

स्वास्थ्य दावा प्रपत्र अवलोकन - अस्पताल में भर्ती होना				
भाग ए		द्वारा भरा जाए	आवश्यक है	
ए1	स्व घोषणा	बीमित/बीमित के रिश्तेदारों द्वारा	पॉलिसी और बीमित के अन्य विवरण जानने के लिए	
ए2	पॉलिसी की प्रति में उपलब्ध			
ए3	पॉलिसी की प्रति में उपलब्ध/कर्मचारी विवरण			
ए4	स्व घोषणा			
ए5	डिस्चार्ज विवरण में उपलब्ध			
ए6	स्व घोषणा			
ए7	स्व घोषणा			
ए8	अस्पताल के बिलों में उपलब्ध/स्व घोषणा			
ए9	अस्पताल के बिलों में उपलब्ध			
ए10	जाँच सूची			
पृष्ठांत	स्व घोषणा			
भाग बी				
बी1	अस्पताल का विवरण	अस्पताल/उपचारकर्ता चिकित्सक द्वारा भरा जाए	रोगी की भर्ती से संबंधित अस्पताल विवरण और उपचार विवरण का पता लगाने के लिए	
बी2	चिकित्सक का विवरण			
बी3	रोगी का विवरण			
बी4	उपचार/प्रक्रिया का विवरण			
बी5	केवल खुदरा/व्यक्तिगत ग्राहकों के लिए आवश्यक			
पृष्ठांत	अस्पताल की घोषणा			
भाग सी				
सी1	रोगी का नाम	बीमित द्वारा भरा जाए	बैंक खाते में इलेक्ट्रॉनिक राशि हस्तांतरण के लिए	
सी2	पॉलिसी क्रमांक			
सी3	कार्ड क्र./यूएचआईडी क्र.			
सी4	समूह/कंपनी का नाम			
सी5	दावा क्रमांक (यदि आवंटित है)			
सी6	मोबाइल/संपर्क क्र.			
सी7	प्रस्तावक का कोई एक प्रलेख दें			
सी8	बैंक पास बुक के अनुसार			
पृष्ठांत	खाताधारक के हस्ताक्षर			
भाग डी (केवल खुदरा/अकेले ग्राहकों के लिए यदि 1 लाख रुपए से अधिक का दावा करते हैं)				
डी1	रोगी का नाम	बीमित द्वारा भरा जाए	आईआरडीए अध्यादेश के अनुसार 1 लाख से अधिक के दावों के लिए	
डी2	पॉलिसी क्रमांक			
डी3	कार्ड क्र./यूएचआईडी क्र.			
डी4	समूह/कंपनी का नाम			
डी5	दावा क्रमांक (यदि आवंटित है)			
डी6	मोबाइल/संपर्क क्र.			
डी7	केवायसी प्रलेख			
पृष्ठांत	दावेदार के हस्ताक्षर			

प्रस्तुत प्रलेख				
क्रमांक	प्रलेख	हाँ	नहीं	प्रलेख का प्रकार
1.	विधिवत भरा हुआ दावा प्रपत्र	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	मूल
2.	छुट्टी दिए जाने का संक्षिप्त विवरण/डे केयर का संक्षिप्त विवरण	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	मूल
3.	अस्पताल का अंतिम शूल्क	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	मूल
4.	भुगतान की रसीद	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	मूल
5.	जाँच प्रतिवेदन/रिपोर्ट	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	मूल
6.	फार्मसी शूल्क	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	मूल
7.	स्टीकर/चालान लगाएँ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	मूल
8.	चिकित्सक के औषध निर्देश की पर्ची	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	छायाप्रति
9.	परामर्श के कागज	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	छायाप्रति
10.	उम्र का साक्ष्य	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	छायाप्रति
11.	अस्पताल के केस पेपर	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	छायाप्रति
12.	एईएफटी (निरस्त किए गए चेक /स्वयं द्वारा अनुप्रमाणित पहचान प्रमाण पत्र की प्रति/आईएफएससी कोड के साथ पासबुक की बैंक द्वारा सत्यापित प्रति	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	छायाप्रति
13.	केवायसी (पहचान प्रमाण पत्र, निवास के प्रमाण की प्रति, और 2 पासपोर्ट आकार के फोटो)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	छायाप्रति

**सभी दावों का निपटान एनईएफटी के माध्यम से किया जाना चाहिए (आईआरडीए परिपत्र के अनुसार), कृपया अपने बैंक खाते का विवरण प्रदान करें. भाग-सी देखें.**

