



Inhalt

1.	Willkommen	3
2.	Anspruchsberechtigung und Risikoprüfung	4
3.	So verwalten Sie Ihre Versicherung	7
4.	Allgemeine Versicherungsbedingungen	10
5.	Datenschutz (Freedom Health GmbH)	14
6.	Verzicht auf das Berufsgeheimnis (Tokio Marine Europe S.A.)	15
7.	Leitfaden zum Versicherungsschutz bei Krebs	17
8.	Leitfaden zum Versicherungsschutz bei chronischen Erkrankungen	20
9.	Was nicht abgedeckt ist	22
10.	Einreichung eines Antrags	26
11.	Beschwerdeverfahren	28
12.	Definitionen	30



1. Willkommen

Willkommen und vielen Dank, dass Sie sich für die private Krankenversicherung Freedom Worldwide International entschieden haben.

In diesem Dokument wird Folgendes erläutert:

- wie Ihre Versicherung funktioniert.
- wie Sie Ihre Versicherung verwalten.
- was abgedeckt ist und was nicht.
- wie man einen Anspruch geltend macht.
- wie Sie in dem unwahrscheinlichen Fall, dass Sie mit Ihrer Versicherung nicht zufrieden sind, eine Beschwerde einreichen,

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

Bitte lesen Sie das Versicherungsdokument, die Leistungstabelle und den Versicherungsschein sorgfältig durch, um sicherzustellen, dass alle Angaben korrekt sind. Sollten Sie Fragen zu den Informationen in diesem Versicherungsdokument haben, setzen Sie sich so schnell wie möglich in Verbindung.

Bestimmte Wörter in diesem Versicherungsdokument und in der Leistungstabelle sind in Fettschrift gedruckt. Es handelt sich hierbei um wichtige Wörter, die in einem bestimmten Kontext eine bestimmte Bedeutung haben. Eine vollständige Liste aller dieser Wörter mit ihrer Bedeutung finden Sie in Kapitel 12 (Definitionen).

Das Antragsformular und die vom **Versicherungsnehmer** ausgefüllten Erklärungen bilden zusammen mit dem Versicherungsdokument, der **Leistungstabelle** und dem **Versicherungsschein** einen Vertrag zwischen dem **Versicherungsnehmer** und dem **Versicherer**.

Diese Richtlinie wird von der Freedom Health GmbH („wir“ / „uns“ / „unser“) und ihren beauftragten Vertretern verwaltet.

Als Gegenleistung für die Beitragszahlung übernehmen wir die Kosten für **vorab genehmigte, angemessene** und **medizinisch notwendige** Behandlungen, die eine versicherte Person („Sie“/„Ihr“) aufgrund von erstattungsfähigen **akuter Erkrankungen** erhält. Die Übernahme dieser Kosten unterliegt angemessenen und üblichen Höchstgrenzen. Alle **Behandlungen** müssen während des Versicherungszeitraums im Voraus genehmigt werden.



Hooshiar Mires
Freedom Health GmbH

Diese Versicherung wird von Tokio Marine Europe S.A. unterzeichnet, das als Tokio Marine HCC firmiert und ein Mitglied der Tokio Marine HCC-Unternehmensgruppe ist. Tokio Marine Europe S.A. ist vom luxemburgischen Finanzminister zugelassen und wird vom Commissariat aux Assurances (CAA) reguliert. Eingetragen im Registre de commerce et des sociétés, Luxemburg unter der Nr. B221975 und mit eingetragenem Sitz in 26, Avenue de la Liberté, L-1930, Luxemburg.

2. Anspruchsberechtigung und Risikoprüfung

Anspruchsberechtigung

Dieser Versicherungsvertrag gilt ausschließlich für Personen (vorbehaltlich der Altersbeschränkungen) und deren Angehörige, die ihren Hauptwohnsitz in Ländern haben, in denen der Versicherer gesetzlich zum Abschluss ist, internationale privaten Krankenversicherungen berechtigt ist; das ist der Europäischen Wirtschaftsraum.

Diese Versicherung ist nicht verfügbar für USA-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 Mindesteintrittsalter für einen Versicherungsnehmer beträgt 18 Jahre. Sollte ein Antragsteller das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, 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

Wichtiger Hinweis für deutsche Einwohner

Freedom Worldwide ist kein Ersatz für die gesetzliche deutsche Krankenversicherung (Versicherungsaufsichtsgesetz – VAG) und nur berechtigte Personen im Sinne der oben genannten Definition, die nicht der deutschen Pflichtkrankenversicherung unterliegen, sind berechtigt, eine Versicherung zu beantragen.

Risikoprüfung

Für Ihre Versicherung gelten verschiedene Arten der Risikoübernahme. Nachfolgend haben wir erklärt, was diese bedeuten:

a) Vollständig medizinische Risikoprüfung

Hierbei handelt es sich um eine Form der Versicherung, bei der wir Sie bitten, eine Reihe von Fragen zu Ihrer Gesundheit zu beantworten.

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

Sollte bei Ihnen Vorerkrankungen vorliegen, 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 das Angebot, einen Ausschluss zu überprüfen, nicht automatisch bedeutet, dass der Ausschluss entfernt wird.

Mit der vollständig medizinische Risikoprüfung sind neue akute Erkrankungen, die nach Beginn Ihrer Versicherung auftreten, gemäß den Versicherungsbedingungen und -bestimmungen sofort versichert

Eine vollständig medizinische Risikoprüfung deckt keine Vorerkrankungen ab, die Sie und Ihre Angehörigen bereits vor Vertragsbeginn hatten. Dazu gehören auch Beschwerden, die Sie uns nicht mitgeteilt und die nicht durch uns genehmigt wurden.

Es ist wichtig, dass Sie uns alle von uns gewünschten Informationen mitteilen, auch wenn Sie Symptome haben, die noch nicht diagnostiziert wurden. Sollten Sie dies nicht tun, werden wir keine der Forderungen, die Sie in der Zukunft geltend machen, bezahlen oder kündigen möglicherweise sogar Ihre Versicherung. Sollten Sie sich nicht sicher sein, ob Sie etwas erwähnen sollen, dann geben Sie dies besser an.

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

Sollten Sie sich für diese Versicherungsoption entscheiden, müssen Sie zum Zeitpunkt der Antragstellung keine Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand beantworten. Forderungen sind jedoch nicht abgedeckt, sollten Sie in den ersten zwei Jahren des Versicherungsvertrags Ansprüche aufgrund von Vorerkrankungen oder damit zusammenhängenden Erkrankungen geltend machen, für die Sie in den letzten zwei Jahren vor Versicherungsbeginn eine Behandlung und/oder Medikamente erhalten haben, sich haben beraten lassen oder bei denen Sie Symptome hatten, unabhängig davon, ob diese diagnostiziert wurden oder nicht.

Wir schließen jede Krankheit oder damit verbundene Krankheiten aus, die:

- vorhersehbar waren,
- sich bereits manifestierte haben,
- aufgrund derer Sie Beschwerden oder Symptome hatten,
- aufgrund derer Sie medizinischen Rat eingeholt haben,
- behandelt wurden und/oder Medikamente erhalten haben, oder
- nach Ihrem besten Wissen bereits bestanden

in den zwei Jahren vor Beginn des Versicherungsschutzes der versicherten Person. Wenn Sie:

- Symptome festgestellt haben,
- Rat gesucht haben,
- eine Behandlung, Medikation oder spezielle Diät benötigt haben, oder
- eine Behandlung, Medikamente oder eine spezielle Diät erhalten haben

in den zwei Jahren nach Beginn des Versicherungsschutzes müssen Sie einen Zeitraum von 2 ununterbrochenen Jahren abwarten, in dem Sie nicht:

- Symptome festgestellt haben,
- Rat gesucht haben,
- eine Behandlung, Medikation oder spezielle Diät benötigt haben, oder
- eine Behandlung, Medikamente oder eine spezielle Diät erhalten haben

damit eine Krankheit oder damit verbundene Beschwerden für den Versicherungsschutz berücksichtigt werden kann.

c) Fortgeführte persönliche medizinische Ausschlüsse (CPME)

Sollten Sie zuvor bei einer anderen Versicherungsgesellschaft versichert gewesen sein und eine medizinische Risikoprüfung (Moratorium) erhalten haben, können Sie möglicherweise einen Wechsel zur Freedom Health GmbH beantragen.

In diesem Fall möchten wir Sie darum bitten, einige Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand zu beantworten und eine Kopie Ihres Versicherungsscheins der anderen Versicherungsgesellschaft vorzulegen. Wenn wir Ihrem Antrag zustimmen, gelten alle in dem vorherigen Versicherungsschein der Versicherungsgesellschaft aufgeführten persönlichen Ausschlüsse auch für Ihre Versicherung.

Bitte beachten Sie, dass die Bedingungen Ihrer Freedom Worldwide-Versicherung möglicherweise von denen Ihrer vorherigen Versicherungspolice abweichen.

d) Fortgeführtes Moratorium (CM oder Wechselmoratorium)

Sollten Sie zuvor bei einer anderen Versicherungsgesellschaft versichert gewesen sein und für Sie ein Moratorium galt, können Sie möglicherweise einen Transfer zu Freedom Worldwide beantragen.

In diesem Fall möchten wir Sie darum bitten, einige Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand zu beantworten und eine Kopie Ihren Versicherungsschein der anderen Versicherungsgesellschaft vorzulegen. Wenn wir Ihrem Antrag zustimmen, übertragen wir das Datum des Moratoriumbeginns von Ihrer vorherigen Versicherungsgesellschaft auf Ihre Freedom Worldwide-Versicherung.

Bitte beachten Sie, dass die Bedingungen Ihrer Freedom Worldwide-Versicherung möglicherweise von denen Ihrer vorherigen Versicherung abweichen. Informationen zum Moratorium-Underwriting finden Sie in der Moratoriumserklärung unter Punkt 2b oben.

e) Ohne vorherige Gesundheitsprüfung (MHD)

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

3. So verwalten Sie Ihre Versicherung

Zahlung der Beiträge

Die Beiträge ist der Betrag, den Sie jährlich für die Versicherung an uns zahlen müssen, ohne Berücksichtigung etwaiger anwendbarer Steuern und Abgaben (einschließlich Quellensteuer). Eventuell anfallende Steuern, die gemäß der örtlichen Gesetzgebung erhoben werden, werden zu den Beiträgen hinzugerechnet und auf dem Versicherungsschein ausgewiesen.

Bei der Versicherung handelt es sich um einen Jahresvertrag und die Beiträge sind in Euro (€) entweder monatlich, vierteljährlich oder jährlich im Voraus zu zahlen. Es liegt in der Verantwortung des Versicherungsnehmers, für die pünktliche Zahlung der Beiträge zu sorgen.

Zahlungsmethoden für Beiträge

Bei jährlichen Beitragszahlungen können Sie wählen, wie Sie bezahlen möchten:

- Kreditkarte (Visa oder Mastercard).
- Scheck.
- SEPA Lastschrift Mandat.
- Jährliche Abbuchung.

Bei monatlichen Beitragszahlungen können Sie folgende Zahlungsarten wählen:

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

Für vierteljährliche Beitragszahlungen können Sie folgende Zahlungsarten wählen:

- Kreditkarte (Visa oder Mastercard).

Durch Ausfüllen unserer Kreditkarten- oder Lastschriftanweisung ermächtigen Sie uns, Ihr Konto mit den entsprechenden fälligen Beiträgen zu belasten, abhängig von der gewählten Beitragshäufigkeit. 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.

