

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 कराएँ.
- ★ अपने दावे की स्थिति के बारे में अद्यतन जानकारी प्राप्त करने के लिए अपना मोबाइल नंबर और ई-मेल पता उपलब्ध कराएँ.
- ★ आप अपने दावे की स्थिति को हमारी वेबसाइट पर देख सकते हैं- www.icicilombard.com → Claims & wellness → IL Health care → Claims corner → Track your claims

सिर्फ स्पष्ट अक्षरों में भरा जाए

भाग - ए

ध्यान दें : ओपीडी के लिए दावा कर रहे प्रत्येक बीमित सदस्य को एक अलग दावा प्रपत्र भरने की आवश्यकता होती है.

- पॉलिसी धारक / प्रस्तावक का नाम:**
वर्तमान पॉलिसी क्रं.:
कार्ड क्रं. / यूएचआईडी :
- उपयुक्त रूप से चिह्नित करें : **व्यक्तिगत / खुदरा पॉलिसी** ☐ **सामूहिक / कॉर्पोरेट पॉलिसी** ☐ यदि कॉर्पोरेट है, तो कंपनी का नाम बताएँ :
कर्मचारी पहचान (आईडी) :
- बीमित व्यक्ति का विवरण, जिसके संबंध में दावा किया गया है : (रोगी का विवरण)**
बीमित का नाम:
पॉलिसी धारक के साथ संबंध : वर्तमान पूर्ण आयु (वर्षों में) : लिंग : पुरुष ☐ महिला ☐
व्यवसाय : सेवा ☐ स्वरोजगार ☐ गृहिणी ☐ छात्र ☐ सेवानिवृत्त ☐ अन्य ☐ (स्पष्ट करें)
वर्तमान निवास का पता :
शहर: राज्य:
पिनकोड: मोबाइल नं.: लैंडलाइन नं.:
ई-मेल:
- प्राप्त रोग/बीमारी या चोटकी प्रकृति जिसकी वजह से,**
बीमित व्यक्ति को अस्पताल में भर्ती किया गया (डायग्नोसिस) :
- उपचार के शुरू होने की तिथि :** / /
- उपचार करने वाले चिकित्सक का नाम और संपर्क विवरण प्रदान करें :**

7. दावा की गई राशि का विवरण

बिल की मदें (लागू अनुसार)	बिल क्रमांक	बिल दिनांक	बिल संलग्न	राशि (₹ में)
परामर्शदाता चिकित्सक का शुल्क				
फॉर्मसी / दवाइयों का शुल्क				
जाँच शुल्क				
अन्य (कृपया स्पष्ट करें)				
कुल दावा राशि (₹ में) (कुल दावा राशि संलग्न बिल प्रलेखों में दर्शाई राशि के बराबर होना चाहिए)				

भाग - बी

उपरोक्त दावे के समर्थन में, मैं निम्नलिखित प्रलेखों को संलग्न करता हूँ {कृपया () से चिह्नित करें}

☐ दवाइयों आदि के लिए मूल बिल / रसीदें / कैश मेमो (इस पर तिथि के साथ रोगी का नाम उल्लेखित होना चाहिए)

☐ उपरोक्त के समर्थन में सर्वाधिक ताजा चिकित्सा पर्ची / परामर्श पत्र.

☐ उपचार करने वाले चिकित्सक / ऐसी जाँच परीक्षण की सलाह देने वाले शल्य चिकित्सक की टिप्पणी द्वारा समर्थित किसी पैथालॉजिकल लैब की मूल रसीदें और जाँच रिपोर्टें

☐ देखने वाले चिकित्सक / परामर्शदाता / विशेषज्ञ का बिल और रसीद और डायग्नोसिस, जो भी नियत किया गया है और इसके फलस्वरूप चिकित्सक के पंजीकरण क्रमांक (अनिवार्य) के साथ हुए खर्चों से संबंधित प्रमाण-पत्र

अनिवार्य*: 1) ☐ आयु का साक्ष्य (डाइविंग लाइसेंस / पेन कार्ड / पासपोर्ट / आधार प्रति)* 2) ☐ भाग - सी (ईएफटी/आरटीजीएस / एनईएफटी के लिए)*

