





### 3 KRANKENHAUSTAGEGELD

Das Krankenhaus sollte diesen Abschnitt ausfüllen, wenn für den Aufenthalt über Nacht keine Kosten entstanden sind und Ihre Police eine Geldleistung vorsieht

Ich bestätige, dass .....

war im Krankenhaus von ..... bis .....

Und dieser Aufenthalt war kostenlos

Das Krankenhaus muss dieses Leistungsanspruchsformular hier mit einem Stempel versehen:

### 4 ZAHLUNGSANGABEN

#### WICHTIGE INFORMATIONEN

Wir können Leistungsansprüche in über 80 Währungen begleichen. Folgende Zahlungsoptionen sind möglich: (i) die Währung, in der Sie Ihre Prämie bezahlen, (ii) die Währung der Rechnungen, die Sie uns schicken, oder (iii) die Währung Ihres Bankkontos.

An wen sollen wir die Zahlung leisten? (Bitte nur eine Option wählen)

Arzt <input type="radio"/>	Krankenhaus/Klinik <input type="radio"/>	Patient/Mitglied (Zahlungsnachweis beifügen) <input type="radio"/>	Gruppe/Unternehmen (Zahlungsnachweis beifügen) <input type="radio"/>
-------------------------------	---	---	---

Bitte füllen Sie entweder Abschnitt A oder Abschnitt B aus

#### Abschnitt A – Zahlung per elektronischer Überweisung auf ein Bankkonto

Name der Bank:	
SWIFT-/BIC-Code:*	
Bankleitzahl (nur Großbritannien):	- - -
Kontonummer:	
VOLLSTÄNDIGE IBAN:*	
Name des Kontoinhabers/Zahlungsempfängers:	
Währung für die Überweisung:	
Adresse der Bank:	
Postleitzahl:	
Land:	

**\*Um Ihre Zahlung so schnell und sicher wie möglich abzuwickeln, empfehlen wir dringend diese Option als bevorzugte Zahlungsmethode. Bitte geben Sie sowohl Ihre IBAN als auch den SWIFT-Code Ihrer Bankzweigstelle an. Ihre Bank kann Ihnen diese Informationen bei Bedarf zur Verfügung stellen.**

Wir empfehlen, Überweisungen in der Währung Ihres Bankkontos zu tätigen. Wenn Sie einen Leistungsanspruch stellen und uns um eine Zahlung gebeten haben, wird Ihre Leistung abzüglich des für Ihre Versicherung geltenden Selbstbeteiligung gezahlt. Wenn Sie eine direkte Zahlung an den Anbieter wünschen und Ihr Versicherungsschutz eine jährliche Selbstbeteiligung umfasst, wird der Differenzbetrag über Ihr Lastschriftverfahren oder Ihre Kreditkarte abgebucht. Wenn Sie Mitglied einer Gruppenversicherung sind, senden wir die Zahlung für den berechtigten Leistungsanspruch an den medizinischen Dienstleister. Von dieser Zahlung ziehen wir die verbleibende jährliche Selbstbeteiligung für Ihre Mitgliedschaft ab. Sie sind verantwortlich für die Zahlung eines eventuellen Differenzbetrags an den Anbieter, nachdem Ihr Leistungsanspruch geprüft und ausgezahlt wurde. Um herauszufinden, ob Ihre Versicherung eine Selbstbeteiligung umfasst, sehen Sie bitte in Ihrer Mitgliedschaftsbescheinigung nach. Weitere Informationen über Selbstbeteiligung finden Sie in Ihrem Produkt-Leitfaden.

