



B D A E G R U P P E

**AUSZAHLUNG VON VERSICHERUNGSLEISTUNGEN EXPAT GLOBAL PREMIUM 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 ANTRAGSFORMULAR AUS UND SENDEN SIE DIESES AN:**

**BDAE HOLDING GMBH • KÜHNEHÖFE 3 • D-22761 HAMBURG**

|   |  |   |
|---|--|---|
| <b>VERSICHERUNGSBERECHTIGTE(R):</b>   |  |   |
| Name:   |  | Vorname(n):   |
| Name der Firma:   |  |   |
| Aktuelle Anschrift (Straße, PLZ, Ort, Land):  |  | Als Zustelladresse nutzen*: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Fon (mit Landes- u. Ortsvorwahl):   | Fax (mit Landes- u. Ortsvorwahl):  | e-mail:   |
| <b>KONTOVERBINDUNG FÜR LEISTUNGSERSTATTUNG:</b>   |  |   |
| Kto.-Inhaber:   |  |   |
| Bank:   | Kto.-Nr.:  | BLZ:  |
| <b>ZUSATZ FÜR AUSLÄNDISCHE KONTEN:</b>  |  |   |
| Bankanschrift:  | BIC/Swift:   | IBAN:   |
| <b>ANGABEN ZU ANDERWEITIGEM AKTIVEN KRANKENVERSICHERUNGSSCHUTZ:</b>   |  |   |
| Besteht für die versicherte Person eine weitere Krankenversicherung*?   | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, bei:                  | Vers.-Nr.:  |
| Falls Sie gesetzlich versichert sind: Besteht eine private Zusatzversicherung für stationäre Aufenthalte*?  | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, bei:                  | Vers.-Nr.:  |
| Besteht eine weitere Kranken- oder Rückholversicherung mit Auslandsschutz*?   | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, bei:                  | Vers.-Nr.:  |
| Haben Sie bei einer anderen Stelle (z.B. gesetzliche oder private Krankenversicherung, Beihilfestelle etc.) einen weiteren Erstattungsantrag gestellt*? | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, bei:                  | Vers.-Nr.:  |
| Beginn des Auslandsaufenthaltes der versicherten Person:  | Seit wann ist die versicherte Person bei dem Unternehmen im Ausland beschäftigt? |   |

(\*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**

