Hospitalia freie

ANTRAG AUF RÜCKERSTATTUNG

Bitte beachten Sie die Erklärungen auf der Rückseite, bevor Sie dieses Dokument ausfüllen

Name und Vorname der hospitalisierten Person: . . . . . .

Geburtsdatum: . . . . . .

Nr. des Nationalregisters

oder
kleben Sie hierhin eine Vignette

Antrag auf Rückerstattung in Bezug auf:

- ☐ Anzahlung an das Krankenhaus
- ☐ Krankenhausrechnung
- ☐ Pflege vor/nach dem Krankenhausaufenthalt* (s. Rückseite)
- ☐ Garantie schwere Krankheiten* (s. Rückseite)

Wenn es sich um einen Unfall handelt, geben Sie bitte das Datum des Unfalls an: . . . . . .

Haben Sie bereits eine Erstattung von einer anderen Versicherungsgesellschaft erhalten? ☐ JA ☐ NEIN

Falls ja, übermitteln Sie uns bitte die Abrechnung der Intervention und eine Kopie der Rechnung.

- Hiermit erkläre ich ausdrücklich und in entsprechender Höhe, der VaG (Versicherungsgesellschaft auf Gegenseitigkeit) MLOZ Insurance, alle Forderungsrechte zu übertragen, die sie gegenüber jedem Verantwortlichen dieses Schadensfalls, einschließlich aller Versicherer, geltend machen kann.
- Ich erlaube der VaG MLOZ Insurance das Detail der Rechnungen beim zuständigen Krankenhaus und bei den Ärzten anzufragen und erteile MLOZ Insurance die Vollmacht, zu Unrecht berechnete und/oder gezahlte Leistungen in meinem Namen dort berichtigen zu lassen, bzw. zurückzufordern.
- Ich bin mir bewusst, dass jede falsche Erklärung meinerseits zu den im Versicherungsgesetz beschriebenen Sanktionen sowie zu strafrechtlichen Sanktionen führen kann. Mir ist bekannt, dass jede falsche Aussage eine Urkundenfälschung, einen Betrugsversuch und einen gerichtlich strafbaren Betrug darstellt.
- Um die Bearbeitung meiner Kostenerstattung zu erleichtern, erlaube ich hiermit der VaG MLOZ Insurance bei meiner Krankenkasse oder beim Landesbund der Freien Krankenkassen (MLOZ) meine Daten, die sie im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung und Zusatzversicherung erhalten haben, einzuholen.

Ausgestellt in .....

am .....

Für wahr und richtig erklärt

Erforderliche Unterschrift des Versicherten:

* Nur für Behandlungen im Zusammenhang mit einem Krankenhausaufenthalt oder der Garantie schwere Krankheiten auszufüllen, falls:
• die Leistungen vor und nach dem Krankenhausaufenthalt via e-Attest abgerechnet wurden (elektronische Pflegebescheinigung).
• Sie Ihre Behandlungsbescheinigungen bereits bei Ihrer Krankenkasse eingereicht haben.
• Ihr Leistungserbringer die Leistung über Drittzahler in Rechnung gestellt hat und Sie keinen Beleg erhalten haben.
Bitte vermerken Sie hier den Namen des Leistungserbringers und das Datum der Behandlung (bei Kinesitherapie, Logopädie oder Krankenpflege können Sie den Zeitraum der Pflege angeben).

Name des Leistungserbringers + Datum:	**Name des Leistungserbringers + Datum:**
Name des Leistungserbringers + Datum:	**Name des Leistungserbringers + Datum:**
Name des Leistungserbringers + Datum:	**Name des Leistungserbringers + Datum:**
Name des Leistungserbringers + Datum:	**Name des Leistungserbringers + Datum:**
Name des Leistungserbringers + Datum:	**Name des Leistungserbringers + Datum:**

Sehr geehrtes Mitglied,

wir wünschen Ihnen eine baldige Genesung nach Ihrem Krankenhausaufenthalt.

