

Langzeit



# Internationale Krankenversicherung

## VERSICHERUNGSFORDERUNG

### WIE MAN AUSFÜLLT

Bitte füllen Sie das Formular in DRUCKBUCHSTABEN aus und kreuzen Sie die zutreffenden Kästchen an. Ein Versäumnis, das Formular vollständig auszufüllen, kann zu einer Verzögerung bei der Abwicklung Ihrer Versicherungsforderung führen. Bitte lesen Sie sich vor der Beanspruchung einer Versicherungsleistung den Abschnitt „Wie beanspruche ich eine Versicherungsleistung“ in der Versicherungspolice durch. Sie müssen uns so schnell wie möglich nach Behandlungsbeginn über die Versicherungsforderung informieren, selbst wenn die Originalrechnungen noch nicht vorliegen.

Zur Bearbeitung Ihrer Versicherungsforderung:

1. Füllen Sie bitte pro Person und pro Erkrankung/Unfall/zahnmedizinische Behandlung/Schwangerschaft sowie Geburt/Wohlergehen eine gesonderte Versicherungsforderung zwecks Beanspruchung der Versicherungsleistung aus.
2. Stellen Sie sicher, dass Ihr behandelnder Arzt bzw. Zahnarzt die Abschnitte auf der nächsten Seite vollständig ausfüllt.
3. ALLE Fragen müssen vollständig beantwortet werden (Häkchen oder Gedankenstriche sind nicht zulässig).
4. Sie müssen die Originalbelege für die erhaltene Behandlung vorlegen.

**Das Partnerunternehmen muss bei allen Versicherungsforderungen kontaktiert werden, die unter Leistungsvereinbarungen fallen, für die eine vorherige Genehmigung notwendig ist sowie bei allen Forderungen, die wahrscheinlich einen Betrag von 2 500 £ / 2 500 \$ / 2 500 € übersteigen werden.**

### A. PATIENTENINFORMATION (von Ihnen/ihrem gesetzlichen Vertreter auszufüllen)

1. Titel:	Herr	Frau	Fri	Sonstiger: _____	Vorname(n): _____	
Nachname:						
2. Geburtsdatum:	<input type="text" value="tt"/> / <input type="text" value="mm"/> / <input type="text" value="jyyy"/>	3. Policennummer: _____				
4. Geschlecht:	Männlich	Weiblich	Sonstiger: _____			
5. Telefon:	<input type="text"/>				6. E-Mail: _____	
7. Postanschrift:						
Stadt:			Bundesland:			
Postleitzahl:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		Land:			

### B. ANGABEN ZUR VERSICHERUNGSFORDERUNG (von Ihnen/ihrem gesetzlichen Vertreter auszufüllen)

8. Art der Erkrankung/Symptome:							
9. Haben Sie vor dieser Episode jemals eine Behandlung (einschließlich rezeptfreier Medikamente) für diese Erkrankung oder einem damit verbundenen Leiden erhalten?							
Ja	Nein	Falls ja, geben Sie bitte das Datum und Einzelheiten der früheren Behandlung an: _____					
10. Wann traten die Symptome erstmals auf?	<input type="text" value="tt"/> / <input type="text" value="mm"/> / <input type="text" value="jyyy"/>						
11. Sollte ein Unfall die Ursache der Erkrankung sein, geben Sie bitte das Datum des Unfalls an und beschreiben Sie kurz die Umstände und erlittenen Verletzungen:							
12. Haben Sie eine andere Versicherung, die eine Krankenversicherungsleistungen umfasst?	Ja	Nein					
Wenn ja, geben Sie bitte Einzelheiten der Versicherung an:							
13. Bitte füllen Sie die folgende Tabelle aus:							

Datum der Behandlung	Listen Sie die Kosten auf, für die eine Rückerstattung beantragt wird (Originalquittungen erforderlich)	Geben Sie den gezahlten Betrag und die Währung an	Geben Sie den vollständigen Namen der Person an, an die die zu erstattende Summe gezahlt werden soll*	Währung des Betrags*

