



દાવા પત્રક ભાગ B

વીમાધારક દ્વારા ભરાવું જોઈએ

(મોટા અક્ષરે ભરવું જોઈએ)

આ પત્રકને ઈશ્યુ કરવું તેને જવાબદારીની સ્વીકૃતિ તરીકે ગણવામાં આવશે નહીં

પ્રાથમિક વીમાધારકની વિગતો

a) પોલીસી નંબર:

b) એસઆઈ.નંબર/સર્ટીફિકેટ નંબર:

c) કંપની/ટીએપી ઓળખ નંબર:

d) નામ : 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) સરનામું :

શહેર : રાજ્ય :

પિન કોડ : ફોન નંબર : ઈમેઈલ આઈડી :

વીમા ઈતિહાસ ની વિગતો

a) હાલમાં કોઈ પણ અન્ય મેડીકલેમ આરોગ્ય વીમા/દ્વારા ન્યાવરિત : હા ના

b) બ્રેક વિનાના પહેલા વિમાની તારીખ : d d m m y y (પોલીસીઓની નકલ સાથે જોડવી જોઈએ)

c) જો કંપની નામ : પોલીસી નંબર :

વીમાની રકમ (રૂપિયા) :

d) શું તમે છેલ્લા ૪ વર્ષમાં હોસ્પિટલમાં દાખલ થયા છો? હા ના તારીખ : d d m m y y નિદાન :

e) અગાઉ કોઈ અન્ય મેડીકલેમ / આરોગ્ય વીમા દ્વારા આવરી લેવામાં આવ્યા છે: હા ના f) જો હા, તો, કંપની નામ:

હોસ્પિટલમાં દાખલ કરેલા વીમાધારક વ્યક્તિની વિગતો

a) નામ: 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) લિંગ: પુરુષ મહિલા c) ઉંમર : વર્ષ y y મહિના m m d) જન્મ તારીખ d d y y m m

e) પ્રાથમિક વીમા સંબંધ : પોતે જીવનસાથી બાળક પિતા માતા અન્ય (કૃપા કરીને સ્પષ્ટ કરો)

f) વ્યવસાય : નોકરી સ્વ રોજગાર ગૃહિણી વિદ્યાર્થી નિવૃત્ત અન્ય (કૃપા કરીને સ્પષ્ટ કરો)

e) સરનામું (જો ઉપર કરતાં જુદું હોય) :

શહેર : રાજ્ય :

પિન કોડ : ફોન નં : ઈમેઈલ આઈડી :

હોસ્પિટલમાં દાખલ થયા તેની વિગતો

a) જ્યાં દાખલ કરવામાં આવ્યા તે હોસ્પિટલનું નામ:

b) દાખલ થયા તે રૂમની શ્રેણી : દિવસ સંભાળ એકલ સુવિધા ટૂવીન શેઅરીંગ રૂમ દીઠ ૩ અથવા વધુ પથારી

c) ને કારણે હોસ્પિટલમાં દાખલ થયાઈએન્ટ માંદગી પ્રસૂતિ d) ઈજાની તારીખ / રોગનું પહેલું નિદાન થયું તે તારીખ / પ્રસૂતિની તારીખ : d d y y m m

e) હોસ્પિટલમાં દાખલ થવાની તારીખ d d y y m m f) સમય : h h m m g) હોસ્પિટલમાંથી રજા મળ્યાની તારીખ: d d y y m m h) સમય: h h m m

i) જો ઈજા હોય તો કારણ આપો : પોતાને કારણે ઘટિત થયેલો રોડ ટ્રાફિક અઘસ્માત પ્રતિબંધિત પદાર્થ / આલ્કોહોલનું સેવન l) જો તબીબી કાનૂની હોય તો: હા ના

ii) પોલીસને રિપોર્ટ કરેલ : હા ના iii) એમએલસી રિપોર્ટ અને પોલીસ એફઆઈઆર : હા ના j) ઔષધની શાખા :

દાવાની વિગતો

a) દાવો કરેલા સારવાર ખર્ચની વિગતો

i. હોસ્પિટલમાં દાખલ થયા પહેલાનો ખર્ચ : Rs.

ii. હોસ્પિટલમાં દાખલ થયાનો ખર્ચ : Rs.

iii. હોસ્પિટલમાં દાખલ થયા પછીનો ખર્ચ Rs.

iv. આરોગ્ય તપાસણી ખર્ચ : Rs.

v. એમ્બ્યુલન્સ ખર્ચ : Rs.

vi. અન્ય (કોડ) : Rs.

