

DECLARATION BY THE INSURED:

I hereby declare that the information furnished in the claim form is true & correct to the best of my knowledge and belief. If I have made any false or untrue statement, suppression or concealment of any material fact with respect to questions asked in relation to this claim, my right to claim reimbursement shall be forfeited, I also consent & authorize TPA / Insurance Company, to seek necessary medical information / documents 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 pre/post-hospitalization claim, if any

Date Signature of the Insured

SECTION H

GUIDANCE FOR FILLING CLAIM FORM - PART A (To be filled in by the insured)		
DATA ELEMENT	DESCRIPTION	FORMAT
SECTION A - DETAILS OF PRIMARY INSURED		
a) Policy No.	Enter the policy number	As allotted by the Insurance Company
b) Sl. No/ Certificate No.	Enter the social Insurance number or the certificate number of social health insurance scheme	As allotted by the organization
c) Company TPA ID No.	Enter the TPA ID No.	Licence number as allotted by IRDA and printed in TPA documents
d) Name	Enter the full name of the policy holder	Surname, First name, Middle name
e) Address	Enter the full postal address	Include Street, City and Pin code
SECTION B - DETAILS OF INSURANCE HISTORY		
a) Currently covered by any other Mediciam / Health Insurance?	Indicate whether currently covered by another Mediciam / Health Insurance	Tick Yes or No
b) Date of commencement of first Insurance without break	Enter the date of commencement of first Insurance	Use dd-mm-yy-format
c) Company Name	Enter the full name of the Insurance Company	Name of the organization in full
Policy No	Enter the policy number	As allotted by the Insurance Company
Sum insured	Enter the total sum insured as per the policy	In rupees
d) Have you been Hospitalized in the last four years since Inception of the contract?	Indicate whether hospitalized in the last four years	Tick Yes or No
Date	Enter the date of Hospitalization	Use mm-yy format
Diagnosis	Enter the diagnosis details	Open Text
e) Previously covered by any other Mediciam / Health Insurance?	Indicate whether previously covered by another mediclaim / Health Insurance	Tick Yes or Noe
f) Company Name	Enter the full name of the Insurance Company	Name of the organization in full
SECTION C -DETAILS OF INSURED PERSON HOSPITALIZED		
a) Name	Enter the full name of the patient	Surname, First name, Middle name
b) Gender	Indicate Gender of the patient	Tick Male or Female
c) Age	Enter age of the patient	Number of years and months
d) Date of Birth	Enter Date of Birth of patient	Use dd-mm-yy format
e) Relationship to primary Insured	Indicate relationship of patient with policyholder	Tick the right option, if others, please specify
f) Occupation	indicate occupation of patient	Tick the right option. If others, please specify.
g) Address	Enter the full postal address	Include Street, City and Pin code
h) Phone No.	Enter the phone number of patient	Include STD code with telephone number
i) E-mail ID	Enter e-mail address of patient	Complete e-mail address
SECTION D - DETAILS OF HOSPITALIZATION		
a) Name of Hospital where admitted	Enter the name of hospital	Name of hospital in full
b) Room category occupied	indicate the room category occupied	Tick the right option
c) Hospitalization due to	indicate reason of hospitalization	Tick the right option
d) Date of injury/Date Disease first detected / Date of Delivery	Enter the relevant date	Use dd-mm-yy format
e) Date of admission	Enter date of admission	Use dd-mm-yy format
f) Time	Enter time of admission	Use hh-mm- format
g) Date of Discharge	Enter date of discharge	Use dd-mm-yy format
h) Time	Enter time of discharge	Use hh-mm- format
i) If injury give cause	indicate cause of injury	Tick the right option
If Medico legal	indicate whether injury is medico legal	Tick Yes or No
Reported to Police	indicate whether police report was filed	Tick Yes or No
MLC Report & Police FIR attached	indicate whether MLC report and Police FIR attached	Tick Yes or No
j) System of Medicene	Enter the system of medicine followed in treating the patient	Open Text
SECTION E - DETAILS OF CLAIM		
a) Details of Treatment Expences	Enter the amount claimed as treatment expences	In rupees (Do not enter paise values)
b) Claim for Domiciliary Hospitalization	indicate whether claim is for domiciliary hospitalization	Tick Yes or No
c) Details of Lump sum/ Cash benefit claimed	Enter the amount claimed as lump sum / cash benefit	In rupees (Do not enter paise values)
d) Claim documents Submitted-Check List	indicate which supporting documents are submitted	Tick the right option
SECTION F - DETAILS OF BILLS ENCLOSED		
Indicate which bills are enclosed with the amount in rupees		
SECTION G - DETAILS OF PRIMARY INSURED's BANK ACCOUNT		
a) PAN	Enter the permanent account number	As allotted by the Income Tax Department
b) Account Number	Enter the Bank account number	As allotted by the Bank
c) Bank Name and Branch	Enter the Bank name along with the branch	Name of the Bank in full
c) Cheque/ DD payable details	Enter the name of the beneficiary the cheque / DD should be made out to	Name of the individual / organization in full
c) IFSC Code	Enter the IFSC code of the Bank branch	IFSC code of the Bank branch in full
SECTION H - DECLARATION BY THE INSURED		
Read declaration carefully and mention date (in dd:mm:yy format), place (open text) and sign.		



