

Ausfüllen dieses Formulars

- Verwenden Sie dieses Antragsformular, um einen Antrag für eine Wellnessbehandlung/Impfung oder eine optische Versorgung.
- Bitte beantworten Sie alle Fragen und unterschreiben Sie diese Erklärung.
- Bitte schreiben Sie leserlich und in Großbuchstaben.
- Wenn Sie Fragen haben, rufen Sie uns 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: GPMclaims@imglobal.com

Fax: +44 (0) 330 333 6687

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

1 Patientendaten

Titel

Herr Frau Fräulein Frau Andere

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

Durch die Angabe einer E-Mail-Adresse und einer Mobiltelefonnummer erklären Sie sich mit elektronischen Benachrichtigungen (einschließlich E-Mail und SMS) zur Bearbeitung Ihrer Versicherungsansprüche einverstanden.

2 Zahlungsangaben

Bitte bestätigen Sie, an wen wir die Zahlung leisten sollen: Leistungserbringer Erstattung Versicherter/Patient (bitte unten ausfüllen)

Name des Kontoinhabers (genau wie bei Ihrer Bank angegeben)

Kontonummer / IBAN (Ihre Kontonummer kann aus 8 bis 34 Stellen bestehen. Außerhalb Großbritanniens geben Sie bitte die IBAN an, Beispiel für eine IBAN: GB17BUKB20182703450546)

Bankleitzahl (nur bei Konten in Großbritannien)

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

Währung, in der die Zahlung geleistet werden soll

Bankname

Bankadresse

Postleitzahl

Land

Bankleitzahl

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 Auslandszahlungen Zusatzinformationen.

3 Kostenbeschreibung

Bitte bestätigen Sie, welche Leistung Sie beantragen: Gesundheitsleistungen Impfungen Optikerleistungen

Falls Sie einen Anspruch auf Optikerleistungen haben, bestätigen Sie uns bitte, ob sich Ihre Verschreibung inzwischen geändert hat Ja Nein

Hinweis: Falls Sie eine neue Brille oder Kontaktlinsen benötigen, legen Sie bitte einen Nachweis über die Rezeptänderung bei.

Geben Sie kurz an, welche Behandlungen oder Untersuchungen durchgeführt wurden.

Bitte geben Sie eine Aufstellung der in diesem Antrag vorgelegten Rechnungen an (ggf. auf einem Extrablatt weiterführen)

Beschreibung der angefallenen 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 Bedingungen Ihrer Versicherungspolice. Ansprüche, die mehr als sechs Monate nach dem Behandlungstermin eingereicht werden, können als ungültig betrachtet werden.

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

4 Erklärung und Zustimmung

Ihr Antrag 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 tatsächlich 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

5 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 wichtigen 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. Dafür haben Sie 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 Ihren Gesundheitszustand, Ihre Krankengeschichte und Ihre Behandlung sind vertrauliche 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 nutzen und welche Rechte Sie nach der DSGVO haben, finden Sie in unserer Datenschutzrichtlinie unter <https://www.imglobal.com/intl/legal/privacy-policy>

Überprüfung und Prävention sowie Aufdeckung von Verstößen.

Wir können die Datensätze von Ärzten und Krankenhäusern überprüfen, um:

- Sicherzustellen, dass wir für ihre Leistungen korrekt abgerechnet werden;
- Verbrechen, insbesondere Betrug, vorzubeugen und aufzudecken; oder
- Überprüfung der Leistung von Fachärzten.

Die Überprüfungen können im Rahmen eines bestimmten Programms oder als Antwort auf einen bestimmten Sachverhalt erfolgen und können die Einsichtnahme in die Krankenakten der Patienten umfassen, die von der geprüften Person oder Organisation bereitgehalten werden.

Es kann sein, dass wir Informationen, die wir erhalten, an Dritte weiterleiten müssen. Dazu gehören medizinische Sachverständige, andere Versicherer, der NHS Counter Fraud Security Management Service und der General Medical Council. Wir sind gesetzlich dazu verpflichtet, unter gewissen Umständen Informationen an Strafverfolgungsbehörden weiterzugeben, wenn der Verdacht auf betrügerische Ansprüche oder andere Straftaten besteht.

Dies kann die Eingabe von nichtmedizinischen Informationen in eine Datenbank umfassen, die von anderen Versicherungsträgern und Strafverfolgungsbehörden eingesehen werden kann. Wir sind dazu verpflichtet, die Ärztekammer (General Medical Council) oder eine andere zuständige Aufsichtsbehörde zu informieren, wenn wir Anlass zu der Vermutung haben, dass die Eignung eines medizinischen Leistungserbringers zur Ausübung seiner Tätigkeit beeinträchtigt sein könnte.