

(भाग-A)

बीमित द्वारा भरा जाना चाहिए. इस फॉर्म के जारी होने को देयता की स्वीकृति के रूप में नहीं लिया जाना चाहिए
कृपया इस फॉर्म को साफ अक्षरों में भरें

प्राथमिक बीमित का विवरण

(खंड A)

पॉलिसी नं.																									
अनु. क्र. प्रमाणन नं.:													कंपनी टीपीए आईडी नं.:												
नाम (श्री/श्रीमती/सुश्री/डॉ):																									
	पहला नाम								मध्य नाम								उपनाम								
पता:																									
लैंडमार्क																									
क्षेत्र																									
शहर/नगर													जिला												
पिन कोड					राज्य																				
ईमेल																									
फोन																									

इंश्योरेंस इतिहास के विवरण

(खंड B)

वर्तमान में किसी अन्य मेडिकलेम/स्वास्थ्य बीमा द्वारा कवर किया गया: हाँ ☐ नहीं ☐

बिना रूकावट के पहले इंश्योरेंस के आरंभ का दिनांक:

D	D	M	M	Y	Y	Y	Y
---	---	---	---	---	---	---	---

यदि हाँ तो कंपनी का नाम:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

पॉलिसी नं.:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 बीमा राशि (₹):

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

क्या अनुबंध के आरंभ से पिछले चार वर्षों में आपको अस्पताल में दाखिल किया गया है? हाँ ☐ नहीं ☐

दिनांक:

D	D	M	M	Y	Y	Y	Y
---	---	---	---	---	---	---	---

 निदान: _____

पहले किसी अन्य मेडिकलेम/स्वास्थ्य बीमा द्वारा कवर किया गया: हाँ ☐ नहीं ☐

यदि हाँ, तो कंपनी का नाम:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

अस्पताल में भर्ती बीमित व्यक्ति का विवरण

(खंड C)

नाम (श्री/श्रीमती/सुश्री/डॉ):

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

पहला नाम मध्य नाम उपनाम

लिंग: पुरुष ☐ स्त्री ☐ जन्म दिनांक

D	D	M	M	Y	Y	Y	Y
---	---	---	---	---	---	---	---

 आयु

--	--

 वर्ष

--	--

 महीने

--	--

प्राथमिक बीमित से रिश्ता: स्वयं ☐ जीवनसाथी ☐ बच्चा ☐ पिता ☐ माता ☐ अन्य ☐ (कृपया उल्लेख करें) _____

व्यवसाय: सेवा ☐ स्व-रोज़गार ☐ गृहिणी ☐ विद्यार्थी ☐ सेवानिवृत्त ☐ अन्य ☐ (कृपया उल्लेख करें) _____

पता:																									
लैंडमार्क																									
क्षेत्र																									
शहर/नगर													जिला												
पिन कोड							राज्य																		
ईमेल																									
फोन																									

अस्पताल दाखिले के विवरण

(खंड D)

अस्पताल का नाम:

जहाँ भर्ती किया गया था

भर्ती होने वाले रूम की श्रेणी: डे केयर ☐ एकल निवास ☐ ट्विन शेयरिंग ☐ 3 या अधिक बिस्तर प्रति रूम ☐

अस्पताल दाखिले का कारण: चोट ☐ बीमारी ☐ मैटर्निटी ☐

चोट का दिनांक/पहली बार बीमारी का पता चलने का दिनांक/प्रसव का दिनांक:

D	D	M	M	Y	Y	Y	Y
---	---	---	---	---	---	---	---

भर्ती होने का दिनांक:

D	D	M	M	Y	Y	Y	Y
---	---	---	---	---	---	---	---

 समय:

H	H	M	M
---	---	---	---

डिस्चार्ज का दिनांक:

D	D	M	M	Y	Y	Y	Y
---	---	---	---	---	---	---	---

 समय:

H	H	M	M
---	---	---	---

यदि चोट लगी है तो कारण बताएं: स्वयं द्वारा लगाई गई ☐ सड़क यातायात दुर्घटना ☐ मादक द्रव्यों का सेवन/शराब का सेवन ☐

यदि मेडिको लीगल है ☐ हाँ ☐ नहीं ☐

पुलिस को रिपोर्ट की गई ☐ हाँ ☐ नहीं ☐

MLC रिपोर्ट और पुलिस FIR संलग्न ☐ हाँ ☐ नहीं ☐

चिकित्सा प्रणाली

दावे का विवरण

(खंड E)

