

## Vorherige Kostenzusage

## 1. Versicherter/Patient - dieser Abschnitt ist vom Versicherten/Patienten auszufüllen

Name des Versicherten \_\_\_\_\_ Geburtsdatum 

T	T

M	M

J	J

Versicherungsnummer

Telefon *privat*  Telefon *geschäftlich*

Fax *privat*  Fax *geschäftlich*

E-mail *privat*  E-mail *geschäftlich*

## 2. Behandler - dieser Abschnitt ist vom medizinischen Leistungserbringer auszufüllen

Krankenhaus/Leistungserbringer (inkl. Anschrift) \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Telefon  Fax  E-mail

Name des Arztes \_\_\_\_\_

Art der Behandlung  Stationär  Ambulant  Zahn

Diagnose (ICD-10 oder anderer Code - sollte dies nicht möglich sein bitten wir um eine ausführliche Beschreibung) \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Geplante Behandlung **mit** medizinischer Begründung \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

## Stationäre Behandlung:

1. Geplante Aufnahme \_\_\_\_\_ 2. Voraussichtliche Kosten \_\_\_\_\_

3. Voraussichtliche Dauer des Krankenhausaufenthaltes \_\_\_\_\_

## 3. Versicherungsinformation (von Allianz Worldwide Care auszufüllen)

Vorherige Kostenzusage Nr

Unterbringung \_\_\_\_\_ Selbstbeteiligung \_\_\_\_\_

Jährlicher Höchstleistungsbetrag \_\_\_\_\_ Eigenanteil \_\_\_\_\_

Ausschlüsse: persönliche Dinge (Blumen, Telefongebühren, usw...)

Anteil Versicherter/Patient: \_\_\_\_\_ Anteil Allianz Worldwide Care: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Um den Bezahlungsvergang zu vereinfachen senden Sie bitte eine detaillierte Rechnung zusammen mit einem ausgefüllten Allianz Worldwide Care Behandlungsformular an die auf der Rückseite genannte Anschrift.

Im Auftrag von Allianz Worldwide Care Ltd.:

#### Erklärung zur Schweigepflichtentbindung

Ich befreie Ärzte, Zahnärzte, Angehörige anderer Heilberufe sowie Angehörige von Krankenanstalten und Gesundheitsämtern, die mich vor der Antragstellung untersucht, beraten oder behandelt haben von Ihrer Schweigepflicht und bevollmächtige sie, alle von Allianz Worldwide Care angeforderten Informationen zur Verfügung zu stellen.

Unterschrift des Patienten (oder des Mitarbeiters/Antragsstellers, wenn der Patient unter 16 Jahre ist)

Datum

## Wichtige Hinweise

### Für den Versicherten/Patienten

Um eine schnelle Abwicklung Ihrer Ansprüche zu ermöglichen, stellen Sie bitte sicher, daß **alle** Fragen in Abschnitt 1 beantwortet sind. Vergewissern Sie sich bitte auch, daß Ihr Arzt **alle** Fragen in Abschnitt 2 vollständig beantwortet hat.

Sollten wir nur unvollständige Angaben erhalten, kann es zu bedauerlichen Verspätungen bei der Kostenzusage kommen, da wir uns erneut mit Ihnen bzw. Ihrem Behandler in Verbindung setzen müssen.

### Für den medizinischen Leistungserbringer

Der genannte Patient ist bei Allianz Worldwide Care Ltd versichert. Wir garantieren die Zahlung der in diesem Formular angegebenen Kosten, unter den folgenden Bedingungen:

- a) Das Krankenhaus wird die genehmigte Behandlung innerhalb von 7 Tagen beginnen (siehe Datum der Genehmigung).
- b) Sollte eine zusätzliche Behandlung erforderlich sein, wird Allianz Worldwide Care umgehend davon unterrichtet.
- c) Das Krankenhaus sendet sowohl dieses Formular als auch die entsprechenden Rechnungen innerhalb von 30 Tage nach Entlassung des Patienten an Allianz Worldwide Care.
- d) Allianz Worldwide Care wird die zugesagte Leistung innerhalb von 30 Tagen nach Erhalt des Formulars und der Rechnungen begleichen.
- e) Sollte Allianz Worldwide Care eine Rechnung später als 60 Tage nach Entlassung des Patienten erhalten, liegt eine Leistungserbringung im Ermessen von Allianz Worldwide Care.

Allianz Worldwide Care Ltd.,  
Client Services Department,  
20 D, Beckett Way,  
Park West Business Campus,  
Nangor Road,  
Dublin 12,  
Ireland.  
Fax: +353 1 630 1306  
Helpline: +353 1 630 1301  
E-mail: [client.services@allianzworldwidecare.com](mailto:client.services@allianzworldwidecare.com)  
Web Site: [www.allianzworldwidecare.com](http://www.allianzworldwidecare.com)