

Ärzte-Info-Ticket für ambulante und stationäre Heilbehandlung in Deutschland

Please provide the physician with our Ärzte-Info-Ticket (medical info card) prior to the treatment.

Wichtige Hinweise für die ambulante und stationäre Heilbehandlung

Versicherte Person	Versicherungsnummer
--------------------	---------------------

Versicherungsumfang

<input type="checkbox"/> AU-PAIR24	<input type="checkbox"/> AU-PAIR-PLUS	<input type="checkbox"/> EUROPE-CARE			
<input type="checkbox"/> EDUCARE24	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> L	<input type="checkbox"/> XL	
<input type="checkbox"/> EDUCARE-WORLD	<input type="checkbox"/> PROTRIP-WORLD				
<input type="checkbox"/> PROVISIT	<input type="checkbox"/> PROVISIT-VISUM	<input type="checkbox"/> PROVISIT-MULTIPASS	<input type="checkbox"/> PROVISIT-GRUPPE		

Wichtige Hinweise

Sehr geehrte Ärztin, sehr geehrter Arzt,

mit diesem Ärzte-Info-Ticket möchten wir die Abwicklung vereinfachen und sicherstellen, dass Sie schnell und unkompliziert Ihre Gebühren erhalten. Dafür bieten wir Ihnen die direkte Abrechnung mit unserem Büro an. Schicken Sie einfach Ihre Rechnung zusammen mit dem unterschriebenen Ärzte-Info-Ticket an unser Büro. Liegt die Rechnung innerhalb des Leistungsrahmens und liegen keine sonstigen Umstände vor, die der Versicherungsleistung entgegenstehen, erstatten wir Ihre Rechnung innerhalb weniger Tage direkt auf Ihr Konto.

Abrechnungssätze bei direkter Abrechnung

Bitte rechnen Sie die Leistungen bis zum 1,7-, 1,3- bzw. 1,1-fachen Satz der GOÄ ab.

Wichtige Hinweise für das Krankenhaus

Versichert ist die Behandlung in der allgemeinen Pflegeklasse ohne Wahlleistungen.

Vorsorgeleistungen und andere prophylaktische Maßnahmen

Vorsorgeleistungen und andere prophylaktische Maßnahmen sind nicht versichert. Ausnahme EDUCARE24 XL: Dort sind Vorsorgeleistungen im Rahmen gesetzlicher Programme/ Gesundheits- und Kinderuntersuchungen im Rahmen gesetzlicher Programme/Schutzimpfungen und Zahnprophylaxe mitversichert. (Die Gesamtleistung ist auf insgesamt 500€ je Versicherungsjahr limitiert.)

Weitere Informationen

Im Einzelnen gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen des jeweiligen Tarifs, die Sie unter www.dr-walter.com/verbraucherinformationen.html jederzeit einsehen können. Alle Fragen zum Versicherungsschutz beantworten wir Ihnen gern:

Servicenummer: +49 (0) 22 47 91 94 -31

DR-WALTER GmbH, Eisenerzstraße 34, 53819 Neunkirchen-Seelscheid, Deutschland
leistung@dr-walter.com, Fax +49 (0) 22 47 91 94 -20, www.dr-walter.com

Das sollten Sie beachten

Bei der Ihnen vorliegenden Versicherung handelt es sich um eine Reisekrankenversicherung für ausländische Gäste. Versichert ist die absolut notwendige Behandlung akuter, neu nach Versicherungsbeginn auftretender Krankheitsfälle (Notfallheilbehandlung).

Zustimmungspflichtige Leistungen

- Bitte senden Sie uns in den folgenden Fällen vor Behandlungsbeginn einen Heil- und Kostenplan:
- nicht konventionelle Röntgendiagnostik (wie z. B. Computertomographie, Kernspintomographie und Szintigraphie sowie Magen- und Darmspiegelungen).
 - Allergietests.
 - Ohne unsere schriftliche Zusage zum Heil- und Kostenplan beschränkt sich die Erstattung dieser o. g. Leistungen auf 50 Prozent der erstattungsfähigen Kosten.
 - Psychotherapie, Psychoanalyse und Hypnose sind nur in einigen Produkten und nur im jeweils vereinbarten Rahmen versichert.

