

KERALA UNION OF WORKING JOURNALISTS
KPAPP 2020-21

Name :

Date of Birth : Age :

Institution :

Office Address Residence Photo

--	--	--

Land Phone No :

Mobile No :

Email :

Year of Joining the Scheme :

Name of Persons to be included in the Scheme

Sl.No	Name	Age	Relation
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			

According to KPAPP norms wife, two children, father and Mother of the Member are eligible to be included in the Scheme.

Signature

യുണൈറ്റഡ് ഇൻഡ്യാ ഇൻഷുറൻസ് കമ്പനി ലിമിറ്റഡ്

(ജനറൽ ഇൻഷുറൻസ് കോർപ്പറേഷൻ ഓഫ് ഇൻഡ്യയുടെ അനുബന്ധ സ്ഥാപനം)
രജിസ്റ്റേർഡ് ഹെഡ് ഓഫീസ്-24, വൈറ്റ്സ് റോഡ് ചെന്നൈ-600014



ഡിവിഷണൽ ഓഫീസ് : 1, എൽ.എം.എസ്. കോമ്പൗണ്ട്, തിരുവനന്തപുരം-695 033

കേരള പത്രപ്രവർത്തക ആരോഗ്യ പരിരക്ഷാ പദ്ധതി

(കേരള പത്രപ്രവർത്തക യൂണിയൻ സംരംഭം)



അപേക്ഷാഫാറം

KUWJ റഫറൻസ് നമ്പർ									
-------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

- കുറിപ്പ് : എ) എല്ലാ ചോദ്യങ്ങൾക്കും ഉത്തരങ്ങൾ എഴുതണം. ബാധകമല്ലാത്ത ചോദ്യങ്ങൾക്ക് ബാധകമല്ല എന്ന് എഴുതേണ്ടതാണ്.
- ബി) നിലവിലുള്ള രോഗവിവരങ്ങൾ വ്യക്തമായി രേഖപ്പെടുത്തണം. നിലവിലുള്ള രോഗങ്ങൾ മുഖേനയുണ്ടാകുന്ന ചികിത്സാചെലവുകൾ പോളിസിയുടെ പരിധിയിൽപ്പെടുന്നതല്ല. വ്യക്തവും സത്യവുമായ വിവരങ്ങൾ വേഗത്തിൽ നഷ്ടപരിഹാരം നിർണ്ണയിക്കുന്നതിന് സഹായകരമാകും.
 - സി) എഴുപത്തിയഞ്ചിനുമുകളിലോ മൂന്നിൽ താഴെയോ വയസ്സുള്ളവരെ ഇൻഷർ ചെയ്യുന്നതല്ല.
 - ഡി) അപകട നഷ്ടപരിഹാരവും ഇൻഡ്യയിലുള്ള ചികിത്സയ്ക്കായി വേണ്ടിവരുന്ന ചെലവുകളും ഇൻഡ്യൻ നാണയത്തിൽ മാത്രമേ ലഭിക്കൂ. ചികിത്സാചെലവിനുള്ള നഷ്ടപരിഹാരം ഇൻഡ്യയിൽ വെച്ചുള്ള ചികിത്സയ്ക്കു മാത്രം ബാധകമായിരിക്കും. എന്നാൽ ലോകത്തെവിടെവെച്ചും സംഭവിക്കാവുന്ന അപകടങ്ങൾക്കും നഷ്ടപരിഹാരം ലഭിക്കും.

