



Kurzreisen

ACE Antragsform wegen Unfall und Krankheit
Adventist Risk Management, Inc.
12501 Old Columbia Pike - Silver Spring, MD 20904
TEL.: 1 (888) 951-4ARM (4276) | FAX: (301) 453-7060
EMAIL: claims@adventistrisk.org

Wie ein Antrag gestellt wird

1. Füllen Sie die Abschnitte A, B, D, und E dieses Antrags vollständig aus.
 - Bitte füllen Sie jeweils einen neuen Antrag für jeden neuen Vorfall aus. (z.B. Erkältung, gebrochener Arm, u.s.w.)
2. Fügen Sie folgende Dokument hinzu:
 - Alle medizinischen Rechnungen und Quittungen die mit dem Vorfall zu tun haben.
3. Senden Sie den vollständig ausgefüllten und unterschriebenen Antrag (es werden zwei Unterschriften benötigt) und alle benötigten Dokumente an:

Adventist Risk Management, Inc.

Claims and Legal Services
(Anträge und Rechtsdienstleistungen)

12501 Old Columbia Pike, Silver Spring, MD 20904

Email: claims@adventistrisk.org

Tel.: 1 (888) 951-4ARM (4276)

Fax: (301) 453-7060

4. Behalten Sie eine Kopie für ihre Unterlagen.

Dies ist keine umfangreiche Krankenversicherung. Bitte machen Sie sich mit dem Überblick der Leistungen die von der Abteilung des Freiwilligenbüros der Siebenten-Tag-Adventisten angeboten wird, vertraut. Es gibt Provisionen, Begrenzungen und Exklusionen in der Police. ACE trifft die letztendliche Entscheidung, zu zahlen oder den Antrag zurückzuweisen.

EIN ANTRAGSBEARBEITER WIRD SICH MIT IHNEN IN KONTAKT SETZEN FALLS ZUSÄTZLICHE INFORMATION ODER DOKUMENTE BENÖTIGT WERDEN SOLLTEN.

Antragsform wegen Unfall und Krankheit

Bitte mailen Sie den ausgefüllten Antrag mit gelisteten Rechnungen und Quittungen an:

(Um ihren Antrag zu beschleunigen bitte senden Sie lesbare Rechnungen und Quittungen.)

Claims & Legal Services
Adventist Risk Management
12501 Old Columbia Pike
Silver Spring, MD 20904

Telefonnr: (301) 453-7400 | 1 (888) 951-4276
Fax: (301) 453-7060
Email: claims@adventistrisk.org

Bitte vervollständigen Sie die Abschnitte A, B und C. Der Abschnitt D muss vervollständig werden, wenn der Antrag für eine abhängige Person ist, wenn es einen anderen Schutz geben sollte, oder wenn der Antrag in Zusammenhang mit einem Unfall steht. Füllen Sie für jede Person einen separaten Antrag aus. Fügen Sie Rechnungen oder Quittungen hinzu und schicken Sie alles an die o.g. Adresse. Bitte beachten Sie, dass Sie die Anträge auch scannen oder faxen können.

ABSCHNITT A VERSICHERTER / PATIENTEN INFORMATION

Name der Gruppe		Policen Nr.	
Name des Versicherten		Geburtsdatum Versicherten	
Name des Patienten		Geburtsdatum Patient	
Wohnadresse			
Bitte geben Sie Telefon und Fax Nr. an, mit kompletter Vorwahl.			
Private Telefonnr.	Arbeitsstellen Nr.	Fax Nr.	E-Mail Adresse
Private Telefonnr.	Arbeitsstellen Nr.	Fax Nr.	E-Mail Adresse

ABSCHNITT B REISEINFORMATION Bitte vervollständigen Sie diesen Abschnitt

Mein Standort befindet sich in (Arbeitsland)	
Ich / wir verließen das o.g. Land am (Tag / Monat / Jahr)	
Ich / wir besuchten die folgenden Länder	
Ich / wir sollten wieder zu Hause sein am (Tag / Monat / Jahr)	
Der Hintergrund meiner / unserer Reise	

ABSCHNITT C ZAHLUNGSINFO. Bitte vervollständigen Sie die Möglichkeiten #1, #2 oder #3

<input type="checkbox"/> OPTION #1 – Auszahlung an VERSICHERTEN Bitte geben Sie an wo die Zahlung hingeschickt werden soll und in welcher Währung. <input type="checkbox"/> Die obige Hausadresse <input type="checkbox"/> Überweisung an ihr Bankkonto	
Name des Kontoinhabers:	Kontonr.:
Name der Bank:	Swift Code:
Bank Adresse:	Währung::
IBAN:	
<input type="checkbox"/> OPTION #2 – Zahlung an einen Dienstleistungsanbieter, z.B. KH, Arzt Bitte vervollständigen Sie den Namen und Adresse des Dienstleistungsanbieters in Abschnitt E dieser Form	
<input type="checkbox"/> OPTION #3 – Zahlung an den Arbeitgeber	
Arbeitgebername:	

Arbeitgeberadresse:

Zahlungseinwilligung: Ich erlaube die Auszahlung direkt an mich, meinen Arbeitgeber oder dem Dienstleistungsträger, der unter Abschnitt E dieser Form erwähnt wurde.