#### Abschnitt B – Scheckzahlung

In welcher Währung möchten Sie sich den Scheck ausstellen lassen? (Bitte nur eine Option wählen)		
<input type="radio"/> Währung Ihrer Rechnungen	<input type="radio"/> Währung Ihrer Prämien	<input type="radio"/> Währung Ihres Bankkontos
<input type="radio"/> Sonstiges (bitte angeben):		
An Mitglieder zahlbare Schecks werden per Post an die auf dem Deckblatt angegebene Postanschrift gesendet		

## 5 VERSICHERUNG DURCH DRITTE

Kann jemand anders zur teilweisen Kostenübernahme verpflichtet werden (z. B. eine gesetzliche Versicherung oder eine am Unfall beteiligte Person/Firma)? Ja  Nein

Name:																					
Adresse:																					
E-Mail-Adresse:																					
Telefon (Bitte geben Sie Ländervorwahl, Ortsvorwahl und Rufnummer an):																					

## 6 IHRE ZUSTIMMUNG ZUR EINHOLUNG EINES MEDIZINISCHEN GUTACHTENS

### WICHTIGE INFORMATIONEN

Um Ihren Leistungsanspruch bearbeiten zu können, müssen wir möglicherweise einen medizinischen Bericht von einem Arzt anfordern, der Sie behandelt hat. Dazu müssen Sie Ihr Einverständnis geben, indem Sie die untenstehende Erklärung unterschreiben.

**Lesen Sie diesen Abschnitt sorgfältig durch, denn er regelt Ihre Rechte gemäß dem Gesetz über den Zugang zu medizinischen Gutachten (Access to Medical Reports Act 1988) und der Verordnung über den Zugang zu persönlichen Daten und medizinischen Gutachten (Access to Personal Files and Medical Reports (NI) Order 1991).**

**Wenn Sie im Vereinigten Königreich behandelt werden, können Sie zwischen drei Vorgehensweisen wählen.**

1. Sie können Ihre Zustimmung geben, ohne zu verlangen, das Gutachten vor der Übermittlung an uns einzusehen. Das Gutachten wird dann vom Arzt direkt an uns geschickt.
2. Wenn Sie Ihre Zustimmung geben, aber darum bitten, das Gutachten einzusehen, bevor es an uns geschickt wird, haben Sie nach unserer Mitteilung 21 Tage Zeit, sich mit Ihrem Arzt in Verbindung zu setzen, um die Einsicht des Gutachtens zu vereinbaren. Wenn Sie den Arzt nicht innerhalb von 21 Tagen kontaktieren, ist er berechtigt, das Gutachten direkt an uns zu schicken. Wenn Sie sich jedoch mit Ihrem Arzt in Verbindung setzen, um das Gutachten einzusehen, müssen Sie Ihre schriftliche Einwilligung geben, bevor der Arzt das Gutachten an uns weitergeben kann. Sie können Ihren Arzt bitten, das Gutachten zu ändern, wenn Sie glauben, dass es irreführend ist. Wenn Ihr Arzt sich weigert, können Sie darauf bestehen, Ihren eigenen Kommentar zum Gutachten hinzuzufügen, bevor dieses an uns geschickt wird. Wenn Sie Ihre Zustimmung dazu geben, dass wir ein Gutachten erhalten, ohne anzugeben, dass Sie es vorher einsehen möchten, können Sie Ihre Meinung ändern, indem Sie Ihren Arzt kontaktieren, bevor das Gutachten an uns geschickt wird. In diesem Fall haben Sie die Möglichkeit, das Gutachten einzusehen und den Arzt zu bitten, das Gutachten zu ändern oder Ihre Kommentare hinzuzufügen, bevor dieses an uns geschickt wird, oder Sie können Ihre Zustimmung zu dessen Freigabe verweigern.
3. Sie können Ihre Zustimmung verweigern, bedenken Sie jedoch, dass wir Ihren Leistungsanspruch in diesem Fall möglicherweise nicht akzeptieren können.

Unabhängig davon, ob Sie angeben, dass Sie das Gutachten vor dem Verschicken sehen möchten oder nicht, haben Sie das Recht, Ihren Arzt zu bitten, Ihnen eine Kopie des Gutachtens zukommen zu lassen, sofern Sie ihn innerhalb von sechs Monaten nach Übermittlung des Gutachtens an uns darum bitten.

