



బి విశాఖపట్నం కోఆపరేటివ్ బ్యాంకు లిమిటెడ్

(రిజిస్టర్డ్ నెం. MSCS/CR/1101/2014)

(బహుళ రాష్ట్ర సహకార అర్బన్ బ్యాంకు)

బి విశాఖ కోఆపరేటివ్ బ్యాంక్ ఆర్టిగ్న సంక్షేమ పథకం

ఆస్పత్రి ఖర్చులకై క్లెయిమ్ పత్రం

గమనిక : ఈ పత్రం పూర్తిగా నింపకపోయినచో క్లెయిము తిరస్కరించబడును.

సభ్యుని పేరు		జనరల్ నెం.		A / B
భర్త / భార్య పేరు		జనరల్ నెం.		A / B / Non-member

2. బ్రాంచి పేరు :
3. ఫోన్ / మొబైల్ నెం. : సేవింగ్స్ బ్యాంక్ అకౌంట్ నెం. :
4. నివాస చిరునామా :
..... పిన్ కోడ్
5. చికిత్స పొందిన వారి పేరు : వయస్సు :
6. వ్యాధి పేరు :
7. సమాచారమిచ్చిన తేది : ఆస్పత్రి పేరు/ఊరు :
8. ఆస్పత్రిలో చేరిన తేది : 9. డిశ్చార్జి అయిన తేది :
9. సమర్పించిన బిల్లు మొత్తం : రూ.
10. ఇతరత్రా సెటిల్మెంటు పొందియున్నారా? :
అయినచో ఎంత? : రూ.
11. ఈ పథకం క్రింద గతంలో క్లెయిమ్ పొందియున్నారా? :
అయినచో ఎప్పుడు? : తేది ఎంత ? రూ.
12. మీరు ఇతర ఆరోగ్యబీమాలు కలిగియున్నారా?: అవును / కాదు
కలిగిఉన్నచో పాలీసీ నెం., బీమా కంపెనీ పేరు:.....

ధృవీకరణ

నేను, అనగా (పేరు) పై వ్యాధికి / ప్రమాద గాయాలకు సంబంధించిన చికిత్స ఖర్చులు పైన తెలిపిన ఆస్పత్రి / నర్సింగ్ హోమ్ కి చెల్లించియున్నాను. దానికి సంబంధించిన ఈ దిగువ పేర్కొన్న ఒరిజినల్ పత్రాలు జత చేయుచున్నాను.

- అ. ఆస్పత్రి వారు ఇచ్చిన కేస్ షీట్. (ఒరిజినల్ లేక కాపీ)
- ఆ. ఆస్పత్రి వారు ఇచ్చిన డిశ్చార్జి సమ్మరీ (ఒరిజినల్)
- ఇ. వివిధ ఛార్జీలను విడిగా చూపుతూ ఆస్పత్రి వారిచ్చిన ప్రింటెడ్/బిల్లు మరియు ప్రింటెడ్ రశీదు. (Break-up details)
- ఈ. సంప్రదించిన డాక్టరు ఇచ్చిన రశీదు మరియు ఆస్పత్రి చికిత్స అవసరమని ఆయన/ఆమె ఇచ్చిన సిఫార్సు పత్రం.
- ఉ. మందుల షాపుల్లో కొన్న మందులకు బిల్లులు/రశీదులు, డాక్టరు/ఆస్పత్రి వారు రాసిన ప్రిస్క్రిప్షన్లు (షాపు రిజిస్ట్రేషన్, బ్యాచ్ నెంబర్, మరియు జి.ఎస్.టి. నెంబరుతో సహా)
- ఊ. వైద్య పరీక్షలు / ఎక్స్రే/స్కానింగ్లకు సంబంధించిన ప్రిస్క్రిప్షన్లు, రిపోర్టులు, రశీదులు. (Diagnostic Tests Reports)
- ఎ. క్లెయిమ్ నిర్ధారణకు అవసరమైన ఏ ఇతర పత్రాలైనా (వివరాలతో సహా)

