

# ERSTATTUNGSFORMULAR

Bitte füllen Sie dieses Formular in **DRUCKBUCHSTABEN** aus. Sie können auch unsere MyHealth digitalen Services nutzen, um Ihren Erstattungsantrag einzureichen: <https://www.allianzcare.com/de/anmeldung.html>

## 1 ANGABEN ZUM HAUPTVERSICHERTEN

Versicherungsnummer

Geburtsdatum  /  /

Vorname

Nachname

Korrespondenzanschrift

Telefonnummer  LÄNDERVORWAHL  ORTSVORWAHL

E-Mail

## 2 ANGABEN ZUM PATIENTEN (FALLS ABWEICHEND VOM HAUPTVERSICHERTEN)

Vorname

Nachname

Geburtsdatum  /  /  Geschlecht: Männlich  Weiblich

## 3 ZAHLUNGSANGABEN

Von der versicherten Person nur bei Einreichen des ersten Erstattungsantrags oder im Falle einer Änderung der Bankdaten auszufüllen.

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 des Kreditinstituts

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)

\* Bitte geben Sie bei einer Banküberweisung alle notwendigen Angaben zur Bank an.

\*\* Dem 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 ERSTATTUNGSANTRAG

Von den Versicherten auszufüllen:

- Die bei Zugehörigkeit einen medizinischen Fragebogen ausgefüllt haben.
- Deren Versicherungszeitraum kürzer als 24 Monate ist und wenn sich der medizinische Erstattungsantrag auf eine Krankheit oder einen Unfall bezieht, die bzw. der vor Versicherungsbeginn diagnostiziert wurde.
- Deren GKFS Dokument die Diagnose nicht aufzeigt.

Diagnose/Erkrankung	Datum, an welchem die Symptome erstmals aufgetreten sind	Rechnungssumme/Währung	Betrag, der von dem GKFS zurück erstattet wurde
	T T / M M / J J J J		
	T T / M M / J J J J		
	T T / M M / J J J J		
	T T / M M / J J J J		
	T T / M M / J J J J		
	T T / M M / J J J J		

In welchem Land fand die Behandlung statt?

### Erstattungsanträge, die sich auf einen Unfall oder eine Verletzung beziehen:

Bezieht sich dieser Erstattungsantrag auf einen Unfall oder eine Verletzung? Ja  Nein

## 5 DER SCHUTZ IHRER PERSÖNLICHEN DATEN IST UNS WICHTIG


ALLIANZ CARE erfüllt die am 25. Mai 2018 in Kraft getretene Datenschutzverordnung (DSGVO).

## 6 ERKLÄRUNG

Ich bin damit einverstanden, ALLIANZ CARE auf Anfrage zusätzliche Informationen oder Dokumente zur Verfügung zu stellen, die es ermöglichen, diese Kosten korrekt zu begleichen. Es wird davon ausgegangen, dass diese Informationen von ALLIANZ CARE vernichtet werden, sobald die Erstattung erfolgt ist.

Ich bestätige, dass dieses Formular nach meinem besten Wissen und Gewissen keinerlei falsche, irreführende oder unvollständige Angaben enthält.

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

 Unterschrift des Patienten \_\_\_\_\_

Datum

