**Ikfjokj fu;kstu {kfriwfrZ ;kstuk ds fy;s nkok izi=**

 jkT; ;s lqfuf”pr djsaxsa fd Ikfjokj fu;kstu {kfriwfrZ ;kstuk ds vUrxZr nkok djus ds fy, nkok LokLF; izi= mu lHkh LokLF; bdkbZ;ksa] tgkW ulcUnh lsok;as iznku dh tk jgh gSa] rFkk lh0,e0vks0@lh0Mh0,e0vks0@lh0,e0,p0vks0@ Mh0,e0vks0@Mh0,p0vks@Lka;qDr funs”kd ds dk;kZy; esa ftudks ftyk Lrj ij bl ;kstuk gsrq ukfer fd;k x;k gS] ogkWa ;s nkok izi= LFkkuh; Hkk’kk ds lkFk vaxzst+h esa Hkh miYkC?k jgsA

1. bl izi= dks ;kstuk ds vko';d izkfo/kku&1 ds rgr nkok izLrqr djrs le; iwjk Hkj dj tek djuk gksxkA
2. ;s izi= fdlh izdkj ds nkosnkjh dk nkok ugha djrsh vkSj bldks iw.kZ Hkj dj ftyk LokLF; lfefr @jkT; LokLF; lfefr dks nkok izfØ;k iw.kZ djus ds fy;s okil tek fd;k tk,xk A
3. dksbZ Hkh nkok rc jkT; ljdkj }kjk rc rd Lohdkj ugha gksxk tc rd dh tuinh; DokfyVh ,L;ksjsUl desVh@ lh0,e0vks0@lh0Mh0,e0vks0@lh0,e0,p0vks0@Mh0,e0vks0@Mh0,p0vks@Lka;qDr funsZ”kd Lrj ds vf/kdkfj;kas] ftUgs bl dk;Z ds fy;s ftys@jkT; Lrj ij ukfer fd;k tkrk gS mUkds }kjk izekf.kr ugha fd;k x;k gksA

**nkok la[;k&**&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&

1. **nkosnkj dk fooj.k%**

iwjk uke%&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&orZeku vk;q%&&&&&&&o’kZ&&&&&&&&

ulcUnh LohdrkZ ls laca/k&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&

?kj dk irk%

&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&VsyhQksu@eksckbZy u0&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&

1. ulcUnh vkWijs”ku ykHkkFkhZ dk foLr`r fooj.k%

iwjk uke%&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&& orZeku vk;q%&&&&&&&o’kZ&&&&&&&&

iq=@iq=h%&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&

ifr@iRuh dk uke%&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&& ifr@iRuh vk;q%&&&&&&&o’kZ&&&&&&&&

irk%&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&

1. LFkkbZ O;kikj ;k ukSdjh&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&
2. vkfJr cPpks dk fooj.k%

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| dze la0 | Ukke | vk;q  | fyax ¼iq0@L=h½ | ;fn vfookfgr | ;fn vfookfgr] ;k vkfJr |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

1. **¼v½ulcUnh vkWijs”ku dh rkjh[k%**&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&

**¼c½ fdl izdkj dk ulcUnh vkWijs”ku%**

1. ysizksLdksfid ulcUnh&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&
2. iq#’k ulcUnh&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&
3. ,e0Vh0ih0 ds ckn ulcUnh&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&
4. lhtsfj;u vkWijs”ku ds lkFk ulcUnh&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&
5. fdlh vU; rjhds ds vkWijs”ku ds lkFk ulcUnh&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&
6. **¼v½ vkWijs”ku djus okys MkDVj dk uke vkSj irk%**

&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&

**¼c½ tgkW vkWijs”ku gqvk gks ml LokLF; bdkbZ dk uke vkSj irk%**

&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&

**¼l½ nkok djus dk Lo#i%**

1. ulcUnh dh foQyrk tks cPps ds tUe ls lEcfU/kr ugha gS%&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&
2. ulcUnh dh foQyrk tks cPps ds tUe ls lEcfU/kr gS%s%&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&
3. fpfdRldh; tfVyrk tks ulcUnh djkus ds ckn gqbZ gks ¼Li’V #i ls tfVyrk dk izdkj crk;sa½

fnukad&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&

* tfVyrk dk fooj.k%&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&
* MkDVj@LokLF; bdkbZ%&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&

**¼n½ ulcUnh ds le; gksus okyh e`R;q**

1. nkf[kys dh rkjh[k&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&le;&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&
2. NqV~Vh gksus dh rkjh[k-&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&le;&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&
3. e`R;q dh rkjh[k-&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&le;&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&
4. **ulcUnh vkWijs”ku ls igys LohdrkZ fdl rjg dh chekjh ls xzflr Fkk mldk foLr`r fooj.k ns%**

