

Formular zur vorherigen Kostenzusage

Bitte lesen Sie die folgenden Hinweise sorgfältig durch, füllen Sie das Formular in
DRUCKBUCHSTABEN aus und kreuzen Sie die entsprechenden Felder an

Allianz 
Allianz Worldwide Care

Wichtige Informationen - Bitte sorgfältig lesen.

Damit wir die Behandlungskosten möglichst rasch direkt abrechnen können, beachten Sie bitte die folgenden Hinweise. Bei Fragen wenden Sie sich bitte an unsere Helpline.

Für den Versicherten / Patienten.

Um eine schnelle Bearbeitung Ihres Antrages zu gewährleisten, stellen Sie bitte sicher, dass Sie die Abschnitte 1 und 2 vollständig ausgefüllt haben. Bitte vergewissern Sie sich auch, dass Ihr Arzt alle Fragen in Abschnitt 3 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 behandelnden Arzt in Verbindung setzen müssen.

Die Versicherungspolice des Mitgliedes muss zum Zeitpunkt der Behandlung gültig sein.

Diese Kostenzusage unterliegt den zwischen dem versicherten Mitglied und Allianz Worldwide Care vereinbarten Versicherungsbedingungen sowie einer medizinischen Prüfung sämtlicher relevanter medizinischer Unterlagen, die Allianz Worldwide Care im Hinblick auf den Gesundheitszustand erhalten hat oder noch erhalten wird.

Medical Services Department, Allianz Worldwide Care, 20D Beckett Way, Park West Business Campus, Nangor Road, Dublin 12, Irland.

Helpline

Englisch: + 353 1 630 1301
Deutsch: + 353 1 630 1302
Französisch: + 353 1 630 1303
Spanisch: + 353 1 630 1304
Italienisch: + 353 1 630 1305

Gebührenfrei aus Frankreich, Belgien und der Schweiz: 00 800 66 302 302
Gebührenfrei vom Festland China: 10 800 441 0115
Gebührenfrei aus den USA: 1 866 266 2182
Gebührenfrei aus Singapur: 800 353 1018
Gebührenfrei aus Hong Kong: 800 901 705

Fax: + 353 1 630 1306
Email: client.services@allianzworldwidecare.com

Weitere Kostenzusageformulare stehen auf www.allianzworldwidecare.com zum Herunterladen zur Verfügung.

1 Versicherter.

Dieser Abschnitt ist vollständig vom versicherten Mitglied / Patienten auszufüllen.

Herr Frau Fräulein Sonstiges

Vorname

Nachname

Versicherungsnummer

Telefonnummer LÄNDERVORWAHL – VORWAHL –

Fax LÄNDERVORWAHL – VORWAHL –

Email

2 Unterschrift des Patienten und Erklärung zur Schweigepflichtentbindung.

Ich berechige hiermit meinen Arzt, Angehörige anderer Heilberufe sowie Angehörige von Krankenanstalten und Gesundheitsämtern, alle Krankenangaben und medizinische Berichte, die von Allianz Worldwide Care Ltd. oder deren ernannten Vertretern erbeten werden, bereitzustellen.

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

Unterschrift des Patienten Datum

An den medizinischen Leistungserbringer.
Bitte beachten Sie, dass dieser Patient bei Allianz Worldwide Care versichert ist. Wir garantieren (vorbehaltlich Genehmigung) die Zahlung der in diesem Formular angegebenen Kosten, unter folgenden Bedingungen:

- Falls eine zusätzliche und über die in diesem Formular angegebene Behandlung

hinausgehende Behandlung notwendig wird, muss Allianz Worldwide Care davon schnellstmöglich unterrichtet werden

- Das Krankenhaus muss dieses Kostenzusageformular und die entsprechenden Rechnungen innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung des Patienten bei Allianz Worldwide Care einreichen

- Allianz Worldwide Care wird die zugesagten Kosten innerhalb von 5 Tagen nach Erhalt dieses Formulars und der zugehörigen Rechnungen begleichen
- Sollten Rechnungen mehr als 60 Tage nach Entlassung des Patienten bei Allianz Worldwide Care eingehen, liegt eine Verpflichtung zur Leistung im Ermessen von Allianz Worldwide Care

3 Medizinisches Attest.

Bitte vollständig vom medizinischen Leistungserbringer auszufüllen.

Für stationäre Behandlung:

Geplantes Aufnahme datum

Voraussichtliche Kosten (einschliesslich Währung)

Geschätzte Dauer des stationären Aufenthaltes

Name des Krankenhauses/der medizinischen Einrichtung

Adresse

Email

Telefonnummer

Fax

Wann hat der Patient Sie erstmalig bezüglich dieser Symptome aufgesucht?

Name und Telefonnummer des überweisenden Arztes inklusive Datum der Überweisung:

Name

Telefonnummer

Überweisungsdatum

Wie lange vor diesem Datum machten sich die Erkrankung und die Symptome bei dem Patienten bemerkbar?

Datum der erstmaligen Diagnose der Erkrankung

Name des behandelnden Arztes

Art der Behandlung Stationär Ambulant Dental

Diagnose (ICD-10 oder jeder andere Code - sollte dies nicht möglich sein, bitten wir um eine ausführliche Beschreibung):

Geplante Behandlung mit medizinischer Begründung:

Bitte geben Sie eine detaillierte Prognose auf Basis der vorgeschlagenen Behandlung:

Schwangerschaft

Datum der Bestätigung der Schwangerschaft durch einen Arzt

Zu erwartendes oder konkretes Datum der Entbindung

Wird eine Einlingsschwangerschaft erwartet? Ja Nein

Wenn nein: Ist die Schwangerschaft durch eine Unfruchtbarkeitsbehandlung zustande gekommen, einschließlich Empfängnis durch künstliche Mittel mit

Ausnahme der künstlichen Befruchtung? Ja Nein

Bitte unterschreiben und stempeln Sie dieses Formular.

Unterschrift des behandelnden Arztes Datum

Allianz Worldwide Care versichert Ihnen, dass die Informationen des Patienten und Versicherten streng vertraulich behandelt werden und im Einklang mit dem Europäischen Datenschutzgesetz sowie internationalen medizinischen Vertraulichkeitsrichtlinien stehen. Sie haben das Recht, Ihre persönlichen Daten jederzeit einzusehen. Sie haben ebenfalls das Recht, Ihre persönlichen Daten zu ergänzen oder zu löschen, falls Sie der Meinung sind, diese seien unzutreffend oder veraltet.

STEMPEL DES ARZTES/DER KLINIK