

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



Kostenerstattung mit der Europäischen Krankenversicherung Morgan Price Europe

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 3 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. 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.

Bei Fragen rufen Sie uns jederzeit gerne an!

Herzlich Grüßt
Ihre FinanzSchneiderei

BITTE STELLEN SIE SICHER, DASS ALLE ABSCHNITTE AUSGEFÜLLT SIND

1 Details zum Anspruch

Ist dies ein neuer Anspruch?

Ja

Nein

Ist dies eine Fortsetzung eines früheren Anspruchs bei Morgan Price?

Wenn ja, geben Sie bitte die Anspruchsnummer an, falls vorhanden.

Anspruch Nr. _____

Handelt es sich um eine Forderung, für die Sie eine Vorabgenehmigung erhalten haben?

Ja

Nein

Vorabgenehmigung Nr. _____

2 Angaben zum Versicherungsnehmer

Mitgliedsnummer _____

Anrede _____ Vorname(n) _____ Nachname _____

Korrespondenzadresse _____ Postleitzahl _____

Telefon _____ Mobiltelefon _____ E-Mail _____

3 Angaben zum Patienten

Anrede _____ Vorname(n) _____ Nachname _____

Geburtsdatum _____

Sind die Ausgaben ganz oder teilweise aus einer anderen Quelle oder Versicherungspolice erstattungsfähig?

Ja

Nein

Wenn ja, geben Sie bitte Einzelheiten an, inklusive Name des anderen Versicherers und die Mitgliedsnummer:

Haben Sie Anspruch auf Leistungen aus einem staatlich finanzierten Gesundheitssystem?

Ja

Nein

Wenn ja, geben Sie bitte Einzelheiten an, inklusive Gesundheitssystem, Ihre Referenznummer und bestätigen Sie die Höhe der abgedeckten Leistung.

4 Anspruchsinformationen

a. Bitte geben Sie an, um welche Art von Anspruch es sich handelt: Unfall/Verletzung Krankheit Vorsorge- oder Zahnbehandlung Schwangerschaft

b. Bitte beantworten Sie je nach angekreuzter Anspruchsart folgende Fragen:

Unfall/Verletzung:

Bitte bestätigen Sie das Datum, die Uhrzeit und den Ort des Unfalls/der Verletzung:

Bitte machen Sie Angaben zur Verletzung und wie es dazu kam:

Standen Sie zum Zeitpunkt des Unfalls unter dem Einfluss und/oder der Wirkung von Alkohol, Rauschmitteln oder Drogen/ Betäubungsmitteln (einschließlich Medikamente)? Wenn ja, geben Sie bitte an welche, inklusive Medikamentennamen:

Haben Sie sich an diesem Körperteil schon einmal verletzt? Falls ja, geben Sie bitte das Datum an:

Waren andere Personen am Unfall beteiligt oder haben sie möglicherweise zum Unfall beigetragen? Wenn ja, geben Sie bitte Details an, inklusive, ob die involvierten Personen eine entsprechende Versicherung haben:

Haben Sie rechtliche Schritte eingeleitet oder werden Sie rechtliche Schritte einleiten?

4 Anspruchsinformationen — Fortsetzung

Krankheit:

Bitte machen Sie Angaben zu den Symptomen, an denen Sie litten und dem Namen der Erkrankung:

Bitte bestätigen Sie das Datum, an dem Sie zum ersten Mal Symptome hatten:

Haben Sie früher schon einmal unter diesen Symptomen oder einer verwandten Erkrankung gelitten? Wenn ja, geben Sie bitte Einzelheiten früherer Behandlungen an, einschließlich Datum der Behandlung und rezeptfreie Medikamente:

Vorsorge- oder Zahnbehandlung:

Wenn sich Ihr Anspruch auf eine Behandlung zum Ersatz von bestehenden Kronen, Inlays, Füllungen, Brücken oder fehlenden Zähnen bezieht, machen Sie bitte Angaben zu Ihren Symptomen, dem Datum, an dem Sie die Symptome zum ersten Mal bemerkt haben, und Einzelheiten zu früheren Behandlungen:

