

**Anleitung/Hilfe zum Ausfüllen Ihres Antragsformulare**

***Guidance on how to make a claim***

Bevor Sie ein Antragsformular ausfüllen, lesen Sie sich bitte Ihre Versicherungs-Police zusammen mit Ihrem Versicherungsschein und der Leistungstabelle durch, um sicher zu gehen, dass Sie den entsprechenden Versicherungsschutz zur Verfügung haben. Sollten Sie Fragen bezüglich Ihres Versicherungsschutzes haben, kontaktieren Sie bitte Freedom Health Insurance.

*Before making a claim, please read your policy document together with your certificate of insurance and the table of benefits to check that you have the relevant cover available to you. If you have any questions, please contact Freedom Health Insurance.*

**Freedom Health Insurance Antrags Helpline / Freedom Health Insurance claims helpline**

Telefon / Phone: +44 (0)1202 755 578 oder +44 (0)1202 756 350

Email / Email: [intclaims@freedomhealthinsurance.co.uk](mailto:intclaims@freedomhealthinsurance.co.uk)

Internet / Web: [www.freedomhealthinsurance.co.uk/documents](http://www.freedomhealthinsurance.co.uk/documents)

**1. Ambulante Behandlung, einschließlich Routine- und kleiner Zahnbehandlungen**

***Outpatient treatment including routine and minor dental treatment***

Ambulante Behandlungs Anträge wie Arztbesuche, Zahnarzt Behandlungen, Apotheken, Therapien und Untersuchungen, werden im Rahmen der „Bezahlen und Zurückfordern“ Basis an Sie erstattet. Das bedeutet, dass Sie den Anbieter (z.B. Arzt, Apotheke, Physiotherapist) für die erhaltene Behandlung bezahlen und diesen Betrag später von uns zurückfordern. Ambulante Behandlungen werden normalerweise nicht von uns an Ärzte oder Krankenhäuser direkt bezahlt.

*Outpatient claims such as doctor visits, dental treatments, pharmacy, therapies, and tests are reimbursed to you on a 'pay and claim' basis. This means you must pay the provider for your treatment at the time and claim it back from us afterwards. We do not usually settle outpatient costs directly with the doctor or hospital.*

Wir werden Ihnen Auslagen, die Ihnen entstanden sind, im Einklang mit Ihrem Versicherungsschutz unter Ihrer Freedom Worldwide Police und den allgemeinen Vertragsbedingungen bezahlen.

*We will reimburse the expenses you have incurred in line with the cover you have under your Freedom worldwide policy and the normal policy terms and conditions.*

Eine Rückerstattung dauert normalerweise drei bis vier Wochen vom Zeitpunkt der Bearbeitung Ihres Antrages und wird direkt auf Ihr Bankkonto, mit der Hilfe der Angaben, die Sie auf dem Antragsformular zur Verfügung gestellt haben, gezahlt.

*Reimbursement normally takes three to four weeks from the time your claim has been processed and will be sent to your bank account using the details you provide on the claim form.*

### 1.1 Erstattungsverfahren für Ansprüche von ambulanter Behandlung

#### *Claims reimbursement process for outpatient treatment*

Sollten Sie Hilfe oder eine Beratung benötigen, wenden Sie sich bitte an die Freedom Health Insurance Ansprüche Helpline; eine Vorab-Genehmigung für ambulante Behandlungskosten ist nicht erforderlich.

*If you need any help or advice, please contact the Freedom Health Insurance claims helpline but you do not need to contact us for pre-authorisation of these costs.*

- Suchen Sie Ihren Arzt, Therapeuten oder das Krankenhaus wie immer auf.  
*Visit your doctor, therapist, specialist, or hospital as normal.*
- Bezahlen Sie die Rechnung für die Behandlung die Sie an diesem Tage erhalten haben und stellen Sie sicher, dass Sie alle Kopien von Rechnungen und Verschreibungen aufbewahren.  
*Settle your bill for the treatment you have received on the day, making sure you keep copies of all invoices and receipts.*
- Füllen Sie ein Antragsformular aus – bitte beachten Sie, dass wir verschiedene Antragsformulare für ärztliche und zahnärztliche Behandlungen haben. Sie können ein Antragsformular direkt bei der Freedom Health Insurance beantragen oder sich ein Antragsformular von unserer Webseite [www.freedomhealthinsurance.co.uk/documents](http://www.freedomhealthinsurance.co.uk/documents) herunterladen.  
*Complete a claim form – please note that there are separate claim forms for medical and dental claims. You can obtain a claim form by contacting Freedom Health Insurance but you can also download a claim form from our website at [www.freedomhealthinsurance.co.uk/documents](http://www.freedomhealthinsurance.co.uk/documents).*
- Senden Sie Ihr vollständig ausgefülltes Antragsformular zusammen mit klaren und vollständigen Kopien aller Einzelrechnungen, Quittungen und medizinischen Berichten an die Worldwide Schadensabteilung der Freedom Health Insurance, an die im Antragsformular angegebene Adresse. Sie brauchen uns die Originale nicht zu schicken, aber bewahren Sie die Originale mindestens sechs Monate lang auf, falls wir diese später nochmals benötigen sollten.  
*Send your fully completed claim form along with clear and complete copies of all itemised invoices, receipts, and medical reports to the worldwide claims department at Freedom Health Insurance at the address shown on the claim form. 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.*

Um eine Verzögerung der Erstattung zu vermeiden, vergewissern Sie sich bitte, dass Sie das Antragsformular vollständig ausgefüllt und uns alle benötigten Unterlagen übersandt haben. Bitte beachten Sie, dass es sich bei Ihrem Antragsformular um einen „Selbst-Bescheinigungs-Antrag“ handelt, welcher keine Unterschrift Ihres Arztes oder Therapeuten benötigt. Es ist aber sehr wichtig, dass Sie uns so viele medizinische Informationen wie möglich geben, damit wir die genauen Umstände Ihres Antrages verstehen.

