



Kontaktdaten

Setzen Sie sich mit uns in Verbindung:

Freedom Health Insurance
County Gates House
300 Poole Road
Poole
Dorset
BH12 1AZ
Großbritannien

Tel: 0800 000 1727

Fax: +44 (0)1202 756351

E-Mail: info@freedomhealthinsurance.co.uk

www.freedomhealthinsurance.co.uk

Wenn Sie aus dem Ausland anrufen, wählen Sie bitte: +44 (0) 1202 756350

Telefongespräche können zu Qualitäts- und Trainingszwecken aufgezeichnet werden.

Inhaltsverzeichnis

1. Willkommen	4
2. Berechtigung und Underwriting	5
3. Verwaltung Ihrer Versicherung	8
4. Allgemeine Versicherungsbedingungen	11
5. Datenschutz	14
6. Leitfaden zum Versicherungsschutz bei Krebs	15
7. Leitfaden zum Versicherungsschutz bei chronischen Krankheiten	18
8. Was nicht abgedeckt ist	20
9. Einreichung eines Antrages	25
10. Beschwerdeverfahren	27
11. Definitionen	29

1. Willkommen

Willkommen und danke dass Sie Freedom Worldwide Private Medical Insurance gewählt haben.

In diesem Dokument erklären wir Ihnen:

- wie Ihre Versicherung funktioniert,
- wie Sie Ihre Versicherung verwalten,
- was abgedeckt ist und was nicht,
- wie Sie einen Antrag stellen,
- wie Sie in dem unwahrscheinlichen Fall, dass Sie mit Ihrer Versicherung nicht zufrieden sind, eine Beschwerde einreichen,
- Definition und Erklärung der in diesem Dokument verwendeten Begriffe.

Deshalb sind die vorliegenden Unterlagen wichtige Dokumente, die an einem sicheren Ort aufzubewahren sind.

Bitte lesen Sie die Versicherungsunterlagen sorgfältig durch, um sicherzustellen, dass alle Angaben richtig sind. Sollten Sie Fragen zu den in dieser Versicherungspolice aufgeführten Angaben haben, setzen Sie sich bitte so schnell wie möglich mit uns in Verbindung.

Das von Ihnen ausgefüllte Antragsformular und die von Ihnen abgegebenen Erklärungen stellen zusammen mit den Versicherungsunterlagen und dem Versicherungsschein einen Vertrag zwischen dem Versicherungsnehmer, der Versicherer und uns dar.

Als Gegenleistung für die Beitragszahlung übernehmen wir die Kosten für vorher genehmigte, angemessene und medizinisch notwendige Behandlungen berechtigter gesundheitlicher Beschwerden. Für die Übernahme dieser Kosten gelten unsere angemessenen und üblichen Gebühren und unser Gebührenverzeichnis. Alle Behandlungen müssen während der Laufzeit der Versicherungspolice genehmigt werden.



Hooshir Mires
Freedom Health Insurance

2. Berechtigung und Underwriting

Berechtigung

Dieser Vertrag gilt ausschließlich für Personen (vorbehaltlich der Altersbeschränkung) und deren Angehörige, die ihren gewöhnlichen Wohnsitz in Ländern haben, in denen der Versicherer gesetzlich zum Abschluss von privaten Krankenversicherungen berechtigt ist; das ist der Europäische Wirtschaftsraum (Belgien, Bulgarien, Dänemark, Deutschland, Estland, Finnland, Frankreich, Griechenland, Irland, Island, Italien, Kroatien, Lettland, Liechtenstein, Litauen, Luxemburg, Malta, Niederlande, Norwegen, Österreich, Polen, Portugal, Rumänien, Schweden, Slowakei, Slowenien, Spanien, Tschechische Republik, Ungarn und Zypern).

Diese Versicherung ist nicht verfügbar für US-Bürger, die in den USA wohnhaft sind, für Personen, die Devisenkontrollen unterliegen, oder in Ländern, in denen der Erwerb einer solchen Versicherung gemäß den dortigen Gesetzen illegal ist.

Das Mindestalter für den Beitritt als Versicherungsnehmer ist 18 Jahre. Sollte ein Antragssteller noch keine 18 Jahre alt sein, muss ein Elternteil oder Vormund das Antragsformular unterzeichnen; letzterer wird dann als Versicherungsnehmer betrachtet und muss die entsprechenden Beiträge bezahlen. Es werden keine Nachlässe gewährt.

Freedom Health Insurance bietet Produkte auf dem deutschen Markt gemäß EU-Vermittlerrichtlinie an. Um jeden Zweifel auszuschließen, Produkte von Freedom Health Insurance sind kein Ersatz für eine deutsche Krankenversicherungspflicht (Versicherungsaufsichtsgesetz - Insurance Supervision Act - VAG).

Underwriting

Für Ihre Versicherungspolice gibt es verschiedene Versicherungsarten und im Folgenden erklären wir Ihnen, was das für Sie bedeutet.

a) Volle medizinische Risikoprüfung

Dies ist eine Versicherungsart, bei der wir Sie darum bitten, eine Reihe von Fragen zu Ihrer Gesundheit zu beantworten.

Wir werden diese Angaben überprüfen und entscheiden, welchen Versicherungsschutz wir Ihnen anbieten können. Gegebenenfalls werden wir Ihren Hausarzt darum bitten, uns dafür weitere Informationen zu übermitteln.

Sollten Vorerkrankungen bestehen, für die in Zukunft eine Behandlung erforderlich sein könnte, schließen wir diese für gewöhnlich zusammen mit damit in Verbindung stehenden Beschwerden vom Versicherungsschutz aus.

Sollten Sie den von uns vorgelegten Versicherungsbedingungen zustimmen, finden Sie alle von uns angewendeten Ausschlüsse, die ab dem Beginn des Versicherungsschutzes gültig sind, auf Ihrem Versicherungsschein. In einigen Fällen weisen wir Sie darauf hin, dass gewisse Ausschlüsse nach Ablauf eines bestimmten Zeitraumes nach Beginn des Versicherungsschutzes auf Ihren Wunsch hin überprüft werden können. Bitte beachten Sie, dass, wenn wir eine Überprüfung eines Ausschlusses anbieten, dies nicht bedeutet, dass dieser aufgehoben wird.

Bei einer vollen medizinischen Risikoprüfung sind neue akute Beschwerden, die nach Beginn des Versicherungsschutzes auftreten, gemäß den Versicherungsbedingungen und -bestimmungen sofort versichert.

Eine volle medizinische Risikoprüfung umfasst keine Krankheiten, an denen Sie und Ihre Familienangehörigen bereits vor Beginn des Versicherungsschutzes gelitten haben. Dazu gehören auch Beschwerden, die Sie uns nicht mitgeteilt und die nicht durch uns genehmigt wurden.

Es ist wichtig, dass Sie uns alle Informationen mitteilen, um die wir Sie bitten, auch wenn Sie Symptome haben, die nicht diagnostiziert wurden. Sollten Sie dies nicht tun, werden wir keine der Forderungen, welche Sie in Zukunft stellen, bezahlen oder die Versicherung sogar kündigen. Sollten Sie sich nicht sicher sein, ob Sie etwas angeben müssen oder nicht, dann geben Sie dieses besser an.

b) Ausschluss von Vorerkrankungen für einen bestimmten Zeitraum (Moratorium)

Sollten Sie diese Versicherungsart wählen, müssen Sie bei Stellung des Antrages keine Fragen zu Ihrer Gesundheit beantworten, allerdings sind Forderungen, die innerhalb der ersten zwei Jahre des Versicherungsschutzes in Verbindung mit Vorerkrankungen gestellt werden, wegen denen Sie innerhalb der zwei Jahre vor Beginn der Versicherungspolice mit uns behandelt wurden oder Medikamente erhalten haben, sich haben beraten lassen oder Symptome hatten, unabhängig davon, ob diese diagnostiziert wurden oder nicht, nicht abgedeckt.

In Verbindung mit Vorerkrankungen stehende Beschwerden, die nach Beginn des Versicherungsschutzes auftreten, sind ebenfalls ausgeschlossen.

Ausgeschlossen sind Krankheiten oder damit in Verbindung stehende Beschwerden, die in den zwei Jahren vor Beginn des Versicherungsschutzes der versicherten Person:

- vorhersehbar waren,
- auftraten,
- aufgrund derer Sie Beschwerden oder Symptome hatten,
- aufgrund derer Sie sich haben beraten lassen oder
- behandelt wurden und/oder Medikamente erhalten haben,
- die nach Ihrem besten Wissen und Gewissen vorhanden waren

Sollten Sie in den 2 Jahren nach Beginn des Versicherungsschutzes:

- Symptome gehabt,
- sich beraten lassen,
- eine Behandlung, Medikamente oder Schonkost benötigt oder
- eine Behandlung, Medikamente oder Schonkost erhalten haben,

müssen Sie einen Zeitraum von 2 aufeinanderfolgenden Jahren abwarten, in dem Sie:

- keine Symptome haben,
- sich nicht beraten lassen,
- keine Behandlung, Medikamente oder Schonkost benötigen oder
- keine Behandlung, Medikamente oder Schonkost erhalten

damit die Krankheit oder damit verbundenen Beschwerden abgedeckt sind.

c) Fortsetzung persönlicher medizinischer Ausschlüsse (CPME)

Sollten Sie vorher bei einer anderen Versicherungsgesellschaft versichert gewesen sein, könnte die Möglichkeit bestehen, Ihren Wechsel zur Freedom Healthnet Ltd. zu beantragen.

In diesem Fall möchten wir Sie darum bitten, einige Fragen zu Ihrer Gesundheit zu beantworten und uns eine Kopie Ihres Versicherungsscheins der anderen Versicherungsgesellschaft zukommen zu lassen. Sollten wir Ihren Antrag genehmigen, werden alle in dem Versicherungsschein der vorherigen Versicherungsgesellschaft aufgeführten persönlichen Ausschlüsse in Ihre Versicherung bei Freedom Healthnet Ltd. übernommen.

Bitte beachten Sie, dass die Versicherungsbedingungen und -bestimmungen Ihrer Versicherungspolice bei der Freedom Healthnet Ltd. sich von denen der vorherigen Police unterscheiden können.

d) Fortsetzung des Moratoriums¹ (CM oder Switch Moratorium)

Sollten Sie vorher bei einer anderen Versicherungsgesellschaft versichert gewesen sein und eine Versicherung mit Moratorium abgeschlossen haben, könnte die Möglichkeit bestehen, Ihren Wechsel zur Freedom Healthnet Ltd. zu beantragen.

In diesem Fall möchten wir Sie darum bitten, einige Fragen zu Ihrer Gesundheit zu beantworten und uns eine Kopie Ihres Versicherungsscheins bei der anderen Versicherungsgesellschaft zukommen zu lassen. Sollten wir Ihren Antrag genehmigen, werden wir das Datum des Moratoriumsbeginns von Ihrer vorherigen Versicherungsgesellschaft in Ihre Versicherung bei Freedom Healthnet Ltd. übernehmen.

Bitte beachten Sie, dass die Versicherungsbedingungen und -bestimmungen Ihrer Versicherungspolice bei der Freedom Healthnet Ltd. sich von denen der vorherigen Police unterscheiden können. Weitere Informationen zur Versicherungsart Moratorium finden Sie unter dem obigen Punkt 2.

e) Ohne vorherige Gesundheitsprüfung (MHD)

Wir wenden keine persönlichen medizinischen Ausschlusskriterien bei Ihrer Versicherung infolge von Vorerkrankungen an.

¹ Ausschluss von Vorerkrankungen vom Versicherungsschutz für einen bestimmten Zeitraum.

3. Verwaltung ihrer Versicherung

Beitragszahlung

Die Versicherung ist ein Jahresvertrag und die Beiträge sind im Voraus entweder monatlich, vierteljährlich oder jährlich zu bezahlen.

Die Beiträge sind in Britischen Pfund (£), US-Dollar (\$) oder Euro (€) zu bezahlen und in der Versicherungspolice wird die Währung angegeben, in der die Beiträge gezahlt werden.

Beitragszahlungsarten

Bei einer jährlichen Beitragszahlung können Sie wählen zwischen der Zahlung per:

- Kreditkarte (Visa oder Mastercard),
- SEPA Lastschrift-Mandat,
- Banküberweisung.

Bei einer monatlichen Beitragszahlung können Sie wählen zwischen der Zahlung per:

- Kreditkarte (Visa oder Mastercard),
- SEPA Lastschrift-Mandat.

Bei einer vierteljährlichen Beitragszahlung können Sie wählen zwischen der Zahlung per:

- Kreditkarte (Visa oder Mastercard).

Durch Ausfüllen der Felder zur Zahlung per Kreditkarte oder Einzugsermächtigung autorisieren Sie uns, Ihr Konto mit dem entsprechenden Betrag, der abhängig von der gewählten Beitragsfrequenz ist, zu belasten. Sie ermächtigen uns außerdem, anschließende Verlängerungsbeiträge wie von uns vorher mitgeteilt einzuziehen, bis wir eine schriftliche Anweisung von Ihnen erhalten, dass Sie die Zahlungsart ändern oder die Versicherungspolice kündigen möchten.