**क्या आप जानते हैं?**

- ★ दावों के निपटान में देरी का प्रमुख कारण मूल बिलों और रसीदों का प्रस्तुत नहीं किया जाना होता है. कृपया मूल और अनिवार्य प्रलेख उपलब्ध कराएं.
- ★ अपने दावे की स्थिति के बारे में अद्यतन जानकारी प्राप्त करने के लिए अपना मोबाइल नंबर और ई-मेल पता उपलब्ध करवाएं.
- ★ आप अपने दावे की स्थिति हमारी वेबसाइट पर देख सकते हैं- [www.icicilombard.com](http://www.icicilombard.com) → Claims & wellness → IL Health care → Claims corner → Track your claims

**भाग - ए (बीमित व्यक्ति द्वारा भरा जाए)**

सिर्फ स्पष्ट अक्षरों में भरा जाए

**ए1. दावे का प्रकार :** अस्पताल में भर्ती होने संबंधी मुख्य व्यय  अस्पताल में भर्ती होने के पहले व बाद के व्यय  नकद रहित प्राप्त की गई :हाँ  नहीं

**ए2. प्रस्तावक का नाम\* :**

प्रस्तावक के साथ संबंध\* :  (\*प्रस्तावक वह व्यक्ति है जिसने पॉलिसी के लिए प्रीमियम का भुगतान किया है)

वर्तमान पॉलिसी क्रं. :

कार्ड क्रं. / यूएचआईडी :

ए3. सामूहिक/कॉर्पोरेट पॉलिसी के लिए	व्यक्तिगत / खुदरा पॉलिसी के लिए (*अनिवार्य)
सदस्य पहचान क्रमांक/कर्मचारी पहचान (ग्राहक पहचान) <input type="text"/>	*दावा सूचना सेवा अनुरोध क्रं. : <input type="text"/>
<input type="text"/>	क्या यह एक नवीनीकरण पॉलिसी है? : हाँ <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/>
समूह / कंपनी का नाम : <input type="text"/>	यदि हाँ, तो कृपया अपना पिछला पॉलिसी क्रमांक लिखें : <input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

**ए4. बीमित व्यक्ति का विवरण, जिसके संबंध में दावा किया गया है : (रोगी का विवरण)**

बीमित व्यक्ति का नाम:

लिंग: पुरुष  महिला  जन्म दिनांक : / /  पूर्ण आयु : वर्ष  माह

व्यवसाय : सेवा  स्वरोजगार  गृहिणी  छात्र  सेवानिवृत्त  अन्य  (कृपया स्पष्ट करें).....

क्या आप पहले से ही किसी मेडिकलेम / स्वास्थ्य बीमे द्वारा सुरक्षित हैं: हाँ  नहीं  यदि हाँ, तो कम्पनी का नाम:.....

वर्तमान निवास का पता:

शहर:

राज्य :  पिनकोड :

मोबाइल क्रं.:  लैंडलाइन क्रं.:

ई-मेल:

**ए5. प्राप्त रोग/बीमारी या चोट की प्रकृति जिसकी वजह से, बीमित व्यक्ति को अस्पताल में भर्ती किया गया (डायग्नोसिस) :.....**

अस्पताल का नाम, जहाँ भर्ती किया गया:

लिए गए कमरे की श्रेणी: डे केयर  एकल आवास  दो द्वारा साझेदारी  प्रति कमरा 3 या अधिक बिस्तर  अन्य.

भर्ती किए जाने की तिथि: / /  समय: : :  छुट्टी दिए जाने की तिथि: / /  समय: : :

चोट लगने या रोग/बीमारी का पता लगने की तिथि: / /

यदि चोट थी तो उसका कारण: स्वयं द्वारा दी गई चोट  सड़क ट्रेफिक दुर्घटना  मादक पदार्थों के सेवन / शराब लेने से  अन्य .....

यदि चिकित्सीय के साथ कानूनी मामला भी था: हाँ  नहीं  पुलिस को सूचित किया : हाँ  नहीं

यदि MLC रिपोर्ट और पुलिस FIR संलग्न हैं: हाँ  नहीं  (यदि हां तो रिपोर्ट संलग्न करें)

चिकित्सा पद्धति :.....

