



राजस्थान सरकार
राज्य बीमा एवं प्रावधायी निधि विभाग
(साधारण बीमा निधि)

"डी"—ब्लॉक, द्वितीय तल, वित्त भवन, जनपथ, जयपुर

फोन : 2740219, 2740292

मेडिकलेम बीमा पॉलिसी दावा प्रपत्र
(Claim Form)

(केवल कार्यालय प्रयोग के लिए)

1. बीमाधारक का नाम :

उपनाम प्रथम नाम

(जिसके नाम से पॉलिसी जारी की गई है)

2. पॉलिसी संख्या अवधि से तक

3. रोगी व्यक्ति का विवरण

क. नाम और बीमाधारक के साथ संबंध

ख. वर्तमान पूर्ण आयु

ग. घर का पता

4. संसर्गजन्य रोग/बीमारी या लगी हुई चोट का प्रकार

5. वह दिनांक जिस दिन चोट लगने या रोग/बीमार

होने का पहली बार पता चला

6. अस्पताल का नाम और पता.....

7. (क) भर्ती होने का दिनांक (Date of Admission)

दिनांक

माह

वर्ष

(ख) छोड़े जाने का दिनांक (Date of Discharge)

दिनांक

माह

वर्ष

8. यदि दावा अधिवासी अस्पताल भर्ती के लिए है तो कृपया बताएं

क. उपचार के प्रारम्भ का दिनांक

दिनांक

माह

वर्ष

ख. उपचार समाप्त होने का दिनांक

दिनांक

माह

वर्ष

ग. उपचार करने वाले चिकित्सक का नाम और पता —

9. संपूर्ण खर्च का मदवार विवरण :

(अ) कमरा किराया(परिचर्या, भोजन आदि पर व्यय) :

(ब) चिकित्सक/विशेषज्ञ/सर्जन शुल्क :

(स) जॉच/परीक्षण व्यय :

(द) दवाईयों पर व्यय :

(य) आपरेशन थियेटर का व्यय :

कुल :

10. स्लग्न दस्तावेज :

I. मेडिकलेम बीमा परिचय पत्र की संबंधित चिकित्सा अधिकारी प्रभारी से प्रमाणित फोटो प्रति।

(परिचय पत्र प्राप्त नहीं होने की स्थिति में रोगी का फोटो चिपकाया जाये।)

II. अस्पताल के बिल, रसीद और छोड़े जाने का प्रमाण पत्र/कार्ड।

III. उचित प्रिसक्रिपशन के साथ अस्पताल एवं दवाईयों के मूल प्रमाणित बिल/केश मीमो

IV. सभी प्रकार के रोगों से संबंधित जांच रिपोर्ट के साथ एवं रोग के बारे में प्रमाण-पत्र

V. अधिवासी अस्पताल भर्ती के संबंध में मरीज के घर में उसकी देखभाल करने वाली प्रशिक्षित नर्स से प्राप्त रसीद जिसके साथ उपचार करने वाले चिकित्सक का प्रमाण-पत्र।

VI. उपचार करने वाले चिकित्सक से प्राप्त-पत्र जिसमें पॉलिसी के अधिवासी अस्पताल भर्ती क्लॉज के अंतर्गत उपचार करने के लिए कारण दिए गए हों।

VII. उपचार करने वाले चिकित्सक/सर्जन से यह प्रमाण-पत्र (डिस्चार्ज टिकट) कि मरीज रोगमुक्त हुआ है।

घोषणा

मैं एतद् द्वारा घोषणा करता हूँ कि उपर्युक्त विवरण सभी प्रकार से सत्य है और रोगी जिस पर चिकित्सा व्यय किया गया है वह पूर्णतया मुझ पर आश्रित है। मैं आगे घोषणा करता हूँ कि उपर्युक्त इलाज के संबंध में कोई भी लाभ किसी अन्य चिकित्सा योजना या बीमा के अन्तर्गत प्राप्त नहीं किया गया है।

200 के आज दिन पर में दिनांकित

रोगी का
हस्ताक्षरित
फोटो जो
चिकित्सक द्वारा
प्रमाणित हो।

दावाकर्ता के हस्ताक्षर
मय पद नाम व पता

सत्यापन

प्रमाणित किया जाता है कि उपरोक्तानुसार विवरण सही है।

प्रमाणित किया जाता है कि श्री/श्रीमति/कु0/सुश्री.....पद..... वर्तमान में इस कार्यालय में पदस्थापित है एवं इनका वेतनमान..... है। कृपया भुगतान की व्यवस्था करवायें।

(प्राधिकृत चिकित्सक/मेडिकल सुपरिटेण्डेंट के हस्ताक्षर)

(हस्ताक्षर आहरण वितरण अधिकारी मय सील (Dept. Head))

कार्यालय/TPA में प्रयोग के लिए

(1) दावे का दिनांक (2) दावा संख्या

(3) पॉलिसी संख्या (4) बीमित धनराशि रु.....

(5) दावाकर्ता द्वारा उठाए गए खर्चों की अनुसूची - (1)
(2)
(3)

(6) तैयारकर्ता
(प्रस्ताव पत्र से मिलान किया)

(7) जांचकर्ता

(8) अनुमोदितकर्ता कुल धनराशि दावे के अंतर्गत देय है: रु.

अग्रिम भुगतान घटाकर यदि कोई है तो (-)रु.

(9) भुगतान के लिए पारित रूपये शुद्ध देय धनराशि रु.

(10) यदि सम्पूर्ण दावा मंजूर नहीं किया गया तो उसका कारण -

सक्षम प्राधिकारी

जारी किया गया डिमांड ड्राफ्ट/चैक नं. मय दिनांक