ICICI Lombard Health Insurance

ICICI Lombard Health Care

ICICI LOMBARD GENERAL INSURANCE COMPANY LIMITED
आईसीआईसीआई लोम्बार्ड जनरल इंश्योरेन्स कंपनी लिमिटेड

ICICI Lombard Health Care Claim Form - Hospitalization /आईसीआईसीआई लोम्बाड हेल्थ केयर दावा फॉर्म - अस्पताल भर्ती

(The issue of this form is not to be taken as an Admission of Liability)
(इस फार्म को जारी रखने का अर्थ दायिता स्वीकार करना नहीं माना जाना चाहिए)

Please give the following information correctly and completely
कृपया नीचे दी गयी जानकारी को सही-सही तथा पूरा भरें.

Part A (To be filled by Insured)/
भाग अ (बीमाधारक द्वारा भरा जाना है)

Pre Authorization obtained/पूर्व अधिकृति प्राप्त : Yes/हां ☐ No/नहीं ☐

1. Type of Claim : Hospitalization / Pre Hospitalization-Post Hospitalization/दावे का प्रकार : अस्पताल भर्ती / भर्ती से पहले-भर्ती के बाद

2. Policy Number /पॉलिसी नंबर : _____
   Is this a renewal policy or /क्या यह रिन्युअल पॉलिसी है : Yes/हां ☐ No/नहीं ☐
   If Yes, then kindly mention your previous year's policy no./
   अगर है तो कृपया आपका पिछले साल का पॉलिसी नंबर लिखें : _____
   Current Policy No./चालू पॉलिसी संख्या : _____
   Group / Company Name/ग्रुप / कंपनी का नाम : _____

3. Details of the Insured Person in respect of whom claim is made/बीमित व्यक्ति का नाम जिसके लिए दावा किया गया है :
   Name of Insured/बीमाधारक का नाम : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
   Relationship with the Policy Holder/पॉलिसीधारक के साथ संबंध : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
   Present completed age (In Years)/वर्तमान उम्र : |__|__| Gender / लिंग : M |__| F |__|
   Current Residential address/वर्तमान आवासीय पता : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
   |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
   State/राज्य : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
   City/शहर : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|
   Pincode/पिनकोड : |__|__|__|__|__|__|
   Mobile Number/मोबाइल नंबर : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
   Name of the Policy Holder (Self / Main Member)/ : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
   पॉलिसीधारक का नाम (स्वयं/मुख्य सदस्य)
   Email ID / ईमेल आईडी : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

4. Member ID No. / Employee ID (Client ID)/ : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
   सदस्य आईडी नं./कर्मचारी आईडी (क्लाइंट आईडी)
   Card No. / कार्ड नं. : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
   Sum Insured (Claimant)/बीमा राशि (दावेदार) : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

5. Nature of disease / illness contracted or injury suffered for which insured was hospitalized (Diagonsis)/
   प्रभावित बीमारी/रोग या चोट की प्रकृति, जिसके लिए बीमाधारक अस्पताल में भर्ती का (निदान) :
   Date of Admission/भर्ती होने की तिथि : |D|D|/|M|M|/|Y|Y|Y|Y|
   Date of Discharge/डिस्चार्ज होने की तिथि : |D|D|/|M|M|/|Y|Y|Y|Y|

6. Date of injury sustained or disease / illness first detected/: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
   चोट लगने या रोग/बीमारी का पहली बार निदान होने की तिथि

7. Do you have mediclaim / health insurance policy with any other insurance company? If yes, please provide the following details: / क्या आपके पास किसी दूसरी इंश्योरेन्स कंपनी की मेडिक्लेम / हेल्थ इंश्योरेन्स पॉलिसी है ? अगर हां, तो कृपया निम्नलिखित विवरण उपलब्ध कराएं :

Name of Insurance company / इंश्योरेन्स कंपनी का नाम : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Policy No / पॉलिसी नं. : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Policy Period / पॉलिसी अवधि : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Sum Insured / बीमा राशि : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Name of the Insured / बीमा धारक का नाम : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

8. **Details of the Hospital / Nursing Home in which treatment was taken / अस्पताल / नर्सिंग होम का विवरण, जहां उपचार लिया गया :**

Name of the Hospital / Nursing Home/अस्पताल/नर्सिंग होम का नाम :
|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Address of the Hospital / Nursing Home/अस्पताल/नर्सिंग होम का पता : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

State/राज्य : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

City/शहर : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Pincode/पिनकोड : |__|__|__|__|__|__|

Telephone Number / Mobile Number/टेलीफोन नंबर/मोबाइल नंबर :
|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Registration Number (Rubber stamp of the doctor & hospital)/ रजिस्ट्रेशन नंबर (डॉक्टर तथा अस्पताल की रबर की मुहर):

