



Erstattungsformular für ambulante ärztliche Behandlung

Out-patient medical treatment claim form

i Bitte bedenken Sie die unten genannten Punkte, beim Ausfüllen des Antragsformulars:

1. Bitte füllen Sie das Formular vollständig aus, ein Versäumnis kann die Bezahlung Ihrer Forderung verzögern. Falls sie mehr als einen Antrag machen möchten, können Sie die Seite mit der Sektion 3, so oft wie benötigt vervielfältigen/kopieren (eine pro person/pro Behandlung) und brauchen die restlichen Seiten nicht noch einmal ausfüllen.

Bitte übersenden Sie uns alle originalen detaillierten Rechnungen, die von Ihnen bezahlt wurden, wenn Sie uns diesen Antrag zusenden, zusammen mit Kopien von den von Ihnen bezahlten ärztlichen Verschreibungen – Quittungen und Kreditkartenabrechnungen können wir nicht akzeptieren.

2. Bitte schicken Sie uns Ihre Forderung so bald wie möglich, aber nicht später als sechs Monate nach der Behandlung.

3. Wenn Sie Hilfe mit Ihrem Anspruch benötigen, rufen Sie bitte VfA-International unter **0451 70 73 67 12** an oder senden uns ein E-Mail an leistung@vfa-international.de

Please remember these important points when completing your claim form:

1. Please complete this form in full as failure to do so may delay payment of your claim. If you wish to make more than one claim, you can print and complete as many section 3 pages as required (one per person/per condition) but the remaining sections only need to be completed once.

You must attach the original itemised invoice for each amount paid by you when you send us your claim along with a copy of the prescription if you are claiming for medication costs – receipts and credit card statements will not be accepted.

2. Please send your claim to us as soon as possible but no later than six months after the treatment.

3. If you need any assistance with your claim, please call VfA-International on **+49 (0) 451 70 73 67 12** or email leistung@vfa-international.de

1. Angaben des Versicherungsnehmers

Policyholder's details

i Muss vom Versicherungsnehmer ausgefüllt werden.
To be completed by the policyholder.

Versicherungsnummer:

Policy number:

Kann auf Ihrem Versicherungsschein gefunden werden.

Found on your certificate of insurance.

Nachname:

Surname:

Vorname(n):

First name(s):

Geburtsdatum:

Date of birth:

T	T	.	M	M	.	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

Adresse:

Address:

Tages Telefonnummer:

Daytime phone number:

Abend Telefonnummer:

Evening phone number:

Email:

Email address:

inkl. Landes und Ortsvorwahl
inc. country code and area code

inkl. Landes und Ortsvorwahl
inc. country code and area code

2. Zahlungsdetails

Payment details

Wenn Sie die Rechnungen selbst bereits bezahlt haben, werden wir Ihnen das Geld per Banküberweisung auf Ihr Bankkonto direkt erstatten, da dies die schnellste und sicherste Methode der Erstattung ist. Bitte beachten Sie, dass wir nicht auf Kredit- oder Debitkarten erstatten können.

If you have already paid the invoices yourself, we will reimburse you by bank transfer directly to your bank account as this is the quickest and safest method of reimbursement. Please note we cannot reimburse to credit or debit cards.

2.1 Banküberweisung

Bank transfer



Bitte ergänzen Sie diese Informationen für die Banktransferzahlungen.
Please complete this information for bank transfer payments.

Name der Bank:

Bank name:

Adresse der Bank:

Bank address:

Name des Kontoinhabers:

Account holder name(s):

Kontonummer:

Account number:

Bank code:

Sort code:

BIC / Swift code:

BIC / Swift code:

IBAN (falls erforderlich):

IBAN number:

Die verlangten Angaben können je nach Land, in dem Ihre Bank tätig ist, variieren. Wenn Sie Hilfe benötigen, wenden Sie sich bitte an Ihre lokalen Bankfilialen. Sie sollten sicherstellen, dass Ihr Bankkonto in der Lage ist, Devisentransfers zu erhalten und sich bewusst sein, dass wir für Fehlbeträge in der Erstattung die durch Wechselkursschwankungen oder Bankgebühren verursacht werden nicht verantwortlich sind.

