

**ICICI LOMBARD GENERAL INSURANCE COMPANY LIMITED**

**आईसीआईसीआई लोम्बार्ड जनरल इन्श्योरेन्स 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

Download Mediclaim Forms, Brochures, Rate Cards from http://www.eMediclaim.com Health Insurance Information Portal

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 रिन्यूअल पॉलिसी है	: Yes/हां <input type="checkbox"/> No/नहीं <input type="checkbox"/>
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 (Diagnosis)/	
प्रभावित बीमारी/रोग या चोट की प्रकृति, जिसके लिए बीमाधारक अस्पताल में भर्ती का (निदान) :	Y Y Y Y
Date of Admission/भर्ती होने की तिथि	:  _ _ / _ _ / _ _ _ _
Date of Discharge/डिस्चार्ज होने की तिथि	:  _ _ / _ _ / _ _ _ _
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 इश्योरेन्स कंपनी की मेडिकलेम / हेल्थ इश्योरेन्स पॉलिसी है ? अगर हां, तो कृपया निम्नलिखित विवरण उपलब्ध कराएं :

Name of Insurance company / इश्योरेन्स 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 रिपोर्ट्स समेत)				
Surgeon and Asst. Surgeon Charges/ सर्जन एवं सहायक सर्जन चार्जेज				
Anesthetist Charges/एनेस्थेसिस्ट चार्जेज				
Operation Theatre Charges/ऑपरेशन थिएटर चार्जेज				
Medicine Charges(Includes Ward and OT Medicines and Consumables)/दवाई के चार्जेज (वाई तथा ओटी दवाइयां व कंज्यूमेबल्स सहित)				
Taxes/Surcharges/Service Charge/ टैक्स/सरचार्ज/सर्विस चार्ज सहित				
Miscellaneous/Other Charges (like Admission, Registration, etc.)/विविध/अन्य चार्जेज (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 बिल (अगर कोई हों)				
<b>Total Claimed Amount/ दावा की गई कुल राशि</b>				

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 हूँ. (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 अधिकृत फॉर्म			Medicine/Pharmacy Bills with Doctors Prescription/ दवाई/फार्मैसी 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 बिल			Indoor Case Papers/इन्डोर केस पेपर्स		
Hospital Payment Receipt / अस्पताल को भुगतान की रसीद			Others/अन्य		
<b>Total No. of Pages enclosed/ संलग्न पृष्ठों की कुल संख्या</b>					

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 शर्तों 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 हूँ, पुष्टि तथा घोषित करता/ती हूँ कि :

- 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.
- 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 withheld or not disclosed./ दावे की प्रक्रिया अथवा दावे पर किसी प्रकार से प्रभाव डालने वाले किसी महत्वपूर्ण तथ्य को छिपाया या दबाया नहीं गया है.
- 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 to 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 हूँ 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.
- 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.
- 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 अधिकृत प्रदान करता हूँ तथा अपनी सहमति देता हूँ.

I/We hereby declare that the particulars made by the insured person in the claim form are true to the best of our knowledge and belief./मैं/हम एतद्द्वारा घोषित करता हूँ/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