



के.के. वाघ शिक्षण संस्था, नाशिक

मध्यवर्ती कार्यालय, हिराबाई हरिदास विद्यानगरी,
अमृतधाम, पंचवटी, नाशिक-४२२ ००३.

जा. क्र. : के.के. वाघ एज्यु. सो./७६३७/२०१६

दिनांक 4 OCT 2016

ऑफिस नोट

संस्थेने विद्यार्थ्यांसाठी समुह वैद्यकीय विमा योजना सुरू केलेली आहे. सदर योजनेत सहभागी झालेल्या विद्यार्थ्यांचे आजारपण/दुर्घटना प्रसंगी विमा Claim करण्यासाठी खालील प्रमाणे सूचना देण्यात येत आहे.

अ) आजारपण व दुर्घटना प्रसंगी विद्यार्थ्यांच्या पालकांनी कागदपत्रे पुर्ततेसाठी खालील व्यक्तींशी फोन द्वारे संपर्क करावयाचा आहे.

- | | | |
|----------------------|---|--|
| १. श्री.राजेश | - ७०३०९१७००३ | Health India TPA Services, Suyojit Sankul,
Basement Shop No.11, Tilakwadi Corner,
Near Rajiv Gandhi Bhavan, Nashik-422002.
swapnil.nikam@healthindiatpa.com |
| २. श्री.वैभव | - ७०३०९१७००२ | |
| ३. श्री.सुबोध | - ७०३०९२१४५१ | |
| ४. डॉ.एस.एम.निकम | - ७०३०९२१४५५ | |
| ५. श्री.आर.बी.तिवारी | - ९४२३१७९९२८ - rbtiwari@kkwagh.edu.in | |
| ६. कु.एन.आर.कोहकडे | - ९१७५६६५२९४ - nrkohakade@kkwagh.edu.in | |

ब) आजारपण/अपघात याची माहिती त्वरीत वरील १ ते ६ पैकी कोणत्याही व्यक्तीशी संपर्क साधून फोन व ई-मेल आयडीवर द्यावयाची आहे.

क) विमा Claim साठी खालील प्रमाणे कागदपत्राची आवश्यकता असते.

१. हॉस्पिटल रजिस्ट्रेशन मुळ झेरॉक्स
२. हॉस्पिटल C Form व IPD कागदपत्रे
३. रक्त तपासणी अहवाल व बील/पावती
४. औषधाचे बील व डॉक्टरांचे औषध योजना (Prescription)
५. हॉस्पिटलचे मुळ बीले/ पावती
६. X-ray USG अहवाल व बील/पावती
७. हॉस्पिटलचा मुक्ती दाखला (Discharge Card)
८. विद्यार्थ्यांचे ओळखपत्र
९. पालकाचे बँक खात्याचा रद्द (Cancel) केलेला चेक

सोबत Claim Form व इतर आवश्यक कागदपत्रे यांची यादी जोडत आहोत.

तसेच या व्यतिरिक्त विमा कंपनीचे मागणी नुसार लागणारी कागदपत्रे द्यावयाची आहेत. वरील सर्व कागदपत्रे महाविद्यालयात किंवा वर दिलेल्या Health India TPA Services Pvt.Ltd. या कंपनीच्या पत्त्यावर जमा करावीत व काही शंका असल्यास श्री.आर.बी. तिवारी यांच्याशी संपर्क करावा. सदर कागदपत्रांच्या मुळ प्रती विमा कंपनीत दाखल करण्यासाठी द्यावयाच्या असून झेरॉक्स प्रत पालकांनी त्यांच्या माहितीसाठी ठेवावयाची आहे.

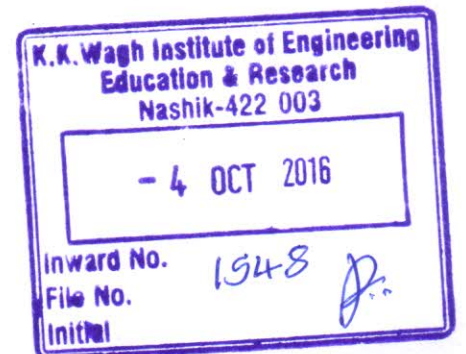
सर्व विभागप्रमुखांना कळविणारे नोटे करी, सदस्वी
ऑफिस नोटे सर्व विद्यार्थ्यांच्या जिदरिनास आणून द्यावी.

