

दावा प्रक्रिया के लिए व्यापक दिशानिर्देश

1. कृपया सुनिश्चित करें कि दावे का फार्म पूरा भरा गया है, हस्ताक्षर करके **मूल प्रति जमा** की गई है।
2. कृपया अपने दावे के संबंध में आगे पत्रव्यवहार के लिए कम से कम उपलब्ध कराएं। **दो चालू मोबाइल नंबर और ई-मेल आईडी**
3. दावा दस्तावेजों की संकेतात्मक सूची दावा फार्म में खंड-ड में दी गई है। **कृपया सुनिश्चित करें कि सभी दस्तावेजों की मूल प्रति जमा की गई है, ताकि दावे पर आसानी से कार्यवाही की जा सके।**
4. **मूल प्रतियां नहीं होने पर दावा संबंधी कार्यवाही में देर लगेगी।**
5. **दावा भुगतान केवल ऑनलाइन बैंक ट्रांसफर के जरिए किया जाता है।** कृपया बैंक खाता विवरण और एक निरस्त बैंक जमा करें। बैंक खाते का ब्योरा दावा फार्म के खंड 'छ' में दिया जाना है।

उपरोक्त के अलावा, यदि दावा राशि 1 लाख रूपए से अधिक है, तब निम्नलिखित अतिरिक्त दस्तावेजों की जरूरत होगी:

6. केवाईसी दस्तावेज (यदि लागू हो)

दावा दस्तावेज नीचे लिखे पते पर भेजे जाने हैं :-

केयर हेल्थ इंश्योरेंस – दावा विभाग
विपुल टेक स्कवायर, टावर सी, तीसरी मंजिल,
गोल्फ कोर्स रोड, सेक्टर-43, गुरुग्राम – 122009
(हरियाणा)

अब, अपनी दावा स्थिति का एसएमएस द्वारा पता करें

ऑनलाइन: कृपया नीचे दिए लिंक पर जाकर अपनी क्लाइंट आईडी और पालिसी नंबर दर्ज करें

www.careinsurance.com/claim_search.php **सेक्टर/क्लेम सर्च/क्लाइंट आईडी और पालिसी नंबर दर्ज करें**

एसएमएस: बस अपनी दावा संदर्भ संख्या को संदेश फॉर्मेट **CLAIM <space> CLAIM NUMBER** में लिखकर 77158 77158 पर एसएमएस करें

उदाहरण: दावा संदर्भ संख्या 11223344 की दावा स्थिति पता करने के लिए, बस 77158 77158 पर CLAIM 11223344 एसएमएस करें।

दावा फार्म के साथ अपेक्षित प्रमुख दस्तावेजों का संक्षिप्त वर्णन

1. इन्डोर केस पेपर्स – यह दस्तावेज अस्पताल द्वारा दैनिक आधार पर तैयार किया जाता है, जिसमें रोजाना डाक्टर के नोट, नर्सों के नोट, मरीज की हालत का ब्योरा और मरीज के दाखिल किए जाने से छुट्टी तक मरीज की हालत का ब्योरा दर्ज किया जाता है।
2. अस्पताल से छुट्टी का सारांश – अस्पताल में दाखिल होने का सारांश जिसमें दाखिल होने की तारीख, छुट्टी की तारीख, निदान, अस्पताल में भर्ती रहने के दौरान उपचार का ब्योरा तथा अस्पताल से छुट्टी के बाद के लिए सलाह शामिल होती है।
3. भुगतान की रसीदें – अस्पताल के सभी बिलों, जांच रिपोर्टों और किसी अन्य प्रक्रिया के लिए अस्पताल के अधिकारियों को किए गए भुगतान की रसीदें।
4. परामर्श कागजात – परामर्शदाता डाक्टर द्वारा दी गई लिखित पर्ची।
5. **एनईएफटी (नेट इलेक्ट्रॉनिक फंड ट्रांसफर) – हमें पालिसीधारक का निरस्त बैंक और दावा फार्म के खंड-छ में अनिवार्य रूप से भरा जाने वाला संबद्ध ब्योरा चाहिए।**

आरटीजीएस/एनईएफटी द्वारा भुगतान के लिए नियम और शर्तें

1. पालिसीधारक द्वारा अनिवार्य फार्म में दिया गया ब्योरा अंतिम माना जाएगा तथा केयर हेल्थ इंश्योरेंस लिमिटेड उसमें दिए गए ब्योरे की मिलान जांच के लिए जिम्मेदार नहीं होगी।
2. पालिसीधारक सहमति प्रदान करता है कि आरटीजीएस/एनईएफटी सुविधा पर आरटीजीएस/एनईएफटी शुल्क लग सकता है, जो पालिसीधारक के बैंक द्वारा वसूल किया जाएगा तथा पालिसीधारक द्वारा वहन किया जाएगा।
3. दस्तावेजों या बैंक विवरण या अन्य कोई जानकारी प्रस्तुत किए जाने का किसी भी तरह, शकल या रूप में यह अभिप्राय, अभिव्यक्ति अथवा संकेत नहीं है कि कंपनी ने देयता स्वीकार कर ली है।
4. मैं/हम आगे वचन देता हूँ/देती हूँ/देते हैं कि कोई भी अतिरिक्त राशि, चाहे केयर हेल्थ इंश्योरेंस लिमिटेड द्वारा मांगी गई है अथवा नहीं, जो किसी भी कारण से तथा किसी भी समय मेरे खाते में जमा की गई है, केयर हेल्थ इंश्योरेंस लिमिटेड से ऐसे क्रेडिट की ऐसी सूचना प्राप्त होने अथवा किसी अन्य स्रोत से पालिसीधारक को ऐसे क्रेडिट की जानकारी मिलने के 7 दिन के भीतर वापस कर दूंगा/दूंगी/देंगे।
5. पालिसीधारक सहमति प्रदान करता है कि आरटीजीएस/एनईएफटी सुविधा के तहत, आरटीजीएस/एनईएफटी सुविधा संबंधी लागू विनियमों में परिवर्तन के कारण अथवा किसी भी अन्य कारण से, जिसमें केयर हेल्थ इंश्योरेंस लिमिटेड की ओर से कोई चूक/निष्क्रियता/असफलता नहीं है अथवा केयर हेल्थ इंश्योरेंस लिमिटेड के नियंत्रण से परे किसी भी कारण से भुगतान के क्रेडिट के दिन पालिसीधारक की खाता संख्या में भुगतान नहीं होने की कोई जोखिम नहीं होगी।