- 1) പത്രപ്രവർത്തകന്റെ പേര്
- 2) വയസും ജനന തീയതിയും പുരുഷൻ/സ്ത്രീ
- 3) മേൽവിലാസങ്ങൾ :

ഔദ്യോഗിക മേൽവിലാസം	വീട്ടുമേൽവിലാസം

- 4) താങ്കളോ കൂടുംബത്തിലെ ആരെങ്കിലുമോ ഏതെങ്കിലും ഇൻഡ്യൻ ഇൻഷുറൻസ് കമ്പനിയുടെ മെമ്പർക്കൽ ഇൻഷുറൻസ് പോളിസിയിൽ അംഗമാണെങ്കിൽ
- കമ്പനിയുടെ പേര്
- പോളിസിയുടെ നമ്പർ

പരിരക്ഷ ആവശ്യപ്പെടുന്ന കുടുംബാംഗങ്ങളുടെ വിവരങ്ങൾ

എ	ബി	സി
പേര്	വയസ്സ്	വൈദ്യസഹായം ആവശ്യമായ അസുഖമോ, രോഗമോ, മുറിവോ ഉള്ളതായി അറിവുണ്ടോ ? ഉണ്ടെങ്കിൽ ആയതിന്റെ വിശദവിവരങ്ങൾ പട്ടിക 1-ൽ കാണിക്കുക.
1. സ്വന്തം		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		

കുറിപ്പ് : പോളിസിയിൽ അംഗങ്ങളാകാനുദ്ദേശിക്കുന്നവരുടെ വിശദമായ ചികിത്സാ വിവരണം അനുബന്ധത്തിൽ കാണിക്കേണ്ടത് പോളിസി സ്വീകരിക്കപ്പെടുന്നതിന് അനുപേക്ഷണീയമാണ്. വിവരണത്തിൽ പ്രതിപാദിച്ചിട്ടുള്ള രോഗസ്ഥിതിക്കും അനന്തര ചെലവുകൾക്കും ഈ പദ്ധതി പ്രകാരം പരിരക്ഷ ലഭിക്കുകയില്ല.

പ്രസ്താവന

മേൽ പ്രതിപാദിച്ച കാര്യങ്ങൾ എന്റെ അറിവിലും വിശ്വാസത്തിലും സത്യമാണെന്നും കമ്പനിയും പരിരക്ഷ തേടിയിരിക്കുന്നയാളും / കുടുംബാംഗങ്ങളും തമ്മിലുള്ള കരാർ ഈ അപേക്ഷയെയും പ്രസ്താവനയേയും അടിസ്ഥാനമാക്കിയുള്ളതായിരിക്കുമെന്നും ഞാൻ സമ്മതിക്കുന്നു. ഭാവിയിൽ ഏതെങ്കിലും വിവരം അസത്യമെന്ന് കണ്ടുപിടിക്കപ്പെട്ടാൽ ഈ പദ്ധതി പ്രകാരമുള്ള പരിരക്ഷയ്ക്ക് അർഹതയില്ലാതെ വരുന്നതുമാണ്.

സ്ഥലം :

തീയതി :

പത്രപ്രവർത്തകന്റെ ഒപ്പ്

(ചുമതല ഏല്പിക്കൽ ഇച്ഛാനുസരണം)

അപകട നഷ്ടപരിഹാരത്തുക യഥാസമയം കിട്ടുന്നതിന് ഈ ചുമതല ഏല്പിക്കൽ പദ്ധതി പ്രയോജനപ്പെടുത്തുക

..... എന്ന ഞാൻ മരണപ്പെടുന്നപക്ഷം യുണൈറ്റഡ് ഇൻഡ്യാ ഇൻഷുറൻസ് കമ്പനി ലിമിറ്റഡ് മുഖേന കൊടുക്കപ്പെടുന്ന തുക വാങ്ങാനായി (പേരും ഇൻഷുർ ചെയ്യപ്പെട്ട വ്യക്തിയുമായിട്ടുള്ള ബന്ധവും) ചുമതലപ്പെടുത്തിക്കൊള്ളുന്നു. ടിയാൾ തുക വാങ്ങാൻ കഴിയാതെ മരണപ്പെടുകയാണെങ്കിൽ പോളിസിയിൽ പേര് ചേർത്തിട്ടുള്ള കുട്ടിക്ക് / കുട്ടികൾക്ക് തുക കൈപ്പറ്റാവുന്നതും തദവസരത്തിൽ അവൻ/അവൾ/അവർ നൽകുന്ന രസീത് കമ്പനിക്ക് സ്വീകാര്യമായിരിക്കേണ്ടതുമാണ്.