&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&

eSa ;g ?kks"k.kk djrk gwa fd mijksDr C;kSjk esjh vf/kdre tkudkjh ds vuqlkj lR; gS ,oa fo”okl fnykrk gWw fd izR;sd Lrj ij mDr C;ksjk lR; gS vkSj eSa lger gwW fd ;fn eSus dksbZ Hkh tkudkjh] lwpuk ;k vlR; dFku dgk gks] lgh lwpuk ughs crkbZ ;k fdlh rF; dks fNik;k gks rks esjs nkos ds vf/kdkj dks fcYdqy tCr dj fy;k tk;sA

**eS bl ;kstuk ds vUrxZr dqay #i;s---------------------------------------@&- nkok djrk@djrh gwWa vkSj ;kstuk ds vUrxZr] bls vius nkos ds iw.kZ fujkdj.k ls lger gwWa vkSj vc esjk bl ;kstuk ds vUrxZRk vU; dksbZ nkok djus dk vf/kdkj ugha gksxkA**

**fnukad**&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&& **LohdrkZ dk uke**&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&

**LFkku**&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&& **gLrk{kj ;k vaxwBs dk fu”kku**

**CLAIM FORM FOR FAMILY PLANNING INDEMNITY SCHEME**

 The State will ensure that Claim Form cum Medical Certificate required for submitting claims under the FPIS Scheme are made available with all medical facilities conducting sterilization procedures, Office of CMO/CDMO/CMHO/CDHMO/ DMO/DHO/ Joint Director designated for this purpose at district level etc. in local language along with their English version.

1. This form is required to be completed for lodging claim under Section-I of the scheme.

2. This form is issued without admission of liability and must be completed and returned to the

District Health Society/State Health Society for processing of claim.

3. **No claim can be admitted unless certified by the convener of QAC/CMO/ CDMO/ CMHO/CDHMO/DMO/DHO/ JOINT DIRECTOR designated for this purpose at district level by the State Government.**

**Claim no. : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**1. Details of the Claimant:**

Name in full: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Present Age: \_\_\_\_\_\_ Years

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

Residential Address:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telephone no. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**2. Details of the person undergone sterilization operation:**

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

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

Name of the Spouse: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Age of the Spouse: \_\_\_\_\_\_\_Years

Address: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**3. Permanent Business or Occupation:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**4. Details of Dependent children:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Sl. no.** | **Name** | **Age****(Yrs)** | **Sex****(m/F)** | **Whether Unmarred** |  **If unmarried,****Whether dependent** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**5. (a) Date of Sterilization Operation:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**(b) Nature of Sterilization operation**:

(i) Laparoscopic Tubectomy: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(iii) MTP followed by sterilization: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(iv) Caesarean operation followed by Sterilization: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(v) Any other surgery followed by sterilization: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**6.** (a) Name and address of the doctor who conducted the operation:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(b) Name and address of the hospital where operation was conducted:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(c) **Nature of claim:**

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

2) **Failure of Sterilization** leading to child birth: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3) **Medical Complication** due to Sterilization (state exact nature of complication)

a. Date: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

b. Details of Complication:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

c. Doctor /Health facility: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(d) **Death following sterilization:**

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

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

c. Date of Death:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Time:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**7.** Give details of any disease suffered by acceptor prior to undergoing sterilization operation:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

I HEREBY DECLARE that the particulars are true to the best of my knowledge and warrant the truth

of the foregoing particulars in every respect, and I agree that if I have made, or shall make any false

of untrue statement, suppression or concealment of fact, my right to the compensation shall be

absolutely forfeited.

I hereby claim a sum of Rs.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/- under the scheme, which I agree in full

settlement of my claim and shall have no further right whatsoever to claim under the scheme.

**Date: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Name of Acceptor/Claimant: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Place: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Signature (in full) or thumb impression**

 **fpfdRlh; izek.k i= lh0,e0vks0@lh0Mh0,e0vks0@ lh0,e0,p0vks0@ Mh0,e0vks0@ Mh0,p0vks@Lka;qDr funsZ”kd ds vf/kdkfj;kas] ftUgas bl dk;Z ds fy;s ftys Lrj ij ukfer fd;k tkrk gS mUkds }kjk fn;k tk;sxkA**

;g izekf.kr fd;k tkrk gS fd Jherh@Jheku &&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&

Ikq=0@iRuh&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&

fuoklh&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&dk ulcUnh vkWijs”ku+++-fnukad ¼Li"V djsa fd fdl fof/k dk iz;ksx fd;k½&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&fof/k ls fnukad&&&&&&&&&&&dks &&&&&&&&&&&&&&&&vLirky esa Mk0% &&&&&&&&&&&&&}kjk fd;k x;kA ftudh ;ksX;rk% &&&&&&&&&&&&&gS] vkSj ;s &&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&fo/kk ds fy, vuqlwfpr ¼bEiSusYM½ gSa rFkk &&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&& ij fu;qDr gSaA

