

परिवार कल्याण बीमा योजना हेतु दावा फॉर्म /

**CLAIM FORM FOR FAMILY PLANNING INSURANCE SCHEME**

**टिप्पणियां / Notes:** 1) पॉलिसी की धारा-1 (नसबंदी ऑपरेशन से संबंधित) के अंतर्गत दावा दर्ज करने के लिए इस फॉर्म को भरना जरूरी है.

- 1) This form is required to be completed for lodging claim under Section - I (Related to sterilization operation) of the policy.
- 2) इस फॉर्म को दायिता स्वीकार किए बिना जारी किया गया है तथा दावे पर कार्रवाई हेतु इस भरकर इश्योरेन्स कंपनी को लौटाया जाना चाहिए.
- 2) This form is issued without admission of liability and must be completed and returned to the insurance company for processing the claim.
- 3) कोई भी दावा तब तक स्वीकार नहीं किया जा सकता है जब तक कि उसे इस प्रयोजन हेतु राज्य सरकार द्वारा गठित डिस्ट्रिक्ट क्वालिटी एश्योरेन्स कमेटी/सीएमओ द्वारा प्रमाणित न किया गया हो.
- 3) No claim can be admitted unless certified by the District Quality Assurance Committee constituted by the State Government for the purpose / CMO.

क्लेम नं. (इश्योरेन्स कंपनी द्वारा दिया जाएगा): \_\_\_\_\_ पॉलिसी नं.: \_\_\_\_\_

**Claim No (to be allotted by the insurer):** \_\_\_\_\_ **Policy No:** \_\_\_\_\_

**1. दावेदार का विवरण: / Details of the Claimant:**

पूरा नाम : \_\_\_\_\_ वर्तमान उम्र : \_\_\_\_\_ वर्ष,

Name in Full: \_\_\_\_\_ Present Age: \_\_\_\_\_ Years,

नसबंदी स्वीकार करने वाले के साथ रिश्ता : \_\_\_\_\_

Relationship with the acceptor of Sterilisation: \_\_\_\_\_

निवास स्थान का पता: \_\_\_\_\_

Residential Address: \_\_\_\_\_ टेलीफोन नं.: \_\_\_\_\_

Telephone No.: \_\_\_\_\_

**2. नसबंदी ऑपरेशन करवाने वाले व्यक्ति का विवरण: / Details of the person undergone sterilization operation:**

पूरा नाम : \_\_\_\_\_ उम्र : \_\_\_\_\_ वर्ष,

Name in Full: \_\_\_\_\_ Age: \_\_\_\_\_ Years,

आत्मज/आत्मजा : \_\_\_\_\_

Son / daughter of: \_\_\_\_\_

जीवनसाथी का नाम : \_\_\_\_\_ जीवनसाथी की उम्र : \_\_\_\_\_ वर्ष,

Name of the Spouse: \_\_\_\_\_ Age of Spouse: \_\_\_\_\_ Years,

निवास स्थान का पता: \_\_\_\_\_

Residential Address: \_\_\_\_\_ टेलीफोन नं.: \_\_\_\_\_

Telephone No.: \_\_\_\_\_

**3. स्थायी व्यवसाय या पेशा: (अगर से अधिक हो तो सबका उल्लेख करें)**

**Permanent Business or Occupation: (If more than one state all)** \_\_\_\_\_

**4. अविवाहित आश्रित बच्चों की संख्या: /Details of unmarried dependent children:**

क्रम सं./ Sr. No.	नाम/Name	उम्र/ Age	लिंग/ Sex	क्या अविवाहित हैं/ Whether Unmarried	अगर अविवाहित हैं, तो क्या आश्रित हैं/ If unmarried, whether dependent
1					
2					
3					
4					
5					

5. (अ) नसबंदी ऑपरेशन की तारीख: \_\_\_\_\_

(a) Date of Sterilization Operation: \_\_\_\_\_

(ब) नसबंदी ऑपरेशन का प्रकार: / (b) Nature of Sterilization Operation:

i) ट्यूबेक्टॉमी: \_\_\_\_\_

ii) वासेक्टॉमी: \_\_\_\_\_

iii) लैप्रोस्कोपी: \_\_\_\_\_

i) Tubectomy: \_\_\_\_\_

ii) Vasectomy: \_\_\_\_\_

iii) Laproscopy: \_\_\_\_\_

iv) एमटीपी के बाद नसबंदी: \_\_\_\_\_

v) सिजेरियन के बाद ट्यूबेक्टॉमी: \_\_\_\_\_

iv) MTP followed by Sterilization: \_\_\_\_\_

v) Caesarian followed by Tubectomy: \_\_\_\_\_

vi) कोई अन्य नसबंदी ऑपरेशन (कृपया स्पष्ट करें) \_\_\_\_\_

vi) Any other Sterilization operation (please specify) \_\_\_\_\_

6. (अ) उस अस्पताल का नाम और पता जहां ऑपरेशन किया गया:

(a) Name & address of the hospital where the operation was conducted: \_\_\_\_\_

(ब) ऑपरेशन करने वाले डॉक्टर का नाम, पता और अर्हता: \_\_\_\_\_

(b) Name, address & qualification of the doctor who conducted the operation: \_\_\_\_\_

नसबंदी ऑपरेशन की तारीख: \_\_\_\_\_

Date of Sterilization Operation: \_\_\_\_\_

(स) दावे की प्रकृति: / (c) Nature of claim:

i) नसबंदी की विफलता, जिसका परिणाम शिशु जन्म की ओर बढ़ने के रूप में नहीं: \_\_\_\_\_

i) Failure of sterilization not leading to child birth: \_\_\_\_\_

ii) नसबंदी की विफलता, जिसका परिणाम शिशु जन्म की ओर बढ़ने के रूप में हो: \_\_\_\_\_

ii) Failure of sterilization leading to child birth: \_\_\_\_\_

iii) नसबंदी के कारण चिकित्सीय जटिलता (जटिलता के सटीक कारण का उल्लेख करें):

iii) Medical complication due to sterilization (state exact nature of complication):

अ) तारीख/तारीखें: \_\_\_\_\_

a) Date/s: \_\_\_\_\_

ब) जटिलता का विवरण: \_\_\_\_\_

b) Details of complication: \_\_\_\_\_

स) डॉक्टर/स्वास्थ्य सेवा सुविधा: \_\_\_\_\_

c) Doctor/health facility: \_\_\_\_\_

iv) नसबंदी कराने के बाद मृत्यु: \_\_\_\_\_

iv) Death following sterilization: \_\_\_\_\_

अ) भर्ती होने की तारीख: \_\_\_\_\_ समय: \_\_\_\_\_

a) Date of Admission: \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_

ब) डिस्चार्ज होने की तारीख: \_\_\_\_\_ समय: \_\_\_\_\_

b) Date of Discharge: \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_

स) मृत्यु की तारीख: \_\_\_\_\_ समय: \_\_\_\_\_

C) Date of Death: \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_

7. नसबंदी ऑपरेशन करने से पहले स्वीकारकर्ता अगर किसी बीमारी से पीड़ित था तो उसका विवरण दें: \_\_\_\_\_

Give details of any disease suffered by acceptor prior to undergoing sterilization operation: \_\_\_\_\_

8. क्या अपने कहीं और बीमा करवा रखा है ? अगर हां, तो विवरण दें:

**Are you insured elsewhere? If so, give details:**

(अ) कंपनी का नाम और बीमा राशि: \_\_\_\_\_

(a) Name of the Company and Sum Insured: \_\_\_\_\_

(ब) उपरोक्त पॉलिसी के अंतर्गत आप कितना दावा करने के पात्र हैं: \_\_\_\_\_

(b) The amount you are entitled to Claim under above policy: \_\_\_\_\_

मैं एतद्वारा घोषित करता हूँ कि दिए गये विवरण मेरी अधिकतम जानकारी के अनुसार सही हैं तथा मैं उपर्युक्त विवरणों के हर दृष्टि से सत्य होने का आश्वासन देता हूँ तथा मैं सहमत हूँ कि अर मैंने कोई गलत या असत्य कथन दिया हो या देता हूँ, किसी तथ्य को छिपाया या दबाया हो या दबाता हूँ तो मुआवजे के मेरे अधिकार को पूरी तरह से जब्त कर लिया जाएगा.

I HEREBY DECLARE that the particulars are true to best of my knowledge and warrant the truth of the foregoing particulars in every respect, and I agree that if I have made, or if shall make any false or untrue statement, suppression or concealment, my right to compensation shall be absolutely forfeited.

मैं पॉलिसी के अंतर्गत एतद्वारा रु. \_\_\_\_\_ की रकम के मुआवजे का दावा करता हूँ, जिसके लिए मैं कंपनी पर मेरे दावे के पूर्ण निपटान हेतु सहमत हूँ तथा इस पॉलिसी के अंतर्गत दावा करने का मेरा कोई और अधिकार नहीं रहेगा.

