

Ausfüllen dieses Antragsformulars

- Verwenden Sie dieses Formular, um einen Antrag auf eine ambulante Behandlung zu stellen.
- Bitte beantworten Sie unbedingt sämtliche Fragen und unterschreiben Sie das Formular.
- Bitte schreiben Sie gut leserlich in Großbuchstaben.
- Wenn Sie Fragen dazu haben, rufen Sie uns unter +44 (0) 330 333 6686 an.

Möchten Sie Ihren Antrag online stellen?

Sie können dann Ihre Versicherungsansprüche bequem über das Portal MyIMG einreichen. Das ist einfach und erspart Ihnen das Ausfüllen, Ausdrucken und Einscannen dieses Antragsformulars; wenn Sie Ihre Ansprüche stattdessen online einreichen möchten, besuchen Sie bitte claims.alchealth.com

1 Angaben zum Patienten

Titel

☐ Herr ☐ Frau ☐ Frl ☐ Frau ☐ Sonstiges

Vorname(n)

Nachname(n) / Familienname(n)

Krankheits-ID oder Fallnummer (falls vorhanden)

Kontakt-Handynummer(n)

Geburtsdatum (TT-MM-JJJJ)

Vorname(n) des Versicherten

Kundennummer

E-Mail Adresse

Mit der Angabe einer E-Mail-Adresse und einer Mobiltelefonnummer erklären Sie sich mit elektronischen Benachrichtigungen (einschließlich E-Mail und SMS) zum Zwecke der Bearbeitung Ihrer Versicherungsansprüche einverstanden.

2 Zahlungsangaben

Bitte bestätigen Sie, an wen wir die Zahlung leisten müssen: Zahlung an den Leistungserbringer ☐ Rückerstattung an den Versicherten/Patienten (bitte nachstehend ausfüllen) ☐

Name des Kontoinhabers (genau wie bei Ihrer Bank hinterlegt)

Kontonummer / IBAN (Ihre Kontonummer kann 8 bis 34 Ziffern lang sein. Geben Sie außerhalb Großbritanniens bitte Ihre IBAN an, ein Beispiel für eine IBAN: GB17BUKB20182703450546)

Bankleitzahl (nur bei Konten im Vereinigten Königreich)

Swift- oder BIC-Code (Konto außerhalb des Vereinigten Königreichs. Dieser Code besteht aus 8 oder 11 Stellen und dient der eindeutigen Identifizierung Ihrer Bank, Beispiele: AIBKGB2X oder BARCGB22XXX)

Zu überweisende Währung

Bankname

Bankadresse

Postleitzahl

Land

Bankleitzahl

BSB/ABA/Überweisungscode

Setzen Sie sich am besten mit Ihrer Bank in Verbindung, um die korrekten Zahlungsdaten zu bestätigen, damit sichergestellt ist, dass Sie die aus dem Vereinigten Königreich gesendeten Gelder erhalten. Einige Länder und Banken benötigen zusätzliche Informationen, wenn sie internationale Zahlungen in Empfang nehmen.

3 Kostenübersicht

Geben Sie den Grund für den Arztbesuch an und nennen Sie die Symptome/medizinischen Beschwerden, aufgrund derer Sie behandelt wurden::

Datum, an dem Sie die Symptome/den Gesundheitszustand zum ersten Mal bemerkten

Bestätigen Sie bitte den Namen, die Adresse, die E-Mail-Adresse und die Telefonnummer des Arztes, den Sie konsultiert haben:

Machen Sie bitte kurze Angaben zur Behandlung oder zu den durchgeführten Untersuchungen

Wurden Sie schon einmal wegen dieser Krankheit oder wegen dieses Leidens ärztlich behandelt? Ja ☐ Nein ☐

Wenn ja, geben Sie bitte genaue Angaben zu früheren Vorfällen, einschließlich der Daten und der durchgeführten Behandlung

Wurde eine weiterführende Behandlung befürwortet? Ja ☐ Nein ☐

Wenn ja, bitte genaue Angaben machen

Ist der Schadensfall die Folge eines Unfalls? Ja ☐ Nein ☐

Wenn ja, geben Sie bitte an, wie, wann und wo sich der Unfall ereignet hat

War eine weitere Person/ein anderes Unternehmen an dem Unfall beteiligt? Ja ☐ Nein ☐

Wenn ja, geben Sie den Namen und die Kontaktdaten des betreffenden Versicherungsträgers sowie dessen Versicherungsnummer an.

