

आईसीआईसीआई लोम्बार्ड स्वास्थ्य देखभाल दावा प्रपत्र - अस्पताल में भर्ती होना

(इस प्रपत्र को जारी करने के दायित्व को स्वीकार्यता के रूप में नहीं लेना चाहिए)

क्या आप जानते हैं

- ★ वास्तविक बिलों एवं रसीदों को जमा नहीं करना, दावे के निपटान में विलंब का सबसे बड़ा कारण है. कृपया वास्तविक प्रतियां उपलब्ध करवाएं.
- ★ आप अपना भुगतान 5 दिन जल्दी प्राप्त कर सकते हैं : सीधे निधि अंतरण के लिए अपने बैंक विवरण उपलब्ध करवाएं (देखें भाग - सी)
- ★ आपको अपने दावे की स्थिति पर अद्यतन जानकारी प्राप्त होगी : अपना मोबाइल नं. एवं ई-मेल पता उपलब्ध करवाएं.
- ★ आप अपने दावे की स्थिति की जांच यहां कर सकते हैं: www.icicilombard.com/track-your-claim-status.html

भाग-अ (बीमित व्यक्ति द्वारा भरा जाए)

स्पष्ट अक्षरों में भरा जाए

1. दावे का प्रकार : मुख्यतः अस्पताल में भर्ती होने संबंधी व्यय अस्पताल में भर्ती होने के पहले व बाद के व्यय कैशलेस प्राप्त की गई : हां नहीं

2. पॉलिसी धारक/प्रस्तावक का नाम :
वर्तमान पॉलिसी संख्या :
कार्ड संख्या/यूएचआईडी:

3. ग्रुप/कॉर्पोरेट पॉलिसी के लिए रीटेल/खुदरा पॉलिसी के लिए (*अनिवार्य)

सदस्य पहचान (आईडी) संख्या/कर्मचारी पहचान (आईडी):
ग्रुप/कंपनी का नाम :

*दावा सूचना सर्विस रिक्वेस्ट सं.
क्या ये नवीनीकरण पॉलिसी है : हां नहीं
यदि हां, तो कृपया अपनी पिछली पॉलिसी संख्या लिखें :

4. बीमित व्यक्ति के विवरण, जिसके संबंध में दावा किया गया है :

बीमित व्यक्ति के हस्ताक्षर :
पॉलिसी धारक से संबंध : जन्मतिथि :

वर्तमान पूर्ण की गई आयु (वर्ष में) : लिंग : पु. म. वर्तमान निवास का पता :

शहर :
राज्य : पिनकोड :

मोबाइल नं. : लैंडलाइन नं. :
ई-मेल :

5. जो रोग/बीमारी हुई है या जो चोट लगी है, उसकी प्रकृति, जिसके लिए बीमित व्यक्ति अस्पताल में भर्ती हुआ था/हुई थी (डायग्नोसिस) :

भर्ती होने की तिथि : डिस्चार्ज तिथि :

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

6. क्या आपने किसी अन्य बीमा कंपनी के पास इस विशेष भर्ती तिथि/संलग्न बिलों के प्रति कोई दावा दाखिल किया है : Y N

अगर हां, तो बीमा कंपनी एवं टीपीए का नाम उपलब्ध करवाएं :
 चुकाई गई राशि (₹) :

बिल की मदें (लागू अनुसार)	बिल नंबर	बिल दिनांक	संलग्न बिल	राशि (₹ में)
कमरे का किराया		<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	
चिकित्सक के परामर्श/विजिट शुल्क		<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	
जांच शुल्क (रेडियोलॉजी एवं पैथोलॉजी रिपोर्ट सहित)		<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	
शल्य चिकित्सक एवं सहायक शल्य चिकित्सक शुल्क		<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	
एनेस्थेतिस्ट शुल्क एवं शल्य चिकित्सा कक्ष शुल्क		<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	
उपकरण शुल्क/प्रक्रिया शुल्क		<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	
रोपित वस्तु (इम्प्लांट) शुल्क (यदि कोई हो)		<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	
दवा शुल्क (वार्ड एवं ओटी दवाओं व उपभोग्य वस्तुओं सहित)		<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	
कर/अधिभार/सेवा शुल्क		<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	
विविध/अन्य शुल्क		<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	
अस्पताल में भर्ती होने के पहले के बिल (यदि कोई हो)		<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	
अस्पताल से छुट्टी होने के बाद के बिल (यदि कोई हो)		<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	

