

Ausfüllen dieses Formulars

- Nutzen Sie dieses Formular, um einen Anspruch für eine Zahnbehandlung geltend zu machen.
- Bitte beantworten Sie alle Fragen und unterschreiben Sie die Erklärung.
- Bitte lesbar und in Blockbuchstaben ausfüllen.
- Sollten Sie Fragen haben, erreichen Sie uns unter der Nummer +44 (0) 330 333 6686.

Was passiert als Nächstes?

Schicken Sie uns Ihr ausgefülltes Formular über eine der Optionen zu, zusammen mit allen Rechnungen oder Quittungen. Wir weisen Sie darauf hin, dass Sie alle Originalrechnungen und -quittungen 6 Monate lang aufgrund von Prüfungsanforderungen aufheben müssen, es sei denn, Sie schicken Ihren Antrag per Post zu. In dem Fall sollten Sie die Originale mitschicken und Fotokopien aufbewahren.

Online: www.alchealth.com/claims.htm

E-Mail: claims@alchealth.com

Fax: +44 (0) 330 333 6687

Post: ALC Health Claims Team Global Response Ltd
PO Box 1114 Cardiff CF11 1UL Vereinigtes Königreich

1 Angaben zum Versicherungsnehmer und zum Patienten

Angaben zum Patienten

Anrede

Herr Frau Andere

Vorname(n) des Patienten

Nachname des Patienten

Geburtsdatum (TT-MM-JJJJ)

Kunden- und Policennummer des Patienten

Kontaktnummern des Patienten

T: M:

Postadresse des Patienten

 Postleitzahl Land

E-Mail-Adresse des Patienten

Angaben zum Versicherungsnehmer

Vorname(n) des Versicherungsnehmers

Nachname des Versicherungsnehmers

2 Zahlungsangaben

Wenn Sie die Rechnungen bezahlt haben, werden wir die Summe auf Ihrem nachfolgend angegebenen Konto gutschreiben.

Haben Sie Global Response Ihre Zahlungsangaben bereits gegeben?

Nein ► Bitte füllen Sie den restlichen Abschnitt aus Ja ► Weiter zu Abschnitt 3

Kontoname

Kontonummer

Bankleitzahl

Bankname und -adresse

 Postleitzahl: Land

Zu zahlende Währung

IBAN

Swift-Code

ABA-Nummer

3 Beschreibung der Leistung

Bitte ankreuzen und rechts Details eintragen

Routineuntersuchung, einschließlich Kontrolle und Röntgenaufnahmen

Berechneter Betrag (und Währung)

Behandlungstag (TT-MM-JJJJ)

Reinigung und Politur (durch Zahnarzt oder Zahnhygieniker)

Füllungen (Amalgam oder Verbundmaterial)

Extraktionen

Entfernung von Weisheitszähnen bei Durchführung in Zahnarztpraxis

3 Beschreibung der Leistung Fortsetzung

Bitte ankreuzen und rechts Details eintragen	Berechneter Betrag (und Währung)	Behandlungstag (TT-MM-JJJJ)
<input type="checkbox"/> Neue Porzellankrone oder Porzellanplombe	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Reparatur einer Krone/Plombe	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Wurzelbehandlung	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Neue Brücke	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Reparatur einer Brücke	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Zahnartzliche Notbehandlung zur Schmerzlinderung, z. B. Behandlung eines Abszesses, Sprung oder Bruch eines Zahnneuaufbaus oder einer temporären Füllung.	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Kieferorthopädische Behandlung (Zähne bewegen oder den darunterliegenden Knochen korrigieren), wenn dies für die Mundgesundheit medizinisch notwendig ist.	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Unfallschäden an intakten, natürlichen Zähnen, die bei einem Unfall beschädigt oder verloren werden. Die Behandlung muss innerhalb von 5 Tagen nach Unfalldatum erfolgen.	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Zahnchirurgische Behandlung, die in einem Krankenhaus durch einen Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgen oder Zahnchirurgen durchgeführt wird, darunter die Entfernung von beeinträchtigten oder verdeckten Weisheitszähnen und die Extraktion von komplizierten verdeckten Wurzelkanälen.	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Apektomie, die in einem Krankenhaus durch einen Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgen oder Zahnchirurgen durchgeführt wird.	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Ist der Anspruch Folge eines Unfalls?

