

युनाइटेड इंडिया इश्योरेंस कं. लि.

(भारतीय साधारण बीमा निगम की सहायक)

पंजीकृत एवं प्रधान कार्यालय : युनाइटेड इंडिया हाऊस, 24, वाइट्स रोड, चेन्नई - 600 014.



UNITED INDIA INSURANCE CO. LTD.

(A Subsidiary of General Insurance Corporation of India)

Regd. & Head Office: United India House, 24, Whites Road, Chennai - 600 014.

जारीकर्ता कार्यालय का पता। ISSUING OFFICE ADDRESS

मेडीक्लेम बीमा पॉलिसी दावा प्रपत्र

MEDICLAIM INSURANCE POLICY CLAIM FORM

इस प्रपत्र को जारी करने का तात्पर्य बीमाकर्ता की ओर से दावे के अंतर्गत किसी दायित्व को स्वीकृति प्रदान करना नहीं है।

Issuance of this form does not amount to admission of any liability under the claim on the part of the Insurers.

कृपया निम्नलिखित जानकारी सही और पूर्ण रूप में दें जिससे आपके दावे पर शीघ्र कार्रवाई करने में कंपनी को मदद मिल सके।

Please give the following information correctly and completely to enable the Company to process your claim promptly.

दावा सं. / CLAIM NO. _____

- बीमाधारक का नाम
Name of the Insured : _____
(जिसके नाम से पॉलिसी जारी की गई)
(in whose name policy is issued) **उपनाम**
SURNAME **आद्यक्षर**
INITIALS
- बीमाधारक व्यक्ति के विवरण (जिसके संबंध में दावा किया गया हो):
Details of the Insured person (in respect of whom claim is made)
क. नाम और बीमाधारक के साथ संबंध
(a) Name & relationship to the insured : _____
ख. वर्तमान पूर्ण आयु
(b) Present Completed Age : _____
ग. व्यवसाय
(c) Occupation : _____
घ. घर का पता
(d) Residential address : _____

- पॉलिसी संख्या / Policy No. : _____
- संसर्गजन्य रोग / बीमारी या लगी हुई चोट का प्रकार
Nature of Disease/illness contracted or injury suffered : _____
- वह दिनांक जिस दिन चोट लगने या रोग / बीमारी होने का पहली बार पता चला
Date of injury sustained or Disease/illness first detected : दिनांक / Date _____ माह / Month _____ वर्ष / Year _____
- क. उपचार करने वाले चिकित्सक का नाम और पता
(a) Name and address of the attending Medical Practitioner : _____
पिन कोड / Pin Code _____
ख. पंजीकरण संख्या
(b) Registration No. : _____
ग. शैक्षणिक अर्हता और फोन नंबर
(c) Qualifications & Telephone No. : _____
- क. अस्पताल/नर्सिंगहोम/क्लिनिक का नाम, पता
(a) Name and address of the Hospital/ Nursing Home/Clinic : _____
पिन कोड / Pin Code _____
ख. पंजीकरण संख्या
(b) Registration No. : _____
ग. भर्ती होने का दिनांक
(c) Date of Admission : दिनांक / Date _____ माह / Month _____ वर्ष / Year _____
घ. छोड़े जाने का दिनांक
(d) Date of Discharge : दिनांक / Date _____ माह / Month _____ वर्ष / Year _____

8. यदि दावा आवासीय अस्पतालभर्ती के लिए है तो कृपया बताएं
If the claim is for Domociliary Hospitalisation, Please indicate

क. उपचार के प्रारंभ का दिनांक (a) Date of Commencement of treatment	:	<table border="1" style="display: inline-table; width: 50px; height: 20px;"></table>	:	<table border="1" style="display: inline-table; width: 50px; height: 20px;"></table>	:	<table border="1" style="display: inline-table; width: 50px; height: 20px;"></table>
		दिनांक / Date		माह / Month		वर्ष / Year
ख. उपचार समाप्त होने का दिनांक (b) Date of Completion of treatment	:	<table border="1" style="display: inline-table; width: 50px; height: 20px;"></table>	:	<table border="1" style="display: inline-table; width: 50px; height: 20px;"></table>	:	<table border="1" style="display: inline-table; width: 50px; height: 20px;"></table>
		दिनांक / Date		माह / Month		वर्ष / Year
ग. उपचार करने वाले चिकित्सक का नाम और पता (c) Name & Address of attending Medical Practitioner :	_____					

	पिन कोड / Pin Code _____					
	राज्य/संघशासित प्रदेश/State/ U. Territory _____					
घ. फोन नंबर (d) Telephone No.	:	_____				
ड. पंजीकरण संख्या (e) Registration No.	:	<table border="1" style="display: inline-table; width: 150px; height: 20px;"></table>				

मैंने उपर उल्लिखित रोग/बीमारी/दुर्घटना के उपचार, अगले पृष्ठपर दिए गए खर्चों की अनुसूची में अपने द्वारा दिए गए विवरण अनुसार खर्चे वहन किए हैं।
I have incurred on the treatment of Disease/illness/Accident referred of above, the expenses as per the _____ given by me in the Schedule of Expenses given overleaf.