दावा की गई कुल राशि (₹. में) (दावा की गई कुल राशि, संलग्न बिल प्रलेखों की राशि के बराबर होनी चाहिए)

महत्वपूर्ण सूचना: कृपया ऑनलाइन ट्रांसफर के लिए पार्ट सी (ईएफटी फॉर्म) भरें. पार्ट सी नहीं भरने पर भुगतान चेक के माध्यम से प्रोसेस होगा.

For Claim form in English, Please visit our Website: www.icicilombard.com

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

प्रलेख(खों) का प्रकार - *अनिवार्य	हां	नहीं	प्रलेख(खों) का प्रकार - लागू अनुसार	हां	नहीं
1. उपयुक्त रूप से भरा हुआ दावा प्रपत्र*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8. आईसीआईसीआई लोम्बार्ड जीआईसी अनुमोदन पत्र	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. डिस्चार्ज समरी / छुट्टी पर संक्षिप्त विवरण*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9. रोपित वस्तु (इम्प्लांट) का नाम एवं इन्वॉइस (यदि कोई हो), रोपित वस्तु (इम्प्लांट) के स्टिकर सहित	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. अस्पताल के बिल, अस्पताल का अंतिम बिल एवं अन्य बिल (यदि कोई हो)*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10. इनडोर केस पेपर/प्रिस्क्रिप्शन पेपर/कंसल्टेशन 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"/>	11. भाग-सी (यदि भुगतान आरटीजीएस/एनईएफटी के माध्यम से है)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. जांच की रिपोर्ट *(फिल्मों की आवश्यकता नहीं)*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12. अन्य	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. चिकित्सक के पर्चे के साथ दवा/फार्मसी बिल*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13. भाग - डी (अगर कुल दावा राशि ₹1लाख से अधिक है, तो केवायसी प्रलेख की आवश्यकता होगी).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. आयु का प्रमाण (प्रस्तावक का ड्राइवर लाइसेंस/पेन कार्ड की फोटोकॉपी/पासपोर्ट की प्रति/स्कूल लीविंग सर्टि.)*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

कृपया सभी प्रलेख उपरोक्त क्रम संख्या में संलग्न करें. फिल्मों का मतलब है एक्स-रे फिल्म, सीटी स्कैन फिल्म, एमआरआई स्कैन फिल्म, आदि.

भाग-बी

अस्पताल/नर्सिंग होम के विवरण, जहां उपचार लिया गया था.

अस्पताल/नर्सिंग होम का नाम :

पता :

शहर :

राज्य :

पिनकोड :

टेलीफोन नं./मोबाइल नं. :

देखभाल करने वाले चिकित्सकीय अध्यक्ष/चिकित्सक/उपचारकर्ता मेडिकल प्रेक्टिसनर/डॉक्टर/फिजिशियन या सर्जन का विवरण

नाम :

शैक्षणिक योग्यता एवं पंजीकरण सं. :

टेलीफोन नं./मोबाइल नं.अस्पताल की पंजीकरण संख्या

(अस्पताल की रबर की मुहर)

(केवल उपचारकर्ता चिकित्सक/अस्पताल द्वारा भरा जाए)

यह अनुच्छेद केवल तभी अनिवार्य है, जब आपकी स्वास्थ्य पॉलिसी आपके नियोक्ता द्वारा उपलब्ध नहीं करवाई गई थी.

