

Sie können uns einen Leistungsanspruch senden:

- Bitte füllen Sie alle Abschnitte des Formulars deutlich aus, um Verzögerungen zu vermeiden, und senden Sie es so bald wie möglich (idealerweise innerhalb von zwei Jahren nach Ihrem Behandlungstermin) an uns zurück.

Bitte füllen Sie ein neues/separates Leistungsanspruchsformular aus für:

- Wir können keine Originaldokumente zurücksenden, stellen Ihnen aber bei Bedarf gerne beglaubigte Kopien zur Verfügung. Bevor Sie uns Ihren Leistungsanspruch zusenden, lesen Sie bitte die Checkliste am Ende dieses Formulars, um sicherzustellen, dass Sie alles angegeben haben.

Mitgliedsnummer des Patienten:

Name der Gruppe (falls zutreffend):

BI	-					-					-				
----	---	--	--	--	--	---	--	--	--	--	---	--	--	--	--

Anrede						
--------	--	--	--	--	--	--

[illegible][illegible][illegible]

Geburtsdatum	T	T	M	M	J	J	J	J
--------------	---	---	---	---	---	---	---	---

Aktuelle Postanschrift:[illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible]

Wir senden die gesamte Korrespondenz an diese Adresse. Sie können Ihre Daten jederzeit online unter www.bupaglobal.com/membersworld aktualisieren

[illegible][illegible]

2 Leistungsanspruch/einzelheiten zur behandlung (Wenn möglich, sollten alle Abschnitte von dem für die Behandlung des Patienten verantwortlichen Arzt ausgefüllt werden, andernfalls sollten sie vom Patienten ausgefüllt werden.)

[illegible]

Medizinische Angaben

Grund der Behandlung oder des Besuchs bei einem Arzt, z. B. Symptome und Diagnose, falls bekannt	

Steht die Behandlung im Zusammenhang mit: Wellness oder präventiv ☐ Mutterschaft ☐ Onkologie ☐ Zahnbehandlungen ☐ (Sehkraft/Sehvermögen korrigieren) ☐ Optiker ☐ Vor oder nach einem Krankenhausaufenthalt ☐

Wann begannen die Symptome?	T	T	M	M	J	J	J	J	Wann war der Termin der Behandlung / Konsultation?	T	T	M	M	J	J	J	J
-----------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	--	---	---	---	---	---	---	---	---

Einzelheiten zur erhaltenen Behandlung, einschließlich Operationen und Medikamentenbemerkt wurden	
---	--

Angaben zum behandelnden Arzt

[illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible]

Angaben zur Krankenhausaufnahme (falls zutreffend)

Datum der Aufnahme	T	T	M	M	J	J	J	J	Entlassungstermin	T	T	M	M	J	J	J	J	Datum der Operation	T	T	M	M	J	J	J	J
--------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	-------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---------------------	---	---	---	---	---	---	---	---

[illegible][illegible][illegible][illegible][illegible]

Unterschrift des behandelnden Arztes

[illegible]

Datum

T	T	M	M	J	J	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

[illegible]

3 Krankenhaustagegeld

Das Krankenhaus sollte diesen Abschnitt ausfüllen, wenn für den Aufenthalt über Nacht keine Kosten entstanden sind und Ihre Krankenversicherung eine Geldleistung vorsieht

Ich bestätige, dass war im Krankenhaus von bis Und dieser Aufenthalt war kostenlos

Das Krankenhaus muss dieses Leistungsanspruchsformular hier mit einem Stempel versehen:

4 Zahlungsangaben

An wen sollen wir die Zahlung leisten? (Bitte nur eine Option wählen)

Arzt ☐	Krankenhaus/Klinik ☐	Patient/Mitglied (Zahlungsnachweis beifügen) ☐	Gruppe/Unternehmen (Zahlungsnachweis beifügen) ☐
-------------------------------	---	---	---

Füllen Sie Abschnitt A aus, um per Banküberweisung zu bezahlen, oder Abschnitt B, um per Scheck zu bezahlen.

