





दाव्यासाठी सदर केलेली कागदपत्रे चेकलिस्ट.

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> दाव्याचे प्रपत्र योग्य स्वाक्षरीकृत | <input type="checkbox"/> ऑपरेशन थिएटरमधील नोंदी                            |
| <input type="checkbox"/> दाव्याच्या सूचनेची प्रत             | <input type="checkbox"/> ईसीजी   |
| <input type="checkbox"/> इस्पितळाचे मुख्य देयक               | <input type="checkbox"/> तपासण्यांसाठी डॉक्टरांची विनंती                   |
| <input type="checkbox"/> इस्पितळाच्या देयकाचे ब्रेक अप       | <input type="checkbox"/> तपासणी अहवाल ( सीटी / एमआरआय / यूएसजी / एचपीई सह) |
| <input type="checkbox"/> इस्पितळाचे देयक भरल्याची पावती      | <input type="checkbox"/> इतर   |
| <input type="checkbox"/> इस्पितळातून सोडल्याचा तपशील         |  |
| <input type="checkbox"/> औषधांचे देयक                        |  |

सादर केलेल्या देयकांचे तपशील

अनुक्रमांक	देयक क्रमांक	दिनांक	देयक कोणाकडून आले?	कशासाठी	रक्कम (रु.)
1.		d d m m y y		इस्पितळाचे मुख्यदेयक	
2.		d d m m y y		इस्पितळात दाखल करण्याआधी संख्या	
3.		d d m m y y		इस्पितळात दाखल करण्याआधी संख्या	
4.		d d m m y y		औषधांची देयके	
5.		d d m m y y			
6.		d d m m y y			
7.		d d m m y y			
8.		d d m m y y			
9.		d d m m y y			
10.		d d m m y y			

प्राथमिक विमाधारकाच्या खात्याचे तपशील

- a) पॅन :
- b) खाते क्रमांक :
- c) बँकेचे नाव आणि शाखा :
- d) घनादेश / डीडी तपशील :
- e) आयएफएससी कोड :

विमाधारकाचे घोषणा प्रपत्र

मी असे जाहीर करतो / करते की ह्या दाव्याच्या प्रपत्रात नमूद केलेली सर्व माहिती सत्य असून माझ्या माहितीप्रमाणे अचूक आहे. मी काही असत्य किंवा खोटे विधान केले असल्यास, वस्तुस्थिती दडवली किंवा लपवली असल्यास, माझा दाव्याची रक्कम मिळण्याचा अधिकार रद्द होईल. ज्या व्यक्तीसाठी हा दावा केला आहे, तिच्यावर उपचार करणाऱ्या कोणत्याही इस्पितळातून / वैद्यकीय व्यावसायिकांकडून आवश्यक वैद्यकीय माहिती / कागदपत्रे मिळवण्याची मी टीपीए / विमा कंपनीला संमती देतो / अधिकृत करतो. मी असे जाहीर करतो / करते की ह्या दाव्याच्या हेतूसाठी मी सर्व देयके / पावत्या जोडल्या आहेत आणि इस्पितळात दाखल करण्यापूर्वीचा / इस्पितळातून घरी सोडल्यानंतरचा दावा सोडून मी कोणताही पुरवणी दावा करणार नाही.

दिनांक :

ठिकाण :

विमाधारकाची सही



## दावा प्रपत्र - भाग B

### इस्पितळाने भरावे

( ब्लॉक अक्षरात भरावे )

हे दावा पत्र जारी केल्याचा अर्थ ह्या पॉलिसीच्या अंतर्गत कुठलेही दायित्व स्वीकारले आहे , असा नाही.  
कृपया भाग A च्या एवजी प्री अथोरायझेशन मूळ विनंती प्रपत्र जोडा

### इस्पितळाचा तपशील

- a) इस्पितळाचे नाव :
- b) इस्पितळाचा आयडी :
- c) इस्पितळाचा प्रकार :  नेटवर्क  नॉन नेटवर्क (जर नॉन नेटवर्क असेल तर सेक्शन E )
- d) उपचार करणाऱ्या डॉक्टरचे नाव :  S U R N A M E  F I R S T  N A M E  M I D D L E  N A M E
- e) शैक्षणिक अर्हता :
- f) राज्य कोडसह नोंदणी क्रमांक :
- g) दूरध्वनी क्रमांक :

### दाखल केलेल्या रुग्णाचा तपशील

- a) रुग्णाचे नाव :  S U R N A M E  F I R S T  N A M E  M I D D L E  N A M E
- b) आयपी नोंदणी क्रमांक :
- c) लिंग :  पुरुष  स्त्री
- d) वय : वर्ष   महिने
- e) जन्मतारीख :
- f) दाखल केल्याची तारीख :
- g) वेळ :
- h) इस्पितळातून सोडल्याची तारीख :
- i) वेळ :
- j) प्रवेशाचा प्रकार :  आणीबाणी  नियोजित  डे केअर  प्रसूती
- k) प्रसूती असेल तर : i. प्रसूतीची तारीख :
- ii. स्टेटसची श्रेणी :
- l) घरी सोडण्याच्या वेळचे स्टेटस ::  घरी सोडले  दुसऱ्या इस्पितळात दाखल केले  मृत

