ICICI Pru ClaimCare

പ്രീ-ഓതറൈസേഷൻ റിക്വസ്റ്റ് ഫോം

ഫോം: പി

ICICI PRUDENTIAL LIFE INSURANCE

ഞങ്ങളെ ബന്ധപ്പെടുക: 1860 266 7766 ഞങ്ങൾക്ക് ഫാക്സ് ചെയ്യുക: 1800-103-4778/022-42492828

ഭാഗം - I (ക്ലെയിം ഉന്നയിക്കുന്നയാൾ/രോഗി/ലൈഫ് അഷ്വർ ചെയ്തയാൾ പൂരിപ്പിക്കേണ്ടത്)

! ഒപ്പം വച്ചിട്ടുള്ള നിർബന്ധമുള്ള രേഖകൾ (ദയവായി പ്രസക്തമായ ബോക്സിൽ ശരി അടയാളപ്പെടുത്തുക)

ഫോട്ടോ ഐഡി പ്രൂഫുകൾ: ☐ **പാൻ കാർഡ്** ☐ **പാസ്പോർട്ട്** ☐ **ഡ്രൈവിംഗ് ലൈസൻസ്** ☐ **ഇലക്ഷൻ കാർഡ്** ☐ **മറ്റുള്ളവ (ദയവായി വ്യക്തമാക്കുക)** ______________

1. രോഗിയുടെ/ലൈഫ് അഷ്വർ ചെയ്തയാളുടെ പേര്

2. പോളിസി നമ്പർ (8 അക്ക നമ്പർ):

3. മേൽവിലാസം: (സംസ്ഥാനം, നഗരം, പിൻകോഡ് എന്നിവ ഉൾപ്പെടെ)

4. പ്രായം:

5. ലിംഗം: ☐ സ്ത്രീ ☐ പുരുഷൻ

6. ടെലി/മൊബൈൽ നമ്പർ:

ഭാഗം - II (ഡോക്ടർ/ആശുപത്രി പൂരിപ്പിക്കേണ്ടത്)

7. ക്ലിനിക്കിന്റെ/ആശുപത്രിയുടെ പേര്:

8. ഫാക്സ് നമ്പർ:

9. ക്ലിനിക്കിന്റെ/ആശുപത്രിയുടെ മേൽവിലാസം: (സംസ്ഥാനം, നഗരം, പിൻകോഡ് എന്നിവ ഉൾപ്പെടെ)

10. ടെലിഫോൺ നമ്പറും ഇമെയിൽ ഐഡിയും:

11. പ്രധാന പരാതികൾ:

12. അസുഖത്തിന്റെ കാലയളവ്:

13. ക്ലിനിക്കൽ കണ്ടെത്തലുകൾ

14. ചികിത്സാ പദ്ധതി ☐ മെഡിക്കൽ ☐ സർജിക്കൽ

15. താൽക്കാലിക രോഗനിർണ്ണയം:

16. ചികിത്സയുടെ വിശദാംശങ്ങൾ:

17. ചികിത്സിക്കുന്ന ഡോക്ടറുടെ പേര്:

18. ഡോക്ടറുടെ മൊബൈൽ നമ്പർ

19. ഇപ്പോഴത്തെ രോഗത്തെ സംബന്ധിച്ച് പ്രസക്തമായ മുൻകാല രോഗം എന്തെങ്കിലും:

20. ഡോക്ടറുടെ ഒപ്പും തീയതിയും: (x)

21. പ്രതീക്ഷിക്കുന്ന തീയതിയും പ്രവേശന സമയവും: D D M M Y Y Y Y (____:____മണിക്കൂർ)

23. എമർജൻസി/അല്ലെങ്കിൽ പ്ലാൻ ചെയ്ത ആശുപത്രി പ്രവേശനം? ☐ എമർജൻസി ☐ പ്ലാൻ ചെയ്ത

24. താമസത്തിന്റെ പ്രതീക്ഷിക്കുന്ന ദൈർഘ്യം (ദിവസങ്ങളിൽ): ☐ Non ICU ☐ ICU

25. അക്കോമെഡേഷൻ ക്ലാസ്: ______________

26. മുറി വാടക + നഴ്സിംഗ് ചെലവുകൾ (പ്രതിദിനം): Rs.

