

# Erstattungsformular

Allianz Worldwide Care

Um Ihnen einen schnellen und leistungsstarken Service bieten zu können, bitten wir Sie folgendes zu beachten:

- Ein vollständig ausgefülltes Erstattungsformular beschleunigt die Bearbeitung und Erstattung Ihrer Behandlungskosten.
- Bitte füllen Sie die erste Seite dieses Formulars aus, und bitten Sie Ihren behandelnden Arzt seine Angaben auf der zweiten Seite einzutragen.
- Alle erstattungsfähigen Rechnungen müssen diesem Formular im Original beigelegt werden. Fotokopien, Rezepte und Kreditkartenbelege können nicht berücksichtigt werden.
- Wenn Sie Rechnungen aus Deutschland oder den USA einreichen oder Ihre Rechnungen Details bezüglich der Diagnose und der entsprechenden Behandlung enthalten, sind die Angaben auf der zweiten Seite nicht zwingend erforderlich. In diesem Fall senden Sie nur die Rechnungen im Original.
- Ein separates Behandlungsformular ist für jeden Patienten und jede Behandlung notwendig.
- Wir empfehlen Ihnen Kopien aller eingereichten Dokumente aufzubewahren, falls Sie diese zu einem späteren Zeitpunkt benötigen sollten.
- Bitte füllen Sie dieses Formular in Druckbuchstaben aus und schicken es an die untenstehende Anschrift.

## Angaben zum Versicherungsnehmer

Versicherungsnummer  Titel   
Nachname  Vorname   
Korrespondenzanschrift   
  
Telefon tagsüber  Telefon abends   
Fax  E-mail

## Angaben zum Patienten

Titel  Nachname  Vorname   
Geburtsdatum (tt/mm/jj)  /  /  Wurde diese Behandlung aufgrund eines Unfalls durchgeführt?  
ja  nein

## Zahlungsangaben

**Option 1** Erstattung an den **Versicherungsnehmer/Versicherten**

Die Zahlung soll erfolgen in: Rechnungswährung  anderer Währung (bitte spezifizieren)   
Gewünschte Zahlungsart: Scheck  Überweisung (bitte Bankverbindung angeben)   
Kontoinhaber   
Kontonummer/IBAN  Bankleitzahl   
Swift code  Name der Bank   
Anschrift der Bank

**Option 2** Erstattung an die **medizinische Einrichtung** (z.B. Krankenhaus)

Bitte nur ankreuzen, wenn Direktabrechnung mit Allianz Worldwide Care bereits vorher vereinbart wurde

## Unterschrift des Patienten und Entbindung von der Schweigepflicht

Ich bestätige, dieses Formular nach bestem Wissen und Gewissen ausgefüllt zu haben. Es beinhaltet keinerlei falsche oder unvollständige Angaben. Bei Täuschung oder im Falles eines, mit betrügerischer Absicht eingereichten Erstattungsantrages, verliert die Versicherungspolice ihre Gültigkeit. Der Versicherungsnehmer hat die hieraus entstehenden Konsequenzen zu tragen. Zur Bearbeitung dieses Erstattungsantrages befreie ich Ärzte, Zahnärzte, Angehörige anderer Heilberufe sowie Angehörige von Krankenanstalten und Gesundheitsämtern, die mich untersucht, beraten oder behandelt haben von ihrer Schweigepflicht und bevollmächtige sie, alle von Allianz Worldwide Care oder den bevollmächtigten Repräsentanten angeforderten Informationen zur Verfügung zu stellen.

**Wenn eine minderjährige Person behandelt wurde, muss dieser Abschnitt von einem Elternteil oder dem Vormund unterzeichnet werden.**

Unterschrift des Patienten  Datum (tt/mm/jj)  /  /

## Von dem behandelnden Arzt in Druckbuchstaben auszufüllen

### Arztangaben

Name des Arztes/Facharztes

Qualifikationen/Zusatzbezeichnungen

Name des Krankenhauses/der Klinik

Anschrift

Telefon  Fax

E-mail

### Medizinische Angaben

Wurde eine vorherige Kostenzusage eingeholt? ja  nein

Art der Behandlung: elektiv  Notfall

**Bitte machen Sie detaillierte Angaben zu dem Krankheitszustand, der diese Behandlung erforderlich machte, inklusive**

ICD Code / DSM-IV.

Wann hat der Patient Sie erstmalig bezüglich dieser Symptome aufgesucht? Datum (tt/mm/jj)

Bevor Sie konsultiert wurden, wann machten sich Anzeichen oder Symptome dieser Erkrankung erstmals bei dem Patienten bemerkbar? Datum (tt/mm/jj)

Ist diese oder eine hiermit in Zusammenhang stehende Erkrankung bereits in der Vergangenheit behandelt worden? ja  nein

Falls ja, bitte erläutern Sie Einzelheiten.

**Nur bei erfolgter zahnärztlicher Behandlung auszufüllen.**

Klage der Patient bei seinem Behandlungstermin über akute Zahnschmerzen? ja  nein

Unterschrift des behandelnden Arztes  Datum (tt/mm/jj)

STEMPEL DES  
ARZTES