**ए6. क्या आप किसी टॉपअप / अतिरिक्त पॉलिसी के अंतर्गत सुरक्षित हैं :  हाँ  नहीं यदि हाँ, तो पालिसी क्रमांक उपलब्ध करवाएं .....**

**ए7. क्या वर्तमान में किसी अन्य मेडिकलेम / स्वास्थ्य बीमा की सुरक्षा ली हुई है : हाँ  नहीं  बिना किसी अंतराल के पहला बीमा शुरू होने की तिथि: / /**

बीमा अनुबंध शुरू होने के बाद पिछले 4 वर्षों में क्या आप कभी अस्पताल में भर्ती हुए हैं? :   दिनांक: / /  डायग्नोसिस:.....

क्या आपने इस भर्ती तिथि/ संलग्न बिल का दावा किसी अन्य बीमा कम्पनी को पेश किया था: यदि हाँ, तो दावा निपटान पत्र साथ लगाएं,

कंपनी का नाम :..... पालिसी क्रं. :..... बीमित राशि: ₹

**ए8. दावे का विवरण**

ए) दावा किए गए उपचार व्यय का विवरण

i. अस्पताल में भर्ती होने से पहले के व्यय : ₹  ii. अस्पताल में भर्ती रहने के दौरान हुए व्यय : ₹

iii. अस्पताल से छुट्टी मिलने के बाद हुए व्यय : ₹  iv. स्वास्थ्य जांच पर हुआ व्यय : ₹

v. एम्बुलेंस पर हुआ व्यय : ₹  vi. अन्य \_\_\_\_\_ : ₹

कुल: ₹

vii. अस्पताल में भर्ती होने से पहले की अवधि /  दिन viii. अस्पताल से छुट्टी मिलने के बाद की अवधि: /  दिन

क्लेम फॉर्म हिन्दी के लिए कृपया हमारी वेबसाइट पर जाँच कीजिए : [www.icicilombard.com](http://www.icicilombard.com)

Claim documents to be dispatched to: ICICI Lombard Healthcare, ICICI Bank Tower, Plot No. 12, Financial District, Nanakram Guda, Gachibowli, Hyderabad-500032

बी) जिसके लिए दावा है

- i. आवासीय रूप से अस्पताल में भर्ती किया जाना: हाँ  नहीं  (यदि हाँ, तो अनुबंध में विवरण दें)
- ii. डे केयर: हाँ  नहीं
- iii. विस्तारित देखरेख / भर्ती रोगी को स्वास्थ्य लाभ: हाँ  नहीं

सी) दावा किए गए एकमुश्त / नकद लाभ का विवरण :

- i. अस्पताल दैनिक नकद: ₹
- ii. शल्य क्रिया नकद: ₹
- iii. गंभीर बीमारी: ₹
- iv. स्वास्थ्य लाभ: ₹
- v. अस्पताल में भर्ती किए जाने के पहले/बाद में एकमुश्त लाभ: ₹
- vi. अन्य: \_\_\_\_\_ ₹

#### ए9. दावा राशि का विवरण

बिल की मदें (जैसी भी लागू हो)	बिल क्रमांक	बिल दिनांक	बिल संलग्न	राशि
कमरे का किराया		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	₹ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
चिकित्सकों का परामर्श / मुलाकात शुल्क		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	₹ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
जांच शुल्क (रेडियोलॉजी और पैथोलॉजी रिपोर्टें)		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	₹ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
शल्य चिकित्सक और सहायक शल्य चिकित्सक का शुल्क		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	₹ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
निष्चेतक (एनेस्थेसिस्ट) का शुल्क और शल्य चिकित्सा कक्ष शुल्क		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	₹ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
उपकरण शुल्क / प्रक्रिया शुल्क		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	₹ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
प्रत्यारोपण शुल्क (यदि कोई हो)		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	₹ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
दवा शुल्क (वार्ड / ओटी दवाओं और उपभोग्य वस्तुओं सहित)		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	₹ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
फार्मसी शुल्क		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	₹ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
कर / अधिभार / सेवा शुल्क		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	₹ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
विविध / अन्य शुल्क		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	₹ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
अस्पताल में भर्ती किए जाने के पूर्व के शुल्क (यदि कोई हो)		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	₹ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
अस्पताल में भर्ती किए जाने के बाद के शुल्क (यदि कोई हो)		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	₹ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
अस्पताल द्वारा प्रदत्त छूट (यदि कोई हो)		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	₹ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<b>दावा की गई कुल राशि (₹ में)</b> (दावा की गई कुल राशि, संलग्न बिल प्रलेखों की राशि के बराबर होनी चाहिए)				₹ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

अनिवार्य : सभी दावों का निपटान एनईएफटी के माध्यम से होना चाहिए (आईआरडीए परिपत्र के अनुसार), कृपया अपना बैंक खाता विवरण उपलब्ध करावाएं. भाग-सी देखें.

