

Wie melde ich einen Anspruch an?

Sobald Sie eine Police mit Morgan Price haben ist es einfach einen Erstattungsanspruch anzumelden.

Medizinischer Notfall



Rufen Sie unsere Notrufnummer innerhalb von **48 Stunden** an, damit wir Sie unterstützen können und für Kosten etc. aufkommen können.



Rufen Sie die **Notrufnummer** auf der Rückseite Ihrer Mitgliedskarte an: +44 (0) 1444 442 865



Wählen Sie **Option 1** aus. Für Notfälle ist kein Kostenzusageformular notwendig.

Wenn es kein Notfall ist

Alle Ansprüche müssen in Übereinstimmung mit dem Erstattungsverfahren in ihrer Police eingereicht werden, aber hier ist eine Zusammenfassung:



Behandlungsermächtigung für stationäre oder ambulante Behandlungsleistungen muss bei Morgan Price **VOR** Beginn jeglicher Behandlung eingeholt werden.



Rufen sie die **Helpline** Telefonnummer auf der Rückseite Ihrer Mitgliedskarte an und wählen Sie Option 2 aus. In den meisten Fällen können wir die Zahlungen direkt an das Krankenhaus überweisen.

Ambulante und zahnärztliche Ansprüche



Besuchen Sie Ihren Arzt oder Zahnarzt wie gewohnt, aber **nehmen Sie Ihr Erstattungsformular** mit und bitten Sie Ihren Arzt/Zahnarzt, **Abschnitte 6 und 7** des Formulars auszufüllen.



Bezahlen Sie für die Behandlung aber lassen Sie sich eine Rechnung geben.



Füllen Sie **Abschnitte 1 bis 5** aus und schicken Sie das Formular, zusammen mit den Belegen an **morganprice@intana-assist.com** oder mit der Post an die Adresse auf dem Formular. Wir empfehlen Ihnen, Kopien der gesamten Korrespondenz aufzubewahren.

Bitte beachten Sie:

Wir möchten Sie daran erinnern, dass alle Erstattungsanträge innerhalb von **6 Monaten nach Datum des Behandlungsbeginn** eingereicht werden, weil sie sonst nicht in Betracht gezogen werden können.

Das komplette Erstattungsverfahren kann in Ihrem Policentext nachgelesen werden. Weil das Erstattungsverfahren von der Art Ihrer Police abhängt, lesen Sie sicherheitshalber den Abschnitt in Ihrem Policentext über Erstattungsverfahren durch, um sicherzugehen, damit Ihnen keine Nachteile entstehen oder etwa ein Selbstkostenbeitrag auf Ihren Antrag angewandt wird.

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.

Erstattungsformular

Um uns zu ermöglichen, Ihnen einen schnellen und effizienten Service bieten zu können, möchten wir Sie bitten das folgende zu beachten:

- Ein vollständig ausgefülltes Formular wird die Prüfung und Vergütung ihres Anspruches beschleunigen. Erstattungsformulare, die nicht vollständig und richtig ausgefüllt wurden, können nicht weiterverarbeitet werden und werden zur Vervollständigung zurückgeschickt.
- Bitte füllen Sie Abschnitt 1 – 5 dieses Dokuments aus und bitten Sie Ihren Arzt Abschnitt 6 – 7 auszufüllen. Bitte beachten Sie, dass wenn Gebühren für das Ausfüllen dieser Abschnitte anfallen, Sie dafür verantwortlich sind.
- Sollten Sie bereits im Voraus wissen, dass Sie in einem Krankenhaus entweder stationär oder ambulant behandelt werden oder Transport benötigen, dann müssen Sie sich für derartige Ausgaben eine Vorabgenehmigung beschaffen. Wenn Sie sonst ohne unsere Zustimmung fortfahren wird für Ihren Antrag eine Selbstbeteiligung von 25% der zulässigen Kosten anfallen.
- Schließlich möchten wir Sie freundlich bitten, dieses Formular in BLOCKBUCHSTABEN auszufüllen, und sie daran erinnern, dass Sie das Formular mit allen unterstützenden Rechnungen und Dokumenten **innerhalb von 6 Monaten des Behandlungsdatums einreichen müssen, sonst kann der Antrag nicht in Betracht gezogen werden.**

Schicken Sie uns Ihr Formular mit allen unterstützenden Informationen und Rechnungen

Welche Methode Sie auch wählen, um uns Ihr Erstattungsformular zu schicken, wir empfehlen Ihnen, dass Sie Kopien für alle Dokumente, die Sie uns zusenden aufbewahren, falls Sie sie für einen späteren Zeitpunkt benötigen sollten.



morganprice@intana-assist.com

Wenn Sie dies wählen, dann stellen Sie bitte sicher, dass alle Dokumente klar erkennbar eingescannt wurden – und vergessen Sie nicht gegebenenfalls beide Seiten eines Dokuments zu scannen.

+44 (0) 1444 45 73 56

Faxen Sie uns Ihre Dokumente.

Vereinigtes Königreich

Schicken Sie uns Ihre Dokumente per Post nach:
Morgan Price Claims, c/o Intana
PO Box 637, Haywards Heath
West Sussex RH16 1WR
England

1 Erstattungsangaben

Ist dieser Erstattungsantrag eine Fortsetzung eines vorangegangenen Antrags mit Morgan Price oder für eine Erkrankung, für die Sie die Versicherung bereits in Anspruch genommen haben.

Ja Nein

Wenn ja, stellen Sie uns bitte alle Angaben auf einem weiterem Blatt Papier zur Verfügung.