भाग क

- बीमित द्वारा भरा जाना है।
- यह फार्म जारी करने का अर्थ दावा स्वीकार करना कदापि नहीं है।
- स्पष्ट अक्षरों में भरा जाए।

दावा सूचना सं _____

खंड क – मूल बीमाधारक का ब्योरा

क) पालिसी सं : _____

ख) एसएल सं./प्रमाणपत्र सं.: _____ ग) कंपनी/टीपीए आईडी सं.: _____

घ) नाम: _____
 (उपनाम) (प्रथम नाम) (मध्य नाम)

ङ) पता: _____

 _____ शहर : _____

राज्य : _____ पिन कोड : _____

लैंडलाइन : _____ - _____ मोबाइल : _____

ई-मेल : _____

खंड ख – बीमा इतिहास का ब्योरा

क) वर्तमान में किसी अन्य मेडिकल/हेल्थ बीमा द्वारा कवर्ड : हां नहीं

ख) अंतराल रहित पहला बीमा प्रारंभ होने की तिथि : _____ / _____ / _____ (दिन-माह-वर्ष)

ग) यदि हां, कंपनी का नाम : _____
 पालिसी नंबर : _____ बीमित रकम (रु.) : _____

घ) क्या अनुबंध प्रारंभ होने की तिथि से पिछले 4 वर्ष के भीतर कभी अस्पताल में भर्ती रहे हैं? हां नहीं

- तारीख: _____ / _____ / _____ (दिन-माह-वर्ष)
- निदान: _____

ङ) पहले किसी अन्य मेडिकल/हेल्थ बीमा द्वारा कवर्ड : हां नहीं

च) यदि हां, कंपनी का नाम : _____

खंड ग – बीमित व्यक्ति का ब्योरा

शीर्षक : श्री कु.

क) नाम : _____
 (उपनाम) (प्रथम नाम) (मध्य नाम)

ख) लिंग : पुरुष महिला ग) आयु : _____ / _____ (वर्ष-माह) डी) जन्म तिथि : _____ / _____ / _____

ङ) मूल बीमाधारक से संबंध : स्वयं साथी बच्चा पिता माता
 अन्य (कृपया स्पष्ट करें) _____

च) व्यवसाय : सर्विस स्व:रोजगार गृहिणी सेवानिवृत्त विद्यार्थी अन्य (कृपया स्पष्ट करें) _____

छ) पता : _____
 (यदि उपरोक्त से अलग है) _____
 _____ शहर : _____

राज्य : _____ पिन कोड : _____

ज) लैंडलाइन : _____ - _____ मोबाइल : _____

झ) ई-मेल : _____

केयर हेल्थ इंश्योरेंस लिमिटेड

खंड घ – अस्पताल में भर्ती रहने का ब्योरा

- क) अस्पताल का नाम जहां भर्ती किया गया :
- ख) लिए गए कमरे का संवर्ग : दिन के समय देखभाल एक के लिए कमरा दो के लिए कमरा हर कमरे में 3 या ज्यादा बेड
- ग) अस्पताल में भर्ती का कारण : चोट बीमारी प्रसव
- घ) चोट/बीमारी पहली बार पता लगने/प्रसव की तिथि : / / (दिन-माह-वर्ष)
- ङ) भर्ती होने की तारीख : / / (दिन-माह-वर्ष)
- च) भर्ती होने का समय : : (घंटे:मिनट)
- छ) छुट्टी की तारीख : / / (दिन-माह-वर्ष)
- ज) छुट्टी होने का समय : : (घंटे:मिनट)
- झ) यदि चोट लगी है, कारण बताएं : खुद मारी गई चोट सड़क दुर्घटना पदार्थ दुरुपयोग/मदिरा पान
- ञ) पुलिस में रिपोर्ट : हां नहीं
- ड) यदि चिकित्सा कानूनी मामला : हां नहीं
- डि) एमएलसी रिपोर्ट एवं पुलिस एफआईआर संलग्न : हां नहीं
- डि) चिकित्सा पद्धति :

