

## Ausfüllen dieses Formulars

- Verwenden Sie dieses Formular, um einen Antrag auf Versicherungsleistungen während der Schwangerschaft zu stellen.
- Bitte beantworten Sie alle Fragen hier und unterschreiben Sie diese Erklärung.
- Bitte schreiben Sie leserlich und in Großbuchstaben.
- Wenn Sie Fragen haben, rufen Sie uns bitte an unter +44 (0) 330 333 6686

## Was folgt nun?

Schicken Sie uns das ausgefüllte Antragsformular zusammen mit Ihren Anspruchsunterlagen, einschließlich aller Rechnungen, Zahlungsbelege und ärztlichen Berichte, über **eine** der folgenden Optionen zu. Bitte beachten Sie, dass Sie die Originalrechnungen und -quittungen für Prüfungszwecke 6 Monate lang sorgfältig aufbewahren müssen, es sei denn, Sie senden uns die Originale per Post zu; in diesem Fall sollten Sie Fotokopien davon aufbewahren.

**Online:** MyIMG

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

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

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

## 1 Patientendaten

Titel

Herr  Frau  Fräulein  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 Ihrer E-Mail-Adresse und Ihrer Handynummer erklären Sie sich damit einverstanden, dass Sie zum Zweck der Bearbeitung Ihrer Anträge elektronisch benachrichtigt werden (einschließlich E-Mail und SMS).

## 2 Zahlungsangaben

Bitte bestätigen Sie, an wen wir die Zahlung vornehmen sollen: Leistungserbringer  Rückerstattung Versicherungsnehmer/Patient (bitte nachstehend ausfüllen)

Name des Kontoinhabers (exakt wie bei Ihrer Bank hinterlegt)

Kontonummer / IBAN (Ihre Kontonummer kann aus 8 bis 34 Ziffern bestehen. Für Länder außerhalb Großbritanniens geben Sie bitte die IBAN ein, ein Beispiel für eine IBAN: GB17BUKB20182703450546)

Bankleitzahl (nur bei Konten im Vereinigten Königreich)

Swift- oder BIC-Code (für Konten außerhalb Großbritanniens. Dieser Code besteht aus 8 oder 11 Stellen und ist eine individuelle Identifikationsnummer für Ihre Bank, Beispiele: AIBKGB2X oder BARCGB22XXX)

Währung, in der die Zahlung zu leisten ist

Bankname

Bankadresse

Postleitzahl

Land

Ländercode

BSB/ABA/Transit Code

**Es wird empfohlen, dass Sie sich mit Ihrer Bank in Verbindung setzen, um die korrekten Zahlungsdetails zu bestätigen, damit Sie die aus dem Vereinigten Königreich gesendeten Gelder erhalten. Einige Länder und Banken benötigen bei internationalen Zahlungen Zusatzinformationen.**

### 3 Kostenbeschreibung

Bitte geben Sie kurz Auskunft über die durchgeführte Behandlung

Welche Geburtsmethode ist vorgesehen?

Wann ist Ihr voraussichtlicher Entbindungstermin?

(TT-MM-JJJJ)

Bitte geben Sie eine Übersicht über die Rechnungen, die in diesem Versicherungsfall eingereicht werden (falls erforderlich, bitte auf einem separaten Datenblatt weiterschreiben)

Beschreibung der Angefallene Kosten	Rechnung Referenznummer	Behandlung Datum	Betrag (einschließlich Währung)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**Bitte überprüfen Sie die Allgemeinen Geschäftsbedingungen Ihrer Versicherung. Ansprüche, die mehr als sechs Monate nach dem Behandlungstermin eingereicht werden, können als ungültig angesehen werden.**

Grund für die verspätete Einreichung, wenn diese mehr als 6 (sechs) Monate nach dem Behandlungstermin erfolgt.

  

### 4 Erklärung und Zustimmung

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

Ich bestätige, dass ich die in diesem Versicherungsformular aufgeführten Informationen zur Kenntnis genommen habe. Ich möchte einen Versicherungsanspruch geltend machen und erkläre, dass ich alle Angaben nach bestem Wissen und Gewissen wahrheitsgemäß und korrekt angegeben habe.

- Ich erkläre mich mit der Überprüfung der Informationen in etwaigen medizinischen Befunden oder Gesundheitsdaten, die angefordert werden können, durch IMG einverstanden.
- 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 erkläre mich damit einverstanden, dass der behandelnde Arzt und/oder das Krankenhaus, die an der medizinischen Versorgung des Patienten mitwirken, die medizinischen oder Behandlungsdetails und die Entlassungsbedingungen mit IMG besprechen.

- Ich bestätige, dass ich der betreffende Patient bin  
▶ wenn der Patient unter 16 Jahren ist, sollte ein Erziehungsberechtigter dieses Kästchen ankreuzen und stellvertretend für den Patienten unterschreiben

Name des Vormunds oder des Erziehungsberechtigten

Verwandschaft zum Patienten

- Ich möchte den Arztbericht gerne einsehen, bevor dieser an Sie weitergeleitet wird.  
 Ich bin damit einverstanden, dass ich per E-Mail-Leistungsbescheide und persönliche medizinische Informationen empfangen.

