

ಕ್ಲೇಮ್ ದಾರರ ಹೇಳಿಕೆ ನಮೂನೆ (ರೈಡರ್ ಕ್ಲೇಮ್):

ನಮೂನೆ (ಎ-2)

ಪೂರ್ವಗ್ರಹವಿಲ್ಲದೇ

- ಪಾಲಿಸಿ ಅಡಿಯಲ್ಲಿನ ಜೀವ ವಿಮೆದಾರರು/ಫಲಾನುಭವಿಯು ನಮೂನೆಯನ್ನು ಭರ್ತಿ ಮಾಡಬೇಕು
- ಎಲ್ಲ ಪ್ರಶ್ನೆಗಳಿಗೆ ಉತ್ತರಿಸಲಾಗಿದೆ ಎಂಬುದನ್ನು ಖಾತ್ರಿಪಡಿಸಿಕೊಳ್ಳಿ. ಖಾಲಿ ಬಿಡುವುದರ ಬದಲಿಗೆ "ಅನ್ವಯಿಸುವುದಿಲ್ಲ" (N/A) ಎಂದು ನಮೂದಿಸಿ.
- ಪಾಲಿಸಿ ಕಾಗದಪತ್ರದಲ್ಲಿ ನಮೂದಿಸಿದ ನಿಯಮ ಮತ್ತು ಷರತ್ತುಗಳಿಗೆ ಒಳಪಟ್ಟು ಕ್ಲೇಮ್ ನಿಂದ ಬಂದ ಮೊತ್ತವನ್ನು ಪಾವತಿ ಮಾಡಲಾಗುತ್ತದೆ ಮತ್ತು ಘಟನೆ ನಡೆದ ದಿನಾಂಕದಂದು ಪಾಲಿಸಿ ಜಾರಿಯಲ್ಲಿರುವುದಕ್ಕೆ ಒಳಪಟ್ಟಿರುತ್ತದೆ.
- ಸಾಧ್ಯವಾದಷ್ಟು ಬೇಗ ಮತ್ತು ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಅಗತ್ಯಗಳನ್ನು ಸಲ್ಲಿಕೆ ಮಾಡಿದರೆ ಕ್ಲೇಮ್‌ಗಳನ್ನು ಬೇಗ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಗೊಳಿಸಲು ಕಂಪನಿಗೆ ಅನುಕೂಲ ಮಾಡಿಕೊಡುತ್ತದೆ
- ಹೆಚ್ಚುವರಿ ಕಾಗದಪತ್ರಗಳು / ಅಗತ್ಯಗಳನ್ನು ಕೇಳುವ ಹಕ್ಕನ್ನು ಕಂಪನಿಯು ಕಾಯ್ದಿರಿಸಿದೆ.
- ಈ ನಮೂನೆಯ ಜೊತೆಗೆ ಬಿಡುಗಡೆ ಸಾರಾಂಶ / ಒಳಾಂಗಣ ವೈದ್ಯಕೀಯ ದಾಖಲೆಗಳ ಪ್ರತಿಯನ್ನು ದಯವಿಟ್ಟು ಸಲ್ಲಿಸಿ.
- ಈ ನಮೂನೆಯ ಜೊತೆಗೆ ಕೆಪ್ಪೆಸಿ ಕಾಗದಪತ್ರಗಳು ಮತ್ತು ಕ್ಲೇಮ್ ದಾರರ ಪುರಾವೆಯನ್ನು ಸಲ್ಲಿಸುವುದು ಕಡ್ಡಾಯವಾಗಿದೆ.

ಪಾಲಿಸಿ ಸಂ.:

ವಿವರಗಳು	ವಿಮೆದಾರರ ವಿವರಗಳು
ಹೆಸರು ವಿಳಾಸ	ಶ್ರೀ/ಶ್ರೀಮತಿ/ಕು. _____ _____ _____ ಪಿನ್‌ಕೋಡ್: _____ ದೂ.ಸಂ.: _____

