Laden Sie unsere MyHealth App für ein schnelles und einfaches Einreichen von Erstattungsformularen herunter

www.allianzworldwidecare.com/myhealth

Erstattungsformular für Gruppenversicherte

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

1 Angaben zum Hauptversicherten

Versicherungsnummer

Geburtsdatum T T / M M / J J

Vorname

Nachname

Aktuelle Korrespondenzanschrift

Telefonnummer LÄNDERVORWAHL ORTSVORWAHL

E-Mail

Sind Sie im Rahmen einer nationalen/staatlichen Krankenversicherung in Ihrem Heimatland oder in Ihrem Aufenthaltsland versichert? Ja ☐ Nein ☐

Fall ja, beschreiben Sie bitte den Umfang dieser Versicherung und geben Sie eine Referenznummer/Bezeichnung des Landes an.

2 Angaben zum Patienten (falls abweichend vom Hauptversicherten)

Vorname

Nachname

Geburtsdatum T T / M M / J J

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.*

Allianz

Der Versicherer dieser Police ist die Allianz Private Krankenversicherungs-Aktiengesellschaft.

Aufsichtsratsvorsitzender: Dr. Manfred Knof.

Vorstand: Dr. Birgit König (Vorsitzende), Daniel Bahr, Dr. Jan Esser, Burkhard Keese, Joachim Müller, Dr. Thomas Wiesemann.

USt-IdNr.: DE 811 239 569.

Finanz- und Versicherungsleistungen i.S.d. UStG / MwStSystRL sind von der Umsatzsteuer befreit.

Sitz der Gesellschaft: München. Registergericht: Amtsgericht München HRB 2212.

Allianz Worldwide Care Services ist eine eingetragene Firma von AWP Health & Life Services Limited. AWP Health & Life Services Limited bietet Verwaltungsdienste und technische Unterstützung für diese Police, wie z. B. die Bearbeitung von Leistungsanträgen, die Verwaltung der Police sowie Helplineservices inner- und außerhalb Deutschlands. AWP Health & Life Services Limited ist eine Gesellschaft mit beschränkter Haftung, die in Irland registriert ist. Registrierte Nummer: 509216, Sitz der Gesellschaft: 15 Joyce Way, Park West Business Campus, Nangor Road, Dublin 12, Irland.

Aufsichtsratsvorsitzende: Lidia Luka-Lognoné.

Mitglieder: Clodagh Clarke, Frank Mee.

4 Einzelheiten zum Leistungsanspruch

Bitte geben Sie in der folgenden Tabelle vollständige Einzelheiten zu jeder Rechnung/Quittung an. Beachten Sie bitte, dass für in China entstandene Kosten eine FaPiao-Rechnung zusammen mit dem Leistungsantrag eingesandt 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 Leistung	Diagnose/Erkrankung	Leistungserbringer	Rechnungssumme/ Währung	Wurde die Rechnung durch Sie bezahlt?
				Ja ☐ Nein ☐
				Ja ☐ Nein ☐
				Ja ☐ Nein ☐
				Ja ☐ Nein ☐
				Ja ☐ Nein ☐
				Ja ☐ Nein ☐
				Ja ☐ Nein ☐
				Ja ☐ Nein ☐

In welchem Land erfolgte die Behandlung?

Geben Sie bei einer Schwangerschaft bitte den voraussichtlichen Entbindungstermin an T T / M M / J J

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 T T / M M / J J

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**? T T / M M / J J

An welchem Datum hat **der Versicherte** die Symptome **zum ersten Mal bemerkt**? T T / M M / J J

Bitte unterschreiben und stempeln Sie dieses Formular.

Offizieller Stempel der medizinischen Einrichtung

Unterschrift des Arztes

Datum T T / M M / J J

Bitte bewahren Sie die 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 zu Prüfungszwecken anzufordern. Außerdem behalten wir uns das Recht vor, von Ihnen einen Zahlungsnachweis (z. B. Überweisungsbeleg oder Kreditkartenabrechnung) zu Ihren Quittungen zu verlangen. 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 per:

E-Mail an: claims@allianzworldwidecare.com

Fax an: + 353 1 645 4033

Post an: Claims Department, Allianz Worldwide Care Services, 15 Joyce Way, Park West Business Campus, Nangor Road, Dublin 12, Irland

FRM-CF-APKV-DE-0417