

Es schreibt Ihnen:
Leistungsservice
Tel.: 0821 907 86 440
Fax: 0821 907 86 444
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 die unten genannten Punkte, beim Ausfüllen des Antragsformulars:

- 1.) Bitte füllen Sie das Formular vollständig aus, ein Versäumnis kann die Bezahlung Ihrer Forderung verzögern. Falls Sie mehr als einen Antrag senden möchten, können Sie die Seiten mit Punkt 3 und 4, so oft wie benötigt vervielfältigen/kopieren (eine pro Person/pro Behandlung). Die restlichen Seiten benötigen wir nur einmal ausgefüllt.
- 2.) Wenn Sie Ihren Leistungsantrag 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 – Zahlungsbelege und Kreditkartenabrechnungen werden von uns nicht akzeptiert
- 3.) Bitte schicken Sie uns Ihre Forderung so bald wie möglich, aber nicht später als 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.

1. Angaben des Versicherungsnehmers – muss vom Versicherungsnehmer ausgefüllt werden.

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 ergänzen Sie diese Informationen für die Banktransferzahlungen.

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

Nachname:	Vorname(n):
Geburtsdatum:	

3.2. Informationen über den Anspruch

a.) Warum haben Sie Ihren Arzt oder das Krankenhaus aufgesucht? Bitte beschreiben Sie die Erkrankung / Symptome so genau wie möglich.	
b.) Wann haben Sie die ersten Symptome dieser Erkrankung bemerkt?	
c.) Was war die Diagnose Ihres behandelnden Arztes?	

d.) Welche Behandlung hat Ihr Arzt vorgeschlagen? Bitte schicken Sie uns eine Kopie des Behandlungsberichtes	
e.) Werden Sie noch weitere ärztliche Behandlungen benötigen? Falls „Ja“, welche Behandlung ist benötigt und wann?	
f.) Hatten Sie diese Symptome früher schon einmal? Falls „Ja“, wann hatten Sie diese Symptome und welche Behandlung wurde vorgenommen?	
g.) Bitte schreiben Sie alle von Ihrem Arzt für diese Erkrankung verschriebenen Medikamente auf. Bitte schicken Sie uns seine Kopie der Verschreibungen.	

4. Angaben zu den von Ihnen beantragten Behandlungskosten.

Alle detaillierten Rechnungen und der Nachweis der Zahlungen für diesen Anspruch, sollten diesem Antragsformular beigelegt werden, zusammen mit Kopien der entsprechenden Bescheinigungen, Verschreibungen, Klinischer Berichte und anderer Korrespondenz. Rechnungen sollten auf Papier mit Briefkopf geschrieben sein, die deutlich den Namen, die Adresse und Kontaktdaten des jeweilig behandelnden Arztes oder Einrichtung anzeigen.

Name des Zahnarztes oder der Zahnklinik	Erhaltene Behandlung (z. B. Beratung, Physiotherapie oder Rezepte)	Datum der Behandlung	Rechnungsbetrag	Wurde diese Rechnung bereits bezahlt?
				Yes / No
				Yes / No
				Yes / No
				Yes / No
				Yes / No
				Yes / No
				Yes / No

5. Sonstige Versicherungen/Ansprüche Dritter

5.1. Verfügen Sie über eine andere Kranken- oder Reiseversicherung, die diese Kosten abdecken könnte?

Ja Nein

5.2. Glauben Sie, dass Ihre Krankheit oder Verletzung durch eine andere Person oder ein anderes Unternehmen verursacht wurde?

Ja Nein

6. Nur bei Leitungsansprüchen im Falle einer Schwangerschaft / Mutterschaft

- 6.1. Ist die Schwangerschaft das Ergebnis einer Fruchtbarkeitsbehandlung, z. B. der Verwendung von Fruchtbarkeitsmedikamenten oder Methoden wie IVF? Wenn ja, geben Sie bitte die entsprechenden Informationen hier an:

- 6.2. Wann ist der voraussichtliche Geburtstermin?

7. Erklärung – lesen Sie bitte diesen Abschnitt vor der Unterzeichnung in Abschnitt 8.

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

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.

Ich ermächtige und fordere jede Person oder medizinische Institution auf (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 mit diesem Antrag versorgt haben, angemessene Informationen für den Fall bereitzustellen, die Freedom Health GmbH oder eine autorisierte Person, die im Namen/Auftrag der Freedom Health GmbH handelt, zum Zwecke der Anerkennung des Anspruchs anfordern könnte.

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

Datenschutzerklärung

Die persönlichen und sensiblen Informationen („Ihre Daten“), die Sie auf diesem Antragsformular angeben, werden für Zwecke der Antragsbearbeitung von der Freedom Health GmbH („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).

Freedom Health GmbH kann Dritt-Parteien zur Unterstützung beauftragen, um mit der Verwaltung von Forderungen zu helfen. Die von Freedom Health GmbH beauftragte Dritt-Partei wird Ihre Daten ausschließlich zum Zwecke der Bearbeitung Ihres Antrages benutzen und die gesamte Datenverarbeitung, die von Freedom Health GmbH 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.

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 GmbH wird alle angemessenen Schritte unternehmen, um sicherzustellen, dass jede Organisation, die zur Weiterverarbeitung Ihrer Daten in diesen Situationen eingeschaltet wird, angemessene Garantien in Bezug auf seine technischen und organisatorischen Sicherheitsmaßnahmen vorweist und dass die Weiterleitung und Verarbeitung Ihrer Daten in Übereinstimmung mit allen relevanten Datenschutz- und Geheimhaltungsgesetzen ist.

8. Unterschrift.

Wenn sie alle Abschnitte des Erstattungsformulars vollständig ausgefüllt haben und die **Erklärung in Abschnitt 5 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.

Unterschrift des Versicherungsnehmers:	Datum:
Unterschrift des Patienten (falls abweichend und der Patient ist 18 oder älter):	Datum:

9. Wohin Sie Ihr ausgefülltes Antragsformular senden.

Per post: Freedom Health GmbH claims department Freedom Health GmbH Hohe Bleichen 8, 20354 Hamburg	Per email: claims@freedomhealthinsurance.eu 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 diese später nochmals benötigen sollten.
--	--

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