



UNITED INDIA INSURANCE COMPANY LIMITED GEREESTREED  
EN HOOFDKANTOOR: 24, WHITES ROAD, CHENNAI-600014

CLAIMFORMULIER - DEEL A  
IN TE VULLEN DOOR DE VERZEKERDE

De afgifte van dit formulier mag niet worden opgevat als erkenning van aansprakelijkheid

(in blokletters in te vullen)

GEGEVENS VAN DE PRIMAIRE VERZEKERDEN

a) Beleidsnr.:		b) Sl. Nee/Certificaatnr.:	
c) Bedrijfs-/TPA-ID-nr.:			
d) Naam:			
e) Adres:			
Stad:		Staat:	
Pincode:		Telefoon nr.:	

DETAILS VAN DE VERZEKERINGSGESCHIEDENIS

a) Momenteel gedekt door een andere Medicaïm/ziektekostenverzekering:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	b) Datum van ingang van de eerste verzekering zonder onderbreking:	
c) Zo ja, bedrijfsnaam:		Beleid Nee:	
Verzekerd bedrag (€):		d) Bent u de afgelopen vier jaar sinds het aangaan van het contract in het ziekenhuis opgenomen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Diagnose:		e) Voorheen gedekt door een andere Medicaïm/Zorgverzekering:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
f) Zo ja, bedrijfsnaam:			

GEGEVENS VAN DE VERZEKERDE IN HET ZIEKENHUIS

een naam :			
b) Geslacht:	<input type="checkbox"/> Mannelijk <input type="checkbox"/> Vrouwelijk	c) Leeftijd: jaren	
e) Relatie met de hoofdverzekerde:	Zelf <input type="checkbox"/> Echgenoot <input type="checkbox"/> Kind <input type="checkbox"/> Vader <input type="checkbox"/> Moeder <input type="checkbox"/> Ander <input type="checkbox"/>	d) Geboortedatum:	
f) Beroep:	Dienst <input type="checkbox"/> Eigen baas <input type="checkbox"/> Huisvrouw <input type="checkbox"/> Student <input type="checkbox"/> Gepensioneerde <input type="checkbox"/> Ander <input type="checkbox"/>		
g) Adres (indien anders dan hierboven):			
Stad:		Staat:	
Pincode:		Telefoon nr.:	

DETAILS VAN DE ZIEKENHUISDIENST

a) Naam van ziekenhuis waar opgenomen:			
b) Kamercategorie bezet:	Dagopvang <input type="checkbox"/> Enkele bezetting <input type="checkbox"/> Tweeling delen <input type="checkbox"/> 3 of meer bedden per kamer <input type="checkbox"/>		
c) Ziekenhuisopname vanwege:	Blessure <input type="checkbox"/> Ziekte <input type="checkbox"/> Moederschap <input type="checkbox"/>	d) Datum van het letsel/ Datum waarop de ziekte voor het eerst werd ontdekt/ Datum van levering:	
e) Datum van toelating:		f) Tijd:	
i) Bij letsel: geef de oorzaak:	Zelf veroorzaakt <input type="checkbox"/> Verkeersongeval <input type="checkbox"/> Middelennisbruik / alcoholgebruik <input type="checkbox"/> i. Indien Medico Legal: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee		
ii. Aangegeven bij de politie:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	iii. MLC-rapport en politie-FIR bijgevoegd:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
j) Geneeskundestelsel:			

DETAILS VAN DE CLAIM

a) Details van de gedeclareerde behandelingskosten			
i. Kosten vóór ziekenhuisopname		ii. Ziekenhuisopnamekosten	
iii. Kosten na ziekenhuisopname		iv. Kosten voor gezondheidscontrole	
v. Ambulancekosten		vi. Anderen (code):	
vi. Periode vóór ziekenhuisopname:	dagen	Totaal	
b) Claim voor thuishospitalisatie:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	vii. Periode vóór ziekenhuisopname:	dagen
c) Details van het aangevraagde forfaitaire bedrag/geldige uitkering:		ii. Chirurgisch geld:	
i. Dagelijks contant geld in het ziekenhuis:		iv. Herstel:	
iii. Voordeel bij kritieke ziekte:		vi. Anderen:	
v. Pre-/posthosp. Forfaitair voordeel:		Totaal	

