Antrag auf kostenerstattung

MediCare INTERNATIONAL

Bitte ausfüllen und senden an:
MediCare International
The Matrix, 9 Aldgate High Street
London EC3N 1AH, England
Telefon: +44 (0)20 7204 3700
Fax: +44 (0)20 7204 3746
E-mail: medicare@medicare.co.uk
Website: www.medicare.co.uk

Erstattungsantrag

BITTE IN BLOCKSCHRIFT AUSFÜLLEN UND ZUTREFFENDES ANKREUZEN. UNVOLLSTÄNDIGES AUSFÜLLEN DIESES FORMULARS VERZÖGERT DIE BEARBEITUNG IHRES ANTRAGS. BITTE LESEN SIE DIE VORGEHENSWEISE BEI DER INANSPRUCHNAHME VON VERSICHERUNGSLEISTUNGEN, BEVOR SIE EINEN ERSTATTUNGSANTRAG STELLEN.

Einreichung eines Anspruchs

Ein Anspruch ist innerhalb von 90 Tagen nach der ersten Konsultation schriftlich zu melden, selbst wenn die Originalrechnungen noch nicht verfügbar sind. Um uns bei der raschen Bearbeitung Ihres Antrags zu unterstützen, achten Sie bitte auf Folgendes:

1. Füllen Sie für jede Krankheit/jeden Unfall/jede Zahnbehandlung/jede Mutterschaft oder jede Vorsorgeleistung und jede versicherte Person ein gesondertes Antragsformular aus.
2. Achten Sie darauf, dass der Arzt bzw. Zahnarzt, der Sie behandelt, die Rückseite vollständig ausfüllt.
3. Es sind ALLE Fragen vollständig zu beantworten (Unterführungszeichen oder Gedankenstriche sind unzulässig).
4. JEDEM Antrag auf Erstattung einer routinemäßigen Zahnbehandlung ist eine Bestätigung der Durchführung von regelmäßigen Kontrolluntersuchungen alle sechs Monate beizulegen.
5. Der Berechnung des Anspruchs liegt der Devisenkurs zum Zeitpunkt des Entscheids zugrunde.
6. Es sind Originalrechnungen für erhaltene Behandlungen einzureichen.
7. **Wichtig: Alle Ansprüche aus stationärer Aufnahme und alle anderen Ansprüche, die von Anfang an möglicherweise £2.500 übersteigen, müssen vorab durch CEGA autorisiert werden. Bei Nichtbeachtung dieser Vorschrift trägt der/die Versicherte £1.000 der Behandlungskosten.**

Abschnitt A – Personalien des Patienten

AUSZUFÜLLEN VON DEM/DER VERSICHERTEN ODER SEINEM/IHREM RECHTSVERTRETER

1. Vollständiger Name:
   Anrede: ☐ Herr ☐ Frau ☐ Andere
   Familienname:
   Vornamen:
2. Geburtsdatum:
3. Policennummer:
4. Geschlecht: ☐ Männlich ☐ Weiblich
5. Vollständige Postanschrift des Antragstellers:
   Postleitzahl:
   Wohnsitzland:
   Telefon:
   Fax:
   E-Mail:

Abschnitt B – Informationen über beantragte Erstattung

AUSZUFÜLLEN VON DEM/DER VERSICHERTEN ODER SEINEM/IHREM RECHTSVERTRETER

6. Geben Sie die Art der Erkrankung und das Datum des erstmaligen Auftretens der Symptome an:
7. Haben Sie bereits vor diesem Ereignis eine Behandlung (einschließlich rezeptpflichtiger Arzneimittel) für diese Erkrankung oder einen damit zusammenhängenden Zustand erhalten? Bitte nennen Sie Zeitpunkt und Einzelheiten zu der vorigen Behandlung:
8. Wie lange waren diese Symptome bei Ihnen vorhanden, bevor Sie einen Arzt aufgesucht haben?
9. Wenn es sich bei der Krankheit um die Folge eines Unfalls handelt, nennen Sie bitte das Unfalldatum und geben Sie eine kurze Erläuterung der Umstände und entstandenen Verletzungen:
10. Verfügen Sie über eine weitere Versicherung, in deren Rahmen Sie Anspruch auf gesundheitsbezogene Versicherungsleistungen haben?

11. Datum der Behandlung	Nennen Sie die Ausgaben, für die Sie eine Kostenerstattung beantragen (Originalrechnungen/-quittungen erforderlich)	Nennen Sie die Währung und den bezahlten Betrag	Geben Sie ausführlich an, an wen die Zahlung erfolgen soll	Währung der Zahlung

Abschnitt B Forts. umseitig

Bitte beachten Sie, dass MediCare durch Ihre Versicherung autorisiert ist, Erstattungsanträge vorbehaltlich bestimmter Einschränkungen in deren Auftrag abzuwickeln. Wenn wir bei diesem Antrag nicht als Bevollmächtige sowohl für Sie als auch für die Versicherung auftreten sollen, teilen Sie uns dies bitte umgehend mit, und wir werden dafür sorgen, dass die Abwicklung Ihres Antrags durch die Versicherung selbst geregelt wird.