Der Versicherungsnehmer ist dafür verantwortlich, uns über die aktuellen Kreditkartendaten zu informieren. Sollten sich die Daten der Kreditkarte ändern, müssen Sie uns dies mitteilen, so 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 verspätete Beitragszahlungen

Um die Vorteile Ihrer Versicherung nutzen zu können, müssen die Beiträge spätestens am Fälligkeitsdatum bezahlt werden. Werden die Beiträge nicht fristgerecht gezahlt, ruhen alle Ansprüche bis zur Zahlung der fälligen Beiträge.

Sollten die Beiträge 30 Tage nach dem Fälligkeitsdatum noch nicht bezahlt sein, wird die Versicherung für 30 Tage ausgesetzt, nachdem wir oder der Versicherer dem Versicherungsnehmer ein Schreiben zur Bestätigung der Aussetzung der Versicherung geschickt haben.

Sollten die ausstehende Beiträge nach Ablauf von 30 Tagen nicht bezahlt wurde, kann der Vertrag ohne weitere Mahnung nach weiteren 10 (zehn) Tagen gekündigt werden.

Wir benachrichtigen Sie schriftlich, sobald die Beitragszahlung aussteht.

Sollten wir den Versicherungsplan kündigen, müssen Sie erneut einen neuen Antrag für einen neuen Versicherungsplan beantragen. Es werden die zum Zeitpunkt der erneuten Beantragung geltenden Beitragssätze berechnet und für den Versicherungsschutz gelten möglicherweise neue Versicherungsbedingungen.

Kündigung

Sollten Sie entscheiden, dass diese Versicherung nicht Ihren Bedürfnissen entspricht, können Sie die Versicherung innerhalb von 14 Tagen (Widerruffrist) nach Erhalt Ihrer Versicherungsunterlagen oder ab dem Datum Ihres Vertragsbeginns kündigen, je nachdem, welcher Zeitpunkt später liegt. Den Kündigungsantrag müssen Sie schriftlich an Freedom Health GmbH, Hohe Bleichen 8, 20354 Hamburg oder per E-Mail an info@freedomhealthinsurance.eu richten.

Sollte innerhalb eines Versicherungszeitraums anspruchsberechtigte Forderungen entstehen und Sie innerhalb dieses Zeitraums kündigen, behalten wir uns das Recht vor, für einen anspruchsberechtigten Forderungen gezahlte Beträge zurückzufordern.

Wir kündigen die Versicherung ab dem Datum, an dem wir die Kündigung erhalten haben, oder zu einem späteren Zeitpunkt. Wir werden das Kündigungsdatum der Versicherung nicht zurückdatieren.

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

- die Beiträge nicht gemäß dem Absatz „Nicht gezahlte oder verspätete Beitragszahlungen“ zahlen.
- uns durch falsche Angaben, Auslassungen, Täuschung oder Verschleierung in die Irre geführt haben; in diesem Fall kann der Versicherer entweder die Versicherung für ungültig erklären oder die Versicherung weiterhin zu neuen, vom Versicherer auferlegten Bedingungen anbieten.
- allein oder gemeinsam mit einem Dritten versucht haben, auf unsere Kosten unangemessen an Geld zu kommen.
- die Anspruchsvoraussetzungen für die Versicherung nicht mehr erfüllen (einschließlich, aber nicht beschränkt auf die Erlangung der Staatsbürgerschaft der USA und den ununterbrochenen Aufenthalt von mehr als 180 Tagen in den USA).

Änderung der Umstände

Sie müssen uns so schnell wie möglich über etwaige Änderungen Ihrer Umstände oder der Umstände einer versicherten Person informieren;

- Namensänderung,
- Adressänderung,
- Berufswechsel,
- alle wesentlichen Tatsachen, die sich auf die Beiträge oder die Vertragsbedingungen auswirken können.

Wir behalten uns das Recht vor, die Bedingungen oder die Beiträge der Versicherung nach Benachrichtigung über solche Änderungen zu kündigen oder zu ändern.

Hinzufügen und Entfernen von Familienangehörigen

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

Wird während der Versicherungslaufzeit ein Kind geboren, entfällt das Moratorium, sofern der Antrag auf Hinzufügung vor dem dritten Lebensmonat des Kindes gestellt und alle wesentlichen, von uns akzeptierten Tatsachen mitgeteilt wurden.

Am Verlängerungsdatum entfernen wir Familienangehörige (Kind) aus Ihrer Versicherung, sobald diese 21 Jahre (oder 25 Jahre, wenn diese sich in einer Vollzeitausbildung befindet) alt ist. Sie können eine eigene Versicherung beantragen und solange der Versicherungsschutz nicht unterbrochen wurde, bleibt Ihr Vertragsbeginn gleich. Jede Antragstellung unterliegt unserer Zustimmung.

Verlängerung

Bei Ihrer Versicherung handelt es sich um einen Jahresvertrag. Für gewöhnlich werden Sie einen Monat vor Ablauf des Vertragsjahres gebeten, Ihre Versicherung zu verlängern. Eine Verlängerung Ihrer Versicherung liegt in unserem Ermessen und unterliegt unserer Zustimmung.

Wir behalten uns das Recht vor, die Allgemeinen Geschäftsbedingungen der Versicherung zu ändern. Sie werden über solche Änderungen informiert, wenn wir Sie zur Verlängerung einladen.

Die Beiträge werden normalerweise jährlich überprüft und basieren immer auf dem Alter der versicherten Person, medizinischen Gesichtspunkten und der allgemeinen Inflation.

Sollte Sie Ihre gewählten Leistungen, Beitragszahlungsfrequenz oder Selbstbeteiligung ändern möchten, können Sie dies bei der Verlängerung beantragen, vorbehaltlich unserer Zustimmung.

Jede Änderung Ihres Deckungsbereich bei der Verlängerung unterliegt unserer Zustimmung.

Beendigung

Der Versicherungsnehmer kann die Versicherung 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 Mitteilung des Versicherungsnehmers bei uns oder dem Versicherer wirksam. Den Kündigungsantrag müssen Sie schriftlich an Freedom Health GmbH, Hohe Bleichen 8, 20354 Hamburg oder per E-Mail an info@freedomhealthinsurance.eu richten.

Tod

Sollte eine versicherte Person versterben, erfolgt keine Rückerstattung der Beiträge im Rahmen dieser Versicherung. Gültige Ansprüche werden jedoch weiterhin gemäß den Versicherungsbedingungen ausgezahlt. Vorbehaltlich unserer Zustimmung und auf Wunsch kann die Versicherung auf den versicherten Ehepartner oder einen Familienangehörigen übertragen werden, sofern dieser mindestens 18 Jahre alt ist

4. Allgemeine Versicherungsbedingungen

Hierbei handelt es sich um Bedingungen, die die Verwaltung des Schadensersatzprozesses und der Versicherung im Allgemeinen betreffen.

4.1 Diese Versicherung bietet Leistungen für angemessene und übliche Kosten für die Behandlung berechtigter akuter medizinischer Erkrankungen, wie in der Leistungstabelle aufgeführt. Der von Ihnen gewählte Plantyp ist in Ihrem Zertifikat vermerkt. Sollte Ihre Versicherung eine Deckung für chronische Erkrankungen umfasst, sind die geltenden Höchstgrenzen in Ihrer Leistungsübersicht aufgeführt.

4.2 Wir zahlen Leistungen für berechnete neue Erkrankungen, die nach der Genehmigung und dem Beginn des Versicherungsschutzes auftreten, wie in dem Versicherungsschein angegeben. Die Grundlage der versicherungstechnischen Zustimmung ist im Versicherungsschein angegeben.

4.3 Alle Behandlungen und Diagnostiktests müssen von Spezialisten durchgeführt und unter deren Aufsicht erfolgen, nachdem sie von einem Arzt überwiesen wurden.

4.4 Alle stationären, teilstationären und Ansprüche im Rahmen der Krankentransport- und Rückführungsleistung müssen von uns vorab genehmigt werden. Wird die Behandlung nicht vorab genehmigt, werden die Leistungen mit 50 % der anfallenden Kosten vergütet.

4.5 Eine medikamentöse Behandlung gilt als angemessen, wenn die Arzneimittel von der EMEA (Europäische Arzneimittelagentur) oder der MHRA (Medicines & Healthcare Products Regulatory Agency) zugelassen wurde und im Rahmen ihrer zugelassenen Indikationen verwendet wird.

4.6 Die Leistungen werden abzüglich der gemäß diesen Versicherungsbedingungen vereinbarten Selbstbeteiligung bezahlt.

4.7 Die Höchstgrenzen in der Leistungstabelle sind in der Währung angegeben, in der die Beiträge gezahlt werden.

4.8 Wir behalten uns das Recht vor, von Ihnen die Einholung einer Drittmeinung durch einen Spezialisten unserer Wahl zu einzuholen. Die Kosten für diese Drittmeinung übernehmen wir.

4.9 Sollten Sie sich für eine Behandlung durch einen Gastarzt entscheiden und dessen Honorare als nicht angemessen und üblich gelten, müssen Sie die Differenz selbst tragen

4.10 Ihre Versicherung wird gekündigt, sobald Sie über einen weltweiten Versicherungsschutz einschließlich der USA verfügen, Staatsbürger der USA sind und sich mehr als 180 Tage ununterbrochen in den USA aufhalten.

4.11 Die gesamte Korrespondenz zu dieser Versicherung wird an die letzte bekannte Adresse des Versicherungsnehmers gesendet. Sollten Sie diese nicht erhalten, bleiben alle von uns vorgenommenen Änderungen weiterhin gültig.

4.12 Bei der Bearbeitung eines Anspruchs werden wir stets direkt mit dem Anspruchsteller korrespondieren und kommunizieren, sofern dieser mindestens 18 Jahre alt ist. Ist der Anspruchsteller unter 18 Jahre alt, kommunizieren wir direkt mit dem Versicherungsnehmer.

4.13 Sollten wir die Kosten für einen von Ihnen eingereichten Anspruch beglichen haben, können wir Ihnen die Originaldokumente nicht mehr zurücksenden.

4.14 Es ist eine Bedingung dieser Versicherung, dass uns alle wesentlichen Fakten offengelegt werden müssen, bevor wir einen Antrag annehmen, Änderungen der Versicherung vornehmen oder die Versicherung verlängern. Sollten Sie sich nicht sicher sind, ob ein Sachverhalt eine wesentliche Tatsache darstellt, empfehlen wir Ihnen, uns zu Ihrem eigenen Schutz zu informieren.

Bitte beachten Sie: Sollten Sie sich bei Antragstellung für eine Moratoriumsversicherung entscheiden und uns über etwaige Vorerkrankungen informieren, gelten die Bedingungen der Moratoriumsversicherung weiterhin für alle Vorerkrankungen.

Die Nichtoffenlegung einer wesentlichen Tatsache, die unsere Risikobewertung beeinflusst hätte, kann dazu führen, dass wir die Versicherung kündigen und keine Leistungen im Rahmen eines Anspruchs erbringen

4.15 Sollten Sie falsche Angaben zu einem Anspruch machen, einschließlich Datum, Art, Ursachen, Umstände und/oder Folgen und/oder Höhe des Schadens, verlieren Sie das Recht auf jeglichen in der Versicherung für den Anspruch vorgesehenen Versicherungsschutz. Der Verlust dieses Rechts gilt auch dann, wenn Sie wissentlich ungenaue Dokumente als Belege für Ihren Anspruch verwenden.

Jeglicher Betrug, jede falsche Angabe oder jedes Verschweigen in Bezug auf Angelegenheiten, die die Versicherung betreffen, oder im Zusammenhang mit einem Anspruch führen dazu, dass der Versicherungsschutz einer versicherten Person ungültig wird und wir keinen Versicherungsschutz für Ansprüche gewähren, die im Rahmen der Versicherung geltend gemacht werden.

