ICICI Pru ClaimCare

ಪೂರ್ವಾನುಮತಿಯ ವಿನಂತಿ ಫಾರ್ಮ್

Form: P

ICICI PRUDENTIAL LIFE INSURANCE

Contact us: 1860 266 7766

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

ಭಾಗ -I (ಹಕ್ಕೊತ್ತಾಯ ಮಾಡುವವರು/ರೋಗಿ/ವಿಮಾಧಾರಕರು ತುಂಬಿಸಬೇಕು)

ಲಗತ್ತಿಸಿದ ಕಡ್ಡಾಯ ದಸ್ತಾವೇಜಗಳು(ದಯವಿಟ್ಟು ಸೂಕ್ತ ಬಾಕ್ಸ್‌ನಲ್ಲಿ ಗುರುತು ಹಾಕಿ)

ಫೋಟೊ ಐಡಿ ಪುರಾವೆ: ☐ ಪ್ಯಾನ್ ಕಾರ್ಡ್ ☐ ಪಾಸ್‌ಪೋರ್ಟ್ ☐ ಡ್ರೈವಿಂಗ್ ಲೈಸನ್ಸ್ ☐ ಇಲೆಕ್ಷನ್ ಕಾರ್ಡ್ ☐ ಇತರ(ಯಾವುದು ಹೇಳಿ) ______

1. ರೋಗಿಯ/ವಿಮಾಧಾರಕರ ಹೆಸರು: ______
2. ಪಾಲಿಸಿ ಕ್ರಮಾಂಕ: (8 ಅಂಕಿಗಳ ಸಂಖ್ಯೆ) ☐☐☐☐☐☐☐☐
3. ವಿಳಾಸ:(ರಾಜ್ಯ, ನಗರ ಪಿನ್‌ಕೋಡ್ ಒಳಗೊಂಡು) ______
4. ವಯಸ್ಸು: ______
5. ಲಿಂಗ: ☐ ಪು ☐ ಸ್ತ್ರೀ
6. ದೂ./ಮೊಬೈಲ್ ಸಂ.: ______

ಭಾಗ -II (ವೈದ್ಯರು/ಆಸ್ಪತ್ರೆಯವರು ತುಂಬಿಸಬೇಕು)

7. ಕ್ಲಿನಿಕ್/ಆಸ್ಪತ್ರೆಯ ಹೆಸರು: ______
8. ಫ್ಯಾಕ್ಸ್ ನಂ.: ______
9. ಕ್ಲಿನಿಕ್/ಆಸ್ಪತ್ರೆಯ ವಿಳಾಸ (ರಾಜ್ಯ, ನಗರ ಪಿನ್‌ಕೋಡ್ ಒಳಗೊಂಡು) ______
10. ದೂ. ಸಂ.ಮತ್ತು ಇ-ಮೇಲ್ ಐಡಿ: ______
11. ಪ್ರಮುಖ ದೂರುಗಳು: ______
12. ಬಾಧೆಯ ಅವಧಿ: ______
13. ಚಿಕಿತ್ಸಾತ್ಮಕ ಫಲಿತಾಂಶಗಳು: ______
14. ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಯೋಜನೆ: ☐ ವೈದ್ಯಕೀಯ ☐ ಶಸ್ತ್ರಕ್ರಿಯೆ
15. ಅಲ್ಪಕಾಲಿಕ ತಪಾಸಣೆ: ______
16. ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ವಿವರಣೆ: ______
17. ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಮಾಡುತ್ತಿರುವ ವೈದ್ಯರ ಹೆಸರು: ______
18. ವೈದ್ಯರ ಮೊಬೈಲ್ ಸಂ.: ______
19. ಪ್ರಸ್ತುತ ಬಾಧೆಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಯಾವುದೇ ಹಿಂದಿನ ಕಾಯಿಲೆ: ______
20. ವೈದ್ಯರ ಸಹಿ ಮತ್ತು ದಿನಾಂಕ: (x)
21. ಸೇರಿಕೊಂಡ ನಿರೀಕ್ಷಿತ ದಿನಾಂಕ ಮತ್ತು ಸಮಯ: D D M M Y Y Y Y (____:____ ಗಂಟೆಗಳು)
23. ತುರ್ತು/ ಅಥವಾ ಯೋಜಿತ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯ ದಾಖಲೆಯಾಗಿದೆಯೇ? ☐ ತುರ್ತು ☐ ಯೋಜಿತ
24. ದಾಖಲೆಗೊಂಡ ನಿರೀಕ್ಷಿತ ಅವಧಿ (ದಿನಗಳಲ್ಲಿ): ☐ ಐಸಿಯು ಇಲ್ಲದ ☐ ಐಸಿಯು
25. ವಾಸವಾಗಿದ್ದ ಶ್ರೇಣಿ ______
26. ಕೋಣೆಯ ಬಾಡಿಗೆ + ನರ್ಸಿಂಗ್ ಖರ್ಚು(ಪ್ರತಿ ದಿನಕ್ಕೆ) ₹
27. ನಿರೀಕ್ಷಿತ ಖರ್ಚು: (ತಪಾಸಣೆ + ಔಷಧ + ಕಂಜ್ಯುಮೇಬಲ್ಸ್ ಮತ್ತು ಆಸ್ಪತ್ರೆಯ ಇತರ ಖರ್ಚುಗಳು) ₹
28. ವೈದ್ಯರ ಶುಲ್ಕ: (ಸರ್ಜನ್+ ಸಹಾಯಕ ಸರ್ಜನ್+ ಅರಿವಳಿಕೆ ತಜ್ಞ + ವೈದ್ಯರ ಭೇಟಿಯ ಶುಲ್ಕಗಳು) ₹
29. ಪ್ಯಾಕೇಜ್ ದರ(ಇದ್ದಲ್ಲಿ): ₹
30. ಮರುಜೋಡಣೆಯ ವೆಚ್ಚ(ಅನ್ವಯಿಸಿದಲ್ಲಿ ಹೇಳಿ): ₹
31. ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಲ್ಲಿದ್ದ ಒಟ್ಟು ನಿರೀಕ್ಷಿತ ವೆಚ್ಚ: ₹

