ICICI Pru ClaimCare

ପୂର୍ବ-ସ୍ୱୀକୃତି ଅନୁରୋଧ ପତ୍ର

ପତ୍ର: ପ

ICICI PRUDENTIAL LIFE INSURANCE

ଆମ ସହିତ ସମ୍ପର୍କ କରନ୍ତୁ: 1860 266 7766

ଆମକୁ ଫ୍ୟାକ୍ସ କରନ୍ତୁ: 1800-103-4778/022-42492828

ଭାଗ-I (ଦାବିଦାର/ରୋଗୀ/ଜୀବନ ବୀମାଧାରକଙ୍କ ଦ୍ୱାରା ଭରାଯିବ)

ଅନିବାର୍ଯ୍ୟ ଦସ୍ତାବିଜ୍ ସଂଲଗ୍ନ (ଦୟାକରି ପ୍ରଯୁଜ୍ୟ କୋଠରୀରେ ଠିକ୍ ଚିହ୍ନ ଦିଅନ୍ତୁ)

ଫଟୋ ଆଇଡି ପ୍ରମାଣ: ☐ ପାନ୍ କାର୍ଡ୍ ☐ ପାସ୍‌ପୋର୍ଟ ☐ ଡ୍ରାଇଭିଂ ଲାଇସେନ୍ସ ☐ ନିର୍ବାଚନ କାର୍ଡ୍ ☐ ଅନ୍ୟ (ଦୟାକରି ନିର୍ଦ୍ଦିଷ୍ଟ କରନ୍ତୁ)_____

1. ରୋଗୀ/ଜୀବନ ବୀମାଧାରକ ବ୍ୟକ୍ତିଙ୍କ ନାମ
2. ପଲିସୀ କ୍ରମାଙ୍କ (8 ଅଙ୍କର ସଂଖ୍ୟା)
3. ଠିକଣା: (ରାଜ୍ୟ, ସହର, ପିନକୋଡ୍ ସହିତ)
4. ଆୟୁ
5. ଲିଙ୍ଗ ☐ ପୁ ☐ ମ
6. ଟେଲି./ମୋବାଇଲ୍ ନଂ.

ଭାଗ-II (ଚିକିତ୍ସକ/ହସ୍ପିଟାଲ୍ ଦ୍ୱାରା ଭରାଯିବ)

7. କ୍ଲିନିକ୍/ହସ୍ପିଟାଲ୍‌ର ନାମ
8. ଫ୍ୟାକ୍ସ ନଂ.
9. କ୍ଲିନିକ୍/ହସ୍ପିଟାଲ୍‌ର ଠିକଣା: (ରାଜ୍ୟ, ସହର, ପିନକୋଡ୍ ସହିତ)
10. ଟେଲିଫୋନ ନଂ. ଏବଂ ଇ-ମେଲ୍ ଆଇଡି
11. ମୁଖ୍ୟ ଅଭିଯୋଗ
12. ରୋଗ ଅବଧି
13. କ୍ଲିନିକାଲ୍ ଅନୁସନ୍ଧାନ:
14. ଚିକିତ୍ସା ପ୍ଲାନ୍: ☐ ଚିକିତ୍ସକୀୟ ☐ ଅସ୍ତ୍ରୋପଚାର
15. ପ୍ରାବଧାନାତ୍ମକ ନିଦାନ:
16. ଚିକିତ୍ସା ବିବରଣୀ
17. ଚିକିତ୍ସାକାରୀ ଡାକ୍ତରଙ୍କ ନାମ:
18. ଡାକ୍ତରଙ୍କ ମୋବାଇଲ୍ ନଂ:
19. ବର୍ତ୍ତମାନ ରୋଗ ସମ୍ବନ୍ଧିତ କୌଣସି ପୁରୁଣା ରୋଗ
20. ଚିକିତ୍ସକଙ୍କ ସ୍ୱାକ୍ଷର ଓ ତାରିଖ (x)

21. ଭର୍ତ୍ତି ହେବାର ପ୍ରତୀକ୍ଷିତ ଅବଧି (ଦିନରେ): D D M M Y Y Y Y (_____:_____ ଘଣ୍ଟା)
23. ହସ୍ପିଟାଲ୍‌ରେ ଜରୁରୀକାଳୀନ/ବା ନିୟୋଜିତ ଭର୍ତ୍ତି ? ☐ ଜରୁରୀକାଳୀନ ☐ ନିୟୋଜିତ
24. ରହିବାର ଅପେକ୍ଷିତ ଅବଧି (ଦିନରେ) ☐ ନନ୍ ଆଇସିୟୁ ☐ ଆଇସିୟୁ
25. ନିବାସ ଶ୍ରେଣୀ:
26. ରୁମ୍ ଭଡା + ଚିକିତ୍ସା ଖର୍ଚ୍ଚ (ପ୍ରତି ଦିନ୍) ₹
27. ଅପେକ୍ଷିତ ବ୍ୟୟ: ₹
(ଯାଞ୍ଚ + ଔଷଧ + ଉପଭୋଗ୍ୟ ଓ ଅନ୍ୟାନ୍ୟ ହସ୍ପିଟାଲ୍ ଖର୍ଚ୍ଚ)
28. ଚିକିତ୍ସକଙ୍କ ଚାର୍ଜ: ₹
(ସର୍ଜନ + ସହଯୋଗୀ ସର୍ଜନ୍ + ଆନାସ୍ଥେସିଷ୍ଟ + ଡାକ୍ତରଙ୍କ ସାକ୍ଷାତ୍ ଚାର୍ଜ)
29. ପ୍ୟାକେଜ୍ ଦର (ଯଦି ଥାଏ): ₹
30. ପ୍ରତିରୋପଣ ସାମଗ୍ରୀ ବ୍ୟୟ (ଯଦି ପ୍ରଯୁଜ୍ୟ ଦୟାକରି ଦର୍ଶାନ୍ତୁ) ₹
31. ହସ୍ପିଟାଲ୍‌ରେ ଭର୍ତ୍ତି ହେବାର ମୋଟ ଅପେକ୍ଷିତ ବ୍ୟୟ: ₹

