

Es schreibt Ihnen:
/ H L V W X Q J V V H U Y L F H
Tel.: 0821 907 86 440
Fax: 0821 907 86 444
leistung@finanzschneiderei.de
www.finanzschneiderei.de



= D K Q ~~Kosten~~ ~~Erstattung~~ mit der internationalen Krankenversicherung ALC Global Health Insurance

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.**
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.

Noch Fragen?

Rufen Sie mich einfach an – ich freue mich auf Sie!

Herzliche Grüße
Ihre FinanzSchneiderei

Ausfüllen dieses Formulars

- Nutzen Sie dieses Formular, um einen Anspruch für eine Zahnbehandlung geltend zu machen.
- Bitte beantworten Sie alle Fragen und unterschreiben Sie die Erklärung.
- Bitte lesbar und in Blockbuchstaben ausfüllen.
- Sollten Sie Fragen haben, erreichen Sie uns unter der Nummer +44 (0) 330 333 6686.

Was passiert als Nächstes?

Schicken Sie uns Ihr ausgefülltes Formular über eine der Optionen zu, zusammen mit allen Rechnungen oder Quittungen. Wir weisen Sie darauf hin, dass Sie alle Originalrechnungen und -quittungen 6 Monate lang aufgrund von Prüfungsanforderungen aufbewahren müssen, es sei denn, Sie schicken Ihren Antrag per Post zu. In dem Fall sollten Sie die Originale mitschicken und Fotokopien aufbewahren.

Online: www.alchealth.com/claims.htm
E-Mail: claims@alchealth.com
Fax: +44 (0) 330 333 6687
Post: ALC Health Claims Team Global Response Ltd
 PO Box 1114 Cardiff CF11 1UL Vereinigtes Königreich

1 Angaben zum Versicherungsnehmer und zum Patienten

Angaben zum Patienten

Anrede

Herr Frau Andere

Vorname(n) des Patienten

Nachname des Patienten

Geburtsdatum (TT-MM-JJJJ)

Kunden- und Policennummer des Patienten

Kontaktnummern des Patienten

T: M:

Postadresse des Patienten

Postleitzahl

Land

E-Mail-Adresse des Patienten

Angaben zum Versicherungsnehmer

Vorname(n) des Versicherungsnehmers

Nachname des Versicherungsnehmers

2 Zahlungsangaben

Wenn Sie die Rechnungen bezahlt haben, werden wir die Summe auf Ihrem nachfolgend angegebenen Konto gutschreiben.

Haben Sie Global Response Ihre Zahlungsangaben bereits gegeben?

Nein ► Bitte füllen Sie den restlichen Abschnitt aus Ja ► Weiter zu Abschnitt 3

Kontoname

Kontonummer

Bankleitzahl

Bankname und -adresse

Postleitzahl:

Land

Zu zahlende Währung

IBAN

Swift-Code / BIC

ABA-Nummer

3 Beschreibung der Leistung

Bitte ankreuzen und rechts Details eintragen

Berechneter Betrag (und Währung)

Behandlungstag (TT-MM-JJJJ)

<input type="checkbox"/> Routineuntersuchung, einschließlich Kontrolle und Röntgenaufnahmen	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Reinigung und Politur (durch Zahnarzt oder Zahnhygieniker)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Füllungen (Amalgam oder Verbundmaterial)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Extraktionen	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Entfernung von Weisheitszähnen bei Durchführung in Zahnarztpraxis	<input type="text"/>	<input type="text"/>