Ja Nein

Wenn ja, machen Sie Angaben dazu, wie, wann und wo sich der Unfall ereignet hat

War eine andere Person/ein anderes Unternehmen an dem Unfall beteiligt?

Ja Nein

Wenn ja, geben Sie den Namen des Versicherers, Kontaktdetails und die Policennummer der dritten Person an

Verfügt der Patient über eine andere Versicherung oder Police, die diese medizinischen Kosten ebenfalls decken könnte?

Ja Nein

Wenn ja, welche Art von Versicherung oder Police

Bitte geben Sie den Namen des Versicherers, Kontaktdetails und die Policennummer des Patienten an

4 Erklahrung und Einverstandniserklahrung

ALC Health hat, im Namen ihres Versicherers XL Insurance Company SE, Global Response damit beauftragt, Anträge in ihrem Namen zu bearbeiten.

Hiermit erkläre ich, dass ich die Informationen in diesem Antrag gelesen habe. Ich möchte einen Anspruch geltend machen und erkläre hiermit, dass alle Informationen, die ich Ihnen gegeben habe, meines Wissens genau und korrekt sind.

- Ich stimme zu, dass Global Response die Informationen überprüft, die in medizinischen Gutachten oder Patientenakten, die angefordert werden können, enthalten sind.
- Ich stimme zu, dass Global Response medizinische und Gesundheitsinformationen, die in diesem Formular, einer Gesundheitsakte oder medizinischen Gutachten enthalten sind, mit den Versicherern, XL Insurance Company SE und ALC Health teilt.
- Ich stimme zu, dass der behandelnde Arzt und/oder das mit der Pflege des Patienten beauftragte Krankenhaus mit Global Response medizinische oder behandlungsspezifische Angaben sowie Entlassungsregelungen besprechen.

Hiermit erkläre ich, dass ich der Patient bin ► wenn der Patient jünger als 16 Jahre alt ist, muss ein Elternteil oder ein Vormund das Kästchen markieren und unten im Namen des Patienten unterschreiben

Ich möchte alle ärztlichen Gutachten einsehen, bevor sie Ihnen zugeschickt werden

Ich stimme zu, Leistungsbescheinigungen und persönliche medizinische Informationen per E-Mail zu erhalten

Unterschrift des Patienten (von Elternteil oder Vormund zu unterzeichnen, wenn der Patient jünger als 16 Jahre ist)

Datum der Unterschrift (TT-MM-JJJJ)

Name des Patienten

5 Zahnärztliche Bescheinigung – vom Zahnarzt auszufüllen

Zahnstatus

Bitte vervollständigen Sie diese Zahntabelle oder fügen Sie Ihren bestehenden Behandlungsplan und Zahnstatus diesem Antrag bei.

Kiefer rechts oben	18	17	16	15	14	13	12	11	Kiefer links oben	21	22	23	24	25	26	27	28
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>														
Kiefer rechts unten	48	47	46	45	44	43	42	41	Kiefer links unten	31	32	33	34	35	36	37	38
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>														

Geben Sie den/die entsprechenden Code(s) von unten in die Kästchen oben ein, um zu beschreiben, an welchem Zahn, welche Behandlung vorgenommen wurde.

