



## Claimformulier ziekteverzekering

Vul pagina 1 van dit formulier in BLOKLETTERS in en vraag uw behandelende arts/therapeut om pagina 2 in te vullen.

Alle bijgesloten documenten of facturen moeten bij voorkeur in het Engels, Duits, Frans, Nederlands of Spaans zijn en moeten Arabische cijfers en Latijnse tekens gebruiken (d.w.z. 1,2,3.../a,b,c...). We bevelen aan dat u kopieën bewaart van alle ingediende documenten.

Gelieve dit formulier in te dienen met alle andere documenten via de My Globality online portal of verstuur deze naar ons bovenstaande adres.

**Opmerking:** Elke persoon die met opzet en met de bedoeling te frauderen, een claim indient bij een verzekeringsbedrijf en indien deze claim materieel valse informatie bevat, of indien deze persoon informatie weerhoudt met betrekking tot een materieel feit, met de bedoeling om te misleiden, heeft deze persoon verzekeringsfraude begaan en bijgevolg een criminele daad.

### A. Gegevens van hoofdverzekerde

Polisnummer	Voornaam	Achternaam
Correspondentieadres	Naam/nummer gebouw	Straat
	Postcode en stad/plaats	Land en provincie
Contactgegevens	Telefoonnummer (+ land- en netnummer)	E-mail adres

### B. Gegevens van patiënt (indien verschillend van bovenstaand)

Voornaam	Achternaam
Polisnummer	Geboortedatum

### C. Terugbetalingsgegevens

Betalingswijze <input type="checkbox"/> Cheque <input type="checkbox"/> Bankoverschrijving	Munteenheid betaling <input type="checkbox"/> EUR <input type="checkbox"/> USD <input type="checkbox"/> GBP <input type="checkbox"/> CHF <input type="checkbox"/> Overige _____
Rekeninghouder	Name van bank
IBAN	Postcode en stad/plaats
Rekeningnummer (indien geen IBAN beschikbaar)	Land
Swift code (BIC)	Kantoorcode/routeercode van bank (BLZ, ABA, bankcode – indien Swift-code/BIC niet beschikbaar)

Merk op dat Foyer Global Health S.A. het volledige bedrag terugbetaalt van elke claim die in aanmerking komt, ongeacht de valuta die wordt gebruikt of waar de fondsen naartoe worden overgeschreven. Het is niet noodzakelijk om terugbetaald te worden in dezelfde valuta als uw facturen. Foyer Global Health S.A. voert alle buitenlandse valutawissels uit aan de normale markttarieven en trekt geen opgelopen bankkosten af van uw terugbetalingsbedrag. Merk echter op dat internationale banktransfers vaak kosten oplopen van bemiddelende banken en in sommige gevallen ook van uw eigen bank. Deze kosten worden afgetrokken van het uiteindelijke bedrag dat wordt ontvangen en deze kunnen vrij aanzienlijk zijn. Om deze kosten te vermijden, bevelen we aan dat u een rekening heeft in een hoofdvaluta (bijv. EUR, GBP, USD of CHF) in een respectievelijke thuisstaat (bijv. een USD rekening in de VS, een GBP-rekening in het UK) en dat u deze rekening steeds aangeeft voor de terugbetaling. De kosten gelden ook niet voor EUR-rekeningen in de SEPA Zone.

### D. Verklaring en toestemming van de patiënt

Ik certificeer hierbij dat voor zover ik weet en geloof deze claim geen valse, misleidende of onvolledige informatie bevat. Ik begrijp en aanvaard dat in het geval dat deze claim geheel of gedeeltelijk frauduleus wordt bevonden, de polis ongeldig wordt verklaard en ik in aanmerking kom voor gerechtelijke vervolging. Met betrekking tot een medische claim, verleen ik hierbij machtiging aan mijn huisarts, gezondheidsverlener, of andere medische zorgverlener om alle gezondheidsgegevens of medische dossiers die mogelijk door Foyer Global Health S.A. of hun aangestelde vertegenwoordigers worden gevraagd, te verlenen. Indien de patiënt een minderjarige is, moet een ouder of voogd dit gedeelte ondertekenen.

Handtekening patiënt

Datum (dd/mm/jjjj)

### E. Details medische zorgverlener/therapeut

Naam van arts/specialist/therapeut		Kwalificaties/identificatiegegevens
Naam van ziekenhuis/kliniek		
Adres	Naam/nummer gebouw	Straat
	Postcode en stad/plaats	Land en provincie
Contactgegevens	Telefoonnummer (+ land- en netnummer)	E-mailadres

### F. Medische informatie (in te vullen door medische zorgverlener/therapeut)

Patiëntnaam	Datum waarop de patiënt zich voor het eerst heeft geregistreerd bij u (dd/mm/jjjj)
-------------	------------------------------------------------------------------------------------

**Gelieve volledige details te geven van de medische aandoening die behandeling vereist, inclusief de ICD-code 9 of 10 (Internationale classificatie van ziekte) of een degelijke diagnose (voor België: de nomenclatuurcode is geen diagnose)**

Symptomen van patiënt		Houden de symptomen verband met een ongeval? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Eerste optreden van symptomen (dd/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"/>	Gelieve aan te geven wanneer de patiënt voor het eerst een arts heeft geraadpleegd voor de aandoening of symptomen (dd/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"/>	
Gelieve details te geven van alle tests of onderzoeken in verband met deze aandoening die eerder werden uitgevoerd (inclusief data)		
Gelieve details te geven van elke voorgaande behandeling of medicatie die verband houdt met deze aandoening (inclusief data)		
Diagnose (voor België: dit is niet de nomenclatuurcode)		
Verdere opmerkingen		

Handtekening arts

Datum (dd/mm/jjjj)

Officieel stempel van medisch zorgverlener