

# Claimformulier voor andere ziektekostenverzekeringen dan reis- en persoonlijke ongevallen - DEEL A

## IN TE VULLEN DOOR DE VERZEKERDE

(IN TE VULLEN IN BLOKLETTERS)

De uitgifte van dit formulier mag niet worden opgevat als een erkenning van aansprakelijkheid

### GEGEVENS VAN DE PRIMAIRE VERZEKERDEN

a) Beleidsnr.:											b) Sl. Nee/Certificaatnr											
c) Bedrijfs-/TPA-ID-nr.:																						
d) Naam:	S U R N A M E F I R S T N A M E M I D D L E N A M E																					
e) Adres:																						
Stad											Staat:											
Pincode						Telefoon nr:						E-mail identiteit:										

SECTIE A

### DETAILS VAN DE VERZEKERINGSGESCHIEDENIS:

a) Momenteel gedekt door een andere Medclaim/Zorgverzekering:	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE																				
b) Datum van ingang van de eerste verzekering zonder onderbreking:	D D M M Y Y Y Y																				
c) Zo ja, bedrijfsnaam:											Beleid Nee.										
Verzekerde som (€)																					
d) Bent u de afgelopen vier jaar sinds het aangaan van het contract in het ziekenhuis opgenomen?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE		Datum	D D M M Y Y Y Y																	
Diagnose:																					
e) Voorheen gedekt door een andere Medclaim/Zorgverzekering:	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE																				
f) Zo ja, bedrijfsnaam																					

DEEL B

### GEGEVENS VAN DE VERZEKERDE IN HET ZIEKENHUIS:

een naam:	S U R N A M E F I R S T N A M E M I D D L E N A M E																					
b) Geslacht: mannelijk <input type="checkbox"/> Vrouwelijk <input type="checkbox"/>	c) Leeftijd: jaren	Y Y		Maand	M M		d) Geboortedatum:	D D M M Y Y Y Y														
e) Relatie met hoofdverzekerde:	Zelf <input type="checkbox"/>	Echtgenoot <input type="checkbox"/>	Kind <input type="checkbox"/>	Vader <input type="checkbox"/>	Moeder <input type="checkbox"/>	Ander <input type="checkbox"/>																
(Gelieve te specificeren)																						
f) Beroep: Dienst <input type="checkbox"/>	Eigen baas <input type="checkbox"/>	Huisvrouw <input type="checkbox"/>	Student <input type="checkbox"/>	Gepensioneerd <input type="checkbox"/>	Ander <input type="checkbox"/>																	
(Gelieve te specificeren)																						
g) Adres (indien anders dan hierboven):																						
Stad											Staat:											
Pincode:						Telefoon nr:						E-mail identiteit:										

SECTIE C

### DETAILS VAN DE ZIEKENHUISDIENST:

a) Naam van ziekenhuis waar opgenomen:																					
b) Kamercategorie bezet:	Dagopvang <input type="checkbox"/>		Enkele bezetting <input type="checkbox"/>		Tweeling delen <input type="checkbox"/>		3 of meer bedden per kamer <input type="checkbox"/>														
c) Ziekenhuisopname vanwege:	Blessure <input type="checkbox"/>		Ziekte <input type="checkbox"/>		Moederschap <input type="checkbox"/>																
d) Datum van het letsel / Datum waarop de ziekte voor het eerst werd ontdekt / Datum van levering:	D D M M Y Y Y Y										e) Datum van toelating:	D D M M Y Y Y Y									
f) Tijd:	H H		M M		g) Datum van ontslag:	D D M M Y Y Y Y										h) Tijd:	H H		M M		i) Als letsel aanleiding geeft: zelf toegebracht <input type="checkbox"/>
Verkeersongeval <input type="checkbox"/>	Middelenmisbruik / alcoholgebruik <input type="checkbox"/>		i. Indien Medico legaal: <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE																		
ii. Aangegeven bij de politie: <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE	iii. MLC-rapport en politie-FIR bijgevoegd: <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE		j) Geneeskundesysteem: <input type="checkbox"/>																		

SECTIE D

## DETAILS VAN CLAIM:

a) Gegevens over de gedeclareerde behandelingskosten

i. Kosten vóór ziekenhuisopname:

