

Es schreibt Ihnen:  
**Leistungsservice**  
Tel.: 0821 907 86 440  
Fax: 0821 907 86 444  
[leistung@finanzschneiderei.de](mailto:leistung@finanzschneiderei.de)



## **Kostenerstattung mit der internationalen Krankenversicherung Freedom Health GmbH**

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.

### **Bei Fragen rufen Sie uns jederzeit gerne an!**

Herzlich Grüßt  
Ihre FinanzSchneiderei

**Bitte beachten Sie beim Ausfüllen Ihres Antragsformulars diese wichtigen Punkte:**

1. Füllen Sie dieses Formular vollständig aus, um Verzögerungen bei der Auszahlung Ihres Anspruchs zu vermeiden. Wenn Sie mehr als einen Anspruch geltend machen möchten, können Sie so viele Seiten des Abschnitts 3 ausdrucken und ausfüllen wie nötig (eine für jede Person). Die übrigen Abschnitte müssen jedoch nur einmal ausgefüllt werden.
2. Sie müssen eine klare und vollständige Kopie der Originalrechnung mit Einzelposten für jeden gezahlten Betrag einsenden, wenn Sie Ihren Anspruch geltend machen, sowie eine Kopie des Rezepts, wenn Sie die Kosten für Medikamente geltend machen. Quittungen und Kreditkartenabrechnungen werden nicht akzeptiert.
3. Senden Sie uns Ihre Reklamation so schnell wie möglich, spätestens jedoch sechs Monate nach der Behandlung.

Wenn Sie Hilfe mit Ihrem Leistungsanspruch benötigen, rufen Sie bitte Freedom Health GmbH auf 0800 000 1727 (Kostenloses Telefon, nur für Deutschland) oder +44 1202 755 566 an oder senden uns eine E-Mail an [claims@freedomhealthinsurance.eu](mailto:claims@freedomhealthinsurance.eu).

**1. Angaben zum Versicherungsnehmer – vom Versicherungsnehmer auszufüllen**

Versicherungsscheinnummer (zu finden auf Ihrer Versicherungsbestätigung):	
Nachname:	Vorname(n):
Geburtsdatum:	
Telefonnummer tagsüber (inkl. Landesvorwahl und Ortsvorwahl):	
Abendrufnummer (inkl. Landesvorwahl und Ortsvorwahl):	
E-Mail-Adresse:	

**2. Zahlungsdetails**

Wenn Sie die Rechnungen bereits selbst 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.

**2.1 Banküberweisung – bitte füllen Sie diese Informationen für Zahlungen per Banküberweisung aus.**

Name der Bank:	
Bankadresse:	
Name(n) des Kontoinhabers:	
Kontonummer:	
Bankleitzahl:	
BIC/Swift-Code:	
IBAN-Nummer:	

**FREEDOM WORLDWIDE EEA | ANTRAGSFORMULAR FÜR AMBULANTE ZAHNÄRZTLICHE BERHANDLUNGEN | 01/01/2025**

Freedom Health GmbH - Hohe Bleichen 8, 20354 Hamburg  
Insurance agent with licence according to § 34d Abs. 7 GEWO Reg. No. [D-HWU8-3V810-73]  
FINOM PAYMENTS IBAN: DE44 1001 8000 0664 3194 71 BIC: FNOMDEB2  
Registered office: Hamburg – Amtsgericht Hamburg [HRB 185239] - Managing Directors Nikolaus Suhr, Hooshiar Mireskandari, Sarah Ciranouch Saumtally

Freedom Health GmbH - Hohe Bleichen 8, 20354 Hamburg  
Versicherungsvertreter mit Erlaubnis nach § 34d Abs. 7 GEWO Reg.-Nr. [D-HWU8-3V810-73]  
FINOM PAYMENTS IBAN: DE44 1001 8000 0664 3194 71 BIC: FNOMDEB2  
Sitz: Hamburg - Amtsgericht Hamburg [HRB 185239] Geschäftsführer Nikolaus Suhr, Hooshiar Mireskandari, Sarah Ciranouch Saumtally

Die erforderlichen Informationen können je nach Land, in dem Ihre Bank ansässig ist, unterschiedlich sein. Wenn Sie Hilfe benötigen, wenden Sie sich an Ihre örtliche Filiale. Stellen Sie sicher, dass Ihr Bankkonto Überweisungen in Fremdwährungen empfangen kann, und beachten Sie, dass wir nicht für etwaige Erstattungsdefizite verantwortlich sind, die durch Wechselkursschwankungen oder Gebühren Ihrer Bank verursacht werden.

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

Stellen Sie sicher, dass alle Informationen, die Sie uns in diesem Abschnitt geben, wahrheitsgetreu, genau und vollständig sind. Wenn wir später feststellen, dass dies nicht der Fall ist, behalten wir uns das Recht vor, Ihren Anspruch abzulehnen und bereits ausgezahlte Beträge zurückzufordern. Wir können außerdem Ihren Vertrag kündigen.

**3.1 Angaben zum Patienten (sofern abweichend) - vom Versicherungsnehmer auszufüllen, wenn der Patient 18 Jahre oder jünger ist**

Nachname:	Vorname(n):
Geburtsdatum:	

**3.2 Informational über den Anspruch**

a) Warum sind Sie zum Zahnarzt gegangen? War es beispielsweise eine Routineuntersuchung oder eine geplante Behandlung?	
b) Welche Behandlung hat der Zahnarzt durchgeführt?	
c) Hat der Zahnarzt weitere Behandlungen empfohlen? Wenn ja, welche? Legen Sie eine Kopie des Kostenvorschlags bei.	
d) Wenn keine weitere Behandlung erforderlich ist, wann ist Ihre nächste zahnärztliche Untersuchung?	