**Ingediende claimdocumenten - checklist:**

<input type="checkbox"/>	Claimformulier/Voldoende ondertekend
<input type="checkbox"/>	Kopie van de claimindicatie, indien aanwezig
<input type="checkbox"/>	Hoofdrekening ziekenhuis
<input type="checkbox"/>	Ziekenhuisafrekening
<input type="checkbox"/>	Samenvatting van ontslag uit het ziekenhuis
<input type="checkbox"/>	Apotheekrekening
<input type="checkbox"/>	Operatie Theater Opmerkingen
<input type="checkbox"/>	ECG
<input type="checkbox"/>	Artsenverzoek om onderzoek
<input type="checkbox"/>	Onderzoeksrapporten (inclusief CT / MRI / USG / HPE)
<input type="checkbox"/>	Doktersrecept
<input type="checkbox"/>	Anderen

DETAILS VAN BIJGEVOEGDE REKENINGEN

Sl. Nee.	Factuur nummer.	Datum	Uitgegeven door	Richting	Bedrag (€)
1				Hoofdwet ziekenhuis	
2				Rekeningen vóór ziekenhuisopname: ____ Nrs	
3				Rekeningen na ziekenhuisopname: ____ Nrs	
4				Apotheekrekeningen:	
5					
6					
7					
8					
9					
10					

GEGEVENS VAN DE BANKREKENING VAN DE PRIMAIRE VERZEKERDE

een pan:		b) Rekeningnummer:	
c) Banknaam en filiaal			

d) Gegevens cheque/DD-betaling:

e) IFSC-code:

VERKLARING VAN DE VERZEKERDE

Hierbij verklaar ik dat de informatie in dit claimformulier naar mijn beste weten en overtuiging waar en correct is. Als ik een valse of onware verklaring heb afgelegd, een wezenlijk feit heb onderdrukt of verborgen heb gehouden met betrekking tot vragen die in verband met deze claim zijn gesteld, vervalt mijn recht om terugbetaling te eisen. Ik geef ook toestemming en autoriseer TPA/verzekeringsmaatschappij om de noodzakelijke medische informatie/documenten op te vragen bij elk ziekenhuis/arts die de persoon tegen wie deze claim is ingediend, heeft behandeld. Ik verklaar hierbij dat ik alle rekeningen/ bewijzen voor deze claim heb bijgevoegd en dat ik geen aanvullende claim zal indienen, behalve de claim vóór/na de ziekenhuisopname, indien van toepassing.

Datum:

Plaats:

Handtekening van de verzekerde:

