

दावेदार वक्तव्य प्रपत्र (स्वास्थ्य दावे)

- क्लेमंट दावेदार वक्तव्य प्रपत्र को पॉलिसी के अंतर्गत लाभार्थी द्वारा या वैधानिक रूप से अधिकृत व्यक्ति द्वारा भरा जाना चाहिए.
- नीचे सूचीबद्ध आवश्यक प्रलेखों के साथ इस प्रपत्र को जल्दी जमा करने से हम आपके दावे पर तेजी से कार्यवाही कर सकेंगे.
- दावे की प्रक्रिया को शुरू करने के लिए, कृपया सभी प्रलेख जमा करवाएँ.
- इस प्रपत्र के पृष्ठ 3 पर उल्लेखित "दावा प्रकोष्ठ" के पते पर सभी आवश्यक प्रलेख भेजें.

जमा किए जाने वाले प्रलेख#

आईसीआईसीआई प्रू हॉस्पिटल केयर / आईसीआईसीआई प्रू हॉस्पिटल केयर II	आईसीआईसीआई प्रू मेडीएशियर / आईसीआईसीआई प्रू हेल्थ सेवर के लिए लागू क्षतिपूर्ति भर्तीकरण दावा	आईसीआईसीआई प्रू क्राइसिस कवर / राइडर क्लेम के लिए लागू गंभीर रोग दावा / एमएसएआर / एडीबीआर
1. डिस्चार्ज कार्ड की प्रति 2. इलेक्ट्रॉनिक भुगतान की प्रक्रिया के लिए निरस्त चेक	1. मूल डिस्चार्ज कार्ड 2. मूल अस्पताल/दवा बिल एवं भुगतान प्राप्ति/तथा अभिलेख 3. मूल अन्वेषण प्रतिवेदन एवं बिल 4. इलेक्ट्रॉनिक भुगतान की प्रक्रिया के लिए निरस्त चेक	1. मूल पॉलिसी प्रमाण-पत्र 2. परिभाषा पूर्ण करने वाले प्रलेख 3. इलेक्ट्रॉनिक भुगतान पर प्रक्रिया के लिए निरस्त चेक

#अलग-अलग मामलों में अतिरिक्त चिकित्सकीय अभिलेख बुलवाए जा सकते हैं.

1. पॉलिसी विवरण

8 अंकों का/के पॉलिसी क्रमांक : _____

(कृपया आईसीआईसीआई प्रू हेल्थियल लाइफ इंश्योरेंस कंपनी के साथ समस्त पॉलिसी क्रमांकों का उल्लेख करें)

2. दावेदार के विवरण

नाम _____

प्रथम नाम

मध्यम नाम

उपनाम

जीवन बीमित व्यक्ति के साथ संबंध _____

जन्मतिथि _____

DD/MM/YYYY

पता _____

एसटीडी कोड के साथ टेलीफोन _____

मोबाइल नंबर _____

शहर _____

पिनकोड _____

राज्य _____

ई-मेल आईडी _____

2. ए. क्या आप उपरोक्त पते को भावी संवाद के लिए पंजीकृत करवाना चाहते हैं? हाँ नहीं

(अगर हाँ, तो कृपया वर्तमान पते का साक्ष्य जमा करवाएँ)

2. बी. क्या आप एक राजनीतिक संपर्क वाले व्यक्ति (दावेदार) 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 अधिकारी, महत्वपूर्ण राजनीतिक पार्टी अधिकारी आदि, जिनमें इनके परिजन एवं निकट संबंधी शामिल हैं. अगर इसे खाली छोड़ा जाता है तो इसे पूर्व-निर्धारित रूप से नहीं माना जाएगा.

3. जीवन बीमित व्यक्ति के विवरण :

नाम _____

प्रथम नाम

मध्यम नाम

उपनाम

4. अस्पताल में भर्ती होने के विवरण

रोग की पहचान/बीमारी _____

बीमारी की अवधि _____

भर्ती होने की तिथि _____

DD/MM/YYYY

छुटी होने की तिथि _____

DD/MM/YYYY

अस्पताल का नाम _____

पता _____

एसटीडी कोड के साथ टेलीफोन _____

मोबाइल नंबर _____

शहर _____

पिन कोड _____

राज्य _____

पुलिस थाने का नाम और पता जहाँ एफआईआर दर्ज की गई (कृपया एफआईआर की कॉपी प्रस्तुत करें) _____

एफआईआर नंबर _____

शहर _____

पिन कोड _____

राज्य _____

एसटीडी कोड के साथ टेलीफोन _____

5. संलग्न बिलों की कुल संख्या

कुल दावाकृत राशि

6. जीवन बीमित व्यक्ति के स्वास्थ्य/आदतों से संबंधित विवरण

बीमारी की प्रकृति/आदत (कृपया चुनें ✓/✗)	अवधि (कब से)	अगर हाँ, तो उपचार/मात्रा विवरण
<input type="checkbox"/> उच्च रक्तचाप <input type="checkbox"/> मधुमेह		
<input type="checkbox"/> हृदय रोग <input type="checkbox"/> यकृत रोग <input type="checkbox"/> गुर्दा रोग <input type="checkbox"/> कैंसर		
<input type="checkbox"/> कोई अन्य बीमारियाँ/विकार/शल्यक्रिया/अस्पताल में भर्ती होना, पिछले 5 साल में		
<input type="checkbox"/> धूम्रपान <input type="checkbox"/> शराब <input type="checkbox"/> तंबाकू <input type="checkbox"/> नशीली दवाएँ		

दावा प्रलेख निम्नांकित को भेजना चाहिए.

