

Erstattungsformular für medizinische Dienstleister

Sie können dieses Formular von unserer Website www.allianzworldwidecare.com/medical-provider-claimform herunterladen (als bearbeitbare PDF-Version oder als bearbeitbare Word-Version). Wenn Sie dieses Formular handschriftlich ausfüllen, füllen Sie es bitte in DRUCKBUCHSTABEN aus.

1 Angaben zum Patienten

Versicherungsnummer _____
Vorname _____
Nachname _____
Geburtsdatum (TT/MM/JJ) _____
Korrespondenzanschrift _____

Telefonnummer (einschließlich Länder- und Ortsvorwahl) _____
E-Mail _____

2 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, einschließlich ICD9/10-Code/DSM-IV.

ICD9/10 Code _____ DSM-IV _____

Wann hat Sie der Patient erstmalig bezüglich dieser Symptome aufgesucht? (TT/MM/JJ) _____

An welchem Datum hat der Versicherte die Symptome zum ersten Mal bemerkt? (TT/MM/JJ) _____

Ist diese Erkrankung bereits in der Vergangenheit bei dem Patienten aufgetreten? Ja Nein Falls Ja, wann? (TT/MM/JJ) _____

Ist diese oder eine hiermit im Zusammenhang stehende Erkrankung bereits in der Vergangenheit behandelt worden? Ja Nein

Falls Ja, geben Sie bitte Einzelheiten an _____

Ist ein erneutes Auftreten der Erkrankung wahrscheinlich? Ja Nein

Sind Rehabilitationsmaßnahmen erforderlich? Ja Nein

Handelt es sich um eine chronische Erkrankung? Ja Nein

Sind langfristige Beobachtungsmaßnahmen, Arztbesuche, Untersuchungen, Kontrollen und/oder Tests erforderlich? Ja Nein

Bitte geben Sie die Bezugsnummer für die vorherige Kostenzusage (falls vorhanden) im Zusammenhang mit dieser Behandlung an: _____

Nur bei Schwangerschaft:

Erwarteter Geburtstermin (TT/MM/JJ) _____

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

Falls Sie die vorherige Frage mit „Nein“ beantwortet haben und es sich um eine Mehrlings-Schwangerschaft handelt, ist die Schwangerschaft das Resultat einer Unfruchtbarkeitsbehandlung, mit Ausnahme einer künstlichen Befruchtung? Ja Nein

Falls Ja, machen Sie bitte nähere Angaben: _____

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

Name des überweisenden Arztes/Physiotherapeuten _____

Telefonnummer (einschließlich Länder- und Ortsvorwahl) _____

Überweisungsdatum (TT/MM/JJ) _____

Offizieller Stempel der medizinischen Einrichtung

Bitte unterschreiben und stempeln Sie dieses Formular.

Unterschrift des Arztes _____

Datum (TT/MM/JJ) _____

3 Datenschutz – Erfassung und Verwendung persönlicher Daten (dieser Abschnitt muss vom Patienten unterzeichnet werden)

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. Wenn Sie von diesem Recht Gebrauch machen möchten, richten Sie bitte Ihre schriftliche Anfrage an den Data Protection Officer an auf diesem Formular angegebene Adresse oder an 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 bestätige, dass dieses Formular nach meinem besten Wissen und Gewissen keinerlei falsche, irreführende oder unvollständige Angaben enthält. Mir ist bewusst, dass die Versicherung im Falle betrügerischer Leistungsanträge ab dem Zeitpunkt der Entdeckung des betrügerischen Ereignisses gekündigt werden kann und ich einem etwaigen strafrechtlichen Verfahren unterliege.

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 (TT/MM/JJ) _____

Wichtig – bitte überprüfen Sie Folgendes:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Die Originale aller Quittungen, Rechnungen und Rezepte sind beigelegt. | <input type="checkbox"/> Die Erklärungen wurden unterschrieben und mit einem Datum versehen. |
| <input type="checkbox"/> Das Erstattungsformular wurde vollständig ausgefüllt (einschließlich der Bezugsnummer für die vorherige Kostenzusage, falls vorhanden). | <input type="checkbox"/> Die Diagnose wurde bestätigt und entweder auf dem Formular oder in der Rechnung angegeben. |

Bitte senden Sie das vollständig ausgefüllte Erstattungsformular für medizinische Dienstleister zusammen mit allen Originalrechnungen (Fotokopien werden leider nicht akzeptiert) an die folgende Adresse:

Claims 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: + 353 1 630 1302 oder client.services@allianzworldwidecare.com. Eine Liste unserer aktuellen gebührenfreien Rufnummern finden Sie unter: www.allianzworldwidecare.com/toll-free-numbers