## Leistungsanspruchsformular



### So senden Sie uns einen Leistungsanspruch

### Sie können uns einen Leistungsanspruch senden:

- o **Mit Ihrem MembersWorld-Konto.** Sie können entweder eine digitale Version dieses Formulars ausfüllen oder die Pflichtfelder im Abschnitt "Leistungsanspruch einreichen" ausfüllen. (Dies ist die schnellste Option)
- Per Post. Bitte geben Sie Ihre Angaben entweder direkt in dieses Formular ein oder schreiben Sie deutlich in Großbuchstaben und mit schwarzer Tinte. Senden Sie das Formular mit den Originalrechnungen oder Kopien der Rechnungen an: Bupa Global, Victory House, Trafalgar Place, Brighton, BN1 4FY LIK.

Bitte füllen Sie alle Abschnitte des Formulars deutlich aus, um Verzögerungen zu vermeiden, und senden Sie es so bald wie möglich (idealerweise innerhalb von zwei Jahren nach Ihrem Behandlungstermin) an uns zurück.

### Bitte füllen Sie ein neues/separates Leistungsanspruchsformular aus für:

- o jeden Patienten
- o jeden stationären oder teilstationären
- jede Art der Erkrankung/
  Beschwerde
- jede Währung eines Leistungsanspruchs

Wir können keine Originaldokumente zurücksenden, stellen Ihnen aber bei Bedarf gerne beglaubigte Kopien zur Verfügung. Bevor Sie uns Ihren Leistungsanspruch zusenden, lesen Sie bitte die Checkliste am Ende dieses Formulars, um sicherzustellen, dass Sie alles angegeben haben.

1 Angaben zum Patienten (von der behandelnden Person oder ihrer	n Bevollmächtigten auszufüllen)
Mitgliedsnummer des Patienten:	Name der Gruppe (falls zutreffend):
BI	
Anrede	
Vorname	
Nachname	
Namenszusatz	
Geburtsdatum T T M M J J J J	
Aktuelle Postanschrift:	
Gebäude	
Straße	
Ort	
Postleitzahl Postfach	
Region	
Land	
Wir senden die gesamte Korrespondenz an diese Adresse. Sie können Ihre Daten jeder:	zeit online unter memberworld.bupaglobal.com aktualisieren
E-Mail	
Telefon (Bitte geben Sie Ländervorwahl, Ortsvorwahl und Rufnummer an)	

	<b>Leis</b> des F	_																													r die	: Be	nan	dlur	ng
In we	lchem	Land	hat d	ie Be	ehan	dlun	g sta	attg	efun	denî	?																								
In we	lcher	Währı	ıng w	urde	die	Rech	nnun	ng au	ısge	stell	t?																								
Wie l	noch is	st der	Gesar	ntbe	trag	der	Ford	deru	ng?																										
Medi	zinisch	ne An	gaber	١																															
Grun	d der l	Behar	dlung	ode	r de:	s Be	such	is be	ei ein	em .	Arzt	, z. E	3. Sy	mpt	ome	unc	d Dia	agno	se, f	alls	beka	nnt													
	die Be			: W	ellne	SS O	der p	präv	entiv	<u>'</u>	Mut	ters:	chaf	t	Onl	kolog	gie(	$\int z$	'ahnl	beha	ındlu	ınge	n(	(Seh	kraft/	Sehve	ptik ermög rigiere	gen(						inem thalt	
Wanı	n bega	innen	die Sy	mpt	ome	?	Т	Т	М	М	J	J	J	J	Da	itum	der	r erst	ten l	Jnte	rsucl	hung	J VOI	n ein	em .			T	Т	М	M	J	J	J	J
	lheite kamer						lung	ı, ein	schl	ießlie	ch O	pera	ation	en ı	ınd																				
Medi	Karrier	itenbe	merk	t wur	ruen												_		=									=		=	_	_		_	
											=		=		=	=		=	=									=		=	_	=		=	=
Anga	ben z	um be	hand	elnde	en A	rzt																													
Name	9																																		
Fach	gebiet	/Qual	ifikati	onen																															
	e der r		nisch	en																															
Adre	sse																	Ī	T																
																	Ī																		
E-Ma	il-Adre	esse																Ī																	
	on (Bit umme		oen S	ie Lä	nder	vorv	vahl,	, Ort	svor	wah	ıl unc	d				Π	Ī	T	Ī																
	ben z		nkenl	nausa	aufn	ahm	e (fa	alls z	utre	ffen	ıd)																		<u> </u>						
	m der ahme		ТТ	М	М	J	J	J	J	En	ıtlass	ung	steri	min		Т	Т	М	М	J	J	J	J		tum erat	der ion		Т	Т	М	М	J	J	J	J
Name	e des kenhai	ıses																																	
Adre	sse																		T																_
																	T	T	T															$\exists$	
E-Ma	il-Adre	esse																_	$\perp$																
	on (Bit umme		oen S	ie Lä	nder	vorv	vahl,	, Ort	svor	wah	l und	t																							
Unte	ersch	rift (	des l	oeha	a <u>nd</u>	eln	der	1 <u>A</u> ı	rzte	s											 	Da	atur	n											
																						Т		Τ		М	1	М	J					J	1
Name	e in Dr	ucksc	nrift																																