RICHTLIJNEN VOOR HET INVULLEN VAN HET CLAIMFORMULIER - DEEL A (In te vullen door de verzekerde)		
GEGEVENSELEMENT	BESCHRIJVING	FORMAAT
DEEL A - GEGEVENS VAN DE PRIMAIRE VERZEKERDE		
a) Beleidsnr.	Vul het polisnummer in	Zoals toegewezen door de verzekeringsmaatschappij
b) Sl. Nee/ Certificaatnr.	Vul het burgerservicenummer of het certificaatnummer van de sociale ziektekostenverzekering in	Zoals toegewezen door de organisatie
c) Bedrijfs-TPA-ID-nr.	Voer het TPA-ID-nummer in	Licentienummer zoals toegekend door IRDA en afgedrukt in TPA-documenten.
d) Naam	Vul de volledige naam van de verzekeringnemer in	Achternaam, voornaam, middelste naam
e) Adres	Vul het volledige postadres in	Vermeld straat, plaats en pincode
DEEL B - DETAILS VAN DE VERZEKERINGSGESCHIEDENIS		
a) Momenteel gedekt door een andere Medclaim/Zorgverzekering?	Geef aan of u momenteel gedekt bent door een andere Medclaim/Zorgverzekering	Vink Ja of Nee aan
b) Datum van aanvang van de eerste verzekering zonder onderbreking	Vul de ingangsdatum van de eerste verzekering in	Gebruik het formaat dd-mm-jj
c) Bedrijfsnaam	Vul de volledige naam van de verzekeringsmaatschappij in	Naam van de organisatie volledig
Beleid Nee.	Vul het polisnummer in	Zoals toegewezen door de verzekeringsmaatschappij
Verzekerd bedrag	Vul het totaal verzekerde bedrag in volgens de polis	In roepies
d) Bent u in de afgelopen 4 jaar sinds het aangaan van het contract in het ziekenhuis opgenomen?	Geef aan of u in de afgelopen 4 jaar in het ziekenhuis bent opgenomen	Vink Ja of Nee aan
Datum	Vul de datum van de ziekenhuisopname in	Gebruik het mm-jj-formaat
Diagnose	Voer de diagnosegegevens in	Tekst openen
e) Was u eerder gedekt door een andere Medclaim/ziektekostenverzekering?	Geef aan of u eerder verzekerd was bij een andere Medclaim/Zorgverzekering	Vink Ja of Nee aan
f) Bedrijfsnaam	Vul de volledige naam van de verzekeringsmaatschappij in	Naam van de organisatie volledig
DEEL C - GEGEVENS VAN DE VERZEKERDE IN HET ZIEKENHUIS		
een naam	Voer de volledige naam van de patiënt in	Achternaam, voornaam, middelste naam
b) Geslacht	Geef het geslacht van de patiënt aan	Vink Man of Vrouw aan
c) Leeftijd	Voer de leeftijd van de patiënt in	Aantal jaren en maanden
d) Geboortedatum	Voer de geboortedatum van de patiënt in	Gebruik het formaat dd-mm-jj
e) Relatie met de hoofdverzekerde	Geef de relatie van de patiënt met de verzekeringnemer aan	Vink de juiste optie aan. Indien anders, graag specificeren.
f) Beroep	Vermeld het beroep van de patiënt	Vink de juiste optie aan. Indien anders, graag specificeren.
g) Adres	Vul het volledige postadres in	Vermeld straat, plaats en pincode
h) Telefoonnummer	Voer het telefoonnummer van de patiënt in	Soa-code bij telefoonnummer vermelden
i) E-mailadres	Vul het e-mailadres van de patiënt in	Volledig e-mailadres
DEEL D - DETAILS VAN DE ZIEKENHUISDIENST		
a) Naam van het ziekenhuis waar het is opgenomen	Vul de naam van het ziekenhuis in	Naam van het ziekenhuis volledig
b) Kamercategorie bezet	Geef de kamercategorie aan die bezet is	Vink de juiste optie aan
c) Ziekenhuisopname vanwege	Geef de reden van de ziekenhuisopname aan	Vink de juiste optie aan
d) Datum van het letselDatum waarop de ziekte voor het eerst werd ontdektDatum van levering	Vul de relevante datum in	Gebruik het formaat dd-mm-jj
e) Datum van toelating	Vul de ingangsdatum in	Gebruik het formaat dd-mm-jj
f) Tijd	Voer het tijdstip van toegang in	Gebruik het formaat uuzmm
g) Datum van ontslag	Voer de ontslagdatum in	Gebruik het formaat dd-mm-jj
h) Tijd	Voer het tijdstip van ontslag in	Gebruik het formaat uuzmm
i) Als letsel daartoe aanleiding geeft	Geef de oorzaak van het letsel aan	Vink de juiste optie aan
Als Medico legaal is	Geef aan of letsel medisch legaal is	Vink Ja of Nee aan
Gemeld bij politie	Geef aan of er aangifte is gedaan bij de politie	Vink Ja of Nee aan
MLC-rapport en politie-FIR bijgevoegd	Geef aan of het MLC-rapport en de politie-FIR zijn bijgevoegd	Vink Ja of Nee aan
j) Geneeskundesysteem	Voer het medischsysteem in dat wordt gevolgd bij de behandeling van de patiënt	Tekst openen
DEEL E - DETAILS VAN DE CLAIM		
a) Details van behandelingskosten	Vul het gedeclareerde bedrag in als behandelkosten	In roepies (voer geen paise-waarden in)
b) Claim voor thuishospitalisatie	Geef aan of de claim betrekking heeft op een thuishospitalisatie	Vink Ja of Nee aan
c) Details van het aangevraagde forfaitaire bedrag/geldelijke uitkering	Voer het aangevraagde bedrag in als forfaitair bedrag/geldelijke uitkering	In roepies (voer geen paise-waarden in)
d) Ingediende claimdocumenten - checklist	Geef aan welke bewijsstukken worden ingediend	Vink de juiste optie aan
DEEL F - DETAILS VAN BIJGEVOEGDE REKENINGEN		
Geef aan welke biljetten zijn bijgevoegd met de bedragen in roepies		
DEEL G - GEGEVENS VAN DE BANKREKENING VAN DE PRIMAIRE VERZEKERDE		
een pan	Vul het vaste rekeningnummer in	Zoals toegewezen door de afdeling Inkomstenbelasting
b) Rekeningnummer	Voer het bankrekeningnummer in	Zoals toegewezen door de bank
c) Banknaam en filiaal	Voer de banknaam en het filiaal in	Naam van de bank voluit
d) Cheque/DD-betalingsgegevens	Voer de naam in van de begunstigde aan wie de cheque/DD moet worden uitgeschreven	Volledige naam van de persoon/organisatie
e) IFSC-code	Voer de IFSC-code van het bankfiliaal in	IFSC-code van het bankfiliaal volledig
DEEL H - VERKLARING VAN DE VERZEKERDE		
Lees de verklaring aandachtig door en vermeld datum (in dd:mm:jj formaat), plaats (open tekst) en onderteken.		