Sie sind dafür verantwortlich, uns immer die aktuellen Kreditkartendaten mitzuteilen. Sollten sich die Daten Ihrer Kreditkarte ändern, müssen Sie uns dies mitteilen, um sicherzustellen, dass wir Ihre Beiträge weiterhin einziehen können.

Sollten wir aus welchem Grund auch immer zu irgendeinem Zeitpunkt einen Betrag über eine Einzugsermächtigung oder Kreditkarte nicht einziehen können, ist es möglich, dass wir beim nächsten Zahlungstermin mehr als einen Beitrag einziehen müssen.

Unbezahlte oder verspätet bezahlte Beiträge

Um Ihre Versicherungsleistungen nutzen zu können, müssen Sie die Beiträge am oder vor dem Fälligkeitsdatum bezahlen. Sollten Sie einen Beitrag nicht bis zum Fälligkeitsdatum bezahlt haben, werden alle Forderungen zurückgestellt, bis der Beitrag bezahlt wurde.

Wenn die Beiträge 30 Tage nach Fälligkeit des Beitrages nicht bezahlt sind, wird die Police für 30 Tage ausgesetzt, nachdem wir oder der Versicherer ein Schreiben an den Versicherungsnehmer gesendet haben, um die Aussetzung der Police zu bestätigen.

Wenn der ausstehende/ n Beitrag/Beiträge nach 30 Tagen nicht bezahlt wurde, kann die Police nach weiteren 10 (zehn) Tagen ohne weitere Warnung gekündigt werden.

Wir informieren Sie schriftlich über ausstehende Beitragszahlungen.

Sollten wir den Versicherungsplan kündigen, müssen Sie erneut einen Antrag für einen neuen Versicherungsplan stellen. Zum Zeitpunkt der nochmaligen Beantragung gültige Beiträge werden berechnet, außerdem kann der Versicherungsschutz dann neuen Versicherungsbedingungen unterliegen.

Kündigung

Sollte diese Versicherung nicht Ihren Bedürfnissen entsprechen, können Sie diese innerhalb von 14 Tagen (Widerrufsfrist) nach Erhalt ihrer Versicherungsunterlagen oder ab dem Tag des Versicherungsbeginns, je nachdem, welches Datum das spätere ist, kündigen. Sie müssen die Kündigung schriftlich per Post, Fax oder E-Mail schicken.

Muster eines Kündigungsschreibens innerhalb der Bedenkzeit

Ich, Herr/Frau (vollständigen Namen des Versicherungsnehmers einfügen), wohnhaft in (vollständige Adresse des Versicherungsnehmers einfügen), trete gemäß Artikel L.112-9 des französischen Versicherungsgesetzes von der Mitgliedschaft in der Police (Policennummer einfügen) zurück, die von Freedom Health Insurance angeboten und von AWP Health & Life S.A. gezeichnet wird.

Ich bestätige, dass mir zum Datum dieses Schreibens keine ausstehenden Schadensfälle bekannt sind.

Datum:

Unterschrift:

Sollten innerhalb der Versicherungslaufzeit berechnete Forderungen entstehen und Sie kündigen die Versicherung innerhalb dieser Laufzeit, behalten wir uns das Recht vor, für berechnete Forderungen bezahlte Beträge zurückzufordern.

Wir werden die Versicherung ab dem Tag des Erhalts die Kündigung oder zu einem späteren Datum kündigen. Wir werden die Kündigung der Versicherung nicht zurückdatieren.

Wir behalten uns außerdem das Recht vor, die Police zu kündigen, wenn Sie:

- die Prämie nicht gemäß dem Absatz „Unbezahlte oder verspätete Prämienzahlungen“ bezahlen.
- uns durch falsche Angabe, Unterlassung, Täuschung oder Verschleierung in die Irre geführt haben. In diesem Fall kann der Versicherer gemäß den Artikeln L.113-8 und L.113-9 des französischen Versicherungsgesetzbuchs die Police entweder für nichtig erklären oder die Police weiterhin unter neuen, vom Underwriter auferlegten Bedingungen anbieten.
- allein oder mit Dritten versucht haben, sich auf unsere Kosten unangemessen Geld zu beschaffen (siehe Ziffer 14 unter Abschnitt 4, Allgemeine Versicherungsbedingungen).
- die Zulassungsvoraussetzungen für die Police nicht mehr erfüllen (einschließlich, aber nicht beschränkt darauf, Staatsbürger der USA zu werden und mehr als 180 Tage ununterbrochen in den USA zu verbringen).

Änderung der Situation

Sie müssen uns so schnell wie möglich über Änderungen Ihrer eigenen Situation oder der einer anderen versicherten Person informieren, zum Beispiel über:

- Namensänderungen,
- Adressänderungen,
- Berufswechsel,
- alle wesentlichen Tatsachen, welche den Beitrag oder die Versicherungsbedingungen betreffen könnten.

Wir behalten uns das Recht vor, die Versicherungsbedingungen oder -beiträge nach Mitteilung der entsprechenden Änderung zu kündigen oder zu ändern.

Hinzufügen und Entfernen von Familienangehörigen

Vorbehaltlich unserer Zustimmung, können Sie beantragen, einen Familienangehörigen zu Ihrer Versicherungspolice hinzuzufügen. Ein solcher Antrag muss schriftlich per Post, Fax oder E-Mail gestellt werden und Sie müssen uns alle wesentlichen Tatsachen mitteilen.

Sollte der Familienangehörige ein neugeborenes Kind sein, das während der Versicherungslaufzeit auf die Welt kam, werden wir, solange Sie den Antrag, bevor das Kind 3 Monate alt ist, eingereicht und uns alle wesentlichen Tatsachen, die wir akzeptiert haben, mitgeteilt haben, kein Moratorium² einbinden.

Am Verlängerungsdatum entfernen wir Familienangehörige (Kinder) aus Ihrer Versicherungspolice, wenn diese 21 Jahre (bzw. 25 Jahre, wenn sie einen Vollzeitunterricht besuchen) alt sind. Diese können eine eigene Versicherungspolice beantragen und, solange keine Unterbrechung des Versicherungsschutzes stattgefunden hat, ändert sich das Datum des Versicherungsbeginns nicht. Ein solcher Antrag muss von uns genehmigt werden.

Verlängerung

Ihre Versicherung ist ein Jahresvertrag. Für gewöhnlich werden Sie einen Monat vor Ablauf des Vertragsjahres gebeten, Ihre Versicherung zu verlängern. Eine Verlängerung Ihrer Versicherung findet nach unserem Ermessen statt und muss durch uns genehmigt werden.

Wir behalten uns das Recht vor, die Versicherungsbedingungen und -bestimmungen zu ändern; auf solche Änderungen weisen wir Sie hin, wenn wir Sie darum bitten, die Versicherungspolice zu verlängern.

Die Beiträge werden für gewöhnlich jedes Jahr überprüft und basieren immer auf dem Alter der versicherten Person, auf medizinischen Aspekten und einer allgemeinen Beurteilung.

Sollten Sie eine Änderung der von Ihnen gewählten Leistungen, Währung, Beitragsfrequenz oder dem Selbstbehalt wünschen, können Sie dies bei der Verlängerung beantragen; die entsprechende Änderung ist nur möglich, wenn wir sie genehmigen.

Jede Änderung Ihres Leistungsumfangs bei Verlängerung muss von uns genehmigt werden.

Beendigung des Vertrages

Der Versicherungsnehmer kann die Police nach Ablauf der ersten Versicherungslaufzeit jederzeit ohne Kosten oder Vertragsstrafe kündigen, indem er uns oder den Versicherer per Brief, E-Mail oder Fax kontaktiert. Die Kündigung wird einen Monat nach Eingang der Benachrichtigung des Versicherungsnehmers durch uns oder den Versicherer wirksam.

Tod

Sollte die versicherte Person sterben, findet gemäß dieser Versicherungspolice keine Beitragsrückerstattung statt, allerdings werden gültige Forderungen trotzdem gemäß den Versicherungsbedingungen und -bestimmungen bezahlt. Nach vorheriger Genehmigung durch uns und auf Wunsch können wir die Versicherungspolice auf den Ehegatten oder einen Familienangehörigen des Versicherten, wenn dieser mindestens 18 Jahre alt ist, übertragen.

² Ausschluss von Vorerkrankungen vom Versicherungsschutz für einen bestimmten Zeitraum.

4. Allgemeine Versicherungsbedingungen

1. Diese Versicherung bietet Leistungen für angemessene und übliche Kosten für berechnete akute Beschwerden, wie in den von Ihnen gewählten Leistungen beschrieben. Sollte Ihre Versicherung chronische Krankheiten abdecken, sind die verfügbaren Grenzwerte in Ihrer Leistungstabelle näher beschrieben.
2. Wir leisten Zahlungen für berechnete neue Krankheiten, die nach der Genehmigung und dem Beginn des Versicherungsschutzes auftreten, wie in dem Versicherungsschein beschrieben. Die Grundlage für die Genehmigung des Versicherungsschutzes geht aus dem Versicherungsschein hervor.
3. Alle Behandlungen und Diagnostiktests müssen von den Spezialisten, zu denen der Hausarzt überwiesen hat, und unter deren Aufsicht durchgeführt werden.
4. Alle stationären und ambulanten Behandlungen sowie alle Forderungen, die durch einen Krankentransport oder Rücktransport entstehen, müssen vorher von uns genehmigt werden. Ohne eine solche vorherige Genehmigung einer solchen Behandlung werden nur 50% der angefallenen Kosten bezahlt.
5. Die Leistungen werden abzüglich der gemäß diesen Versicherungsbedingungen vereinbarten Selbstbeteiligungen bezahlt.
6. Die Grenzwerte in der Leistungstabelle sind in der Währung aufgeführt, in der die Beiträge bezahlt werden.
7. Wir behalten uns das Recht vor, von Ihnen die Einholung einer zweiten Meinung eines von uns gewählten Spezialisten zu verlangen. Die Kosten für die Zweitmeinung dieses Spezialisten übernehmen wir.
8. Sollten Sie eine Behandlung durch einen Notarzt in Ihrem Haus/Wohnung erhalten haben und sollte dessen Honorar nicht als angemessen und üblich betrachtet werden, haben Sie den Differenzbetrag zu bezahlen.
9. Ihre Versicherung wird gekündigt, wenn Sie einen weltweiten, einschließlich der USA, Versicherungsschutz besitzen, ein US-Bürger sind und sich mehr als 180 Tage ununterbrochen in den USA aufhalten.
10. Die gesamte Korrespondenz zu dieser Versicherung wird an die letzte bekannte Adresse des Versicherungsnehmers gesendet. Sollten Sie diese nicht erhalten, sind die Änderungen trotzdem gültig.
11. Im Falle einer Forderung setzen wir uns direkt mit dem Antragsteller, wenn dieser 18 Jahre oder älter ist, in Verbindung und kommunizieren direkt mit ihm. Sollte der Antragsteller noch keine 18 Jahre alt sein, setzen wir uns direkt mit dem Versicherungsnehmer in Verbindung.
12. Sollten wir eine Forderung, die bei uns eingereicht wurde, bezahlt haben, können wir die Originalunterlagen nicht mehr zurückgeben.
13. Eine Bedingung dieser Versicherung ist, dass uns alle wesentlichen Tatsachen mitgeteilt werden, bevor wir einen Antrag genehmigen, irgendeine Änderung des Versicherungsschutzes vornehmen oder den Versicherungsvertrag verlängern. Sollten Sie sich nicht sicher sein, ob ein Sachverhalt eine wesentliche Tatsache darstellt, empfehlen wir Ihnen, uns zu Ihrem eigenen Schutz darauf hinzuweisen.

Bitte beachten Sie, dass, wenn Sie in Ihrem Antrag den Ausschluss von Vorerkrankungen gewählt haben und uns auf irgendeine Vorerkrankung, an der Sie leiden könnten, hinweisen, die Bedingungen des Ausschlusses von Vorerkrankungen bei jeglicher Vorerkrankung gelten.

Die Nichtoffenlegung einer wesentlichen Tatsache, die unsere Einschätzung des Risikos beeinflusst hätte, kann dazu führen, dass wir die Police kündigen und keine Erstattung, in Bezug auf einen Anspruch gemäß den Artikeln L.113-8 und L.113-9 des Französisches Versicherungsgesetz, auszahlen.

14. **Wenn Sie eine falsche Angabe zu einem Anspruch abgeben, darunter fallen auch Datum, Art, Ursachen, Umstände und / oder Folgen und / oder Höhe des Schadens, verlieren Sie das Recht auf Deckung durch die Police für diesen Anspruch. Der Verlust dieses Rechts gilt auch, wenn Sie wissentlich ungenaue Dokumente als Belege für diesen Anspruch verwenden.**

Jeglicher Betrug, falsche Angaben oder Verschleierung in Bezug auf Angelegenheiten, die die Versicherung betreffen, oder im Zusammenhang mit einem Anspruch stehen, machen den Versicherungsschutz einer versicherten Person ungültig und es wird kein Versicherungsschutz für Ansprüche aus der Police angeboten.

