Schwangerschaft das Resultat medizinisch assistierter Fortpflanzung mit Ausnahme einer künstlichen Befruchtung? Ja  Nein

Entbindungsmodus

### Behandlung

Geplante Prozedur/Behandlung:

Voraussichtliches Aufnahme datum

T T M M J J

#### Behandlungen in den USA/Großbritannien

CPT code(s)

CCSD code(s)

Beschreibung

### Kosten

Bitte geben Sie bei Behandlungen in Deutschland den Basisfallpreis an

Voraussichtliche Aufenthaltsdauer

Tage  /Nächte  (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Wird ein Gesamtpaketpreis angeboten? Ja  Nein

Falls „Ja“, geben Sie bitte den Preis und die Währung an

Falls „Nein“, geben Sie bitte eine Auflistung der voraussichtlichen Kosten an

Krankenhauskosten

Honorare für Ärzte/Anästhesisten

Geschätzte Gesamtkosten (einschließlich Währung)

### Angaben zur medizinischen Einrichtung

Name des Krankenhauses/der medizinischen Einrichtung

Adresse (einschl. Land)

E-Mail (Pflichtfeld)

Telefon (Ländervorwahl)

(Ortsvorwahl)

Fax (Pflichtfeld) (Ländervorwahl)

(Ortsvorwahl)

#### Überweisender Arzt

Name

E-Mail (Pflichtfeld)

Telefon (einschl. Länder- und Ortsvorwahl)

Fax (Pflichtfeld, einschl. Länder- und Ortsvorwahl)

#### Behandelnder/aufnehmender Arzt

Name

E-Mail (Pflichtfeld)

Telefon (einschl. Länder- und Ortsvorwahl)

Fax (Pflichtfeld, einschl. Länder- und Ortsvorwahl)

Bitte unterschreiben und stempeln Sie dieses Formular.

Ich bestätige, dass alle in diesem Formular gemachten Angaben nach meinem besten Wissen wahrheitsgemäß und vollständig sind.

Unterschrift des Arztes

Datum

T T M M J J

Offizieller Stempel der medizinischen  
Einrichtung

Bitte schicken Sie uns das vollständig ausgefüllte Kostenzusageformular mindestens fünf Werkzeuge vor Behandlungsbeginn:

- E-Mail: [medical.services@allianzworldwidecare.com](mailto:medical.services@allianzworldwidecare.com)
- Fax: + 353 1 653 1780
- Post: Medical Services Department, Allianz Worldwide Care, 15 Joyce Way, Park West Business Campus, Nangor Road, Dublin 12, Irland.

Wir empfehlen 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.

Falls Sie Fragen haben, wenden Sie sich bitte an unsere Helpline unter: + 353 1 630 1302 oder [client.services@allianzworldwidecare.com](mailto:client.services@allianzworldwidecare.com).

Eine Liste unserer aktuellen gebührenfreien Rufnummern finden Sie unter: [www.allianzworldwidecare.com/toll-free-numbers](http://www.allianzworldwidecare.com/toll-free-numbers).