UNITED INDIA INSURANCE COMPANY LIMITED GEBEGISTREED IN  
HOOFDSTADTOR 24, WHITES ROAD, CHENNAI 600164

CLAIMFORMULIER - DEEL B  
IN TE VULLEN DOOR HET ZIEKENHUIS

De afgifte van dit formulier mag niet worden opgevat als erkenning van aansprakelijkheid.  
Voeg het originele formulier voor een pre-autorisatieaanvraag toe ter vervanging van DEEL A

(in blokletters in te vullen)

DETAILS VAN HET ZIEKENHUIS

a) Naam van het ziekenhuis:																																
c) Ziekenhuis-ID:											c) Type ziekenhuis:	Netwerk	<input type="checkbox"/>	Niet-netwerk	<input type="checkbox"/>	(Indien geen netwerk, vul dan sectie E in)																
d) Naam van de behandelende arts:																																
e) Kwalificatie:											f) Registratienummer met staatscode:											g) Telefoonnummer:										

SECTIE A

GEGEVENS VAN TOEGELATEN PATIËNT

a) Naam van de patiënt:																																												
b) IP-registratienummer:											c) Geslacht:	Mannelijk	<input type="checkbox"/>	Vrouwelijk	<input type="checkbox"/>	d) Leeftijd: jaren			maanden			e) Geboortedatum:																						
f) Datum van toelating:											g) Tijd:			:			h) Datum van ontslag:											ik) Tijd:			:													
j) Soort opname: Spoedgeval	<input type="checkbox"/>	Gepland	<input type="checkbox"/>	Dagopvang	<input type="checkbox"/>	Moederschap	<input type="checkbox"/>	k) Indien moederschap:			l. Datum van levering:											ii. Gravida-status:																						
i) Status op het moment van ontslag:	Naar huis afgevoerd										<input type="checkbox"/>	Ontslagen naar een ander ziekenhuis										<input type="checkbox"/>	Overleden										<input type="checkbox"/>	m) Totaal geclaimd bedrag										

DEEL B

DETAILS VAN DE GEDIAGNOSEERDE ZIEKTE (PRIMAIR)

A)	ICD 10-codes	Beschrijving	B)	ICD 10 stuks	Beschrijving	
i. Primaire diagnose:			i. Procedure 1:			
ii. Aanvullende diagnose:			ii. Procedure 2:			
iii. Comorbiditeiten:			iii. Procedure 3:			
iv. Comorbiditeiten:			iv. Details van de procedure:			
c) Voorafgaande toestemming verkregen:		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee				
e) Indien er geen toestemming is verkregen van het netwerkziekenhuis, geef dan de reden op:						
f) Ziekenhuisopname vanwege letsel:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	i. Zo ja, geef aanleiding	Zelf veroorzaakt	<input type="checkbox"/>	Verkeersongeval	<input type="checkbox"/>
ii. Bij letsel als gevolg van middelenmisbruik/alcoholgebruik wordt een test uitgevoerd om dit vast te stellen:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	iii. Indien Medico Legal:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	iv. Aangegeven bij de politie:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	
v. FIR-nr.						
vi. Als er geen aangifte bij de politie wordt gedaan, geef dan de reden op:						

