

Checklist Checkliste

Please tick to indicate that you have provided us with the following:

Bitte kreuzen Sie an, um anzuzeigen, dass Sie uns Folgendes zur Verfügung gestellt haben:

1. A fully completed Claim Form (including section 7)
Ein vollständig ausgefülltes Antragsformular (einschließlich Abschnitt 7)
2. Bank Details Form
Bankverbindung Formular
3. All invoices relating to the treatment received
Alle Rechnungen in Bezug auf die Behandlung erhalten
4. Proof of Payment
Zahlungsnachweis
5. If applicable, the letter of referral and/or Medical Report
Falls zutreffend, das Überweisungsschreiben und/oder den medizinischen Bericht

Please note, if any of the above are either incomplete or missing, your claim will not be processed and the incomplete or missing information will be requested.

Bitte beachten Sie, dass bei unvollständigen oder fehlenden Angaben Ihr Antrag nicht bearbeitet wird und die unvollständigen oder fehlenden Angaben angefordert werden.

Claim form Erstattungsformular

To help us provide you with a fast and efficient service, we kindly ask you to note the following:

Um uns zu helfen, Ihnen einen schnellen und effizienten Service anbieten zu können, möchten wir Sie bitten, folgendes zu beachten

- A **fully completed form** will speed up the assessment and payment of your claim. Any claim form which has not been fully and properly completed cannot be processed and will be returned for completion.
Ein **vollständig ausgefülltes Formular** wird die Prüfung und Vergütung ihres Anspruches beschleunigen. Erstattungsformulare, die nicht vollständig und korrekt ausgefüllt wurden, können nicht bearbeitet werden und werden zur Vervollständigung zurückgeschickt.
- Please complete **sections 1 - 5** of this document and ask your treating doctor/dentist to complete **sections 6 - 7**. Please note that any fee charged for completing these sections is your responsibility.
Bitte füllen Sie **Abschnitt 1 – 5** dieses Dokuments aus und bitten Sie Ihren behandelnden Arzt /Zahnarzt **Abschnitte 6 – 7** auszufüllen.
Bitte beachten Sie, dass, wenn Gebühren für das Ausfüllen dieser Abschnitte anfallen, Sie dafür verantwortlich sind.
- A **separate claim form** is required for every patient and each medical condition.
Ein **gesondertes Erstattungsformular** sollte für jeden Patienten und jede Krankheit ausgefüllt werden.
- For continuation Claims - A new claim form signed and stamped by your treating physician is required each new policy year. We require an update on your health annually with confirmation of the status of the condition and any treatment required.
Für Folgeanträge: Jedes neue Versicherungsjahr ist ein neues Antragsformular erforderlich, das von Ihrem behandelnden Arzt unterzeichnet und abgestempelt wurde. Wir benötigen eine jährliche Aktualisierung Ihres Gesundheitszustands mit Bestätigung des Zustands und der erforderlichen Behandlung.

- Please complete this form in BLOCK CAPITALS, and remember that you **must** submit your claim form together with all supporting invoices and documents **within 3 months of the treatment date otherwise it will not be considered for settlement.**
Bitte füllen Sie dieses Formular in BLOCKBUCHSTABEN aus, und denken Sie bitte daran, dass Sie das Erstattungsformular mit allen unterstützenden Rechnungen und Dokumenten **innerhalb von 3 Monaten ab Behandlungsdatum einreichen müssen, sonst kann der Antrag für die Abrechnung nicht in Betracht gezogen werden.**
- Pre authorisation is required for all claims relating to in-patient/day-patient treatment and medical evacuation/repatriation benefits. Please call +44 (0) 3300 581 668 and selection Option 2 for approval.
IF YOU GO AHEAD WITHOUT OUR APPROVAL A CO-INSURANCE OF 25% OF THE ELIGIBLE COSTS INCURRED WILL APPLY TO YOUR CLAIM.
Eine Vorgenehmigung ist erforderlich in Bezug auf alle stationären oder teilstationären Behandlungen und medizinische Evakuierung und Rücktransportleistungen. Bitte rufen Sie zur Bestätigung +44 (0) 3300 581 668 und wählen Sie Option 2.
WENN SIE OHNE UNSERE ZUSTIMMUNG FORTFAHREN WIRD FÜR IHREN ANTRAG EINE SELBSTBETEILIGUNG VON 25% DER ZULÄSSIGEN KOSTEN ANFALLEN.
- Please complete and submit a Bank Details Form with your first claim so that we can make payment to your nominated bank account. Bitte füllen Sie ein Bankformular aus und reichen Sie es mit ihrem ersten Antrag ein, dann können wir die Zahlung an ihre ernannte Bank überweisen.
- If you have a query relating to a claim, you can e-mail us at euroclaims@morgan-price.com or telephone +44 (0) 3300 581 668 and select Option 2
Sollten Sie Fragen in Bezug auf ihren Anspruch haben, dann können Sie uns eine Email an euroclaims@morgan-price.com schicken oder rufen Sie uns unter +44 (0) 3300 581 668 und wählen Sie Option 2.