3 Krankenh	nausta	geç	gelo	k																												
Das Krankenhaus eine Geldleistung		sen ,	Abso	hnit	tt au	sfüll	en,	wen	n fü	r de	n Au	ifent	halt	übe	r Na	cht	kein	ne Ko	ster	n ent	star	nden	sino	d un	d Ih	re K	rank	enve	ersic	heru	ing	
Ich bestätige, dass											· · · ·	bis																				! ! !
	Das Krankenhaus muss dieses Leistungsanspruchsformular hier mit einem Stempel versehen:																															
4 Zahlungsangaben																																
An wen sollen wir die Zahlung leisten? (Bitte nur eine Option wählen)																																
Arzt Krankenhaus/Klinik Patient/Mitglied (Zahlungsnachweis beifügen) Gruppe/Unternehmen (Zahlungsnachweis beifügen)								en)																								
Füllen Sie Abschnitt A aus, um per Banküberweisung zu bezahlen, oder Abschnitt B, um per Scheck zu bezahlen.																																
Abschnitt A - Zahlung per elektronischer Überweisung auf ein Bankkonto																																
Name der Bank																																
SWIFT-/BIC-Code <sup>3</sup>	k																															
Bankleitzahl (nur (	Großbrita	nnie	n)			_			_																							
Kontonummer																																
VOLLSTÄNDIGE IE	BAN*																															
Name des Kontoin Zahlungsempfäng	•																															
Währung für die Überweisung																																
Adresse der Bank																																
Postleitzahl																																
Land																																
*Um Ihre Zahlung Sie die IBAN und						_	-				-	-				-			-				_			_		hode	e. Bit	te g	jebe	n
Wir empfehlen, Üb	erweisun zahlen, z n Anbiete ed einer G erungssur	ngen zahle er zal Grupi mme	in de en wi hlen, penv e, die	er W r Ihr zieh ersio	'ähru en L nen v cher Ihre	ıng I eistu wir c ung Poli	hresungs len S sinc	s Bar sansı Selb: d, zal gilt. S	nkko oruc stbe nlen	ntos h ab halt wir	zu t züg bzw dem	ätig lich ( . Mit n me	en. S des s vers dizir	So w Selb: siche nisch	icke stbe rung en [	In w halt gsbe Dien:	ir Mi s od trag stlei	tvers er de per ster	siche er Mi Last den	erung itver schr Leist	gen sich rift c tung	und erun oder gsans	Selb Igssu Kred Spru	stbe umm ditka ch a	ehalt ne, d arte bzüg	e fül lie Si von glich	r Leis ie in Ihnes des	Ihre n eir Sell	r Pol า. bstb	ice h ehalt	nabe ts oc	n. der
	Um herauszufinden, ob bei Ihnen eine Mitversicherung oder ein Selbstbehalt besteht, prüfen Sie bitte Ihre Versicherungsbescheinigung. Weitere Informationen über Mitversicherung und Selbstbeteiligung finden Sie in Ihrem Produkt-Leitfaden.																															
Abschnitt B - Sch	Abschnitt B - Scheckzahlung																															
In welcher Währur	ng möchte	en Si	ie sic	ch de	en So	chec	k au	ısste	llen	lass	en?	(Bitt	e nu	ır eir	ie O	ptio	n wä	ähler	1)													
Währung Ihre	er Rechnu	ınge	n						$\bigcirc$	Wä	ihrui	ng Ih	rer	Prän	nien							$\subset$	) w	/ähru	ung	Ihres	s Bar	nkko	ntos			