आईसीआईसीआई प्रू हेल्थियल लाइफ इंश्योरेंस कं. लिमिटेड, 9वीं मंजिल, बी विंग, ऑफिस नं. 906, बीएसईएल टेक पार्क, वाशी स्टेशन, सेक्टर 30, वाशी, नवी मुंबई - 400706

7. रोजगार के विवरण

नियोक्ता/व्यवसाय का नाम _____
 पता _____ कार्यस्थल/व्यवसाय पर पद _____
 _____ एसटीडी कोड के साथ टेलीफोन _____
 _____ ई-मेल आईडी _____
 शहर _____ पिन कोड _____ राज्य _____

कृपया पिछले 5 वर्षों में ली गई चिकित्सकीय/बीमारी संबंधी छुट्टियों का विवरण दें.

दिनांक		चिकित्सकीय प्रमाण-पत्र/छुट्टी आवेदन के अनुसार कारण	नियोक्ता बीमा का लाभ लिया गया हाँ/नहीं
से	तक		

8. जीवन बीमित व्यक्ति की अन्य स्वास्थ्य बीमा/मेडिकलेम पॉलिसियों के विवरण

कंपनी/टीपीए का नाम	पॉलिसी क्रमांक	जोखिम शुरू होने की तिथि	बीमाकृत राशि	दावा किया गया हाँ/नहीं	बीमारी/रोग

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

खाता धारक का नाम : _____
 (जैसा बैंक खाते में उल्लेखित है)

बैंक का नाम : _____

शाखा का नाम और पता : _____

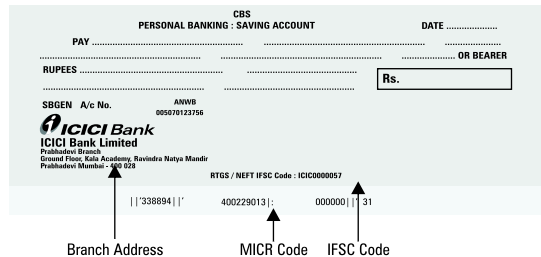
सीबीएस खाता क्रमांक

आईएफएससी कोड

एमआईसीआर कोड

बैंक द्वारा जारी चेक प्रति पर दर्शाए गए 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



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

मैं अपने द्वारा इस प्रपत्र में दी गई किसी अपूर्ण/गलत जानकारी के कारण मेरे बैंक खाते में राशि जमा न होने पर या यदि लेनदेन में देरी होने या पूर्ण रूप से प्रभावी नहीं होने की स्थिति में आईसीआईसीआई प्रूडेन्शियल लाइफ़ इश्योरेन्स कं. लि. को ज़िम्मेदार नहीं ठहराऊंगा/ठहराऊंगी.

×

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

केवल कार्यालयीन उपयोग हेतु (शाखा परिचालन) :

दिनांक _____ DD/MM/YYYY

जीवन बीमित/नामित व्यक्ति का नाम : _____

(नाम पॉलिसी प्रमाण-पत्र में निर्दिष्ट नाम के साथ मेल खाना चाहिए)

दावा प्रस्तुतकर्ता जीवन बीमित व्यक्ति नामित परिवार का कोई सदस्य सलाहकार अन्य _____

हेल्थ सेवर/मेडीएशयोर उत्पाद के लिए मूल प्रलेख जमा किए गए हाँ नहीं

दावा जमा करने वाले व्यक्ति का फोन नंबर _____

दावा निर्धारकों का नाम जिनसे संपर्क किया गया : _____ फोन नं. : _____

नियोक्ता का नाम और कोड _____ स्पार्क कॉल आईडी : _____

दावा प्रलेख निम्नांकित को भेजना चाहिए.

आईसीआईसीआई प्रूडेन्शियल लाइफ़ इश्योरेन्स कं. लिमिटेड, 9वीं मंज़िल, बी विंग, ऑफिस नं. 906, बीएसईएल टेक पार्क, वाशी स्टेशन, सेक्टर 30, वाशी, नवी मुंबई - 400706

अनुमति/घोषणा

प्रति,
क्लेम्स टीम,
आईसीआईसीआई प्रूडेन्शियल लाइफ़ इंश्योरेन्स लिमिटेड, मुंबई

पॉलिसी क्रमांक : _____

मैं, श्री/सुश्री/श्रीमती _____ (नाम), श्री/सुश्री/श्रीमती _____
(जीवन बीमित व्यक्ति का नाम), का/की _____ (संबंध) एतद् द्वारा घोषणा करता/करती हूँ कि
उपर्युक्त विवरण प्रत्येक संदर्भ में सत्य हैं.