**fd;s x;s vkWijs”ku dk izdkj %**

1. ysizksLdksfid ulcUnh&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&
2. iq#’k ulcUnh&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&
3. ,e0Vh0ih0 ds lkFk gh ulcUnh&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&
4. lhtsfj;u vkWijs”ku ds lkFk gh ulcUnh&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&
5. fdlh vU; rjhds ds vkWijs”ku ds lkFk gqbZ ulcUnh&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&

esjs }kjk lHkh izdkj dh fpfdRldh; nLrkost ,oa vU; nLrkostksa dk iqu% fujh{k.k dj fy;k x;k gS vkSj bl fu"d’kZ ij igqaprk gwWa fd budk nkok iwoZ esa fd;s x;s ulcUnh vkWijs”ku ds dkj.k ls gSA

**¼v½** ulcUnh dh foQyrk tks cPps ds tUe dh vksj uk ys tkrh gks% **¼&&&&½** izek.k gsrq nLrkost layXu

**¼Ck½** ulcUnh dh foQyrk tks cPps ds tUe dh vksj ys tkrh gks% **¼&&&&½** izek.k gsrq nLrkost layXu

**l½** fpfdRlh; tfVyrk **¼**d`i;k vxzkafdr fooj.k izLrqr djsa **½**

* tfVyrk dk fooj.k%&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&
* le;%&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&
* TkfVyrk ds fuokj.k gsrq fd;k x;k O;;&&&&&&&&&&**¼jlhn@izkfIr@ipsZ dh ewyizfr½**

**¼n½ O;fDr dh e`R;q dk dkj.k ^^%**

nkf[kys dh rkjh[k&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&le;&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&

NqV~Vh gksus dh rkjh[k-&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&le;&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&

 e`R;q dh rkjh[k-&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&le;&&&&&&&&&& **¼e`R;q izek.k i= layXu½**

eSus nkok izi= esa izLrqr lHkh rF;ksa dk ijh{k.k dj fy;k gS vkSj ;g esjs fu"d’kZ ds vuq#i gSsa] vr% ;g&&&&&&&&& ds dkj.k #0 &&&&&&&&& **@& 'kCnksa esa ¼**&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&**½ dh**  {kfr iwfrZ ds nkos ds ;ksX; gS A

**d`i;k ykHkkFkhZ dks :i;k ----------------------------- @&'kCnksa esa ¼**&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&**½ iznku fd;k tk,aA**

**layXu nLrkost**

¼v½ fpfdRlh; izek.k rFkk nkos dh ewy izfr ¼&&&&½ gLrk{kj&&&&&&&&&&&&&&&&

¼c½ ulcUnh izek.k i= dh vuqizekf.kr izfr ¼&&&&½ uke%&&&&&&&&&&&&&&&&&&

 in uke%&&&&&&&&&&&&&&&&

¼l½ Lohd`fr i= dh vuqizekf.kr izfr ¼&&&&½ VsyhQksu ua0%&&&&&&&&&&&&&

¼n½ &&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&

¼j½ &&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&

 **fnukad%&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&& eqgj%&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&**

**MEDICAL CERTIFICATE ISSUED BY CMO/CDMO/CMHO/CDHMO/ MO/DHO/JOINT DIRECTOR DESIGNATED FOR THIS PURPOSE AT DISTRICT LEVEL .**

It is certified that Smt/Shri. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

S/o/W/o: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

had undergone sterilization operation on\_\_\_\_\_\_\_ at \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (hospital)

and conducted by Dr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Qualifications \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

posted at \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Nature of Sterilization operation done:**

(i) Laparoscopic Tubectomy: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(iii) MTP followed by Sterilization: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(iv) Caesarean operation followed by Sterilization: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(v) Any other surgery followed by Sterilization: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(a) **Failure of Sterilization** not leading to child birth: (\_\_\_\_) **(Attach documentary evidence)**

(b) **Failure of Sterilization** leading to child birth: (\_\_\_\_) **(Attach documentary evidence).**

(c) **Medical Complication:** (please give the details as under)

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

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

(iii) Expenses incurred for treatment of complication Rs. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **(Attach Original**

**Bills/Receipts/Prescriptions)**

(**d) Death of Person (cause) :** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

c. Date of Death: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (**Attach death certificate)**

I have further examined all the particulars stated in the claim form and are in conformity with my

findings and is eligible for a compensation of Rs…………………… due to………….…………………………………..

(Cause).

**Please pay Rs…………… to the beneficiary.**

**Documents enclosed:**

(a) Original Claim cum Medical certificate ( ) Signature:

(b) Attested copy of sterilization certificate ( ) Name:

(c) Attested copy of consent form ( ) Telephone no.:

(d) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ( ) Designation:

(e) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ( )

**Date:**……………………. **Seal:**