Ihr Arzt ist berechtigt, einige oder alle im Gutachten enthaltenen Informationen zurückzuhalten, wenn (a) er der Meinung ist, dass diese für Sie nachteilig sein könnten oder (b) er damit seine Absichten Ihnen gegenüber offenbaren würde oder (c) er sonst die Identität einer anderen Person ohne deren Zustimmung offenbaren würde (mit Ausnahme der Informationen, die von einem Gesundheitsexperten in seiner beruflichen Eigenschaft im Zusammenhang mit Ihrer Behandlung bereitgestellt wurden). Ihr Arzt kann für seine Leistungen auch eine angemessene Gebühr erheben.

Ich als Unterzeichnende(r) ermächtige jedes Krankenhaus, jeden Spezialisten, Arzt oder sonstigen Anbieter im Gesundheitswesen, Bupa oder einer von Bupa bevollmächtigten Person die Informationen zur Verfügung zu stellen, die Bupa oder die von Bupa bevollmächtigte Person im Zusammenhang mit einer Behandlung oder anderen für mich oder meine mitversicherten Familienmitglieder erbrachten Leistungen verlangt, um vorliegenden Leistungsanspruch zu prüfen.

**Wenn Sie in Großbritannien in Behandlung sind, bestätigen Sie durch Ihre Unterschrift auf diesem Formular Folgendes:**

Ich bin über meine Rechte gemäß dem Gesetz über den Zugang zu medizinischen Gutachten (Access to Medical Reports Act 1988) und der Verordnung über den Zugang zu persönlichen Daten und medizinischen Gutachten (Access to Personal Files and Medical Reports (NI) Order 1991) informiert worden.

**Wenn Sie in Großbritannien behandelt werden, geben Sie bitte unten an, ob Sie eine Kopie des medizinischen Gutachtens einsehen möchten, bevor dieses an Bupa geschickt wird:**

Ich möchte von jedem medizinischen Gutachten eine Kopie erhalten, bevor dieses an Bupa geschickt wird.

Ich möchte KEINE Kopie von einem medizinischen Gutachten erhalten, bevor dieses an Bupa geschickt wird.

Wir verpflichten uns, im Umgang mit Ihren personenbezogenen Daten stets Ihre Privatsphäre zu schützen. Dieser Datenschutzhinweis gibt einen Überblick über die Daten, die wir über Sie sammeln, und darüber, wie wir diese Daten nutzen und schützen. Dort finden Sie auch Informationen über Ihre Rechte. Näheres entnehmen Sie bitte unserem vollständigen Datenschutzhinweis, der verfügbar ist auf [www.bupaglobal.com/privacypolicy](http://www.bupaglobal.com/privacypolicy). Wenn Sie keinen Zugang zum Internet haben und eine gedruckte Version des vollständigen Datenschutzhinweises wünschen, kontaktieren Sie bitte das Bupa-Global-Serviceteam unter +44 (0)1273 323 563. Alternativ dazu können Sie sich auch per E-Mail ([info@bupaglobal.com](mailto:info@bupaglobal.com)) oder Post an das Team wenden: Bupa Global, Victory House, Trafalgar Place, Brighton BN1 4FY, United Kingdom. Falls Sie Fragen zur Verwendung Ihrer Daten haben, kontaktieren Sie uns bitte unter [info@bupaglobal.com](mailto:info@bupaglobal.com)

### Informationen über Bupa Global

In diesem Datenschutzhinweis bezieht sich „wir“, „uns“ oder „unser“ auf Bupa Global. Die Kontaktangaben der Gesellschaft finden Sie auf [www.bupaglobal.com/legal-notice](http://www.bupaglobal.com/legal-notice)

### 1 Umfang unseres Datenschutzhinweises

Dieser Datenschutzhinweis gilt für alle („Sie“, „Ihr“, „Ihnen“), die über jeglichen Kanal (z. B. per E-Mail, über die Website, per Telefon oder über die App usw.) bezüglich unserer Produkte und Leistungen mit uns interagieren.