Wenn Ihr Anspruch für eine Impfung ist, bestätigen Sie bitte den Grund, warum Sie den Impfstoff benötigt haben:

Schwangerschaft:

Bitte bestätigen Sie Ihren voraussichtlichen Geburtstermin:

Bitte bestätigen Sie, ob irgendeine Form von medizinisch unterstützter Fortpflanzung verwendet wurde? Falls ja, geben Sie bitte Details an:

c. Bitte führen Sie unten die Rechnungen auf, die Sie zur Erstattung einreichen (Bitte beachten Sie, dass wir Ihnen eingereichte Rechnungen zurückschicken, wenn diese unklar sind):

Behandlungsdatum	Auslagen, für welche Rückerstattung erforderlich ist	Geben Sie die Währung und den gezahlten Betrag an	An wen sollen wir die Zahlung machen*	Währung der Rückerstattung

***Bitte stellen Sie sicher, dass uns ein Bankdaten-Formular zur Verfügung gestellt wurde.**

5 Unterschrift des Patienten und Freigabe

Ich versichere nach bestem Wissen und Gewissen, dass dieses Antragsformular keine falschen, irreführenden oder unvollständigen Angaben enthält. Mir ist bewusst, dass wenn sich herausstellt, dass dieser Anspruch ganz oder teilweise betrügerisch ist, die Police für ungültig erklärt wird und ich strafrechtlich belangt werden kann. In Bezug auf medizinische Ansprüche, ermächtige ich hiermit meinen Hausarzt, Angehörige der Gesundheitsberufe oder andere relevante medizinische Einrichtungen, alle Gesundheitsdaten oder Krankenakten bereitzustellen, die von Morgan Price Europe oder ihren ernannten Vertretern möglicherweise angefordert werden.

Wenn ein Minderjähriger behandelt wurde, sollte ein Elternteil oder erziehungsberechtigte Person diesen Abschnitt unterschreiben.

Unterschrift des Patienten

Datum

Bei Zahnbehandlung soll bitte Punkt 6 Ihr Zahnarzt ergänzen und unterzeichnen.

6 Zahnmedizinische Ansprüche (vom behandelnden Zahnarzt auszufüllen)

Name des Zahnarztes	Qualifikationen/Befähigungsnachweise	
Name der Zahnarztpraxis	Telefon	E-Mail
Adresse		
Postleitzahl	Land	
Vollständiger Name des Patienten	Geburtsdatum des Patienten	
Bitte bestätigen Sie das Datum, an dem sich der Patient erstmals in Ihrer Einrichtung registriert hat. / Wie lange kennen Sie den Patienten?		
Hat der Patient regelmäßige Routineuntersuchungen besucht?	Ja	Nein
Datum, an dem der Patient Sie zur Behandlung besucht hat:		
Grund für den Besuch:		
Litt der Patient an Zahnschmerzen, als er Sie zur Behandlung aufsuchte?	Ja	Nein
Ist die Behandlung für den Ersatz von bestehenden Kronen, Inlays, Füllungen, Brücken oder fehlenden Zähnen?	Ja	Nein
Wenn ja, geben Sie bitte Einzelheiten an, inklusive Beginndatum und vorherige Behandlungen:		
Ist die Behandlung für Gingivitis, Parodontose oder Zahnfleischerkrankungen jeglicher Art??	Ja	Nein
Datum der letzten Untersuchung des Patienten:		
Grund für die Untersuchung:		
Unterschrift Zahnarzt	Datum	

Bei medizinischer Behandlung soll bitte Punkt 7 Ihr behandelnder Arzt ergänzen und unterzeichnen.

Dieser Abschnitt muss entweder getippt oder in GROSSBUCHSTABEN ausgefüllt werden.

7 Medizinische Informationen (vom behandelnden Arzt auszufüllen)

Name des Arztes/Facharztes | Qualifikationen/Befähigungsnachweise

Lizenz-Nummer | Leitungsgremium

Name des Krankenhauses/der Klinik | Telefon | E-Mail

Adresse

Postleitzahl | Land

Vollständiger Name des Patienten | Geburtsdatum des Patienten

Bitte bestätigen Sie das Datum, an dem sich der Patient erstmals in Ihrer Einrichtung registriert hat. / Wie lange kennen Sie den Patienten?

Art der erhaltenen Behandlung | Geplant | Notfall | Routinemäßige Vorsorgeuntersuchung

ICD-Code:

Bitte machen Sie detaillierte Angaben zu dem behandlungsbedürftigen Gesundheitszustand (inklusive Symptome) und der durchgeführten Behandlung. Bitte nennen Sie alle relevanten diagnostischen Verfahren und deren Ergebnisse:

War dies der erste Besuch bei Ihnen? Wenn ja, wurden der Patient an Sie überwiesen? Falls ja, machen Sie bitte Angaben zur überweisenden Person.

An welchem Datum hat der Patient Ihnen diese Symptome zum ersten Mal vorgestellt?

Vor der Konsultation mit Ihnen, wann hat der Patient zum ersten Mal Anzeichen oder Symptome dieser Erkrankung bemerkt?

Sind Ihnen frühere Behandlungen für diese Krankheit oder für im Zusammenhang stehende Erkrankungen bekannt? Ja Nein

7 Medizinische Informationen (vom behandelnden Arzt auszufüllen) — Fortsetzung

Für ambulante psychiatrische Behandlungen machen Sie bitte folgende Angaben:

Name des überweisenden Arztes

Telefon Datum der Überweisung

Unterschrift Arzt Datum

Arzt-/Zahnarztstempel

Die Vertraulichkeit von Patienten- und Mitgliederdaten ist für uns von größter Bedeutung. Morgan Price (Europe) ApS, ihre Versicherer und ernannten Vertreter halten die europäische Datenschutzgesetzgebung und die internationalen medizinischen Vertraulichkeitsrichtlinien vollständig ein. Sie haben ein Recht auf Zugang zu den über Sie gespeicherten personenbezogenen Daten. Sie haben auch das Recht, von uns die Änderung oder Löschung von Daten zu verlangen, die Ihrer Meinung nach unrichtig oder veraltet sind.

Bank Details

Bankdaten

We can settle claims in most major world currencies but in a few cases where we cannot settle in your required currency then we will pay you in the same currency as your premiums are paid. Please provide the following details to enable us to make settlement of your claim.

Wir können Forderungen in den meisten wichtigen Weltwährungen begleichen, aber in einigen Fällen, in denen wir nicht in der von Ihnen gewünschten Währung abrechnen können, zahlen wir Ihnen in der gleichen Währung wie Ihre Prämien. Bitte geben Sie die folgenden Daten an, damit wir Ihren Anspruch erfüllen können.

Policyholder name

Versicherungsnehmer Name

Policy number

Nummer der Police

Bank name

Bank name

Bank address

Bankadresse

Account holder name

Name des Kontoinhabers

Account No.

Konto Nr.

Sort code

Bankleitzahl

IBAN No.

IBAN-Nr.

Swift code

BIC

Signature

Unterschrift

Date

Datum

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*

Schweigepflichtentbindungserklärung und Einwilligung in die Verarbeitung von Gesundheitsdaten

