

Claimformulier ziektekostenverzekering

Deel - A

IN TE VULLEN DOOR DE VERZEKERDE

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

(in blokletters in te vullen)

GEGEVENS VAN DE PRIMAIRE VERZEKERDEN

a) Polisnummer b) Sl. Nr./Certificaatnr

c) Bedrijfs-/TPA-ID-nr.

d) Naam VOORNAAM MIDDEN-NAAM ACHTERNAAM

e) Adres

Stad Staat Pincode

f) Telefoonnummer g) E-mail-ID

DETAILS VAN DE VERZEKERINGSGESCHIEDENIS

a) Momenteel gedekt door een andere Medclaim/Zorgverzekering ☐ Ja ☐ Nee

b) Datum van aanvang van de eerste verzekering zonder onderbreking DDMM JJJJ

c) Zo ja, bedrijfsnaam Beleid Nee. Verzekerd bedrag (€)

d) Bent u de afgelopen vier jaar sinds het aangaan van het contract in het ziekenhuis opgenomen? ☐ Ja ☐ Nee Datum DDMM JJJJ

Diagnose

e) Voorheen gedekt door een andere Medclaim/Zorgverzekering ☐ Ja ☐ Nee

f) Zo ja, bedrijfsnaam

GEGEVENS VAN DE VERZEKERDE IN HET ZIEKENHUIS

een naam VOORNAAM MIDDEN-NAAM ACHTERNAAM

b) Geslacht ☐ Mannelijk ☐ Vrouwelijk ☐ Anderen c) Leeftijd (JAAR) / (MAANDEN) d) Geboortedatum DDMM JJJJ

e) Relatie met de primair verzekerde ☐ Echtgenoot ☐ Kind ☐ Vader ☐ Moeder ☐ Ander ☐ (specificeer)

f) Beroepsdienst Zelfstandige ☐ Huisvrouw ☐ Student ☐ Gepensioneerd ☐ Ander ☐ (specificeer)

g) Adres (indien anders dan hierboven)

Stad Staat Pincode

h) Telefoonnummer i) E-mail-ID

DETAILS VAN DE ZIEKENHUISDIENST

a) Naam van het ziekenhuis waar het is opgenomen

b) Kamercategorie bezet Dagopvang ☐ Enkele bezetting ☐ Tweeling delen ☐ 3 of meer bedden per kamer ☐ IC ☐

c) Ziekenhuisopname vanwege Blessure ☐ Ziekte ☐ Moederschap ☐

d) Datum van het letsel / Datum waarop de ziekte voor het eerst werd ontdekt / Datum van levering DDMM JJJJ e) Datum van toelating DDMM JJJJ f) Tijd UU:MM

g) Datum van ontslag DDMM JJJJ h) Tijd UU:MM

i) Als letsel daartoe aanleiding geeft Zelf veroorzaakt ☐ Verkeersongeval ☐ Drugsmisbruik/alcoholgebruik Nee iii) MLC- ☐

i) Indien Medico legaal is ☐ Ja ☐ nee ii) Gemeld bij politie ☐ Ja ☐ rapport en politie-FIR bijgevoegd ☐ Ja ☐ Nee

j) Geneeskundesysteem

DETAILS VAN DE CLAIM

a) Details van de gedeclareerde behandelingskosten

i) Kosten vóór ziekenhuisopname `

ii) Ziekenhuisopnamekosten `

iii) Kosten na ziekenhuisopname `

iv) Kosten voor gezondheidscontrole `

v) Kosten voor ambulances `

vi) Overige: (Code) `

Totaal: `

vii) Periode vóór ziekenhuisopname Dagen

viii) Periode na ziekenhuisopname Dagen

b) Claim voor thuishospitalisatie ☐ Ja ☐ Nee (zo ja, vermeld details in bijlage)

c) Details van het geclaimde forfaitaire bedrag/geldelijke uitkering

i) Dagelijks contant geld in het ziekenhuis `

ii) Chirurgisch geld `

iii) Uitkering bij kritieke ziekten `

iv) Herstel `

v) Forfaitaire uitkering vóór/na ziekenhuisopname `

vi) Anderen `

Totaal: `

Controlelijst ingediende claimdocumenten:

☐ Claimformulier, naar behoren ondertekend

☐ Kopie van de claimindicatie, indien van toepassing.