खंड ङ – दावे का ब्योरा

- क) दावा किए गए उपचार व्यय का ब्योरा
- (i) अस्पताल में भर्ती से पहले का खर्चा : रु. कुल : रु.
- (ii) अस्पताल में रहने का खर्चा : रु. (ix) अस्पताल में भर्ती होने से पहले की अवधि : दिन
- (iii) अस्पताल से छुट्टी के बाद का खर्चा : रु. (x) अस्पताल में भर्ती होने के बाद की अवधि : दिन
- (iv) स्वास्थ्य जांच लागत : रु.
- (v) एम्बुलेंस प्रभार : रु.
- (viii) अन्य (कोड) : रु.
- ख) घर पर इलाज हेतु दावा : हां नहीं
(यदि हां, ब्योरा संलग्न करें)
- ग) दावा किए गए एकमुश्त/नकद लाभ का विवरण:
- (i) अस्पताल दैनिक कैश : रु. (v) अस्पताल में भर्ती होने से पहले/बाद में एकमुश्त लाभ : रु.
- (ii) सर्जिकल कैश : रु. (vi) रोगी देखभाल : रु.
- (iii) गंभीर बीमारी लाभ : रु. (vii) अन्य : रु.
- (iv) स्वास्थ्यलाभ : रु. कुल : रु.
- घ) प्रस्तुत किए गए दावा दस्तावेज – जांचसूची
- (i) दावा फार्म पर सही ढंग से हस्ताक्षर किए गए हैं : (vii) फार्मैसी बिल :
- (ii) दावा सूचना की प्रति, यदि कोई : (viii) आपरेशन थियेटर नोट्स :
- (iii) अस्पताल का मेन बिल : (ix) ईसीजी :
- (iv) अस्पताल ब्रेक-अप बिल : (x) डाक्टर का जांच हेतु अनुरोध :
- (v) अस्पताल बिल भुगतान रसीद : (xi) जांच रिपोर्ट (सीटीआई एमआरआई/यूपसजी/एचपीई सहित) :
- (vi) अस्पताल से छुट्टी का संक्षिप्त ब्योरा : (xii) डाक्टर का नुस्खा :
- (xvi) अन्य

खंड च – संलग्न बिलों का ब्योरा

क्रम सं	बिल संख्या	तारीख	जारीकर्ता	हेतु	राशि (आईएनआर)
1		(दिन-माह-वर्ष)		अस्पताल मेन बिल	
2		(दिन-माह-वर्ष)		अस्पताल में भर्ती होने से पहले का बिल :—संख्या	
3		(दिन-माह-वर्ष)		अस्पताल में भर्ती होने के बाद का बिल :—संख्या	
4		(दिन-माह-वर्ष)		दवा बिल	
5		(दिन-माह-वर्ष)			
6		(दिन-माह-वर्ष)			
7		(दिन-माह-वर्ष)			
8		(दिन-माह-वर्ष)			
9		(दिन-माह-वर्ष)			
10		(दिन-माह-वर्ष)			

ज्यादा ब्योरा होने की हालत में, कृपया अलग शीट नथी करें

खंड छ – मूल बीमित के बैंक खाते का ब्योरा

क) पैन	:	<input type="text"/>
ख) खाता संख्या	:	<input type="text"/>
ग) बैंक का नाम और शाखा	:	<input type="text"/>
घ) चेक/डीडी देय ब्योरा	:	<input type="text"/>
ड) आईएफएससी कोड	:	<input type="text"/>

खंड ज – बीमित द्वारा घोषणा

मैं एतद्वारा घोषणा करता/करती हूँ कि इस दावा फार्म में दी गई सूचना मेरे ज्ञान और विश्वास के अनुसार सही एवं सत्य है। यदि मैंने इस दावे में पूछे गए सवालों के जवाब में कोई फर्जी या असत्य बयान किया है, कोई महत्वपूर्ण बात छुपाई या दबाई है, मेरा प्रतिपूर्ति दावा अधिकार समाप्त मान्य होगा। मैं यह भी सहमति देता हूँ कि टीपीए/कंपनी को उस व्यक्ति, जिसके संबंध में यह दावा किया गया है, के इलाज करने वाले अस्पताल/डाक्टर से जरूरी चिकित्सा जानकारी प्राप्त करने हेतु प्राधिकृत करता हूँ। मैं एतद्वारा घोषणा करता हूँ कि मैंने इस दावे के प्रयोजन हेतु सभी बिल/रसीदें शामिल की हैं तथा मैं प्री/पोस्ट-हॉस्पिटलाइजेशन के अलावा कोई अनुपूरक दावा पेश नहीं करूंगा।

तारीख : / / (दिन-माह-वर्ष)

बीमित के हस्ताक्षर : _____

सीन : _____

दावा फार्म – भाग क भरने के लिए दिशानिर्देश (बीमित द्वारा भरा जाना है)