vii. હોસ્પિટલમાં દાખલ થયા પહેલાનો સમયગાળો દિવસ

viii. હોસ્પિટલમાં દાખલ થયા પછીનો સમયગાળો :દિવસ d d y y m m

b) ઘર સંબંધિત હોસ્પિટલ સારવાર માટેનો દાવો : હા ના (જો હા હોય તો જોડાણમાં વિગતો પૂરી પાડો)

c) દાવો કરાયેલા રોકડ લાભ ની ઊધડી /રકમ ની વિગતો:

i. હોસ્પિટલની રોજંદી રોકડ : Rs.

ii. સર્જરી સંબંધિત રોકડ: Rs.

iii. ગંભીર બીમારી લાભ : Rs.

iv. સ્વાસ્થ્યપ્રાપ્તિ : Rs.

v. હોસ્પિટલમાં દાખલ થયા પહેલાનો/પછીનો ઊધડી રકમનો લાભ : Rs.

vi. અન્ય : Rs.

કુલ Rs.

(મહત્વપૂર્ણ : કૃપા કરીને બીજા તરફ ફેરવો)



રજૂ કરેલા દાવા સંબંધિત દસ્તાવેજો - તપાસ સૂચી

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> દાવા પત્રક યોગ્ય રીતે સહી કરેલું | <input type="checkbox"/> ઓપરેશન થીએટરની નોંધો |
| <input type="checkbox"/> દાવાની નકલ સૂચના | <input type="checkbox"/> ECG |
| <input type="checkbox"/> હોસ્પિટલ મુખ્ય બીલ | <input type="checkbox"/> તપાસણી માટે ડોક્ટરની વિનંતી |
| <input type="checkbox"/> હોસ્પિટલ બ્રેક-અપ | <input type="checkbox"/> બીલની તપાસણી નૃ રીપોર્ટ (CT / MRI/ USG / HPE સહિત) |
| <input type="checkbox"/> હોસ્પિટલ બીલ ચુકવણી રસીદ | <input type="checkbox"/> અન્ય |
| <input type="checkbox"/> હોસ્પિટલથી રજા મળ્યાનો સારાંશ | |
| <input type="checkbox"/> ફાર્મસી બીલ | |

બીલની વિગતો જોડેલ

એક્સઆઈ. નંબર	બીલ નંબર	તારીખ	દ્વારાઈશ્યુ કરેલ	પ્રત્યે	રકમ (RS)
1.		d d m m y y		હોસ્પિટલ મુખ્ય બીલ	
2.		d d m m y y		હોસ્પિટલમાં દાખલ થયા પહેલા: _____ નંબર	
3.		d d m m y y		હોસ્પિટલમાં દાખલ થયા પહેલા: _____ નંબર	
4.		d d m m y y		ફાર્મસી બીલ	
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			

પ્રાથમિક વીમા ધારકની વિગતો ખાતું

a) પેન : b) ખાતા નંબર :

c) બેંકનું નામ અને શાખા :

d) ચેક/ DD ચુકવવાપાત્ર વિગતો : e) IFSC કોડ :

વીમા ધારક દ્વારા ઘોષણા

હું આ દ્વારા જાહેર કરું છું કે આ દાવા પત્રકમાં પૂરી પાડવામાં આવેલી માહિતી મારા શ્રેષ્ઠ જ્ઞાન અને માન્યતા મુજબ સાચી અને ચોક્કસ છે. જો મેં કોઈ ખોટું અથવા અસત્ય નિવેદન કર્યું હોય, મહત્વપૂર્ણ હકીકતનું દમન કર્યું હોય અથવા તે છુપાવી હોય તો ભરપાઈનો દાવો કરવાના મારા અધિકારને અમાન્ય હેરવવામાં આવશે. હું સંમત પણ થાઉં છું અને ટીપીએ ઈન્શ્યોરન્સ કંપનીને અધિકૃત કરું છું કે તેઓ કોઈ પણ હોસ્પિટલ તબીબી વ્યવસાયી જેમણે તે વ્યક્તિ જેની વિરાજમાં આ દાવો કરવામાં આવ્યો છે તેમની સારવાર કરી હોય તેમની પાસેથી જરૂરી તબીબી માહિતી દસ્તાવેજો માંગી શકે. હું આ દ્વારા જાહેર કરું છું કે મેં આ દાવાના હેતુ માટેના તમામ બીલ/ રસીદોનો સમાવેશ કર્યો છે અને હું કોઈ વધારાનો દાવો કરીશ નહીં સિવાય કે જો કોઈ હોસ્પિટલમાં દાખલ થયા પહેલાનો પછીનો કોઈ દાવો હોય તો.

