

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



Kostenerstattung physiotherapeutischer bzw. alternativer Behandlung durch Heilpraktiker 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 unterstützen 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

Physiotherapy and Complementary Treatment Certificate

To be completed by the **THERAPIST** of the person who the claim relates to. Any charge for completion of this certificate is the responsibility of the Insured Person and is not refundable by Insurers. **PLEASE COMPLETE THIS FORM IN BLOCK CAPITALS TO AVOID DELAYS AND UNNECESSARY CORRESPONDENCE**

Claim Reference Number (if known):

Patient Details:

First Full Name	
Date of Birth	
Telephone Number/s	
Email Address	
Policy Number:	Customer Number:

Therapist Details:

Therapist Name
Business Name
Telephone Number/s
Email Address

Clinical Details:

Confirmed Diagnosis:

Confirm the Date of Diagnosis: ____ / ____

Therapy Details:
Number of sessions to date:
Type of therapy – please state Physiotherapy, Chiropractic Therapy, Osteopathy, Acupuncture or other -
General progress with treatment - please specify exact areas of improvement:
Provide exact details of any changes with pain – increased or decreased (scale out of 10)
Indicate levels of improvement/deterioration with ROM
Details of improved balance –

Type of additional therapy performed as well as physiotherapy if applicable:
Manual Therapy Techniques TENS Ultrasound Hydrotherapy

Treatment Plan:

Number of further sessions required:

Any proposed recommendations for additional treatment:

Next review date with doctor:

Your Declaration

Full name

Date

Signature

Address

Practice Stamp

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.

4 Angaben zur benannten Person

Name der benannten Person

Verwandtschaft

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 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, 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 unterstützen wir uns auf die Rechtsgrundlage eines 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 in Ihrer Police beschriebene 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 Datenschutzerklärung unter <https://www.imgur.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 Leistungserbringens 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).

0825

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.

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