Wenn Sie einen Betrugsverdacht haben, müssen Sie uns unverzüglich benachrichtigen.

15. Wenn wir weitere Informationen zur Unterstützung eines Anspruchs anfordern, muss dieses bereitgestellt werden, da wir Ihren Anspruch ansonsten möglicherweise nicht bezahlen. Wenn wir ärztliche Atteste, Informationen, Nachweise und Quittungen benötigen, müssen diese von der versicherten Person auf deren Kosten eingeholt werden. Dies beinhaltet, ist aber nicht beschränkt auf;

- Ärzte;
- Krankenhäuser;
- andere medizinische Einrichtungen;
- Pflegeheime;
- Betreuer;
- andere persönliche Versicherer;
- gesetzliche Krankenkassen;
- Berufsversicherungsorganisationen; und
- Offizielle Stellen.

Diese Informationen können an den medizinischen Experten des Versicherers weitergegeben werden, um den Anspruch vollständig zu bewerten.

Wenn eine versicherte Person diese Informationen nicht zur Verfügung stellt oder uns keine Einwilligung gibt, die Informationen direkt anzufordern, können wir den Anspruch nicht bezahlen, da wir keine ordnungsgemäße Bewertung vornehmen können.

16. Wir behalten uns das Recht vor, eine bereits im Voraus genehmigte Forderung neu zu bewerten, wenn wir neue Informationen erhalten oder uns solche mitgeteilt werden. Sollten diese neuen Informationen bestätigen, dass eine Forderung gemäß der Police nicht berechtigt ist, haben wir Anspruch darauf, von Ihnen alle in Verbindung mit der Forderung bereits bezahlten Kosten zurückzuverlangen.
17. Es ist möglich, dass wir einen Krankentransport nicht organisieren können, wenn dieser aufgrund der Lage vor Ort gefährlich, nicht durchführbar oder unmöglich ist.
18. Sollte eine andere Versicherungsgesellschaft oder Versicherung die Behandlung, für welche die versicherte Person eine Leistung fordert, abdecken, bezahlen wir nur unseren Anteil, nachdem diese Deckungssumme aufgebraucht wurde.
19. Wir haben volles Recht auf Subrogation und können in Ihrem Namen, aber auf unsere Kosten Verfahren einleiten, um den Betrag von Zahlungen, die aufgrund einer anderen Versicherungspolice stattgefunden haben, zu unseren Gunsten zurückzuerlangen.
20. Sie müssen uns so schnell wie möglich mitteilen, wenn eine gesundheitliche Beschwerde, wegen der Sie eine Forderung eingereicht haben, von einem Dritten verursacht wurde oder verursacht sein könnte. In diesem Fall:
- a. können wir ein Gerichtsverfahren im Namen der versicherten Person aber auf unsere Kosten einleiten, um Leistungen, die aufgrund dieser Police erbracht wurden, zurückzuerlangen;
 - b. muss die versicherte Person uns die zur Einleitung eines Gerichtsverfahrens oder zur Befriedigung bzw. Verteidigung eines Anspruches notwendige Unterstützung und Informationen liefern;
 - c. muss die versicherte Person uns die in Verbindung mit ihrer Forderung erhaltenen oder fälligen Entschädigungen bis zum von uns bezahlten Leistungsbetrag zurückbezahlen.
21. Sollten wir aufgrund dieser Police eine Forderung ablehnen, liegt die Beweislast dafür, dass die Forderung abgedeckt ist, bei der versicherten Person.
22. Einen Sendenachweis für ein Antragsformular, ein Forderungsformular oder eine Beitragszahlung akzeptieren wir nicht als Nachweis dafür, dass wir dies/e erhalten haben.
23. Die Ausgabe der Versicherungsunterlagen und des Versicherungsscheins dient als Nachweis dafür, dass der Vertrag gültig ist.
24. Sollten Sie Ihre Versicherungsunterlagen verlieren, können wir eine Bearbeitungsgebühr für die Neuausstellung verlangen.

25. Ihre Police ist an das französische Recht gebunden. Die Bedingungen dieses Vertragstextes spiegeln die zu Beginn jeder Versicherungsperiode geltenden gesetzlichen und behördlichen Bestimmungen wider. Wir behalten uns jedoch das Recht vor, Änderungen am Vertragstext vorzunehmen, um Änderungen der relevanten Bestimmungen widerzuspiegeln.
26. Sie dürfen frühestens 60 Tage und höchstens 2 Jahren, nachdem der Antrag bei uns eingereicht wurde, ab dem benannten Einreichdatum ein Gerichtsverfahren einleiten, um einen Betrag zurückzuerlangen, sofern nicht anders durch zwingende gesetzliche Vorschriften vorgeschrieben.

Verjährung von Ansprüchen

Die Bestimmungen zur Verjährung von Klagen aus dem Versicherungsvertrag sind in den nachfolgend aufgeführten Artikeln L.114-1 - L.114-3 des französischen Versicherungsgesetzes festgelegt:

Artikel L. 114-1 des französischen Versicherungsgesetzes

Alle Klagen aus einem Versicherungsvertrag verjähren innerhalb von zwei Jahren nach dem Vorfall, das sie ausgelöst hat. Diese Verjährungsfrist gilt jedoch nur:

- a. Bei Verschweigen, Unterlassen, falscher oder ungenauer Angabe des Risikos, ab dem Tag, an dem der Versicherer davon Kenntnis hatte;
- b. Bei Schadensersatzansprüchen ab dem Tag, an dem die Beteiligten davon Kenntnis erlangt haben, wenn sie beweisen, dass sie bis dahin keine Kenntnis hatten.

Beruhet der Anspruch des Versicherten gegen den Versicherer auf dem Verhalten eines Dritten, beginnt die Verjährung erst von dem Tag an zu laufen, an dem der Dritte gegen den Versicherten Klage erhoben hat oder von ihm entschädigt wurde.

Die Verjährung verlängert sich bei Lebensversicherungsverträgen auf zehn Jahre, wenn der Begünstigte eine vom Versicherungsnehmer verschiedene Person ist, und bei Unfallversicherungsverträgen, die Personen betreffen, wenn die Begünstigten die Erben des verstorbenen Versicherten sind.

Bei Lebensversicherungsverträgen sind die Klagen der Begünstigten abweichend von den Bestimmungen des Punktes 2 auf dreißig Jahre nach dem Tod des Versicherungsnehmers beschränkt.

Artikel L. 114-2 des Versicherungsgesetzes

Der Lauf der Verjährungsfrist wird durch einen der üblichen Unterbrechungsgründe und durch die Bestellung von Sachverständigen nach einem Ereignis unterbrochen. Die Unterbrechung der Verjährung der Klage kann sich außerdem aus der Übersendung eines Einschreibens mit Rückschein ergeben, das vom Versicherer an den Versicherungsnehmer bezüglich der Klage auf Zahlung der Prämie und vom Versicherungsnehmer an den Versicherer bezüglich der Zahlung der Entschädigung geschickt wird.

Artikel L. 114-3 des Versicherungsgesetzes

Abweichend von Artikel 2254 des französischen Bürgerlichen Gesetzbuches können die Parteien des Versicherungsvertrages weder die Dauer der Verjährungsfrist abändern, noch die Gründe für ihre Hemmung oder Unterbrechung hinzufügen, auch nicht durch gemeinsame Vereinbarung.

Zusätzliche Informationen

Die gewöhnlichen Gründe für die Unterbrechung der Verjährung sind in Artikel 2240 und in Übereinstimmung mit dem Bürgerlichen Gesetzbuch aufgeführt; zu den letzteren gehören insbesondere: die Infragestellung eines der Gesamtschuldner durch eine gerichtliche Klage oder durch einen Akt der Zwangsvollstreckung oder die Anerkennung des Rechts der Person, gegen die er die Verjährung geltend gemacht hat, durch den Schuldner. Für die vollständige Aufzählung der gewöhnlichen Gründe für die Unterbrechung der Verjährung wird auf die oben genannten Artikel des Zivilgesetzbuches verwiesen.

27. Wir erbringen keine Versicherungsleistungen, zahlen keine Ansprüche oder erbringen keine Leistungen, wenn die Erbringung einer solchen Versicherungsleistung, die Zahlung eines solchen Anspruchs und/oder die Erbringung einer solchen Leistung uns oder den Versicherer Sanktionen, Verboten und/oder Beschränkungen aufgrund von Resolutionen der Vereinten Nationen, Handels- oder Wirtschaftssanktionen, Gesetzen oder Vorschriften Frankreichs, der Europäischen Union, der Vereinigten Staaten von Amerika oder anderer anwendbarer Gesetze oder Vorschriften aussetzen würde.

5. Datenschutz

Wenn Sie Fragen zu unseren Datenschutzrichtlinien haben, wenden Sie sich an den Geschäftsführer der Freedom Health Insurance.

Schweigepflicht und Schutz Ihrer Daten

Die Freedom Health Insurance behandelt alle uns zur Verfügung gestellten persönlichen Daten streng vertraulich. Wir werden alle Anforderungen der aktuellen Datenschutzgesetzgebung erfüllen.

In einigen Fällen kann es sein, dass wir einen Dritten mit der Verwaltung von Ansprüchen beauftragen. Von uns beauftragte Dritte bearbeiten personenbezogene Daten nur zum alleinigen Zweck der Bearbeitung eines Anspruchs und gemäß unseren Anweisungen. Alle in unserem Namen durchgeführten Bearbeitungen unterliegen den vertraglichen Beschränkungen in Bezug auf Vertraulichkeit und Sicherheit, zusätzlich zu den Verpflichtungen, die durch die geltenden Datenschutzgesetze auferlegt werden.

Von Zeit zu Zeit kann es erforderlich sein, personenbezogene Daten außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR) zu bearbeiten, um beispielsweise die Übernahme von Kosten für eine medizinische Behandlung in einem Krankenhaus im Ausland zu gewährleisten. Wir werden angemessene Schritte unternehmen, um sicherzustellen, dass personenbezogene Daten geschützt sind.

Wie wir personenbezogene Daten verwenden

Die Informationen, die wir im Zusammenhang mit einer Police erhalten, einschließlich etwaiger Ansprüche aus dieser Police, werden von uns zum Zweck der Bereitstellung und Verwaltung des im Rahmen dieser Police verfügbaren Versicherungsschutzes gespeichert. Dies beinhaltet, ist aber nicht beschränkt auf:

- Bearbeitung und Zahlung von Ansprüchen im Namen einer versicherten Person;
- einholen von Informationen über den Gesundheitszustand und den Behandlungsplan einer versicherten Person von ihrem Hausarzt, Facharzt, Krankenhaus oder einem anderen an ihrer Behandlung beteiligten Arzt;
- Verhinderung und Aufdeckung von Betrug;
- Weitergabe von Informationen an einen weiteren Versicherer, einen Anwalt oder einer Drittpartei, um bei uns angefallene Kosten zurückzufordern, wenn wir gesetzlich dazu berechtigt sind;
- Erstellung von Statistiken, anhand derer wir beurteilen können, wie unsere Richtlinien verwendet werden, damit wir zukünftige Produkte und Dienstleistungen entwickeln können.

Wir geben keine medizinischen Informationen an Dritte weiter, es sei denn, wir haben die Erlaubnis dazu erhalten oder sind gesetzlich dazu berechtigt.

Datenschutzrichtlinie von Freedom

Weitere Informationen darüber, wie wir mit Ihren persönlichen Daten umgehen, finden Sie in unserer Datenschutzrichtlinie unter www.freedomhealthinsurance.co.uk/privacy-policy.

6. Leitfaden zum Versicherungsschutz bei Krebs

Krebsbehandlung

Wir möchten, dass Sie sich voll und ganz darüber im Klaren sind, was bei einer Krebsbehandlung durch Ihre Versicherungspolice abgedeckt ist und was nicht, weshalb Sie unten einen Leitfaden hierzu finden. Sollten Sie jedoch eine Krebsbehandlung benötigen, rufen Sie bitte unsere Antrags hotline an und eines unserer für Forderungen zuständigen Teams wird Ihnen den entsprechenden Versicherungsschutz erklären.

Was ist bei Krebs abgedeckt?

