

Health Claim Form - Outpatient Department / स्वास्थ्य दावा फॉर्म-बाह्य रोगी विभाग

(The issue of this is not to be taken as an Admission of Liability) /
(इसे जारी करने का अर्थ दायिता स्वीकार करना न समझा जाए)

Please give the following information correctly and completely /
कृपया निम्नलिखित जानकारी को सही तथा पूरी तरह भरें

Please use this claim form for settlement of claims under benefit b of this policy. / इस पॉलिसी के अंतर्गत बेनिफिट (लाभ) के दावे (क्लेम्स) का सेटलमेंट करने हेतु कृपया इस क्लेम फॉर्म का प्रयोग करें.

1. Insured Details / बीमित व्यक्ति का विवरण :	
a) Policy Certificate No. / पॉलिसी सर्टिफिकेट नं.	
b) Name of Insured Person(s) / बीमित व्यक्ति(यों) का नाम	
c) ICICI Lombard Health Care Card No. / आईसीआईसीआई लोम्बार्ड हेल्थ केयर कार्ड नं.	
d) Age / उम्र	
e) Email Address / ई मेल पता	
f) Correspondence Address / पत्र व्यवहार का पता (including State, City, Pincode)	
g) Mobile No. / मोबाइल नंबर	
h) Residence No. / घर का फ़ोन नं.	
2. Nature of disease / illness contracted/ailment of injury suffered / रोग/बीमारी/लगी चोट की प्रकृति :	
3. Kindly indicate / कृपया बताएं :	
a) Date of commencement of treatment / उपचार आरंभ होने की तिथि	
b) Name and contact details of treating doctor / उपाचर करनेवाले डॉक्टर का नाम और सम्पर्क विवरण	
4. Amount Claimed / दावा की गई रकम :	
a) Consulting Doctor's Fees / परामर्श करनेवाले डॉक्टर की फीस	
b) Pharmacy/Medicine Charges / फार्मसी/औषधि शुल्क	
c) Investigation Charges / जांच - परिक्षण शुल्क	
d) Others (Kindly Specify) / अन्य (कृपया स्पष्ट करें)	
Total Claimed Amount / दावा की गई कुल राशि	

In support to the above claim, I enclose following documents {Please indicate by (✓)} / उपरोक्त दावे के समर्थन में, मैं निम्नलिखित कागजात संलग्न कर रहा हूँ (कृपया (✓) का निशान लगाकर दर्शाएं)

1. Bills/Receipt/Cash Memos in original for medicines etc. (name of patient along with date should be mentioned on it.) / औषधियों के मूल बिल/रसीद/कैश मेमो आदि (उन पर रोगी के नाम का तारीख के साथ उल्लेख होना चाहिए)
2. Most Recent Medical prescription in support of the above. / उपरोक्त के समर्थन में सबसे नया मेडिकल प्रेस्क्रिप्शन.
3. Receipts and Investigation test reports in original from a Pathological Lab supported by the note from the treating doctor/ Surgeon advising such Investigation tests. / किसी पैथोलॉजिकल लैब की परिक्षण रिपोर्ट्स तथा रसीदों की मूल प्रति, जिसके साथ उपचार कर्ता डॉक्टर/सर्जन का नोट हो जिसमें ऐसे परिक्षण टेस्ट्स की सलाह दी गयी हो.
4. Attending doctors/Consultant's/ Specialist's bill and receipt and certificate regarding diagnosis, whichever is prescribed and thereby expenses incurred along with doctors registration number (compulsory). / उपचार करने वाले डॉक्टरों/कंसल्टेन्ट्स/स्पेशलिस्ट्स के बिल तथा रसीद और उनके द्वारा निर्धारित किए गये निदान के बारे में सर्टिफिकेट एवं उनके फलस्वरूप हुए व्यय, जिसके साथ डॉक्टरों का रजिस्ट्रेशन नंबर (अनिवार्य).

Declaration / घोषणा :

I hereby agree, affirm and declare that / मैं एतद्वारा सहमत हूँ, पुष्टि तथा घोषित करता हूँ कि :

- a) The statements / information given / stated by me/us in this claim form are true, correct and complete. / इस दावा फॉर्म में मेरे / हमारे द्वारा दिए गये कथन / जानकारी / उल्लेख सही, सत्य एवं पूर्ण हैं.
- b) No material information which is relevant to the processing of the claim or which in any manner has a bearing on the claim has been withheld or not disclosed. / किसी ऐसी महत्वपूर्ण जानकारी को छिपाया या अप्रकट नहीं किया गया है जो कि दावे की प्रक्रिया से संबंधित हो या दावे पर जिसका कोई प्रभाव पड़ता हो.
- c) If I have given/made any false or fraudulent statement/information or suppressed or concealed or in any manner failed to disclose material information, the policy shall be void and that I shall not be entitled to all/any rights to recover there under in respect of any or all claims, past, present or future. / अगर मैंने कोई गलत या कपटपूर्ण कथन/जानकारी दी हो या किसी महत्वपूर्ण जानकारी को छिपाया या दबाया हो या किसी प्रकार से प्रकट करने में असफल रहा होऊँ तो यह पॉलिसी अमान्य हो जाएगी तथा मैं पॉलिसी के सम्बन्ध में अतीत, वर्तमान या भविष्य में किसी या सभी दावे करने के अपने सभी/किसी अधिकार खो दूँगा.
- d) I have not submitted any other claim under Outpatient Treatment Cover (Benefit 'B') and shall not be submitting any other Outpatient Treatment Cover claim in future under the above referred Policy Certificate. / मैंने बोह्य रोगी उपचार संरक्षण (लाभ 'बी') [आउटपेशेन्ट ट्रीटमेन्ट कवर (बेनिफिट 'बी')] के अंतर्गत कोई और दावा प्रस्तुत नहीं किया है तथा भविष्य में भी उपरोक्त संदर्भित पॉलिसी सर्टिफिकेट के अंतर्गत कोई अन्य बाह्य रोगी उपचार संरक्षण दावा प्रस्तुत नहीं करूँगा.
- e) The receipt of this claim form/other supporting/related documents, does not constitute an agreement by the Company of the claim and the company reserve the right to process or reject or require further/additional information in respect of the claim. / इस दावा फॉर्म/अन्य समर्थक/संबंधित कागजातों की प्राप्ति कंपनी द्वारा दावे की सहमति नहीं है तथा कंपनी के पास दावे के संबंध में प्रक्रिया करने या इसे अस्वीकृत करने अथवा पुनः/अतिरिक्त जानकारी मांगने का अधिकार सुरक्षित है.
- f) I also consent and authorize ICICI Lombard Health Care to seek medical information from any hospital/medical practitioner who has any time attended on the insured person. / मैं यह भी सहमति देता हूँ तथा आईसीआईसीआई लोम्बार्ड हेल्थ केयर को किसी अस्पताल/मेडिकल प्रैक्टिसनर से चिकित्सा संबंधी जानकारी प्राप्त करने के लिए अधिकृत करता हूँ, जिसने कभी बीमित व्यक्ति का उपचार किया हो.
- g) I confirm that the expenses for which claim is being lodged have been incurred in respect of the insured. / मैं पुष्टि करता हूँ कि जिन खर्चों के लिए दावा दर्ज किया गया है वे बीमाधारक के संबंध में किए गये हैं.

Place / स्थान : _____

Date / दिनांक : _____

Signature of Claimant / दावेदार के हस्ताक्षर