

**Mit diesem Formular können wir:**

- 1 Ihren Leistungsanspruch überprüfen und einen ärztlichen Untersuchungsbericht beantragen oder Ihre Behandlung mit Ihrem Arzt oder Krankenhaus besprechen, falls weitere Informationen bezüglich Ihres Anspruchs benötigt werden sollten; und
2. Kontrollen oder Überprüfungen ausführen, damit sichergestellt wird, dass alle übermittelten Informationen stimmen.

Bitte füllen Sie das Formular in Blockschrift aus.

## Patientendaten (Vom Patienten auszufüllen)

Versicherungsschein/Kundennummer

Adresse

Vorname

Telefonnummer

Nachname

Email Adresse

Geburtsdatum

t	t	m	m	j	j	j	j
---	---	---	---	---	---	---	---

## 1 Zahlungsdetails (Vom Patienten auszufüllen)

Akzeptierte Krankenhaus- bzw. Arztrechnungen werden generell direkt beglichen. Falls Sie die Rechnungen selbst bezahlt haben, benötigen wir zur direkten Rückerstattung an Sie die nachfolgend einzutragenden Quittungen und Bankdaten.

1.1 In welcher Währung soll Ihr Anspruch ausbezahlt werden

1.5 Bankleitzahl (BLZ)

1.2 Kontonummer

1.6 IBAN\*

1.3 Name der Bank und Adresse

1.7 Swift code\*

1.4 Land

1.8 Kontoinhaber

1.9 ABA Nummer

\*Anmerkung: Die IBAN und Swift Codes werden für Zahlungen in Euros benötigt

## 2 Zusätzliche Informationen (Vom Versicherungsnehmer auszufüllen)

2.1 Angaben zum Krankenhaus

Beanspruchen Sie Barleistungen Ja  Nein   
für eine stationäre  
Gratisbehandlung?

Wenn ja, geben Sie bitte das Einweisungs- und Entlassungsdatum an und fügen Sie eine Bestätigung des Krankenhauses über die Internierungsdaten bei.

Einweisungsdatum

t	t	m	m	j	j	j	j
---	---	---	---	---	---	---	---

Entlassungsdatum

t	t	m	m	j	j	j	j
---	---	---	---	---	---	---	---

2.2 Fremdverschulden

Geht die Behandlung auf eine Unfallverletzung zurück? Ja  Nein

2.3 Wenn ja, besteht Verschulden durch eine dritte Person, gegen die Sie Ansprüche geltend machen wollen?

Ja  Nein

2.4 Verfügen Sie über eine andere Versicherung, die Ihre Kosten ebenfalls decken könnte, z.B. eine Reisekrankenversicherung?

Ja  Nein

### 3 Erklärung und Zustimmung (Vom Versicherungsnehmer auszufüllen)

AXA PPP International ist der Versicherer und Anspruchsverwalter dieses Versicherungsscheins.

Ich bestätige, die Information in diesem Formular gelesen zu haben. Ich möchte einen Leistungsanspruch anmelden und erkläre, dass alle von mir gelieferten Informationen nach bestem Wissen und Gewissen wahr und korrekt sind.

- Ich willige ein, dass AXA PPP International die in das Formular eingegebenen Informationen überprüft.
- Ich willige ein, dass AXA PPP International erforderlichenfalls medizinische Informationen vom Arzt und/oder Krankenhaus des Patienten anfordert.
- Ich willige ein, dass der Arzt und/oder das Krankenhaus AXA PPP International auf Verlangen Zugriff auf Kopien von Krankenberichten gestattet. Somit kann AXA PPP International:
  - a en Antrag/Anspruch auf Leistung bearbeiten;
  - b Prüfungen und andere Nachforschungen vornehmen; und
  - c medizinische Informationen verarbeiten und an Dritte weiterleiten, soweit eine gesetzliche Notwendigkeit besteht.
- Ich willige ein, dass AXA PPP International die Informationen in jedem angeforderten ärztlichen Untersuchungsbericht überprüft.
- Ich willige ein, dass der behandelnde Arzt und/oder das betreffende Krankenhaus alle medizinischen oder therapeutischen Details und Entlassungsanordnungen mit AXA PPP International überprüfen darf.

Ich stimme zu, dass AXA PPP International jede weitere Korrespondenz bezüglich dieses Anspruchs an den Versicherungsnehmer weiterleitet, es sei denn, ich willige nicht ein.

Checkliste (Kreuzen Sie die zutreffenden Felder in diesem Abschnitt an)

- 1 Patientendaten ausgefüllt
- 2 Zahlungsdetails ausgefüllt (Abschnitt 1)
- 3 Zusätzliche Angaben (Abschnitt 2)
- 4 Erklärung und Zustimmung ausgefüllt (Abschnitt 3.1-3.4)
- 5 Das Formular ist unterschrieben und datiert (Abschnitt 3.5-3.6)
- 6 Medizinische Angaben vollständig angegeben (Abschnitt 4)

3.1 Ich erkläre, dass ich der Patient bin Ja  Nein

3.2 Ist der Patient unter 16 Jahren? Ja  Nein

3.3 Wenn ja, erkläre ich, dass ich der/die Vater/Mutter bzw. der Erziehungsberechtigte des Patienten bin. Ja  Nein

3.4 Ich möchte in jeden Bericht des Arztes Einsicht haben, bevor er Ihnen zugesandt wird. Ja  Nein

3.5 Unterschrift\*

Datum

t	t	m	m	j	j	j	j
---	---	---	---	---	---	---	---

3.6 Vollständige Namen des Patienten

(\*Vom Patienten bzw. von einem Erziehungsberechtigten/Vormund, zu unterschreiben wenn der Patient unter 16 ist.)

