

Bitte beachten Sie die unten genannten Punkte, beim Ausfüllen des Antragsformulare.

Please remember these important points when completing your claim form:

- Bitte füllen Sie das Formular vollständig aus, ein Versäumnis kann die Bezahlung Ihrer Forderung verzögern. Falls Sie mehr als einen Antrag senden möchten, können Sie die Seiten mit Punkt 3 und 4, so oft wie benötigt vervielfältigen/kopieren (eine pro Person/pro Behandlung). Die restlichen Seiten benötigen wir nur einmal ausgefüllt.

Please complete this form in full as failure to do so may delay payment of your claim. If you wish to make more than one claim, you can print and complete as many section 3 and 4 pages as required (one per person/per condition) but the remaining sections only need to be completed once.

- Wenn Sie Ihren Antrag einreichen, müssen Sie uns eine klare und vollständige Kopie der originalen Einzelrechnung, für jeden von Ihnen bezahlten Betrag senden; wenn Sie Arzneimittelkosten geltend machen, benötigen wir außerdem eine Kopie der Verordnung – Zahlungsbelege und Kreditkartenabrechnungen werden von uns nicht akzeptiert.

You must send us a clear and complete copy of the original itemised invoice for each amount paid by you when you send your claim along with a copy of the prescription if you are claiming for medication costs – receipts and credit card statements will not be accepted.

- Bitte schicken Sie uns Ihre Forderung so bald wie möglich, aber nicht später als sechs Monate nach der Behandlung.

Please send your claim to us as soon as possible but no later than six months after the treatment.

- Wenn Sie Hilfe mit Ihrem Leistungsanspruch benötigen, rufen Sie bitte Freedom Health Insurance auf +44 (0) 1202 755 578 oder +44 (0) 1202 756 350 an oder senden uns ein E-Mail auf intclaims@freedomhealthinsurance.co.uk.

If you need any assistance with your claim, please call Freedom Health Insurance on +44 (0) 1202 755 578 or +44 (0) 1202 756 350 or email intclaims@freedomhealthinsurance.co.uk.

- Angaben des Versicherungsnehmers – muss vom Versicherungsnehmer ausgefüllt werden.**
Policyholder's details - to be completed by the policyholder.

Versicherungsnummer (kann auf Ihrem Versicherungsschein gefunden werden): <i>Policy number (found on your certificate of insurance):</i>	
Nachname: <i>Surname:</i>	Vorname(n): <i>First name(s):</i>
Geburtsdatum: <i>Date of birth:</i>	
Telefonnummer tagsüber (inc. Landes und Ortsvorwahl): <i>Daytime phone number (incl. country code and area code):</i>	
Telefonnummer abends (inc. Landes und Ortsvorwahl): <i>Evening phone number (incl. country code and area code):</i>	
E-Mail Adresse: <i>Email address:</i>	

2. Zahlungsdetails.

Payment details.

Wenn Sie die Rechnungen bereits selbst bezahlt haben, werden wir Ihnen das Geld per Banküberweisung auf Ihr Bankkonto direkt erstatten, da dies die schnellste und sicherste Methode der Erstattung ist. Bitte beachten Sie, dass wir nicht auf Kredit- oder Debitkarten erstatten können.

If you have already paid the invoices yourself, we will reimburse you by bank transfer directly to your bank account as this is the quickest and safest method of reimbursement. Please note we cannot reimburse to credit or debit cards.

2.1 Banküberweisung - bitte ergänzen Sie diese Informationen für die Banktransferzahlungen.

Bank transfer – please complete this information for bank transfer payments.

Name der Bank <i>Bank name:</i>	
Adresse der Bank <i>Bank address:</i>	
Name des Kontoinhabers: <i>Account holder name(s):</i>	
Kontonummer: <i>Account number:</i>	
Bankleitzahl: <i>Bank code:</i>	
BIC / Swift code: <i>BIC / Swift code</i>	
IBAN (falls erforderlich): <i>IBAN number:</i>	

Die erforderlichen Angaben können je nach Land, in dem Ihre Bank tätig ist, variieren. Wenn Sie Hilfe benötigen, wenden Sie sich bitte an Ihre lokale Bankfiliale. Sie sollten sicherstellen, dass Ihr Bankkonto in der Lage ist, Devisentransfers zu erhalten und sich bewusst sein, dass wir für Fehlbeträge in der Erstattung die durch Wechselkursschwankungen oder Bankgebühren verursacht werden nicht verantwortlich sind.

