

ERSTATTUNGSFORMULAR

Bitte füllen Sie dieses Formular in **DRUCKBUCHSTABEN** aus. Sie können dieses Formular (als bearbeitbare PDF-Version) von unserer Website herunterladen:
<https://www.allianzcare.com/de/internationale-krankenversicherungen-fuer-privatkunden/produkte-und-services/spezialisierte-internationale-tarife/eurosanter.html>

Die MyHealth App,
für schnelles und
einfaches Einreichen
von Erstattungs-
formularen

<https://www.allianzcare.com/de/myhealth.html>



1 ANGABEN ZUM HAUPTVERSICHERTEN

Versicherungsnummer

Vorname

Nachname

Geburtsdatum / /

Korrespondenzanschrift

Telefon LÄNDERVORWAHL ORTSVORWAHL

E-Mail

2 ANGABEN ZUM PATIENTEN (FALLS ABWEICHEND VOM HAUPTVERSICHERTEN)

Vorname

Nachname

Geburtsdatum / / 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 alle Einzelheiten zu jeder Rechnung/Quittung an, einschließlich der angefallenen Kosten. 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 folgende Tabelle ein. Falls der Platz nicht ausreichen sollte, benutzen Sie bitte ein weiteres Blatt.

Beschreibung der Ausgabe/ Behandlung	Diagnose/Erkrankung	Leistungserbringer	Rechnungssumme/ Währung	Betrag, der von dem GKFS zurück erstattet wurde	Wurde die Rechnung durch Sie bezahlt?
					Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
					Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
					Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
					Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
					Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
					Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
					Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
					Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
					Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
					Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>

In welchem Land erfolgte die Behandlung?

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.

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

Anschrift

Telefonnummer LÄNDERVORWAHL ORTSVORWAHL

Fax LÄNDERVORWAHL ORTSVORWAHL

E-Mail

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

Name des überweisenden Arztes/Physiotherapeuten

Telefonnummer LÄNDERVORWAHL ORTSVORWAHL

Überweisungsdatum / /