दावा किए गए उपचार खर्च का विवरण:

अस्पताल में भर्ती होने से पहले का खर्च	₹	अस्पताल में भर्ती होने का खर्च	₹
अस्पताल में भर्ती होने के बाद का खर्च	₹	स्वास्थ्य जांच का खर्च	₹
एम्बुलेंस शुल्क	₹	अन्य (कोड)	₹
		कुल ₹	

अस्पताल में भर्ती होने से पहले की अवधि: दिन अस्पताल में भर्ती होने के बाद की अवधि: दिन

डोमिसिलियरी हॉस्पिटलाइजेशन के लिए दावा: हाँ ☐ नहीं ☐ (यदि हां, तो अनुलग्नक में विवरण प्रदान करें)

एकमुश्त राशि/दावा किए गए नकद लाभ के विवरण

हॉस्पिटल डेली कैश	₹	सर्जिकल कैश	₹
क्रिटिकल इलनेस लाभ	₹	स्वास्थ्य लाभ	₹
अस्पताल में भर्ती होने से पहले/बाद में एकमुश्त लाभ	₹	अन्य	₹
		कुल ₹	

जमा किए गए दावा दस्तावेज -जांच सूची

- | | |
|---|--|
| ☐ विधिवत हस्ताक्षरित दावा फॉर्म | ☐ दावा सूचना की प्रति, यदि कोई हो |
| ☐ अस्पताल का मुख्य बिल | ☐ अस्पताल ब्रेक-अप बिल |
| ☐ अस्पताल बिल भुगतान रसीद | ☐ अस्पताल डिस्चार्ज सारांश |
| ☐ फार्मसी बिल | ☐ ऑपरेशन थियेटर नोट्स |
| ☐ ईसीजी | ☐ जांच के लिए डॉक्टर का अनुरोध |
| ☐ जांच रिपोर्ट (सीटी/एमआरआई/यूएसजी/एचपीई सहित) | ☐ डॉक्टर का प्रिस्क्रिप्शन |
| | ☐ अन्य |

(खंड F)

प्राथमिक बीमित व्यक्ति के बैंक खाते का विवरण:

(खंड G)

खाता संख्या:

[illegible]

आईएफएससी कोड:

(खंड H)

दिनांक:

D	D	M	M	Y	Y	Y	Y
---	---	---	---	---	---	---	---

 बीमित के हस्ताक्षर _____

स्थान _____

अनु. क्र.	डेटा एलिमेंट	विवरण	प्रारूप
	खंड A: प्राथमिक बीमित का विवरण		
a.	पॉलिसी नं.	पॉलिसी नंबर दर्ज करें	बीमा कंपनी द्वारा आवंटित
b.	अनु. क्र./प्रमाणपत्र सं.	सामाजिक बीमा संख्या या सामाजिक स्वास्थ्य बीमा योजना का प्रमाण पत्र संख्या दर्ज करें	संस्थान द्वारा आवंटित
c.	कंपनी टीपीए आईडी सं.	टीपीए आईडी सं. दर्ज करें	आईआरडीए द्वारा आवंटित और टीपीए दस्तावेजों में मुद्रित लाइसेंस संख्या
d.	नाम	पॉलिसीधारक का पूरा नाम दर्ज करें	उपनाम, पहला नाम, मध्य नाम
e.	पता	पूरा डाक पता दर्ज करें	सड़क, शहर और पिन कोड शामिल करें
	खंड B: बीमा इतिहास का विवरण		
a.	वर्तमान में किसी अन्य मेडिकलेम/स्वास्थ्य बीमा द्वारा कवर किया गया है?	संकेत करें कि क्या वर्तमान में किसी अन्य मेडिकलेम/स्वास्थ्य बीमा द्वारा कवर किया गया है	हां या नहीं पर चिन्ह लगाएँ
b.	बिना ब्रेक के पहले बीमा के प्रारंभ का दिनांक	पहले बीमा के प्रारंभ का दिनांक दर्ज करें	दिन माह वर्ष प्रारूप का उपयोग करें
c.	कंपनी का नाम	बीमा कंपनी का पूरा नाम दर्ज करें	संस्थान का पूरा नाम
	पॉलिसी नं.	पॉलिसी संख्या दर्ज करें	जैसा कि बीमा कंपनी द्वारा आवंटित किया गया है
	बीमा राशि	पॉलिसी के अनुसार कुल बीमा राशि दर्ज करें	रुपये में
d.	क्या आप अनुबंध की शुरुआत से पिछले चार वर्षों में अस्पताल में भर्ती हुए हैं?	बताएं कि क्या आप पिछले चार वर्षों में अस्पताल में भर्ती हुए हैं	हां या नहीं पर चिन्ह लगाएँ
	दिनांक	अस्पताल में भर्ती होने का दिनांक दर्ज करें	महीना वर्ष के प्रारूप का उपयोग करें
	निदान	निदान विवरण दर्ज करें	ओपन टेक्स्ट

