

**FUTURE GENERALI**

TOTAL INSURANCE SOLUTIONS

TOLL FREE PHONE: 1800 103 8889

TOLL FREE FAX: 1800 103 9998

E MAIL: fgh@futuregenerali.in

HEALTH INSURANCE CLAIM FORM

ALL FIELDS IN THIS FORM ARE MANDATORY AND THE CLAIM WILL BE NOT BE PROCESSED IF ANY OF THE DETAILS ARE MISSING

Claim Number (For FGH Use Only)

POLICY / INSURED DETAILS

Policy No : _____ Health Card No. of Patient _____
 Policy Start Date _____ Policy End Date _____ Date of Joining the Policy _____
 Corporate Name : _____ (Only for Group Policies) Employee ID _____

PERSONAL DETAILS OF EMPLOYEE/PROPOSER

1	Name of the Employee / Individual:
2	E-Mail address of the Employee/Individual:
3	Mobile No:
4	Permanent Account Number (PAN):

CLAIMANT / PATIENT DETAILS

1	Name of the Patient:	
2	Relationship with the Employee / Proposer	<input type="radio"/> Self <input type="radio"/> Spouse <input type="radio"/> Child <input type="radio"/> Parent <input type="radio"/> Others _____
3	Date of Birth of Claimant: _____	Age _____ Years Gender <input type="radio"/> Male <input type="radio"/> Female
4	Residential Address	

CLAIM DETAILS

Total Claimed Amount: ₹									
Claimed Amount in Words: Rupees (₹)									
1. Diagnosis _____	Enclosure Check List :								
2. Admission Date: _____ Discharge Date : _____	1. Original Discharge Summary containing all relevant details								
3. Name of Treating Doctor: _____	2. All Original Bills and their Receipts								
4. Mobile No. of Treating Doctor: _____	3. Copies of all Reports & prescriptions								
5. Name of Family Physician: _____	4. First Prescription / Consultation Letter from your Doctor.								
6. Mobile No. of Family Physician: _____	5. Original Money Receipt duly signed with a Revenue Stamp.								
	6. Copy of Proposer/Employee Photo ID Proof & Address Proof								

CONSENT REQUIREMENT FOR ACCESS TO TREATMENT PAPERS / INDOOR CASE SHEETS / MEDICAL RECORDS / INVESTIGATOR VISIT

I hereby authorize Future Generali India Insurance or any agency / individual authorized by them to obtain copies or review in person all my medical records including but not limited to admission notes, treatment sheets, indoor case papers, investigation reports, prescriptions and all other documents present in the hospital case file. Details related to my past hospitalisations in your hospital can also be provided / shown to Future Generali or its authorized representatives. I agree that all information provided above by me in the claim documents is true and that if I have provided any false or untrue information, my right to claim the reimbursement of expenses shall be absolutely forfeited.

Name of Patient / Relative: _____

Relationship with Patient: _____

Signature of Patient / Relative: _____

Date: DD / MM / YYYY

Please attach this form in Original to the hospital bill and other claim documents. Separate claim form required for each claim. PLEASE ENCLOSE A PHOTOCOPY OF THE FUTURE GENERALI HEALTH ID CARD.

AUTHORIZATION FOR TRANSFER OF CLAIM AMOUNT BY NATIONAL ELECTRONIC FUND TRANSFER

NEFT Transfers will be done only in special cases subject to Future Generali discretion

Name as per Bank Account	H.H. Baselios Marthoma Paulose II														
Bank Name	SBT														
Branch Name & Address	Devalokam, Muttambalam Via., Devalokam P.O., Kottayam 686 004.														
Branch Phone No.	0481 - 2576650														
Branch MICR Code						6	8	6	0	0	9	0	3	1	
Branch IFSC Code for NEFT					S	B	T	R	0	0	0	0	8	2	0
(Please attach a Photocopy of a cheque or a blank cheque of your bank duly cancelled for ensuring accuracy of the bank name, branch name, account number & name of account holder printed)															
Account Type (Please Tick)	Savings					Cash / Credit									
Account No. (as appearing in Cheque Book)	6	7	0	8	0	7	4	3	7	9	4				
HR Authorization & Stamp								Bank Authorization & Stamp							

Date from which the mandate should be effective: _____

I hereby declare that the particulars given above are correct and complete and request you to remit any amount due to me, if any to the aforesaid bank account. I herewith further declare that if any transaction is delayed or not effected at all or is wrongly credited to any other account for reasons of incomplete or incorrect information as provided above, I shall not hold Future Generali India Insurance Company Ltd ("Company") or any of its directors, employees or agents responsible for the same. I also declare that the remittance of any dues to the aforesaid bank account shall be considered as full and valid discharge of its obligations by the company. I also undertake to advise any change in the particulars of my bank account to facilitate updation of records for the purpose of credit of any amount due, through NEFT.

Name of Employee / Proposer: _____ Signature of Employee / Proposer: _____

Policy No. _____ Claimant Name: _____ Date: _____

FEEDBACK AND SUGGESTIONS

We thank you for choosing Future Generali as your Insurance provider. We always strive to ensure that our service levels exceed our customer's expectations. In the spirit of this endeavour, we will greatly appreciate your valuable inputs and feedback. Kindly provide your feedback on your experience with Future Generali and any suggestions for improving our services. We value your time and promise to evaluate your suggestions for improvement of our service.