### निदान केलेल्या आजाराचे तपशील ( प्राथमिक )

- | a)                   | आयसीडी 10कोड         | वर्णन                | b)                      | आयसीडी 10कोड         | वर्णन                |
|----------------------|----------------------|----------------------|-------------------------|----------------------|----------------------|
| i) प्राथमिक निदान :  | <input type="text"/> | <input type="text"/> | i) प्रक्रिया 1 :        | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| ii) अतिरिक्त निदान : | <input type="text"/> | <input type="text"/> | ii) प्रक्रिया 2 :       | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| iii) सह आजार :       | <input type="text"/> | <input type="text"/> | iii) प्रक्रिया 3 :      | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| iv) सह आजार :        | <input type="text"/> | <input type="text"/> | iv) प्रक्रियेचे तपशील : | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
- c) सध्याचा आजार हा आधीच असलेल्या आजारातील गुंतागुंत आहे का?  हो  नाही i) (जर असेल तर तपशील द्या) : \_\_\_\_\_
- d) प्री अथोरायझेशन मिळवले आहे का :  हो  नाही e) प्री अथोरायझेशन क्रमांक :
- f) प्री अथोरायझेशन मिळवले नसेल तर त्याचे कारण :
- g) जखमी झाल्यामुळे इस्पितळात दाखल :  हो  नाही i) (असेल तर कारण)  स्वयंइजा  रस्त्यावरील अपघात  i) मादकद्रव्य सेवन / दारू सेवन
- l) जर मादक द्रव्य सेवन / दारू सेवन ह्यामुळे जखमी असेल तर ते स्थापित करण्यासाठी तपासणी केली का :  हो  नाही (हो असेल तर अहवाल जोडा) iii) न्याय वैद्यकीय :  हो  नाही
- v) एफआयआर क्रमांक :  vi) पोलिसात तक्रार दाखल केली नसेल तर त्याचे कारण : \_\_\_\_\_

### दाव्यासाठी सदर केलेली कागदपत्रे चेकलिस्ट

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> दाव्याचे प्रपत्र योग्य स्वाक्षरीकृत                           | <input type="checkbox"/> तपासणी अहवाल                           |
| <input type="checkbox"/> मूळ प्री अथोरायझेशन विनंती                                    | <input type="checkbox"/> सीटी/एमआर/युएसजी/एचपीई तपासणी अहवाल    |
| <input type="checkbox"/> प्री अथोरायझेशन मंजुरीपत्राची प्रत                            | <input type="checkbox"/> तपासणी साठी डॉक्टरांची संदर्भ चिट्ठी   |
| <input type="checkbox"/> इस्पितळाने पडताळणी केलेली रुग्णाच्या फोटो आय डी कार्डाची प्रत | <input type="checkbox"/> ईसीजी                                  |
| <input type="checkbox"/> इस्पितळाचा डिस्चार्जचा सारांश                                 | <input type="checkbox"/> औषधांचे देयक                           |
| <input type="checkbox"/> ऑपरेशन थिएटर नोंदी  | <input type="checkbox"/> एमएलसी अहवाल आणि पोलीस एफआयआर          |
| <input type="checkbox"/> इस्पितळाचे मुख्य देयक   | <input type="checkbox"/> जिथे लागू असेल तिथे मृत्यूचे मूळ तपशील |
| <input type="checkbox"/> इस्पितळाच्या देयकाचा ब्रेक अप                                 | <input type="checkbox"/> इतर, काही असेल तर स्पष्ट करा           |



नोंन नेटवर्क इस्पितळाचे तपशील

a) इस्पितळाचा पत्ता :   
  
गाव :  राज्य :   
पिनकोड :  b) दूरध्वनी क्रमांक:  c) नोंदणी क्रमांक :   
d) पॅन  e) अंतर्गत रुग्णांच्या खाटांची संख्या :  f) इस्पितळात उपलब्ध सुविधा : I) ओटी :  हो  नाही ii) आयसीयु:  हो  नाही  
iii) इतर :

विमाधारकाचे घोषणापत्र

(कृपया अतिशय काळजीपूर्वक वाचा)

मी असे जाहीर करतो/ करते की ह्या दाव्याच्या प्रपत्रात नमूद केलेली सर्व माहिती सत्य असून माझ्या माहितीप्रमाणे अचूक आहे. मी काही असत्य किंवा खोटे विधान केले असल्यास, वस्तुस्थिती दडवली किंवा लपवली असल्यास,माझा दाव्याची रक्कम मिळण्याचा अधिकार रद्द होईल. ज्या व्यक्तीसाठी हा दावा केला आहे, तिच्यावर उपचार करणाऱ्या कोणत्याही इस्पितळातून/ वैद्यकीय व्यावसायिकाकडून आवश्यक वैद्यकीय माहिती / कागदपत्रे मिळवण्याची मी टीपीए/विमा कंपनीला संमती देतो / अधिकृत करतो. मी असे जाहीर करतो/ करते की ह्या दाव्याच्या हेतूसाठी मी सर्व देयके /पावत्या जोडल्या आहेत आणि इस्पितळात दाखल करण्यापूर्वीचा / इस्पितळानंतरचा दावा सोडून मी कोणताही पुरवणी दावा करणार नाही.

दिनांक :

ठिकाण :

विमाधारकाची सही

विमाधारकाचे घोषणापत्र

(कृपया अतिशय काळजीपूर्वक वाचा)

आम्ही असे जाहीर करतो की ह्या दाव्याच्या प्रपत्रात नमूद केलेली सर्व माहिती सत्य असून आमच्या माहितीप्रमाणे आणि विश्वासाप्रमाणे अचूक आहे. आम्ही काही असत्य किंवा खोटे विधान केले असल्यास, वस्तुस्थिती दडवली किंवा लपवली असल्यास, आमचा दाव्याची रक्कम मिळण्याचा अधिकार रद्द होईल. आमच्याकडून दावा प्रपत्र B पूर्णपणे भरले गेल्यानंतर ह्या प्रपत्रावर विमाधारकाची सही घेतली आहे.

दिनांक :

ठिकाण :

इस्पितळाच्या अधिकार्यांची सही आणि शिक्का