Abschnitt A – Zahlung per elektronischer Überweisung auf ein Bankkonto

Name der Bank	
SWIFT-/BIC-Code*	
Bankleitzahl (nur Großbritannien)	- - - - -
Kontonummer	
VOLLSTÄNDIGE IBAN*	
Name des Kontoinhabers	
Kontowährung	
Adresse der Bank	
Postleitzahl	
Land	

*Um Ihre Zahlung so schnell und sicher wie möglich abzuwickeln, empfehlen wir dringend diese Option als bevorzugte Zahlungsmethode. Bitte geben Sie die IBAN und den SWIFT-Code Ihrer Bankfiliale an. Ihre Bank kann Ihnen diese Informationen zur Verfügung stellen.

Banküberweisungen werden in der Währung Ihres Bankkontos geleistet. So wickeln wir Mitversicherungen und Selbstbehalte für Leistungsansprüche ab:

- Wenn wir an Sie zahlen, zahlen wir Ihren Leistungsanspruch abzüglich des Selbstbehalts oder der Mitversicherungssumme, die Sie in Ihrer Police haben.
- Wenn wir an den Anbieter zahlen, ziehen wir den Selbstbehalt bzw. Mitversicherungsbetrag per Lastschrift oder Kreditkarte von Ihnen ein.
- Wenn Sie Mitglied einer Gruppenversicherung sind, zahlen wir dem medizinischen Dienstleister den Leistungsanspruch abzüglich des Selbstbehalts oder der Mitversicherungssumme, die für Ihre Police gilt. Sie sind für die Zahlung aller ausstehenden Beträge an den Anbieter verantwortlich, nachdem wir den Leistungsanspruch geprüft und bezahlt haben.

Um herauszufinden, ob bei Ihnen eine Mitversicherung oder ein Selbstbehalt besteht, prüfen Sie bitte Ihre Versicherungsbescheinigung. Weitere Informationen über Mitversicherung und Selbstbeteiligung finden Sie in Ihrem Produkt-Leitfaden.

Abschnitt B – Scheckzahlung

In welcher Währung möchten Sie sich den Scheck ausstellen lassen? (Bitte nur eine Option wählen)

- ☐ Währung Ihrer Rechnungen ☐ Währung Ihrer Prämien ☐ Währung Ihres Bankkontos (bitte angeben)

An Mitglieder zahlbare Schecks werden per Post an die auf dem Deckblatt angegebene Postanschrift gesendet

5 Versicherung durch dritte

Kann eine weitere Institution zur teilweisen Kostenübernahme verpflichtet werden (z. B. ein weiterer Versicherer oder eine am Unfall beteiligte Person oder Organisation)? ☒ J ☐ N

Wenn ja, geben Sie bitte die Kontaktdaten an:

[illegible]

6 Ihre Zustimmung zur Einholung eines medizinischen Gutachtens

Wichtige Informationen

Um Ihren Leistungsanspruch bearbeiten zu können, müssen wir möglicherweise einen medizinischen Bericht von einem Arzt anfordern, der Sie behandelt hat. Dazu müssen Sie Ihr Einverständnis geben, indem Sie die untenstehende Erklärung unterschreiben.

Bitte lesen Sie diesen Abschnitt sorgfältig durch. Sie haben bestimmte Rechte, die durch das unten beschriebene britische Recht geschützt sind.

Wenn Sie im Vereinigten Königreich behandelt werden, können Sie zwischen drei Vorgehensweisen wählen.

1. Sie können Ihre Einwilligung erteilen, ohne den Befund des Arztes vor der Übermittlung an uns einzusehen. Der Bericht wird dann vom Arzt direkt an uns gesendet.
2. Sie können Ihr Einverständnis geben, aber darum bitten, jeden Bericht einzusehen, bevor er an uns gesendet wird. In diesem Fall haben Sie nach unserer Benachrichtigung 21 Tage Zeit, sich mit Ihrem Arzt in Verbindung zu setzen, um die Einsichtnahme in den Bericht zu vereinbaren. Wenn Sie den Arzt nicht innerhalb von 21 Tagen kontaktieren, ist dieser berechtigt, den Bericht an uns zu senden. Wenn Sie sich jedoch an Ihren Arzt wenden, um den Bericht einzusehen, müssen Sie ihm eine schriftliche Einwilligung erteilen, bevor er den Bericht an uns weitergeben kann. Sie können Ihren Arzt bitten, den Bericht zu ändern, wenn Sie der Meinung sind, dass er irreführend ist. Wenn Ihr Arzt dies ablehnt, können Sie darauf bestehen, dem Bericht einen eigenen Kommentar hinzuzufügen, bevor er an uns gesendet wird. Sollten Sie Ihr Einverständnis dazu geben, dass wir einen Bericht erhalten, ohne anzugeben, dass Sie ihn sehen möchten, können Sie Ihre Meinung ändern, indem Sie Ihren Arzt kontaktieren, bevor der Bericht an uns gesendet wird. Sie haben die Möglichkeit, den Bericht einzusehen und den Arzt zu bitten, den Bericht zu ändern oder Ihre Kommentare hinzuzufügen, bevor er an uns gesendet wird, oder Ihre Zustimmung zur Veröffentlichung zu verweigern.
3. Sie können Ihre Zustimmung verweigern, bedenken Sie jedoch, dass wir Ihren Leistungsanspruch in diesem Fall möglicherweise nicht akzeptieren können.