SECTIE C

CLAIMDOCUMENTEN INGEDIEND - CHECKLIST

<input type="checkbox"/> Claimformulier naar behoren ondertekend	<input type="checkbox"/> Onderzoeksrapporten
<input type="checkbox"/> Origineel pre-autorisatieverzoek	<input type="checkbox"/> CT/ MRI/ USG/ HPE/ Onderzoeksrapporten
<input type="checkbox"/> Kopie van de goedkeuringsbrief vóór autorisatie	<input type="checkbox"/> Verwijsbriefje van de dokter
<input type="checkbox"/> Kopie van de identiteitskaart met foto van de patiënt, gecontroleerd door het ziekenhuis	<input type="checkbox"/> ECG
<input type="checkbox"/> Samenvatting van ontslag uit het ziekenhuis	<input type="checkbox"/> Apotheekrekeningen
<input type="checkbox"/> Operatie Theater Opmerkingen	<input type="checkbox"/> MLC-rapport & politie FIR
<input type="checkbox"/> Hoofdrekening ziekenhuis	<input type="checkbox"/> Origineel overlijdensverzicht uit het ziekenhuis, indien van toepassing
<input type="checkbox"/> De rekening voor de verblijf van het ziekenhuis	<input type="checkbox"/> Eventuele andere, gelieve te specificeren

SECTIE D

DETAILS IN GEVAL VAN GEEN NETWERKZIEKENHUIS (ALLEEN VULLEN IN GEVAL VAN GEEN NETWERKZIEKENHUIS)

a) Adres van het ziekenhuis:																																
Staat:																Staat:																
Pincode:											b) Telefoonnummer:											c) Registratienummer met staatscode:										
d) Ziekenhuis-PAN											e) Aantal ziekenhuisbedden											f) Voorzieningen beschikbaar in het ziekenhuis: i. OT:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	ii. ICU:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee							
iii. Anderen:																																

SECTIE E

VERKLARING VAN HET ZIEKENHUIS

(Lees dit aandachtig door)

Hierbij verklaren wij dat de informatie in dit claimformulier naar ons beste weten waar en correct is. Als we een valse of onware verklaring hebben afgelegd, een materieel feit hebben onderdrukt of verzwegen, vervalt ons recht om een claim op grond van deze claim in te dienen.

Datum:

Plaats:

Handtekening van de verzekerde:

DEEL F

RICHTSNOEREN VOOR HET INVULLEN VAN HET CLAIMFORMULIER - DEEL B (in te vullen door het ziekenhuis)		
GEGEEVENSELEMENT	BESCHRIJVING	FORMAAT
DEEL A - DETAILS VAN HET ZIEKENHUIS		
a) Naam van het ziekenhuis	Vul de naam van het ziekenhuis in	Naam van het ziekenhuis volledig
b) Ziekenhuis-ID	Voer het ID-nummer van het ziekenhuis in	Zoals toegewezen door de TPA
c) Type ziekenhuis	Geef aan of het in netwerk of niet-netwerk hospital is	Wink de juiste optie aan
d) Naam behandelend arts	Vul de naam van de behandelend arts in	Naam arts volledig
e) Kwalificatie	Vul de kwalificaties van de behandelende arts in	Afkortingen van onderwijskwalificaties
f) Registratienummer met staatscode	Voer het registratienummer van de arts in, samen met de staatscode	Zoals toegewezen door de Medische Raad van India
g) Telefoonnummer:	Vul het telefoonnummer van de arts in	Soa-code bij telefoonnummer vermelden
DEEL B - GEGEVENS VAN DE TOEGELATEN PATIËNT		
a) Naam van de patiënt	Vul de naam van het ziekenhuis in	Naam van het ziekenhuis volledig

