

Adresse des Service Centers

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 Kunden-Online-Portal ein bzw. senden Sie uns diesen per Post zu an die o.g. Anschrift.

Bitte beachten Sie: Jede Person, die wesentlich und vorsätzlich bei einer Versicherungsgesellschaft in betrügerischer Absicht eine Leistungsanforderung 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

☐ Versicherungsnehmer und Patient sind identisch	Versicherungsnummer
Vorname	Nachname
Postanschrift	
Adresszusatz (wie z.B. Gebäudename/Nummer etc.)	Straße und Hausnummer
PLZ UND Ort	Land UND Region
Telefonnummer (+ Länder-/Ortsvorwahl)	E-Mail-Adresse

B. Angaben zum Patienten (falls abweichend vom Versicherungsnehmer)

Vorname	Nachname
Versicherungsnummer	Geburtsdatum

C. Zahlungsangaben

Zahlungsart Zahlung nur per Banküberweisung (auf das u.a. Konto)	Währung, in der Ihre Leistungsabrechnung vorgenommen werden soll ☐ EUR ☐ USD ☐ GBP ☐ CHF ☐ Andere:
Kontoinhaber (genau wie bei den Kontodaten hinterlegt)	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 tätige 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 zu Leistungsabrechnungszwecken mit Foyer Global Health S.A. zu benennen. Für SEPA Zahlungen innerhalb der SEPA Zone sollten keine Bankgebühren anfallen.

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 Erstattungsanforderung 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 Arzt/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
Telefonnummer (+ Länder-/Ortsvorwahl)	E-Mail-Adresse

F. Medizinische Angaben (vom Arzt/Behandler auszufüllen)	
Name des Patienten	Datum der Erstvorstellung des Patienten in Ihrer Praxis/ Krankenhauseinrichtung (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 in Zusammenhang mit einem Unfall?
	☐ Ja ☐ 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)

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

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

Diagnose (ICD 9/10 Code)

Weitere Angaben

Unterschrift des Arztes/Behandlers Datum (TT/MM/JJJJ)	Offizieller Stempel des Arztes/Behandlers
---	---