Unabhängig davon, ob Sie angeben, dass Sie den Bericht vor der Übermittlung einsehen möchten oder nicht, haben Sie das Recht, Ihren Arzt um eine Kopie zu bitten, sofern Sie ihn innerhalb von sechs Monaten nach Übermittlung des Berichts an uns anfordern.

Ihr Arzt ist berechtigt, einige oder alle im Gutachten enthaltenen Informationen zurückzuhalten, wenn (a) er der Meinung ist, dass diese für Sie nachteilig sein könnten oder (b) er damit seine Absichten Ihnen gegenüber offenbaren würde oder (c) er sonst die Identität einer anderen Person ohne deren Zustimmung offenbaren würde (mit Ausnahme der Informationen, die von einem Gesundheitsexperten in seiner beruflichen Eigenschaft im Zusammenhang mit Ihrer Behandlung bereitgestellt wurden). Ihr Arzt kann für seine Leistungen auch eine angemessene Gebühr verlangen.

Ich als Unterzeichnende(r) ermächtige jedes Krankenhaus, jeden Spezialisten, Arzt oder sonstigen Anbieter im Gesundheitswesen, Bupa oder einer von Bupa bevollmächtigten Person die Informationen zur Verfügung zu stellen, die Bupa oder die von Bupa bevollmächtigte Person im Zusammenhang mit einer Behandlung oder anderen für mich oder meine mitversicherten Familienmitglieder erbrachten Leistungen verlangt, um vorliegenden Leistungsanspruch zu prüfen.

Wenn Sie in Großbritannien in Behandlung sind, bestätigen Sie durch Ihre Unterschrift auf diesem Formular Folgendes:

Ich bin über meine Rechte gemäß dem Gesetz über den Zugang zu medizinischen Gutachten (Access to Medical Reports Act 1988) und der Verordnung über den Zugang zu persönlichen Daten und medizinischen Gutachten (Access to Personal Files and Medical Reports (NI) Order 1991) informiert worden.

Wenn Sie im Vereinigten Königreich behandelt wurden, teilen Sie uns bitte mit, ob Sie eine Kopie des medizinischen Berichts sehen möchten, bevor dieser an Bupa gesendet wird:

Ich möchte von jedem Arztbericht eine Kopie erhalten, bevor dieser an Bupa geschickt wird. ☐

Ich möchte KEINE Kopie von einem Arztbericht erhalten, bevor dieser an Bupa geschickt wird. ☐

Datenschutzerklärung

Letzte Aktualisierung: September 2023

Wir verpflichten uns dazu, im Umgang mit Ihren personenbezogenen Daten stets Ihre Privatsphäre zu schützen. Diese Datenschutzerklärung gibt einen Überblick über die Daten, die wir über Sie sammeln, und darüber, wie wir diese Daten nutzen und schützen. Sie bietet auch Informationen über Ihre Rechte. Ihre von uns verarbeiteten Informationen und die Gründe für ihre Verarbeitung hängen von den Produkten und Leistungen ab, die Sie erworben haben und nutzen. Näheres finden Sie in unserer vollständigen Datenschutzerklärung:

www.bupaglobal.com/privacypolicy. Wenn Sie keinen Zugang zum Internet haben und eine gedruckte Version der vollständigen Datenschutzerklärung wünschen oder Fragen dazu haben, wie wir Ihre Daten verarbeiten, kontaktieren Sie bitte das Bupa-Global-Serviceteam unter +44 (0)1273 323 563. Alternativ dazu können Sie sich auch per E-Mail oder per Post an das Team wenden: info@bupaglobal.com bzw. Bupa Global, Victory House, Trafalgar Place, Brighton BN1 4FY, Vereinigtes Königreich.

