

પૂર્વગ્રહ વિના

- પોલિસી હેઠળ જીવન વીમાધારક/લાભાર્થી દ્વારા ફોર્મ ભરવું જરૂરી છે.
- કૃપા કરીને ખાતરી કરો કે બધાં પ્રશ્નોના જવાબ આપવામાં આવ્યા છે. “લાગુ પડતું નથી” (N/A) ખાલી રાખવાને બદલે તેનો ઉપયોગ કરો.
- દાવાની રકમ પોલિસી દસ્તાવેજમાં ઉલ્લેખિત નિયમો અને શરતો અનુસાર ચૂકવવા પાત્ર છે અને ઘટનાની તારીખે પોલિસી અમલમાં હોવાને આધીન છે.
- જરૂરિયાતો અંગે વહેલું અને સંપૂર્ણ સહયોગ કરવાથી કંપની દાવાઓની વહેલી તકે પ્રક્રિયા કરી શકશે.
- કંપની વધારાના દસ્તાવેજો/જરૂરિયાતો માટે કોલ કરવાનો અધિકાર અનામત રાખે છે.
- કૃપા કરીને આ ફોર્મ સાથે ડિસ્ચાર્જ સમરી/ઇન્ડોર મેડિકલ રેકૉર્ડ્સની નકલ સહમિલ કરો.

KYC ડોક્યુમેન્ટનું સહમિલન અને દાવો કરનારનું બેન્ક પ્રૂફ જે આ ફોર્મ સાથે ફરજિયાત છે

પોલિસી નંબર:

વિગતો	જીવન વીમા વિશે માહિતી
નામ	શ્રી/શ્રીમતી/માસ્ટર/કુમારી _____
સરનામું	_____ પિન કોડ: _____
	ટેલિફોન નંબર: _____

દાવો કરનારની વિગતો	
રાઈડર જેના હેઠળ દાવો કરવામાં આવી રહ્યો છે	☐ CI રાઈડર ☐ ATPD ☐ HCB ☐ WOP ☐ PWB
માંદગીનું નિદાન	_____
CI અથવા HCB હેઠળ દાવાના કિસ્સામાં કૃપા કરીને નીચે મુજબ પ્રદાન કરો	
નિદાનની તારીખ	
બીમારીનું નિદાન કરનાર ડૉક્ટરનું નામ અને સરનામું	_____ _____ ટેલિફોન નંબર : _____
વીમાધારકને જ્યાં દાખલ કરવામાં આવ્યો હતો તે હોસ્પિટલનું નામ	_____
દાખલ થવાની તારીખ :	(ઇન્ડોર દર્દી નંબર: _____)
ડિસ્ચાર્જની તારીખ	
વર્તમાન બીમારી સાથે સંકળાયેલા લક્ષણો	_____ _____
ઉપરોક્ત લક્ષણોનો સમયગાળો	_____
પ્રગતિ	☐ સુધારો ☐ રિકવરી ☐ સુધારો થયો નથી
ATPD હેઠળ દાવાના કિસ્સામાં કૃપા કરીને નીચે મુજબ પ્રદાન કરો	
અપંગતાનો પ્રકાર	☐ કાયમી ☐ કામચલાઉ
વીમાધારકને જ્યાં દાખલ કરવામાં આવ્યો હતો તે હોસ્પિટલનું નામ	_____
દાખલ થવાની તારીખ:	(ઇન્ડોર દર્દી નંબર: _____)
રજાની તારીખ	
અપંગતાની તારીખ	
અકસ્માતની તારીખ	
અકસ્માતનું સ્થળ	_____
જ્યાં FIR દાખલ કરવામાં આવી છે તે પોલીસ સ્ટેશનનું નામ	_____ _____

FIRની તારીખ	D D M M Y Y Y Y કૃપા કરીને આ ફોર્મ સાથે FIRની નકલ જોડો
પ્રગતિ	☐ સુધારો ☐ સંપૂર્ણપણે સ્વસ્થ ☐ કોઈ સુધારો નહીં
શું વીમાધારક મહેનતાણું કે નફા માટે કોઈ વ્યવસાય કરવા અથવા પ્રવૃત્તિઓ કરવા સક્ષમ છે?	☐ હા ☐ ના

પાછલા આરોગ્ય/આદતની ખાતરીપૂર્વકની વિગતો				
બીમારી / આદતોની પ્રકૃતિ	કૃપા કરીને પસંદ કરો હા/ના		સમયગાળો (થી ક્યાં સુધી)	જોહા, જથ્થાની વિગતો
હાયપરટેન્શન	☐ હા	☐ ના		
ડાયાબિટીસ	☐ હા	☐ ના		
હૃદયરોગ	☐ હા	☐ ના		
કિડનીની બીમારી	☐ હા	☐ ના		
તીવરની બીમારી	☐ હા	☐ ના		
કેન્સર	☐ હા	☐ ના		
છેલ્લા 5 વર્ષમાં કોઈપણ અન્ય બીમારી / વિકૃતિ / શસ્ત્રક્રિયા / હોસ્પિટલમાં દાખલ થવું	☐ હા	☐ ના		
ધૂમ્રપાન/દારૂ/તમાકુ/ડ્રગ્સ જેવી કોઈપણ આદતો (કૃપા કરીને પસંદ કરો)	☐ હા	☐ ના		