UNTERSCHRIFT
VERSICHERTE

DATUM

Patientenunterschrift und Freigabe (Elternteil oder Vormund, falls Antragssteller minderjährig sein sollte). Ich bestätige hiermit, das, in meinem besten Wissen und Gewissen, dieser Antrag keine falsche, irreführende oder unvollständige Information enthält. Ich erlaube hiermit die Freigabe von allen Unterlagen oder anderen Informationen die nötig sein könnten, um die Auszahlung dieser Forderung zu bestimmen.

UNTERSCHRIFT
PATIENT

DATUM

ABSCHNITT D ANDERE VERSICHERUNGSSCHUTZ INFORMATIONEN	
Nur ausfüllen falls der Antrag für einen Abhängigen ist und oder es einen anderen Schutz geben sollte oder wenn der Antrag mit einem Unfall oder der Arbeit zusammenhängt.	
Haben Sie irgendeine andere Versicherung? Wenn Ja, bitte geben Sie die Versicherungsquelle an <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Hat die Forderung mit einem Unfall zu tun? Hat die Forderung mit der Arbeit zu tun? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Wenn Ja, bitte liefern Sie Dokumente in Zusammenhang mit der Unfall- oder Arbeitsverletzung.	
Wenn die Forderung mit einem Unfall zu tun hat, versuchen Sie eine Auszahlung, auch von anderen Quellen? Wenn Ja, bitte nennen Sie die Versicherungsquelle. <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Name Gatte(in)	Versicherungsfirma Gatte(in)
Arbeitgeber des / der Gatte(in) und Telefonnr.	
Geburtsdatum des Abhängigem	Ist ihre Abhängiger ein Vollzeit Schüler / Student? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn Ja, bitte fügen Sie Beweise hinzu (Registrierung).

Abschnitt E ARZT ODER DIENSTLEISTUNGSTRÄGER Bitte vervollständigen Sie diesen Abschnitt.			
Name des Arztes oder Dienstleistungsträger			
Adresse:			
Telefonnr.:			
Diagnose oder Art der Erkrankung oder Verletzung:			
Datum der Erkrankung (erstes Symptom) oder Verletzung:		Datum der ersten Untersuchung wegen diesem Zustand:	
Krankenhausaufenthalt: Von Bis		Datum Wiedereinstieg in die Arbeit:	
Insgesamt volle krankgeschriebene Tage: Von Bis		Insgesamt teilzeitige krankgeschriebene Tage: Von Bis	
Patientenkonto Nr.		Bezahlte Summe	Noch offene Summe
Ort der Dienstleistung		Diagnosen Code und Beschreibung	
Dienstleistungsdatum	Behandlungscode und Beschreibung / Vorbestimmung von Leistungen	Kosten	Insgesamt Kosten

FREIGABE und ZUWEISUNG VON LEISTUNGEN

Ich, der Unterschreibende erlaube hiermit jedem Krankenhaus oder jedem anderen Gesundheitsträger, Arzt oder Mediziner, Versicherungs- oder Rückversicherungs- Firma, Apotheke, Dienststelle, oder Gruppenversicherungsträger, Gesellschaft, Angestellten- oder Leistungs- Verwalter, der o.g. Versicherungsfirma oder dessen rechtlichen Vertreter jegliche und alle Informationen bezüglich jeder Krankheit oder Verletzung von, die Krankengeschichte von, oder jeglichen Arztbesuch von, Rezept oder Behandlung für, die Person um dessen Tod, Verletzung, Krankheit oder Verlust welche die Grundlage dieser Forderung stellt, so wie die Kopien von allen medizinischen und Krankenhausunterlagen, inklusive Information bezüglich Geisteskrankheiten und dem Konsum von Alkohol oder Drogen, mit dem Zweck der Auswertung dieses Antrags in Bezug zu der o.g. Policen Nr., weiterzugeben. Ich erlaube hiermit dem Versicherungsnehmer, dem Arbeitgeber oder dem Leistungsverwalter der o.g. Versicherungsfirma meine Angestellteninformation sowie finanzielle Information weiterzugeben. Ich verstehe, dass diese Einwilligung für den Zeitraum der Gültigkeit der o.g. Police gültig ist und das eine Kopie dieser als gültiges Original anerkannt wird.