22. ಯಾವುದೇ ಕಾಯಿಲೆಯ ಹಿಂದಿನ ಪೂರ್ವೇತಿಹಾಸ:

22. ಯಾವುದೇ ಕಾಯಿಲೆಯ ಹಿಂದಿನ ಪೂರ್ವೇತಿಹಾಸ:			ಯಾವಾಗ ರಿಂದ
ಎ) ಡೈಯಾಬಿಟಿಸ್:	ಹೌದು	ಇಲ್ಲ	
ಬಿ) ಹೈಪರ್‌ಟೆನ್ಷನ್:	ಹೌದು	ಇಲ್ಲ	
ಸಿ) ಹೃದಯದ ಕಾಯಿಲೆ:	ಹೌದು	ಇಲ್ಲ	
ಡಿ) ಪು. ಅಸ್ತಮಾ:	ಹೌದು	ಇಲ್ಲ	
ಇ) ಆಸ್ಟಿಯೊ ಆರ್ಥೈಟಿಸ್:	ಹೌದು	ಇಲ್ಲ	
ಎಫ್) ಕ್ಯಾನ್ಸರ್:	ಹೌದು	ಇಲ್ಲ	
ಜಿ) ಎಚ್‌ಐವಿ ಅಥವಾ ಎಸ್‌ಟಿಡಿ:	ಹೌದು	ಇಲ್ಲ	
ಎಚ್) ಯಾವುದೇ ಎಚ್/ಒ ಆಲ್ಕೊಹಾಲ್/ಮಾದಕ ದ್ರವ್ಯ ವ್ಯಸನಿ:	ಹೌದು	ಇಲ್ಲ	
ಐ) ಯಾವುದೇ ಇತರ ಬಾಧೆ/ಶಸ್ತ್ರಕ್ರಿಯೆ:	ಹೌದು	ಇಲ್ಲ	

32. ಪ್ರಸೂತಿ ವಿವರಗಳು: ಎ) ಮುಟ್ಟಿನ ಹಿನ್ನೆಲೆ: ______ ಬಿ) ಹೆರಿಗೆಯ ಹಿನ್ನೆಲೆ ______ ಸಿ) ಎಲ್‌ಎಮ್‌ಪಿ: ______ ಇ) ಇಡಿಡಿ ______
ಸಾಮಾನ್ಯ/ನಿರೀಕ್ಷಿತ ಎಲ್‌ಎಸ್‌ಸಿಎಸ್: ______ ಡಿ) ಜಿ ☐ ಪಿ ☐ ಎ ☐ ಎಲ್ ☐