डेटा तत्व	वर्णन	फॉर्मट
खंड क – मूल बीमित का ब्योरा		
क) पालिसी नं.	पालिसी नंबर प्रविष्ट करें	जैसाकि बीमा कंपनी द्वारा आबंटित किया गया है
ख) क्र.सं. / प्रमाणपत्र सं.	सामाजिक बीमा नंबर या सामाजिक स्वास्थ्य बीमा स्कीम की प्रमाणपत्र संख्या प्रविष्ट करें	जैसाकि आर्गनाइजेशन द्वारा आबंटित किया गया है
ग) कंपनी टीपीए आईडी सं.	टीपीए आईडी नंबर प्रविष्ट करें	लाइसेन्स नंबर जैसाकि आईआरडीए द्वारा आबंटित और टीपीए दस्तावेजों में मुद्रित किया गया है
घ) नाम	पालिसीधारक का पूरा नाम प्रविष्ट करें	उपनाम, प्रथम नाम, मध्य नाम
ड) पता	पत्रव्यवहार का पूरा पता प्रविष्ट करें	गली, शहर तथा पिन कोड शामिल करें
खंड ख – बीमा इतिहास का ब्योरा		
क) वर्तमान में किसी अन्य मेडिकलेम/स्वास्थ्य बीमा द्वारा कवर्ड	बताएं कि क्या वर्तमान में किसी अन्य मेडिकलेम/स्वास्थ्य बीमा द्वारा कवर्ड	हां या नहीं पर टिक करें
ख) बिना ब्रेक पहला बीमा प्रारंभ होने की तारीख	पहले बीमा के शुरु होने की तारीख दर्ज करें	दिन-माह-वर्ष प्रारूप प्रयोग करें
ग) कंपनी का नाम	बीमा कंपनी का पूरा नाम दर्ज करें	आर्गनाइजेशन का पूरा नाम
पालिसी नंबर	पालिसी नंबर दर्ज करें	जैसाकि बीमा कंपनी द्वारा आबंटित किया गया है
बीमित रकम	पालिसी के अनुसार कुल बीमित रकम दर्ज करें	रुपमें
घ) क्या यह करार शुरु होने से पिछले चार वर्ष में आप कभी अस्पताल में भर्ती रहे हैं?	बताएं कि क्या पिछले चार वर्ष में कभी अस्पताल में भर्ती हुए?	हां या नहीं पर टिक करें
तारीख	अस्पताल में भर्ती होने की तारीख	माह-वर्ष प्रारूप प्रयोग करें
निदान	निदान का ब्योरा दर्ज करें	खुला पाठ
ड) पहले किसी अन्य मेडिकलेम/स्वास्थ्य बीमा द्वारा कवर्ड	बताएं कि क्या पहले किसी अन्य मेडिकलेम/स्वास्थ्य बीमा द्वारा कवर्ड	हां या नहीं पर टिक करें
च) कंपनी का नाम	बीमा कंपनी का पूरा नाम दर्ज करें	आर्गनाइजेशन का पूरा नाम
खंड ग – अस्पताल में भर्ती किए गए व्यक्ति का ब्योरा		
क) नाम	रोगी का पूरा नाम दर्ज करें	उपनाम, प्रथम नाम, मध्य नाम
ख) लिंग	रोगी का लिंग दर्ज करें	पुरुष या महिला टिक करें
ग) आयु	रोगी की आयु दर्ज करें	वर्ष और माह की संख्या
घ) जन्म तिथि	रोगी की जन्मतिथि दर्ज करें	दिन-माह-वर्ष प्रारूप प्रयोग करें
ड) मूल बीमाधारक से संबंध	रोगी का पालिसीधारक के साथ संबंध	सही विकल्प पर टिक करें। यदि अन्य, स्पष्ट करें
च) व्यवसाय	रोगी का व्यवसाय दर्ज करें	सही विकल्प पर टिक करें। यदि अन्य, स्पष्ट करें
छ) पता	पूरा डाक पता दर्ज करें	गली, शहर तथा पिन कोड शामिल करें
ज) लैंडलाइन	रोगी का फोन नंबर दर्ज करें	फोन नंबर एसटीडी कोड सहित शामिल करें
झ) ई-मेल आईडी	रोगी का ई-मेल पता दर्ज करें	पूरा ई-मेल पता
खंड घ – अस्पताल में रहने का ब्योरा		
क) अस्पताल का नाम जहां भर्ती किया गया	अस्पताल का नाम दर्ज करें	अस्पताल का पूरा नाम
ख) भर्ती कमरे का संवर्ग	भर्ती कमरे का संवर्ग बताएं	सही विकल्प पर टिक करें
ग) भर्ती का कारण	अस्पताल में भर्ती का कारण बताएं	सही विकल्प पर टिक करें
घ) चोट की तारीख/बीमारी पता लगने की तारीख/प्रसव की तारीख	संबद्ध तारीख दर्ज करें	दिन-माह-वर्ष प्रारूप प्रयोग करें
ड) भर्ती की तारीख	भर्ती की तारीख दर्ज करें	दिन-माह-वर्ष प्रारूप प्रयोग करें
च) समय	भर्ती का समय दर्ज करें	घंटे-मिनट प्रारूप प्रयोग करें
छ) छुट्टी की तारीख	छुट्टी की तारीख दर्ज करें	दिन-माह-वर्ष प्रारूप प्रयोग करें
ज) समय	छुट्टी का समय दर्ज करें	घंटे-मिनट प्रारूप प्रयोग करें
झ) यदि चोट, कारण बताएं	चोट का कारण बताएं	सही विकल्प पर टिक करें
यदि चिकित्सा कानूनी मामला पुलिस में रिपोर्ट की गई	बताएं कि क्या चोट चिकित्सा कानून है	हां या नहीं पर टिक करें
एमएलसी रिपोर्ट एवं पुलिस एफआईआर नत्थी	क्या पुलिस में रिपोर्ट की गई	हां या नहीं पर टिक करें
क्या एमएलसी रिपोर्ट एवं पुलिस एफआईआर नत्थी की गई	क्या एमएलसी रिपोर्ट एवं पुलिस एफआईआर नत्थी की गई	हां या नहीं पर टिक करें
ज) चिकित्सा पद्धति	रोगी के इलाज में अपनाई गई चिकित्सा पद्धति दर्ज करें	खुला पाठ
खंड ड – दावे का ब्योरा		
दावे का हेतु	वह घटना चुनें जिसके लिए दावा किया गया है	हां या नहीं पर टिक करें
क) उपचार व्यय का ब्योरा	उपचार व्यय के रूप में दावा की गई राशि दर्ज करें	रूपयों में (पैसे दर्ज नहीं करें)
ख) घर पर इलाज हेतु दावा	बताएं कि क्या घर पर इलाज के लिए दावा किया गया है	हां या नहीं पर टिक करें
ग) दावा की गई एकमुश्त राशि/कैश लाभ का ब्योरा	दावा की गई एकमुश्त राशि/कैश लाभ का ब्योरा	रूपयों में (पैसे दर्ज नहीं करें)
घ) प्रस्तुत किए गए दावा दस्तावेज – जांच सूची	बताएं कि कौन से समर्थन दस्तावेज प्रस्तुत किए गए हैं	सही विकल्प पर टिक करें
खंड च – संलग्न बिलों का ब्योरा		
बताएं कि कौन से बिल प्रस्तुत किए गए हैं, रूप में राशि सहित		

