



B D A E G R U P P E

AUSZAHLUNG VON VERSICHERUNGSLEISTUNGEN EXPAT GLOBAL-P®

# 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 JEWELLS EIN ANTRAGSFORMULAR AUS UND SENDEN SIE DIESES AN:

BDAE HOLDING GMBH • KÜHNEHÖFE 3 • D-22761 HAMBURG

<b>VERSICHERUNGSBERECHTIGTE(R):</b>		
Name:	Vorname(n):	
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 LEISTUNGERSTATTUNG:</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.:

(\*bitte ankreuzen)

Stand: 15.07.2011

**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:**  
**SABRINA JUNGCLAUS**  
**FON: +49-40-30687411 • FAX: +49-40-30687490**  
**E-MAIL: LEISTUNG@BDAE.DE**

• BDAE HOLDING GMBH •  
KÜHNEHÖFE 3 • D-22761 HAMBURG  
FON +49-40-306874-0 • FAX +49-40-306874-90  
info@bdae.de • www.bdae.com

BANK: HAMBURGER SPARKASSE • BLZ: 200 505 50 • KONTO: 12 68-13 25 35 • IBAN: DE 11 200 505 50 12 68 13 25 35 • BIC: HASPDEHHXXX  
SITZ DER GESELLSCHAFT: HAMBURG • HRB 79790 • AMTSGERICHT HAMBURG • GESCHÄFTSFÜHRER: SILVIA OPITZ



# B D A F G R U P P E

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

## **DAS MÜSSEN DIE BELEGE DER BEHANDELTER 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 ausge stellt, bitte die Verordnung der Rechnung beifügen.

Nicht als Arzneimittel gelten grundsätzlich Geheimmittel (Mittel deren Zusammensetzung nicht bekanntgegeben wird), Nährmittel, 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).

Mit einer Auskunft 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: +49-40-30687490.

Vielen Dank.

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

Die versicherten Personen bzw. deren gesetzliche Vertreter bevollmächtigen den Versicherer, jederzeit alle zur Feststellung des Gesundheitszustandes (auch vorvertraglich) für erforderlich erachteten Auskünfte bei Dritten einzuholen und entbinden diese von ihrer Schweigepflicht.

Ort, Datum:

**Unterschrift:**

(der versicherten Person, bzw. der gesetzlichen Vertreter)