



Antragsformular

Aetna Global Benefits®

Medizinisch* Pharmazeutisch* Zahnärztlich* Augenärztlich*

* Siehe Versicherungspapiere bzgl. Deckung gemäß Vertrag.

Bitte auch die 2. Seite dieses Formulars ausfüllen.

Das vollständig ausgefüllte Antragsformular mit den aufgeschlüsselten Rechnungen und Quittungen per Post oder Fax einschicken. Für jedes Familienmitglied ist ein separates Formular erforderlich. Kleine Quittungen bitte auf ein großes Blatt Papier aufkleben.

Aetna Global Benefits/Aetna
P.O. Box 981543
El Paso, TX 79998-1543
USA

Tel.: +1-800-231-7729 (außerhalb der USA über AT&T + Landesvorwahl)
+1-813-775-0190 (direkt oder R-Gespräch außerhalb der USA)
Fax: +1-800-475-8751 (außerhalb der USA über AT&T + Landesvorwahl)
+1-859-425-3363 (innerhalb der USA)
E-Mail: agbservice@aetna.com

1. Informationen über den Mitarbeiter

Name des Mitarbeiters/Gruppennummer _____
 Name des Mitarbeiters _____
 (Vorname, mittlere Initiale, Nachname/Familiennamen gemäß Aetna ID-Karte)
 Kennnummer (die auf Ihrer AETNA ID-Karte angegebene Nummer verwenden) _____
 Geburtsdatum des Mitarbeiters (Monat/Tag/Jahr) _____ / _____ / _____ Geschlecht Männlich Weiblich
 Strasse _____
 Staat/Landkreis _____ Bundesstaat _____
 Land _____ PLZ _____
 Telefonnummer des Mitarbeiters (Länderkennzahl angeben) _____
 Haupt-E-Mail Adresse des Mitarbeiters _____
 (E-Mail Adressen sind wichtig, falls weitere Informationen zur Bearbeitung des Antrags erforderlich sind.)

2. Informationen über den Patienten

Name des Patienten (Vorname, mittlere Initiale, Nachname/Familiennamen) _____
 Verhältnis zum Mitarbeiter: Selbst Ehepartner Kind Anderer _____
 Geburtsdatum des Patienten (Monat/Tag/Jahr) _____ / _____ / _____ Geschlecht Männlich Weiblich
 Wenn Ihr Plan Richtlinien über Anspruchsvoraussetzungen enthält, die einen Schulbesuch als Voraussetzung für die Deckung von Familienangehörigen eines bestimmten Alter erfordern, ist eventuell einmal pro Schuljahr ein entsprechender Nachweis vorzulegen (z. B. Zeugnis, Schulgeldrechnung oder andere r Nachweis von Schulbesuch).

3. Zusammenfassung der medizinischen, pharmazeutisch, zahnärztlichen und augenärztlichen Leistungen und Arzneimitteln (bitte Diagnose oder Grund für die Behandlung für jede einzelne Leistung beifügen)

- Für prothetische Leistungen (Kronen, Brücken oder Zahnprothesen) sind die folgenden Informationen/Unterlagen erforderlich:
 - Röntgenbilder. (Wenn keine Röntgenbilder vorhanden sind, ist der narrative Bericht des Zahnarztes vorzulegen.)
 - Für alle zahnmedizinischen Rückerstattungsanträge (außer Vorsorgebehandlungen, z. B. zahnmedizinische Untersuchungen, Röntgenaufnahmen, professionelle Zahnreinigung, Fluoridbehandlungen, usw.), muss der Zahnarztbericht (GC-14423) ausgefüllt und diesem Antragsformular beigelegt werden. Sicherstellen, dass die Nummer des Zahns für alle zahnärztlichen Behandlungen sowie das Datum der Extraktion, das Datum der Implantierung und der Grund für den Ersatz einer Prothese oder Brücke angegeben werden.
 - Bei einem Antrag für eine Brücke oder eine Zahnprothese ist ein Diagramm erforderlich, dass alle anderen fehlenden Zähne im Mund darstellt, einschließlich des jeweiligen Extraktionsdatums.
- Für periodontale Leistungen (Zahnfleischerkrankung) muss das Mitglied Röntgenbilder und ein periodontales Diagramm einreichen.
- Bei kieferorthopädischen Leistungen sind folgende Informationen vorzulegen: Datum der Platzierung der Vorrichtung, Anzahl der Monate in Behandlung, Anzahl der verbleibenden Behandlungsmonate.
- Bei Leistungen im Zusammenhang mit durch Unfall verursachten Verletzungen muss der Patient stets die vor der Behandlung angefertigten Röntgenbilder und Details über den Unfall beigelegen.

