

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



## Zahnärztliche 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

## Ausfüllen dieses Formulars

- Verwenden Sie dieses Formular, um einen Anspruch auf Zahnbehandlung geltend zu machen.
- Achten Sie darauf, auch wirklich alle Fragen zu beantworten und die Erklärung zu unterzeichnen.
- Schreiben Sie bitte in Großbuchstaben.
- Wenn Sie Fragen haben, rufen Sie uns an unter +44 (0) 330 333 6686

## Was folgt nun?

Schicken Sie uns das ausgefüllte Antragsformular zusammen mit Ihren Anspruchsunterlagen, einschließlich aller Rechnungen, Zahlungsbelege und ärztlichen Berichte, über **eine** der folgenden Optionen zu. Bitte beachten Sie, dass Sie die Originalrechnungen und -quittungen für Prüfungszwecke 6 Monate lang sorgfältig aufbewahren müssen, es sei denn, Sie senden uns die Originale per Post zu; in diesem Fall sollten Sie Fotokopien davon aufbewahren.

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

## 1 Patientendaten

Titel

Herr  Frau  Fräulein  Frau  Sonstiges

Vorname(n)

Nachname(n) / Nachname(n)

Krankheits-ID oder Fallnummer (falls vorhanden)

Kontakt-Handynummer(n)

Geburtsdatum (TT-MM-JJJJ)

Vorname(n) des Versicherten

Kundennummer

E-Mail-Adresse

Durch die Angabe einer E-Mail-Adresse und einer Mobiltelefonnummer erklären Sie sich mit elektronischen Benachrichtigungen (einschließlich E-Mail und SMS) zur Bearbeitung Ihrer Versicherungsansprüche einverstanden.

## 2 Zahlungsangaben

Bitte bestätigen Sie, an wen wir die Zahlung leisten sollen: Leistungserbringer  Erstattung Versicherter/Patient (bitte unten ausfüllen)

Name des Kontoinhabers (genau wie bei Ihrer Bank angegeben)

Kontonummer / IBAN (Ihre Kontonummer kann aus 8 bis 34 Stellen bestehen. Außerhalb Großbritanniens geben Sie bitte die IBAN an, Beispiel für eine IBAN: GB17BUKB20182703450546)

Bankleitzahl (nur bei Konten in Großbritannien)

Swift- oder BIC-Code (Konto außerhalb Großbritanniens. Dieser Code besteht aus 8 oder 11 Stellen und dient zur eindeutigen Identifizierung Ihrer Bank, Beispiele: AIBKGB2X oder BARCGB2XXX)

Währung, in der die Zahlung geleistet werden soll

Bankname

Bankadresse

Postleitzahl

Land

Bankleitzahl

BSB/ABA/Transit Code

**Es wird empfohlen, dass Sie sich mit Ihrer Bank in Verbindung setzen, um die korrekten Zahlungsdetails zu bestätigen, damit Sie die aus dem Vereinigten Königreich gesendeten Gelder erhalten.. Einige Länder und Banken benötigen bei Auslandszahlungen Zusatzinformationen.**

### 3 Kostenbeschreibung

Bitte ankreuzen, dann Details rechts angeben	In Rechnung gestellter Betrag (und Währung)	Behandlungsdatum (TT-MM-JJJJ)
<input type="checkbox"/> Routinekontrolle, einschließlich Untersuchung und Röntgenaufnahmen		
<input type="checkbox"/> Reinigung und Polieren (von einem Zahnarzt oder Hygieniker durchgeführt)		
<input type="checkbox"/> Füllungen (Amalgam oder Verbundwerkstoffe)		
<input type="checkbox"/> Extraktionen		
<input type="checkbox"/> Weisheitszahnextraktion bei einer Zahnoperation		
<input type="checkbox"/> Neue Porzellankrone oder Porzellan-Inlay		
<input type="checkbox"/> Reparatur von Krone/Inlay		
<input type="checkbox"/> Wurzelkanalbehandlung		
<input type="checkbox"/> Neue Brücke		
<input type="checkbox"/> Reparatur der Brücke		
<input type="checkbox"/> Neue Zahnersatz		
Zahnärztliche Notfallbehandlung zur Linderung von Schmerzen, einschließlich <input type="checkbox"/> Behandlung eines Abszesses, Wiederaufbau eines abgeschnittenen oder gebrochenen Zahnes oder eine vorübergehende Füllung.		
Kieferorthopädische Behandlung (um Zähne zu bewegen oder zugrunde liegende Knochen anzupassen), wenn medizinisch notwendig für die Mundgesundheit.		
Unbeabsichtigte Beschädigung verursacht durch Geräusche, Beschädigung <input type="checkbox"/> natürlicher Zähne oder Zahnverlust durch einen Unfall. Die Behandlung muss innerhalb von 5 Tagen nach dem Unfall erfolgen.		
Zahnchirurgie in einem Krankenhaus durch einen Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgen oder chirurgischen Zahnarzt. Umfasst die chirurgische Extraktion von impaktierten oder vergraben Weisheitszähnen und die Extraktion komplizierter vergrabener Wurzeln.		
<input type="checkbox"/> Apikektomie, die in einem Krankenhaus von einem Mund-, Kiefer- oder Gesichtschirurgen oder einem chirurgischen Zahnarzt durchgeführt wird.		