Unfallschaden	AD	Reparatur einer Krone/Plombe	RC
Apektomie	AP	Reparatur einer Brücke	RB
Neue Brücke	B	Wurzelbehandlung	RCT
Neuer Zahnersatz	D	Operation	S
Extraktionen	E	Extraktion Weisheitszahn	EX
Füllungen (Amalgam/Verbundstoff)	F	Andere, einschließlich zahnärztlicher Notbehandlung, Behandlung eines Abszesses, Sprung oder Bruch eines Zahnneuaufbaus, einer temporären Füllung oder Röntgen.	O
Neue Porzellankrone oder Porzellanplombe	NC	(Unten bitte Details angeben)	

Untersuchungen und Behandlung

Untersuchungsdatum (TT-MM-JJJJ)

Datum der Routineuntersuchung, falls zutreffend (TT-MM-JJJJ)

Datum der Reinigung, falls zutreffend (TT-MM-JJJJ)

Benötigt der Patient weitere Behandlungen?

Nein

Ja ► wann ist der geplante Termin? (TT-MM-JJJJ)

Vollständige Angaben zu der Erkrankung, die eine Behandlung/Operation notwendig macht

Datum der ersten Diagnose dieser Erkrankung

Vollständige Angaben zu der geplanten Behandlung/Operation

Falls der Patient an einen Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgen überwiesen wurde, geben Sie dessen Angaben bitte nachfolgend ein.

Vollständiger Name

Adresse

Postleitzahl

Land

Qualifikationen

Telefonnummer

Faxnummer

Unterschrift

Datum (TT-MM-JJJJ)

Offizieller Stempel

6 Wichtige Informationen

Bitte lesen Sie diese Informationen aufmerksam durch und verwahren Sie sie in Ihren Unterlagen auf

Gesetz von 1988 über die Einsicht in medizinische Gutachten:

Sie müssen diese Rechte verstehen, bevor Sie Ihr Einverständnis geben, dass wir ein Gutachten von Ihrem Arzt beantragen.

Diese Rechte beziehen sich nicht auf Ärzte, die nicht für Ihre Behandlung verantwortlich sind. Wenn wir um Informationen aus Ihren Krankenakten, wie eine Kopie Ihrer Patientenakte, ersuchen, gilt zudem nur der erste Punkt.

- Sie können Ihre Zustimmung verweigern, aber in dem Fall können wir Ihren Antrag unter Umständen nicht bearbeiten.
- Sollten wir ein Gutachten benötigen, werden wir Sie schriftlich über das Datum der Anfrage informieren.
- Sie können im Kästchen Abschnitt 4 Erklärung und Einverständniserklärung in diesem Formular angeben, ob Sie das Gutachten Ihres Arztes einsehen möchten, bevor es uns zugeschickt wird. Nach dem Datum unserer Anfrage haben Sie dafür 21 Tage Zeit und es unterliegt Ihrer Pflicht, den Arzt zu kontaktieren. Wenn Sie Ihre Meinung ändern, bevor uns das Gutachten zugeschickt wird, können Sie den Arzt kontaktieren, um es einzusehen. Sie haben dafür 21 Tage Zeit.
- Sollten Sie den Informationen in dem Gutachten nicht zustimmen, können Sie den Arzt kontaktieren, damit er Änderungen vornimmt. Sollte der Arzt Ihnen nicht zustimmen, wird er Sie darum bitten, eine Stellungnahme zu verfassen, die dem uns zugesandten Gutachten beigelegt wird.
- Sie können den Arzt innerhalb von sechs Monaten, nachdem er uns das Gutachten geschickt hat, bitten, es einzusehen.
- Ihr Arzt könnte für eine Kopie des Gutachtens eine Gebühr verlangen. Diese Gebühr wird nicht von Ihrem Plan/Ihrer Police getragen.
- Ihr Arzt kann entscheiden, Ihnen Teile des Gutachtens nicht zu zeigen, wenn er denkt, dass dies Ihre körperliche oder mentale Gesundheit beeinträchtigen könnte.
- Sollte das Gutachten Informationen über einen Dritten enthalten, wird der Arzt Ihnen diesen Teil des Gutachtens nicht zeigen.
- Sollte der Arzt nicht wünschen, dass Sie Teile des Gutachtens einsehen, wird er es Ihnen schriftlich mitteilen. Sie können aber trotzdem andere Teile des Gutachtens einsehen.

