ICICI Pru ClaimCare

ਪੂਰਵ-ਅਧਿਕਰਨ ਬੇਨਤੀ ਫਾਰਮ

ਫਾਰਮ: ਪੀ

ICICI PRUDENTIAL LIFE INSURANCE

ਸਾਡੇ ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਕਰੋ: 1860 266 7766

ਫੈਕਸ: 1800-103-4778/022-42492828

ਭਾਗ-I (ਦਾਅਵੇਦਾਰ/ਮਰੀਜ਼/ਬੀਮਾਕ੍ਰਿਤ ਜੀਵਨ ਵਲੋਂ ਭਰਿਆ ਜਾਵੇ)

ਨਾਲ ਨੱਥੇ ਜ਼ਰੂਰੀ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ (ਕਿਰਪਾ ਕਰ ਕੇ ਢੁੱਕਵੇਂ ਖਾਨੇ ਤੇ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ):

ਫੋਟੋਆਈਡੀ ਸਬੂਤ ☐ **ਪੈਨ ਕਾਰਡ** ☐ **ਪਾਸਪੋਰਟ** ☐ **ਡ੍ਰਾਈਵਿੰਗ ਲਸੰਸ** ☐ **ਇਲੈਕਸ਼ਨ ਕਾਰਡ** ☐ **ਹੋਰ (ਕਿਰਪਾ ਦੱਸੋ)** ______

1. ਮਰੀਜ਼/ਬੀਮਾਕ੍ਰਿਤ ਜੀਵਨ ਦਾ ਨਾਮ:

2. ਪਾਲਿਸੀ ਨੰਬਰ: (8 ਡਿਜਿਟ ਨੰਬਰ)

3. ਪਤਾ: (ਰਾਜ, ਸ਼ਹਿਰ, ਪਿਨ ਕੋਡ ਦੇ ਸਮੇਤ)

4. ਉਮਰ:

5. ਲਿੰਗ: ☐ ਮਰਦ ☐ ਔਰਤ

6. ਟੈਲ/ ਮੋਬਾਇਲ ਨੰ.

ਭਾਗ-II (ਡਾਕਟਰ/ਹਸਪਤਾਲ ਵਲੋਂ ਭਰਿਆ ਜਾਵੇ)

7. ਕਲਿਨਿਕ / ਹਸਪਤਾਲ ਦਾ ਨਾਮ

8. ਫੈਕਸ ਨੰ.:

9. ਕਲਿਨਿਕ / ਹਸਪਤਾਲ ਦਾ ਪਤਾ (ਰਾਜ, ਸ਼ਹਿਰ, ਪਿਨ ਕੋਡ ਦੇ ਸਮੇਤ)

10. ਟੈਲ ਨੰ. ਅਤੇ ਈਮੇਲ ਆਈਡੀ:

11. ਮੁੱਖ ਸ਼ਿਕਾਇਤਾਂ

12. ਬਿਮਾਰੀ ਦੀ ਮਿਆਦ

13. ਕਲਿਨਿਕ ਵਲੋਂ ਲਭਤਾਂ:

14. ਇਲਾਜ ਪਲਾਨ: ☐ ਮੈਡੀਕਲ ☐ ਸਰਜੀਕਲ

15. ਸੰਭਾਵੀ ਨਿਦਾਨ

16. ਇਲਾਜ ਦਾ ਵੇਰਵਾ

17. ਇਲਾਜ ਕਰ ਰਹੇ ਡਾਕਟਰ ਦਾ ਨਾਮ

18. ਡਾਕਟਰ ਦਾ ਮੋਬਾਇਲ ਨੰਬਰ

19. ਮੌਜੂਦਾ ਬਿਮਾਰੀ ਨਾਲ ਸੰਬੰਧਿਤ ਕੋਈ ਪੁਰਾਣੀ ਬਿਮਾਰੀ

20. ਡਾਕਟਰ ਦੇ ਦਸਤਖਤ ਅਤੇ ਤਾਰੀਖ (x)

21. ਦਾਖਲੇ ਦੀ ਅੰਦਾਜ਼ਨ ਤਾਰੀਖ ਅਤੇ ਸਮਾਂ D D M M Y Y Y Y (_____:_____ਘੰਟੇ)

