

CLAIMFORMULIER VOOR ZORGVERZEKERING**DE UITGIFTE VAN DIT FORMULIER MOET NIET WORDEN OPGEVAT ALS EEN ERKENNING VAN AANSPRAKELIJKHEID**

a) Het claimformulier moet in hoofdletters worden ingevuld en ondertekend door de verzekerde/begunstigde.

b) Laat geen enkele kolom onbeantwoord.

c) Lees aandachtig de bijgevoegde lijst met documenten die nodig zijn om de verwerking van uw claim te bespoedigen.

d) Indien er onvoldoende ruimte is, verzoeken wij u een apart blad te gebruiken dat aan dit formulier kan worden gehecht.

Claimnr. **A. GEGEVENS VAN VERZEKERDE**

Naam van de verzekerde	Voornaam			Midden-naam			Achternaam			
(op wiens naam de polis is uitgegeven)	<input type="text"/>			<input type="text"/>			<input type="text"/>			
Naam van de verzekerde (ten aanzien van wie een claim wordt ingediend)	Voornaam			Midden-naam			Achternaam			
	<input type="text"/>			<input type="text"/>			<input type="text"/>			
Relatie met verzekerde	<input type="text"/>									
Geboortedatum	<input type="text"/>		Seks	<input type="checkbox"/> Mannelijk	<input type="checkbox"/> Vrouwelijk	E-mail identiteit	<input type="text"/>			
Communicatie	<input type="text"/>									
Adres	<input type="text"/>									
	<input type="text"/>									
	<input type="text"/>									
Stad/Taluka	<input type="text"/>		Wijk	<input type="text"/>		Staat	<input type="text"/>			
Pincode	<input type="text"/>		STD code	<input type="text"/>		Telefoon nr.	<input type="text"/>		Mobiel Nee.	<input type="text"/>

B. DETAILS VAN HET BELEID

Beleid Nee.	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	Gezondheidskaart nr.	<input type="text"/>
Verzekeringsperiode	van	<input type="text"/>	naar	<input type="text"/>	Verzekerd bedrag	<input type="text"/>			

C. DETAILS VAN ANDER BELEID

Bent u verzekerd via een Medyclaim-regeling van een andere verzekeraar? Indien "Ja", voeg dan fotokopieën van alle voorgaande polissen toe.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee		
Datum van ingang van de allereerste verzekering voor de Begunstigde met doorlopende verzekeringsdekking?	van	<input type="text"/>	naar	<input type="text"/>

D. DETAILS VAN EERDERE CLAIM

Heeft u eerder een vordering van dezelfde begunstigde gehad? Zo ja, geef details.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee		
Vorige claim nr.	<input type="text"/>			
Diagnose	<input type="text"/>			
Datum van toelating	<input type="text"/>	Datum van ontslag	<input type="text"/>	
Betaald	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	Bedrag verrekend	<input type="text"/>
Verworpen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	Zo ja, reden voor afwijzing	<input type="text"/>

E. DETAILS VAN INCIDENTIE

Aard van de ziekte, Ziekte, letsel	<input type="text"/>									
Symptomen en tekenen	<input type="text"/>									
Datum van incidentie	<input type="text"/>		Tijd van toelating	<input type="text"/>	:	<input type="text"/>	AM PM.			
Datum van toelating	<input type="text"/>		Tijdstip van ontslag	<input type="text"/>	:	<input type="text"/>	AM PM.			
Datum van ontslag	<input type="text"/>		Soort toelating	<input type="checkbox"/> Noodgeval	<input type="checkbox"/> Gepland	<input type="checkbox"/> Dagopvang	<input type="checkbox"/> Woonplaats			

F. GEGEVENS VAN HET ZIEKENHUIS

Naam van het ziekenhuisadres																														
Stad/Taluka						Wijk						Staat																		
Pincode						STD code						Telefoon nr.						Mobiel Nee.												

G. DETAILS VAN HUIDIGE CLAIM-REKENINGEN

	Onkostendetails	Bedrag (€)
(A)	Kosten vóór ziekenhuisopname	
(B)	Kosten van ziekenhuisopname	
(C)	Kosten na ziekenhuisopname	
(D)	Ziekenhuisopname in dagbehandeling	
(E)	Dagelijkse contante ziekenhuisvergoeding	
(F)	Zwangerschapskosten	
(G)	Huishoudelijke kosten	
TOTAAL GEclaimd bedrag		

Beschrijving	Factuurdatum	Factuurnummer.	Factuurbedrag (€)	Geclaimd bedrag (Rs.)
Kamer huur				
Onderzoeken				
Geneesmiddelen				
Chirurgische kosten				
Kosten anesthesioloog				
Kosten operatiekamer				
Verbruiksartikelen				
Consultkosten				
Kosten voor ambulances				
Overige kosten 1				
Overige kosten 2				
EINDTOTAAL				