Rs.

iii. Kosten na ziekenhuisopname:

Rs.

v. Ambulancekosten:

Rs.

vii. Periode vóór ziekenhuisopname:

Dagen

b) Claim voor thuishospitalisatie:

☐ JA ☐ NEE (Zo ja, vermeld details in bijlage)

c) Details van het aangevraagde forfaitaire bedrag/geldige uitkering:

i. Dagelijks contant geld in het ziekenhuis:

Rs.

iii. Voordeel bij kritieke ziekten:

Rs.

v. Pre-/post-hospitalisatie Forfaitaire uitkering:

Rs.

ii. Ziekenhuisopnamekosten: Rs.

iv. Kosten voor gezondheidscontrole: Rs.

vi. Anderen (code):  Rs.

Totaal Rs.

viii. Post-hospitalisatieperiode:

Dagen

ii. Chirurgisch geld: Rs.

iv. Herstel: Rs.

vi. Anderen  Rs.

Totaal Rs.

Ingediende claimdocumenten - checklist:

<input type="checkbox"/> Claimformulier Naar behoren ondertekend	<input type="checkbox"/> Samenvatting van ontslag uit het ziekenhuis	<input type="checkbox"/> Onderzoeksrapporten (inclusief CT/MRI/USG/HPE)
<input type="checkbox"/> Kopie van de claimindicatie, indien van toepassing	<input type="checkbox"/> Apotheekrekening	<input type="checkbox"/> Doktersrecepten
<input type="checkbox"/> Hoofdwet ziekenhuis	<input type="checkbox"/> Operatie Theater Opmerkingen	<input type="checkbox"/> Anderen
<input type="checkbox"/> Wet op de opsplitsing van ziekenhuizen	<input type="checkbox"/> ECG	
<input type="checkbox"/> Betalingsbewijs ziekenhuisrekening	<input type="checkbox"/> Artsenverzoek om onderzoek	

## DETAILS VAN BIJGEVOEGDE REKENINGEN:

Sl. Nee.	Factuurnummer	Datum	Uitgegeven door	Richting	Bedrag (€)
1		DDMMJJ		Hoofdwet ziekenhuis	
2		DDMMJJ		Rekeningen vóór ziekenhuisopname: Nrs	
3		DDMMJJ		Rekeningen na ziekenhuisopname: Nrs	
4		DDMMJJ		Apotheekrekeningen	
5		DDMMJJ			
6		DDMMJJ			
7		DDMMJJ			
8		DDMMJJ			
9		DDMMJJ			
10		DDMMJJ			

## GEGEVENS VAN DE BANKREKENING VAN DE PRIMAIRE VERZEKERDE:

een pan  b) Rekeningnummer:

c) Banknaam en filiaal:

d) Gegevens cheque/DD-betaling:  e) IFSC-code:

## VERKLARING VAN DE VERZEKERDE:

Hierbij verklaar ik dat de informatie in dit claimformulier naar mijn beste weten en overtuiging waar en correct is. Als ik een valse of onware verklaring heb afgelegd, een wezenlijk feit heb onderdrukt of verborgen heb gehouden met betrekking tot vragen die in verband met deze claim zijn gesteld, vervalt mijn recht om terugbetaling te eisen. Ik geef ook toestemming en autoriseer TPA/verzekeringsmaatschappij om de noodzakelijke medische informatie/documenten op te vragen bij elk ziekenhuis/arts die de persoon tegen wie deze claim is ingediend, heeft behandeld. Ik verklaar hierbij dat ik alle rekeningen/bewijzen voor deze claim heb bijgevoegd en dat ik geen enkele aanvullende claim zal indienen, behalve de claim vóór/na de ziekenhuisopname, indien van toepassing.

