



B D A E G R U P P E

AUSZAHLUNG VON VERSICHERUNGSLEISTUNGEN EXPAT GLOBAL-P®US 2000

AUSZAHLUNGSBOGEN

VERSICHERTE IN DEM GELTUNGSBEREICH USA/KANADA WENDEN SICH IN ALLEN FRAGEN DER KOSTENÜBERNAHME UND LEISTUNGSABRECHNUNG GEMÄß MERKBLATT AN:

EURO CARE • PO BOX 4610 • SEMINOLE, FL 33775, USA
FON: +1-727-593-5462 • FAX: +1-727-593-5973
E-MAIL: EUROCARE@TAMPABAY.RR.COM

ALLE VERSICHERTEN AUßERHALB DES GELTUNGSBEREICHES USA/KANADA BITTEN WIR, FÜR DIE BEANTRAGUNG VON KOSTENERSTATTUNGEN DAS NACHFOLGENDE FORMULAR UND DIE AUFSTELLUNG AUF DER RÜCKSEITE AUSZUFÜLLEN. BITTE FÜLLEN SIE IM SCHADENFALL PRO PERSON JEWEILS EIN ANTRAGSFOMULAR AUS UND SENDEN SIE DIESES AN:

BDAE HOLDING GMBH • KÜHNEHÖFE 3 • D-22761 HAMBURG

VERSICHERUNGSBERECHTIGTE(R):
Name: Vorname(n):
Aktuelle Anschrift (Straße, PLZ, Ort, Land): Als Zustelladresse nutzen*: Ja Nein
Fon (mit Landes- u. Ortsvorwahl): Fax (mit Landes- u. Ortsvorwahl): e-mail:
KONTOVERBINDUNG FÜR LEISTUNGSERSTATTUNG:
Kto.-Inhaber:
Bank: Kto.-Nr.: BLZ:
ZUSATZ FÜR AUSLÄNDISCHE KONTEN:
Bankanschrift: BIC/Swift: IBAN:
ANGABEN ZU ANDERWEITIGEM AKTIVEM KRANKENVERSICHERUNGSSCHUTZ:
Besteht für die versicherte Person eine weitere Krankenversicherung*?
Falls Sie gesetzlich versichert sind: Besteht eine private Zusatzversicherung für stationäre Aufenthalte*?
Besteht eine weitere Kranken- oder Rückholversicherung mit Auslandsschutz*?
Haben Sie bei einer anderen Stelle (z.B. gesetzliche oder private Krankenversicherung, Beihilfestelle etc.) einen weiteren Erstattungsantrag gestellt*?

Stand: 01.10.2011

(*bitte ankreuzen)

TRAGEN SIE BITTE DIE FÜR DIE ERSTATTUNG BEANTRAGTEN LEISTUNGEN IN DIE UMSEITIGE TABELLE EIN, BZW. LASSEN DIESE VON DEM BEHANDELNDEN ARZT VERVOLLSTÄNDIGEN!

FÜR RÜCKFRAGEN WENDEN SIE SICH BITTE AN:
ANIKA SCHUMACHER
FON: +49-40-30 68 74-0 • FAX: +49-40-30 68 74-90
E-MAIL: LEISTUNG@BDAE.DE

ZUR SCHNELLEN UND REIBUNGSLOSEN LEISTUNGSABWICKLUNG HALTEN SIE BITTE DIE FOLGENDEN RICHTLINIEN EIN:

DAS 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. Belegen 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, bitte die Verordnung der Rechnung beifügen.

Nicht als Arzneimittel gelten grundsätzlich Geheimmittel (Mittel deren Zusammensetzung nicht bekanntgegeben wird), Nahrungsmittel, Stärkungsmittel, nicht rezeptpflichtige Entfettungs- und Abführmittel, kosmetische Mittel, Mineralwässer und Badezusätze - auch wenn sie verordnet werden.

HEIL- UND HILFSMITTEL

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

Als Heilmittel gelten ausschließlich die Anwendungen der physikalischen Medizin. Hilfsmittel sind ausschließlich:

1. Bandagen, Bruchbänder, orthopädische Einlagen und Gehstützen in einfacher Ausfertigung
2. Sehhilfen

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

Senden Sie uns bitte immer die Originalrechnungen (Ausnahme: Bei einer anderweitig bestehenden Krankenversicherung reichen Sie dieser die Originalrechnungen ein. An uns senden Sie dann die Rechnungskopien mit einer Aufstellung über die gewährten Leistungen). Bei stationärer Krankenhausbehandlung außerhalb des amerikanischen Kontinents lassen Sie uns bitte unverzüglich nach der Einweisung einen Kostenübernahmeantrag des Krankenhauses zukommen. Fax: +49-40-30 68 74-90.

Vielen Dank.

NUMMERIEREN SIE BITTE DIE BELEGE DURCH. ANLAGEN BITTE NICHT HEFTEN ODER KLAMMERN.

Name, Vorname, Geburtsdatum:				BEI FEHLENDER ÄRZTLICHER DIAGNOSE:	
Belegnr.	Bitte beschreiben Sie die Symptome und Beschwerden mit Ihren eigenen Worten	Erstm. aufgetreten am	Betrag	Diagnose (durch den Arzt auszufüllen)	Unterschrift des Arztes
			Summe:		

Vorstehende Angaben sind wahrheitsgemäß und nach bestem Wissen gemacht. Ich habe zur Kenntnis genommen, dass vorsätzlich unwahre oder unvollständige Angaben den Verlust der Versicherungsleistung, grob fahrlässig unwahre oder unvollständige Angaben eine – der Schwere meines Verschuldens entsprechende – Kürzung der Versicherungsleistung zur Folge haben können, es sei denn, diese Angaben werden weder für die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ursächlich. Die zuletzt genannte Einschränkung gilt nicht, wenn die unwahren oder unvollständigen Angaben von mir arglistig gemacht wurden.

Ort, Datum:

Unterschrift:

(der versicherten Person, bzw. der gesetzlichen Vertreter)