



दि न्यू इन्डिया एश्योरन्स कंपनी लिमिटेड
The New India Assurance Company Limited
(भारत सरकारचा उपक्रम / A Government of India Undertaking)

एफ.मेडी.-04

नोंदणीकृत व मुख्य कार्यालय : न्यू इन्डिया अॅश्युरन्स बिल्डिंग, 87, महात्मा गांधी मार्ग, फोर्ट, मुंबई- 400 001
Regd. & Head Office : New India Assurance Bldg., 87 M.G.Road, Fort, Mumbai - 400 001.

कुटुंब फ्लोटर मेडीक्लेम पॉलिसी (2007)
दावा पत्र

दावा क्रमांक

हे दावा पत्र जारी केल्याचा अर्थ विमा कंपनी ने सदरहु पॉलिसीच्या अंतर्गत कुठलेही दायित्व स्वीकारले आहे असे नाही.

सर्व तारखा - तारीख / महीना / वर्ष या क्रमाने द्याव्यात.

1. विमाधारकाचे नांव	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(पॉलिसी ज्याचे नांवे आहे त्याचे)	आडनाव	आद्याक्षर
2. विमित व्यक्तीचा तपशील	:	
(दावा ज्याचे संबंधित आहे त्याचा)	:	
ए) नांव व विमाधारक व्यक्तीशी नाते	:	
बी) सध्याचे वय पूर्ण वर्षात	:	
सी) व्यवसाय	:	
डी) घराचा पत्ता	:	
3. पॉलिसी क्रमांक (पूर्ण)	:	<input type="text"/>
4. आजार / व्याधि किंवा जखमेचे स्वरूप	:	
5. जखम झाल्याची/ आजार किंवा व्याधी माहीत झाल्याची तारीख	:	
6. ए) इलाज करणा-या वैद्यकीय व्यावसायिकाचे नांव व पत्ता	:	
	पिन कोड	
	राज्य/केन्द्र शासित प्रदेश	
बी) योग्यता व फोन क्र.	:	
सी) रजिस्ट्रेशन क्र.	:	
7. ए) हॉस्पिटल / नर्सिंग होम / क्लीनिकचे नांव व पत्ता	:	
	पिन कोड	
	राज्य/केन्द्र शासित प्रदेश	
बी) भर्ती केल्याची तारीख	:	
सी) सोडल्याची (डिस्चार्जची) तारीख	:	

8. सध्या आपण व्यक्तिगत दुर्घटना, कॅन्सर विमा, मेडीक्लेम (वैयक्तिक किंवा समूह), स्वास्थ्य विमा इत्यादि पैकी एखाद्या विमा योजने अंतर्गत विमीत आहात काय? असल्यास त्याविषयी प्रत्येक विम्याचा तपशील द्या.

ए) मेडीक्लेम पॉलिसीच्या अंतर्गत आवरणाचे हे पहीलेच वर्ष आहे का? होय / नाही
नसल्यास, अखंडित मेडीक्लेम पॉलिसीच्या अंतर्गत कधी पासून विमीत आहात त्याचा तपशील द्या.

बी) (i) ह्या पॉलिसी अंतर्गत हा पहिलाच दावा आहे काय? होय/नाही
(ii) तसे नसल्यास या पूर्वीच्या दाव्याचा तपशील द्या.

खाली नमूद केलेले कागद-पत्र मी वरील दाव्याच्या समर्थनार्थ सोबत जोडीत आहे (✓ या चिन्हाने निर्देश करा.)

1. हॉस्पिटल ने दिलेले डिस्चार्ज प्रमाणपत्र / कार्ड, बिल व पावत्या .
2. योग्य शिफारीशीनुसार हॉस्पिटल ने / औषध विक्रेत्याने (विक्रेत्यांनी) दिलेल्या खर्चाच्या पावत्या.
3. सदरहू इलाज करण्या-या वैद्यकीय व्यावसायिकाने/ सर्जनने केलेल्या शिफारीस पत्रासह रोग निदान तज्ञ (पॅथोलॉजिस्ट) ने दिलेला रोग निदान - परीक्षण रिपोर्ट व पावत्या.
4. शल्य चिकित्सकाने (सर्जनने) केलेल्या शल्यक्रियेच्या स्वरुपाविषयीचा उल्लेख असणारा दाखला, शल्य चिकित्सकाने दिलेले प्रमाणपत्र, बिल व पावत्या.
5. इलाज करणा-या डॉक्टर/ सल्लागार/ विशेषज्ञ/ भूलतज्ञांची बिलें, पावत्या तसेच रोग निदान प्रमाणापत्र.
6. इलाज करणा-या वैद्यकीय व्यावसायिकाने घरी इलाज करून घेण्याची परवानगी देण्याचे कारण सांगणारा दाखला.
7. रोगी पूर्ण बरा झाल्याविषयीचा वैद्यकीय व्यावसायिकाने / सर्जनने दिलेला दाखला .

सोबत जोडलेल्या मूळ पावत्या, बिले व कॅश मेमोनुसार खर्चाचा सारांश .

हॉस्पिटलचे एकूण बिल	रु. _____
सल्लागार/ सर्जन/ भूलतज्ञाची फी	रु. _____
रोग निदान परीक्षण	रु. _____
औषध विक्रेत्यांकडून विकत घेतलेली औषधे	रु. _____
वर समाविष्ट नसलेले इतर खर्च	रु. _____
एकूण	रु. _____

ह्या द्वारे मी हमी देतो की वर उल्लेख केलेल्या सर्व बाबी ख-या आहेत. मला हे मान्य आहे की मी एखादे खोटे किंवा असत्य विधान केले किंवा सत्य दडवून ठेवले अथवा लपविले तर या पॉलिसी अंतर्गत खर्चाच्या भरपाईचा माझा अधिकार सर्वार्थाने संपुष्टात येईल. मी हे ही जाहीर करतो की वरील उपचारा संदर्भात मला कोणताही लाभ मिळालेला नसून मी कोणत्याही वैद्यकीय योजने अंतर्गत किंवा विम्यांतर्गत कुठलाही दावा केलेला नाही.

मी, दि न्यू इन्डिया एश्योरन्स कंपनी लिमिटेड व संबंधीत तृतीय पक्ष प्रशासकास माझ्यावर उपचार करणा-या कोणत्याही हॉस्पिटल / वैद्यकीय व्यावसायिकाकडून माझ्याविषयीची वैद्यकीय माहिती घेण्यास सममति देत आहे.

ह्या पॉलिसीच्या अटी, नियम व सीमा क्षेत्रानुसार हॉस्पिटल बिलाप्रमाणे देय असलेला दावा संबंधीत हॉस्पिटलच्या नांवे अदा करून पूर्ण व कायमचा निकाली काढण्याचा अधिकार मी संबंधित तृतीय पक्ष प्रशासकास देत आहे.

माझ्यावरील उपचारासाठी झालेल्या खर्चाच्या बिलांची प्रतिपूर्ति म्हणून संबंधीत कंपनीकडून परतावा घेण्याचा अधिकार मी संबंधीत तृतीय पक्ष प्रशासकास देत आहे .

तारीख _____ महीना _____ वर्ष _____ स्थान _____

दावेदाराची स्वाक्षरी