

# Erstattungsformular

Bitte füllen Sie dieses Formular in **DRUCKBUCHSTABEN** aus. Sie können dieses Formular von unserer Website [www.allianzworldwidecare.com/eurosante](http://www.allianzworldwidecare.com/eurosante) herunterladen.



Laden Sie unsere  
MyHealth App herunter

Schnelles und einfaches Einreichen von Erstattungsformularen

1. Geben Sie einige wichtige Angaben an
2. Machen Sie ein Foto von Ihren Rechnungen Fertig!

[www.allianzworldwidecare.com/myhealth](http://www.allianzworldwidecare.com/myhealth)

## 1 Angaben zum Hauptversicherten

Versicherungsnummer \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Nachname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum (TT/MM/JJ) \_\_\_\_\_

Korrespondenzanschrift \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Telefon (Ländervorwahl) \_\_\_\_\_ (Ortsvorwahl) \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

## 2 Angaben zum Patienten (falls abweichend vom Hauptversicherten)

Vorname \_\_\_\_\_

Nachname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum (TT/MM/JJ) \_\_\_\_\_ 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, inklusive der angefallenen Kosten. Falls Ihre Rechnung/Quittung keine Angaben zur Diagnose/Erkrankung enthält, tragen Sie diese Informationen bitte in die Tabelle ein. Falls der Platz nicht ausreichen sollte, benutzen Sie bitte ein weiteres Blatt.

Beschreibung der Leistung	Diagnose/Erkrankung	Leistungserbringer	Rechnungssumme/ Währung	Vom GKFS rückerstatteter Betrag	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"/>
					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"/>
					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 \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

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 (TT/MM/JJ) \_\_\_\_\_

## 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? (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

Nur bei Leistungsansprüchen für zahnärztliche Behandlung auszufüllen:

Litt der Patient bei seinem Behandlungstermin an akute Zahnschmerzen? Ja  Nein

Bitte unterschreiben und stempeln Sie dieses Formular.

Unterschrift des Arztes \_\_\_\_\_

Datum (TT/MM/JJ) \_\_\_\_\_

Offizieller Stempel der medizinischen  
Einrichtung

## 7 Datenschutz – Erfassung und Verwendung persönlicher Daten

Verweise auf Informationen beziehen sich auf persönliche Informationen, die uns in Ihren Antrags- und Erstattungsformularen 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](mailto: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 wird 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)

## 8 Bevollmächtigung von Dritten

Als Anspruchsberechtigter ermächtige ich

NAME DES DRITTEN

hiermit, für mich und in meinem Namen die Bearbeitung dieses Leistungsanspruchs zu übernehmen. Dazu zählt ggf. auch die Offenlegung sensibler medizinischer Informationen.

Unterschrift des Anspruchsberechtigten

Datum (TT/MM/JJ)

Name des Anspruchsberechtigten in Druckbuchstaben

Bitte schicken Sie das vollständig ausgefüllte Erstattungsformular zusammen mit allen Rechnungen und Belegen (Kreditkartenbelege werden leider nicht akzeptiert) an:

E-Mail: [IGOclaims@allianzworldwidecare.com](mailto:IGOclaims@allianzworldwidecare.com)

Fax: + 32 2 210 6598 or

Post: Claims Department, Allianz Worldwide Care Services, Place du Samedi 1, 1000 Brüssel, Belgien

*Bitte bewahren Sie 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 zur Aufdeckung von Betrug anzufordern. 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.*

**Falls Sie Fragen haben, wenden Sie sich bitte an unsere Helpline: + 32 2 2106501 oder [IGOhelpline@allianzworldwidecare.com](mailto:IGOhelpline@allianzworldwidecare.com).**

**Eine Liste unser aktuellen gebührenfreien Rufnummern finden Sie unter: [www.allianzworldwidecare.com/toll-free-numbers](http://www.allianzworldwidecare.com/toll-free-numbers).**

### Wichtig - bitte überprüfen Sie folgendes:

- Die Quittungen, Rechnungen und Rezepte sind beigefügt.
- Eine Kopie des Abrechnungsschreibens des CKFS ist beigefügt.
- Das Erstattungsformular wurde vollständig ausgefüllt.
- Die Erklärung wurde unterschrieben und mit einem Datum versehen.

- Die Diagnose wurde bestätigt und ist entweder auf dem Erstattungsformular oder der Rechnung aufgeführt.
- Falls sich Ihre Kontaktangaben geändert haben, ist dies auf dem Formular angegeben.