ए10. उपरोक्त दावे के समर्थन में, मैं निम्नांकित प्रलेख मूल प्रतियों में संलग्न कर रहा/रही हूँ (कृपया निम्नांकित हाँ/नहीं खाने में निशान लगाकर संकेत दें)

प्रलेख(खों) का प्रकार - *अनिवार्य	हाँ	नहीं	प्रलेख(खों) का प्रकार - जो भी लागू हो	हाँ	नहीं
1. उपयुक्त रूप से भरा और हस्ताक्षरित दावा प्रपत्र*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9. आईसीआईसीआई लोम्बार्ड जीआईसी प्राधिकरण पत्र	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. डिस्चार्ज समरी*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10. प्रत्यारोपण (इम्प्लांट) का नाम एवं प्रत्यारोपण के स्टिकर सहित चालान / बिल (यदि कोई हो),	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. अस्पताल के बिल, अस्पताल का अंतिम / प्रमुख बिल एवं अन्य बिल (यदि कोई हो)*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11. आंतरिक केस पेपर	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. अस्पताल भुगतान रसीद एवं बिलों का समर्थन करने वाली अन्य रसीदें*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12. प्रिस्क्रिप्शन (औषध निर्देश) पेपर/ परामर्श पेपर	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. जांच रिपोर्टें* (ईसीजी/सीटी/एमआरआई/यूएसजी/एचपीई सहित)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13. अन्य (विवरण) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. चिकित्सक के औषध निर्देश की पर्ची के साथ दवा/फार्मसी बिल*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. आयु का प्रमाण (ड्राइविंग लाइसेंस/पैन कार्ड/पासपोर्ट/आधार प्रति)*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>8. भाग - सी (ईएफटी / आरटीजीएस / एनईएफटी के लिए)*</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>14. भाग - डी (केवायसी प्रलेखों की आवश्यकता है यदि कुल दावा राशि ₹ 1 लाख से अधिक है)</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\*अनिवार्य

कृपया ऊपर दिए गए अनुक्रमांक के अनुसार सभी दस्तावेज संलग्न करें

फिल्म जैसे एक्स-रे फिल्म, सीटी स्कैन फिल्म, एमआरआई स्कैन फिल्म, आदि की आवश्यकता नहीं है. केवल रिपोर्टें संलग्न करें.

बीमित द्वारा घोषणा:

मैं एतद् द्वारा घोषणा करता / करती हूँ कि इस दावा प्रपत्र में दी गई जानकारी मेरे सर्वोत्तम ज्ञान और विश्वास के अनुसार सत्य और सही है. यदि मैंने कोई गलत या असत्य बात कही हो या इस दावे के संबंध में पूछे गए प्रश्नों के सापेक्ष किसी भी महत्वपूर्ण कथन को दबाया या छिपाया हो तो मेरा प्रतिपूर्ति का दावा करने का अधिकार निरस्त कर दिया जाएगा. मैं, जिस व्यक्ति के प्रति यह दावा किया गया है उसकी जिस अस्पताल / चिकित्सक ने देखभाल की है उनसे आवश्यक चिकित्सीय जानकारी / प्रलेख प्राप्त करने के लिए सहमत जाता हूँ टीपीए / बीमा कम्पनी को अधिकृत भी करता / करती हूँ. मैं एतद् द्वारा घोषणा करता / करती हूँ कि मैंने इस दावे के लिए सभी बिल / रसीदें लगा दी हैं और मैं अस्पताल में भर्ती किए जाने के पूर्व / पश्चात का यदि कोई दावा है तो उसके अलावा इस संबंध में कोई पूरक दावा पेश नहीं करूंगा / करूंगी.

दिनांक :    /    /

स्थान : \_\_\_\_\_ बीमित के हस्ताक्षर : \_\_\_\_\_

क्लेम फॉर्म हिन्दी के लिए कृपया हमारी वेबसाइट पर जाँच कीजिए : [www.icicilombard.com](http://www.icicilombard.com)

Claim documents to be dispatched to: ICICI Lombard Healthcare, ICICI Bank Tower, Plot No. 12, Financial District, Nanakram Guda, Gachibowli, Hyderabad-500032

▲ Your Claim details are just an SMS away, Please SMS <KEYWORD> to 57 57 58

• Cashless Status: <KEYWORD> is "ILHC AL <12-digit-AL-No.>" • Claim Status: <KEYWORD> is "ILHC CL <12-digit-CL-No.>" • Payment details: <KEYWORD> is "ILHC PAY <12-digit-Claim-No.>"

(AL No. & CL No. is the one you have received on your mobile no. after intimating us)

▲ To view real time claim status, please click: <https://www.icicilombard.com/IL-Health-Care/Customer/ClaimStatus>



सभी दावा निपटान एनईएफटी के माध्यम से होना चाहिए (आईआरडीए परिपत्र के अनुसार), कृपया अपने बैंक विवरण उपलब्ध करवाएं.