KV
4/10

सोबत- वरीलप्रमाणे

- प्रत: १. मा.सचिव सो, के.के.वाघ शिक्षण संस्था, नाशिक
२. प्रा.पी.टी. कडवे, समन्वयक-तीनही तंत्रनिकेतन
३. डॉ. व्ही.एम. सेवलीकर, समन्वयक- सरस्वतीनगर कॅम्पस
४. डॉ. बी.व्ही. कर्डिले, समन्वयक- महाविद्यालय व शाळा
५. श्री. मुरारी आर.वाय., ऑफिसर इनचार्ज, मध्यवर्ती कार्यालय
६. श्री. आर.बी. तिवारी, कुलसचिव- कु. नुतन कोहकडे यांना कळवावे.
- प्रत: सर्व संलग्न संस्था व हॉस्टेल (अनुदानित शाळा वगळून)

Mrs. Maniyar
to put on
website
वित्त व्यवस्थापक
के.के.वाघ शिक्षण संस्था, नाशिक



(d) Name & Address of the Hospital/Nursing Home / Clinic : _____

 Pin Code _____
 State / U. Territory _____
 PAN of Hospital _____
 Registration No. _____

(e) Date of Admission : _____

(f) Date of Discharge : _____

6. Are you at present covered under any other similar type of scheme like Personal Accident, Cancer Insurance, Medclaim (Individual or Group), Health Insurance and the like. If Yes. Please give particulars of each

Sr. No.	Content	Details
	Name of Insurer	
	Insurance Scheme	
	Policy No.	
	Period of cover	
	Claim Amt. Recd./receivable	

(a) Is this the first year of coverage under Medclaim Policy? Yes / No.
 If no, since when have you been continuously insured under Medclaim Policy. Give details

Year	Policy No.	Insurer	Policy No.

(b) (i) Is this the first claim under this policy? Yes/No
 (ii) If no, please quote Previous claim details

Year	Policy No.	Insurer	Disease/Ailment/Injury details	Amount claimed and receivable or received

In support of the above claim, I enclose the following original documents (Please indicate by √)

1. Bill, Receipt and Discharge certificate / card from the Hospital.
2. Cash Memos from the Hospitals (s) / Chemists (s), supported by proper prescriptions.
3. Receipt and Pathological test reports from Pathologist supported by the note from the attending Medical Practitioner / Surgeon recommending such Pathological tests /pathological
4. Surgeon's certificate stating nature of operation performed and Surgeons' bill and receipt.
5. Attending Doctor's/ Consultant's/ Specialist's / Anaesthetist's bill and receipt, and certificate regarding diagnosis.
6. Certificate from attending Medical Practitioner / Surgeon that the patient is fully cured.

Summary of expenses incurred for which original bills / receipts / cash memos are enclosed.

Total of Hospital Bill	Rs. _____
Consultant's /Surgeon's /Anesthetist's Fees	Rs. _____
Diagnostics Tests	Rs. _____
Medicines purchased from chemists	Rs. _____
Other expenses not included above (specify)	Rs. _____
Grand Total	Rs. _____

DECLARATION

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, 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 AND AUTHORISE THE NEW INDIA ASSURANCE COMPANY LIMITED & THIRD PARTY ADMINISTRATOR TO SEEK MEDICAL INFORMATION FROM ANY HOSPITAL / MEDICAL PRACTITIONER WHO HAS AT ANY TIME ATTENDED ON ME.

I authorize TPA to make payment of the claim admissible as per terms, conditions and limitations of the policy to the **Hospital** on my behalf for full and final settlement of hospital bills.

I also authorize TPA to receive payment from the insurance company as reimbursement of hospital bills incurred on my / the insured person's treatment.

Dated at...(place)..... this..... day of...(month).....200

Signature of the Claimant

