



# ഐസിഐസിഐ പ്രൂ ഹെൽത്ത് സേവർ - ഹെൽത്ത് സേവിങ്സ് ബെനിഫിറ്റ് ക്ലെയിം ഫോം



## സാക്ഷിയുടെ അനുമതി:

പ്രൊപ്പോസർ എഴുതാൻ കഴിയാത്ത വിധം നിരക്ഷരനെന്നതിൽ അല്ലെങ്കിൽ എഴുതാൻ കഴിയാത്ത വിധം വൈകല്യം ഉള്ള ആളാണെങ്കിൽ അല്ലെങ്കിൽ പ്രൊപ്പോസർ പ്രാദേശിക ഭാഷയിൽ ഒപ്പിട്ടെങ്കിൽ ബാധകം. (ഓർക്കുക: കമ്പനിയുടെ ഉപദേശകൻ/ എക്സിക്യൂട്ടീവ് മാനേജർ എന്നിവരൊഴികെ ആരെയും സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തണം)

ഫോമിലെ ഉള്ളടക്കം എന്തോടോടൊന്നും വ്യക്തമായി വിശദീകരിച്ചു തന്നുവെന്നും ഞാൻ/ഞങ്ങൾ അത് പൂർണ്ണമായി മനസ്സിലാക്കിയെന്നും ഞാൻ/ഞങ്ങൾ സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തുന്നു. ഫോമിലെ പ്രതികരണങ്ങൾ എനിക്ക്/ഞങ്ങൾക്ക് നൽകിയ വിവരങ്ങൾ പ്രകാരം രേഖപ്പെടുത്തിയതാണെന്ന് കൂടി ഞാൻ സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തുന്നു.

\_\_\_\_\_ സ്വദേശിയായ \_\_\_\_\_ ലെ താമസക്കാരനായ \_\_\_\_\_ ന്റെ

മകൻ/മകൾ ആയ \_\_\_\_\_ ആയ (പ്രൊപ്പോസറുമായുള്ള ബന്ധം) ഞാൻ (സാക്ഷിയുടെ പേര്) ഈ ഫോമിലെ ഉള്ളടക്കം മിസ്റ്റർ/മിസിസ്/മിസ് \_\_\_\_\_ ന് വായിച്ചു കൊടുക്കുകയും വിശദീകരിച്ചു കൊടുക്കുകയും ചെയ്തിട്ടുണ്ടെന്നും അദ്ദേഹം/അവൾ/അവർ അത് മനസ്സിലാക്കിയെന്നും പോളിസിയുടെ എല്ലാ വ്യവസ്ഥകളും വകുപ്പുകളും പാലിക്കുവാൻ സമ്മതിച്ചെന്നും ഞാൻ ഇതിനാൽ സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തുന്നു. ഞാൻ മുകളിൽ സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തിയതെല്ലാം എന്റെ പരമാവധി അറിവിലും വിശ്വാസത്തിലും വാസ്തവവും സത്യമാണെന്ന് ഞാൻ സത്യവാങ്മൂലം നൽകുന്നു. \_\_\_\_\_ ത് വച്ച് ഇത് യഥാവിധി സ്ഥിരീകരിച്ചു.

**മേൽവിലാസം** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

ലാൻമാർക്ക് \_\_\_\_\_ പിൻ/സിപ്പ് കോഡ് \_\_\_\_\_

**ബന്ധപ്പെടാനുള്ള നമ്പറുകൾ** \_\_\_\_\_  
 എസ് ടി ഡി \_\_\_\_\_ താമസസ്ഥലത്തെ \_\_\_\_\_ എസ് ടി ഡി \_\_\_\_\_ ഓഫീസ് \_\_\_\_\_ എക്സ്റ്റൻഷൻ \_\_\_\_\_ ഐ എസ് ഡി \_\_\_\_\_ മൊബൈൽ \_\_\_\_\_