The information required can vary depending on the country your bank is based in. If you need assistance, please speak to your local branch. You should make sure that your bank account is able to receive foreign currency transfers and please be aware that we will not be responsible for any shortfall in reimbursement caused by exchange rate fluctuations or bank charges.

3. Anspruch Details (bitte füllen Sie einen Antrag pro Person aus).

Claim details (complete one for each person).

Bitte stellen Sie sicher, dass alle Informationen die Sie uns in diesem Abschnitt geben wahrheitsgetreu, genau und vollständig sind. Sollten wir zu einem späteren Zeitpunkt feststellen, dass die von Ihnen gemachten Angaben falsch sind, behalten wir uns das Recht vor, Ihre Forderung zu verweigern und bereits ausgezahltes Geld zurückzufordern. Wir können außerdem Ihren Vertrag kündigen.

Make sure all information you give us in this section is true, accurate and complete. If we later discover it is not, we reserve the right to refuse your claim and recover any monies we have already paid out. We may also cancel your policy.

3.1 Patienten Details (falls abweichend) – sollten vom Versicherungsnehmer ausgefüllt werden, wenn der Patient 18 oder jünger ist.

Patient's details (if different) – to be completed by the policyholder if the patient is 18 or under.

Nachname: <i>Surname:</i>	Vorname(n) First name(s):
Geburtsdatum: <i>Date of birth:</i>	

3.2 Informationen über den Anspruch

About the claim

a) Warum haben Sie Ihren Zahnarzt aufgesucht? Als Beispiel, war es eine Kontrolle oder war diese Behandlung geplant? <i>Why did you go to the dentist? For example, was it for a routine check-up or for planned treatment?</i>	
b) Welche Behandlung hat der Zahnarzt durchgeführt? <i>What treatment did the dentist carry out?</i>	
c) Hat Ihr Zahnarzt weitere Behandlungen empfohlen? Falls „Ja“, welche Behandlungen hat er vorgeschlagen. Bitte schicken Sie uns eine Copy des Kostenvoranschlages. <i>Has the dentist recommended any further treatment? If yes, what treatment has he recommended? Please send us a copy of the cost estimate.</i>	
d) Sollte keine weitere Behandlung erforderlich sein, geben Sie bitte an, wann Ihre nächste zahnärztliche Kontrolle geplant ist? <i>If no further treatment is required, when is your next dental check-up due to take place?</i>	

4. Angaben zu den von Ihnen beantragten zahnärztlichen Behandlungskosten.

Details of the dental expenses you are claiming for.

Alle detaillierten Rechnungen und der Nachweis der Zahlungen für diesen Anspruch, sollten diesem Antragsformular beigelegt werden, zusammen mit Kopien der entsprechenden zahnärztlichen Bescheinigungen, Verschreibungen, klinischer Berichte und anderer Korrespondenz. Rechnungen sollten auf Papier mit Briefkopf geschrieben sein, die deutlich den Namen, die Adresse und Kontaktdaten des jeweilig behandelnden Zahnarztes oder Einrichtung anzeigen.

All itemised invoices and proof of payments related to this claim should be attached to this claim form along with copies of relevant dental reports, certificates, prescriptions, and other correspondence. Invoices should be on headed paper clearly showing the name, address and contact details of the relevant dental practitioner or clinic where treatment was received.