The information required can vary depending on the country your bank is based in. If you need assistance, please speak to your local branch. You should make sure that your bank account is able to receive foreign currency transfers and please be aware that we will not be responsible for any shortfall in reimbursement caused by exchange rate fluctuations or bank charges.

3. Anspruch Details

Claim details



Bitte füllen Sie einen Antrag pro person aus / pro Erkrankung.
Complete one for each person / each condition.

Bitte stellen Sie sicher, dass alle Informationen die Sie uns in diesem Abschnitt geben wahrheitsgetreu, genau und vollständig sind. Sollten wir an einem späteren Zeitpunkt feststellen, dass die von Ihnen gemachten Angaben falsch sind, behalten wir uns das Recht vor, Ihre Forderung zu verweigern und bereits ausgezahltes Geld zurückzufordern. Wir können außerdem Ihren Vertrag kündigen.

Please make sure all information you give us in this section is true, accurate and complete. If we later discover it is not, we reserve the right to refuse your claim and recover any monies we have already paid out. We may also cancel your policy.

3.1 Patienten Details (falls abweichend) *Patient's details (if different)*

 Diese sollten vom Versicherungsnehmer ausgefüllt werden, wenn der Patient 18 oder jünger ist.
To be completed by the policyholder if the patient is 18 or under.

Nachname:
Surname:

Vorname(n):
First name(s):

Geburtsdatum:
Date of birth:

T	T	.	M	M	.	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

3.2 Informationen über den Anspruch *About the claim*

- a) Warum haben Sie Ihren Arzt oder das Krankenhaus aufgesucht? Bitte beschreiben Sie die Erkrankung / Symptome so genau wie möglich.
Why did you go to the doctor or hospital? Please describe your medical condition or symptoms as fully as possible.
- b) Wann haben Sie die ersten Symptome dieser Erkrankung bemerkt?
When did you first notice your symptoms?
- c) Was war die Diagnose Ihres behandelnden Arztes?
What did the doctor say was wrong with you?
- d) Welche Behandlung hat Ihr Arzt vorgeschlagen? Bitte schicken Sie uns eine Kopie des Behandlungsberichtes.
What treatment has the doctor recommended? Please send us a copy of his medical report.
- e) Werden Sie noch weitere ärztliche Behandlungen benötigen? Falls „Ja“, welche Behandlung ist benötigt und wann?
Will you need any further treatment? If 'yes', what treatment will be needed and when?
- f) Hatten Sie diese Symptome früher schon einmal? Falls „Ja“, wann hatten Sie diese Symptome und welche Behandlung wurde vorgenommen?
Have you had these symptoms before? If 'yes', when did you have these symptoms and what treatment did you receive?
- g) Bitte schreiben Sie alle von Ihrem Arzt für diese Erkrankung verschriebenen Medikamente auf. Bitte schicken Sie uns seine Kopie der Verschreibungen.
What medication has your doctor prescribed for your medical condition / symptoms? Please send us a copy of the prescription.

4. Angaben zu den von Ihnen beantragten Behandlungskosten

Details of the medical expenses you are claiming for

Alle detaillierten Rechnungen und der Nachweis der Zahlungen für diesen Anspruch, sollten diesem Antragsformular beigefügt werden, zusammen mit Kopien der entsprechenden ärztlichen Bescheinigungen, Verschreibungen, Klinischer Berichte und anderer Korrespondenz. Rechnungen sollten auf Papier mit Briefkopf geschrieben sein, die deutlich den Namen, die Adresse und Kontaktdaten des jeweilig behandelnden Arztes oder Einrichtung, anzeigen.

All itemised invoices and proof of payments related to this claim should be attached to this claim form along with copies of relevant medical reports, certificates, prescriptions, and other correspondence. Invoices should be on headed paper clearly showing the name, address and contact details of the relevant medical practitioner or facility where treatment was received.

