

दावा फार्म और अन्य दस्तावेज केवल शाखा/मंडलीय कार्यालयों को प्रस्तुत किए जाएंगे

जीवन बीमा निगम की स्वास्थ्य बीमा पॉलिसी के अंतर्गत एचसीबी/ एमएसबी/डीसीपीबी/ ओएसबी/ तीव्र नकदी का दावा करने के लिए फार्म

(इस फार्म के जारी किए जाने को बीमाकर्ता द्वारा दायित्व की स्वीकार्यता के रूप में नहीं माना जाना चाहिए)

इस पॉलिसी के अंतर्गत लाभ, प्रस्ताव के चरण में आपके द्वारा चुने गए दैनिक लाभ के अनुसार निर्धारित हैं और अस्पताल में भर्ती होने से पहले, के दौरान और के पश्चात आपके द्वारा किए गए वास्तविक खर्चों के साथ उसका कोई संबंध नहीं है।

पॉलिसी संख्या	स्वास्थ्य कार्ड का यूएचआईडी नंबर	टीपीए का नाम	प्रधान बीमित का मोबाइल/फोन	प्रधान बीमित का ई-मेल आईडी

1. प्राप्त की गई तीव्र नकदी सुविधा (केवल प्लान 903 पॉलिसियों के लिए लागू)

प्रमुख सर्जरी की तारीख	प्रमुख सर्जरी के ब्योरे (श्रेणी 1 या 2)	सर्जरी करने वाले सर्जन का नाम	प्राप्त की गई तीव्र नकदी की धनराशि
------------------------	---	-------------------------------	------------------------------------

2. पॉलिसी के अंतर्गत अब दावाकृत लाभ

क. बीमित का दैनिक अस्पताल नकदी लाभ	ख. अस्पताल में भर्ती रहने के दिनों की संख्या	ग. दावाकृत दैनिक अस्पताल नकदी लाभ	घ. दावाकृत प्रमुख सर्जिकल लाभ	ङ. दावाकृत कुल लाभ (ग+घ)

क. पॉलिसीधारक के ब्यारे

ख. बीमित सदस्य के ब्योरे (जिसके संबंध में दावा किया गया है)

पॉलिसीधारक (प्रधान बीमित) का नाम	बीमित का नाम	
पॉलिसीधारक का पत्र-व्यवहार का पता	बीमित का पेशा	
	बीमित का पता	
ग. बीमारी/ रोग/ चोट के ब्योरे		ङ. प्रधान बीमित के साथ बीमित का रिश्ता
रोग/बीमारी/चोट का स्वरूप	लिंग (पु./म.)	जन्म तिथि
	आरंभिक निदान के साथ रोग के पिछले इतिहास के ब्यारे)	
प्रथम बार पता लगी बीमारी/ रोग/ चोट की तारीख	बीमारी की अवधि :	
क्या बीमित को पहले अस्पताल में	सड़क यातायात दुर्घटना के मामले में क्या एमएलसी/ प्रथम सूचना रिपोर्ट दर्ज कराई गई? हां/नहीं	

भर्ती किया गया है? यदि हां तो ब्योरे दें।		यदि हां तो रिपोर्ट संलग्न करें।
अस्पताल और उपचार का विवरण		
अस्पताल का नाम		अस्पताल का फोन नंबर
पंजीकरण संख्या		अस्पताल का फैक्स नंबर
अस्पताल का पता		अंतरंग रोगी संख्या
		भर्ती की तारीख
		समय
		डिस्चार्ज की तारीख
		समय
		निदान
किसी अन्य स्वास्थ्य बीमा द्वारा कवर किया गया : कंपनी का नाम और पॉलिसी नंबर दें		
ड. इलाज करने वाले डॉक्टर के ब्योरे		
इलाज करने वाले डाक्टर का नाम और उसकी विशेषज्ञता		
पंजीकरण संख्या/ औषध प्रणाली : ऐलोपैथी/ गैर-ऐलोपैथी		
च. आईसीयू उपचार के ब्योरे		छ. सर्जिकल प्रक्रिया, यदि कोई है, के ब्योरे
क्या अस्पताल में भर्ती होने में आईसीयू उपचार शामिल है ?	हां/नहीं	सर्जरी का नाम
		सर्जरी की तारीख
यदि हां तो आईसीयू उपचार के प्रारंभण की तारीख/ समय		सर्जन का नाम, जिसने सर्जरी की
आईसीयू उपचार पूरा होने की तारीख/ समय		कृपया इस फार्म के साथ सभी सर्जिकल रिपोर्ट संलग्न करें

पॉलिसीधारक/ दावेदार द्वारा घोषणा

<p>मैं एतद्वारा घोषणा करता/ करती हूँ कि उपर्युक्त सूचना मेरी सर्वोत्तम जानकारी के अनुसार सत्य और सही है। यदि मैंने कोई गलत, कपटपूर्णया असत्य कथन दिया है या उपर्युक्त प्रश्नों के उत्तरों में कुछ छिपाया है तो इस पॉलिसी के अंतर्गत दावे करने का मेरा अधिकार समाप्त किया जा सकता है।</p> <p style="text-align: right;">पॉलिसीधारक/ प्रधान बीमित के हस्ताक्षर</p> <p>तारीख : स्थान :</p>

दावा भुगतान प्रमाणपत्र

<p>बैंक का नाम/ कोड नंबर</p> <p>स्थान</p> <p>आईएफएससी नंबर</p> <p>पैन नंबर</p> <p>कृपया ऊपर दिए गए ब्योरो के प्रमाणीकरण के लिए एक निरस्तीकृत चेक का पन्ना संलग्न करें।</p> <p>मेरे द्वारा प्रस्तुत बैंक खाते के ब्योरे और बैंक का पता आदि सही हैं और मैं एतद्वारा भारतीय जीवन बीमा निगम को प्राधिकृत करता/करती हूं कि वह दावे का भुगतान, मेरे ऊपर उल्लिखित बैंक खाते में कर दे।</p> <p>दिनांक: प्रधान बीमित के हस्ताक्षर</p>	<p>मैं एतद्वारा भारतीय जीवन बीमा निगम को प्राधिकृत करता/ करती हूं कि वह पॉलिसी की लागू शर्तों, निबंधनों और सीमाओं के अनुसार उपर्युक्त दावे का भुगतान करे। यह भुगतान, ऊपर उल्लिखित दावे के पूर्ण एवं अंतिम निपटान में पूर्ण संतुष्टि के अनुसार दिया गया।</p> <p>दिनांक: प्रधान बीमित के हस्ताक्षर</p> <p>स्थान: प्रधान बीमित के हस्ताक्षर</p> <p>रसीदी टिकट</p>
---	--