તારીખ :

સ્થાન :

વીમા ધારકની સહી



દાવા પત્રક-ભાગ B

હોસ્પિટલ દ્વારા ભરવા માટે

(મોટા અક્ષરોમાં ભરવું જોઈએ)

આ પત્રકને ઈશ્યુ કરવું તેને જવાબદારીની સ્વીકૃતિ તરીકે ગણવામાં આવશે નહીં
ભાગ એ ને બદલે કૃપા કરીને અધિકૃતિ પહેલાંનું મૂળ વિનંતી પત્રક શામેલ કરો

હોસ્પિટલની વિગતો

a) હોસ્પિટલનું નામ :

b) હોસ્પિટલની ID: c) હોસ્પિટલનો પ્રકાર : નેટવર્ક ગેર નેટવર્ક (જો ગેર નેટવર્ક વિભાગ હોય છે)

d) સારવાર કરનાર ડોક્ટરનું નામ : 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) લાયકાત : f) રાજ્ય કોડ સાથે રજીસ્ટ્રેશન નંબર :

g) ફોન નંબર :

દાખલ કરાયેલા દર્દીની વિગતો

a) દર્દીનું નામ : 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) IP રજીસ્ટ્રેશન નંબર : c) લિંગ : પુરુષ મહિલા d) ઉંમર: વર્ષ મહિના

e) જન્મ તારીખ : d d m m y y f) દાખલ થવાની તારીખ : d d m m y y g) સમય : h h m m

h) રજા મળ્યાની તારીખ : d d m m y y i) સમય : h h m m j) દાખલ થયાનો પ્રકાર : કટોકટી આયોજિત દિવસ સંભાળ પ્રસૂતિ

k) જો પ્રસૂતિ હોય તો : i. પ્રસૂતિની તારીખ : d d m m y y ii. સ્થિતિની શ્રેણી :

j) રજા મળ્યાના સમયે સ્થિતિ : માટે રજા મળી માટે ઘરે થી રજા મળી અન્ય હોસ્પિટલમાં મૃત્યુ

નિદાન થયેલી માંદગીની વિગતો (પ્રાથમિક)

a)	ICD 10 કોડ	વર્ષન	b)	ICD 10 કોડ	વર્ષન
i) પ્રાથમિક નિદાન :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	i) પ્રક્રિયા 1 :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
ii) વધારાનું નિદાન :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	ii) પ્રક્રિયા 2 :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
iii) સહરોગિષ્ઠ મનોવૃત્તિ :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	iii) પ્રક્રિયા 3 :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
iv) સહરોગિષ્ઠ મનોવૃત્તિ :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	iv) પ્રક્રિયાની વિગતો :	<input type="text"/>	<input type="text"/>

c) હાલની માંદગી આની જટિલતા છે પીઈડી? હા ના I) (હોય તો, વિગતો સ્પષ્ટ કરો) :

d) પૂર્વ-અધિકૃતિ મેળવેલ : હા ના e) પૂર્વ-અધિકૃતિ નંબર :

f) જો નેટવર્ક હોસ્પિટલ દ્વારા અધિકૃતિ ન મેળવવામાં આવી હોય તો કારણ આપો :

g) ઈજાને કારણે હોસ્પિટલમાં દાખલ થયા : હા ના I) (હોય તો કારણ આપો) પોતાને કારણે ઘટિત થયેલા રોડટ્રાફિકઅકસ્માત પ્રતિબંધિત પદાર્થ નો દુરુપયોગ/નું સેવન

ii) જો ઈજા પ્રતિબંધિત પદાર્થ ના દુરુપયોગ/આલ્કોહોલ ના સેવન ને કારણે હોય આ સ્થાપિત કરવા માટે પરીક્ષણ કરવામાં આવ્યું : હા ના (હોય તો રિપોર્ટ જોડો) iii) જો તબીબી કાનૂની હોય તો : હા ના

v) FIR નંબર : vi) જો પોલીસને રિપોર્ટ ન કરવામાં આવ્યો હોય તો કારણ આપો :