An Mitglieder zahlbare Schecks werden per Post an die auf dem Deckblatt angegebene Postanschrift gesendet

Wenn ja, g	CDEII.	ا عاد		. uit	. 110	1110	intuc	116	ıı di	1.					Τ	Т					$\top$															$\top$
Name								_						<u> </u>	<u> </u>		<u> </u>		+	+	_	4		_												_
Adresse																																				
E-Mail-Adr	esse					Ī		T						T				Ì	Ť		Ť															Ť
Telefon (Bi	tte ge	ben	Sie	Lär	nder	vo	rwał	ıl, (	Ort	svor	wah	ıl un	d																							$\frac{\perp}{\perp}$
Rufnumme	er an)																																			
6 Ihre	Zus	tir	nm	MIT	na	71	ır F	in	hc	din	na	۵ir	100	m	adi	iziı	nisc	he	n (	Sout	ac.	hte	anc													
o iiiie	: Zu:	LII		lui	ıg	۷,	11 L		IIIC	, iui	19	CII	163		cu	Z11	1150	.116	11 \	Jul	ac	1110	31118	'												
														W	ich	tig	e l	nfc	rm	ati	on	en														
Um Ihren l	eistur	nasa	nsn	ruc	h be	ar	beite	n z	zu k	önn	en.	müs	sen	wir	mö	alich	nerw	eise	ein	en m	nedi	zinis	sche	n B	eric	ht v	on e	inen	n Ar:	zt ai	nfor	dern	der	Sie	behar	ndelt
hat. Dazu i		_									,					_											011 0		,	Lt a.		aciii	, acı	Oic	Deriai	Ideit
Bitte leser	Sie d	iese	n A	bsc	hnit	t s	orgf	älti	ig d	lurc	h. Si	e ha	ber	) be	stim	mte	Red	hte	, die	dui	ch (	das	unte	n b	escl	hrie	bene	e bri	tiscl	ne R	ech	t ges	chü	tzt s	ind.	
Wenn Sie			-		_																															
1. Sie könn an uns ges			nwil	ligu	ng e	erte	eilen	, ol	hne	der	n Be	func	l de	s Ar	ztes	10V	der	Übe	ermi	ttlur	ng a	n ur	ıs ei	nzu	sehe	en. [	Der E	Berio	cht v	vird	dan	n vo	m A	rzt d	irekt	
2. Sie könr unserer Be Arzt nicht Bericht eir Bericht zu Kommenta dass Sie ih Möglichke oder Ihre 2	enachr innerh izuseh änder ar hinz n sehe it, den	icht alb en, n, w uzu en m Ber	igur von müs enr füge nöch icht	ng 2 21 ssen Sie en, l en, l ten	1 Tage Tage Sie de devo bevo , kö nzus	ge ih r M or e nn	Zeit, kont m ei leinu er an en Si en ur	, sine ne ing ur ie l	ch r tier sch sin s g hre der	mit I en, i riftl d, d ese Mei n Ar:	hrei st d iche ass nde nun zt zi	m Ai iese Ein er ir er ir u wir g är	zt i be willi refü d. S ider ten,	n Ve rech gun ihrei ollte n, in	rbin Itigt g er nd is en S Iden	dur , de teile st. V ie Ih	n Be en, b lenn r Eir e Ihr	set rich evoi Ihr iver en A	zen, t an er e Arzt stän	um uns den die dnis kont	die zu : Beri s ab daz akti	Eins senc icht olehr zu ge erer	sich Ien. an u nt, k ebe n, be	tnah Wei uns v önn önn devor	me nn S weit en S ass v der	in consider side of the consider of the consideration of the co	den E sich j eber darau einer richt	Berio edo kar uf be n Be an i	cht z ch a nn. S esteh ericht uns g	u ve n Ih ie k nen, t erf gese	erein ren / önne den den nalte	bare Arzt en Ih n Bei n, ol t wir	wen. Wen ren richt	Venn den, Arzt eine anzu ie ha	Sie d um d bitter en eige geber ben d	en n, de enen n, lie
3. Sie könr	en Ihr	e Zı	ıstin	nmı	ıng	vei	rweig	ger	n, b	ede	nke	n Sie	e jed	doch	ı, da	SS V	/ir Ih	ren	Leis	tung	ısan	spru	ıch	n di	esei	m F	all m	ıögli	cher	wei	se ni	cht a	akze	ptier	en kö	nner
Unabhäng Kopie zu b																												n Si	e da	s Re	echt,	Ihre	n Aı	rzt ui	n eine	è
Ihr Arzt ist nachteilig deren Zust Zusammer	sein ko immu	inn ng d	ten offe	ode nba	r (b ren	) e wü	r dar ırde (	nit (m	sei it A	ne A usn	Absi ahm	chte ie de	n Ih er In	nen forn	geg natio	jeni one	iber n, die	offe vo	nba n eii	ren nem	wür Ges	de o sunc	der Ihei	(c) tsex	er s pert	ons ten i	t die in se	lde iner	ntitä beri	t eir uflic	ner a :hen	ande Eige	ren enscl	Perso haft		ne
Ich als Unt Bupa bevo mit einer E Leistungsa	Ilmäcl Behand	ntig Ilun	ten g o	Per: der	son and	die	Info	orm	nati	one	n zu	r Ve	rfüç	gung	zu	stel	len, (	die I	Bupa	od	er d	ie vo	on E	Supa	be	vollr	mäcl	ntigt	e Pe	erso	n im	Zus	amn	nenh		nc
<b>Wenn Sie</b> Ich bin übe über den Z	er mei	ne F	≀ech	te g	gem	äß	dem	ı G	ese	tz ü	ber	den	Zug	gang	j zu	me	dizin	isch	en C	iuta	chte	en (A	Acce	ess t	οМ	edic	al R	еро	rts A							-
Wenn Sie i	m Ver	eini	gter	ı Kö	nig	rei	ch b	eha	and	elt v	vur	den,	teil	en S	ie u	ns l	itte	mit	, ob	Sie	eine	e Ko	pie	des	me	dizi	niscl	nen	Beri	chts	seh	en r	nöcl	nten,	bevo	r
dieser an E	luna a	222	nda	+ 14/	ird.																															