अ) डायग्नोसिस

ब) प्रथम परामर्श की तिथि (अस्पताल में भर्ती होने के पहले)

स) किन शिकायतों के लिए मरीज को भर्ती किया गया था

द) मरीज का पिछला चिकित्सकीय अतीत, बीमारी की अवधि सहित

ए) क्या मरीज भर्ती करते समय शराब के प्रभाव में था/थी

फ) क्या वर्तमान उपचार बीमारी, पहले से मौजूद बीमारी की जटिलता है?

(i) अगर हां, तो कृपया बीमारी (या) पहले हुई किसी शल्य चिकित्सा की जटिलता बताएं.

(ii) अगर हां, तो इसका विवरण बताएं.

ग) क्या रोग/विकार जन्मजात प्रकृति का है?

ह) वर्तमान बीमारी के लिए दिए गए उपचार/की गई शल्य चिकित्सा की प्रकृति

इ) अस्पताल में आंतरिक-रोगी बिस्तरों की संख्या (आईसीयू सहित)

अस्पताल की पंजीकरण संख्या

(अस्पताल की रबर की मुहर)

दिनांक:

चिकित्सक की मुहर एवं नाम

पॉलिसी के नियम व शर्तों के अनुसार, कंपनी डायग्नोसिस के सत्यापन के लिए उसके द्वारा नियुक्त किसी चिकित्सक से बीमित व्यक्ति का परीक्षण करवाने का अपना अधिकार सुरक्षित रखती है.

घोषणा

मैं एतद् द्वारा सहमत होता/होती हूँ/पुष्टि करता/करती हूँ एवं घोषणा करता/करती हूँ कि

अ) इस दावा प्रपत्र में मेरे/हमारे द्वारा दिए गए/कथित वक्तव्य/सूचना सत्य, सही एवं संपूर्ण हैं.

ब) ऐसी कोई भी महत्वपूर्ण सूचना, जो दावे को संसाधित करने से संबंधित है और जिसका किसी भी तरह से दावे पर कोई प्रभाव हो, नहीं है, जिसे दबाकर रखा गया हो या प्रकट नहीं किया गया हो.

स) यदि मैंने कोई झूठे या धोखाधड़ी वाले वक्तव्य/सूचनाएं दी/की हैं, या किसी महत्वपूर्ण सूचना को दबाया या अग्रकट रखा है या उसे प्रकट करने में किसी भी तरह से असफल रहा/रही हूँ, तो यह पॉलिसी अमान्य हो जाएगी और मैं भूतकाल, वर्तमान या भविष्य में किसी भी या सभी दावों के संबंध में उनके अंतर्गत वसूली करने के अपने कोई/सभी अधिकारों के लिए पात्र नहीं रहूंगा/रहूंगी.

द) इस दावा प्रपत्र/अन्य सहायक/संबंधित प्रलेखों की रसीद से कंपनी द्वारा दावे का कोई अनुबंध नहीं बनता या उसे बनना नहीं समझना चाहिए और कंपनी उसे संसाधित या निरस्त करने या दावे के संबंध में आगामी/अतिरिक्त सूचना की मांग करने का अधिकार सुरक्षित रखती है.

ए) मैं एतद् द्वारा ऐसे किसी भी अस्पताल/चिकित्सकीय अध्यक्ष/चिकित्सक, जिसने कभी भी बीमित व्यक्ति की देखभाल की है, से कोई चिकित्सकीय सूचना मांगने के लिए आईसीआईसीआई लोम्बार्ड हेल्थ केयर को अनुमति देता/देती हूँ और इसके लिए सहमत होता/होती हूँ.

मैं/हम एतद् द्वारा यह घोषित करते हैं कि इस दावा प्रपत्र में बीमाकृत व्यक्ति द्वारा दिए गए विवरण, मेरी सर्वोत्तम जानकारी और विश्वास में सत्य हैं.

