

Anlage III Einverständniserklärung des Versicherten

Name/Anschrift der Einrichtung

Angaben des Versicherten

Name: _____

Vorname: _____

Geb. am _____

Wohnanschrift: _____

Adresse der Unterkunft im Ausland: _____

Krankenversicherturnummer (10-stellig): _____

Ich erkläre, dass ich

- bei der DAK-Gesundheit versichert bin;
- dem spanischen Vertragspartner meine Versichertenkarte mit der „Europäischen Versichertenkarte“ (Rückseite) vorgelegt habe (EHIC-Anspruch);
- meinen ständigen Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland habe;
- mich nur vorübergehend (<42 Tage) im Ausland aufhalte.
- Einreise: _____ geplante Rückreise: _____

Ferner erkläre ich mich damit einverstanden, dass die von mir aufgesuchte Einrichtung sich bei der DAK-Gesundheit unter Nennung der o.g. Angaben den Versicherungsschutz bestätigen lässt und in der Folge alle für die Abrechnung relevanten Daten und Befunde an die DAK-Gesundheit übermittelt.

Ohne mein Einverständnis zu den hier genannten Punkten ist eine Behandlung im Rahmen des DAK-EuropaService in der Einrichtung nicht möglich.

Die Angaben im Rahmen dieser Erklärung müssen wahrheitsgemäß erfolgen.

Die DAK-Gesundheit behält sich im Falle von vorsätzlichen oder fahrlässigen Falschangaben die Prüfung und Geltendmachung von Erstattungs- bzw. Schadensersatzansprüchen gegen die/den Versicherten vor. Solche Erstattungs- bzw. Schadensersatzansprüche können insbesondere auf Rückzahlung der von der DAK-Gesundheit für die Krankenhausbehandlung aufgewandten Kosten gerichtet sein.

Datum / Unterschrift des Versicherten

Archive III Declaración de consentimiento del asegurado

Nombre y dirección del centro medico

Datos del asegurado con seguro de enfermedad

Apellidos:

Nombre:

Nacido el:

Dirección de residencia:

Dirección del alojamiento en el extranjero:

Número de seguro médico (de 10 cifras):

Yo declaro que

- Estoy asegurado con DAK-Gesundheit en Alemania;
- Mi tarjeta de Seguro Sanitario con la "tarjeta europea de Seguro" a la parte contratante Española" (reverso) a la parte contratante española (solicitud de la TSE);
- Confirmando que tengo mi residencia permanente en la República Federal de Alemania;
- Mi estancia en el extranjero es temporal y limitada (<42 días).
- Entrada: _____ Salida del País prevista: _____

Además, acepto que el centro que he visitado haga confirmar mi cobertura de seguro por DAK-Gesundheit, indicando los datos arriba mencionados, y que posteriormente transmita todos los datos y resultados relevantes para la facturación a DAK-Gesundheit.

Sin mi consentimiento a los puntos aquí mencionados, el tratamiento en el marco del DAK-EuropaService no es posible en el centro.

La información facilitada en esta declaración debe ser veraz y precisa.

DAK-Gesundheit se reserva el derecho de verificar y reclamar al asegurado el reembolso o la indemnización en caso de falsedad intencionada o negligente. Dichas reclamaciones de reembolso o indemnización podrán dirigirse, en particular, al reembolso de los gastos en que haya incurrido DAK-Gesundheit por el tratamiento hospitalario.

Fecha / Firma de la persona asegurada

DAK-EuropaService

