

హక్కులకు భంగం లేకుండా

- పాలసీ కింద ఈ ఫామ్ను జీవిత బీమా చేయించుకున్న వ్యక్తి/లబ్బిదారు పూర్తి చేయాల్సి ఉంటుంది.
 - అన్ని ప్రశ్నలకు సమాధానం ఇవ్వండి. ఖాళీగా వదిలిపెట్టే బదులు వర్తించదు (N/A) అని పేర్కొనండి.
 - పాలసీ డాక్యుమెంట్లో పేర్కొన్న ప్రకారం ఘటన జరిగిన తేదీ నాటికి పాలసీ అమల్లో ఉండటానికి లోబడి క్లెయిమ్ మొత్తాల చెల్లింపు ఉంటుంది.
 - అవసరమైనవన్నీ త్వరగా పూర్తి చేసి సమర్పించినట్లు అయితే క్లెయిమ్ ను కంపెనీ త్వరగా ప్రాసెస్ చేయగలుగుతుంది.
 - అదనపు పత్రాలు/అవసరాలను కోరే హక్కు కంపెనీ కలిగి ఉంటుంది.
 - ఈ ఫామ్పై పాటు దయచేసి డిస్కాన్ట్ సమర్పించుకోవడం/ఇన్సూర్ మెడికల్ రికార్డులు సమర్పించండి.
- ఈ ఫామ్తో పాటు క్లెయిమ్ చేసుకునే వ్యక్తి పత్రాలు, బ్యాంకు ఆధారాలు సమర్పించడం తప్పనిసరి.

పాలసీ నెం.:

వివరాలు	బీమా చేయించుకున్న వ్యక్తి వివరాలు
పేరు	శ్రీ/శ్రీమతి/మాస్టర్/మిస్ _____
అడ్రస్	_____ పిన్ కోడ్: _____
	టెలిఫోన్ నెం.: _____

క్లెయిమ్ వివరాలు	
ఈ క్లెయిమ్ను ఏ రైడర్ కింద చేస్తున్నారు	☐ CI రైడర్ ☐ ATPD ☐ HCB ☐ WOP ☐ PWB
నిర్ధారణ అయిన వ్యాధి	_____
ఒక్కోవేళ క్లెయిమ్ CI లేదా HCB కింద అయితే దిగువ వివరాలు తెలియజేయండి	
నిర్ధారణ తేదీ	
వ్యాధిని గుర్తించిన డాక్టర్ పేరు & అడ్రస్	_____ _____ టెలిఫోన్ నెం.: _____
బీమా చేయించుకున్న వ్యక్తి చేరిన ఆస్పత్రి	_____
చేరిన తేదీ:	(ఇన్డోర్ పేషంట్ నెం. _____)
డిస్చార్జ్ తేదీ	
ప్రస్తుత వ్యాధికి సంబంధించిన లక్షణాలు	_____ _____
ఈ లక్షణాల వ్యవధి	_____
పురోగతి	☐ మెరుగుపడింది ☐ రికవరీ ☐ ఏమీ మెరుగుపడలేదు
ATPD కింద అయితే దిగువ వివరాలు తెలియజేయండి	
వైకల్య స్వభావం	☐ శాశ్వత ☐ తాత్కాలిక
బీమా చేయించుకున్న వ్యక్తి చేరిన ఆస్పత్రి	_____
చేరిన తేదీ:	(ఇన్డోర్ పేషంట్ నెం. _____)
డిస్చార్జ్ తేదీ	
వైకల్య తేదీ	
ప్రమాద తేదీ	
ప్రమాద ప్రదేశం	_____
FIR నమోదైన పోలీసు స్టేషన్ పేరు	_____