23. ਹਸਪਤਾਲ 'ਚ ਦਾਖਲਾ ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਜਾਂ ਯੋਜਨਾਬੱਧ ☐ ਐਮਰਜੈਂਸੀ ☐ ਯੋਜਨਾਬੱਧ

24. ਰਹਿਣ ਦਾ ਅੰਦਾਜ਼ਨ ਸਮਾਂ (ਦਿਨਾਂ ਵਿੱਚ) ☐ ਨੱਨ-ਆਈਸੀਯੂ ☐ ਆਈਸੀਯੂ

25. ਰਿਹਾਇਸ਼ ਦਾ ਦਰਜਾ ______

26. ਕਮਰੇ ਦਾ ਕਿਰਾਇਆ + ਨਰਸਿੰਗ ਦਾ ਖਰਚ (ਪ੍ਰਤਿ ਦਿਨ) ₹

27. ਅੰਦਾਜ਼ਨ ਖਰਚ (ਮੁਆਇਨਾ+ਦਵਾਈਆਂ+ਖਪਤਕਾਰੀ ਚੀਜ਼ਾਂ+ਹਸਪਤਾਲ ਦੇ ਹੋਰ ਖਰਚ) ₹

28. ਡਾਕਟਰ ਦੇ ਫੀ (ਸਰਜਨ+ਸਹਾਇਕ ਸਰਜਨ+ਐਨੇਸਥੀਟਿਸਟ+ਡਾਕਟਰ ਵਿਜ਼ਿਟ ਚਾਰਜ) ₹

29. ਪੈਕੇਜ ਰੇਟ (ਜੇ ਹੋਵੇ) ₹

30. ਇਮਪਲਾਂਟ ਦਾ ਖਰਚ (ਜੇ ਹੈ ਤਾਂ ਦੱਸੋ) ₹

31. ਹਸਪਤਾਲ ਦਾ ਅੰਦਾਜ਼ਨ ਕੁੱਲ ਖਰਚ ₹

22. ਕਿਸੇ ਬਿਮਾਰੀ ਦਾ ਪਿਛੋਕੜ

22. ਕਿਸੇ ਬਿਮਾਰੀ ਦਾ ਪਿਛੋਕੜ			ਕਦੋਂ ਤੋਂ:
a) ਡਾਇਬਿਟੀਜ਼	ਹਾਂ	ਨਹੀਂ	
b) ਹਾਈਪਰਟੈਨਸ਼ਨ	ਹਾਂ	ਨਹੀਂ	
c) ਦਿਲ ਦੀ ਬਿਮਾਰੀ	ਹਾਂ	ਨਹੀਂ	
d) ਬ੍ਰ. ਅਸਥਮਾ	ਹਾਂ	ਨਹੀਂ	
e) ਓਸਟੀਓ ਆਰਥ੍ਰਾਇਟਿਸ	ਹਾਂ	ਨਹੀਂ	
f) ਕੈਂਸਰ	ਹਾਂ	ਨਹੀਂ	
g) ਐਚਆਈਵੀ ਜਾਂ ਐਸਟੀਡੀ	ਹਾਂ	ਨਹੀਂ	
h) ਕੋਈ ਐਚ/ਓ ਸ਼ਰਾਬ / ਪਦਾਰਥ ਦੀ ਦੁਰਵਰਤੋਂ	ਹਾਂ	ਨਹੀਂ	
i) ਹੋਰ ਕੋਈ ਬਿਮਾਰੀ/ਸਰਜਰੀ	ਹਾਂ	ਨਹੀਂ	

32. ਮੇਟਰਨਿਟੀ ਦਾ ਵੇਰਵਾ ੳ) ਮਾਹਾਵਾਰੀ ਇਤਿਹਾਸ ______ ਅ) ਪਰਸੂਤ ਇਤਿਹਾਸ ______ ੲ) ਐਲਐਮਪੀ ______ ਈਡੀਡੀ ______