मैं एतद् द्वारा आईसीआईसीआई प्रूडेन्शियल लाइफ़ इंश्योरेन्स कं. लि. और उसके प्रतिनिधियों को पुराने और वर्तमान नियोक्ता(ओं)/व्यवसाय के सहयोगियों/चिकित्सकीय अध्यक्षियों/अस्पतालों
(सरकारी/निजी)/जन्म और मृत्यु पंजीयक/कोई जीवन या गैर जीवन बीमा कम्पनी और जीवन बीमा संघ के मेडिकल रजिस्टर से जानकारी/प्रलेख प्राप्त करने के लिए अपनी सहमति देता/देती हूँ.

मैं एतद् द्वारा संबंधित अधिकारियों से आईसीआईसीआई प्रूडेन्शियल लाइफ़ इंश्योरेन्स कं. लि. और उसके प्रतिनिधियों को जीवन बीमा करवाने वाले व्यक्ति के स्वास्थ्य की अवस्था, आदत और
व्यवसाय के संबंध में पॉलिसी जारी किए जाने के पहले या बाद में उसकी जानकारी के अंतर्गत कोई भी विवरण दिए जाने और आईसीआईसीआई प्रूडेन्शियल लाइफ़ इंश्योरेन्स कं. लि. से किसी भी
जीवन या गैर-जीवन बीमा कम्पनी/या जीवन बीमा संघ के मेडिकल रजिस्टर को ऐसी जानकारियाँ और रोजगार/व्यवसाय का रिकॉर्ड या अन्य विवरण, जो भी प्रासंगिक समझा जाए, दिए जाने का
अनुरोध करता/करती हूँ.

आपका/आपकी विश्वसनीय,

मोबाइल नंबर _____

स्थान _____

×

मालिक/प्रस्तावक के हस्ताक्षर/अंगूठे की छाप

दिनांक _____ DD/MM/YYYY _____

गवाह का अधिकरण (वहाँ आवश्यक जहाँ मालिक/प्रस्तावक ने अंगूठे की छाप लगाई हो/मातृभाषा में हस्ताक्षर किए हों)

इस प्रपत्र की विषय-वस्तु और इसके विवरणों को मेरे द्वारा मालिक/प्रस्तावक को मातृभाषा में समझा दिया गया है.

गवाह का नाम _____

दावेदार के साथ संबंध _____

मोबाइल नंबर _____

स्थान _____

×

गवाह के हस्ताक्षर

दिनांक _____ DD/MM/YYYY _____



कस्टमर केयर नंबर : 1860 266 7766

प्राप्ति पर्ची
(स्वास्थ्य दावे)



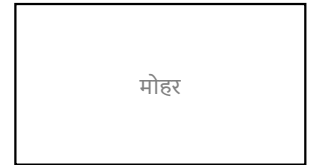
पॉलिसी क्रमांक _____

दावेदार का नाम _____

शाखा का नाम और कोड _____

दिनांक _____ DD/MM/YYYY _____ कर्मचारी का नाम और कोड _____

जमा किए गए प्रलेख (कृपया चुनें ✓/✗)	मूल	फोटोकॉपी
पॉलिसी प्रमाण-पत्र		
डिस्चार्ज कार्ड		
अनुसंधान प्रतिवेदन एवं बिल		
अस्पताल/दवाओं के बिल एवं प्राप्ति		
भुगतान के लिए ईसीएस एवं निरस्त चेक		



मोहर

- आईसीआईसीआई प्रूडेन्शियल लाइफ़ इंश्योरेन्स कं. लि. में हमारा प्रयास यह सुनिश्चित करना है कि सभी आवश्यक प्रलेख मिलने के 15 दिनों के भीतर ग्राहक को संवाद मिले.
- प्राप्ति पर्ची की व्याख्या दावों की स्वीकृति के रूप में नहीं की जानी चाहिए. कम्पनी के पास अतिरिक्त प्रलेख/आवश्यकता के लिए माँगने का अधिकार सुरक्षित है.

दावा सम्पर्क स्थल



दावा प्रकोष्ठ :

आईसीआईसीआई प्रूडेन्शियल लाइफ़ इंश्योरेन्स कं.
लिमिटेड, 9वीं मंज़िल, बी विंग, ऑफिस नं. 906,
बीएसईएल टेक पार्क, वाशी स्टेशन के सामने,
सेक्टर 30, वाशी, नवी मुंबई- 400706.



24x7 क्लेमकेयर सेल :

कस्टमर केयर नं. : 1860 266 7766



हमें ई-मेल करें :

lifeline@iciciprulife.com



एसएमएस सेवा :

ICLAIM <space> 8 digit
policy no. to 56767