

युनाइटेड इंडिया इंश्यूरेंस कम्पनी लिमिटेड

मण्डल कार्यालय – 2

203, जोन-1, महाराणा प्रताप नगर, भोपाल – 462011
(फैक्स – 0755-2555261, दूरभाष 2763447, 2555338)

(विजया राजे जननी कल्याण बीमा योजना)

दावा सूचना

बीमा दावा फार्म (अस्पताल खर्च)

प्रसूता का नाम उम्र पति का नाम
पता ग्राम पंचायत तहसील जिला
प्रसव हेतु अस्पताल में भर्ती होने पर मैंने उपचार दवाओं इत्यादि पर रु.
..... खर्च किए हैं। अतः मुझे रु. का भुगतान किया जाये।

स्थान :

प्रसूता के हस्ताक्षर/

दिनांक :

अंगूठा

बी.पी.एल. सम्बन्धी प्रमाण-पत्र

प्रसूता का नाम उम्र पति का नाम.....वर्तमान पता
ग्रामपंचायत तहसील जिला
दीनदयाल उपचार कार्ड क्रमांक जारी दिनांक जारीकर्ता
(अनुसूचित जाति/अनुसूचित जनजाति/पिछड़ा वर्ग/सामान्य)
बी.पी.एल. कार्ड क्रमांक जारी दिनांक जारीकर्ता

प्रसव पूर्व प्रसूता की जाँच का विवरण

स्वास्थ्य केन्द्र द्वारा जारी जच्चा बच्चा कार्ड क्रमांक..... दिनांक ..
..... के अनुसार प्रसव पूर्व श्रीमती उम्र पति
..... की जाँच का विवरण निम्न प्रकार है।

क्रमांक	दिनांक	स्वास्थ्य केन्द्र का नाम	जाँच का विवरण
1			
2			
3			

अस्पताल में भर्ती सम्बन्धी विवरण

अस्पताल का नाम

आंतरिक रोगी पंजीयन क्रमांक वार्ड क्रमांक शैथ्या क्रमांक

प्रसूता का नाम उम्र..... पति का नाम वर्तमान पता

म.नं. ग्रामपंचायत तहसील

..... जिला

भर्ती दिनांक छुट्टी दिनांक प्रसव दिनांक गर्भ

की स्थिति (गर्भ-माह) प्रसव का प्रकार बच्चे का लिंगअस्पताल से

छुट्टी के समय प्रसूता के स्वास्थ्य की स्थिति

.....

अन्य कोई जानकारी

उपरोक्त विवरण वी.पी.एल. कार्ड, जच्चा कार्ड एवं डिस्चार्ज कार्ड के अनुसार सत्यापित ।

दिनांक
स्थान :

चिकित्सा अधिकारी
सील / हस्ताक्षर

जननी कल्याण योजना

मृत्यु दावा प्रपत्र

1. मेरी पत्नि/माता का प्रसव/मृत्यु दिनांक को अस्पताल/घर में हो गई हैं। अतः अहिल्या बाई जननी कल्याण योजना के अन्तर्गत मेरा दावा पंजीकृत कर मुझे रू. दावा भुगतान किया जाये।

प्रसूता का नाम उम्र पति का नाम
दावाकर्ता का नाम उम्र प्रसूता से सम्बन्ध.....
वर्तमान पता म.नं.....ग्रामपंचायततहसीलजिला

मृत्यु के समय गर्भ की स्थिति (माह)
क्या मृत्यु पूर्व चिकित्सा अधिकारी को सूचित किया गया है ?..... (यदि हाँ) दिनांक
(चिकित्सक का पर्चा व दवाओं का बिल संलग्न करें)
उपचार करने वाले चिकित्सक का नाम व पता

मृत्यु दिनांक समय मृत्यु स्थान
मृत्यु का कारण
मृत्यु पूर्व अस्पताल में भर्ती विवरण
अस्पताल का नाम
अन्तर्रोगी पंजीयन क्रमांकवार्ड क्रमांक.....शैय्या क्रमांक.....भर्ती दिनांक.....
छुट्टी दिनांक
भर्ती के समय गर्भ की स्थिति (माह) प्रसव दिनांक..... बच्चे का लिंग.....
प्रसव के बाद प्रसूता की स्थिति

मेरी पत्नि/माँ की मृत्यु के कारण हो गई हैं। मैं बी.पी.एल. परिवार में से हूँ। अतः जननी कल्याण योजना के अन्तर्गत मुझे रशि रू. 50,000/- का दावा भुगतान किया जायें।

स्थान :-

हस्ताक्षर दावाकर्ता

दिनांक :-

नाम

चिकित्सक प्रमाण पत्र

मृत स्त्री का नाम..... उम्र पति का नाम पता ग्राम
..... पंचायत तहसील जिला प्रसव दिनांक
..... प्रसव का प्रकार बच्चे का लिंग अस्पताल का नाम
..... अस्पताल से छुट्टी दिनांक मृत्यु पूर्व उपचार हेतु सूचना दिनांक
..... मृत्यु का कारण मृत्यु दिनांक
..... मृत्यु स्थान मृत्यु पूर्व उपचार विवरण
.....
.....
.....
अन्य कोई विवरण
.....

स्थान :

दिनांक :

चिकित्सा अधिकारी

हस्ताक्षर/सील