Details of the attending Medical Practitioner / Doctor / Treating Physician or Surgeon/
उपचारकर्ता मेडिकल प्रैक्टिसनर/डॉक्टर/फिजिशियन या सर्जन का विवरण : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Name/नाम : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Qualification & Registration No./अर्हता तथा रजिस्ट्रेशन नं. : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Address with Telephone No./पता, टेलीफोन नं. सहित : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

State/राज्य : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

City/शहर : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Pincode/पिनकोड : |__|__|__|__|__|__|

9.Details of the amount claimed/दावा की राशि का विवरण :

Bill Heads/बिल शीर्ष	Amount (In Rs.)/राशि (रु.)	Bill Number/ बिल नंबर	Bill Date/ बिल की तिथि	Whether Bills attached (Yes/No.)/ बिल संलग्न (हां/नहीं)
Room Rent/कमरे का किराया				
Doctors Consultation/Visit Charges/ डॉक्टर परामर्श/विजिट चार्जेज				
Investigation Charges(Includes Radiology and Pathology Reports)/जांच परीक्षण चार्जेज (रेडियोलॉजी तथा पैथोलॉजी रिर्पोट्स समेत)				
Surgeon and Asst. Surgeon Charges/ सर्जन एवं सहायक सर्जन चार्जेज़				
Anesthetist Charges/एनेस्थेसिस्ट चार्जेज				
Operation Theatre Charges/ऑपरेशन थिएटर चार्जेज				
Medicine Charges(Includes Ward and OT Medicines and Consumables)/दवाई के चार्जेज़ (वार्ड तथा ओटी दवाइयां व कंज्यूमेबल्स सहित)				
Taxes/Surcharges/Service Charge/ टैक्स/सरचार्ज/सर्विस चार्ज सहित				
Miscellaneous/Other Charges (like Admission, Registration, etc.)/विविध/अन्य चार्जेज़ (जैसे कि भर्ती, रजिस्ट्रेशन इत्यादि)				

Pre Hospitalization Bills (If Any)/ अस्पताल में भर्ती होने से पहले के बिल (अगर कोई हों)				
Post Hospitalization Bills (If Any)/ अस्पताल से छुट्टी मिलने के बाद के बिल्स (अगर कोई हों)				
Total Claimed Amount/ दावा की गई कुल राशि				

In support of the above claim, I enclose following documents in **original** (Please indicate by ticking in the Yes/No Column below)/ उपरोक्त दावे के समर्थन में, मैं निम्नलिखित कागजात **मूल** रूप में जमा करा रहा/रही हूं. (कृपया नीचे दिए कॉलम में हां/नहीं पर निशान लगाकर बताएं)

Type of Document(s) कागजात के प्रकार	**Yes/ हां**	**No./ नहीं**	**Type of Document(s) कागजात के प्रकार**	**Yes/ हां**	**No./ नहीं**
Claim form Duly Filled/ विधिवत भरा हुआ दावा फॉर्म			Investigation Reports/Reports Name जांच-परीक्षण रिपोर्ट्स/रिपोर्ट्स के नाम		
ICICI Lombard General Insurance Company Authorization form/ आईएल जीआईसी पूर्व अधिकृति फॉर्म			Medicine/Pharmacy Bills with Doctors Prescription/ दवाई/फामैसी के बिल, साथ में डॉक्टर प्रेस्क्रिपशन		
Discharge Summary/ डिसचार्ज समरी			Implant Name and Invoice (If any)/ इम्प्लांट का नाम तथा इन्वॉयस (अगर कोई हो)		
Hospital Bills / अस्पताल के बिल्स			Indoor Case Papers/इन्डोर केस पेपर्स		
Hospital Payment Receipt / अस्पताल को भुगतान की रसीद			Others/अन्य		
Total No. of Pages enclosed/ संलग्न पृष्ठों की कुल संख्या					

As per the policy terms and conditions, the Company reserves its right to have the Insured examined by a doctor appointed by it for verification of diagnosis./पॉलिसी के नियमों व शर्तो के अनुसार कंपनी के साथ निदान के सत्यापन के लिए अपने द्वारा नियुक्त किसी डॉक्टर से बीमाधारक की जांच करवाने का अधिकार सुरक्षित है.

