AUSZAHLUNGSBOGEN

zur Erstattung Ihrer Arzt- und Krankenhausrechnungen

Bei der postalischen Einreichung von medizinischen Dokumenten aus dem Ausland vermerken Sie auf dem Umschlag bitte immer unsere EORI-Nummer DE295600038415981

Für die Beantragung von Kostenerstattungen füllen Sie bitte das nachfolgende Formular aus.

Bitte füllen Sie im Schadensfall pro versicherter Person jeweils ein Auszahlungsbogen aus und senden uns diesen auf einem der folgenden Wege:

Per Post

BDAE Holding GmbH
Kühnehöfe 3
22761 Hamburg

Digital per Webupload

webupload.bdae.com

(Rechnungen bis max. 1.000 Euro)

Digital per Service Portal

www.bdae.com/service-portal

(Rechnungen bis max. 1.000 Euro)

Angaben zur versicherten Person

Nachname		Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)	
Vorname(n)			
Vollständige Anschrift		Tel.	
		Fax	
		E-Mail	

Kontoverbindung für Leistungserstattung

Kontoinhaber			
IBAN			
BIC/SWIFT			
Konto-Nr.		BLZ	
Bank			
Bankanschrift			

Ort, Datum

Unterschrift (der versicherten Person bzw. des gesetzlichen Vertreters)

Stand: 01.10.2021

Angaben über zusätzlichen aktiven (nicht ruhend bzw. auf Anwartschaft gestellten) Krankenversicherungsschutz

Besteht für die versicherte Person eine weitere Krankenversicherung?	☐ ja ☐ nein	Falls ja, machen Sie bitte folgende Angaben:	Name der Versicherung	
			Versicherungsnummer	
Falls Sie gesetzlich versichert sind: Besteht eine private Zusatzversicherung für stationäre Aufenthalte?	☐ ja ☐ nein	Falls ja, machen Sie bitte folgende Angaben:	Name der Versicherung	
			Versicherungsnummer	
Besteht eine weitere Kranken- oder Rückholversicherung mit Auslandsschutz?	☐ ja ☐ nein	Falls ja, machen Sie bitte folgende Angaben:	Name der Versicherung	
			Versicherungsnummer	
Haben Sie bei einer anderen Stelle (z. B. gesetzliche oder private Krankenversicherung, Beihilfestelle etc.) einen weiteren Erstattungsantrag gestellt?	☐ ja ☐ nein	Falls ja, machen Sie bitte folgende Angaben:	Name der Versicherung	
			Versicherungsnummer	
Beginn des Auslandsaufenthaltes der versicherten Person: (TT.MM.JJJJ)				

Zur schnellen und reibungslosen Leistungsabwicklung halten Sie bitte die folgenden Richtlinien ein!

Folgende Infos müssen die Belege der Behandler enthalten:

1. Name und Geburtsdatum der behandelten Person
2. Die Krankheitsbezeichnung (Diagnose)
3. Die Angaben der einzelnen Leistungen mit den jeweiligen Kosten
4. Die Behandlungsdaten
5. Name und Anschrift des Behandlers

Alle Belege in deutscher und englischer Sprache können Sie uns einfach zuschicken. Für Belege in anderen Sprachen fügen Sie bitte eine entsprechende Übersetzung bei.

Arzneimittelrechnungen

Das Rezept muss durch den Stempel der Apotheke mit Datumsangabe quittiert sein. Legen Sie bitte die dazugehörige Rechnung des behandelnden Arztes bei. Wenn das nicht möglich ist, lassen Sie die Diagnose vom Arzt auf dem Rezept vermerken. Wird eine separate Rechnung für Medikamente von der Apotheke ausgestellt, fügen Sie bitte die Verordnung der Rechnung bei.

Nicht als Arzneimittel gelten grundsätzlich Geheimmittel (Mittel, deren Zusammensetzung nicht bekannt gegeben wird), Nährmittel, Stärkungsmittel, nicht rezeptpflichtige Entfettungs- und Abführmittel, kosmetische Mittel, Mineralwässer und Badezusätze – auch wenn sie verordnet werden.

Heil- und Hilfsmittel

(Prüfen Sie bitte, ob diese Leistungen in Ihrem Produkt versichert sind!)

Als Heilmittel gelten ausschließlich die Anwendungen der physikalischen Medizin.

Heil- und Hilfsmittel müssen immer vom Facharzt verordnet sein. Bitte schicken Sie uns – sofern entsprechender Versicherungsschutz besteht – die Verordnungen zusammen mit den Rechnungen zu.

Wichtig

Rechnungen bis zu einem Betrag von 1.000 Euro können Sie uns einfach und sicher über unseren Webupload oder über das Service Portal zukommen lassen. Rechnungen ab einem Betrag von 1.000 Euro senden Sie uns bitte im Original zu. Erstellen Sie sich für Ihre Unterlagen immer eine Kopie.

Bei stationärer Krankenhausbehandlung lassen Sie uns bitte unverzüglich nach der Einweisung einen Kostenübernahmeantrag des Krankenhauses zukommen.
Fax: +49-40-30 68 74-90.

- Bitte tragen Sie die für die Erstattung beantragten Leistungen in die umseitige Tabelle ein bzw. lassen diese von dem behandelnden Arzt vervollständigen.
- Bitte tragen Sie ebenfalls die Daten der behandelten Person ein.
- Bitte nummerieren Sie die Belege durch. Anlagen bitte nicht heften oder klammern.

Stand: 01.10.2021

Nachname		Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)	
Vorname(n)			

Belegnr.	Bitte beschreiben Sie die Beschwerden und Symptome mit Ihren eigenen Worten und benennen Sie die wissenschaftliche Diagnose (wenn möglich unter Zuhilfenahme Ihres behandelnden Arztes)	Erstmalig aufgetreten am	Betrag

Summe	

Vorstehende Angaben sind wahrheitsgemäß und nach bestem Wissen gemacht. Ich habe zur Kenntnis genommen, dass vorsätzlich unwahre oder unvollständige Angaben den Verlust der Versicherungsleistung, grob fahrlässig unwahre oder unvollständige Angaben eine – der Schwere meines Verschuldens entsprechende – Kürzung der Versicherungsleistung zur Folge haben können, es sei denn, diese Angaben werden weder für die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers erforderlich. Die zuletzt genannte Einschränkung gilt nicht, wenn die unwahren oder unvollständigen Angaben von mir arglistig gemacht wurden.

Ort, Datum

Unterschrift (der versicherten Person bzw. des gesetzlichen Vertreters)

Stand: 01.10.2021