

Schadenformular – Bitte unbedingt vor Behandlungsbeginn dem Arzt vorlegen!
Claim Form – Please present this to the doctor before any treatment!



Versicherungsschein-Nr.

Name der zu behandelnden versicherten Person

Straße

PLZ / Ort

Name des Versicherungsnehmers

Welche Symptome sind wann zum ersten Mal aufgetreten? Which symptoms have appeared when for the first time?

Ich ermächtige den behandelnden Arzt, alle medizinischen Informationen, die zur Regulierung meines bzw. des Schadens meines Ehegatten und meines Kindes notwendig sind, an den Versicherer Foyer Global Health weiterzugeben. Eine Kopie dieser Vollmacht ist ebenso gültig wie das Original.

Unterschrift des Versicherungsnehmers / Signature policy holder

Sehr geehrte Frau Doktor / Sehr geehrter Herr Doktor,
bitte unbedingt vor Behandlungsbeginn lesen!

- Dieses Schadenformular ermöglicht eine leichtere Abwicklung der Leistungsabrechnung.
- Wir bitten Sie, die folgenden Hinweise zum Versicherungsschutz zu beachten, um finanzielle Nachteile für alle Beteiligten zu vermeiden!
- Dies ist ein zeitlich begrenzter Basis-Versicherungsschutz für akut auftretende Erkrankungen ohne Zusammenhang auf eine Vorerkrankung. (Selbstzahlerprinzip)
- Ihre Leistung können wir erst nach Vorlage des von Ihnen ausgefüllten und unterschriebenen Behandlungsscheines (siehe Rückseite) erstatten.
- Die Abrechnung erfolgt im Rahmen der aktuellen GOÄ/GOZ.
- Leistungen, die nach der Regel der ärztlichen Kunst für eine medizinisch notwendige ärztliche Versorgung erforderlich sind, können von uns erstattet werden.

Bei stationären Aufenthalten beantragen Sie bitte umgehend eine **Kostenzusage per Fax: +49 (0) 40/ 3296 3117** oder **per Email: ishcp@ihcc.de** unter Angabe von Namen, Vornamen des Patienten, Versicherungsschein-Nr., Diagnose und voraussichtlicher Dauer des Krankenhausaufenthaltes.

Bitte schicken Sie Ihre Rechnung mit diesem Schadenformular an Ihren Patienten.

----- **BITTE HIER TRENNEN**  -----

Schadenformular – Bitte unbedingt vor Behandlungsbeginn dem Arzt vorlegen!
Claim Form – Please present this to the doctor before any treatment!



Versicherungsschein-Nr.

Name der zu behandelnden versicherten Person

Straße

PLZ / Ort

Name des Versicherungsnehmers

Welche Symptome sind wann zum ersten Mal aufgetreten? Which symptoms have appeared when for the first time?

Ich ermächtige den behandelnden Arzt, alle medizinischen Informationen, die zur Regulierung meines bzw. des Schadens meines Ehegatten und meines Kindes notwendig sind, an den Versicherer Foyer Global Health weiterzugeben. Eine Kopie dieser Vollmacht ist ebenso gültig wie das Original.

Unterschrift des Versicherungsnehmers / Signature policy holder

Sehr geehrte Frau Doktor / Sehr geehrter Herr Doktor,
bitte unbedingt vor Behandlungsbeginn lesen!

- Dieser Schadenformular ermöglicht eine leichtere Abwicklung der Leistungsabrechnung.
- Wir bitten Sie, die folgenden Hinweise zum Versicherungsschutz zu beachten, um finanzielle Nachteile für alle Beteiligten zu vermeiden!
- Dies ist ein zeitlich begrenzter Basis-Versicherungsschutz für akut auftretende Erkrankungen ohne Zusammenhang auf eine Vorerkrankung. (Selbstzahlerprinzip)
- Ihre Leistung können wir erst nach Vorlage des von Ihnen ausgefüllten und unterschriebenen Behandlungsscheines (siehe Rückseite) erstatten.
- Die Abrechnung erfolgt im Rahmen der aktuellen GOÄ/GOZ.
- Leistungen, die nach der Regel der ärztlichen Kunst für eine medizinisch notwendige ärztliche Versorgung erforderlich sind, können von uns erstattet werden.

Bei stationären Aufenthalten beantragen Sie bitte umgehend eine **Kostenzusage per Fax: +49 (0) 40/ 3296 3117** oder **per Email: ishcp@ihcc.de** unter Angabe von Namen, Vornamen des Patienten, Versicherungsschein-Nr., Diagnose und voraussichtlicher Dauer des Krankenhausaufenthaltes.

Bitte schicken Sie Ihre Rechnung mit diesem Schadenformular an Ihren Patienten.

