



redefining /
general insurance

Bharti AXA General Insurance
Company Limited

(1800-103-2292 (gratis)
:claims@bharti-axagi.co.in
ESms <CLAIM> naar 5667700
:www.bharti-axagi.co.in

Aanvraagformulier ziektekostenverzekering

Belangrijke notitie

Uitgifte van dit formulier mag niet worden beschouwd als een erkenning van

aansprakelijkheid. Vul dit formulier in ☐ in blokletters en vink de vakjes aan ☒ waar nodig en laat geen enkele kolom onbeantwoord.

Indien details of informatie niet direct beschikbaar zijn, stel de verzending van dit rapport dan niet uit; dergelijke bijzonderheden kunnen later worden verzonden.

Deel - I

Polisnummer: Claimnummer:

Verzekeringsperiode: naar INS-ID-nr.:

1 Verzekerde gegevens

Naam van de verzekerde:

Adres

Stad

Pincode Staat

Contactnr. Mobiel Nee. Kantoor +91

Woonplaats +91 E-mail identiteit

Voor groepsbeleid:

Bedrijfsnaam Werknemers code

Contactnr. Mobiel Nee. Kantoor +91

Woonplaats +91 E-mail identiteit

2 Patiëntgegevens

Naam van de patiënt: Geslacht: ☐ Mannelijk ☐ Vrouwelijk

Geboortedatum Relatie met de verzekerde

3. Claimgegevens

Soort claim

☐ Ziekenhuisopname ☐ Domiciliële ziekenhuisopname ☐ Pre-/post-hospitalisatie ☐ Kritieke ziekte
☐ Ziekenhuis contant ☐ Hoog eigen risico ☐ Anderen

Datum van toelating DDMMJJJJ | | | Datum van ontslag DDMMJJJJ | | |

Naam van ziekenhuis, waar opgenomen/behandeld

Adres ziekenhuis

Naam behandelend arts/arts

(Gelieve een rapport van de behandelend arts in bijgevoegd formaat bij te voegen)

4. Ziekte/ziekte

Aard van de ziekte/ziekte/diagnose

Datum voor het eerst opgemerkt/symptomen van ziekte/ziekte DDMMJJJJ | | |

5. Letsel

Is het een gevolg van een ongeval: ☐ Ja ☐ Nee Zo ja, vul dan het volgende in:

Datum ongeval: DDMMJJJJ Korte | | |

beschrijving van het ongeval

Of FIR ingediend? ☐ Ja ☐ Nee Zo ja, FIR Nee. (Kopie hiervan bijvoegen)

Politiebureau

Zo nee, vermeld dan de redenen waarom u de politie niet informeert:

Bent u momenteel verzekerd via een andere zorgverzekering? Zo ja, vul dan onderstaande tabel in. ☐ Ja ☐ Nee

Sl. Nee.	Naam en adres van verzekeringsmaatschappij	Beleid Nee.	Van	Naar	Verzekerde som (€)

Geschiedenis van eerdere claims

Sl. Nee.	Naam en adres van verzekeringsmaatschappij	Aard van de ziekte/ ziekte/blessure	Beleid Nee.	Datum van Claim	Claim Ref. Nee.	Verzekerd bedrag (€)

Bedrag van de claim (vermeld en vermeld onder welke hoofdclaims worden ingediend, namelijk ziekenhuisopname, posthospitatie, kritieke ziekte etc. en voeg een apart blad bij als de ruimte onvoldoende is)

Sl. Nee.	Beschrijving	Factuurnummer.	Datum	RR	Med.	Dg.	OTC	CF	AF	Verpleging	Eetpatroon	Anderen*	Totaal
	(ziekenhuisopname/posthospitatie/kritieke ziekte etc.)												
				Totaal									

RR - Kamerhuur, Med. - Geneesmiddelen, Dg. - Diagnostiek, OTC - Operatiekamerkosten, CF - Vergoedingen voor adviseurs, AF - Vergoedingen voor anesthesisten,
* - Geef aan

Gelieve de volgende lijst met documenten te verstrekken:

- ☐ Volledig ontslagoverzicht
 ☐ FIR, in letselgevallen
 ☐ Alle recepten samen met medische rapporten
- ☐ Specialistencertificaat dat de diagnose bevestigt met ondersteunende pathologische, beeldvormende of andere rapporten
 ☐ Alle ziekenhuis-/medicinrekeningen en bonnen in origineel
 ☐ Eerste consultatierapport
- ☐ Bijgevoegde door hem/haar ingevulde artsenverklaring
 ☐ Certificaat van de chirurg waarin de aard van de uitgevoerde operatie wordt vermeld, met gedetailleerde operatieve aantekeningen

6. Toestemming van verzekerde/patiënt voor toegang tot medische dossiers en verklaringen

Ik/wij machtig(en) hierbij Bharti AXA General Insurance Co. Ltd. of een andere persoon/instantie ingeschakeld door Bharti AXA om alle medische dossiers met betrekking tot de bovengenoemde patiënt op te vragen die beschikbaar zijn bij elk ziekenhuis/arts. De verzekeringsmaatschappij of haar vertegenwoordigers of een andere door hen ingeschakelde bevoegde instantie kan toegang krijgen tot en bezit krijgen van medische dossiers met betrekking tot de bovengenoemde patiënt. De noodzakelijke kosten zullen worden gedragen door de Insurance Co. of hun bevoegde instanties.