Sollten Sie einen Betrugsverdacht haben, müssen Sie uns unverzüglich benachrichtigen

4.16 Sollten wir weitere Informationen zur Begründung eines Anspruchs anfordern, müssen diese bereitgestellt werden, andernfalls können wir Ihren Anspruch möglicherweise nicht bezahlen. Sofern wir ärztliche Atteste, Auskünfte, Nachweise und Quittungen benötigen, sind diese von der versicherten Person auf ihre Kosten zu beschaffen. Dazu gehören unter anderem:

- Ärzte;
- Krankenhäuser;
- Andere medizinische Einrichtungen;
- Pflegeheime;
- Betreuer;
- andere private Versicherungsanbieter;
- gesetzliche Krankenversicherungsträger;
- Berufsgenossenschaften;
- offizielle Stellen.

Diese Informationen können an den beratenden medizinischen Experten des Versicherers weitergegeben werden, um den Anspruch umfassend zu beurteilen.

Sollte eine versicherte Person diese Informationen nicht bereitstellen oder uns nicht zustimmen die Informationen direkt anzufordern, können wir den Anspruch nicht begleichen, wenn wir keine ordnungsgemäße Beurteilung vornehmen können.

4.17 Wir behalten uns das Recht vor, einen bereits vorab genehmigten Anspruch erneut zu bewerten, falls neue Informationen eingehen oder offengelegt werden. Sollten diese neuen Informationen bestätigen, dass ein Anspruch im Rahmen der Versicherung nicht berechtigt ist, haben wir das Recht, alle bereits für den Anspruch gezahlten Kosten von Ihnen zurückzufordern. Eine etwaige von uns erteilte Vorabgenehmigung kann ebenfalls widerrufen werden.

4.18 Wir können möglicherweise keine medizinische Evakuierung veranlassen, wenn die Situation vor Ort dies gefährlich, nicht praktikabel oder unmöglich macht.

4.19 Deckt eine andere Versicherung oder Entschädigungsleistung die Behandlung ab, für die die versicherte Person eine Leistung beantragt, zahlen wir unseren Anteil erst, nachdem dieser Versicherungsschutz ausgeschöpft wurde.

4.20 Wir haben das uneingeschränkte Recht auf Forderungsübergang/Subrogation und können in Ihrem Namen, jedoch auf unsere Kosten, rechtliche Schritte einleiten, um eine im Rahmen einer anderen Versicherung geleistete Zahlung zu unseren Gunsten zurückzufordern

4.21 Sie müssen uns schnellstmöglich informieren, wenn der medizinische Zustand, für den ein Anspruch geltend gemacht wird, von einem Dritten verursacht wurde ist oder verursacht sein könnte. In diesem Fall:

- a) Können im Namen der versicherten Person, jedoch auf unsere Kosten, ein Gerichtsverfahren einleiten, um die im Rahmen dieser Versicherung gezahlten Leistungen zurückzufordern.
- b) Muss die versicherte Person uns die zur Einleitung eines Gerichtsverfahrens oder zur Befriedigung bzw. Verteidigung eines Anspruchs erforderlichen Unterstützung und Informationen liefern.
- c) Muss die versicherte Person uns alle im Zusammenhang mit Ihrem Anspruch erhaltenen oder geschuldeten Entschädigungen bis zur Höhe des von uns gezahlten Leistungsbetrags zurückbezahlen.

4.22 Sollten wir einen Anspruch im Rahmen der Versicherung ablehnen, liegt die Beweislast für den Nachweis, dass der Anspruch gedeckt ist, in der Verantwortung der versicherten Person.

4.23 Wir akzeptieren keine Versandnachweis eines Antragsformulars, Anspruchsformulars oder einer Beitragszahlung als Nachweis dafür, dass wir diese erhalten haben.

4.24 Die Ausstellung der Versicherungsunterlage und der Versicherungsschein gilt als Beweis dafür, dass der Vertrag in Kraft ist.

4.25 Für versicherte Personen mit Wohnsitz außerhalb Deutschlands gilt: Unbeschadet der Bestimmungen der Verordnung (EG) Nr. 593/2008 unterliegt dieser Vertrag den Rechtsvorschriften des Landes, in dem sich die versicherte Person, die den Anspruch geltend macht ansässig ist, und die Gerichte des Landes, in dem die versicherte Person ansässig ist, sind ausschließlich zuständig für die Beilegung von Streitigkeiten oder Ansprüchen (einschließlich vertraglicher oder außervertraglicher Streitigkeiten oder Ansprüche), die sich aus oder in Verbindung mit dieser Versicherung oder ihrem Gegenstand, ihrer Auslegung oder ihrem Gestaltung ergeben.

4.26 Für versicherte Personen mit Wohnsitz in Deutschland: Dieser Versicherungsvertrag unterliegt deutschem Recht und ist nach diesem auszulegen, sofern der Versicherer nichts anderes vereinbart. Für alle Streitigkeiten sind ausschließlich die Gerichte Deutschlands zuständig.

4.27 Für versicherte Personen, die außerhalb Deutschlands leben: Es ist eine Bedingung dieser Versicherung, und die versicherte Person erklärt sich damit einverstanden, dass die Bereitstellung von Versicherungsschutz, die Zahlung von Ansprüchen und die Erbringung von Leistungen im Rahmen dieser Versicherung ausgesetzt werden, soweit die Erbringung dieses Versicherungsschutzes, die Zahlung solcher Ansprüche oder die Erbringung solcher Leistungen den Versicherer Sanktionen, Verboten oder Beschränkungen gemäß einer der folgenden Bestimmungen aussetzen würde:

- Resolution(en) der Vereinten Nationen;
- die Handels- oder Wirtschaftssanktionen, Gesetze oder Vorschriften der Europäischen Union, des Vereinigten Königreichs oder der Vereinigten Staaten von Amerika.

Eine solche Aussetzung gilt so lange, bis der Versicherer keinen solchen Sanktionen, Verboten oder Beschränkungen mehr ausgesetzt ist

4.28 Für versicherte Personen mit Wohnsitz in Deutschland: Unbeschadet sonstiger Bestimmungen des Versicherungsvertrages besteht Versicherungsschutz nur, soweit und solange keine Wirtschafts-, Handels- oder Finanzsanktionen oder Embargos der Europäischen Union oder der Bundesrepublik Deutschland im Widerspruch stehen die für die Vertragsparteien unmittelbar gelten.

Dies gilt auch für Wirtschafts-, Handels- oder Finanzsanktionen oder Embargos, die die Vereinigten Staaten von Amerika gegenüber der Islamischen Republik Iran verhängen, soweit diese nicht im Widerspruch zu europäischen oder deutschen Rechtsvorschriften stehen.

5. Datenschutz (Freedom Health GmbH)

Sollten Sie Fragen zu unseren Datenschutzbestimmungen haben, schreiben Sie an den Geschäftsführer der Freedom Health GmbH.

Vertraulichkeit und Schutz Ihrer Daten

Die Freedom Health GmbH behandelt alle uns zur Verfügung gestellten persönlichen Daten streng vertraulich. Wir werden alle Anforderungen der geltenden Datenschutzgesetze einhalten.

Wir können eine dritte Partei mit der Unterstützung bei der Verwaltung von Ansprüchen beauftragen. Jede von uns beauftragte dritte Partei verarbeitet personenbezogene Daten ausschließlich zum Zweck der Schadensregulierung und gemäß unseren Anweisungen. Sämtliche in unserem Auftrag durchgeführten Bearbeitungen unterliegen vertraglichen Vertraulichkeits- und Sicherheitsauflagen sowie den Verpflichtungen der geltenden Datenschutzgesetze."

Von Zeit zu Zeit kann es erforderlich sein, personenbezogene Daten außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR) zu verarbeiten – beispielsweise um die Bezahlung medizinischer Behandlungskosten in einem ausländischen Krankenhaus sicherzustellen. Wir werden angemessene Maßnahmen ergreifen, um den Schutz personenbezogener Daten sicherzustellen.

Wie wir personenbezogene Daten verwenden

Die Informationen, die wir im Zusammenhang mit einer Versicherung erhalten, einschließlich aller im Rahmen dieser Versicherung geltend gemachten Ansprüche, werden von uns zum Zweck der Bereitstellung und Verwaltung des im Rahmen dieser Versicherung verfügbaren Versicherungsschutzes gespeichert. Dazu gehören unter anderem:

- Bearbeitung von Schadensfällen und Durchführung von Zahlungen im Namen einer versicherten Person.
- Einholen weiterer Informationen über den Gesundheitszustand und den Behandlungsplan einer versicherten Person bei ihrem Hausarzt, Facharzt, Krankenhaus oder einem anderen an der Behandlung beteiligten Arzt.
- Verhinderung und Aufdeckung von Betrug.
- Weitergabe von Informationen an einen weiteren Versicherer, einen Anwalt oder einer anderen dritten Partei zur Erstattung unserer Kosten, sofern wir gesetzlich dazu berechtigt sind.
- Erstellung von Statistiken, die uns helfen zu beurteilen, wie unsere Richtlinien verwendet werden, damit wir zukünftige Produkte und Dienstleistungen entwickeln können.

Wir werden keine medizinischen Informationen an dritte Parteien weitergeben, es sei denn, wir haben die Erlaubnis dazu erhalten oder sind gesetzlich dazu berechtigt.

Datenschutzerklärung der Freedom Health GmbH

Weitere Informationen darüber, wie wir mit Ihren persönlichen Daten umgehen, finden Sie in unserer Datenschutzerklärung unter freedomhealthinsurance.eu/privacy-policy.

Datenschutzrichtlinie von Tokio Marine Europe S.A. („TME“).

Die Datenschutzrichtlinie des Underwriters (TME) ist über den folgenden Link verfügbar: <https://www.tmhcc.com/en/legal/privacy-policy>.

6. Verzicht auf das Berufsgeheimnis Tokio Marine Europe S.A.

Als luxemburgisches Versicherungsunternehmen unterliegt Tokio Marine Europe S.A. („Tokio Marine Europe“) gemäß Artikel 300 des Luxemburger Gesetzes vom 7. Dezember 2015 über den Versicherungssektor in der jeweils gültigen Fassung (das Gesetz) der Verpflichtung zur Wahrung des Versicherungsgeheimnisses.

Gemäß dem Gesetz dürfen Tokio Marine Europe sowie dessen Geschäftsführer, Vorstände, leitende Angestellte, Mitarbeiter und sonstige in seinem Dienst stehende Personen keine Informationen offenlegen, die ihnen im Rahmen ihrer beruflichen Tätigkeit oder ihrer Mandatsausübung anvertraut wurden, sei es innerhalb oder ausgehend vom Großherzogtum Luxemburg im Rahmen der Dienstleistungsfreiheit („Geschützte Informationen“).

Allerdings kann es erforderlich sein, dass Tokio Marine Europe Daten, die dem Berufsgeheimnis unterliegen, an luxemburgische oder ausländische:

- (i) Behörden,
- (ii) Vermittler,
- (iii) Rückversicherer,
- (iv) Retrozedenten,
- (v) Unternehmen der Tokio Marine Europe-Gruppe oder
- (vi) sonstige Dritte übermittelt, wenn dies aufgrund gesetzlicher, regulatorischer oder vertraglicher Verpflichtungen erforderlich ist (gemäß luxemburgischem oder ausländischem Recht, unabhängig davon, ob diese Vorschriften bereits bestehen oder in Zukunft eingeführt werden).

Darüber hinaus vergibt Tokio Marine Europe Dienstleistungen oder Funktionen an externe Dienstleister (die Dienstleister) und ist in diesem Zusammenhang verpflichtet, Daten, die gemäß den nachstehenden Bedingungen unter das Berufsgeheimnis fallen, an diese zu übermitteln.