सी1. रोगी का नाम : \_\_\_\_\_

(जिसके संबंध में दावा किया गया है)

सी2. पॉलिसी क्रं.: \_\_\_\_\_

सी3. कार्ड क्रं./यूएचआईडी क्रं.: \_\_\_\_\_

सी4. समूह/कंपनी का नाम (समूह/कॉर्पोरेट पॉलिसी धारकों के लिए): \_\_\_\_\_

सी5. दावा संख्या (यदि आवंटित हो): \_\_\_\_\_

सी6. मोबाइल/संपर्क क्रं. : \_\_\_\_\_

सी7. आईआरडीए परिपत्र क्रं. IRDA/F&A/CIR/GLD/056/02/2014 के अनुसार, ईएफटी के माध्यम से दावे पर कार्यवाही करने के लिए प्रस्तावक के / पॉलिसी धारक के बैंक खाता विवरण अनिवार्य हैं.

**कृपया प्रस्तावक/पॉलिसी धारक का निम्नांकित में से कोई प्रलेख उपलब्ध करवाएं -**

कृपया प्रस्तावक/पॉलिसी धारक के किसी वैध पहचान प्रमाण की एक स्व-प्रमाणित प्रति उपलब्ध करवाएं (भाग-डी के अंतर्गत पहचान के प्रमाण में वर्णित प्रलेखों में से कोई भी उपलब्ध करवाएं)

निरस्त चेक की प्रति

आईएफएससी कोड वाली पासबुक की बैंक प्रमाणित प्रति

**कृपया निम्नलिखित विवरण उपलब्ध करवाएं (सभी रिक्त स्थान भरना अनिवार्य है)**

• प्रस्तावक/पॉलिसी धारक का नाम (बैंक रिकॉर्ड के अनुसार) : \_\_\_\_\_

• प्रस्तावक/पॉलिसी धारक की बैंक खाता संख्या : \_\_\_\_\_

• बैंक का नाम : \_\_\_\_\_

• शाखा का नाम : \_\_\_\_\_

• बैंक का पता : \_\_\_\_\_

• बैंक का आईएफएससी कोड : \_\_\_\_\_

(should be same as per the provided cheque leaflet)

**\*प्रस्तावक/पॉलिसी धारक वह व्यक्ति है जिसने पॉलिसी के लिए प्रीमियम का भुगतान किया है. उपरोक्त समस्त विवरण एवं प्रलेख केवल प्रस्तावक/पॉलिसी धारक के ही होने चाहिए.**