14. Werden noch weitere Kostenerstattungen beantragt? Ja Nein

Falls ja, geben Sie bitte Einzelheiten an: \_\_\_\_\_

15. Handelt es sich hier um eine Fortsetzung einer früheren oder laufenden Behandlung, für die Sie bereits Erstattungen unter dieser Police beantragt haben? Ja Nein

Falls ja, geben Sie bitte Einzelheiten an, einschließlich der Referenznummer der Versicherungsforderung: Ref.-Nr.: \_\_\_\_\_

16. Bitte tragen Sie den Namen und die Adresse Ihres Hausarztes ein:

Name: \_\_\_\_\_ Strasse: \_\_\_\_\_

Stadt: \_\_\_\_\_ Bundesland: \_\_\_\_\_

Postleitzahl:

Telefon:

E-Mail: \_\_\_\_\_

17. Bitte tragen Sie ein, von welchen anderen Ärzten und/oder Chirurgen Sie aufgrund dieser oder damit verbundener Erkrankungen behandelt wurden: \_\_\_\_\_

18. APRIL International UK bearbeitet Versicherungsforderungen im Namen ihrer Versicherer Hamilton Insurance DAC. Die CEGA Group wurde ebenfalls mit der Bearbeitung einiger Versicherungsforderungen beauftragt. Um Ihre Versicherungsforderung bearbeiten zu können, benötigen wir Ihre Einwilligung. Sie haben das Recht, Ihre Einwilligung nicht zu erteilen, aber in einem solchen Fall können wir Ihre Forderung unter Umständen nicht bearbeiten. Indem Sie

Ihre Einwilligung erteilen, erklären Sie sich mit Folgendem einverstanden:

- > APRIL International UK prüft die Informationen in weiteren ärztlichen Gutachten oder Krankenakten, die unter Umständen zur Bearbeitung Ihrer Versicherungsforderung angefordert werden.
- > APRIL International UK übermittelt medizinische und gesundheitsbezogene Informationen an ihre Versicherer und die CEGA Group.

Bitte bestätigen Sie Ihre Einwilligung hier mit Ihren Initialen:

Ich möchte jeden Bericht des Arztes einsehen, bevor er Ihnen zugesandt wird (siehe wichtige Informationen in Abschnitt E)

Es ist wichtig zu verstehen, dass Sie für jegliche Informationen, Aussagen und Antworten, die Sie uns geben, verantwortlich sind. Sie müssen die notwendige Sorgfalt walten lassen, um bei der Beantwortung dieser Fragen keine Fehldarstellungen einzufügen.

Ich erkläre, dass die Antworten in diesem Formular und allen anderen bereitgestellten Unterlagen nach meinem besten Wissen wahr und vollständig sind.

Unterschrift des Patienten/der Patientin (Elternteil/Vormund muss unterschreiben, wenn Patient/in unter 16 Jahre alt ist):

Datum der Unterschrift:  /  /

## DER NACHFOLGENDE ABSCHNITT MUSS VOM BEHANDELNDEN ARZT

### C. MEDIZINISCHE ANGABEN (muss vom behandelnden arzt ausgefüllt werden)

19. Bitte geben Sie an, wann der Patient/die Patientin bei Ihnen erstmalig aufgrund dieser, einer ähnlichen oder einer damit verbundenen

Erkrankung vorstellig wurde:  /  /

20. Bitte beschreiben Sie die Symptome, mit denen er/sie sich vorgestellt hat: \_\_\_\_\_

21. Bitte geben Sie an, wann diese Symptome zuerst auftraten: \_\_\_\_\_

22. Bitte geben Sie Einzelheiten zu Ihrer Diagnose der Erkrankung/Verletzung an: \_\_\_\_\_

23. Bitte erstellen Sie eine detaillierte Anamnese mit den Daten dieser oder damit verbundener Erkrankungen, aufgrund derer eine frühere Behandlung und/oder Untersuchung erfolgte: \_\_\_\_\_

