



Tav: LTCI-claims
Postbus 40007
Lynchburg, VA 24506-9939
Tel: 800 876.4582
Fax: 888 557.5526

*Voeg deze pagina voor de volgende
keer toe aan uw favorietenlijst
je hebt facturen nodig!*

FACTUUR VOOR ONAFHANKELIJKE ZORGAANBIEDERS

Gebruik dit formulier om de tijd en kosten vast te leggen van de gedekte zorg die door onafhankelijke zorgverleners aan verzekerden wordt verleend.

Onafhankelijk betekent dat het individu de zorg niet verleent op aanwijzing van een thuiszorgbureau of ander bedrijf.

Zorg verleend door familieleden wordt doorgaans niet vergoed. Controleer uw polis of bel ons voor meer informatie.

Om vertragingen bij de beoordeling van uitkeringsbetalingen te voorkomen, moet u er rekening mee houden dat er voor elke helft van de maand een aparte pagina is, EN:

1. Sectie A moet worden ingevuld door de verzekerde of de wettelijke vertegenwoordiger van de verzekerde.
 - De naam en het claimnummer van de verzekerde moeten duidelijk en nauwkeurig worden GEDRUKT om facturen correct naar uw uitkeringsanalist te kunnen sturen.
2. Sectie B moet door de Zorgaanbieder worden ingevuld.
 - Iedere Zorgverlener dient een apart formulier te gebruiken en daarin zijn werkelijk gewerkte uren in te voeren.
 - De gewerkte uren, het loon en de beschrijving van de uitgevoerde taken moeten allemaal worden verstrekt.
3. Sectie C moet ook door de Zorgverlener worden ingevuld om te bevestigen dat de verstrekte informatie waar en nauwkeurig is.
 - Certificering moet plaatsvinden nadat de zorg is verleend; de handtekening mag niet vóór de laatste betekeningsdatum op de factuur zijn gedateerd.
4. Sectie D moet worden ingevuld door de verzekerde of de wettelijke vertegenwoordiger van de verzekerde om te bevestigen dat de verstrekte informatie waar en accuraat is.
 - Certificering moet plaatsvinden nadat de zorg is verleend; de handtekening mag niet vóór de laatste betekeningsdatum op de factuur zijn gedateerd.

Stuur ingevulde factuurformulieren naar het faxnummer of postadres dat op het formulier staat vermeld.

Om aanvullende factuurformulieren af te drukken, gaat u naar: www.Genworth.com/LTCInvoices

FACTUUR VOOR ONAFHANKELIJKE ZORGAANBIEDERS

INSTRUCTIES:

- 1) Deel A – in te vullen door verzekerde
 2) Deel B – in te vullen door de zorgverlener

- 3) Deel C – te ondertekenen en te dateren door de zorgverlener
 4) Deel D – te ondertekenen en te dateren door de verzekerde of de wettelijke vertegenwoordiger van de verzekerde
 5) **OPMERKING:** Het is mogelijk dat wij kopieën van geannuleerde cheques of een ander betalingsbewijs nodig hebben

Sectie A: Af te maken Door verzekerde

Naam verzekerde:	Claim #:	Mail naar: Genworth, claims voor langdurige zorg Postbus 40007, Lynchburg, VA 24506-9939
		Faxen naar: (888) 557-5526 Telefoon: (800) 876-4582
Type aanbieder: Verpleegkundige Metgezel Assistent Therapeut Huisvrouw	Soort hulp: Persoonlijk/medisch Huishouden	Service vanaf (mm/dd/jj): Bezorging aan (mm/dd/jj):

Sectie B: Af te maken Door zorgverlener voor elke gewerkte dag

Naam van de zorgverlener:			Relatie met verzekerde:		Telefoonnummer:
Adres:					
ma:	<u>Gewerkte uren</u> (Geef AM of PM op)		Totaal uur. Werkte:	<u>Tarief per</u> <u>Dag of uur</u>	<u>Betaal ontvangst voor</u> (vink af)
Dt:	Begin: AM P.M	Einde: AM P.M			<u>Beschrijf specifieke dagelijkse taken die worden uitgevoerd</u> <u>(Compleet voor elke gewerkte dag)</u>
1 st					
2 nd	BEN P.M	BEN P.M			
3 rd	BEN P.M	BEN P.M			
4 ^e	BEN P.M	BEN P.M			
5 ^e	BEN P.M	BEN P.M			
6 ^e	BEN P.M	BEN P.M			
7 ^e	BEN P.M	BEN P.M			
8 ^e	BEN P.M	BEN P.M			
9 ^e	BEN P.M	BEN P.M			
10 ^e	BEN P.M	BEN P.M			
11 ^e	BEN P.M	BEN P.M			
12 ^e	BEN P.M	BEN P.M			
13 ^e	BEN P.M	BEN P.M			
14 ^e	BEN P.M	BEN P.M			
15 ^e	BEN P.M	BEN P.M			
Deel C: Handtekening van de zorgverlener – Ik verklaar dat het voorgaande waar en correct is.					Datum van ondertekening:
Sectie D: Handtekening verzekerde – Ik verklaar dat het voorgaande waar en correct is.					Datum van ondertekening:

Zie de bijgevoegde Kennisgevingen over verzekeringsfraude. Als u vermoedelijke fraude wilt melden, kunt u contact met ons opnemen via (800) 876-4582.

Om aanvullende factuurformulieren af te drukken, gaat u naar: www.Genworth.com/LTCInvoices

FACTUUR VOOR ONAFHANKELIJKE ZORGAANBIEDERS

INSTRUCTIES:

- 1) Deel A – in te vullen door verzekerde
 2) Deel B – in te vullen door de zorgverlener

- 3) Deel C – te ondertekenen en te dateren door de zorgverlener
 4) Deel D – te ondertekenen en te dateren door de verzekerde of de wettelijke vertegenwoordiger van de verzekerde
 5) **OPMERKING:** het kan zijn dat wij kopieën van geannuleerde cheques of een ander betalingsbewijs nodig hebben

Sectie A: Af te maken Door verzekerde

Naam verzekerde:	Claim #:	Mail naar: Genworth, claims voor langdurige zorg Postbus 40007, Lynchburg, VA 24506-9939 Faxen naar: (888) 557-5526 Telefoon: (800) 876-4582	
Type aanbieder: Verpleegkundige Therapeut	Metgezel Huisvrouw Assistent	Soort hulp: Persoonlijk/medisch Huishouden	Service vanaf (mm/dd/jj): Bezorging aan (mm/dd/jj):

Sectie B: Te voltooien door Zorgverlener Voor Elke dag gewerkt

Naam van de zorgverlener:	Relatie met verzekerde:	Telefoonnummer:
---------------------------	-------------------------	-----------------

Adres:

ma:	<u>Gewerkte uren</u> (Geef AM of PM op)		Totaal uur. Werkte:	<u>Tarief per</u> <u>Dag of uur</u>	<u>Betaal ontvangst voor</u> (vink af)	<u>Beschrijf specifieke dagelijkse taken die worden uitgevoerd</u> (Compleet voor elke gewerkte dag)
Dt: 16e	Begin: AM P.M	Einde: AM P.M				
17e	BEN P.M	BEN P.M				
18e	BEN P.M	BEN P.M				
19e	BEN P.M	BEN P.M				
20e	BEN P.M	BEN P.M				
21st	BEN P.M	BEN P.M				
22nd	BEN P.M	BEN P.M				
23rd	BEN P.M	BEN P.M				
24e	BEN P.M	BEN P.M				
25e	BEN P.M	BEN P.M				
26e	BEN P.M	BEN P.M				
27e	BEN P.M	BEN P.M				
28e	BEN P.M	BEN P.M				
29e	BEN P.M	BEN P.M				
30e	BEN P.M	BEN P.M				
31st	BEN P.M	BEN P.M				

Deel C: Handtekening van de zorgverlener –Ik verklaar dat het voorgaande waar en correct is.	Datum van ondertekening:
Sectie D: Handtekening van de verzekerde –Ik verklaar dat het voorgaande waar en correct is.	Datum van ondertekening:

Zie de bijgevoegde Kennisgevingen over verzekeringsfraude. Als u vermoedelijke fraude wilt melden, kunt u contact met ons opnemen via (800) 876-4582.

Om aanvullende factuurformulieren af te drukken, gaat u naar: www.Genworth.com/LTCInvoices

Meldingen van verzekeringsfraude per staat:

Verzekeringsfraude is een misdrijf en we behandelen het serieus. Als u vermoedelijke verzekeringsfraude wilt melden, kunt u ons bellen op 800-876-4582.

Alabama: Elke persoon die willens en wetens een valse of frauduleuze claim indient voor de betaling van een verlies of uitkering of die willens en wetens valse informatie verstrekt bij een verzekeringsaanvraag, maakt zich schuldig aan een misdrijf en kan worden onderworpen aan restitutie, boetes of gevangenisstraf, of een combinatie daarvan daarvan.

Alaska: Een persoon die willens en wetens en met de bedoeling een verzekeringsmaatschappij te verwonden, te bedriegen of te misleiden, een claim indient die valse, onvolledige of misleidende informatie bevat, kan volgens de staatswet worden vervolgd.