By email

If you choose to submit your claim by e-mail, then please ensure that all documents are clearly scanned - don't forget to scan both sides of a document if appropriate.

You must retain the original documents as we reserve the right to request these to process your claim.

E-mail: mpclaims@morgan-price.com



Per E-Mail

Wenn Sie ihren Anspruch per Email einreichen möchten, dann stellen Sie bitte sicher, dass alle Dokumente klar erkennbar eingescannt wurden – und vergessen Sie nicht gegebenenfalls beide Seiten eines Dokuments zu scannen. Sie müssen die Originaldokumente aufbewahren, weil wir uns das Recht vorbehalten, diese zu verlangen, um Ihren Antrag zu bearbeiten.

E-mail: mpclaims@morgan-price.com

By post

Post the original documents to:

Morgan Price Claims, 2 Penfold Drive, Gateway 11, Wymondham, Norfolk, NR18 0WZ, United Kingdom.

We recommend that you keep copies of all documents that you send to us should you require them at a later date.



Per Post

Schicken Sie uns die Originaldokumente per Post an:

Morgan Price Claims, 2 Penfold Drive, Gateway 11, Wymondham, Norfolk, NR18 0WZ, United Kingdom.

Wir empfehlen, dass Sie Kopien von allen an uns geschickten Dokumenten machen, falls Sie sie zu einem späteren Zeitpunkt benötigen sollten.

1 Claim details Erstattungsangaben

Is this a new claim? Yes No
 Ist dies ein neuer Antrag? Ja Nein

Is this a continuation of a previous claim with Morgan Price?
 If yes, please provide a claim number if you have one
 Ist dieser Erstattungsantrag eine Fortsetzung eines vorangegangenen Antrags mit Morgan Price? Claim No./
 Wenn Ja, bitte geben Sie die Antragsnummer an, wenn Sie eine haben Antragsnummer

Is this a claim for which you have obtained pre-authorisation? Yes No
 Ist dies ein Antrag für den Sie eine Vorgehmigung erhalten haben? Ja Nein Pre-authorisation No.
Vorgemigungsnummer

2 Policyholders details Informationen zum Versicherungsnehmer

Policy number
 Policennummer

Title Forename(s) Surname
 Anrede Vorname(n) Nachname

Correspondence address Post/Zip code
 Korrespondenzadresse Postleitzahl

Phone Mobile number Email
 Telefon Handynummer Email

3 Patient details Patientenangaben

Title Forename(s) Surname
 Anrede Vorname(n) Nachname

Date of birth
 Geburtsdatum

Is this claim related to an accident? Yes No
 Ist dieser Erstattung im Zusammenhang mit einem Unfall? Ja Nein

Is your claim the result of third party negligence e.g. as the result of an accident?
 Ist Ihre Forderung das Ergebnis von Fahrlässigkeit Dritter, z. als Folge eines Unfalls? Yes No
Ja Nein

If yes, please give details:
 Wenn ja, machen Sie bitte detaillierte Angaben:

Are the expenses recoverable either in whole or in part from any other source or insurance policy? Yes No
 Gibt es Ausgaben, die vollständig oder teilweise von anderer Quelle oder einer anderen Versicherungspolice
 rückgewinnbar sind? Ja Nein

If yes, please give details including name of the other insurer and the policy number:
 Wenn "ja", geben Sie bitte den Namen des anderen Versicherers und die Versicherungsnummer an:

Are you entitled to benefits under any state care funded medical care scheme? Yes No
 Haben Sie Anspruch auf Leistungen im Rahmen einer staatlich finanzierten medizinischen Versorgung? Ja Nein

If yes, please give details including the state care scheme, your reference number and confirm the level of benefit covered.
 Wenn ja, geben Sie bitte Einzelheiten einschließlich des staatlichen Pflegesystems und Ihrer Referenznummer an und bestätigen Sie die Höhe
 der gedeckten Leistung.