हैल्थ इन्श्योरेंस टीपीए ऑफ इन्डिया लिमिटेड
HEALTH INSURANCE TPA OF INDIA LTD.

Registered and corporate office :Health Insurance TPA of India Ltd.,2nd Floor, Majestic Omnia Building,
A-110, Sector 4 Noida, Uttar Pradesh - 201301.

CONSENT FORM

From:

Patient's Name and address:

Policy no:

Hospital IPD no:

To:

Hospital Name:

Madam/Sir,

I hereby authorize TPA representatives/Investigator 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/Insured

**ശുശ്രൂഷകർ,പള്ളി സൂക്ഷിപ്പുകാർ,
നിർമ്മാണ കൂടുംബത്തിലെ അംഗങ്ങൾ
എന്നിവർക്കായുള്ള ആരോഗ്യ ഇൻഷുറൻസ്
ശ്രദ്ധിക്കേണ്ട കാര്യങ്ങൾ**

1. നിലവിൽ നാഷണൽ ഇൻഷുറൻസ് കമ്പനിയുടെ പോളിസി ഹെൽത്ത് ഇൻഷുറൻസ് റി.പി.എ യുടെ സഹകരണത്തോടെയാണ് നടപ്പിലാക്കുന്നത്.
2. പ്രതിവർഷം 30,000 രൂപയുടെ പരിരക്ഷ, നിബന്ധനകൾക്ക് വിധേയമായി രണ്ട് തവണകൾ മാത്രമായിട്ടാണ് ലഭിക്കുന്നത്. ആശുപത്രി മുറിയ്ക്ക് പരമാവധി ദിവസ വാടക 150 രൂപയാണ്. മരുന്നുകൾ, ഓപ്പറേഷൻ,ടെസ്റ്റുകൾ ആദിയായവയ്ക്ക് കവറേജിന്റെ 15% ആണ് ലഭിക്കുന്നത്.
3. ആശുപത്രിയിൽ അഡ്മിറ്റായുള്ള ചികിത്സയ്ക്ക് മാത്രമാണ് പരിരക്ഷ ലഭിക്കുന്നത്. മിനിമം 24 മണിക്കൂർ എങ്കിലും ഇൻപേഷ്യന്റ് ആയിരിക്കണം. ആശുപത്രിയിൽ ബിൽ തുക അടച്ചതിനു ശേഷം ക്ലെയിം സമർപ്പിച്ച് പണം ഇൻഷുറൻസ് കമ്പനിയിൽനിന്നും തിരികെ വാങ്ങാൻ കഴിയും.
4. കുറഞ്ഞത് 15 കിടക്കകൾ ഉള്ള ഏത് ആശുപത്രിയിൽ വേണമെങ്കിലും അഡ്മിറ്റ് ആകാവുന്നതാണ്.
5. ക്ലെയിം ലഭിക്കുന്നതിനായി താഴെ പറയുന്ന രേഖകൾ സമർപ്പിക്കേണ്ടതാണ്.
 1. ഹെൽത്ത് ഇൻഷുറൻസ് റി.പി.എ യുടെ ക്ലെയിംഫോം പാർട്ട് എ പൂർണ്ണമായുംപൂരിപ്പിച്ച് ഒപ്പിട്ടിരിക്കണം. പാർട്ട് ബി- ആശുപത്രി അധികാരികൾ പൂരിപ്പിക്കേണ്ടതും, അധികാരികളുടെ ഒപ്പും ആശുപത്രിയുടെ സീലും രേഖപ്പെടുത്തേണ്ടതുമാണ്.
(ഇതോടൊപ്പമുള്ള മാതൃകയുടെ ഫോട്ടോ കോപ്പി എടുത്ത് ഉപയോഗിക്കാം.ക്ലെയിം ഫോം സഭയുടെ mosc.in എന്ന വെബ്സൈറ്റിലും ലഭിക്കും)
 - 2 ഒറിജിനൽ ഡിസ്ചാർജ്ജ് സമ്മതി
 - 3 ആശുപത്രിയിൽ നിന്നുള്ള ഫൈനൽ ബിൽ (ഒറിജിനൽ), ബില്ലിന്റെ ബ്രെയ്ക്ക്പ്പ്
 - 4 മരുന്നുകൾ, ലാബ് ടെസ്റ്റുകൾ,സ്കാൻ, ഇ.സി.ജി, എക്സറേ ആദിയായവയുടെ ഒറിജിനൽ ബില്ലുകൾ/ രസീതുകൾ/ റിപ്പോർട്ട്/ ഫിലിം
 5. തിരിച്ചറിയൽ കാർഡ്/പാൻകാർഡ് എന്നിവയുടെ കോപ്പി

ഇത്തരത്തിൽ തയ്യാറാക്കുന്ന ക്ലെയിം പേപ്പറുകൾ താഴെ പറയുന്ന വിലാസത്തിൽ അയച്ചുകൊടുക്കേണ്ടതാണ്.

