

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

TPA Ref No टीपीए संदर्भ सं. _____

Policy Number / पॉलिसी संख्या: _____
Mailing Address: _____
डाक पता: _____
City/शहर: _____ State/राज्य : _____ Pincode/पिन कोड: _____
Mail ID/मेल 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. _____
Have you already made any claims under the policy / क्या पहले इस पॉलिसि पर दावा किया गया है Yes/हाँ ☐ No/नहीं ☐
If yes then details / यदि हाँ तो विवरण दीजिये _____

INSURED MEMBER'S DETAILS – IF OTHER THAN THE POLICY HOLDER

बीमित सदस्य का विवरण - यदि पॉलिसी धारक के अतिरिक्त 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: D D M M Y Y Y Y

CLAIM DETAILS/दावा विवरण

The illness/disease diagnosed/निदान किया गया रोग/बीमार : _____
Date of first consultation/पहले परामर्श की तारीख: D D M M Y Y Y Y Date of Diagnosis/निदान की तारीख: D D M M Y Y Y Y
Date and Time of Admission/प्रवेश की तारीख तथा समय : D D M M Y Y Y Y
Date and Time of Discharge/छुट्टी की तारीख व समय : D D M M Y Y Y Y
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 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 ☐ No ☐
क्या अस्पताल में किया गया इलाज किसी ऐसी बीमारी का था जो पॉलिसी शुरू होने के पहले से उपस्थित थी? हाँ ☐ नहीं ☐
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 को कारण

Date and Time of Accident/दुर्घटना की तारीख तथा समय: D D M M Y Y Y Y FIR No/एफआईआर नं.: _____
Brief narration of how the accident happened/दुर्घटना होने का संक्षिप्त विवरण : _____
Police Station name and address/पुलिस स्टेशन का नाम और पता : _____
Telephone number/टेलीफोन नंबर: _____
Email ID/ईमेल आईडी : _____

Without Prejudice बिना पूर्वाग्रह
SBI Life Insurance Company Ltd एसबीआई जीवन बीमा कंपनी लि.
Claim form – Hospital Cash दावा फार्म अस्पताल नगद

CLAIM FOR FAMILY CARE BENEFIT

Are you claiming for 'Family Care benefit'? * Yes ☐ No ☐

क्या आप 'फैमिली केयर बेनिफिट' के लिये दावा कर रहे हैं? हाँ ☐ नहीं ☐

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 दावा किया – 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 में प्राथमिक बीमित जीवन का दावा पॉलिसी वर्ष में एक बार 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 प्रत्यक्ष क्रेडिट सहमति फार्म को भरें, जिससे कि जब दावा स्वीकार किया जाए तो आपके खाते में दावे की रकम को सीधे जमा किया जा सके।

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	<input type="checkbox"/>
Hospital cum Treating Doctor's Certificate/अस्पताल तथा इलाज करने वाले डॉक्टर का प्रमाणपत्र	<input type="checkbox"/>
Discharge card and copy of all medical documents related to hospitalizations अस्पताल में भर्ती संबंधी सभी दस्तावेजों की प्रतियां तथा डिस्चार्ज कार्ड	<input type="checkbox"/>
Identity Proof of the Policy Holder/पॉलिसी धारक का पहचान पत्र	<input type="checkbox"/>
Age Proof of the Insured Member/ बीमित सदस्य की उम्र का प्रमाण	<input type="checkbox"/>
PAN card copy of the Policy Holder (for online policies)/पॉलिसी धारक के पैन कार्ड की प्रति(ऑनलाइन पॉलिसी हेतु)	<input type="checkbox"/>
Direct Credit Mandate of the Policyholder/पॉलिसी धारक के लिये प्रत्यक्ष क्रेडिट आदेश	<input type="checkbox"/>

Aadhaar Consent:

I, < Name of the Customer >, hereby give my voluntary consent to SBI Life Insurance Company Limited (SBI Life) and authorise the Company to obtain necessary details like Name, DOB, Address, Mobile Number, Email, Photograph through the QR code available on my Aadhaar card / XML File shared using the offline verification process of UIDAI. I understand and agree that this information will be exclusively used by SBI Life only for the KYC purpose and for all service aspects related to my policy/ies. I have duly been made aware that I can also use alternative KYC documents like Passport, Voter's ID Card, Driving licence, NREGA job card, letter from National Population Register, in lieu of Aadhaar for the purpose of completing my KYC formalities. I understand and agree that the details so obtained shall be stored with SBI Life and be shared solely for the purpose of issuing insurance policy to me and for servicing them. I will not hold SBI Life or any of its authorized officials responsible in case of any incorrect information provided by me. I further authorize SBI Life that it may use my mobile number for sending SMS alerts to me regarding various servicing and other matters related to my policy/ies.

मैं, <Jant-B-BZm>, एतद्वारा एसबीआई लाइफ इंश्योरेंस कंपनी लिमिटेड (एसबीआई लाइफ) को स्वेच्छा से अपनी सहमति देता/देती हूँ और कंपनी को आवश्यक विवरण जैसे नाम, जन्मतिथि, पता, मोबाइल नंबर, ईमेल, फोटोग्राफ मेरे आधार कार्ड पर उपलब्ध क्यूआर कोड/यूआईडीएआई की ऑफलाइन सत्यापन प्रक्रिया का उपयोग करके साझा की गई एसएमएल फाइल के ज़रिए हासिल करने हेतु अधिकृत करता/करती हूँ। मैं समझता और सहमत हूँ कि यह जानकारी केवल केवाईसी प्रयोजन के लिए और मेरी पॉलिसी/सिधों से संबंधित सभी सेवा पहलुओं के लिए विशेष रूप से उपयोग में लाई जाएगी। मुझे बताया गया है कि मैं वैकल्पिक दस्तावेजों जैसे पासपोर्ट, मतदाता पहचान पत्र, ड्राइविंग लाइसेंस, नरेगा जॉब कार्ड, नेशनल पॉपुलेशन रजिस्टर के पत्र का उपयोग अपनी केवाईसी की औपचारिकताओं को पूर्ण करने के प्रयोजन के लिए आधार के बदले उपयोग कर सकता/सकती हूँ। मैं समझता/समझती और सहमत हूँ कि इस तरह से प्राप्त विवरणों को एसबीआई लाइफ के पास संग्रहित किया जाएगा और मुझे इंश्योरेंस पॉलिसी जारी करने के प्रयोजन और उनकी सर्विसिंग करने के लिए ही केवल साझा किया जाएगा। मेरे द्वारा प्रदान की गई किसी भी गलत जानकारी के मामले में मैं एसबीआई लाइफ या उसके किसी भी अधिकृत अधिकारियों को जिम्मेदार नहीं ठहराऊंगा/ठहराऊंगी। मैं एसबीआई लाइफ को यह अधिकार भी देता/देती हूँ कि वह विभिन्न सेवा संबंधी और मेरी पॉलिसी से संबंधित अन्य मामलों के बारे में एसएमएल एलटर्स भेजने के लिए मेरे मोबाइल नंबर का उपयोग कर सकता है।

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

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 हैं। मैं इस बात से भी सहमत हूँ कि एसबीआई जीवन बीमा, उपरिलिखित किसी भी सूचना की सटीकता, उपयोगिता तथा पूर्णता के लिये किसी भी प्रकार से कानूनी रूप से उत्तरदायी नहीं है तथा 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 पेशेवर, अस्पताल या अन्य देखभाल करने वाले संस्थान, सहयोग संस्थान, फार्मसी, सरकारी एजेन्सी, बीमा कंपनी, नियोक्ता, प्लिफिट योजना प्रशासक, लेखाकार या वित्तीय परामर्शदाता या किसी अन्य संगठन को इस बात के लिये अधिकृत करता हूँ कि एसबीआई जीवन बीमा 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 _____