Ik/wij gaan ermee akkoord om, indien nodig, aanvullende informatie aan het bedrijf te verstrekken. Ik/wij bovengenoemd, waarborg hierbij, naar mijn/ons beste weten en overtuiging, de waarheid van de voorgaande verklaring in elk opzicht, en als ik/wij een verklaring heb/hebben afgelegd, of in enige verdere verklaring die het bedrijf met betrekking tot deze verklaring kan verlangen van het genoemde ongeval, een valse of frauduleuze verklaring aflegt, of enige onderdrukking of verzwijging, zal de polis nietig zijn en zullen alle rechten om op grond daarvan verhaal te halen met betrekking tot eerdere of toekomstige claims worden verbeurd.

Verklaring gegevensprivacy:

Ik/Wij geef hierbij toestemming aan het Bedrijf voor het verzamelen/bewaren van alle informatie met betrekking tot Mij/Ons, inclusief Gevoelige Persoonlijke Informatie ("hierna cumulatief aangeduid als "INFORMATIE"), die beschikbaar is bij het Bedrijf of openbaar wordt gemaakt door Mij/Ons terwijl het verkrijgen van de verzekeringspolis van het bedrijf of anderszins. Ik/wij begrijpen verder dat het Bedrijf de INFORMATIE mag gebruiken voor het onderhouden van de verzekeringspolis die door Mij/Ons is verkregen en dat het Bedrijf de INFORMATIE daarom mag delen met elke herverzekeraar, verzekeringsvereniging, medische autoriteiten, andere verzekeraars, wettelijke autoriteiten, rechtbanken, overheidsinstanties, toezichthouder enz., of met dienstverlener(s) die door het Bedrijf zijn ingeschakeld voor het onderhoud van de verzekeringspolis, het overnemen van het risico, de afwikkeling van claims enz.

Ik/wij begrijpen dat wanneer ik/wij de INFORMATIE wil bijwerken/corrigeren, wij het Bedrijf hierover zullen informeren, zodat het Bedrijf de INFORMATIE dienovereenkomstig kan wijzigen/corrigeren. Verder, in het geval dat ik/wij mijn/ons toestemming die hierin wordt verleend, zou/willen intrekken, zal/zullen ik/wij het bedrijf hiervan schriftelijk op de hoogte stellen en ook begrijpen dat, in het geval van een dergelijke intrekking door mij/ons, het bedrijf zich het recht voorbehoudt recht om mij/ons niet de diensten te verlenen waarvoor zij de INFORMATIE hebben aangevraagd.

Datum: _____

Handtekening verzekerde

Plaats: _____

CF/SHIP,CL,HD/THINQ/05-015

Verzekeringen zijn het onderwerp van de aanbesteding.

Aanvraagformulier ziektekostenverzekering

Belangrijke notitie

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

Vul dit formulier in. ☒ Vul de vakjes aan waar nodig en laat geen enkele kolom achter onbeantwoord.

Indien details of informatie niet direct beschikbaar zijn, stel de verzending van dit rapport dan niet uit; dergelijke bijzonderheden kunnen later worden verzonden.

Deel - II: Verklaring van de behandelend arts

Naam van de patiënt: _____

Leeftijd: Jaren Geslacht: ☐ Mannelijk ☐ Vrouwelijk

Adres: _____

_____ Stad _____

Pincode _____ Staat _____

1. Ziekte/ziektegevallen

Datum waarop de patiënt voor het eerst symptomen van ziekte/ziekte meldde: DDMMJJJJ | | |

Diagnose: _____

Datum waarop de patiënt naar uw mening mogelijk in contact is gekomen met een ziekte/ziekte of deze heeft ontwikkeld: DDMMJJJJ | | |

Geef de medische geschiedenis van de patiënt op:

Is de huidige aandoening te wijten aan een aangeboren afwijking? Zo ja, geef alsjeblieft details:

2. Letselgevallen

Aard van het ongeval en details van het opgelopen letsel:

Is het letsel uitsluitend te wijten aan het ongeval of is het terug te voeren op eerdere verwondingen/ziektes/gebreken?

Aard van de behandeling/operatie die wordt uitgevoerd voor de huidige ziekte/ziekte/letsel:

Was de patiënt op het moment van het ongeval onder invloed van bedwelmende of verdovende middelen? / is de huidige aandoening te wijten aan bedwelmende drugs/alcohol?

Zo ja, geef dan details over de uitgevoerde diagnose en het alcoholgehalte:

Bent u zijn gebruikelijke medische begeleider? ☐ Ja ☐ Nee

Zo ja, geef dan details over eerdere behandeling voor een ziekte/ziekte/letsel:

Datum: DDMMJJJJ | | |

Naam van de dokter
(bij voorkeur naam- en adresstempel)

Registratienummer. _____

Adres: _____

Telefoon Nee. _____

Datum: _____

Handtekening van de dokter

Verzekeringen zijn het onderwerp van de aanbesteding.