

Without Prejudice
बिना पूर्वाग्रह
SBI Life Insurance Company Ltd
एसबीआई लाइफ जीवन बीमा कंपनी लि.
Claim form – Hospital Cash
दावा फार्म- हॉस्पिटल कैश

TPA Ref No टीपीए संदर्भ सं. _____

Name of the Policy Holder: पॉलिसी धारक का नाम:		
Policy Number : पॉलिसी संख्या:		
Mailing Address: डाक पता:		
City/शहर:	State/राज्य :	Pincode/पिन कोड:
EMail ID/ईमेल आईडी :		Telephone number/टेलीफोन नं.:
Other Policies with us/हमारे साथ अन्य पॉलिसियां : Yes/हाँ	No/नहीं	(Tick what is applicable/जो लागू हो उस पर सही करें)
If yes then policy numbers/यदि हाँ तो पॉलिसी नं 1.	2.	3.
INSURED MEMBER'S DETAILS – IF OTHER THAN THE POLICY HOLDER बीमित सदस्य का विवरण - यदि पॉलिसी धारक के अलावा हो तो		
Name of the Insured member/बीमित सदस्य का नाम :		
Relationship with the Policy Holder/पॉलिसीधारक के साथ संबंध:		
Age of the Insured member/बीमित सदस्य की उम्र :	Date of Birth/जन्म तिथि:	
CLAIM DETAILS/दावा विवरण		
The illness/disease diagnosed/निदान किया गया रोग/बीमारी :		
Date of first consultation/पहले परामर्श की तारीख :	Date of Diagnosis/रोग-निदान की तारीख :	
Date and Time of Admission/प्रवेश की तारीख तथा समय :		
Date and Time of Discharge/डिस्चार्ज की तारीख व समय :		
Number of days in the Hospital (including the days in the ICU) : अस्पताल में भर्ती रहने के दिनों की संख्या(आईसीयू के दिनों के साथ):		
Number of days in normal ward/साधारण वार्ड में दिनों की संख्या:		
Number of days in ICU/आईसीयू में भर्ती रहने के दिनों की संख्या :		
Name of the Hospital/अस्पताल का नाम :		
Address of the Hospital/अस्पताल का पता :		
Telephone number/टेलीफोन नंबर :		
Email ID/ईमेल आईडी :		
Name & Address of the consulting Doctor/परामर्श देने वाले डॉक्टर का नाम व पता :		
Telephone Number/टेलीफोन नंबर :		
Email ID/ईमेल आईडी :		
Was the treatment taken in the Hospital related to any disease which was existing prior to the Date of commencement of this Policy? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
क्या अस्पताल में किया गया इलाज किसी ऐसी बीमारी का था जो पॉलिसी शुरू होने के पहले से उपस्थित थी? हाँ <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/>		
If Yes provide details/यदि हाँ तो विवरण दीजिये :		
ACCIDENT DETAILS – APPLICABLE ONLY FOR HOSPITALIZATION DUE TO ACCIDENT दुर्घटना के विवरण - केवल दुर्घटना के कारण अस्पताल में भर्ती होने पर		
Date and Time of Accident/दुर्घटना की तारीख तथा समय :	FIR No/एफआईआर नं. :	
Brief narration of how the accident happened/दुर्घटना होने का संक्षिप्त विवरण :		

Without Prejudice
बिना पूर्वाग्रह
SBI Life Insurance Company Ltd
एसबीआई लाइफ जीवन बीमा कंपनी लि.
Claim form – Hospital Cash
दावा फार्म- हॉस्पिटल कैश

TPA Ref No टीपीए संदर्भ सं. _____

Police Station name and address/पुलिस स्टेशन का नाम और पता :	
Telephone number/टेलीफोन नंबर :	Email ID/ईमेल आईडी :
CLAIM FOR FAMILY CARE BENEFIT फैमिली केयर बेनिफिट के लिये दावा	
Are you claiming for `Family Care benefit? * Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
क्या आप फैमिली केयर बेनिफिट* के लिये दावा कर रहे हैं? हाँ <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/>	
If yes, names of the Insured member/members who has/have been Hospitalized : यदि हाँ, तो बीमित सदस्य/अस्पताल में भर्ती सदस्यों के नाम:	
Name/नाम	Relationship/संबंध
Family care benefit claimed/फैमिली केयर बेनिफिट का दावा किया गया – Yes हाँ/No नहीं	
POLICYHOLDER'S DETAILS/पॉलिसीधारक के विवरण	

*** Family Care benefit –This benefit can be claimed when 2 or more family members covered under this policy are hospitalized simultaneously for 5 days or more due to the same illness/ailment/disease or due to the same event of accident. The claim forms in respect of both lives to be submitted simultaneously. The Family Care Benefit is payable only once in a policy year to the Primary Life Assured and any unused benefit cannot be carried forward.**

**फैमिली केयर बेनिफिट- इस लाभ का दावा तब किया जा सकता है जब इस पॉलिसी के अंदर शामिल परिवार के दो या अधिक सदस्य, पांच या अधिक दिनों के लिये एक ही बीमारी/रोग या दुर्घटना के कारण एक साथ अस्पताल में भर्ती हों। दोनों के जीवन के लिये दावा फार्म एक साथ प्रस्तुत किया जाना चाहिये। फैमिली केयर बेनिफिट का दावा पॉलिसी वर्ष में एक बार ही प्राइमरी बीमित व्यक्ति पर किया जाता है तथा उपयोग नहीं किये गये लाभ को आगे नहीं ले जाया जा सकता है।*

