

Es schreibt Ihnen:
Leistungsservice
Tel.: 0821 907 86 440
Fax: 0821 907 86 444
leistung@finanzschneiderei.de



Ambulante Kostenerstattung mit der internationalen Krankenversicherung Freedom Worldwide Health Insurance

Guten Tag,

als Kunde einer internationalen Krankenversicherung sind Sie leistungsstark und günstig abgesichert.

Damit Ihre medizinischen Kosten möglichst schnell erstattet werden können, sollten Sie im Leistungsfall gewisse Unterschiede beachten - z. B. sind die Fristen, in denen Rechnungen eingereicht werden können, in der Regel **nur 6 Monate**, nach Behandlungsdatum.

Weil der Aufwand bei der Antragsstellung überschaubar war, müssen nun bei der Einreichung von Rechnungen detaillierte Auskünfte zur erstmaligen Erkrankung und Behandlung gegeben werden.

Als Experte helfe ich Ihnen gerne Sprachbarrieren zu überwinden und unterstütze Sie im Leistungsfall bei allen Abläufen.

Und so funktioniert´s:

- 1. Füllen Sie den folgenden Leistungsantrag („Claimform“) vollständig aus.**
Besonders wichtig ist die Beantwortung der Fragen im ärztlichen Teil zu:
Diagnose, Datum der ersten Beschwerden und Erstbehandlung.
- 2. Legen Sie die Arztrechnungen/Rezepte der behandelnden Diagnose bei.**
In der Regel bezahlen Sie die Rechnungen für ambulante Behandlungen zunächst selbst und beantragen die Erstattung durch die Versicherung im Anschluss auf Ihr Konto.
- 3. Erteilen Sie uns Ihre Einwilligung zur Übermittlung Ihrer gesundheitlichen Daten.**
Wenn Sie unsere Unterstützung benötigen, dürfen wir Rückfragen zwischen Ihrer Versicherung und Ärzten andernfalls nicht direkt klären.
- 4. Unterlagen abschicken.**
An uns übermitteln wie es Ihnen am leichtesten fällt: Um Ihnen unnötige Bürokratie zu ersparen nutzen wir E-Mail, Fax - aber auch den klassischen Brief.
- 5. Melden Sie Krankenhausaufenthalte.**
Bitte melden Sie akute Krankenhausaufenthalte innerhalb 48h.
Geplante Krankenhausaufenthalte benötigen eine Vorabgenehmigung der Gesellschaft.

Wie geht's dann weiter?

Wir prüfen alle Ihre Antragsangaben vorab auf Vollständigkeit und reichen die Unterlagen dann zur Bearbeitung bei Ihrem Versicherer ein. Im Anschluss - meist innerhalb von 21 Tagen - erhalten Sie Ihr Geld und eine übersichtliche Leistungsabrechnung.

Noch Fragen?

Rufen Sie mich einfach an – ich freue mich auf Sie!

Herzliche grüßt
Ihre FinanzSchneiderei

Bitte bedenken Sie die unten genannten Punkte, beim Ausfüllen des Antragsformulars.

Please remember these important points when completing your claim form:

1. Bitte füllen Sie das Formular vollständig aus, ein Versäumnis kann die Bezahlung Ihrer Forderung verzögern. Falls sie mehr als einen Antrag machen möchten, können Sie die Seite mit der Sektion 3, so oft wie benötigt vervielfältigen/kopieren (eine pro person/pro Behandlung) und brauchen die restlichen Seiten nicht noch einmal ausfüllen.

Please complete this form in full as failure to do so may delay payment of your claim. If you wish to make more than one claim, you can print and complete as many section 3 pages as required (one per person/per condition) but the remaining sections only need to be completed once.

2. Wenn Sie Ihren Antrag einreichen, müssen Sie uns eine klare und vollständige Kopie der originalen Einzelrechnung, für jeden von Ihnen bezahlten Betrag senden; wenn Sie Arzneimittelkosten geltend machen, benötigen wir ausserdem eine Kopie der Verordnung - Quittungen und Kreditkartenabrechnungen werden von uns nicht akzeptiert.

You must send us a clear and complete copy of the original itemised invoice for each amount paid by you when you send your claim along with a copy of the prescription if you are claiming for medication costs – receipts and credit card statements will not be accepted.