*Please ensure you complete the claim form in full and send all requested documentation to prevent any delays in reimbursement. Please also note that these are 'self-certification' claim forms so we don't require your medical practitioner to sign the claim forms, but it is important that you provide as much medical information as you can so we fully understand the circumstances of your claim.*

## **2. Stationäre- und Tages-Klinik Behandlung**

### *Inpatient and daypatient treatment*

Sollten Sie stationäre oder Tagesklinik Behandlungen benötigen, können wir normalerweise eine direkte Bezahlung der medizinischen Einrichtung, Arzt, Krankenhaus oder Klinik durch eine unserer gewählten Dritt-Firmen veranlassen. Dieses bedeutet, solange Ihr Anspruch gültig ist und Sie ausreichend Versicherungsschutz in Ihrer Police haben, dass Sie keine der Behandlungskosten bezahlen müssen, es sei denn Sie haben einen Eigenanteil (Selbstbehalt) oder Zuzahlungen in Ihrer Police.

*If you need in-patient or day-patient treatment, we will usually be able to set up a direct billing arrangement with the medical practitioner, consultant, hospital, or clinic through one of our chosen third-party partners. This means that as long as the claim is valid, and you have sufficient cover under your policy, you will not need to pay for any treatment unless you have an excess (deductible) or co-payment on your policy.*

### **2.1 Verfahren für eine Vorgehmigung**

#### *Pre-authorisation process*

Sobald Sie von Ihrem Arzt erfahren haben, dass Sie eine Krankenhaus- oder Tagesklinik Behandlung benötigen, sollten Sie mit uns in Verbindung treten, um eine Vorgehmigung für Ihre Behandlung zu beantragen.

*As soon as your specialist tells you that you need inpatient or day-patient treatment, you must contact us to start the pre-authorisation process.*

- Bitte haben Sie Ihre Vertragsnummer bereit, wie auf Ihrer Karte angezeigt, wenn sie mit uns in Verbindung treten.

*Please have your policy number, as shown on your card, when you contact us.*

- Wir werden Ihnen in Verbindung mit Ihrem Antrag einige Fragen stellen, unter anderem; welche Behandlung wurde vorgeschlagen, wo und wann ist die Behandlung und (falls bekannt) wieviel wird die Behandlung kosten.

*We will ask you some questions about your claim including what treatment is being proposed, where and when it will take place, and what the likely cost is (if known).*

- Wir werden Sie außerdem um Kopien von Arztberichten oder medizinischen Berichten bitten, die Sie von Ihrem behandelnden Arzt/Spezialisten in Verbindung mit Ihrer Behandlung erhalten haben.

*We will also ask you for copies of any medical reports or letters you have been given by the specialist in preparation for your treatment.*

- Wir werden dann veranlassen, dass Ihr Arzt/Spezialist und das Krankenhaus oder die Tagesklinik in der die Behandlung stattfinden soll, benachrichtigt werden, um einen direkten Zahlungsverkehr zu arrangieren.

*We will then arrange for your specialist and the hospital or clinic where you are having the treatment to be contacted so arrangements can be made for direct billing and settlement of the costs.*

- Sie erhalten von uns eine Bestätigung über die Vorgehenmigung und die Vorkehrungen die damit in Kraft getreten sind. Sie brauchen hierfür kein Antragsformular auszustellen.

*We will also confirm authorisation and the arrangements that have been put in place for direct billing for your treatment. You will not need to complete any claim forms.*

- Sie können dann mit Ihrer Behandlung im Krankenhaus oder der Tagesklinik beginnen.

*You can then proceed with your treatment at the hospital or clinic.*

**Bitte beachten Sie, dass Sie für Krankenhaus- und Tagesklinik Behandlungen eine Vorgehenmigung von uns benötigen. Sollten Sie keine Vorgehenmigung für Ihre Behandlung beantragen, zahlen wir nur 50% (die Hälfte) der angefallenen Kosten.**

*Please note that you must obtain pre-authorisation for any in-patient or day-patient treatment from us. If you do not pre-authorise this treatment, we will only pay 50% (half) of the costs incurred.*

### **3. Medizinische Evakuierung oder Notfall stationäre oder Tagesklinik Vorgehenmigung** ***Medical evacuations or emergency inpatient/day patient pre-authorisation***

In einem medizinischen Notfall, in dem Sie eine Krankenhauseinweisung oder eine medizinische Evakuierung benötigen, sollten Sie oder ein von Ihnen Bevollmächtigter sofort die Freedom Health Insurance informieren.

*In a medical emergency, where you require admittance to a hospital or a medical evacuation, you or your representative must contact Freedom Health Insurance immediately.*