

युनाईटेड इण्डिया इन्श्योरेन्स कं० लि०,

मण्डलीय कार्या- पंचम, पालेचा मेन्शन, नगर निगम स्टेडियम के सामने, जयपुर

दूरभाष- 0141-2731710 फ़ैक्स नं - 0141-2732566

दावा प्रपत्र

1. बीमा धारक का नाम:..... जोन सदस्यता क्रमांक
- केवल कार्यालय प्रयोग के लिये
- दावा संख्या :.....
2. पॉलिसी नं० : (SSABY-X)
3. सदस्य संख्या (कार्ड नं.) :.....
4. रोगी व्यक्ति का विवरण
- क. नाम और बीमा धारक के साथ सम्बन्ध.....
- ख. वर्तमान आयु :..... बीमित का फोन नं.
- ग. वर्तमान घर का पूर्ण पता.....
- घ. बैंक का विवरण :-
- (1) बैंक का नाम व बैंक डाक का पूर्ण पता
-
- (2) बैंक खाता नं०.....
- (ड) बीमित व्यक्ति का मोबाईल नं०
5. समिति का नाम..... कोड नं..... जोन.....
6. अस्पताल का नाम व पता
7. अस्पताल में भर्ती होने की दिनांक :.....
8. अस्पताल से डिस्चार्ज/छुट्टी होने की दिनांक :.....
9. सम्पूर्ण खर्च का मदवार विवरण:-
- अ. कमरा किराया :.....
- ब. चिकित्सक/विशेषज्ञ/सर्जन शुल्क :.....
- स. जांच/परीक्षण व्यय :.....
- द. दवाईयों पर व्यय :.....
- य. ऑपरेशन थियेटर का व्यय :.....

कुल योग

10 यदि पैकेज मे इलाज हुआ हो तो भुगतान की गयी कूल राशि

कृ.पू.उ.

10. संलग्न मूल दस्तावेज :-

1. अस्पताल के बिल/रसीद/छोड़े जाने का प्रमाण पत्र (डिस्चार्ज टिकट)।
2. उचित प्रस्क्रिपशन के साथ अस्पताल एवं दवाईयों के बिल /केश मीमो।
3. रोग से सम्बन्धि समस्त जांच रिपोर्ट / एक्सरे फिल्म/सोनोग्राफी फिल्म।
4. टी.पी.ए. कार्ड की फोटोकॉपी।

घोषणा

मैं एतद् द्वारा घोषणा करता/करती हूं कि उपर्युक्त विवरण सभी प्रकार से सच है और रोगी जिस पर चिकित्सा व्यय किया गया है वह पूर्णतया मुझ पर आश्रित है। मैं आगे घोषणा करता/करती हूं कि उपर्युक्त ईलाज के संबध में कोई भी लाभ किसी अन्य चिकित्सा योजना या बीमा के अंतर्गत प्राप्य नहीं है। मेरे पास उपलब्ध बिक्री योग्य दूध समिति में दे रहा/रही हूं अन्यत्र कहीं नहीं दे रहा/रही हूं। उरोक्त घोषणा में किसी प्रकार की गलती होगी तो मैं मुझे मिली हुई क्लेम राशि एक मुश्त समिति में जमा करवा दूंगा /दूगीं।

दावाकर्ता के हस्ताक्षर

दिनांक:-

सत्यापन अधिकारी

सचिव/अध्यक्ष
(दुग्ध सहकारी समिति/मय सील)

मार्ग प्रभारी/जोन प्रभारी
(जिला दुग्ध सहकारी संघ)

सरस सामूहिक आरोग्य बीमा योजना
दुग्ध संघ.....

समिति का नाम

समिति कोड.....

बीमित का नाम.....

रोगी का नाम.....

पॉलिसी नं०:

जोन सदस्यता क्रमांक :.....

क्र.सं.	दिनांक	रसीद/बिल क्रमांक	नाम नर्सिंग/दवाई की दुकान/लेब इत्यादि	Amt.(राशि)
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
कुल राशि				

हस्ताक्षर सचिव