FIR తేదీ	D D M M Y Y Y Y (ఈ ఫామ్‌తో పాటు FIR కాపీ జతచేయండి)
పురోగతి	☐ మెరుగుపడింది ☐ రికవర్డ్ ☐ ఏమి మెరుగుపడలేదు
బీమా చేయించుకున్న వ్యక్తికి వేతనం లేదా లాభాలకు ఏదైనా వృత్తి లేదా కార్యకలాపాల్లో నిమగ్నమయ్యే సమర్థత ఉందా?	☐ ఉంది ☐ లేదు

బీమా చేయించుకున్న వ్యక్తి గత ఆరోగ్యం/అలవాట్ల వివరాలు				
అనారోగ్యం/అలవాటు స్వభావం	దయచేసి అవును/కాదు ఎంచుకోండి		వ్యవధి (ఎప్పటి నుంచి)	అవును అయితే, మోతాదు వివరాలు
హైపర్‌టెన్షన్	అవును	కాదు		
డయాబెటీస్	అవును	కాదు		
గుండె వ్యాధి	అవును	కాదు		
కిడ్నీ వ్యాధి	అవును	కాదు		
లివర్ వ్యాధి	అవును	కాదు		
క్యాన్సర్	అవును	కాదు		
ఇతర ఏదైనా అనారోగ్యం/లోపం/సర్జరీ/గడిచిన 5 ఏళ్లలో ఆస్పత్రిలో చేరిక	అవును	కాదు		
పొగ/ మద్యం/పొగాకు/డ్రగ్స్ తీసుకునే అలవాటు ఉందా (దయచేసి సెలెక్ట్ చేయండి)	అవును	కాదు		

చెల్లింపు వివరాలు				
ఆస్పత్రి ఖర్చు వివరాలు, చెల్లింపు జరిపిన విధానం				
గడిచిన ఐదేళ్లలో మెడిక్లెయిమ్/హెల్త్ ఇన్సూరెన్స్ పాలసీ కింద క్లెయిమ్ చేసుకున్న మొత్తం వివరాలు	బీమా చేయించుకున్న వ్యక్తి పేరు	బీమా మొత్తం	అందుకున్న క్లెయిమ్ మొత్తం	క్లెయిమ్ తేదీ

బీమా చేయించుకున్న వ్యక్తి ఇతర వివరాలు	
ఉద్యోగ వివరాలు	
గత యజమాని/వ్యాపారం పేరు:	
అడ్రస్	
పని ప్రదేశం/వ్యాపారంలో హోదా	
చివరి పని తేదీ:	D D M M Y Y Y Y
వార్షిక ఆదాయం	
ఉద్యోగం/వ్యాపార స్వభావం	
ఫ్యామిలీ డాక్టర్ వివరాలు	
డాక్టర్ పేరు	
అడ్రస్ & టెలిఫోన్ నెం.	
ఈ డాక్టరు దగ్గర బీమా చేయించుకున్న వ్యక్తి ఎప్పటి నుంచి చికిత్స తీసుకుంటున్నారు	
చికిత్స అందించిన వ్యాధి పేరు	

బీమా చేయించుకున్న వ్యక్తికి ఉన్న ఇతర జీవిత బీమా/మెడిక్లైమ్ పాలసీ వివరాలు						
కంపెనీ/TPA పేరు	పాలసీ నెం.	రిస్క్ ప్రారంభ తేదీ	బీమా మొత్తం	క్లెయిమ్ లేవనెత్తారా అవును/కాదు	క్లెయిమ్ స్టేటస్	క్లెయిమ్ చేసిన మొత్తం

ఎలక్ట్రానిక్ చెల్లింపు అప్లైన్ (మీ బ్యాంకు ఖాతాలోకి నేరుగా బదిలీ)

1. బ్యాంకు ఖాతాదారు పేరు: _____

2. బ్యాంకు పేరు: _____ బ్రాంచ్ పేరు: _____

3. ఖాతా నెం.: _____

4. ఖాతా రకం ☐ సేవింగ్ ☐ కరెంట్ ☐ NRI ☐ NRO

5. IFSC కోడ్: _____ MICR కోడ్: _____

☐ ఈ ఫామ్ తో పాటు క్యాన్సిల్ చేసిన వ్యక్తిగత చెక్కు అవసరం.