Arizona: Voor uw bescherming vereist de wet van Arizona dat de volgende verklaring op dit formulier verschijnt. Iedereen die willens en wetens een valse of frauduleuze claim tot betaling van een verlies indient, wordt onderworpen aan strafrechtelijke en civielrechtelijke sancties.

Arkansas: Elke persoon die willens en wetens een valse of frauduleuze claim indient voor de betaling van een verlies of uitkering, of willens en wetens valse informatie verstrekt bij een verzekeringsaanvraag, maakt zich schuldig aan een misdrijf en kan worden onderworpen aan boetes en gevangenisstraf.

Californië: Voor uw bescherming vereist de Californische wet dat het volgende op dit formulier wordt vermeld. Iedereen die willens en wetens een valse of frauduleuze claim indient tot betaling van een verlies, maakt zich schuldig aan een misdrijf en kan worden onderworpen aan boetes en opsluiting in de staatsgevangenis.

Colorado: Het is onwettig om willens en wetens valse, onvolledige of misleidende feiten of informatie aan een verzekeringsmaatschappij te verstrekken met als doel het bedrijf te bedriegen of te proberen het bedrijf te bedriegen. Sancties kunnen onder meer gevangenisstraf, boetes, ontzegging van verzekering en civiele schadevergoeding omvatten. Elke verzekeringsmaatschappij of agent van een verzekeringsmaatschappij die willens en wetens valse, onvolledige of misleidende feiten of informatie verstrekt aan een verzekeringnemer of eiser met als doel de verzekeringnemer of eiser te bedriegen of te proberen te bedriegen met betrekking tot een schikking of beloning die uit verzekeringsopbrengsten wordt betaald worden gerapporteerd aan de Colorado-verzekeringsafdeling binnen het departement van regelgevende instanties.

Delaware: Elke persoon die willens en wetens en met de bedoeling een verzekeraar te verwonden, te bedriegen of te misleiden, een claim indient voor de opbrengst van een verzekeringspolis die valse, onvolledige of misleidende informatie bevat, maakt zich schuldig aan een misdrijf.

District van Columbia: WAARSCHUWING: Het is een misdrijf om valse of misleidende informatie aan een verzekeraar te verstrekken met als doel de verzekeraar of een andere persoon te bedriegen. Straffen omvatten gevangenisstraf en/of boetes. Bovendien kan een verzekeraar verzekeringsuitkeringen weigeren als de aanvrager valse informatie heeft verstrekt die materieel verband houdt met een claim.

Florida: Elke persoon die willens en wetens en met de bedoeling een verzekeraar te verwonden, te bedriegen of te misleiden een claimverklaring of een aanvraag indient die valse, onvolledige of misleidende informatie bevat, maakt zich schuldig aan een misdrijf van de derde graad.

Idaho: Elke persoon die willens en wetens en met de bedoeling een verzekeringsmaatschappij te bedriegen of te misleiden, een claimverklaring indient die valse, onvolledige of misleidende informatie bevat, maakt zich schuldig aan een misdrijf.

Indiana: Een persoon die willens en wetens en met de bedoeling een verzekeraar te bedriegen, een claimverklaring indient die valse, onvolledige of misleidende informatie bevat, begaat een misdrijf.

Kentucky: Elke persoon die willens en wetens en met de bedoeling een verzekeringsmaatschappij of andere persoon te bedriegen, een claimverklaring indient die wezenlijk valse informatie bevat of, met het doel om informatie te verhullen, met betrekking tot feiten die daarvoor van belang zijn, pleegt een frauduleuze verzekeringshandeling, zijnde een misdaad.

Louisiana: Elke persoon die willens en wetens een valse of frauduleuze claim indient voor de betaling van een verlies of uitkering, of willens en wetens valse informatie verstrekt bij een verzekeringsaanvraag, maakt zich schuldig aan een misdrijf en kan worden onderworpen aan boetes en gevangenisstraf.

Maine: Het is een misdrijf om willens en wetens valse, onvolledige of misleidende informatie aan een verzekeringsmaatschappij te verstrekken met als doel de onderneming te bedriegen. Sancties kunnen bestaan uit gevangenisstraf, boetes of het weigeren van verzekeringsuitkeringen.

Maryland: Elke persoon die willens en wetens een valse of frauduleuze claim indient voor de betaling van een verlies of uitkering, of die willens en wetens valse informatie verstrekt in een verzekeringsaanvraag, maakt zich schuldig aan een misdrijf en kan worden onderworpen aan boetes en gevangenisstraf.