Name des Zahnarztes oder der Zahnklinik	Behandlung erhalten (z.B. Kontrolle, Zahnreinigung, Füllung)	Datum der Behandlung	Rechnungs- betrag	Ist diese Rechnung bereits bezahlt?
<i>Name of dentist or dental clinic</i>	<i>Treatment received (e.g. check- up, scale and polish, filling)</i>	<i>Date of treatment</i>	<i>Amount of the bill</i>	<i>Has this bill been paid?</i>
				Ja / Nein
				Ja / Nein
				Ja / Nein
				Ja / Nein
				Ja / Nein
				Ja / Nein
				Ja / Nein
				Ja / Nein
				Ja / Nein
				Ja / Nein
				Ja / Nein
				Ja / Nein
				Ja / Nein
				Ja / Nein
				Ja / Nein

5. Erklärung – lesen Sie bitte diesen Abschnitt vor der Unterzeichnung in Abschnitt 6.

Declaration – please read this section before signing section 6 below.

Ich erkläre hiermit, dass alle Angaben in diesem Antrag nach bestem Wissen und Gewissen wahr, genau und vollständig sind und dass ich keine Informationen ausgelassen habe, die für diesen Antrag von Bedeutung sind oder falsch, irreführend oder unvollständige Informationen zur Verfügung gestellt habe.

I declare that, to the best of my knowledge and belief, all the details given on this claim form are true, accurate and complete and that I have not missed out any details that are relevant to this claim or provided false, misleading or incomplete information.

Ich stimme zu, dass ich, falls dieser Antrag im Ganzen oder in Teilen betrügerisch ist, mich strafbar mache. Das kann den Gesundheitsplan ungültig machen und mich der Strafverfolgung aussetzen.

I agree that if this claim is found to be fraudulent, in whole or in part, I may be committing a criminal offence and that this may invalidate the plan and make me liable to prosecution.

Ich ermächtige und fordere jede Person oder medizinische Institution auf (einschließlich, aber nicht begrenzt auf Krankenhäuser Ärzte, Krankenschwestern/-pfleger und andere professionelle Dienstleister auf diesem Gebiet), die mich mit medizinischer Beratung oder Behandlung im Zusammenhang zu diesem Antrag versorgt haben, angemessene Informationen für den Fall bereitzustellen, die Freedom Health Insurance oder eine autorisierte Person, die im Namen/Auftrag der Freedom Health Insurance handelt, zum Zwecke der Anerkennung des Anspruchs anfordern könnte.

I authorise and request any person or medical institution (including, but not limited to, hospitals, doctors, nurses and other health professionals) who have provided me with medical advice or treatment in connection with this claim to provide reasonable information that Freedom Health Insurance, or any authorised administrator acting on behalf of Freedom Health Insurance, may request from them in connection with that medical advice or treatment for the purpose of validating my claim.

Ich bestätige, dass ich meine ausdrückliche Zustimmung innerhalb der Vorkehrung des Datenschutzgesetzes erteile (für mich und jedes Familienmitglied, das in diesem Formular angegeben ist), dass Freedom Health Insurance oder eine autorisierte Person, die im Namen/Auftrag der Freedom Health Insurance handelt, unsere persönlichen Informationen im Zusammenhang mit diesem Antrag bearbeitet. Ich habe die Datenschutzerklärung gelesen und verstanden.

I confirm that I give explicit consent, in accordance with current data protection legislation, and on behalf of myself and any family member named in this form, for Freedom Health Insurance, and any authorised administrator acting on behalf of Freedom Health Insurance, to process our personal information for the purposes of processing this claim. I have read and understood the data protection statement at the end of the form.

6. Unterschrift.

Signature.

Wenn sie alle Abschnitte des Erstattungsformulars vollständig ausgefüllt haben und die Erklärung in Abschnitt 5 gelesen haben, unterschreiben Sie bitte nachfolgend mit der Angabe des Datums. Bitte beachten Sie, dass der Inhaber der Police, wie in Abschnitt 1 benannt, nachfolgend alle Anträge auf Schadenersatz mit Datum unterschreiben muss.

When you have completed all sections of the claim form, and read the declaration in section five, please sign and date below. Please note that the policyholder named in section one must sign and date below for all claims.