**आरटीजीएस / एनईएफटी द्वारा भुगतान के लिए नियम व शर्तें**

1. प्रस्तावक/पॉलिसी धारक द्वारा मंडेट फॉर्म में दिए गए विवरणों को अंतिम माना जाएगा तथा आईसीआईसीआई लोम्बार्ड जनरल इश्योरेन्स कंपनी लि. दिए गए किसी विवरण के पुनः सत्यापन के लिए जिम्मेदार नहीं होगी।
2. संबंधित प्रस्तावक(को)/पॉलिसी धारक के लिए आरटीजीएस/एनईएफटी सुविधा आईसीआईसीआई लोम्बार्ड जनरल इश्योरेन्स कंपनी लि. को मंडेट फॉर्म मिलने से 15 दिनों के अंदर प्रभावी होगी तथा/या ऐसी अवधि के अंदर जो कि आईसीआईसीआई लोम्बार्ड जनरल इश्योरेन्स कंपनी लिमिटेड द्वारा आरटीजीएस/एनईएफटी सुविधा को क्रियाशील करने के लिए उपयुक्त रूप से अपेक्षित हो.
3. प्रस्तावक/पॉलिसी धारक सहमत है कि आरटीजीएस/एनईएफटी सुविधा से संबंधित लागू विनियमों के परिवर्तन या अन्य किन्हीं कारणों से, जिसमें आईसीआईसीआई लोम्बार्ड जनरल इश्योरेन्स कंपनी का कोई दोष/अक्रियाशीलता/विफलता न हो या कोई ऐसा कारण जो कि आईसीआईसीआई लोम्बार्ड जनरल इश्योरेन्स कंपनी लिमिटेड के नियंत्रण से परे हो, प्रस्तावक/पॉलिसी धारक के अकाउंट नं. में भुगतान के क्रेडिट होने के दिन भुगतान न होने का जोखिम हो सकता है.
4. प्रस्तावक/पॉलिसी धारक सहमत है कि वो बिना किसी विलम्ब या आपत्ति के आईसीआईसीआई लोम्बार्ड जनरल इश्योरेन्स कंपनी और अभिकर्ताओं को क्षतिपूर्ति करेंगे तथा उपरोक्त खंडों में उल्लेख किए गए कारणों के साथ-साथ अन्य चीजों से प्रत्यक्ष या अप्रत्यक्ष रूप से आईसीआईसीआई लोम्बार्ड जनरल इश्योरेन्स कंपनी लि. को हो सकने वाले या वहन किए जाने वाले किसी या समस्त दावों, क्षतियों, हानियों, लागतों तथा खर्चों (एटॉर्नी की फीस सहित) के लिए आईसीआईसीआई लोम्बार्ड जनरल इश्योरेन्स कंपनी लि. तथा इसके अभिकर्ताओं को सदैव क्षतिपूर्ति एवं हानिरहित रखेंगे.
5. आईसीआईसीआई लोम्बार्ड जनरल इश्योरेन्स कंपनी लि., आरटीजीएस/एनईएफटी सुविधा के अंतर्गत अपनी किसी भी बाध्यता को पूरा करने के लिए उप-निविदा कर सकता है एवं अभिकर्ता नियुक्त कर सकता है. प्रस्तावक/पॉलिसी धारक आईसीआईसीआई लोम्बार्ड जनरल इश्योरेन्स कंपनी लि. को न्यूनतम 15 दिन की लिखित पूर्व सूचना देकर आरटीजीएस/एनईएफटी सुविधा के उपयोग को बंद या समाप्त कर सकता/सकती है. ऐसी समाप्ति की सूचना, आईसीआईसीआई लोम्बार्ड को केवल उसके कॉर्पोरेट पते पर ही दी जानी चाहिए और उसे आईसीआईसीआई लोम्बार्ड जीआईसी लि., आईसीआईसीआई लोम्बार्ड हाउस (ओल्ड टाटा प्रेस बिल्डिंग), 414, वीर सावरकर मार्ग, सिड्डी विनायक मंदिर के पास, प्रभादेवी, मुंबई - 400025 के पते पर होना चाहिए.
6. प्रस्तावक/पॉलिसी धारक द्वारा दी गई समाप्ति सूचना की प्राप्ति की एक पुष्टि, आईसीआईसीआई लोम्बार्ड जनरल इश्योरेन्स कंपनी लि. द्वारा एक पुष्टि करने वाले पत्र द्वारा मान्य होगी. किसी भी मामले में प्रस्तावक/पॉलिसी धारक अपनी समाप्ति सूचना को तब तक प्रभावी नहीं समझ सकता/सकती, जब तक आईसीआईसीआई लोम्बार्ड द्वारा प्रस्तावक/पॉलिसी धारक को पुष्टि उपलब्ध न करवा दी जाए, जिसमें प्रस्तावक/पॉलिसी धारक द्वारा ऐसे संचार की प्राप्ति की तिथि कथित हो.
