



HÄUFIG GESTELLTE FRAGEN

WELCHE INFORMATIONEN BENÖTIGEN SIE FÜR DIE KOSTENERSTATTUNG?

Es ist wichtig, dass Sie alle erforderlichen Rechnungen, Belege, Befundberichte und Dokumente, die im Zusammenhang mit Ihrer Erkrankung stehen, bei uns im Original einreichen. Nur so ist eine schnelle Erstattung Ihrer Kosten möglich. Außerdem müssen wir die wissenschaftlichen Diagnosen kennen – sei es durch den Arzt in Form des international gültigen ICD 10 oder ICD 9 Codes oder handschriftlich auf der Rechnung ergänzt. Bitte geben Sie außerdem die zur Diagnose gehörenden Beschwerden auf dem entsprechenden Auszahlungsbogen Ihres Tarifes an.

IN WELCHEN SPRACHEN BENÖTIGEN SIE DIE RECHNUNGEN UND BELEGE?

Wir bitten Sie, Ihre Rechnungen – wenn möglich – auf Deutsch oder Englisch bei uns einzureichen. Wenn dies nicht möglich ist, genügt eine durch Sie erfolgte Übersetzung der für uns relevanten Informationen.

HABE ICH FREIE ARZTWahl?

Ja, Sie können Ihren Wunscharzt überall auf der Welt frei wählen.

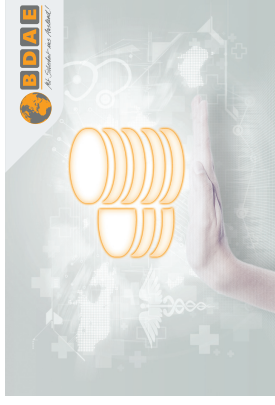
WELCHE KRANKENHÄUSER KÖNNEN SIE BENENNEN?

In diesen Fragen steht Ihnen unser Assistence-Dienstleister ALLIANZ GLOBAL ASSISTANCE Service Deutschland zur Verfügung (FON befindet sich auf Ihrer Versicherungskarte).

WAS IST BEI SCHWANGERSCHAFT VERSICHERT, UND WAS GILT ES ZU BEACHTEN?

Je nach Tarif sind folgende Behandlungen abgesichert: Schwangerschafts-Vorsorgeuntersuchung, Ultraschalluntersuchung, Einbindung und Hebammenleistungen während der Entbindung und bis zu 14 Besuchen nach der Entbindung (angelehnt an die GKV in Deutschland). Bitte reichen Sie nach Bekanntwerden der Schwangerschaft eine Kopie des Mutterpasses oder etwas Vergleichbares bei uns ein.

Einzelheiten beziehungsweise Sonderregelungen zu diesen Punkten entnehmen Sie bitte den jeweiligen Tarifbeschreibungen.



KOSTENERSTATTUNG ERSTATTUNG IHRER ARZTRECHNUNGEN

Als Versicherte in einem der EXPAT-Tarife der BDAE GRUPPE zahlen Sie im Grunde Beiträge für ein Ereignis, von dem Sie hoffen, dass es niemals eintritt. Niemand möchte eine Versicherung in Anspruch nehmen müssen, aber notwendig ist sie eben doch.

Sie sind Teil einer Versicherungsgemeinschaft, die oft nur für einzelne aufkommt. Aber Sie bleiben Teil der Gemeinschaft, weil ein Risiko besteht, dass auch Sie es eines Tages „treffen“ könnte und Sie an einer Krankheit leiden, deren Behandlung Unsummen kostet. In einem solchen (nicht wünschenswerten Fall) würde die Gemeinschaft für Sie aufkommen.

Damit wir Ihre Krankheitskosten im Fall der Fälle so schnell und reibungslos wie möglich erstatten können, bitten wir Sie, sich unsere Tipps und häufig gestellten Fragen in diesem Flyer durchzulesen. Wir sind umso schneller mit der Bearbeitung, je mehr Sie mit uns zusammenarbeiten.

Vielen Dank für Ihre Kooperation!



