



# ERSTATTUNGSFORMULAR

Dieses internationale Erstattungsformular muss für jedes Mitglied vollständig ausgefüllt werden. Bitten Sie Ihren Arzt oder Dienstleister, die Informationen in Abschnitt 2 auszufüllen oder eine entsprechende nach Posten aufgeschlüsselte Rechnung beizufügen.

Bitte senden Sie das ausgefüllte und unterschriebene Formular einschließlich relevanter medizinischer Unterlagen, der nach Posten aufgeschlüsselten Rechnung und Quittungen mittels der PassportCard DE-Mobile-App an die PassportCard Deutschland GmbH. Unsere E-Mail-Adresse lautet:

kundenbetreuung@passportcard.de und unsere Postanschrift ist: Caffamacherreihe 8-10, 20355 Hamburg, Deutschland

## Abschnitt | 1

### 1. Mitgliedsinformationen

Policen-Nr.	
Vorname	
Nachname	

### 2. Informationen zum Erstattungsantrag

- Beschreiben Sie Ihr Leiden (Krankheit, Verletzung oder die Symptome, die eine Behandlung benötigen)
- Welche medizinische Behandlung haben Sie erhalten?
- Behandlungsdatum:
- Wann sind die ersten Symptome dieses Leidens aufgetreten?  
[In den letzten 30 Tagen] [In den letzten Monaten] [Vor mehr als einem Jahr]
- Hatten Sie diese Krankheit bereits zu einem früheren Zeitpunkt oder haben Sie diesbezüglich bereits eine Behandlung erhalten? [Ja] [Nein]
- Nehmen Sie aktuell verschreibungspflichtige Medikamente? [Ja] [Nein]. Machen Sie bitte nähere Angaben, falls zutreffend:
- Rührt Ihr Leiden von einem Unfall her? Füllen Sie bitte das Folgende aus, falls zutreffend:
- Datum des Unfalls:
- Ort: Zuhause / Beim Autofahren / Bei der Arbeit / Sonstiges

### 3. Angaben zur Rückerstattung

Teilen Sie uns bitte Ihre Bankverbindung mit, wenn die Erstattung direkt an Sie geleistet werden soll:

- Name des Kontoinhabers:
- Name des Bankinstituts:
- Niederlassung:
- Konto-Nr.:

### 4. Bestätigung des Mitglieds

Hiermit bestätige ich die Korrektheit der oben gemachten Angaben.



## Abschnitt | 2

[auszufüllen durch den Arzt / Dienstleister; oder aufgeschlüsselte Rechnung beifügen]

### 1. Angaben zum Dienstleistungsanbieter

Name des Dienstleistungsanbieters	
Fachgebiet/Art der medizinischen Dienstleistung	
Adresse	
Telefonnr.	

### 2. Informationen zum Erstattungsantrag

- Leiden des Patienten: Akut / Chronisch / Unfallbedingt
- Ort der Behandlung: Klinik / Krankenhaus (stationär) / Krankenhaus (ambulant) / Notaufnahme / Labor
- Behandlungsdatum:
- Beschreiben Sie Ihr Leiden (inklusive aller Symptome):
- Wie lautet die Diagnose? Beschreiben Sie bitte auch die erhaltene Behandlung (einschließlich der Angaben zu Anbietern, Medikamenten und Rezepten):
- ICD9 und/oder CPT-Code, falls verfügbar ICD CPT:
- Krankengeschichte des aktuellen Leidens:
- Empfehlungen für die weitere Behandlung:

### 3. Zahlungsinformationen

- Vom Mitglied erhaltene Zahlungen:
- Akzeptieren Sie direkte Zahlungen für die gebotenen Leistungen? Ja / Nein. Falls „Ja“, fügen Sie bitte die Zahlungsinformationen bei.

### 4. Unterschrift des Dienstleistungsanbieters

Unterschrift:  Datum: