

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



## **Stationäre Kostenerstattung mit der Europäischen Krankenversicherung IMG International Medical Group**

Guten Tag,

als Kunde einer europäischen 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.

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

Herzlich Grüßt  
Ihre FinanzSchneiderei

## Formular ist von dem behandelnden Arzt auszufüllen

Damit IMG Ihren Anspruch so schnell wie möglich bearbeiten kann, nehmen Sie dieses ausgefüllte Antragsformular mit zu Ihrem Arzt mit (gilt für jede neue Erkrankung). Wenn es vollständig ausgefüllt ist, senden Sie es bitte zusammen mit Ihrem Antrag an uns. Wenn Sie dies nicht tun, kann es sich als notwendig erweisen, dass IMG Ihnen dieses Antragsformular zum Ausfüllen durch Ihren behandelnden Arzt zusendet.

## Was folgt nun?

Schicken Sie uns das ausgefüllte Antragsformular mit allen Anspruchsunterlagen, einschließlich Rechnungen, Zahlungsbelegen und ärztlichen Berichten, unter Verwendung von **einer** der folgenden Optionen. Bitte beachten Sie, dass Sie Ihre Originalrechnungen und -quittungen zu Prüfzwecken mindestens 6 Monate lang aufbewahren müssen, es sei denn, Sie senden uns die Originale per Post zu; in diesem Fall sollten Sie Fotokopien aufbewahren.

**Online:** MyIMG

**E-Mail:** GPMClaims@imglobal.com

**Fax:** +44 (0) 330 333 6687

**Post:** Global Prima Claims Team,  
PO Box 1114 Cardiff CF11 1UL Großbritannien

## Vom Patienten auszufüllen

### 1 Angaben und Einwilligung des Patienten

Titel

☐ Herr ☐ Frau ☐ Fräulein ☐ Frau ☐ Sonstiges

Vorname(n) des Patienten

Nachname des Patienten

Geburtsdatum (TT-MM-JJJJ)

Kunden- und Policennummer des Patienten

Krankheits-ID/Fallnummer

Kontaktnummern des Patienten

T:

M:

E-Mail Adresse des Patienten

Ich, der Patient, bevollmächtige IMG hiermit, weitere medizinische Informationen von dem Arzt, der dieses ärztliche Attest ausfüllt, einzuholen, sollten diese für die Bearbeitung dieses Antrags erforderlich sein.

Ich, der Patient, erkenne an, dass IMG meine in diesem Formular enthaltenen medizinischen und/oder Gesundheitsinformationen oder jegliche Gesundheitsakten und/oder jegliche medizinischen Berichte an Versicherer und/oder IMG weitergeben darf, und zwar ausschließlich zum Zweck der Verwaltung sämtlicher Ansprüche aus meiner Krankenversicherung im Rahmen seiner berechtigten Interessen und der vertraglichen Notwendigkeit, mir den in meiner Police beschriebenen Versicherungsschutz und die Leistungen bereitzustellen.

**Unterschrift Patient**

**Datum** (TT-MM-JJJJ)

## Vom Arzt oder behandelnden Arzt auszufüllen

### 2 Medizinische Angaben

Zeitpunkt der Erstanmeldung des Patienten bei Ihnen/der Klinik/dem Krankenhaus: (TT-MM-JJJJ)

Bitte geben Sie genaue Angaben zu den Krankheitssymptomen des Patienten an:

Wurde der Patient an Sie weiterverwiesen?

Ja ☐ Nein ☐

Wenn ja, geben Sie bitte die Einzelheiten der Zuweisung an.

Wann bemerkte der Patient diese Symptome zum ersten Mal?

Wann hat sich der Patient zum ersten Mal mit diesen Symptomen bei Ihnen oder bei einem anderen Arzt vorgestellt?

Hat der Patient Ihrer Kenntnis nach in der Vergangenheit schon einmal unter den genannten oder damit zusammenhängenden Symptomen gelitten?  
Vom Patienten auszufüllen:

Bitte geben Sie die Ergebnisse aller durchgeführten Tests und Untersuchungen an, die der Patient in Anspruch genommen hat:

Wurde eine Diagnose gestellt?

Ja ☐      Nein ☐

Wenn ja, bitte bestätigen Sie den Gesundheitszustand?

ICD10-Code

Ist es:    Vorläufig? ☐                      Endgültig? ☐

Wie würden Sie den gesundheitlichen Zustand bezeichnen?    Akut? ☐                      Chronisch? ☐      Eine akute Erkrankung eines chronischen Leidens? ☐

Wenn diese Diagnose mit einer vorhergehenden Erkrankung des Patienten in Zusammenhang steht, geben Sie bitte alle erforderlichen Auskünfte, einschließlich früherer Untersuchungen, Behandlungen und der jeweiligen Datumsangaben:

Mitzuteilende Angaben Datum (TT-MM-JJJJ)

Gibt es eine zugrunde liegende Krankheitsursache oder Erkrankung? Wenn ja, geben Sie bitte genaue Informationen an:

Ist die Erkrankung die Folge eines Unfalls?

Ja ☐      Nein ☐

Wenn ja, stand der Patient zum Zeitpunkt des Unfalls unter dem Einfluss von Alkohol oder einer anderen Rauschmittelsubstanz?

Ja ☐      Nein ☐

Welche Behandlung wurde dem Patienten aufgrund seines Gesundheitszustands empfohlen?

Wenn der Patient zu einer Zusatzbehandlung überwiesen wurde, geben Sie bitte die Behandlungsart und die voraussichtliche Anzahl der Behandlungssitzungen an:

Chiropraktiker: <input type="checkbox"/>	Osteopathologie: <input type="checkbox"/>	Homöopath: <input type="checkbox"/>	Akupunktur: <input type="checkbox"/>
Diätetiker: <input type="checkbox"/>	Traditionelle Chinesische Medizin: <input type="checkbox"/>	Podologe: <input type="checkbox"/>	Anzahl der Beratungen: <div></div>

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

Wenn der Versicherungsfall im Zusammenhang mit einer Schwangerschaft steht, bestätigen Sie bitte Folgendes:

Datum der letzten Monatsblutung:

Datum, an dem die Schwangerschaft bestätigt wurde:

Arztname

Anschrift

Postleitzahl                      Land

Telefon

Voraussichtlicher Entbindungstermin:

Handelt es sich bei der Schwangerschaft um eine Risikoschwangerschaft?    Ja ☐      Nein ☐

Qualifikationen

Ich bin der behandelnde Arzt der Patientin und ich bestätige, dass die von mir erteilten Informationen nach bestem Wissen und Gewissen zutreffend sind.

**Unterschrift vom Arzt**

Unterschriftsdatum (TT-MM-JJJJ):

**Praxisstempel**

CM0050A2310240228

Ihr Anspruch wird von IMG oder einem anderen Dritten im Namen von IMG bearbeitet. **Um dies effizient zu tun, bitten wir Sie um Ihre Erlaubnis, uns an einen Arzt zu wenden, der Sie wegen Ihrer aktuellen Erkrankung behandelt hat,** und, wenn es die Bedingungen Ihrer Versicherungspolice erfordern, uns an einen Arzt zu wenden, der uns relevante frühere medizinische Anamnesen bereitstellen kann. Bitte beachten Sie jedoch, dass wir Ihren Antrag möglicherweise nicht annehmen oder bearbeiten können, wenn Sie uns keine Vollmacht geben.

## Ausfüllen dieses Formulars

- Verwenden Sie dieses Formular, um einen Antrag auf Versicherungsleistungen während der Schwangerschaft zu stellen.
- Bitte beantworten Sie alle Fragen und unterschreiben Sie diese Erklärung.
- Bitte schreiben Sie leserlich und in Großbuchstaben.
- Wenn Sie Fragen haben, rufen Sie uns bitte an unter +44 (0) 330 333 6686

## Wie geht es weiter?

Senden Sie uns Ihr ausgefülltes Formular unter Verwendung einer dieser Optionen.

**Online:** MyIMG  
**E-Mail:** GPMIclaims@imglobal.com  
**Fax:** +44 (0) 330 333 6687  
**Beitrag:** Global Prima Claims Team, PO  
Box 1114 Cardiff CF11 1UL  
Grossbritannien

## 1 Patientendaten

Titel

☐ Herr ☐ Frau ☐ Fräulein ☐ Frau ☐ Sonstiges

Vorname(n) des Patienten

Nachname des Patienten

Geburtsdatum (TT-MM-JJJJ)

Kundennummer und Versicherungspolicennummer des Patienten

Krankheits-ID/Fall-Referenz

Kontaktnummern des Patienten

T:

M:

Postanschrift des Patienten

Postleitzahl

Land

E-Mail-Adresse des Patienten

Bevor Sie Ihre Zustimmung geben, sollten Sie sich über Ihre Patientenrechte gemäß dem "ACCESS TO MEDICAL REPORTS ACT 1988" informieren, die im Folgenden zusammengefasst werden.

- 1 Sie können Ihre Zustimmung zur Antragstellung oder zur Übermittlung des medizinischen Berichts an uns widerrufen. Bitte beachten Sie, dass dies unsere Bemühungen zur Beurteilung und Bearbeitung Ihres Antrags einschränken könnte.
- 2 Sie können den Untersuchungsbericht einsehen, bevor dieser an uns übermittelt wird. Sie müssen Ihren Arzt innerhalb von 21 Tagen nach Anforderung des Untersuchungsberichts um eine Kopie bitten. Wir werden Ihnen diese Frist mitteilen.
- 3 Sie können Ihren Arzt jederzeit bis zu sechs Monate nach dem Ausstellungsdatum des Berichts um eine Abschrift des Berichts bitten.
- 4 Sie können Ihren Arzt bitten, alle Abschnitte des Berichts zu berichtigen, die Sie für falsch oder missverständlich halten. Stimmt Ihr Arzt Ihrem Ersuchen nicht zu, können Sie Ihre Anmerkungen dem Bericht beifügen.
- 5 Ihr Arzt kann Ihnen den Bericht trotz Ihres Ersuchens um eine Abschrift verweigern, wenn er der Auffassung ist, dass er Ihrer körperlichen oder geistigen Gesundheit schaden würde, oder wenn er Informationen über einen Dritten enthält, der einer Offenlegung dieser Informationen nicht zugestimmt hat.

Bitte beachten Sie, dass diese Informationen an die Underwriter Ihrer Police oder an ausgewählte Dritte weitergegeben werden können.

## 2 Erklärung und Einverständnis des Patienten

Nach Kenntnisnahme meiner gesetzlichen Rechte nach dem „Access to Medical Reports Act 1988“ im Zusammenhang mit meinem Versicherungsanspruch,

- i stimme ich zu, dass ALC Health medizinische Informationen von allen Ärzten anfordert, die mich in Bezug auf meinen körperlichen und geistigen Zustand untersucht haben.
- ii Ich ermächtige jeden Arzt, solche Informationen an ALC Health und an Dritte in ihrem Namen zu übermitteln.

Wenn Sie einen Bericht einsehen möchten, bevor er an ALC Health übermittelt wird, kann sich die Bearbeitung Ihres Antrags erheblich verzögern.

Wenn Sie die Punkte 1 bis 4 auf der vorherigen Seite gelesen haben und mit der Patientendeklaration einverstanden sind, unterzeichnen und datieren Sie bitte dieses Dokument weiter unten und senden Sie es an uns zurück, indem Sie eine der folgenden Optionen verwenden: Online, E-Mail, Fax oder Post.

Ich erkläre, dass ich der Patient bin

Ja ☐

Wenn der Patient unter 16 Jahre alt ist, sollte ein Elternteil oder Erziehungsberechtigter dieses Feld ankreuzen und im Namen des Patienten entsprechend unterschreiben ☐

Ich möchte jeden Bericht vom Arzt einsehen, bevor er an Sie geschickt wird

Ja ☐ Nein ☐

Ich bin damit einverstanden, Leistungsbescheide und persönliche medizinische Informationen per E-Mail zu erhalten

Ja ☐ Nein ☐

Name des Elternteils oder Erziehungsberechtigten

Verwandtschaft zum Patienten

Vollständiger Name des Patienten

**Unterzeichnet** (vom Elternteil/Erziehungsberechtigten zu unterschreiben, wenn der Patient unter 16 Jahre alt ist)

**Datum** (TT-MM-JJJJ)

Vielen Dank für Ihre Hilfe beim Ausfüllen dieses Formulars. Wir werden Ihren Fall weiterhin überwachen und Kontakt mit Ihnen und Ihrem behandelnden Arzt halten, bis Ihre Behandlung abgeschlossen ist. Sobald wir unseren Verifizierungsprozess abgeschlossen haben, sind wir in der Lage, die Bezahlung Ihrer Arztrechnungen zu veranlassen (abzüglich aller anwendbaren Policen-Überschüsse) und Ihnen gemäß den Bestimmungen Ihrer Police bei Bedarf zu helfen.