Datenschutzgesetz 1998:

Informationen über Gesundheit, Krankengeschichte und alle Behandlungen, die Sie erhalten, sind vertrauliche persönliche Informationen.

- Wir brauchen Ihr Einverständnis, um Ihre vertraulichen persönlichen Informationen zu verarbeiten
- Sie haben das Recht dazu, die Informationen, die wir über Sie haben, zu erhalten. Wir können für die Bereitstellung eine geringe Gebühr erheben.
- Sie können uns schriftlich um eine Kopie aller persönlichen Informationen bitten, die in einem unabhängigen Gutachten, das wir erfragt haben, enthalten sind.
- Wenn Sie eine Kopie des medizinischen Gutachtens, das Ihr Hausarzt uns geschickt hat, haben möchten, müssen Sie ihn direkt kontaktieren.
- Ihre Ansprüche können vertraulich in unserem Namen außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums bearbeitet werden.
- Wir schicken jede Korrespondenz zu Leistungsansprüchen an den Versicherungsnehmer, es sei denn, Sie erteilen uns anderweitige Anweisungen.

Prüfung und die Verhütung und Aufdeckung von Straftaten.

Wir können die Gutachten der Ärzte und Krankenhäuser prüfen, um:

- Sicherzustellen, dass ihre Dienste korrekt berechnet wurden;
- Straftaten, vor allem Betrug, zu verhüten und aufzudecken oder
- Die Leistung der Spezialisten zu überprüfen.

Prüfungen können Teil eines Programms sein oder als Reaktion auf besondere Umstände durchgeführt werden und können die Prüfung der Krankenakten des Kunden, die von der geprüften Person oder Organisation geführt werden, beinhalten.

Möglicherweise müssen wir Informationen, die wir erhalten, mit Dritten teilen. Dazu gehören medizinische Fachleute, andere Versicherer, der NHS Counter Fraud Security Management Service und der General Medical Council. Wir sind gesetzlich verpflichtet, unter bestimmten Bedingungen Informationen an Strafverfolgungsbehörden weiterzugeben, wenn Verdacht auf Versicherungsbruch und andere Straftaten besteht.

Dazu kann das Hinzufügen von nichtmedizinischen Informationen in unsere Datenbank gehören, die von anderen Versicherern und Strafverfolgungsbehörden eingesehen wird. Wir sind dazu verpflichtet, den General Medical Council oder eine andere verantwortliche Regulierungsstelle zu benachrichtigen, wenn wir Grund zu der Annahme haben, dass die Behandlungsfähigkeit eines Arztes beeinträchtigt sein könnte.

Dieses Dokument wurde aus dem Englischen übersetzt. Im Streitfall nimmt die englisch Version Vorrang ein. Obwohl keine Mühe gescheut wurde, die Genauigkeit der Übersetzung zu sichern, kann ALC Health für etwaige Fehler oder Auslassungen oder Fehlinterpretationen in der Übersetzung nicht haftbar gemacht werden.

XL Insurance company SE is a European public limited liability company and is regulated by the Central Bank of Ireland. Registered office: 8 St Stephen's Green, Dublin 2 D02 VK30, Ireland. Registered in Ireland Number 641686

Global Response Ltd. Registered office: 254 Upper Shoreham Road, Shoreham-By-Sea, West Sussex BN43 6BF. Registriert in England and Wales. Registriert Nr.05830667.

ALC Health ist ein Handelsstil von à la carte healthcare ltd. Registriert in England Nr. 4163178. Eingetragener Sitz: Chanctonfold Barn, Chanctonfold, Horsham Road, Steyning, West Sussex BN44 3AA. à la carte healthcare limited ist durch die Financial Conduct Authority (FCA) zugelassen und beaufsichtigt.