27. പ്രതീക്ഷിക്കുന്ന ചെലവ്: Rs.
(ഇൻവെസ്റ്റിഗേഷൻ + മരുന്നുകൾ + കൺസ്യൂമബിൾസ് കൂടാതെ ആശുപത്രിയിലെ മറ്റ് ചെലവുകൾ)

28. ഡോക്ടറുടെ ഫീസ്: Rs.
(സർജൻ + അസിസ്റ്റന്റ് സർജൻ + അനസ്ത്തീത്തിസ്റ്റ് + ഡോക്ടറുടെ വിസിറ്റിംഗ് ചാർജ്ജുകൾ)

29. പായ്ക്കേജ് നിരക്ക് (എന്തെങ്കിലും ഉണ്ടെങ്കിൽ) Rs.

30. ഇംപ്ലാന്റുകളുടെ വില (ബാധകമെങ്കിൽ എടുത്തു പറയുക): Rs.

31. ആശുപത്രി വാസത്തിന് പ്രതീക്ഷിക്കുന്ന മൊത്തം ചെലവ്: Rs.

22. എന്തെങ്കിലും രോഗത്തിന്റെ മുൻകാല ചരിത്രം:

22. എന്തെങ്കിലും രോഗത്തിന്റെ മുൻകാല ചരിത്രം:			എപ്പോൾ മുതൽ:
a) പ്രമേഹം	ഉണ്ട്	ഇല്ല	
b) അമിത രക്തസമ്മർദ്ദം	ഉണ്ട്	ഇല്ല	
c) ഹൃദ്രോഗം	ഉണ്ട്	ഇല്ല	
d) ബ്രോങ്കിയൽ ആസ്ത്മ	ഉണ്ട്	ഇല്ല	
e) ഓസ്റ്റിയോ ആർത്രൈറ്റിസ്	ഉണ്ട്	ഇല്ല	
f) അർബുദം	ഉണ്ട്	ഇല്ല	
g) എച്ച് ഐ വി അല്ലെങ്കിൽ എസ് റ്റി ഡി	ഉണ്ട്	ഇല്ല	
h) മദ്യപാനത്തിന്റെ/മയക്കുമരുന്ന് ഉപയോഗത്തിന്റെ എന്തെങ്കിലും ചരിത്രം	ഉണ്ട്	ഇല്ല	
i) മറ്റെന്തെങ്കിലുംചികിത്സ/ശസ്ത്രക്രിയ:	ഉണ്ട്	ഇല്ല	

32. മെറ്റേർണിറ്റി വിവരങ്ങൾ: എ) ആർത്തവ ചരിത്രം ബി) ഒബ്സ്റ്റെട്രിക് ചരിത്രം: സി) LMP: EDD:
ഡി) നോർമൽ/ എൽഎസ്സിഎസ് പ്രതീക്ഷിക്കുന്നു: ഇ) G: ☐ P: ☐ A: ☐ L: ☐

33. അപകടം: എ) മദ്യപാനത്തിന്റെ ചരിത്രം ഉണ്ട് ☐ ഇല്ല ☐ ബി) സാഹചര്യങ്ങൾ: ______________
സി) MLC / FIR കോപ്പി: ഉണ്ട് ☐ ഇല്ല ☐ ഡി) MLC/FIR നം:
(എംഎൽസി - മെഡിക്കോ ലീഗൽ സർട്ടിഫിക്കറ്റ്) (എഫ്ഐആർ- ഫസ്റ്റ് ഇൻഷർമേഷൻ റിപ്പോർട്ട്)