Arten von ausgelagerten Dienstleistungen

Zu den Arten von Dienstleistungen, die Tokio Marine Europe auslagern kann, gehören alle Aufgaben, die zur Durchführung des Angebots, des Vertriebs, der Verwaltung und der Beendigung unserer Versicherungsprodukte oder -dienstleistungen sowie zur Einhaltung unserer Verpflichtungen im Rahmen der Corporate Governance und regulatorischer Bestimmungen erforderlich sind. Zu diesen Aufgaben gehören Versicherungsvertrieb, Underwriting-Unterstützung, Kunden-Onboarding, Versicherungsverwaltung, Schadensbearbeitung, Kundenkontakt und -beziehungen, Rechtshilfe, Versicherungsmathematik und Reservierung, Finanz- und Rechnungswesen, Risikomanagement, Compliance, Personalwesen/Verwaltung, IT, regulatorische Berichterstattung und interne Revision, wobei die endgültige Verantwortung bei den in Luxemburg ansässigen relevanten (Schlüssel-)Funktionsinhabern verbleibt.

Arten der übermittelten Informationen

Informationen, die möglicherweise an einen Dienstleister übermittelt werden und geschützt werden müssen, einschließlich aller Daten, die direkt oder indirekt Versicherungen, Versicherungsnehmer, versicherte Personen, Begünstigte oder Vertreter dieser Personen identifizieren können. Dazu gehören unter anderem (ohne darauf beschränkt zu sein):

- Name(n), Geburtsdatum(e), Kontaktdaten (Adresse, E-Mail-Adresse, Telefonnummer), Finanz-, Bank-, persönliche und steuerliche Informationen des/der Versicherungsnehmer(s), der versicherten Person(en) und des Begünstigten des Versicherungsvertrages;
- Risiko-, Geschäfts- und Gesundheitsdaten, passend zum Produkttyp und für Underwriting-Zwecke erhoben;
- Versicherungsvertragsinformationen (z. B. Nummer, Datum und Dauer des Inkrafttretens, Höhe der gezahlten Beiträge, Transaktionen, Vertragswert), zusammenfassend als „geschützte Informationen“ bezeichnet.

Länder, in denen die Dienstleister ansässig sind

Länder, die Teil des Europäischen Wirtschaftsraums sind, sowie Bermuda, Indien, Mexiko, Serbien, Singapur, die Schweiz, Südafrika, das Vereinigte Königreich und die Vereinigten Staaten von Amerika. Die Liste ist nicht festgelegt und kann laufend aktualisiert werden, wenn sich die Dienstleister oder deren Standorte ändern.

Verzicht

Durch die Bereitstellung von Informationen an Tokio Marine Europe, das Ausfüllen eines Antrags oder die Unterbreitung eines Versicherungsangebots, die Zustimmung zu einem Versicherungsvertrag, die Zahlung ein Beitrag oder das Eingehen einer sonstigen Beziehung mit Tokio Marine Europe erklärt der Anbieter geschützter Informationen:

- i) das Vorstehende gelesen zu haben und der Übermittlung geschützter Informationen an die verschiedenen Arten von Dritten in verschiedenen Ländern zuzustimmen, wie oben beschrieben;
- ii) zu akzeptieren, dass Tokio Marine Europe nicht für Verluste, Schäden oder Kosten haftbar gemacht werden kann, die sich aus der Übermittlung geschützter Informationen ergeben, es sei denn, es liegt Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit seitens Tokio Marine Europe vor.

Ungeachtet des Vorstehenden wird Tokio Marine Europe alle anderen gesetzlichen und behördlichen Verpflichtungen einhalten, einschließlich, aber nicht beschränkt auf Datenschutzbestimmungen.

7. Leitfaden zum Versicherungsschutz bei Krebs

Krebsbehandlung

Wir möchten, dass Sie genau verstehen, welche Leistungen Ihre Versicherung im Rahmen der Krebsbehandlung abdeckt und welche nicht. Nachfolgend finden Sie entsprechende Hinweise. Sollten Sie jedoch eine Krebsbehandlung benötigen, rufen Sie bitte unsere Schaden-Hotline an. Unserer Schadenteams hilft Ihnen gerne dabei, sich über den verfügbaren Versicherungsschutz zu informieren.

Was ist Krebs?

Krebs wird definiert als ein „böartiger Tumor, Gewebe oder Zellen, der durch unkontrolliertes Wachstum und Ausbreitung böartiger Zellen und das Eindringen in umliegendes Gewebe gekennzeichnet ist“.

Was ist bei Krebs versichert?

Die folgenden Behandlungen sind zur Heilung oder zum Erreichen einer Remission abgedeckt. Sollten Sie Anspruch auf Leistungen im Rahmen der Versorgung bei chronischen Erkrankungen und unheilbaren Krankheiten haben, sind auch die folgenden Leistungen abgedeckt, sofern Ihre Krebserkrankung andauert oder die Behandlung der Linderung von Symptomen dient.

- Konsultationen mit einem Spezialisten und Diagnosetests zum Erstellen der Diagnose.
- Chirurgische Eingriffe, die allgemein als sichere und wirksame Behandlungen anerkannt sind.
- Medikamente für Chemo- und Strahlentherapie, sofern diese im Rahmen der normalen klinischen Praxis eingesetzt werden. Zulässige Chemotherapeutika sind diejenigen, die vom NICE (National Institute for Health & Clinical Excellence) für den Einsatz im NHS zugelassen wurden, innerhalb ihrer zugelassenen Indikationen verwendet werden und von der EMEA (Europäische Arzneimittelagentur) oder der MHRA (Medicines & Healthcare Products Regulatory Agency) lizenziert sind. Bei Kombinationen von Medikamenten muss nachgewiesen sein, dass sie wirksam zur aktiven Behandlung der jeweiligen Krebsart des Patienten eingesetzt werden.
- Hormonelle und biologische Therapien, z.B. Monoklonale Antikörper wie Herceptin, sofern diese durch der EMEA zugelassen sind. Sie müssen vom National Institute of Health and Clinical Excellence (NICE) genehmigt sein und für den Zweck verwendet werden, für die sie zu diesem Zeitpunkt zugelassen sind und allgemein im britischen Gesundheitsdienst verfügbar sein. Bei Kombination mit anderen Arzneimitteln kommen hormonelle und biologische Therapien nur dann in Betracht, wenn diese Kombinationen im britischen Gesundheitsdienst weithin für die Anwendung anerkannt sind.
- Nachuntersuchungen und Kontrollen über einen Zeitraum von 5 Jahren, nachdem die Behandlung zur Heilung oder zur Erreichung einer Remission abgeschlossen wurde.
- Brustrekonstruktion und Operation zur Verbesserung der Symmetrie nach einer Mastektomie oder Lumpektomie. Wir übernehmen die Kosten für solche Operationen für einen Zeitraum von bis zu 24 Monaten nach der Erstoperation.

Was ist bei Krebs nicht versichert?

- Medikamente, die sich noch in der Erprobung befinden oder sich in der Erprobung von Kombinationstherapien befinden. Diese können als experimentelle Behandlung definiert werden.
- Chirurgische und nicht-chirurgische Behandlung von Krebs, die nicht zur Behandlung dieser bestimmten Krebsart anerkannt ist.
- Erhaltungs- oder Langzeitbehandlung, wenn die Erkrankung stabil ist, sich in Remission befindet oder weder eine Remission noch eine Heilung erreicht werden kann
- Behandlung von Krebs, bei der die Linderung der Symptome angestrebt wird.
- Behandlungskosten, die die Verfahrensgrenzen oder Richtliniengrenzen (falls zutreffend) überschreiten.

Sollte Ihre Krebserkrankung erneut auftreten, werden wir Ihren Facharzt um spezifische Informationen über die Absicht der Behandlung bitten, um festzustellen, ob Ihr Anspruch weiterhin leistungsberechtigt ist.

Anleitung

Sollte Ihr Krebs erneut auftreten, beurteilen wir Ihren Gesundheitszustand und die vorgeschlagene Behandlung als eine neue Behandlungsphase und wenden dabei denselben Prozess zur Beurteilung der Anspruchsberechtigung an.

Sollte das Ziel der Behandlung darin besteht, die Symptome zu lindern und nicht, den Krebs zu heilen, wird die Leistung im Rahmen der Leistung bei chronischen Erkrankungen oder der Leistung bei unheilbarer Krankheit, sofern verfügbar, gewährt.

Zur weiteren Erläuterung haben wir Ihnen einige Beispiele zur Verfügung gestellt. Bei allen Beispielen wird davon ausgegangen, dass die Erkrankung im Rahmen der Versicherung anspruchsberechtigt ist und eine Leistung verfügbar ist.

Beispiel 1

Beverley ist seit fünf Jahren bei Freedom, als bei ihr Brustkrebs diagnostiziert wird. Nach Rücksprache mit ihrem Facharzt entscheidet sie sich für eine Brustentfernung mit anschließender Brustrekonstruktion. Ihr Facharzt empfiehlt außerdem eine Strahlen- und Chemotherapie. Darüber hinaus soll sie über mehrere Jahre hinweg Hormontabletten erhalten.

Wird ihre Versicherung diesen Behandlungsplan abdecken und gibt es irgendwelche Deckungsgrenzen?

Wir würden die Kosten für Mastektomie und Brustrekonstruktion übernehmen. Wir würden dann den Verlauf von Strahlentherapie- und Chemotherapie-Medikamenten abdecken, sofern diese im Rahmen der normalen klinischen Praxis verwendet werden. Auch die Hormontabletten wären leistungsberechtigt.

Beispiel 2

Cara hatte zuvor Brustkrebs, der zuvor im Rahmen ihrer bestehenden Versicherung durch Lumpektomie, Strahlentherapie und Chemotherapie behandelt wurde. Sie hat jetzt ein Rezidiv in ihrer anderen Brust und hat sich für eine Mastektomie, Strahlentherapie und Chemotherapie entschieden.

Wir würden sie für die Mastektomie, Strahlentherapie und Chemotherapie bezahlen. Der Verlauf von Strahlentherapie- und Chemotherapie-Medikamenten wäre abgedeckt, sofern diese im Rahmen der normalen klinischen Praxis verwendet werden.

Beispiel 3

Monica, die zuvor im Rahmen ihrer bestehenden Versicherung wegen Brustkrebs behandelt wurde, leidet an einem Rückfall, der sich auf andere Körperteile ausgebreitet hat. Ihr Spezialist hat diesen Behandlungsplan empfohlen:

- Eine Chemotherapie mit sechs Zyklen zur Zerstörung von Krebszellen, die in den nächsten sechs Monaten verabreicht wird.
- Monatliche Infusionen eines Arzneimittels zum Schutz der Knochen vor Schmerzen und Brüchen. Diese Infusion soll so lange verabreicht werden, wie sie wirkt (hoffentlich Jahre).
- Wöchentliche Infusionen eines Arzneimittels zur Unterdrückung des Krebswachstums. Diese Infusionen sollen so lange verabreicht werden, wie sie wirken (hoffentlich Jahre).

Wird ihre Versicherung diesen Behandlungsplan abdecken und gibt es irgendwelche Deckungsgrenzen?

Wir erbringen Leistungen für die sechs Chemotherapiezyklen, sofern diese im Rahmen der normalen klinischen Praxis eingesetzt werden und die Behandlung mit heilender Absicht durchgeführt wird und keine experimentelle Behandlung ist.

Für vorbeugende Behandlungen wie die beschriebenen monatlichen Infusionen erbringen wir keine Leistungen. Während der Durchführung einer Chemotherapie würden wir jedoch bei Bedarf finanzielle Mittel bereitstellen.