રજૂ કરેલા દાવા સંબંધિત દસ્તાવેજો - તપાસ સૂચી

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> તરફથી દાવો યોગ્ય રીતે સહી | <input type="checkbox"/> કરેલ તપાસ રિપોર્ટ |
| <input type="checkbox"/> મૂળ પૂર્વ-અધિકૃતિ વિનંતી | <input type="checkbox"/> CT/MR/USG/HPE તપાસ રિપોર્ટ |
| <input type="checkbox"/> પૂર્વ-અધિકૃતિ મંજૂરી તાજેતરની | <input type="checkbox"/> ડોક્ટરની સંદર્ભ ચિઠ્ઠીની નકલ તપાસ માટે |
| <input type="checkbox"/> હોસ્પિટલ ઈસીજ દ્વારા પ્રમાણિત દર્દીના ફોટો ઓળખ કાર્ડ ની નકલ | <input type="checkbox"/> ECG |
| <input type="checkbox"/> હોસ્પિટલથી રજા મળ્યાનો સારાંશ | <input type="checkbox"/> ફર્મસી બિલ |
| <input type="checkbox"/> ઓપરેશન થીએટરની નોંધો | <input type="checkbox"/> MLC રિપોર્ટ અને પોલીસ FIR |
| <input type="checkbox"/> હોસ્પિટલ મુખ્ય બિલ | <input type="checkbox"/> મૂળ મૃત્યુ સારાંશ હોસ્પિટલ પાસેથી જ્યાં લાગુ હોય |
| <input type="checkbox"/> હોસ્પિટલ બેક-અપ બિલ | <input type="checkbox"/> કોઈ અન્ય, કૃપા કરીને સ્પષ્ટ કરો |



ગેર નેટવર્ક હોસ્પિટલના કિસ્સામાં વિગતો

a) હોસ્પિટલનું સરનામું :

શહેર : રાજ્ય :

પીન કોડ : b) ફોન નંબર : c) રજીસ્ટ્રેશન નંબર :

d) પેન e) દાખલ થયેલા દર્દીઓ માટે પથારીની સંખ્યા: f) હોસ્પિટલ માં ઉપલબ્ધ સુવિધાઓ : i) OT : હા ના ii) ICU : હા ના
iii) અન્ય :

વીમા ધારક દ્વારા ઘોષણા

(કૃપા કરીને ખૂબ જ ધ્યાનપૂર્વક વાંચો)

હું આ દ્વારા જાહેર કરું છું કે આ દાવા પત્રકમાં પૂરી પાડવામાં આવેલી માહિતી મારા શ્રેષ્ઠ જ્ઞાન અને માન્યતા મુજબ સાચી અને ચોક્કસ છે. જો મેં કોઈ ખોટું અથવા અસત્ય નિવેદન કર્યું હોય, મહત્વપૂર્ણ હકીકતનું દમન કર્યું હોય અથવા તે છુપાવી હોય તો ભરપાઈનો દાવો કરવાના મારા અધિકારને અમાન્ય ઠેરવવામાં આવશે હું સંમત પણ થાઉં છું અને TPA ઈન્શ્યોરન્સ કંપનીને અધિકૃત કરું છું કે તેઓ કોઈ પણ હોસ્પિટલ તબીબી વ્યવસાયી જેમણે તે વ્યક્તિ જેની સામે આ દાવો કરવામાં આવ્યો છે તેમની સારવાર કરી હોય તેમની પાસેથી જરૂરી તબીબી માહિતી દસ્તાવેજો માંગી શકે. હું આ દ્વારા જાહેર કરું છું કે મેં આ દાવાના હેતુ માટેના તમામ બિલ / રસીદોનો સમાવેશ કર્યો છે અને હું કોઈ વધારાનો દાવો કરીશ નહીં સિવાય કે જો કોઈ હોસ્પિટલમાં દાખલ થયા પહેલાનો /પછીનો કોઈ દાવો હોય તો.

તારીખ :

સ્થાન :

વીમાધારકની સહી

હોસ્પિટલ દ્વારા ઘોષણા

(કૃપા કરીને ખૂબ જ ધ્યાનપૂર્વક વાંચો)

અમે આ દ્વારા જાહેર કરીએ છીએ કે આ દાવા પત્રકમાં પૂરી પાડવામાં આવેલી માહિતી અમારા શ્રેષ્ઠ જ્ઞાન અને માન્યતા મુજબ સાચી અને ચોક્કસ છે. જો અમે કોઈ ખોટું અથવા અસત્ય નિવેદન કર્યું હોય, મહત્વપૂર્ણ હકીકતનું દમન કર્યું હોય અથવા તે છુપાવી હોય તો ભરપાઈનો દાવો કરવાના અમારા અધિકારને અમાન્ય ઠેરવવામાં આવશે. અમારા દ્વારા દાવા પત્રક બી સંપૂર્ણપણે ભર્યા બાદ આ પત્રક ઉપર વીમા ધારકની સહી લેવામાં આવી છે.

તારીખ :

સ્થાન :

હોસ્પિટલ સત્તાધિકારીઓ ની સહી અને સીલ