General Manager
Inditrade Insurance Broking (P)Ltd
MES Building , Lissie Junction
Kaloor-682017
Ph.No- 0484-6714823,
Mob-9633278226

- 6 ക്ലെയിം പേപ്പറുകൾ അയക്കുന്നതും മുൻപായി കാതോലിക്കേറ്റ് ഓഫീസുമായി ബന്ധപ്പെടണം.
Phone No-0481-2573850
7. മേൽപറഞ്ഞ ക്ലെയിം പേപ്പറുകൾ അയച്ചുകൊടുത്തതിനുശേഷം അപേക്ഷകൻ ഇതോടൊപ്പമുള്ള ഫോം - 2 പൂരിപ്പിച്ച് ഇടവക വികാരിയുടെ ഒപ്പും സീലും സഹിതം കാതോലിക്കേറ്റ് ഓഫീസിലേക്ക് അയക്കേണ്ടതാണ്.
- 8 ഇടവകയിലെ പ്രധാന ശുശ്രൂഷകൻ/പള്ളി സൂക്ഷിപ്പുകാരൻ എന്നിവർക്ക് അവർ അപ്രകാരം സേവനം അനുഷ്ഠിക്കുന്ന കാലയളവിലേക്ക് മാത്രമേ ഈ പദ്ധതി പ്രകാരമുള്ള ഇൻഷുറൻസ് പരിരക്ഷ ലഭിക്കുകയുള്ളൂ. ഈ പദ്ധതിയിലെ അംഗങ്ങൾ സേവനത്തിൽ നിന്ന് വിരമിക്കുകയോ, മരണമടയുകയോ ചെയ്യുമ്പോൾ ആ വിവരം ബന്ധപ്പെട്ടവർ വികാരി മുഖേന കാലവിളംബം ഇല്ലാതെ കാതോലിക്കേറ്റ് ഓഫീസിൽ രേഖാമൂലം അറിയിക്കേണ്ടതാണ്.

മലങ്കര ഓർത്തഡോക്സ് സഭ

ഫോം -2

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

- 1. മെത്രാസനം :
- 2. പേര് : ശുശ്രൂഷകൻ/ :
- പള്ളി സൂക്ഷിപ്പുകാരൻ / :
- ബി.പി.എൽ അംഗം :
- 3. മേൽവിലാസം :
-
-
- പിൻകോഡ്
- 4. ടെലിഫോൺ നമ്പർ : മൊബൈൽ:.....
- 5. ജനനതീയതി : വയസ്സ്.....
- 6. ചുമതലയേറ്റ തീയതി :
- 7. സേവനം അനുഷ്ഠിക്കുന്ന ഇടവക :.....
- 8. ആശുപത്രിയിൽ അഡ്മിറ്റായ തീയതി :.....
- 9. ആശുപത്രിയിൽ നിന്നും ഡിസ്ചാർജ്ജ് ആയ തീയതി :.....
- 10. ആശുപത്രിയുടെ പേര്, മേൽവിലാസം :.....
- 11. ബന്ധപ്പെട്ട രേഖകൾ ഇൻഷുറൻസ് കമ്പനിയുടെ
മേൽവിലാസത്തിലേക്ക് അയച്ച തീയതി :.....
- 12. ക്ലെയിം ചെയ്ത തുക :.....
- സ്ഥലം:
- തീയതി: ഒപ്പ്.....

മേൽ വിവരിച്ച അപേക്ഷകന്റെ വിവരങ്ങൾ ശരിയാണെന്നും ഇപ്പോൾ ഈ ഇടവകയുടെ പ്രധാന ശുശ്രൂഷകൻ/പള്ളി സൂക്ഷിപ്പുകാരൻ ആയി സേവനം അനുഷ്ഠിച്ചുകൊണ്ടിരിക്കുകയാണെന്നും/ബി.പി.എൽ അംഗം ആണെന്നും എനിക്ക് ബോധ്യപ്പെട്ടിട്ടുള്ളതാണ്.

- ഇടവക വികാരിയുടെ പേര് :.....
- ഒപ്പ് :.....
- ഫോൺ നമ്പർ :.....

തീയതി : പള്ളിയുടെ സീൽ :

(space for Office use)

ക്രമനമ്പർ:..... അപേക്ഷ ക്ലെയിമിനായി അയച്ച തീയതി :.....ക്ലെയിം ലഭിച്ച തീയതി. :.....

ക്ലെയിം ലഭിച്ച തുക തുക അയച്ചുകൊടുത്ത തീയതി.....