

# AUSZAHLUNGSBOGEN

## zur Erstattung Ihrer Arzt- und Krankenhausrechnungen



Bei der postalischen Einreichung von medizinischen Dokumenten aus dem Ausland vermerken Sie auf dem Umschlag bitte immer unsere EORI-Nummer DE295600038415981

Für die Beantragung von Kostenerstattungen füllen Sie bitte das nachfolgende Formular aus.

Bitte füllen Sie im Schadensfall pro versicherter Person jeweils ein Auszahlungsbogen aus und senden uns diesen auf einem der folgenden Wege:

### Per Post

BDAE Holding GmbH  
Kühnehöfe 3  
22761 Hamburg



### Digital per Webupload

[webupload.bdae.com](http://webupload.bdae.com)



### Digital per Service Portal

[www.bdae.com/service-portal](http://www.bdae.com/service-portal)



## Angaben zur versicherten Person

|                           |  |        |                              |  |
|---------------------------|--|--------|------------------------------|--|
| Nachname                  |  |        | Geburtsdatum<br>(TT.MM.JJJJ) |  |
| Vorname(n)                |  |        |                              |  |
| Vollständige<br>Anschrift |  | Tel.   |                              |  |
|                           |  | Fax    |                              |  |
|                           |  | E-Mail |                              |  |

## Kontoverbindung für Leistungserstattung

|               |  |     |  |  |
|---------------|--|-----|--|--|
| Kontoinhaber  |  |     |  |  |
| IBAN          |  |     |  |  |
| BIC/SWIFT     |  |     |  |  |
| Konto-Nr.     |  | BLZ |  |  |
| Bank          |  |     |  |  |
| Bankanschrift |  |     |  |  |

Ort, Datum

Unterschrift (der versicherten Person bzw. des gesetzlichen Vertreters)

## Angaben über zusätzlichen aktiven (nicht ruhend bzw. auf Anwartschaft gestellten) Krankenversicherungsschutz

|   |                               |  |                       |  |
|---|-------------------------------|--|-----------------------|--|
| Besteht für die versicherte Person eine weitere Krankenversicherung?  | <input type="checkbox"/> ja   | Falls ja, machen Sie bitte folgende Angaben: | Name der Versicherung |  |
|   | <input type="checkbox"/> nein |  | Versicherungsnummer   |  |
| Falls Sie gesetzlich versichert sind: Besteht eine private Zusatzversicherung für stationäre Aufenthalte?   | <input type="checkbox"/> ja   | Falls ja, machen Sie bitte folgende Angaben: | Name der Versicherung |  |
|   | <input type="checkbox"/> nein |  | Versicherungsnummer   |  |
| Besteht eine weitere Kranken- oder Rückholversicherung mit Auslandsschutz?  | <input type="checkbox"/> ja   | Falls ja, machen Sie bitte folgende Angaben: | Name der Versicherung |  |
|   | <input type="checkbox"/> nein |  | Versicherungsnummer   |  |
| Haben Sie bei einer anderen Stelle (z. B. gesetzliche oder private Krankenversicherung, Beihilfestelle etc.) einen weiteren Erstattungsantrag gestellt? | <input type="checkbox"/> ja   | Falls ja, machen Sie bitte folgende Angaben: | Name der Versicherung |  |
|   | <input type="checkbox"/> nein |  | Versicherungsnummer   |  |
| Beginn des Auslandsaufenthaltes der versicherten Person: (TT.MM.JJJJ)   |                               |  |                       |  |

## Zur schnellen und reibungslosen Leistungsabwicklung halten Sie bitte die folgenden Richtlinien ein!

### Folgende Infos müssen die Belege der Behandler enthalten:

1. Name und Geburtsdatum der behandelten Person
2. Die Krankheitsbezeichnung (Diagnose)
3. Die Angaben der einzelnen Leistungen mit den jeweiligen Kosten
4. Die Behandlungsdaten
5. Name und Anschrift des Behandlers

Alle Belege in deutscher und englischer Sprache können Sie uns einfach zuschicken. Für Belege in anderen Sprachen fügen Sie bitte eine entsprechende Übersetzung bei.

### Arzneimittelrechnungen

Das Rezept muss durch den Stempel der Apotheke mit Datumsangabe quittiert sein. Legen Sie bitte die dazugehörige Rechnung des behandelnden Arztes bei. Wenn das nicht möglich ist, lassen Sie die Diagnose vom Arzt auf dem Rezept vermerken. Wird eine separate Rechnung für Medikamente von der Apotheke ausgestellt, fügen Sie bitte die Verordnung der Rechnung bei.

Nicht als Arzneimittel gelten grundsätzlich Geheimmittel (Mittel, deren Zusammensetzung nicht bekannt gegeben wird), Nahrungsmittel, Stärkungsmittel, nicht rezeptpflichtige

Entfettungs- und Abfuhrmittel, kosmetische Mittel, Mineralwässer und Badezusätze – auch wenn sie verordnet werden.

### Heil- und Hilfsmittel

(Prüfen Sie bitte, ob diese Leistungen in Ihrem Produkt versichert sind!)

Als Heilmittel gelten ausschließlich die Anwendungen der physikalischen Medizin.

Heil- und Hilfsmittel müssen immer vom Facharzt verordnet sein. Bitte schicken Sie uns – sofern entsprechender Versicherungsschutz besteht – die Verordnungen zusammen mit den Rechnungen zu.

### Wichtig

Rechnungen können Sie uns einfach und sicher über unseren Webupload oder über das Service Portal zukommen lassen. Die Originalrechnungen sollten Sie aber für etwaige Prüfungen mindestens für 24 Monate archivieren.

Bei stationärer Krankenhausbehandlung lassen Sie uns bitte unverzüglich nach der Einweisung einen Kostenübernahmeantrag des Krankenhauses zukommen.

Fax: +49-40-30 68 74-90.



- Bitte tragen Sie die für die Erstattung beantragten Leistungen in die umseitige Tabelle ein bzw. lassen diese von dem behandelnden Arzt vervollständigen.
- Bitte tragen Sie ebenfalls die Daten der behandelten Person ein.
- Bitte nummerieren Sie die Belege durch. Anlagen bitte nicht heften oder klammern.