Informationen über Bupa Global

In diesem Datenschutzhinweis steht „wir“, „uns“ und „unser“ für die Bupa-Unternehmen, die unter der Bezeichnung Bupa Global tätig sind. Weitere Informationen zu diesen Unternehmen finden Sie unter www.bupaglobal.com/legal-notice

Welche Bupa Unternehmen Ihre Daten verarbeiten, hängt davon ab, welche unserer Produkte und Dienstleistungen Sie bei uns anfragen, kaufen oder verwenden. Bei unseren Versicherungspolizen werden Ihre Daten von dem Versicherer und dem federführenden Betreiber Ihrer Police verarbeitet, der sie möglicherweise an andere Bupa-Unternehmen weitergibt, wie im Abschnitt „Weitergabe Ihrer Daten“ dargelegt. Bitte konsultieren Sie Ihre Versicherungsunterlagen, um den/die Versicherer und Betreiber zu identifizieren.

1. Gegenstand dieser Datenschutzerklärung

Diese Datenschutzerklärung gilt für jeden („Sie“, „Ihr“, „Ihnen“), der über jeglichen Kanal (etwa per E-Mail, über die Website, per Telefon, über die App usw.) bezüglich unserer Produkte und Leistungen mit uns kommuniziert.

2. Wie wir personenbezogene Daten erfassen

Wir erhalten personenbezogene Daten von Ihnen und anderen Organisationen (etwa Ihren Bevollmächtigten wie zum Beispiel Makler, Gesundheitsdienstleister usw.). Wenn Sie uns Informationen über andere Personen zur Verfügung stellen, müssen Sie sicherstellen, dass diese Personen diesen Datenschutzhinweis gelesen haben und damit einverstanden sind, dass Sie dies tun.

3. Kategorien personenbezogener Daten

Wir verarbeiten folgende Kategorien personenbezogener Daten über Sie und (falls zutreffend) Ihre mitversicherten Familienmitglieder: Es handelt sich um allgemeine personenbezogene Daten (wie etwa Kontaktangaben, Identifizierungsangaben oder Daten, die wir zur Verwaltung unserer Geschäftsbeziehung mit Ihnen benötigen), spezielle Kategorien von Informationen (etwa Gesundheitsangaben, Angaben zu Ihrer ethnischen Zugehörigkeit und Herkunft oder Religion, die es uns ermöglichen, unsere Betreuung auf Sie abzustimmen), und Informationen zu eventuellen Vorstrafen oder begangenen Straftaten (solche Informationen holen wir gegebenenfalls im Zuge von Maßnahmen und Aktivitäten zur Betrugsbekämpfung und Geldwäsche oder beim Einholen sonstiger Hintergrundinformationen ein).

4. Wozu wir personenbezogene Daten verwenden und aus welchen rechtlichen Gründen wir dies tun

Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten zu den in unserer vollständigen Datenschutzerklärung dargelegten Zwecken, u. a. zur Abwicklung unserer Beziehung zu Ihnen (einschließlich der Bearbeitung von Ansprüchen und Beschwerden), zu Forschungs- und Analysezielen, zur Überwachung unserer Leistungserwartungen (einschließlich der für Sie relevanten Gesundheitsdienstleister) und zum Schutz unserer Rechte, unseres Eigentums oder unserer Sicherheit bzw. der unserer Kunden oder anderer Personen. Der Grund für die Verarbeitung von personenbezogenen Daten hängt von der Kategorie der betreffenden Daten ab. Wir verarbeiten allgemeine personenbezogene Daten normalerweise auf der Grundlage, dass sie erforderlich sind, damit wir einen Vertrag erfüllen bzw. unsere berechtigten Interessen oder die berechtigten Interessen anderer wahren können, sowie dann, wenn dies gesetzlich erforderlich oder zulässig ist. Wir verarbeiten spezielle Kategorien von Informationen dann, wenn dies im Sinne der abgeschlossenen Versicherung erforderlich ist, wenn Sie uns dazu ermächtigt haben oder gemäß den entsprechenden Erläuterungen in unserer ausführlichen Datenschutzerklärung. Wir

können personenbezogene Informationen zu eventuellen Vorstrafen oder begangenen Straftaten (falls zutreffend) verarbeiten, wenn dies zur Verhinderung oder Aufdeckung von Straftaten erforderlich ist.