Die folgenden Behandlungen sind zur Heilung oder zum Erreichen eines Abklingens der Symptome abgedeckt. Sollten Sie über Leistungen aus dem Leistungsbereich chronische Krankheiten und dem Bereich unheilbare Krankheiten verfügen, sind die im Folgenden aufgeführten Behandlungen auch abgedeckt, wenn das Krebswachstum dadurch gestoppt wird oder sie zur Linderung der Symptome dienen:

- Arztbesuche, Diagnostiktests zum Erstellen der Diagnose.
- Chirurgische Eingriffe. Ein chirurgischer Eingriff muss allgemein als sichere und wirksame Behandlung anerkannt sein.
- Medikamente für Chemo- und Strahlentherapie, sofern diese in der gewöhnlichen klinischen Praxis verwendet werden. Zulässige Medikamente für die Chemotherapie sind Medikamente, die zur Nutzung im britischen Gesundheitsdienst (NHS) durch das britische Staatliche Institut für Qualität im Gesundheits- und Pflegewesen (NICE) zugelassen wurden, in ihren zugelassenen Indikationen, wie von der Europäischen Arzneimittelagentur oder der Arzneimittelzulassungsbehörde (MHRA) genehmigt verwendet werden und bei der Verwendung von Arzneimittelkombinationen müssen diese Medikamente gezeigt haben, dass sie für die aktive Behandlung der Krebsart, an welcher der Patient leidet, wirksam sind.
- Hormontherapien und biologische Therapien, z.B. monoklonale Antikörper wie Herceptin, wenn diese durch die Europäische Arzneimittelagentur zugelassen sind. Sie müssen durch das britische Staatliche Institut für Qualität im Gesundheits- und Pflegewesen zugelassen sein und für die Zwecke verwendet werden, für die sie zu diesem Zeitpunkt zugelassen sind, und allgemein im britischen Gesundheitsdienst verfügbar sein. Sollten diese in Kombination mit anderen Medikamenten verwendet werden, kommen Hormontherapien und biologische Therapien nur in Betracht, wenn diese Kombinationen für die Verwendung im britischen Gesundheitsdienst allgemein anerkannt sind.
- Nachuntersuchungen und Kontrollen für die 5 Folgejahre, nachdem die Behandlung zur Heilung oder zum Erreichen eines Abklingens der Symptome beendet wurde.
- Brustrekonstruktionen und chirurgische Eingriffe zur Verbesserung der Symmetrie, als Folge einer Mastektomie oder Lumpektomie. Wir bezahlen für solche Eingriffe für einen Zeitraum von bis zu 24 Monaten nach dem ersten chirurgischen Eingriff.

Was ist bei Krebs nicht abgedeckt?

- Arzneimittel, die sich noch immer im Versuchsstadium befinden oder Therapieversuche mit Arzneimittelkombinationen. Diese können als experimentell bezeichnet werden.
- Medizinische und nicht medizinische Krebsbehandlungen, die nicht als zur Behandlung dieser speziellen Krebsart anerkannte Behandlung anerkannt sind.
- Erhaltungs- oder Langzeitbehandlungen, bei denen der Zustand stabil ist, die Krankheit weiter abklingt oder die Krankheit abklingt und keine Heilung erreicht werden kann.
- Krebsbehandlungen, durch die versucht wird, die Symptome zu lindern.
- Behandlungskosten, welche die Verfahrens- oder Versicherungsgrenzen übersteigen.
- Sollte der Krebs zurückkehren, werden wir Ihren Spezialisten um eine genauere Auskunft bezüglich der Behandlungsversuche bitten, um festzustellen, ob Ihre Forderung berechtigt ist.

Anleitung

Sollte der Krebs zurückkehren, werden wir Ihren Gesundheitszustand und die vorgeschlagene Behandlung als neue Behandlungsphase bewerten und führen zur Beurteilung, ob Ihre Forderung berechtigt ist, dasselbe Verfahren durch.

Wenn der Behandlungsversuch eher zum Abklingen der Symptome als zur Heilung dienen soll, wird diese Behandlung bei der Leistung für chronische Krankheiten oder der Leistung für unheilbare Krankheiten angeboten.

Wir nennen Ihnen nun einige Beispiele, um Ihnen dies genauer erklären zu können. Alle Beispiele setzen voraus, dass der Gesundheitszustand gemäß der Versicherungspolice berechtigt und die Leistung verfügbar ist.

Beispiel 1

Beverley war seit fünf Jahren bei der Freedom versichert, als bei ihr Brustkrebs diagnostiziert wurde. Nachdem sie sich von ihrem Spezialisten beraten ließ, entschied sie sich zu einer Brustentfernung mit anschließender Brustrekonstruktion. Ihr Spezialist empfahl zudem eine Behandlung mit Strahlen- und Chemotherapie. Zusätzlich soll sie für mehrere Jahre Hormontabletten einnehmen.

Deckt ihre Versicherung diese Behandlung ab und gibt es irgendwelche Einschränkungen des Versicherungsschutzes?

Wir würden die Kosten für die Mastektomie und Brustrekonstruktion übernehmen.

Danach würden wir die Kosten für die Medikamente der Strahlen- und Chemotherapie übernehmen, sofern diese in der gewöhnlichen klinischen Praxis verwendet werden. Die Anspruchsforderung für Hormontabletten wäre ebenfalls berechtigt.

Beispiel 2

Cara hatte Brustkrebs, der mittels Lumpektomie, Strahlen- und Chemotherapie gemäß der damals bestehenden Versicherungspolice behandelt wurde. Der Krebs ist nun in ihrer anderen Brust zurückgekehrt und sie hat sich zu einer Mastektomie, Strahlen- und Chemotherapie entschieden.

Wir würden die Kosten für die Mastektomie, Strahlen- und Chemotherapie übernehmen. Die Kosten für die Medikamente im Verlauf der Strahlen- und Chemotherapie sind abgedeckt, sofern diese in der gewöhnlichen klinischen Praxis verwendet werden.

Beispiel 3

Bei John wurde Krebs im Endstadium diagnostiziert und er würde gerne in ein Pflegehospiz aufgenommen werden, das nur die Linderung der Symptome anstrebt.

Deckt seine Versicherung diese Behandlung ab und gibt es irgendwelche Einschränkungen des Versicherungsschutzes?

Wir würden die Kosten für die Aufnahme in ein Hospiz bei der Versicherung für unheilbare Krankheiten übernehmen.

Beispiel 4

Bei Monica, die gemäß der damals bestehenden Versicherungspolice wegen Brustkrebs behandelt wurde, kehrte der Krebs zurück und streute in anderen Körperteilen. Ihr Spezialist empfahl folgende Behandlung:

- Sechs Chemotherapiezyklen zur Vernichtung von Krebszellen, die in den nächsten sechs Monaten verabreicht werden soll;
- monatliche Infusion eines Arzneimittels, das die Knochen vor Schmerzen und Brüchen schützt. Diese Infusion soll solange verabreicht werden, wie sie Wirkung zeigt (hoffentlich jahrelang);
- wöchentliche Infusion eines Arzneimittels, welches das Krebswachstum unterdrückt. Diese Infusion soll solange verabreicht werden, wie sie Wirkung zeigt (hoffentlich jahrelang).

Deckt ihre Versicherung diese Behandlung ab und gibt es irgendwelche Einschränkungen des Versicherungsschutzes?

Wir würden die Kosten für die sechs Chemotherapiezyklen bezahlen, sofern diese in der gewöhnlichen klinischen Praxis angewendet werden und die Behandlung zur Heilung und nicht experimentell stattfindet.

Wir würden keine vorbeugenden Behandlungen, wie die beschriebene monatliche Infusion, bezahlen. Wir finanzieren sie allerdings bei Bedarf während der Chemotherapie.

Wir würden die wöchentliche Infusion als Leistung bei der Versicherung für chronische Krankheiten bezahlen, falls diese Versicherung verfügbar ist, auch wenn das Arzneimittel nicht mit Heilungsabsicht verabreicht wird.

7. Leitfaden zum Versicherungsschutz bei chronischen Krankheiten

Sollten Sie an einer chronischen Krankheit leiden, bei der die Behandlung dazu dient, die Symptome unter Kontrolle zu halten, und eine Heilung unmöglich ist, bieten wir die Leistung, wenn verfügbar, bei der Leistung für chronische Krankheiten an.

Anleitung

Was meinen wir mit „chronische Krankheiten“?

Wir definieren eine chronische Krankheit als:

eine Krankheit, Erkrankung oder Verletzung mit einer oder mehrere der folgenden Merkmale:

- eine permanente Überwachung oder eine Langzeitüberwachung mittels Arztbesuchen, Untersuchungen, Check-ups und/oder Tests ist erforderlich,
- eine permanente Kontrolle oder Langzeitkontrolle oder eine Symptomlinderung ist erforderlich,
- Ihre Rehabilitation oder ein spezielles Training, damit sie damit zurechtkommen, ist erforderlich,
- wird eine unbestimmte Zeit andauern,
- es ist kein Heilmittel bekannt,
- kommt zurück oder könnte zurückkommen.

Was bedeutet das in der Praxis?

Sollten Sie erstmals an einer Krankheit erkranken, wird die Behandlung zur Stabilisierung Ihres Gesundheitszustandes (wenn gemäß der Versicherungspolice berechtigt) von uns abgedeckt. Sobald Ihr Gesundheitszustand stabil ist und die Behandlung, die Sie erhalten, allein zur Überwachung oder Kontrolle Ihres Gesundheitszustandes und nicht zur Heilung dient, wird diese Leistung nur bei der Versicherung für chronische Krankheit, wenn verfügbar, abgedeckt.

Was passiert, wenn die chronische Krankheit sich verschlimmert oder instabil wird?

Sollte die chronische Krankheit instabil werden oder sich verschlimmern, decken wir dies ab, damit Ihr chronischer Gesundheitszustand, wie unter Leistungen für chronische Krankheiten, sofern verfügbar, beschrieben, stabilisiert werden kann.

Wir nennen Ihnen nun einige Beispiele, um Ihnen dies genauer erklären zu können. Alle Beispiele setzen voraus, dass der Gesundheitszustand gemäß der Versicherungspolice berechtigt und die Leistung verfügbar ist.

Beispiel 1

Alan ist bereits seit vielen Jahren bei Freedom versichert. Er bekommt Brustschmerzen und wird von seinem Allgemeinarzt zu einem Spezialisten überwiesen. Es werden einige Untersuchungen durchgeführt und diagnostiziert, dass er an Angina leidet. Er bekommt Medikamente zur Linderung der Symptome.

Deckt Alans Versicherung das ab?

Wir übernehmen die Kosten für Alans anfänglichen Arztbesuche und die Tests zur Stellung der Diagnose. Die Versicherung deckt auch Folgeuntersuchungen bei seinem Spezialisten ab, bis die Symptome unter Kontrolle oder gelindert sind. Alle Behandlungen zur Kontrolle und Aufrechterhaltung der Symptome werden nur bei der Versicherung für chronische Krankheiten, wenn verfügbar, abgedeckt.

Zwei Jahre später kehrt Alans Brustschmerz stärker zurück und sein Spezialist empfiehlt ihm eine Herzbypassoperation.

Wir übernehmen die Kosten für den chirurgischen Eingriff. Die Versicherung deckt außerdem die post-operativen Check-ups, um sicherzustellen, dass der Gesundheitszustand stabil ist, ab. Nachdem der Gesundheitszustand stabil ist, bieten wir den Versicherungsschutz für Routineuntersuchungen nur bei und gemäß der Versicherung für chronische Krankheiten, sofern verfügbar, an.

Beispiel 2

Eve ist seit fünf Jahren bei Freedom versichert, als sie Atembeschwerden bekommt. Ihr Hausarzt überweist sie zu einem Spezialisten, der eine Reihe von Tests durchführt. Diese zeigen, dass Eve Asthma hat. Der Spezialist verschreibt ihr Medikamente und empfiehlt eine Nachuntersuchung in drei Monaten, um zu sehen, ob sich ihr Gesundheitszustand verbessert hat. Bei dieser Nachuntersuchung erklärt Eve, dass ihre Atembeschwerden nachgelassen hätten, weshalb der Spezialist vorschlägt, alle vier Monate Check-ups durchzuführen.

Wir übernehmen die Kosten für die Arztbesuche und Tests sowie für die Nachuntersuchung nach drei Monaten. Nachdem der Gesundheitszustand stabil ist, decken wir die routinemäßige Nachuntersuchungen und Medikamente, die zur Kontrolle des Gesundheitszustandes notwendig sind, bei der Versicherung für chronische Krankheiten, wenn verfügbar, ab.

Achtzehn Monate später hat Eve einen schlimmen Asthmaanfall.

Wir würden die Kosten für die Aufnahme im Krankenhaus, wenn medizinisch notwendig, und die zur Stabilisierung des Gesundheitszustandes notwendige Behandlung übernehmen.

Beispiel 3

Deirdre ist seit zwei Jahren bei Freedom versichert, als sie Symptome entwickelt, die darauf hindeuten, dass sie Diabetes haben könnte. Ihr Hausarzt überweist sie zu einem Endokrinologen, der eine Reihe von Untersuchungen durchführt, um die Diagnose zu bestätigen. Danach beginnt sie eine orale Medikation, um die Diabetes in den Griff zu bekommen. Nach mehreren Monaten regelmäßiger Arztbesuche und einiger Anpassungen der Medikation, bestätigt der Spezialist, dass die Krankheit nun gut kontrollierbar sei und teilt ihr mit, dass sie alle vier Monate zur Überprüfung des Gesundheitszustandes kommen solle.

Wir bezahlen die Diabetesbehandlung. Wenn der Spezialist bestätigt, dass der Gesundheitszustand gut kontrollierbar ist und Deirdre nur noch alle vier Monate zu ihm gehen muss, werden diese Routineuntersuchungen bei der Versicherung für chronische Krankheiten, wenn verfügbar, abgedeckt.