## Patientendaten (Vom Patienten auszufüllen)

Versicherungsschein/Kundennummer

Name des Patienten

Erstattungsnummer

Geburtsdatum des Patienten

t	t	m	m	j	j	j	j
---	---	---	---	---	---	---	---

## 4 Medizinische Informationen (Vom Arzt des Patienten auszufüllen)

4.1 Beschwerden, infolge derer eine Beratung/Behandlung erforderlich wird

  
  
  
  

4.2 Falls Erstattung wegen Schwangerschaft

Ist die Schwangerschaft das Ja  Nein   
Ergebnis einer natürlichen Empfängnis?

Ist es die erste Schwangerschaft Ja  Nein   
der Patientin?

Hatte die Patientin Komplikationen Ja  Nein   
bei früheren Schwangerschaften?

4.3 Wie lange dauerten die Symptome der Patientin an, bevor sie  
einen Arzt aufsuchte?

4.4 Datum des ersten Arztbesuchs?

t	t	m	m	j	j	j	j
---	---	---	---	---	---	---	---

4.5 Geben Sie bitte die komplette Details der Krankheitsgeschichte, die zur Behandlung führte, an, und zwar einschließlich aller Details  
über etwaige frühere und laufende Untersuchungen/Behandlungen/Verabreichung von Medikamenten samt aller relevanten  
Zeitangaben.

  
  
  
  

4.6 Bitte bestätigen Sie, dass die Patientin eine ärztliche Behandlung oder Beratung ersucht hat, oder ob ihr über einen zweijährigen  
Zeitraum vor Beginn der derzeitigen Beschwerden Medikamente verabreicht wurden oder ob eine bestimmte Diät befolgt hatte.

Ja  Nein  Wenn ja, geben Sie bitte alle Details weiter unten an.

## 4 Medizinische Informationen (Vom Arzt des Patienten auszufüllen)

4.7 Bitte geben Sie etwaige weitere Anamnesen an, die für den Zustand, für den der Leistungsanspruch erhoben wird, relevant wären.


4.8 Zukünftiger Behandlungsplan, einschließlich der vorgesehenen Länge und mögliche Zeitpunkte der Behandlungen.


Ich bin der behandelnde Arzt des Patienten und bestätige, dass die von mir gelieferte Informationen nach meinem besten Wissen korrekt sind. Es ist mir bewusst, dass die Richtigkeit der gelieferten Informationen den Leistungsanspruch meines Patienten auf eine private Behandlung beeinträchtigen könnte.

Unterschrift des Arztes

--

Datum

t		t		m		m		j		j		j
---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	---

Stempel des Arztes

--

Name in Druckbuchstaben

--

Telefonnummer

--

Fax

--

Email

--

Für alle Fragen zu diesem Formular setzen Sie sich bitte mit uns unter Rufnummer +44 (0) 1892 504234 Fax +44 (0) 1892 508256 in Verbindung oder schicken Sie uns Ihre Frage bzw. uploaden Sie Ihren Vordruck auf der Webseite [www.alchealth.com/claims.htm](http://www.alchealth.com/claims.htm).

Sie können ihn auch an die folgende Adresse schicken:

AXA Health Claims  
AXA PPP International  
PO Box 428  
Tunbridge Wells  
TN2 9ND  
Großbritannien

## 5 Wichtige Informationen

Bitte lesen Sie diese Seite aufmerksam durch und behalten Sie sie für Ihre Unterlagen (bitte nicht einsenden).

### Gesetz von 1988 über die Einsichtnahme in medizinische Gutachten:

Sie müssen diese Rechte verstehen, bevor Sie zustimmen, dass wir ein Attest von Ihrem behandelnden Arzt anfordern. Diese Rechte beziehen sich nicht auf Atteste von Ärzten, die nicht für Ihre Behandlung verantwortlich sind. Der erste Punkt trifft auch nur dann zu, wenn wir Informationen aus Ihren Krankenakten, wie z.B. eine Kopie Ihrer ärztlichen Aufzeichnungen verlangen.