Wir würden eine Leistung für die wöchentliche Infusion im Rahmen einer chronischen Erkrankung gewähren, sofern eine Leistung verfügbar ist, da das Medikament nicht mit heilender Absicht verabreicht wird.

Beispiel 4

Bei John wurde Krebs im Endstadium diagnostiziert und er möchte in ein Hospiz aufgenommen werden, wo die Behandlung ausschließlich auf die Linderung der Symptome abzielt.

Wird dies von der Versicherung übernommen und gibt es irgendwelche Deckungsgrenzen?

Für die Aufnahme ins Hospiz würden wir im Rahmen der Sterbegeldleistung eine Leistung erbringen.

8. Leitfaden zum Versicherungsschutz bei chronischen Erkrankungen

Sollten Sie an einer chronischen Erkrankung leiden und der Zweck der Behandlung darin besteht, die Symptome unter Kontrolle zu halten, und eine Heilung nicht möglich ist, wird die Leistung im Rahmen der Leistung bei chronischer Erkrankung erbracht, sofern verfügbar.

Was verstehen wir unter einer chronischen Erkrankung?

Wir definieren eine chronische Erkrankung als:

Eine Erkrankung, Krankheit oder Verletzung, die mindestens eines der folgenden Merkmale aufweist:

- Es bedarf einer kontinuierlichen oder langfristigen Überwachung durch Konsultationen, Untersuchungen, Kontrolluntersuchungen und/oder Tests
- Es bedarf einer kontinuierlichen oder langfristigen Kontrolle oder Linderung der Symptome
- Es erfordert Ihre Rehabilitation oder eine spezielle Schulung, um damit umzugehen
- es läuft auf unbestimmte Zeit weiter
- Es gibt keine bekannte Heilung
- Es kommt zurück oder wird wahrscheinlich wiederkommen

Was bedeutet das in der Praxis?

Sollten Sie zum ersten Mal an einer Krankheit erkranken, übernehmen wir die Kosten für die Behandlung (sofern im Rahmen der Versicherung berechtigt), um Ihren Gesundheitszustand zu stabilisieren. Sobald sich Ihr Gesundheitszustand stabilisiert hat und die Behandlung, die Sie erhalten, nur dazu dient, Sie zu überwachen oder Ihren Gesundheitszustand zu kontrollieren, anstatt ihn zu heilen, wird Ihnen die Leistung im Rahmen der Leistung bei chronischen Erkrankungen gewährt, sofern verfügbar.

Was passiert, wenn sich Ihr chronischer Zustand verschlimmert oder instabil wird?

Sollte Ihr chronischer Gesundheitszustand instabil wird und sich verschlimmert, bieten wir Ihnen Versicherungsschutz, damit Ihr chronischer Gesundheitszustand wie unter der Leistung bei chronischen Erkrankungen beschrieben stabilisiert werden kann, sofern verfügbar.

Zur weiteren Erläuterung haben wir Ihnen einige Beispiele bereitgestellt. Bei allen Beispielen wird davon ausgegangen, dass die Erkrankung im Rahmen der Versicherung anspruchsberechtigt ist und eine Leistung verfügbar ist.

Beispiel 1

Alan ist seit vielen Jahren bei Freedom. Er entwickelt Brustschmerzen und wird von seinem Hausarzt an einen Spezialisten überwiesen. Er hat eine Reihe von Untersuchungen und es wird diagnostiziert, dass er an Angina pectoris leidet. Alan erhält Medikamente, um seine Symptome zu kontrollieren. Wird Alan abgedeckt sein?

Wir werden Alans erste Konsultationen und Tests abdecken, um die Diagnose zu erhalten. Wir werden auch weitere Konsultationen mit seinem Facharzt übernehmen, bis seine Symptome unter Kontrolle sind und anhalten. Jede Behandlung zur Kontrolle und Aufrechterhaltung der Symptome wird, sofern verfügbar, von der Leistung bei chronischen Erkrankungen abgedeckt.

Zwei Jahre später treten Alans Brustschmerzen immer stärker auf und sein Facharzt empfiehlt ihm eine Herzbypass-Operation.

Wir übernehmen die Kosten für den chirurgischen Eingriff. Wir übernehmen auch die postoperativen Kontrolluntersuchungen, um sicherzustellen, dass sich der Gesundheitszustand stabilisiert hat. Sobald sich der Gesundheitszustand stabilisiert hat, übernehmen wir die Kosten für die routinemäßigen Nachsorgeuntersuchungen, die im Rahmen der Leistung bei chronischen Erkrankungen erforderlich sind, sofern verfügbar.

Beispiel 2

Eve ist seit fünf Jahren bei Freedom, als sie Atembeschwerden bekommt. Ihr Hausarzt überweist sie an einen Spezialisten, der eine Reihe von Tests veranlasst. Diese zeigen, dass Eva Asthma hat. Ihr Facharzt verschreibt ihr Medikamente und empfiehlt eine Nachuntersuchung in drei Monaten, um festzustellen, ob sich ihr Zustand verbessert hat. Bei dieser Konsultation gibt Eve an, dass ihre Atmung viel besser geworden sei, weshalb der Spezialist ihr alle vier Monate Kontrolluntersuchungen vorschlägt.

Wir übernehmen die Kosten für die Beratungen und Tests und übernehmen auch die Kosten für die dreimonatige Untersuchung. Sobald sich der Gesundheitszustand stabilisiert hat, übernehmen wir die Deckung für die routinemäßigen Nachsorgeuntersuchungen und Medikamente, die zur Kontrolle des Gesundheitszustands im Rahmen der Leistung bei chronischen Erkrankungen erforderlich sind, sofern verfügbar.

Achtzehn Monate später erleidet Eve einen schlimmen Asthmaanfall.

Wir übernehmen die Kosten für die Einweisung in ein Krankenhaus, sofern dies medizinisch notwendig ist, sowie für die Behandlung zur Stabilisierung des Gesundheitszustands.

Beispiel 3

Deirdre ist seit zwei Jahren bei Freedom, als sie Symptome entwickelt, die darauf hindeuten, dass sie möglicherweise an Diabetes leidet. Ihr Hausarzt überweist sie an einen Endokrinologen, der eine Reihe von Untersuchungen zur Bestätigung der Diagnose organisiert. Anschließend beginnt sie mit oralen Medikamenten zur Kontrolle des Diabetes. Nach mehreren Monaten regelmäßiger Konsultationen und einigen Anpassungen der Medikamenteneinnahme bestätigt der Facharzt, dass der Zustand nun gut unter Kontrolle ist und erklärt, dass er sie gerne alle vier Monate zur Überprüfung des Zustands aufsuchen würde.

Wir übernehmen die Kosten für die Behandlung des Diabetes. Sollte der Facharzt bestätigt, dass die Erkrankung gut unter Kontrolle ist und Deirdre nur alle vier Monate aufgesucht werden muss, wird diese routinemäßige Überwachung im Rahmen der Leistung bei chronischen Erkrankungen abgedeckt, sofern verfügbar.

Ein Jahr später wird Deirdres Diabetes instabil und ihr Hausarzt veranlasst, dass sie zur Behandlung ins Krankenhaus geht.

Wir übernehmen die Kosten für den Krankenhausaufenthalt und die Behandlung zur Stabilisierung des Gesundheitszustands.

9. Was ist nicht abgedeckt?

Sofern in Ihrer Leistungsübersicht oder einem von uns vereinbarten schriftlichen Versicherungszusatz nichts anderes angegeben ist, deckt die Versicherung keine Ansprüche ab, die sich aus den folgenden Versicherungsausschlüssen ergeben oder damit in Zusammenhang stehen:

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

- 9.1 Eine Leistung, die in Ihrer Versicherung nicht verfügbar ist.
- 9.2 Eine Leistung, bei der Sie die Warte-/Karenzfrist nicht eingehalten haben.
- 9.3 Beträge, die über die jährliche Höchstgrenze für ein bestimmtes Versicherungsjahr hinausgehen. Danach sind weitere Behandlungen oder andere Erkrankungen ausgeschlossen.
- 9.4 Jeglicher Folgeschaden.
- 9.5 Jegliche Form der Behandlung oder medikamentösen Therapie, bei der es sich nach unserem begründeten Ermessen um eine experimentelle Behandlung handelt oder die auf der Grundlage der allgemein anerkannten medizinischen Praxis in dem Land, in dem die Behandlung durchgeführt wird, unbewiesen ist.
- 9.6 Assistierte Fortpflanzung, einschließlich In-vitro-Fertilisation (IVF).
- 9.7 Bestattung, Einäscherung oder Transport, wenn der Tod einer versicherten Person in ihrem Heimatland eintritt.
- 9.8 Pflege und/oder Behandlung von Drogenabhängigkeit oder Alkoholismus und/oder einer Krankheit, Krankheit oder Verletzung, die direkt oder indirekt auf Alkohol-, Drogen- oder Substanzmissbrauch oder -abhängigkeit zurückzuführen ist.
- 9.9 Gebühren, die von einem Spezialisten/Facharzt oder einem Krankenhaus berechnet werden und die wir nicht als angemessen und üblich erachten.
- 9.10 Geburtsfehler, einschließlich der Korrektur angeborener Missbildung so weit nicht anders vereinbart wurde.
- 9.11 Von Ihnen, Ihrem Ehegatten, Ihren Eltern oder Kindern durchgeführte ärztliche Beratungen oder von einer dieser Personen verschriebene Medikamente oder Behandlungen.
- 9.12 Ergänzende Behandlungen oder alternative Therapien, einschließlich, aber nicht beschränkt auf Ayurveda-Medizin, Rolfing, Massage, Pilates, Yoga, Fango-Therapie, Milta-Therapie und Energietherapie, mit Ausnahme der in der Leistungs- und Deckungstabelle aufgeführten Behandlungen, sind verfügbar.
- 9.13 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.
- 9.14 Kryokonservierung, Implantation oder Reimplantation von lebenden Zellen oder lebendem Gewebe, egal ob autolog oder von einem Spender bereitgestellt.
- 9.15 Zahnimplantate.
- 9.16 Essstörungen.
- 9.17 Kosten für den Erwerb eines Organs, einschließlich, aber nicht beschränkt auf Spendersuche, Typisierung, Transport und Verwaltungskosten.
- 9.18 Kosten, die aufgrund von Komplikationen entstehen, die direkt durch eine Krankheit verursacht werden oder Behandlung, für die der Versicherungsschutz im Rahmen der Versicherung ausgeschlossen oder eingeschränkt ist.