5. Profiling und automatisierte Entscheidungsfindung

Wie viele andere Unternehmen auch, verwenden wir gelegentlich Automatisierungstechnologien, um Ihnen einen schnelleren, besseren, stimmigeren und angemessenen Service zu bieten, und darüber hinaus, um Sie mit Marketinginformationen zu versorgen, von denen wir glauben, dass sie für Sie interessant sind (dazu gehören auch Rabatte auf unsere Produkte und Leistungen). Es kann sein, dass wir dazu Daten über Sie auswerten, und in einer begrenzten Anzahl von Fällen kann die Verwendung solcher Technologien dazu dienen, Ihnen automatische Antworten zu geben oder automatisierte Entscheidungen zu treffen. Mehr dazu erfahren Sie in unserer vollständigen Datenschutzerklärung. Sie haben das Recht, die Verwendung Ihrer Daten zum Direktmarketing und die Erstellung eines Persönlichkeitsprofils zu Direktmarketingzwecken abzulehnen. Sie haben u. U. auch das Recht, anderen Arten der Erstellung von Persönlichkeitsprofilen und von automatisierter Entscheidungsfindung zu widersprechen.

6. Weitergabe Ihrer Daten

Wir teilen Ihre Daten innerhalb der Bupa-Unternehmensgruppe mit relevanten Versicherungsnehmern (einschließlich Ihres Arbeitgebers, falls Sie über eine Gruppenversicherung versichert sind), mit Kostenträgern, die in Ihrem Namen Leistungen arrangieren, Ihren Bevollmächtigten (etwa Makler und andere Vermittler) und mit anderen, die uns dabei helfen, Leistungen für Sie zu erbringen (etwa Gesundheitsdienstleister), oder von denen wir Informationen benötigen, um Ansprüche oder Berechtigungen zu bearbeiten oder zu prüfen (etwa Berufsgenossenschaften). Wir teilen Ihre Daten auch gemäß gesetzlichen Vorgaben. Näheres darüber, mit wem und unter welchen Umständen wir Ihre Angaben teilen können, finden Sie in unserer vollständigen Datenschutzerklärung.

7. Internationale Datenübermittlung

Wir arbeiten mit Unternehmen zusammen, mit denen wir Partnerschaften eingehen oder die Dienstleistungen für uns erbringen (wie etwa Gesundheitsdienstleister, andere Bupa-Unternehmen und IT-Anbieter), die in Ländern auf der ganzen Welt ansässig sind oder ihre Dienstleistungen von dort aus erbringen. Infolgedessen übermitteln wir Ihre personenbezogenen Daten zu den in diesem Datenschutzhinweis ausgewiesenen Zwecken in verschiedene Länder. Dazu zählen Übermittlungen aus dem Vereinigten Königreich in Länder außerhalb des Vereinigten Königreichs und aus dem EWR (die EU-Mitgliedstaaten sowie Norwegen, Liechtenstein und Island) in Länder außerhalb des EWR. Wir treffen Vorkehrungen, um sicherzustellen, dass beim Transfer Ihrer personenbezogenen Daten angemessene Schutzmaßnahmen getroffen werden, die den globalen Datenschutzgesetzen entsprechen.

8. Wie lange wir Ihre personenbezogenen Daten aufbewahren

Die Kriterien für die jeweilige Dauer der Speicherung Ihrer personenbezogenen Daten finden Sie in der vollständigen Datenschutzerklärung.

9. Ihre Rechte

Sie haben das Recht auf Zugriff auf Ihre Daten und darauf, deren Berichtigung, Löschung oder Nutzungsbegrenzung zu verlangen. Sie haben auch das Recht, der Nutzung Ihrer Daten zu widersprechen, uns zur Übertragung der Daten aufzufordern, die Sie uns zu Verfügung gestellt haben, Ihre Einwilligung zu unserer Nutzung Ihrer Daten zurückzuziehen und zu verlangen, dass in Bezug auf Sie keine Technologien zur automatisierten Entscheidungsfindung angewendet werden, wenn die betreffenden Entscheidungen rechtliche Konsequenzen für Sie haben oder sich bedeutend auf Sie auswirken. Bitte kontaktieren Sie uns, wenn Sie eines dieser Rechte ausüben möchten.