3 Beschreibung der Leistung Fortsetzung

Bitte ankreuzen und rechts Details eintragen	Berechneter Betrag (und Währung)	Behandlungstag (TT-MM-JJJJ)
<input type="checkbox"/> Neue Porzellankrone oder Porzellanplombe	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Reparatur einer Krone/Plombe	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Wurzelbehandlung	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Neue Brücke	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Reparatur einer Brücke	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Zahnärztl. Notbehandlung zur Schmerzlinderung, z. B. Behandlung eines Abszesses, Sprung oder Bruch eines Zahnneuaufbaus oder einer temporären Füllung.	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Kieferorthopädische Behandlung (Zähne bewegen oder den darunterliegenden Knochen korrigieren), wenn dies für die Mundgesundheit medizinisch notwendig ist.	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Unfallschäden an intakten, natürlichen Zähnen, die bei einem Unfall beschädigt oder verloren werden. Die Behandlung muss innerhalb von 5 Tagen nach Unfalldatum erfolgen.	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Zahnchirurgische Behandlung, die in einem Krankenhaus durch einen Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgen oder Zahnchirurgen durchgeführt wird, darunter die Entfernung von beeinträchtigten oder verdeckten Weisheitszähnen und die Extraktion von komplizierten verdeckten Wurzelkanälen.	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Apektomie, die in einem Krankenhaus durch einen Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgen oder Zahnchirurgen durchgeführt wird.	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Ist der Anspruch Folge eines Unfalls?

Ja Nein

Wenn ja, machen Sie Angaben dazu, wie, wann und wo sich der Unfall ereignet hat

War eine andere Person/ein anderes Unternehmen an dem Unfall beteiligt?

Ja Nein

Wenn ja, geben Sie den Namen des Versicherers, Kontaktdetails und die Policennummer der dritten Person an

Verfügt der Patient über eine andere Versicherung oder Police, die diese medizinischen Kosten ebenfalls decken könnte?

Ja Nein

Wenn ja, welche Art von Versicherung oder Police

Bitte geben Sie den Namen des Versicherers, Kontaktdetails und die Policennummer des Patienten an

4 Erklärung und Einverständniserklärung

ALC Health hat, im Namen ihres Versicherers Catlin Insurance Company (UK) Ltd, Global Response damit beauftragt, Anträge in ihrem Namen zu bearbeiten.

Hiermit erkläre ich, dass ich die Informationen in diesem Antrag gelesen habe. Ich möchte einen Anspruch geltend machen und erkläre hiermit, dass alle Informationen, die ich Ihnen gegeben habe, meines Wissens genau und korrekt sind.

- Ich stimme zu, dass Global Response die Informationen überprüft, die in medizinischen Gutachten oder Patientenakten, die angefordert werden können, enthalten sind.
- Ich stimme zu, dass Global Response medizinische und Gesundheitsinformationen, die in diesem Formular, einer Gesundheitsakte oder medizinischen Gutachten enthalten sind, mit den Versicherern, Catlin Insurance Company (UK) Ltd und ALC Health teilt.
- Ich stimme zu, dass der behandelnde Arzt und/oder das mit der Pflege des Patienten beauftragte Krankenhaus mit Global Response medizinische oder behandlungsspezifische Angaben sowie Entlassungsregelungen besprechen.

- Hiermit erkläre ich, dass ich der Patient bin ► wenn der Patient jünger als 16 Jahre alt ist, muss ein Elternteil oder ein Vormund das Kästchen markieren und unten im Namen des Patienten unterschreiben

- Ich möchte alle ärztl. Gutachten einsehen, bevor sie Ihnen zugeschickt werden

- Ich stimme zu, Leistungsbescheinigungen und persönliche medizinische Informationen per E-Mail zu erhalten

Unterschrift des Patienten (von Elternteil oder Vormund zu unterzeichnen, wenn der Patient jünger als 16 Jahre ist)

Datum der Unterschrift (TT-MM-JJJJ)

Name des Patienten

5 Zahnärztliche Bescheinigung – vom Zahnarzt auszufüllen

Zahnstatus

Bitte vervollständigen Sie diese Zahntabelle oder fügen Sie Ihren bestehenden Behandlungsplan und Zahnstatus diesem Antrag bei.

Kiefer rechts oben	18	17	16	15	14	13	12	11	Kiefer links oben	21	22	23	24	25	26	27	28
Kiefer rechts unten	48	47	46	45	44	43	42	41	Kiefer links unten	31	32	33	34	35	36	37	38

Geben Sie den/die entsprechenden Code(s) von unten in die Kästchen oben ein, um zu beschreiben, an welchem Zahn, welche Behandlung vorgenommen wurde.

