

മുൻവിധികളില്ലാതെ

- പോളിസി പ്രകാരമുള്ള ലൈഫ് അപ്പോർഡ്/ഗുണഭോക്താവ് ഫോം പൂരിപ്പിക്കേണ്ടതുണ്ട്.
 - എല്ലാ ചോദ്യങ്ങൾക്കും ഉത്തരം നൽകിയിട്ടുണ്ടെന്ന് ഉറപ്പാക്കുക. ശൂന്യമായി ഇടുന്നതിനുപകരം ബാധകമല്ല (/) നൽകിയിട്ടുണ്ടെന്ന് ഉറപ്പാക്കുക.
 - പോളിസി ഡോക്യുമെന്റിൽ പരാമർശിച്ചിരിക്കുന്ന നിബന്ധനകളും വ്യവസ്ഥകളും അനുസരിച്ച് ക്ലെയിം തുകകൾ നൽകപ്പെടും, കൂടാതെ ഇവയ്ക്ക് തീയതി മുതൽ പോളിസി പ്രാബല്യത്തിൽ വരുന്നതിന് വിധേയവുമാണ്.
 - ആവശ്യകതകൾ നേരത്തെയും പൂർണ്ണമായും സമർപ്പിക്കുന്നത് കമ്പനിയെ ക്ലെയിമുകൾ എത്രയും വേഗം പ്രോസസ്സ് ചെയ്യാൻ പ്രാപ്തമാക്കും.
 - അധിക രേഖകൾ / ആവശ്യകതകൾ ആവശ്യപ്പെടാൻ കമ്പനിക്ക് അവകാശമുണ്ട്.
 - ഡിസ്ചാർജ്ജ് സംഗ്രഹം / ഇൻഡോർ മെഡിക്കൽ രേഖകളുടെ പകർപ്പ് ഈ ഫോമിനൊപ്പം ദയവായി സമർപ്പിക്കുക.
- ഈ ഫോമിനൊപ്പം രേഖകളും അവകാശിയുടെ ബാങ്ക് തെളിവു സമർപ്പിക്കേണ്ടത് നിർബന്ധമാണ്.

പോളിസി നമ്പർ:

വിശദാംശങ്ങൾ	ലൈഫ് അപ്പോർഡിന്റെ വിശദാംശങ്ങൾ
പേര്	ശ്രീ/ശ്രീമതി/കുമാരി/കുമാരൻ _____
വിലാസം	_____ _____ _____ പിൻ കോഡ്: _____ ഫോൺ നമ്പർ: _____

ക്ലെയിമിന്റെ വിശദാംശങ്ങൾ	
ക്ലെയിം നടത്തുന്ന റൈഡർ	☐ CI റൈഡർ ☐ ATPD ☐ HCB ☐ WOP ☐ PWB
കണ്ടെത്തിയ രോഗം	_____
CI അറ്റാച്ചിൽ HCB പ്രകാരമുള്ള ക്ലെയിം ഉണ്ടെങ്കിൽ ദയവായി ഇനിപ്പറയുന്നവ നൽകുക:	
രോഗനിർണയ തീയതി	
രോഗം കണ്ടെത്തിയ ഡോക്ടറുടെ പേരും വിലാസവും	_____ _____ ഫോൺ നമ്പർ: _____
ഇൻഷുർ ചെയ്ത വ്യക്തിയെ പ്രവേശിപ്പിച്ച ആശുപത്രിയുടെ പേര്	_____
പ്രവേശന തീയതി:	(ഇൻഡോർ പേഷ്യന്റ് നമ്പർ: _____)
ഡിസ്ചാർജ്ജ് ചെയ്ത തീയതി	
നിലവിലെ രോഗവുമായി ബന്ധപ്പെട്ട ലക്ഷണങ്ങൾ	_____ _____
മേൽപ്പറഞ്ഞ ലക്ഷണങ്ങളുടെ ദൈർഘ്യം	_____
പുരോഗതി	☐ മെച്ചപ്പെട്ടു ☐ ഭേദമായി ☐ മാറ്റമില്ല
ATPD പ്രകാരമുള്ള ക്ലെയിം ഉണ്ടെങ്കിൽ ദയവായി ഇനിപ്പറയുന്നവ നൽകുക:	
വൈകല്യത്തിന്റെ സ്വഭാവം	☐ സ്ഥിരമായത് ☐ താൽക്കാലികം
ഇൻഷുർ ചെയ്ത വ്യക്തിയെ പ്രവേശിപ്പിച്ച ആശുപത്രിയുടെ പേര്	_____
അഡ്മിഷൻ തീയതി:	(ഇൻഡോർ പേഷ്യന്റ് നമ്പർ: _____)
ഡിസ്ചാർജ്ജ് ചെയ്ത തീയതി	
വൈകല്യ തീയതി	
അപകട തീയതി	
അപകട സ്ഥലം	_____
FIR രജിസ്റ്റർ ചെയ്ത പോലീസ് സ്റ്റേഷന്റെ പേര്	_____