10. Datenschutzkontakte

Wenn Sie Fragen, Kommentare, Beschwerden oder Vorschläge bezüglich dieser Datenschutzerklärung haben oder sonstige Anliegen zu der Art und Weise vorbringen möchten, wie wir Informationen über Sie verarbeiten, kontaktieren Sie uns bitte unter info@bupaglobal.com. Unter dieser Adresse erreichen Sie auch unseren Datenschutzbeauftragten.

Sie haben auch das Recht, sich bei Ihrer örtlichen Datenschutzaufsichtsbehörde zu beschweren. Unser Hauptsitz befindet sich im Vereinigten Königreich, wo die örtliche Aufsichtsbehörde das Information Commissioner's Office (www.ico.org.uk) ist, das Sie unter Wycliffe House, Water Lane, Wilmslow, Cheshire, SK9 5AF, Vereinigtes Königreich, kontaktieren können. Tel.: 0303 123 1113 (Ortstarif) oder 01625 545 745 (Inlandstarif).

8 Erklärung

Wichtige Informationen - vom Patienten auszufüllen

Ich bestätige, dass die von mir in diesem Formular gemachten Angaben nach bestem Wissen und Gewissen richtig, korrekt und vollständig sind. Ich erkläre mich in meinem Namen bzw. im Namen des Patienten (falls ich im Namen des Patienten agiere) ausdrücklich damit einverstanden, dass die Ärzte und alle anderen medizinischen Dienstleister, die für meine Behandlung, Pflege oder andere für mich erbrachte Leistungen verantwortlich sind, Bupa Global oder ihren Servicepartnern alle Informationen zur Verfügung stellen, die im Zusammenhang mit diesem Leistungsanspruch oder einem früheren Leistungsanspruch angefordert werden, um diesen Leistungsanspruch prüfen, bearbeiten, kontrollieren oder anderweitig verwenden zu können.

Unterschrift des Patienten

(Elternteil oder Vormund bei Patienten unter 16 Jahren)

Datum

T	T	M	M	J	J	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

Name in Druckschrift

Wenn Sie Fragen zu Ihrem Leistungsanspruch haben, loggen Sie sich auf unserer Website www.bupaglobal.com/membersworld an oder wenden Sie sich an unser Serviceteam unter:

- o Telefon: +44 (0) 1273 323 563
- o E-Mail: info@bupaglobal.com

In Ihrer Mitgliedschaftsbescheinigung finden Sie nähere Angaben zu Ihrem Versicherer.

Checkliste für leistungsansprüche

Bitte gehen Sie die folgende Checkliste durch und stellen Sie sicher, dass Sie die Informationen und Dokumente gegebenenfalls bereitstellen:

- ☐ Eindeutige, lesbare und ungeschwärzte Dokumente (fotokopierte Belege sollten keine Details unlesbar machen, leserliche Handschrift usw.)
- ☐ Symptome und/oder Diagnose, sofern diese festgestellt wurden, zusammen mit dem Datum ihres Auftretens
- ☐ Rezept für Leistungsansprüche von Apotheken und Augenbehandlungen
- ☐ Endgültige, aufgegliederte Rechnung mit Behandlungsdaten, Beschreibung und Kosten jeder erbrachten Leistung (beachten Sie, dass wir keine Zwischenabrechnungen oder Kostenvoranschläge akzeptieren können)
- ☐ Ein ärztlicher/Entlassungsbericht für stationäre Behandlung und chirurgische Eingriffe
- ☐ Vollständige Zahlungsanweisungen einschließlich Zahlungswährung
- ☐ Zahlungsnachweis für Versicherungsnehmer, Leistungsansprüche, die von der Gruppe/dem Unternehmen bezahlt wurden
- ☐ Unterschrift, Name und Datum für die obige Erklärung angegeben

Wir senden Ihnen eine E-Mail, wenn wir weitere Informationen benötigen, um die Beurteilung Ihres Leistungsanspruchs abzuschließen. Sie können den Fortschritt der Bewertung auch online in Ihrem MembersWorld-Konto verfolgen.

Hinweise