Ich möchte KEINE Kopie von einem Arztbericht erhalten, bevor dieser an Bupa geschickt wird.  $\bigcirc$ 

5 Versicherung durch dritte

#### Datenschutzerklärung

### Letzte Aktualisierung: September 2023

Wir verpflichten uns dazu, im Umgang mit Ihren personenbezogenen Daten stets Ihre Privatsphäre zu schützen. Diese Datenschutzerklärung gibt einen Überblick über die Daten, die wir über Sie sammeln, und darüber, wie wir diese Daten nutzen und schützen. Sie bietet auch Informationen über Ihre Rechte. Ihre von uns verarbeiteten Informationen und die Gründe für ihre Verarbeitung hängen von den Produkten und Leistungen ab, die Sie erworben haben und nutzen. Näheres finden Sie in unserer vollständigen Datenschutzerklärung:

www.bupaglobal.com/privacypolicy. Wenn Sie keinen Zugang zum Internet haben und eine gedruckte Version der vollständigen Datenschutzerklärung wünschen oder Fragen dazu haben, wie wir Ihre Daten verarbeiten, kontaktieren Sie bitte das Bupa-Global-Serviceteam unter +44 (0)1273 323 563. Alternativ dazu können Sie sich auch per E-Mail oder per Post an das Team wenden: info@bupaglobal.com bzw. Bupa Global, Victory House, Trafalgar Place, Brighton BN1 4FY, Vereinigtes Königreich.