- Sie können Ihre Zustimmung verweigern, jedoch könnte dies dazu führen, dass wir Ihren Versicherungsanspruch nicht regulieren können.
- Wenn wir einen Untersuchungsbericht benötigen, werden wir Ihnen den Zeitpunkt nennen, an dem dieser angefordert wurde.
- Sie können in der Box in Sektion 3 Erklärung und Einwilligung 3.4 dieses Formulars angeben, ob sie in alle Berichte Ihres Arztes einsehen wollen, bevor sie uns zugeschickt werden. Sie haben dazu 21 Tage ab dem Tag unserer Anfrage Zeit, dies zu tun und es bleibt Ihnen überlassen, Ihren Arzt zu kontaktieren. Wenn Sie Ihre Meinung ändern bevor der Bericht an uns gesandt wurde, können Sie Ihren Arzt beauftragen, ihn einzusehen. Sie haben 21 Tage ab dem Tag unserer Anfrage, die zu veranlassen.
- Wenn Sie mit den Angaben in dem Untersuchungsbericht nicht einverstanden sind, können Sie den Arzt ersuchen, diese zu ändern. Wenn der Arzt nicht zustimmt, wird er sie dazu auffordern, eine Erklärung zu schreiben, die an den Bericht an uns angehängt wird.
- Sie können jederzeit, innerhalb von 6 Monaten nach Übergabe des Berichts an uns den Arzt um Einsicht in den Bericht bitten.
- Ihr Arzt kann Sie für eine Kopie des Berichts belasten. Diese Kosten werden nicht durch die/den Krankenversicherung/Versicherungsschein abgedeckt.
- Der Arzt ist nicht verpflichtet, Ihnen alle Teile des Berichts zu zeigen, wenn er der Meinung ist, dass Ihnen physischer oder mentaler Schaden entstehen könnte.
- Wenn der Bericht Informationen über eine andere Person enthält, wird der Arzt jenen Teil des Berichts nicht zugängig machen.
- Wenn der Arzt nicht will, dass Sie Teile des Berichtes sehen, wird er Ihnen dies schriftlich mitteilen. Sie können aber trotzdem noch in die anderen Teile des Berichtes einsehen.

### Datenschutzgesetz von 1998:

Informationen über Ihre Gesundheit, Krankengeschichten und etwaige Behandlungen gelten als sensible personenbezogene Informationen.

- Wir brauchen Ihre Einwilligung, um Ihre sensiblen persönlichen Daten verarbeiten zu können.
- Sie sind berechtigt, über alle Daten, die wir über Sie führen informiert zu werden. Wir werden Sie eventuell mit einer geringen Gebühr dafür belasten.
- Sie können uns anschreiben, um eine Kopie aller persönlicher Informationen zu erhalten, die in einem unabhängigen Bericht, den wir angefordert haben, enthalten waren.
- Wenn Sie eine Kopie eines medizinischen Berichts haben möchten, den Ihr Arzt uns geschickt hat, müssen Sie ihn direkt kontaktieren.
- Ihre Versicherungsansprüche könnten außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums in unserem Auftrag vertraulich bearbeitet werden.
- Wir werden alle Korrespondenz bezüglich Ansprüche dem Versicherungsnehmer zuschicken, es sei denn, Sie sind damit nicht einverstanden.

### Überprüfung, Vorbeugung und Entdeckung von Verbrechen.

Wir können die Berichte der Ärzte und Krankenhäuser überprüfen um:

- sicherzustellen, dass uns Ihre Dienste korrekt abgerechnet wurden;
- Verbrechen vorzubeugen und aufzudecken, vor allem Betrug; oder
- die Leistung von Experten zu begutachten.

Überprüfungen können Teil eines Programms sein oder eine Maßnahme gegen einen bestimmten Sachverhalt. Sie können die Auswertung der, von der überprüften Person oder Organisation angefertigten Krankenakten umfassen.

Unter Umständen müssen wir Daten, die wir erhalten, mit Dritten teilen. Dies schließt Fachärzte, andere Versicherer, das NHS Counter Fraud Security Management Service und das General Medical Council ein. Wir sind gesetzlich dazu aufgefordert, unter gewissen Umständen Daten den Strafverfolgungsbehörden zu liefern, wenn der Verdacht auf betrügerische Leistungsansprüche oder andere Verbrechen besteht.

Es kann eine Speicherung von nicht-medizinischen Daten in einer Datenbank erfolgen, in welche andere Versicherer und Strafverfolgungsbehörden Einsicht haben. Wir sind gezwungen, dem General Medical Council oder anderen zuständigen Aufsichtsbehörden den Zwischenfall zu melden, bei dem wir den Verdacht haben, dass die korrekte Berufsausübung eines medizinischen Dienstleisters gestört sein könnte.

# www.alchealth.com

#### GESCHÄFTSSITZ

Chanctonfold Barn Chanctonfold Horsham Road  
Steyning West Sussex BN44 3AA Großbritannien  
T +44 (0) 1903 817970 F +44 (0) 1903 879719  
www.alctravel.eu www.prima-iberica.eu

#### EUROPÄISCHES BÜRO

Centro Plaza Oficina 10  
Planta 1 Nueva Andalucía  
29660 Marbella Málaga Spanien  
T +34 952 93 16 09  
F +34 952 90 67 30 CIF N0069627H

#### MALTA BÜRO

210/2 Triq Manwel Dimech  
Sliema SLM 1050  
Malta  
T +356 999 91038