Minnesota: Een persoon die een claim indient met de bedoeling oplichting te plegen of fraude tegen een verzekeraar te helpen plegen, maakt zich schuldig aan een misdrijf. **New Hampshire:** Elke persoon die, met als doel een verzekeringsmaatschappij te verwonden, te bedriegen of te misleiden, een claimverklaring indient die valse, onvolledige of misleidende informatie bevat, is onderworpen aan vervolging en bestraffing voor verzekeringsfraude, zoals bepaald in RSA 638:20.

Meldingen van verzekeringsfraude per staat:

Verzekeringsfraude is een misdrijf en we behandelen het serieus. Als u vermoedelijke verzekeringsfraude wilt melden, kunt u ons bellen op 800-876-4582.

New Jersey: Elke persoon die willens en wetens een claimverklaring indient die valse of misleidende informatie bevat, is onderworpen aan strafrechtelijke en civielrechtelijke sancties.

New Mexico: Elke persoon die willens en wetens een valse of frauduleuze claim indient voor de betaling van een verlies of voordeel, of willens en wetens valse informatie verstrekt bij een verzekeringsaanvraag, maakt zich schuldig aan een misdrijf en kan worden onderworpen aan civielrechtelijke boetes en strafrechtelijke sancties.

New York: Elke persoon die willens en wetens en met de bedoeling een verzekeringsmaatschappij of andere persoon te bedriegen, een aanvraag voor een verzekering of een claimverklaring indient die wezenlijk valse informatie bevat, of informatie verbergt met het doel om te misleiden, over enig feitelijk feit dat daarvoor van belang is, sluit een frauduleuze verzekering handeling, wat een misdrijf is, en waarop tevens een civielrechtelijke boete staat van maximaal vijfduizend dollar en de aangegeven waarde van de claim voor elke dergelijke overtreding.

Ohio: Iedere persoon die, met de bedoeling te frauderen of wetende dat hij fraude tegen een verzekeraar faciliteert, een aanvraag indient of een claim indient die een valse of bedrieglijke verklaring bevat, maakt zich schuldig aan verzekeringsfraude.

Oklahoma: WAARSCHUWING: Elke persoon die willens en wetens en met de bedoeling een verzekeraar te verwonden, te bedriegen of te misleiden, een claim indient voor de opbrengst van een verzekeringspolis die valse, onvolledige of misleidende informatie bevat, maakt zich schuldig aan een misdrijf. **Pennsylvania:** Elke persoon die willens en wetens en met de bedoeling een verzekeringsmaatschappij of andere persoon te bedriegen, een aanvraag voor een verzekering of een claimverklaring indient die wezenlijk valse informatie bevat of informatie verbergt met het doel om te misleiden, met betrekking tot feiten die daarvoor van belang zijn, pleegt een frauduleuze verzekeringshandeling, dat is een misdrijf en onderwerpt deze persoon aan strafrechtelijke en civielrechtelijke sancties.

Rhode Island: Elke persoon die willens en wetens een valse of frauduleuze claim indient voor de betaling van een verlies of uitkering, of willens en wetens valse informatie verstrekt bij een verzekeringsaanvraag, maakt zich schuldig aan een misdrijf en kan worden onderworpen aan boetes en gevangenisstraf.

Tennessee: Het is een misdrijf om willens en wetens valse, onvolledige of misleidende informatie aan een verzekeringsmaatschappij te verstrekken met als doel de onderneming te bedriegen. Straffen omvatten gevangenisstraf, boetes en het weigeren van verzekeringsuitkeringen.

Virginia: Het is een misdrijf om willens en wetens valse, onvolledige of misleidende informatie aan een verzekeringsmaatschappij te verstrekken met als doel de onderneming te bedriegen. Straffen omvatten gevangenisstraf, boetes en het weigeren van verzekeringsuitkeringen. **Washington:** Het is een misdrijf om willens en wetens valse, onvolledige of misleidende informatie aan een verzekeringsmaatschappij te verstrekken met als doel de onderneming te bedriegen. Straffen omvatten gevangenisstraf, boetes en het weigeren van verzekeringsuitkeringen.

West Virginia: Elke persoon die willens en wetens een valse of frauduleuze claim indient voor de betaling van een verlies of uitkering, of willens en wetens valse informatie verstrekt bij een verzekeringsaanvraag, maakt zich schuldig aan een misdrijf en kan worden onderworpen aan boetes en gevangenisstraf.

Alle andere staten: Elke persoon die willens en wetens een valse of frauduleuze claim indient voor de betaling van een verlies of uitkering, of willens en wetens valse informatie verstrekt bij een verzekeringsaanvraag, kan zich schuldig maken aan een misdrijf en kan worden onderworpen aan boetes en gevangenisstraf.