FIR തീയതി	D D M M Y Y Y Y (ഈ ഫോമിനൊപ്പം FIR-ന്റെ പകർപ്പ് അറ്റാച്ചുചെയ്യുക))
പുരോഗതി	☐ മെച്ചപ്പെട്ടു ☐ പൂർണ്ണമായും ഭേദമായി ☐ മാറ്റമില്ല
ലൈഫ് അപ്പേർഡിന് പ്രതിഫലത്തിനോ ലാഭത്തിനോ വേണ്ടി ഏതെങ്കിലും തൊഴിൽ ചെയ്യാനോ പ്രവർത്തനങ്ങളിൽ ഏർപ്പെടാനോ കഴിയുമോ?	☐ ഉവ്വ് ☐ ഇല്ല

ജീവിത ഉറപ്പിന്റെ മുൻകാല ആരോഗ്യ/ശീല വിശദാംശങ്ങൾ:

രോഗത്തിന്റെ സ്വഭാവം / ശീലം	ദയവായി ഉണ്ട്/ഇല്ല തിരഞ്ഞെടുക്കുക.		ദൈർഘ്യം (എന്നുമുതൽ)	അതെ എങ്കിൽ, അളവിന്റെ വിശദാംശങ്ങൾ
രക്താതിമർദ്ദം	ഉണ്ട്	ഇല്ല		
പ്രമേഹം	ഉണ്ട്	ഇല്ല		
ഹൃദയരോഗം	ഉണ്ട്	ഇല്ല		
വൃക്കരോഗം	ഉണ്ട്	ഇല്ല		
കരൾ രോഗം	ഉണ്ട്	ഇല്ല		
കാൻസർ	ഉണ്ട്	ഇല്ല		
കഴിഞ്ഞ 5 വർഷത്തിനിടയിൽ മറ്റേതെങ്കിലും അസുഖങ്ങൾ / തകരാറുകൾ / ശസ്ത്രക്രിയ / ആശുപത്രിയിൽ പ്രവേശനം	ഉണ്ട്	ഇല്ല		
പുകവലി / മദ്യം / പുകയില / മയക്കുമരുന്ന് പോലുള്ള ഏതെങ്കിലും ശീലങ്ങൾ (ദയവായി തിരഞ്ഞെടുക്കുക)	ഉണ്ട്	ഇല്ല		

പേയ്മെന്റ് വിശദാംശങ്ങൾ

ആശുപത്രി ചെലവുകളുടെയും പണമടയ്ക്കൽ രീതിയുടെയും വിശദാംശങ്ങൾ				
കഴിഞ്ഞ അഞ്ച് വർഷത്തിനിടെ മെഡിക്കെയിം/ആരോഗ്യ ഇൻഷുറൻസ് പോളിസി പ്രകാരം ക്ലെയിം ചെയ്ത തുകയുടെ വിശദാംശങ്ങൾ	ഇൻഷുററുടെ പേര്	സം അപ്പേർഡ്	ലഭിച്ച ക്ലെയിം തുക	ക്ലെയിം ചെയ്യുന്ന തീയതി

