



Oriental
insurance

PRITHVI, AGNI, JAL, AKASH SAB KI SURAKSHA HAMARE PAAS

निरामय स्वास्थ्य बीमा योजना हेतु क्लेम फॉर्म

नोट : यह क्लेम फॉर्म बिना किसी देनदारी की स्वीकृति हेतु जारी किया गया है कृपया इस प्रपत्र को भर कर बीमा कंपनी को भेजे जिससे आपकी क्लेम की राशि को स्वीकृत करने की प्रक्रिया प्रारंभ की जा सके।

क्लेम नंबर (बीमा कंपनी द्वारा आवंटित किया जाएगा): _____ पॉलिसी क्रमांक _____

1. आवेदनकर्ता का विवरण :

आवेदक का पूरा नाम : _____

वर्तमान आयु : _____ वर्ष, रोगी के साथ सम्बन्ध : _____

टेलीफोन नंबर : _____ मोबाइल नंबर : _____

निवास स्थान का पता : _____

2. रोगी का विवरण :

बीमा धारक का पूरा नाम : _____ आयु : _____ वर्ष, निःशक्तता : _____

पिता का नाम : _____ बी.पी.एल. कार्ड क्र. _____

निवास स्थान का पता : _____

3. स्थायी व्यापार या व्यवसाय (यदि एक से अधिक हो तो विवरण दे) _____

4. (अ) चिकित्सालय का नाम एवं पता जहाँ उपचार किया गया है :

(ब) नाम, पता और उपचार करने वाले चिकित्सक की योग्यता :

5. दावे का प्रकार : OPD/ IPD

अ). दिनांक : _____ ब). रोग का विवरण : _____

स). भर्ती का दिनांक : _____ समय : _____ द). छुट्टी का दिनांक : _____ समय : _____

6. कुल दावा राशि : _____ शब्दों में _____

7. यदि क्लेम किसी स्थानीय चिकित्सालय के लिए है तो कृपया विवरण दे :

I. उपचार प्रारंभ होने का दिनांक : _____

II. उपचार समाप्त होने का दिनांक : _____

III. उपचार करने वाले चिकित्सक का नाम एवं पता : _____

IV. चिकित्सक की योग्यता : _____

V. टेलीफोन नंबर : _____

8. क्या आप और कहीं बीमाकृत हैं ? यदि हां, तो जानकारी दे :

- अ). बीमा कंपनी का नाम एवं बीमा राशि _____
- ब). यदि उपरोक्त पॉलिसी के अन्तर्गत क्लेम किया है तो क्लेम राशि _____

➤ क्लेम फॉर्म के साथ निम्नलिखित दस्तावेजों को संलग्न किया जाना आवश्यक है ।

- I. अस्पताल व नर्सिंग होम के बिल, रसीद एवं डिस्चार्ज कार्ड की मूलप्रति ।
- II. विकलांगता प्रमाण-पत्र की सत्यापित छांया प्रति ।
- III. उपचार के अन्तर्गत दिया गया अस्पताल का पर्चा व मेडिकल के बिल की मूलप्रति ।
- IV. चिकित्सक द्वारा उल्लेखित पैथोलॉजिकल जांच की रिपोर्ट एवं बिल की मूलप्रति ।
- V. चिकित्सक द्वारा जारी शल्य चिकित्सा प्रमाण - पत्र जिसमें शल्य चिकित्सा का प्रकार उल्लेखित हो एवं शल्य चिकित्सा बिल की मूलप्रति ।
- VI. उपचार के अन्तर्गत चिकित्सक/सलाहकार/विशेषज्ञ एवं एनेस्थेतिस्ट की निदानात्मक सेवाओं पर किये गए व्ययों के बिल एवं प्रमाण - पत्र की मूलप्रति ।
- VII. उपचार के दौरान यातायात सुविधाओं पर किये गए व्ययों के बिल की मूलप्रति ।

मैं यह प्रमाणित करता हूँ की उपरोक्त जानकारी पूर्ण तह सत्य एवं प्रामाणिक हैं मैं इस बात से साहमत हूँ की उपरोक्त जानकारी के गलत/असत्य या अपूर्ण होने पर संस्था को यहाँ अधिकार हैं की वो मेरा आवेदन बिना किसी पुन सूचना के निरस्त कर दे ।

स्थान :

दिनांक :

बीमा धरक्क के हस्ताक्षर

बीमा ओरियन्टल इंश्योरेंस कंपनी लिमिटेड द्वारा किया गया है बीमा आग्रह की विषयवास्तु है ।

नोट :