24. Ist es wahrscheinlich, dass die Erkrankung eine Erbkrankheit oder Folge eines Geburtsfehlers ist? Ja Nein

Falls ja, geben Sie bitte Einzelheiten an: \_\_\_\_\_

25. Erfolgte die Behandlung ganz oder teilweise in Zusammenhang mit einer elektiven kosmetischen Operation, geben Sie bitte die Summe oder die Anteile der damit verbundenen Kosten an: \_\_\_\_\_

26. In Bezug auf Versicherungsforderungen aufgrund einer Schwangerschaft oder einer Geburt geben Sie bitte den erwarteten Entbindungstermin und das Datum an, an dem die Patientin bei Ihnen erstmalig aufgrund dieser Schwangerschaft vorstellig wurde:

Datum des ersten Besuchs:  /  /

Erwarteter Entbindungstermin:  /  /

27. Bitte tragen Sie Ihren Namen und Ihre Adresse ein:

Name: \_\_\_\_\_ Strasse: \_\_\_\_\_

Stadt: \_\_\_\_\_ Bundesland: \_\_\_\_\_

Postleitzahl:

Telefon:

E-Mail: \_\_\_\_\_ Qualifikationen: \_\_\_\_\_

Unterschrift des behandelnden Arztes/der behandelnden Ärztin:

Datum:  /  /

## D. EINREICHEN DER VERSICHERUNGSFORDERUNG

Bitte senden Sie das ausgefüllte Forderungsformular zusammen mit den Begleitdokumenten (z. B. Einzelverbindungsrechnungen, Zahlungsbestätigungen) und Ihrer vollständigen Bankverbindung per E-Mail an: claims@april-international.co.uk

Sie müssen die Originaldokumente aufbewahren, da wir das Recht haben um diese anzufordern.

## E. WICHTIGE INFORMATIONEN

### Britisches Gesetz über den Zugriff auf ärztliche Gutachten 1988 (Access to Medical Reports Act 1988)

Bevor Sie uns Ihre Einwilligung erteilen, ein ärztliches Gutachten einzuholen, sollten Sie die folgenden Informationen lesen, da sie Ihre Rechte unter dem obenstehenden Gesetz darlegen:

- › Bei der Bearbeitung Ihrer Versicherungsforderung müssen wir ggf. von Ihrem behandelnden Arzt ein ärztliches Gutachten anfordern. Wir benötigen Ihr Einverständnis, um ein solches Gutachten anzufordern.
- › Sie haben das Recht, Ihre Einwilligung nicht zu erteilen, aber in solch einem Fall können wir Ihre Versicherungsforderung unter Umständen nicht bearbeiten.
- › Sollten wir ein Gutachten benötigen, teilen wir Ihnen schriftlich das Datum mit, an dem es angefordert wurde.
- › Wenn Sie uns gestatten, ein Gutachten von einem Arzt, der Sie behandelt hat, anzufordern, können Sie im obigen Kästchen anzeigen, ob Sie das Gutachten einsehen (oder eine Kopie davon erhalten) möchten, bevor es an uns gesandt wird. Sollten Sie das Gutachten einsehen wollen, müssen Sie den Arzt innerhalb von 21 Tagen kontaktieren und einen Termin für die Einsicht in das Gutachten vereinbaren. Sollten diese Frist verstreichen und es wurde kein Termin für die Einsicht vereinbart, wird der Arzt uns das Gutachten zusenden.
- › Sollten Sie den Angaben in dem Gutachten nicht zustimmen, können Sie sich an den Arzt wenden, um sie ändern zu lassen. Sollte Ihnen der Arzt nicht zustimmen, wird er Sie bitten, eine Stellungnahme zu schreiben, in der Sie Ihre Ansichten darlegen; sie wird dem Gutachten beigelegt.
- › Der Arzt muss Ihnen nicht alle Teile des ärztlichen Gutachtens zeigen, wenn er der Ansicht ist, dass dies schädlich für Ihre körperliche oder geistige Gesundheit wäre.
- › Wenn der Arzt Ihnen bestimmte Teile nicht zeigen möchte, wird er Sie schriftlich darüber informieren. Sie können jedoch trotzdem andere Teile des Gutachtens einsehen.
- › Hat der Arzt uns das Gutachten zugesandt, können Sie ihn jederzeit innerhalb eines Zeitraums von sechs Monaten darum bitten, das Gutachten einzusehen.
- › Ihr Arzt kann eine Gebühr für eine Kopie des Gutachtens erheben. Diese