22. କୌଣସି ରୋଗର ଅତୀତ ଇତିହାସ:			କେବେ ଠାରୁ:
କ. ମଧୁମେହ	ହଁ	ନା	
ଖ. ଉଚ୍ଚ ରକ୍ତଚାପ	ହଁ	ନା	
ଗ. ହୃଦ୍‌ରୋଗ	ହଁ	ନା	
ଘ. ଶ୍ୱାସ	ହଁ	ନା	
ଙ. ଅଷ୍ଟିଓ ଆର୍ଥ୍ରାଇଟିସ୍	ହଁ	ନା	
ଚ. କର୍କଟ	ହଁ	ନା	
ଛ. ଏଚ୍‌ଆଇଭି ବା ଏସ୍‌ଟିଡି	ହଁ	ନା	
ଜ. କୌଣସି ମଦ/ନିଶା ଦ୍ରବ୍ୟ ଅଭ୍ୟାସ	ହଁ	ନା	
ଝ. କୌଣସି ଅନ୍ୟ ରୋଗ/ଅସ୍ତ୍ରୋପଚାର	ହଁ	ନା	

32. ପ୍ରସୂତି ବିବରଣୀ: କ) ମେନଷ୍ଟୁଆଲ୍ ଇତିହାସ: ଖ. ମେଦବହୁଳ ଇତିହାସ: ଗ. ଏଲ୍‌ଏମ୍‌ପି: ଇଡିଡି:
ଘ. ସାଧାରଣ/ଏଲ୍‌ଏସ୍‌ସିଏସ୍ ଅପେକ୍ଷିତ: ଇ. ଜି ☐ ପି ☐ ଏ ☐ ଏଲ୍ ☐
33. ଦୁର୍ଘଟଣା: କ. ମଦ୍ୟ ଅଭ୍ୟାସ: ହଁ ☐ ନା ☐ ଖ. ପରିସ୍ଥିତି:
ଗ. ଏମ୍‌ଏଲ୍‌ସି/ଏଫ୍‌ଆଇଆର୍ କପି: ହଁ ☐ ନା ☐ ଘ. ଏମ୍‌ଏଲ୍‌ସି/ଏଫ୍‌ଆଇଆର୍ ନଂ.
(ଏମ୍‌ଏଲ୍‌ସି-ମେଡିକୋ ଲିଗାଲ୍ ସାର୍ଟିଫିକେଟ୍) (ଏଫ୍‌ଆଇଆର୍ - ଫାର୍ଷ୍ଟ ଇନଫେକଶନ୍ ରିପୋର୍ଟ୍)