DATENSCHUTZ: Die von Ihnen zur Verfügung gestellten Informationen werden Teil der bei MediCare International gespeicherten Personendaten und werden zur Bereitstellung und Verwaltung von Versicherungsprodukten und -dienstleistungen verwendet. MediCare International leitet Ihre persönlichen Daten u.U. an Versicherungsgesellschaften und deren Vertreter zur Risikoeinschätzung, Abwicklung von Ansprüchen und zum Zwecke der Prävention von Versicherungsbetrug weiter. Darüber hinaus werden u.U. Informationen von Versicherungsgesellschaften eingeholt, um die von Ihnen gegebenen Antworten zu überprüfen. Umfassende Einzelheiten der Handhabung persönlicher Daten bei MediCare International erscheinen in dem Register des Information Commissioner.

12. Werden weitere Rechnungen/Quittungen eingereicht? Wenn ja, erläutern Sie ausführlich:

13. Handelt es sich hierbei um die Fortsetzung einer früheren oder derzeitigen Behandlung, für die Sie bereits im Rahmen dieser Versicherung eine Erstattung beantragt haben? Wenn ja, erläutern Sie die Einzelheiten und nennen Sie die Nummer des

14. Bitte nennen Sie den Namen und die Anschrift Ihres Hausarztes:

15. Bitte nennen Sie Einzelheiten oder andere Ärzte und/oder Chirurgen, die Sie aufgrund dieser oder ähnlicher Konditionen behandelt haben:

16. Ich stimme (1) der Freigabe aller medizinischen Daten, die zur Bearbeitung dieses Antrags benötigt werden, sowie (2) der Bearbeitung aller medizinischen Daten oder anderer persönlicher Daten, die ich oder mein Arzt/Zahnarzt zur Verfügung stellen, und der Offenlegung solcher Informationen gegenüber Antragsprüfern über die Sachbearbeiter von Anträgen und gegebenenfalls gegenüber Schadensregulierern für den Zweck dieses Antrags zu. Ich erkläre hiermit, dass ich in den zwei Jahren vor dem Inkrafttreten meiner Deckung im Rahmen dieser Versicherung für die Krankheit/Verletzung, für welche dieser Erstattungsantrag gilt, keine medizinische Beratung oder Behandlung erhalten oder Symptome erfahren habe. (Dies gilt nicht für den Fall, dass Sie im Rahmen eines Gruppenplans versichert sind, bei dem der Vertragsausschluss bereits bestehender Konditionen nicht vorhanden ist.) Die obigen Angaben sind nach bestem Wissen zutreffend.

Unterschrift des/der Versicherten oder seines/ihres

Datum:

DER/DIE FOLGENDE(N) ABSCHNITT(E) IST/SIND VOM BEHANDELNDEN ARZT/ZAHNARZT AUSZUFÜLLEN.

Abschnitt C – Informationen zum Krankheitsbild

VOM BEHANDELNDEN ARZT AUSZUFÜLLEN

17. Bitte nennen Sie das Datum, an dem der Patient bei Ihnen aufgrund dieser oder einer ähnlichen oder verwandten Kondition erstmals vorstellig wurde:

18. Wann traten die Symptome erstmals auf?

19. Bitte nennen Sie Namen und Anschrift des überweisenden Arztes:

Postleitzahl:

Telefon:

Fax:

E-Mail:

20. Bitte geben Sie Ihre Diagnose der Krankheit/Verletzung:

21. Ist die Kondition wahrscheinlich als erblich bedingt bzw. als Geburtsfehler anzusehen? Wenn ja, erläutern Sie

22. Bitte geben Sie an, zu welchen Zeitpunkten etwaige vorige Behandlungen oder Untersuchungen dieser oder einer verwandten oder ähnlichen Kondition erfolgt sind:

23. Wenn sich die gesamte oder Teile der Behandlung auf eine freiwillige kosmetische Operation bezogen haben, nennen Sie bitte den Anteil der dabei angefallenen Kosten:

24. Haben Sie Grund zu der Annahme, dass bereits zuvor eine Behandlung dieser oder einer ähnlichen Kondition erfolgt ist? Wenn ja, erläutern Sie ausführlich:

25. Bei Ansprüchen bezüglich einer Schwangerschaft nennen Sie bitte das voraussichtliche Datum der Entbindung und das Datum, an dem die Patientin Sie erstmals aufgrund dieser Schwangerschaft aufgesucht hat:

Unterschrift des behandelnden Arztes:

Bitte nennen Sie Ihre Qualifikationen

Abschnitt D – Informationen über routinemäßige zahnärztliche Behandlungen

VOM BEHANDELNDEN ZAHNARZT AUSZUFÜLLEN

a. Hat der Patient in den letzten 6 Monaten eine routinemäßige Kontrolluntersuchung durchführen lassen und wurden alle erforderlichen Behandlungen abgeschlossen?

b. Betreibt der Patient Ihrer Ansicht nach eine angemessene Mundpflege?

c. Bitte nennen Sie die zahnärztliche Begründung dieses Antrags.

d. Bitte geben Sie Ihren Namen und Ihre Anschrift in Blockschrift an:

Postleitzahl:

Telefon:

Fax:

E-mail:

Unterschrift des behandelnden Zahnarztes:

Bitte nennen Sie Ihre Qualifikationen