

फार्म सं. एलआईसी/एचआई/डीटीबी दावा फार्म 1 (जुलाई 2009)
आवासीय उपचार लाभ के लिए दावा फार्म
 (स्वास्थ्य बीमा प्लान 901 और 902 के अंतर्गत आवासीय उपचार
 लाभ के रूप में चिकित्सा व्यय की प्रतिपूर्ति के लिए लागू)

सेवा में
 प्रबंधक, भारतीय जीवन बीमा निगम, मंडलीय कार्यालय

केवल शाखा के इस्तेमाल के लिए
 दावा फार्म की प्राप्ति की तारीख :
 दस्तावेज़ प्राप्त करने के लिए प्राधिकृत व्यक्ति के हस्ताक्षर

पॉलिसी नंबर प्रधान बीमित का नाम

कृपया, नीचे दी गई पॉलिसी के अंतर्गत उपलब्ध आवासीय उपचार लाभ के रूप में किए गए चिकित्सा व्यय के रुपए की प्रतिपूर्ति करें।
 किए गए आवासीय उपचार व्यय के ब्योरे

क्रम सं.	बीमित व्यक्ति का नाम, जिसके लिए दावा किया गया है	बीमित व्यक्ति का स्टेटस (प्रधान बीमित व्यक्ति/ पति-पत्नी/बच्चा)	उपचार का प्रकार (ऐलोपैथिक, आयुर्वेदिक आदि)	प्राप्ति का प्रकार (परामर्श शुल्क, दवाइयां, रिपोर्ट आदि)	जारी की गई रसीद/ बिल	बिल/ रसदी आदि संख्या	तारीख	धनराशि (रुपए)
1.								
2.								
3.								
4.								
5.			जोड़					

मैं एतद्वारा घोषणा करता/करती हूँ कि:

1. इस दावा फार्म में उल्लिखित सभी बीमित व्यक्ति, दावे की तारीख को इस पॉलिसी के अंतर्गत कवर हैं।
2. बिलों/ रसीदों आदि की तारीख, इस दावे की तारीख से एक वर्ष के अंदर है।
3. दावे की कुल धनराशि 2500/- रुपए से अधिक है (पॉलिसी की अवधि के अंतिम वर्ष के दौरान लागू नहीं)

अनुलग्नक : ऊपर उल्लिखित सभी रसीदें/ बिल आदि

स्थान:

दिनांक :

टिप्पणी : आवासीय उपचार लाभ दावे एक पॉलिसी वर्ष में केवल दो बार भुगतानयोग्य हैं।

प्रधान बीमित/ पॉलिसीधारक के हस्ताक्षर

पता :

.....