മെഡിക്കൽ ഇൻഷുറൻസ് - ശ്രദ്ധിക്കേണ്ട കാര്യങ്ങൾ

1. ഫ്യൂച്ചർ ജനറാലി ഇന്ത്യ ഇൻഷുറൻസ് കമ്പനിയുടെ സഹകരണത്തോടെയാണ് ഈ പദ്ധതി നടപ്പിലാക്കിയിരിക്കുന്നത്.
2. ആശുപത്രിയിൽ അഡ്മിറ്റായുള്ള ചികിത്സയ്ക്ക് മാത്രമാണ് പ്രയോജനം ലഭിക്കുക. മിനിമം 24 മണിക്കൂർ എങ്കിലും ഇൻപേഷ്യന്റ് ആയിരിക്കണം.
3. മെഡിക്കൽ ഇൻഷുറൻസ് പരിരക്ഷ നേരിട്ട് ലഭ്യമാകുന്ന ആശുപത്രികളുടെ ലിസ്റ്റ് ഇതോടൊപ്പം നൽകുന്നു. ടി ലിസ്റ്റിൽ പുതുതായി ചേർക്കുന്ന ആശുപത്രികളുടെ പേര് വിവരങ്ങൾ ലഭിക്കുന്നതിനായി www.futuregenerali.in എന്ന വെബ് സൈറ്റ് സന്ദർശിക്കാവുന്നതാണ്.
4. പ്രസ്തുത ലിസ്റ്റിൽ ഉൾപ്പെട്ട ആശുപത്രികളിൽ തുക അടയ്ക്കാതെ തന്നെ ചികിത്സാ സൗകര്യം ലഭിക്കുന്നതാണ്. ആശുപത്രികളിൽ അഡ്മിറ്റാകുന്ന സമയം തന്നെ ഇൻഷുറൻസ് കമ്പനിയിൽ നിന്ന് നൽകിയിരിക്കുന്ന ഹെൽത്ത് കാർഡ് ആശുപത്രി അധികാരികളെ കാണിക്കേണ്ടതും ഇൻഷുറൻസ് പരിരക്ഷ ലഭിക്കുമെന്ന് ഉറപ്പുവരുത്തേണ്ടതുമാണ്.
5. ലിസ്റ്റിലുള്ള ആശുപത്രികൾക്ക് പുറമെ മിനിമം 15 കിടക്കകൾ ഉള്ള ഏത് ആശുപത്രിയിൽ വേണമെങ്കിലും അഡ്മിറ്റ് ആകാവുന്നതാണ്.
6. അപ്രകാരം പട്ടികയിൽ ഉൾപ്പെടാത്ത ആശുപത്രികളിൽ ചികിത്സ ആവശ്യമായി വന്നാൽ ക്ലെയിം ലഭിക്കുന്നതിനായി താഴെ പറയുന്ന രേഖകൾ സമർപ്പിക്കേണ്ടതാണ്.
 1. ഇൻഷുറൻസ് കമ്പനിയുടെ ക്ലെയിംഫോം (ഇതോടൊപ്പമുള്ള മാതൃകയുടെ ഫോട്ടോ കോപ്പി എടുത്ത് ഉപയോഗിക്കാവുന്നതാണ്)
 2. ചികിത്സ നടത്തിയ ഡോക്ടറുടെ റിപ്പോർട്ട്, പ്രിസ്ക്രിപ്ഷൻ ആദിയായവയുടെ കോപ്പി
 3. മരുന്നുകൾ, ലാബ് ടെസ്റ്റുകൾ ആദിയായവയുടെ ഒറിജിനൽ ബില്ലുകളും രസീതുകളും
 4. ലാബ് ടെസ്റ്റ്, സ്കാൻ, ഇ.സി.ജി. ആദിയായവയുടെ ഒറിജിനൽ റിപ്പോർട്ട്
 5. ഒറിജിനൽ ഡിസ്ചാർജ്ജ് സമ്മറി
 6. ആശുപത്രിയിൽ നിന്നുള്ള ഫൈനൽ ബിൽ (ഒറിജിനൽ)
 7. ഹെൽത്ത് കാർഡിന്റെ ഫോട്ടോ കോപ്പി
 8. അഡ്രസ് തെളിയിക്കുന്നതിനുള്ള ഫോട്ടോ പതിച്ച തിരിച്ചറിയൽ കാർഡിന്റെ കോപ്പി

ഇത്തരത്തിൽ തയ്യാറാക്കുന്ന ക്ലെയിം പേപ്പറുകൾ താഴെ കാണുന്ന വിലാസത്തിൽ അയച്ചുകൊടുക്കേണ്ടതാണ്.

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

7. അലോപ്പതി ചികിത്സയ്ക്ക് മാത്രമെ ക്ലെയിം ലഭിക്കുകയുള്ളൂ.
8. ഹെൽത്ത് കാർഡിൽ ഏതെങ്കിലും വിവരങ്ങൾ തെറ്റായി രേഖപ്പെടുത്തിയിട്ടുണ്ടെങ്കിൽ പതിനഞ്ച് ദിവസത്തിനുള്ളിൽ കാതോലിക്കേറ്റ് ഓഫീസിൽ അറിയിക്കേണ്ടതാണ്.
9. ക്ലെയിം ചെയ്ത വിവരം കാതോലിക്കേറ്റ് ഓഫീസിൽ അറിയിക്കേണ്ടതാണ്. Ph.0481-2578499. Extn.210