Datum der Leistungen (Monat/Tag/Jahr)	Name und Adresse des Leistungserbringers (Arzt, Klinik, Krankenhaus, Apotheke) (wenn Name und Adresse des Leistungserbringers auf den Quittungen ersichtlich sind, können Sie „siehe Quittung“ angeben)	Beschreibung der Leistung /Name des Arzneimittels/Apparats (bei Krankenhaus „stationär“ oder „ambulant“ angeben)	Diagnose (Grund für den Besuch)	Stadt/Staat/Landkreis/Land für den Antrag	Währung für den Antrag	Gesamtbetrag

4. Informationen zum Antrag

Wenn eine der folgenden Fragen mit JA beantwortet wird, müssen c und d in diesem Abschnitt ausgefüllt werden.

a. Bezieht sich der Antrag auf einen Arbeitsunfall oder eine Arbeitsbedingung? Ja Nein
 b. Bezieht sich der Antrag auf eine durch einen Unfall verursachte Verletzung? Ja Nein
 c. Datum des Unfalls (Monat/Tag/Jahr) _____ / _____ / _____ Uhrzeit _____ AM PM
 d. Beschreibung des Unfalls (wie und wo) _____

Bitte behalten Sie eine Kopie mit Ihren Unterlagen zurück

Name des Mitarbeiters _____
(Vorname, mittlere Initiale, Nachname/Familiennamen)

5. Zusammenfassung der Rückerstattung – Ihr Aetna Global Benefits-Plan (AGB-Plan) bietet Ihnen eine Rückerstattung in verschiedenen Währungen und über verschiedene Rückerstattungsmethoden an. Bitte kreuzen Sie die gewünschte Methode in den nachstehenden Abschnitten an. AGB behält sich das Recht vor, die Rückerstattung der Auslagen, gemäß den Umständen in der für die Währung verfügbaren Zahlungsmethode vorzunehmen.

Wenn Sie eine Erstattung per Scheck in US Dollar wählen, weiter mit **Abschnitt 7**. Alle anderen Erstattungsmethoden – weiter mit **Abschnitt 5 und 6**.

Bitte eine der folgenden Optionen (wie gewünscht) ankreuzen – wenn keines der Kästchen angekreuzt wird, werden wir nur den Eingang dieses Antrags vermerken:

- Die in den Akten befindlichen Informationen im Konto für wiederkehrende Erstattungen (Recurring Reimbursement Election [RRE]) verwenden.
 Die Informationen aus den **Abschnitten 5 und/oder 6** verwenden, um eine wiederkehrende Erstattung (RRE) einzurichten.
 Die aktuellen RRE-Informationen in den Akten durch die in **Abschnitt 5 und/oder Abschnitt 6** angegebenen Informationen aktualisieren.
 Die Informationen den **Abschnitten 5 und/oder 6** nur für die Ausgaben in Zusammenhang mit diesem Antrag verwenden.

Zusammenfassung der Rückerstattung (Methode/Währung) – Pro Antrag wird nur eine Form der Rückerstattung und Währung gewährt. (Falls nicht anders angegeben erfolgt die Rückerstattung über einen Scheck in US-Dollar, der an den angegebenen Empfänger zahlbar ist.)

Die nachstehenden Informationen verwenden, um alle ausstehenden Rückerstattungszahlungen an den folgenden Empfänger zu senden:

- Mitarbeiter Leistungserbringer

Gewünschte Erstattungsmethode	Land/Währung der Rückerstattung (z. B. Großbritannien/Britische Pfund). Wenn die gewünschte Zahlungsmethode nicht für die gewählte Währung zur Verfügung steht, erfolgt die Auszahlung automatisch in US-Dollar.
<input type="checkbox"/> Überweisung (bevorzugte Zahlungsweise) Die effizienteste Methode der Rückerstattung ist die Überweisung. Zur ordnungsgemäßen Anweisung von AGB, bitte Informationen bei Ihrer Bank erfragen.	
<input type="checkbox"/> Scheck	(Angabe des Landes/der Währung und weiter zu Abschnitt 8 .)

6. Angaben zur Bank

Hauptbank – Die folgenden Informationen sind erforderlich, wenn als bevorzugte Zahlungsmethode für die Rückerstattung die Banküberweisung angegeben wurde. AGB überweist die Rückerstattung kostenlos auf Ihr Bankkonto. Es ist jedoch ratsam, Informationen bezüglich zusätzlicher Gebühren beim Eingang von Überweisungen einzuholen.