Keine Leistungspflicht besteht unter anderem für

- umfangreiche Ursachenforschung (beispielsweise die Erstellung eines Gesamtstatus oder Hormonstatus);
- Vorsorgeuntersuchungen (inkl. Krebsvorsorge), Check-ups und Kontrolluntersuchungen (Ausnahme EDUCARE24 XL siehe oben);
- Behandlungen wegen Akne und Haarausfall sowie für Maßnahmen zur Muttermal- und Warzenentfernung;
- Untersuchungen zur Erlangung der Aufenthaltsgenehmigung.
- Die Behandlung von Vorerkrankungen ist in den Tarifvarianten EDUCARE24 und PROVISIT nicht versichert.
- Behandlungen, von denen bei Reisebeginn feststand, dass sie bei planmäßiger Durchführung der Reise stattfinden mussten, sind in den Tarifvarianten AU-PAIR24, AU-PAIR-PLUS, PROVISIT-VISUM, PROVISIT-MULTIPASS, PROVISIT-GRUPPE, EUROPE-CARE, PROTRIP-WORLD und EDUCARE-WORLD nicht versichert.

Alle Verbraucherinformationen und Versicherungsbedingungen finden Sie unter: www.dr-walter.com/verbraucherinformationen

Bestätigung der Gastfamilie/des Versicherungsnehmers

Die Beiträge wurden entrichtet und es liegen keine sonstigen Umstände vor, die einer Versicherungsleistung entgegenstehen.

Ort, Datum	Unterschrift der Gastfamilie/des Versicherungsnehmers
------------	---

Bestätigung des Arztes

Ich wähle die direkte Abrechnung. Die oben genannten Leistungen und Ausschlüsse sowie die zustimmungspflichtigen Leistungen habe ich zur Kenntnis genommen.

Ort, Datum	Unterschrift des Arztes
------------	-------------------------

Ärzte-Info-Ticket für Zahnbehandlung in Deutschland

Please provide the physician with our Ärzte-Info-Ticket (medical info card) prior to the treatment.

Hinweise für die zahnärztliche Heilbehandlung (Notfallheilbehandlung)

Versicherte Person	Versicherungsnummer
--------------------	---------------------

Versicherungsumfang

<input type="checkbox"/> AU-PAIR24	<input type="checkbox"/> AU-PAIR-PLUS	<input type="checkbox"/> EUROPE-CARE			
<input type="checkbox"/> EDUCARE24	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> L	<input type="checkbox"/> XL	
<input type="checkbox"/> EDUCARE-WORLD	<input type="checkbox"/> PROTRIP-WORLD				
<input type="checkbox"/> PROVISIT	<input type="checkbox"/> PROVISIT-VISUM	<input type="checkbox"/> PROVISIT-MULTIPASS	<input type="checkbox"/> PROVISIT-GRUPPE		

Wichtige Hinweise

Sehr geehrte Ärztin, sehr geehrter Arzt,

mit diesem Ärzte-Info-Ticket möchten wir die Abwicklung vereinfachen und sicherstellen, dass Sie schnell und unkompliziert Ihre Gebühren erhalten. Dafür bieten wir Ihnen die direkte Abrechnung mit unserem Büro an. Schicken Sie einfach Ihre Rechnung zusammen mit dem unterschriebenen Ärzte-Info-Ticket an unser Büro. Liegt die Rechnung innerhalb des Leistungsrahmens und liegen keine sonstigen Umstände vor, die der Versicherungsleistung entgegenstehen, erstatten wir Ihre Rechnung innerhalb weniger Tage direkt auf Ihr Konto.

Abrechnungssätze bei direkter Abrechnung

Bitte rechnen Sie die Leistungen bis zum 2,0-fachen Satz der GOZ bzw. bis zum 1,7-, 1,3-, 1,1-fachen Satz der GOÄ ab.

Limit für zahnärztliche Behandlung

- Bei EDUCARE24 S und M ist die Gesamtleistung für zahnärztliche Behandlung während der Versicherungsdauer auf 500€ beschränkt.
- Bei PROTRIP-WORLD und EDUCARE-WORLD ist die Leistung je Versicherungsfall auf 500€ beschränkt.

