

राजस्थान सरकार  
राज्य बीमा एवं प्रावधानी निधि विभाग  
(साधारण बीमा निधि)  
"डी"-ब्लॉक, द्वितीय तल, वित्त भवन, जनपथ, जयपुर।  
फोन : 2740219, 2740292  
मेडिकलेम बीमा पॉलिसी दावा प्रपत्र

केवल कार्यालय प्रयोग के लिए

1. बीमाधारक का नाम : ..... उपनाम प्रथम नाम  
(जिसके नाम से पॉलिसी जारी की गई है) दावा संख्या.....
2. पॉलिसी संख्या ..... अवधि ..... से ..... तक
3. रोगी व्यक्ति का विवरण  
क. नाम और बीमाधारक के साथ संबंध  
ख. वर्तमान पूर्ण आयु  
ग. घर का पता  
घ. दूरभाष नं० ..... मोबाईल नं० .....
4. संसर्गजन्य रोग/बीमारी या लगी हुई चोट का प्रकार
5. वह दिनांक जिस दिन चोट लगने या रोग/बीमार होने का पहली बार पता चला
6. अस्पताल का नाम और पता.....
7. (क) भर्ती होने का दिनांक ..... दिनांक ..... माह ..... वर्ष .....  
(ख) छोड़े जाने का दिनांक ..... दिनांक ..... माह ..... वर्ष .....
8. यदि दावा अधिवासी अस्पताल भर्ती के लिए है तो कृपया बताएं  
क. उपचार के प्रारम्भ का दिनांक ..... दिनांक ..... माह ..... वर्ष .....  
ख. उपचार समाप्त होने का दिनांक ..... दिनांक ..... माह ..... वर्ष .....
- ग. उपचार करने वाले चिकित्सक का नाम और पता -
9. संपूर्ण खर्च का मदवार विवरण :-  
(अ) कमरा किराया(परिशुल्क, भोजन आदि पर व्यय)  
(ब) चिकित्सक/विशेषज्ञ/सर्जन शुल्क  
(स) जॉच/परीक्षण व्यय  
(द) दवाईयों पर व्यय  
(य) आपरेशन थियेटर का व्यय  
कुल .....
10. बैंक खाता सं० (salary a/c number) एंय बैंक का नाम  
(दावा राशि बैंक खाते में जमा करवाने के लिये बैंक पास बुक की छायापति संलग्न करें)  
1. संलग्न दस्तावेज :-  
I. मेडिकलेम बीमा परिचय पत्र की संबंधित चिकित्सा अधिकारी प्रभारी से प्रमाणित फोटो प्रति।  
(परिचय पत्र प्राप्त नहीं होने की स्थिति में रोगी का फोटो चिपकाया जाये।)  
II. अस्पताल के बिल, रसीद और छोड़े जाने का प्रमाण पत्र/कार्ड।  
III. उचित प्रिस्क्रिपशन के साथ अस्पताल एवं दवाईयों के मूल प्रमाणित बिल/के 1 मीमो  
IV. सभी प्रकार के रोगों से संबंधित जांच रिपोर्ट के साथ 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। (डिस्चार्ज टिकट)

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 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 हस्ताक्षरित फोटो जो चिकित्सक द्वारा प्रमाणित हो।

दावाकर्ता के हस्ताक्षर  
भक्ष पद नाम व पता

सत्यापन

प्रमाणित किया जाता है कि उपरोक्तानुसार विवरण सही है।

प्रमाणित किया जाता है कि श्री/श्रीमति/कु0/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 सुप्रीटेंडेंट के हस्ताक्षर

कार्यालय/TPA में प्रयोग के लिए

- (1) दावे का दिनांक    (2) दावा संख्या .....
- (3) पॉलिसी संख्या ..... (4) बीमित धनराशि रु. ....
- (5) दावाकर्ता द्वारा उठाए गए खर्चों की अनुसूची - (1)  
(2)  
(3)
- (6) तैयारकर्ता .....  
(प्रस्ताव पत्र से मिलान किया)
- (7) जांचकर्ता .....
- (8) अनुमोदितकर्ता ..... कुल धनराशि दावे के अंतर्गत देय है: रु. ....
- अग्रिम भुगतान घटाकर यदि कोई है तो (-)रु. ....
- (9) भुगतान के लिए पारित रूपये ..... शुद्ध देय धनराशि रु. ....
- (10) यदि सम्पूर्ण दावा मंजूर नहीं किया गया तो उसका कारण -  
सक्षम प्राधिकारी जारी किया गया डिमांड ड्राफ्ट/चेक नं. मय दिनांक .....

