

■ Verfahren zur Einreichen von Dokumenten und/oder medizinischen Kosten

Zur Identifikation und Verwaltung Ihrer Korrespondenz bitten wir Sie, bei jeder Versendung, die u.a. Verfahren zu beachten. Sie können auch ruhig alle Belege sammeln und uns in einer einzigen Sendung zukommen lassen. Eine komplette und übersichtliche Akte beschleunigt deren Behandlung.

Die u.a. Dokumente sind bei Ihrem Arbeitgeber und auf unserer Webseite <http://www.agemployeebenefits.be> erhältlich

- «**Schadensanzeige**»
- «**Antrag auf Erstattung medizinischer Kosten**»

■ Wenn Sie eine neue Schadensakte sowie medizinische Kosten einreichen wollen :

Schritt 1 : Das Formular «**Schadensanzeige**» ausfüllen (Vorder- und Rückseite)

Schritt 2 : Teil 1 «Identifikation» des Formulars ausfüllen «**Antrag auf Erstattung medizinischer Kosten**»

Schritt 3 : Für die betroffene Person und Krankheit und für die gedeckte Periode, Teile 2 & 3 des Formulars «**Antrag auf Erstattung medizinischer Kosten**» auf der Grundlage der Kostenrechnungen ausfüllen, unter Beifügung der geordneten und nummerierten Beweisstücke.

Als Beweisstücke gelten:

- Originale und detaillierte Krankenhausrechnungen (+eventuelle Anlage)
- Eventuelle Rechnung für Krankentransport, die zunächst der Krankenkasse vorzulegen ist.
- Für die pharmazeutischen Kosten:
fragen Sie Ihren Apotheker die „Bescheinigung über im Rahmen einer Zusatzversicherung erstattungsfähige pharmazeutische Leistungen“ (Verzeichnis mit Namen und Vornamen des Patienten, Name des verschreibenden Arztes, Ablieferungstermin und Liste der Produkte mit deren entsprechendem Preis).
- Für die Kosten der ambulanten Pflege:
fragen Sie Ihre Krankenkasse ein Verzeichnis sämtlicher Leistungen für die betroffene Person während der Versicherungsperiode.
- Für ggf. nicht in diesen Verzeichnissen aufgeführte Leistungen: Rechnungen und/oder Honorarrechnungen.

Schritt 4 : Ihre Akte senden an: **AG Insurance – Health Care**
Bd. E. Jacqmain 53
1000 Brüssel

■ Wenn Sie für eine bestehende Akte Kosten einreichen wollen:

- Teil 1 des Formulars «**Antrag auf Erstattung medizinischer Kosten**»
- Die o.a. Schritte 3 und 4 wiederholen.

■ Für jede andere Korrespondenz :

- Das Aktenzeichen von AG Insurance (wenn bekannt) angeben
- Die Kennziffern Ihres Arbeitgebers (Name und Gruppennummer*) angeben
- Eine Krankenkasse vignette aufkleben, unter Angabe Ihres Geburtsdatums, oder Ihren Namen, Vornamen und Geburtsdatum angeben.
- Schritt 4 wiederholen.

* Wenn Ihnen die Gruppennummer unbekannt ist, bei Ihrem Arbeitgeber informieren

Vielen Dank im Voraus.

Antrag auf Erstattung medizinischer Kosten

Die u.a. Dokumente sind bei Ihrem Arbeitgeber und auf unserer Webseite <http://www.agemployeebenefits.be> erhältlich

Volet 1 : Identification

Arbeitgeber : Gruppennummer :

Personalmitglied : Name Vorname

Geburtsdatum : Zeichen AG Insurance (wenn bekannt) :

Anschrift :

E-mail Adresse : @

Telefonnummer :

Bankkontonummer - IBAN : □□□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□
 - BIC : □□□□□□□□□□

Pflegeempfänger : hier eine Krankenkassenvignette aufkleben und
 Geburtsdatum hinzufügen oder unten ausfüllen :

Name
 Vorname
 Geburtsdatum

Krankenkassenvignette

Teil 2 : Hospitalisierung

Wenn der Antrag sich auf eine oder mehrere Krankenhausrechnungen bezieht (+ ggf. Krankenwagen):

- Unten ausfüllen und die detaillierte(n) Rechnung(en) (+ggf. Anlagen) hinzufügen

| Beweisstück | Krankenhausrechnungen | | | | |
|--------------|------------------------------------|--------------------------------|----------------|---------------------|--|
| Nr. | Hospitalisierungsperiode von | | until | | Betrag zu Lasten des Patienten : EUR |
| Nr. | Hospitalisierungsperiode von | | until | | Betrag zu Lasten des Patienten : EUR |
| Nr. | Krankenwagentransport ambulance | Datum / / | Gezahlt EUR | Krankenkasse EUR | Zu Lasten EUR |

Teil 3 : Prä- und Posthospitalisation / Ambulante Kosten

Wenn der Antrag sich auf Erstattung ambulanter Kosten bezieht: Für die betroffene Person und Krankheit und die versicherte Periode die Beweisstücke beifügen und die Tabellen weiter unten ausfüllen.

| Beweisstück | | Pharmazeutische Kosten: Verbände, Medikamente, unz. | | | |
|--------------|-----------------------|---|-------|-----------------------|---------|
| Nr. | Datum | Gezahlt | Nr. | Datum | Gezahlt |
| | / / | | | / / | |
| | / / | | | / / | |
| | / / | | | / / | |
| | / / | | | / / | |
| | / / | | | / / | |
| Total in EUR | | | | | |

| Beweisstück | | Pharmazeutische Kosten: Verbände, Medikamente, unz. | | | |
|--------------|-----------------------|---|---------|--------------|-----------|
| Nr. | Datum | Doctor's name | Gezahlt | Krankenkasse | Zu Lasten |
| | / / | | | | |
| | / / | | | | |
| | / / | | | | |
| | / / | | | | |
| | / / | | | | |
| | / / | | | | |
| | / / | | | | |
| | / / | | | | |
| Total in EUR | | | | | |

Ggf. mehrere Formulare ausfüllen
 Datum : / /

Ihre Akte Bitte senden an:

AG Insurance - Health Care
Bd. E. Jacqmain, 53
1000 Brüssel

Wir danken Ihnen für Ihre Mitwirkung

Signature :