### Informationen über Bupa Global

In diesem Datenschutzhinweis steht "wir", "uns" und "unser" für die Bupa-Unternehmen, die unter der Bezeichnung Bupa Global tätig sind. Weitere Informationen zu diesen Unternehmen finden Sie unter www.bupaglobal.com/legal-notices

Welche Bupa Unternehmen Ihre Daten verarbeiten, hängt davon ab, welche unserer Produkte und Dienstleistungen Sie bei uns anfragen, kaufen oder verwenden. Bei unseren Versicherungspolicen werden Ihre Daten von dem Versicherer und dem federführenden Betreiber Ihrer Police verarbeitet, der sie möglicherweise an andere Bupa-Unternehmen weitergibt, wie im Abschnitt "Weitergabe Ihrer Daten" dargelegt. Bitte konsultieren Sie Ihre Versicherungsunterlagen, um den/die Versicherer und Betreiber zu identifizieren.

### 1. Gegenstand dieser Datenschutzerklärung

Diese Datenschutzerklärung gilt für jeden ("Sie", "Ihr", "Ihnen"), der über jeglichen Kanal (etwa per E-Mail, über die Website, per Telefon, über die App usw.) bezüglich unserer Produkte und Leistungen mit uns kommuniziert.

### 2. Wie wir personenbezogene Daten erfassen

Wir erhalten personenbezogene Daten von Ihnen und anderen Organisationen (etwa Ihren Bevollmächtigten wie zum Beispiel Makler, Gesundheitsdienstleister usw.). Wenn Sie uns Informationen über andere Personen zur Verfügung stellen, müssen Sie sicherstellen, dass diese Personen diesen Datenschutzhinweis gelesen haben und damit einverstanden sind, dass Sie dies tun.

### 3. Kategorien personenbezogener Daten

Wir verarbeiten folgende Kategorien personenbezogener Daten über Sie und (falls zutreffend) Ihre mitversicherten Familienmitglieder: Es handelt sich um allgemeine personenbezogene Daten (wie etwa Kontaktangaben, Identifizierungsangaben oder Daten, die wir zur Verwaltung unserer Geschäftsbeziehung mit Ihnen benötigen), spezielle Kategorien von Informationen (etwa Gesundheitsangaben, Angaben zu Ihrer ethnischen Zugehörigkeit und Herkunft oder Religion, die es uns ermöglichen, unsere Betreuung auf Sie abzustimmen), und Informationen zu eventuellen Vorstrafen oder begangenen Straftaten (solche Informationen holen wir gegebenenfalls im Zuge von Maßnahmen und Aktivitäten zur Betrugsbekämpfung und Geldwäsche oder beim Einholen sonstiger Hintergrundinformationen ein).

### 4. Wozu wir personenbezogene Daten verwenden und aus welchen rechtlichen Gründen wir dies tun

Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten zu den in unserer vollständigen Datenschutzerklärung dargelegten Zwecken, u. a. zur Abwicklung unserer Beziehung zu Ihnen (einschließlich der Bearbeitung von Ansprüchen und Beschwerden), zu Forschungs- und Analysezwecken, zur Überwachung unserer Leistungserwartungen (einschließlich der für Sie relevanten Gesundheitsdienstleister) und zum Schutz unserer Rechte, unseres Eigentums oder unserer Sicherheit bzw. der unserer Kunden oder anderer Personen. Der Grund für die Verarbeitung von personenbezogenen Daten hängt von der Kategorie der betreffenden Daten ab. Wir verarbeiten allgemeine personenbezogene Daten normalerweise auf der Grundlage, dass sie erforderlich sind, damit wir einen Vertrag erfüllen bzw. unsere berechtigten Interessen oder die berechtigten Interessen anderer wahren können, sowie dann, wenn dies gesetzlich erforderlich oder zulässig ist. Wir verarbeiten spezielle Kategorien von Informationen dann, wenn dies im Sinne der abgeschlossenen Versicherung erforderlich ist, wenn Sie uns dazu ermächtigt haben oder gemäß den entsprechenden Erläuterungen in unserer ausführlichen Datenschutzerklärung. Wir

können personenbezogene Informationen zu eventuellen Vorstrafen oder begangenen Straftaten (falls zutreffend) verarbeiten, wenn dies zur Verhinderung oder Aufdeckung von Straftaten erforderlich ist.

