

महत्वपूर्ण निर्देश :

- पॉलिसी के तहत इस लाभ का दावा पॉलिसीधारक द्वारा बीमित व्यक्ति(यों) पर सिर्फ स्वास्थ्य देखरेख में हुए खर्चों के लिए किया जा सकता है.
- पॉलिसी की शुरुआत की तिथि से तीन पॉलिसी वर्षों के बाद और 3 पूर्ण पॉलिसी वर्षों के लिए प्रीमियम के भुगतान के अधीन ही इस लाभ को प्राप्त किया जा सकता है. साथ ही जब खर्च किए गए उस समय पॉलिसी प्रभावी होना चाहिए.
- पॉलिसी के नियमों और शर्तों के अनुसार युनिटों के निरस्तीकरण के द्वारा लाभों का भुगतान किया जाएगा.
- वह अधिकतम राशि जिसका दावा पॉलिसी के तहत किया जा सकता है, वह निम्नानुसार है -

वर्ष	1 से 3	4 से 5	6 से 10	उसके बाद
अधिकतम लाभ जिसका दावा किया जा सकता है	शून्य	फंड का 20%	फंड का 50%	फंड का 100%

- कृपया मूल बिलों/हुए खर्चों के साक्ष्यों के साथ विधिवत भरा और हस्ताक्षरित किया गया यह प्रपत्र प्रस्तुत करें.
- कम्पनी को इस प्रपत्र की प्रस्तुति को दायित्व का स्वीकरण नहीं समझा जाना चाहिए.
- कम्पनी के पास अतिरिक्त प्रलेखों और आवश्यकताओं को मंगाने का अधिकार सुरक्षित है.

पॉलिसी क्रमांक

दिनांक

प्रस्तावक का नाम

श्री/सुश्री/श्रीमती

प्रथम नाम

उपनाम

पता

स्थल चिह्न पिन/ज़िप कोड

संपर्क के लिए नं.

एसटीडी

निवास

एसटीडी

कार्यालय

एक्स.

आईएसडी

मोबाइल

ई-मेल आईडी

सभी जानकारी भरना अनिवार्य है. (कम से कम संपर्क का एक नंबर आपके अनुरोध पर कार्यवाही करने के लिए अनिवार्य है. उपरोक्त संपर्क विवरण भविष्य के हमारे सभी संवादों के लिए अद्यतन किया जाएगा.)

क्या आप एक राजनीतिक संपर्क वाले व्यक्ति (पॉलिसी धारक) हैं? हाँ नहीं

राजनीतिक संपर्क वाले व्यक्ति (पीईपी) वे व्यक्ति होते हैं जिन्हें विदेश में प्रमुख सार्वजनिक कार्य सौंपे गए हैं, उदाहरण के तौर पर राज्य या सरकार प्रमुख, वरिष्ठ राजनेता, वरिष्ठ शासकीय/न्यायिक/सैन्य अधिकारी, राज्य स्वामित्व वाले निगमों के वरिष्ठ कर्मचारी, महत्वपूर्ण राजनीतिक पार्टियों के अधिकारी आदि, जिनमें उनके परिजन के साथ ही निकटतम संबंधी शामिल हैं. यदि इसे रिक्त छोड़ दिया जाता है तो पूर्व-निर्धारित मूल्य के रूप में 'नहीं' समझा जाएगा.

किए गए खर्चों का विवरण (*कवर किए गए खर्चों और आवश्यक प्रलेखों का प्रकार पृष्ठ क्रमांक 2 पर उल्लेखित हैं)

बीमित का नाम	संबंध (पॉलिसीधारक के साथ)	किए गए खर्चों का विवरण	खर्च की तिथि	बिल/चालान क्रमांक	राशि (₹)	सहयोगी मूल बिल/चालान
			dd/mm/yyyy			
			dd/mm/yyyy			
			dd/mm/yyyy			
			dd/mm/yyyy			
			dd/mm/yyyy			
कुल दावाकृत राशि						

दिनांक

पॉलिसीधारक के हस्ताक्षर

कृपया अपने प्रलेखों को अपने निकटतम आईसीआईसीआई प्रूडेन्शियल लाइफ़ इश्योरेन्स शाखा या आईसीआईसीआई प्रूडेन्शियल लाइफ़ इश्योरेन्स कं. लि., बीएसईएल टैक, सी-विंग, प्रथम मंजिल, वाशी, नवी मुंबई - 400703, महाराष्ट्र.