Unterschrift des Versicherungsnehmers <i>Policyholder's signature:</i>	Datum: <i>Date:</i>
Unterschrift des Patienten (falls abweichend und der Patient ist 18 oder älter): <i>Patient's signature</i> <i>(if different and the patient is 18 or over):</i>	Datum: <i>Date:</i>

7. Wohin Sie Ihr ausgefülltes Antragsformular senden

Where to send your completed claim form

<p>Per post: / By post: Freedom Worldwide claims Freedom Health Insurance County Gates House 300 Poole Road Poole Dorset BH12 1AZ Großbritannien</p>	<p>Per email: / By email: intclaims@freedomhealthinsurance.co.uk</p> <p>Bitte denken Sie daran, uns klare und vollständige Kopien aller Rechnungen, Quittungen und medizinischen Berichte zu senden. Sie brauchen uns nicht die Originale zu schicken, aber bewahren Sie die Originale mindestens sechs Monate lang auf, falls wir diese später nochmals benötigen sollten.</p> <p><i>Remember to send us clear and complete copies of all itemised invoices, receipts, and medical reports. You do not need to send us the originals as well but please keep the originals safely for at least six months in case we ask to see them later.</i></p>
---	---

Datenschutzerklärung / *Data protection statement*

Die persönlichen und sensiblen Informationen („Ihre Daten“), die Sie auf diesem Antragsformular angeben, werden für Zwecke der Antragsbearbeitung von der Freedom Health Insurance („Daten-Kontroller“) im Namen des Versicherten verwendet (einschließlich der Unterschrift, der Bewertung und Bearbeitung der Zahlung des Anspruches, der Rückversicherung und der Überprüfung auf Betrug/arglistige Täuschung und Vorbeugung).

The personal and sensitive information ('your data') you supply on this claim form will be used for the purposes of claims administration (including underwriting, assessing and processing claims payments, reinsurance and fraud investigation and prevention) by Freedom Health Insurance ('data controller') on behalf of the insurer.

Freedom Health Insurance kann Dritt-Parteien zur Unterstützung beauftragen, um mit der Verwaltung von Forderungen zu helfen – zum Beispiel um die Erteilung von Zahlungsgarantien zu erleichtern. Die von Freedom Health Insurance beauftragte Dritt-Partei wird Ihre Daten ausschließlich zum Zwecke der Bearbeitung Ihres Antrages benutzen und die gesamte Datenverarbeitung die von Freedom Health Insurance ausgeführt wird, ist Gegenstand von vertraglich festgelegten Einschränkungen im Bezug auf Vertraulichkeit und Sicherheit, zusätzlich zu den Verpflichtungen die durch die aktuelle Datenschutzgesetzgebung auferlegt sind.

Freedom Health Insurance may appoint a third party to assist with the administration of claims under its worldwide policy – for example, to facilitate the placing of payment guarantees. Any third party appointed by Freedom Health Insurance will only process your data for the sole purpose of administering your claim and all data processing carried out on behalf of Freedom Health Insurance is subject to contractual restrictions with regards to confidentiality and security in addition to the obligations imposed by current data protection legislation.

Von Zeit zu Zeit kann es notwendig sein, Ihre Daten außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR) zu bearbeiten – zum Beispiel, um die Zahlung von medizinischen Behandlungskosten in einem Krankenhaus im Ausland zu gewährleisten. Freedom Health Insurance wird alle angemessenen Schritte unternehmen, um sicherzustellen, dass jede Organisation, die zur Weiterverarbeitung Ihrer Daten in diesen Situationen eingeschaltet wird, angemessene Garantien in Bezug auf seine technischen und organisatorischen Sicherheitsmaßnahmen vorweist und dass die Weiterleitung und Verarbeitung Ihrer Daten in Übereinstimmung mit allen relevanten Datenschutz- und Geheimhaltungsgesetzen ist.

From time to time, it may be necessary to process your data outside of the European Economic Area (EEA) – for example, to guarantee payment of medical treatment costs in an overseas hospital. Freedom Health Insurance will take all reasonable steps to ensure any organisation used to process your data in these situations provides appropriate guarantees in respect of its technical and organisational security measures and that the transfer and processing of your data complies with all relevant data protection and privacy laws.