Bankkonto-Nr. _____

Name des Kontoinhabers (wie auf dem Kontoauszug angegeben) _____

Bank Identification Code (BIC)/Routing-Nummer _____

S.W.I.F.T./BIC Code (nur bei Zahlungsanweisungen) CHIPS UID Federal ABA Bankleitzahl IBAN Andere _____

Name der Bank _____

Adresse der Bank (Land angeben) _____

Telefonnummer der Bank (Vorwahl angeben) _____

7. Sonstige Krankenversicherung

Sind Ausgaben für Familienmitglieder durch einen anderen Versicherungsvertrag, Medicare oder einen Plan der US-Regierung, eines US-Bundesstaates, einen nationalen oder sozialen Plan gedeckt? Ja Nein Die folgenden Informationen angeben, sofern mit JA beantwortet wurde.

Name und Verhältnis des Familienmitglieds _____
(Vorname, mittlere Initiale, Nachname/Familiennamen)

Geburtsdatum des Familienmitglieds (Monat/Tag/Jahr) _____ Geschlecht Männlich Weiblich

Name des Versicherungsunternehmens oder Art der Versicherung _____

8. Genehmigung (erforderlich)

Für alle elektronischen Überweisungen: Ich erteile meine Zustimmung an Aetna Life & Casualty (Bermuda) Ltd., Aetna Life Insurance Company und deren angegliederte Unternehmen (Aetna) und/oder deren beauftragte Vertreter zur Leistung von Versicherungszahlungen an mich und/oder meine Angehörigen, durch Gutschrift solcher Zahlungen auf mein Konto bei der in diesem Formular benannten Bank oder dem benannten Geldinstitut. Ich verpflichte mich, Aetna schriftlich über evtl. Änderungen zu den Informationen auf diesem Formular oder bei einer Rücknahme meiner Zustimmung zu unterrichten. Ich verpflichte mich dazu, etwaige mir nicht zustehende Zahlungen, die auf meinem Konto eingegangen sind, sofort und in voller Höhe zurückzuzahlen. Ich stimme zudem damit überein, dass ich für alle Kosten der Einziehung (einschließlich der angemessenen Anwaltskosten und der maximal gesetzlich zugelassenen Zinsen) verantwortlich bin, wenn ich eine solche Zahlung nicht unverzüglich zurückerstatte.

Medizinische, pharmazeutische, zahnärztliche und augenärztliche Genehmigung. Unterschrift und Datum: Ich berechne alle Ärzte, das Krankenpflegepersonal, die Krankenhäuser und Einrichtungen des Gesundheitswesens dazu, Informationen über die Gesundheitspflege, Beratung, Behandlung oder an den Patienten ausgegebenes medizinisches Verbrauchsgut (einschließlich Informationen über Geisteskrankheiten und/oder AIDS/ARC/HIV) an Aetna und alle anderen unabhängigen Parteien, die im Auftrag von Aetna handeln oder die von Aetna dazu beauftragt wurden, zu übermitteln. Diese Informationen werden zur Prüfung und Bearbeitung der Ansprüche verwendet. Aetna kann dem Arbeitgeber Informationen über die Namen auf diesem Formular mit der Berechnung der Versicherungsleistungen, die bei der Zahlung dieses Anspruchs verwendet wurden, übermitteln, zum Zwecke der Überprüfung des Sachverhalts und des Versicherungsscheins/-vertrags. Diese Genehmigung gilt für die Dauer des Versicherungsvertrags, unter dem dieser Erstattungsanspruch geltend gemacht wird. Mir ist bekannt, dass ich eine Kopie dieser Genehmigung auf Anfrage erhalten kann und ich stimme zu, dass die Kopie dieser Genehmigung die gleiche Gültigkeit wie das Original hat.

Warnung: Es ist ein Verbrechen, falsche oder missverständliche Angaben an das Versicherungsunternehmen zu leisten, mit dem Ziel, das Versicherungsunternehmen oder eine andere Person zu betrügen. Zu den Straffolgen zählen Gefängnisstrafen und/oder Geldstrafen. Das Versicherungsunternehmen kann zudem die Zahlung von Versicherungsleistungen verweigern, wenn der Antragsteller wesentliche falsche Informationen im Hinblick auf den Anspruch mitteilt.

Zur Verifizierung und Bestätigung der obigen Angaben, können Sie diesen Garantietantrag auch elektronisch unterzeichnen. Zur Beseitigung von Zweifeln ist diese elektronische Signatur ebenso gültig und bindend wie eine Originalunterschrift. Wir verlassen uns bei einer solchen elektronischen Signatur darauf, dass es sich um eine bindende Verifizierung und Bestätigung handelt, dass die obigen Angaben akkurat und in allen Belangen richtig sind.

Unterschrift des Patienten oder einer beauftragten Person _____ Datum (Monat/Tag/Jahr) _____

Bitte behalten Sie eine Kopie mit Ihren Unterlagen zurück