

राजस्थान सरकार

कार्यालय वरिष्ठ अतिरिक्त निदेशक (साधारण बीमा निधि)

राज्य बीमा एवं प्रावधानी निधि विभाग, डी-ब्लॉक, द्वितीय तल, वित्त भवन,
जनपथ, विधानसभा के पास, जयपुर - 302005 (राजस्थान)दूरभाष :- 0141-2740252, 2740219
फैक्स :- 0141-2740292ई-मेल:- add.medi.sipf@rajasthan.gov.in
वेबसाइट:- www.sipf.rajasthan.gov.in

मेडिकलेम बीमा पॉलिसी दावा प्रपत्र

1. बीमाधारक का नाम :

केवल कार्यालय प्रयोग के लिए

2. बीमा विभाग द्वारा जारी एम्प्लॉई आई.डी. नं.
(जिसके नाम से पॉलिसी जारी की गई है) उपनाम प्रथम नाम
दावा संख्या.....

3. पॉलिसी संख्या अवधि से तक

4. रोगी व्यक्ति का विवरण
क. नाम और बीमाधारक के साथ संबंध
ख. वर्तमान पूर्ण आयु
ग. घर का पता

ध दूरभाष नं० मोबाईल नं०

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

6. वह दिनांक जिस दिन चोट लगने या रोग/बीमार
होने का पहली बार पता चला

7. अस्पताल का नाम और पता.....

8. (क) भर्ती होने का दिनांक
(ख) छोड़े जाने का दिनांक

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
दिनांक	माह	वर्ष
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
दिनांक	माह	वर्ष

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

क. उपचार के प्रारम्भ का दिनांक

ख. उपचार समाप्त होने का दिनांक

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
दिनांक	माह	वर्ष	दिनांक	माह	वर्ष

ग. उपचार करने वाले चिकित्सक का नाम और पता -

10. संपूर्ण खर्च का मदवार विवरण :-

- (अ) कमरा किराया(परिचर्या, भोजन आदि पर व्यय) :
- (ब) चिकित्सक/विशेषज्ञ/सर्जन शुल्क :
- (स) जांच/परीक्षण व्यय
- (द) दवाईयों पर व्यय :
- (य) आपरेशन थियेटर का व्यय

11. बैंक खातों का विवरण :-

- बैंक खाता सं० (salary a/c number)
- बैंक एवं ब्रांच का नाम, जिला
- आईएफएससी कोड
- एमआईसीआर कोड

(नोट:- दावा राशि बैंक खातों में जमा करवाने के लिए बैंक पास बुक की छायाप्रति/कैन्सिल्ड चेक अथवा बैंक की छायाप्रति संलग्न करें।)

12. संलग्न दस्तावेज :-

- I. मेडिकलेम कार्ड की संबंधित चिकित्सा अधिकारी प्रमारी से प्रमाणित फोटो प्रति।
(मेडिकलेम कार्ड प्राप्त नहीं होने की स्थिति में रोगी का फोटो चिपकाया जाये।)
- II. अस्पताल के समस्त मूल बिल, रसीदें और अस्पताल छोड़े जाने का प्रमाण पत्र (डिस्चार्ज टिकिट)/कार्ड।
- III. उचित प्रिस्क्रिपशन के साथ अस्पताल एवं दवाईयों के समस्त मूल प्रमाणित बिल/के मीमो
- IV. सभी प्रकार के रोगों से संबंधित जांच रिपोर्ट 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 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 मैं स्वयं/मेरे परिवार का सदस्य एवं 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।

20 के आज दिन पर में दिनांकित

रोगी का बीमित
द्वारा 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/कु०/सुश्री.....पद..... वर्तमान में इस कार्यालय में पदस्थापित है एवं इनका वेतनमान..... है। कृपया भुगतान की व्यवस्था करवायें।

हस्ताक्षर आहरण वितरण अधिकारी मय सील

प्राधिकृत चिकित्सक/मेडिकल सुपरिटेण्डेंट के हस्ताक्षर

(नोट- दावा प्रपत्र की सभी प्रविष्टियों की पूर्ति अवश्य करें। अपूर्ण रूप से भरे या गलत प्रविष्टि वाले दावा प्रपत्र पर विचार नहीं किया जावेगा)