



Bei Rücksendung des Bogens aus dem Ausland an den BDAE in Deutschland bitte folgenden Hinweis auf dem Umschlag vermerken:
„MEDIZINISCHE DOKUMENTE OHNE HANDELSWERT“



BDAE

Mit Sicherheit ins Ausland!

AUSZAHLUNG VON VERSICHERUNGSLEISTUNGEN EXPAT FLEXIBLE

AUSZAHLUNGSBOGEN

VERSICHERTE IN DEM GELTUNGSBEREICH USA/KANADA WENDEN SICH IN ALLEN FRAGEN DER KOSTENÜBERNAHME UND LEISTUNGSABRECHNUNG GEMÄß MERKBLATT AN:

EURO CARE • PO BOX 4610 • SEMINOLE, FL 33775, USA

FON: +1-727-593-5462 • FAX: +1-727-593-5973

E-MAIL: EURO CARE@TAMPABAY.RR.COM

ALLE VERSICHERTEN AUßERHALB DES GELTUNGSBEREICHES USA/KANADA BITTEN WIR, FÜR DIE BEANTRAGUNG VON KOSTENERSTATTUNGEN DAS NACHFOLGENDE FORMULAR UND DIE AUFSTELLUNG AUF DER RÜCKSEITE AUSZUFÜLLEN. BITTE FÜLLEN SIE IM SCHADENFALL PRO PERSON JEWEILS EIN ANTRAGSFOMULAR AUS UND SENDEN SIE DIESES AN:

BDAE HOLDING GMBH • KÜHNEHÖFE 3 • D-22761 HAMBURG

| | | |
|---|--|---|
| VERSICHERUNGSBERECHTIGTE(R): | | |
| Name: | | Vorname(n): |
| Aktuelle Anschrift (Straße, PLZ, Ort, Land): | | Als Zustelladresse nutzen*: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Fon (mit Landes- u. Ortsvorwahl): | Fax (mit Landes- u. Ortsvorwahl): | E-Mail: |
| KONTOVERBINDUNG FÜR LEISTUNGSERSTATTUNG: | | |
| Kto.-Inhaber: | | |
| Bank: | Kto.-Nr.: | BLZ: |
| ZUSATZ FÜR AUSLÄNDISCHE KONTEN: | | |
| Bankanschrift: | | |
| BIC/Swift: | IBAN: | |
| ANGABEN ZU ANDERWEITIGEM AKTIVEN (NICHT RUHEND GESTELLTEN) KRANKENVERSICHERUNGSSCHUTZ: | | |
| Besteht für die versicherte Person eine weitere Krankenversicherung*? | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, bei: | Vers.-Nr.: |
| Falls Sie gesetzlich versichert sind: Besteht eine private Zusatzversicherung für stationäre Aufenthalte*? | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, bei: | Vers.-Nr.: |
| Besteht eine weitere Kranken- oder Rückholversicherung mit Auslandsschutz*? | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, bei: | Vers.-Nr.: |
| Haben Sie bei einer anderen Stelle (z.B. gesetzliche oder private Krankenversicherung, Beihilfestelle etc.) einen weiteren Erstattungsantrag gestellt*? | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, bei: | Vers.-Nr.: |
| Beginn des Auslandsaufenthaltes der versicherten Person: | Einreisedatum der versicherten Person nach Deutschland (nur bei der erstmaligen Einreichung von Rechnungen erforderlich und wenn der gewöhnliche Aufenthalt in Deutschland ist): | |

(*bitte ankreuzen)

TRAGEN SIE BITTE DIE FÜR DIE ERSTATTUNG BEANTRAGTEN LEISTUNGEN IN DIE UMSEITIGE TABELLE EIN, BZW. LASSEN DIESE VON DEM BEHANDELNDEN ARZT VERVOLLSTÄNDIGEN!

KONTAKTDATEN FÜR FRAGEN:

FON: +49-40-30 68 74-0 • FAX: +49-40-30 68 74-90

E-MAIL: LEISTUNG@BDAE.COM