పైన ఇచ్చిన వివరాలన్నీ యుద్ధార్థమేననీ నేను ధృవీకరించుచున్నాను. నేను ఏమైనా తప్పుడు లేదా అవాస్తవ సమాచారం ఇచ్చినా లేదా గోప్యంగా ఉంచినా ఈ క్లెయిమ్ ని బ్యాంకు వారు / బీమా కంపెనీ వారు పూర్తిగా తిరస్కరించవచ్చునని తెలియజేస్తున్నాను. పైన ఇచ్చిన వివరాలు మినహా నేను ఈ క్లెయిమ్ కు సంబంధించి మరే ఇతర సంస్థ నుండి పూర్తిగా కానీ, పాక్షికంగాకానీ ఆర్థిక భర్తీని పొందలేదని హామీ ఇస్తున్నాను. బ్యాంకు బోర్డు వారికి నా క్లెయిమ్ ను చూచుటకు గానీ, పూర్తిగా తిరస్కరించుటకుగానీ, తగ్గించుటకు గానీ పూర్తి అధికారం కలదని నాకు తెలుసునని మరియు వారు తీసుకునే నిర్ణయంపై ఎటువంటి వివాదం లేవనని నేను హామీ ఇస్తున్నాను.

తేది :

స్థలం :

బీమా చెయ్యబడ్డ సభ్యుని సంతకం



ది విశాఖపట్నం కోఆపరేటివ్ బ్యాంకు లిమిటెడ్
(లజిస్టర్డ్ నెం. MSCS/CR/1101/2014) (బహుళ రాష్ట్ర సహకార అర్బన్ బ్యాంకు)

FORM-C

ది విశాఖ కోఆపరేటివ్ బ్యాంక్ ఆరోగ్య సంక్షేమ పథకం

ఆస్పత్రిలో చేరిన సమాచారం

గమనిక : ఈ సమాచారం ఆస్పత్రిలో చేరకముందు లేక చేరిన 7 రోజుల లోగా బ్యాంకుకి అందవలెను.

From :	To :
సభ్యుని పేరు :	ది బ్రాంచి మేనేజర్
జనరల్ నెం. : పుట్టిన తేదీ :	ది విశాఖపట్నం కోఆపరేటివ్ బ్యాంక్ లిమిటెడ్
ఫోన్ నెం. : బ్రాంచి
ఈ-మెయిల్ ఐడి :	ఉారు
చిరునామా :	

ఆర్యా!

నేను / నా (భార్య) (భర్త) పేరు

వయస్సు సం|| వ్యాధికి / ప్రమాద గాయం

చికిత్స నిమిత్తమై పట్టణంలో

ఆస్పత్రిలో చేరడమైనది. కావున మీకు తెలియపరచడమైనది.

నేను ఈ దిగువ విషయాలు ధృవీకరిస్తున్నాను.

1. నేను పై పథకంలో అర్హతగల సభ్యుడను / సభ్యురాలిని. (పథకం నిర్వహణ ఖర్చులు రూ. 200/- రూ. 300/- లు ప్రస్తుత పాలసీ సంవత్సరానికి నా సేవింగ్స్ బ్యాంకు అకౌంట్ నుండి డెబిట్ చేయడమైనది.)

2(a) నా భార్య / భర్త పేరు జనరల్ నెం. కూడా పథకంలో అర్హతగల సభ్యులు. (వారి వద్ద నుండి కూడా పథకం నిర్వహణ ఖర్చులు రూ. 200/- రూ. 300/- ప్రస్తుత పాలసీ సంవత్సరానికి వారి సేవింగ్స్ బ్యాంకు అకౌంట్ నుండి బ్యాంకు వారు డెబిట్ చేయడమైనది). లేదా

(b) నా భార్య / భర్త పథకంలో సభ్యులు కారు.

3. ఆస్పత్రి నుండి డిశ్చార్జి అయిన 15 రోజుల లోపల నేను చికిత్సకు సంబంధించిన అన్ని ఒరిజినల్ పత్రాలు మీకు సమర్పించగలను.

స్థలం :

తేదీ :

సభ్యుని సంతకం

గమనిక : A. పత్రాలు అనగా

1. కేస్ షీట్ (ఒరిజినల్ లేక కాపీ)
2. డిశ్చార్జి సమ్మరీ (ఒరిజినల్)
3. ఆస్పత్రి వసూలు చేసిన వివిధ ఛార్జీలను ప్రత్యేకంగా చూపుతూ ఇచ్చిన బిల్లు. (Break-up details)
4. ఆస్పత్రి వారు ఇచ్చిన ఫ్రీటెడ్ బిల్లు / రశీదు.
5. మందులు కొనుటకై / రోగనిర్ధారణ పరీక్షలకై డాక్టరు రాసిచ్చిన పిస్సిఫ్షన్లు
6. మందుల షాపు బిల్లులు (జి.ఎస్.టి. నెంబర్లో బ్యాచ్ నెంబరుతో ఉన్నవి)
7. రోగ నిర్ధారణ పరీక్షల రిపోర్టులు. (Diagnostic Tests Reports)
8. లేబరేటరీ / డయాగ్నోస్టిక్ సెంటర్ వారిచ్చిన రశీదులు.
9. వైద్యులు ఇచ్చిన రశీదులు