Unfallschaden	AD	Reparatur einer Krone/Plombe	RC
Apektomie	AP	Reparatur einer Brücke	RB
Neue Brücke	B	Wurzelbehandlung	RCT
Neuer Zahnersatz	D	Operation	S
Extraktionen	E	Extraktion Weisheitszahn	EX
Füllungen (Amalgam/Verbundstoff)	F	Andere, einschließlich zahnärztlicher Notbehandlung, Behandlung eines Abszesses, Sprung oder Bruch eines Zahnneuaufbaus, einer temporären Füllung oder Röntgen.	O
Neue Porzellankrone oder Porzellanplombe	NC	(Unten bitte Details angeben)	

Untersuchungen und Behandlung

Untersuchungsdatum (TT-MM-JJJJ)

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

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

Benötigt der Patient weitere Behandlungen?

Nein

Ja ▶ wann ist der geplante Termin? (TT-MM-JJJJ)

Vollständige Angaben zu der Erkrankung, die eine Behandlung/Operation notwendig macht

Datum der ersten Diagnose dieser Erkrankung

Vollständige Angaben zu der geplanten Behandlung/Operation

Falls der Patient an einen Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgen überwiesen wurde, geben Sie dessen Angaben bitte nachfolgend ein.

Vollständiger Name

Adresse

Postleitzahl

Land

Qualifikationen

Telefonnummer

Faxnummer

Unterschrift

Datum (TT-MM-JJJJ)

Offizieller Stempel

6 Wichtige Informationen

Bitte lesen Sie diese Informationen aufmerksam durch und verwahren Sie sie in Ihren Unterlagen auf

Gesetz von 1988 über die Einsicht in medizinische Gutachten:

Sie müssen diese Rechte verstehen, bevor Sie Ihr Einverständnis geben, dass wir ein Gutachten von Ihrem Arzt beantragen.

Diese Rechte beziehen sich nicht auf Ärzte, die nicht für Ihre Behandlung verantwortlich sind. Wenn wir um Informationen aus Ihren Krankenakten, wie eine Kopie Ihrer Patientenakte, ersuchen, gilt zudem nur der erste Punkt.

- Sie können Ihre Zustimmung verweigern, aber in dem Fall können wir Ihren Antrag unter Umständen nicht bearbeiten.
- Sollten wir ein Gutachten benötigen, werden wir Sie schriftlich über das Datum der Anfrage informieren.
- Sie können im Kästchen Abschnitt 4 Erklärung und Einverständniserklärung in diesem Formular angeben, ob Sie das Gutachten Ihres Arztes einsehen möchten, bevor es uns zugeschickt wird. Nach dem Datum unserer Anfrage haben Sie dafür 21 Tage Zeit und es unterliegt Ihrer Pflicht, den Arzt zu kontaktieren. Wenn Sie Ihre Meinung ändern, bevor uns das Gutachten zugeschickt wird, können Sie den Arzt kontaktieren, um es einzusehen. Sie haben dafür 21 Tage Zeit.
- Sollten Sie den Informationen in dem Gutachten nicht zustimmen, können Sie den Arzt kontaktieren, damit er Änderungen vornimmt. Sollte der Arzt Ihnen nicht zustimmen, wird er Sie darum bitten, eine Stellungnahme zu verfassen, die dem uns zugesandten Gutachten beigefügt wird.
- Sie können den Arzt innerhalb von sechs Monaten, nachdem er uns das Gutachten geschickt hat, bitten, es einzusehen.
- Ihr Arzt könnte für eine Kopie des Gutachtens eine Gebühr verlangen. Diese Gebühr wird nicht von Ihrem Plan/Ihrer Police getragen.
- Ihr Arzt kann entscheiden, Ihnen Teile des Gutachtens nicht zu zeigen, wenn er denkt, dass dies Ihre körperliche oder mentale Gesundheit beeinträchtigen könnte.
- Sollte das Gutachten Informationen über einen Dritten enthalten, wird der Arzt Ihnen diesen Teil des Gutachtens nicht zeigen.
- Sollte der Arzt nicht wünschen, dass Sie Teile des Gutachtens einsehen, wird er es Ihnen schriftlich mitteilen. Sie können aber trotzdem andere Teile des Gutachtens einsehen.