### Datenschutz

Die vollständigen Informationen über unsere Verarbeitung und den Schutz Ihrer personenbezogenen Daten entnehmen Sie bitte unseren Datenschutzbestimmungen, die Sie einsehen können, indem Sie auf unserer Website [www.april-international.com](http://www.april-international.com) auf die Seite „Allgemeine Geschäftsbedingungen“ klicken.

### Wie wir Ihre personenbezogenen Daten nutzen

Die personenbezogenen Daten, die Sie (oder jede Person, die in Ihrem Auftrag handelt) bereitstellen, werden von uns oder in unserem Namen erhoben und können von uns, unseren Mitarbeitern und Dienstleistungsanbietern gemäß unseren Anweisungen zum Zweck der Versicherungsverwaltung, Versicherung, Bearbeitung von Versicherungsforderungen, Versicherungsvermittlung und Forschung oder zu statistischen Zwecken genutzt werden.

Wir können Ihre Informationen zu verschiedenen Zwecken verarbeiten. Für jeden Verarbeitungszweck müssen wir einen Rechtsgrund haben. Wenn die Informationen, die wir verarbeiten als „Daten besonderer Kategorien“ klassifiziert sind, müssen wir einen spezifischen zusätzlichen Rechtsgrund für die Verarbeitung haben.

Im Allgemeinen stützen wir uns auf folgende Rechtsgründe:

› Es ist für uns notwendig, Ihre personenbezogenen Daten zu verarbeiten, um diese Versicherung und damit verbundenen Leistungen bereitzustellen. Wir benötigen sie für Aktivitäten wie z. B. Bereitstellung von Informationen zu Ihrem Angebot, Beurteilung Ihres Antrags, Verwaltung Ihrer Police, Bearbeitung von Versicherungsforderungen und Bereitstellung weiterer Leistungen.

› Die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten ist für uns eine geschäftliche Notwendigkeit und fügt Ihnen keinerlei Schaden zu. Sie ist notwendig für die Führung unserer geschäftlichen Unterlagen, die Entwicklung und Verbesserung unserer Produkte und Leistungen und um Sie über unsere Produkte und Leistungen zu informieren.

› Wir sind gesetzlich oder behördlich verpflichtet, solche personenbezogenen Daten zu nutzen.

› Wir benötigen diese personenbezogenen Daten, um unsere Rechte zu etablieren, auszuüben oder zu verteidigen.

› Sie haben der Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch uns zugestimmt, einschließlich von Daten besonderer Kategorien.

### Wie wir Ihre Informationen weitergeben

Um unsere Produkte und Leistungen zu verkaufen, zu verwalten und bereitzustellen, um Betrug zu verhindern und die gesetzlichen und behördlichen Anforderungen zu erfüllen, übermitteln wir Ihre Informationen unter Umständen folgenden Arten von Drittparteien:

- › Versicherungsgesellschaften, Rückversicherer, Regulierungsbehörden und Befugte/Körperschaften des öffentlichen Rechts
- › Einrichtungen, die Betrugssprävention betreiben
- › Einrichtungen, die Verbrechensbekämpfung betreiben, einschließlich Polizei
- › Zulieferer, die in unserem Auftrag Leistungen ausführen
- › Andere Versicherer, Geschäftspartner und Vertreter
- › Andere Unternehmen innerhalb der APRIL Group

Da wir als Teil eines globalen Unternehmens operieren, werden Ihre personenbezogenen Daten zu diesen Zwecken unter Umständen in Länder außerhalb des europäischen Wirtschaftsraums (EWR) übertragen, in denen angemessene Schutzmaßnahmen vorhanden sind.