Datum

Plaats

Handtekening van de verzekerde

**RICHTSNOEREN VOOR HET INVULLEN VAN HET CLAIMFORMULIER - DEEL A**  
**(In te vullen door verzekerde)**

GEGEVENSELEMENT	BESCHRIJVING	FORMAAT
<b>DEEL A - GEGEVENS VAN DE PRIMAIRE VERZEKERDE</b>		
a) Beleidsnr.	Vul het polisnummer in	Zoals toegewezen door de verzekeringsmaatschappij
b) SI. Nee/ Certificaatnr.	Vul het burgerservicenummer of het certificaatnummer van de sociale ziektekostenverzekering in	Zoals toegewezen door de organisatie
c) Bedrijfs-TPA-ID-nr.	Voer het TPA-ID-nummer in	Licentienummer zoals toegekend door IRDA en afgedrukt in TPA-documenten.
d) Naam	Vul de volledige naam van de verzekeringnemer in	Achternaam, voornaam, middelste naam
e) Adres	Vul het volledige postadres in	Vermeld straat, plaats en postcode

<b>DEEL B - DETAILS VAN DE VERZEKERINGSGESCHIEDENIS</b>		
a) Momenteel gedekt door een andere Medclaim/Zorgverzekering?	Geef aan of u momenteel gedekt bent door een andere Medclaim/Zorgverzekering	Vink Ja of Nee aan
b) Datum van aanvang van de eerste verzekering zonder onderbreking	Vul de ingangsdatum van de eerste verzekering in	Gebruik het formaat dd-mm-jj
c) Bedrijfsnaam	Vul de volledige naam van de verzekeringsmaatschappij in	Naam van de organisatie volledig
Beleid Nee.	Vul het polisnummer in	Zoals toegewezen door de verzekeringsmaatschappij
Verzekerd bedrag	Vul het totaal verzekerde bedrag in volgens de polis	In roepies
d) Bent u de afgelopen vier jaar in het ziekenhuis opgenomen? aanvang van het contract?	Geef aan of u in de afgelopen vier jaar in het ziekenhuis bent opgenomen	Vink Ja of Nee aan
Datum	Vul de datum van de ziekenhuisopname in	Gebruik het mm-jj-formaat
Diagnose	Voer de diagnosegegevens in	Tekst openen
e) Was u eerder gedekt door een andere Medclaim/ziektekostenverzekering?	Geef aan of u al eerder verzekerd was bij een andere Medclaim/Zorgverzekering	Vink Ja of Nee aan
F) Bedrijfsnaam	Vul de volledige naam van de verzekeringsmaatschappij in	Naam van de organisatie volledig

<b>DEEL C - GEGEVENS VAN DE VERZEKERDE IN HET ZIEKENHUIS</b>		
een naam	Voer de volledige naam van de patiënt in	Achternaam, voornaam, middelste naam
b) Geslacht	Geef het geslacht van de patiënt aan	Vink Man of Vrouw aan
c) Leeftijd	Voer de leeftijd van de patiënt in	Aantal jaren en maanden
d) Geboortedatum	Voer de geboortedatum van de patiënt in	Gebruik het formaat dd-mm-jj
e) Relatie met de hoofdverzekerde	Geef de relatie van de patiënt met de verzekeringnemer aan	Vink de juiste optie aan. Indien anders, graag specificeren.
f) Beroep	Vermeld het beroep van de patiënt	Vink de juiste optie aan. Indien anders, graag specificeren.
g) Adres	Vul het volledige postadres in	Vermeld straat, plaats en postcode
h) Telefoonnummer	Voer het telefoonnummer van de patiënt in	Soa-code bij telefoonnummer vermelden
i) E-mailadres	Vul het e-mailadres van de patiënt in	Volledig e-mailadres

#### DEEL D - DETAILS VAN DE ZIEKENHUISDIENST

a) Naam van het ziekenhuis waar het is opgenomen	Vul de naam van het ziekenhuis in	Naam van het ziekenhuis volledig
b) Kamercategorie bezet	Geef de kamercategorie aan die bezet is	Vink de juiste optie aan
c) Ziekenhuisopname vanwege	Geef de reden van de ziekenhuisopname aan	Vink de juiste optie aan
d) Datum van het letsel/Datum waarop de ziekte voor het eerst werd ontdekt/Datum van levering	Vul de relevante datum in	Gebruik het formaat dd-mm-jj
e) Datum van toelating	Vul de ingangsdatum in	Gebruik het formaat dd-mm-jj
f) Tijd	Voer het tijdstip van toegang in	Gebruik het formaat uu:mm
g) Datum van ontslag	Voer de ontslagdatum in	Gebruik het formaat dd-mm-jj
h) Tijd	Voer het tijdstip van ontslag in	Gebruik het formaat uu:mm
i) Als letsel daartoe aanleiding geeft	Geef de oorzaak van het letsel aan	Vink de juiste optie aan
Als Medico legaal is	Geef aan of letsel medisch legaal is	Vink Ja of Nee aan
Gemeld bij politie	Geef aan of er aangifte is gedaan bij de politie	Vink Ja of Nee aan
MLC-rapport en politie-FIR bijgevoegd	Geef aan of het MLC-rapport en de politie-FIR zijn bijgevoegd	Vink Ja of Nee aan
j) Systeem van de geneeskunde	Voer het medischsysteem in dat wordt gevolgd bij de behandeling van de patiënt	Tekst openen