Name des Diensteanbieters (z.B Name des Krankenhauses, der Klinik oder Arzt): **Datum der Behandlung:**
Name of service provider(e.g. name of hospital, clinic or doctor): *Date of treatment:*

Behandlung erhalten (z.B Beratung, Physiotherapie, Rezept): **Rechnungsbetrag:**
Treatment received (e.g. consultation, physiotherapy, prescription): *Amount of the bill:*

Ist diese Rechnung bereits bezahlt? **Ja** **Nein**
Has this bill been paid? *Yes* *No*

Name des Diensteanbieters (z.B Name des Krankenhauses, der Klinik oder Arzt): **Datum der Behandlung:**
Name of service provider(e.g. name of hospital, clinic or doctor): *Date of treatment:*

Behandlung erhalten (z.B Beratung, Physiotherapie, Rezept): **Rechnungsbetrag:**
Treatment received (e.g. consultation, physiotherapy, prescription): *Amount of the bill:*

Ist diese Rechnung bereits bezahlt? **Ja** **Nein**
Has this bill been paid? *Yes* *No*

Name des Diensteanbieters (z.B Name des Krankenhauses, der Klinik oder Arzt): **Datum der Behandlung:**
Name of service provider(e.g. name of hospital, clinic or doctor): *Date of treatment:*

Behandlung erhalten (z.B Beratung, Physiotherapie, Rezept): **Rechnungsbetrag:**
Treatment received (e.g. consultation, physiotherapy, prescription): *Amount of the bill:*

Ist diese Rechnung bereits bezahlt? **Ja** **Nein**
Has this bill been paid? *Yes* *No*

Name des Diensteanbieters (z.B Name des Krankenhauses, der Klinik oder Arzt): **Datum der Behandlung:**
Name of service provider(e.g. name of hospital, clinic or doctor): *Date of treatment:*

Behandlung erhalten (z.B Beratung, Physiotherapie, Rezept): **Rechnungsbetrag:**
Treatment received (e.g. consultation, physiotherapy, prescription): *Amount of the bill:*

Ist diese Rechnung bereits bezahlt? **Ja** **Nein**
Has this bill been paid? *Yes* *No*

Name des Diensteanbieters (z.B Name des Krankenhauses, der Klinik oder Arzt): **Datum der Behandlung:**
Name of service provider(e.g. name of hospital, clinic or doctor): *Date of treatment:*

Behandlung erhalten (z.B Beratung, Physiotherapie, Rezept):
Treatment received (e.g. consultation, physiotherapy, prescription):

Rechnungsbetrag:
Amount of the bill:

Ist diese Rechnung bereits bezahlt?
Has this bill been paid?

Ja
Yes

Nein
No

Name des Diensteanbieters (z.B Name des Krankenhauses, der Klinik oder Arzt):
Name of service provider(e.g. name of hospital, clinic or doctor):

Datum der Behandlung:
Date of treatment:

Behandlung erhalten (z.B Beratung, Physiotherapie, Rezept):
Treatment received (e.g. consultation, physiotherapy, prescription):

Rechnungsbetrag:
Amount of the bill:

Ist diese Rechnung bereits bezahlt?
Has this bill been paid?

Ja
Yes

Nein
No

Name des Diensteanbieters (z.B Name des Krankenhauses, der Klinik oder Arzt):
Name of service provider(e.g. name of hospital, clinic or doctor):

Datum der Behandlung:
Date of treatment:

Behandlung erhalten (z.B Beratung, Physiotherapie, Rezept):
Treatment received (e.g. consultation, physiotherapy, prescription):

Rechnungsbetrag:
Amount of the bill:

Ist diese Rechnung bereits bezahlt?
Has this bill been paid?

Ja
Yes

Nein
No

5. Sonstige Versicherungen / Ansprüche Dritter *Other insurance policies / third party claims*

5.1 Haben Sie eine andere Kranken- oder Reiseversicherung, die diese Kosten abdecken könnte?
Do you have any other health or travel insurance policy that could cover these costs?

Ja
Yes

Nein
No

5.2 Glauben Sie, dass Ihre Krankheit oder Verletzung von einer anderen Person verursacht wurde?
Do you believe that your illness or injury was caused by another person or company?

Ja
Yes

Nein
No

Wenn Sie eine dieser beiden Fragen oder beide mit „Ja“ beantwortet haben, sind wir vielleicht in der Lage, einen Teil unserer Kosten von der anderen Versicherung oder der Person oder Gesellschaft die Ihre Krankheit oder Verletzung verursacht hat, zurück zu fordern. Wir werden mit Ihnen wegen weiterer Details in Kontakt treten, dieses hat aber keine Auswirkungen auf Ihren Antrag bei uns.

If you have answered 'yes' to either of these questions, we may be able to claim some or all of our costs back from the other insurance company or the person or company that caused your illness or injury. We will contact you for further details but please note that this will not affect your claim with us.