ലൈഫ് അപ്പേർഡിന്റെ മറ്റ് വിശദാംശങ്ങൾ:

തൊഴിൽ വിശദാംശങ്ങൾ	
അവസാന തൊഴിലുടമയുടെ / ബിസിനസ്സ് പേര്:	
വിലാസം	
ജോലിസ്ഥലത്ത്/ബിസിനസ് പദവി:	
അവസാന പ്രവർത്തന തീയതി:	D D M M Y Y Y Y
വാർഷിക വരുമാനം:	
ജോലി/ബിസിനസിന്റെ സ്വഭാവം	
ഫാമിലി ഫിസിഷ്യന്റെ വിശദാംശങ്ങൾ	
ഡോക്ടറുടെ പേര്	
വിലാസവും ഫോൺ നമ്പറും	
ലൈഫ് അപ്പേർഡ് എന്ന് മുതൽ ഡോക്ടറിൽ നിന്ന് ചികിത്സ സ്വീകരിച്ചു തുടങ്ങി	
ഏത് രോഗത്തിനാണ് ചികിത്സ സ്വീകരിച്ചത്?	

ലൈഫ് അഷ്യൂറഡ് കൈവശം വച്ചിരിക്കുന്ന മറ്റ് ലൈഫ് ഇൻഷുറൻസ് / മെഡിക്കലിം പോളിസിക്ളുടെ വിശദാംശങ്ങൾ						
കമ്പനി/TPA-യുടെ പേര്	പോളിസി നമ്പർ	റിസ്ക് ആരംഭിക്കുന്ന തീയതി	സം അഷ്യൂർഡ്	ക്ലെയിം ഉന്നയിച്ചു ഉദ്യ/ഇല്ല	ക്ലെയിം നില	ക്ലെയിം ചെയ്ത തുക

ഇലക്ട്രോണിക് പേഴെട്ട് ഓപ്ഷൻ (നിങ്ങളുടെ ബാങ്ക് അക്കൗണ്ടിലേക്ക് നേരിട്ട് ഫണ്ട് ട്രാൻസ്ഫർ ചെയ്യുക)

1. ബാങ്ക് അക്കൗണ്ട് ഉടമയുടെ പേര്: _____

2. ബാങ്കിന്റെ പേര്: _____ ശാഖയുടെ പേര്: _____

3. A/c നമ്പർ.: _____

4. A/c തരം: ☐ സേവിംഗ് ☐ കറൻസി ☐ NRI ☐ NRO

5. IFSC കോഡ്: _____ MICR കോഡ്: _____

☐ ഈ ഫോമിനൊപ്പം വ്യക്തിഗതമാക്കിയ റദ്ദാക്കിയ ചെക്കും ആവശ്യമാണ്

പേഴെട്ടുകൾ പോളിസിയുടെ നിബന്ധനകൾക്കും വ്യവസ്ഥകൾക്കും അനുസൃതമായും വിധേയമായും ആയിരിക്കും. കൂടാതെ, ഇലക്ട്രോണിക് പേഴെട്ട് രീതി തിരഞ്ഞെടുത്തിട്ടുണ്ടെങ്കിലും, ഡിമാൻഡ് ഡ്രാഫ്റ്റ്/പാർ ചെക്ക് ഉൾപ്പെടെയുള്ള ഏതെങ്കിലും ബദൽ പേഴെട്ട് ഓപ്ഷൻ ഉപയോഗിക്കാനുള്ള അവകാശം കമ്പനിയിൽ നിക്ഷിപ്തമാണ്. എന്റെ ബാങ്ക് അക്കൗണ്ടിലേക്ക് ക്രെഡിറ്റ് ചെയ്യപ്പെടാത്തതോ അപൂർണ്ണമായ/തെറ്റായ വിവരങ്ങൾ കാരണം ഇടപാട് വൈകിയതോ അല്ലെങ്കിൽ ഫലത്തിൽ വരാത്തതോ ആയ സാഹചര്യത്തിൽ എഡൽവിസ് ടോക്കിയോ ലൈഫ് ഇൻഷുറൻസ് കമ്പനി ലിമിറ്റഡിനെ ഞാൻ ഉത്തരവാദിയായിക്കല്പിക്കുന്നു.

