

Kostenzusageformular

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

Eine vorherige Kostenzusage ist nicht bei einer Behandlung im Notfall erforderlich. Sie, Ihr behandelnder Arzt, ein Familienangehöriger oder ein Kollege müssen uns jedoch innerhalb von 48 Stunden nach Eintritt des Notfalls über Ihre Krankenhausaufnahme informieren.

Unsere Helpline (+ 32 2 210 6501) kann Fragen zur Kostenzusage für Behandlungen, die innerhalb von 72 Stunden erfolgen sollen, auch telefonisch genehmigen. Halten Sie hierzu bitte so viele relevante Informationen bereit wie möglich, einschließlich der Kontaktangaben Ihres Arztes.

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

Abschnitt 2 ist vollständig vom behandelnden Arzt auszufüllen.

Sollten wir unvollständige Angaben erhalten, kann es zu Verspätungen bei der Genehmigung Ihrer Behandlung 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. Die Kostenzusage bzw. Vorabgenehmigung unterliegt den allgemeinen Versicherungsbedingungen Ihrer Police. Sie unterliegt zudem unserer Beurteilung aller relevanten Unterlagen, die wir in Bezug auf Ihren medizinischen Zustand benötigen.

1 Angaben zum Patienten (vollständig vom Patienten oder in dessen Namen auszufüllen)

Individuelle Versicherungsnummer (wird nach dem ersten Erstattungsantrag erstellt)

EU Institution Gruppenversicherungsnummer (diese Nummer ist auf Ihrem Versicherungsschein angegeben)

Frau Herr

Vorname

Nachname

Geburtsdatum / /

Kontaktperson (bitte nennen Sie den Ansprechpartner hinsichtlich dieses Antrags auf eine vorherige Kostenzusage)

Name

Beziehung zum Patient, z.B. Selbst, Ehepartner/Partner, Elternteil

Telefonnummer LÄNDERVORWAHL ORTSVORWAHL

Mobiltelefonnummer LÄNDERVORWAHL NETZVORWAHL

E-Mail

Der Schutz Ihrer persönlichen Daten ist uns wichtig

Unser Datenschutzhinweis erklärt, wie wir Ihre Privatsphäre schützen. Dies ist eine wichtige Information, die erklärt, wie Ihre persönlichen Daten verwendet werden. Nehmen Sie sich bitte einen Moment Zeit, um den Hinweis zu lesen, bevor Sie persönliche Daten an uns übermitteln. Um unseren Datenschutzhinweis zu lesen, gehen Sie auf: www.allianzcare.com/de/datenschutz.html

Alternativ können Sie uns auch unter der Telefonnummer + 32 2 210 6501 anrufen und eine Kopie unseres Datenschutzhinweises anfragen. Falls Sie Fragen dazu haben, wie Ihre persönlichen Daten verwendet werden, können Sie uns auch gerne per E-Mail kontaktieren: AP.EU1DataPrivacyOfficer@allianz.com

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 mir auf Anfrage an Allianz 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 und datiert werden.

Unterschrift des Patienten _____

Datum / /

Wir brauchen Ihre Zustimmung

Gemäß der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) benötigen wir Ihre Zustimmung, um Ihre medizinischen Daten zu verarbeiten und um Ihnen Ihre medizinischen Ausgaben auszus zahlen. Wenn Sie Ihre Einverständniserklärung noch nicht abgegeben haben, gehen Sie bitte auf <https://my.allianzcare.com/myhealth/login>, melden Sie sich bei den Online Services an und kreuzen Sie die erforderlichen Felder an. Sie können die Einwilligungserklärung außerdem von hier www.allianzcare.com/de/consent-form herunterladen. Gerne senden wir Ihnen auf Anfrage auch eine Kopie. Bitte beachten Sie, dass jeder Versicherte, der älter als 18 Jahr ist, eine eigene Einwilligung erteilen muss.

2 Angaben zur Behandlung (vollständig vom Medizinischen Dienstleister auszufüllen)

- Falls zusätzliche Behandlungen erforderlich werden, muss Allianz Care davon in Kenntnis gesetzt werden.
- Rechnungen sollten innerhalb von 60 Tagen nach der Entlassung des Patienten eingereicht werden. Wenn wir jedoch spezielle Vereinbarungen mit dem medizinischen Dienstleister getroffen haben, gelten diese Vereinbarungen.

Zustand

Beschreibung der Beschwerden, Anzeichen und Symptome

Ursache (falls bekannt)

Wann wurden diese Beschwerden zum ersten Mal diagnostiziert? / /

Wann war der erste Termin/Besuch? / /

An welchem Datum hat der Patient die Symptome zum ersten Mal bemerkt? / /

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 / /

Zu erwartendes oder konkretes Entbindungsdatum / /

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

Falls nein, ist die Schwangerschaft das Resultat medizinisch assistierter Fortpflanzung? Ja Nein

Art der Entbindung

Behandlung

Geplante Prozedur/Behandlung

Voraussichtliches Aufnahmedatum / /

Behandlungen in den USA/dem Vereinigten Königreich

CPT Code CCSD Code

Beschreibung

Kosten

Bitte geben Sie bei Behandlung in Deutschland den Basisfallpreis an

Geplante Länge des Aufenthalts Nacht/Nächte / Tag(e) (bitte kreuzen Sie an)

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	Kosten für Ärzte oder Anästhesisten	Geschätzte Gesamtkosten (einschließlich Währung)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Angaben zur medizinischen Einrichtung

Name des Krankenhauses/der medizinischen Einrichtung

Adresse (inklusive Land)

E-Mail (Pflichtfeld)

Telefonnummer (einschließlich Ländervorwahl und Ortsvorwahl)

Fax (Pflichtfeld) (einschließlich Ländervorwahl und Ortsvorwahl)

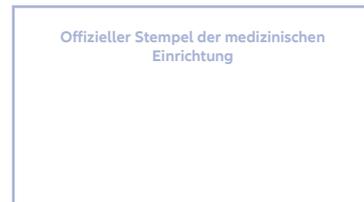
	Überweisender Arzt	Behandelnder/aufnehmender Arzt
Name	<input type="text"/>	<input type="text"/>
E-Mail (Pflichtfeld)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefonnummer (einschließlich Ländervorwahl und Ortsvorwahl)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fax (Pflichtfeld) (einschließlich Ländervorwahl und Ortsvorwahl)	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Bitte unterschreiben und datieren Sie im Folgenden und fügen Sie einen offiziellen Stempel hinzu.

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

Unterschrift des Arztes

Datum / /



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

Per E-Mail an: igomedical@e.allianz.com oder

Per Fax an: + 32 2 210 6597 oder

Post an: Medical Services Department, Allianz Care, Bd Roi Albert II 32, 1000 Brüssel, Belgien.

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.

Bei Fragen, können Sie sich gerne an uns wenden: Helpline: + 32 2 210 6501 oder per E-Mail an: igohelpline@e.allianz.com

Eine Liste unser aktuellen gebührenfreien Rufnummern finden Sie hier: www.allianzcare.com/de/pages/toll-free-numbers.html