6. Schwangerschaft und Mutterschaft Ansprüche *Pregnancy and maternity claims only*

6.1 Ist die Schwangerschaft eine Folge von Fruchtbarkeitsbehandlungen durch die Verwendung von Medikamenten oder Befruchtungs Methoden wie IVF? Wenn „Ja“, geben Sie unten bitte Einzelheiten an:
Is the pregnancy a result of fertility treatment such as the use of fertility medicines or methods such as IVF? If yes, please provide details below:

Ja
Yes

Nein
No

7. Alle anderen Informationen *Any other information*

Wenn Sie eine dieser beiden Fragen oder beide mit „Ja“ beantwortet haben, sind wir vielleicht in der Lage, einen Teil unserer Kosten von der anderen Versicherung oder der Person oder Gesellschaft die Ihre Krankheit oder Verletzung verursacht hat, zurück zu fordern. Wir werden mit Ihnen wegen weiterer Details in Kontakt treten, dieses hat aber keine Auswirkungen auf Ihren Antrag bei uns.

If you have answered 'yes' to either of these questions, we may be able to claim some or all of our costs back from the other insurance company or the person or company that caused your illness or injury. We will contact you for further details but please note that this will not affect your claim with us.

8. Erklärung *Declaration*

 Lesen Sie bitte diesen Abschnitt vor der Unterzeichnung in Abschnitt 9.
Please read this section before signing section 9 below.

Ich erkläre hiermit, dass alle Angaben in diesem Antrag, nach bestem Wissen und Gewissen wahr, genau und vollständig sind und das ich keine Informationen ausgelassen habe, die für diesen Antrag von Bedeutung sind oder falsch, irreführend oder unvollständige Informationen zur Verfügung gestellt habe.

Ich stimme zu, dass ich, falls dieser Antrag im Ganzen oder in Teilen betrügerisch ist, mich strafbar mache. Das kann den Gesundheitsplan ungültig machen und mich der Strafverfolgung aussetzen.

Ich ermächtige und fordere jede Person oder medizinische Institution (einschließlich, aber nicht begrenzt auf Krankenhäuser Ärzte, Krankenschwestern/-pfleger und andere professionelle Dienstleister auf diesem Gebiet), die mich mit medizinischer Beratung oder Behandlung im Zusammenhang zu diesem Antrag versorgt haben auf, angemessene Informationen für den Fall bereit zu stellen, dass VfA-International oder eine autorisierte Person, die im Namen/Auftrag von VfA-International handelt, anfordern könnte zum Zwecke der Anerkennung des Anspruchs.

Ich bestätige, dass ich meine ausdrückliche Zustimmung innerhalb der Vorkehrung des Datenschutzgesetzes erteile (für mich und jedes Familienmitglied, das in diesem Formular angegeben ist), dass VfA-International oder eine autorisierte Person, die im Namen/ Auftrag von VfA-International handelt, unsere persönlichen Informationen im Zusammenhang mit diesem Antrag bearbeitet. Ich habe die Datenschutzerklärung gelesen und verstanden.

I declare that, to the best of my knowledge and belief, all the details given on this claim form are true, accurate and complete and that I have not missed out any details that are relevant to this claim or provided false, misleading or incomplete information.

I agree that if this claim is found to be fraudulent, in whole or in part, I may be committing a criminal offence and that this may invalidate the plan and make me liable to prosecution.

I authorise and request any person or medical institution (including, but not limited to, hospitals, doctors, nurses and other health professionals) who have provided me with medical advice or treatment in connection with this claim to provide reasonable information that VfA-International, or any authorised administrator acting on behalf of VfA-International, may request from them in connection with that medical advice or treatment for the purpose of validating my claim.

I confirm that I give explicit consent, in accordance with current data protection legislation, and on behalf of myself and any family member named in this form, for VfA-International, and any authorised administrator acting on behalf of VfA-International, to process our personal information for the purposes of processing this claim. I have read and understood the data protection statement at the end of the form:

9. Unterschrift *Signature*

Wenn sie alle Abschnitte des Erstattungsformulars vollständig ausgefüllt haben und die Erklärung in Abschnitt 8 gelesen haben, unterschreiben Sie bitte nachfolgend mit der Angabe des Datums. Bitte beachten Sie, dass der Inhaber der Police, wie in Abschnitt 1 benannt, nachfolgend alle Anträge auf Schadenersatz mit Datum unterschreiben muss.