#### DEEL E - DETAILS VAN DE CLAIM

a) Details van behandelingskosten	Vul het gedeclareerde bedrag in als behandelkosten	In roepies (voer geen paise-waarden in)
b) Claim voor thuishospitalisatie	Geef aan of de claim betrekking heeft op een thuishospitalisatie	Vink Ja of Nee aan
c) Details van het aangevraagde forfaitaire bedrag/geldelijke uitkering	Voer het aangevraagde bedrag in als forfaitair bedrag/geldelijke uitkering	In roepies (voer geen paise-waarden in)
d) Controlelijst ingediende claimdocumenten	Geef aan welke bewijsstukken worden ingediend	Vink de juiste optie aan

#### DEEL F - DETAILS VAN BIJGEVOEGDE REKENINGEN

Geef aan welke biljetten zijn bijgevoegd met de bedragen in roepies

#### DEEL G - GEGEVENS VAN DE BANKREKENING VAN DE PRIMAIRE VERZEKERDE

a) Pan	Vul het vaste rekeningnummer in	Zoals toegewezen door de afdeling Inkomstenbelasting
b) Rekeningnummer	Voer het bankrekeningnummer in	Zoals toegewezen door de bank
c) Banknaam en filiaal	Voer de banknaam en het filiaal in	Naam van de bank voluit
d) Cheque/DD-betalingsgegevens	Voer de naam in van de begunstigde aan wie de cheque/DD moet worden uitgeschreven	Volledige naam van de persoon/organisatie
e) IFSC-code	Voer de IFSC-code van het bankfiliaal in	IFSC-code van het bankfiliaal volledig

#### DEEL H - VERKLARING VAN DE VERZEKERDE

Lees de verklaring aandachtig door en vermeld datum (in dd:mm;jj formaat), plaats (open tekst) en onderteken.

"Max Bupa Health Insurance Co. Ltd.. 'Max', 'Max-logo' en 'Bupa'-logo zijn handelsmerken van hun respectievelijke eigenaren en worden onder licentie gebruikt door Max Bupa Health Insurance Company Limited. Geregistreerd kantoor: Max House, 1 Dr. Jha Marg, Okhla, New Delhi - 110020 IRDA-registratienummer 145. CIN-nummer is U66000DL2008PLC182918. Faxnummer: 1800 3070 3333. Website: www.maxbupa.com. Gratis nummer: 1800-3010-3333'.

CLAIMFORMULIER - DEEL B

IN TE VULLEN DOOR HET ZIEKENHUIS

(IN TE VULLEN IN BLOKLETTERS)

De afgifte van dit formulier mag niet worden opgevat als een erkenning van aansprakelijkheid. Voeg het originele formulier voor een pre-autorisatieaanvraag toe ter vervanging van DEEL A

DETAILS VAN HET ZIEKENHUIS

a) Naam van het ziekenhuis:

b) Ziekenhuis-ID:  c) Type ziekenhuis: netwerk ☐ Niet-netwerk ☐ (Indien geen netwerk vul sectie E)

d) Naam van de behandelende arts:  ACHTERNAAM  EERST  NAAM  MIDDEN  NAAM

e) Kwalificatie:  f) Registratienummer met staatscode:

g) Telefoonnummer:

GEGEVENS VAN DE TOEGELATEN PATIËNT

a) Naam van de patiënt:  ACHTERNAAM  EERST  NAAM  MIDDEN  NAAM

b) IP-registratienummer:  c) Geslacht: Mannelijk ☐ Vrouwelijk ☐

d) Leeftijd: jaren  YY Maanden  MM e) Geboortedatum:  DD  MM  YY  YY  YY

f) Datum van toelating:  DD  MM  YY  YY  YY g) Tijd: HH  MM  h) Datum van ontslag:  DD  MM  NN  YY  YY

ik) Tijd:  HH  MM  j) Soort opname: Spoedgeval ☐ Gepland ☐ Dagopvang ☐ Moederschap ☐

k) Indien moederschap i. Datum van levering:  DD  MM  NN  YY  YY ii. Gravida-status:

l) Status op het moment van ontslag: Ontlading naar huis ☐ Ontslag naar een ander ziekenhuis ☐ Overleden ☐

m) Totaal geclaimd bedrag

DETAILS VAN DE GEDIAGNOSEERDE ZIEKTE (PRIMAIR)

A)	ICD 10-codes	Beschrijving	B)	ICD 10 stuks	Beschrijving
i. Primair Diagnose:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	i. Procedure 1:	<input type="text"/>	<input type="text"/>
ii. Aanvullend Diagnose:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	ii. Procedure 2:	<input type="text"/>	<input type="text"/>
iii. Comorbiditeiten:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	iii. Procedure 3:	<input type="text"/>	<input type="text"/>
iv. Comorbiditeiten:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	iv. Details van Procedure:	<input type="text"/>	<input type="text"/>

c) Pre-autorisatie verkregen: ☐ JA ☐ NEE d) Pre-autorisatienummer:

e) Indien er geen toestemming is verkregen van het netwerkziekenhuis, geef dan de reden op:

f) Ziekenhuisopname vanwege letsel: ☐ JA ☐ NEEN I. Zo ja, geef een reden. Zelf toegebracht ☐ Verkeersongeval ☐

Middelenmisbruik/alcoholgebruik ☐

ii. Als er sprake is van letsel als gevolg van middelenmisbruik/alcoholgebruik, wordt er een test uitgevoerd om dit vast te stellen: ☐ JA ☐ NEE (Zo ja, rapporten bijvoegen)

iii. Indien Medico legaal: JA ☐ NEE IV. Aangegeven bij de politie: JA ☐ NEE v. FIR-nr.

vi. Indien niet gemeld bij de politie, geef dan de reden op:

CLAIMDOCUMENTEN INGEDIEND - CHECKLIST

<input type="checkbox"/>	Claimformulier naar behoren ondertekend	<input type="checkbox"/>	Onderzoeksrapporten
<input type="checkbox"/>	Origineel pre-autorisatieverzoek	<input type="checkbox"/>	CT/MR/USG/HPE onderzoeksrapporten
<input type="checkbox"/>	Kopie van de goedkeuringsbrief vóór autorisatie	<input type="checkbox"/>	Referentieformulier van de dokter voor onderzoek
<input type="checkbox"/>	Kopie van de identiteitskaart met foto van de patiënt, geverifieerd door het ziekenhuis	<input type="checkbox"/>	ECG
<input type="checkbox"/>	Samenvatting van ontslag uit het ziekenhuis	<input type="checkbox"/>	Apotheekrekeningen
<input type="checkbox"/>	Operatie Theater-aantekeningen	<input type="checkbox"/>	MLC-rapport & politie FIR
<input type="checkbox"/>	Hoofdrekening ziekenhuis	<input type="checkbox"/>	Origineel overlijdensoverzicht uit het ziekenhuis, indien van toepassing
<input type="checkbox"/>	De rekening voor de ontbinding van het ziekenhuis	<input type="checkbox"/>	Eventuele andere, gelieve te specificeren

SECTIE D

AANVULLENDE DETAILS IN GEVAL VAN GEEN NETWERKZIEKENHUIS (ALLEEN VUL IN GEVAL VAN GEEN NETWERKZIEKENHUIS)

a) Adres van het ziekenhuis:

Stad  Staat:

Pincode:  b) Telefoonnummer:  d) Ziekenhuis-PAN:

c) Registratienummer met staatscode:  e) Aantal ziekenhuisbedden

f) Voorzieningen beschikbaar in het ziekenhuis: i. OT: ☐ JA ☐ NEE ii. IC: JA ☐ NEE

iii. Anderen:

SECTIE E

VERKLARING VAN HET ZIEKENHUIS (LEES ZEER ZORGVULDIG)

Hierbij verklaren wij dat de informatie in dit claimformulier naar ons beste weten waar en correct is. Als we een valse of onware verklaring hebben afgelegd, een materieel feit hebben onderdrukt of verborgen hebben gehouden, vervalt ons recht om op grond van deze claim een claim in te dienen.