પેમેન્ટની વિગતો				
હોસ્પિટલમાં દાખલ થવાના ખર્ચ અને ચૂકવણીની રીતની વિગતો				
છેલ્લા પાંચ વર્ષ દરમિયાન મેડિકલેમ/આરોગ્ય વીમા પોલિસી હેઠળ દાવો કરાયેલ રકમની વિગતો	વીમાદાતાનું નામ	વીમાની રકમ	પ્રાપ્ત થયેલા દાવાની રકમ	દાવાની તારીખ

વીમા ધારકની અન્ય વિગતો	
નોકરીની વિગતો	
છેલ્લા નોકરીદાતા / વ્યવસાયનું નામ	
સરનામું	
કાર્યસ્થળ/વ્યવસાય પર હોદ્દો	
છેલ્લી કાર્યકારી તારીખ	D D M M Y Y Y Y
વાર્ષિક આવક	
નોકરી/વ્યવસાયની પ્રકૃતિ	
પરિવારના ડોક્ટરની વિગતો	
ડોક્ટરનું નામ	
સરનામું અને ટેલિફોન નં.	
જીવન વીમાધારક ક્યારથી ડોક્ટર પાસેથી સારવાર લઈ રહ્યો છે?	
જે બીમારી માટે સારવાર લેવામાં આવી હતી તેનું નામ આપો.	

[illegible]

ઇલેક્ટ્રોનિક ચૂકવણી વિકલ્પ (તમારા બેંક ખાતામાં ભંડોળનું સીધું ટ્રાન્સફર)

1. બેંક એકાઉન્ટ ધારકનું નામ : _____

2. બેન્કનું નામ _____ શાખાનું નામ: _____

3. A/c નંબર: _____

4. A/c પ્રકાર ☐ સેવિંગ ☐ ચાલુ ☐ NRI ☐ NRO

5. IFSC કોડ _____ MICR કોડ _____

☐ આ ફોર્મ સાથે વ્યક્તિગત રદ કરાયેલ ચેક જરૂરી છે.

ચૂકવણીઓ પોલિસીના નિયમો અને શરતો અનુસાર અને તેને આધીન રહેશે. વધુમાં, કંપની ઇલેક્ટ્રોનિક ચૂકવણી પદ્ધતિ પસંદ કરવા છતાં, ડિમાન્ડ ડ્રાફ્ટ/પેયેબલ એટ પાર ચેક સહિત કોઈપણ વૈકલ્પિક ચૂકવણી વિકલ્પનો ઉપયોગ કરવાનો અધિકાર અનામત રાખે છે. મારા બેંક ખાતામાં પૈસા જમા ન થાય અથવા અધૂરી/ખોટી માહિતીના કારણે વ્યવહારમાં વિલંબ થાય અથવા નિલકુલ અમલ ન થાય તો હું એડલવાઈસ ટોકિયો લાઇફ ઇન્સ્યોરન્સ કંપની લિમિટેડને જવાબદાર ઠેરવીશ નહીં.

તારીખ:

દાવેદારની સહી/ અંગૂઠાની છાપ: _____

શ્રી / કુમારી / શ્રીમતી. _____ (જીવન વીમાધારકનું નામ), આથી જાહેર કરું છું
અને પુષ્ટિ કરું છું કે હું મૃત વ્યક્તિનો હકદાર દાવેદાર છું અને ઉપરોક્ત નિવેદનો દરેક રીતે સાચા અને સંપૂર્ણ છે.

- ભૂતકાળ અને વર્તમાન નોકરીઠાંતા (ઓ) વ્યવસાયિક સહયોગીઓ પાસેથી દસ્તાવેજો/વિગતો મેળવવા માટે અધિકૃત કરું છું.
- તબીબી વ્યવસાયી/હોસ્પિટલો (સરકારી/ખાનગી)
- કોઈપણ જીવન અને બિન-જીવન વીમા કંપની

જો પોલિસી દસ્તાવેજ કંપનીને સુપરત કરવામાં ન આવે તો, હું, પોલિસી દસ્તાવેજના કબજાના આધારે અથવા અન્યથા કોઈપણ અન્ય વ્યક્તિ દ્વારા કરવામાં આવેલા કોઈપણ દાવાને કારણે કંપનીને થતી બધી જવાબદારીઓ સામે કંપનીને નુકસાન ભરપાઈ કરવા સંમત છું.

દાવેદારની સહી/ અંગૂઠાની છાપ	સાક્ષીનું નામ અને સહી નામ: _____ હસ્તાક્ષર: _____ દાવેદાર સાથેનો સંબંધ: _____
STD કોડ સાથે ટેલિફોન નંબર: _____	STD કોડ સાથે ટેલિફોન નંબર: _____
સ્થળ: _____	સ્થળ: _____
તારીખ: _____	તારીખ: _____