घोषणा

मैं एतद् द्वारा सहमत हूँ, पुष्टि करता / करती हूँ और घोषणा करता / करती हूँ कि :

- इस दावा प्रपत्र में मेरे / हमारे द्वारा दिया गया विवरण / दी गई जानकारी / कही बात सत्य, सही और पूर्ण है.
- कोई भी महत्वपूर्ण जानकारी, जो दावे के प्रसंस्करण के लिए प्रासंगिक है या जो किसी भी तरह दावे को प्रभावित करती हो, उसे रोका नहीं गया है या अप्रकट नहीं किया गया है.
- यदि मैंने कोई गलत या छलकपटपूर्ण कथन किया हो / बात कही हो या किसी भी महत्वपूर्ण जानकारी को दबाया या छिपाया हो या मैं किसी भी तरह बताने में चूक गया / गई हो तो पॉलिसी शून्य हो जाएगी और यह कि मैं इसके अंतर्गत किसी भी या सभी पुराने, वर्तमान या भविष्य में दावों के संबंध में सभी / कोई अधिकार पाने का हकदार नहीं रहूँगा / रहूँगी.
- उपर्युक्त संदर्भित पॉलिसी प्रमाण-पत्र के तहत बाह्यरोगी उपचार बीमा-सुरक्षा (लाभ बी) के अंतर्गत मैंने कोई भी दावा प्रस्तुत नहीं किया है और भविष्य में कोई भी अन्य बाह्य रोगी उपचार सुरक्षा दावा प्रस्तुत नहीं करूँगा / करूँगी.
- इस दावा प्रपत्र / अन्य समर्थक / संबंधित प्रलेखों की रसीद, कंपनी द्वारा किसी करार का गठन नहीं करती और कंपनी के पास दावे के संबंध में आगे / अतिरिक्त जानकारी माँगने या उस पर कार्यवाही करने या निरस्त करने का अधिकार सुरक्षित है.
- मैं सहमति देने के साथ ही किसी भी अस्पताल / चिकित्सीय पेशेवर, जिसने किसी समय बीमित व्यक्ति का निरीक्षण किया हो, उससे चिकित्सीय जानकारी प्राप्त करने के लिए आईसीआईसीआई लोम्बार्ड हेल्थ केयर को अधिकृत करता / करती हूँ.
- मैं इस बात की पुष्टि करता / करती हूँ कि उस खर्च के लिए जिसके लिए दावा किया गया है, वह बीमित के संबंध में किया गया है.

स्थान :

दिनांक : / /

दावेदार / प्रस्तावक के हस्ताक्षर

For Claim Form in English, please visit our website: 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

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

दावा विवरण

रोगी का नाम :
 (जिसके संबंध में दावा किया गया है)
 पॉलिसी नं. :
 कार्ड नं./यूएचआईडी नं. :
 समूह/कंपनी का नाम (समूह/कॉर्पोरेट पॉलिसी धारकों के लिए) :
 दावा संख्या (यदि आवंटित हो) मोबाइल/संपर्क नं. :

