

BKK VICTORIA D.A.S.
Fischerstraße 8
40477 Düsseldorf

Versicherungsnummer: AR 50 000 651
Versicherungsnehmer: BKK VICTORIA-D.A.S.

Erstattungsantrag

Krankenversichertennummer (BKK VICTORIA-D.A.S.):			Konto-Nr.:
Name:	Vorname:	Geb.:	Bankleitzahl:
Straße:	PLZ / Ort:	Tel.:	Geldinstitut:
IBAN (Internat. Kto-Nr.)	BIC (Internat.BLZ)		Kontoinhaber:

Hiermit beantrage ich die Erstattung der mir entstandenen Behandlungskosten. Zu diesem Zweck leiten Sie bitte die beiliegenden Belege sowie die für die Bearbeitung der Behandlungskostenbelege notwendigen Daten an die Victoria Krankenversicherung AG weiter.

lfd. NR	Aussteller des Beleges	Rechnungs-Datum	Behandlungsgrund/ Diagnose	Rechnungsbetrag/ Währung
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				

Gesamtbetrag/Währung

Schweigepflichtentbindung (bitte Zutreffendes ankreuzen)

- Mit meiner Unterschrift gebe ich die nachfolgend abgedruckte Erklärung zur Schweigepflichtentbindung ab.
- Die nachfolgend abgedruckte Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht möchte ich nicht abgeben. Ich wünsche, dass mich der Versicherer informiert, von welchen Personen und Einrichtungen eine Auskunft benötigt wird. Ich werde dann jeweils entscheiden, ob ich die genannten Personen oder Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht schriftlich entbinde. Die Entscheidung für diese Alternative kann zur Verzögerung der Leistungsprüfung, zur Leistungskürzung oder gar zur Leistungsfreiheit des Versicherers führen, wenn sich aufgrund der verbleibenden Informationsquellen die Leistungspflicht nicht oder nur teilweise begründen lässt.

Prüfung der Leistungspflicht

Zur Bewertung der Leistungspflicht kann es erforderlich sein, dass wir die Angaben prüfen, die Sie zur Begründung von Ansprüchen machen oder die sich aus eingereichten Unterlagen (z.B. Befundberichte, Atteste, Gutachten) oder Mitteilungen beispielsweise eines Krankenhauses oder Arztes ergeben. Diese Überprüfung unter Einbeziehung von Gesundheitsdaten erfolgt nur, soweit hierzu ein Anlass besteht. (z.B. Fragen zur Diagnose oder zum Behandlungsverlauf).

Zum Zweck der Prüfung der Leistungspflicht befreie ich von ihrer Schweigepflicht Ärzte, Pflegepersonen, Bedienstete von Krankenhäusern, sonstige Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherungen, gesetzlichen Krankenkassen sowie von Berufsgenossenschaften und Behörden, die in den vorgelegten Unterlagen genannt sind oder die an der Heilbehandlung beteiligt waren.

Die Angehörigen des Versicherers selbst entbinde ich von ihrer Schweigepflicht, sofern die erhobenen Gesundheitsdaten im erforderlichen Umfang zur Leistungsprüfung an ihn beratende externe bzw. medizinische Gutachter, eine Versicherungsgesellschaft der ERGO Versicherungsgruppe oder auch Rückversicherer übermittelt werden.

Ich werde vor einer Erhebung nach den vorstehenden Absätzen unterrichtet und darauf hingewiesen, dass ich der Erhebung widersprechen kann.

Diese Erklärung zur Prüfung der Leistungspflicht gilt auch über meinen Tod hinaus.

Einwilligungsklausel nach dem Bundesdatenschutzgesetz

Ich willige ein, dass die Victoria Krankenversicherung AG im erforderlichen Umfang Daten, die sich aus der Vertragsdurchführung (Beiträge, 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 e.V. zur Weitergabe dieser Daten an andere Versicherer übermittelt. Diese Einwilligung gilt auch für entsprechende Prüfungen bei anderweitig beantragten Versicherungsverträgen und bei künftigen Anträgen.

Ich willige ferner ein, dass die Unternehmen der ERGO-Gruppe meine allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten in gemeinsamen Datensammlungen führen und an die für mich 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 meine allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten darüber hinaus für die Beratung und Betreuung auch in sonstigen Finanzdienstleistungen nutzen darf/dürfen.

Dies bestätige ich durch meine folgende Unterschrift:

_____, den _____

Unterschrift

Versicherungsschutz besteht:

ja nein

Stempel und Unterschrift der BKK