Ein Jahr später wird Deirdres Diabetes instabil und ihr Allgemeinarzt überweist sie zur Behandlung ins Krankenhaus.

Wir würden die Kosten für die Aufnahme im Krankenhaus und die Behandlung zur Stabilisierung des Gesundheitszustandes übernehmen.

8. Was nicht abgedeckt ist

Soweit in Ihrer Leistungstabelle oder einem schriftlichen Nachtrag zur Versicherungspolice nicht etwas anderes aufgeführt oder von uns genehmigt ist, deckt die Versicherungspolice keine Forderungen ab, die aus oder in Verbindung mit den folgenden Versicherungsausschlüssen entstehen:

Bitte lesen Sie diesen Abschnitt zusammen mit der Leistungstabelle und dem Versicherungsschein sorgfältig durch.

1. Mit Ihrer Versicherungspolice nicht verfügbare Leistung.
2. Eine Leistung, bei der Sie die Karenzzeit nicht eingehalten haben.
3. Geforderte Beträge, die das gesamte maximale Jahreslimit eines Versicherungsjahres übersteigen. Danach sind alle Folgebehandlungen oder andere Beschwerden ausgeschlossen.
4. Jegliche Folgeschäden.
5. Jede Form der Behandlung oder medikamentösen Therapie, die experimentell oder unerprobt ist, basierend auf der allgemein anerkannten medizinischen Praxis in dem Land, in dem die Behandlung angeboten wird.
6. Unterstützte Fortpflanzung, einschließlich der In-vitro-Fertilisation (IVF).
7. Bestattung, Einäscherung oder Transport, wenn der Tod einer versicherten Person in deren Heimatland geschieht.
8. Betreuung und/oder Behandlung einer Drogenabhängigkeit oder Alkoholsucht und/oder einer Krankheit, Erkrankung oder Verletzung, die direkt oder indirekt aufgrund eines Alkohol-, Drogen- oder Substanzmissbrauchs oder einer Alkohol-, Drogen- oder Substanzabhängigkeit auftritt.
9. Gebühren, die von einem Spezialisten/Facharzt oder einem Krankenhaus berechnet werden und die wir nicht als angemessen und üblich erachten.
10. Geburtsfehler, einschließlich der Korrektur angeborener Missbildungen, soweit nichts anders vereinbart wurde.
11. Von Ihnen, Ihrem Ehegatten, Ihren Eltern oder Kindern durchgeführte ärztliche Beratungen oder von einer dieser Personen verschriebene Medikamente oder Behandlungen.
12. Ergänzende Behandlungen oder alternative Therapien, einschließlich, jedoch nicht beschränkt auf Ayurveda-Medikamenten, Rolfing, Massagen, Pilates, Yoga, Fangothérapien, Milta-Therapien und Energietherapien, mit Ausnahme der Behandlungen, die in der Leistungstabelle aufgeführt sind und für die ein Versicherungsschutz verfügbar ist.
13. Kosmetische oder plastische chirurgische Eingriffe sowie alle sich daraus ergebenden Behandlungen, unabhängig davon, ob sie zu medizinischen/psychologischen Zwecken sind oder nicht. Die einzige Ausnahme stellen rekonstruktive chirurgische Eingriffe dar, die zur Wiederherstellung der Funktion oder des Erscheinungsbildes nach einem entstellenden Unfall oder aufgrund einer Krebserkrankung notwendig sind, sofern der Unfall oder der chirurgische Eingriff während der Versicherungslaufzeit der versicherten Person geschieht.
14. Die Kryokonservierung, Implantation und Reimplantation lebender Zellen oder lebenden Gewebes, unabhängig davon, ob es vom Patienten selbst oder einem Spender stammt.
15. Zahnimplantate.
16. Essstörungen.
17. Kosten für den Erwerb eines Organs, einschließlich, jedoch nicht beschränkt auf die Spendersuche, die Typisierung, den Transports und die Verwaltungskosten.
18. Kosten, die aufgrund von Komplikationen entstanden sind, die unmittelbar durch eine Krankheit oder Behandlung auftraten, für die der Versicherungsschutz gemäß dieser Police ausgeschlossen oder eingeschränkt gewesen war.

19. Nichtbefolgung des ärztlichen Rates und der verschriebenen Betreuung sowie Komplikationen, die aufgrund des Nichtbeachtens eines solchen Rates auftreten. Dies beinhaltet den Verstoß gegen ein Reise-, Arbeits-, Bewegungs- oder Aktivitätsverbot.
20. Fetalchirurgie, einschließlich der Behandlung der Mutter oder des ungeborenen Kindes.
21. Gentests.
22. Wachstumshormonbehandlung.
23. HIV/AIDS/damit in Verbindung stehende Beschwerden.
24. Hausbesuche, außer wenn diese aufgrund einer plötzlich auftretenden Erkrankung, durch welche die versicherte Person nicht mehr in der Lage ist, zu ihrem Hausarzt, Arzt oder Therapeuten zu gehen, notwendig sind.
25. Unfruchtbarkeitsbehandlung, soweit nicht anders vereinbart.
26. Stationäre Behandlungen für Babys bei einer Mehrlingsgeburt, die aufgrund einer medizinisch unterstützten Fortpflanzung zur Welt kamen, sind auf £ 20.000 pro Kind für die ersten 3 Monate nach der Geburt beschränkt. Ambulante Behandlungen sind gemäß der Beschränkungen der Versicherung für ambulante Behandlungen abgedeckt. Die Neugeborenen müssen innerhalb von 30 Tagen nach der Geburt zur Versicherungspolice hinzugefügt werden.
27. Untersuchung und Behandlung von Fettleibigkeit.
28. Untersuchung und Behandlung von Haarausfall und jede Art von Haarsersatz, außer wenn der Haarausfall aufgrund einer Krebsbehandlung auftritt.
29. Untersuchung und Behandlung von Geschlechtskrankheiten.
30. Untersuchung, Behandlung und Komplikationen, die aufgrund sexueller Funktionsstörungen, Impotenz, Sterilisation und Empfängnisverhütung, einschließlich des Einsetzens und Entfernens von Verhütungsmitteln, und aller anderen Empfängnisverhütungsarten, auch wenn sie aus medizinischen Gründen verschrieben wurden, durchgeführt wurden bzw. auftraten. Einzige Ausnahme ist die Anwendung von Verhütungsmitteln zur Behandlung von Akne, wenn diese von einem Dermatologen verschrieben wurden.
31. Lern-, Verhaltens- und Entwicklungsstörungen.
32. Gesundheitliche Beschwerden und deren Folgen sowie Todesfälle, die durch Alkohol- oder Drogenmissbrauch von Seiten der versicherten Person aufgetreten sind.
33. Ärztliche Behandlungsfehler/Verstoß gegen die ärztliche Sorgfalt.
34. Arztgebühren für das Ausfüllen eines Antragsformulars oder andere Verwaltungsgebühren.
35. Kurzsichtigkeit, Weitsichtigkeit, Hornhautverkrümmung, natürliche/nicht medizinische degenerative Sehschwächen, nicht medizinische/natürliche degenerative Hörschwächen, Seh- und Hörhilfen, Kontaktlinsen-lösungen/-flüssigkeiten und Augentropfen.
36. Natürliche und atomare Gefahren.
37. Transporte, die keine Notfalltransporte sind.
38. Orthodontische Behandlungen, soweit nicht anders vereinbart.
39. Orthomolekulare Behandlungen.
40. Palliative Behandlungen oder die Behandlung chronischer Krankheiten, außer wenn diese Leistung in Ihrer Leistungstabelle aufgeführt ist.

41. Persönliche medizinische Ausschlüsse.

42. Phobien.

43. Wenn Sie sich unnötig in Gefahr begeben.

44. Fußorthopädie und Fußpflege.

45. Prä- und postnatale Kurse oder sonstige anderen pädagogische Kurse.

46. Vorerkrankungen oder damit verbundene Beschwerden (außer wenn wir den Abschluss als „Medizinische Vorerkrankungen nicht Berücksichtigt (MHD)“, genehmigt haben):

- a. Sollten Sie eine Versicherung mit Moratorium³, auch MORI genannt, abgeschlossen haben, gilt Folgendes: Wir schließen jede Krankheit oder damit verbundene Beschwerden aus, die in den zwei Jahren vor Beginn des Versicherungsschutzes der versicherten Person:
- vorhersehbar waren,
 - auftraten,
 - aufgrund derer diese Beschwerden oder Symptome hatte,
 - aufgrund derer diese sich hat beraten lassen oder
 - aufgrund derer diese behandelt wurde und/oder Medikamente erhalten hat,
 - die nach ihrem besten Wissen und Gewissen vorhanden waren.

Sollten Sie in den 2 Jahren nach Beginn des Versicherungsschutzes (für die selbe Erkrankung):

- Symptome gehabt,
- sich beraten lassen,
- eine Behandlung, Medikamente oder Schonkost benötigt bzw.
- eine Behandlung, Medikamente oder Schonkost erhalten haben,

müssen Sie einen Zeitraum von 2 aufeinanderfolgenden Jahren abwarten, in dem Sie:

- keine Symptome haben,
- sich nicht beraten lassen,
- keine Behandlung, Medikamente oder Schonkost benötigt bzw.
- keine Behandlung, Medikamente oder Schonkost erhalten,

damit die Krankheit oder damit verbundenen Beschwerden abgedeckt sind.

- b. Sollten Sie eine Versicherung mit voller medizinischer Risikoprüfung, auch FMU genannt, abgeschlossen haben, gilt Folgendes:

Es werden alle Vorerkrankungen oder damit verbundene Beschwerden ausgeschlossen, es sei denn, Sie haben uns diese bei Beantragung des Versicherungsschutzes mitgeteilt und wir haben keinen Ausschluss in den Versicherungsschein mitaufgenommen. Alle geltenden Ausschlüsse sind im Versicherungsschein aufgeführt.

- c. Sollten Sie eine Versicherung mit Fortsetzung medizinischer persönliche Ausschlüsse (CPME) oder Switch Moratorium abgeschlossen haben, gilt Folgendes:

Für Mitglieder, die vorher versichert waren und ohne eine Unterbrechung des Versicherungsschutzes zu uns wechseln, gelten die von dem vorherigen Versicherer geltenden Bedingungen bzw. die von diesem festgesetzte Moratoriumsfrist.

47. Präventivbehandlungen oder - verfahren.

³ Ausschluss von Vorerkrankungen vom Versicherungsschutz für einen bestimmten Zeitraum.

48. Produkte, die als Vitamine oder Mineralien eingestuft werden (außer während der Schwangerschaft oder zur Behandlung von diagnostizierten, klinisch signifikanten Vitaminmangelkrankheiten), Ernährungs- oder Diätberatung sowie Nahrungs- oder Diätergänzungsmittel, einschließlich, jedoch nicht beschränkt auf spezielle Säuglingsanfangsnahrung und Kosmetikprodukte, auch wenn diese empfohlen oder verschrieben wurden bzw. deren therapeutische Wirkung bestätigt wurde.
49. Produkte, die ohne ärztliches Rezept besorgt werden können.
50. Entfernung von Fettgewebe und gesundem Gewebe, unabhängig davon, ob dies aus medizinischen oder psychologischen Gründen geschieht oder nicht (einschließlich, jedoch nicht beschränkt auf Brustverkleinerungen).
51. Normale Schwangerschaft oder Entbindung, soweit nicht anders vereinbart.
52. Selbst zugefügte Leiden oder eine Verletzung, die durch einen versuchten Selbstmord verursacht wurde.
53. Dienstleistungen oder Behandlungen in Langzeitpflegeeinrichtungen, Pflegeheimen, Spas, Hydrokliniken, Sanatorien oder Erholungseinrichtungen, die kein Krankenhaus sind. Auch wenn der Aufenthalt von einem Arzt verschrieben wurde.
54. Geschlechtswechsel und Geschlechtsumwandlung, egal ob aus psychologischen Gründen oder nicht.
55. Transportkosten vom Schiff zum Land.
56. Schlafapnoe, Schnarchen, Schlafstörungen und schlafbezogene Atemstörungen.
57. Sprachtherapien, außer im Zusammenhang mit einer diagnostizierten körperlichen Beeinträchtigung wie z.B., unter anderem, einer Nasenverstopfung, einer neurogenen Störung (z.B. Zungenparese oder Gehirnverletzung) oder Artikulationsstörungen, welche die Mundstruktur (z.B. die Gaumenspalte) mit betreffen. In Verbindung mit Entwicklungsstörungen, Legasthenie, Dyspraxie oder einer expressiven Sprachstörung übernehmen wir die Kosten für eine Sprachtherapie nicht.
58. Chirurgische/medizinische Apparate wie beispielsweise Hilfsmittel oder Geräte, einschließlich Seh- und Hörhilfen, Zahnersatz und -prothesen. Während eines chirurgischen Eingriffes eingesetzte künstliche Hilfsmittel oder Prothesen sind abgedeckt.
59. Fahrtkosten zu und von medizinischen Einrichtungen (einschließlich Parkgebühren) bei berechtigten Behandlungen, mit Ausnahme der Fahrtkosten, die bei der Versicherung für medizinische Evakuierung und Rückführung abgedeckt sind.
60. Schwangerschaftsabbrüche, außer in den Fällen, in denen das Leben der schwangeren Frau in Gefahr ist.
61. Terrorismus, unabhängig davon, ob dies die Verwendung, das Abfeuern oder die Drohung mit einer Atomwaffe oder einem chemischen oder biologischen Stoff beinhaltet.
62. Behandlungen als Folge krimineller Handlungen.
63. Behandlungen von Leiden wie z.B. Verhaltensstörung, Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätssyndrom, Autismus-Spektrum-Störung, oppositionelles Trotzverhalten, antisoziales Verhalten, Zwangsneurose, Bindungsstörung, Anpassungsstörung sowie alle Behandlungen zur Förderung positiver sozial-emotionaler Beziehungen, wie Kommunikationstherapie, Floortime-Therapie⁴ und Familientherapie.
64. Krieg, Krawalle, zivile Unruhen, Terrorismus oder Maßnahmen gegen ausländische Feindseligkeiten, unabhängig davon, ob ein Krieg erklärt wurde oder nicht.
65. Behandlungen in den USA sind nicht abgedeckt, wenn wir wissen oder vermuten, dass die Versicherung abgeschlossen wurde, um zur Behandlung einer Krankheit, deren Symptome bei dem Mitglied bereits vor dem Abschluss aufgetreten waren, in die USA zu reisen.
66. Behandlungen oder Diagnoseverfahren bei Verletzungen, die durch die Ausübung eines Berufssports verursacht wurden.