स्थान :

दिनांक:

दावाकर्ता के नाम

For Claim form in English, Please visit our Website: www.icicilombard.com

दावे के प्रपत्रों को यहां भेजा जाना चाहिए : आईसीआईसीआई लोम्बार्ड हेल्थकेयर, आईसीआईसीआई बैंक टॉवर, प्लॉट नं. 12, फ्रायनेन्शियल डिस्ट्रिक्ट, नानकराम गुडा, गाचीबाउली, हैदराबाद-500032

भाग - सी (प्रत्यक्ष निधि अंतरण/ईएफटी के लिए)

अ) क्या आप भुगतान के प्रकार के रूप में इलेक्ट्रॉनिक फंड ट्रांसफर का विकल्प चुनना चाहेंगे ?

अ) हां

ब) नहीं

ब) अगर हां, तो कृपया निम्नलिखित विवरण उपलब्ध करवाएं :

- प्रस्तावक का नाम (बैंक रिकॉर्ड के अनुसार)
- प्रस्तावक की खाता संख्या
- बैंक का नाम
- शाखा का नाम
- बैंक का पता
- बैंक की आईएफएससी कोड संख्या
- प्रस्तावक का पर्मनेन्ट अकाउंट नंबर (पेन)

कृपया प्रस्तावक द्वारा हस्ताक्षरित ओरिजनल बैंक कैन्सल्ड चेक संलग्न करें.

मेन्डेटरी

*प्रस्तावक वह व्यक्ति है जिसने पॉलिसी के लिए प्रीमियम का भुगतान किया है. *कृपया सभी विवरण दर्ज कर लें एवं उपरोक्त प्रलेख (1 एवं 2) केवल प्रस्तावक के होने चाहिए.

