

AUSZAHLUNGSBOGEN

zur Erstattung Ihrer Arzt- und Krankenhausrechnungen



Bei Rücksendung des Bogens aus dem Ausland an den BDAE in Deutschland bitte folgenden Hinweis auf dem Umschlag vermerken: „MEDIZINISCHE DOKUMENTE OHNE HANDELSWERT“.

Alle versicherten Personen **außerhalb USA** bitten wir, für die Beantragung von Kostenerstattungen das nachfolgende Formular auszufüllen.

Bitte füllen Sie im Schadensfall pro Person jeweils ein Antragsformular aus und senden Sie dieses an:

BDAE Holding GmbH • Kühnehöfe 3 • 22761 Hamburg

Versicherte Personen **in den USA** wenden sich bitte in allen Fragen der Kostenübernahme und Leistungsberechnung an:

Global Excel • 73 Queen • Sherbrooke • Quebec J1M 0C9 • Canada

Tel.: +1-833-243-0061

E-Mail: healthassistance@globalexcel.com



Angaben zur versicherten Person

Nachname				Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)	
Vorname(n)					
Vollständige 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 zu anderweitigem 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. 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, bitte die Verordnung der Rechnung beifügen.

Nicht als Arzneimittel gelten grundsätzlich Geheimmittel (Mittel, deren Zusammensetzung nicht bekannt gegeben

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 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

Senden Sie uns bitte immer die Originalrechnungen und erstellen Sie Kopien für Ihre Unterlagen.

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.



- 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.

Nachname		Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)	
Vorname(n)			

[illegible]

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 erforderlich. Die zuletzt genannte Einschränkung gilt nicht, wenn die unwahren oder unvollständigen Angaben von mir arglistig gemacht wurden.

Ort, Datum

Unterschrift (der versicherten Person bzw. des gesetzlichen Vertreters)