FORM 1

NATIONAL INSURANCE COMPANY LIMITED
DIVISIONAL OFFICE
MARAR ROAD, WILLINGDON ISLAND
KOCHI - 682 003
PH: 2666266 / 2668013

नेशनल इन्श्योरेन्स
National Insurance

CLAIM FORM (PART TO BE FILLED IN BY THE INSURED)

The Issue of this Form is not Taken as Admission of Liability

Policy No.	Sl. No/Certificate No
Vidal Health ID No.	
Name & Address of the Primary Insured	
Details of the Insured Person Hospitalizsed	
a) Name	
b) Relationship	c) Occupation c) Age
d) Address	
e) Phone No.	f) Mobile No
g) E-mail Address, if any	
h) Bank details : i)A/c No. :	IFS Code
ii) Name of the Bank	iii) Branch
Ailment / Disease / Injury / Contracted Sustained	
Date of Injury sustained / disease detected	
If injury, narration how it occured	
Name of the Hospital where treated	
Address of the Hospital	
Place :	Pin Code Tel. No. :
Pan No. :	Regn. No. :
Name of the treating Doctor	
Qualification	Regn. No: Tel. No. :
Admission Date: Time:	Discharge Date: Time:
Total Amount Claimed	Rs.
Date of commencement of first Insurance for the person (without break)	
Have you been covered with any other Mediclaim / Health Insurance ?	Yes No
If 'Yes' please attach a photocopy of the Policy / Policies	
Have you preferred any claim for the same ailment earlier	Yes No
If 'Yes', Claim No	Status: Settled / Denied

If the Claim is for Domiciliary hospitalization, please indicate

Date of Commencement of treatment	
Date of completion of treatment	
Name of the treating Doctor	Qualification
Address of the Doctor	
Reason for not hospitalizing patient	

Date: **Signature of the Claimant**

Please send this claim form duly completed with all enclosures to:

NATIONAL INSURANCE COMPANY LIMITED
DIVISIONAL OFFICE
MARAR ROAD, WILLINGDON ISLAND
KOCHI - 682 003
PH: 2666266 / 2668013

I have incurred the following expenses for the treatment of the disease / ailment / injury detailed overleaf:

To be filled by the Claimant					Vidal Health TPA Use Only	
Bill No	Date	Issued by	Towards	Amount	Disallowed	Reason

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

Claim form Duly Signed	Yes	No	Pre-hospitalization Bills _____ Nos	Yes	No
Copy of Claim Intimation	Yes	No	Post-hospitalization Bills _____ Nos	Yes	No
Hospital Discharge Summary	Yes	No	Hospital Payment Receipt	Yes	No
Surgeon's Certificate, if any	Yes	No	Investigation Reports	Yes	No
Surgery / Consultation Bills	Yes	No	Doctor's Reference for Investign	Yes	No
Hospital Main Bill	Yes	No	MRI	Yes	No
Hospital Break - up Bill	Yes	No	CT Scan	Yes	No
Doctor's Prescriptions	Yes	No	ECG	Yes	No
Pharmacy Bills	Yes	No	USG Scan	Yes	No
Any other (Pl. specify) :					

Note:

Please submit Xerox **copies of the Insurance Policy** - current as well as previous

I hereby warrant the truth of the foregoing particulars in every respect and I agree that if I have made or shall make any false or untrue statement/s. suppression or concealment of any fact, 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 availed or claimed under any other medical scheme or Insurance

I also consent & authorise my insurer as well as Vidal Health TPA Pvt Ltd., to seek necessary medical information from any hospital / Medical Practitioner who has attended on the person against whom this claim is made.