आरटीजीएस/एनईएफटी के माध्यम से भुगतान के लिए नियम व शर्तें

1. मेन्डेट फॉर्म में ग्राहकों द्वारा उपलब्ध करवाए गए विवरण निर्णायक समझे जाएंगे एवं आईसीआईसीआई लोम्बार्ड जनरल इश्योरेन्स कंपनी लि. यहां उपलब्ध करवाए गए किसी भी विवरण के पुनः सत्यापन के लिए उत्तरदायी नहीं होगी.
2. आरटीजीएस/एनईएफटी सुविधा, आईसीआईसीआई लोम्बार्ड जनरल इश्योरेन्स कंपनी लि. द्वारा मेन्डेट फॉर्म की प्राप्ति के 15 दिनों के भीतर संबंधित ग्राहकों के लिए प्रभावी होगी और/या उस अवधि के भीतर, जैसा कि आरटीजीएस/एनईएफटी सुविधा को सक्रिय करने के लिए आईसीआईसीआई लोम्बार्ड जनरल इश्योरेन्स कंपनी लि. द्वारा उपयुक्त रूप से आवश्यक समझा जाए.
3. ग्राहक इस बात के लिए सहमत होता/होती है कि आरटीजीएस/एनईएफटी सुविधा के अंतर्गत, आरटीजीएस/एनईएफटी सुविधा से संबंधित लागू नियमों में परिवर्तन होने के कारण या अन्य किसी कारण से, आईसीआईसीआई लोम्बार्ड जनरल इश्योरेन्स कंपनी लि. की ओर से किसी चूक/निष्क्रियता/असफलता के बगैर, या आईसीआईसीआई लोम्बार्ड जनरल इश्योरेन्स कंपनी लिमिटेड के बाहर किसी घटक के कारण भुगतानों के जमा की तिथि पर ग्राहक के खाते में भुगतान न होने का जोखिम हो सकता है.
4. ग्राहक ऐसे किसी भी या सभी दावों, क्षतियों, नुकसानों, लागतों एवं व्ययों (अधिवक्ता के शुल्क सहित) के प्रति और उनसे सदैव आईसीआईसीआई लोम्बार्ड जनरल इश्योरेन्स कंपनी लि. और उसके अभिकर्ताओं को बगैर विलंब या अवरोध के सुरक्षित रखने एवं आईसीआईसीआई लोम्बार्ड जनरल इश्योरेन्स कंपनी लि. और उसके अभिकर्ताओं को हानिरहित रखने के लिए सहमत होता/होती है, जिनसे अन्य चीजों के बीच, उपरोक्त अनुच्छेदों में कथित उल्लेखित कारणों में से किसी से भी, उनसे उत्पन्न या उनके संबंध में, प्रत्यक्ष या अप्रत्यक्ष रूप से आईसीआईसीआई लोम्बार्ड जनरल इश्योरेन्स कंपनी लि. पीड़ित हो सकता है या उससे हो सकते हैं.
5. आईसीआईसीआई लोम्बार्ड जनरल इश्योरेन्स कंपनी लि., आरटीजीएस/एनईएफटी सुविधा के अंतर्गत अपनी किसी भी बाधता को पूरा करने के लिए उप-निविदा कर सकता है एवं अभिकर्ता नियुक्त कर सकता है. ग्राहक 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. आईसीआईसीआई लोम्बार्ड के लिए सूचना की तिथि, आईसीआईसीआई लोम्बार्ड द्वारा ऐसी सूचना प्राप्त करने की तिथि होगी. 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, सिद्धि विनायक मंदिर के पास, प्रभादेवी, मुंबई - 400025 के पते पर होना चाहिए.
6. ग्राहक 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 ग्राहक अपनी समाप्ति सूचना को तब तक प्रभावी नहीं समझ सकता/सकती, जब तक आईसीआईसीआई लोम्बार्ड द्वारा ग्राहक को पुष्टि उपलब्ध न करवा दी जाए, जिसमें ग्राहक द्वारा ऐसे संवाद की प्राप्ति की तिथि कथित हो.
7. ग्राहक 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 ग्राहक के बैंक द्वारा लगाए जाएंगे, जो ग्राहक 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, ग्राहक 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 दायिता 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 पर देकर या ग्राहक 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 संवाद की प्राप्ति होने या अतिरिक्त जमा की ऐसी सूचना किसी अन्य स्रोत से ग्राहक की जानकारी में आने के 7 दिनों के भीतर वापस करने का उत्तरदायित्व लेता हूँ/लेते हैं.
13. मैं/हम सहमत होता हूँ/होते हैं 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 ग्राहक की सूचना अवधि के कालातीत होने के पहले किया गया हो.

खाता धारक का नाम

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

Toll Free Number: 1800 2666 • Toll Free Fax Number: 1800-209-8880

Corporate Office : ICICI Lombard House, 414, Veer Savarkar Marg, Near Siddhi Vinayak Temple, Prabhadevi, Mumbai 400 025.

Visit us at : www.icicilombard.com • E-Mail us at : ihealthcare@icicilombard.com

▲ आपके दावा संबंधी विवरण बस एक एसएमएस की दूरी पर हैं -

- नकद-मुक्त पृछताछ के लिए : एसएमएस में टाइप करें "ILHC AL <12-अंकों का एएल नं.>" और भेज दें 575758 पर.
- दावे की पृछताछ के लिए : एसएमएस में टाइप करें "ILHC CL <12-अंकों का सीएल नं.>" और भेज दें 575758 पर.
- भुगतान के विवरणों के लिए : एसएमएस में टाइप करें "ILHC PAY <12-अंकों का दावा नं.>" और भेज दें 575758 पर.