Ist die Forderung das Ergebnis eines Unfalls?

Ja  Nein

Falls ja, bitte Einzelheiten angeben, wie, wann und wo der Unfall stattgefunden hat

War eine andere Person/Firma an dem Unfall beteiligt?

Ja  Nein

Falls ja, geben Sie bitte den Namen des Versicherers, seine Kontaktdaten und die Versicherungsnummer des Dritten an

Besitzt der Patient einen anderen Versicherungsplan oder eine andere Versicherung, die auch die Deckung dieser medizinischen Kosten ermöglichen könnte? Ja

Nein

Falls ja, welche Form von Versicherungsplan oder -police

Bitte geben Sie den Namen des Versicherungsträgers, die Kontaktdaten und die Versicherungsnummer des Patienten an

**Bitte überprüfen Sie den Wortlaut Ihrer Datenschutzerklärung. Anträge, die mehr als sechs Monate nach dem Behandlungstermin eingehen, können abgelehnt werden.**

Grund für die verspätete Einreichung: Wenn mehr als 6 (sechs) Monate nach dem Behandlungsdatum vergangen sind.

## 4 Erklärung und Zustimmung

### Ihr Anspruch wird von IMG oder einem anderen Dritten im Namen von IMG bearbeitet.

Ich bestätige, dass ich die in diesem Versicherungsformular aufgeführten Informationen zur Kenntnis genommen habe. Ich möchte einen Versicherungsanspruch geltend machen und erkläre, dass ich alle Angaben nach bestem Wissen und Gewissen wahrheitsgemäß und korrekt angegeben habe.

- Ich erkläre mich mit der Überprüfung der Informationen in etwaigen medizinischen Befunden oder Gesundheitsdaten, die angefordert werden können, durch IMG einverstanden.
- Ich bin damit einverstanden, dass IMG die in diesem Formular enthaltenen medizinischen und gesundheitlichen Informationen, eine Gesundheitsakte oder medizinische Berichte an die Underwriter meiner Police weitergibt.
- Ich erkläre mich damit einverstanden, dass der behandelnde Arzt und/oder das Krankenhaus, die an der medizinischen Versorgung des Patienten mitwirken, die medizinischen oder Behandlungsdetails und die Entlassungsbedingungen mit IMG besprechen.

- Ich bestätige, dass ich der betreffende Patient bin  
► wenn der Patient unter 16 Jahren ist, sollte ein Erziehungsberechtigter dieses Kästchen ankreuzen und stellvertretend für den Patienten unterschreiben

Name des Elternteils oder Erziehungsberechtigten

Beziehung zum Patienten

- Ich möchte jeden Bericht des Arztes sehen, bevor er Ihnen zugesandt wird  
 Ich stimme zu, Leistungsbescheide und persönliche medizinische Informationen per E-Mail zu erhalten

**Unterschrift** des Patienten (vom Elternteil/Erziehungsberechtigten zu unterzeichnen, wenn der Patient unter 16 Jahre alt ist)

**Unterschriftdatum** (TT-MM-JJJJ)

  

Name des Patienten

## 5 Zahnärztliche Bescheinigung - vom Zahnarzt auszufüllen

### Zahnkarte

Bitte füllen Sie diese Tabelle aus oder fügen Sie Ihren bestehenden Behandlungsplan und Ihre Zahnarztkarte diesem Antrag bei.

Rechter Oberkiefer	18	17	16	15	14	13	12	11
Rechter Unterkiefer	48	47	46	45	44	43	42	41

Linker Oberkiefer	21	22	23	24	25	26	27	28
Linker Unterkiefer	31	32	33	34	35	36	37	38

Geben Sie den/die entsprechenden Code(s) unten in die obigen Kästchen ein, um zu beschreiben, welche Behandlung welchen Zähnen verabreicht wurde.