⁴ Therapie, bei der die Eltern oder Therapeuten mehrmals täglich bis zu 30 Minuten mit dem Kind auf dem Boden sitzen und spielen.

- 67.** Behandlungen außerhalb des geographischen Bereichs des Versicherungsschutzes, außer bei Notfällen und/oder mit unserer vorherigen Genehmigung.
- 68.** Nur auf Ihren Wunsch hin durchgeführte Behandlungen.
- 69.** Ohne die Überweisung durch Ihren Hausarzt durchgeführte Behandlungen.
- 70.** Behandlungen, die stattgefunden haben:
- vor Beginn des Versicherungsschutzes;
 - nach Ablauf des Versicherungsschutzes, außer Sie haben die Versicherung bei uns verlängert, den fälligen Beitrag bezahlt und die Beschwerde ist berechtigt;
 - ohne dass Sie den fälligen Beitrag bezahlt haben.
- 71.** Triple-/Bart-, Quadruple- oder Spina-bifida-Tests, außer bei Frauen, die 35 Jahre oder älter sind, die Mütterversicherung abgeschlossen und die Karenzfrist eingehalten haben.

9. Einreichung eines Antrags

Bevor Sie einen Antrag stellen, lesen Sie bitte die vorliegenden Versicherungsunterlagen, einschließlich der Leistungstabelle, durch, um zu erfahren, ob Sie über den entsprechenden Versicherungsschutz verfügen. Sollten Sie Fragen zum Versicherungsschutz haben, wenden Sie sich bitte an unsere internationale Antrags hotline.

1. Vorherige Genehmigung medizinischer Evakuierungen oder von Notfällen mit Einweisung als stationärer Patient/Tagespatient

Bei einem medizinischen Notfall, bei dem Sie in ein Krankenhaus eingewiesen werden müssen oder eine medizinische Evakuierung notwendig ist, müssen Sie oder Ihre Vertreter unverzüglich die internationale Antrags hotline anrufen.

2. Beantragung von Behandlungskosten als stationärer Patient/Tagespatient

Stationäre Behandlungen und Behandlungen als Tagespatient werden direkt an den Hausarzt oder Facharzt, das Krankenhaus oder die Klinik bezahlt. Das bedeutet, dass Sie keine Behandlung bezahlen müssen, sofern Sie weder einen Selbstbehalt noch eine Zuzahlung in Ihrer Versicherungspolice vereinbart haben, die Behandlung nicht berechtigt ist oder die Leistungen aufgebraucht wurden.

Sie müssen für jede stationäre oder ambulante Behandlung vorher die Genehmigung erhalten. Sollte eine solche vorherige Genehmigung nicht vorliegen, werden die entstandenen Kosten nur zu 50% übernommen.

Vorheriges Genehmigungsverfahren:

- Das Antragsverfahren beginnt in dem Moment, in dem Ihr Hausarzt Sie zu einem Spezialisten überweist. Sie müssen Ihrem Hausarzt mitteilen, dass Sie eine Privatbehandlung wünschen.
- Wenden Sie sich unter 0800 000 1727 an die internationale Antrags hotline.
- Jemand aus unserem für Forderungen zuständigen Team wird Ihre Angaben aufnehmen.
- Wir setzen uns dann mit Ihrem Hausarzt und dem Krankenhaus oder der Klinik in Verbindung, um sicherzustellen, dass alle Maßnahmen für Ihre Behandlung getroffen wurden.
- Danach bestätigen wir die Genehmigung und die Maßnahmen, die für Ihre Behandlung vereinbart wurden. Sie müssen kein Antragsformular ausfüllen.
- Sie erhalten Ihre Behandlung im Krankenhaus oder in der Klinik.

3. Beantragung ambulanter Behandlungen

Sie müssen das Krankenhaus oder die Klinik für Ihre ambulante Behandlung bezahlen. Danach bezahlen wir die Auslagen, die Ihnen entstanden sind, ausgenommen der gemäß einer Versicherungsbedingungen und -bestimmungen vereinbarten Selbstbeteiligung oder Zuzahlung.

Sollten Sie Hilfe oder eine Beratung benötigen, wenden Sie sich bitte unter den genannten Nummern an unser für Anträge zuständiges Team. Für eine vorherige Genehmigung müssen Sie die internationale Antrags hotline nicht anrufen.

- Wenden Sie sich auf normale Weise an Ihren Arzt, Therapeuten, Spezialisten oder Berater.
- Begleichen Sie Ihre Rechnung für die Behandlung, die Sie erhalten haben.
- Füllen Sie ein Antragsformular aus. Sie können ein Antragsformular erhalten, indem Sie sich an die internationale Antrags hotline wenden:
 - Tel: +44 (0) 1202 283 580;
 - E-Mail: intclaims@freedomhealthinsurance.co.uk;
 - indem Sie ein Antragsformular von www.freedomhealthinsurance.co.uk herunterladen.
- Stellen Sie sicher dass Sie Ihr vollständig ausgefülltes Antragsformular zusammen mit der Originalrechnung und einer Originalquittung an die Schadensabteilung senden zusammen mit einer Kopie der Rechnung und Quittung.

- Senden Sie Ihren Anspruch per Post an die unten angegebene Adresse per E-Mail an intclaims@freedomhealthinsurance.co.uk oder per Fax an +44 (0) 1202 756351.
- Um sicherzustellen, dass wir Ihren Anspruch bearbeiten können müssen Sie die folgenden Artikel senden:
 - Ein vollständig ausgefülltes medizinisches Antragsformular.
 - Die Kopie der Originalrechnung (en) mit Einzelposten.
 - Die Kopie der Originalquittung (en).
 - Eine Kopie der Verordnung, wenn Medikamente Teil des Anspruchs sind.

Kontaktdaten der Leistungsabteilung

Internationalen Antragshotline: 0800 000 1727

Wenn Sie dem Ausland anrufen, wählen Sie bitte: +44 (0) 1202 755578

10. Beschwerden

Unsere Verpflichtung Ihnen gegenüber

Freedom Healthnet Ltd. ist jeder Kunde wichtig und wir sind der Meinung, dass Sie das Recht auf einen fairen, schnellen und zuvorkommenden Service haben.

Wir verpflichten uns, Ihnen einen ausgezeichneten Service zu liefern und die Erwartungen unserer Kunden zu übertreffen.

Sollten Sie aus irgendeinem Grund mit einem bestimmten Teil unseres Services nicht vollkommen zufrieden sein, bitten wir Sie, uns dies mitzuteilen.

Unsere Arbeit besteht darin, Angelegenheiten so schnell wie möglich zu erledigen und, soweit erforderlich, Maßnahmen zu ergreifen, um zu verhindern, dass das Problem erneut auftritt. Wir schätzen unsere Kunden und Ihr Feedback kann uns dabei helfen, die Produkte und Dienstleistungen, die wir Ihnen anbieten, zu verbessern.

Ihre Beschwerde wird von einem zuständigen Angestellten überprüft, der nicht in die Angelegenheit, die Gegenstand der Beschwerde ist, verwickelt ist.

Unser Ziel ist es, Ihre Beschwerde bei Geschäftsschluss am Tag nach Erhalt der Beschwerde erledigt zu haben. Sollten wir die Beschwerde innerhalb dieses Zeitraumes nicht erledigen können, da wir eine genauere Überprüfung durchführen müssen, werden wir:

1. Den Empfang Ihrer Beschwerde innerhalb von 5 Werktagen entweder mit einer ausführlichen Antwort oder einer Auskunft über den Fortschritt der Angelegenheit sowie der Nennung eines Ansprechpartners für zukünftige Auskünfte bestätigen;
2. Ihnen innerhalb von 4 Wochen nach Erhalt Ihrer Beschwerde eine abschließende Antwort und (wenn angebracht) eine Entschädigung zukommen lassen.

Bitte beachten Sie, dass in einigen Fällen bei einer Beschwerde eine genauere Überprüfung und daher ein längerer Zeitraum zu deren Erledigung erforderlich sind. Unser Ziel ist es, solche eingehenden Überprüfungen von Beschwerden innerhalb von 8 Wochen zu erledigen. Wir werden Ihnen mitteilen, wenn das bei Ihrer Beschwerde der Fall sein sollte.

Einreichung einer Beschwerde:

Sie können Ihre Bedenken schriftlich vorbringen an den:

Geschäftsführer
Freedom Health Insurance
County Gates House
300 Poole Road
Poole
Dorset
BH12 1AZ
Großbritannien

E-Mail: intclaims@freedomhealthinsurance.co.uk

Wenn Sie mit dem Ergebnis Ihrer Beschwerde weiterhin unzufrieden sind und ein berechtigter Beschwerdeführer sind, können Sie Ihre Beschwerde an den Mediator des französischen Verbandes der Versicherungsunternehmen weiterleiten.

AWP Health & Life SA (der Versicherer) ist Unterzeichner der Schlichtungscharta des französischen Verbandes der Versicherungsgesellschaften. Im Falle einer anhaltenden und endgültigen Meinungsverschiedenheit haben Sie daher die Möglichkeit, sich nach Ausschöpfung aller anderen möglichen gütlichen Rechtsmittel an den Schlichter des französischen Verbandes der Versicherungsgesellschaften zu wenden, unbeschadet anderer möglicher rechtlicher Schritte, der unter der folgenden Adresse zu erreichen ist:

La Médiation de l'Assurance

TSA 50 110

75 441 Paris Cedex 09

www.mediation-assurance.org

11. Definitionen

Missbrauch

Missbräuchlicher oder übermäßiger Konsum von Alkohol, Drogen oder jeglicher anderer berauschender Substanz. Dies schließt die Einnahme von Medikamenten in einer anderen als der ärztlich verordneten oder verschriebenen Menge oder aus einem anderen als dem ursprünglich beachteten Grund ein.

Unfall

Eine Verletzung, die durch ein unerwartetes Ereignis und unabhängig vom Willen der versicherten Person verursacht wurde und auf das diese keinen Einfluss hatte. Der Grund und die Symptome müssen medizinisch und objektiv feststellbar sein, eine Diagnose ermöglichen und eine Therapie erforderlich machen.

Unfalltod

Ein einzelnes, plötzliches und unerwartetes Ereignis, das während der Versicherungslaufzeit zu einer feststellbaren Zeit und an einem feststellbaren Ort stattfindet und zu dem Zeitpunkt, an dem es stattfindet, eine unerwartete Verletzung verursacht und allein und unabhängig von jeglichen anderen Gründen nach seinem Eintritt zum Tod der versicherten Person führt.

Durch Unfall verursachte Zahnverletzung

Ein plötzlicher und unvorhersehbarer Schlag ins Gesicht, auf die Zähne oder den Kiefer, der Ihnen an einem feststellbaren Ort und zu einer feststellbaren Zeit versetzt und durch den eine Zahnverletzung verursacht wird.

Akute Erkrankung

Eine Krankheit, Erkrankung oder Verletzung, die für gewöhnlich schnell auf eine Behandlung anspricht, die dazu führen soll, Sie wieder in den Gesundheitszustand, in dem Sie sich befanden, bevor Sie an der Krankheit, Erkrankung oder Verletzung litten, zu versetzen oder durch welche die völlige Genesung erreicht werden soll.

Rat

Jeder Rat in Bezug auf irgendein Symptom oder irgendeine Auffälligkeiten, den Sie von einem Arzt, Spezialist, Therapeuten oder einem verbundenen Facharzt oder auf andere Weise erhalten haben.