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

- Passport/पासपोर्ट
- PAN Card /पैन कार्ड
- Driving License/ड्राइविंग लाइसेंस
- Voter's Identity Card issued by Election Commission of India
मतदाता पहचान पत्र भारतीय चुनाव आयोग द्वारा जारी
- Job card issued by NREGA duly signed by an officer of the State
राज्य सरकार के अधिकारी द्वारा हस्ताक्षरित नरेगा द्वारा जारी जॉब कार्ड
- Aadhaar Card / Letter issued by the Unique Identification Authority of India
आधार नंबर/युनिक आयडेंटिफिकेशन अथॉरिटी ऑफ इंडिया के द्वारा जारी पत्र
- Letter issued by National Population Register containing details of name, address and Aadhaar number
नेशनल पॉपुलेशन रजिस्टर द्वारा जारी पत्र जिसमें नाम, पता और आधार नंबर के विवरण
- Others(Pls. Specify)/अन्य (कृपया उल्लेख करें) _____

Without Prejudice बिना पूर्वग्रह
SBI Life Insurance Company Ltd एसबीआई जीवन बीमा कंपनी लि.
Claim form – Hospital Cash दावा फार्म- अस्पताल नगद
Direct Credit Mandate / प्रत्यक्ष क्रेडिट सहमति

I/We _____ (Name of Nominee/Assignee/Trustee) hereby authorize SBI Life Insurance Co. Ltd. to directly credit the claim proceeds of Rs. _____ to my Bank Account, as per details given below:

मैं/हम _____ (नामित/पृष्ठांकित/ट्रस्टी) एतद् द्वारा एसबीआई जीवन बीमा कंपनी लिमिटेड को इस बात के लिये अधिकृत करते हैं कि दावे से मिली रकम रु _____ को नीचे दिये विवरण के अनुसार, मेरे बैंक खाते सीधे जमा कर दें।

Account No खाता सं. _____

Bank Name बैंक का नाम _____

Type of Account ☐ Savings Bank ☐ Current
खाते का प्रकार बचत खाता चालू
☐ Overdraft ☐ Cash Credit
ओवरड्राफ्ट कैश क्रेडिट

Branch Name _____

शाखा नाम

Name of the Accountholder _____

खाता धारक का नाम

IFSC Code No _____

IFSC कोड संख्या

Mobile Number _____

E Mail ID _____ @ _____

I agree that in case of any failure of Direct Credit, for any reason whatsoever, SBIL shall not be responsible. I also agree that SBIL shall not be responsible/liable for any losses that may arise due to incorrect bank account details provided herein above.

मैं स्वीकार करता हूँ कि किसी भी कारण से प्रत्यक्ष क्रेडिट की असफलता की स्थिति में एसबीआईएल जिम्मेदार नहीं माना जाएगा। मैं ये भी स्वीकार करता हूँ कि यहां पर प्रदान किये गये किसी भी बैंक संबंधी विवरण में त्रुटि के कारण हुई किसी भी हानि के लिये एसबीआईएल को जिम्मेदार/उत्तरदायी नहीं माना जाएगा।

Signature of the Claimant _____

दावाकर्ता के हस्ताक्षर

Policy Number _____

पॉलिसी संख्या

Date/ दिनांक: _____

***Disclaimer** - Please note that the direct transfer of the Claim proceeds to bank account to be made only if otherwise possible and allowed by banks as per banking regulations, Direct Credit will be possible only if either a cancelled pre-printed cheque leaf is attached or above stated account details are attested by branch manager of the bank where the bank account is being maintained. SBI life will not be responsible and liable for any losses occurring due to incorrect account details provided by Nominee/assignee/trustee.

अस्वीकरण- कृपया ध्यान दें कि बैंक खाते में दावे की रकम का प्रत्यक्ष अंतरण तभी किया जाएगा जबकि बैंक के द्वारा बैंकिंग नियमों के तहत ऐसा संभव या स्वीकृत होगा, प्रत्यक्ष अंतरण तभी संभव होगा जबकि एक पूर्व मुद्रित निरस्त चेक संलग्न की गयी हो या उपरिलिखित खाता विवरण उस बैंक के शाखा प्रबंधक द्वारा अनुप्रमाणित हो जिसमें ये खाता चल रहा है। एसबीआई लाईफ नामित/पृष्ठांकित/ट्रस्टी द्वारा दी गयी त्रुटि के कारण हुई किसी भी हानि के लिये जिम्मेदार तथा उत्तरदायी नहीं होगा।