സ്ഥലം :

തീയതി :

പത്രപ്രവർത്തകന്റെ ഒപ്പ്

സാക്ഷി :

For KUWJ ജില്ലാസെക്രട്ടറി
ഒപ്പ്

- എം) കേൾവി സംബന്ധമായ രോഗങ്ങൾ (കേൾവി കുറവ്/കേൾവിക്ക് തടസ്സം)
- എൻ) പ്രമേഹം, മുത്രസംബന്ധമായ രോഗങ്ങൾ
- ഒ) മറ്റേതെങ്കിലും അസുഖമോ, രോഗമോ, അപകടം, ശസ്ത്രക്രിയ എന്നിവമൂലമുള്ള മുറിവുകളോ
- 4. എ) പല്ലു സംബന്ധമായ രോഗമുണ്ടായിട്ടുണ്ടോ ?
 - ബി) ഉണ്ടെങ്കിൽ വിശദവിവരം
 - സി) അവസാനമായി ചികിത്സ വേണ്ടിവന്ന തീയതി
- 5. മറ്റേതെങ്കിലും അസുഖമോ, രോഗമോ, അപകടമോ, ശസ്ത്രക്രിയയോ ഉണ്ടായിട്ടുണ്ടോ? ഉണ്ടെങ്കിൽ വിശദവിവരം താഴെ കാണിക്കുക
 - രോഗത്തിന്റെ / അസുഖത്തിന്റെ / മുറിവിന്റെ വിവരണം
 - ചികിത്സ തുടങ്ങിയ ദിവസം
 - ലഭിച്ച ചികിത്സ
 - ചികിത്സിച്ച ഡോക്ടറുടെ പേരും മേൽവിലാസവും ഫോൺ നമ്പരും
 - രോഗ ശമനമുണ്ടായിട്ടുണ്ടോ
- 6. ഇൻഷുറൻസ് പരിരക്ഷ തേടുന്നവരെക്കുറിച്ചുള്ള എന്തെങ്കിലും മറ്റു വിവരം കമ്പനിയെ അറിയിക്കാനുണ്ടോ ?

പേര്	പേര്	പേര്	പേര്	പേര്

മേൽ പ്രസ്താവിച്ചിട്ടുള്ള വിവരങ്ങളെല്ലാം സത്യവും പൂർണ്ണവുമാണെന്നും ചികിത്സ നടത്തിയിട്ടുള്ള / നടത്തിയേക്കാവുന്ന ആശുപത്രിയിൽ നിന്നോ ഡോക്ടറിൽനിന്നോ എന്റെ ശാരീരികമോ, മാനസികമോ ആയ ഏതു രോഗവിവരവും അന്വേഷിച്ചറിയാൻ ഇതിനാൽ കമ്പനിയെ ഞാൻ അനുവദിക്കുകയും അധികാരപ്പെടുത്തുകയും ചെയ്യുന്നു. ഈ നിർദ്ദേശ ഫാറം ഇൻഷുറൻസ് പരിരക്ഷ നേടുന്നതിനുള്ള ആധാരമായിരിക്കും. ഇതിൽ പ്രസ്താവിച്ചിട്ടുള്ള വിവരങ്ങൾ ഭാവിയിൽ അസത്യമാണെന്ന് കമ്പനിക്ക് ബോധ്യം വന്നാൽ കമ്പനിക്ക് ഈ ഉടമ്പടി പ്രകാരം ഒരുത്തരവാദിത്വവും ഉണ്ടായിരിക്കുന്നതല്ല. സ്ഥാപനത്തിന്റെ കാര്യപത്രിക ഞാൻ വായിച്ചു മനസ്സിലാക്കിയതാണെന്നും അതിലെ നിബന്ധനകളും വ്യവസ്ഥകളും പ്രകാരമുള്ള ഇൻഷുറൻസ് പരിരക്ഷ നേടുന്നതിന് എനിക്ക് പൂർണ്ണ സമ്മതമാണെന്നും ഇതിനാൽ ഞാനറിയിച്ചുകൊള്ളുന്നു.