- Ich erkläre mich damit einverstanden, dass eine Fotokopie dieser Einwilligung als Original gültig ist.
- Ich verstehe, dass ich oder mein ernannter Vertreter eine Kopie dieser Einwilligung beantragen können.
- Ich verstehe, dass ich oder der von mir ernannte Rechtsvertreter jederzeit diese Einwilligung, durch schriftlichen Antrag meines Vorhabens an die Versicherungsfirma, zurückrufen können.

Unterschrift vom Versicherten oder dessen ernannter Vertreter	Verhältnis, wenn ein anderer als der Versicherte	Datum
---	--	-------

Adresse:

Betrugsbelehrung: Einige Bundesstaaten verlangen als Bestandteil eines Antrags spezifischen und zwingenden Betrugswortschatz, während andere Bundesstaaten eine generelle Betrugserklärung benutzen. ACE USA Accident & Health hat sich für den Betrugswortschatz des Distrikts von Columbia entschieden, da dieser eine Standardaussage ist. Sollte es nicht anders unten erwähnt werden, wird diese Aussage allen Forderungen, Anträgen und Registrierungsformen, hinzugefügt sein.

Distrikt Columbia, allgemeine Warnung:

Es ist eine Straftat falsche oder irreführende Information an einen Versicherer, zum Zweck des Betrugs des Versicherers oder anderen Personen, zu geben. Mögliche Strafen könnten Gefängnis und / oder Geldstrafen sein. Außerdem kann der Versicherer die Leistungen, im Fall einer Falschaussage des Antragstellers die im direkten Zusammenhang mit der Forderung steht, verweigern.

Folgende Bundesstaaten haben verlangt den folgenden spezifischen Bundesstaat-Wortschatz zu benutzen:

Kalifornien

Für ihre eigene Sicherheit verlangt das Gesetz in Kalifornien folgendes auf dieser Form:

Jede Person die bewusst falschen oder betrügerischen Forderungen, für die Auszahlung eines Verlustes erstellt, macht sich strafbar und könnte dadurch zu Geld- oder Freiheitsstrafe verurteilt werden.

Colorado

Es ist wiederrechtlich bewusst, falsche, unvollständige oder irreführende Tatsachen oder Informationen an eine Versicherungsfirma, mit dem Vorsatz des Betrugs oder des Versuchs des Betrugs, zu liefern. Die Strafen hierfür können Freiheitsstrafe, Geldstrafe, Verweigerung der Versicherungsleistungen und zivilrechtliche Schadensersatzverfahren verursachen.

Florida

Jede Person die bewusst und mit dem Vorsatz der Verletzung, des Betrugs oder der Irreführung jegliche Versicherungsakten und Aussagen für Forderungen oder einen Antrag mit falschen, unvollständigen oder irreführender Information, liefert, macht sich eines Verbrechens dritten Grades schuldig.

New York

Jede Person die bewusst und mit Betrugsabsicht jeglicher Versicherungsfirma oder einer Person, einen Versicherungsantrag oder einen Forderungsantrag stellt, der jegliche falsche Information beinhaltet oder diese zurückhält mit dem Vorsatz der Irreführung bezüglich der zutreffenden Information, begeht damit einen Versicherungsbetrug welcher ein Verbrechen ist und ein maximales Bußgeld von 5.000 USD verursachen wird und der vom Staat geschätzte Betragswert bei jedem einzelnen Fall.

Oklahoma

VORSICHT: Jede Person die bewusst, und mit dem Vorsatz einen Versicherer zu schaden, zu betrügen oder zu täuschen, einen Antrag für einen Versicherungsprozess, der falsche, unvollständige oder irreführende Information beinhaltet, stellt, ist einer Straftat schuldig.

Pennsylvania

Jede Person die bewusst und mit dem Vorsatz des Betrugs jeglicher Versicherungsfirma oder anderen Personen, einen Forderungsantrag stellt der falsche Information enthält oder diese zurückhält mit dem Vorsatz der Irreführung bezüglich der Informationen oder jeglichen Fakten, begeht damit einen Versicherungsbetrug der ein Verbrechen ist und so diese Person Bußgeldern und Kriminalstrafen unterwirft.

Maryland/Oregon

Jede Person die mit dem Vorsatz zu betrügen oder mit dem Bewusstsein das er/sie einen Betrug gegen eine Versicherungsfirma erleichtern, einen Antrag oder einen Forderungsantrag stellt, der falsche oder täuschende Aussagen enthält, könnte damit einen Versicherungsbetrug begehen.

Virginia

Jede Person die mit dem Vorsatz zu betrügen oder mit dem Bewusstsein das er/sie einen Betrug gegen eine Versicherungsfirma erleichtern, einen Antrag oder einen Forderungsantrag stellt, der falsche oder täuschende Aussagen enthält, könnte die Gesetze des Bundestaates gebrochen haben.