ਸ) ਸਧਾਰਨ/ਐਲਐਸਸੀਐਸ ਉਮੀਦਨ ______ ਹ) ਜੀ ☐ ਪੀ ☐ ਏ ☐ ਐਲ ☐

33. ਹਾਦਸਾ: ੳ) ਐਚ/ਓ ਸ਼ਰਾਬ ਦੁਰਵਰਤੋਂ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ ☐ ਅ) ਹਾਲਾਤ ______

ੲ) ਐਮਐਲਸੀ / ਐਫਆਈਆਰ ਕਾਪੀ: ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ ☐ ਸ) ਐਮਐਲਸੀ / ਐਫਆਈਆਰ ਨੰਬਰ ______

(ਐਲਐਲਸੀ = ਮੈਡੀਕੋ ਲੀਗਲ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ) (ਐਫਆਈਆਰ= ਫਸਟ ਇਨਫਾਰਮੇਸ਼ਨ ਰਿਪੋਰਟ)

ਅਧਿਕਰਨ / ਘੋਸ਼ਣਾ

ਤਕਲੀਫਾਂ ਅਤੇ ਪਿੱਛਲੀਆਂ ਬਿਮਾਰੀਆਂ ਸੰਬੰਧਿਤ ਉਪ੍ਰੋਕਤ ਵੇਰਵਾ ਮੇਰੀ ਪੂਰਨ ਗਿਆਤ ਅਤੇ ਵਿਸ਼ਵਾਸ ਮੁਤਾਬਕ ਸਹੀ, ਸੰਪੂਰਨ ਅਤੇ ਠੀਕ ਹੈ। ਮੈਂ ਸਮਝਦਾ ਅਤੇ ਸਹਿਮਤ ਹਾਂ ਕਿ ਕੋਈ ਵੀ ਵੇਰਵਾ ਸਹੀ ਨਾ ਜਾਂ ਗਲਤ ਹੋਣ ਦੇ ਮਾਮਲੇ ਵਿੱਚ, ਆਈਸੀਆਈਸੀਆਈ ਪਰੂਡੇਂਸ਼ਿਅਲ ਲਾਈਫ ਇੰਨਸੁਰੇਂਸ ਕੰਪਨੀ (ਕੰਪਨੀ) ਮੇਰੀ ਇਸ ਪੂਰਵ-ਅਧਿਕਰਨ ਬੇਨਤੀ ਨੂੰ ਮਨ੍ਹਾ ਕਰ ਸਕਦੀ ਹੈ ਜਾਂ ਜਿੱਥੇ ਅਧਿਕਰਨ ਦੇ ਦਿੱਤਾ ਗਿਆ ਹੈ ਤਾਂ ਉਸ ਸੰਬੰਧਿਤ ਵਿੱਚ ਭੁਗਤਾਨ ਦੇਣ ਤੋਂ ਇਨਕਾਰੀ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਮੈਂ ਅੱਗੇ ਸਮਝਦਾ ਅਤੇ ਸਹਿਮਤ ਹਾਂ ਕਿ ਉਪ੍ਰੋਕਤ ਮਾਮਲੇ / ਹਾਲਾਤ ਹੋਣ ਦੇ ਮਾਮਲੇ ਵਿੱਚ ਹਸਪਤਾਲ ਦੇ ਖਰਚ ਲਈ ਮੈਂ ਜਿੰਮੇਵਾਰ ਹੋਵਾਂਗਾ ਅਤੇ ਖਰਚ ਚੁਕਣ ਲਈ ਸਹਿਮਤ ਹਾਂ। ਮੈਂ ਕੰਪਨੀ ਨੂੰ ਹਸਪਤਾਲ / ਨਰਸਿੰਗ ਹੋਮ ਤੋਂ ਮੇਰੇ ਦਾਅਵੇ ਸੰਬੰਧਿਤ ਕੋਈ ਵੀ ਮੈਡੀਕਲ ਰਿਕਾਰਡ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਜਾਂ ਵਧੇਰੀ/ ਸੰਬੰਧਿਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਹਾਸਿਲ ਕਰਨ ਲਈ ਅਧਿਕਾਰ ਦੇਂਦਾ ਹਾਂ।