1. **निरामय अन्तर्गत क्लेम फॉर्म** : निरामय स्वास्थ्य बीमा योजना अन्तर्गत किये जाने वाले क्लेम की स्वीकृति हेतु क्लेम फॉर्म के साथ उपचार संबंधित सभी दस्तावेज उपचार दिनांक या डिस्चार्ज होने की दिनांक से 30 दिवसों के भीतर ओरियन्टल इंश्योरेंस कंपनी लिमिटेड के रक्षा टी.पी.ए. को भेजना आवश्यक है ।
2. **डाक पता** : रक्षा टी पी ए ओरियन्टल इंश्योरेंस सी/ओ एस्कोर्ट्स कॉर्पोरेट सेण्टर 15/5 मथुरा रोड, फरीदाबाद, हरियाणा - 121 003

क्लेम की प्रतिपूर्ति संबंधित जानकारी हेतु : निःशुल्क नंबर (रक्षा टी.पी.ए. 1800-220-456, 1800-425-8910) या ओरियन्टल इंश्योरेंस कंपनी लिमिटेड के 1800-11-8485, दूरभाष क्रमांक 0129-4289999 मोब. +91-98184-91955 ई-मेल आईडी : mandakini.balodhi@orientalinsurance.co.in

निर्धारित समय से क्लेम स्वीकृति हेतु दिशानिर्देश :

- अ). क्लेम फॉर्म ध्यान पूर्वक भरे एवं फॉर्म में दर्शित सभी जानकारी को उल्लेखित करना आवश्यक हैं ।
- ब). निम्नलिखित दस्तावेजों को क्लेम फॉर्म के साथ संलग्न करें ।
- I. निरामय कार्ड की प्रतिलिपि या हेल्थ आईडी नंबर का उल्लेख करें ।
 - II. निःशक्तता प्रमाण - पत्र की सत्यापित छांया प्रति आवश्यक संलग्न करें ।
 - III. चिकित्सक द्वारा जारी प्रेस्क्रिप्शन पत्र एवं अस्पताल/मेडिकल/डॉक्टर तथा थैरपी के बिल की मूलप्रति ।

IV. यदि बीमा धारक वर्तमान पते में परिवर्तन करवाना चाहता है तो परिवर्तित पते से संबंधित प्रमाण - पत्र

क्लेम फॉर्म के साथ संलग्न करें एवं राष्ट्रीय न्यास नई दिल्ली को सूचित करें।

V. स्वीकृत क्लेम की राशि को बीमा धारक के बैंक खाते में सीधे जमा करने हेतु बीमा धारक के राष्ट्रीयकृत बैंक खाते की जानकारी एवं केन्सल चेक या पास बुक की छांया प्रति क्लेम फॉर्म के साथ अवश्य संलग्न करें।

स). क्लेम संबंधित स्थिति की जानकारी को जानने के लिये अपने मोबाईल नंबर को स्पष्ट रूप में क्लेम फॉर्म पर अंकित करें।

संशोधित लाभ का चार्ट

निरामय स्वास्थ्य बीमा योजना

स्वपरायणता, प्रमस्तिक घात, मानसिक मंदता

तथा बहु-विकलांग व्यक्तियों के लिए एक स्वास्थ्य बीमा योजना

लाभ : यह चिकित्सा उपचार की निम्न श्रेणी के लिए प्रतिवर्ष 1 लाख रुपये (केवल प्रतिपूर्ति) तक की राशि प्रदान करता है।

खण्ड	उप खण्ड	विवरण	उप सीमा	अधिकतम सीमा
1.	अस्पताल में भर्ती होने पर			70,000/-
	अ	सर्जरी/शल्य चिकित्सा	40,000/-	
	ब	गैर शल्य चिकित्सा	15,000/-	
	स	विकलांगता को रोकने हेतु चिकित्सा	15,000/-	
2.	बाह्य रोगी सीमा			14,500/-
	अ	ओपीडी चिकित्सा, दवाईयाँ एवं जाँच आदि	8,000/-	
	ब	नियमित चिकित्सा जाँच	4,000/-	
	स	दन्त चिकित्सा	2,500/-	
3.	थैरापी			10,000/-
4.	वैकल्पिक दवाईयाँ, आयुर्वेदिक, होम्योपैथिक			4,500/-
5.	चिकित्सा संबंधित यात्रा व्यय			1000/-
	कुल सीमा			1,00,000/-

अपने क्लेम फार्म पर अपना मोबाईल नंबर का उल्लेख करना न भूलें जिससे SMS द्वारा आप क्लेम आईडी और क्लेम संबंधित जानकारी प्राप्त कर सकें।

नोट : दावे की स्वीकृत राशि केवल बीमा धारक के नाम पर ही जारी होगी, इसलिए लाभार्थी के नाम से एक बैंक खाता किसी भी राष्ट्रीयकृत बैंक में अवश्य खुलवाएँ।

MANDATORY

Part - C- EFT (For Direct Fund Transfer/ Electronic Fund Transfer)

As per IRDA Circular No.: IRDA/F&A/CIR/GLD/056/02/2014, Proposer's/ policy holder's bank account details are mandatory to process the claim through EFT, please provide the below details (all fields are compulsory) and provide a cancelled cheque of the proposer/ policy holder (should be of the bank account number mentioned below)

- Proposer/ policy holder name* (as per bank records)
- Proposer/ policy holder account no.:
- Name of the bank:
- Branch name:
- Address of the bank:
- IFSC code no. of the bank: (should be same as per the provided cheque leaflet)
- PAN card no. of Proposer/ policy holder: (Permanent Account Number)

Please provide an Original Blank Cancelled Cheque signed by the Proposer/ policy holder, which is mandatory for processing the claim.