(एएल नं. एवं सीएल नं. वह है, जो आपको हमें सूचना देने के पश्चात आपके मोबाइल नं. पर प्राप्त हुआ है)

▲ कृपया अपने दावे की स्थिति की जाँच यहाँ करें : www.icicilombard.com/track-your-claim-status.html

भाग - डी (नो योर कस्टमर / अपने ग्राहक को जानिए) केवायसी

कृपया यह ध्यान रखें कि रीटेल/खुदरा पॉलिसी धारकों के लिए: आईआरडीए द्वारा निर्धारित एएमएल दिशा-निर्देशों के अनुसार, कुल दावा राशि ₹ 1 लाख से अधिक है, तो उपरोक्त प्रलेख अनिवार्य है:

- प्रस्तावक/बीमित के दो पासपोर्ट आकार के फोटो
- पहचान के साक्ष्य (निम्नलिखित सूची में से कोई 1) की एक फोटोकॉपी
- निवास के साक्ष्य (निम्नलिखित सूची में से कोई 1) की फोटोकॉपी

पहचान का साक्ष्य (निम्नलिखित प्रलेखों में से कोई एक आवश्यक है)	निवास का साक्ष्य (निम्नलिखित प्रलेखों में से कोई एक आवश्यक है)
<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"/> मान्यताप्राप्त 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 (डाउनलोडेड के रूप में)
<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"/> एनआरईजीए द्वारा जारी पत्र, जिस पर राज्य सरकार के किसी अधिकारी द्वारा उपयुक्त रूप से हस्ताक्षर किए गए हों.	<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 साक्ष्य

- पासपोर्ट
- पहचान एवं निवास के साक्ष्य के संबंध में उस बैंक से लिखित पुष्टि, जहां प्रत्याशी एक ग्राहक है.

सूचना

केवायसी, "नो योर कस्टमर" का एक संक्षिप्त रूप है, जो कि एक ऐसा शब्द है, जिसका उपयोग आईआरडीए द्वारा तय एएमएल दिशा-निर्देशों के अनुसार ग्राहक पहचान प्रक्रिया के लिए किया जाता है. इसमें खातों के हितकारी स्वामित्व एवं सत्य पहचान, निधियों के स्रोत, ग्राहक के व्यवसाय की प्रकृति, ग्राहक के व्यवसाय के संबंध में खाते में परिचालनों की उपयुक्तता आदि निर्धारित करने हेतु उपयुक्त प्रयास करना संबद्ध है, जिससे वित्तीय संस्थानों को उनके जोखिमों को समझदारी से प्रबंधित करने में मदद मिलती है. केवायसी दिशा-निर्देशों का उद्देश्य काले धन के लिए अपराधिक तत्वों द्वारा जान-बुझकर या बगैर जान-बुझ कर वित्तीय संस्थानों के दुरुपयोग को रोकना है.

केवायसी बीमा के ग्राहकों के लिए ग्राहक पहचान हेतु लागू है, जिसका अर्थ है ग्राहक को पहचानना एवं उसकी पहचान को विश्वसनीय, स्वतंत्र स्रोत प्रलेखों, डेटा या सूचना के उपयोग द्वारा सत्यापित करना. केवायसी के दो घटक हैं- पहचान एवं पता. पहचान वही रहते हुए भी पता बदल सकता है. इसलिए बैंकों को समय-समय पर उनके अभिलेखों को अद्यतन करने की आवश्यकता होती है.

▲ आपके दावा संबंधी विवरण बस एक एसएमएस की दूरी पर हैं -

- नकद-मुक्त पृछताछ के लिए : एसएमएस में टाइप करें "ILHC AL <12-अंकों का एएल नं.>" और भेज दें 575758 पर.
- दावे की पृछताछ के लिए : एसएमएस में टाइप करें "ILHC CL <12-अंकों का सीएल नं.>" और भेज दें 575758 पर.
- भुगतान के विवरणों के लिए : एसएमएस में टाइप करें "ILHC PAY <12-अंकों का दावा नं.>" और भेज दें 575758 पर.
(एएल नं. एवं सीएल नं. वह है, जो आपको हमें सूचना देने के पश्चात आपके मोबाइल नं. पर प्राप्त हुआ है)

▲ कृपया अपने दावे की स्थिति की जाँच यहाँ करें : www.icicilombard.com/track-your-claim-status.html