

CIGNA International Leistungsantrag zur Erstattung medizinischer/zahnmedizinischer/ augenärztlicher Behandlungskosten



CIGNA INTERNATIONAL
EXPATRIATE BENEFITS

ABSCHNITT A: PATIENTENANGABEN

Vom Versicherten oder dessen gesetzlichen Vertreter auszufüllen

1 Vor-und Zuname	2 Name des Mitarbeiters (falls abweichend)
3 Mitgliedsnummer	4 Verwandtschaftsgrad zum Mitarbeiter
5 Geburtsdatum des Patienten	6 Anschrift des Mitarbeiters
7 Arbeitgeber	
8 Geben Sie die Art der Erkrankung an	
9 Wann traten die ersten Symptome auf/Wann wurde die Erkrankung zum ersten Mal diagnostiziert?	E-Mail-Adresse
	Telefon-Nr. Fax-Nr.

10 Haben Sie gegenüber einem anderen Versicherer Anspruch auf eine vollständige oder teilweise Erstattung dieser Ausgaben? Ja/Nein

11 Falls Sie in Abschnitt 10 mit Ja geantwortet haben, machen Sie bitte nähere Angaben (vollständiger Name und Adresse der Versicherungsgesellschaft sowie Policen-Nr.)

ABSCHNITT B: ZAHLUNGSMITTELINFORMATIONEN

Vom Versicherten oder dessen gesetzlichen Vertreter auszufüllen

12 Aufstellung der Behandlungen, die erstattet werden sollen, sowie Betrag und Währung			13 Bitte geben Sie an, an wen die Erstattung erfolgen soll
Behandlung	Datum	Betrag und Währung	Zahlung an

14 Wählen Sie die Zahlungsweise Scheck Überweisung
ePayment Plus Wenn Sie sich für diese Zahlungsoption entscheiden, **müssen Sie sich** über die Website, www.CIGNAEnvoy.com anmelden

15 Geben Sie die Währung an, in der die Erstattung erfolgen soll
(soll die Erstattung in EURO erfolgen, geben Sie bitte unten die IBAN und den SWIFT-Code an)

16 Soll die Zahlung auf Ihr Bankkonto erfolgen, ergänzen Sie bitte folgende Angaben:

Konto-Nr.	Name der Bank
Bankleitzahl	Adresse der Bank (Bankfiliale)
Swift-Code*	IBAN*

* durch die Angabe dieser Informationen kann die Empfängerbank die Überweisung schneller bearbeiten.

Name des Kontoinhabers (**genau anzugeben**)

17 Ich befreie Ärzte und ihre Hilfspersonen von ihrer Schweigepflicht, soweit diese Angaben für die Überprüfung der Ansprüche erforderlich sind.
Alle Angaben erfolgten nach bestem Wissen und Gewissen.

Unterschrift des Versicherten oder dessen gesetzlichen Vertreters

Datum

Entbindung von der Schweigepflicht - Um Ihren Antrag zu bearbeiten, benötigen wir möglicherweise einen Bericht Ihres Arztes. Um einen solchen Bericht einzuholen, ist Ihre Einwilligung erforderlich. Dazu haben Sie drei Möglichkeiten: 1. Sie können Ihre Einwilligung verweigern. 2. Sie können Ihre Einwilligung erteilen, aber unter der Auflage, dass Sie den Bericht innerhalb von 21 Tagen nach Erstellung einsehen können, bevor er an uns gesendet wird. 3. Sie können Ihre Einwilligung erteilen. Sie können nach Fertigstellung des Berichts bis zu sechs Monate Einsicht verlangen. Sie können den Arzt auffordern, Teile des Berichts, die Ihres Erachtens nach nicht korrekt oder irreführend sind, zu ergänzen. Stimmt der Arzt Ihrem Ansinnen nicht zu, können Sie dem Bericht Ihre eigenen Kommentare hinzufügen. Der Arzt kann Ihnen die Einsicht in den gesamten Bericht oder in Teile davon verwehren, wenn er der Auffassung ist, Sie könnten dadurch körperlichen oder seelischen Schaden nehmen.

Patientenerklärung - Ich wurde über meine Rechte aufgeklärt.

1. Ich willige hiermit ein, dass CIGNA bei meinem Facharzt oder Allgemeinarzt einen medizinischen Bericht zur Anamnese und Art meiner Erkrankung oder deren Behandlung anfordert. Diese Einwilligung ist nur für die Erkrankung gültig, für die ich einen Erstattungsantrag stelle.
2. ICH WÜNSCHE (KEINEN) Einblick in den Bericht, bevor er an CIGNA gesendet wird.
3. Ich entbinde den Arzt gegenüber CIGNA diesbezüglich von seiner Schweigepflicht.