Hinweise zum Versicherungsschutz



Nicht erstattet werden insbesondere:

- Alle bekannten medizinischen Tatbestände, die Folge einer Gesundheitsstörung sind, die vor Versicherungsbeginn behandelt wurden, behandlungsbedürftig waren oder diagnostiziert wurden.
- Geburtsfehler, erbliche und angeborene Krankheiten
- Hilfsmittel
- Transplantationen
- Kosmetische Behandlungen (z. B. Warzenentfernungen etc.)
- Unfruchtbarkeit und extrakorporale Befruchtung
- Schwangerschaftsuntersuchungen und -behandlungen, Entbindung, Schwangerschaftsverhütungsmittel und deren Folgen sowie Schwangerschaftsabbrüche
- Alle physikalisch-medizinischen Behandlungen
- geistige und seelische Störungen und allen damit verbundenen Ausschlussuntersuchungen und Krankheiten sowie psychoanalytische und psychotherapeutische Behandlung
- Tuberkulose, AIDS und alle damit verbundenen Krankheiten, Geschlechtskrankheiten, Tropenkrankheiten
- Alternativmedizin, z.B. Osteopathie, Chirotherapie, etc.;
- auf Vorsatz beruhende Krankheiten (z. B. durch Selbstmord, Alkoholmissbrauch, Drogenabhängigkeit oder -missbrauch) sowie für Entzugs- und Entwöhnungsbehandlungen
- Untersuchung zur Erlangung der Aufenthaltsgenehmigung
- Leistungen, Behandlungen und Ausgaben, die nicht ausdrücklich im Versicherungsschein, in den Versicherungsbedingungen und im Tarif genannt und spezifiziert sind.
- Nuklearmedizin (z.B. Szintigraphie), Magnetresonanztomographie (MRT), Strahlentherapie

Erstattet werden unter anderem die Kosten für:

- Medizinisch notwendige ambulante Heilbehandlung beim Arzt
- Stationäre Behandlungen in der allgemeinen Pflegeklasse (Mehrbettzimmer) ohne Wahlleistungen
- Medizinisch notwendiger Krankentransport zur stationären Behandlung im nächsten geeigneten Krankenhaus
- Arznei- und Verbandmittel
- Labor- und Strahlendiagnostik (GOÄ 5000-5380)
- Zahnärztliche / Kieferchirurgische Heilbehandlung zu 100% bis zu einem Rechnungsbetrag von maximal 150,00 EUR

Für Rückfragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung:

IHC-Company S.A., Tel.: +49 (0) 4282 / 508 70
Fax: +49 (0) 40 / 3296 3117

Email: ishcp@ihcc.de

Hauptdiagnose/-n: _____

Hiermit erkläre ich, dass ich die Hinweise zum Versicherungsschutz gelesen habe:

Datum, Stempel, Unterschrift des Arztes

----- ✂ ----- **BITTE HIER TRENNEN** ----- ✂ -----

Hinweise zum Versicherungsschutz



Nicht erstattet werden insbesondere:

- Alle bekannten medizinischen Tatbestände, die Folge einer Gesundheitsstörung sind, die vor Versicherungsbeginn behandelt wurden, behandlungsbedürftig waren oder diagnostiziert wurden.
- Geburtsfehler, erbliche und angeborene Krankheiten
- Hilfsmittel
- Transplantationen
- Kosmetische Behandlungen (z. B. Warzenentfernungen etc.)
- Unfruchtbarkeit und extrakorporale Befruchtung
- Schwangerschaftsuntersuchungen und -behandlungen, Entbindung, Schwangerschaftsverhütungsmittel und deren Folgen sowie Schwangerschaftsabbrüche
- Alle physikalisch-medizinischen Behandlungen
- geistige und seelische Störungen und allen damit verbundenen Ausschlussuntersuchungen und Krankheiten sowie psychoanalytische und psychotherapeutische Behandlung
- Tuberkulose, AIDS und alle damit verbundenen Krankheiten, Geschlechtskrankheiten, Tropenkrankheiten
- Alternativmedizin, z.B. Osteopathie, Chirotherapie, etc.;
- auf Vorsatz beruhende Krankheiten (z. B. durch Selbstmord, Alkoholmissbrauch, Drogenabhängigkeit oder -missbrauch) sowie für Entzugs- und Entwöhnungsbehandlungen
- Untersuchung zur Erlangung der Aufenthaltsgenehmigung
- Leistungen, Behandlungen und Ausgaben, die nicht ausdrücklich im Versicherungsschein, in den Versicherungsbedingungen und im Tarif genannt und spezifiziert sind.
- Nuklearmedizin (z.B. Szintigraphie), Magnetresonanztomographie (MRT), Strahlentherapie

Erstattet werden unter anderem die Kosten für:

- Medizinisch notwendige ambulante Heilbehandlung beim Arzt
- Stationäre Behandlungen in der allgemeinen Pflegeklasse (Mehrbettzimmer) ohne Wahlleistungen
- Medizinisch notwendiger Krankentransport zur stationären Behandlung im nächsten geeigneten Krankenhaus
- Arznei- und Verbandmittel
- Labor- und Strahlendiagnostik (GOÄ 5000-5380)
- Zahnärztliche / Kieferchirurgische Heilbehandlung zu 100% bis zu einem Rechnungsbetrag von maximal 150,00 EUR

Für Rückfragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung:

IHC-Company S.A., Tel.: +49(0) 4282 / 508 70
Fax: +49(0) 40 / 3296 3117

Email: ishcp@ihcc.de

Hauptdiagnose/-n: _____

Hiermit erkläre ich, dass ich die Hinweise zum Versicherungsschutz gelesen habe:

Datum, Stempel, Unterschrift des Arztes