3. Bitte schicken Sie uns Ihre Forderung so bald wie möglich, aber nicht später als sechs Monate nach der Behandlung.

Please send your claim to us as soon as possible but no later than six months after the treatment.

4. Wenn Sie Hilfe mit Ihrem Anspruch benötigen, rufen Sie bitte Freedom Health Insurance auf 0800 000 9349 an oder senden uns ein E-Mail auf intclaims@freedomhealthinsurance.co.uk. Wenn Sie dem Ausland anrufen, wählen Sie bitte +44 (0) 1202 756 350.

If you need any assistance with your claim, please call Freedom Health Insurance on 0800 000 9349 or email intclaims@freedomhealthinsurance.co.uk. If you are calling from outside Germany, please call +44 (0) 1202 756 350.

1. Angaben des Versicherungsnehmers – muß vom Versicherungsnehmer ausgefüllt werden
Policyholder's details - to be completed by the policyholder

Versicherungsnummer (kann auf Ihrem Versicherungsschein gefunden werden): <i>Policy number (found on your certificate of insurance):</i>	
Nachname: <i>Surname:</i>	Vorname(n): <i>First name(s):</i>
Geburtsdatum: <i>Date of birth:</i>	
Tages Telefonnummer (inc. Landes und Ortsvorwahl): <i>Daytime phone number (incl. country code and area code):</i>	
Abend Telefonnummer (inc. Landes und Ortsvorwahl): <i>Evening phone number (incl. country code and area code):</i>	
Email: <i>Email address:</i>	

2. Zahlungsdetails

Payment details

Wenn Sie die Rechnungen selbst bereits bezahlt haben, werden wir Ihnen das Geld per Banküberweisung auf Ihr Bankkonto direkt erstatten, da dies die schnellste und sicherste Methode der Erstattung ist. Bitte beachten Sie, dass wir nicht auf Kredit- oder Debitkarten erstatten können.

If you have already paid the invoices yourself, we will reimburse you by bank transfer directly to your bank account as this is the quickest and safest method of reimbursement. Please note we cannot reimburse to credit or debit cards.

2.1 Banküberweisung - bitte ergänzen Sie diese Informationen für die Banktransferzahlungen

Bank transfer – please complete this information for bank transfer payments

Name der Bank <i>Bank name:</i>	
Adresse der Bank <i>Bank address:</i>	
Name des Kontoinhabers: <i>Account holder name(s):</i>	
Kontonummer: <i>Account number:</i>	
Bank code: <i>Bank code:</i>	
BIC / Swift code: <i>BIC / Swift code</i>	
IBAN (falls erforderlich): <i>IBAN number:</i>	

Die verlangten Angaben können je nach Land, in dem Ihre Bank tätig ist, variieren. Wenn Sie Hilfe benötigen, wenden Sie sich bitte an Ihre lokalen Bankfilialen. Sie sollten sicherstellen, dass Ihr Bankkonto in der Lage ist, Devisentransfers zu erhalten und sich bewusst sein, dass wir für Fehlbeträge in der Erstattung die durch Wechselkursschwankungen oder Bankgebühren verursacht werden nicht verantwortlich sind.

The information required can vary depending on the country your bank is based in. If you need assistance, please speak to your local branch. You should make sure that your bank account is able to receive foreign currency transfers and please be aware that we will not be responsible for any shortfall in reimbursement caused by exchange rate fluctuations or bank charges.

3. Anspruch Details (bitte füllen Sie einen Antrag pro person aus)

Claim details (complete one for each person)

Bitte stellen Sie sicher, dass alle Informationen die Sie uns in diesem Abschnitt geben wahrheitsgetreu, genau und vollständig sind. Sollten wir an einem späteren Zeitpunkt feststellen, dass die von Ihnen gemachten Angaben falsch sind, behalten wir uns das Recht vor, Ihre Forderung zu verweigern und bereits ausgezahltes Geld zurückzufordern. Wir können außerdem Ihren Vertrag kündigen.

Make sure all information you give us in this section is true, accurate and complete. If we later discover it is not, we reserve the right to refuse your claim and recover any monies we have already paid out. We may also cancel your policy.