राजस्थान सरकार  
राज्य बीमा एवं प्रावधायी निधि विभाग  
(साधारण बीमा निधि)

Photo

नाम :  
पता :

पॉलिसी नं. : GIF/81/Medi/2014-15/00  
आयु : M/F  
आई.डी. नं.(CPF) :  
पॉलिसी आरम्भ दिनांक : समाप्ति दिनांक:

"सामाजिक सुरक्षा - समय पर व्यवस्था"

राजस्थान सरकार

राज्य बीमा एवं प्रावधानी निधि निगम (साधारण बीमा निधि)

अधिरक्षीकृत पत्रकारों की राष्ट्रीय व्यक्तिगत दुर्घटना बीमा योजना हेतु भूल प्रत्यान भत्ता  
(प्रत्येक वर्ष भरा जाने)

1. प्रत्यानक का नाम .....
2. पिता/पति का नाम .....
3. अधिरक्षीकृत रजिस्ट्रेशन नं. ....
4. स्थानीय पता .....
5. वर्तमान पता .....
6. क्या आप वर्तमान में हाथ, पैर  
कान अथवा आंखों की किसी  
अपंगता से ग्रस्त हैं ? यदि हां,  
तो विवरण दें। .....

प्रत्यानक के हस्ताक्षर

मनीनीत हेतु घोषणा - पत्र

मनीनीत परिवार के सदस्यों (पति/पत्नी, लड़का/लड़की) के पत्र में ही किया जाए।  
परिवार न होने की दशा में माता, पिता, भाई अथवा अविवाहित बहिन के पत्र में मनीनीत किया  
जाए। उपरोक्त दोनों अवस्थाएँ न होने की दशा में किसी भी व्यक्ति को मनीनीत किया जा  
सकता है। मनीनीत व्यक्ति के अवयवक होने की दशा में मनीनीत के संस्थाक का नाम अवश्य  
निर्दिष्ट किया जाये।

निरंतर .....

साधारण बीमा निधि - प्रदेश की बहुमुखी रक्षितियों की सुरक्षा हेतु समर्पित

मैं श्रीमती/कुमारी/श्री.....एतद् द्वारा यह घोषणा करता हूँ/करती हूँ कि रागूह व्यक्तिगत दुर्घटना बीमा योजना की पॉलिसी के अन्तर्गत मेरी मृत्यु होने की स्थिति में साधारण बीमा निधि द्वारा देय राशि का भुगतान श्रीमती/कुमारी/श्री.....आयु.....वर्ष (संबंध).....को किया जाये।

मेरे मनोनीत श्रीमती/कुमारी/श्री.....के संरक्षक श्रीमती/कुमारी/श्री.....(संबंध).....होंगे।(मनोनीत के अवयस्क होने की स्थिति में प्रयोग हेतु)

मैं यह घोषणा करता हूँ/करती हूँ कि मेरे मनोनीत द्वारा दी गई रसीद साधारण बीमा निधि के लिये पर्याप्त विमुक्ति होगी।

मैं यह घोषणा करता हूँ/करती हूँ कि उपरोक्त विवरण मेरी जानकारी में तथा विश्वास से सत्य है तथा यह कि मैंने जोखिम के आकलन को प्रभावित करने वाले सारे तितरणों को घोषित कर दिया है। मैं सहमति देता हूँ/देती हूँ कि यह प्रस्ताव तथा घोषणा मेरे तथा साधारण बीमा निधि के मध्य होने वाले करार का आधार होंगे।

प्रस्तावक के हस्ताक्षर

स्थान.....

दिनांक.....

यह प्रमाणित किया जाता है कि प्रस्तावक द्वारा दिया गया उपरोक्त विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सही है एवं प्रस्तावक द्वारा किया गया मनोनयन प्रस्ताव पत्र में दी गई आवश्यकता के अनुरूप है।

सहाय अधिकारी  
सूचना एवं जनसम्पर्क विभाग