- 9.19 Nichtbeachtung ärztlicher Ratschläge, verordneter Pflege und Komplikationen, die sich aus der Missachtung solcher Ratschläge ergeben. Dazu gehört auch die Nichtbefolgung von Reise-, Aktivitäts-, Aktions- oder Verfolgungsratschlägen.
- 9.20 Fetalchirurgie einschließlich Behandlung der Mutter oder des ungeborenen Kindes.
- 9.21 Gentests.
- 9.22 Behandlung mit Wachstumshormonen.
- 9.23 HIV/AIDS/verwandte Erkrankungen.
- 9.24 Hausbesuche, es sei denn, sie sind medizinisch notwendig, nachdem plötzlich eine akute Erkrankung eingetreten ist, die es dem Versicherten unmöglich macht, seinen Arzt, Spezialisten oder Therapeuten aufzusuchen.
- 9.25 Unfruchtbarkeitsbehandlung, sofern nicht anders angegeben.
- 9.26 Die stationäre Behandlung von Mehrlingskindern, die im Rahmen einer medizinisch unterstützten Fortpflanzung geboren wurden, ist in den ersten 3 Monaten nach der Geburt auf 20.000 € pro Kind begrenzt. Ambulante Behandlungen werden im Rahmen der ambulanten Behandlungsleistung übernommen. Die Neugeborenen müssen innerhalb von 30 Tagen nach der Geburt in die Versicherung aufgenommen worden sein.
- 9.27 Untersuchungen und Behandlung von Adipositas/Fettleibigkeit.
- 9.28 Untersuchungen und Behandlung von Haarausfall und Haarerersatz, es sei denn, der Haarausfall ist auf eine Krebsbehandlung zurückzuführen.
- 9.29 Untersuchungen und Behandlung sexuell übertragbarer Krankheiten (Geschlechtskrankheiten).
- 9.30 Untersuchungen, Behandlungen und Komplikationen im Zusammenhang mit sexueller Dysfunktion, Impotenz, Sterilisation und Empfängnisverhütung, einschließlich der Einführung und Entfernung von Verhütungsmitteln und allen anderen Verhütungsmitteln, auch wenn sie aus medizinischen Gründen verschrieben werden. Die einzige Ausnahme bildet die Verschreibung von Verhütungsmitteln zur Behandlung von Akne, sofern diese von einem Dermatologen verschrieben wurden.
- 9.31 Lernschwierigkeiten, Verhaltens- und Entwicklungsprobleme.
- 9.32 Erkrankungen und deren Folgen sowie Todesfälle, die auf den Missbrauch von Alkohol oder Drogen durch die versicherte Person zurückzuführen sind.
- 9.33 Ärztliche Behandlungsfehler/Verstoß gegen die ärztliche Sorgfalt.
- 9.34 Arztgebühren für das Ausfüllen eines Antragsformulars oder andere Verwaltungsgebühren.
- 9.35 Kurzsichtigkeit, Weitsichtigkeit, Hornhautverkrümmung, natürliche/nicht medizinische degenerative Sehschwächen, nicht medizinische/natürliche degenerative Hörschwächen, Seh- und Hörhilfen, Kontaktlinsen-lösungen/-flüssigkeiten und Augentropfen.
- 9.35 Kurzsichtigkeit, Weitsichtigkeit, Hornhautverkrümmung, natürliche/nicht medizinische degenerative Sehschwächen, nicht medizinische/natürliche degenerative Hörschwächen, Seh- und Hörhilfen, Kontaktlinsen-lösungen/-flüssigkeiten und Augentropfen.
- 9.36 Natur- und atomare Gefahren.
- 9.37 Transporte, die keine Notfalltransporte sind.
- 9.38 Kieferorthopädische Behandlung, sofern nicht anders angegeben.
- 9.39 Orthomolekulare Behandlung.
- 9.40 Palliativbehandlung oder Behandlung chronischer Erkrankungen, es sei denn, die entsprechende Leistung ist in Ihrer Tariflichen Leistungszusage aufgeführt.
- 9.41 Persönliche medizinische Ausschlüsse.
- 9.42 Phobien.
- 9.43 Wenn Sie sich unnötig in Gefahr begeben.
- 9.44 Podologie und Fußpflege.
- 9.45 Prä- und postnatale Kurse oder sonstige andere pädagogischen Kurse.

9.46 Vorerkrankungen oder damit zusammenhängende Erkrankungen (es sei denn, wir haben uns bereit erklärt, Sie auf der Basis von Medical Histories Disregarded (MHD) zu versichern):

- a. Sollte Sie eine Versicherung mit Moratorium, auch MORI genannt, abgeschlossen haben, schließen wir jede medizinische Erkrankung oder damit zusammenhängende Erkrankungen aus, die
- vorhersehbar waren,
 - sich bereits manifestierte haben,
 - aufgrund derer Sie Beschwerden oder Symptome hatten
 - aufgrund derer Sie medizinischen Rat eingeholt haben,
 - behandelt wurden und/oder Medikamente erhalten haben, oder,
 - nach Ihrem besten Wissen bereits bestanden

in den zwei Jahren vor Beginn des Versicherungsschutzes der versicherten Person. Wenn Sie:

- Symptome festgestellt haben,
- Rat gesucht haben,
- eine Behandlung, Medikation oder spezielle Diät benötigt haben,,
- eine Behandlung, Medikamente oder eine spezielle Diät erhalten haben

in den zwei Jahren nach Beginn des Versicherungsschutzes müssen Sie warten, bis Sie einen ununterbrochenen Zeitraum von zwei Jahren abgeschlossen haben, in dem Sie

- keine Symptome festgestellt haben,
- keinen Rat gesucht haben,
- keine Behandlung, Medikation oder spezielle Diät benötigt haben,
- keine Behandlung, Medikamente oder eine spezielle Diät erhalten haben

damit der medizinische Zustand oder ein damit zusammenhängender medizinischer Zustand für den Versicherungsschutz in Betracht gezogen wird.

- b. Sollte Sie eine Versicherung nach dem Verfahren der vollständigen medizinischen Risikoprüfung (auch bekannt als FMU) abgeschlossen haben, schließen wir jede Vorerkrankung oder damit zusammenhängende Erkrankung aus, es sei denn, Sie haben uns die Erkrankung bei Antragstellung mitgeteilt und wir haben keine Ausschlussklausel im Versicherungsschein vermerkt. Alle von uns festgelegten medizinischen Ausschlüsse sind im Versicherungsschein aufgeführt.
- c. Sollten Sie eine Versicherung nach dem Verfahren der kontinuierlichen persönlichen medizinischen Ausschlüsse (CPME) oder dem Switch-Moratorium abgeschlossen haben und Sie ohne Unterbrechung des Versicherungsschutzes zu uns gewechselt haben, gelten die von Ihrem vorherigen Versicherer festgelegten Vorerkrankungen oder das von ihm festgelegte Moratoriumsdatum. Bitte beachten Sie die obigen Punkte a oder b.

9.47 Präventivbehandlungen oder -verfahren.

9.48 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.

9.49 Produkte, die ohne ärztliches Rezept erworben werden können.

9.50 Entfernung von Fettgewebe und gesundem Gewebe, unabhängig davon, ob dies aus medizinischen oder psychologischen Gründen geschieht oder nicht (einschließlich, jedoch nicht beschränkt auf Brustverkleinerungen).

- 9.51 Normale Schwangerschaft oder Entbindung, sofern nicht anders vereinbart.
- 9.52 Selbstzugefügte Leiden oder Verletzungen infolge eines Suizidversuchs.
- 9.53 Leistungen oder Behandlungen in einer Langzeitpflegeeinrichtung, einem Pflegeheim, Spa, einer Hydroklinik, einem Sanatorium oder einer Erholungseinrichtung, die kein Krankenhaus ist – auch wenn der Aufenthalt ärztlich verordnet, wurde.
- 9.54 Geschlechtsumwandlung oder Geschlechtsumwandlung, ob aus psychologischen Gründen oder nicht.
- 9.55 Transportkosten vom Schiff zum Land.
- 9.56 Schlafapnoe, Schnarchen, Schlafstörungen und schlafbezogene Atmungsstörungen.
- 9.57 Logopädie ist nur im Zusammenhang mit einer diagnostizierten körperlichen Beeinträchtigung abgedeckt, wie z. B., aber nicht beschränkt auf, Nasenverstopfung, neurogene Beeinträchtigungen (z. B. Lingualparese, Hirnverletzung) oder Artikulationsstörungen der Mundstruktur (z. B. Gaumenspalte). Sprachtherapie im Zusammenhang mit Entwicklungsverzögerung, Legasthenie, Dyspraxie oder einer expressiven Sprachstörung ist nicht erstattungsfähig
- 9.58 Chirurgische/medizinische Geräte, wie Hilfsmittel oder Geräte, einschließlich Seh- und Hörhilfen, Zahnersatz und -prothesen. Während eines chirurgischen Eingriffes eingesetzte künstliche Hilfsmittel oder Prothesen sind, abgedeckt.
- 9.59 Fahrtkosten zu und von medizinischen Einrichtungen (einschließlich Parkkosten) für anspruchsberechtigte Behandlungen, mit Ausnahme der Fahrtkosten, die durch Leistungen für lokale Krankenwagen, medizinische Evakuierung und medizinische Rückführung abgedeckt sind.
- 9.60 Schwangerschaftsabbruch, außer bei Gefahr für das Leben der schwangeren Frau.
- 9.61 Terrorismus, unabhängig davon, ob dieser den Einsatz, die Freisetzung oder die Androhung von Atomwaffen oder chemischen oder biologischen Kampfstoffen beinhaltet oder nicht.
- 9.62 Behandlung als Folge einer Straftat.
- 9.63 Behandlung von Erkrankungen wie Störungen des Sozialverhaltens, Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS), Autismus-Spektrum-Störung, oppositionelle Trotzstörung, antisoziales Verhalten, Zwangsstörung, Bindungsstörungen, Anpassungsstörungen sowie alle Behandlungen, die positive sozial-emotionale Beziehungen fördern, wie z. B. Kommunikationstherapie, Floor-Time-Therapie und Familientherapie
- 9.64 Krieg, Unruhen, Unruhen, Terrorismus oder Handlungen gegen ausländische Feindseligkeiten, unabhängig davon, ob der Krieg erklärt wurde oder nicht.
- 9.65 Eine Behandlung in den USA ist nicht abgedeckt, wenn uns bekannt ist oder wir vermuten, dass der Versicherungsschutz mit dem Ziel abgeschlossen wurde, in die USA zu reisen, um sich wegen einer Erkrankung behandeln zu lassen, deren Symptome dem Mitglied vor Abschluss des Versicherungsschutzes offenkundig waren.
- 9.66 Behandlung oder diagnostische Tests von Verletzungen, die sich aus der Ausübung eines Berufssports ergeben.
- 9.67 Behandlung außerhalb des im Versicherungsschein genannten geografischen Geltungsbereichs außer in Notfällen und/oder von uns genehmigt.
- 9.68 Behandlung, die ausschließlich auf Ihren Wunsch erfolgt.
- 9.69 Behandlung, die ohne die Überweisung eines Arztes durchgeführt wird.
- 9.70 Durchgeführte Behandlung:
- vor Beginn des Versicherungsschutzes.
 - nach Ablauf des Versicherungsschutzes, es sei denn, Sie haben die Versicherung bei uns verlängert und die medizinische Behandlung ist erstattungsfähig.
 - wenn die fälligen Beiträge nicht bezahlt wurde.
- 9.71 Dreifach-/Bart-, Vierfach- oder Spina-Bifida-Tests, außer für Frauen ab 35 Jahren, die die Mutterschaftsleistung erworben und die Wartezeit erfüllt haben.

10. Einreichen eines Antrags

Bevor Sie einen Anspruch geltend machen, lesen Sie bitte dieses Versicherungsdokument einschließlich Ihrer Leistungstabelle durch, um festzustellen, ob Ihnen der entsprechende Versicherungsschutz zur Verfügung steht. Sollten Sie Fragen zum Versicherungsschutz haben, rufen Sie bitte die internationale Leistungs-Hotline an.

Medizinische Evakuierungen oder Vorabgenehmigung stationärer/teilstationärer Notfallpatienten

In einem medizinischen Notfall, bei dem Sie in ein Krankenhaus eingeliefert oder medizinisch evakuiert werden müssen, müssen Sie oder Ihr Vertreter sich umgehend an die internationale Leistungs-Hotline der Freedom Health GmbH wenden.

Ansprüche im stationären/teilstationären Bereich

Stationäre und teilstationäre Behandlungen werden direkt an den Arzt, Facharzt, das Krankenhaus oder die Klinik vergütet. Das bedeutet, dass Sie für keine Behandlung bezahlen müssen, es sei denn, Sie haben eine Selbstbeteiligung oder Zuzahlung in Ihrer Versicherung, die Behandlung ist nicht anspruchsberechtigt oder Ihre Leistung ist ausgeschöpft.

