

Contact us: 1860 266 7766

Fax us: 1800 - 103 - 4778 / 022 - 42492828

**भाग-I (दावाकर्ता/रोगी/जीवन बीमित व्यक्ति द्वारा भरा जाए)**

**अनिवार्य प्रलेख संलग्न (कृपया संबंधित खाने में निशान लगाएँ)**  
फोटो पहचान साक्ष्य :  पेन कार्ड  पासपोर्ट  ड्राइविंग लाइसेंस  चुनाव पत्रक  अन्य (कृपया निर्दिष्ट करें) \_\_\_\_\_

1. रोगी/जीवन बीमित व्यक्ति का नाम \_\_\_\_\_

2. पॉलिसी क्रमांक (8 अंकों की संख्या) \_\_\_\_\_

3. पता : (राज्य, शहर, पिनकोड सहित) \_\_\_\_\_

4. आयु \_\_\_\_\_ 5. लिंग  पु  म

6. टेली./ मोबाइल नं. : \_\_\_\_\_

**भाग-II (चिकित्सक/अस्पताल द्वारा भरा जाए)**

7. क्लीनिक/अस्पताल का नाम \_\_\_\_\_

8. फैक्स नं. \_\_\_\_\_

9. क्लीनिक/अस्पताल का पता : (राज्य, शहर, पिनकोड सहित) \_\_\_\_\_

10. टेलीफोन नं. एवं ई-मेल आईडी \_\_\_\_\_

11. मुख्य शिकायतें \_\_\_\_\_

12. बीमारी की अवधि \_\_\_\_\_

13. नैदानिक खोजें \_\_\_\_\_

14. उपचार  चिकित्सकीय  शल्यचिकित्सकीय योजना

15. प्रावधानात्मक निदान \_\_\_\_\_

16. उपचार विवरण \_\_\_\_\_

17. उपचारकर्ता चिकित्सक का नाम \_\_\_\_\_

18. चिकित्सक का मोबाइल नं. \_\_\_\_\_

19. वर्तमान बीमारी से संबंधित कोई पुराना रोग \_\_\_\_\_

20. चिकित्सक के हस्ताक्षर एवं दिनांक \_\_\_\_\_ (x)

21. भर्ती होने की अपेक्षित तिथि एवं समय :  (\_\_\_\_:\_\_\_\_ घंटे)

22. किसी बीमारी का पिछला अतीत : कब से : \_\_\_\_\_

23. अस्पताल में आपातकालीन/या नियोजित भर्ती?  आपातकालीन  नियोजित

24. रहने की अपेक्षित अवधि (दिनों में) :  नॉन आयसीयू  आयसीयू

25. निवास की श्रेणी : \_\_\_\_\_

26. कमरे का किराया + परिचर्या व्यय (प्रतिदिन) : ₹ \_\_\_\_\_

27. अपेक्षित व्यय : ₹ \_\_\_\_\_ (जॉब + दवाई + उपभोग्य एवं अन्य अस्पताल व्यय)

28. चिकित्सक के शुल्क : ₹ \_\_\_\_\_ (शल्य चिकित्सक + सहयोगी शल्य चिकित्सक + एनेस्थेसिस्ट + चिकित्सक आगमन शुल्क)

29. पैकेज मूल्य (यदि कोई हो) : ₹ \_\_\_\_\_

30. प्रत्यारोपण सामग्री का व्यय (यदि लागू हो तो कृपया निर्दिष्ट करें) : ₹ \_\_\_\_\_

31. अस्पताल में भर्ती होने का कुल अपेक्षित व्यय : ₹ \_\_\_\_\_

32. प्रसूति विवरण : ए) माहवारी का अतीत : \_\_\_\_\_ बी) प्रासविक अतीत : \_\_\_\_\_ सी) एलएमपी  आईडी  डी) सामान्य / एलएससीएस अपेक्षित : \_\_\_\_\_ ई) जी  पी  ए  एल

33. दुर्घटना : ए) शराब की लत :  हाँ  नहीं  बी) परिस्थितियाँ : \_\_\_\_\_ डी) एमएलसी/एफआईआर की प्रती :  हाँ  नहीं  (एमएलसी - मेडिको लीगल सर्टिफिकेट) (एफआईआर - फस्ट इंस्पेक्शन रिपोर्ट)

**अधिकरण / घोषणा**

शिकायतों एवं पिछली बीमारियों के बारे में दिए गए उपरोक्त विवरण मेरे सर्वोत्तम ज्ञान एवं विश्वास के अनुसार सत्य, संपूर्ण एवं सही हैं। मैं समझता/समझती हूँ और सहमत होता/होती हूँ कि इनमें से किसी भी विवरण के असत्य या गलत पाए जाने की दशा में, आईसीआईसीआई प्रूडेंशियल लाइफ इश्योरेंस कंपनी (कंपनी) मेरे पूर्व-अधिकरण अनुरोध को अस्वीकार कर सकती है या जहाँ अधिकरण पहले ही दे दिया गया है, वहाँ उसके संबंध में भुगतान के लिए इंकार कर सकती है। मैं आगे यह भी समझता/समझती हूँ और सहमत होता/होती हूँ कि मैं उपरोक्त किसी भी घटना/परिस्थितियों में अस्पताल में भर्ती होने के व्ययों को वहन करने के लिए उत्तरदायी एवं सहमत रहूँगा/रहूँगी। मैं एतद् द्वारा कंपनी को अस्पताल/नर्सिंग होम से मेरे दावे के संबंध में अतिरिक्त/संबंधित जानकारी माँगने या कोई चिकित्सकीय अभिलेख लेने के लिए अधिकृत करता/करती हूँ।

अस्पताल आईडी \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (x) या \_\_\_\_\_ (x)

रोगी/जीवन बीमित व्यक्ति के हस्ताक्षर

दावाकर्ता के हस्ताक्षर

दावाकर्ता का नाम \_\_\_\_\_

रोगी/जीवन बीमित व्यक्ति के साथ संबंध \_\_\_\_\_

अस्पताल की मोहर

Instructions: 1. The Company will not be held liable for payment in the event of any discrepancy in information provided by the hospital at the time of admission & network settlement (in final document submission) 2. If any details provided are insufficient/incorrect, there may be a delay/denial of pre-authorization (cashless) request. All queries raised by the Company should be replied within 24 hours. 3. Denial of cashless does not mean denial of treatment. 4. Any change in the diagnosis/Treatment plan/Length of stay should be intimated to the company before discharge of the life assured. 5. Any request for authorization/enhancement made by the hospital after discharge of the life assured will not be considered