

अस्पताल उपचार फार्म (अस्पताल प्राधिकारियों द्वारा भरा जाए)**भाग 'ख'**

इस पॉलिसी के अंतर्गत लाभ, प्रस्ताव के चरण में पॉलिसीधारक द्वारा चुने गए दैनिक लाभ के अनुसार निर्धारित किए जाते हैं और अस्पताल में भर्ती होने से पहले,के दौरान या बाद उसके द्वारा किए गए वास्तविक खर्चों/ निःशुल्क उपचार से इनका कोई संबंध नहीं है। किसी पॉलिसी के अंतर्गत किसी अन्य दावे के होते हुए भी इस लाभ का दावा किया जा सकता है।

यदि उपचार एक से अधिक अस्पताल से कराया गया है तो सभी अस्पतालों से विधिवत भरे हुए फार्म प्रस्तुत किए जाएंगे (यदि एक से अधिक बार आईसीयू में भर्ती कराया गया है तो इन भिन्न-भिन्न भर्तियों के ब्योरे अलग से दिए जाएंगे)

मरीज का नाम			
आयु		लिंग	मरीज भर्ती सं.
अस्पताल में भर्ती होने की तारीख		भर्ती होने का समय	
अस्पताल से छुट्टी की तारीख		छुट्टी होने का समय	
आईसीयू में भर्ती होने की तारीख		आईसीयू में भर्ती होने का समय	
आईसीयू से छुट्टी होने की तारीख			
इलाज करने वाले डाक्टर/ सर्जन का नाम		पंजीकरण संख्या	
निदान			
क्या वर्तमान बीमारी/ रोग किसी पूर्व-विद्यमान दशा की जटिलता है जिससे मरीज पीडित है?			
पिछली बीमारी/ रोग का इतिहास			
निदान		बीमारी की अवधि	कराई गई पिछली शल्यचिकित्साएं
यदि हां तो कृपया बीमारी/ रोग या पिछली किसी सर्जरी की जटिलता और बीमारी आरंभ होने की तारीख का उल्लेख करें			
क्या इस बीमारी/ रोग/ विकृति का स्वरूप जन्मजात है?			
अस्पताल में वर्तमान भर्ती के लिए दिए गए उपचार का संक्षिप्त विवरण			
(क)की गई सर्जरी का स्वरूप और सर्जरी की अवधि (ख)सर्जरी के ब्योरों का उल्लेख करें (लेज़र, विस्तृत प्रक्रिया, कोई अन्य आधुनिक तकनीकी उत्कीर्णन)			

दुर्घटना मामलों/ आरटीए के मामले में क्या क) शराब के नशे में था ख) चिकित्सीय-विधिक मामला ग) प्रथम सूचना रिपोर्ट दर्ज की गई			
अस्पताल/ दिवा देखभाल केंद्र के ब्योरे			
अस्पताल का नाम और पता			
अस्पताल का पंजीकरण संख्या		क्या (1) नैदानिक स्थापना हाँ/नहीं (पंजीकरण एवं विनियमन अधिनियम, 2010 के अंतर्गत पंजीकृत)	
क्या (2) नैदानिक स्थापना अधिनियम, 2010 की धारा 56(1) की अनुसूची के हाँ/नहीं अंतर्गत विनिर्दिष्ट स्थापना के अंतर्गत पंजीकृत		बिस्तरों की संख्या :	
क्या किसी अधिनियम के अंतर्गत पंजीकृत? यदि हां तो उल्लेख करें			
क्या चिकित्सा केंद्र, पंजीकृत और अर्हताप्राप्त चिकित्सा व्यवसायी के पर्यवेक्षण में है :		हाँ/नहीं	
क्या अस्पताल में निम्नलिखित है:			
पूर्णतः उपकरणयुक्त एक आपरेशन थियेटर	हाँ/नहीं	आईसीयू	हाँ/नहीं
24 घंटे अर्हताप्राप्त नर्स	हाँ/नहीं	24 घंटे अर्हताप्राप्त डाक्टर	हाँ/नहीं
मरीजों का दैनिक रिकार्ड रखा गया	हाँ/नहीं	क्या जीवन बीमा निगम के प्राधिकृत कर्मियों को उपगम्य दैनिक रिकार्ड हैं	हाँ/नहीं
मरीज के स्वास्थ्य कार्ड/ फोटो आईडी (अर्थात पैन कार्ड/ वोटर कार्ड/ पासपोर्ट/ ड्राइविंग लाइसेंस आदि) की एक साफ प्रति यहां चिपकाई जानी आवश्यक है और इसे प्रधान बीमित (पीआई) तथा अस्पताल प्राधिकारियों द्वारा साक्ष्यांकित किया जाएगा।		<p style="text-align: center;">प्रमाणपत्र</p> प्रमाणित किया जाता है कि श्री/ श्रीमती/ कुमारी जिसका आईडी कार्ड/फोटो ऊपर चिपकाया गया है, ने ऊपर दिए गए ब्योरों के अनुसार अस्पताल में भर्ती होकर उपचार/ सर्जिकल प्रक्रिया कराई है। हम एतदद्वारा पुष्टि करते हैं कि दावे में दावेदार द्वारा प्रस्तुत किए गए उपचार के ब्योरे सही हैं। स्थान : डॉक्टर/ अस्पताल प्राधिकारियों दिनांक : के हस्ताक्षर, अस्पताल की मुहर के साथ	

सेवा में

.....

.....

मैं एतदद्वारा टीपीए मैसर्स और भारतीय जीवन बीमा निगम के प्रतिनिधियों को प्राधिकृत करता/ करती हूँ कि वह आपसे चिकित्सा सूचना (इनडोर केस पेपर, रिपोर्टें, दस्तावेज़, जिनमें मेरे/ मेरे परिवार के सदस्यों की भर्ती होने/ उपचार आदि से संबंधित उनकी फोटो प्रतियां शामिल हैं) प्राप्त करने के लिए निःशुल्क और असीमित एक्सेस करें।

मैं एतदद्वारा अस्पताल/ इलाज करने वाले उस चिकित्सक/ चिकित्सा व्यवसायी जिससे मैंने/मेरे परिवार के सदस्यों ने किसी बीमारी/ रुग्णता या चोट से संबंधित चिकित्सा परामर्श/ इलाज कराया है, को भी प्राधिकृत करता/ करती हूँ कि वह टीपीए/ भारतीय जीवन बीमा निगम या उनके प्रतिनिधियों को उपर्युक्त सूचना प्रदान करें। टीपीए या भारतीय जीवन बीमा निगम या इसके प्रतिनिधियों को यह सूचना देने पर मैं स्वयं/मेरे उत्तराधिकारी/ समनुदेशिती कोई विवाद नहीं उठाएंगे या मुकदमा नहीं करेंगे।

दिनांक और स्थान :

पॉलिसीधारक/ दावेदार के हस्ताक्षर