**4 Claim information
Antragsinformation**

a. Please state the nature of the illness/symptoms:
Bitte geben sie die Art der Krankheit/Symptome an: _____

b. Please state the date that you first became aware of the symptoms:
Bitte geben Sie das Datum an, an dem Sie zum ersten Mal auf die Symptome aufmerksam wurden: _____

c. Have you ever received treatment (including over the counter medication) for this condition or any related condition before this episode?
Wurden Sie jemals deswegen oder wegen einer ähnlichen Krankheit vor dieser Episode behandelt (auch mit Arzneien, die Sie in der Apotheke gekauft haben).

Yes No If yes, please provide details below:
Ja Nein Wenn Ja, teilen Sie uns bitte Einzelheiten unten mit:

d. Please list below the invoices you are submitting for reimbursement
(Please note, if any of the invoices you submit are unclear, these will be sent back to you):
Bitte geben Sie an, welche Rechnungen Sie für Rückerstattung einreichen
(Bitte beachten Sie, wenn eine der von Ihnen eingereichten Rechnungen unklar ist, werden diese an Sie zurückgesandt):

| Date of treatment Datum der Behandlung | Expenses for which reimbursement is required Ausgaben für die Erstattung erforderlich ist | State the currency & amount paid Geben Sie die Währung & den bezahlter Betrag an | To whom should we make settlement* Zu wem sollen wir eine Siedlung machen* | Currency of settlement Währung für die Rückzahlung |
|--|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

* Please ensure that a Bank Details Form has been provided to us.
* Bitte stellen Sie sicher, dass Sie uns die Bankverbindung angegeben haben.

**5 Patient signature and release
Unterschrift des Patienten und Freigabe**

I certify that to the best of my knowledge, this claim form does not contain any false, misleading or incomplete information. I understand that in the event that this claim is found to be fraudulent in whole or in part, the policy will be invalidated and I will be liable for prosecution. In respect of any medical claim, I hereby authorise my general practitioner, health professional or other relevant medical establishment to provide any health details or medical records that may be requested by Morgan Price International Healthcare Ltd, or their appointed representatives. Hiermit bestätige ich, dass nach meinem bestem Wissen und Gewissen, dieses Erstattungsantragsformular keine falsche, irreführenden oder unvollständige Information ist. Ich bin mir im Klaren, dass wenn herausgefunden wird, dass mein Antrag teilweise oder im Ganzen betrügerisch war, ich strafrechtlich verfolgt werden kann. In Bezug auf alle medizinischen Ansprüche, gebe ich meinem Arzt, meinem Gesundheitsexperten oder der entsprechenden medizinischen Einrichtung die Erlaubnis meine Krankendaten oder Krankenakten an Morgan Price International Healthcare Ltd oder an deren ernannten Vertreter weiterzuleiten.

**If a minor was treated, a parent or guardian should sign this section.
Wenn ein Minderjährige/er behandelt wurde, dann sollte dieser Teil von einem Elternteil oder Vormund unterschrieben werden.**

Patient signature _____ Date _____
Patientenunterschrift _____ Datum _____

6 Dental claims (to be completed by treating dentist)
Zahnärztliche Anträge (vom behandelnden Zahnarzt auszufüllen)

| | |
|---|---|
| Name of dentist Name des Zahnartes | Qualifications/credentials Qualifikationen/Referenzen |
| Dental clinic name Name der zahnärztlichen Klinik | Phone Telefon |
| Email | |
| Address Adresse | |
| Post/Zip code Postleitzahl | Country Land |
| Has the patient been attending regular routine check ups? Hat der Patient regelmäßige Routinekontrollen besucht? | Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> |
| Date that the patient visited you for treatment: Datum, an dem der Patient Sie zur Behandlung aufgesucht hat: | |
| Reason for the visit: Grund für den Besuch: | |
| Was the patient suffering dental pain at the time he/she visited you for treatment? Hatte der Patient zu dem Zeitpunkt, als er Sie zur Behandlung besuchte, Zahnschmerzen? | Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> |
| Is the treatment for a new filling or a replacement filling? Ist die Behandlung für eine neue Füllung oder eine Ersatzfüllung? | Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> |
| In your opinion, has the patient maintained good dental hygiene? Hat der Patient, Ihrer Meinung nach, gute Mundhygiene praktiziert? | Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> |
| If no, please provide details below: Falls nicht, machen Sie unten bitte detaillierte Angaben: | |
| Date of the patient's last check-up: Datum der letzten Untersuchung des Patienten: | |
| Reason for check-up: Grund für die medizinische Überprüfung: | |
| Dentist signature Unterschrift des Zahnarztes | Date Datum |

This section must either be typed or completed in BLOCK CAPITALS.
Dieser Abschnitt muss entweder in Großbuchstaben eingegeben oder getippt werden.

