

दावेदार विवरण फॉर्म (राइडर क्लेम):

फॉर्म (A-2)

प्रतिकूल प्रभाव डाले बिना

- इस फॉर्म को पॉलिसी के तहत बीमित व्यक्ति/लाभार्थी द्वारा पूरा किया जाना चाहिए।
 - कृपया सुनिश्चित करें कि सभी सवालों के जवाब दिए गए हैं। किसी भी कॉलम को खाली छोड़ने के बजाय “लागू नहीं” (एन/ए) का उपयोग करें।
 - पॉलिसी दस्तावेज़ में बताए गए नियमों व शर्तों के अनुसार दावे की रकम का भुगतान किया जाता है और यह घटना की तारीख पर पॉलिसी के चालू रहने पर निर्भर है।
 - सभी जरूरी जानकारी को समय से पहले और पूरी तरह से जमा करने से कंपनी को दावों पर जल्द-से-जल्द कार्रवाई करने में मदद मिलेगी।
 - कंपनी के पास अतिरिक्त दस्तावेज़ माँगने/जरूरत पड़ने पर कॉल करने का अधिकार सुरक्षित है।
 - कृपया इस फॉर्म के साथ डिस्चार्ज समरी / इनडोर मेडिकल रिकॉर्ड की एक कॉपी जमा करें।
- इस फॉर्म के साथ दावेदार का केवाईसी दस्तावेज़ और बैंक प्रमाण जमा करना अनिवार्य है।

पॉलिसी नंबर:

व्यौरा	बीमित व्यक्ति का विवरण
नाम	श्री/श्रीमती/मास्टर/सुश्री _____
पता	_____ पिन कोड: _____
	टेलीफोन नंबर: _____

दावे का विवरण	
राइडर जिसके तहत दावा किया जा रहा है	☐ CI राइडर ☐ ATPD ☐ HCB ☐ WOP ☐ PWB
पहचानी गई बीमारी	_____
CI या HCB के तहत दावे के मामले में कृपया निम्नलिखित जानकारी प्रदान करें:	
डायग्नोसिस की तारीख:	
बीमारी की डायग्नोसिस करने वाले डॉक्टर का नाम और पता	_____ _____ टेलीफोन नंबर: _____
बीमाधारक को भर्ती किए जाने वाले अस्पताल का नाम	_____
भर्ती की तारीख:	(इनडोर पेशेंट नंबर: _____)
डिस्चार्ज की तारीख:	
मौजूदा बीमारी से जुड़े लक्षण:	_____ _____
बताए गए लक्षणों की अवधि	_____
हालत में सुधार	☐ सुधार हुआ ☐ बीमारी ठीक हुई ☐ कोई सुधार नहीं
ATPD के तहत दावे के मामले में कृपया निम्नलिखित जानकारी प्रदान करें:	
विकलांगता का स्वरूप	☐ स्थायी ☐ अस्थायी
बीमाधारक को भर्ती किए जाने वाले अस्पताल का नाम	_____
भर्ती की तारीख:	(इनडोर पेशेंट नंबर: _____)
डिस्चार्ज की तारीख	
विकलांगता की तारीख	
दुर्घटना की तारीख	
दुर्घटना का स्थान:	_____
उस पुलिस स्टेशन का नाम जहाँ एफ.आई.आर. दर्ज की गई है	_____

एफ.आई.आर. की तारीख:	D D M M Y Y Y Y (कृपया इस फॉर्म के साथ एफ.आई.आर. की कॉपी भी जमा करें)
हालत में सुधार	☐ सुधार हुआ ☐ पूरी तरह ठीक ☐ कोई सुधार नहीं
क्या बीमित व्यक्ति मेहनताने या लाभ कमाने के लिए कोई व्यवसाय करने या गतिविधियों में शामिल होने में सक्षम है?	☐ हाँ ☐ नहीं

बीमित जीवन के पिछले स्वास्थ्य/आदत का विवरण:				
बीमारी/आदत का स्वरूप	कृपया चुनें हाँ/नहीं		अवधि (कब से)	अगर हाँ, तो मात्रा का विवरण
हाइपरटेंशन	हाँ नहीं			
डायबिटीज	हाँ नहीं			
दिल की बीमारी	हाँ नहीं			
किडनी की बीमारी	हाँ नहीं			
लिवर की बीमारी	हाँ नहीं			
कैंसर	हाँ नहीं			
बीते 5 सालों में कोई अन्य बीमारी/रोग/सर्जरी/अस्पताल में भर्ती होना	हाँ नहीं			
धूम्रपान/शराब/तम्बाकू/ड्रग्स जैसी कोई भी आदत (कृपया चुनें)	हाँ नहीं			

भुगतान का विवरण				
अस्पताल में भर्ती होने के खर्च और भुगतान के तरीके का विवरण				
पिछले 5 सालों के दौरान मेडिकलेम/ हेल्थ इश्योरेंस पॉलिसी के तहत दावा की गई राशि का विवरण	बीमा कंपनी का नाम	बीमा राशि	दावे की प्राप्त राशि	दावे की तारीख