***Declaration* / घोषणा**

I hereby agree, affirm and declare that/ मैं एतद्द्वारा सहमत हूं, पुष्टि तथा घोषित करता/ती हूं कि :

a) The statements/information given/stated by me/us in this claim form is true, correct and complete./ इस दावा फॉर्म में मेरे/हमारे द्वारा दिए गये/उल्लेख किए गये कथन 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 with held or not disclosed./ दावे की प्रक्रिया अथवा दावे पर किसी प्रकार से प्रभाव डालने वाले किसी महत्त्वपूर्ण तथ्य को छिपाया या दबाया नहीं गया है.

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 & that I shall not be entitled to all/any rights ro recover there under in respect of any or all claims, past, present or future./ अगर मैंने कोई गलत या धोखाधड़ी पूर्ण कथन/जानकारी दी हो या किसी महत्वपूर्ण जानकारी को दबाया या छिपाया हो या किसी प्रकार से प्रकट करने में असफल रहा हूं तो पॉलिसी भंग हो जाएगी तथा मैं किसी अतीत, वर्तमान या भविष्य के किसी या सभी दावों के बारे में किसी/सभी अधिकारों हेतु पात्र नहीं रहूंगा.

d) The receipt of this claim form/other supporting/related documents does not constitute or be deemed to constitute an agreement by the Company of the claim and the Company reserves the right to process or reject or require further/additional information in respect of the claim./इस दावा फॉर्म/अन्य समर्थक/संबंधित कागजातों के मिलने को कंपनी द्वारा दावे की सहमति नहीं समझी या मानी जानी चाहिए तथा कंपनी के पास दावे पर कार्रवाई करने या अस्वीकृत करने अथवा दावे के बारे में और अधिक/अतिरिक्त जानकारी मांगने का अधिकार सुरक्षित है.

e) I hereby provide my consent and authorize ICICI Lombard Health Care to seek any medical information from any hospital/Medical Practitioner who has at any time attended on the insured person./ मैं एतद्द्वारा बीमित व्यक्ति की किसी भी समय देखदेख करनेवाले किसी अस्पताल/मेडिकल प्रैक्टिसनर को मेरी चिकित्सा संबंधी जानकारी प्रदान करने की आईसीआईसीआई लोम्बार्ड हेल्थ केयर को अधिकृति प्रदान करता हूं तथा अपनी सहमति देता हूं.

I/We hereby declare that the particulars made by the insured person in the claim from are true to the best of our knowledge and belief./मैं/हम एतद्द्वारा घोषित करता हूं/करते हैं कि मेरी/हमारी अधिकतम जानकारी एवं विश्वास के अनुसार दावा फॉर्म में बीमित व्यक्ति द्वारा दिए गये विवरण सही हैं.

Place/स्थान : _____

Date/तिथि : |D|D|/|M|M|/|Y|Y|Y|Y|

_____

Signature of Claimant/
दावेदार के हस्ताक्षर

Part B (To be filled by Treating Doctor only)
भाग ब (सिर्फ डॉक्टर द्वारा भरा जाए)

This section is mandatory *only* if your health policy was *not* provided by your employer
यह खंड केवल उस स्थिति में अनिवार्य है अगर आपकी आरोग्य पॉलिसी आपके नियोक्ता द्वारा नहीं दी गयी है.

A) Date of First Consultation (Prior to Hospitalization) / पहले परामर्श की तिथि (अस्पताल में भर्ती होने से पहले)	
B) With what complaints was the patient was admitted for / रोगी को किन शिकायतों के साथ भर्ती किया गया	
C) Past History of the patient with the duration of illness / बीमारी की अवधि के साथ रोगी का पिछला इतिहास	
D) Whether the present treatment ailment is a compliation of Pre-Existing disease ? / क्या रुग्णता का वर्तमान उपचार पहले से मौजूद बीमारी की जटिलता है ?	
E) If, yes please specify the disease (OR) complication of any previous surgery done ? / अगर हां, तो बीमारी या पहले की गई किसी सर्जरी की जटिलता का उल्लेख करें ?	
F) If yes please specify the details / अगर हां, तो कृपया विवरण दें.	
G) Whether the disease / disorder is congenital in nature ? / क्या बीमारी / विकार जन्मजात प्रकृति की है ?	
H) Nature of surgery / treatment given for present ailment / वर्तमान रुग्णता के लिए दिये गये उपचार / सर्जरी की प्रकृति	
I) No. of in-patient beds in the hospital (including ICU) / अस्पताल में इन - पेशेन्ट बेड की संख्या (आईसीयू सहित)	

Date / तारीख :

Doctor's Seal and Signature /
डॉक्टर की मुहर और हस्ताक्षर

Part - C

A) Would you like to opt for Electronic Fund Transfer as mode of payment ? A) Yes |__| B) No |__|

B) If yes, kindly provide the below mentioned details :