## 3 Angaben zum behandelnden Arzt und zum Heilpraktiker

Name des behandelnden Arztes

Adresse des behandelnden Arztes/Krankenhauses

Postleitzahl	Land

Telefonnummer

E-Mail-Adresse

Name des Arztes (Ihr Hausarzt)

Adresse des behandelnden Arztes/Krankenhauses

Postleitzahl	Land

Telefonnummer

E-Mail-Adresse

Wir speichern Ihre Daten, die sensible Daten enthalten können, in unserer Datenbank. Dies dient der Verwaltung Ihres Anspruchs und kann an die Underwriter Ihrer Police und an externe Administratoren weitergegeben werden.

## 4 Angaben zur benannten Person

Name der benannten Person

Verwandschaft

Telefonnummer

E-Mail-Adresse

Wir sind nicht befugt, Ihre medizinischen Informationen ohne Ihre vorherige Zustimmung an Ihre Familienmitglieder, enge Freunde oder an Drittparteien wie Makler und persönlichen Assistenten zu übermitteln. Wenn Sie möchten, dass wir jemanden über Ihren Fall zur Kenntnis setzen, dann sollten Sie uns die Einzelheiten mitteilen. Wir sind nicht befugt, Ihren Fall mit anderen Personen zu besprechen als mit Ihnen persönlich oder Ihrem Bevollmächtigten. Ihr Bevollmächtigter sollte bereitstehen, einige Sicherheitsfragen beantworten zu können, wenn wir denjenigen anrufen, damit wir er sich richtig ausweisen kann.

## 5 Wichtige Informationen

Bitte aufmerksam lesen und für Ihre Unterlagen aufbewahren

### Gesetz über den Zugriff auf medizinische Berichte von 1988 (Medical Reports Act 1988):

**Sie sollten diese grundlegenden Bestimmungen zur Kenntnis nehmen, bevor Sie sich damit einverstanden erklären, dass wir einen Arztbericht von einem Arzt einholen, der Sie behandelt hat.**

**Diese Befugnisse beziehen sich nicht auf Untersuchungsberichte von Ärzten, die nicht für Ihre Behandlung zuständig sind. Wenn wir Sie außerdem um Informationen aus Ihren Krankenakten, z. B. eine Kopie Ihrer ärztlichen Berichte bitten, gilt nur der erste Absatz.**

- Sie können Ihre Einwilligung zwar widerrufen, aber wenn Sie dies tun, können wir Ihren Antrag unter Umständen nicht bearbeiten.
- Wenn wir einen Bericht brauchen, teilen wir Ihnen schriftlich mit, wann wir diesen angefordert haben.
- Sie können in dem Kästchen in Abschnitt 2 „Erklärung und Zustimmung“ dieses Antragsformulars angeben, ob Sie den Arztbericht einsehen möchten, bevor dieser an uns weitergeleitet wird. Sie haben dafür 21 Tage ab dem Zeitpunkt unseres Auskunftersuchens Zeit, und es steht Ihnen frei, den Arzt zu kontaktieren. Sollten Sie Ihre ursprüngliche Entscheidung noch vor der Übermittlung des Berichts an uns revidieren, können Sie sich an Ihren Arzt wenden, um den Arztbericht einzusehen. Dafür haben Sie 21 Tage ab dem Zeitpunkt unseres Auskunftersuchens Zeit.
- Wenn Sie mit den Angaben im Bericht nicht einverstanden sind, können Sie sich an den Arzt wenden, um die Angaben zu berichtigen. Ist der behandelnde Arzt nicht mit Ihren Angaben einverstanden, wird er Sie bitten, eine Erklärung abzugeben, die dem Bericht, der uns übermittelt wird, beigefügt werden soll.
- Innerhalb von sechs Monaten, nachdem der Arzt uns den Bericht übermittelt hat, können Sie jederzeit eine Einsichtnahme in den Bericht beantragen.
- Ihr Arzt kann Ihnen eine Ausfertigung des Berichts in Rechnung stellen. Diese Kosten werden von Ihrer Versicherung nicht übernommen.
- Ihr Arzt ist nicht verpflichtet, Ihnen Auszüge aus dem Bericht zu übermitteln, wenn er der Meinung ist, dass dies Ihrer körperlichen oder geistigen Gesundheit schaden könnte.
- Wenn der Arztbericht Informationen über eine Drittperson umfasst, wird der Arzt Ihnen diesen Teil des Berichts nicht zeigen.
- Wenn der Arzt nicht möchte, dass Sie einen Teil seines Berichts einsehen, teilt er Ihnen dies schriftlich mit, aber Sie können trotzdem andere Bestandteile des Berichts einsehen.