b) IP-registratienummer	Voer het registratienummer van de verzekeraar in	Zoals toegewezen door de verzekeraar
c) Geslacht	Geef het geslacht van de patiënt aan	Vink Man of Vrouw aan
d) Leeftijd	Voer de leeftijd van de patiënt in	Aantal jaren en maanden
e) Datum van toelating	Vul de ingangsdatum in	Gebruik het formaat dd-mm-jj
f) Tijd	Voer het tijdstip van toegang in	Gebruik het formaat uur:mn
g) Datum van ontslag	Voer de ontslagdatum in	Gebruik het formaat dd-mm-jj
h) Tijd	Voer het tijdstip van ontslag in	Gebruik het formaat uur:mn
i) Soort toelating	Vermeld het type opname van de patiënt	Vink de juiste optie aan
j) Indien moederschap		
Datum van levering	Voer de bevallingsdatum in als u zwanger bent	Gebruik het formaat dd-mm-jj
Gravida-status	Voer de Gravida status in als u zwanger bent	Gebruik standaardformaat
k) Status op het moment van ontslag	Geef de status van de patiënt aan op het moment van ontslag	Vink de juiste optie aan
DEEL C - DETAILS VAN DE GEDIAGNOSEERDE ZIEKTE (PRIMAIR)		
a) ICD 10-code		
Primaire diagnose	Voer de ICD 10-code en de beschrijving van de hoofddiagnose in	Standaardformaat en open tekst
Aanvullende diagnose	Voer de ICD 10-code en de beschrijving van de aanvullende diagnose in	Standaardformaat en open tekst
Comorbiditeiten	Voer de ICD 10-code en een beschrijving van de comorbiditeiten in	Standaardformaat en open tekst
b) ICD 10 stuks		
Werkwijze 1	Voer de ICD 10 PCS en de beschrijving van de eerste procedure in	Standaardformaat en open tekst
Werkwijze 2	Voer de ICD 10 PCS en de beschrijving van de tweede procedure in	Standaardformaat en open tekst
Werkwijze 3	Voer de ICD 10 PCS en de beschrijving van de derde procedure in	Standaardformaat en open tekst
Details van de procedure	Voer de details van de procedure in	Tekst openen
c) Pre-autorisatie verkregen	Geef aan of er vooraf toestemming is verkregen	Vink ja of Nee aan
d) Pre-autorisatienummer	Voer het pre-autorisatienummer in	Zoals toegewezen door TPA
e) Indien er geen toestemming is verkregen van het netwerkziekenhuis, geef dan een reden op	Voer de reden in waarom u geen pre-autorisatienummer krijgt	Tekst openen
f) Ziekenhuisopname vanwege letsel	Geef aan of de ziekenhuisopname het gevolg is van letsel	Vink ja of Nee aan
Oorzaak	Geef de oorzaak van het letsel aan	Vink de juiste optie aan
Als er sprake is van letsel als gevolg van middelengebruik/alcoholgebruik, wordt er een test uitgevoerd om dit vast te stellen	Geef aan of er een test is uitgevoerd	Vink ja of Nee aan
Medico Legal	Geef aan of letsel medisch legaal is	Vink ja of Nee aan
Aangegeven bij politie	Geef aan of er aangifte is gedaan bij de politie	Vink ja of Nee aan
FIR-nr.	Voer het eerste informatierapportnummer in	Zoals uitgegeven door de politie
Als er geen aangifte wordt gedaan bij de politie, geef dan een reden op	Voer de reden in waarom u geen aangifte doet bij de politie	Tekst openen
DEEL D - INGEDIENDE CLAIMDOCUMENTEN - CHECKLIJST		
Geef aan welke bewijsstukken worden ingediend		
DEEL E - DETAILS IN GEVAL VAN GEEN NETWERKZIEKENHUIS		
a) Adres	Vul het volledige postadres in	Vermeld straat, plaats en postcode
b) Telefoonnr.	Voer het telefoonnummer van het ziekenhuis in	Soa-code bij telefoonnummer vermelden
c) Registratienummer met staatscode	Voer het registratienummer van de arts in, samen met de staatscode	Zoals toegewezen door de Medische Raad van India
d) Ziekenhuis-PAN	Vul het vaste rekeningnummer in	Zoals toegewezen door de afdeling Inkomstenbelasting
e) Aantal ziekenhuisbedden	Voer het aantal ziekenhuisbedden in	Cijfers
f) Voorzieningen beschikbaar in het ziekenhuis	Geef de beschikbare faciliteiten in het ziekenhuis aan	Vink de juiste optie aan. Indien anders, graag specificeren
DEEL F - VERKLARING VAN DE VERZEKERDE		
Lees de verklaring aandachtig door en vermeld datum (in dd:mm:jj formaat), plaats (open tekst) en ondertekenen.		