- Customer Name (as per bank records) : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
- Account No. : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
- Name of the Bank : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
- Branch Name : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
- Address of the Bank : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
  |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
- IFSC code no. of the Bank : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
- Permanent Account Number of Insured/ Nominee (PAN) : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

  (Please attach a blank cancelled cheque copy signed by the insured/nominee and Pan Card Copy)

Terms and Conditions for Payments through RTGS I NEFT

1. The details provided by the Customers in the Mandate Form shall be considered as final and ICICI Lombard General Insurance Company Ltd. shall not be responsible for cross verification of any of the details provided therein.
2. The RTGS/ NEFT facility shall be effective for the respective Customer(s) within 15 days of the receipt of the Mandate Form by ICICI Lombard General Insurance Company Ltd. and/ or within such period as may be reasonably required by ICICI Lombard General Insurance Company Ltd. to activate the RTGS/ NEFT facility.

3. The Customer agrees that under the RTGS/ NEFT facility, there may be a risk of non-payment in the Account of Customer on the day of the credit of Payments due to change in the applicable regulations pertaining to RTGS/ NEFT facility or due to any other reasons without any fault/inaction/failure on part of ICICI Lombard General Insurance Company or any factor beyond the control of ICICI Lombard General Insurance Company Limited.
4. The Customer agrees to indemnify, without delay or demur, ICICI Lombard General Insurance Company Ltd. and its agents and keep ICICI Lombard General Insurance Company Ltd. and its agent indemnified harmless at all times from and against any and all claims, damages, losses, costs, and expenses (including attorney's fees) which ICICI Lombard General Insurance Company Ltd. may suffer or incur, directly or indirectly, arising from or in connection with, amongst other things, either of the aforesaid reasons stated in above clauses.
5. ICICI Lombard General Insurance Company Ltd. may sub-contract and employ agents to carry out any of its obligations under the RTGS/ NEFT facility The Customer may discontinue or terminate the use of RTGS / NEFT facility by giving a minimum of 15 days prior written notice to ICICI Lombard General Insurance Company Ltd. The date of notice for ICICI Lombard will be the date of receipt of such notice by ICICI Lombard. The notice of, such termination should be given to ICICI Lombard only at its corporate address and be addressed at ICICI Lombard GIC Ltd, ICICI Lombard House (Old Tata Press Building), 414, Veer Savarkar Marg, Near Siddhi Vinayak Temple, Prabhadevi, Mumbai - 400025
6. A confirmation of the receipt of termination notice given by the Customer will be acknowledged through a confirmation letter by ICICI Lombard General Insurance Company Ltd. In no case can the Customer construe his termination notice as effective unless a confirmation has been provided by ICICI Lombard to the Customer stating the date of receipt of such communication by the Customer.
7. The Customer agrees that transaction(s) through RTGS/ NEFT facility may attract inward RTGS/ NEFT charges, which if levied by the Customer's bank, shall be borne by the Customer
8. ICICI Lombard has the absolute discretion to amend or supplement any Terms and Condition stated herein at any time and will endeavor to give prior notice of Ten days for such changes wherever feasible for the terms and conditions to be applicable. By using the new services, or at the completion of such period, whichever is earlier, the Customer shall be deemed to have accepted the changed terms and conditions.
9. NEFT is applicable for only the corporate employees for whom HR has opted for NEFT as a mode of payment. Kindly, check with your respective HR department for this facility. In case of any issues, HR decision and approval will be taken into consideration.
10. Notices under these terms and conditions may be given in writing by delivering them by hand or e-mail or on ICICI Lombard General Insurance Company Ltd. website www.icicilombard.com or by sending them by post to the last address of the Customer.
11. These terms and conditions will be governed by the laws of India and any legal action or proceedings arising out of these Terms and Conditions shall be initiated in the courts or tribunals at Mumbai in India.
12. I / We further undertake to refund any excess amount whether demanded by ICICI Lombard General Insurance Company Ltd. or not, which has been credited in excess to my account at any time due to any reason within 7 days of such receipt of such communication from ICICI Lombard of such excess credit or such information of excess credit coming to the knowledge of the Customer through any other source.
13. I/ We agree that my/our claim payment will be credited from the date ICICI Lombard General Insurance Company Ltd. gets confirmation from its bankers, This facility will continue unless it is revoked by any party and any issuance of relevant credit instruction from ICICI Lombard General Insurance Company Ltd. to its bankers will be valid till such instruction is complete irrespective of the fact that the notice period has expired provided such a credit request has been made by ICICI Lombard General Insurance Company Ltd. before the expiry of the notice period of the Customer.

(Please attach a blank cancelled cheque or photocopy of a cheque for verification of the particulars provided in this regard)

_____

Signature of the account holder