33. ಅಪಘಾತ: ಎ) ಎಚ್/ಒ ಆಲ್ಕೊಹಾಲ್ ವ್ಯಸನ: ಹೌದು ☐ ಇಲ್ಲ ☐ ಬಿ) ಸಂದರ್ಭಗಳು: ______
ಸಿ) ಎಮ್‌ಎಲ್‌ಸಿ/ಎಫ್‌ಐಆರ್ ಪ್ರತಿ: ಹೌದು ☐ ಇಲ್ಲ ☐ ಡಿ) ಎಮ್‌ಎಲ್‌ಸಿ/ಎಫ್‌ಐಆರ್ ನಂ: ______
(ಎಮ್‌ಎಲ್‌ಸಿ- ಮೆಡಿಕೊ ಲೀಗಲ್ ಸರ್ಟಿಫಿಕೇಟ್) (ಎಫ್‌ಐಆರ್-ಫಸ್ಟ್ ಇನ್‌ಫಾರ್ಮೇಶನ್ ರಿಪೋರ್ಟ್)

ಅನುಮತಿ/ಘೋಷಣೆ

ಸಮಸ್ಯೆ ಹಾಗೂ ಹಿಂದಿನ ಕಾಯಿಲೆಗಳ ವಿಷಯದಲ್ಲಿ ಮೇಲೆ ಒದಗಿಸಿದ ಮಾಹಿತಿ ನನ್ನ ವಿವೇಕ ಹಾಗೂ ನಂಬಿಕೆಯ ಪ್ರಕಾರ ಸತ್ಯವೂ, ಪೂರ್ಣವೂ ಮತ್ತು ಸರಿಯಾದದ್ದೂ ಆಗಿದೆ. ಇಲ್ಲಿ ಒದಗಿಸಿದ ಯಾವುದೇ ವಿವರಗಳು ಅಸತ್ಯವೆಂದು ಹಾಗೂ ಸರಿಯಾಗಿಲ್ಲವೆಂದು ಕಂಡು ಬಂದಲ್ಲಿ, ಐಸಿಐಸಿಐ ಪ್ರುಡೆನ್ಷಿಯಲ್ ಇನ್ಶೂರೆನ್ಸ್ ಕಂಪನಿ(ಕಂಪನಿ) ನನ್ನ ಪೂರ್ವಾನುಮತಿಯ ವಿನಂತಿಯನ್ನು ತಿರಸ್ಕರಿಸಬಹುದು ಅಥವಾ ಆಗಲೇ ಅನುಮತಿಯನ್ನು ಕೊಟ್ಟಿದ್ದಲ್ಲಿ, ಇದರ ವಿಷಯದಲ್ಲಿ ಮಾಡಬೇಕಾದ ಪಾವತಿಯನ್ನು ತಿರಸ್ಕರಿಸಬಹುದೆನ್ನುವುದನ್ನು ನಾನು ಅರಿತು ಒಪ್ಪಿಕೊಳ್ಳುತ್ತೇನೆ. ಇದಲ್ಲದೆ ಮೇಲೆ ಹೇಳಿದ ಯಾವುದೇ ಘಟನೆ/ ಸಂದರ್ಭಗಳಲ್ಲಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯ ಖರ್ಚನ್ನು ನಾನೇ ಭರಿಸುತ್ತೇನೆ ಮತ್ತು ಅದಕ್ಕೆ ನಾನೇ ಜವಾಬ್ದಾರನಾಗಿದ್ದೇನೆ ಎನ್ನುವುದನ್ನು ಕೂಡ ಅರಿತು ಒಪ್ಪಿಕೊಂಡಿದ್ದೇನೆ. ನಾನು ಈ ಮೂಲಕ ಕಂಪನಿಗೆ ಆಸ್ಪತ್ರೆ/ನರ್ಸಿಂಗ್ ಹೋಮ್‌ನಿಂದ ಯಾವುದೇ ವೈದ್ಯಕೀಯ ದಾಖಲೆಗಳನ್ನು/ನನ್ನ ಹಕ್ಕೊತ್ತಾಯಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಸೂಕ್ತ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಪಡೆದುಕೊಳ್ಳಲು ಅನುಮತಿ ಕೊಡುತ್ತಿದ್ದೇನೆ.