### 2 Wie wir personenbezogene Daten erhalten

Wir erhalten personenbezogene Daten von Ihnen und von bestimmten Dritten (z. B. Ihren Bevollmächtigten wie Makler, Anbieter im Gesundheitswesen usw.). Wenn Sie uns Informationen über andere Personen liefern, müssen Sie sicherstellen, dass diese ein Exemplar dieses Datenschutzhinweises gesehen haben und damit einverstanden sind, dass Sie dies tun.

### 3 Kategorien personenbezogener Daten

Wir verarbeiten zwei Kategorien personenbezogener Daten über Sie und gegebenenfalls Ihre mitversicherten Familienmitglieder, und zwar übliche personenbezogene Angaben (z. B. Daten, anhand derer wir Sie kontaktieren, identifizieren oder unsere Beziehung mit Ihnen verwalten) und besondere Datenkategorien (z. B. Gesundheitsdaten, Daten zur ethnischen Herkunft oder Religion, die uns in die Lage versetzen, unsere Betreuung individuell auf Sie abzustimmen, sowie Daten über eventuelle Straftaten im Zusammenhang mit der Überprüfung Ihrer Vorgeschichte unsererseits).

### 4 Zweck und rechtliche Grundlage der Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch uns

Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten zu den Zwecken, die in unserem vollständigen Datenschutzhinweis ausgewiesen sind, einschließlich der Verwaltung unserer Beziehung mit Ihnen (einschließlich des Umgangs mit Leistungsansprüchen und Beschwerden), für Forschung und Analyse, um unsere Erwartungen an Effizienz zu überwachen (einschließlich von für Sie relevanten Anbietern) und um die Rechte, das Eigentum oder Sicherheit von Bupa Global, unseren Kunden oder anderen zu schützen. Der Rechtsgrund, auf dessen Basis wir personenbezogene Daten verarbeiten, hängt von der Kategorie personenbezogener Daten ab, die wir verarbeiten. Personenbezogene Standarddaten werden von uns normalerweise auf der Grundlage verarbeitet, dass diese zur Erfüllung eines Vertrages bzw. zur Wahrung unserer berechtigten Interessen oder der Interessen Dritter notwendig sind, oder weil es nach anwendbarem Recht notwendig oder zulässig ist.

### 5 Datenverarbeitung zur Erstellung eines Persönlichkeitsprofils und zur automatisierten Entscheidungsfindung

Wie viele andere Unternehmen auch, verwenden wir gelegentlich Automatisierungstechnologien, um Ihnen einen schnelleren, besseren, konsistenteren und angemessenen Service zu bieten, und darüber hinaus, um Sie mit Marketinginformationen zu versorgen, von denen wir glauben, dass sie für Sie von Interesse sind (dazu gehören auch Rabatte auf unsere Produkte und Leistungen). Es kann sein, dass wir dazu Daten über Sie auswerten, und in manchen Fällen kann die Verwendung solcher Technologien dazu dienen, Ihnen automatische Antworten zu geben oder automatisierte Entscheidungen zu treffen. Mehr dazu können Sie in unserem vollständigen Datenschutzhinweis lesen. 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. Näheres finden Sie in unserem vollständigen Datenschutzhinweis.

### 6 Teilen Ihrer Daten

Wir teilen Ihre Daten innerhalb der Bupa-Gruppe mit relevanten Versicherungsnehmern (einschließlich Ihres Arbeitgebers, falls Sie von einer Gruppenversicherung gedeckt sind), mit Kostenträgern, die in Ihrem Namen Leistungen in Auftrag geben, Ihren Bevollmächtigten (z. B. Makler und andere Vermittler) und mit anderen, die uns dabei helfen, Leistungen für Sie zu erbringen (z. B. Anbieter im Gesundheitswesen), oder von denen wir Informationen benötigen, um Leistungsansprüche oder Berechtigungen zu bearbeiten oder zu prüfen (z. B. Berufsgenossenschaften). Wir teilen Ihre Daten auch gemäß geltender Gesetzgebung.

