

Formular zur vorherigen Kostenzusage

Bitte füllen Sie dieses Formular in **DRUCKBUCHSTABEN** aus.

Eine vorherige Kostenzusage ist nicht bei einer Behandlung im Notfall erforderlich. Sie, Ihr behandelnder Arzt, ein Familienangehöriger oder ein Kollege müssen uns jedoch innerhalb von 48 Stunden nach Eintritt des Notfalls über Ihre Krankenhausaufnahme informieren.

Unsere Helpline (+ 353 1 630 1302) kann Kostenzusageanfragen für Behandlungen, die innerhalb von 72 Stunden erfolgen sollen, auch telefonisch bewilligen. Halten Sie hierzu bitte so viele relevante Informationen bereit wie möglich, einschließlich der Kontaktangaben Ihres Arztes.

Abschnitt 1 ist vollständig vom (oder im Namen des) Patienten auszufüllen.

Abschnitt 2 ist vollständig vom behandelnden Arzt auszufüllen.

Sollten wir unvollständige Angaben erhalten, kann es zu Verspätungen bei der Genehmigung Ihrer Behandlung kommen, da wir uns erneut mit Ihnen bzw. Ihrem behandelnden Arzt in Verbindung setzen müssen.

Die Versicherungspolice des Patienten muss zum Zeitpunkt der Behandlung in Kraft sein. Die Kostenzusage bzw. Vorabgenehmigung unterliegt den allgemeinen Versicherungsbedingungen Ihrer Police. Sie unterliegt zudem unserer Beurteilung aller relevanten Unterlagen, die wir in Bezug auf diesen medizinischen Zustand benötigen.

1 Angaben zum Patienten Vollständig vom Patienten oder in dessen Namen auszufüllen

Versicherungsnummer

Vorname

Nachname

Geburtsdatum / /

Kontaktperson (bitte nennen Sie den Ansprechpartner hinsichtlich dieses Antrags auf eine vorherige Kostenzusage)

Name

Beziehung zum Patient, z.B. Selbst, Ehepartner/Partner, Elternteil

Telefonnummer LÄNDERVORWAHL ORTSVORWAHL

Mobiltelefonnummer LÄNDERVORWAHL NETZVORWAHL

E-Mail

Der Schutz Ihrer persönlichen Daten ist uns wichtig

Unser Datenschutzhinweis erklärt, wie wir Ihre Privatsphäre schützen. Dies ist eine wichtige Information, die erklärt, wie Ihre persönlichen Daten verwendet werden. Nehmen Sie sich bitte einen Moment Zeit, um den Hinweis zu lesen, bevor Sie persönliche Daten an uns übermitteln. Um unseren Datenschutzhinweis zu lesen, gehen Sie auf: www.allianzcare.com/de/datenschutz.html

Alternativ können Sie uns auch unter der Telefonnummer + 353 1 630 1302 anrufen und eine Kopie unseres Datenschutzhinweises anfragen. Falls Sie Fragen dazu haben, wie Ihre persönlichen Daten verwendet werden, können Sie uns auch gerne per E-Mail kontaktieren: AP.EU1DataPrivacyOfficer@allianz.com

Ich stimme zu, auf alle Rechte hinsichtlich medizinischer/ärztlicher Schweigepflicht in Bezug auf meine medizinischen Daten und Informationen zu verzichten und ich bevollmächtige meinen Arzt, Angehörige von Heilberufen sowie Mitarbeiter medizinischer Einrichtungen, alle relevanten medizinischen Daten und Informationen im Zusammenhang mit mir auf Anfrage an Allianz Care, deren medizinische Berater und ernannte Vertreter oder andere Experten, vorbehaltlich geltender rechtlicher Bestimmungen, im Falle von Streitigkeiten weiterzugeben.

Wenn eine minderjährige Person behandelt wurde, muss dieser Abschnitt von einem Elternteil oder dem Vormund unterzeichnet und datiert werden.

Unterschrift des Patienten

Datum / /

Wir brauchen Ihre Zustimmung

Gemäß der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) benötigen wir Ihre Zustimmung, um Ihre medizinischen Daten zu verarbeiten und um Ihnen Ihre medizinischen Ausgaben auszus zahlen. Wenn Sie Ihre Einverständniserklärung noch nicht abgegeben haben, gehen Sie bitte auf <https://my.allianzcare.com/myhealth/login>, melden sich bei den Online Services an und kreuzen die erforderlichen Felder an. Sie können die Einwilligungserklärung außerdem auf www.allianzcare.com/de/consent-form herunterladen. Gerne senden wir Ihnen auf Anfrage auch eine Kopie. Bitte beachten Sie, dass jeder Versicherte, der älter als 18 Jahre ist, eine eigene Einwilligung erteilen muss.

Um Ihren Antrag auf Vorabgenehmigung zu erleichtern, legen Sie bitte alle erforderlichen Unterlagen bei:

- Vollständig ausgefülltes und unterzeichnetes Kostenzusageformular.
- Ihre örtliche Versicherungs- oder Sozialversicherungsbescheinigung, aus der hervorgeht, dass Sie versichert sind und welche Leistungen Sie erhalten, einschließlich eventueller Höchstbeträge (um Ihren Antrag angemessen prüfen zu können, müssen wir wissen ob Ihre örtliche Versicherung oder Sozialversicherung die Behandlungskosten vollständig deckt / teilweise deckt/ablehnt oder gänzlich ablehnt; in allen diesen Fällen legen Sie uns bitte das Ablehnungsschreiben/Leistungserklärung/Leistungsabrechnung oder jedes andere Dokument bei, das die Überprüfung unterstützt).
- Jegliche zusätzliche Unterlagen (Behandlungskosten, medizinischer Bericht, usw.), die Ihren Antrag unterstützen.

Bitte schicken Sie uns das vollständig ausgefüllte Kostenzusageformular zusammen mit allen Unterlagen mindestens fünf Werktage vor der Behandlung per E-Mail: apple.helpline@e.allianz.com

Zusätzlich empfehlen wir Ihnen, Kopien der gesamten Korrespondenz mit uns aufzubewahren. Wir übernehmen keine Haftung für Korrespondenz, die auf dem Postweg oder anderweitig außerhalb unseres Verantwortungsbereichs verloren geht.

Bei Fragen, können Sie sich gerne an uns wenden:

Helpline : + 353 1 630 1302 oder per E-Mail: apple.helpline@e.allianz.com

Eine Liste unser aktuellen gebührenfreien Rufnummern finden Sie hier: www.allianzcare.com/de/pages/toll-free-numbers.html

Eigener Mitgliederbereich: www.allianzcare.com/apple