Für jede stationäre oder teilstationäre Behandlung ist eine Vorabgenehmigung einzuholen. Wird die Behandlung nicht vorab genehmigt, werden die Leistungen mit 50 % der entstandenen Kosten vergütet.

Vorabgenehmigungsprozess

- Das Antragsverfahren beginnt, sobald Ihr Arzt Sie an einen Spezialisten überweist. Sie müssen Ihrem Arzt mitteilen, dass Sie eine Privatbehandlung wünschen.
- Kontaktieren Sie die internationale Leistungs-Hotline unter 0800 000 1727 (gebührenfrei, nur in Deutschland) oder unter +44 1202 755 566.
- Ein Mitglied unseres Schadensteams nimmt Ihre Daten auf. Bitte halten Sie bei Ihrem Anruf die auf Ihrer Karte angegebene Versicherungsnummer bereit.
- Wir werden dann Ihren Arzt und das Krankenhaus oder die Klinik kontaktieren, um sicherzustellen, dass die Vorkehrungen für Ihre Behandlung getroffen werden.
- Wir bestätigen Ihnen dann die Autorisierung und die vereinbarten Modalitäten der Behandlung. Sie müssen keine Antragsformulare ausfüllen
- Lassen Sie sich im Krankenhaus oder in der Klinik behandeln.

Ambulante Ansprüche

Sie müssen das Krankenhaus oder die Klinik für Ihre ambulante Behandlung bezahlen. Wir erstatten die Ihnen entstandenen Kosten, mit Ausnahme etwaiger Selbstbeteiligungen oder Zuzahlungen, gemäß den Versicherungsbedingungen.

Sollten Sie Hilfe oder Rat benötigen, wenden Sie sich bitte unter den angegebenen Nummern an das Schadensteam. Sie müssen sich nicht an die internationale Leistungs-Hotline wenden, um ambulante Ansprüche vorab zu genehmigen.

- Suchen Sie auf dem üblichen Weg Ihren Arzt, Therapeuten oder Spezialisten auf.
- 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 Leistungs-Hotline wenden: 0800 000 1727 (gebührenfrei, nur in Deutschland) oder +44 1202 755 566 oder per E-Mail an: Claims@freedomhealthinsurance.eu oder indem Sie ein Antragsformular herunterladen, unter: www.freedomhealthinsurance.eu.
- Senden Sie Ihr vollständig ausgefülltes Leistungsantrag zusammen mit Kopien der detaillierten, aufgeschlüsselten Originalrechnung(en) und Originalquittung(en) an die Schadensabteilung. Bitte fügen Sie die folgenden Unterlagen bei, damit wir Ihren Antrag prüfen können:
 - Ein vollständig ausgefülltes Antragsformular für medizinische Zwecke.
 - Eine Kopie der detaillierten, aufgeschlüsselten Originalrechnung(en).
 - Eine Kopie der Originalquittung(en).
 - Eine Kopie des Rezepts, wenn Medikamente Teil des Anspruchs sind.

11. Beschwerdeverfahren

Unser Engagement für Sie

Bei der Freedom Health GmbH liegt uns jeder unserer Kunden am Herzen und wir glauben, dass Sie jederzeit das Recht auf einen fairen, schnellen und zuvorkommenden Service haben. Wir sind bestrebt, Ihnen exzellenten Service zu bieten und die Erwartungen unserer Kunden zu übertreffen. Sollten Sie aus irgendeinem Grund mit irgendeinem Aspekt 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 kompetenten Mitarbeiter untersucht, in die Angelegenheit der Beschwerde involviert ist. Wir sind bestrebt, alle Beschwerden bis Geschäftsschluss am Werktag nach Eingang der Beschwerde zu lösen. Sollte eine ausführlichere Untersuchung erforderlich sein und wir die Beschwerde nicht innerhalb dieser Frist lösen können, werden wir:

1. Ihre Beschwerde innerhalb von 5 Werktagen schriftlich bestätigen, entweder mit einer vollständigen Antwort oder mit Informationen zum aktuellen Stand der Bearbeitung sowie einer Kontaktperson für weitere Rückfragen.
2. Ihnen innerhalb von 4 Wochen nach Eingang der Beschwerde eine endgültige Antwort und gegebenenfalls eine Entschädigung zukommen lassen.

In einigen Fällen kann eine Beschwerde eine ausführlichere Untersuchung erfordern, sodass eine längere Bearbeitungszeit notwendig ist. Wir sind bestrebt, solche umfangreichen Beschwerden innerhalb von 8 Wochen zu lösen. Sollte dies auf Ihre Beschwerde zutreffen, werden wir Sie entsprechend informieren.

Wie man sich beschwert

Sie können Ihre Bedenken schriftlich an den Geschäftsführer der Freedom Health GmbH, Hohe Bleichen 8, 20354 Hamburg, oder per E-Mail an beschwerden@freedomhealthinrance.eu richten.

Wir werden Ihre Beschwerde im Namen des in Ihrem Versicherungszertifikat genannten Versicherers untersuchen und sind bestrebt, Ihnen innerhalb von höchstens acht Wochen eine endgültige Entscheidung mitzuteilen. Sollten wir nicht in der Lage sein, innerhalb dieser Frist vollständig auf Ihre Beschwerde zu reagieren, oder sind Sie mit unserer endgültigen Entscheidung nicht einverstanden, können Sie Ihre Beschwerde an die zuständige Aufsichtsbehörde oder, falls Sie Verbraucher sind, an die Versicherungsombudsstelle richten, bevor Sie rechtliche Schritte einleiten.

Sollten Sie sich mit Ihrer Beschwerde direkt an Tokio Marine Europe wenden möchten, können Sie dies mit den folgenden Angaben tun:

TME Head of Legal and Compliance
26 Avenue de la Liberté
L-1930 Luxembourg Luxembourg
E-Mail: TMEComplaints@tmhcc.com

Sollten Sie mit der endgültigen Antwort von Tokio Marine Europe nicht zufrieden sein, haben Sie möglicherweise das Recht, Ihre Beschwerde kostenlos an den Versicherungsombudsmann oder das Commissariat Aux Assurances (CAA) weiterzuleiten. Weitere Informationen zum Versicherungsombudsmann und zur CAA finden Sie unter den folgenden Kontaktdaten

Ombudsmann für Versicherungen

Nach Website: https://www.aca.lu/en/insurance-ombudsman	Per E-Mail: mediateur@aca.lu
Per Post: ACA c/o Médiateur en Assurance B.P. 448 L-2014 LUXEMBOURG	Per Telefon: +352 44 21 44 1 Per Fax: +352 44 02 89

Commissariat aux Assurances

Nach Website: www.caa.lu/fr/consommateurs/resolution-extrajudiciaire-des-litiges	Per E-Mail: reclamation@caa.lu
Per Post: 11, rue Robert Stumper L-2557 Luxembourg Luxembourg	Per Telefon: +352 22 69 11 1 Per Fax: +352 22 69 10

12. Definitionen

Abhängig

Ihr Ehemann, Ihre Ehefrau, Ihr Partner oder Ihr unverheiratetes Kind sind in Ihrer Versicherung enthalten. Unter Partner verstehen wir eine Person, mit der Sie dauerhaft zusammenleben. Unter „Kind“ verstehen wir die unverheirateten eigenen, adoptierten oder Stiefkinder von Ihnen oder Ihrem Partner, die unter 21 Jahre alt sind (bzw. unter 25 Jahren im Falle eingeschriebener Studierender, die eine Vollzeitausbildung absolvieren).

Akuter medizinischer Zustand

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.

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.

Ambulant Patient

Ein Patient, der ein Krankenhaus, eine Sprechstunde oder eine Ambulanz aufsucht und nicht als Patient teilstationär oder stationär aufgenommen wird.

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 Zweifel an der Angemessenheit der Behandlung im Hinblick auf einen Anspruch bestehen, entscheidet unser Chief Medical Officer über die Angemessenheit.

Angemessen und üblich

Was wir aufgrund unserer Erfahrung und unseres Wissens als akzeptable Behandlungskosten erachten.

Antragsteller

Eine versicherte Person, die einen Anspruch aus der Versicherung geltend gemacht hat.

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

Gebühren für eine nicht chirurgische Behandlung, die von einem Arzt durchgeführt oder verabreicht wird.

Behandlung

Chirurgische oder medizinische Dienstleistungen (einschließlich diagnostischer Tests), die zur Diagnose, Linderung oder Heilung einer Krankheit, eines Leidens oder einer Verletzung erforderlich sind.

Behandlung von Unfruchtbarkeit

Behandlung für beide Geschlechter einschließlich aller invasiven Untersuchungsverfahren, die zur Feststellung der Ursache der Unfruchtbarkeit erforderlich sind, wie z. B. Hysterosalpingogramm, Laparoskopie oder Hysteroskopie.

Beginn des Versicherungsschutzes

Das Datum des Vertragsbeginns mit uns, wie in Ihrem Versicherungsschein angegeben.

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

Berufssport

Professionelle sportliche Aktivitäten jeglicher Art, für die ein Entgelt erhoben wird.

Chirurgische Hilfsmittel und Prothesen

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

Chronischer medizinischer Zustand

Eine Krankheit, Erkrankung oder Verletzung, die mindestens eines 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 Symptomen 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

Diagnosetest

Untersuchungen, wie z. B. Röntgenaufnahmen oder Blutuntersuchungen, um die Ursache Ihrer Beschwerden zu finden oder bei deren Aufklärung zu helfen.

Drittmeinung

Einholung einer alternativen Meinung über die Krankheit von einem zweiten, von uns ausgewählten Spezialisten

Essstörung

Jede psychische Störung wie Anorexia nervosa oder Bulimie, die mit einer unzureichenden oder übermäßigen Nahrungsaufnahme einhergeht.

Experimentelle Behandlung

Ein diagnostischer, medizinischer oder chirurgischer Eingriff, eine Behandlung oder eine medikamentöse Therapie, die auf der Grundlage allgemein anerkannter medizinischer Praxis als experimentell oder unbewiesen gilt.

Facharzt

Ein qualifizierter und zugelassener Arzt, der über die erforderlichen zusätzlichen Qualifikationen und Fachkenntnisse verfügt, um als anerkannter Spezialist für diagnostische Verfahren, Behandlung und Prävention in einem bestimmten medizinischen Fachgebiet tätig zu sein.

Facharztgebühren

Gebühren für die Behandlung durch einen Facharzt.

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.

Gebühren für Hebammen

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 das erforderliche Staatsexamen bestanden hat.

Hauptwohnsitzland

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

Heimatland

Das Land, für das die versicherte Person einen aktuellen Reisepass besitzt und in das die versicherte Person zurückgeführt werden möchte.

Impfungen

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

Kieferorthopädische Behandlungen

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

In Verbindungstehende Krankheiten

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

Kieferorthopädische Behandlungen

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

Krebs

Ein „bösartiger Tumor, Gewebe oder Zellen, der durch unkontrolliertes Wachstum und Ausbreitung bösartiger Zellen und das Eindringen in umliegendes Gewebe gekennzeichnet ist“. Weitere Informationen zum Versicherungsschutz für die Behandlung von Krebs finden Sie in unserem Krebsratgeber.

Krankenhaus

Eine Einrichtung, die in dem Land, in dem sie tätig ist, als medizinisches oder chirurgisches Krankenhaus zugelassen ist und in der der Patient dauerhaft von einem Arzt betreut wird. Folgende Einrichtungen gelten nicht als Krankenhäuser: Alten- und Pflegeheime, Heilbäder, Kurzentren und Kurorte.

