

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



Stationäre Kostenerstattung mit der internationalen Krankenversicherung ALC Global 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.**
Soll direkt an die medizinische Einrichtung direkt reguliert werden, notieren Sie einen kurzen Hinweis auf der entsprechenden Rechnung.
- 3. Fügen Sie die Zahlungsbelege bei.**
Wenn Sie Kosten bereits im Voraus bezahlt haben und auf Ihr Konto erstattet werden soll, ist ein Überweisungsbeleg / Quittung immer erforderlich.
- 4. 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.
- 5. 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.

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 Grüße
Ihre FinanzSchneiderei

Vom praktischen Arzt oder behandelnden Arzt auszufüllen

Damit Global Response Ihren Anspruch schnellstmöglich bearbeiten kann, können Sie dieses Formular mitnehmen und von Ihrem Arzt ausfüllen lassen (jede neue Krankheit). Schicken Sie uns das vollständig ausgefüllte Formular zu. Wenn Sie sich dagegen entscheiden, kann es sein, dass Global Response Ihnen dieses Formular zuschickt, damit Sie es von Ihrem Arzt ausfüllen lassen.

Vom Patienten auszufüllen

1 Patientenangaben und Einverständnisse

Anrede

Herr Frau Andere

Vorname(n) des Patienten

Nachname des Patienten

Geburtsdatum (TT-MM-JJJJ)

Kunden- und Policennummer des Patienten

Kontaktnummern des Patienten

T: M:

E-Mail-Adresse des Patienten

Ich, der Patient, ermächtige Global Response hiermit dazu, weitere medizinische Informationen von dem Arzt, der diese ärztliche Bescheinigung ausfüllt, einzuholen, sofern dies für den Zweck dieses Anspruchs notwendig ist. Ich, der Patient, stimme zu und genehmige, dass Global Response meine medizinischen und/oder Gesundheitsinformationen, die in diesem Formular oder anderen Krankenakten und/oder medizinischen Gutachten enthalten sind, den Versicherern, Catlin Insurance Company (UK) Ltd und/oder ALC Health ausschließlich zum Zwecke der Verwaltung von aus meiner Krankenpolice hervorgehenden Ansprüchen offenlegt und mit ihnen teilt.

Unterschrift

Datum (TT-MM-JJJJ)

Punkt 2 muss der behandelnde Arzt ausfüllen

2 Medizinische Angaben

Datum, an dem der Patient zum ersten Mal bei Ihnen/der Klinik/dem Krankenhaus angemeldet wurde:

(TT-MM-JJJJ)

Bitte machen Sie genaue Angaben zu den Symptomen des Patienten:

Wurde der Patient an Sie überwiesen?

Ja Nein

Wenn ja, machen Sie bitte Angaben zu der Überweisung.

Wann hat der Patient die Symptome zum ersten Mal bemerkt?

Wann hat der Patient diese Symptome Ihnen oder einem anderen Arzt zum ersten Mal dargelegt?

Hat der Patient Ihres Wissens in der Vergangenheit je an diesen oder damit verbundenen Symptomen gelitten? Wenn ja, machen Sie dazu bitte Angaben.

Bitte machen Sie Angaben zu jeglichen Tests und Untersuchungen des Patienten sowie deren Ergebnisse:

Wurde eine Diagnose gestellt?

Ja Nein

Wenn ja, bestätigen Sie bitte die Krankheit.

Ist die Diagnose: Vorläufig? Endgültig?

Halten Sie die Krankheit für: Akut? Chronisch? Eine akute Episode einer chronischen Krankheit?

Wenn die Diagnose mit einer vorherigen Krankheit, an der der Patient gelitten hat, zusammenhängt, machen Sie bitte dazu Angaben, einschließlich vorheriger Untersuchungen, erhaltene Behandlung und relevante Daten:

Benötigte Angaben

Datum (TT-MM-JJJJ)

Gibt es eine zugrunde liegende Ursache oder Krankheit? Wenn ja, machen Sie dazu bitte Angaben.

Ist die Krankheit Folge eines Unfalls?

Ja Nein

Wenn ja, stand der Patient zum Zeitpunkt des Unfalls unter Einfluss von Alkohol oder Drogen?

Ja Nein

Welche Behandlung wurde dem Patienten für diese Krankheit empfohlen?

Wenn dem Patienten eine komplementäre Behandlung verschrieben wurde, geben Sie bitte die Art und die Anzahl an Sitzungen an:

Chiropraktiker: Osteopath: Homöopath: Akupunkteur:

Ernährungsberater: Traditionelle Chinesische Medizin: Podologe: Anzahl der Sitzungen:

Welche weitere Behandlung ist notwendig, wenn überhaupt?

Haben Sie den Patienten an einen anderen Arzt überwiesen? Wenn ja, bitte geben Sie den Namen und die Kontaktinformationen des Arztes, an den Sie den Patienten überwiesen haben, an:

Wenn der Anspruch mit einer Schwangerschaft zusammenhängt, bestätigen Sie bitte diese Angaben:

Datum der letzten Periode: (TT-MM-JJJJ)

Datum, an dem Schwangerschaft bestätigt wurde. (TT-MM-JJJJ)

Name des Arztes:

Adresse

Postleitzahl Land

Telefonnummer

Geschätztes Entbindungsdatum:

Wird die Schwangerschaft als Risikoschwangerschaft betrachtet?

Ja Nein

Qualifikationen

Ich bin der Arzt oder behandelnde Arzt des Patienten und bestätige, dass die von mir gegebenen Informationen meines Wissens korrekt sind.

Unterschrift Arzt

Praxisstempel

Dieses Dokument wurde aus dem Englischen übersetzt. Im Streitfall nimmt die englisch Version Vorrang ein. Obwohl keine Mühe gescheut wurde, die Genauigkeit der Übersetzung zu sichern, kann ALC Health für etwaige Fehler oder Auslassungen oder Fehlinterpretationen in der Übersetzung nicht haftbar gemacht werden.

Catlin Insurance Company (UK) Ltd. Eingetragener Sitz: 20 Gracechurch Street, London EC3V 0BG. In England und Wales registriert. Registrierungsnummer in England 5328622. Catlin Insurance Company (UK) ist durch die Prudential Regulation Authority zugelassen und durch die Financial Conduct Authority (FCA) und die Prudential Regulation Authority (PRA) beaufsichtigt.

Global Response Ltd. Registered office: 254 Upper Shoreham Road, Shoreham-By-Sea, West Sussex BN43 6BF. Registriert in England and Wales. Registriert Nr.05830667.

ALC Health ist ein Handelsstil von à la carte healthcare ltd. Registriert in England Nr. 4163178. Eingetragener Sitz: Chanctonfold Barn, Chanctonfold, Horsham Road, Steyning, West Sussex BN44 3AA. à la carte healthcare limited ist durch die Financial Conduct Authority (FCA) zugelassen und beaufsichtigt

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*