

നിർധന കുടുംബങ്ങളിലെ അംഗങ്ങൾക്കായുള്ള ആരോഗ്യ ഇൻഷുറൻസ് - ശ്രദ്ധിക്കേണ്ട കാര്യങ്ങൾ

1. നാഷണൽ ഇൻഷുറൻസ് കമ്പനിയുടെ സഹകരണത്തോടെയാണ് ഈ പദ്ധതി നടപ്പിലാക്കിയിരിക്കുന്നത്.
 2. മേൽപറഞ്ഞ പോളിസി പ്രകാരം ഒരു വർഷം 30,000/- രൂപയുടെ വരെ ചികിത്സാ ചിലവ് ഇൻഷുറൻസ് കമ്പനിയിൽ നിന്നും ലഭിക്കുന്നതാണ്. അപകടമരണത്തിന് 25,000/- രൂപ ലഭിക്കുന്നതാണ്. ഒരു സമയം ചികിത്സാ ചിലവിനായി 15,000 രൂപ വരെ മാത്രമേ ലഭിക്കുകയുള്ളൂ. ആയത് ലഭിക്കുന്നത് താഴെ പറയുന്ന നിബന്ധനകൾക്ക് അനുസരിച്ചായിരിക്കും.
 - റൂം വാടക (ദിവസം) - 150 രൂപ വരെ
 - ഐ.സി യൂണിറ്റ് വാടക (ദിവസം) 300 രൂപ വരെ
 - സർജൻ, അനസ്തേഷ്യസ്റ്റ്, ഡോക്ടർ, കൺസൾട്ടേഷൻ, നഴ്സിംഗ് മുതലായവ - 4500 രൂപ വരെ
 - ബ്ലഡ്, മരുന്ന് മുതലായവകൾക്ക് 4500 രൂപ വരെ
 3. ആശുപത്രിയിൽ അഡ്മിറ്റായുള്ള ചികിത്സയ്ക്ക് മാത്രമാണ് പ്രയോജനം ലഭിക്കുക. 24 മണിക്കൂർ എങ്കിലും മിനിമം ആശുപത്രിയിൽ കിടന്നിരിക്കണം.
 4. മിനിമം 15 കിടക്കകൾ ഉള്ള ഏത് ആശുപത്രിയിൽ വേണമെങ്കിലും അഡ്മിറ്റ് ആകാവുന്നതാണ്.
 5. ക്ലെയിം ലഭിക്കുന്നതിനായി താഴെ പറയുന്ന രേഖകൾ സമർപ്പിക്കേണ്ടതാണ്.
 1. ഇൻഷുറൻസ് കമ്പനിയുടെ ക്ലെയിംഫോം (ഫോം - 2)
(ഇതോടൊപ്പമുള്ള മാതൃകയുടെ ഫോട്ടോ കോപ്പി എടുത്ത് ഉപയോഗിക്കാം)
 2. ചികിത്സ നടത്തിയ ഡോക്ടറുടെ സർട്ടിഫിക്കേറ്റ്
 3. ഒറിജിനൽ ഡിസ്ചാർജ്ജ് സമ്മതി
 4. ഒറിജിനൽ രസീതുകൾ
 5. ആശുപത്രിയിൽ നിന്നുള്ള അവസാന രസീത്
 6. ലാബ് റിപ്പോർട്ട്
 7. സ്കാൻ, ഇ.സി.ജി തുടങ്ങിയവയുടെ ഒർജിനൽസ്
 8. തിരിച്ചറിയൽ കാർഡിന്റെ ഫോട്ടോ കോപ്പി
- ഇത്തരത്തിൽ തയ്യാറാക്കുന്ന ക്ലെയിം പേപ്പറുകൾ താഴെ പറയുന്ന വിലാസത്തിൽ അയച്ചുകൊടുക്കേണ്ടതാണ്.