डेटा तत्व	वर्णन	फॉर्मट
खंड ग – मूल बीमित व्यक्ति के बैंक खाते का ब्योरा		
क) पैर	स्थायी खाता संख्या दर्ज करें	जैसाकि आयकर विभाग द्वारा आबंटित किया गया है
ख) खाता संख्या	बैंक खाता संख्या दर्ज करें	जैसाकि बैंक द्वारा आबंटित किया गया है
ग) बैंक नाम और शाखा	बैंक का नाम और शाखा सहित दर्ज करें	बैंक का पूरा नाम
घ) बैंक/डीडी देय का ब्योरा	बैंक/डीडी के लाभार्थी का नाम दर्ज करें जिसके नाम बनाया जाना है	व्यक्ति/आर्गनाइजेशन का पूरा नाम
ड) आईएफएससी कोड	बैंक शाखा का आईएफएससी कोड दर्ज करें	बैंक शाखा का पूरा आईएफएससी कोड
खंड ज – बीमित द्वारा घोषणा		
घोषणा ध्यान से पढ़ें तथा तारीख (दिन माह वर्ष प्रारूप में), स्थान (खुला पाठ) लिखकर हस्ताक्षर करें		

भाग ख

1. अस्पताल द्वारा भरा जाना है
2. यह फार्म जारी करने का अर्थ देयता स्वीकार करना नहीं है।
3. कृपया भाग क के स्थान पर मूल पूर्व-प्राधिकरण अनुरोध शामिल करें
4. स्पष्ट अक्षरों में भरें

भाग क – अस्पताल का ब्योरा

क) अस्पताल का नाम :

ख) अस्पताल आईडी :

ग) अस्पताल का प्रकार : नेटवर्क गैर – नेटवर्क (यदि गैर-नेटवर्क खंड ड भरें)

घ) इलाज करने वाले डाक्टर का नाम :
(उपनाम) (प्रथम नाम) (मध्य नाम)

ङ) योग्यता :

च) रजिस्ट्रेशन नंबर राज्य के कोड सहित:

छ) संपर्क नंबर :

खंड ख – भर्ती किए गए रोगी का ब्योरा

क) रोगी का नाम :
(उपनाम) (प्रथम नाम) (मध्य नाम)

ख) आईपी रजिस्ट्रेशन सं. :

ग) लिंग : पुरुष महिला घ) आयु: / (वर्ष-माह) ङ) जन्म तिथि: / /

च) भर्ती की तारीख : / / (दिन-माह-वर्ष) छ) भर्ती का समय : : (वर्ष-माह)

ज) छुट्टी की तारीख : / / (दिन-माह-वर्ष) झ) छुट्टी का समय : : (वर्ष-माह)

ञ) भर्ती का प्रकार : आपातस्थिति योजना दिन के समय देखभाल प्रसव

ट) यदि प्रसव
(i) प्रसव की तारीख : / / (दिन-माह-वर्ष) (ii) गर्भकाल स्थिति : _____

ठ) छुट्टी के समय स्थिति : घर के लिए छुट्टी दूसरे अस्पताल के लिए छुट्टी मृत्यु

ड) कुल दावा राशि :

खंड ग – निदान का ब्योरा (मूल)

क) (i) मूल निदान : आईसीडी 10 कोड: वर्णन : _____

(ii) अतिरिक्त निदान : आईसीडी 10 कोड: वर्णन : _____

(iii) सह – विकार : आईसीडी 10 कोड: वर्णन : _____

(iv) सह – विकार : आईसीडी 10 कोड: वर्णन : _____

ख) (i) प्रक्रिया 1 : आईसीडी 10 कोड: वर्णन : _____

(ii) प्रक्रिया 2 : आईसीडी 10 कोड: वर्णन : _____

(iii) प्रक्रिया 3 : आईसीडी 10 कोड: वर्णन : _____

(iv) प्रक्रिया का विवरण : _____

ग) वर्तमान बीमारी पीईडी की जटिलता है : हां नहीं

यदि हां, ब्योरा दें : _____

घ) पूर्व-प्राधिकार प्राप्त : हां नहीं

ङ) पूर्व-प्राधिकार संख्या :