Datenschutzgesetz 1998:

Informationen über Gesundheit, Krankengeschichte und alle Behandlungen, die Sie erhalten, sind vertrauliche persönliche Informationen.

- Wir brauchen Ihr Einverständnis, um Ihre vertraulichen persönlichen Informationen zu verarbeiten
- Sie haben das Recht dazu, die Informationen, die wir über Sie haben, zu erhalten. Wir können für die Bereitstellung eine geringe Gebühr erheben.
- Sie können uns schriftlich um eine Kopie aller persönlichen Informationen bitten, die in einem unabhängigen Gutachten, das wir erfragt haben, enthalten sind.
- Wenn Sie eine Kopie des medizinischen Gutachtens, das Ihr Hausarzt uns geschickt hat, haben möchten, müssen Sie ihn direkt kontaktieren.
- Ihre Ansprüche können vertraulich in unserem Namen außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums bearbeitet werden.
- Wir schicken jede Korrespondenz zu Leistungsansprüchen an den Versicherungsnehmer, es sei denn, Sie erteilen uns anderweitige Anweisungen.

Prüfung und die Verhütung und Aufdeckung von Straftaten.

Wir können die Gutachten der Ärzte und Krankenhäuser prüfen, um:

- Sicherzustellen, dass ihre Dienste korrekt berechnet wurden;
- Straftaten, vor allem Betrug, zu verhüten und aufzudecken oder
- Die Leistung der Spezialisten zu überprüfen.

Prüfungen können Teil eines Programms sein oder als Reaktion auf besondere Umstände durchgeführt werden und können die Prüfung der Krankenakten des Kunden, die von der geprüften Person oder Organisation geführt werden, beinhalten.

Möglicherweise müssen wir Informationen, die wir erhalten, mit Dritten teilen. Dazu gehören medizinische Fachleute, andere Versicherer, der NHS Counter Fraud Security Management Service und der General Medical Council. Wir sind gesetzlich verpflichtet, unter bestimmten Bedingungen Informationen an Strafverfolgungsbehörden weiterzugeben, wenn Verdacht auf Versicherungsbetrug und andere Straftaten besteht.

Dazu kann das Hinzufügen von nichtmedizinischen Informationen in unsere Datenbank gehören, die von anderen Versicherern und Strafverfolgungsbehörden eingesehen wird. Wir sind dazu verpflichtet, den General Medical Council oder eine andere verantwortliche Regulierungsstelle zu benachrichtigen, wenn wir Grund zu der Annahme haben, dass die Behandlungsfähigkeit eines Arztes beeinträchtigt sein könnte.

Dieses Dokument wurde aus dem Englischen übersetzt. Im Streitfall nimmt die englisch Version Vorrang ein. Obwohl keine Mühe gescheut wurde, die Genauigkeit der Übersetzung zu sichern, kann ALC Health für etwaige Fehler oder Auslassungen oder Fehlinterpretationen in der Übersetzung nicht haftbar gemacht werden.

Catlin Insurance Company (UK) Ltd. Eingetragener Sitz: 20 Gracechurch Street, London EC3V 0BG. In England und Wales registriert. Registrierungsnummer in England 5328622.
Catlin Insurance Company (UK) ist durch die Prudential Regulation Authority zugelassen und durch die Financial Conduct Authority (FCA) und die Prudential Regulation Authority (PRA) beaufsichtigt.

Global Response Ltd. Registered office: 254 Upper Shoreham Road, Shoreham-By-Sea, West Sussex BN43 6BF. Registriert in England and Wales. Registriert Nr.05830667.

ALC Health ist ein Handelsstil von à la carte healthcare ltd. Registriert in England Nr. 4163178. Eingetragener Sitz: Chanctonfold Barn, Chanctonfold, Horsham Road, Steyning, West Sussex BN44 3AA.
à la carte healthcare limited ist durch die Financial Conduct Authority (FCA) zugelassen und beaufsichtigt.

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*