Principal Officer Cum CEO
Inditrade Insurance Broking (P)Ltd
J.J. Complex, Dairy Methanam Road,
Koonamthai, Edappally P.O.,
Cochin-682024
Ph-0484-3006300

6. മേൽപറഞ്ഞ ക്ലെയിം പേപ്പറുകൾ അയച്ചുകൊടുത്തതിനുശേഷം അപേക്ഷകൻ ഫോം - 1 പൂരിപ്പിച്ച് ഇടവക വികാരിയുടെ ഒപ്പും സീലും സഹിതം കാര്യലിങ്കേറ്റ് ഓഫീസിലേക്ക് അയയ്ക്കേണ്ടതാണ്. (ഇതോടൊപ്പമുള്ള മാതൃകയുടെ ഫോട്ടോ കോപ്പി എടുത്ത് ഉപയോഗിക്കാം)
7. സാധാരണ രീതിയിലുള്ള പരിശോധനകളിൽ സ്കാൻ, ഇ.സി.ജി തുടങ്ങിയവയ്ക്ക് മറ്റ് രോഗ ചികിത്സകൾ ഒന്നും ആവശ്യമായി വരുന്നില്ല എങ്കിൽ ക്ലെയിം ലഭിക്കുന്നതല്ല.
8. ഹെർണിയ, അപ്പൻഡിസൈറ്റിസ്, തിമിരം തുടങ്ങിയവയുടെ ചികിത്സയ്ക്ക് ആദ്യവർഷം ക്ലെയിം ഉണ്ടായിരിക്കുന്നതല്ല.
9. പോളിസി നിലവിൽ വന്ന തീയതിയ്ക്ക് മുമ്പുള്ള രോഗങ്ങൾ ഇൻഷുറൻസിന്റെ പരിധിയിൽ വരുന്നതല്ല.
10. ക്ലെയിം ഫോറം പൂരിപ്പിക്കുമ്പോൾ അപേക്ഷകന്റെ ഐഡൻറിറ്റി നമ്പരും എഴുതേണ്ടതാണ്. ക്ലെയിം ഫോറത്തോടൊപ്പം മേൽപറഞ്ഞ രേഖകളുടെ ഒർജിനലുകൾ നിർബന്ധമായും നൽകേണ്ടതാണ്. ആയത് തിരികെ ലഭിക്കുന്നതല്ല.
11. ആശുപത്രിയിൽ നിന്നും ഡിസ്ചാർജ്ജായി ഒരാഴ്ചയ്ക്കുള്ളിൽ ബന്ധപ്പെട്ട രേഖകൾ ഇൻഷുറൻസ് കമ്പനിയ്ക്ക് അയച്ചു കൊടുക്കേണ്ടതാണ്.



(Issuance of this form does not amount to admission of any liability under the claim on the part of the insurance.)

Name of the Insurance Company :
 Address of the Policy issuing Office:
 EMSL's ID No. : Policy No.:

1. Name of the Insured (In whose name policy is issued):
 2. Details of the insured Person (In respect of whom claim is made):
 (a) Name & relationship to the insured:
 (b) Present completed age: Phone No.:
 (c) Occupation: Mobile No.:
 (d) Residential address:
 (e) E-Mail – I.D.

3. Nature of Disease/illness contracted or injury suffered:
 4. Date of injury sustained or Disease/ illness first detected:
 5. (a) Name & Address of the Hospital/ Nursing Home/Clinic:
 (b) Date of Admission:
 (c) Date of Discharge:
 6. (a) Name and Address of the attending Medical Practitioner :
 (b) Qualification: Telephone No.:
 (c) Registration No.:

7. Have you been insured under any Medisave Scheme?
 (Whether with us or any other Insurance Company, photo copies of Previous year's Insurance policies to be enclosed)
 8. Date of Commencement of very first insurance policy insured:
 person with continuous Insurance Cover

9. If the claim is for Domiciliary Hospitalization
 Please indicate
 (a) Date of Commencement of treatment:
 (b) Date of Completion of treatment:
 (c) Name & Address of attending Medical Practitioner

10. Total Amount Claimed: Rs.

I have incurred on the treatment of disease/illness as referred to above the expenses as per details given by me in the Schedule of Expenses given overleaf.