### 7 Übertragungen in Länder außerhalb des europäischen Wirtschaftsraums (EWR)

Bupa Global hat Geschäftsbeziehungen zu vielen internationalen Institutionen und nutzt globale Informationssysteme. Infolgedessen überträgt Bupa Global Ihre personenbezogenen Daten zu den in diesem Datenschutzhinweis ausgewiesenen Zwecken in Länder außerhalb des europäischen Wirtschaftsraums (EWR), also in EU-Mitgliedstaaten sowie nach Norwegen, Liechtenstein und Island.

### 8 Wie lange wir Ihre personenbezogenen Daten speichern

Die Fristen für die Speicherung Ihrer Daten durch Bupa Global werden gemäß den Kriterien berechnet, die in unserem vollständigen Datenschutzhinweis angegeben sind, der auf unserer Website erhältlich ist.

### 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, die Übertragung der Daten zu verlangen, die Sie uns zu Verfügung gestellt haben, Ihre Einwilligung zur Nutzung Ihrer Daten zu widerrufen 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 ähnlich bedeutend auf Sie auswirken.

### 10 Datenschutzkontakte

Für Fragen, Kommentare, Beschwerden oder Vorschläge bezüglich dieses Hinweises oder für sonstige Anliegen zu der Art und Weise, wie wir Daten über Sie verarbeiten, kontaktieren Sie uns bitte unter [info@bupaglobal.com](mailto:info@bupaglobal.com). Sie haben auch das Recht, sich bei Ihrer örtlichen.

Datenschutzbehörde zu beschweren. Der Hauptsitz von Bupa Global befindet sich in Großbritannien, wo die örtliche Aufsichtsbehörde der „Information Commissioner“ ist, der auf folgende Weise kontaktiert werden kann: Information Commissioner's Office, Wycliffe House, Water Lane, Wilmslow, Cheshire SK9 5AF, United Kingdom. Tel.: 0303 123 1113 (Ortstarif) oder 01625 545 745 (Inlandstarif).

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.

Unterschrift des Patienten (Elternteil oder Vormund bei Patienten unter 16 Jahren)

Name in Druckschrift: [Grid] Datum: T T M M J J J J

Wenn Sie Fragen zu Ihrem Leistungsanspruch haben, loggen Sie sich auf unserer Website www.bupaglobal.com/membersworld an oder wenden Sie sich an unser Serviceteam unter:
- Telefon: +44 (0) 1273 323 563
- Fax: +44 (0) 1273 820 517
- E-Mail: info@bupaglobal.com
E-Mails sind eine bequeme und schnelle Möglichkeit, uns zu kontaktieren, aber wir können die Sicherheit dieser Kommunikationsart nicht immer garantieren. Bedenken Sie, dass einige Unternehmen und Länder den E-Mail-Verkehr überwachen. Dies müssen Sie berücksichtigen, wenn Sie sich für diese Kommunikationsart entscheiden.

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 die Informationen und Dokumente gegebenenfalls bereitgestellt werden:
- [ ] Eindeutige, lesbare und ungeschwärzte Dokumente (fotokopierte Belege sollten keine Details unlesbar machen, leserliche Handschrift usw.)
- [ ] Symptome und/oder Diagnose
- [ ] 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 Kostenvorschläge akzeptieren können)
- [ ] Vollständige Zahlungsanweisungen einschließlich Zahlungswährung
- [ ] Zahlungsnachweis für Leistungsansprüche, die vom Mitglied/der Gruppe/dem Unternehmen bezahlt wurden
- [ ] Unterschrift, Name und Datum für die medizinische Erklärung (Abschnitt 8)
Bitte beachten Sie, dass wir möglicherweise zusätzliche Informationen anfordern müssen, um die Beurteilung Ihres Leistungsanspruchs abzuschließen.

Mitglieder: Sie können den Fortschritt Ihres Leistungsanspruchs auf unserer MembersWorld-Website (https://membersworld.bupaglobal.com) verfolgen.

# HINWEISE