आईआरडीए परिपत्र सं. 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

- प्रस्तावक/पॉलिसी धारक द्वारा मेंडेटेड फॉर्म में दिए गए विवरणों को अंतिम माना जाएगा तथा आईसीआईआईसीआई लोम्बार्ड जनरल इंश्योरेंस कंपनी लि. दिए गए किसी विवरण के पुनः सत्यापन के लिए जिम्मेदार नहीं होगी।
- संबंधित प्रस्तावक(कों)/पॉलिसी धारक के लिए आरटीजीएस/एनईएफटी सुविधा आईसीआईआईसीआई लोम्बार्ड जनरल इंश्योरेंस कंपनी लि. को मेंडेटेड फॉर्म मिलने से 15 दिनों के अंदर प्रभावी होगी तथा/या ऐसी अवधि के अंदर जो कि आईसीआईआईसीआई लोम्बार्ड जनरल इंश्योरेंस कंपनी लिमिटेड द्वारा आरटीजीएस/एनईएफटी सुविधा को क्रियाशील करने के लिए उपयुक्त रूप से अपेक्षित हो.
- प्रस्तावक/पॉलिसी धारक सहमत है कि आरटीजीएस/एनईएफटी सुविधा से संबंधित लागू विनियमों के परिवर्तन या अन्य किन्हीं कारणों से, जिसमें आईसीआईआईसीआई लोम्बार्ड जनरल इंश्योरेंस कंपनी का कोई दोष/अक्रियाशीलता/विफलता न हो या कोई ऐसा कारण जो कि आईसीआईआईसीआई लोम्बार्ड जनरल इंश्योरेंस 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.
- प्रस्तावक/पॉलिसी धारक सहमत है कि वो बिना किसी विलम्ब या आपत्ति के आईसीआईआईसीआई लोम्बार्ड जनरल इंश्योरेंस 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 आईसीआईआईसीआई लोम्बार्ड जनरल इंश्योरेंस 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 आईसीआईआईसीआई लोम्बार्ड जनरल इंश्योरेंस कंपनी लि. तथा इसके अभिकर्ताओं को सदैव क्षतिपूर्ति एवं हानिरहित रखेंगे.
- आईसीआईआईसीआई लोम्बार्ड जनरल इंश्योरेंस 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 आईसीआईआईसीआई लोम्बार्ड जनरल इंश्योरेंस 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, आईसीआईआईसीआई लोम्बार्ड को केवल उसके कॉर्पोरेट पते पर ही दी जानी चाहिए और उसे आईसीआईआईसीआई लोम्बार्ड जीआईसी लि., आईसीआईआईसीआई लोम्बार्ड हाउस (ओल्ड टाटा प्रेस बिल्डिंग), 414, वीर सावरकर मार्ग, सिद्धि विनायक मंदिर के पास, प्रभादेवी, मुंबई - 400025 के पते पर होना चाहिए.
- प्रस्तावक/पॉलिसी धारक द्वारा दी गई समाप्ति सूचना की प्राप्ति की एक पुष्टि, आईसीआईआईसीआई लोम्बार्ड जनरल इंश्योरेंस 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 आईसीआईआईसीआई 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.
- 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 भारित हो सकते हैं, जो कि प्रस्तावक/पॉलिसी धारक के बैंक द्वारा लगाए जाएंगे, जो प्रस्तावक/पॉलिसी धारक द्वारा वहन किए जाएंगे.
- आईसीआईआईसीआई 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.
- 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.
- इन नियमों एवं शर्तों के अंतर्गत सूचनाएं लिखित में, उन्हें हाथ से या ई-मेल से या आईसीआईआईसीआई लोम्बार्ड जनरल इंश्योरेंस कंपनी लि. वेबसाइट www.icicilombard.com पर देकर या प्रस्तावक/पॉलिसी धारक के अंतिम पते पर डाक से भेजकर दी जा सकती हैं.
- 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.
- मैं/हम आगे ऐसी किसी भी अतिरिक्त राशि को, चाहे आईसीआईआईसीआई लोम्बार्ड जनरल इंश्योरेंस कंपनी लि. द्वारा मांगी जाए या नहीं, जो किसी भी कारण से, किसी भी समय मेरे खाते में अतिरिक्त तौर पर जमा होती है, आईसीआईआईसीआई 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.
- मैं/हम सहमत होता/होती हूँ कि मेरा/हमारा दावा भुगतान उस तिथि से जमा होगा, जिस पर आईसीआईआईसीआई लोम्बार्ड जनरल इंश्योरेंस 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 आईसीआईआईसीआई लोम्बार्ड जनरल इंश्योरेंस 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, बशर्ते ऐसा जमा अनुरोध आईसीआईआईसीआई लोम्बार्ड जनरल इंश्योरेंस कंपनी लि. द्वारा प्रस्तावक/पॉलिसी धारक की सूचना अवधि के कालातीत होने के पहले किया गया हो.

खाता धारक के हस्ताक्षर