Zahnersatz

- EDUCARE24 S und M, PROVISIT-VISUM, PROVISIT-MULTIPASS, PROVISIT-GRUPPE: keine Leistungen für Zahnersatz
- AU-PAIR24, AU-PAIR-PLUS, EDUCARE24 L und XL, PROVISIT: unfallbedingter Zahnersatz bis 2.000€
- EUROPE-CARE: unfallbedingter Zahnersatz zu 80%, höchstens 2.500€ je Versicherungsfall
- PROTRIP-WORLD und EDUCARE-WORLD: unfallbedingter Zahnersatz bis 1.000€

Reparatur von Zahnersatz

- PROVISIT-VISUM, PROVISIT-MULTIPASS, PROVISIT-GRUPPE: einfache Reparatur eines vorhandenen Zahnersatzes
- EDUCARE24 L und XL, PROVISIT: einfache Reparatur eines vorhandenen Zahnersatzes bis 200€
- AU-PAIR24, AU-PAIR-PLUS: einfache Reparatur eines vorhandenen Zahnersatzes, 50% des Rechnungsbetrages bis 1.000€
- EUROPE-CARE: einfache Reparatur eines vorhandenen Zahnersatzes
- PROTRIP-WORLD und EDUCARE-WORLD: einfache Reparatur eines vorhandenen Zahnersatzes bis 500€

Vorsorgeleistungen und andere prophylaktische Maßnahmen

Vorsorgeleistungen und andere prophylaktische Maßnahmen sind nicht versichert. Ausnahme EDUCARE24 XL: Dort sind Vorsorgeleistungen im Rahmen gesetzlicher Programme/Gesundheits- und Kinderuntersuchungen im Rahmen gesetzlicher Programme/Schutzimpfungen und Zahnprophylaxe mitversichert. (Die Gesamtleistung ist auf insgesamt 500€ je Versicherungsjahr limitiert.)

Weitere Informationen

Im Einzelnen gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen des jeweiligen Tarifs, die Sie unter www.dr-walter.com/verbraucherinformationen.html jederzeit einsehen können. Alle Fragen zum Versicherungsschutz beantworten wir Ihnen gern:

Servicenummer: +49 (0) 22 47 91 94 -31

DR-WALTER GmbH, Eisenerzstraße 34, 53819 Neunkirchen-Seelscheid, Deutschland
leistung@dr-walter.com, Fax +49 (0) 2247 9194-20, www.dr-walter.com

Das sollten Sie beachten

Bei der Ihnen vorliegenden Versicherung handelt es sich um eine Reisekrankenversicherung für ausländische Gäste. Versichert ist nur die schmerzstillende Zahnbehandlung mit einfacher Füllungstherapie (plastisches Füllungsmaterial) zur Beseitigung akuter, neu nach Versicherungsbeginn entstandener Krankheitsfälle (Notfallheilbehandlung).

Zustimmungspflichtige Leistungen

- Bitte senden Sie uns in den folgenden Fällen vor Behandlungsbeginn einen Heil- und Kostenplan:
- Behandlung von mehr als zwei Zähnen während des Versicherungszeitraumes;
 - Parodontalerkrankungen;
 - Behandlungen, deren Rechnungsbetrag erwartungsgemäß höher als 250€ sein wird.
- Ohne unsere schriftliche Zusage zum Heil- und Kostenplan beschränkt sich die Erstattung dieser o. g. Leistungen auf 50 Prozent der erstattungsfähigen Kosten.

Keine Leistungspflicht besteht unter anderem für

- die Behandlung tief zerstörter Zähne;
- umfangreiche Zahnsanierungen;
- das Entfernen von Zahnbelag;
- Zahnersatz einschließlich Kronen, Inlays und Onlays (Ausnahme siehe oben);
- Vorsorgeleistungen und andere prophylaktische Maßnahmen (Ausnahme EDUCARE 24 XL siehe oben);
- Panoramaschichtaufnahmen und Kieferorthopädie.

Alle Verbraucherinformationen und Versicherungsbedingungen finden Sie unter: www.dr-walter.com/verbraucherinformationen

Bestätigung der Gastfamilie/des Versicherungsnehmers

Die Beiträge wurden entrichtet und es liegen keine sonstigen Umstände vor, die einer Versicherungsleistung entgegenstehen.

Ort, Datum	Unterschrift der Gastfamilie/des Versicherungsnehmers
------------	---

Bestätigung des Arztes

Ich wähle die direkte Abrechnung. Die oben genannten Leistungen und Ausschlüsse sowie die zustimmungspflichtigen Leistungen habe ich zur Kenntnis genommen.

Ort, Datum	Unterschrift des Arztes
------------	-------------------------