बीमित व्यक्ति से संबंधित अन्य विवरण:	
रोजगार का विवरण	
अंतिम नियोक्ता/व्यवसाय का नाम:	
पता:	
कार्यस्थल/व्यवसाय में पद का नाम:	
अंतिम कार्यदिवस:	D D M M Y Y Y Y
सालाना आय	
नौकरी/व्यवसाय का स्वरूप	
पारिवारिक डॉक्टर का विवरण	
डॉक्टर का नाम	
पता एवं टेलीफोन नंबर	
बीमित व्यक्ति कब से डॉक्टर से इलाज करा रहा है	
उस बीमारी का नाम, जिसके लिए इलाज कराया गया था	

बीमित व्यक्ति द्वारा ली गई दूसरी जीवन बीमा/मेडिकलेम पॉलिसियों का ब्यौरा						
कंपनी/ टी.पी.ए. का नाम	पॉलिसी नंबर	जोखिम प्रारंभ होने की तारीख	बीमा राशि	दावा किया हॉ/नहीं	दावे की स्थिति	दावा की गई राशि

इलेक्ट्रॉनिक भुगतान का विकल्प (सीधे आपके बैंक खाते में धनराशि का हस्तांतरण)

1. बैंक खाताधारक का नाम: _____

2. बैंक का नाम: _____ शाखा का नाम: _____

3. अकाउंट नंबर: _____

4. अकाउंट का प्रकार: ☐ बचत खाता ☐ चालू खाता ☐ NRI ☐ NRO

5. IFSC कोड: _____ MICR कोड: _____

☐ इस फॉर्म के साथ पर्सनलाइज्ड कैंसिल चेक जमा करना आवश्यक है

पॉलिसी की शर्तों और नियमों के अनुसार और उसके तहत भुगतान किया जाएगा। इसके अलावा, इलेक्ट्रॉनिक भुगतान विधि चुनने के बावजूद कंपनी के पास डिमांड ड्राफ्ट/बराबर मूल्य पर देय चेक सहित भुगतान के किसी भी वैकल्पिक तरीके का उपयोग करने का अधिकार है। मैं अपने बैंक खाते में पैसे जमा न होने या अधूरी/गलत जानकारी के कारण ट्रांजैक्शन में देरी होने या ट्रांजैक्शन पूरा नहीं होने की स्थिति में एडलवाइस टोकियो लाइफ इंश्योरेंस कंपनी लिमिटेड को जिम्मेदार नहीं ठहराऊंगा।

तारीख:

DD

MM

YYYY

 दावेदार के हस्ताक्षर/अंगूठे का निशान: _____

मैं, श्री/सुश्री/श्रीमती _____ (नाम) हूँ और श्री/सुश्री/श्रीमती _____ (बीमित व्यक्ति का नाम) से मेरा संबंध _____ का है, तथा मैं एतद्वारा घोषणा और पुष्टि करता/करती हूँ कि मैं मृत व्यक्ति का/ की असली दावेदार हूँ और ऊपर दिए गए विवरण हर लिहाज से सही एवं पूर्ण हैं।

कंपनी को इस पॉलिसी के तहत किए गए दावे के मूल्यांकन में सक्षम बनाने के लिए, मैं कंपनी को निम्नलिखित दस्तावेज/विवरण प्राप्त करने के लिए अधिकृत करता/करती हूँ

- पिछले और मौजूदा नियोक्ता (नियोक्ताओं) व्यावसायिक सहयोगी
- चिकित्सक/अस्पताल (सरकारी/निजी)
- कोई भी जीवन और गैर-जीवन बीमा कंपनी

मैं एतद्वारा ऊपर बताए गए प्राधिकारियों को इस तरह के विवरण/दस्तावेज कंपनी को जारी करने के लिए अपनी सहमति देता/देती हूँ, जिनकी दावे के मूल्यांकन के दौरान आवश्यकता हो सकती है।

अगर पॉलिसी दस्तावेज कंपनी को प्रस्तुत नहीं किया गया है, तो मैं ऐसे मामले में पॉलिसी दस्तावेज के कब्जे के आधार पर या अन्य वजहों से किसी दूसरे व्यक्ति द्वारा किए गए दावे के कारण कंपनी को होने वाली सभी देनदारियों की क्षतिपूर्ति करने के लिए अपनी सहमति देता/देती हूँ।

आपका विश्वासी,

दावेदार के हस्ताक्षर / अंगूठे का निशान	गवाह का नाम और हस्ताक्षर नाम: _____ हस्ताक्षर: _____ दावेदार के साथ रिश्ता: _____
एसटीडी कोड के साथ टेलीफोन नंबर: _____	एसटीडी कोड के साथ टेलीफोन नंबर: _____
स्थान: _____	स्थान: _____
तारीख: _____	तारीख: _____