Krankenhauskosten

Kosten für Krankenhausunterbringung, Pflege, Operationssäle, Medikamente, Verband, Pathologie, Radiologie und alle anderen Kosten, die ein Krankenhaus für die Behandlung im Rahmen unserer Gebührenordnung erhebt.

Krankenhausunterbringung

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

Langzeitpflege

Pflege, die über einen längeren Zeitraum nach der Behandlung einer akuten Erkrankung erfolgt, in der Regel bei einer chronischen Erkrankung oder Behinderung, die eine periodische, intermittierende oder kontinuierliche Betreuung erfordert. Langzeitpflege kann zu Hause, in der Gemeinschaft, im Krankenhaus oder in einem Pflegeheim erfolgen

Leistungstabelle

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

Lokaler Krankenwagentransport

Krankentransport im Notfall oder aus medizinischer Notwendigkeit zum nächstgelegenen verfügbaren und geeigneten Krankenhaus oder zur nächstgelegenen zugelassenen medizinischen Einrichtung.

Logopädie

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.

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 den 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.

Medizinischer Zustand

Alle Anzeichen, Symptome, Krankheiten, Beschwerden, Krankheiten oder Verletzungen.

Missbrauch

Unsachgemäßer oder übermäßiger Konsum von Alkohol, Drogen oder anderen berauschenden Substanzen. Dazu gehört auch die Einnahme von Arzneimitteln in anderen als den ärztlich verordneten oder verordneten Mengen oder aus einem anderen als dem ursprünglich vorgesehenen Grund.

Nahe Familienmitglied

Ein Familienangehöriger, Elternteil, Stiefelternteil, Schwiegerelternteil, Großelternteil, Enkelkind, Bruder, Schwester, Schwager, Schwägerin, Schwiegersohn, Schwiegertochter oder Erziehungsberechtigter.

Notfall

Auftreten einer plötzlichen und unvorhergesehenen akuten Erkrankung, die dringend medizinische Hilfe erfordert. Es werden nur Behandlungen übernommen, die innerhalb von 24 Stunden nach dem Notfallereignis beginnen.

Onkologie

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

Oralchirurgische Eingriffe

Chirurgische Maßnahmen z.B.:

- Zahnreplantation nach einem Unfall,
- Chirurgische Entfernung kompliziert verborgener Zähne,
- Chirurgische Entfernung betroffener/verborgener Zähne
- Chirurgische Drainage von Zahnabszessen.
- Wurzelspitzenamputation.
- Eukleation einer Kieferzyste.
- Behandlung von Unterkiefer-, Jochbein- oder Oberkieferfrakturen einschließlich interner oder externer Fixierung.
- Exzision oder Resektion des Unter- oder Oberkiefers, einschließlich der Entfernung bösartiger Tumoren.
- 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 durchgeführten werden.

Orthomolekulare Behandlung

Eine Behandlung, die darauf abzielt, das optimale ökologische Umfeld für die Körperzellen wiederherzustellen, indem Defizite auf molekularer Ebene auf der Grundlage der individuellen Biochemie korrigiert werden. Dabei werden natürliche Stoffe wie Vitamine, Mineralien, Enzyme, Hormone usw. verwendet.

Palliative Behandlung

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

Patient

Die versicherte Person wird wegen einer Krankheit behandelt.

Phobie

Eine anhaltende, irrationale, starke Angst vor einem bestimmten Objekt, einer bestimmten Aktivität oder einer bestimmten Situation.

Pflege von Neugeborenen

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.

Postnatale Versorgung

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

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).

Psychiatrie und Psychotherapie

Die Behandlung einer Geistes-, Nerven- oder Essstörung, die durch einen klinischen Psychiater oder Psychologen 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

Rat

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

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.

Routinemäßige Gesundheitschecks

Tests/Screenings, die durchgeführt werden, ohne dass klinische Symptome vorliegen. Zu diesen Tests gehören die folgenden, altersgerecht durchgeführten Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten:

- Vitalfunktionen (Blutdruck, Cholesterin, Puls, Atmung, Temperatur usw.).
- Herz-Kreislauf-Untersuchung.
- Neurologische Untersuchung.
- Krebsvorsorgeuntersuchung.
- Gesundheitschecks für Kinder (für Kinder bis 6 Jahre).

Selbstbehalt/Eigenbehalt

Der auf dem Versicherungszertifikat angegebene Betrag, den Sie vereinbarungsgemäß in jedem Versicherungsjahr zu den Kosten für erstattungsfähige Behandlungen beitragen.

Schwangerschaft

Der Zeitraum vom Datum der ersten Diagnose bis zur Entbindung.

Schwangerschaftsvorsorge

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 berechtigte Fruchtwasseranalyse gekoppelt ist.

Stationärer Patient

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

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.

Therapeut

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

Übergewicht

Wird diagnostiziert, wenn eine Person einen BMI (Body-Mass-Index) von über 30 hat.

Unfall

Eine Verletzung, die das Ergebnis eines unerwarteten Ereignisses ist, das unabhängig vom Willen des Versicherten ist und dessen Ursache außerhalb der Kontrolle des Einzelnen liegt. Ursache und Symptome müssen medizinisch und objektiv erfassbar sein, eine Diagnose ermöglichen und einer Therapie bedürfen.

Unfallbedingte Zahnverletzung

Ein plötzlicher, unvorhergesehener Schlag von außen gegen das Gesicht, die Zähne oder den Kiefer, der an einem identifizierbaren Ort und zu einer identifizierbaren Zeit erfolgt und zu einer Zahnverletzung führt.

Versicherungspolice/-dokument

Das Antragsformular, die Erklärung, das Versicherungsdokument, angemessene und übliche Gebühren, die Versicherungsschein, die Leistungstabelle, Definitionen und etwaige Vermerke.

Versicherungsschein

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

Versicherer

Tokio Marine Europe S.A. firmiert unter dem Namen Tokio Marine HCC und ist Mitglied der Tokio Marine HCC-Unternehmensgruppe. Tokio Marine Europe S.A. ist vom luxemburgischen Finanzminister zugelassen und wird vom Commissariat aux Assurances (CAA) reguliert. Eingetragen im „Registre de commerce et des sociétés, Luxembourg“ unter der Nummer B221975 und mit eingetragenem Sitz in 26, Avenue de la Liberté L-1930 Luxembourg.

Versicherte Person(en)

Jede der im Versicherungsschein aufgeführten Personen.

Versicherungsnehmer

Die zuerst auf dem Versicherungsschein genannte Person, die einen rechtlichen Vertrag mit dem Versicherer hat und für die Zahlung der Beiträge verantwortlich ist.

Versicherungszeitraum

Der Zeitraum zwischen dem auf dem Versicherungsschein angegebenen Beginndatum und dem Enddatum.

Verschreibungspflichtige 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.

Vorerkrankungen

Jede Krankheit, Erkrankung oder Verletzung, für die:

- Sie Medikamente, Ratschläge oder Behandlungen erhalten haben;
- bei Ihnen Symptome aufgetreten sind;

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

Vorabgenehmigung

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.

Wartezeit/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.

Wesentliche Tatsachen

Informationen, die voraussichtlich unsere Beurteilung, Annahme oder Verlängerung der Versicherung oder Änderungen daran beeinflussen. Informationen wie zum Beispiel:

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

Sollten Sie Zweifel haben, ob eine Tatsache wesentlich ist, teilen Sie uns dies bitte mit.

Zahnersatz

Dazu gehören Kronen, Inlays, Auflagefüllung (Onlays), adhäsive Rekonstruktionen/Restorationen, Brücken, Prothesen und Implantate sowie alle notwendigen und ergänzenden Behandlungen.

Zahnchirurgie

Beinhaltet die Extraktion von Zähnen, die Wurzelbehandlungen sowie der Behandlung anderer oraler Probleme wie angeborene Kieferfehlbildungen (z. B. Kieferklemme), Frakturen und Tumore. Zahnchirurgie umfasst jedoch keine chirurgischen Behandlungen im Zusammenhang mit Zahnimplantaten.

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, den die versicherte Person übernehmen muss.

13. Kontaktieren Sie uns

Allgemeine Anfragen

Telefon: 0800 000 1727 (kostenlos, nur Deutschland) oder +44 1202 755 666

E-Mail: info@freedomhealthinsurance.eu

Einen Anspruch geltend machen

Telefon: 0800 000 1727 (kostenlos, nur Deutschland) oder +441202 755 666

E-Mail: claims@freedomhealthinsurance.eu

Anrufe können zu Schulungs- und Qualitätszwecken überwacht werden.

Sämtliche schriftliche Korrespondenz ist zu richten an:

Freedom Health GmbH Hohe Bleichen 8

20354 Hamburg

www.freedomhealthinsurance.eu

FREEDOM WORLDWIDE | POLICY DOCUMENT | 01/01/2025 | TK HCC | EEA

www.freedomhealthinsurance.eu

Freedom Health GmbH - Hohe Bleichen8, 20354 Hamburg

Insurance agent with licence according to § 34d Abs. 7 GEWO Reg. No. [D-HWU8-3V810-73] FINOM PAYMENTS

IBAN: DE44 1001 8000 0664 3194 71 BIC: FNOMDEB2

Registered office: Hamburg – Amtsgericht Hamburg [HRB 185239]] - Managing Directors Nikolaus Suhr, Hooshiar Mireskandari, Sarah Ciranouch Saumtally

Freedom Health GmbH · Hohe Bleichen8, 20354 Hamburg

Versicherungsvertreter mit Erlaubnis nach § 34d Abs. 7 GEWO Reg.-Nr. [D-HWU8-3V810-73] FINOM PAYMENTS

IBAN: DE44 1001 8000 0664 3194 71 BIC: FNOMDEB2

Sitz: Hamburg · Amtsgericht Hamburg [HRB 185239] Geschäftsführer Nikolaus Suhr, Hooshiar Mireskandari, Sarah Ciranouch Saumtally

13. Kontaktieren Sie uns

Allgemeine Anfragen

Telefon: 0800 000 1727 (kostenlos, nur Deutschland) oder +44 1202 755 666

E-Mail: info@freedomhealthinsurance.eu

Einen Anspruch geltend machen

Telefon: 0800 000 1727 (kostenlos, nur Deutschland) oder +441202 755 666

E-Mail: claims@freedomhealthinsurance.eu

Anrufe können zu Schulungs- und Qualitätszwecken überwacht werden.

Sämtliche schriftliche Korrespondenz ist zu richten an:

Freedom Health GmbH Hohe Bleichen 8
20354 Hamburg

www.freedomhealthinsurance.eu

FREEDOM WORLDWIDE | POLICY DOCUMENT | 01/01/2025 | TK HCC | EEA

www.freedomhealthinsurance.eu

Freedom Health GmbH - Hohe Bleichen8, 20354 Hamburg
Insurance agent with licence according to § 34d Abs. 7 GEWO Reg. No. [D-HWU8-3V810-73] FINOM PAYMENTS
IBAN: DE44 1001 8000 0664 3194 71 BIC: FNOMDEB2
Registered office: Hamburg – Amtsgericht Hamburg [HRB 185239]] - Managing Directors Nikolaus Suhr, Hooshiar Mireskandari, Sarah Ciranouch Saumtally

Freedom Health GmbH · Hohe Bleichen8, 20354 Hamburg
Versicherungsvertreter mit Erlaubnis nach § 34d Abs. 7 GEWO Reg.-Nr. [D-HWU8-3V810-73] FINOM PAYMENTS
IBAN: DE44 1001 8000 0664 3194 71 BIC: FNOMDEB2
Sitz: Hamburg · Amtsgericht Hamburg [HRB 185239] Geschäftsführer Nikolaus Suhr, Hooshiar Mireskandari, Sarah Ciranouch Saumtally