च) यदि नेटवर्क अस्पताल द्वारा पूर्व-प्राधिकार प्राप्त नहीं किया गया, कारण बताएं : _____

- छ) चोट के कारण भर्ती : हां नहीं
- (i) यदि हां, कारण बताएं : खुद मारी गई चोट सड़क दुर्घटना पदार्थ दुरुपयोग/मदिरापान
- (ii) यदि पदार्थ दुरुपयोग/मदिरापान के कारण चोट लगी है तब निम्न स्थापित करने हेतु की गई जांच : हां नहीं
(यदि हां, रिपोर्ट नत्थी करें)
- (iii) यदि चिकित्सा कानूनी मामला : हां नहीं
- (iv) पुलिस में रिपोर्ट की गई : हां नहीं
- (v) एफआईआर नंबर :
- (vi) यदि पुलिस में रिपोर्ट नहीं की गई, कारण बताएं : _____

खंड घ – प्रस्तुत दावा दस्तावेज – जांच सूची

- | | | | |
|--|----------------------------|---|----------------------------|
| (i) हस्ताक्षरयुक्त दावा फार्म | : <input type="checkbox"/> | (ix) जांच रिपोर्ट | : <input type="checkbox"/> |
| (ii) मूल पूर्व-प्राधिकार अनुरोध | : <input type="checkbox"/> | (x) सीटी/एमआरआई/यूएसजी/एचपीई जांच रिपोर्ट | : <input type="checkbox"/> |
| (iii) पूर्व-प्राधिकार मंजूरी पत्र की प्रति | : <input type="checkbox"/> | (xi) जांच हेतु डाक्टर की संदर्भ पर्ची | : <input type="checkbox"/> |
| (iv) रोगी के फोटो आईकार्ड की प्रति अस्पताल द्वारा सत्यापित | : <input type="checkbox"/> | (xii) ईसीजी | : <input type="checkbox"/> |
| (v) अस्पताल से छुट्टी का संक्षिप्त ब्योरा | : <input type="checkbox"/> | (xiii) फार्मसी बिल | : <input type="checkbox"/> |
| (vi) आपरेशन थियेटर नोट्स | : <input type="checkbox"/> | (xiv) एमएलसी रिपोर्ट एवं पुलिस एफआईआर | : <input type="checkbox"/> |
| (vii) अस्पताल का मेन बिल | : <input type="checkbox"/> | (xv) अस्पताल से मूल मृत्यु सारांश, जहां लागू हो | : <input type="checkbox"/> |
| (viii) अस्पताल बिल ब्योरा | : <input type="checkbox"/> | (xvi) कोई अन्य, कृपया स्पष्ट करें _____ | : <input type="checkbox"/> |

खंड ङ – गैर-नेटवर्क अस्पताल के मामले में अतिरिक्त विवरण (केवल गैर-नेटवर्क अस्पताल के मामले में भरा जाना है)

- क) अस्पताल का पता :
- शहर :
- राज्य : पिन कोड :
- ख) संपर्क नंबर : -
- ग) रजि. नंबर राज्य के कोड सहित :
- घ) अस्पताल पैन : ङ) अंत: रोगी बेड्स की संख्या :
- च) अस्पताल में उपलब्ध सुविधाएं : (i) ओटी : हां नहीं (ii) आईसीयू : हां नहीं
- (iii) अन्य : _____

खंड च – अस्पताल द्वारा घोषणा

हम एतद्वारा घोषणा करते हैं कि इस दावा फार्म में दी गई सूचना हमारे ज्ञान और विश्वास के अनुसार सही एवं सत्य है। यदि हमने कोई फर्जी या असत्य बयान किया है, कोई महत्वपूर्ण बात छुपाई या दबाई है, इस दावे के तहत हमारे दावे का अधिकार समाप्त मान्य होगा।

तारीख : / / (दिन-माह-वर्ष)

अस्पताल अधिकारी के हस्ताक्षर एवं मोहर : _____

सीन : _____

दावा फार्म – भाग ख भरने के लिए दिशानिर्देश (अस्पताल द्वारा भरा जाना है)