ਹਸਪਤਾਲ ਆਈਡੀ: ______

(x) ਮਰੀਜ਼/ਬੀਮਾਕ੍ਰਿਤ ਜੀਵਨ ਦੇ ਦਸਤਖਤ ਜਾਂ (x) ਦਾਅਵੇਦਾਰ ਦੇ ਦਸਤਖਤ

ਹਸਪਤਾਲ ਦਾ ਮੋਹਰ

ਦਾਅਵੇਦਾਰ ਦਾ ਨਾਮ: ______

ਮਰੀਜ਼/ਬੀਮਾਕ੍ਰਿਤ ਜੀਵਨ ਦੇ ਨਾਲ ਰਿਸ਼ਤਾ: ______

ਹਦਾਇਤਾਂ: (1) ਦਾਖਲੇ ਅਤੇ ਨੈਟਵਰਕ ਸੈਟਲਮੇਂਟ ਦੇ ਸਮੇਂ ਹਸਪਤਾਲ ਵਲੋਂ ਪ੍ਰਦਾਨ ਜਾਣਕਾਰੀ ਵਿੱਚ ਉਕਾਈ ਦੇ ਮਾਮਲੇ ਵਿੱਚ ਕੰਪਨੀ ਨੂੰ ਭੁਗਤਾਨ ਦੇ ਲਈ ਜਿੰਮੇਵਾਰ ਨਹੀਂ ਠਹਿਰਾਇਆ ਜਾਵੇਗਾ। (2) ਪ੍ਰਦਾਨ ਕੀਤਾ ਕੋਈ ਵੇਰਵਾ ਜੇ ਅਧੂਰਾ /ਗਲਤ ਹੈ ਤਾਂ ਪੂਰਵ-ਅਧਿਕਰਨ ਬੇਨਤੀ (ਨਕਦ-ਰਹਿਤ) ਦੀ ਦੇਰੀ / ਨਾ-ਮੰਜ਼ੂਰੀ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਕੰਪਨੀ ਵਲੋਂ ਉਠਾਏ ਕੋਈ ਵੀ ਸਵਾਲਾਂ ਦਾ ਜਵਾਬ 24 ਘੰਟਿਆਂ ਵਿੱਚ ਦਿੱਤਾ ਜਾਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ (3) ਨਕਦ-ਰਹਿਤ ਦੀ ਨਾ-ਮੰਜ਼ੂਰੀ ਦਾ ਮਤਲਬ ਇਲਾਜ ਦੀ ਨਾ-ਮੰਜ਼ੂਰੀ ਨਹੀਂ ਹੈ। (4) ਨਿਦਾਨ / ਇਲਾਜ ਪਲਾਨ / ਰਹਿਣ ਦੇ ਸਮੇਂ ਵਿੱਚ ਕੋਈ ਵੀ ਤਬਦੀਲੀ ਨੂੰ ਬੀਮਾਕ੍ਰਿਤ ਜੀਵਨ ਦੇ ਡਿਸਚਾਰਜ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਕੰਪਨੀ ਨੂੰ ਸੂਚਿਤ ਕਰਨਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ। (5) ਹਸਪਤਾਲ ਵਲੋਂ ਬੀਮਾਕ੍ਰਿਤ ਜੀਵਨ ਦੇ ਡਿਸਚਾਰਜ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਕੀਤੀ ਅਧਿਕਰਨ / ਵਾਧੇ ਦੀ ਕੀਤੀ ਬੇਨਤੀ ਨੂੰ ਮੰਨਿਆ ਨਹੀਂ ਜਾਵੇਗਾ।

ਡਾਕ ਭੇਜਣ ਦਾ ਪਤਾ: ਆਈਸੀਆਈਸੀਆਈ ਪਰੂਡੇਂਸ਼ਿਅਲ ਲਾਈਫ ਇੰਨਸੁਰੇਂਸ ਕੰ. ਲਿ., ਬੀਐਸਈਐਲ ਟੈੱਕ, ਸੀ-ਵਿੰਗ, 1ਲੀ ਮੰਜ਼ਿਲ, ਵਾਸ਼ੀ, ਨਵੀਂ ਮੁੰਬਈ 400 703. ਮਹਾਰਾਸ਼ਟ੍ਰ

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