ICICI Pru ClaimCare

முன் -அனுமதி கோரிக்கை படிவம்

Form: P

ICICI PRUDENTIAL LIFE INSURANCE

Contact us: 1860 266 7766 Fax us: 1800 - 103 - 4778 / 022 - 42492828

பகுதி - 1 (கோரிக்கையாளர்/நோயாளி/உறுதியளிக்கப்பட்ட ஆயுள்தாரரால் நிரப்பப்பட வேண்டும்)

இணைக்கப்பட்ட கட்டாயமான ஆவணங்கள் (தயவுசெய்து தொடர்புடைய பெட்டியில் டிக் செய்யவும்)

போட்டோ ஐடி ஆதாரம்: ☐ பேன் கார்டு ☐ பாஸ்போர்ட் ☐ ஓட்டுனர் உரிமம் ☐ தேர்தல் அட்டை ☐ மற்றவை (த.செ. குறிப்பிடவும்) ____

1. நோயாளி/காப்பீட்டாளர் பெயர்
2. பாலிசி எண்: (8 இலக்க எண்)
3. முகவரி (மாநிலம், நகரம், பின்கோட் உட்பட)
4. வயது:
5. பாலினம்: ☐ ஆ ☐ பெ
6. தொ.பே/மொபைல் எண்:

பகுதி-II (மருத்துவர்/மருத்துவமனை நிரப்ப வேண்டும்)

7. கிளினிக்/மருத்துவமனை பெயர்
8. தொலை நகல்
9. கிளினிக்/மருத்துவமனை முகவரி (மாநிலம்/நகரம்/பின்கோட் உட்பட)
10. தொ.பே.எண் ஈமெயில்:
11. முக்கிய பிரச்சனைகள்:
12. நோய் காலம்:
13. மருத்துவ கண்டுப்பிடிப்புகள்:
14. மருத்துவ திட்டம்: ☐ மருத்துவம் ☐ அறுவை சிகிச்சை
15. தற்காலிக கண்டுப்பிடிப்பு:
16. சிகிச்சை விவரம்
17. சிகிச்சை அளிக்கும் மருத்துவர் பெயர்:
18. மருத்துவர் மொபைல் எண்:
19. தற்போதைய நோய்க்கு கடந்தகால நோயுடன் ஏதாவது தொடர்பு உண்டா
20. மருத்துவர் கையொப்பம் மற்றும் தேதி (x)
21. அனுமதி எதிர்பார்க்கப்படும் தேதி மற்றும் நேரம்: D D M M Y Y Y Y (____:____ மணி)
23. அவசர நிலை/திட்டமிடப்பட்ட மருத்துவமனை அனுமதி ☐ அவசர நிலை ☐ திட்டமிடப்பட்டது
24. எதிர்பார்க்கப்படும் தங்கும் காலம் (நாட்கள்) ☐ ஐசியு அல்லாத ☐ ஐசியு
25. இடத்தின் வகை:
26. அறை வாடகை, நர்சிங் கட்டணம் (ஒரு நாளைக்கு) ரூ.
27. எதிர்பார்க்கப்படும் கட்டணம் (பரிசோதனை+மருந்து+நுகர்பொருள்+மருத்துவமனை கட்டணம்) ரூ.
28. மருத்துவர் கட்டண (சர்ஜன்+உதவி சர்ஜன்+அனிஸ்தடிக்+மருத்துவர் வருகை கட்டணம்) ரூ.
29. மொத்த கட்டணம் (இருந்தால்): ரூ.
30. இம்ப்ளாண்ட் கட்டணம் (பொருந்துமானால் தயவுசெய்து குறிப்பிடவும்): ரூ.
31. எதிர்பார்க்கப்படும் மொத்த செலவு: ரூ.

22. ஏதாவது கடந்தகால நோயின் வரலாறு:			எப்போதிலிருந்து:
அ) நீரிழிவு நோய்:	ஆம்	இல்லை	
ஆ) இரத்த அழுத்தம்:	ஆம்	இல்லை	
இ) இருதய கோளாறு:	ஆம்	இல்லை	
ஈ) பிர. ஆஸ்துமா:	ஆம்	இல்லை	
உ) மூட்டுவாதம்:	ஆம்	இல்லை	
ஊ) புற்றுநோய்:	ஆம்	இல்லை	
எ) எச்ஐவி/எஸ்டிடி:	ஆம்	இல்லை	
ஏ) மது/போதை பழக்கம்:	ஆம்	இல்லை	
ஐ) வேறு ஏதாவது நோய்/அறுவை சிகிச்சை:	ஆம்	இல்லை	

32. தாய்மை விவரம்: அ) மாதவிடாய் வரலாறு: ____ ஆ) மகப்பேறு வரலாறு: ____ c) LMP: ____ EDD: ____