Vor-, Nachname des Patienten _____

Name des Hauptversicherten wenn abweichend _____

Geburtsdatum _____

Straße, Hausnummer _____

Postleitzahl, Ort _____

Versicherungsnummer _____

gegenüber

MEDIGO GmbH
Torstraße 124
10119 Berlin

Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, des Bundesdatenschutzgesetzes, der Datenschutz-Grundverordnung sowie anderer Datenschutzvorschriften enthalten keine ausreichenden Rechtsgrundlagen für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Gesundheitsdaten durch Versicherungen. Um Ihre Gesundheitsdaten erheben und verwenden zu dürfen, benötigen wir, die Medigo GmbH, daher Ihre datenschutzrechtlichen Einwilligungen. Darüber hinaus benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindungen, um Ihre Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen, wie z. B. Ärzten, erheben zu dürfen. Ferner benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindung, um Ihre Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 StGB geschützte Daten, wie z. B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, in einzelnen Fällen und nur wenn absolut erforderlich an medizinische Institutionen weiterleiten zu dürfen. Die folgenden Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärungen sind für die Durchführung der Vermittlungstätigkeit bei uns unentbehrlich. Geben Sie Ihre Einwilligung nicht ab, wird die Durchführung in der Regel nicht möglich sein. Sie haben auch die Möglichkeit, Ihre Einwilligung während der Vertragslaufzeit für die Zukunft zu widerrufen, soweit sich der Widerruf nicht auf Einwilligungen bezieht, die für die Durchführung und Beendigung des Vermittlungsauftrags unentbehrlich sind. Bitte kontaktieren Sie uns hierfür postalisch oder per email unter dataprotection@medigo.com. Ob und inwieweit ein Widerruf eine für die Zukunft wirkende Bedeutung erlangt und von uns berücksichtigt werden kann, erläutern wir Ihnen zur jeweiligen Erklärung. Die Erklärungen betreffen den Umgang mit Ihren Gesundheitsdaten und sonstiger nach § 203 StGB geschützter Daten.

Zweck der Datenverarbeitung

Zweck der Datenverarbeitung ist die Schadensregulierung. Hierfür werden eingegangene Erstattungsanträgen von Versicherungsnehmern überprüft und hinsichtlich ihrer Rechtmäßigkeit bewertet.

Erhebung, Speicherung und Nutzung der übermittelten Gesundheitsdaten durch die Medigo GmbH

Ich verstehe, dass Medigo GmbH ("Medigo") von meiner Krankenversicherungsgesellschaft, Morgan Price International Healthcare Ltd. ("Morgan Price") beauftragt wurde, meine Erstattungsanträge ("den Zweck") zu bearbeiten.

✓ Ich willige ein, dass Medigo die folgenden persönlichen Daten zur Erbringung des Zwecks, für welchen Sie von Morgan Price beauftragt wurde, über mich erhebt, speichert und verwendet:

- meinen Namen und meine Kontaktangaben;
- die Einzelheiten meiner Versicherungspolice;
- Medizinische Angaben/ Gesundheitsinformationen, wie Aufnahme- und Entlassungsberichte, Operationsberichte, und Zusammenfassungen der Behandlungen

✓ Ich willige ein, dass meine medizinischen Angaben/Gesundheitsinformationen (bspw. Aufnahme- und Entlassungsberichte, Operationsberichte und Zusammenfassungen der Behandlungen) und meine persönlichen Daten von jedem Gesundheitsdienstleister, der für die vorliegende Erstattungsanfrage relevant ist oder sein wird, mit Medigo zur Erbringung des Zwecks, wofür Sie von Morgan Price beauftragt wurde, geteilt werden dürfen.

✓ Mir ist bekannt, dass Medigo bestrebt ist, als Drittverwalter die höchste Servicequalität zu bieten und die Telefongespräche aufzeichnen kann, um die Interessen des Patienten zu schützen. Ich stimme hiermit der Aufzeichnung und Überwachung von Telefongesprächen zu.

✓ Ich willige ein, dass Medigo meine vertraulichen persönlichen Informationen folgenden Instanzen mitteilen muss: Versicherungsgesellschaften, Kollektiven, Mitarbeitern oder Leistungsplanverwaltern und sonstigen in die Verwaltung meiner Versicherungspolice und/oder -ansprüche involvierten Organisationen.

✓ Ich willige ein, dass die Medigo GmbH meine Gesundheitsdaten an die in der oben erwähnten Liste genannten Stellen übermittelt und dass die Gesundheitsdaten dort für die angeführten Zwecke im gleichen Umfang erhoben, verarbeitet und genutzt werden, wie die Medigo GmbH dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter der Medigo GmbH und sonstiger Stellen im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten und anderer nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

□ Ich willige ein, dass die Medigo GmbH meine Gesundheitsdaten auf Anfrage an folgende Person übermittelt:

Vor-, Nachname: _____
Geburtsdatum: _____

Diese Einwilligung(en) kann ich jederzeit gegenüber der Medigo GmbH postalisch oder per E-Mail (dataprotection@medigo.com) widerrufen. Durch einen Widerruf wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund einer Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt.

Ort, Datum & Unterschrift