ICICI Pru ClaimCare

PRE-AUTHORIZATION વિનંતી માટેનું ફૉર્મ

ફૉર્મ – પી

ICICI PRUDENTIAL LIFE INSURANCE

અમારો સંપર્ક કરો : 1860 266 7766 | અમને ફૅક્સ કરો: 1800-103-4778/022-42492828

ભાગ-I (દાવેદાર/દરદી/વીમિતે ભરવું)

ફરજીયાત દસ્તાવેજો બિડેલા છે (કૃપયા સંબંધિત ખાના પર ✓ કરો)

ફોટો ધરાવતો ઓળખનો પુરાવો: ☐ પાન કાર્ડ ☐ પાસપોર્ટ ☐ ડ્રાઈવિંગ લાયસન્સ ☐ ઈલેક્શન કાર્ડ ☐ અન્ય (કૃપયા જણાવો) ________

1. દરદી/વીમિતનું નામ
2. પૉલિસી નંબર (8 આંકડાનો નંબર)
3. સરનામું: (રાજ્ય, શહેર, પિન કોડ સહિત)
4. ઉંમર:
5. લિંગ: ☐ પુ ☐ સ્ત્રી
6. ફોન/મોબાઈલ નં:

ભાગ-II (ડૉક્ટર/હૉસ્પિટલે ભરવું)

7. ક્લિનિક/હૉસ્પિટલનું નામ:
8. ફૅક્સ નં.:
9. ક્લિનિક/હૉસ્પિટલનું સરનામું (રાજ્ય, શહેર, પિન કોડ સહિત)
10. ફોન નં./ઈમેલ આઈડી:
11. મુખ્ય ફરિયાદ:
12. બીમારી કેટલા સમયથી છે:
13. ક્લિનિકનું તારણ:
14. સારવારનો પ્લાન: ☐ મેડિકલ ☐ સર્જરી
15. કામચલાઉ નિદાન:
16. સારવારની વિગતો:
17. સારવારકર્તા ડૉક્ટરનું નામ:
18. ડૉક્ટરનો મોબાઈલ નં.
19. હાલની બીમારીને લગતી કોઈ ભૂતકાળની બીમારી:
20. ડૉક્ટરના હસ્તાક્ષર અને તારીખ: (x)

21. અપેક્ષિત દાખલ કરવા માટેની તારીખ અને સમય: D D M M Y Y Y Y (____:____કલાક)
23. કટોકટીમાં/આયોજનપૂર્વક હૉસ્પિટલમાં દાખલ: (✓) ☐ કટોકટીમા ☐ આયોજનપૂર્વક
24. રહેવાની અપેક્ષિત અવધિ (દિવસોમાં) (✓) ☐ નૉન આઈસીયુ ☐ આઈસીયુ
25. રહેવાનો વર્ગ:
26. રૂમનું ભાડું+નર્સનો ખર્ચ (પ્રતિ દિન) ₹
27. અપેક્ષિત ખર્ચ (ઈન્વેસ્ટિગેશન+દવા+કન્ઝ્યુમેબલ્સ અને અન્ય હૉસ્પિટલ ખર્ચ) ₹
28. ડૉક્ટરની ફી: (સર્જન+સહાયક સર્જન+ઍનેસ્થેટિસ્ટ+ડૉક્ટરના વિઝિટ ચાર્જીસ) ₹
29. પૅકેજ રેટ (જો હોય તો): ₹
30. ઈમ્પ્લાન્ટ્સનો ખર્ચ (જો લાગુ થવાપાત્ર હોય તો જણાવો) ₹
31. હૉસ્પિટલનો કુલ અપેક્ષિત ખર્ચ:

22. કોઈ બીમારીનો પાછલો ઈતિહાસ:			ક્યારથી છે:
a) ડાયાબીટિસ	હા	ના	
b) હાયપરટેંશન	હા	ના	
c) હૃદયરોગ	હા	ના	
d) ક્રો. અસ્થમ	હા	ના	
e) ઑસ્ટિઓ આર્થરાઈટિસ	હા	ના	
f) કૅન્સર	હા	ના	
g) એચઆઈવી અથવા એસટીડી	હા	ના	
h) કોઈ આલ્કોહૉલ/નશીલા પદાર્થની આદત	હા	ના	
i) કોઈ અન્ય બીમારી/સર્જરી	હા	ના	