സ്ഥലം :
 തീയതി :

X പത്രപ്രവർത്തകന്റെ ഒപ്പ്

കുറിപ്പ് : ഈ നിർദ്ദേശ ഫാറത്തിൽ 5 ഡി പ്രകാരം 'ഉണ്ട്' എന്ന ഉത്തരം ബാധകമായ എല്ലാ അംഗങ്ങൾക്കും വേണ്ടി പത്രപ്രവർത്തകൻ തന്നെ നിർബന്ധമായും ഈ ഫാറം പൂരിപ്പിച്ച് ഒപ്പിടേണ്ടതാണ്.

അനുബന്ധം 'എ'

നിർദ്ദേശ ഫാറത്തിൽ പ്രതികൂല രോഗചരിത്രമുള്ളവർക്കുവേണ്ടി ഇൻഷുറൻസ് പരിരക്ഷ തേടുന്നപക്ഷം, നിർദ്ദേശകൻ പ്രസ്തുത രോഗവിവരങ്ങൾ താഴെയുള്ള കോളങ്ങളിൽ എഴുതേണ്ടതാണ്.

പ്രമേഹ ചോദ്യാവലി

1. പ്രമേഹ രോഗമുണ്ടെന്ന് മനസ്സിലാക്കിയ തീയതി
2. രോഗി ബോധ ക്ഷയത്തിനടിമയാവുകയുണ്ടായോ
3. പ്രമേഹത്തിനുള്ള മരുന്നുകൾ കഴിക്കുന്നുണ്ടെങ്കിൽ മരുന്നിന്റെ പേരും മാത്രയും
4. ഭക്ഷണത്തിനുമുമ്പായും പിമ്പായും നടത്തിയിട്ടുള്ള രക്തത്തിലെ പഞ്ചസാരയുടെ അളവുകളുടെയും ഇ.സി.ജി. റിപ്പോർട്ടിന്റെയും മറ്റു പരിശോധനാ റിപ്പോർട്ടുകളുടെയും തീയതിയും വിവരങ്ങളും (റിപ്പോർട്ടുകളുടെ കോപ്പികൾ അടക്കം ചെയ്യണം)
5. പ്രമേഹ സംബന്ധമായോ മറ്റ് രോഗങ്ങൾമൂലമോ ഏതെങ്കിലും വിധത്തിലുള്ള വിഷമാവസ്ഥയ്ക്ക് അടിമയായിട്ടുണ്ടോ? അടിമയാണോ?

പേര്	പേര്	പേര്	പേര്	പേര്

രക്തസമ്മർദ്ദ ചോദ്യാവലി

1. രക്തസമ്മർദ്ദത്തിന്റെ തോത് തീയതികളടക്കം
2. രക്തസമ്മർദ്ദത്തിനുള്ള മരുന്ന് കഴിക്കുന്നുണ്ടെങ്കിൽ പേരും മാത്രയും
3. പരിരക്ഷ തേടുന്നയാൾ പുകവലിക്കാറുണ്ടോ?
4. ഏതുതരം രക്തസമ്മർദ്ദമാണുള്ളത് (എസ്റ്റബ്ലിഷ്ഡ്, സെക്കൻഡറി/മാലിഗ്നറ്റ്)
5. പരിരക്ഷ തേടുന്നയാൾ മറ്റേതെങ്കിലും തകരാറുകൾക്കോ രോഗത്തിനോ അടിമയാണോ?
6. എല്ലാ പരിശോധനാ റിപ്പോർട്ടുകളുടെയും ഫലങ്ങൾ രേഖപ്പെടുത്തുക.