గమనిక B : పథకం పరిధిలోని రాని చికిత్సల పేర్లు క్లుప్తంగా వెనుక ఇవ్వబడినవి. పూర్తి వివరములకై సభ్యుల సామూహిక ఆరోగ్య సంక్షేమ పథకం 2018-19 (పరిచయ పుస్తకం చూడండి)

గమనిక C : మీరు / మీ జీవిత భాగస్వామి పేరు బ్యాంకు NPA జాబితాలో వుంటే క్లెయిము తిరస్కరించుటకు బ్యాంకుకి అధికారము కలదు.

ఈ బీమా పరిధిలోనికి రాని/చెల్లించబడని వైద్య ఖర్చులు

- 1) యుద్ధం, దాడి, విదేశీ శత్రువులు, అణు ధార్మికత వలన కలిగే దుష్ఫలితాలు/వ్యాధులు.
- 2) వ్యాధి కారణంకాని, సుస్తీ, ప్లాస్టిక్ సర్జరీ (ఏక్సిడెంట్ మూలంగా కాని, వ్యాధి మూలంగా కాని అవసరంలేనివి).
- 3) చత్వార చికిత్స, లేజర్ చికిత్స, కళ్ళజోళ్ళు, కాంటాక్ట్ లెన్సులు మరియు వినికీడి సాధనాల ఖర్చులు.
- 4) యాక్సిడెంట్ కారణంగా లేని డెంటల్ ట్రీట్‌మెంట్/సర్జరీ (FIR ఉండవలెను).
- 5) జన్మతః వచ్చిన జబ్బులు మరియు లోపాలు, సుఖవ్యాధులు, జననేంద్రియాలకు సంబంధించిన వ్యాధులు, ఎయిడ్స్ తత్సంబంధమైనవి, మరియు పదార్థాలు/ఆల్కహోలు సేవించడం వలన కలిగే వ్యాధులు.
- 6) గర్భధారణ, గర్భస్రావం, ప్రసూతి సంబంధిత వైద్య పరీక్షలు, విటమిన్లు, టానిక్కుల ఖర్చులు.
- 7) వ్యాధి/జబ్బునకు సంబంధం లేని నిర్ధారించని, వైద్య పరీక్షల ఖర్చులు.
- 8) ప్రకృతి వైద్యము, హోమియోపతి, ఆయుర్వేదం.
- 9) ఆహారం, రిజిస్ట్రేషన్ /అడ్మిషన్, O.P. ఖర్చులు, టాక్సులు, అంబులెన్స్/టెలిఫోన్, వాటర్ బెడ్లు, ధర్మామీటర్లు, గ్లాకోమీటర్లు, కాలర్లు, కేప్లు, పాడ్లు, పాదరక్షలు, వాకర్లు వంటి ఉపకరణాలు, అన్ని రకాల మానసిక సంబంధ వ్యాధులు, మనోవికృతి హేతుక శరీర జాడ్యం (Psychiatric & Psychosomatic Diseases) వంటివి .
- 10) డ్రగ్ లైసెన్స్, GST నెంబరు లేకుండా ఆసుపత్రి/దుకాణం వారు సప్లయి చేసిన మందుల బిల్లులు.
- 11) సాధారణ నీరసం (General Weakness).
- 12) ఇన్‌పేషెంట్‌గా ఆసుపత్రిలో 24 గంటల కంటే తక్కువగా ఉన్నచో (పరిచయపుస్తకం 3వ పేజీలో చూపిన చికిత్సలకు తప్ప)

TO BE FILLED BY B.O.

We verified the attached Claim and Certify that :

1. All the required Bills / Prescription / Reports are enclosed to the Claims.
2. The treatment taken does not fall under exclusions category mentioned in the Brouchure.
3. The Hospital has requisite eligibility criteria as per our Scheme.
4. The member is not a defaulter (NPA) as on date.

• Verified by :

Name of the Bank Employee :

Emp. No.

Branch Manager

Date :

Place :