3.1 Patienten Details (falls abweichend) – sollten vom Versicherungsnehmer ausgefüllt werden, wenn der Patient 18 oder jünger ist

Patient's details (if different) – to be completed by the policyholder if the patient is 18 or under

Nachname: <i>Surname:</i>	Vorname(n) <i>First name(s):</i>
Geburtsdatum: <i>Date of birth:</i>	

3.2 Informationen über den Anspruch

About the claim

a) Warum haben Sie Ihren Arzt oder das Krankenhaus aufgesucht? Bitte beschreiben Sie die Erkrankung / Symptome so genau wie möglich. <i>Why did you go to the doctor or hospital? Describe your medical condition or symptoms as fully as possible.</i>	
b) Wann haben Sie die ersten Symptome dieser Erkrankung bemerkt? <i>When did you first notice your symptoms?</i>	
c) Was war die Diagnose Ihres behandelnden Arztes? <i>What did the doctor say was wrong with you?</i>	

<p>d) Welche Behandlung hat Ihr Arzt vorgeschlagen? Bitte schicken Sie uns eine Kopie des Behandlungsberichtes.</p> <p><i>What treatment has the doctor recommended? Please send us a copy of his medical report.</i></p>	
<p>e) Werden Sie noch weitere ärztliche Behandlungen benötigen? Falls „Ja“, welche Behandlung ist benötigt und wann?</p> <p><i>Will you need any further treatment? If 'yes', what treatment will be needed and when?</i></p>	
<p>f) Hatten Sie diese Symptome früher schon einmal? Falls „Ja“, wann hatten Sie diese Symptome und welche Behandlung wurde vorgenommen?</p> <p><i>Have you had these symptoms before? If 'yes', when did you have these symptoms and what treatment did you receive?</i></p>	
<p>g) Bitte schreiben Sie alle von Ihrem Arzt für diese Erkrankung verschriebenen Medikamente auf. Bitte schicken Sie uns seine Kopie der Verschreibungen.</p> <p><i>What medication has your doctor prescribed for your medical condition / symptoms? Please send us a copy of the prescription.</i></p>	

5. Erklärung – lesen Sie bitte diesen Abschnitt vor der Unterzeichnung in Abschnitt 6

Declaration – please read this section before signing section 6 below

Ich erkläre hiermit, dass alle Angaben in diesem Antrag, nach bestem Wissen und Gewissen wahr, genau und vollständig sind und das ich keine Informationen ausgelassen habe, die für diesen Antrag von Bedeutung sind oder falsch, irreführend oder unvollständige Informationen zur Verfügung gestellt habe.

I declare that, to the best of my knowledge and belief, all the details given on this claim form are true, accurate and complete and that I have not missed out any details that are relevant to this claim or provided false, misleading or incomplete information.

Ich stimme zu, dass ich, falls dieser Antrag im Ganzen oder in Teilen betrügerisch ist, mich strafbar mache. Das kann den Gesundheitsplan ungültig machen und mich der Strafverfolgung aussetzen.

I agree that if this claim is found to be fraudulent, in whole or in part, I may be committing a criminal offence and that this may invalidate the plan and make me liable to prosecution.

Ich ermächtige und fordere jede Person oder medizinische Institution (einschließlich, aber nicht begrenzt auf Krankenhäuser Ärzte, Krankenschwestern/-pfleger und andere professionelle Dienstleister auf diesem Gebiet), die mich mit medizinischer Beratung oder Behandlung im Zusammenhang zu diesem Antrag versorgt haben auf, angemessene Informationen für den Fall bereit zu stellen, daß die Freedom Health Insurance oder eine autorisierte Person, die im Namen/Auftrag der Freedom Health Insurance handelt, anfordern könnte zum Zwecke der Anerkennung des Anspruchs.

I authorise and request any person or medical institution (including, but not limited to, hospitals, doctors, nurses and other health professionals) who have provided me with medical advice or treatment in connection with this claim to provide reasonable information that Freedom Health Insurance, or any authorised administrator acting on behalf of Freedom Health Insurance, may request from them in connection with that medical advice or treatment for the purpose of validating my claim.

Ich bestätige, dass ich meine ausdrückliche Zustimmung innerhalb der Vorkehrung des Datenschutzgesetzes erteile (für mich und jedes Familienmitglied, dass in diesem Formular angegeben ist), dass Freedom Health Insurance oder eine autorisierte Person, die im Namen/Auftrag der Freedom Health Insurance handelt, unsere persönlichen Informationen im Zusammenhang mit diesem Antrag bearbeitet. Ich habe die Datenschutzerklärung gelesen und verstanden.