പേര്	പേര്	പേര്	പേര്	പേര്

നെഞ്ചുവേദന ഹൃദയപേശികളുടെ ബലക്ഷയം, മയോകോർഡിയൽ ഇൻഫാക്ഷൻ എന്നിവയെപ്പറ്റിയുള്ള ചോദ്യാവലി

1. പരിരക്ഷ തേടുന്നയാൾക്ക് നെഞ്ചുവേദനയോ, ഹൃദയപേശികളുടെ ബലക്ഷയമോ, മയോകോർഡിയൽ ഇൻഫാക്ഷനോ ഉണ്ടായിട്ടുണ്ടോ, ഉണ്ടെങ്കിൽ തീയതിയും വിശദവിവരങ്ങളും

പേര്	പേര്	പേര്	പേര്	പേര്

2. ഇപ്പോൾ കഴിക്കുന്ന മരുന്നുകളുടെ പേരും മാത്രയും
3. ഇ.സി.ജി., ട്രൈസ് ടെസ്റ്റ്, കൊറോണറി, ആഞ്ചി യോഗ്രാഫി, എക്സ്റേ, പത്തൊളജിക്കൽ പരിശോധന എന്നിവയുടെ തീയതിയും ഫലങ്ങളും (റിപ്പോർട്ടുകൾ അപേക്ഷയോടൊപ്പം വയ്ക്കേണ്ടതാണ്.)
4. ആശുപത്രിയിൽ പ്രവേശിപ്പിച്ചതിന്റെ തീയതിയും ആശുപത്രിയുടെയും ഡോക്ടറുടെയും പേരുകളും
5. മറ്റു രോഗങ്ങളോ, തകരാറുകളോ ഉണ്ടെങ്കിൽ അവയുടെ വിവരം
6. പതിവു ജോലികൾ ചെയ്യുന്നതിന് എന്തെങ്കിലും ശാരീരിക തടസ്സങ്ങളുണ്ടോ ?
7. എന്തെങ്കിലും പ്രത്യേക ചികിത്സയ്ക്കായുള്ള ഉപദേശം കിട്ടിയിട്ടുണ്ടെങ്കിൽ വിശദവിവരം

പേര്	പേര്	പേര്	പേര്	പേര്

സ്ഥലം :

തീയതി :

* പത്രപ്രവർത്തകന്റെ ഒപ്പ്

ചികിത്സിക്കുന്ന ഡോക്ടർ / സർജൻ പൂരിപ്പിക്കേണ്ടത് (രോഗഗ്രസ്ഥനാണെങ്കിൽ)

1. പരിരക്ഷ തേടുന്നയാളിന്റെ പേര്
2. രോഗ വിവരം
 - എ) നിലവിലുള്ള അസുഖങ്ങൾ/രോഗങ്ങൾ ഇതിനുള്ള പരിശോധനകൾ
 - ബി) കഴിഞ്ഞ കാലത്തെ ചികിത്സാ ചരിത്രം: ശസ്ത്രക്രിയ, അപകടം, ഗുരുതരമായ രോഗവിവരങ്ങൾ, തീയതിയോടുകൂടിയ പരീക്ഷണ ഫലങ്ങൾ, ആശുപത്രി ചികിത്സാവിവരങ്ങൾ
 - സി) കഴിഞ്ഞകാലത്തെയും നിലവിലുള്ളതുമായ ചികിത്സാക്രമങ്ങളും കാലാവധിയും
 - ഡി) രോഗ ശമനമുണ്ടായോ, താങ്കളുടെ ചികിത്സ നിർത്തിയതെപ്പോഴാണ്
3. സാധാരണ ഗതിയിലുള്ള പരിശോധനാഫലം
4. അംഗോപാംഗ പരിശോധനാഫലം

പ്രത്യേകവർത്തകളെ് ഒപ്പ് X

ചികിത്സിക്കുന്ന ഡോക്ടറുടെ ഒപ്പ്

ചികിത്സിക്കുന്ന ഡോക്ടറുടെ പേര്

യോഗ്യത

മേൽവിലാസം

ഫോൺ നമ്പർ

മൊബൈൽ നമ്പർ

തീയതി :

സ്ഥലം :