Angemessen

- a. Die Serviceart, -stufe und -dauer sowie die Einrichtung, die für eine sichere und angemessene Versorgung erforderlich ist.
- b. Gemäß der allgemein anerkannten medizinischen Praxis und den fachlich anerkannten Richtlinien erbracht.
- c. Durch anerkannte Mediziner oder entsprechende Behörden allgemein nicht als experimentell, in der Erprobung oder unerprobt betrachtet.
- d. Speziell gemäß den Gesetzen zugelassen, welche den Dienstleister, der den Service erbringt, betreffen.

Sollten in Verbindung mit einem Antrag Zweifel bezüglich der Angemessenheit einer Behandlung bestehen, hat unser Chefarzt über die Angemessenheit zu entscheiden.

Leistung

Den Höchstbetrag bezahlen wir gemäß der Versicherungspolice und wie in der Leistungstabelle aufgeführt. Die Kosten müssen angemessen und üblich sein.

Krebs

Ein bösartiger Tumor, bösartiges Gewebe oder bösartige Zellen, der bzw. die durch das unkontrollierte Wachstum und die unkontrollierte Streuung bösartiger Zellen und den Befall von Gewebe gekennzeichnet ist bzw. sind. Nähere Informationen zum Versicherungsschutz bei Krebsbehandlungen finden Sie unter dem Punkt Leitfaden zum Versicherungsschutz bei Krebs.

Versicherungsschein

Das dieser Versicherungspolice beigefügte Dokument, in dem die versicherte Person, der Versicherungsbeginn und jegliche Nachträge aufgeführt sind.

Chronische Krankheit

Eine Krankheit, Beschwerde oder Verletzung, die mindestens eine der folgenden Merkmale aufweist:

- eine permanente oder eine Langzeitüberwachung durch Arztbesuche, Untersuchungen, Check-ups und/oder Tests ist erforderlich;
- permanente oder Langzeitkontrollen oder die Linderung von Symptome sind notwendig;
- Ihre Rehabilitation ist erforderlich oder Sie benötigen ein spezielles Training, um damit zurechtzukommen;
- es dauert auf unbestimmte Zeit an;
- es ist kein Heilverfahren dafür bekannt;
- sie kehrt zurück oder wird wahrscheinlich zurückkehren.

Forderung

Die Kosten für eine Behandlung, die in Verbindung mit einer bestimmten akuten Erkrankung durchgeführt und vorher von uns schriftlich als berechtigte Leistung gemäß dieser Versicherungspolice genehmigt wurde.

Antragsteller

Eine versicherte Person, die eine Forderung gemäß der Versicherungspolice eingereicht hat.

Naher Familienangehöriger

Ein Familienangehöriger, Eltern, Stiefeltern, Schwiegereltern, Großeltern, Enkel, Brüder, Schwestern, Schwager, Schwägerinnen, Schwiegersöhne, Schwiegertöchter oder ein gesetzlicher Vormund.

Beginn des Versicherungsschutzes

Dies ist der Tag des Vertragsbeginns bei uns, der in dem Versicherungsschein angegeben ist.

Zusatzbehandlung

Therapeutische und diagnostische Behandlungen, die es außerhalb der Einrichtungen, in denen konventionelle Medizin unterrichtet wird, gibt. Diese Medizin schließt von zugelassenen Therapeuten durchgeführte chiropraktische Behandlungen, Osteopathie, chinesische Kräuterheilkunde, Homöopathie und Akupunktur mit ein.

Zuzahlung

Der Prozentsatz der Kosten, welche die versicherte Person übernehmen muss.

Kritisch

Ein instabiler und ernster Gesundheitszustand, bei dem der Ausgang nicht medizinisch prognostizierbar ist, die Prognose unklar ist und der zum Tod führen könnte.

Tagespatient

Ein Patient, der in einem Krankenhaus oder auf einer Station für Tagespatienten aufgenommen wird, da über einen gewissen Zeitraum die medizinische Überwachung seines Genesungsverlaufes erforderlich ist, der aber nicht im Krankenhaus übernachtet.

Zahnprothese

Dies beinhaltet Kronen, Einlagefüllungen, Kuppelfüllungen, adhäsive Rekonstruktionen/Füllungen, Brücken, Gebisse und Implantate sowie alle notwendigen und erforderlichen Zusatzbehandlungen.

Zahnchirurgie

Dies beinhaltet das Ziehen von Zähnen, Zahnwurzelbehandlungen sowie die Behandlung anderer Mundprobleme, wie beispielsweise angeborene Kiefermissbildungen (z.B. Kieferspalte), Brüche und Tumore. Die Zahnchirurgie deckt keine chirurgischen Behandlungen in Verbindung mit Zahnimplantaten ab.

Zahnbehandlung

Beinhaltet einen jährlichen Zahncheck, einfache Füllungen in Verbindung mit Löchern, Karies und Wurzelkanalbehandlungen.

Familienangehöriger

Ihr Ehemann, Ihre Ehefrau, Ihr Partner oder ein unverheiratetes Kind, das in Ihre Versicherungspolice eingebunden wurde. Mit Partner meinen wir eine Person, mit der Sie dauerhaft zusammenleben. Mit Kind meinen wir Ihr eigenes oder unverheiratetes Kind, ihr Adoptiv- oder Stiefkind oder das Ihres Partners, das unter 21 Jahre (bzw. unter 25 Jahre bei Studenten, die einen Vollzeitunterricht besuchen) alt ist.

Diagnosetest

Untersuchungen wie Röntgen oder Bluttests, um den Auslöser Ihrer Symptome zu finden oder die dabei helfen, diesen zu finden.

Esstörung

Jede psychische Störung, wie beispielsweise Anorexia nervosa oder Bulimie, die eine unzureichende oder exzessive Nahrungsaufnahme beinhaltet.

Notfall

Dies bedeutet das plötzliche und unvorhersehbare Auftreten einer Krankheit, die dringend medizinischer Versorgung bedarf. Es sind nur Behandlungen, die innerhalb von 24 Stunden nach Eintritt des Notfalls beginnen, abgedeckt.

Selbstbehalt

Der auf dem Versicherungsschein aufgeführte Betrag, dessen Übernahme Sie zugestimmt haben und den Sie in jedem neuen Versicherungsjahr von den Kosten für die erstattungsfähige Behandlung selber übernehmen müssen.

Experimentelle Behandlung

Ein diagnostischer, medizinischer oder chirurgischer Eingriff, eine Behandlung oder medikamentöse Therapie, die auf der Grundlage allgemein anerkannter medizinischer Praxis als experimentell oder unbewiesen (unerprobt) angesehen wird.

Heimatland

Das Land, für welches die versicherte Person einen gültigen Pass besitzt und in welches die versicherte Person zurücktransportiert werden möchte.

Krankenhaus

Eine Einrichtung, die in dem Land, in dem sie tätig ist und in dem der Patient dauerhaft von einem Arzt überwacht wird, als medizinisches oder chirurgisches Krankenhaus zugelassen ist. Folgende Einrichtungen werden nicht als Krankenhäuser betrachtet: Pflege- und Altersheime, Spas, Kurzentren und Kurorte.

Krankenhausunterbringung

Eine standardmäßige private oder halbprivate Unterbringung, wie in der Leistungstabelle beschrieben. Deluxe- und Executive-Räume und -Suiten sind nicht abgedeckt.

Krankenhauskosten

Kosten für Unterbringung, Pflege, Operationssäle, Medikamente, Verbandsmaterial, Pathologie, Radiologie und alle anderen Kosten, die von einem Krankenhaus für Behandlungen berechnet werden und in unserer Gebührentabelle aufgeführt sind.

Unfruchtbarkeitsbehandlung

Behandlungen für beide Geschlechter, einschließlich invasiver Untersuchungsmethoden, die zur Feststellung der Ursache der Unfruchtbarkeit erforderlich sind, wie beispielsweise Hysterosalpingogramm, Laparoskopie oder Hysteroskopie.

Stationärer Patient

Ein Patient, der in ein Krankenhaus aufgenommen wird und dort aus medizinischen Gründen eine oder mehrere Nächte verbringen muss.

Versicherte/s Person/Mitglied

Alle auf dem Versicherungsschein aufgeführten Personen.

Lokaler Krankenwagentransport

Krankenwagentransporte zum nächstgelegenen und geeigneten Krankenhaus oder zu einer entsprechenden zugelassenen medizinischen Einrichtung, die aufgrund eines Notfalles oder aus medizinischen Gründen erforderlich sind.

Langzeitpflege

Eine Betreuung über einen längeren Zeitraum, nachdem die Akutbehandlung abgeschlossen wurde, für gewöhnlich bei einer chronischen Krankheit oder einer Behinderung, die periodische, regelmäßige oder ununterbrochene Betreuung erforderlich macht. Eine Langzeitpflege kann zu Hause, in der Gemeinschaft, in einem Krankenhaus oder in einem Pflegeheim erfolgen.

Wesentliche Tatsache

Informationen, die Auswirkungen auf unsere Beurteilung, Zustimmung, die Verlängerung des Versicherungsschutzes oder die Vornahme von Änderungen an der Versicherungspolice haben. Dazu gehören beispielsweise Informationen:

- über Sie und Ihre Familienangehörigen, Ihren Lebensstil, Ihre Gesundheit oder Beschwerden, zu denen wir Ihnen Fragen gestellt haben;
- bei denen Sie sich entschieden haben, uns diese mitzuteilen; oder
- zu denen wir Ihnen keine Fragen gestellt haben, zu denen Sie uns aber Auskunft geben müssen.

Sollten Sie Zweifel haben, ob es sich bei einer Information um eine wesentliche Tatsache handelt oder nicht, teilen Sie uns diese bitte mit.

Beschwerde

Jede Art von Anzeichen, Symptom, Erkrankung, Krankheit, Leiden oder Verletzung.

Medizinische Notwendigkeit/medizinisch notwendig

Dienstleistungen oder Versorgungen, die:

- den Anzeichen, Symptomen, der Diagnose oder Behandlung der Beschwerde angemessen sind;
- für die Diagnose oder die direkte Pflege oder Behandlung der Verletzung oder Erkrankung erbracht wurden;
- gemäß der Richtlinien der guten medizinischen Praxis innerhalb einer organisierten medizinischen Gemeinschaft erbracht wurden;
- nicht primär als Annehmlichkeit für die versicherte Person oder einen beteiligten Dienstleister, welcher für die versicherte Person angemessene und abgedeckte Leistungen erbringt, erbracht wird.
- eine für eine sichere und passende Versorgung notwendige angemessene Versorgung und ein angemessenes Servicelevel bieten.

Sollten Zweifel an der medizinischen Notwendigkeit einer Behandlung in Verbindung mit einer Forderung bestehen, wird unser Chefarzt über die medizinische Notwendigkeit entscheiden.

Arzt

Ein Arzt, der zur Ausübung der ärztlichen Tätigkeit gemäß der Gesetzgebung des Landes, in dem die Behandlung durchgeführt wird und in dem er/sie die Tätigkeit im Rahmen seiner/ihrer Zulassung ausübt, zugelassen ist.

Arztgebühren

Eine nicht chirurgische, durch einen Arzt durchgeführte bzw. verabreichte Behandlung.

Hebammengebühren

Gebühren, die durch eine Hebamme oder einen Geburtshelfer angefallen sind, die/der die gemäß den Gesetzen des Landes, in dem die Behandlung durchgeführt wird, notwendige Ausbildung abgeschlossen und die erforderlichen Staatsexamen bestanden hat.

Moratorium

Der Zeitraum, in dem wir keine Kosten für Vorerkrankungen erstatten.

Neugeborenenversorgung

Übliche und erforderliche Untersuchungen zur Beurteilung der vollständigen und grundlegenden Funktion der Organe und Skelettstruktur des Neugeborenen. Diese notwendigen Untersuchungen werden sofort nach der Geburt durchgeführt. Spätere Präventivuntersuchungen, wie beispielsweise Routineabstriche, Blutgruppenbestimmung und Hörtests, sind nicht abgedeckt. Alle medizinisch notwendigen Nachuntersuchungen und -behandlungen sind durch die eigene Versicherung des Neugeborenen abgedeckt.

Betreuung zu Hause oder in einer Kuranstalt

Fachliche Pflegedienste, die von einer qualifizierten Krankenschwester zu Hause erbracht werden. Die Betreuung muss unter der Aufsicht eines Spezialisten und zu medizinischen und nicht häuslichen Zwecken stattfinden.

Übergewicht

Wird diagnostiziert, wenn der BMI (Body-Maß-Index) einer Person bei über 30 liegt.

Onkologie

Gebühren für Spezialisten, Diagnostiktests, Radiotherapie, Chemotherapie und Krankenhausaufenthalte, die in Verbindung mit der Planung und Ausführung einer Krebsbehandlung ab dem Zeitpunkt der Diagnose entstanden sind.