अनु. क्र.	डेटा एलिमेंट	विवरण	प्रारूप
e.	क्या आप पहले किसी अन्य मेडिकलेम/स्वास्थ्य बीमा द्वारा कवर किए गए हैं?	बताएं कि क्या आप पहले किसी अन्य मेडिकलेम/स्वास्थ्य बीमा द्वारा कवर किए गए हैं?	हां या नहीं पर चिन्ह लगाएँ
f.	कंपनी का नाम	बीमा कंपनी का पूरा नाम दर्ज करें	संस्थान का पूरा नाम
खंड C: अस्पताल में भर्ती बीमित व्यक्ति का विवरण			
a.	नाम	रोगी का पूरा नाम दर्ज करें	उपनाम, पहला नाम, मध्य नाम
b.	लिंग	रोगी का लिंग संकेत करें	पुरुष या स्त्री पर चिन्ह लगाएँ
c.	आयु	रोगी की आयु दर्ज करें	वर्षों और महीनों की संख्या
d.	जन्म दिनांक	रोगी का जन्म दिनांक दर्ज करें	दिन माह वर्ष प्रारूप का उपयोग करें
e.	प्राथमिक बीमित से संबंध	रोगी का पॉलिसीधारक से संबंध बताएं	सही विकल्प पर निशान लगाएं. यदि अन्य है, तो कृपया बताएं.
f.	व्यवसाय	रोगी का व्यवसाय बताएं	सही विकल्प पर निशान लगाएं. यदि अन्य है, तो कृपया बताएं.
g.	पता	पूरा डाक पता एंटर करें.	सड़क, शहर और पिन कोड शामिल करें
h.	फोन नंबर	रोगी का फोन नंबर दर्ज करें.	टेलीफोन नंबर के साथ एसटीडी कोड शामिल करें
i.	आई. ई-मेल आईडी	रोगी का ई-मेल एड्रेस दर्ज करें	पूरा ई-मेल एड्रेस
खंड D: अस्पताल में भर्ती होने का विवरण			
a.	अस्पताल का नाम जहां भर्ती कराया गया	अस्पताल का नाम दर्ज करें	अस्पताल का पूरा नाम
b.	निवासी कमरे की श्रेणी	निवासी कमरे की श्रेणी का संकेत करें	सही विकल्प पर चिन्ह लगाएँ
c.	अस्पताल में भर्ती होने के कारण	अस्पताल में भर्ती होने का कारण बताएं	सही विकल्प पर चिन्ह लगाएँ
d.	चोट का दिनांक/पहली बार बीमारी का पता चलने का दिनांक/प्रसव का दिनांक	संबंधित दिनांक दर्ज करें	दिन माह वर्ष प्रारूप का उपयोग करें
e.	प्रवेश का दिनांक	प्रवेश का दिनांक दर्ज करें	दिन माह वर्ष प्रारूप का उपयोग करें
f.	समय	प्रवेश का दिनांक दर्ज करें	घंटा मिनट प्रारूप का उपयोग करें
g.	डिस्चार्ज का दिनांक	डिस्चार्ज का दिनांक दर्ज करें	दिन माह वर्ष प्रारूप का उपयोग करें
h.	समय	डिस्चार्ज का दिनांक दर्ज करें	घंटा मिनट प्रारूप का उपयोग करें
i.	यदि चोट लगी है तो कारण बताएं	चोट का कारण बताएं	सही विकल्प पर चिन्ह लगाएँ
	यदि मेडिको लीगल है	संकेत करें कि क्या चोट मेडिको लीगल है	हां या नहीं पर चिन्ह लगाएँ
	पुलिस को सूचना दी गई	संकेत करें कि क्या पुलिस रिपोर्ट दायर की गई है	हां या नहीं पर चिन्ह लगाएँ
	एमएलसी रिपोर्ट और पुलिस एफआईआर संलग्न	संकेत करें कि क्या एमएलसी रिपोर्ट और पुलिस एफआईआर संलग्न है	हां या नहीं पर चिन्ह लगाएँ
j.	चिकित्सा पद्धति	रोगी के उपचार में अपनाई गई चिकित्सा पद्धति दर्ज करें	ओपन टेक्स्ट
खंड E: दावे का विवरण			
a.	उपचार खर्च का विवरण	उपचार खर्च के रूप में दावा राशि दर्ज करें	रुपये में (पैसे मूल्य दर्ज न करें)
b.	डोमिसिलियरी हॉस्पिटलाइजेशन का दावा	बताएं कि क्या दावा डोमिसिलियरी हॉस्पिटलाइजेशन का है	हां या नहीं पर चिन्ह लगाएँ.
c.	दावा किए गए एकमुश्त/नकद लाभ का विवरण	एकमुश्त/नकद लाभ के रूप में दावा की गई राशि दर्ज करें	रुपये में (पैसे मूल्य दर्ज न करें)
d.	जमा किए गए दावा दस्तावेज- चेक लिस्ट	बताएं कि कौन से सहायक दस्तावेज जमा किए गए हैं	सही विकल्प पर चिन्ह लगाएँ
खंड F: संलग्न बिलों का विवरण			
बताएं कि कौन से बिल रुपये में राशि के साथ संलग्न हैं			
खंड G: प्राथमिक बीमित व्यक्ति के बैंक खाते का विवरण			
a.	पैन	परमानेंट अकाउंट नंबर दर्ज करें	जैसा कि आयकर विभाग द्वारा आवंटित किया गया है
b.	खाता संख्या	बैंक खाता संख्या दर्ज करें	जैसा कि बैंक द्वारा आवंटित किया गया है
c.	बैंक का नाम और शाखा	शाखा के साथ बैंक का नाम दर्ज करें	बैंक का पूरा नाम
d.	देय चेक/डीडी का विवरण	लाभार्थी का नाम दर्ज करें जिसके लिए चेक/डीडी बनाया जाना चाहिए	व्यक्ति/संस्थान का पूरा नाम
e.	आईएफएससी कोड	बैंक शाखा का आईएफएससी कोड दर्ज करें	बैंक शाखा का पूरा आईएफएससी कोड
खंड H: बीमाधारक द्वारा घोषणा			
घोषणा को ध्यान से पढ़ें और दिनांक (दिन-माह-वर्ष प्रारूप में) स्थान (ओपन टेक्स्ट) लिखें और हस्ताक्षर करें.			

