****

**Authorisation सहमति पत्र**

मैं एतद्द्वारा मैसर्स क्लेमेंट मित्र, डिजिटल को मेरे सलाहकार के रूप में संलग्न और अधिकृत करें, मेरे दावे संख्या के मामले में मार्गदर्शन और वकालत करने के लिए................. का।।।।।।।।।। बीमा कंपनी, जिसमें दावा दायर करना, प्रश्न उत्तर के लिए आवेदन, पुनर्विचार प्रक्रिया, अस्वीकृत दावे/काटे गए दावे को रद्द करना, पत्राचार या कानूनी कार्यवाही/मार्गदर्शन के माध्यम से दावे का निपटान करने का प्रयास करना और बीमा लोकपाल कार्यवाही के लिए सहायता जैसा भी मामला हो, उक्त दावे के लाभ के लिए अपने सभी चरणों में आवश्यक या उचित समझा जा सकता है, मेरी ईमेल आईडी का उपयोग करके (केवल इस दावे के उद्देश्य के संचार के लिए)।

इसके अलावा, मैं घोषणा करता हूं कि मेरा दावा प्रामाणिक है, सभी दस्तावेजों की प्रतियां मेरे द्वारा सत्यापित और सत्यापित हैं, सत्यापित प्रतियां उपरोक्त सलाहकार को सौंप दी जाती हैं और निम्नलिखित विवरणों पर मेरे दावे की प्रक्रिया के लिए मेरी ओर से मुझे/बीमा कंपनी/अस्पताल से अतिरिक्त आवश्यक और आवश्यक उपचार रिकॉर्ड/दस्तावेज प्राप्त करने के लिए अधिकृत किया जाता है

**शुल्क संरचना और शर्तें**

एतद्द्वारा यह घोषित किया जाता है कि .................. पता, ने हमें मेरे दावे को आगे बढ़ाने के लिए एक सलाहकार के रूप में अधिकृत किया .................... उनकी ओर से .............. विवरण संख्या का दावा कर रहे ...................... पॉलिसी नंबर ....................... का।।।।।।।।।।। बीमा कंपनी। आगे स्पष्ट करने के लिए, निम्नलिखित शुल्क पर चर्चा की गई है और भुगतान करने के लिए सहमति व्यक्त की गई है

1. प्रोसेसिंग शुल्क रु. शून्य. अग्रिम (अप्रतिदेय) में जीएसटी (18%) (केवल रु.) सहित।

2. रु. /- .................................... की कुल दावा की गई राशि की अंतिम संवितरित राशि का 20% वास्तविक। नेटबैंकिंग, ओनील वॉलेट, डेबिट कार्ड, चेक ........................................ के माध्यम से परामर्श शुल्क के लिए का।।।।।।।।।।।।।।।।।।।।।।।।।।।।।।।।।।।।।।।।।।।।।। बैंक, खाता संख्या .............................................., खाता धारक का नाम ............ ग्राहक अपने बैंक खाते में दावा राशि का संवितरण प्राप्त करने के बाद ऊपर उल्लिखित वास्तविक परामर्श शुल्क (अंतिम संवितरित राशि का 20%) का भुगतान करने के लिए उत्तरदायी है।

बैंक अकाउंट में मिली रकम के बाद 7 वर्किंग डेज में देनी होगी फीस

उपरोक्त सभी सामग्री और अन्य नियमों और शर्तों को समझाया गया है, अच्छी तरह से समझा गया है, और सहमति व्यक्त की गई है

धन्यवाद & सादर,

प्रस्तावक/ग्राहक का नाम – ........

मरीज का नाम – ...................

क्लेम नंबर - ........................

पॉलि4सी नंबर- ......................

अस्पताल का नाम – ....................

क्लेम राशि - ..................

प्रवेश की तिथि -............

अधिकृत हस्ताक्षरकर्ता सहमत और स्वीकृत ग्राहक के हस्ताक्षर