Oralchirurgische Maßnahmen

Chirurgische Maßnahmen wie z.B.:

- Zahnreplantation nach einem Unfall,
- chirurgische Entfernung betroffener/verborgener Zähne,
- chirurgische Entfernung kompliziert verborgener Zähne,
- chirurgische Drainage von Zahnabszessen,
- Wurzelspitzenamputation,
- Enukleation von Kieferzysten,
- Behandlung von Unterkiefer-, Jochbogen- und Oberkieferfrakturen, einschließlich innerer und äußerer Fixierung,
- Entfernung oder Resektion des Unter- oder Oberkiefers, einschließlich der Entfernung von Malignitäten,
- Kieferosteotomie und Prothesenchirurgie,
- offene Operationen am Kiefer, einschließlich des Kiefergelenks,
- Krankenhausaufenthalte für Zahnbehandlungen, bei denen bei der gerinnungshemmenden Therapie eine Behandlung erforderlich ist,

wenn diese von einem Oral- oder Kieferchirurgen durchgeführt werden.

Kieferorthopädie

Die Verwendung von Apparaten, um einen Fehlbiss zu korrigieren und die richtige Stellung und Funktion wiederherzustellen.

Orthomolekulare Behandlung

Behandlungen mit dem Ziel, das optimale ökologische Umfeld für die Körperzellen wiederherzustellen, indem Mängel auf molekularer Ebene, basierend auf der individuellen Biochemie beseitigt werden. Es werden natürliche Substanzen wie Vitamine, Mineralien, Enzyme, Hormone, usw. verwendet.

Ambulante Operation

Eine in einer Arztpraxis, einem Krankenhaus, einer Tagesklinik oder auf einer Station für ambulante Operationen durchgeführte Operation, bei der der Patient aus medizinischer Sicht nicht über Nacht bleiben muss.

Ambulanter Patient

Ein Patient, der ein Krankenhaus, eine Sprechstunde oder eine ambulante Klinik besucht und nicht als Tagespatient oder stationärer Patient aufgenommen wird.

Palliative Behandlung

Eine Behandlung, die allein zur Linderung der Symptome und nicht zur Heilung der Beschwerde durchgeführt wird.

Patient

Die versicherte Person, bei der eine Krankheit behandelt wird.

Zahnfleischbehandlungen

Zahnbehandlungen in Verbindung mit Zahnfleischerkrankungen.

Phobie

Eine anhaltende, irrationale, starke Angst vor einem speziellen Gegenstand, einer speziellen Tätigkeit oder Situation.

Versicherungspolice

Das Antragsformular, die Erklärung, die Versicherungsunterlagen, die angemessenen und üblichen Gebühren, der Versicherungsschein, die Leistungstabelle, Definitionen und alle Nachträge.

Versicherungslaufzeit

Der auf dem Versicherungsschein angegebene Zeitraum zwischen dem Beginn und Ablauf des Versicherungsschutzes.

Postnatale Versorgung

Übliche medizinische Versorgung nach der Geburt, welche die Mutter bis zu sechs Wochen nach der Geburt erhält.

Vorherige Genehmigung

Ein Verfahren, über das die versicherte Person uns um Genehmigung bittet, bevor die Behandlung durchgeführt wird oder Kosten verursacht werden. Sollte die vorherige Genehmigung nicht eingeholt werden, übernehmen wir nur 50% der Kosten, die vereinbart worden wären, wenn der entsprechende Genehmigungsablauf eingehalten worden wäre.

Vorerkrankungen

Jede Krankheit, Beschwerde oder Verletzung, in Verbindung mit der Sie:

- ein Medikament, eine Beratung oder eine Behandlung erhalten oder
- Symptome gehabt haben,

unabhängig davon, ob die Krankheit innerhalb der zwei Jahre vor Beginn des Versicherungsschutzes diagnostiziert wurde oder nicht. Für genauere Informationen lesen Sie bitte den Abschnitt Versicherungsarten.

Schwangerschaft

Der Zeitraum von der Diagnose an bis zur Geburt.

Beiträge

Der Betrag, den Sie uns jedes Jahr als Beitrag für die Police zahlen müssen, abzüglich aller anfallenden Steuern und Abgaben (einschließlich Quellensteuer). Alle anwendbaren Steuern, die gemäß den örtlichen Gesetzen erhoben werden, werden zur Prämie hinzugerechnet und gegebenenfalls auf der Rechnung ausgewiesen.

Pränatale Versorgung

Übliche, während der Schwangerschaft notwendige Untersuchungen und Nachuntersuchungen. Für Frauen ab 35 beinhaltet dies Triple-/Bart-, Quadriple- und Spina-bifida-Tests, eine Fruchtwasseruntersuchung und DNA-Analyse, wenn diese direkt an die berechnete Fruchtwasseranalyse gekoppelt ist.

Verschriebene medizinische Hilfsmittel/Apparate

Ein Hilfsmittel, Apparat oder Gerät, das bzw. der zur Unterstützung der Funktions- oder Leistungsfähigkeit der versicherten Person verschrieben wurde, wie beispielsweise Hör- oder Sprechhilfen (elektronischer Kehlkopf), Krücken oder Rollstühle, orthopädische Stützen/Bandagen, künstliche Glieder, Künstlicher Darmausgang Hilfsmittel, medizinische Thromboseprophylaxe-Strümpfe sowie orthopädische Einlagen. Die Kosten für medizinische Hilfsmittel, die Teil einer palliativen Behandlung oder einer Langzeitbehandlung sind, sind nicht abgedeckt.

Verschreibungspflichtige Arzneimittel und Medikamente

Eine chemische Substanz, die als Arzneimittel zugelassen ist, das für die Behandlung einer bestätigten Diagnose oder Krankheit oder zur Kompensierung einer vitalen Körpersubstanz verschreibungspflichtig ist. Die Wirksamkeit der verschreibungspflichtigen Arzneimittel muss durch die pharmazeutische Aufsichtsbehörde des entsprechenden Landes klinisch geprüft und von dieser anerkannt sein.

Präventivbehandlung

Eine Behandlung, die durchgeführt wird, ohne dass zum Zeitpunkt der Behandlung Symptome vorhanden waren. Ein Beispiel für eine solche Behandlung ist die Entfernung einer präkanzerösen Gewebeveränderung (Muttermal auf der Haut).

Land des Hauptwohnsitzes

Das Land, in dem Sie und Ihre Familienangehörigen mehr als sechs Monate im Jahr leben.

Berufssport

Jede Art von Berufssport, wofür man eine Bezahlung erhält.

Psychiatrie und Psychotherapie

Die Behandlung einer Geistes-, Nerven- oder Essstörung, die durch einen klinischen Psychiater oder Psycho-logen durchgeführt wird. Die Störung muss mit einem vorhandenen Leiden oder einer erheblichen Beeinträchtigung der Fähigkeit der betroffenen Person, in einem wichtigen Lebensbereich (z.B. am Arbeitsplatz) ihre Rolle zu erfüllen, einhergehen. Das vorangehend genannte Leiden muss klinisch signifikant und darf keine Reaktion auf ein besonderes Ereignis, wie beispielsweise einen Todesfall, eine Beziehung, ein Schulproblem oder eine Akkulturation sein. Die Störung muss die Einstufungskriterien gemäß einem internationalen Klassifikationssystem, wie beispielsweise dem Diagnostic and Statistical Manual (DSM-IV, diagnostischer und statistischer Kriterienkatalog) oder der Internationalen Statistischen Klassifikation der Krankheiten (ICD-10), erfüllen.

Angemessen und üblich

Was wir basierend auf unserer Erfahrung und unserem Wissen als vertretbare Behandlungskosten betrachten.

Rehabilitation

Eine Behandlung mit dem Ziel, nach einer akuten Erkrankung oder Verletzung die normale Form und/oder Funktion wiederherzustellen. Die Rehabilitationskosten werden nur für Behandlungen übernommen, die unmittelbar nach Beenden der akuten medizinischen Behandlung beginnen. Die Behandlung muss in einer zugelassenen Rehabilitationseinrichtung stattfinden.

In Verbindung stehende Krankheit

Jede Krankheit, die aus medizinischer Sicht in Verbindung mit einer anderen Krankheit steht.

Routinemäßige Gesundheitschecks

Tests/Untersuchungen, die durchgeführt werden, ohne dass ein klinisches Symptom vorhanden ist. Solche Tests beinhalten die folgenden Untersuchungen, die in bestimmten Altersintervallen, zur Früherkennung einer Krankheit oder Erkrankung durchgeführt werden:

- Untersuchung der Vitalzeichen (Blutdruck, Cholesterin, Puls, Atmung, Temperatur, usw.),
- Herz-Kreislauf-Untersuchung,
- neurologische Untersuchung,
- Krebsuntersuchung,
- Gesundheitschecks für Kinder (für Kinder bis 6 Jahre, für bis zu 15 Besuche pro Laufzeit).

Spezialist

Ein qualifizierter und zugelassener Arzt, der über die erforderlichen Zusatzqualifikationen und Fachkenntnisse verfügt, um als anerkannter Spezialist für Diagnosetechniken, Behandlungen und Prävention in einem speziellen medizinischen Bereich tätig sein zu können. Diese Leistung beinhaltet keinen Versicherungsschutz für Psychiater- oder Psychologengebühren. Wenn diese Leistung abgedeckt sein sollte, ist in der Leistungstabelle eine extra Leistung für Psychiater und Psychologen aufgeführt.

Facharztgebühren

Gebühren für nicht-chirurgische Behandlungen, die von einem Spezialisten durchgeführt oder verabreicht werden.

Sprachtherapie

Behandlungen, die von einem zur Behandlung diagnostizierter körperlicher Beeinträchtigungen qualifizierten Sprachtherapeuten durchgeführt werden. Zu diesen Beeinträchtigungen zählen unter anderem Nasenverstopfungen, neurogene Störungen (z.B. Zungenpareesen oder Gehirnverletzungen) oder Artikulationsstörungen, welche die Mundstruktur (z.B. die Gaumenspalte) mit betreffen.

Chirurgische Hilfsmittel und Prothesen

Künstliche Körperteile oder Apparate, die einen wesentlichen Bestandteil des chirurgischen Eingriffs oder einer nach dem chirurgischen Eingriff erforderlichen Behandlung darstellen.

Leistungstabelle

Hier finden Sie die für Sie verfügbaren Leistungen. Sie erhalten die Leistungstabelle zusammen mit dem Versicherungsschein.

Therapeut

Ein Chiropraktiker, Osteopath, chinesischer Kräutlerarzt, Homöopath, Akupunkteur, Physiotherapeut, Sprachtherapeut, Ergotherapeut oder Okulomotortherapeut, der gemäß den Gesetze des Landes, in dem die Behandlung stattfindet, dafür qualifiziert und zugelassen ist.

Dritte Meinung

Der Erhalt einer alternativen Meinung über die Krankheit von einem zweiten, von uns ausgewählten Spezialisten.

Behandlung

Chirurgische oder medizinische Dienste (einschließlich Diagnosetests), die zur Stellung der Diagnose, Abschwächung oder Heilung der Krankheit, Beschwerde oder Verletzung benötigt werden.

Underwriter

AWP Health & Life SA, Aktiengesellschaft mit einem Kapital von 65.190.446 EUR, eingetragen im Handels- und Gesellschaftsregister von Bobigny unter der Nummer 401 154 679. Sie unterliegt dem französischen Versicherungsgesetz und hat ihren Sitz in Eurosquare 2, 7 rue Dora Maar, 93400 Saint Ouen, Frankreich.

AWP Health & Life SA unterliegt der Aufsicht der französischen Aufsichtsbehörde (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR)) mit Sitz in 4 Place de Budapest, CS 92459 - 75436 PARIS CEDEX 09.

Impfungen

Alle Basisimmunisierungen und Auffrischungsimpfungen, die laut den gesetzlichen Vorschriften des Landes, in dem die Behandlung stattfindet, erforderlich sind, sowie medizinisch notwendige Reiseimpfungen und Malariaphylaxe. Die Kosten für den Arztbesuch zur Verabreichung des Impfstoffes sowie die Kosten für das Medikament sind abgedeckt.

Karenzfrist

Ein Zeitraum, der bei Beginn des Versicherungsschutzes (oder im Falle eines Familienangehörigen am Gültigkeitsdatum) beginnt, in dem Sie keinen Anspruch auf die Erstattung von Sonderleistungen haben. In Ihrer Leistungstabelle können Sie sehen, welche Leistungen Karenzfristen unterliegen.

Wir/unser/uns

Die ernannten Vertreter (Freedom Health Insurance) handeln im Auftrag des Versicherers.

Sie/Ihr

Der Versicherungsnehmer und jede versicherte Person, die in dem Versicherungsschein aufgeführt ist.



FREEDOM WORLDWIDE | POLICY DOCUMENT | 01/12/2023 | EEA | AWP | DE

Freedom Health Insurance is a trading name of Freedom Healthnet Limited.

Freedom Healthnet Limited is authorised and regulated by the Financial Conduct Authority with the registration number 312282.

Registered address: County Gates House, 300 Poole Road, Poole, Dorset BH12 1AZ. Company registration number: 04815524.

This Policy Document applies to Freedom Worldwide policies where the policyholder resides in the EEA.

www.freedomhealthinsurance.co.uk