रजिस्टर्ड ऑफिस: 15 वीं मंजिल, टावर A, पेनिनसुला बिजनेस पार्क, जी. के. मार्ग, लोअर परेल, मुंबई - 400013
टोल फ्री नं: (24x7): 1800 266 7780 या 1800 229966 (वरिष्ठ नागरिकों के लिए) • ईमेल: customersupport@tataaii.com
IRDA ऑफ इंडिया रजिस्ट्रेशन नं: 108 • वेबसाइट: www.tataaii.com • CIN: U85110MH2000PLC128425

iii) यदि मेडिको लीगल हो: हाँ ☐ नहीं ☐

iv) पुलिस को रिपोर्ट किया गया: हाँ ☐ नहीं ☐

v) एफआईआर सं.:

vi) यदि पुलिस को रिपोर्ट नहीं की गई है तो कारण बताएं: _____

जमा किए गए दावा दस्तावेज -जांच सूची

(खंड D)

- | | |
|---|--|
| ☐ विधिवत हस्ताक्षरित दावा प्रपत्र | ☐ जांच रिपोर्ट |
| ☐ मूल पूर्व-प्राधिकरण अनुरोध | ☐ सीटी/एमआर/यूपएसजी/एचपीई जांच रिपोर्ट |
| ☐ पूर्व-प्राधिकरण अनुमोदन पत्र की प्रति | ☐ जांच के लिए डॉक्टर की संदर्भ पर्ची |
| ☐ अस्पताल द्वारा सत्यापित रोगी के फोटो आईडी कार्ड की प्रति | ☐ ईसीजी |
| ☐ अस्पताल डिस्चार्ज सारांश | ☐ फार्मसी बिल |
| ☐ ऑपरेशन थियेटर के नोट्स | ☐ एमएलसी रिपोर्ट और पुलिस एफआईआर |
| ☐ अस्पताल का मुख्य बिल | ☐ जहां लागू हो वहां अस्पताल की मूल डेथ समरी |
| ☐ अस्पताल का ब्रेक-अप बिल | ☐ कोई अन्य कृपया निर्दिष्ट करें |

