

**બધા જ રીઈબર્સમેન્ટ માટેના દાવા (ક્લેમ)**

પોલિસી નંબર :

**વ્યક્તિગત વિગતો**

પ્રમુખ સભ્યનું નામ	
વીમાકૃત વ્યક્તિનું નામ	
પ્રમુખ સભ્ય સાથે સંબંધ	
પ્રમુખ સભ્યનો આઈકાર્ડ નંબર	

**સારવારની વિગતો**

બીમારીનો પ્રકાર	
સારવાર શરૂ થયાની તારીખ	
સારવાર બંધ કર્યાની તારીખ	
ડૉક્ટરનું નામ / સરનામું	
હોસ્પિટલનું નામ / સરનામું	
સારવારકર્તા ડૉક્ટરની સહી અને સિક્કો	

**દાવો (ક્લેમ) કરેલ રકમની વિગતો**

	બિલનં./તારીખ	રકમ	બિલ ખોટા છે (હા / ના)	સારવારકર્તા ડૉક્ટર દ્વારા પ્રમાણિત બિલ
ડૉક્ટરી ફી				
દવાઓ				
હોસ્પિટલનું બિલ				
અન્ય બિલ				
કુલ				

હું, પ્રમાણિત કરું છું કે ઉપર જણાવેલ વિગતો સાચી છે અને જો ઉપરમાંથી કોઈપણ વિગત ખોટી જણાશે તો પૂરેપૂરો દાવો રદ થવાને પાત્ર ઠરશે.

વીમાકૃત વ્યક્તિની સહી / અંગૂઠાની છાપ : \_\_\_\_\_

વીમાકૃત વ્યક્તિનું નામ : \_\_\_\_\_

તારીખ : \_\_\_\_\_

સરનામું : \_\_\_\_\_

સારવારકર્તા ડૉક્ટરની સહી અને સિક્કો ( સિક્કામાં MCI નંબર હોવો જોઈએ ) : \_\_\_\_\_