അധികാരപ്പെടുത്തൽ/സത്യവാങ്മൂലം

അസുഖങ്ങളേയും മുൻകാല രോഗങ്ങളേയും സംബന്ധിച്ച് നൽകിയിട്ടുള്ള മേൽപ്പറഞ്ഞ വിവരങ്ങൾ എന്റെ പരമാവധി അറിവിലും വിശ്വാസത്തിലും പൂർണ്ണവും സത്യവുമാണ്. ഏതെങ്കിലും വിവരം അസത്യമെന്നോ തെറ്റെന്നോ കണ്ടാൽ ഐസിഐസിഐ പ്രൂഡൻഷ്യൽ ലൈഫ് ഇൻഷുറൻസ് കമ്പനി (കമ്പനി) എന്റെ പ്രീഓതറൈസേഷൻ റിക്വസ്റ്റ് നിരസിച്ചേക്കാവുന്നതാണ് അല്ലെങ്കിൽ ഓതറൈസേഷൻ നേരത്തെ നൽകിയിട്ടുണ്ടെങ്കിൽ അതിന്റെ പേയ്മെന്റ് നടത്താൻ വിസമ്മതിക്കാനുമിടയുണ്ട് എന്ന് ഞാൻ മനസ്സിലാക്കുകയും സമ്മതിക്കുകയും ചെയ്യുന്നു. മേൽപ്പറഞ്ഞ ഏതെങ്കിലും സംഭവങ്ങൾ ഉണ്ടായാൽ/സാഹചര്യത്തിൽ ആശുപത്രിച്ചെലവുകൾ വഹിക്കുവാനുള്ള ഉത്തരവദിത്തം എനിക്കാണെന്ന് ഞാൻ മനസ്സിലാക്കുകയും സമ്മതിക്കുകയും ചെയ്യുന്നു. എന്റെ ക്ലെയിം സംബന്ധിച്ച മെഡിക്കൽ രേഖകൾ അല്ലെങ്കിൽ കൂടുതൽ/ബന്ധപ്പെട്ട വിവരങ്ങൾ ആശുപത്രിയിൽ നിന്ന് /നഴ്സിംഗ് ഹോമിൽ നിന്ന് ലഭിക്കുന്നതിന് ഞാൻ ഇതിനാൽ കമ്പനിയെ അധികാരപ്പെടുത്തുന്നു.

ഹോസ്പിറ്റൽ ഐഡി:__________

HOSPITAL STAMP

(x) രോഗിയുടെ/ലൈഫ് അഷ്വർ ചെയ്തയാൾക്കുള്ള ഒപ്പ്

അല്ലെങ്കിൽ

(x) ക്ലെയിം ഉന്നയിക്കുന്നയാൾക്കുള്ള ഒപ്പ്

ക്ലെയിം ഉന്നയിക്കുന്നയാളുടെ പേര്:______________________

രോഗിയുമായി/ലൈഫ് അഷ്വർ ചെയ്തയാളുമായുള്ള ബന്ധം:______________________

നിർദ്ദേശങ്ങൾ: 1. അഡ്മിഷന്റേയും നെറ്റ്വർക്ക് സെറ്റിൽമെന്റിന്റേയും സമയത്ത് (അന്തിമമായി രേഖ സമർപ്പിക്കുമ്പോൾ) വിവരങ്ങളിൽ എന്തെങ്കിലും പൊരുത്തക്കേട് കണ്ടെത്തിയാൽ പണം നൽകാൻ കമ്പനി ബാദ്ധ്യസ്ഥരാകില്ല. 2. നൽകിയിട്ടുള്ള എന്തെങ്കിലും വിവരങ്ങൾ അപര്യാപ്തമെന്ന്/തെറ്റെന്ന് കണ്ടെത്തിയാൽ, പ്രീ-ഓതറൈസേഷൻ (ക്യാഷ്ലെസ്) റിക്വസ്റ്റ് താമസിക്കാൻ/നിരസിക്കപ്പെടാൻ ഇടയുണ്ട്. 3. ക്യാഷ്ലെസ് നിരസിക്കുന്നു എന്നതു കൊണ്ട് ചികിത്സ നിഷേധിക്കുന്നു എന്നർത്ഥമില്ല 4. ലൈഫ് അഷ്വർ ചെയ്തയാളെ ഡിസ്ചാർജ്ജ് ചെയ്യുന്നതിന് മുൻപ് രോഗനിർണ്ണയത്തിലെ/ചികിത്സാ പദ്ധതിയിലെ/താമസ ദൈർഘ്യത്തിലെ ഏതു മാറ്റവും ലൈഫ് അഷ്വർ ചെയ്തയാളെ ഡിസ്ചാർജ്ജ് ചെയ്യുന്നതിന് മുൻപ് കമ്പനിയെ അറിയിക്കണം. 5. അഷ്വർ ചെയ്തയാളെ ഡിസ്ചാർജ്ജ് ചെയ്തതിന് ശേഷം നടത്തുന്ന ഓതറൈസെഷനുള്ള/വർദ്ധനവിനുള്ള അപേക്ഷയൊന്നും പരിഗണിക്കില്ല.

തപാൽ മേൽവിലാസം: ഐസിഐസിഐ പ്രൂഡൻഷ്യൽ ലൈഫ് ഇൻഷുറൻസ് കോ. ലിമിറ്റഡ്, ബിഎസ്ഇഎൽ ടെക്ക്, സി-വിംഗ്. 1ാം നില, വാഷി, നവി മുംബയ് 400703, മഹാരാഷ്ട്ര.

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