### 5. Profiling und automatisierte Entscheidungsfindung

Wie viele andere Unternehmen auch, verwenden wir gelegentlich Automatisierungstechnologien, um Ihnen einen schnelleren, besseren, stimmigeren und angemessenen Service zu bieten, und darüber hinaus, um Sie mit Marketinginformationen zu versorgen, von denen wir glauben, dass sie für Sie interessant sind (dazu gehören auch Rabatte auf unsere Produkte und Leistungen). Es kann sein, dass wir dazu Daten über Sie auswerten, und in einer begrenzten Anzahl von Fällen kann die Verwendung solcher Technologien dazu dienen, Ihnen automatische Antworten zu geben oder automatisierte Entscheidungen zu treffen. Mehr dazu erfahren Sie in unserer vollständigen Datenschutzerklärung. Sie haben das Recht, die Verwendung Ihrer Daten zum Direktmarketing und die Erstellung eines Persönlichkeitsprofils zu Direktmarketingzwecken abzulehnen. Sie haben u. U. auch das Recht, anderen Arten der Erstellung von Persönlichkeitsprofilen und von automatisierter Entscheidungsfindung zu widersprechen.

### 6. Weitergabe Ihrer Daten

Wir teilen Ihre Daten innerhalb der Bupa-Unternehmensgruppe mit relevanten Versicherungsnehmern (einschließlich Ihres Arbeitgebers, falls Sie über eine Gruppenversicherung versichert sind), mit Kostenträgern, die in Ihrem Namen Leistungen arrangieren, Ihren Bevollmächtigten (etwa Makler und andere Vermittler) und mit anderen, die uns dabei helfen, Leistungen für Sie zu erbringen (etwa Gesundheitsdienstleister), oder von denen wir Informationen benötigen, um Ansprüche oder Berechtigungen zu bearbeiten oder zu prüfen (etwa Berufsgenossenschaften). Wir teilen Ihre Daten auch gemäß gesetzlichen Vorgaben. Näheres darüber, mit wem und unter welchen Umständen wir Ihre Angaben teilen können, finden Sie in unserer vollständigen Datenschutzerklärung.

### 7. Internationale Datenübermittlung

Wir arbeiten mit Unternehmen zusammen, mit denen wir Partnerschaften eingehen oder die Dienstleistungen für uns erbringen ( wie etwa Gesundheitsdienstleister, andere Bupa-Unternehmen und IT-Anbieter), die in Ländern auf der ganzen Welt ansässig sind oder ihre Dienstleistungen von dort aus erbringen. Infolgedessen übermitteln wir Ihre personenbezogenen Daten zu den in diesem Datenschutzhinweis ausgewiesenen Zwecken in verschiedene Länder. Dazu zählen Übermittlungen aus dem Vereinigten Königreich in Länder außerhalb des Vereinigten Königreichs und aus dem EWR (die EU-Mitgliedstaaten sowie Norwegen, Liechtenstein und Island) in Länder außerhalb des EWR. Wir treffen Vorkehrungen, um sicherzustellen, dass beim Transfer Ihrer personenbezogenen Daten angemessene Schutzmaßnahmen getroffen werden, die den globalen Datenschutzgesetzen entsprechen.

### 8. Wie lange wir Ihre personenbezogenen Daten aufbewahren

Die Kriterien für die jeweilige Dauer der Speicherung Ihrer personenbezogenen Daten finden Sie in der vollständigen Datenschutzerklärung.

### 9. Ihre Rechte

Sie haben das Recht auf Zugriff auf Ihre Daten und darauf, deren Berichtigung, Löschung oder Nutzungsbegrenzung zu verlangen. Sie haben auch das Recht, der Nutzung Ihrer Daten zu widersprechen, uns zur Übertragung der Daten aufzufordern, die Sie uns zu Verfügung gestellt haben, Ihre Einwilligung zu unserer Nutzung Ihrer Daten zurückzuziehen und zu verlangen, dass in Bezug auf Sie keine Technologien zur automatisierten Entscheidungsfindung angewendet werden, wenn die betreffenden Entscheidungen rechtliche Konsequenzen für Sie haben oder sich bedeutend auf Sie auswirken. Bitte kontaktieren Sie uns, wenn Sie eines dieser Rechte ausüben möchten.