डेटा तत्व	वर्णन	फार्मेट
भाग क – अस्पताल का ब्योरा		
क) अस्पताल का नाम	अस्पताल का नाम दर्ज करें	अस्पताल का पूरा नाम
ख) अस्पताल की आईडी	अस्पताल की आईडी संख्या दर्ज करें	जैसाकि टीपीए द्वारा आबंटित किया गया है
ग) अस्पताल का प्रकार	स्पष्ट करें कि अस्पताल नेटवर्क में है या गैर-नेटवर्क है	सही विकल्प पर टिक करें
घ) इलाज करने वाले डाक्टर का नाम	इलाज करने वाले डाक्टर का नाम	डाक्टर का पूरा नाम
ङ) योग्यता	इलाज करने वाले डाक्टर की योग्यता दर्ज करें	शैक्षिक योग्यता का संक्षिप्त नाम
च) रजिस्ट्रेशन नंबर राज्य के कोड सहित	डाक्टर का रजि. नंबर राज्य के कोड सहित दर्ज करें	जैसाकि चिकित्सा परिषद द्वारा आबंटित किया गया है
छ) संपर्क नंबर	डाक्टर का फोन नंबर दर्ज करें	फोन नंबर एसटीडी कोड सहित शामिल करें
खंड ख – भर्ती किए गए रोगी का विवरण		
क) रोगी का नाम	अस्पताल का नाम दर्ज करें	अस्पताल का पूरा नाम
ख) आईपी रजि. नंबर	बीमा प्रदाता का रजि. नंबर दर्ज करें	जैसाकि बीमा प्रदाता द्वारा आबंटित किया गया है
ग) लिंग	रोगी का लिंग दर्ज करें	पुरुष या महिला टिक करें
घ) आयु	रोगी की आयु दर्ज करें	वर्ष और माह की संख्या
ङ) जन्म तिथि	रोगी की जन्मतिथि दर्ज करें	दिन-माह-वर्ष प्रारूप प्रयोग करें
च) भर्ती की तारीख	भर्ती की तारीख दर्ज करें	दिन-माह-वर्ष प्रारूप प्रयोग करें
छ) समय	भर्ती का समय दर्ज करें	घंटे-मिनट प्रारूप प्रयोग करें
झ) छुट्टी की तारीख	छुट्टी की तारीख दर्ज करें	दिन-माह-वर्ष प्रारूप प्रयोग करें
ञ) समय	छुट्टी का समय दर्ज करें	घंटे-मिनट प्रारूप प्रयोग करें
ट) भर्ती का प्रकार	रोगी की भर्ती का प्रकार स्पष्ट करें	सही विकल्प पर टिक करें
ठ) यदि प्रसव		
प्रसव की तिथि	प्रसव की स्थिति में प्रसव की तारीख दर्ज करें	दिन-माह-वर्ष प्रारूप प्रयोग करें
गर्भकाल स्थिति	प्रसव की स्थिति में गर्भकाल की स्थिति दर्ज करें	मानक प्रारूप का उपयोग करें
ड) छुट्टी के समय स्थिति	छुट्टी के समय रोगी की स्थिति दर्ज करें	सही विकल्प पर टिक करें
ढ) कुल दावित राशि	कुल दावित राशि इंगित करें	रूपए में (पैसे दर्ज नहीं करें)
खंड ग – निदान का ब्योरा (प्राथमिक)		
क) सीडी 10 कोड		
मूल निदान	आईसीडी 10 कोड तथा मूल निदान का वर्णन दर्ज करें	मानक प्रारूप और खुला पाठ
अतिरिक्त निदान	आईसीडी 10 कोड तथा अतिरिक्त निदान का वर्णन दर्ज करें	मानक प्रारूप और खुला पाठ
सह-विकार	आईसीडी 10 कोड तथा सह-विकार का वर्णन दर्ज करें	मानक प्रारूप और खुला पाठ
ख) सीडी 10 पीसीएस		
प्रक्रिया 1	आईसीडी 10 कोड तथा पहली प्रक्रिया का वर्णन दर्ज करें	मानक प्रारूप और खुला पाठ
प्रक्रिया 2	आईसीडी 10 कोड तथा दूसरी प्रक्रिया का वर्णन दर्ज करें	मानक प्रारूप और खुला पाठ
प्रक्रिया 3	आईसीडी 10 कोड तथा तीसरी प्रक्रिया का वर्णन दर्ज करें	मानक प्रारूप और खुला पाठ
प्रक्रिया का विवरण	प्रक्रिया का विवरण दर्ज करें	खुला पाठ
ग) पीईडी	स्पष्ट करें कि क्या वर्तमान रोग पीईडी का संयोजन है	हां या नहीं पर टिक करें
यदि हां, विवरण स्पष्ट करें	पीईडी का ब्योरा दर्ज करें	खुला पाठ
घ) पूर्व-प्राधिकार प्राप्त	बताएं कि क्या पूर्व-प्राधिकार प्राप्त किया गया	हां या नहीं पर टिक करें
ञ) पूर्व-प्राधिकार संख्या	पूर्व-प्राधिकार संख्या दर्ज करें	जैसा कि टीपीए द्वारा आबंटित किया गया है
च) यदि नेटवर्क अस्पताल द्वारा पूर्व-प्राधिकार प्राप्त नहीं किया गया, कारण बताएं	पूर्व-प्राधिकार प्राप्त नहीं करने का कारण दर्ज करें	खुला पाठ
छ) चोट के कारण भर्ती	बताएं कि क्या चोट के कारण अस्पताल में भर्ती हुए हैं	हां या नहीं पर टिक करें
कारण	चोट का कारण बताएं	सही विकल्प टिक करें
यदि पदार्थ दुरुपयोग/मदिरापान के कारण चोट लगी है तब निम्न स्थापित करने हेतु की गई जांच	बताएं कि क्या जांच की गई थी	हां या नहीं पर टिक करें
यदि चिकित्सा कानूनी मामला	बताएं कि क्या जांच चिकित्सा कानूनी है	हां या नहीं पर टिक करें
पुलिस में रिपोर्ट	बताएं कि क्या पुलिस में रिपोर्ट की गई थी	हां या नहीं पर टिक करें
एफआईआर सं.	एफआईआर नंबर दर्ज करें	जैसा कि पुलिस अधिकारियों द्वारा जारी किया गया है
यदि पुलिस में रिपोर्ट नहीं की गई, कारण बताएं :	पुलिस में रिपोर्ट नहीं करने का कारण दर्ज करें	खुला पाठ
खंड घ – प्रस्तुत दावा दस्तावेज – जांच सूची		
स्पष्ट करें कि कौन से समर्थन दस्तावेज प्रस्तुत किए गए हैं		