I confirm that I give explicit consent, in accordance with current data protection legislation, and on behalf of myself and any family member named in this form, for Freedom Health Insurance, and any authorised administrator acting on behalf of Freedom Health Insurance, to process our personal information for the purposes of processing this claim. I have read and understood the data protection statement at the end of the form.

6. Unterschrift
Signature

Wenn sie alle Abschnitte des Erstattungsformulars vollständig ausgefüllt haben und die Erklärung in Abschnitt 8 gelesen haben, unterschreiben Sie bitte nachfolgend mit der Angabe des Datums. Bitte beachten Sie, dass der Inhaber der Police, wie in Abschnitt 1 benannt, nachfolgend alle Anträge auf Schadenersatz mit Datum unterschreiben muß.

When you have completed all sections of the claim form, and read the declaration in section eight, please sign and date below. Please note that the policyholder named in section one must sign and date below for all claims.

Unterschrift des Versicherungsnehmers <i>Policyholder's signature:</i>	Datum: <i>Date:</i>
Unterschrift des Patienten (falls abweichend und der Patient ist 18 oder älter): <i>Patient's signature</i> <i>(if different and the patient is 18 or over):</i>	Datum: <i>Date:</i>

7. Wohin Sie Ihr ausgefülltes Antragsformular senden

Where to send your completed claim form

<p>Per post: / By post: Freedom Worldwide claims Freedom Health Insurance County Gates House 300 Poole Road Poole Dorset BH12 1AZ Großbritannien</p>	<p>Per email: / By email: intclaims@freedomhealthinsurance.co.uk</p> <p>Bitte denken Sie daran, uns klare und vollständige Kopien aller Rechnungen, Quittungen und medizinischen Berichte zu senden. Sie brauchen uns nicht die Originale zu schicken, aber bewahren Sie die Originale mindestens sechs Monate lang auf, falls wir sie später nochmals benötigen sollten.</p> <p><i>Remember to send us clear and complete copies of all itemised invoices, receipts, and medical reports. You do not need to send us the originals as well but please keep the originals safely for at least six months in case we ask to see them later.</i></p>
---	---

Datenschutzerklärung / Data protection statement

Die persönlichen und sensiblen Informationen („Ihre Daten“), die Sie auf diesem Antragsformular angeben, werden für Zwecke der Antragsbearbeitung von der Freedom Health Insurance („Daten-Kontroller“) im Namen des Versicherers verwendet (einschließlich der Unterschrift, der Bewertung und Bearbeitung der Zahlung des Anspruches, der Rückversicherung und der Überprüfung auf Betrug/arglistige Täuschung und Vorbeugung).

The personal and sensitive information ('your data') you supply on this claim form will be used for the purposes of claims administration (including underwriting, assessing and processing claims payments, reinsurance and fraud investigation and prevention) by Freedom Health Insurance ('data controller') on behalf of the insurer.

Freedom Health Insurance kann Dritt-Parteien zur Unterstützung beauftragen, um mit der Verwaltung von Forderungen zu helfen – zum Beispiel um die Erteilung von Zahlungsgarantien zu erleichtern. Die von Freedom Health Insurance beauftragte Dritt-Partei wird Ihre Daten ausschließlich zum Zwecke der Bearbeitung Ihres Antrages benutzen und die gesamte Datenverarbeitung die von Freedom Health Insurance ausgeführt wird, ist Gegenstand von vertraglich festgelegten Einschränkungen im Bezug auf Vertraulichkeit und Sicherheit, zusätzlich zu den Verpflichtungen die durch die aktuelle Datenschutzgesetzgebung auferlegt sind.

Freedom Health Insurance may appoint a third party to assist with the administration of claims under its worldwide policy – for example, to facilitate the placing of payment guarantees. Any third party appointed by Freedom Health Insurance will only process your data for the sole purpose of administering your claim and all data processing carried out on behalf of Freedom Health Insurance is subject to contractual restrictions with regards to confidentiality and security in addition to the obligations imposed by current data protection legislation.