തീയതി 

D	D
M	M
Y	Y
Y	Y

 \_\_\_\_\_ സാക്ഷിയുടെ ഒപ്പ് \_\_\_\_\_ പ്രൊപ്പോസറുടെ ഒപ്പ്/പെരുവിലാസം \_\_\_\_\_

## \* ഉൾപ്പെടുത്തിയിട്ടുള്ള ചെലവുകളും ആവശ്യമുള്ള രേഖകളും

1. മെഡിക്കൽ ഇൻഷുറൻസിന്റെ പരിധിക്ക് പുറമേയുള്ള ആശുപത്രിവാസ ചെലവുകൾ	ആശുപത്രിബില്ലിന്റെ പകർപ്പുകൾ + മെഡിക്കൽ ഇൻഷുറൻസ് കമ്പനിയുടെ സത്യവാങ്മൂലം
2. മെഡിക്കൽ ഇൻഷുറൻസ് ബാധകമാകാത്ത ആശുപത്രിവാസ ചെലവുകൾ	അസ്സൽ ബില്ലുകൾ + കസ്റ്റമറുടെ സത്യവാങ്മൂലം
3. മെഡിക്കൽ കവറിന്റെ ഭാഗമായുള്ള കോ-പേയ്സ്	ആശുപത്രി ബില്ലുകൾ + കസ്റ്റമറുടെ സത്യവാങ്മൂലം (ഐസിഐസിഐ പ്രൂ ഫോർമാറ്റ്) + മെഡിക്കൽ ഇൻഷുറൻസ് കമ്പനിയുടെ നിന്നുള്ള സത്യവാങ്മൂലം കോ-പേ തുകയുടെ കീഴ് വ്യക്തമായി കാണിക്കുന്നതെങ്കിൽ
4. മരുന്നുകളും ഔഷധങ്ങളും + വൈദ്യോപകരണങ്ങൾ, രോഗനിർണ്ണയ ചെലവുകൾ, ദന്തസാമഗ്രികളുടെ ചെലവുകൾ, ഡോക്ടറുടെ സന്ദർശനങ്ങൾ	അസ്സൽ ബില്ലുകൾ + കസ്റ്റമറുടെ സത്യവാങ്മൂലം (ഐസിഐസിഐ പ്രൂ ഫോർമാറ്റിൽ)

## ഇലക്ട്രോണിക് പേഴെട്ട് ഓപ്ഷൻ (നിങ്ങളുടെ ബാങ്ക് അക്കൗണ്ടിലേക്ക് ഫണ്ട് നേരിട്ട് ട്രാൻസ്ഫർ ചെയ്യുന്നതിന്) ദയവായി റദ്ദാക്കിയ ചെക്ക്/ചെക്കിന്റെ പകർപ്പ് ഈ പത്രത്തിന്റെ പേജ് ദയവായി സമർപ്പിക്കുക

അക്കൗണ്ട് ഉടമയുടെ പേര് \_\_\_\_\_ (ബാങ്ക് അക്കൗണ്ടിൻ്റെ പരാമർശിച്ചത് പോലെ)  
 ബാങ്കിൻ്റെ പേര് \_\_\_\_\_  
 ബ്രാഞ്ചിൻ്റെ പേരും \_\_\_\_\_  
 മേൽവിലാസവും \_\_\_\_\_

സിബിഎസ് അക്കൗണ്ട് നമ്പർ \_\_\_\_\_

ഐഎഫ്എസ്സി കോഡ് \_\_\_\_\_

ബാങ്ക് നൽകിയ ചെക്ക് ബുക്കിൽ കാണുന്നത് പോലെ 9 അക്ക കോഡ്. എംഐസിആർ കോഡ് വെരിഫൈ ചെയ്യുന്നതിന് ദയവായി ഒരു ക്യാൻസൽഡ് ചെക്കിൻ്റെ പകർപ്പ് വയ്ക്കുക

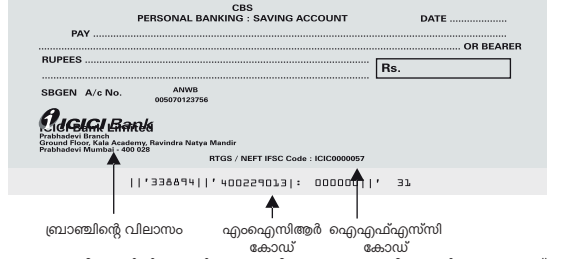
ഏതു തരം അക്കൗണ്ട്  കറന്റ് അക്കൗണ്ട്  സേവിംഗ് അക്കൗണ്ട്

ബാങ്ക് നൽകിയ ചെക്ക് ബുക്കിൽ കാണുന്നത് പോലെ 9 അക്ക കോഡ്. എംഐസിആർ കോഡ് വെരിഫൈ ചെയ്യുന്നതിന് ദയവായി ഒരു ക്യാൻസൽഡ് ചെക്കിൻ്റെ പകർപ്പ് വയ്ക്കുക