### Allgemeine Datenschutzverordnung (DSGVO und internationale GDPR):

**Informationen über Ihre Gesundheit, Ihre Krankengeschichte und Ihre Behandlung sind vertrauliche personenbezogene Informationen.**

- Wir verarbeiten Ihre sensiblen personenbezogenen Daten im Rahmen unserer berechtigten Interessen, um Ihnen eine Krankenversicherung anzubieten. Dies umfasst die Prüfung Ihres Antrags, die Verwaltung Ihrer Police und die Bearbeitung von Schadensfällen. Darüber hinaus stützen wir uns auf die Rechtsgrundlagen des erheblichen öffentlichen Interesses, um Betrug zu verhindern und die Integrität der Versicherungsbranche zu gewährleisten, aufgesetzliche Verpflichtungen zur Einhaltung von Vorschriften und Meldepflichten sowie auf die vertragliche Notwendigkeit, Ihnen den in Ihrer Police beschriebenen Versicherungsschutz und die Leistungen zu bieten.
- Eine ausführliche Beschreibung, wie wir Ihre personenbezogenen Daten erfassen und verarbeiten und welche diesbezüglichen Rechte Sie haben, finden Sie in unserer Datenschutzrichtlinie unter <https://www.imglobal.com/intl/legal/privacy-policy>

### Überprüfung und Prävention sowie Aufdeckung von Delikten.

**Wir können die Aufzeichnungen von Ärzten und Krankenhäusern überprüfen, um:**

- Sicherzustellen, dass wir für Ihre Behandlungen korrekt abgerechnet werden;
- Verbrechen, insbesondere Betrug, vorzubeugen und aufzuklären; oder
- Überprüfung der fachärztlichen Leistungen.

Die Überprüfungen können im Rahmen eines bestimmten Programms oder aufgrund besonderer Gegebenheiten durchgeführt werden und die Einsichtnahme in die Krankenakten der überprüften Person oder Einrichtung umfassen.

Es kann erforderlich sein, dass wir Informationen, die wir von Ihnen zur Verfügung gestellt bekommen, mit Dritten teilen. Dies gilt für medizinische Sachverständige, andere Versicherer, den NHS Counter Fraud Security Management Service und das General Medical Council. Wir sind gesetzlich dazu verpflichtet, unter gegebenen Voraussetzungen Informationen an die Strafverfolgungsbehörden weiterzuleiten, sofern der Verdacht auf betrügerische Versicherungsansprüche oder andere Straftaten besteht.

Dies kann die Aufnahme von nichtmedizinischen Daten in eine Datenbank einschließen, die von anderen Versicherungsträgern und Strafverfolgungsbehörden eingesehen werden können. Wir sind dazu verpflichtet, die Ärztekammer (General Medical Council) oder eine andere zuständige Aufsichtsbehörde über jede Sachlage zu informieren, die Grund zu der Vermutung gibt, dass die Eignung eines medizinischen Leistungserbringers zur Erbringung seiner Leistungen beeinträchtigt sein könnte.

International Medical Group Limited ist von der Financial Conduct Authority (311496) zugelassen und reguliert. Registriert in England und Wales (4163178). Eingetragener Firmensitz: 254 Upper Shoreham Road, Shoreham-By-Sea, West Sussex, BN43 6BF.

IMG Europe AB ist von der schwedischen Finanzaufsichtsbehörde (71922) zugelassen und reguliert und von der Financial Conduct Authority (1003200) als bevollmächtigter Vertreter registriert. Eingetragen in Schweden (559405-0469). Eingetragener Firmensitz: c/o SiriusPoint International, Fleminggatan 14, 112 26, Stockholm, Schweden. Büroadresse der britischen Niederlassung (BR025974: 3rd Floor, Fitzalan House, Cardiff, CF24 0EL, UK.

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. verbunden 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