ପ୍ରାଧିକରପତ୍ର/ଘୋଷଣା

ଅଭିଯୋଗ ଏବଂ ପୂର୍ବସ୍ଥ ରୋଗ ବିଷୟରେ ଦିଆଯାଇଥିବା ଉପରୋକ୍ତ ବିବରଣୀ ମୋର ସର୍ବୋତ୍ତମ ଜ୍ଞାନ ଏବଂ ବିଶ୍ୱାସ ଅନୁସାରେ ସତ୍ୟ, ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ଏବଂ ସଠିକ୍ ଅଟେ । ମୁଁ ବୁଝେ/ସହମତ ଅଟେ ଯେ ଏଥିରୁ କୌଣସି ବି ବିବରଣୀ ଅସତ୍ୟ ବା ଭୁଲ୍ ଜଣାପଡିବା ଘଟଣାରେ, ଆଇସିଆଇସିଆଇ ପ୍ରୁଡେନସିଆଲ୍ ଲାଇଫ୍ ଇନସୁରାନ୍‌ସ କମ୍ପାନୀ (ଦି କମ୍ପାନୀ) ମୋର ପୂର୍ବ-ସ୍ୱୀକୃତି ଅନୁରୋଧକୁ ଅସ୍ୱୀକାର କରିପାରେ ବା ଯେଉଁଠାରେ ସ୍ୱୀକୃତି ପୂର୍ବରୁ ହିଁ ଦିଆଯାଇଛି, ସେଠାରେ ତାହା ସମ୍ବନ୍ଧରେ ପରିଶୋଧ ପାଇଁ ଅସ୍ୱୀକାର କରିପାରେ । ଏତଦ୍ ବ୍ୟତୀତ ମୁଁ ବୁଝେ ଏବଂ ସହମତ ଅଟେ କି ମୁଁ ଉପରୋକ୍ତ କୌଣସି ବି ଘଟଣା/ପରିସ୍ଥିତିରେ ହସ୍ପିଟାଲ୍‌ରେ ଭର୍ତ୍ତି ହେବାର ବ୍ୟୟ ବହନ କରିବା ପାଇଁ ଦାୟୀ ରହିବି ଏବଂ ଏଥିପାଇଁ ସହମତି ପ୍ରକାଶ କରୁଛି । ମୁଁ ଏତଦ୍ୱାରା କମ୍ପାନୀକୁ ହସ୍ପିଟାଲ୍/ନର୍ସିଂ ହୋମ୍‌ରୁ ମୋର ଦାବି ସମ୍ବନ୍ଧରେ ଅତିରିକ୍ତ/ସମ୍ବନ୍ଧିତ ସୂଚନା ମାଗିବା ବା କୌଣସି ଚିକିତ୍ସକୀୟ ଅଭିଲେଖ ନେବା ପାଇଁ ଅଧିକୃତ କରୁଛି ।

ହସ୍ପିଟାଲ୍ ଆଇଡି _____

ହସ୍ପିଟାଲ୍ ଷ୍ଟାମ୍ପ୍

(x) ରୋଗ/ଜୀବନ ବୀମିତ ବ୍ୟକ୍ତିଙ୍କ ସ୍ୱାକ୍ଷର

ବା

(x) ଦାବିଦାରଙ୍କ ସ୍ୱାକ୍ଷର

ଦାବିଦାରଙ୍କ ନାମ _____

ରୋଗ/ଜୀବନ ବୀମାଧାରକଙ୍କ ସହିତ ସମ୍ବନ୍ଧ _____

ନିର୍ଦ୍ଦେଶ: 1. ହସ୍ପିଟାଲ୍‌ରେ ଭର୍ତ୍ତି ହେବା ଏବଂ ନେଟ୍‌ୱର୍କ ବନ୍ଦୋବସ୍ତ ସମୟରେ ହସ୍ପିଟାଲ୍ ଦ୍ୱାରା ଉପଲବ୍ଧ କରାଯାଇଥିବା ସୂଚନା (ଅନ୍ତିମ ଦସ୍ତାବିଜ୍ ଦାଖଲରେ)ରେ କୌଣସି ବିସଙ୍ଗତି ହେବା ଘଟଣାରେ କମ୍ପାନୀ ପରିଶୋଧ ପାଇଁ ଉତ୍ତରଦାୟୀ ହେବ ନାହିଁ । 2. ଯଦି ଉପଲବ୍ଧ କରାଯାଇଥିବା କୌଣସି ବିବରଣୀ ଅପର୍ଯ୍ୟାପ୍ତ/ଭୁଲ୍ ହୋଇଥାଏ, ତେବେ ପୂର୍ବ ସ୍ୱୀକୃତି (ନଗଦମୁକ୍ତ)ରେ ବିଳମ୍ବ/ଅସ୍ୱୀକରଣ ହୋଇପାରେ । କମ୍ପାନୀ ଦ୍ୱାରା କରାଯାଇଥିବା ସମସ୍ତ ଯୋଗାଯୋଗର ପ୍ରତ୍ୟୁତ୍ତର 24 ଘଣ୍ଟା ମଧ୍ୟରେ ମିଳିବା ଉଚିତ । 3. ନଗଦମୁକ୍ତକୁ ସ୍ୱୀକାର କରିବାର ଅର୍ଥ ଉପଚାରକୁ ଅସ୍ୱୀକାର କରିବା ନୁହେଁ । 4. ରୋଗ ନିଦାନ/ଉପଚାର ଯୋଜନା/ହସ୍ପିଟାଲ୍‌ରେ ରହିବାର ଅବଧି ମଧ୍ୟରେ କୌଣସି ବି ପରିବର୍ତ୍ତନର ସୂଚନା, ଜୀବନ ବୀମାଧାରକଙ୍କ ହସ୍ପିଟାଲ୍‌ରୁ ଛାଡିବା ପୂର୍ବରୁ କମ୍ପାନୀକୁ ଦିଆଯିବା ଉଚିତ । 5. ଜୀବନ ବୀମାଧାରକ ହସ୍ପିଟାଲ୍‌ରୁ ଛାଡିବା ପରେ ହସ୍ପିଟାଲ୍ ଦ୍ୱାରା ସ୍ୱୀକୃତି/ବୃଦ୍ଧି ପାଇଁ କରାଯାଇଥିବା କୌଣସି ଅନୁରୋଧ ଉପରେ ବିଚାର କରାଯିବ ନାହିଁ ।

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