

Contact us: 1860 266 7766

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

భాగం-I (క్లెయిమ్ దారు/రోగి/లైఫ్ అమ్మార్డ్ నింపాలి)

జతచేయవలసిన తప్పనిసరి పత్రాలు (దయచేసి సంబంధిత బాక్సులో టిక్ పెట్టండి)
 ఫోటో బడి దృవీకరణలు: పాన్ కార్డు పాస్ పోర్టు డ్రైవింగ్ లైసెన్స్ ఎలక్షన్ కార్డు ఇతరవి (దయచేసి తెలియజేయండి)

1. రోగి/లైఫ్ అమ్మార్డ్ పేరు:

2. పాలసీ నంబరు: (8 అంకెల నంబరు)

3. చిరునామా: (రాష్ట్రం, నగరం, పిన్ కోడ్ తో సహా)

4. వయస్సు: 5. లింగభేదం: పు స్త్రీ

6. టెలిఫోన్/ మొబైల్ నం.:

భాగం-II (డాక్టరు/ఆసుపత్రి నింపాలి)

7. క్లినిక్/ఆసుపత్రి పేరు:

8. ఫ్యాన్స్ నం.:

9. క్లినిక్/ఆసుపత్రి చిరునామా: (రాష్ట్రం, నగరం, పిన్ కోడ్ తో సహా)

10. టెలిఫోన్ నం. మరియు ఈమెయిల్ ఐడి:

11. ముఖ్య ఫిర్యాదుదారులు:

12. అనారోగ్యం వ్యవధి:

13. క్లినిక్ లో కనుగొన్న విషయాలు:

14. చికిత్స ప్రణాళిక: మెడికల్ సర్జికల్

15. ప్రావిజనల్ రోగినిర్ధారణ:

16. చికిత్స వివరాలు:

17. చికిత్స చేస్తున్న డాక్టరు పేరు:

18. డాక్టరు మొబైల్ నం.:

19. ప్రస్తుత అనారోగ్యానికి ప్రాధాన్యం గల ఏదైనా గత జబ్బు:

20. డాక్టరు సంతకం మరియు తీదీ: (x)

21. అంచనావేసిన తేదీ మరియు చేరిన సమయం: (DDMMYY) (____:____ గంటలు)

22. ఏదైనా జబ్బు గత చరిత్ర: ఉంది లేదు

23. అత్యవసర/లేదా ప్లాస్ట్ హాస్పిటలైజేషన్? అత్యవసరం ప్లాస్ట్

24. ఉండిపోతారని అంచనావేయబడుతున్న కాలం (రోజుల్లో) నాన్ ఐసీయు ఐసీయు

25. వసతి క్లాస్

26. గది అద్దె + నర్సింగ్ ఖర్చులు (రోజుకు) ₹

27. అంచనా వ్యయం: ₹ (పరిశోధన + మందులు + వినయోగించినవి మరియు ఇతర ఆసుపత్రి ఖర్చులు)

28. డాక్టరు ఫీజు: ₹ (నర్సింగ్ + అసిస్టెంట్ నర్సింగ్ + డాక్టరు సందర్శన చార్జీలు)

29. ప్యాకేజీ రేటు (ఏదైనా ఉంటే): ₹

30. ఇంప్లాంట్ ఖర్చు ₹

31. హాస్పిటలైజేషన్ కి అంచనావేసిన మొత్తం ఖర్చు: ₹

32. ప్రసూతి వివరాలు: ఎ) బహిష్కృత చరిత్ర: ₹

బి) ప్రసూతి చరిత్ర:

సి) LMP: EDD:

డి) నార్మల్/ఎల్ఎస్సీఎస్ అంచనావేయబడింది:

33. ప్రమాదం: ఎ) హె/ఓ మధ్యం సీవించారు: అవును లేదు బి) పరిస్థితులు:

సి) ఎంఎల్సీ/ఎఫ్బిఆర్ కాపీ: అవును లేదు డి) ఎంఎల్సీ/ఎఫ్బిఆర్ నం.:

(ఎంఎల్సీ- మెడికో రీగల్ సర్టిఫికేట్) (ఎఫ్బిఆర్- ఫస్ట్ ఇన్స్పెక్షన్ రిపోర్టు)

అధీకృతం/ప్రకటన

ఫిర్యాదులు మరియు గత జబ్బులకు సంబంధించి పైన ఇవ్వబడిన వివరాలు నాకు బాగా తెలిసినంత వరకు మరియు నమ్మకం మేరకు నిజం, పరిపూర్ణం మరియు కరెక్టు. ఏదైనా వివరాలు నిజం కాదని ఆసుపత్రి ఐడి:

లేదా కరెక్టు కాదని కనుగొనబడితే, ఐసీఐఐఐ ప్రొడ్యుయల్ లైఫ్ ఇన్సూరెన్స్ కంపెనీ (కంపెనీ) నా అధీకృతం ముందరి అభ్యర్థనను తీరస్కరించవచ్చని లేదా అప్పటికే అధీకృతం ఇవ్వబడిన చోట, దీనికి చెల్లింపు చేయడానికి నిరాకరించవచ్చని నాకు అర్థమైంది మరియు నేను అంగీకరిస్తున్నాను. పైన తెలియజేసిన సంఘటన/పరిస్థితులు వేటిలోనైనా హాస్పిటలైజేషన్ ఖర్చులకు నేను బాధ్యుడిని అవుతానని నాకు అర్థమైంది మరియు నేను అంగీకరిస్తున్నాను మరియు ఖర్చులను భరించడానికి అంగీకరిస్తున్నాను. ఏదైనా వైద్య రికార్డులు పొందడానికి లేదా నా క్లెయిమ్ కి సంబంధించిన అదనపు/సంబంధిత సమాచారాన్ని ఆసుపత్రి/నర్సింగ్ హోమ్ నుంచి పొందడానికి నేను ఇందుమూలంగా కంపెనీకి అధీకృతం ఇస్తున్నాను.

(x) లేదా (x)

రోగి/లైఫ్ అమ్మార్డ్ సంతకం

క్లెయిమ్ దారుని సంతకం

క్లెయిమ్ దారుని పేరు:

రోగి/లైఫ్ అమ్మార్డ్ తో గల సంబంధం:

సూచనలు: 1. అడ్మిషన్ మరియు నెట్ వర్క్ సెటిల్ మెంట్ సమయంలో (అంతిమ పత్రాలు సమర్పించడంలో) ఆసుపత్రి ఇచ్చిన సమాచారంలో ఏదైనా లోపం ఉంటే డబ్బు చెల్లించేందుకు కంపెనీని బాధ్యురాలిని చేయకూడదు. 2. ఇవ్వబడిన వివరాలు ఏదైనా సరిపోకపోతే/కరెక్టుగా లేకపోతే, ప్రీ-ఆథరైజేషన్ (క్యాష్ లెస్) అభ్యర్థన జాప్యంచేయబడవచ్చు/నిరాకరించబడవచ్చు. కంపెనీ లేవనెత్తిన సందేహాన్ని టిక్ 24 గంటల లోపుల సమాధానం ఇవ్వాలి. 3. క్యాష్ లెస్ నిరాకరించడం అంటే చికిత్సను నిరాకరించడమని అర్థం కాదు. 4. రోగినిర్ధారణ/చికిత్స ప్రణాళిక/ఆసుపత్రిలో ఉండే వ్యవధిలో ఏదైనా మార్పు ఉంటే, లైఫ్ అమ్మార్డ్ ని డిస్కార్డి చేయడానికి ముందే కంపెనీకి తెలియజేయాలి. 5. లైఫ్ అమ్మార్డ్ ని డిస్కార్డి చేసిన తరువాత అధీకృతానికి/జాడింగుకు ఆసుపత్రి చేసి అభ్యర్థన ఏదైనా పరిగణనలోకి తీసుకోబడదు.

© 2010, ICICI Prudential Life Insurance Co. Ltd. Comp/loc/Feb/2010/1176. Comvy/Form/PREAUTW1_01Feb112010