KONTAKT

POSTANSCHRIFT:
BDAE Holding GmbH
Kühnehöfe 3
22761 Hamburg
Deutschland

TEL:
BDAE Zentrale: +49-40-30 68 74-0
Abrechnungsservice: +49-40-30 68 74-61

FAX:
BDAE Zentrale: +49-40-30 68 74-90

E-MAIL:
info@bdae.com

INTERNET:
www.bdae.com

ÖFFNUNGSZEITEN:

Die Geschäftsstelle ist besetzt:
Montag bis Donnerstag von 8:00 bis 18:00 Uhr,
Freitag von 8:00 bis 17:00 Uhr, jeweils Mittlereuropäische Zeit (MEZ).



BDAE Holding GmbH
Kühnehöfe 3
22761 Hamburg, Deutschland
Tel.: +49 (0) 30 68 74 0
Fax: +49 (0) 30 68 74 90
info@bdae.com • www.bdae.com

Stand: 10.11.2017



ABLAUF DER KOSTENERSTATTUNG

Sobald Ihre Rechnungen bei uns angekommen sind, erhalten Sie eine E-Mail mit einer Eingangsbestätigung von uns.

- Im Anschluss prüfen unsere Mitarbeiter im Abrechnungsservice den Sachverhalt unter Berücksichtigung der etwaigen Krankenhistorie.
- Im Idealfall erfolgt direkt die Entscheidung darüber, ob die Rechnungen gemäß den Versicherungsbedingungen erstattungsfähig sind oder nicht.
- Sind die Kosten erstattungsfähig, überweisen wir Ihnen das Geld in der Regel innerhalb von 14 Tagen nach Versendung des Abrechnungsschreibens.
- Wir weisen darauf hin, dass zum Versicherungsbeitrag durch den internationalen Geldtransfer Überweisungskosten hinzu kommen können, die vom Versicherten getragen werden müssen. Das Gleiche gilt für etwaige Währungsschwankungsrisiken. Wir bitten um Verständnis.
- Unter Umständen müssen wir von Ihnen und/oder Ihren behandelnden Ärzten weitere Informationen hinsichtlich Ihrer Krankenhistorie einholen. Kontaktieren wir einen Ihrer Ärzte, so benötigen wir eine von Ihnen unterschriebene Schweigepflichtverbindung. Andernfalls erhalten wir keinerlei Informationen vom Arzt und können die Rechnungsprüfung nicht abschließen. Leider gibt es immer wieder zeitliche Verzögerungen seitens der Ärzte bei der Beantwortung unserer Fragen.
- Liegen schließlich alle benötigten Informationen und Unterlagen vor, erfolgt eine Beurteilung über die Erstattungsfähigkeit der Rechnungen, über die wir Sie schriftlich informieren.

VORGEHEN BEI ZAHNÄRZTLICHER BEHANDLUNG

Die zahnärztlichen Belege müssen immer die Angabe des jeweiligen behandelten Zahnes, die jeweiligen Behandlungen und im Rechnungsbetrag enthaltene Kosten aufweisen. In unseren Tarifen sind Kunststofffüllungen versichert.

Je nach Tarif ist die jährliche Vorsorgeuntersuchung versichert, nicht aber die Vorsorgebehandlung (z. B. Zahnsteinentfernung und Zahnreinigung). Für eine Kostenübernahme lassen Sie von Ihrem Zahnarzt bitte einen Heil- & Kostenplan erstellen. Dieser wird von uns geprüft und die Höhe der Kostenübernahme schriftlich bestätigt. Bitte beachten Sie den Leistungsumfang des jeweiligen Tarifes zu dem Punkt Zahnersatz sowie die aufgeführten Wartezeiten und Maximalerstattungen.



GRUNDSÄTZE DER PRIVATEN AUSLANDSKRANKENVERSICHERUNG

Kostenerstattungen bieten (auch zu unserem Bedauern) oft Konfliktpotenzial. Im besten Fall bekommen unsere Kunden das, was sie als selbstverständlich voraussetzen. Grundsätzlich gilt, dass wir die Schadenregulierung nach den sehr genauen Vorgaben unserer Risikoträger durchführen müssen. Diese Vorgaben entstehen unter zwei Kriterien:

- Die Gesamtzahl der Schäden muss in einem privatwirtschaftlichen Unternehmen in einem Rahmen bleiben, das er die Existenz desselben und damit der Versicherungsgemeinschaft schützt.
- Es gilt dabei, das Interesse aller Versicherten zu wahren, denn wenn aus Gründen mangelnder Wirtschaftlichkeit die Beiträge erhöht werden müssen, haben alle Versicherten darunter zu leiden.