© 2012, आईसीआईसीआई प्रूडेन्शियल लाइफ़ इश्योरेन्स कं. लि., पंजीकृत कार्यालय - आईसीआईसीआई प्रूलाइफ़ टॉवर्स, 1089 अप्पासाहेब मराठे मार्ग, प्रभादेवी, मुंबई - 400025. पंजीकरण क्रमांक - 105. बीमा आग्रह की विषय-वस्तु है. UIN - 105NO87V01, Comp/doc/Mar/2012/994.

प्राप्ति पर्ची

यह आईसीआईसीआई प्रू हेल्थ सेवर - स्वास्थ्य रक्षा लाभ दावा प्रपत्र के आवेदन प्राप्ति की स्वीकृति के लिए है -

पॉलिसी क्रमांक

दिनांक

प्रस्तावक का नाम

कर्मचारी का नाम और कोड

शाखा

कृपया ध्यान दें इस पावती पर्ची को दायित्व का स्वीकरण नहीं समझा जाना चाहिए.

मोहर
और
समय

आईसीआईसीआई हेल्थ सेवर - स्वास्थ्य रक्षा लाभ दावा प्रपत्र



साक्षी प्राधिकरण :

उस स्थिति में लागू जब प्रस्तावक निरक्षर हो या किसी अयोग्यता से ग्रस्त हो, जिसके कारण लिखना प्रतिबंधित हो या जहाँ प्रस्तावक ने मातृभाषा में हस्ताक्षरित किए हो. निम्नांकित का कम्पनी के सलाहकार/कर्मचारी के अतिरिक्त कोई अन्य व्यक्ति गवाह होना चाहिए.

मैं/हम प्रमाणित करता हूँ/करते हैं कि इस प्रपत्र की विषय-वस्तु मुझे/हमें स्पष्टता समझा दी गई है और मैं/हम इसे पूर्णतया समझ चुका हूँ/चुके हैं. मैं/हम आगे भी प्रमाणित करता हूँ/करते हैं कि इस प्रपत्र में दिए गए जवाब मेरे/हमारे द्वारा प्रदत्त सूचना के अनुसार अभिलेखित किए गए हैं.

मैं (गवाह का नाम) _____ पिता _____ वयस्क और निवासी _____ रहने वाला/वाली और (प्रस्तावक से संबंध) _____ एतद् द्वारा कथन करता/करती हूँ कि मैंने इस प्रपत्र की विषय-वस्तु श्री/श्रीमती/सुश्री _____ को पढ़कर सुना और समझा दी है और वह इसे समझ चुका/चुकी है साथ ही मैं एतद् द्वारा पॉलिसी के नियमों और शर्तों और इसके खंडों का पालन करने के लिए सहमत हूँ. मैं घोषणा करता/करती हूँ कि इसमें उपरोक्त जो कुछ मैंने कहा है वह मेरे ज्ञान और विश्वास के अनुसार सत्य और सही है. सत्यनिष्ठा से _____ को _____ पर इस बात की पुष्टि करता/करती हूँ.

पता _____
 स्थल चिह्न _____ पिन/ज़िप कोड _____
 संपर्क के लिए गवाह के नं. _____ एसटीडी _____ निवास _____ एसटीडी _____ कार्यालय _____ एक्स. _____ आईएसडी _____ मोबाइल _____

दिनांक DD DD MM MM YY YY YY YY गवाह के हस्ताक्षर _____ प्रस्तावक के हस्ताक्षर/अंगूठे की छाप _____

* कवर किए गए खर्च और आवश्यक प्रलेखों का प्रकार

1. अस्पताल में भर्ती किए जाने पर हुए खर्च जो चिकित्सा बीमा के अंतर्गत कवर की गई सीमा पार कर जाते हैं.	अस्पताल के बिलों की छायाप्रतियाँ + चिकित्सा बीमा कम्पनी का घोषणा-पत्र
2. अस्पताल में भर्ती किए जाने पर हुए खर्च जो चिकित्सा बीमा के अंतर्गत कवर न हो.	मूल बिल + ग्राहक का घोषणा-पत्र
3. चिकित्सा कवर के एक हिस्से के रूप में सह-भुगतान	अस्पताल के बिलों की छायाप्रतियाँ + ग्राहक का घोषणा-पत्र (आईसीआईसीआई प्रू प्रारूप) + सह-भुगतान की गई राशि का बताने वाली चिकित्सा बीमा कम्पनी की घोषणा
4. दवाइयाँ और ड्रग्स + चिकित्सा उपकरण, नैदानिक खर्च, दांत संबंधी खर्च, चिकित्सक से मुलाकात	मूल बिल + ग्राहक का घोषणा-पत्र (आईसीआईसीआई प्रू प्रारूप)