7. प्रस्तावक/पॉलिसी धारक इसके लिए सहमत होता/होती है कि आरटीजीएस/एनईएफटी सुविधा के माध्यम से किया गया/किए गए लेनदेन पर आरटीजीएस/एनईएफटी शुल्क भारत हो सकते हैं, जो कि प्रस्तावक/पॉलिसी धारक के बैंक द्वारा लगाए जाएंगे, जो प्रस्तावक/पॉलिसी धारक द्वारा वहन किए जाएंगे.
8. आईसीआईसीआई लोम्बार्ड के पास यहां कथित नियमों एवं शर्तों में से किसी को भी, किसी भी समय संशोधित करने या उसमें पूरक जोड़ने का पूर्ण स्वविवेक है और उसके द्वारा, लागू होने वाले नियमों एवं शर्तों के लिए, जब भी सुविधाजनक होगा, ऐसे परिवर्तनों के लिए दस दिन की पूर्व सूचना देने का प्रयास किया जाएगा. नई सेवाओं का उपयोग करके, या ऐसी अवधि के पूर्ण होने पर, जो भी जल्दी हो, प्रस्तावक/पॉलिसी धारक को परिवर्तित नियम व शर्तें स्वीकार कर लिया जाना समझा जाएगा.
9. कागजातों या बैंक विवरण या किसी अन्य जानकारी का दिया जाना किसी भी रूप में, कंपनी द्वारा निहित या अभिव्यक्त रूप में दायित्व को स्वीकार किया जाना नहीं है.
10. इन नियमों एवं शर्तों के अंतर्गत सूचनाएं लिखित में, उन्हें हाथ से या ई-मेल से या आईसीआईसीआई लोम्बार्ड जनरल इश्योरेन्स कंपनी लि. वेबसाइट [www.icicilombard.com](http://www.icicilombard.com) पर देकर या प्रस्तावक/पॉलिसी धारक के अंतिम पते पर डाक से भेजकर दी जा सकती हैं.
11. ये नियम व शर्तें भारत के कानून द्वारा शासित होंगी और इन नियमों व शर्तों से उत्पन्न होने वाली किसी वैधानिक कार्यवाही या कानूनी कार्यवाहियां भारत में मुंबई के न्यायालयों या अधिकरणों में ही की जाएंगी.
12. मैं/हम आगे ऐसी किसी भी अतिरिक्त राशि को, चाहे आईसीआईसीआई लोम्बार्ड जनरल इश्योरेन्स कंपनी लि. द्वारा मांगी जाए या नहीं, जो किसी भी कारण से, किसी भी समय मेरे खाते में अतिरिक्त तौर पर जमा होती है, आईसीआईसीआई लोम्बार्ड की ओर से ऐसे जमा के ऐसे संचार की प्राप्ति होने या अतिरिक्त जमा की ऐसी सूचना किसी अन्य स्रोत से प्रस्तावक की जानकारी में आने के 7 दिनों के भीतर वापस करने का उत्तरदायित्व लेता/लेती हूँ/लेते हैं.
13. मैं/हम सहमत होता/होती हूँ कि मेरा/हमारा दावा भुगतान उस तिथि से जमा होगा, जिस पर आईसीआईसीआई लोम्बार्ड जनरल इश्योरेन्स कंपनी लि. को अपने बैंकों से पुष्टि प्राप्त होती है. यह सुविधा तब तक जारी रहेगी, जब तक यह किसी पक्ष द्वारा रद्द न हो जाए और आईसीआईसीआई लोम्बार्ड जनरल इश्योरेन्स कंपनी लि. द्वारा अपने बैंकों को कोई भी संबंधित जमा निर्देश जारी होना तब तक वैध रहेगा, जब तक कि ये निर्देश पूरे न हो जाएं, बगैर इस तथ्य को ध्यान में रखे, कि सूचना अवधि कालातीत हो चुकी है. बशर्तें ऐसा जमा अनुरोध आईसीआईसीआई लोम्बार्ड जनरल इश्योरेन्स कंपनी लि. द्वारा प्रस्तावक/पॉलिसी धारक की सूचना अवधि के कालातीत होने के पहले किया गया हो.