Datum:

Plaats:

Handtekening en zegel van de ziekenhuisautoriteit:

DEEL F

RICHTSNOEREN VOOR HET INVULLEN VAN HET CLAIMFORMULIER - DEEL B  
(In te vullen door het ziekenhuis)

GEGEVENSELEMENT	BESCHRIJVING	FORMAAT
DEEL A - DETAILS VAN HET ZIEKENHUIS		
a) Naam van het ziekenhuis	Vul de naam van het ziekenhuis in	Naam van het ziekenhuis volledig
b) Ziekenhuis-ID	Voer het ID-nummer van het ziekenhuis in	Zoals toegewezen door de TPA
c) Type ziekenhuis	Geef aan of het zich in een netwerkziekenhuis of een niet-netwerkziekenhuis bevindt	Vink de juiste optie aan
d) Naam behandelend arts	Vul de naam van de behandelend arts in	Naam arts volledig
e) Kwalificatie	Vul de kwalificaties van de behandelende arts in	Afkortingen van onderwijskwalificaties
f) Registratienummer met staatscode	Voer het registratienummer van de arts in, samen met de staatscode	Zoals toegewezen door de Medische Raad van India
g) Telefoonnummer.	Vul het telefoonnummer van de arts in	Soa-code bij telefoonnummer vermelden

DEEL B - GEGEVENS VAN DE TOEGELATEN PATIËNT		
a) Naam van de patiënt	Vul de naam van het ziekenhuis in	Naam van het ziekenhuis volledig
b) IP-registratienummer	Voer het registratienummer van de verzekeraar in	Zoals toegewezen door de verzekeraar
c) Geslacht	Geef het geslacht van de patiënt aan	Vink Man of Vrouw aan
d) Leeftijd	Voer de leeftijd van de patiënt in	Aantal jaren en maanden
e) Geboortedatum	Vul de ingangsdatum in	Gebruik het formaat dd-mm-jj
f) Datum van toelating	Vul de ingangsdatum in	Gebruik het formaat dd-mm-jj
g) Tijd	Voer het tijdstip van toegang in	Gebruik het formaat uu:mm
h) Datum van ontslag	Voer de ontslagdatum in	Gebruik het formaat dd-mm-jj
ik) Tijd	Voer het tijdstip van ontslag in	Gebruik het formaat uu:mm
j) Soort toelating	Vermeld het type opname van de patiënt	Vink de juiste optie aan
k) Indien moederschap		
Datum van levering	Voer de bevallingsdatum in als u zwanger bent	Gebruik het formaat dd-mm-jj
Gravida-status	Voer de Gravida-status in als u zwanger bent	Gebruik standaardformaat
l) Status op het moment van ontslag	Geef de status van de patiënt aan op het moment van ontslag	Vink de juiste optie aan
m) Totaal geclaimd bedrag	Vermeld het totale gedeclareerde bedrag	In roepies (voer geen paise-waarden in)

DEEL C - DETAILS VAN DE GEDIAGNOSEERDE AANVAL (PRIMAIR)		
a) ICD 10-code		
Primaire diagnose	Voer de ICD 10-code en de beschrijving van de hoofddiagnose in	Standaardformaat en open tekst
Aanvullende diagnose	Voer de ICD 10-code en de beschrijving van de aanvullende diagnose in	Standaardformaat en open tekst
Comorbiditeiten	Voer de ICD 10-code en een beschrijving van de comorbiditeiten in	Standaardformaat en open tekst
b) ICD 10 stuks		
Werkwijze 1	Voer de ICD 10 PCS en de beschrijving van de eerste procedure in	Standaardformaat en open tekst