गैर- नेटवर्क अस्पताल के मामले में अतिरिक्त विवरण (केवल गैर-नेटवर्क अस्पताल के मामले में भरें)

(खंड E)

अस्पताल का नाम:

पता:

शहर/नगर जिला

पिन कोड राज्य

ईमेल

फोन

पंजीकरण संख्या:

राज्य कोड के साथ

अस्पताल पैन: इनपेशेंट बिस्तरों की संख्या:

अस्पताल में उपलब्ध सुविधाएँ: i) ओटी: हाँ ☐ नहीं ☐ ii) आईसीयू: हाँ ☐ नहीं ☐ iii) अन्य _____

अस्पताल द्वारा घोषणा (कृपया बहुत सावधानी से पढ़ें)

(खंड F)

हम घोषणा करते हैं कि इस दावे में दी गई जानकारी हमारे सर्वोत्तम ज्ञान और विश्वास के अनुसार सत्य और सही है। यदि हमने कोई गलत या असत्य कथन किया है, किसी भी तथ्य को दबाया या छिपाया है, तो इस दावे के तहत दावा करने का हमारा अधिकार समाप्त हो जाएगा।

दिनांक

D	D	M	M	Y	Y	Y	Y
---	---	---	---	---	---	---	---

स्थान _____ अस्पताल प्राधिकरण के हस्ताक्षर और मुहर _____

टीपीए के पत्राचार का विवरण (कृपया मूल दस्तावेजों के साथ विधिवत हस्ताक्षरित भरा हुआ दावा फॉर्म निम्नलिखित पते पर जमा करें)
टीएजीआईसी स्वास्थ्य दावे,
टाटा एआईजी जनरल इश्योरेंस कंपनी लिमिटेड, 5वीं और 6वीं मंजिल, इंपीरियल टावर्स, एच.नं. 7-1-6-617/ए, जीएचएमसी नं. - 615,616, अमीरपेट,
हैदराबाद - 500016, तेलंगाना, फोन-040-66864900
टोल फ्री: 1800 266 7780 या 1800 229 966 (वरिष्ठ नागरिकों के लिए)
वेबसाइट: www.tataaig.com; ईमेल: healthclaimsupporttataaig.com

रियायतों की निषिद्धता: बीमा कानून 1938 की धारा 41 यथा बीमा अधिनियम (संशोधन) कानून, 2015 द्वारा संशोधित

- किसी भी व्यक्ति को किसी अन्य व्यक्ति को भारत में आजीवन या संपत्ति के संबंध में किसी भी प्रकार के जोखिम के संदर्भ में कोई बीमा नवीनीकृत करवाने या जारी रखने के लिए देय कमीशन पर संपूर्ण या आंशिक रियायत या पॉलिसी पर दर्शाए प्रीमियम पर किसी रियायत के लिए प्रत्यक्ष या परोक्ष रूप से प्रलोभन देने की अनुमति या प्रलोभन नहीं देना चाहिए, और न ही कोई पॉलिसी लेने या नवीनीकरण करवाने वाले किसी व्यक्ति को कोई रियायत स्वीकार करनी चाहिए, जिसमें वह रियायत अपवाद है जो बीमाकर्ता के प्रकाशित प्रॉस्पेक्ट्स या तालिकाओं के अनुसार अनुमत हो सकती है।
- इस धारा के प्रावधानों का उल्लंघन करने वाला कोई भी व्यक्ति जुर्माने के साथ दंडनीय होगा जो दस लाख रूपए तक हो सकता है।

बीमा आग्रह की विषय-वस्तु है, जोखिम कारकों, नियमों और शर्तों पर अधिक जानकारी के लिए, कृपया बिक्री संपन्न करने से पूर्व सेल्स ब्रोशर ध्यान से पढ़ें।

दावा प्रपत्र भरने के लिए मार्गदर्शन-भाग बी (अस्पताल द्वारा भरा जाना है)

