

**KRANKVERSICHERUNG**

Antrag auf Rückerstattung, Behandlungskredit ambulant und stationär

**DENDATEN (vom Versicherten des Vertragsunternehmens)**

|   |                                     |
|---|-------------------------------------|
| VERTRAGSUNTERNEHMEN                     | POLICE NR.                          |
| VERSICHERUNGSNEHMER                     |                                     |
| ADRESSE                                 | TELEFON                             |
| EMAIL                                   | TELEFON (MOBIL)                     |
| PATIENT                                 | ALTER                               |
| BERUF UND/ODER BESCHÄFTIGUNG DES KUNDEN | STAATSANGEHÖRIKEIT                  |
| BANKDATEN: NAME DER BANK                |                                     |
| WÄHRUNG DES KONTOS                      |                                     |
| CONTINENTAL <input type="checkbox"/>    | CREDITO <input type="checkbox"/>    |
| INTERBANK <input type="checkbox"/>      | SCOTIABANK <input type="checkbox"/> |
| PER.SOL <input type="checkbox"/>        | US-DOLLAR <input type="checkbox"/>  |
| ART DES KONTOS                          |                                     |
| KONTONUMMER                             |                                     |
| SPARKONTO <input type="checkbox"/>      | GIROKONTO <input type="checkbox"/>  |
| STAMMKONTO <input type="checkbox"/>     |                                     |

| VERWANDTSCHAFTSVERH   | ORT DER BEHANDLUNG | ART DER BEHANDLUNG | ART DER ABRECHNUNG   |
|-----------------------|--------------------|--------------------|----------------------|
| VERSICHERUNGSNE _____ | NAME _____         | AMBULANT _____     | RÜCKERSTATTUNG _____ |
| EHEPARTNER _____      | PRIVATPRAXIS _____ | STATIONÄR _____    | KREDIT _____         |
| SOHN/TOCHTER _____    | KLINIK _____       | NOTFALL _____      |                      |
| ELTERNTEIL _____      | KRANKSTATION _____ |                    |                      |
| SONSTIGE _____        |                    |                    |                      |

**ZUSTIMMUNG ZUR VERWENDUNG PERSÖNLICHER DATEN BEI LEISTUNGSANTRÄGEN**

Hiermit gebe ich meine freie, vorherige, informierte, ausdrückliche und unmissverständliche Zustimmung zur Eingabe meiner persönlichen, in diesem Formular angegebenen Daten, ob vertraulich oder nicht, in die Systeme und Datenbanken von MAPFRE sowie zur Verwendung dieser Informationen bei der Ausführung meines Vertrages. Des Weiteren stimme ich ausdrücklich der Weitergabe meiner persönlichen Daten an die Körperschaften und ausschließlich zu diesem Zweck beauftragt wurden. Ich nehme zur Kenntnis, dass MAPFRE die Vertraulichkeit meiner Daten gewährleistet und sicherstellt, dass diese nicht an Dritte weitergegeben werden, mit Ausnahme der in diesem Dokument genannten Fälle.

|       |   |                               |
|-------|---|-------------------------------|
| DATUM | UNTERSCHRIFT UND STEMPEL DES VERTRAGSUNTERNEHME | UNTERSCHRIFT DES VERSICHERTEN |
|-------|---|-------------------------------|

Ausschließlich vom Unternehmen auszufüllen

CODIERUNGEN

**MEDIZINISCHE PRÜFUNG**

CODE ODER BEDARF | CODE ODER BEDARF | CODE ODER BEDARF

|       |                       |       |                       |       |                       |
|-------|-----------------------|-------|-----------------------|-------|-----------------------|
| DATUM | UNTERSCHRIFT UNO GENI | DATUM | UNTERSCHRIFT UNO GENI | DATUM | UNTERSCHRIFT UNO GENI |
|-------|-----------------------|-------|-----------------------|-------|-----------------------|

**WICHTIG: IM FALLE DER RÜCKERSTATTUNG MÜSSEN DIE AUSGABEN INNERHALB VON 30 TAGEN NACH RECHNUNGSSTELLUNG EINGEREICHT WERDEN. DABEI MÜSSEN ALLE ZAHLUNGSBELEGE (HONORARBELEGE, RECHNUNGEN, QUITTUNGEN) AUF DEN NAMEN DES VERSICHERTEN (PATIENT) AUSGESTELLT SEIN.**

**VOM BEHANDELNDEN ARZT AUSZUFÜLLEN**

Datum des Diagnose oder Beginn der Symptome, Behandlungsort sowie Name des behandelnden Arztes sin deutsch anzugeben

**KRANKHEITSGESCHICHTE**

**AKTUELLE ERKRANKUNG (Bei Unfall: Datum und Umstände angeben**

**ZUSÄTZLICHE UNTERSUCHUNGEN**

**DIAGNOSE**

**MEDIZINISCHE ODER OPERATIVE BEHANDLUNG**

**PROGNOSE**

**STATIONÄRE BEHANDLUNG**

KLINIK | ZIMMER | PATIENTENAKTE

DATUM DER AUFNAHME | DATUM DER ENTLASSUNG

**DATEN DES BEHANDELNDEN ARZTES**

NAME | FACHGEBIET | TELEFON

REGISTERNUMMER BEI DE | STEUERNUMMER

\_\_\_\_\_

DATUM

\_\_\_\_\_

UNTERSCHRIFT UND STEMPEL