ಕ್ಲೇಮ್‌ನ ವಿವರಗಳು	
ಕ್ಲೇಮ್ ಮಾಡಲ್ಪಟ್ಟ ರೈಡರ್	☐ CI ರೈಡರ್ ☐ ATPD ☐ HCB ☐ WOP ☐ PWB
ಪತ್ತೆಯಾದ ಅನಾರೋಗ್ಯ	_____
ಸಿಬಿ ಅಥವಾ ಎಚ್ ಸಿಬಿ ಅಡಿಯಲ್ಲಿ ಕ್ಲೇಮ್ ಮಾಡಿದ್ದರೆ, ದಯವಿಟ್ಟು ಈ ಮುಂದಿನವುಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸಿ:	
ಪತ್ತೆಯ ದಿನಾಂಕ	
ಅನಾರೋಗ್ಯವನ್ನು ಪತ್ತೆ ಮಾಡಿರುವ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಹೆಸರು ಮತ್ತು ವಿಳಾಸ	_____ _____ ದೂ.ಸಂ.: _____
ವಿಮೆದಾರರನ್ನು ನೇಮಿಸಿದ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯ ಹೆಸರು	_____
ಅಡ್ಮಿಷನ್ ನ ದಿನಾಂಕ:	(ಒಳರೋಗಿ ಸಂ.: _____)
ಬಿಡುಗಡೆಯ ದಿನಾಂಕ	
ಪ್ರಸ್ತುತ ಅನಾರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಗುಣಲಕ್ಷಣಗಳು	_____ _____
ಹೇಳಲಾದ ಗುಣಲಕ್ಷಣಗಳ ಅವಧಿ	_____
ಪ್ರಗತಿ	☐ ಸುಧಾರಿಸಿದೆ ☐ ಬೇತರಿಸಿಕೊಂಡಿದ್ದೇನೆ ☐ ಸುಧಾರಿಸಿಲ್ಲ
ಎಟಿಪಿಡಿ ಅಡಿಯಲ್ಲಿ ಕ್ಲೇಮ್ ಆಗಿದ್ದರೆ, ದಯವಿಟ್ಟು ಈ ಕೆಳಗಿನವುಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸಿ:	
ಅಂಗವೈಕಲ್ಯದ ವಿಧಾನ	☐ ಶಾಶ್ವತ ☐ ತಾತ್ಕಾಲಿಕ
ವಿಮೆದಾರರನ್ನು ನೇಮಿಸಿಕೊಂಡ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯ ಹೆಸರು	_____
ಅಡ್ಮಿಷನ್ ದಿನಾಂಕ:	(ಒಳರೋಗಿ ಸಂ.: _____)
ಬಿಡುಗಡೆಯ ದಿನಾಂಕ	
ಅಂಗವೈಕಲ್ಯದ ದಿನಾಂಕ	
ಅಪಘಾತದ ದಿನಾಂಕ	
ಅಪಘಾತದ ಸ್ಥಳ	_____
ಎಫ್‌ಐಆರ್ ಅನ್ನು ದಾಖಲಿಸಿದ ಪೊಲೀಸ್ ಠಾಣೆಯ ಹೆಸರು	_____

ಎಫ್‌ಐಆರ್‌ನ ದಿನಾಂಕ	(ಈ ನಮೂನೆಯ ಜೊತೆಗೆ ಎಫ್‌ಐಆರ್‌ನ ಪ್ರತಿಯನ್ನು ದಯವಿಟ್ಟು ಲಗತ್ತಿಸಿ)
ಪ್ರಗತಿ	☐ ಸುಧಾರಿಸಿದೆ ☐ ಸಂಪೂರ್ಣ ಚೇತರಿಸಿಕೊಂಡಿದ್ದೇನೆ ☐ ಸುಧಾರಿಸಿಲ್ಲ
ಯಾವುದೇ ಉದ್ಯೋಗವನ್ನು ನಡೆಸಲು ಅಥವಾ ಸಂಭಾವನೆ ಅಥವಾ ಲಾಭವನ್ನು ಕೊಡುವ ಚಟುವಟಿಕೆಗಳಲ್ಲಿ ತೊಡಗಿಸಿಕೊಳ್ಳಲು ವಿಮೆದಾರರು ಅರ್ಹರೇ?	☐ ಹೌದು ☐ ಇಲ್ಲ

ವಿಮೆದಾರರ ಹಿಂದಿನ ಆರೋಗ್ಯ/ಹವ್ಯಾಸದ ವಿವರಗಳು:				
ಅನಾರೋಗ್ಯ/ಹವ್ಯಾಸದ ರೀತಿ	ದಯವಿಟ್ಟು ಹೌದು/ಇಲ್ಲ ಎಂಬುದನ್ನು ಆಯ್ಕೆ ಮಾಡಿ		ಅವಧಿ (ಯಾವಾಗಿನಿಂದ)	ಹೌದು ಎಂದಾದರೆ, ಗುಣಮಟ್ಟದ ವಿವರಗಳು
ಹೈಪರ್‌ಟೆನ್ಷನ್	☐ ಹೌದು	☐ ಇಲ್ಲ		
ಡಯಾಬಿಟೀಸ್	☐ ಹೌದು	☐ ಇಲ್ಲ		
ಹೃದಯದ ರೋಗ	☐ ಹೌದು	☐ ಇಲ್ಲ		
ಕಿಡ್ನಿ ರೋಗ	☐ ಹೌದು	☐ ಇಲ್ಲ		
ಲಿವರ್ ರೋಗ	☐ ಹೌದು	☐ ಇಲ್ಲ		
ಕ್ಯಾನ್ಸರ್	☐ ಹೌದು	☐ ಇಲ್ಲ		
ಯಾವುದೇ ಇತರ ಅನಾರೋಗ್ಯ/ಅಸ್ವಸ್ಥತೆ/ಶಸ್ತಿಚಿಕಿತ್ಸೆ/ಕಳೆದ 5 ವರ್ಷಗಳಲ್ಲಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ದಾಖಲಾಗಿರುವಿಕೆ	☐ ಹೌದು	☐ ಇಲ್ಲ		
ಧೂಮಪಾನ/ಅಲ್ಕೋಹಾಲ್/ತಂಬಾಕು/ಮಾದಕ ವ್ಯಸನದಂತಹ ಯಾವುದೇ ಹವ್ಯಾಸಗಳು (ದಯವಿಟ್ಟು ಆಯ್ಕೆ ಮಾಡಿ)	☐ ಹೌದು	☐ ಇಲ್ಲ		