AUSSCHLUSS VON VORERKRANKUNGEN UND BESTEHENDEM BEHANDLUNGSBEDARF

Ein Großteil unserer Versicherungsprodukte schließt gemäß den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) Leistungen bei Vorerkrankungen und bestehendem Behandlungsbedarf aus. Vorerkrankungen sind kalkulierbare Risiken, die Kosten verursachen. Wenn ein Verdacht auf Vorerkrankungen besteht, müssen wir ausschließen können, dass unser Verdacht begründet ist. Was bedeutet das?

Wenn Sie vor Versicherungsbeginn an einer Krankheit leiden, also gesundheitliche Beschwerden haben (auch wenn Sie sich nicht ärztlich behandeln lassen), handelt es sich um einen bestehenden Behandlungsbedarf vor Versicherungsbeginn. Die Kosten, die durch diese Krankheit und durch/die/die Folgebekrankungen verursacht wurden, wären laut den AVB nicht erstattungsfähig.

Wird eine Krankheit, die bereits vor Versicherungsbeginn bestand, Ihnen aber keine Beschwerden verursacht hat, erst nach Versicherungsbeginn erstmalig diagnostiziert, gilt dies als Neuerkrankung und die Kosten sind erstattungsfähig. Bei Erkrankungen, von denen man weiß, dass sie einen chronischen Verlauf nehmen, obwohl sie nicht den Zusatz „chronisch“ tragen (z. B. Allergien), muss genau geprüft werden, wann die Erkrankung erstmalig auftrat oder wann sie vom Arzt diagnostiziert wurde.



HÄUFIG GESTELLTE FRAGEN

WOZU BENÖTIGEN SIE DIE SCHWEIGEPFLICHTENBINDUNG?

Die Schweigepflichtenbindung ist notwendig, um im Leistungsfall Fragen an den Versicherer und gegebenenfalls an die behandelnden Ärzte zu stellen. Sie ermöglichen dadurch eine schnellere Bearbeitung der Kostenerstattung. Die Erklärung ist keine generelle Entbindung von der Schweigepflicht, sondern erstreckt sich nur auf Auskünfte über die Erkrankungen, die entsprechend der bei uns eingereichten Rechnungen behandelt werden mussten.

BIN ICH AUCH IM HEIMATLAND VERSICHERT?

Ja, wie unsere Auslandskrankenversicherungen beinhalten für einen begrenzten Zeitraum Versicherungsschutz im Heimatland. Bitte entnehmen Sie die Details (z. B. Dauer des Versicherungsschutzes) den entsprechenden Unterlagen.

WAS PASSIERT, WENN DER HEIMATURLAUB DIE VERSICHERTE ZEIT ÜBERSCHREITET?

In diesem Fall kann leider für die entstehenden Kosten im Heimatland keine Erstattung erfolgen.

WAS MUSS ICH BEI EINEM KRANKENRÜCKTRANSPORT BEACHTEN?

Ein Krankenrücktransport ins Heimatland erfolgt bei medizinischer Notwendigkeit und nur dann, wenn eine ausreichende medizinische Versorgung im Aufenthaltsland nicht möglich ist. Bitte setzen Sie sich dafür mit unserem Assistance-Dienstleister ALLIANZ GLOBAL ASSISTANCE Service Deutschland in Verbindung (FON auf Versicherungskarte).

WIE LANGE KANN ICH BELEGE EINREICHEN?

Sie können Ihre Rechnungen grundsätzlich bis zu 3 Jahre nach dem Entstehen des Anspruchs bei uns einreichen – unabhängig davon, ob Sie zum Zeitpunkt des Einreichens noch bei uns versichert sind. Die Frist beginnt zum Ende des Jahres in dem der Anspruch entsteht. Eine zeitnahe Einreichung ist wünschenswert, da eine Prüfung nach längerer Zeit oft erschwert wird.

WAS PASSIERT BEI VERLUST DER BELEGE?

In diesem Fall wenden Sie sich bitte an die Mitarbeiter des Abrechnungsservices.