I hereby claim a sum of Rs \_\_\_\_\_ under the policy, which I agree in full settlement of my claim on the Company under the policy and shall have no further right whatsoever to claim under this policy.

स्थान: \_\_\_\_\_

नाम: \_\_\_\_\_

Place: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

तारीख: \_\_\_\_\_

हस्ताक्षर (पूरा) \_\_\_\_\_

या अंगूठे का निशान

Dated: \_\_\_\_\_

Signature (in full) \_\_\_\_\_

Or Thumb Impression

**क्वालिटी एश्योरेन्स कमेटी/सीएमओ द्वारा मेडिकल सर्टिफिकेट /  
MEDICAL CERTIFICATE BY THE QUALITY ASSURANCE COMMITTEE / CMO**

प्रमाणित किया जाता है कि श्रीमती/श्री. \_\_\_\_\_ सुपुत्र/पत्नी \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ निवासी \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ने दिनांक \_\_\_\_\_ को नसबंदी ऑपरेशन \_\_\_\_\_

अस्पताल में \_\_\_\_\_ डॉक्टर \_\_\_\_\_ अर्हता \_\_\_\_\_ से करवायी है.

It is certified that Smt/Shri. \_\_\_\_\_ S/o / w/o \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ r/o \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ had undergone sterilization operation on \_\_\_\_\_

at \_\_\_\_\_ Hospital, conducted by Dr. \_\_\_\_\_

Qualifications: \_\_\_\_\_

मैंने/हमने समस्त चिकित्सा रिकॉर्ड्स की जांच की है और एतद्वारा इस निष्कर्ष पर पहुंचा/पहुंचे हैं कि नसबंदी ऑपरेशन के कारण:

**I/We have examined all the medical records and documents and hereby conclude that the sterilization operation is the antecedent cause of:**

(अ) नसबंदी ऑपरेशन की विफलता शिशु जन्म की ओर बढ़ने का कारण नहीं है: ( ) (दस्तावेजी प्रमाण संलग्न करें)

Failure of sterilization operation not leading to child birth: ( ) ( Attach documentary proof)

(ब) नसबंदी ऑपरेशन की विफलता शिशु जन्म की ओर बढ़ने का कारण है: ( ) (दस्तावेजी प्रमाण संलग्न करें)

नसबंदी की तारीख \_\_\_\_\_ निदान की तारीख \_\_\_\_\_

(b) Failure of sterilization operation leading to child birth: ( ) ( Attach documentary proof)

Date of sterilization \_\_\_\_\_ Date of Detection \_\_\_\_\_

(स) चिकित्सीय जटिलता (निम्न अनुसार विवरण दें)/(c) Medical Complication (please give details as under)

(i) जटिलताओं की प्रकृति: \_\_\_\_\_

(i) Nature of complications: \_\_\_\_\_

(ii) अवधि: \_\_\_\_\_

(ii) Period: \_\_\_\_\_

(iii) ऐसी जटिलताओं के उपचार हेतु किया गया व्यय रु. \_\_\_\_\_ (मूल बिल/रसीदें संलग्न करें)

(iii) Expenses incurred for treatment of such complication Rs. \_\_\_\_\_ (enclosures- Original Bills / Receipts)

(ब) व्यक्ति की मृत्यु (कारण): \_\_\_\_\_

(d) Death of Person (Cause): \_\_\_\_\_

भर्ती होने की तारीख: \_\_\_\_\_ समय: \_\_\_\_\_ डिस्चार्ज की तारीख: \_\_\_\_\_ समय: \_\_\_\_\_

Date of Admission \_\_\_\_\_ Time \_\_\_\_\_ Date of Discharge \_\_\_\_\_ Time \_\_\_\_\_

मृत्यु की तारीख: \_\_\_\_\_ समय: \_\_\_\_\_

Date of death: \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_

मैंने/हमने क्लेम फॉर्म में उल्लेख किए गये समस्त विवरणों की पुनः जांच की है और ये मेरे/हमारे निष्कर्षों की पुष्टिकर्ता हैं।

I/We have further examined all the particulars stated in the claim form and are in conformity with my/our findings.

हस्ताक्षर/Signature

नाम/Name

टेलीफोन नं./Telephone No.

पदनाम/Designation

सील/SEAL

क्वॉलिटी एश्योरेन्स कमेटी की ओर से तथा वास्ते/

For and on behalf of the Quality Assurance Committee

संलग्न कागजात:/Documents enclosed:-

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_