పాలసీ నియమనిబంధనలకు లోబడి చెల్లింపులు ఉంటాయి. ఎలక్ట్రానిక్ చెల్లింపు విధానం ఎంచుకున్నప్పటికీ డిమాండ్ డ్రాఫ్ట్/ఎట్ పార్ చెల్లింపు చెక్కు వంటి ప్రత్యామ్నాయ చెల్లింపు విధానాన్ని ఉపయోగించే అధికారం కంపెనీ కలిగి ఉంటుంది. అసంపూర్ణ/అవాస్తవ సమాచారం కారణంగా నా బ్యాంకు ఖాతాలో డబ్బు జమ కాకపోయినా లేదా లావాదేవీలో జాప్యం లేదా ప్రభావితం కాకపోవడం సహా ఏ కారణాలకు కూడా నేను ఎడిల్ వైజ్ టోకియో లైఫ్ ఇన్సూరెన్స్ కంపెనీ లిమిటెడ్ ను బాధ్యులను చేయను.

తేదీ: క్లెయిమ్ చేస్తున్న వ్యక్తి సంతకం/వేలిముద్ర : _____

శ్రీ/కుమారి/శ్రీమతి _____ అను నేను, శ్రీ/కుమారి/శ్రీమతి _____ (బీమా చేయించుకున్న వ్యక్తి పేరు)కు _____

(బంధుత్వం) మరణించిన వ్యక్తికి సంబంధించి నేను క్లెయిమ్ చేసుకునే హక్కుదారునని, పైన పేర్కొన్న ప్రతీది, ప్రతీ విషయంలో వాస్తవము, సంపూర్ణమని నేను ఇందుమూలంగా తెలియజేస్తూ నిర్ధారిస్తున్నాను.

ఈ పాలసీ కింద క్లెయిమ్ ను కంపెనీ మదింపు చేసేందుకు వీరి నుంచి పత్రాలు/వివరాలు తీసుకునేందుకు కంపెనీకి నేను అధికారమిస్తున్నాను

- గత, ప్రస్తుత యజమాని(నులు), వ్యాపార అసోసియేట్స్
- మెడికల్ ప్రాక్టీషనర్/హాస్పిటల్స్ (ప్రభుత్వ/ ప్రైవేట్)
- ఏదైనా జీవిత, జీవిత బీమాయితర కంపెనీ

ఈ క్లెయిమ్ మదింపునకు సంబంధించి అవసరమైన వివరాలు/పత్రాలు ఈ కంపెనీకి విడుదల చేయాలని ఇందుమూలంగా పైన పేర్కొన్న సంస్థలకు నేను ఇందుమూలంగా నా సమ్మతి తెలియజేస్తున్నాను.

ఒకవేళ పాలసీ పత్రాన్ని కంపెనీకి సమర్పించనట్లు అయితే, ఇతర వ్యక్తులు ఎవరైనా తమ దగ్గర పాలసీ పత్రం ఉందని లేదా ఇంకే రీతిలోనైనా క్లెయిమ్ చేసినట్లు అయితే అట్టి సందర్భంలో కంపెనీకి ఎదురయ్యే అన్ని బాధ్యతలు, నష్టపరిహారం నుంచి కంపెనీని విముక్తి కల్పించేందుకు నేను అంగీకరిస్తున్నాను.

మీ విధేయులు,

క్లెయిమ్ చేస్తున్న వ్యక్తి సంతకం/వేలిముద్ర	సాక్షుల పేర్లు & సంతకాలు పేరు: _____ సంతకం: _____ క్లెయిమ్ చేస్తున్న వ్యక్తితో సంబంధం: _____
ఎస్టీడి కోడ్ తో టెలిఫోన్: _____	ఎస్టీడి కోడ్ తో టెలిఫోన్: _____
స్థలం: _____	స్థలం: _____
తేదీ: _____	తేదీ: _____