* Proposer/ policy holder is the person who has paid premium for the policy. * Please note all the details and the above document(s) should be of the Proposer/ policy holder only.

Terms and Conditions for Payments through RTGS/ NEFT

- The details provided by the Proposers/ policy holder in the Mandate Form shall be considered as final and **The Oriental Insurance Company Limited** shall not be responsible for cross verification of any of the details provided therein.
- The RTGS/ NEFT facility shall be effective for the respective Proposer(s)/ policy holder within 15 days of the receipt of the Mandate Form by **The Oriental Insurance Company Ltd.** and/ or within such period as may be reasonably required by **The Oriental Insurance Company Limited** to activate the RTGS/ NEFT facility.
- The Proposer/ policy holder agrees that under the RTGS/ NEFT facility, there may be a risk of non-payment in the Proposer/ policy holder Accounts No. on the day of the credit of payments due to change in the applicable regulations pertaining to RTGS/ NEFT facility or due to any other reasons without any fault/ inaction/ failure on part of **The Oriental Insurance Company** or any factor beyond the control of **The Oriental Insurance Company Limited**.
- The Proposer/ policy holder agrees to indemnify, without delay or demur, **The Oriental Insurance Company Limited** and its agents and keep **The Oriental Insurance Company Limited** and its agent indemnified harmless at all times from and against any and all claims, damages, losses, costs, and expenses (including attorney's fees) which **The Oriental Insurance Company Limited** may suffer or incur, directly or indirectly, arising from or in connection with, amongst other things, either of the aforesaid reasons stated in above clauses.
- The Oriental Insurance Company Limited** May sub-contract and employ agents to carry out any of its obligations under the RTGS/ NEFT facility. The Proposer/ policy holder may discontinue or terminate the use of RTGS/ NEFT facility by giving a minimum of 15 days prior written notice to **The Oriental Insurance Company Ltd.** The notice of, such termination should be given to **The Oriental** only at its corporate address and be addressed at **The Oriental Insurance Company Limited RAKSHA TPA – ORIENTAL INSURANCE, C/O ESCORTS CORPORATE CENTER, 15/5 MATHURA ROAD, FARIDABAD, HARYANA - 121 003**
- A confirmation of the receipt of termination notice given by the Proposer/ policy holder will be acknowledged through a confirmation letter by **The Oriental Insurance Company Limited** In no case can the Proposer/ policy holder construe his termination notice as effective unless a confirmation has been provided by **Oriental Insurance** to the Proposer/ policy holder stating the date of receipt of such communication by the Proposer/ policy holder.
- The Proposer/ policy holder agrees that transaction(s) through RTGS/ NEFT facility may attract inward RTGS/ NEFT charges, which if levied by the Proposer's/ policy holder's bank, shall be borne by the Proposer/ policy holder only.
- The Oriental Insurance** has the absolute discretion to amend or supplement any Terms and Condition stated herein at any time and will endeavor to give prior notice of ten days for such changes wherever feasible for the Terms and Conditions to be applicable. By using the new services, or at the completion of such period, whichever is earlier, the Proposer/ policy holder shall be deemed to have accepted the changed Terms and Conditions.
- Submission of documents or bank details or any other information does not in any way, shape or form, imply or express or suggest admission of liability by the company.
- Notices under these Terms and Conditions may be given in writing by delivering them by hand or e-mail or on **The Oriental Insurance Company Limited** website www.rakshatpa.com or by sending them by post to the last address of the Proposer/ policy holder.
- These Terms and Conditions will be governed by the laws of India and any legal action or proceedings arising out of these Terms and Conditions shall be initiated in the courts or tribunals at FARIDABAD in India.
- I/We further undertake to refund any excess amount whether demanded by **The Oriental Insurance Company Limited** or not, which has been credited in excess to my account at any time due to any reason within 7 days of such receipt of such communication from **The Oriental** of such excess credit or such information of excess credit coming to the knowledge of the Proposer/ policy holder through any other source.
- I/We agree that my/ our claim payment will be credited from the date **The Oriental Insurance Company Limited** gets confirmation from its bankers, This facility will continue unless it is revoked by any party and any issuance of relevant credit instruction from **The Oriental Insurance Company Limited** to its bankers will be valid till such instruction is complete irrespective of the fact that the notice period has expired provided such a credit request has been made by **The Oriental Insurance Company Limited** before the expiry of the notice period of the Proposer/ policy holder.

Account holder's Signature