Besteht für den Patienten eine zusätzliche Versicherung oder Versicherungspolice, die ebenfalls zur Kostenübernahme für diese medizinischen Leistungen berechtigt? Ja ☐ Nein ☐

Wenn ja, um welche Form der Versicherung oder Versicherungspolice handelt es sich?

Bitte geben Sie den Namen des Versicherungsträgers, seine Kontaktdaten und die Versicherungsnummer des Patienten an.

Bitte erstellen Sie eine detaillierte Übersicht über die in diesem Antrag eingereichten Rechnungen (ggf. auf einem gesonderten Blatt weiterführen)

Beschreibung der Entstandenen Kosten	Rechnung Referenznummer	Behandlung Datum	Betrag (mit Währungsangabe)

Die Versicherungsbedingungen sehen vor, dass die Geltendmachung von Ansprüchen innerhalb von sechs (6) Monaten nach dem Behandlungstermin erfolgen muss.

4 Erklärung und Zustimmung

Ihr Anspruch wird von ALC Health oder einem anderen Dritten im Namen von IMG bearbeitet.

Bevor Sie Ihre Zustimmung geben, sollten Sie sich über Ihre Patientenrechte gemäß dem sogenannten "ACCESS TO MEDICAL REPORTS ACT 1988" informieren, die im Folgenden zusammengefasst werden.

- 1 Sie können Ihre Zustimmung zur Antragstellung oder zur Übermittlung des medizinischen Berichts an uns widerrufen. Bitte beachten Sie, dass dies unsere Bemühungen zur Beurteilung und Bearbeitung Ihres Antrags einschränken könnte.
- 2 Sie können den Untersuchungsbericht einsehen, bevor dieser an uns übermittelt wird. Sie müssen Ihren Arzt innerhalb von 21 Tagen nach Anforderung des Untersuchungsberichts um eine Kopie bitten. Wir werden Ihnen diese Frist mitteilen.
- 3 Sie können Ihren Arzt jederzeit bis zu sechs Monate nach dem Ausstellungsdatum des Berichts um eine Abschrift des Berichts bitten.
- 4 Sie können Ihren Arzt bitten, alle Abschnitte des Berichts zu berichtigen, die Sie für falsch oder missverständlich halten. Stimmt Ihr Arzt Ihrem Ersuchen nicht zu, können Sie Ihre Anmerkungen dem Bericht beifügen.
- 5 Ihr Arzt kann Ihnen den Bericht trotz Ihres Ersuchens um eine Abschrift verweigern, wenn er der Auffassung ist, dass er Ihrer körperlichen oder geistigen Gesundheit schaden würde, oder wenn er Informationen über einen Dritten enthält, der einer Offenlegung dieser Informationen nicht zugestimmt hat.

Wenn Sie einen Bericht einsehen möchten, bevor er an IMG übermittelt wird, kann sich die Bearbeitungszeit für Ihren Antrag beträchtlich verlängern.

Bitte beachten Sie, dass diese Informationen an die Underwriter Ihrer Police oder an ausgewählte Dritte weitergegeben werden können.

Ihre Erklärung und Ihr Einverständnis:

Ich bestätige, dass ich die Informationen in diesem Antrag gelesen habe. Ich möchte einen Antrag stellen und erkläre, dass alle von mir erteilten Auskünfte nach bestem Wissen und Gewissen wahrheitsgemäß und zutreffend sind.

