

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

GEGEVENS PRIMAIRE VERZEKERDE:

[illegible]**DETAILS VAN DE VERZEKERINGSGESCHIEDENIS:**

a) Momenteel gedekt door een andere Medicaïm/Zorgverzekering: ☐ Ja ☒ Nee b) Datum van ingang van de eerste verzekering zonder onderbreking: DD MM YY YY YY

c) Zo ja, bedrijfsnaam: Beleid Nee. Verzekerde som (€) d) Bent u afgegelopen vier jaar sinds het aangaan van het contract in het ziekenhuis opgenomen? ☐ Ja ☒ Nee Datum: MM YY

Diagnose: e) voorheen gedekt door een andere Medicaïm/Zorgverzekering: ☐ Ja ☒ Nee

f) Zo ja, bedrijfsnaam:

GEGEVENS VAN DE VERZEKERDE IN HET ZIEKENHUIS:[illegible]**DETAILS VAN DE ZIEKENHUISDIENST::**

a) Naam van ziekenhuis waar opgenomen:

b) Kamercategorie bezet:

Dagopvang Enkele bezetting Tweeling delen 3 of meer bedden per kamer

c) Ziekenhuisonderzoek vanwege:

Blessure Ziekte Moederschap

d) Datum van het letsel / Datum waarop de ziekte voor het eerst werd ontdekt / Datum van levering:

DD MM JJJJ

e) Datum van toelating:

DD MM JJ f) Tijd HH M H g) Datum van ontslag: DD MM JJ h) Tijd: HH : M H

i) Als letsel aanleiding geeft:

Zelf veroorzaakt Verkeersongeval Middelenmisbruik / alcoholgebruik i) Indien Medico legal I Ja Nee

j) Gerapporteerd aan de politie:

Ja Nee iii. MLC-rapport en politie-FIR bijgevoegd Ja nee j) Geneeskundesysteem:

DETAILS VAN CLAIM:

a) Details van de gedeclareerde behandelingskosten:				Ingediende claimdocumenten - checklist:	
i. Kosten vóór ziekenhuisopname	Rs. <input type="text"/>	ii. Kosten van ziekenhuisopname	Rs. <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Claimformulier, naar behoren ondertekend	
iii. Kosten na ziekenhuisopname	Rs. <input type="text"/>	iv. Kosten voor gezondheidscontrole:	Rs. <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Kopie van de claimindicatie, indien aanwezig	
v. Ambulancekosten:	Rs. <input type="text"/>	vi. Anderen (code): <input type="text"/>	Rs. <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Hoofdwet ziekenhuis	
		Totaal	Rs. <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Wet op de opspijzing van ziekenhuizen	
vii. Pre-hospitalisatieperiode: <input type="text"/> dagen		viii. Post-hospitalisatieperiode: <input type="text"/> dagen		<input type="checkbox"/> Betalingsbewijs ziekenhuisrekening	
b) Claim voor thuishospitalisatie: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee (Zo ja, vermeld details in bijlage)				<input type="checkbox"/> Samenvatting ontslag uit ziekenhuis	
				<input type="checkbox"/> apotheekrekening	
c) Details van het aangevraagde forfaitaire bedrag/geldige uitkering:				<input type="checkbox"/> Operatie Theater Opmerkingen	
i. Ziekenhuis Dagelijks constant geld:	Rs. <input type="text"/>	ii. Chirurgisch geld:	Rs. <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ECG	
iii. Voordeel bij kritieke ziekten:	Rs. <input type="text"/>	iv. Herstel:	Rs. <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Artsenverzoek om onderzoek	
v. Pre-/post-hospitalisatie Forfaitaire uitkering: Rs. <input type="text"/>		vi. Anderen: <input type="text"/>	Rs. <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Onderzoeksrapporten (inclusief CT / MRI / USG / HPE)	
		Totaal	Rs. <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Doktersrecepten	

DETAILS VAN BIJGEVOEGDE REKENINGEN:[illegible]

GEGEVENS VAN DE BANKREKENING VAN DE PRIMAIRE VERZEKERDE::

e) IFSC-code:

(BELANGRIJK: GRAAG OMKEREN)

Hierbij verklaar ik dat de informatie op het 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 aan en machtig TPA/Verzekeringsmaatschappij om de noodzakelijke medische informatie/documenten van 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:

--

RICHTLIJNEN VOOR HET INVULLEN VAN HET CLAIMFORMULIER - DEEL A (In te vullen door de verzekerde)		
GEGEVENSELEMENT	BESCHRIJVING	FORMAAT
DEEL A - GEGEVENS VAN DE PRIMAIRE VERZEKERDE		
a) Beleidsnr.	Vul het polisnummer in	Zoals toegewezen door de verzekeringsmaatschappij
b) Sl. Nee/ Certificaatnr.	Vul het sofnummer 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	Inclusief straat, plaats en pincode
DEEL B - DETAILS VAN DE VERZEKERINGSGESCHIEDENIS		
a) Momenteel gedekt door een andere Medicaid/ Zorgverzekering?	Geef aan of u momenteel gedekt bent door een andere Medicaid/ 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 dd-mm-jj-formaat
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 in de afgelopen vier jaar sinds de aanvang van het contract in het ziekenhuis opgenomen?	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 voorheen gedekt door een andere Medicaid/ Zorgverzekering?	Geef aan of u al eerder gedekt bent door een andere medicaid/ Zorgverzekering	Vink Ja of Nee aan
f) Bedrijfsnaam	Vul de volledige naam van de verzekeringsmaatschappij in	Naam van de organisatie volledig
DEEL C - GEGEVENS VAN DE VERZEKERDE IN HET ZIEKENHUIS		
A) 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. Als er nog meer zijn, geef dit dan aan
F) Bezigheid	het beroep van de patiënt aangeven	Vink de juiste optie aan. Indien anders, graag specificeren.
g) Adres	Vul het volledige postadres in	Inclusief straat, plaats en pincode
h) Telefoonnummer	Voer het telefoonnummer van de patiënt in	Soa-code bij telefoonnummer vermelden
1) E-mailadres	Vul het e-mailadres van de patiënt in	Volledig e-mailadres
DEEL D - DETAILS VAN DE ZIEKENHUISDIENST		
A) Naam van ziekenhuis waar 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 letsel/datum ziekte voor het eerst 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 uu-mm-formaat.
G) Datum van ontslag	Voer de ontslagdatum in	Gebruik het formaat dd-mm-jj
H) Tijd	Voer het tijdstip van ontslag in	Gebruik het uu-mm-formaat
I) Als letsel aanleiding geeft	de oorzaak van het letsel aangeven	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) Claimdocumenten ingediend - checklist	Geef aan welke bewijsstukken worden ingediend	Vink de juiste optie aan
DEEL F - DETAILS VAN BIJGEVOEGDE REKENINGEN		
Geef aan welke biljetten zijn bijgevoegd met het bedrag 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	Vul het Bankrekeningnummer in	Zoals toegewezen door de Bank
C) Banknaam en filiaal	Voer de banknaam in samen met het filiaal	Naam van de bank voluit
C) Cheque/DD-betalingsgegevens	Voer de naam in van de begunstigde aan wie de cheque/DD moet worden uitgeschreven	Naam van de persoon/organisatie volledig
C) IFSC-code	Voer de IFSC-code van het bankfiliaal in	Volledige IFSC-code van het bankfiliaal
DEEL H - VERKLARING VAN DE VERZEKERDE		
Lees de verklaring aandachtig door en vermeld datum (in dd:mm:jj formaat), plaats (open tekst) en onderteken.		

