



## Leistungsantrag

Bitte füllen Sie Seite 1 dieses Formulars in GROSSBUCHSTABEN aus und bitten Sie Ihren behandelnden Arzt/Behandler die Seite 2 dieses Formulars auszufüllen. Alle Rechnungen und Begleitdokumente sind möglichst in englischer, deutscher, französischer, niederländischer oder spanischer Sprache und unter Verwendung arabischer Ziffern und lateinischer Schriftzeichen (z.B. 1,2,3.../a,b,c...) einzureichen. Wir empfehlen Ihnen, Kopien von allen eingereichten Unterlagen zu erstellen und aufzubewahren. Bitte reichen Sie Ihren Leistungsantrag zusammen mit allen relevanten Dokumenten und Kostenbelegen über das My Globality Online-Portal ein bzw. senden Sie uns diesen per Post zu an die o.g. Anschrift.

**Bitte beachten Sie:** Jede Person, die wissentlich und vorsätzlich bei einer Versicherungsgesellschaft in betrügerischer Absicht eine Leistungsforderung einreicht, die grundlegend falsche Informationen enthält oder mit der Absicht der Irreführung Informationen zu irgendeinem wichtigen Sachverhalt vorenthält, begeht einen Versicherungsbetrug und damit eine Straftat.

### A. Angaben zum Versicherungsnehmer

Versicherungsnummer	Vorname	Nachname/Titel
Postanschrift	Adresszusatz (wie z.B. Gebäudename/Nummer etc.)	Straße und Hausnummer
	PLZ und Ort	Land und Region
Kontaktinformationen	Telefonnummer (+ Länder-/Ortsvorwahl)	E-Mail-Adresse

### B. Angaben zum Patienten (falls abweichend vom Versicherungsnehmer)

Vorname	Nachname/Titel
Versicherungsnummer	Geburtsdatum

### C. Zahlungsangaben

Zahlungsart <input type="checkbox"/> Scheck <input type="checkbox"/> Banküberweisung	Währung in der Ihre Leistungsabrechnung vorgenommen werden soll <input type="checkbox"/> EUR <input type="checkbox"/> USD <input type="checkbox"/> GBP <input type="checkbox"/> CHF <input type="checkbox"/> andere _____
Kontoinhaber	Name der Bank
IBAN	PLZ und Ort
Kontonummer (falls IBAN nicht verfügbar)	Land
Swift-Code (BIC)	Filialnummer/Routing Code (BLZ, ABA falls Swift-Code/BIC nicht verfügbar)

Bitte beachten Sie, dass Foyer Global Health S.A. stets den vollen Betrag einer erstattungsfähigen Leistung erstattet unabhängig von der von Ihnen gewählten Währung in der die Leistungserstattung vorgenommen werden soll sowie des Ziellandes für die zu tätigende Überweisung. Die Leistungsabrechnung muss nicht in der gleichen Währung vorgenommen werden wie die von Ihnen eingereichten Leistungen. Foyer Global Health S.A. wendet zur Umrechnung von Fremdwährungen aktuell gehandelte Währungskurse an und zieht keine ggf. anfallenden Bankgebühren von Ihrem Leistungserstattungsbetrag ab. Nichtsdestotrotz kann es jedoch im Rahmen des grenzüberschreitenden Zahlungsverkehrs häufiger passieren, dass Ihnen Ihre eigene Bank bzw. Intermediärbank ggf. anfallende Bankgebühren in Rechnung stellt. Die anfallenden Bankgebühren werden in der Regel von dem von uns an Sie überwiesenen Betrag abgezogen. Die Höhe der Bankgebühren kann durchaus signifikant sein. Um ggf. den zu Ihren Ungunsten anfallenden Bankgebühren vorzubeugen empfehlen wir Ihnen, falls Sie ein Bankkonto in einer gängigen Währung (wie z.B. EUR, GBP, USD oder CHF) in Ihrem Heimatland/Aufenthaltsland unterhalten (z.B. USD in USA, GBP in Großbritannien), dieses Konto zur Leistungsabrechnungszwecken mit Foyer Global Health S.A. zu benennen. Es sollten keine Bankgebühren anfallen für SEPA Zahlungen innerhalb der SEPA Zone.

### D. Erklärung und Einwilligungsbestätigung des Patienten

Mit meiner Unterschrift bestätige ich nach bestem Wissen und Gewissen, dass dieser Leistungsantrag keinerlei falsche, irreführende oder unvollständige Angaben enthält. Ich bin mir darüber bewusst und ich erkläre mich damit einverstanden, dass der Versicherungsschutz erlischt und ich strafrechtlich belangt werde, wenn sich die Angaben in diesem Leistungsantrag als ganz oder teilweise falsch herausstellen. Im Zusammenhang mit jeder Erstattungsforderung bevollmächtige ich hiermit meinen Arzt, Behandler oder jede andere ärztliche Einrichtung, alle Gesundheitsdaten oder ärztlichen Berichte, die Foyer Global Health S.A. oder ihre benannten Vertreter verlangen können, zur Verfügung zu stellen. Bei Behandlung eines Minderjährigen muss ein Elternteil oder Erziehungsberechtigter diesen Abschnitt unterzeichnen.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten

\_\_\_\_\_  
Datum (TT/MM/JJJJ)

### E. Angaben zum medizinischen Leistungserbringer/Behandler

Name des Arztes/Behandlers		Fachrichtung
Name des Krankenhauses/der Klinik		
Adresse	Adresszusatz (wie z.B. Gebäudename/Nummer etc.)	Straße und Hausnummer
	PLZ und Ort	Land und Region
Kontaktinformationen	Telefonnummer (+ Länder-/Ortsvorwahl)	E-Mail-Adresse

### F. Medizinische Angaben (vom medizinischen Leistungserbringer/Behandler auszufüllen)

Name des Patienten	Datum der Erstvorstellung des Patienten in Ihrer Praxis/ Krankeneinrichtung (TT/MM/JJJJ)
--------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------

**Bitte geben Sie die vollständigen Einzelheiten der zu behandelnden Krankheit sowie den ICD Code 10 oder 9 (International Classification of Disease) an:**

Bitte machen Sie detaillierte Angaben zu den Symptomen/dem Krankheitszustand, die/der eine Behandlung erforderlich gemacht hatten/hatte	Stehen die Symptome im Zusammenhang mit einem Unfall? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

An welchem Datum hat der Patient die Symptome zum ersten Mal bemerkt (TT/MM/JJJJ)	Bitte geben Sie an, wann der Patient bezüglich der geäußerten Symptome erstmalig einen Arzt/Behandler aufgesucht hat (TT/MM/JJJJ)
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Bitte führen Sie alle Tests und Untersuchungen auf, welche im Zusammenhang mit der Erkrankung durchgeführt wurden (einschließlich Behandlungsdaten)

Bitte führen Sie die Einzelheiten zu allen vorhergegangenen Heilbehandlungen und/oder Medikamentenverordnungen auf, welche im Zusammenhang mit der Erkrankung stehen (einschließlich Behandlungsdaten)

Diagnose (ICD 9/10 Code)

Weitere Angaben

Offizieller Stempel des medizinischen Leistungserbringers/Behandlers

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Arztes/Behandlers

\_\_\_\_\_  
Datum (TT/MM/JJJJ)