Ich wurde über meine gesetzlichen Rechte gemäß dem "Access to Medical Reports Act 1988" im Rahmen meines Versicherungsanspruchs aufgeklärt,

- erkläre ich mich hiermit einverstanden, dass ALC Health von jedem Arzt, der mich untersucht hat, medizinische Informationen über alles, was meinen körperlichen oder geistigen Gesundheitszustand betrifft, anfordern kann.

- Ich bin damit einverstanden, dass IMG die in diesem Formular enthaltenen medizinischen und gesundheitlichen Informationen, eine Gesundheitsakte oder medizinische Berichte an die Underwriter meiner Police weitergibt.

- Ich bevollmächtige jeden Arzt, diese Informationen an IMG und an Dritte in deren Namen zu übermitteln.

Wenn Sie damit einverstanden sind, unterschreiben und datieren Sie bitte unten dieses Dokument.

- ☐ Ich möchte den Arztbericht sehen, bevor er an Sie geschickt wird, und bin damit einverstanden, dass sich dadurch die Bearbeitungszeit meines Versicherungsanspruchs beträchtlich verlängern kann

- ☐ Ich bin damit einverstanden, dass ich Leistungsbescheide und persönliche medizinische Informationen per E-Mail erhalte

- ☐ Ich bestätige, dass ich der Patient bin

Stationäre Behandlung

- wenn der Patient unter 16 Jahren ist, sollte ein Elternteil oder Erziehungsberechtigter dieses Feld ankreuzen und im Namen des Patienten unterschreiben ☐

Name des Elternteils oder Erziehungsberechtigten

Beziehungen

Unterschrift des Patienten (von den Erziehungsberechtigten zu unterzeichnen, wenn der Patient unter 16 Jahre alt ist)

Datum der Unterschrift (TT-MM-JJJJ)

5 Angaben zum behandelnden Arzt und zur medizinischen Einrichtung

Name des behandelnden Arztes

Adresse des behandelnden Arztes/Krankenhauses

Postleitzahl Land

Telefon-Nummer

E-Mail-Adresse

Name des behandelnden Arztes (Ihr regulärer behandelnder Arzt)

Adresse des behandelnden Arztes/des besuchten Krankenhauses

Postleitzahl Land

Telefon-Nummer

E-Mail-Adresse

Wir speichern Ihre Daten, die sensible Daten enthalten können, in unserer Datenbank. Dies dient der Verwaltung Ihres Anspruchs und kann an die Underwriter Ihrer Police und an externe Administratoren weitergegeben werden.

6 Wichtige Informationen

Bitte sorgfältig lesen und für Ihre Unterlagen aufbewahren

Gesetz über den Zugang zu medizinischen Berichten von 1988 (Medical Reports Act 1988):

Sie müssen diese Rechte verstehen, bevor Sie zustimmen, dass wir einen Bericht des behandelnden Arztes anfordern.

Diese Rechte beziehen sich nicht auf Berichte von Ärzten, die die nicht für Ihre Behandlung verantwortlich sind. Wenn wir Sie außerdem um Informationen aus Ihren Krankenakten, z. B. eine Kopie Ihrer medizinischen Unterlagen, gilt nur der erste Punkt.