### Marketing

Wir nutzen Ihre Informationen nicht zur Vermarktung weiterer Produkte und Leistungen und geben sie auch nicht zu diesem Zweck an andere Personen weiter, sofern Sie dem nicht zugestimmt haben.

### Betrugsprävention und Aufdeckung

Zur Prävention und Aufdeckung von Betrug und Geldwäsche überprüfen wir unter Umständen Ihre Angaben bei Einrichtungen zur Betrugssprävention und auf Websites, die Informationen über Sanktionen beinhalten und die eine derartige Recherche eventuell festhalten. Es kann auch eine Suche in Datenbanken anderer Versicherer erfolgen. Bei Verdacht auf Betrug werden diese Versicherer informiert. Andere Nutzer von Einrichtungen zur Betrugssprävention verwenden diese Informationen unter Umständen für eigene Entscheidungsfindungsprozesse.

Unter gewissen Umständen holen wir Kreditauskünfte ein. Weitere Einzelheiten finden Sie in unseren vollständigen Datenschutzbestimmungen, die darlegen, wie die Informationen von Einrichtungen zur Betrugssprävention eventuell genutzt werden.

## G. WICHTIGE INFORMATIONEN (fortsetzung)

### Automatisierte Entscheidungen

Wir nutzen automatisierte Mittel, um über Ihren Versicherungsantrag zu entscheiden und um Versicherungsforderungen zu bearbeiten. Sollten Sie mit der automatisierten Entscheidungsfindung nicht einverstanden sein, ist es möglich, dass wir nicht in der Lage sind, Ihnen ein Versicherungsangebot zu unterbreiten.

### Kontakt

Bitte wenden Sie sich an uns, wenn Sie Fragen zu unseren Datenschutzbestimmungen oder den Informationen, die wir über Sie aufbewahren, haben.

**Bitte beachten Sie, dass APRIL International Care von den Versicherern befugt wurde, Versicherungsforderungen in ihrem Namen unter Vorbehalt bestimmter Einschränkungen zu bearbeiten. Falls Sie nicht wünschen, dass wir diese Versicherungsforderung als Vertreter von sowohl Ihnen als auch den Versicherern bearbeiten, sollten Sie uns darüber in einem Rückschreiben informieren und wir werden veranlassen, dass Ihr Antrag von den Versicherern selbst bearbeitet wird.**

Dieser Versicherungsplan wird von APRIL International Care France verwaltet und von Hamilton Insurance DAC gezeichnet, wie im Versicherungsschein angegeben.

APRIL International Care France ist eine französische vereinfachte Aktiengesellschaft (S.A.S.) mit einem Kapital von 200.000 € – RCS Paris 309 707 727, Versicherungsvermittler – registriert bei ORIAS (Nr. 07 008 000) [www.orias.fr](http://www.orias.fr). Eingetragener Sitz: 14 rue Gerty Archimède – 75012 Paris – Frankreich.

Aufsichtsbehörde: Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) – 4 place de Budapest – CS 92459 – 75436 Paris Cedex 09 – Frankreich, NAF 6622Z – USt-IdNr. FR60309707727.

Hamilton Insurance DAC ist eine Designated Activity Company (Gesellschaft mit beschränkter Haftung) und wird von der Central Bank of Ireland zugelassen und beaufsichtigt (Unternehmensreferenznummer: C69793). Eingetragen in Irland (Nr. 484148). Eingetragener Sitz: 2 Shelbourne Buildings, Crampton Avenue, Ballsbridge, Dublin 4, D04W3V6, Irland.