Alle auf diesem Formular von uns geforderten Auskünfte sind wichtig und erleichtern uns die Berechnung der Erstattung Ihres Krankenhausaufenthaltes, der Leistungen vor und nach Ihrem Krankenhausaufenthalt sowie jene im Rahmen der Garantie schwere Krankheiten.
Es liegt in Ihrem Interesse, dieses Dokument korrekt auszufüllen, damit wir Ihnen schnellstmöglich die Zahlung zukommen lassen können.
Sie sind verpflichtet, die Zahlung der Krankenhausrechnung an das Krankenhaus selbst vorzunehmen.

Einige Empfehlungen zum Ausfüllen dieses Dokumentes:
- für jede Erstattungsanfrage ist ein „Antrag auf Rückerstattung“ auszufüllen;
- falls Sie Mitglied von Hospitalia Kontinuität sind, müssen Sie uns die detaillierte Abrechnung der Erstattung durch die Gruppenversicherung Ihres Arbeitgebers zukommen lassen.
  Die Krankenhausrechnung müssen Sie also der Gruppenversicherung zusenden.

Sollten Sie später für denselben Krankenhausaufenthalt zusätzliche Rechnungen erhalten, dann müssen Sie diesen Rechnungen einen neuen „Antrag auf Rückerstattung“ beifügen.

Wenn Sie für die Pflege vor und nach dem Krankenhausaufenthalt sowie die Garantie schwere Krankheiten versichert sind, müssen Sie eine Kopie der Rechnungen und der Behandlungsbescheinigungen einreichen oder - falls diese nicht vorliegen - oben vermerken.

Die Belege können auf elektronischem Weg übermittelt werden, **ausgenommen der Behandlungsbescheinigungen** (das Originaldokument ist erforderlich). In diesem Fall muss die digitale Kopie von guter Qualität (lesbar) und originalgetreu sein (keine handschriftlichen Änderungen oder Nachbearbeitungen). Wir behalten uns das Recht vor, das Originaldokument bei Ihnen anzufordern.

Wir raten Ihnen, nicht preiszugeben, dass Sie eine Krankenhausversicherung abgeschlossen haben.
Die Erfahrung hat uns gelehrt, dass die Honorarzuschläge zu Lasten des Versicherten regelmäßig erhöht werden, wenn jemand angibt, eine zusätzliche Krankenhausversicherung zu haben.

Ihre Freie Krankenkasse.

Nicht gedeckt sind Krankenhaus- und Pflegekosten in Zusammenhang mit:
- einer Krankheit oder Unfall:
  - infolge von Kriegsereignissen;
  - als Folge von besoldeten sportlichen Aktivitäten, Training einbegriffen;
  - als Folge von Aufständen, zivilen Unruhen, gemeinschaftlichen Gewalttätigkeiten politischer, ideologischer oder sozialer Inspiration, begleitet oder nicht von Rebellion gegen die Staatsgewalt oder jegliche befugte Macht;
  - infolge von Betäubungsmitteln, Halluzinogenen oder anderen Drogen;
  - infolge einer freiwilligen Teilnahme an einem Verbrechen oder einem Delikt;
  - infolge einer vorsätzlichen Handlung des Versicherten, außer bei Rettung von Personen und Gütern, oder bei willkürlichen Risikoerhöhungen durch den Versicherungsnehmer (der Selbstmordversuch wird nicht mit vorsätzlichen Handlungen gleichgesetzt);
  - infolge von Trunkenheit, Alkoholismus oder Rauschgiftsucht;
  - infolge nuklearer Reaktionen;
- Verjüngungskuren.

Gemäß der Datenschutzgrundverordnung 2016/679 vom 27. April 2016 agiert MLOZ Insurance als verantwortliche Stelle und die Krankenkasse als Versicherungsvertreter und Auftragsverarbeiter für die Verwaltung Ihrer Versicherungsverträge. Unsere Politik zum Schutz des Privatlebens können Sie einsehen unter www.freie.be/datenschutzbestimmungen oder auf schriftliche Anfrage.

Freie Krankenkasse, Gesellschaftssitz in 4760 Büllingen, Hauptstraße 2, Versicherungsvertreter (Nr. AfK 5004c) für MLOZ Insurance, die VaG des Landesbundes der Freien Krankenkassen,anerkannt unter der Nr. AfK 750/01 für die Zweige 2 und 18, mit Sitz in 1070 Brüssel, Route de Lennik 788A - Belgien (RJP Brüssel) - Unternehmensnr.: 422.189.629.