Cigna Global Health Options

Claimformulier medisch en oogheelkunde

PATIËNTGEGEVENS	
In te vullen door de begunstigde of zijn/haar wettelijke vertegenwoordiger	
1 Naam patiënt	
2 Polisnr.	**3** Geboortedatum patiënt
4 Volledig adres van patiënt	**5** Noteer de aard van de ziekte
E-mailadres	Tel.nr.: Faxnr.:
6 Hebt u een andere zorg- of reisverzekeringspolis waarmee u deze uitgaven geheel of gedeeltelijk vergoed zou kunnen krijgen? Ja ☐ Nee ☐	
Indien u Ja hebt geantwoord bij vraag 6, noteer hieronder dan de gegevens: Volledige naam Polisnummer Adres verzekeringsmaatschappij	

BETAALGEGEVENS	
In te vullen door de begunstigde of zijn/haar wettelijke vertegenwoordiger	
7 Overzicht van uitgaven waarvoor vergoeding wordt geclaimd en het bedrag	**8** Noteer aan wie u de vergoeding wilt laten betalen en de valuta

Behandeling	Datum	Bedrag	Te betalen aan	Valuta

9 Selecteer de betaalwijze Cheque ☐ Bankoverschrijving ☐	
10 Indien de betaling naar uw bankrekening moet worden overgemaakt, vul dan hier het volgende in:	
Bankrekeningnr.	Naam bank
Filiaalnummer	Naam rekeninghouder
BIC of SWIFT-adres*	IBAN*
Adres bankfiliaal	
11 Ik autoriseer de vrijgave van alle medische informatie die nodig is om deze claim te verwerken. Alle verstrekte gegevens zijn naar beste weten en naar waarheid ingevuld. Handtekening verzekerde persoon (of wettelijke vertegenwoordiger): Datum:	

*met deze informatie zal de betaling efficiënter door de ontvangende bank worden bijgeschreven

MEDISCHE INFORMATIE	
In te vullen door de behandelend arts – BLOKLETTERS GEBRUIKEN A.U.B.	
12 Noteer uw diagnose van de ziekte/het letsel, inclusief details over wanneer de symptomen zich voor het eerst voordeden:	**13** Gedetailleerde informatie over de behandeling:
14 Vul in blokletters uw naam, medische beroep en adres in en plaats hier een officiële praktijkstempel.	
15 Handtekening behandelend arts:	Datum:

Stuur het volledig ingevulde formulier samen met de oorspronkelijke ontvangstbewijzen/facturen op naar:

Voor behandelingen buiten de VS, verzenden naar:

Cigna Global Health Options
1 Knowe Road
Greenock
PA15 4RJ
Schotland

Tel: +31 (0) 7077 09236
Fax: +44 (0) 1475 492113
Email: cignaglobal_customer.care@cigna.com

Voor behandelingen binnen de VS, verzenden naar:

Cigna International
PO Box 15964
Wilmington, Delaware 19850
Verenigde Staten van Amerika

Tel: +31 (0) 7077 09236
Fax: +44 (0) 1475 492113
Email: cignaglobal_customer.care@cigna.com

FRAUDEMEDEDELING: Iedere persoon die, opzettelijk en met de bedoeling om verzekeringsmaatschappijen of andere personen te misleiden, een aanvraag ter verzekering of een claimvordering indient die met voorbedachten rade valse informatie bevat, onderneemt een frauduleuze daad, wat een misdrijf is.

Wij verwerken geen claims waarvan wij vermoeden dat ze frauduleus zijn. Fraude kan resulteren in beëindiging van uw polis en wij zullen claims waarvan wij vermoeden dat ze frauduleus zijn, onderzoeken.

In uw polisregels en het verzekeringscertificaat staat de relevante contractuele eenheid van Cigna uit het onderstaande overzicht vermeld met de relevante gegevens.

a) Cigna Global Insurance Company; of
b) Cigna Worldwide Life Insurance Company Limited; of
c) Cigna Europe Insurance Company S.A-N.V (filiaal Zwitserland); of
d) Cigna Life Insurance Company of Europe S.A-N.V; of
e) Cigna Europe Insurance Company S.A-N.V (filiaal Singapore)