ക്ലെയിം നടത്തുന്നയാൾക്ക് എല്ലാ പേഴെട്ടും (പേഴെട്ടുകളും) നടത്തുന്നതിന് കമ്പനി ഈ പത്രത്തിൽ ഉപയോഗിച്ച പേഴെട്ട് രീതി ഉപയോഗിക്കണം. പേഴെട്ടുകൾ പോളിസിയുടെ നിബന്ധനകൾക്കും വ്യവസ്ഥകൾക്കും വിധേയവും അത് പ്രകാരവുമായിരിക്കും. കൂടാതെ ഇലക്ട്രോണിക് പേഴെട്ട് മാർഗ്ഗമല്ലാതെ ഡിമാന്റ് ഡ്രാഫ്റ്റ് / പേയ്മെൻ്റ് അറ്റ് പാർ ചെക്ക് ഉൾപ്പെടെയുള്ള എൽ എല്ലിക്ട്രോണിക് ഉപയോഗിക്കുന്നതിനുള്ള അവകാശം കമ്പനിയിൽ നിക്ഷിപ്തമാണ്. ഐ എഫ് സി ഐ കോഡ് നൽകുന്നതിനുള്ള ഉത്തരവാദിത്തം കസ്റ്റമറുടേതാണ്. ആർ ടി ജി എസ് - നുള്ള ഐ എഫ് എസ് സി കോഡും എൻ ഇ എഫ് ടി ക്ലൈം ഐ എഫ് എസ് സി കോഡും വ്യത്യസ്തമാകാം.

ഐ എൻ ബാങ്ക് അക്കൗണ്ടിലേക്ക് ക്ലെയിം ക്ലെയിം ഐ എഫ് എസ് സി കോഡും എൻ ഇ എഫ് ടി ക്ലൈം ഐ എഫ് എസ് സി കോഡും വ്യത്യസ്തമാകാം. ഐ എൻ ബാങ്ക് അക്കൗണ്ടിലേക്ക് ക്ലെയിം ക്ലെയിം ഐ എഫ് എസ് സി കോഡും എൻ ഇ എഫ് ടി ക്ലൈം ഐ എഫ് എസ് സി കോഡും വ്യത്യസ്തമാകാം.

**X**  
 ഉടമസ്ഥൻ്റെ/പ്രൊപ്പോസറുടെ ഒപ്പ്/പെരുവിലാസം \_\_\_\_\_ സ്ഥലം: \_\_\_\_\_ തീയതി: \_\_\_\_\_ DD/MM/YYYY \_\_\_\_\_



**ഓഫീസ് ഉപയോഗത്തിന് മാത്രം (ബ്രാഞ്ച് പേപ്പറേഷൻ):**  
 പോളിസി നമ്പർ \_\_\_\_\_ തീയതി 

D	D
M	M
Y	Y
Y	Y

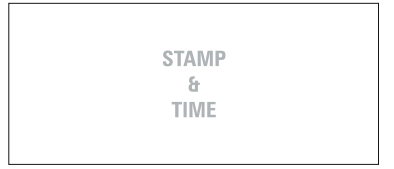
 \_\_\_\_\_

പോളിസി ഉടമയുടെ പേര്: \_\_\_\_\_

അസ്സൽ രേഖകൾ സമർപ്പിച്ചുവോ  ഉവ്വ്  ഇല്ല

ജീവനക്കാരൻ്റെ പേരും കോഡും \_\_\_\_\_

സ്പാർക്ക് കോൾ ഐഡി: \_\_\_\_\_



© 2012, ഐസിഐസിഐ പ്രൂ ഹെൽത്ത് സേവർ പ്രൈവറ്റ് ലിമിറ്റഡ്, രജിസ്റ്റേർഡ് അഡ്രസ്സ്: ഐസിഐസിഐ പ്രൂ ഹെൽത്ത് സേവർ, 1089 അപ്പാസാഹേബ് മറാത്ത മാർഗ്ഗം, പ്രഭാദേവി, മുംബയ്-400025, രജിസ്റ്റേർഡ് നമ്പർ - 105, ഇൻഷുറൻസാണ് ഈ അഭ്യർത്ഥനയുടെ വിഷയം, UIN- 105 NO 87 V 01, Comp/doc/Mar/ 2012/994.

ദയവായി ഞങ്ങളുടെ കസ്റ്റമർ സർവീസ് നമ്പറിൽ വിളിക്കുക 1860-266-7766 (ചോദ്യങ്ങൾ നിരക്കുകൾ ബാധകം) കോൾ സെന്റർ സമയം: രാവിലെ 9.00 മുതൽ വൈകിട്ട് 9.00 വരെ. തിങ്കൾ മുതൽ ശനി വരെ (ദേശീയ അവധി ദിവസങ്ങൾ ഒഴികെ).