Unfallschäden	AD
Apikektomie	AP
Neue Brücke	B
Neue Zahnprothesen	D
Extraktionen	e
Füllungen (Amalgam/Verbundwerkstoffe)	F
Neue Porzellankrone oder Inlay	NC

Reparatur von Krone oder Inlay	RC
Reparatur der Brücke	RB
Wurzelkanalbehandlung	RCT
Chirurgie	s
Weisheitszahn-Extraktion	EX
Sonstige - einschließlich Notfallbehandlung eines Abszess, gerissene oder abgebrochene Zähne, vorübergehendes Füllen oder Röntgen. (Einzelheiten bitte unten angeben)	O

### Untersuchungen und Behandlung

Datum der Untersuchung (TT-MM-JJJJ)

  

Datum der Routineuntersuchung, falls zutreffend (TT-MM-JJJJ)

  

Reinigungsdatum, falls zutreffend (TT-MM-JJJJ)

  

Benötigt der Patient eine weitere Behandlung?

Nein

Ja ► Wann ist das vorgeschlagene Datum? (TT-MM-JJJJ)

  

Vollständige Angaben zur Erkrankung, die eine Behandlung/Operation erfordert

Vollständiger Name

Adresse

  
  
  

Postleitzahl

Land

Qualifikationen

Telefonnummer

Faxnummer

## 5 Zahnärztliche Bescheinigung - vom Zahnarzt auszufüllen weiter

Datum, an dem diese Erkrankung erstmals diagnostiziert wurde

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

Vollständige Angaben zur vorgeschlagenen Behandlung/Operation

<input type="text"/>
----------------------

Wenn der Patient an einen Mund-, Kiefer- oder Gesichtschirurgen überwiesen wurde, geben Sie bitte unten seine vollständigen Angaben an.

<input type="text"/>
----------------------

**Unterschrift Zahnarzt**

<input type="text"/>
----------------------

Datum (TT-MM-JJJJ)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

Dienststempel

<input type="text"/>
----------------------

## 6 Wichtige Informationen

Bitte aufmerksam lesen und für Ihre Unterlagen aufbewahren

### Gesetz über den Zugriff auf medizinische Berichte von 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 4 „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 Auskunftsersuchens 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 Auskunftsersuchens 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, beigelegt 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 zu Ihrem Gesundheitszustand, über Ihre Krankengeschichte und Ihre Behandlung sind vertrauliche, personenbezogene Daten.**

- Wir verarbeiten IhresensiblenpersonenbezogenenDatenimRahmenunserer berechtigtenInteressen,umIhneneineKrankenversicherunganzubieten.Dazugehörtdie BewertungIhresAntrags,dieVerwaltungIhrerPoliceunddieBearbeitungvonAnsprüchen. DarüberhinausstützenwirunaufdierechtlichenGrundlagenderheblichenöffentlichen Interesses,umBetrugzuverhindernunddieIntegritätderVersicherungsbranchezu gewährleisten,aufrechtlicheVerpflichtungenzurEinhaltungvonRegelnund BerichtspflichtensowieaufvertraglicheNotwendigkeit,umIhnendieinIhrerPolice beschriebenenLeistungenunderDeckungsbereitzustellen.
- Eine vollständige Beschreibung, wie wir Ihre personenbezogenen Daten erfassen und nutzen und welche Rechte Sie nach der DSGVO haben, finden Sie in unserer Datenschutzrichtlinie unter <https://www.imglobal.com/intl/legal/privacy-policy>

### Überprüfung und Prävention sowie Aufdeckung von Verstößen.

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

- Sicherzustellen, dass wir für ihre Leistungen korrekt abgerechnet werden;
- Verbrechen, insbesondere Betrug, vorzubeugen und aufzudecken; oder
- Überprüfung der Leistung von Fachärzten.

Die Überprüfungen können im Rahmen eines bestimmten Programms oder als Antwort auf einen bestimmten Sachverhalt erfolgen und können die Einsichtnahme in die Krankenakten der Patienten umfassen, die von der geprüften Person oder Organisation bereitgehalten werden.

Es kann sein, dass wir Informationen, die wir erhalten, an Dritte weiterleiten müssen. Dazu gehören medizinische Sachverständige, andere Versicherer, der NHS Counter Fraud Security Management Service und der General Medical Council. Wir sind gesetzlich dazu verpflichtet, unter gewissen Umständen Informationen an Strafverfolgungsbehörden weiterzugeben, wenn der Verdacht auf betrügerische Ansprüche oder andere Straftaten besteht.

Dies kann die Eingabe von nichtmedizinischen Informationen in eine Datenbank umfassen, die von anderen Versicherungsträgern und Strafverfolgungsbehörden eingesehen werden kann. Wir sind dazu verpflichtet, die Ärztekammer (General Medical Council) oder eine andere zuständige Aufsichtsbehörde zu informieren, wenn wir Anlass zu der Vermutung haben, dass die Eignung eines medizinischen Leistungserbringlers zur Ausübung seiner Tätigkeit 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