

## Formular ist von dem behandelnden Arzt auszufüllen

Damit IMG Ihren Anspruch so schnell wie möglich bearbeiten kann, nehmen Sie dieses ausgefüllte Antragsformular mit zu Ihrem Arzt mit (gilt für jede neue Erkrankung). Wenn es vollständig ausgefüllt ist, senden Sie es bitte zusammen mit Ihrem Antrag an uns. Wenn Sie dies nicht tun, kann es sich als notwendig erweisen, dass IMG Ihnen dieses Antragsformular zum Ausfüllen durch Ihren behandelnden Arzt zusendet.

## Was folgt nun?

Schicken Sie uns das ausgefüllte Antragsformular mit allen Anspruchsunterlagen, einschließlich Rechnungen, Zahlungsbelegen und ärztlichen Berichten, unter Verwendung von **einer** der folgenden Optionen. Bitte beachten Sie, dass Sie Ihre Originalrechnungen und -quittungen zu Prüfzwecken mindestens 6 Monate lang aufbewahren müssen, es sei denn, Sie senden uns die Originale per Post zu; in diesem Fall sollten Sie Fotokopien aufbewahren.

**Online:** MyIMG

**E-Mail:** GPMclaims@imglobal.com

**Fax:** +44 (0) 330 333 6687

**Post:** Global Prima Claims Team,  
PO Box 1114 Cardiff CF11 1UL Großbritannien

## Vom Patienten auszufüllen

### 1 Angaben und Einwilligung des Patienten

Titel

Herr  Frau  Fräulein  Frau  Sonstiges

Vorname(n) des Patienten

Nachname des Patienten

Geburtsdatum (TT-MM-JJJJ)

Kunden- und Policennummer des Patienten

Krankheits-ID/Fallnummer

Kontaktnummern des Patienten

T:

M:

E-Mail Adresse des Patienten

Ich, der Patient, bevollmächtige IMG hiermit, weitere medizinische Informationen von dem Arzt, der dieses ärztliche Attest ausfüllt, einzuholen, sollten diese für die Bearbeitung dieses Antrags erforderlich sein.

Ich, der Patient, erkenne an, dass IMG meine in diesem Formular enthaltenen medizinischen und/oder Gesundheitsinformationen oder jegliche Gesundheitsakten und/oder jegliche medizinischen Berichte an Versicherer und/oder IMG weitergeben darf, und zwar ausschließlich zum Zweck der Verwaltung sämtlicher Ansprüche aus meiner Krankenversicherung im Rahmen seiner berechtigten Interessen und der vertraglichen Notwendigkeit, mir den in meiner Police beschriebenen Versicherungsschutz und die Leistungen bereitzustellen.

Unterschrift

Datum (TT-MM-JJJJ)

## Vom Arzt oder behandelnden Arzt auszufüllen

### 2 Medizinische Angaben

Zeitpunkt der Erstanmeldung des Patienten bei Ihnen/der Klinik/dem Krankenhaus: (TT-MM-JJJJ)

Bitte geben Sie genaue Angaben zu den Krankheitssymptomen des Patienten an:

Wurde der Patient an Sie weiterverwiesen?

Ja  Nein

Wenn ja, geben Sie bitte die Einzelheiten der Zuweisung an.

Wann bemerkte der Patient diese Symptome zum ersten Mal?

Wann hat sich der Patient zum ersten Mal mit diesen Symptomen bei Ihnen oder bei einem anderen Arzt vorgestellt?

Hat der Patient Ihrer Kenntnis nach in der Vergangenheit schon einmal unter den genannten oder damit zusammenhängenden Symptomen gelitten?  
Vom Patienten auszufüllen:

Bitte geben Sie die Ergebnisse aller durchgeführten Tests und Untersuchungen an, die der Patient in Anspruch genommen hat:

Wurde eine Diagnose gestellt?

Ja  Nein

Wenn ja, bitte bestätigen Sie den Gesundheitszustand?

ICD10-Code

Ist es: Vorläufig?  Endgültig?

Wie würden Sie den gesundheitlichen Zustand bezeichnen? Akut?  Chronisch?  Eine akute Erkrankung eines chronischen Leidens?

Wenn diese Diagnose mit einer vorhergehenden Erkrankung des Patienten in Zusammenhang steht, geben Sie bitte alle erforderlichen Auskünfte, einschließlich früherer Untersuchungen, Behandlungen und der jeweiligen Datumsangaben:

Mitzuteilende Angaben

Datum (TT-MM-JJJJ)

Gibt es eine zugrunde liegende Krankheitsursache oder Erkrankung? Wenn ja, geben Sie bitte genaue Informationen an:

Ist die Erkrankung die Folge eines Unfalls?

Ja  Nein

Wenn ja, stand der Patient zum Zeitpunkt des Unfalls unter dem Einfluss von Alkohol oder einer anderen Rauschmittelsubstanz?

Ja  Nein

Welche Behandlung wurde dem Patienten aufgrund seines Gesundheitszustands empfohlen?

Wenn der Patient zu einer Zusatzbehandlung überwiesen wurde, geben Sie bitte die Behandlungsart und die voraussichtliche Anzahl der Behandlungssitzungen an:

Chiropraktiker:  Osteopathologie:  Homöopath:  Akupunkteur:

Diätetiker:  Traditionelle Chinesische Medizin:  Podologe:  Anzahl der Beratungen:

Haben Sie den Patienten an einen anderen Arzt weiterverwiesen? Wenn ja, geben Sie bitte den Namen und die Kontaktdaten des Arztes an, an den Sie ihn weiterverwiesen haben:

Wenn der Versicherungsfall im Zusammenhang mit einer Schwangerschaft steht, bestätigen Sie bitte Folgendes:

Datum der letzten Monatsblutung:

Datum, an dem die Schwangerschaft bestätigt wurde:

Arztname

Anschrift

Postleitzahl Land

Telefon

Voraussichtlicher Entbindungstermin:

Handelt es sich bei der Schwangerschaft um eine Risikoschwangerschaft? Ja  Nein

Qualifikationen

Ich bin der behandelnde Arzt der Patientin und ich bestätige, dass die von mir erteilten Informationen nach bestem Wissen und Gewissen zutreffend sind.

Unterschrift

Unterschriftsdatum (TT-MM-JJJJ):

Praxisstempel

International Medical Group Limited ist von der Financial Conduct Authority (311496) zugelassen und reguliert. Registriert in England und Wales (4163178). Eingetragener Firmensitz: 254 Upper Shoreham Road, Shoreham-By-Sea, West Sussex, BN43 6BF.

IMG Europe AB ist von der schwedischen Finanzaufsichtsbehörde (71922) zugelassen und reguliert und von der Financial Conduct Authority (1003200) als bevollmächtigter Vertreter registriert. Eingetragen in Schweden (559405-0469). Eingetragener Firmensitz: c/o SiriusPoint International, Fleminggatan 14, 112 26, Stockholm, Schweden. Büroadresse der britischen Niederlassung (BR025974: 3rd Floor, Fitzalan House, Cardiff, CF24 0EL, UK.