In support of the above claim, I enclose the following documents:

Claim Form Duly Signed:	Yes/No	Pre Hospitalization bills	___ Nos.	Yes/No
EMSL Pre-Authorization Certificate:	Yes /No	Post hospitalization bills	___ Nos.	Yes/No
Claim Intimation Letter	Yes/No	Hospital Payment receipt		Yes/No
Discharge Summary	Yes/No	Hospitalization Bill		Yes/No
Medicines Bills with Dr's prescription	Yes/No	Surgeon's surgery certificate		Yes/No

Operation Theater / Pharmacy Bills	Yes/No	Surgeon/Consultant's bills	Yes/No
Investigation reports with Dr's prescription	Yes/No		
MRI ___ Nos.	Yes/No	ECG ___ Nos.	Yes/No
CT scan ___ Nos.	Yes/No	X-Ray ___ Nos.	Yes/No
US scan ___ Nos.	Yes/No	Other's (If any)	Yes/No

I hereby warrant the truth of the foregoing particulars in every respect and I agree that if I have done so shall make any false or untrue statement, suppression or concealment, my right to claim reimbursement of the said expenses shall be absolutely forfeited. I further declare that, in respect of the above treatment, no benefits are available under any other Medical Scheme or Insurance.

Dated:

Signature of the Claimant

Schedule of Expenses Incurred

Sr. No.	Date of the Bill	Bill No	Name of the Hospital/Lab/Medical Shop	Amount
			Total	

Consent Form

From:
Patient's Name and address:

To:
Whomsoever it may concern: (hospital/doctor)

Sirs,

I here by authorize **E-Meditek (TPA) Services Limited** representatives free and unlimited access to seek medical information (Indoor case papers, reports, documents, including photocopies thereof / pertaining my, admission / treatment) from any hospital / medical practitioner from which or whom I have at any time sought or shall seek medical attention concerning any disease/ sickness, ailment or injury, which affects my physical or mental health.

Yours faithfully,

Signature of the Patient

മലങ്കര ഓർത്തഡോക്സ് സഭ

ഫോം - 2

നിർധന കുടുംബങ്ങളിലെ അംഗങ്ങൾക്കായുള്ള ഇൻഷുറൻസ് പദ്ധതിയിലൂടെ ക്ലെയിം ലഭിക്കുന്നതിനുള്ള അപേക്ഷാഫോം

(ഈ ഫോം പൂരിപ്പിച്ച് അസോസിയേഷൻ സെക്രട്ടറി, കാതോലിക്കെറ്റ് ഓഫീസ്, ദേവലോകം പി. ഒ, കോട്ടയം - 04 എന്ന വിലാസത്തിൽ അയച്ചുതരേണ്ടതാണ്)

ഐഡന്റിറ്റി നമ്പർ:

- 1. മെത്രാസനം :
- 2. ഇടവക :
- 3. പേര് :
- 4. മേൽവിലാസം :

പിൻകോഡ്.....

- 5. ടെലിഫോൺ നമ്പർ : മൊബൈൽ:.....
- 6. ജനനതീയതി : വയസ്സ്.....
- 7. ആശുപത്രിയിൽ അഡ്മിറ്റായ തീയതി :
- 8. ആശുപത്രിയിൽ നിന്നും ഡിസ്ചാർജ്ജ് ആയ തീയതി :
- 9. ആശുപത്രിയുടെ പേര്, മേൽവിലാസം :
- 10. ബന്ധപ്പെട്ട രേഖകൾ ഇൻഷുറൻസ് കമ്പനിയുടെ മേൽവിലാസത്തിലേക്ക് അയച്ച തീയതി :
- 11. ക്ലെയിം ചെയ്ത തുക :

സ്ഥലം: _____ ഒപ്പ്.....
തീയതി: _____

മേൽ വിവരിച്ച വിവരങ്ങൾ ശരിയാണെന്നും അപേക്ഷകൻ ഈ ഇടവകാംഗം ആണെന്നും സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തുന്നു.

ഇടവക വികാരിയുടെ പേര് :

ഒപ്പ് :

ഫോൺ നമ്പർ :

തീയതി : _____ പള്ളിയുടെ സീൽ _____

(space for Office use)

ക്രമനമ്പർ:..... റഫറൻസ് നമ്പർ:..... അപേക്ഷ ക്ലെയിമിനായി അയച്ച തീയതി :

ക്ലെയിം ലഭിച്ച തീയതി. :.....ക്ലെയിം ലഭിച്ച തുക തുക അയച്ചുകൊടുത്ത തീയതി.....