इलेक्ट्रॉनिक भुगतान विकल्प (आपके बैंक खाते में धनराशि का सीधा हस्तांतरण) कृपया इस प्रपत्र के साथ निरस्त चेक/चेक की प्रति जमा कराएँ

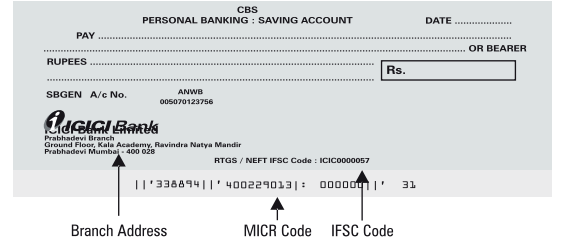
खाताधारक का नाम (जैसा बैंक खाते में उल्लेखित है) _____
 बैंक का नाम _____
 शाखा का नाम और पता _____

सीबीएस खाता क्रमांक _____

एमआईसीआर कोड _____

बैंक द्वारा जारी चेक प्रति पर दर्शाया गया 9 अंकों का कोड. एमआईसीआर कोड की पुष्टि के लिए कृपया निरस्त चेक की एक प्रति संलग्न करें.

खाते का प्रकार चालू खाता बचत खाता



इस प्रपत्र में चुने गए भुगतान के प्रकार का प्रयोग कम्पनी द्वारा दावेदार को समस्त भुगतान करने के लिए किया जाएगा. भुगतान पॉलिसी के नियमों और शर्तों के अनुसार और उनके अधीन किया जाएगा. इसके अलावा कम्पनी के पास इलेक्ट्रॉनिक भुगतान के विकल्प को चुनने के बावजूद किसी भी अन्य वैकल्पिक भुगतान विकल्प को चुनने का अधिकार सुरक्षित है जिनमें डिमांड ड्राफ्ट/सममूल्य पर देय चेक शामिल हैं. आईएफएससी कोड प्रदान किए जाने की ज़िम्मेदारी ग्राहक पर होती है. कृपया ध्यान दें कि आरटीजीएस के लिए आईएफएससी कोड और एनईएफटी के लिए आईएफएससी कोड अलग हो सकते हैं.

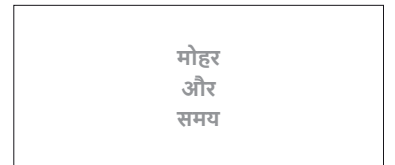
इस प्रपत्र में मेरे द्वारा प्रदत्त किसी अपूर्ण/गलत जानकारी के कारण मेरे बैंक खाते में राशि जमा न होने पर या यदि लेनदेन में देरी होती है या यह पूर्ण रूप से प्रभावी नहीं होता है उन स्थितियों में मैं आईसीआईसीआई प्रूडेन्शियल लाइफ़ इंश्योरेंस कं. लि. को ज़िम्मेदार नहीं ठहराऊंगा/ठहराऊंगी.

X

स्वामी/प्रस्तावक के हस्ताक्षर/अंगूठे की छाप _____ स्थान : _____ दिनांक : _____ DD/MM/YYYY

केवल कार्यालयीन उपयोग हेतु (शाखा कार्यवाही)

पॉलिसी क्रमांक _____ दिनांक DD DD MM MM YY YY YY YY
 पॉलिसीधारक का नाम _____
 मूल प्रलेख जमा किए गए - हाँ नहीं
 कर्मचारी नाम और कोड : _____
 स्पार्क कॉल आईडी : _____



© 2012, आईसीआईसीआई प्रूडेन्शियल लाइफ़ इंश्योरेंस कं. लि., पंजीकृत कार्यालय - आईसीआईसीआई प्रूलाइफ़ टॉवर्स, 1089 अप्पासाहेब मराठे मार्ग, प्रभादेवी, मुंबई - 400025. पंजीकरण क्रमांक - 105. बीमा आग्रह की विषय-वस्तु है. UIN - 105N087V01, Comp/doc/Mar/2012/994.

किसी भी पूछताछ के लिए कृपया हमारे ग्राहक सेवा नं. 1860-266-7766 पर संपर्क करें (स्थानीय दरें लागू)
 कॉल सेंटर का समय : सुबह 9.00 बजे से शाम 9.00 बजे तक, सोमवार से शनिवार (राष्ट्रीय अवकाश के अतिरिक्त)



संपर्क का पता:

आईसीआईसीआई प्रूडेन्शियल लाइफ़ इंश्योरेंस कं. लि., विनोद सिल्क मिल्स कंपाउंड, चक्रवर्ती अशोक नगर, अशोक रोड, कांदिवली (पूर्व), मुंबई - 400 101.