Werkwijze 2	Voer de ICD 10 PCS en de beschrijving van de tweede procedure in	Standaardformaat en open tekst
Werkwijze 3	Voer de ICD 10 PCS en de beschrijving van de derde procedure in	Standaardformaat en open tekst
Details van de procedure	Voer de details van de procedure in	Tekst openen
c) Pre-autorisatie verkregen	Geef aan of er vooraf toestemming is verkregen	Vink Ja of Nee aan
d) Pre-autorisatienummer	Voer het pre-autorisatienummer in	Zoals toegewezen door TPA
e) Indien er geen toestemming is verkregen van het netwerkziekenhuis, geef dan een reden op	Voer de reden in waarom u geen pre-autorisatienummer krijgt	Tekst openen
F) Ziekenhuisopname vanwege letsel	Geef aan of de ziekenhuisopname het gevolg is van letsel	Vink Ja of Nee aan
Oorzaak	Geef de oorzaak van het letsel aan	Vink de juiste optie aan
Als er sprake is van letsel als gevolg van middelenmisbruik/alcoholgebruik, test dan uitgevoerd om dit vast te stellen	Geef aan of er een test is uitgevoerd	Vink Ja of Nee aan
Medico Legal	Geef aan of letsel medisch legaal is	Vink Ja of Nee aan
Aangegeven bij politie	Geef aan of er aangifte is gedaan bij de politie	Vink Ja of Nee aan
FIR-nr.	Voer het eerste informatierapportnummer in	Zoals uitgegeven door de politie
Als er geen aangifte wordt gedaan bij de politie, geef dan een reden op	Voer de reden in waarom u geen aangifte doet bij de politie	Tekst openen

DEEL D - INGEDIENDE CLAIMDOCUMENTEN - CHECKLIJST

Geef aan welke bewijsstukken worden ingediend

DEEL E - DETAILS IN GEVAL VAN GEEN NETWERKZIEKENHUIS		
a) Adres	Vul het volledige postadres in	Vermeld straat, plaats en postcode
b) Telefoonnr.	Voer het telefoonnummer van het ziekenhuis in	Soa-code bij telefoonnummer vermelden
c) Registratienummer met staatscode	Voer het registratienummer van de arts in, samen met de staatscode	Zoals toegewezen door de Medische Raad van India
d) Ziekenhuis-PAN	Vul het vaste rekeningnummer in	Zoals toegewezen door de afdeling Inkomstenbelasting
e) Aantal ziekenhuisbedden	Voer het aantal ziekenhuisbedden in	Cijfers
f) Voorzieningen beschikbaar in het ziekenhuis	Geef de beschikbare faciliteiten in het ziekenhuis aan	Vink de juiste optie aan. Indien anders, graag specificeren

DEEL F - VERKLARING VAN HET ZIEKENHUIS

Lees de aangifte aandachtig en vermeld datum (in dd:mm:jj formaat), plaats (open tekst) en handtekening en stempel



## Annexure - Claimformulier voor terugbetaling

### Ken jij?

- Het niet indienen van originele rekeningen en kwitanties is de belangrijkste reden voor vertraging bij de schadeafhandeling. Gelieve de originelen te verstrekken
- Geef uw bankgegevens op voor directe/elektronische overboeking (EFT) voor een snellere claimafhandeling.
- Geef uw mobiele nummer op om updates over uw claimstatus te ontvangen. & E-mail identiteit
- U kunt uw claimstatus controleren op: [www.maxbupa.com2Claims2Claimstatus2Log](http://www.maxbupa.com2Claims2Claimstatus2Log) in om de status te controleren.

### Geachte verzekeringnemer,

Vul de volgende gegevens in samen met het aanvraagformulier voor de vergoeding van uw zorgverzekering.

Beleid Nee.

Lidmaatschapsnummer.

### GEGEVENS VAN DE BANKREKENING VAN DE PRIMAIRE VERZEKERDE

Naam Rekeninghouder:

Banknaam:

Tak:

Stad:

IFSC-code:

Betalingsmogelijkheid: Rekening ☐ DD ☐ NEFT ☐

\* Opmerking: Gelieve een geannuleerd chequeblad of een kopie van het laatste bankafschrift of bankboekje in te dienen, met de naam van de rekeninghouder, het rekeningnummer en de IFSC-code erop vermeld.