### 10. Datenschutzkontakte

Wenn Sie Fragen, Kommentare, Beschwerden oder Vorschläge bezüglich dieser Datenschutzerklärung haben oder sonstige Anliegen zu der Art und Weise vorbringen möchten, wie wir Informationen über Sie verarbeiten, kontaktieren Sie uns bitte unter info@bupaglobal.com. Unter dieser Adresse erreichen Sie auch unseren Datenschutzbeauftragten.

Sie haben auch das Recht, sich bei Ihrer örtlichen Datenschutzaufsichtsbehörde zu beschweren. Wir unterstehen der Aufsicht des irischen Datenschutzbeauftragten. Sie erreichen diesen Data Protection Commissioner (www.dataprotection.ie) unter folgender Anschrift: 21 Fitzwilliam Square South, Dublin 2, D02 RD28, Irland. Tel.: +353 (0)761 104 800 oder +353 (0)57 868 4800.

### Erklärung

### Wichtige Informationen - vom Patienten auszufüllen

Ich bestätige, dass die von mir in diesem Formular gemachten Angaben nach bestem Wissen und Gewissen richtig, korrekt und vollständig sind. Ich erkläre mich in meinem Namen bzw. im Namen des Patienten (falls ich im Namen des Patienten agiere) ausdrücklich damit einverstanden, dass die Ärzte und alle anderen medizinischen Dienstleister, die für meine Behandlung, Pflege oder andere für mich erbrachte Leistungen verantwortlich sind, Bupa Global oder ihren Servicepartnern alle Informationen zur Verfügung stellen, die im Zusammenhang mit diesem Leistungsanspruch oder einem früheren

Leistungsanspruch angefordert werden, um diesen Leistungsanspruch prüfen, bearbeiten, kontrollieren oder anderweitig verwenden zu können.

Office schiff des ratienten	Datuili	
	T T M M J J .	J
(Elternteil oder Vormund bei Patienten unter 16 Jahren)		
Name in Druckschrift		
Wenn Sie Fragen zu Ihrem Leistungsanspruch haben, loggen Sie sich auf unse an unser Serviceteam unter:	Website www.bupaglobal.com/membersworld an oder wend	len Sie sich
o Telefon: +44 (0) 1273 323 563	o E-Mail: info@bupaglobal.com	

In Ihrer Mitgliedschaftsbescheinigung finden Sie nähere Angaben zu Ihrem Versicherer.

Checkliste für leistungsansprüche
Bitte gehen Sie die folgende Checkliste durch und stellen Sie sicher, dass Sie die Informationen und Dokumente gegebenenfalls bereitstellen:
Eindeutige, lesbare und ungeschwärzte Dokumente (fotokopierte Belege sollten keine Details unlesbar machen, leserliche Handschrift usw.)
Symptome und/oder Diagnose, sofern diese festgestellt wurden, zusammen mit dem Datum ihres Auftretens
Rezept für Leistungsansprüche von Apotheken und Augenbehandlungen
Endgültige, aufgegliederte Rechnung mit Behandlungsdaten, Beschreibung und Kosten jeder erbrachten Leistung (beachten Sie, dass wir keine Zwischenabrechnungen oder Kostenvoranschläge akzeptieren können)
Ein ärztlicher/Entlassungsbericht für stationäre Behandlung und chirurgische Eingriffe
Vollständige Zahlungsanweisungen einschließlich Zahlungswährung
Zahlungsnachweis für Versicherungsnehmer, Leistungsansprüche, die von der Gruppe/dem Unternehmen bezahlt wurden
Unterschrift, Name und Datum der obigen Erklärung
Wir senden Ihnen eine E-Mail, wenn wir weitere Informationen benötigen, um die Beurteilung Ihres Leistungsanspruchs abzuschließen. Sie können den Fortschritt der Bewertung auch online in Ihrem MembersWorld-Konto verfolgen.

# Hinweise