Von Zeit zu Zeit kann es notwendig sein, Ihre Daten außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR) zu bearbeiten – zum Beispiel, um die Zahlung von medizinischen Behandlungskosten in einem Krankenhaus im Ausland zu gewährleisten. Freedom Health Insurance wird alle angemessenen Schritte unternehmen, um sicher zu stellen, dass jede Organisation, die zur Weiterverarbeitung Ihrer Daten in diesen Situationen eingeschaltet wird, angemessene Garantien im Bezug auf seine technische und organisatorische Sicherheitsmaßnahmen vorweist und dass die Weiterleitung und Verarbeitung Ihrer Daten in Übereinstimmung mit allen relevanten Datenschutz- und Geheimhaltungsgesetzen ist.

From time to time, it may be necessary to process your data outside of the European Economic Area (EEA) – for example, to guarantee payment of medical treatment costs in an overseas hospital. Freedom Health Insurance will take all reasonable steps to ensure any organisation used to process your data in these situations provides appropriate guarantees in respect of its technical and organisational security measures and that the transfer and processing of your data complies with all relevant data protection and privacy laws.

Vorname / Forename
Name /Surname
Geburtsdatum / Date of birth
Anschrift / Address

Mitversicherte Personen /
Additional insured

Einwilligung in die Verarbeitung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung

Ich willige ein, dass die FinanzSchneiderei GmbH & Co. KG Versicherungsmakler - soweit es für die Risikobeurteilung oder für die Leistungsfallprüfung erforderlich ist - meine Gesundheitsdaten bei Personenversicherern inklusive deren Rückversicherern bzw. verbundenen Gesellschaften, Ärzten, Pflegepersonen sowie bei Bediensteten von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, gesetzlichen Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörden erhebt und für diese Zwecke verwendet.

Ich befreie die genannten Personen und Mitarbeiter der genannten Einrichtung von ihrer Schweigepflicht, soweit meine zulässigerweise gespeicherten Gesundheitsdaten aus Untersuchungen, Beratungen, Behandlungen sowie Versicherungsanträgen und -Verträgen aus einem Zeitraum von bis zu zehn Jahren vor Antragstellung an die FinanzSchneiderei GmbH & Co KG Versicherungsmakler übermittelt werden.

Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang - soweit erforderlich - meine Gesundheitsdaten durch die FinanzSchneiderei GmbH & Co. KG Versicherungsmakler an diese Stellen weitergegeben werden und befreie auch insoweit die bei der FinanzSchneiderei GmbH & Co. KG Versicherungsmakler tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht.

Declaration for the processing of health data and Confidentially release

I authorize FinanzSchneiderei GmbH & Co. KG Versicherungsmakler – only for the purpose of risk assessment or assessing and settlement of any claims – to share my personal health data with my health insurance provider, insurers and reinsurers or their affiliated companies, doctors, employees of hospitals, other medical facilities, nursing homes, statutory health insurance, professional associations and authorities.

I exempt the named persons and employees of the above-mentioned institutions from their duty of confidentiality, in respect of my admissible stored health data from examinations, consultations, treatments as well as insurance applications and contracts from a period of up to ten years prior to my application to FinanzSchneiderei GmbH & Co. KG Versicherungsmakler.

In addition, I agree that in this context – only for the purpose of risk assessment or assessing and settlement of any claims - my health data will be passed on to these bodies by FinanzSchneiderei GmbH & Co. KG Versicherungsmakler and also exempt the persons working for FinanzSchneiderei GmbH & Co. KG Versicherungsmakler from their duty of confidentiality.

Erklärung zum Datenschutz

Bevor Sie diese Einwilligung unterschreiben, lesen Sie bitte unsere Datenschutzerklärung. Sie machen mit Ihrer Unterschrift die Bestimmungen zum Inhalt dieser Erklärung. Sie bestätigen auch, die nachfolgend genannten Einwilligungen zur Kenntnis genommen zu haben und ihnen zuzustimmen:

- Einwilligung zur Verwendung, Speicherung und Nutzung der besonderen persönlichen Daten
- Einwilligung über die Datenübermittlung an Vertragspartner (z.B. Versicherer)
- Einwilligung zur Auftragsabwicklung via unverschlüsselter E-Mail Kommunikation

Mit der Verwendung, Speicherung und Nutzung der besonderen persönlichen Daten, einschließlich der Gesundheitsdaten und Ihres Finanzstatus, im Rahmen dieser Datenschutzvereinbarung, erklären Sie ihre Einwilligung, die Sie jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen kann.

Ort und Datum

*Unterschrift Mandant und mitversicherter Personen
Signature Client and additional insured persons*