

ABSCHNITT A: ANGABEN ÜBER DEN PATIENTEN

AUSZUFÜLLEN VON DER VERSICHERTEN PERSON ODER SEINES gesetzlichen VERTRETERS

1 Name des Patienten	2 Name des Versicherten (wenn abweichend von 1.)
3 Mitgliedsnummer	4 Verwandtschaftsgrad zum Versicherten
5 Geburtsdatum des Patienten	6 Anschrift des Versicherten
7 Arbeitgeber	
8 Laufen auf Ihren Namen andere Kranken- oder Reiseversicherungen, bei der Sie vollen oder teilweisen Anspruch auf Rückerstattung der Kosten haben. <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	E-Mail Adresse
	Tel Nr. Fax Nr.
9 Wenn Sie in Abschnitt 8 mit ja geantwortet haben, schildern Sie uns bitte unten genaue Einzelheiten (Name der Versicherungsfirma, Adresse der Versicherungsfirma und Versicherungsscheinnummer).	

ABSCHNITT B: ANGABEN ZUR ZAHLUNG

AUSZUFÜLLEN VON DER VERSICHERTEN PERSON ODER SEINES RECHTLICHEN VERTRETERS

10 Aufstellung der Kosten, die erstattet werden sollen			11 Wer soll die Erstattung erhalten und in welcher Währung?	
Behandlung	Datum	Betrag	Zahlung an	Überweisung
12 Bitte wählen Sie die Zahlungsweise <input type="checkbox"/> Scheck <input type="checkbox"/> Überweisung				
13 Wenn der Erstattungsbetrag auf Ihr Konto überwiesen werden soll, dann stellen Sie uns bitte folgende Angaben zur Verfügung:				
Konto- Nr.:		Name der Bank		
Bankleitzahl:		Anschrift der Bank:		
Name des Kontoinhabers:				
SWIFT- Nr.:		IBAN- Nr.:		
14 Ich bestätige hiermit, dass dieses Anspruchsformular meines Wissens nach keine falschen, irreführenden oder unvollständigen Angaben enthält.		Unterschrift des Patienten:		Datum:

15 Entbindung von der Schweigepflicht

Mir ist bekannt, dass der Versicherer zur Beurteilung seiner Leistungspflicht Angaben überprüft, die ich zur Begründung etwaiger Ansprüche mache oder die sich aus von mir eingereichten Unterlagen (z.B. Rechnungen, Verordnungen) sowie von mir veranlassten Mitteilungen eines Krankenhauses oder von Angehörigen eines Heilberufes ergeben. Auch zu diesem Zweck befreie ich die Angehörigen von Heilberufen oder Krankenanstalten, die in den vorgelegten Unterlagen genannt sind oder die an der Heilbehandlung beteiligt waren, von ihrer Schweigepflicht; dabei hat die Geltendmachung eines Leistungsanspruches die Bedeutung einer Schweigepflichtentbindung für den Einzelfall. Von der Schweigepflicht entbinde ich auch zur Prüfung von Leistungsansprüchen im Falle meines Todes. Die Schweigepflichtentbindung für die Leistungsprüfung bezieht sich auch auf die Angehörigen von anderen Kranken- und Unfallversicherern, die nach dort bestehenden Versicherungen befragt werden dürfen.

Diese Erklärung gebe ich auch für meine mitversicherten Kinder sowie die von mir gesetzlich vertretenen mitversicherten Personen ab, die die Bedeutung dieser Erklärung nicht selbst beurteilen können.

Unterschrift der versicherten Person oder des gesetzlichen Vertreters

Datum

16 Einwilligungsklausel nach dem Bundesdatenschutzgesetz

Ich willige ein, dass der Versicherer im erforderlichen Umfang Daten, die sich aus der Vertragsdurchführung (Versicherungsfälle, Risiko-/Vertragsänderungen) ergeben, an Rückversicherer zur Beurteilung des Risikos und zur Abwicklung der Rückversicherung sowie zur Beurteilung des Risikos und der Ansprüche an andere Versicherer und an den Verband der privaten Krankenversicherung zur Weitergabe dieser Daten an andere Versicherer übermittelt.

Ich willige ferner ein, dass die Unternehmen der CIGNA-Gruppe die allgemeinen Vertrags- und Leistungsdaten in gemeinsamen Datensammlungen führen und an die zuständigen Vermittler weitergeben, soweit dies der ordnungsgemäßen Durchführung meiner Versicherungsangelegenheiten dient.

Gesundheitsdaten dürfen nur an Personen- und Rückversicherer übermittelt werden; an Vermittler dürfen sie nur weitergegeben werden, soweit es zur Vertragsgestaltung erforderlich ist.

Ohne Einfluss auf den Vertrag und jederzeit widerrufbar willige ich weiter ein, dass der/die Vermittler die allgemeinen Vertrags- und Leistungsdaten darüber hinaus für die Beratung und Betreuung auch in sonstigen Finanzdienstleistungen nutzen darf/dürfen.

Diese Einwilligung gilt nur, wenn ich zuvor vom Inhalt des Merkblatts zur Datenverarbeitung Kenntnis nehmen konnte.

Unterschrift der versicherten Person oder des gesetzlichen Vertreters

Datum

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 1475 788411 Fax: +44 1475 492424 E-mail Adresse: 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 Cortenberg, 52, 1000 Brüssel, Belgium.