2 Informationen zum Versicherungsnehmer

Policennummer

Anrede Vorname(n) Nachname

Korrespondenzadresse Postleitzahl

Telefonnummer Händynummer Fax Email

3 Patientenangaben

Anrede Vorname(n) Nachnamen

Geburtsdatum

Bezieht sich der Anspruch auf einen Unfall Ja Nein

Richtet sich der Anspruch gegen einen Dritten Ja Nein

Wenn ja, machen Sie bitte detaillierte Angaben:

Gibt es Ausgaben, die vollständig oder teilweise von anderer Quelle oder einer Anderen Versicherungspolice rückgewinnbar sind? Ja Nein

Wenn ja, machen Sie bitte detaillierte Angaben:

4 Zahlungsdaten

Bitte wählen Sie eine der nachstehenden Optionen.

Option 1. Bezahlung des Versicherungsnehmers/Versicherten

Bezahlung in Rechnungswährung Anderer Währung

Wenn anderer Währung, bitte angeben

4 Zahlungsdaten — fortgesetzt

Wir können Ansprüche in den meisten weltweit gültigen Hauptwährungen auszahlen, aber in ein paar wenigen Fällen können wir nicht in der gewünschten Währung bezahlen. In solchen Fällen zahlen wir in der gleichen Währung, in der Ihre Beiträge bezahlt werden.

Bitte wählen Sie Ihre gewünschte Zahlungsmethode aus, indem Sie die entsprechende Feld abhaken.

Banküberweisung/telegrafische Banküberweisung

Name des Kontoinhabers	<input type="text"/>	Kontonummer/IBAN	<input type="text"/>
Bankleitzahl	<input type="text"/>	SWIFT-Kode	<input type="text"/>
Bankname	<input type="text"/>	Bankadresse	<input type="text"/>

Kreditkarte (nur Mastercard oder Visa) ODER Debitkarte

Kartentyp	Mastercard <input type="radio"/>	Visa <input type="radio"/>	Debitkarte <input type="radio"/>
Name auf der Karte	<input type="text"/>	Ablaufdatum	<input type="text"/>
Kartenummer	<input type="text"/>		

Option 2. Bezahlung an den medizinischen Dienstleister – z. B. Krankenhaus Spezialist, MRI

Bitte dieses Feld abhaken, wenn dies im Voraus mit Intana / Astrenska Insurance Ltd so vereinbart war.

5 Unterschrift des Patienten und Freigabe

Ich attestiere hier nach bestem Wissen, dass dieses Erstattungsformular keine falschen, irreführende oder unvollständigen Informationen enthält. Ich bin mir im Klaren, dass wenn sich dieser Antrag sich als falsch herausstellt, die Police ungültig wird und ich mit einer Strafverfolgung rechnen muss. Für einen medizinischen Antrag, bevollmächtige ich meinen Arzt, das ärztliche Fachpersonal oder andere relevante medizinische Einrichtungen, die Gesundheitsdaten oder Krankenakten zur Verfügung zu stellen, die von Morgan Price International Healthcare Ltd, Intana, Astrenska Insurance Ltd, oder ihre bestellten Repräsentanten angefordert werden.

Wenn eine minderjährige Person behandelt wurde, muss dieser Abschnitt von einem Elternteil oder Vormund unterzeichnet werden.

Unterschrift des Patienten	<input type="text"/>	Datum	<input type="text"/>
----------------------------	----------------------	-------	----------------------

Der folgende Abschnitt wird durch den behandelnden Arzt in BLOCKBUCHSTABEN ausgefüllt

6 Medizinischer Dienstleister Information

Name des Arztes/Spezialisten	<input type="text"/>	Qualifikationen/Referenzen	<input type="text"/>
Name des Krankenhauses/der Klinik	<input type="text"/>	Telefon	<input type="text"/>
		Fax	<input type="text"/>
Email	<input type="text"/>	Land	<input type="text"/>
Adresse	<input type="text"/>	Postleitzahl	<input type="text"/>

7 Medizinische Daten

Wurde die Behandlung vorher genehmigt Ja Nein

Wenn ja, bitte Einzelheiten anhängen

Welche Art von Behandlung wurde durchgeführt Wahlpflicht Notfall

Welche Art von Behandlung wurde durchgeführt Akute Episode einer chronischen Zustandes Chronisch Akut

Bitte geben Sie vollständige Einzelheiten der medizinischen Erkrankung, die behandlungsbedürftig war, inklusive ICD Code/DSM-IV

Zu welchem Datum hat der Patient die Symptome zum ersten Mal Ihnen gegenüber erwähnt?

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

Wissen Sie von anderen Bahandlungen für diese oder hiermit zusammenhängende Erkrankungen in der Vergangenheit? Ja Nein

Wenn ja, bitte detaillieren:

Nur bei physiotherapeutischen/psychotherapischen Leistungsansprüchen. Bitte geben Sie alle Einzelheiten zur Überweisung an:

Name des überweisenden Arztes

Telefonnummer Überweisungsdatum

Nur bei zahnärztlicher Behandlung

Hatte der Patient schon vor dem Behandlungsbesuch bei Ihnen Zahnschmerzen? Ja Nein

Unterschrift des Arztes Datum

Praxisstempel

Die Vertraulichkeit der Informationen über unsere Patienten und Mitglieder ist unser oberstes Anliegen. Morgan Price Healthcare Ltd und Astrenska Insurance Ltd kommen der Rechtsprechung des Europäische Datenschutzgesetzes nach und den internationalen Richtlinien zur Vertraulichkeit medizinischer Daten. Sie haben das Recht, Ihre persönlichen Daten, die bei uns vorliegenhaben, 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 Überwsetzung 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.