ACCOUNT DETAILS OF POLICYHOLDER/पॉलिसीधारक के खाते का विवरण	
Name of the Bank/बैंक का नाम :	
Account Number/खाता संख्या :	

Please complete the enclosed Direct Credit Mandate Form so that when the claim is admitted, a direct credit of claim amount can be made to your bank account

कृपया संलग्न डायरेक्ट क्रेडिट फार्म को भरें, जिससे कि जब दावा स्वीकार किया जाए तो आपके खाते में दावे की रकम को सीधे जमा किया जा सके।

Without Prejudice
बिना पूर्वाग्रह
SBI Life Insurance Company Ltd
एसबीआई लाइफ जीवन बीमा कंपनी लि.
Claim form – Hospital Cash
दावा फार्म- हॉस्पिटल कैश

TPA Ref No टीपीए संदर्भ सं. _____

MANDATORY DOCUMENTS TO BE ATTACHED WITH CLAIM FORM (PLEASE TICK) दावा फार्म के साथ संलग्न किये जाने वाले आवश्यक कागजात(कृपया सही का निशान लगाएं)		
Copy of Policy Document/पॉलिसी दस्तावेज की प्रति		
Hospital cum Treating Doctor's Certificate/अस्पताल तथा इलाज करने वाले डॉक्टर का प्रमाणपत्र		
Discharge card and copy of all medical documents related to hospitalizations अस्पताल में भर्ती संबंधी सभी दस्तावेजों की प्रतियां तथा डिस्चार्ज कार्ड		
Identity Proof of the Policy Holder/पॉलिसी धारक का पहचान पत्र		
Age Proof of the Insured Member/ बीमित सदस्य की उम्र का प्रमाण		
PAN card copy of the Policy Holder (for online policies)/पॉलिसी धारक के पैन कार्ड की प्रति(ऑनलाइन पॉलिसी हेतु)		
Direct Credit Mandate of the Policyholder/पॉलिसी धारक के लिये डायरेक्ट क्रेडिट फार्म		

DECLARATION/घोषणा

I, the above mentioned claimant, do solemnly declare that the above answers and statements are true in all respects. I also agree that SBI Life does not assume any legal liability or responsibility for the accuracy, completeness or usefulness of the information mentioned above and will not be liable for any discrepancy in the accounting due to errors, omissions or misrepresentation due to account details.

मैं, जो कि उपरिलिखित दावाकर्ता हूँ, सत्यनिष्ठा के साथ घोषणा करता हूँ कि उपरोक्त उत्तर तथा विवरण सभी प्रकार से सत्य है। मैं इस बात से भी सहमत हूँ कि एसबीआई लाइफ, उपरिलिखित किसी भी सूचना की सटीकता, उपयोगिता तथा पूर्णता के लिये किसी भी प्रकार से कानूनी रूप से उत्तरदायी नहीं है तथा खाने के विवरण में त्रुटि, चूक या गलतबयानी के कारण किसी असंगति के लिये उत्तरदायी नहीं है।

I hereby authorize any Doctor or other person, or any hospital, sanatorium, medical professional, hospital or other medical care institution, insurance, support organization, pharmacy, governmental agency, Insurance company, employer, benefit plan administrator, accountant, or financial advisor or any other institute to provide to SBI LIFE INSURANCE COMPANY LTD, or any of its offices, or court of law any information regarding the health of the member/members insured under this policy. A Photostat copy of this authorization shall be considered as effective and valid as the original.

मैं एतद् द्वारा किसी डॉक्टर, अस्पताल, सेनेटोरियम, मेडिकल अधिकारी, अस्पताल या अन्य देखभाल करने वाले संस्थान, सहयोग संस्थान, फार्मसी, सरकारी एजेन्सी, बीमा कंपनी, नियोक्ता, बेनिफिट योजना प्रशासक, लेखाकार या वित्तीय परामर्शदाता या किसी अन्य संगठन को इस बात के लिये अधिकृत करता हूँ कि एसबीआई लाइफ इंश्योरेंस कंपनी लिमिटेड, या इसके किसी कार्यालय, अदालत को इस पॉलिसी के तहत बीमित सदस्यों/सदस्य के स्वास्थ्य के संबंध में कोई भी जानकारी दे सकते हैं। इस अनुज्ञा पत्र की फोटोकॉपी को मूल प्रति की तरह प्रभावी तथा वैध माना जाएगा।

Signature of the Policy Holder/पॉलिसी धारक के हस्ताक्षर _____

Name of the Policy Holder/पॉलिसी धारक का नाम _____

Address/पता _____

Date/तारीख _____

Place/स्थान _____

Without Prejudice
बिना पूर्वाग्रह
SBI Life Insurance Company Ltd
एसबीआई लाइफ जीवन बीमा कंपनी लि.
Claim form – Hospital Cash
दावा फार्म- हॉस्पिटल कैश

TPA Ref No टीपीए संदर्भ सं. _____

Documents accepted as ID Proof/पहचान प्रमाण के रूप में स्वीकृत दस्तावेज

1. PAN Card/पैन कार्ड
2. Voter's ID Card/वोटर आईडी कार्ड
3. Driving License/ड्राइविंग लाइसेंस
4. Passport/पासपोर्ट
5. ID card issued by any public authority/किसी सार्वजनिक अधिकारी द्वारा जारी पहचान पत्र

PS. In case of any dispute, English version shall be valid.(किसी विवाद की स्थिति में, अंग्रेजी संस्करण मान्य होगा)