H. BEHUIZINGEN

<input type="checkbox"/> Schadeformulier, naar behoren ondertekende	<input type="checkbox"/> Pre-autorisatieformulier	<input type="checkbox"/> Samenvatting van de kwijting
<input type="checkbox"/> ziekenhuisopnamerekeningen	<input type="checkbox"/> Medicijnrekeningen	<input type="checkbox"/> Onderzoeksrekeningen
<input type="checkbox"/> Kosten operatie/	<input type="checkbox"/> Rekeningen vóór ziekenhuisopname	<input type="checkbox"/> Facturen na ziekenhuisopname
<input type="checkbox"/> consult Doktersrecept	<input type="checkbox"/> Medisch attest	<input type="checkbox"/> FIR/MLC-kopie
<input type="checkbox"/> Onderzoeksrapporten	<input type="checkbox"/> Eventuele andere documenten	

Zo ja, gelieve te specificeren _____

I. VERKLARING VAN DE VERZEKERDE

Ik garandeer hierbij de waarheid van de voorgaande verklaring en verklaar oprecht dat ik geen informatie heb onderdrukt of verborgen die van belang is voor deze bewering. Ik begrijp dat valse verklaring(en) ertoe kunnen leiden dat USGI kan weigeren de claim te betalen.

Ik machtig elk ziekenhuis, arts of andere medische zorgverlener die mij heeft bezocht of onderzocht om USGIC de details van mijn medische geschiedenis/behandeling te verstrekken die zij nodig hebben.

Datum:	<input type="text"/>	Handtekening verzekerde:	<input type="text"/>
Plaats:	<input type="text"/>	Naam van de verzekerde:	<input type="text"/>

J. HET BIJZIEN VAN DE VERKLARING VAN DE ARTS

Ik verklaar hierbij dat																											werd behandeld door																																																				
ik op											voor																																																																				
die voor het eerst opliep																																																																															
De aandoening is veroorzaakt door/enigszins verband houdt met onderstaande aandoeningen;																																																																															
Zwangerschap of bevalling	Cosmetische of	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	Steriliteit	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee																																																																									
esthetische behandeling	Aangeboren	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	Correctie van het gezichtsvermogen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee																																																																									
misvormingen of afwijkingen	Opzettelijk	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	Geestelijke ziekte	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee																																																																									
zelfverwonding		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	Gebruik van bedwelmende drugs en alcohol	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee																																																																									
HIV, AIDS		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	Geslachtsziekte of seksueel overdraagbare ziekte	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee																																																																									
Ik begrijp dat iedereen die willens en wetens en met de bedoeling een verzekeringsmaatschappij te bedriegen of te misleiden een claim indient die wezenlijk valse, onvolledige of misleidende informatie bevat, kan worden vervolgd wegens verzekeringsfraude.																																																																															
Naam van de behandelende persoon																																																																															
Arts																				Voornaam																				Midden-naam																				Achternaam																			
Registratienummer.																				Kwalificatie																																																											
Datum:																				Stempel en handtekening van de huisarts																																																											
Plaats:																																																																															

*Alleen van toepassing op claims voor algemene gezondheidschecks

K. DETAILS VAN DE ALGEMENE GEZONDHEIDSCONTROLE

Naam van het ziekenhuisadres																																					
Stad/Taluka											Wijk																										
Staat											Pincode																										
STD code											Telefoon nr.											E-mail identiteit															
Claimtype	<input type="checkbox"/> Zonder contant geld										<input type="checkbox"/> Terugbetaling																										
Beschrijving van tests CBC uitgevoerd, Röntgenfoto enz.																																					
Datum van controle											Geclaimd bedrag (Rs.)																										
Ik bevestig dat er gedurende de afgelopen vier aaneengesloten polisperioden geen claim is ingediend door mijn gezinsleden of mij, en dat er ook geen claim wordt voorgesteld voor dezelfde periode.																																					
Datum:											Handtekening van eiser:																										
Plaats:											Naam van de eiser:																										

L. DETAILS VAN ANDERE INFORMATIE

Wilt u nog andere informatie doorgeven? Indien "Ja",	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee																																		
specificeer																																				

Ik/wij, de hierboven genoemde, garanderen hierbij, naar mijn/ons beste weten en overtuiging, de waarheid van de voorgaande verklaringen in elk opzicht; en ik/wij gaan ermee akkoord dat als ik/wij een valse of frauduleuze verklaring, of enige onderdrukking of verzwijging, zal afleggen, of in enige verdere verklaring die het bedrijf met betrekking tot het genoemde ongeval kan eisen, mijn/onze claim zal worden absoluut verbeurd verklaard, en de Polis zal nietig zijn, en alle rechten om op grond daarvan verhaal te halen met betrekking tot vroegere of toekomstige verliezen/ongevallen zullen verbeurd verklaard worden.

Datum:											Handtekening:										
Plaats:											Naam van de verzekerde:										