अनु. क्र.	डेटा एलिमेंट	वर्णन	प्रारूप
खंड ए: अस्पताल का विवरण			
a.	अस्पताल का नाम	अस्पताल का नाम दर्ज करें	अस्पताल का पूरा नाम
b.	अस्पताल आईडी	अस्पताल की आईडी संख्या दर्ज करें	टीपीए द्वारा आवंटित अनुसार
c.	अस्पताल का प्रकार	संकेत करें कि नेटवर्क या गैर नेटवर्क अस्पताल में है	सही विकल्प पर चिन्ह लगाएँ
d.	इलाज करने वाले डॉक्टर का नाम	इलाज करने वाले डॉक्टर का नाम दर्ज करें	डॉक्टर का पूरा नाम
e.	योग्यता	इलाज करने वाले डॉक्टर की योग्यता दर्ज करें	शैक्षणिक योग्यता के संक्षिप्त रूप
f.	राज्य कोड के साथ पंजीकरण संख्या	राज्य कोड के साथ डॉक्टर की पंजीकरण संख्या दर्ज करें	मेडिकल काउंसिल ऑफ इंडिया द्वारा आवंटित अनुसार
g.	फ़ोन नंबर	डॉक्टर का फ़ोन नंबर दर्ज करें	टेलीफोन नंबर के साथ एसटीडी कोड शामिल करें
खंड बी: भर्ती मरीज का विवरण			
a.	मरीज का नाम	अस्पताल का नाम दर्ज करें	अस्पताल का पूरा नाम
b.	आईपी पंजीकरण संख्या	बीमा प्रदाता पंजीकरण संख्या दर्ज करें	बीमा प्रदाता द्वारा किए गए आवंटन के अनुसार
c.	लिंग	रोगी का लिंग इंगित करें	पुरुष या महिला पर चिन्ह लगाएँ
d.	आयु	रोगी की आयु दर्ज करें	वर्षों और महीनों की संख्या
e.	जन्म दिनांक	भर्ती का दिनांक दर्ज करें	दिन माह वर्ष के प्रारूप का उपयोग करें
f.	भर्ती का दिनांक	भर्ती का दिनांक दर्ज करें	दिन माह वर्ष प्रारूप का उपयोग करें
g.	समय	भर्ती होने का समय दर्ज करें	घंटा मिनट के प्रारूप का उपयोग करें
h.	डिस्चार्ज का दिनांक	डिस्चार्ज का दिनांक दर्ज करें	दिन माह वर्ष प्रारूप का उपयोग करें
i.	समय	डिस्चार्ज का समय दर्ज करें	घंटा मिनट प्रारूप का उपयोग करें
j.	भर्ती का प्रकार	रोगी के भर्ती के प्रकार का संकेत करें	सही विकल्प पर चिन्ह लगाएँ
k.	यदि मैटर्निटी है:		
	प्रसव का दिनांक	यदि मैटर्निटी है तो प्रसव का दिनांक दर्ज करें	दिन माह वर्ष प्रारूप का उपयोग करें
	गर्भावस्था की स्थिति	यदि मैटर्निटी है तो गर्भावस्था की स्थिति दर्ज करें	मानक प्रारूप का उपयोग करें
l.	डिस्चार्ज के समय स्थिति	डिस्चार्ज के समय रोगी की स्थिति का संकेत करें	सही विकल्प पर चिन्ह लगाएँ
m.	कुल दावा की गई राशि	कुल दावा की गई राशि दर्ज करें	रुपये में (पैसे मूल्य दर्ज न करें)
खंड सी: निदान की गई बीमारी का विवरण (प्राथमिक)			
a.	आईसीडी10 कोड		
	प्राथमिक निदान	आईसीडी10 कोड और प्राथमिक निदान का विवरण दर्ज करें	मानक प्रारूप और खुला पाठ
	अतिरिक्त निदान	आईसीडी 10 कोड और अतिरिक्त निदान का विवरण दर्ज करें	मानक प्रारूप और ओपन टेक्स्ट
	सह-रुग्णताएँ	आईसीडी 10 कोड और सह-रुग्णताओं का विवरण दर्ज करें	मानक प्रारूप और ओपन टेक्स्ट
b.	आईसीडी 10 पीसीएस		
	प्रक्रिया 1	आईसीडी 10 पीसीएस और पहली प्रक्रिया का विवरण दर्ज करें	मानक प्रारूप और ओपन टेक्स्ट
	प्रक्रिया 2	आईसीडी 10 पीसीएस और दूसरी प्रक्रिया का विवरण दर्ज करें	मानक प्रारूप और ओपन टेक्स्ट
	प्रक्रिया 3	आईसीडी 10 पीसीएस और तीसरी प्रक्रिया का विवरण दर्ज करें	मानक प्रारूप और ओपन टेक्स्ट
	प्रक्रिया का विवरण	प्रक्रिया का विवरण दर्ज करें	ओपन टेक्स्ट
c.	पूर्व-प्राधिकरण प्राप्त हुआ	बताएं कि क्या पूर्व-प्राधिकरण प्राप्त हुआ है	हाँ या नहीं पर चिन्ह लगाएँ
d.	पूर्व-प्राधिकरण संख्या	पूर्व-प्राधिकरण संख्या दर्ज करें	टीपीए द्वारा आवंटित