ಆಸ್ಪತ್ರೆ ಐಡಿ ______

ಆಸ್ಪತ್ರೆ ಸ್ಟ್ಯಾಂಪ್

(x) ರೋಗಿಯ/ವಿಮಾಧಾರಕರ ಸಹಿ ಅಥವಾ (x) ಹಕ್ಕೊತ್ತಾಯ ಮಾಡುವವರ ಸಹಿ

ಹಕ್ಕೊತ್ತಾಯ ಮಾಡುವವರ ಹೆಸರು: ______

ರೋಗಿಯ/ವಿಮಾಧಾರಕರೊಂದಿಗಿನ ಸಂಬಂಧ: ______

ಸೂಚನೆ: 1.ಆಸ್ಪತ್ರೆಯು ಒಳಗೆ ಸೇರಿಸಿಕೊಳ್ಳುವ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಮತ್ತು ನೆಟ್ ವರ್ಕ್ ಸೆಟ್ಲಮೆಂಟ್ ಸಮಯದಲ್ಲಿ (ಅಂತಿಮವಾಗಿ ದಸ್ತಾವೇಜವನ್ನು ಸಲ್ಲಿಸುವಲ್ಲಿ) ಒದಗಿಸುವಾಗಿನ ವ್ಯತ್ಯಾಸದ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಕಂಪನಿಯು ಪಾವತಿಯ ವಿಷಯದಲ್ಲಿ ಹೊಣೆಗಾರಿಕೆ ಹೊಂದಿರುವುದಿಲ್ಲ. 2.ಒಂದು ವೇಳೆ ಒದಗಿಸಿದ ಯಾವುದೇ ವಿವರಗಳು ಪೂರ್ತಿಯಾಗಿರದಿದ್ದಲ್ಲಿ/ಸರಿಯಾಗಿರದಿದ್ದಲ್ಲಿ, ಪೂರ್ವಾನುಮತಿಯ (ಕ್ಯಾಶ್‌ಲೆಸ್) ವಿನಂತಿಯಲ್ಲಿ ವಿಳಂಬ/ನಿರಾಕರಣೆವಾಗಬಹುದು. ಕಂಪನಿಯು ಎತ್ತಿದ ಎಲ್ಲ ಪ್ರಶ್ನೆಗಳಿಗೆ 24 ಗಂಟೆಗಳ ಒಳಗಾಗಿ ಉತ್ತರಿಸಬೇಕು. 3. ಕ್ಯಾಶ್‌ಲೆಸ್ ನಿರಾಕಣೆ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ನಿರಾಕರಣೆಯಾಗುವುದಿಲ್ಲ. 4.ರೋಗ ತಪಾಸಣೆ/ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಯೋಜನೆ/ವಾಸವಾಗಿರುವ ಒಟ್ಟು ಅವಧಿಯಲ್ಲಾಗುವ ಯಾವುದೇ ಬದಲಾವಣೆಯನ್ನು ವಿಮಾಧಾರಕರು ಬಿಡುಗಡೆ ಹೊಂದುವುದಕ್ಕಿಂತ ಮುಂಚೆ ಕಂಪನಿಗೆ ತಿಳಿಸಬೇಕು. 5. ವಿಮಾಧಾರಕರು ಬಿಡುಗಡೆ ಹೊಂದಿದ ನಂತರ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯು ಮಾಡುವ ಅನುಮತಿ/ಹೆಚ್ಚಿಸುವುದಕ್ಕಾಗಿ ಮಾಡಲಾಗುವ ವಿನಂತಿಯನ್ನು ಪರಿಗಣಿಸಲಾಗುವುದಿಲ್ಲ.

ಪತ್ರವ್ಯವಹಾರದ ವಿಳಾಸ: ಐಸಿಐಸಿಐ ಪ್ರುಡೆನ್ಸಿಯಲ್ ಲೈಫ್ ಇನ್ಶ್ಯೂರೆನ್ಸ್ ಕಂ.ಲಿ., ಬಿಎಸ್‌ಇಎಲ್ ಟೆಕ್, ಸಿ-ವಿಂಗ್. 1ನೇ ಮಹಡಿ, ವಾಶಿ, ನವಿ ಮುಂಬಯಿ - 400 703, ಮಹಾರಾಷ್ಟ್ರ.

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