ஈ) நார்மல்/எல்சிஎஸ்சி எதிர்பார்க்கப்படுவது ____ e) G: ☐ P: ☐ A: ☐ L: ☐

33. விபத்துகள்: அ) மது பழக்கம்: ஆம் ☐ இல்லை ☐ ஆ) சூழ்நிலை: ____

இ) எம்எல்சி/எப்ஐஆர் நகல் ஆம் ☐ இல்லை ☐ ஈ) எம்எல்சி/எப்ஐஆர் எண்: ____

(எம்எல்சி - மெடிக்கோ லீகல் சர்டிபிகேட்) (எப்ஐஆர் - பர்ஸ்ட் இன்பர்மேஷன் ரிப்போர்ட்)

அறிவிப்பு/அங்கீகாரம்:

மேலே அளிக்கப்பட்டுள்ள கடந்தகால பிரச்சனைகள் மற்றும் நோய்கள் பற்றிய விவரங்கள் என் அறிவாற்றல் மற்றும் நம்பிக்கை பொறுத்த வரையில் உண்மையானவை, முழுமையானவை மற்றும் சரியானவை. ஒருவேளை ஏதாவது விவரம் உண்மைக்கு புறம்பாக அல்லது தவறாக இருப்பது கண்டுப்பிடிக்கப்பட்டால், ஐசிஐசிஐ ப்ருடென்ஷியல் லைப் இன்சூரன்ஸ் கம்பெனி லிமிடெட் (கம்பெனி) என் முன் அங்கீகார கோரிக்கையை நிராகரிக்கலாம் அல்லது அங்கீகாரம் ஏற்கனவே கொடுக்கப்பட்டிருந்தால் அதன் தொடர்பான பட்டுவாடாவை மறுக்கலாம் என்பதை நான் புரிந்துக்கொண்டு சம்மதிக்கிறேன். மேலும், மேற்கூறப்பட்டுள்ள ஏதாவது நிகழ்வு/சூழ்நிலைக்கு நான் பொறுப்பேற்று மருத்துவமனை செலவுகளை ஏற்றுக்கொள்ள ஒப்புக்கொள்ள வேண்டும் என்பதை நான் புரிந்துக்கொண்டு சம்மதிக்கிறேன். கம்பெனி எனது மருத்துவ பதிவேடு அல்லது கூடுதல்/எனது கோரிக்கை சம்பந்தமான தகவல்களை மருத்துவமனை/நர்சிங் ஹோமிலிருந்து பெறுவதற்கு நான் அனுமதி அளிக்கிறேன்.

மருத்துவமனை ஐடி: ____

மருத்துவமனை முத்திரை

(x) நோயாளி/ஆயுள்தாரர் கையொப்பம் அல்லது (x) கோரிக்கையாளர் கையொப்பம்

கோரிக்கையாளர் பெயர்: ____

நோயாளி/ஆயுள்தாரருடன் உறவுமுறை: ____

விதிமுறைகள்: 1. அனுமதி & நெட்வொர்க் தீர்வின் போது (இறுதி ஆவண சமர்ப்பித்தல்) மருத்துவமனை அளித்த ஏதாவது தகவலில் முரண்பாடு இருக்கும் பட்சத்தில், பட்டுவாடா செய்வதற்கு கம்பெனி பொறுப்பாகாது. 2. அளிக்கப்பட்ட ஏதாவது விவரத்தில் பற்றாக்குறை/தவறு இருந்தால், முன் -அங்கீகரிப்பு கோரிக்கை (ரொக்கமற்ற) தாமதம்/மறுக்கப்படலாம். கம்பெனி எழுப்பும் எல்லா கேள்விகளுக்கும் 24 மணி நேரத்தில் பதில் அளிக்கப்பட வேண்டும். 3. ரொக்கமற்றது மறுப்பு என்றால் சிகிச்சை மறுப்பு என்று அர்த்தமல்ல. 4. ஆயுள்தாரருக்கு அளிக்கப்படுவதற்கு முன், நோய் கண்டறிதல்/சிகிச்சை திட்டம்/தங்கும் காலம் நீட்டிப்பில் ஏதாவது மாற்றம் இருந்தால் அது கம்பெனிக்கு தெரியப்படுத்தப்பட வேண்டும். 5. ஆயுள்தாரர் டிஸ்சார்ஜ் செய்யப்பட்ட பின் மருத்துவமனை ஏதாவது அங்கீகாரம்/விரிவாக்க கோரிக்கை செய்தால் அது ஏற்றுக்கொள்ளப்பட மாட்டாது.

அஞ்சல் முகவரி: ஐசிஐசிஐ ப்ருடென்ஷியல் கோ, லிட்., பிளஸ்ஸல் டெக், சி-விங். 1வது மாடி, வாஷி, நவி மும்பாய் - 400 703. மகாராஷ்ட்ரா.

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