उपर्युक्त दावे के समर्थन में मैं निम्नलिखित दस्तावेज संलग्न करता हूँ (कृपया (✓) द्वारा दर्शाएं)

In support of the above claim, I enclose following documents [Please Indicate (✓)]

- अस्पताल के बिल्स, रसीद और छोड़े जाने का प्रमाणपत्र/कार्ड।
Bills, Receipts and Discharge Certificate/card from the Hospital.
- उचित प्रिस्क्रिप्शन के साथ अस्पताल/केमिस्ट से प्राप्त केश मेमो।
Cash memos from the Hospital/Chemist(s), supported by the proper prescription.
- पैथॉलॉजिकल जांच रिपोर्ट की मांग की जाने पर उपचार करने वाले चिकित्सक सर्जन से नोट के साथ पैथॉलॉजिकल जांच की रसीद और पैथॉलॉजिकल रिपोर्ट।
Receipt and Pathological test reports from a Pathologist supported by the note from the attending Medical Practitioner / Surgeon demanding such Pathological tests.
- किए गए ऑपरेशन का स्वरूप दर्शाने के लिए सर्जन का प्रमाणपत्र और सर्जन बिल तथा रसीद
Surgeon's Certificate stating nature of operation performed and surgeon's bill and receipt.
- उपचार करने वाले डॉक्टर/परामर्शदाता विशेषज्ञ एनेस्थेतिस्ट का बिल और रसीद तथा रोगनिदान से संबंधित प्रमाणपत्र
Attending doctor's/Consultant's/Specialist's/Anaesthetist's bill and receipt and certificate regarding diagnosis.
- आवासीय 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 प्रमाणपत्र हो।
In case of Domociliary Hospitalisation, Receipt from a qualified nurse who attended the patient at his/her residence duly supported by a certificate from attending Medical Practitioner.
- उपचार करने वाले चिकित्सक से प्राप्त प्रमाणपत्र जिसमें पॉलिसी के आवासीय अस्पताल भर्ती क्लॉज के अंतर्गत उपचार करने के लिए कारण दिए गए हों।
Certificate from the attending Medical Practitioner giving reasons for treatment under Domociliary Hospitalisation Clause of policy.
- उपचार करने वाले चिकित्सक/सर्जन से यह प्रमाणपत्र कि मरीज रोगमुक्त हुआ है।
Certificate from the attending Medical Practitioner/Surgeon that the Patient is fully cured.

मैं एतद्वारा वारंटी देता/देती हूँ कि उपर्युक्त विवरण सभी प्रकार से सच है और मैं स्वीकार करता/करती हूँ कि यदि मैंने कोई झूठा और असत्य कथन किया हो या करूँ, उसे दबाऊँ या छिपाऊँ तो उक्त खर्चों के लिए किए गए प्रतिपूर्ति के दावे के लिए मेरी हकदारी पूर्णरूप से समाप्त समझी जाए। मैं आगे घोषणा करता/करती हूँ कि उपर्युक्त इलाज के संबंध में कोई भी लाभ किसी अन्य चिकित्सा योजना या बीमा के अंतर्गत प्राप्त नहीं है।

I hereby warrant the truth of foregoing particulars in every respect and I agree that if I have made or shall make any false or untrue statements, suppression or concealment, my right to claim reimbursement of the said expenses shall be absolutely forfeited. I further declare that, in respect of the above treatment, no benefits are admissible under any other Medical Scheme or Insurance.

स्थान आज दिनांक
Dated at _____ this _____ day of _____ 200

दावाकर्ता के हस्ताक्षर
Signature of the Claimant

SCHEDULE OF EXPENSES INCURRED AND BEING CLAIMED BY THE CLAIMANT

बीमाधारक के हस्ताक्षर
Signature of the Insured Person

घटाएं : पॉलिसी के आरंभ से भुगतान की गई धनराशि
Less : Amount paid since inception of the policy

शुद्ध देय धनराशि

Net Payable

जांचकर्ता / Checked by : _____

यदि संपूर्ण दावा मंजूर नहीं किया गया है तो उसका कारण
In case entire claim is not admissible reasons thereof

भूगतान के लिए पारित रूपये

Passed for payment of Rs. _____

अनुमोदितकर्ता / Approved by : _____

दावे के अंतर्गत देय कुल धनराशि रु.

Total amount payable under the claim ₹. / Rs. _____

घटाणं : लेखागत अदायगी यदि कोई है, तो रू.

Less : Part payment if any रु./ Rs. _____

शब्द देय धनराशि रूपये

Net amount payable Rs. _____

सक्षम प्राधिकारी
COMPETENT AUTHORITY

DISCHARGE SUMMARY

Patient's Name : _____

Age : _____ Sex : _____ M/F : _____

Diagnosis : _____

Date of Admission : _____

Date of Discharge : _____

1. History : _____

2. Findings : _____

3. Investigation : _____

4. Treatment Given : _____

5. Treatment Advised : _____

6. Follow-up : _____

7. Is your Hospital Registered with Local Authorities
under Bombay Nursing Home Act Rule - 5 (If yes,
please mentioned Reg. No.) : _____

SEAL & SIGNATURE OF HOSPITAL DOCTOR

CASE HISTORY

Name : _____ Date : _____

Residence Add. : _____ Sex : _____

Ref. By : _____ Age : _____

Complaints : _____ Treatment by : _____

Past History : _____

Drug History : _____

Family History : _____ INV : _____

Personal History : _____

Gen. Exam T : _____

P : _____ Clinical : _____

BP : _____ Diagnosis : _____

RS : _____

AS : _____

CVS : _____ Follow-up : _____

NCS : _____ Advise : _____

ECG : _____

SCREENING : _____

SEAL & SIGNATURE OF DOCTOR