7 Medical information (to be completed by treating physician)
Medizinische Daten (vom behandelnden Arzt auszufüllen)

| | |
|---|---|
| Name of doctor/specialist Name des Arztes/Spezialisten | Qualifications/credentials Qualifikationen/Referenzen |
| License Number Name des Krankenhauses/Klinik | Governing Body Leitungsgremium |
| Hospital/clinic name Name des Krankenhauses/Klinik | Phone Telefon |
| Email | |
| Address Adresse | |
| Post/Zip code Postleitzahl | Country Land |
| Indicate type of treatment received Durchgeführte Behandlung angeben | Elective <input type="radio"/> Emergency <input type="radio"/> Elektiv <input type="radio"/> Notfall <input type="radio"/> |

7 Medical information (to be completed by treating physician) — continued
Medizinische Daten (vom behandelnden Arzt auszufüllen) — fortgesetzt

ICD code:

Please provide full details of the medical condition requiring treatment and the treatment given.
Bitte geben Sie vollständige Einzelheiten der zu behandelnden medizinischen Erkrankung an

Was this their first visit to you? If yes, were they referred to you? If yes, please provide details of the person referring them.
 Bitte geben Sie vollständige Einzelheiten der zu behandelnden medizinischen Erkrankung an

On what date did the patient first present these symptoms to you?

Zu welchem Datum hat der Patient Sie zum ersten Mal bezüglich dieser Symptome besucht?

Prior to consulting you, when did the patient first notice signs or symptoms of this medical condition?

Vor der Konsultation, wann hat der Patient die Symptome zum ersten Mal bemerkt?

Are you aware of any treatment given for this or any related illness in the past?

Wissen Sie von anderen Behandlungen für diese oder hiermit zusammenhängende Erkrankungen in der Vergangenheit?

Yes

No

Nein

For out-patient psychiatric treatment, please provide the following details:
Für ambulante ärztliche Behandlung, machen Sie bitte detaillierte Angaben:

Name of referring physician

Name des überweisenden Arztes

Phone

Telefon

Date of referral

Datum der Überweisung

Doctors signature

Unterschrift des Arztes

Date

Datum

Doctors/Dentist stamp
Arzt/Zahnarztpraxis Stempel

The confidentiality of patient and member information is of paramount concern to us. Morgan Price International Healthcare Ltd, their insurers and appointed representatives, and Arma Insurance Company Ltd, fully comply with the European Data Protection Legislation and International Medical Confidentiality Guidelines. You have a right to access the personal data that is held about you. You also have the right to request that we amend or delete any information which you believe is inaccurate or out of date.

Die Vertraulichkeit der Informationen über unsere Patienten und Mitglieder ist unser oberstes Anliegen. Morgan Price Healthcare Ltd und deren Versicherer und ernannten Repräsentanten und Arma Insurance Company Ltd, kommen der Rechtsprechung des Europäischen Datenschutzgesetzes nach und den internationalen Richtlinien zur Bewahrung der Vertraulichkeit von medizinischen Daten. Sie haben das Recht, Ihre persönlichen Daten, die bei uns gespeichert sind, anzufordern. Sie haben außerdem das Recht zu verlangen, dass wir Informationen abändern oder löschen, von denen Sie glauben sie seien unzutreffend oder überholt.

Haftungsausschluss

Es wird keine Gewährleistung und/oder Zusicherung über die Richtigkeit der deutschen Übersetzung gegeben, ob im Einzelnen oder insgesamt, Es wird hier klargestellt, dass die deutsche Version eine Übersetzung des englischen Originals ist, die zur Information dient und Morgan Price International Healthcare schließen jegliche Haftung für Fehler und/oder Ungenauigkeiten in der Übersetzung aus. Es wird hier klargestellt, dass die Version in englischer Sprache Vorrang haben wird über alle Fragen zu Unrichtigkeiten und Auslegung der Inhalte des Planes/Produktes inklusive, aber nicht nur beschränkt auf die allgemeinen Geschäftsbedingungen.