**4. Einzelheiten zu den medizinischen Kosten, die Sie geltend machen**

Alle Rechnungen und Zahlungsbelege im Zusammenhang mit diesem Anspruch sind zusammen mit Kopien der relevanten zahnärztlichen Berichte, Zertifikate, Rezepte und sonstiger Korrespondenz beizufügen. Rechnungen sollten auf Briefpapier ausgestellt sein, auf dem Name, Adresse und Kontaktdaten des jeweiligen Zahnarztes oder der Einrichtung, in der die Behandlung erfolgte, deutlich zu erkennen sind.

Name des Zahnarztes oder der Zahnklinik	Erhaltene Behandlung (z. B. Kontrolluntersuchung, Zahnsteinentfernung und Politur, Füllung)	Datum der Behandlung	Rechnungs- betrag	Wurde diese Rechnung bezahlt?
				Yes / No
				Yes / No
				Yes / No
				Yes / No
				Yes / No
				Yes / No

**5. Erklärung – bitte lesen Sie diesen Abschnitt, bevor Sie Abschnitt 6 unten unterzeichnen**

Ich erkläre nach bestem Wissen und Gewissen, dass alle Angaben auf diesem Formular wahr, richtig und vollständig sind und dass ich keine für diesen Anspruch relevanten Angaben ausgelassen oder falsche, irreführende oder unvollständige Informationen angegeben habe. Ich stimme zu, dass ich, wenn sich dieser Anspruch ganz oder teilweise als betrügerisch herausstellt, möglicherweise eine Straftat begehe und dies die Police ungültig machen und mich strafbar machen kann.

**Ich ermächtige und fordere alle Personen und medizinischen Einrichtungen (einschließlich, aber nicht beschränkt auf Krankenhäuser, Ärzte, Krankenpflegepersonal und sonstiges medizinisches Fachpersonal), die mir im Zusammenhang mit diesem Anspruch medizinische Beratung oder Behandlung gewährt haben, dazu auf, angemessene Informationen bereitzustellen, die Freedom Health GmbH oder ein in ihrem Namen handelnder autorisierter Verwalter im Zusammenhang mit dieser medizinischen Beratung oder Behandlung zum Zwecke der Validierung meines Anspruchs anfordern kann.**

Ich bestätige, dass ich gemäß der geltenden Datenschutzgesetzgebung und in meinem Namen und im Namen aller in diesem Formular genannten Familienmitglieder der Freedom Health GmbH und allen in ihrem Namen handelnden autorisierten Administratoren die Zustimmung erteile, unsere personenbezogenen Daten zum Zwecke der Bearbeitung dieses Anspruchs zu verarbeiten. Ich habe die nachstehende Datenschutzerklärung gelesen und verstanden.

### Datenschutzerklärung

Die persönlichen und vertraulichen Informationen („Ihre Daten“), die Sie in diesem Antragsformular angeben, werden von Freedom Health GmbH im Auftrag des Versicherers zur Schadensverwaltung (einschließlich Zeichnung, Beurteilung und Bearbeitung von Schadenszahlungen, Rückversicherung sowie Betrugsermittlung und -prävention) verwendet.

Freedom Health GmbH kann einen Dritten mit der Unterstützung bei der Verwaltung von Ansprüchen beauftragen – beispielsweise um Zahlungsgarantien zu stellen. Ein beauftragter Dritter verarbeitet Daten ausschließlich zum Zweck der Verwaltung eines Anspruchs und alle im Auftrag von Freedom Health GmbH

durchgeführten Verarbeitungen unterliegen vertraglichen Beschränkungen in Bezug auf Vertraulichkeit und Sicherheit sowie den Verpflichtungen der geltenden Datenschutzgesetze.

Gelegentlich kann es erforderlich sein, Daten außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR) zu verarbeiten. Wir werden alle angemessenen Schritte unternehmen, um sicherzustellen, dass jede Organisation, die in diesen Situationen zur Datenverarbeitung eingesetzt wird, angemessene Garantien hinsichtlich ihrer technischen und organisatorischen Sicherheitsmaßnahmen bietet und dass die Übertragung und Verarbeitung von Daten allen relevanten Datenschutz- und Privatsphärengesetzen entspricht.

### 6. Erklärung – bitte lesen Sie diesen Abschnitt, bevor Sie Abschnitt 6 unten unterzeichnen

Wenn Sie alle Abschnitte des Antragsformulars ausgefüllt und die Erklärung in Abschnitt 5 gelesen haben, unterschreiben und datieren Sie bitte unten. Der in Abschnitt 1 genannte Versicherungsnehmer muss bei allen Ansprüchen unten unterschreiben und datieren.

<b>Unterschrift des Versicherungsnehmers:</b>	<b>Datum:</b>
Unterschrift des Patienten (falls abweichend und der Patient 18 Jahre oder älter ist):	Datum:

### 7. Wohin Sie Ihr ausgefülltes Antragsformular senden

<b>Per Post:</b>  Freedom Health GmbH Claims Department Freedom Health GmbH Hohe Bleichen 8, 20354 Hamburg	<b>Per E-Mail:</b>  <a href="mailto:claims@freedomhealthinsurance.eu">claims@freedomhealthinsurance.eu</a>  Denken Sie daran, uns klare und vollständige Kopien aller Einzelrechnungen, Quittungen und Arztberichte zuzusenden. Sie müssen uns die Originale nicht zusätzlich zusenden, bewahren Sie diese aber bitte mindestens sechs Monate lang gut auf, falls wir sie später noch einmal einsehen möchten.
--	--

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.

*Datum*

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