FORM 1

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



CLAIM FORM (PART TO BE FILLED IN BY THE INSURED) The Issue of this Form is not Taken as Admission of Liability

Policy No.	T	SI. No/Certif	icata Na		
Vidal Health ID No.	SI. No/Cerui	icate ivo			
Name & Address of the Primary Insured					
Hame de Address of the Filmary Insured	-				
9					North Committee
Details of the Insured Person Hospitalizsed					
a) Name			R. D. C.		
b) Relationship		c) Occupation	. 1		0) 100
d) Address		c) Occupant	nı		c) Age
4/7441633	İ				
e) Phone No.		f) Mobile No			
g) E-mail Address, if any		I) MODILE INC			
h) Bank details : i)A/c No. :		IFS Code			
ii) Name of the Bank		iii) Branch			
Ailment / Disease / Injury / Contracted Sustained		m) Dranch			
Date of Injury sustained / disease detected					
If injury, narration how it occured					metric manufacture and a second
,.,.,	<u> </u>				
	-	- vermun			
Name of the Hospital where treated					
Address of the Hospital					
Place :		Pin Code Tel. No. :			
Pan No. :		Regn. No. :		idi. No	
Name of the treating Doctor		riogn. No			
Qualification		Regn. No:	T	Tel. No. :	
Admission Date: Time:		Discharge	Date		Time:
Total Amount Claimed		Rs.	J	<i>-</i> .	Time.
Date of commencement of first Insurance for the	person (without break)	110.			
Have you been covered with any other Mediclaim / Health Insurance ?		Yes No			
If 'Yes' please attach a photocopy of the Policy / Policies		103			
Have you preferred any claim for the same ailmer	10 11 11 11 11 11 11 11 11 11 11 11 11 1	Yes		No	West
If 'Yes', Claim No		Status: Settled / Denied			
If the Claim is for Domiciliary hospitalization,	please indicate	Cidido. Octav	a r beineu		
Date of Commencement of treatment					
Date of completion of treatment Name of the treating Doctor			Qualific	ntian	
Address of the Doctor			Qualitie	auon	
				The state of the s	
Reason for not hospitalizing patient					
Date:				Signatur	e of the Claimant
Please send this claim form duly completed with a	all enclosures to:			Signatur	e or the Glannant

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 BillsNos	Yes	No
Copy of Claim Intimation	Yes	No	Post-hospitalization BillsNos	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 (PI. 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

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



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

	THE PARTY OF THE P						
1	Name of the Patient					Age	Yrs
2	Hospitalization Period	Date of Admission	Date of Admission		Date of Discharge		
3	Diagnosis						
4	Date of first consultation Hospitalization)	(Prior to					
5	Presenting complaints of	n admission					
6	Since when was the pat from these ?	ient suffering					
7	Past history of the Patie with duration of the ailn						
8	whether the present ailr complication of any pre-		Yes		No		
9	If 'Yes', Please specify t complication of any pre- done & the details there	vious surgery					
10	Whether the Disease / I is Congenital in nature						
11	Nature of Treatment giv performed for the prese	en or Surgery nt ailment / Injury					***************************************
12	if the claim is for Materi living children excludin						
13	Whether the Hospital is Local Authorities ? If 'Y furnish Registration No.	es' Please					
14	Number of In - patient b (Including ICU)	eds in the hospital					32 ·
15	Whether the hospital had OT of its own?	s fully equipped					
16	Whether qualified nurse round the clock?	es employed					
17	Whether under the sup- Registered Medical Pra round the clock ?						
18	Name of the treating Doctor		Qualification		Tel. N	0	

Date:

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



Date:		
То,		
Name & Address of the Hospital		
DearSir/s,	THE STATE OF THE S	-
Re AUTHORISATION		
I wish to inform you that I have undergone treatm	nent for	
ailment from (Date)	to (Date)	in your
hospital as an inpatient bearing Hospital Inpatien		
I hereby authorise National Insurance Co. Ltd. to seek any medical info Medical Practitioners who have attended on me	ormation / records from your hin connection with the above	
I have no objection to your furnishing any such in Kindly oblige.	nformation / records sought b	y them.
Thanking you, Yours faithfully,		
(SIGNATURE OF THE PATIENT)		
Address of the Insured:		
Tel. No		

ശുശ്രൂഷകർ,പള്ളി സൂക്ഷിപ്പുകാർ എന്നിവർക്കായള്ള, ആരോഗ്യ ഇൻഷാറൻസ് – 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.
 - ഇൻഷാറൻസ് 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
 - ഒ അഡ്രസ് തെളിയിക്കുന്നതിന് ഫോട്ടോ പതിച്ച തിരിച്ചറിയൽ കാർഡിന്റെ 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
Tele:0484-3006300

- 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.
- ഇടവകയിലെ പ്രധാന ശുശ്രൂഷകൻ/പള്ളി സൂക്ഷിപ്പുകാരൻ എന്ന നിലയിൽ പ്രവർത്തിക്കുന്ന കാലയളവിൽ മാത്രമേ ഈ പദ്ധതി പ്രകാരം ഇൻഷ്വറൻസ് പരിരക്ഷ ലഭിക്കുകയുള്ളു. സേവനത്തിൽ നിന്ന് വിരമിക്കുന്ന വിവരം കാലവിളബം ഇല്ലാതെ കാതോലിക്കേറ്റ് ഓഫീസിൽ രേഖാമൂലം അറിയിക്കേണ്ടതാണ്.

ഫോം -2

മലങ്കര ഓർത്തഡോക്സ് സഭ

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

4.00/000000	HIGHTI (ZIEDSTOCOO)ROU COOC	24010010011310330117	
1. മെത്രാസനം	:		
2. പേര് : ശുശ്രൂഷകൻ/	:		
പള്ളി സൂക്ഷിപ്പുകാരൻ	:		
3. മേൽവിലാസം	:		
	പിൻകോഡ്		
4. ടെലിഫോൺ നമ്പർ :		മൊബൈൽ:	
5. ജനനതീയതി :		വയസ്	
6. ചുമതലയേറ്റ തീയതി:			
7. സേവനം അനുഷ്ഠിക്ക	ുന്ന ഇടവക :		
8. ആശുപത്രിയിൽ അഡ്മ	റിറ്റായ തീയതി	:	
9. ആശുപത്രിയിൽ നിന്നും	ം ഡിസ്ചാർജ് ആയ തീയതി	:	
10. ആശുപത്രിയുടെ പേര്,	മേൽവിലാസം	:	
11. ബന്ധപ്പെട്ട രേഖകൾ ഇ	ൻഷറൻസ് കമ്പനിയുടെ		
മേൽവിലാസത്തിലേക്ക്	അയച്ച തീയതി	:	
12. ക്ലെയിം ചെയ്ത തുക		:	
സ്ഥലം:			
തിയതി:			ഒപ്പ്
	ർ ശരിയാണെന്നും ഇപ്പോഴും അ റരനായി സേവനം അനുഷ്ഠിച്ച ട്ടിട്ടുളളത	ൂകൊണ്ടിരിക്കുകയാണെ	
ഇടവക വികാരിയുടെ പേര	ŏ :		
ഒപ്പ്	:		
ഫോൺ നമ്പർ	<u>:</u>		
തീയതി :		പള്ളിയുടെ സീൽ	:
	(space for Offic	ce use)	
കമനമ്പർ: റപ	്രാൻസ് നമ്പർ: അ	രപേക്ഷ ക്ലെയിമിനായി അ	യച്ച തീയതി :

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