- Sie können Ihre Zustimmung verweigern, aber in diesem Fall können wir Ihren Antrag möglicherweise nicht bearbeiten.
- Wenn wir einen Bericht benötigen, werden Sie schriftlich darüber informiert, wann er angefordert wurde.
- Sie können in dem Kästchen in Abschnitt 4 "Erklärung und Zustimmung" dieses Formulars angeben, ob Sie den Bericht des Arztes sehen möchten, bevor er uns zugeschickt wird. Sie haben dafür 21 Tage Zeit, nachdem wir Sie dazu aufgefordert haben, und es liegt an Ihnen, den Arzt zu kontaktieren. Wenn Sie Ihre Meinung ändern, bevor der Bericht an uns geschickt wird, können Sie Ihren Arzt kontaktieren, um ihn einzusehen. Dafür haben Sie 21 Tage Zeit, gerechnet ab dem Datum unserer Aufforderung.
- Wenn Sie mit den Angaben im Bericht nicht einverstanden sind, können Sie sich an den Arzt wenden, um sie zu ändern. Wenn der Arzt nicht mit Ihnen einverstanden ist, wird er Sie bitten, eine Erklärung zu verfassen, um dem Bericht, der uns zugeschickt wird, beizufügen.
- Sie können innerhalb von sechs Monaten nach Übermittlung des Berichts durch den Arzt jederzeit Einsicht in den Bericht verlangen.
- Ihr Arzt kann Ihnen eine Kopie des Berichts in Rechnung stellen. Diese Kosten werden von Ihrer Versicherung nicht übernommen.
- Ihr Arzt ist nicht verpflichtet, Ihnen Teile des Berichts zu zeigen, wenn er der Meinung ist, dass dies Ihrer körperlichen oder geistigen Gesundheit schaden könnte.
- Wenn der Bericht Informationen über eine andere Person enthält, zeigt Ihnen der Arzt diesen Teil des Berichts nicht.
- Wenn der Arzt nicht möchte, dass Sie einen Teil seines Berichts sehen, teilt er Ihnen das schriftlich mit, aber Sie können trotzdem andere Teile des Berichts einsehen.

Allgemeine Datenschutzverordnung (GDPR):

Informationen über Ihre Gesundheit, Ihre Krankengeschichte und Ihre Behandlung sind sensible personenbezogene Daten.

- Wir verarbeiten Ihre sensiblen personenbezogenen Daten im Rahmen unserer berechtigten Interessen, um Ihnen eine Krankenversicherung anzubieten. Dies umfasst die Prüfung Ihres Antrags, die Verwaltung Ihrer Police und die Bearbeitung von Schadensfällen. Darüber hinaus stützen wir uns auf die Rechtsgrundlagen des erheblichen öffentlichen Interesses, um Betrug zu verhindern und die Integrität der Versicherungsbranche zu gewährleisten, auf gesetzliche Verpflichtungen zur Einhaltung von Vorschriften und Meldepflichten sowie auf die vertragliche Notwendigkeit, Ihnen den in Ihrer Police beschriebenen Versicherungsschutz und die Leistungen zu bieten.
- Eine vollständige Beschreibung, wie wir Ihre personenbezogenen Daten erfassen und verwenden, sowie Ihre Rechte nach der DSGVO finden Sie in unserer Datenschutzrichtlinie unter <https://www.imglobal.com/intl/legal/privacy-policy>

Prüfung und Verhütung und Aufdeckung von Straftaten.

Wir können die Aufzeichnungen von Ärzten und Krankenhäusern prüfen, um:

- Sicherstellen, dass uns die Leistungen korrekt in Rechnung gestellt werden;
- Verhinderung und Aufdeckung von Straftaten, insbesondere von Betrug; oder
- Überprüfung der Leistung von Fachleuten.

Die Prüfungen können Teil eines Programms sein oder als Reaktion auf einen bestimmten Sachverhalt erfolgen und können die Einsichtnahme in die Krankenakten der geprüften Person oder Organisation beinhalten.

Möglicherweise müssen wir Informationen, die wir erhalten, mit Dritten teilen. Dazu gehören medizinische Experten, andere Versicherungsunternehmen, der NHS Counter Fraud Security Management Service und der General Medical Council. Unter bestimmten Umständen sind wir gesetzlich verpflichtet, Informationen über den Verdacht auf betrügerische Ansprüche und andere Straftaten an Strafverfolgungsbehörden weiterzugeben.

Dazu kann es gehören, dass nichtmedizinische Informationen in eine Datenbank aufgenommen werden, die von anderen Versicherungsunternehmen und Strafverfolgungsbehörden eingesehen werden kann. Wir sind verpflichtet, die zuständige Ärztekammer (General Medical Council) oder eine andere zuständige Aufsichtsbehörde zu informieren, wenn wir Grund zu der Annahme haben, dass die berufliche Eignung eines medizinischen Dienstleisters eingeschränkt sein könnte.

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.

0825