### KLANTIDENTIFICATIEPROCEDURE (VOLGENS KYC-NORMEN VAN IRDAI)

Dien een duidelijke en leesbare kopie in van één document (geldig en van kracht op de datum van indiening van de claim), elk uit deel A en deel B, en uw recente pasfoto (niet meer dan 6 maanden oud) voor het geval het claimbedrag hoger is dan Rs 100.000

Foto

#### Deel A

Bewijs van wettelijke naam en eventuele andere namen gebruikt

#### i. Pan-kaart

ii. Als de Pan Card niet beschikbaar is, dient u een van de onderstaande documenten in, met vermelding van de reden waarom u geen Pan Card heeft.

een paspoort

b) Identiteitskaart van de kiezer

c) Rijbewijs

d) Persoonlijke identificatie en certificering van de medewerkers voor uw identiteit.

e) Brief uitgegeven door de Unique Identification Authority of India met details over naam, adres en Aadhar-nummer

f) Taakkaart uitgegeven door NREGA, naar behoren ondertekend door een ambtenaar van de deelstaatregering

<p align="center"><b>Deel B</b> <b>Bewijs van verblijf</b></p>	<p>i. Elektriciteitsrekening niet ouder dan 6 maanden vanaf de datum van indiening van de claim</p> <p>ii. Telefoonrekening met betrekking tot elke vorm van telefoonverbinding, zoals mobiel, vast, draadloos enz.</p> <p>Mits deze niet ouder is dan 6 maanden vanaf de datum van indiening van de claim</p> <p>iii. Rantsoenkaart</p> <p>iv. Geldige huurovereenkomst samen met huurbewijzen die niet ouder zijn dan 3 maanden als bewijs van verblijf</p> <p>v. Spaarbankpasboekje met details van permanent/huidig verblijfsadres (bijgewerkt tot 1 maand voorafgaand aan het indienen van de claim)</p> <p>vi. Verklaring van de spaarbankrekening met details van het vaste/huidige adres (bijgewerkt tot 1 maand vóór het indienen van de claim)</p>
--	--

Ik verklaar hierbij dat ik bovengenoemde documenten en een recente foto (niet ouder dan 6 maanden) heb ingediend met het oog op de claim en dat de genoemde documenten geldig en effectief zijn.

Datum \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Handtekening verzekeringnemer:

(Gelieve een kopie bij te voegen van een geannuleerde cheque van uw bank om de juistheid van de naam van de bank, de naam van het filiaal, het rekeningnummer en de IFSC-code te garanderen. Als de naam van de begunstigde niet op het chequeblad staat afgedrukt, voeg dan een kopie van de eerste pagina van het bankpasboekje ook)

## Toestemmingsbrief

Naar,

Datum \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Medisch hoofdinspecteur

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ik, de heer/mevrouw \_\_\_\_\_ Leeftijd \_\_\_\_\_ Inwoner

van \_\_\_\_\_ Staat \_\_\_\_\_ Hierbij

geef mijn opzettelijke toestemming aan de heer/dr \_\_\_\_\_ van Max Bupa Health

Insurance Company Limited om de noodzakelijke documenten/verklaringen te verifiëren en te verzamelen, inclusief maar niet beperkt tot gewaarmerkte kopieën van medische dossiers van uw gewaardeerde ziekenhuis, met als doel de afwikkeling van mijn verzekeringsclaim.

Mijn andere relevante gegevens vindt u hieronder;

**Gegevens verzekerde:-**

**DOA:-**

**DOD:-**

**MRD/ Binnen/ IP-nr.:-**

**Beleid Nee:-**

Ik verzoek u alle informatie/documenten te verstrekken zoals vereist door Max Bupa Health Insurance Company Ltd.

**Naam:-**

**Handtekening/duimafdruk**

Naam en handtekening van de getuige

"Max Bupa Health Insurance Co. Ltd.. 'Max', 'Max-logo' en 'Bupa'-logo zijn handelsmerken van hun respectievelijke eigenaren en worden onder licentie gebruikt door Max Bupa Health Insurance Company Limited. Geregistreerd kantoor: Max House, 1 Dr. Jha Marg, Okhla, New Delhi - 110020. IRDA-registratienummer 145. CIN-nummer is U66000DL2008PLC182918. Faxnummer: 1800 3070 3333. Website: www.maxbupa.com. Gratis nummer: 1800-3010-3333'.