केयर हेल्थ इंश्योरेंस लिमिटेड

रजिस्टर्ड कार्यालय: पॉचवो मंजिल, 19-चावला हाउस, नेहरू प्लेस, नई दिल्ली – 110019 पत्राचार कार्यालय: विपुल टेक स्क्वायर, टावर सी, तीसरी मंजिल, गोलफ कोर्स रोड, सेक्टर-43, गुरुग्राम – 122009 (हरियाणा) वेबसाइट: www.careinsurance.com

CIN: U66000DL2007PLC161503 आईआरडीएआई पंजीकरण संख्या - 148

डेटा तत्व	वर्णन	फार्मेट
खंड ड – गैर-नेटवर्क अस्पताल के मामले में अतिरिक्त विवरण		
क) पता	पूरा डाक पता दर्ज करें	गली, शहर तथा पिन कोड शामिल करें
ख) संपर्क नं.	अस्पताल का फोन नंबर दर्ज करें	फोन नंबर तथा एसटीडी कोड शामिल करें
ग) राज्य कोड सहित रजिस्ट्रेशन सं	डाक्टर का रजि. नंबर राज्य के कोड सहित दर्ज करें	जैसाकि भारतीय चिकित्सा परिषद द्वारा आबंटित किया गया है
घ) अस्पताल पैन	स्थायी खाता क्रमांक दर्ज करें	जैसाकि आयकर विभाग द्वारा आबंटित किया गया है
ड) अंत:रोगी बेड्स की संख्या	अंत:रोगी बेड्स की संख्या दर्ज करें	अंक
च) अस्पताल में उपलब्ध सुविधाएं	अस्पताल में उपलब्ध सुविधाएं दर्ज करें	सही विकल्प पर टिक करें। यदि अन्य है, स्पष्ट करें
खंड च – अस्पताल द्वारा घोषणा		
घोषणा ध्यान से पढ़ें तथा तारीख (दिन माह वर्ष प्रारूप में), स्थान (खुला पाठ) लिखकर हस्ताक्षर करें तथा मोहर लगाएं		

अनुलग्नक 1 – दावा फॉर्म के लिए

यदि 'ट्रैवल प्लस' के अंतर्गत निम्नलिखित में से किसी एक लाभ के लिए दावा किया जाता है, तो कृपया उपयुक्त लाभ पर टिक करें और संबंधित विवरण भरें :-

वर्ल्डवाइड इन-पेशेंट कवर (आपातकाल के लिए) :

वर्ल्डवाइड ओपीडी कवर :

नोट: यदि 'वर्ल्डवाइड ओपीडी कवर' के अंतर्गत दावा किया जाता है, तो केवल संबंधित आवेदन के फील्ड को भरना होगा।

अस्पताल का नाम, पता और टेलीफोन नंबर, जहां उपचार किया गया था: _____

उपचार करने वाले डॉक्टर का नाम: _____

बीमारी/चोट का विवरण: _____

बीमारी/चोट की वजह: _____

क्या पूर्व-मौजूद स्थिति के कारण बीमारी/घटना हुई/बढ़ी थी? कृपया विवरण दें: _____

बीमारी की शुरुआत की तिथि (दिन माह वर्ष):

उपचार की प्रकृति: _____

उपचार की तिथि (दिन माह वर्ष): से तक

पासपोर्ट खोना

खोने की तिथि (दिन माह वर्ष): हानि का स्थान: _____

खोने का विवरण/परिस्थितियां: _____

कुल व्यय: _____

चेक-इन बैगेज का खोना

सामान्य कैरियर का नाम _____

खोने की तिथि (दिन माह वर्ष): हानि का स्थान: _____

अवरोहण के पोट: _____

क्रम सं.	खोने का विवरण	राशि

मृत शरीर का देशप्रत्यावर्तन

मृत्यु का कारण: _____

बीमित व्यक्ति की मृत्यु की तिथि (दिन माह वर्ष): कुल व्यय: _____

परिवहन: _____ से: _____ तक तिथि:

मेडिकल इवैक्युएशॉन

यदि मेडिकल इवैक्युएशॉन की जाती है, तो मेडिकल इवैक्युएशॉन के लिए कारण: _____

मेडिकल इवैक्युएशॉन: _____ से: _____ तक तिथि:

क्रम सं.	व्यय विवरण	राशि

सहमति पत्र

तारीख

सेवा में,
चिकित्सा अधीक्षक

प्रिय श्रीमान,

सं. : मैसर्स केयर हेल्थ इंश्योरेंस लिमिटेड और इसके एजेन्टों के पक्ष में प्राधिकार

मैं आपके अस्पताल में

_____ से _____ तक _____ अंत:रोगी सं. _____ के तहत उपचाराधीन रहा हूँ

मैं एतद्वारा मैसर्स केयर हेल्थ इंश्योरेंस लिमिटेड तथा/अथवा इसके अधिकृत प्रतिनिधियों को आपसे अथवा उपरोक्त बीमारी के संबंध में मेरे इलाज से जुड़े डाक्टरों से कोई भी चिकित्सा जानकारी/रिकार्ड मांगने हेतु प्राधिकृत करता हूँ।

उनके द्वारा किसी भी संबंध में ऐसी सूचना/रिकार्ड मांगे जाने पर मुझे कोई आपत्ति नहीं है।

धन्यवाद,
भवदीय

(दावाकर्ता के हस्ताक्षर)

बीमित के हस्ताक्षर -