☐ Hoofdrekening ziekenhuis

☐ Wet op de opsplitsing van ziekenhuizen

☐ Betalingsbewijs ziekenhuisrekening

☐ Samenvatting ontslag

☐ ziekenhuisapothekrekening

☐ Operatiekamer Opmerkingen

☐ ECG

☐ Artsenverzoek om onderzoek

☐ Onderzoeksrapporten (inclusief CT/MRI/USG/HPE)

☐ Doktersrecepten

☐ Anderen

DETAILS VAN BIJGEVOEGDE REKENINGEN

SI Nee	Factuurnummer	Datum	Uitgegeven door	Richting	Hoeveelheid
1.		D D M M Y Y Y Y		Hoofdwet ziekenhuis	
2.		D D M M Y Y Y Y		Rekeningen vóór ziekenhuisopname: ____Nr	
3.		D D M M Y Y Y Y		Rekeningen na ziekenhuisopname: ____Nr	
4.		D D M M Y Y Y Y		Apotheekrekeningen	
5.		D D M M Y Y Y Y			
6.		D D M M Y Y Y Y			
7.		D D M M Y Y Y Y			
8.		D D M M Y Y Y Y			
9.		D D M M Y Y Y Y			
10.		D D M M Y Y Y Y			

GEGEVENS VAN DE BANKREKENING VAN DE PRIMAIRE VERZEKERDE

een pan

b) Rekeningnummer

c) Banknaam en filiaal

d) Details van te betalen cheques/DD's

e) IFSC-code

VERKLARING DOOR 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 aanvullende claim zal indienen, met uitzondering van de claim vóór/posthospitalisatie, indien van toepassing.

Datum

Plaats

Handtekening verzekerde

RICHTLIJNEN VOOR HET INVULLEN VAN HET CLAIMFORMULIER – DEEL A (In te vullen door de verzekerde)		
DEEL A - GEGEVENS VAN DE PRIMAIRE VERZEKERDE		
GEGEVENSELEMENT	BESCHRIJVING	FORMAAT
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	Voer het volledige postadres in	Vermeld straat, plaats en postcode
DEEL B - DETAILS VAN DE VERZEKERINGSGESCHIEDENIS		
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 ingang van de eerste verzekering zonder onderbreking	Vul de ingangsdatum van de eerste verzekering in	Gebruik het formaat dd-mm-jj
c) Bedrijfsnaam	Voer de volledige naam van de verzekeringsmaatschappij in	Naam van de organisatie volledig
Beleid Nee.	Voer het polisnummer in	Zoals toegewezen door de verzekeringsmaatschappij
Verzekerd bedrag	Voer 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 ziekenhuisopname in	Gebruik het mm-jj-formaat
Diagnose	Voer de diagnosedetails in	Tekst openen
e) Was u voorheen gedekt door een andere Medclaim/Zorgverzekering?	Geef aan of u al eerder verzekerd was bij een andere Medclaim/Zorgverzekering	Vink Ja of Nee aan
f) Bedrijfsnaam	Voer de volledige naam van de verzekeringsmaatschappij in	Naam van de organisatie volledig
DEEL C - GEGEVENS VAN DE VERZEKERDE IN HET ZIEKENHUIS		
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	Vermeld de relatie tussen patiënt en verzekeringnemer	Vink de juiste optie aan. Indien anders, graag specificeren
f) Beroep	Geef het beroep van de patiënt aan	Vink de juiste optie aan. Indien anders, graag specificeren
g) Adres	Voer 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	Voer 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	Voer de naam van het ziekenhuis in	Naam van het ziekenhuis voluit
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	Voer de relevante datum in	Gebruik het formaat dd-mm-jj
e) Datum van toelating	Voer de toegangsdatum 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) Totaal aantal dagen doorgebracht op de intensive care	Voer het aantal dagen in	Gebruik een numeriek formaat

j) Geef bij letsel een reden op	Geef de oorzaak van het letsel aan	Vink de juiste optie aan
Als Medico Legal	Geef aan of het letsel van Medico Legal 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 MLC-rapport en politie-FIR zijn bijgevoegd	Vink Ja of Nee aan
k) Geneeskundesysteem	Ga naar het medische systeem dat wordt gevolgd bij de behandeling van de patiënt	Tekst openen
DEEL E - DETAILS VAN DE CLAIM		
a) Details van behandelingskosten	Voer het geclaimde bedrag in als Behandelingskosten	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 geclaimde forfaitaire bedrag/contante uitkering	Voer het geclaimde bedrag in als vast bedrag/ contante uitkering	In roepies (voer geen paise-waarden in)
d) Claimdocumenten Ingediend - Controlelijst	Geef aan welke bewijsstukken worden ingediend	Vink de juiste optie aan
DEEL F - DETAILS VAN BIJGEVOEGDE REKENINGEN		
Geef bij de Bedragen in Roepies aan welke biljetten zijn bijgevoegd		
DEEL G - GEGEVENS VAN DE BANKREKENING VAN DE PRIMAIRE VERZEKERDE		
een pan	Voer het permanente accountnummer 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 samen met het filiaal in	Naam van de bank voluit
d) Betaalgegevens van cheques/DD's	Voer de naam van de begunstigde in, op naam van de cheque/DD	Volledige naam van de persoon/ organisatie
e) 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 de datum (in dd:mm:jj formaat), plaats (open tekst) en onderteken.		