When you have completed all sections of the claim form, and read the declaration in section eight, please sign and date below. Please note that the policyholder named in section one must sign and date below for all claims.

Unterschrift des Versicherungsnehmers:
Policyholder's signature:

Datum:
Date:

Unterschrift des Patienten (falls abweichend und der Patient ist 18 oder älter):
Patient's signature (if different and the patient is 18 or over):

Datum:
Date:

9. Wohin Sie Ihr ausgefülltes Antragsformular senden *Where to send your completed claim form*

 Per Post
By post

VfA-International GbR
Leistungsabteilung
Gutenbergstraße 3
23611 Bad Schwartau
Deutschland

 Per Email
By email

leistung@vfa-international.de

Wenn Sie Ihren Antrag per E-Mail schicken, stellen Sie bitte sicher, dass Sie deutliche und vollständige Kopien aller Rechnungen und anderer relevanter Korrespondenz beifügen. Sie müssen uns die Kopien nicht zusätzlich per Post schicken; aber bewahren Sie die Originale bitte sicher auf, für den Fall, dass wir Sie später bitten sie uns zuzusenden.

If you send your claim by email, please make sure you include clear and complete copies of all invoices and relevant correspondence. You don't need to send us copies by post as well but please keep the originals safely in case we ask to see them later.

Datenschutzerklärung *Data protection statement*

Die persönlichen und sensiblen Informationen („Ihre Daten“), die Sie auf diesem Antragsformular angeben, werden für Zwecke der Antragsbearbeitung von VfA-International („Daten-Kontroller“) im Namen des Versicherers verwendet (einschließlich der Unterschrift, der Bewertung und Bearbeitung der Zahlung des Anspruchs, der Rückversicherung und der Überprüfung auf Betrug/arglistige Täuschung und Vorbeugung).

VfA-International kann Dritt-Parteien zur Unterstützung beauftragen, um mit der Verwaltung von Forderungen zu helfen - zum Beispiel um die Erteilung von Zahlungsgarantien zu erleichtern. Die von VfA-International beauftragte Dritt-Partei wird Ihre Daten ausschließlich zum Zwecke der Bearbeitung Ihres Antrages benutzen und die gesamte Datenverarbeitung die von VfA-International ausgeführt wird, ist Gegenstand von vertraglich festgelegten Einschränkungen im Bezug auf Vertraulichkeit und Sicherheit, zusätzlich zu den Verpflichtungen die durch die aktuelle Datenschutzgesetzgebung auferlegt sind.

Von Zeit zu Zeit kann es notwendig sein, Ihre Daten außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR) zu bearbeiten - zum Beispiel, um die Zahlung von medizinischen Behandlungskosten in einem Krankenhaus im Ausland zu gewährleisten. VfA-International wird alle angemessenen Schritte unternehmen, um sicher zu stellen, dass jede Organisation, die zur Weiterverarbeitung Ihrer Daten in diesen Situationen eingeschaltet wird, angemessene Garantien im Bezug auf seine technische und organisatorische Sicherheitsmaßnahmen vorweist und dass die Weiterleitung und Verarbeitung Ihrer Daten in Übereinstimmung mit allen relevanten Datenschutz- und Geheimhaltungsgesetzen ist.

The personal and sensitive information ('your data') you supply on this claim form will be used for the purposes of claims administration (including underwriting, assessing and processing claims payments, reinsurance and fraud investigation and prevention) by VfA-International ('data controller') on behalf of the insurer.

VfA-International may appoint a third party to assist with the administration of claims under its worldwide policy - for example, to facilitate the placing of payment guarantees. Any third party appointed by VfA-International will only process your data for the sole purpose of administering your claim and all data processing carried out on behalf of VfA-International is subject to contractual restrictions with regard to confidentiality and security in addition to the obligations imposed by current data protection legislation.

From time to time, it may be necessary to process your data outside of the European Economic Area (EEA) - for example, in order to guarantee payment of medical treatment costs in an overseas hospital. VfA-International will take all reasonable steps to ensure any organisation used to process your data in these situations provides appropriate guarantees in respect of its technical and organisational security measures and that the transfer and processing of your data complies with all relevant data protection and privacy laws.