

आईसीआईसीआई लोम्बार्ड हेल्थ केयर क्लेम फॉर्म - बाह्य रोगी विभाग

(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 - स)
- ★ 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 - ए

स्पष्ट अक्षरों में भरा जाए

1. पॉलिसी धारक/प्रस्तावक का नाम :

वर्तमान पॉलिसी संख्या :

कार्ड संख्या/यूएचआईडी:

2. उपयुक्त रूप से निशान लगाएं : समूह/कॉर्पोरेट पॉलिसी वैयक्तिक/खुदरा पॉलिसी

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

बीमित व्यक्ति का नाम :

पॉलिसी धारक से संबंध : वर्तमान पूर्ण की गई आयु (वर्ष में) : लिंग : पु. म.

वर्तमान निवास का पता :

शहर : राज्य :

पिनकोड : मोबाइल नं. : लैंडलाइन नं. :

ई-मेल :

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

5. उपचार के शुरू होने की तिथि :

6. उपचार करने वाले चिकित्सक का नाम एवं संपर्क विवरण उपलब्ध करवाएं :

7. दावे की राशि के विवरण

बिल की मदें (लागू अनुसार)	बिल नंबर	बिल दिनांक	संलग्न बिल	राशि (रु. में)
परामर्शदाता चिकित्सक के शुल्क		D D M M Y Y	<input type="text"/> <input type="text"/>	
औषधि/दवाई के शुल्क		D D M M Y Y	<input type="text"/> <input type="text"/>	
जांच के शुल्क		D D M M Y Y	<input type="text"/> <input type="text"/>	
अन्य (गुर्दा विशिष्ट)		D D M M Y Y	<input type="text"/> <input type="text"/>	
कुल दावा राशि (रु. में) (दावा की गई कुल राशि, संलग्न बिल प्रलेखों की राशि के बराबर होनी चाहिए)				

भाग - बी

उपरोक्त दावे के समर्थन में मैंने निम्नांकित प्रलेख संलग्न किए हैं {कृपया (✓) का निशान लगाकर संकेत दें}

- दवाईयों आदि के लिए बिलों/रसीदों/केश मेमो की वास्तविक प्रति (इन पर दिनांक के साथ मरीज का नाम अंकित होना चाहिए.)
- उपरोक्त के समर्थन में सबसे ताज़ा मेडिकल प्रिस्क्रिप्शन / चिकित्सकीय पर्चा.
- किसी पैथोलॉजिकल लैब के अन्वेषण जांच प्रतिवेदनों एवं रसीदों की वास्तविक प्रतियां, जिनके साथ ऐसी अन्वेषण जांचों की सलाह देने वाले उपचारकर्ता चिकित्सक/शल्यचिकित्सक की टिप्पणी हो.
- देखभाल करने वाले चिकित्सकों/परामर्शदाताओं/विशेषज्ञों के बिल एवं रसीदें और प्रमाण-पत्र जो डायग्नोसिस से संबंधित हो, जो भी लिखा गया है एवं उससे होने वाले व्यय, जिनके साथ चिकित्सक की पंजीकरण संख्या हो (अनिवार्य).

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 अप्रकट 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) मैंने बाह्य रोगी उपचार कवर (लाभ 'ब') के अंतर्गत कोई अन्य दावा दाखिल नहीं किया है और मैं उक्त संदर्भित पॉलिसी प्रमाण-पत्र के अंतर्गत भविष्य में कोई अन्य बाह्य रोगी उपचार का दावा दाखिल नहीं करूंगा/करूंगी.
- ई) इस दावा प्रपत्र/अन्य सहायक/संबंधित प्रलेखों की प्राप्ति से कंपनी द्वारा दावे का कोई अनुबंध नहीं बनता और कंपनी उसे संसाधित या निरस्त करने या दावे के संबंध में आगामी/अतिरिक्त सूचना की मांग करने का अधिकार सुरक्षित रखती है.
- फ) मैं एतद् द्वारा ऐसे किसी भी अस्पताल/चिकित्सकीय अध्यक्षता, 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.
- ग) मैं/हम यह पुष्टि करता/करते हैं कि वे व्यय, जिनके लिए दावा दाखिल किया जा रहा है, वे बीमित व्यक्ति के संबंध में किए गए हैं.

स्थान : दिनांक : दावाकर्ता के हस्ताक्षर

क्लेम फॉर्म हिन्दी के लिए कृपया हमारी वेबसाइट पर जाँच कीजिए : www.icicilombard.com

दावे के प्रपत्रों को यहां भेजा जाना चाहिए : आईसीआईसीआई लोम्बार्ड हेल्थकेयर, आईसीआईसीआई बैंक टॉवर, प्लॉट नं. 12, फ़ायनेन्शियल 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 पर्मिनेट अकाउंट नंबर (पेन)

1) कृपया प्रस्तावक द्वारा हस्ताक्षरित **ओरिजनल बैंक कैन्सल्ड चेक** संलग्न करें.

मेन्डेटरी

2) कृपया प्रस्तावक के **पेन कार्ड** की प्रति 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

- 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.
- 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.
- 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.
- 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 अधिकारताओं को बगैर विलंब या अवरोध के सुरक्षित रखने एवं आईसीआईसीआई लोम्बार्ड जनरल इश्योरेन्स कंपनी लि. और उसके अधिकारताओं 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.
- 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 अधिकारता 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.
- 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.
- ग्राहक 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 ग्राहक के बैंक द्वारा लगाए जाएंगे, जो ग्राहक द्वारा वहन किए जाएंगे.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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 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.
- 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 ना करवाए 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, बशर्ते ऐसा जमा अनुरोध आईसीआईसीआई लोम्बार्ड जनरल इश्योरेन्स कंपनी लि. द्वारा ग्राहक 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

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