തീയതി:

DD

MM

YYYY

 അവകാശവാദിയുടെ ഒപ്പ് / വിരലടയാളം: _____

മിസ്റ്റർ / മിസ്. / മിസ്സിസ് _____ (ലൈഫ് അഷ്യൂർഡ് പേര്) എന്നിവരുടെ _____ (ബന്ധു) മിസ്റ്റർ / മിസ്സിസ് / മിസ്സിസ് _____ (പേര്), എന്ന ഞാൻ, മരണപ്പെട്ട വ്യക്തിയുടെ അവകാശപ്പെട്ട അവകാശവാദിയായാണ് ഇതിനാൽ പ്രഖ്യാപിക്കുകയും സ്ഥിരീകരിക്കുകയും ചെയ്യുന്നു, മുകളിൽ പറഞ്ഞ പ്രസ്താവനകൾ എല്ലാ അർത്ഥത്തിലും സത്യവും പൂർണ്ണവുമാണ്.

ഈ പോളിസി പ്രകാരം കമ്പനിക്ക് ക്ലെയിം വിലയിരുത്താൻ കഴിയുന്നതിനായി, കമ്പനിയിൽ നിന്ന് രേഖകൾ/വിശദാംശങ്ങൾ വാങ്ങാൻ ഞാൻ കമ്പനിയെ അധികാരപ്പെടുത്തുന്നു

- മുൻകാല, ഇപ്പോഴത്തെ തൊഴിലുടമ (കൾ) ബിസിനസ്സ് അസോസിയേറ്റുകൾ
- മെഡിക്കൽ പ്രാക്ടീഷണർ/ ആശുപത്രികൾ (സർക്കാർ/പ്രൈവറ്റ് ലിമിറ്റഡ്)
- ഏതെങ്കിലും ലൈഫ്, നോൺ ലൈഫ് ഇൻഷുറൻസ് കമ്പനി

ക്ലെയിം വിലയിരുത്തുമ്പോൾ ആവശ്യമായേക്കാവുന്ന വിശദാംശങ്ങൾ/രേഖകൾ കമ്പനിക്ക് വിട്ടുകൊടുക്കുന്നതിന് മേൽപ്പറഞ്ഞ അധികാരികൾക്ക് ഇതിനാൽ എന്റെ സമ്മതം നൽകുന്നു.

പോളിസി രേഖ കമ്പനിക്ക് സമർപ്പിച്ചിട്ടില്ലെങ്കിൽ, പോളിസി രേഖ കൈവശം വച്ചതിന്റെ പേരിലോ മറ്റേതെങ്കിലും കാരണത്താലോ മറ്റേതെങ്കിലും വ്യക്തി നടത്തുന്ന ഏതെങ്കിലും ക്ലെയിം മൂലമോ കമ്പനിക്ക് ഉണ്ടാകാവുന്ന എല്ലാ ബാധ്യതകളിൽ നിന്നും കമ്പനിക്ക് നഷ്ടപരിഹാരം നൽകാൻ ഞാൻ ഇതിനാൽ സമ്മതിക്കുന്നു.

വിശ്വസ്തയോടെ,

അവകാശവാദിയുടെ ഒപ്പ് / വിരലടയാളം	സാക്ഷിയുടെ പേരും ഒപ്പും പേര്: _____ ഒപ്പ്: _____ അവകാശവാദിയുമായുള്ള ബന്ധം: _____
STD കോഡുള്ള ഫോൺ നമ്പർ: _____	STD കോഡുള്ള ഫോൺ നമ്പർ: _____
സ്ഥലം: _____	സ്ഥലം: _____
തീയതി: _____	തീയതി: _____

CLAIMS/CSF(Rider)- Ver 1.0/03rd June 2024