Datenschutz - Ebenso benötigen wir Ihre ausdrückliche Zustimmung, um sensible medizinische Daten in Zusammenhang mit Ihrem Erstattungsantrag zu bearbeiten. Medizinische Informationen werden vertraulich behandelt und nur gegenüber autorisierten Parteien offengelegt. Bitte bestätigen Sie Ihre Einwilligung durch Ihre Unterschrift.

Unterschrift des Patienten
(oder Elternteils/Erziehungsberechtigten bei Minderjährigen)

Datum

PRÄVENTIVE BEHANDLUNG					
CODE	BEHANDLUNG	ANZ. D. BEHANDLUNGSEINHEITEN	ZAHN-NR.	DATUM D. BEHANDLUNG	KOSTEN FÜR PATIENT
UNTERSUCHUNGEN					
A01	Normal				
A11	Ausführlich				
A21	Vollständige Fallprüfung				
RÖNTGEN					
B01	Bissflügel				
B02	Intra Oral Aufnahme				
B03	Panorama-Aufnahme				
SKALIERUNG UND POLIEREN					
E01	Ein Besuch				
SONSTIGE BEHANDLUNGEN					
D01	Fissurenversiegelung				
D11	Örtliche Fluoridanwendung				
M0U	Okklusionssplint				

KLEINERE BEHANDLUNG					
CODE	BEHANDLUNG	ANZ. D. BEHANDLUNGSEINHEITEN	ZAHN-NR.	DATUM D. BEHANDLUNG	KOSTEN FÜR PATIENT
FÜLLUNGEN					
G01	Amalgam - einflächig				
G02	Amalgam - zweiflächig				
G03	Amalgam - drei- und mehrflächig				
G21	Komposit - einflächig				
G22	Komposit - zweiflächig				
WURZELBEHANDLUNG					
H01	Obere & untere Anterior (1 Wurzel)				
H02	Obere Prämolaren (2 Wurzeln)				
H03	Untere Prämolaren (1 Wurzel)				
H04	Molaren (3 + Wurzeln)				
EXTRAKTIONEN					
L01	Einzelner Zahn				
L02	Je weiterer Zahn				
N11	Nachbehandlung				

GRÖßERE BEHANDLUNG					
CODE	BEHANDLUNG	ANZ. D. BEHANDLUNGSEINHEITEN	ZAHN-NR.	DATUM D. BEHANDLUNG	KOSTEN FÜR PATIENT
PARODONTALBEHANDLUNG (Nicht operativ)					
E21	Verlängert (Abschabung/Wurzelglättung)				
F51	Schienen				
PARODONTALBEHANDLUNG (Operativ)					
F01	Gingivektomie				
F11	Mukoperium, Lappenoperation				
ZAHNERSATZ - METALL/ACRYL					
R63	Zusätzlicher Zahn				
R61	Zusätzliche Klammer				
K71	Reparatur von Zahnersatz				
KRONEN/BRÜCKEN					
J01	Politur, Lack (pro Zahn)				
K32	Selbstklebende Brücke				
K41	Konventionelle Brücke				
K12	Standard-Stiftaufbauten				
K11	Gold-Stiftaufbauten				
K07	Versiegelte Edelmetallkrone				
K05	Versiegelte Krone (nicht Edelmetall)				
K08	Vollständige Krone				
K06	Porzellankrone				
INLAYS					
K02	Edelmetall				
K01	Nicht Edelmetall				
K03	Porzellan				

Gesamt

Bitte schicken Sie den ausgefüllten Antrag an folgende Anschrift:

Für Anträge außerhalb der USA: CIGNA International Expatriate Benefits, International Claims, 1 Knowe Road, Greenock PA15 4RJ
Tel: +44 (0) 1475 492197 Fax: +44 (0) 1475 492424 E-Mail: ice.team@cigna.com

Für Anträge innerhalb der USA: CIGNA International Expatriate Benefits, International Claims, PO Box 15964, Wilmington, DE 19850-
Tel: 1 800 768 1725 Fax: 1 302 797 3150

CIGNA Life Insurance Company of Europe S.A.-N.V.,

eingetragen in Belgien mit beschränkter Haftung. Hauptsitz in Belgien: Avenue de Cortenbergh 52, 1000 Brüssel, Belgien.

Untersteht in Belgien der Aufsicht durch die Commission Bancaire, Financière et des Assurances (CBFA).