32. મૅટર્નિટીની વિગતો: એ) માસિકનો ઈતિહાસ: બી) પ્રસવનો ઈતિહાસ સી) એલએમપી ઈડીડી ઈ) જી: ☐ પી: ☐ એ: ☐ એલ: ☐
    ડી) નૉર્મલ/એલએસસીએસ અપેક્ષિત હા ☐ ના ☐
33. અકસ્માતએ) આલ્કોહૉલની લત હા ☐ ના ☐ બી) સંજોગો: ________
    સી) એમએલસી/એફઆઈઆરની નકલ: હા ☐ ના ☐ ડી) એમએલસી/એફઆઈઆર નં.:
    (એમએલસી–મેડિકો લીગલ સર્ટિફિકેટ(એફઆઈઆ –ફર્સ્ટઈન્ફોર્મેશન રિપોર્ટ)

અધિકૃતતા/કબૂલાતનામું

ફરિયાદો અને પાછલી બીમારીના સંદર્ભમા ઉપરોક્ત વિગતો મારી જાણ અને માન્યતા મુજબ સાચી, સંપૂર્ણ અને ખરી છે. હું જાણું છું અને સંમત થાઉં છું કે જો વિગતો ખોટી કે અસત્ય છે એમ માલુમ પડે તો આઈસીઆઈસીઆઈ પ્રુડેન્શ્યલ લાઈફ ઈન્શ્યૉરન્સ કંપની (કંપની) મારી પ્રીઑથોરાઈઝેશન વિનંતીને અથવા જ્યાં ઑથોરાઈઝેશન આપી ચૂકાયું છે એને નકારી શકે છે, એના સંદર્ભમાંના પેમેન્ટને નકારી શકે છે. હું વધુમાં એ પણ જાણું છું અને સંમત થાઉં છું કે પૂર્વોક્ત પ્રસંગ/સંજોગોમાં, જો કોઈ હોય તો હૉસ્પિટલાઈઝેશનના ખર્ચાઓને માટે હું જવાબદાર બનીશ અને એને ભોગવીશ. હું આ સાથે કંપનીને કોઈ મેડિકલ રેકૉર્ડ પ્રાપ્ત કરવાને માટે અથવા હૉસ્પિટલ/નર્સિંગ હોમમાંથી મારા દાવા સંબંધિત અતિરિક્ત/સંબંધિત જાણકારી મેળવવાનો અધિકાર આપું છું.

હૉસ્પિટલની આઈડી:________

(x) દરદી/વીમિતના હસ્તાક્ષર અથવા (x) દાવેદારના હસ્તાક્ષર

હૉસ્પિટલની મહોર

દાવેદારનું નામ: ________

દરદી/વીમિત સાથેનું સગપણ: ________

સૂચનાઓ: 1. દાખલ થતી વખતે અને નેટવર્ક સેટલમેન્ટ (અંતિમ દસ્તાવેજ જમા કરવામાં) સમયે હૉસ્પિટલ દ્વારા પૂરી પાડવામાં આવેલી જાણકારીમાં કોઈ વિસંગતિ ઊભી થાય તો પેમેન્ટ માટે હું કંપનીને જવાબદાર નહીં ગણું. 2. જો આપવામાં આવેલી કોઈ પણ વિગતો અપૂરતી/ખોટીહશે તો પ્રી–ઑથોરાઈઝેશન (કૅશલેસ) વિનંતીમાં વિલંબ થઈ શકે છે/એને નકારી શકાય છે. કંપની દ્વારા પ્રસ્તુત બધી શંકાઓનું 24 કલાકમાં નિવારણ થવું જોઈએ. કૅશલેસને નકારવાનો મતલબ સારવારને નકારવામાં આવી છે એવો નથી. 4. નિદાન/સારવારના પ્લાન/રહેવાની મુદતમાંના કોઈ ફેરફારને વીમિતને રજા આપવામાં આવે એ પહેલાં કંપનીને જાણ કરી દેવી જોઈએ. 5. વીમિતને રજા આપી દીધા પછી હૉસ્પિટલ દ્વારા કરવામાં આવેલી ઑથોરાઈઝેશન/એન્હાન્સમેન્ટ માટેની કોઈપણ વિનંતી પર વિચારણા કરવામાં નહીં આવે.

પત્રવ્યવહારનું સરનામું: આઈસીઆઈસીઆઈ પ્રુડેન્શ્યલ લાઈફ ઈન્શ્યૉરન્સ કં. લિ., બીએસઈએલ ટેક, સી–વિંગ,1લો માળ, વાશી નવી મુંબઈ 400 703. મહારાષ્ટ્ર.

© 2010, ICICI Prudential Life Insurance Co. Ltd. Comp/doc/Feb/2010/1176. Comm/ Form/PREAUTH/1.0/Feb112010