I hereby declare that I have included all the Bills / receipts for the purpose of this claim & that I will not be making any supplementary claim except the Post - hospitalisation claims, if any.
I also authorise TPA to receive payment from the Insurance Company as reimbursement of hospital bills incurred on my/the Insured person's treatment

Consultants Fee / Professional Charges shall be admissible as per the hospital Tariff applicable to entitled room category and charges in excess levied by the Visiting Consultants shall be borne by the claimant

Date:

Signature of Claimant

NATIONAL INSURANCE COMPANY LIMITED
DIVISIONAL OFFICE
MARAR ROAD, WILLINGDON ISLAND
KOCHI - 682 003
PH: 2666266 / 2668013

नेशनल इन्श्योरेन्स
National Insurance

MEDICAL CERTIFICATE TO BE FILLED IN BY THE DOCTOR TREATING THE PATIENT

1	Name of the Patient				Age	__Yrs
2	Hospitalization Period	Date of Admission		Date of Discharge		
3	Diagnosis					
4	Date of first consultation (Prior to Hospitalization)					
5	Presenting complaints on admission					
6	Since when was the patient suffering from these ?					
7	Past history of the Patient if any, with duration of the ailment/s					
8	whether the present ailment Is a complication of any pre-existing ailment?	Yes		No		
9	If 'Yes', Please specify the Disease or complication of any previous surgery done & the details thereof					
10	Whether the Disease / Defect / Disorder is Congenital in nature ?					
11	Nature of Treatment given or Surgery performed for the present ailment / Injury					
12	if the claim is for **Maternity**, number of living children **excluding the new born**					
13	Whether the Hospital is registered with Local Authorities ? If 'Yes' Please furnish Registration No.					
14	Number of In - patient beds in the hospital (Including ICU)					
15	Whether the hospital has fully equipped OT of its own ?					
16	Whether qualified nurses employed round the clock ?					
17	Whether under the supervision of a Registered Medical Practitioner round the clock ?					
18	Name of the treating Doctor	Qualification		Tel. No		

Date:

Signature of the Doctor with Seal

NATIONAL INSURANCE COMPANY LIMITED
DIVISIONAL OFFICE
MARAR ROAD, WILLINGDON ISLAND
KOCHI - 682 003
PH: 2666266 / 2668013

नेशनल इन्श्योरेन्स
National Insurance

Date:

To,

Name & Address of the Hospital.______________________________

____

____

DearSir/s,

Re AUTHORISATION

I wish to inform you that I have undergone treatment for______________________

ailment from (Date) ______________________ to (Date)______________in your

hospital as an inpatient bearing Hospital Inpatient
No:______________________________

I hereby authorise National Insurance Co. Ltd.
to seek any medical information / records from your Hospital or from the Medical Practitioners who have attended on me in connection with the above ailment.

I have no objection to your furnishing any such information / records sought by them.
Kindly oblige.
Thanking you,
Yours faithfully,

(SIGNATURE OF THE PATIENT)

Address of the Insured:

____

____

____

Tel. No..______________________________

നിർധന കുടുംബങ്ങളിലെ അംഗങ്ങൾക്കായുള്ള ആരോഗ്യ ഇൻഷ്വറൻസ് - ശ്രദ്ധിക്കേണ്ട കാര്യങ്ങൾ

1. നിലവിൽ നാഷണൽ ഇൻഷ്വറൻസ് കമ്പനിയുടെ പോളിസിയാണ് എടുത്തിരിക്കുന്നത്.
2. പ്രതിവർഷം 30,000/രൂപയുടെ മെഡിക്കൽ ഇൻഷ്വറൻസ് കവർ ലഭിക്കുന്നതാണ്
3. ആശുപത്രിയിൽ അഡ്മിറ്റായുള്ള ചികിത്സയ്ക്ക് മാത്രമാണ് കവർ ലഭിക്കുക. മിനിമം 24 മണിക്കൂർ എങ്കിലും ഇൻപേഷ്യന്റ് ആയിരിക്കണം. ആശുപത്രിയിൽ ബിൽ തുക അടച്ചതിനു ശേഷം ക്ലെയിം സമർപ്പിച്ച് പണം ഇൻഷ്വറൻസ് കമ്പനിയിൽനിന്നും തിരികെ വാങ്ങാൻ കഴിയും.
4 കുറഞ്ഞത് 15 കിടക്കകൾ ഉള്ള ഏത് ആശുപത്രിയിൽ വേണമെങ്കിലും അഡ്മിറ്റ് ആകാവുന്നതാണ്.
5. ക്ലെയിം ലഭിക്കുന്നതിനായി താഴെ പറയുന്ന രേഖകൾ സമർപ്പിക്കേണ്ടതാണ്.
   1. ഇൻഷ്വറൻസ് കമ്പനിയുടെ ക്ലെയിംഫോം പൂരിപ്പിച്ചത് (ഫോം-1)
      (ഇതോടൊപ്പമുള്ള മാതൃകയുടെ ഫോട്ടോ കോപ്പി എടുത്ത് ഉപയോഗിക്കാം)
   2 ഇൻഷ്വറൻസ് കമ്പനിയുടെ ക്ലെയിംഫോമിൽ പേജ് നമ്പർ 3, 4 ൽ ചികിത്സിച്ച ഡോക്ടറുടെ മെഡിക്കൽ സർട്ടിഫിക്കറ്റ്, ആശുപത്രിയുടെ സീൽ എന്നിവ രേഖപ്പെടുത്തേണ്ടതാണ്.
   3 ചികിത്സ നടത്തിയ ഡോക്ടറുടെ റിപ്പോർട്ട്, പ്രിസ്ക്രിപ്ഷൻ ആദിയായവയുടെ കോപ്പി
   4 മരുന്നുകൾ, ലാബ് ടെസ്റ്റുകൾ ആദിയായവയുടെ ഒറിജിനൽ ബില്ലുകളും രസീതുകളും
   5 ലാബ് ടെസ്റ്റ്, സ്കാൻ, ഇ.സി.ജി, എക്സറേ ആദിയായവയുടെ ഒറിജിനൽ റിപ്പോർട്ട്
   6. ഒറിജിനൽ ഡിസ്ചാർജ് സമ്മറി
   7 ആശുപത്രിയിൽ നിന്നുള്ള ഒറിജിനൽ ഫൈനൽ ബിൽ, ബ്രേയ്ക്കപ്പ് ബിൽ
   8 അഡ്രസ് തെളിയിക്കുന്നതിന് ഫോട്ടോ പതിച്ച തിരിച്ചറിയൽ കാർഡിന്റെ കോപ്പി

   ഇത്തരത്തിൽ തയ്യാറാക്കുന്ന ക്ലെയിം പേപ്പറുകൾ താഴെ പറയുന്ന വിലാസത്തിൽ അയച്ചുകൊടുക്കേണ്ടതാണ്.

Principal Officer Cum CEO
Inditrade Insurance Broking (P)Ltd
MES Building , Lissie Junction
Kaloor-682017
Ph.No- 0484-6714819

6 ക്ലെയിം പേപ്പറുകൾ അയ്ക്കുന്നതുന് മുൻപായി കാതോലിക്കേറ്റ് ഓഫീസുമായി ബന്ധപ്പെടണം.
   Phone No-0481-2573850
7. മേൽപറഞ്ഞ ക്ലെയിം പേപ്പറുകൾ അയച്ചുകൊടുത്തതിനുശേഷം അപേക്ഷകൻ ഫോം - 2 പൂരിപ്പിച്ച് ഇടവക വികാരിയുടെ ഒപ്പും സീലും സഹിതം കാതോലിക്കേറ്റ് ഓഫീസിലേക്ക് അയ്ക്കേണ്ടതാണ്.
8 പോളിസിയിൽ ഉൾപ്പെട്ടിരിക്കുന്ന അംഗം മരണപ്പെടുകയാണങ്കിൽ ആശ്രിതർ ആ വിവരം കാതോലിക്കേറ്റ് ഓഫീസിൽ രേഖാ മൂലം അറിയിക്കണം.

മലങ്കര ഓർത്തഡോക്സ് സഭ

ഫോം – 2

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

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

....

....

....

പിൻകോഡ്..

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

സ്ഥലം:

തിയതി: ഒപ്പ്..

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.........................