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

Unterschriftsdatum (TT-MM-JJJJ)

Name des Patienten

## 4 Wichtige Informationen

Bitte aufmerksam lesen und für Ihre Unterlagen aufbewahren

### **Gesetz über den Zugriff auf medizinische Berichte von 1988 (Medical Reports Act 1988):**

**Sie sollten diese grundlegenden Bestimmungen zur Kenntnis nehmen, bevor Sie sich damit einverstanden erklären, dass wir einen Arztbericht von einem Arzt einholen, der Sie behandelt hat.**

**Diese Befugnisse beziehen sich nicht auf Untersuchungsberichte von Ärzten, die nicht für Ihre Behandlung zuständig sind. Wenn wir Sie außerdem um Informationen aus Ihren Krankenakten, z. B. eine Kopie Ihrer ärztlichen Berichte bitten, gilt nur der erste Absatz.**

- Sie können Ihre Einwilligung zwar widerrufen, aber wenn Sie dies tun, können wir Ihren Antrag unter Umständen nicht bearbeiten.
- Wenn wir einen Bericht brauchen, teilen wir Ihnen schriftlich mit, wann wir diesen angefordert haben.
- Sie können in dem Kästchen in Abschnitt 4 "Erklärung und Zustimmung" dieses Antragsformulars angeben, ob Sie den Arztbericht einsehen möchten, bevor dieser an uns weitergeleitet wird. Sie haben dafür 21 Tage ab dem Zeitpunkt unseres Auskunftsersuchens Zeit, und es steht Ihnen frei, den Arzt zu kontaktieren. Sollten Sie Ihre ursprüngliche Entscheidung noch vor der Übermittlung des Berichts an uns revidieren, können Sie sich an Ihren Arzt wenden, um den Arztbericht einzusehen. Dazu haben Sie genau 21 Tage ab dem Zeitpunkt unseres Auskunftsersuchens Zeit.
- Wenn Sie mit den Angaben im Bericht nicht einverstanden sind, können Sie sich an den Arzt wenden, um die Angaben zu berichtigen. Ist der behandelnde Arzt nicht mit Ihren Angaben einverstanden, wird er Sie bitten, eine Erklärung abzugeben, die dem Bericht, der uns übermittelt wird, beigelegt werden soll.
- Innerhalb von sechs Monaten, nachdem der Arzt uns den Bericht übermittelt hat, können Sie jederzeit eine Einsichtnahme in den Bericht beantragen.
- Ihr Arzt kann Ihnen eine Ausfertigung des Berichts in Rechnung stellen. Diese Kosten werden von Ihrer Versicherung nicht übernommen.
- Ihr Arzt ist nicht verpflichtet, Ihnen Auszüge aus dem Bericht zu übermitteln, wenn er der Meinung ist, dass dies Ihrer körperlichen oder geistigen Gesundheit schaden könnte.
- Wenn der Arztbericht Informationen über eine Drittperson umfasst, wird der Arzt Ihnen diesen Teil des Berichts nicht zeigen.
- Wenn der Arzt nicht möchte, dass Sie einen Teil seines Berichts einsehen, teilt er Ihnen dies schriftlich mit, aber Sie können trotzdem andere Bestandteile des Berichts einsehen.

### **Allgemeine Datenschutzverordnung (GDPR):**

**Informationen über Ihre Gesundheit, Ihre Krankengeschichte und Ihre Behandlung sind vertrauliche personenbezogene Informationen.**

- 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 ausführliche Beschreibung, wie wir Ihre personenbezogenen Daten erfassen und verarbeiten und welche diesbezüglichen Rechte Sie haben, finden Sie in unserer Datenschutzrichtlinie unter <https://www.imglobal.com/intl/legal/privacy-policy>

### **Überprüfung und Prävention sowie Aufdeckung von Delikten.**

**Wir können die Aufzeichnungen von Ärzten und Krankenhäusern überprüfen, um:**

- Sicherzustellen, dass wir für ihre Behandlungen korrekt abgerechnet werden;
- Verbrechen, insbesondere Betrug, vorzubeugen und aufzuklären; oder
- Überprüfung der fachärztlichen Leistungen.

Die Überprüfungen können im Rahmen eines bestimmten Programms oder aufgrund besonderer Gegebenheiten durchgeführt werden und die Einsichtnahme in die Krankenakten der überprüften Person oder Einrichtung umfassen.

Es kann erforderlich sein, dass wir Informationen, die wir von Ihnen zur Verfügung gestellt bekommen, mit Dritten teilen. Dies gilt für medizinische Sachverständige, andere Versicherer, den NHS Counter Fraud Security Management Service und das General Medical Council. Wir sind gesetzlich dazu verpflichtet, unter gegebenen Voraussetzungen Informationen an die Strafverfolgungsbehörden weiterzuleiten, sofern der Verdacht auf betrügerische Versicherungsansprüche oder andere Straftaten besteht.

Dies kann die Aufnahme von nichtmedizinischen Daten in eine Datenbank einschließen, die von anderen Versicherungsträgern und Strafverfolgungsbehörden eingesehen werden können. Wir sind dazu verpflichtet, die Ärztekammer (General Medical Council) oder eine andere zuständige Aufsichtsbehörde über jede Sachlage zu informieren, die Grund zu der Vermutung gibt, dass die Eignung eines medizinischen Leistungserbringers zur Erbringung seiner Leistungen beeinträchtigt sein könnte.