खाता धारक के हस्ताक्षर

**Mailing Address:** ICICI Lombard Healthcare, ICICI Bank Tower, Plot No. 12, Financial District, Nanakram Guda, Gachibowli, Hyderabad-500032

**Visit us at:** [www.icicilombard.com](http://www.icicilombard.com) • **E-Mail us at:** [ihealthcare@icicilombard.com](mailto:ihealthcare@icicilombard.com) • **Toll Free Number:** 1800 2666. • IRDA Registration No. 115



केवायसी की आवश्यकता केवल वैयक्तिक/खुदरा पॉलिसी धारकों के लिए है, यदि दावे की कुल राशि रु. 100,000 से अधिक है।

डी1. रोगी का नाम :   
(जिसके संबंध में दावा किया गया है)

डी2. पॉलिसी नंबर :

डी3. कार्ड क्रं./यूएचआईडी क्रं.:

डी4. समूह/कंपनी का नाम (समूह/कॉर्पोरेट पॉलिसी धारकों के लिए):

डी5. दावा संख्या (यदि आवंटित हो):  डी6. मोबाइल/संपर्क क्रं. :

डी7. आई.आर.डी.ए. द्वारा तय एएमएल दिशानिर्देशों के अनुसार निम्न के.वाई.सी.दस्तावेज प्रस्तुत करना अनिवार्य है-

- प्रस्तावक के दो पासपोर्ट साइज के फोटो (नीचे दिए गए स्थान पर चिपकाएं)
- प्रस्तावक के पहचान प्रमाण की एक फोटोकॉपी (नीचे दी गई सूची में से कोई एक)
- प्रस्तावक के आवास के प्रमाण की एक फोटोकॉपी (नीचे दी गई सूची में से कोई एक)

पहचान का प्रमाण (निम्नलिखित प्रलेखों में से कोई एक प्रलेख आवश्यक)	आवास का प्रमाण (निम्नलिखित प्रलेखों में से कोई एक प्रलेख आवश्यक)
<input type="checkbox"/> पासपोर्ट	<input type="checkbox"/> बिजली का बिल
<input type="checkbox"/> पेन कार्ड	<input type="checkbox"/> राशन कार्ड
<input type="checkbox"/> मतदाता परिचय पत्र	<input type="checkbox"/> मान्यता प्राप्त लोक प्राधिकारी का पत्र
<input type="checkbox"/> ड्राइविंग लायसेंस	<input type="checkbox"/> बैंक खाते का वर्तमान खाता विवरण, जिसमें स्थाई/वर्तमान निवास पते का विवरण हो (डाउनलोड किए अनुसार)
<input type="checkbox"/> प्रत्याशित पॉलिसी धारक की पहचान के लिए बीमाकर्ता के कर्मचारियों की व्यक्तिगत पहचान एवं प्रमाणन	<input type="checkbox"/> वर्तमान पासबुक, जिसमें स्थाई/वर्तमान निवास पते (पिछले महीने तक अद्यतन) के विवरण हों।
<input type="checkbox"/> यूनिक आइडेंटिफिकेशन अथॉरिटी ऑफ इंडिया द्वारा जारी पत्र, जिसमें नाम, पता और आधार नंबर हो।	<input type="checkbox"/> निवास के साक्ष्य के रूप में किराए की रसीद सहित वैध पट्टा अनुबंध, जो तीन महीने से अधिक पुराना न हो।
<input type="checkbox"/> नरेगा द्वारा जारी जॉब कार्ड, जिसे राज्य सरकार के किसी अधिकारी द्वारा उपयुक्त रूप से हस्ताक्षरित किया गया हो।	<input type="checkbox"/> किसी भी प्रकार के टेलीफोन कनेक्शन से संबंधित टेलीफोन बिल, जैसे मोबाइल, लैंडलाइन, वायरलेस आदि, बशर्ते वह बीमा निविदा की तिथि से छह माह से अधिक पुराना न हो।
<input type="checkbox"/> किसी मान्यताप्राप्त लोक प्राधिकारी (जैसा कि सूचना का अधिकार अधिनियम, 2005 के अनुच्छेद 2 (एच) के अंतर्गत परिभाषित है) या किसी सार्वजनिक सेवक (जैसा कि भ्रष्टाचार नियंत्रण अधिनियम, 1988 के अनुच्छेद 2 (सी) में परिभाषित है) का पत्र, जिसमें ग्राहक की पहचान एवं निवास को सत्यापित किया गया हो।	<input type="checkbox"/> निवास के साक्ष्य के रूप में नियोक्ता का प्रमाण-पत्र (उन नियोक्ताओं के प्रमाण-पत्र, जिनके पास भर्ती के लिए व्यवस्थित प्रणालिया हों, जिसके साथ इसके कर्मचारियों के अनिवार्य अभिलेखों का रखरखाव सामान्यतः विश्वसनीय हो)

### पहचान एवं निवास (दोनों) के प्रमाण

- पासपोर्ट
- पहचान एवं निवास के साक्ष्य के संबंध में उस बैंक से लिखित पुष्टि, जहां प्रत्याशी एक ग्राहक है।
- वर्तमान पासबुक जिसमें वर्तमान/स्थायी आवासीय पते का विवरण हो (पिछले माह तक अपडेटेड)
- बैंक खाते का वर्तमान स्टेटमेंट जिसमें वर्तमान/स्थायी आवासीय पते का विवरण हो (जैसा कि डाउनलोड किया गया हो)

### प्रस्तावक का फोटो लगाएं

प्रस्तावक का फोटो लगाएं	प्रस्तावक का फोटो लगाएं
-------------------------------	-------------------------------

दावाकर्ता के हस्ताक्षर