e.	यदि नेटवर्क अस्पताल द्वारा प्राधिकरण प्राप्त नहीं हुआ है, तो कारण बताएं	पूर्व-प्राधिकरण संख्या प्राप्त न करने का कारण दर्ज करें	ओपन टेक्स्ट
अनु. क्र.	डेटा एलिमेंट	वर्णन	प्रारूप
f.	चोट के कारण अस्पताल में भर्ती	संकेत करें कि क्या अस्पताल में भर्ती चोट के कारण है	हां या नहीं पर चिन्ह लगाएँ
	कारण	चोट का कारण बताएं	सही विकल्प पर चिन्ह लगाएँ
	यदि मादक पदार्थ/शराब के सेवन के कारण चोट लगी है, तो इसे स्थापित करने के लिए परीक्षण किया गया	संकेत करें कि क्या परीक्षण किया गया	हां या नहीं पर चिन्ह लगाएँ
	मेडिको लीगल	संकेत करें कि क्या चोट मेडिको लीगल है	हां या नहीं पर चिन्ह लगाएँ
	पुलिस को रिपोर्ट की गई	संकेत करें कि क्या पुलिस रिपोर्ट दर्ज की गई है	हां या नहीं पर चिन्ह लगाएँ
	एफआईआर नं.	फर्स्ट इन्फॉर्मेशन रिपोर्ट नंबर दर्ज करें	जैसा कि पुलिस अधिकारियों द्वारा जारी किया गया
	यदि पुलिस को रिपोर्ट नहीं की गई है, तो कारण बताएं	पुलिस को रिपोर्ट न करने का कारण दर्ज करें	ओपन टेक्स्ट
खंड डी: जमा किए गए दावा दस्तावेज-जांच सूची			
जमा किए गए सहायक दस्तावेजों के साथ संकेत करें			
खंड ई: नॉन नेटवर्क अस्पताल के मामले में अतिरिक्त विवरण			
a.	पता	पूरा डाक पता दर्ज करें	स्ट्रीट, शहर और पिन कोड शामिल करें
b.	फोन नं.	अस्पताल का फोन नंबर दर्ज करें	टेलीफोन नंबर के साथ एसटीडी कोड शामिल करें
c.	राज्य कोड के साथ पंजीकरण नं.	राज्य कोड के साथ डॉक्टर का पंजीकरण नंबर दर्ज करें	जैसा कि मेडिकल काउंसिल ऑफ इंडिया द्वारा आवंटित किया गया है
d.	अस्पताल का पैन	परमानेंट अकाउंट नंबर दर्ज करें	आयकर विभाग द्वारा आवंटन के अनुसार
e.	इनपेशेंट बिस्तरों की संख्या	इनपेशेंट बिस्तरों की संख्या दर्ज करें	अंक
f.	अस्पताल में उपलब्ध सुविधाएं	अस्पताल में उपलब्ध सुविधाओं का संकेत करें	सही विकल्प पर निशान लगाएं, यदि अन्य विकल्प हैं, तो कृपया उल्लेख करें.
खंड एफ: अस्पताल द्वारा घोषणा			
घोषणा को ध्यान से पढ़ें और दिनांक (दिन-माह-वर्ष प्रारूप में), स्थान (ओपन टेक्स्ट) का उल्लेख और हस्ताक्षर करें तथा मुहर लगाएँ.			