ಪಾವತಿ ವಿವರಗಳು				
ಆಸ್ಪತ್ರೆ ದಾಖಲಾತಿ ವೆಚ್ಚ ಮತ್ತು ಪಾವತಿ ವಿಧಾನದ ವಿವರಗಳು				
ಕಳೆದ ಐದು ವರ್ಷಗಳಲ್ಲಿ ಮೆಡಿಕೇಷನ್/ಆರೋಗ್ಯ ವಿಮೆ ಪಾಲಿಸಿ ಅಡಿಯಲ್ಲಿ ಕ್ಲೇಮ್ ಮಾಡಿದ ಮೊತ್ತದ ವಿವರಗಳು	ವಿಮೆದಾರರ ಹೆಸರು	ವಿಮೆ ಮೊತ್ತ	ಸ್ವೀಕರಿಸಿದ ಕ್ಲೇಮ್‌ನ ಮೊತ್ತ	ಕ್ಲೇಮ್‌ನ ದಿನಾಂಕ

ವಿಮೆದಾರರ ಇತರ ವಿವರಗಳು:	
ಉದ್ಯೋಗ ವಿವರಗಳು	
ಕೊನೆಯ ಉದ್ಯೋಗದಾತರು / ಉದ್ಯಮದ ಹೆಸರು:	
ವಿಳಾಸ	
ಕೆಲಸದ ಸ್ಥಳ/ಉದ್ಯಮದಲ್ಲಿ ಹುದ್ದೆ:	
ಕೊನೆಯದಾಗಿ ಕೆಲಸ ಮಾಡಿದ ದಿನಾಂಕ:	
ವಾರ್ಷಿಕ ಆದಾಯ	
ಉದ್ಯೋಗ/ಬ್ಯುಸಿನೆಸ್‌ನ ವಿಧ	
ಕುಟುಂಬ ವೈದ್ಯರ ವಿವರಗಳು	
ವೈದ್ಯರ ಹೆಸರು	
ವಿಳಾಸ ಮತ್ತು ದೂ. ಸಂ.	
ಯಾವಾಗಿನಿಂದ ವೈದ್ಯರಿಂದ ವಿಮೆದಾರರು ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಪಡೆಯುತ್ತಿದ್ದಾರೆ	
ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಯನ್ನು ಯಾವ ರೋಗಕ್ಕೆ ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳಲಾಗಿದೆ	

ವಿಮೆದಾರರು ಹೊಂದಿರುವ ಇತರ ಜೀವ ವಿಮೆ / ಮೆಡಿಕೇಮ್ ಪಾಲಿಸಿಗಳ ವಿವರಗಳು

ಸಿ.ಬಿ./ಟಿಪಿಎ ಹೆಸರು	ಪಾಲಿಸಿ ಸಂ.	ಅಪಾಯ ಆರಂಭವಾದ ದಿನಾಂಕ	ವಿಮೆ ಮೊತ್ತ	ದಾಖಲಿಸಿದ ಕ್ಲೇಮ್ ಹೌದು/ಇಲ್ಲ	ಕ್ಲೇಮ್ ಸ್ಥಿತಿ	ಕ್ಲೇಮ್ ಮಾಡಿದ ಮೊತ್ತ

ಎಲೆಕ್ಟ್ರಾನಿಕ್ ಪಾವತಿ ಆಯ್ಕೆ (ನಿಮ್ಮ ಬ್ಯಾಂಕ್ ಖಾತೆಯಲ್ಲಿ ಹಣದ ನೇರ ವರ್ಗಾವಣೆ)

1. ಬ್ಯಾಂಕ್ ಖಾತೆದಾರರ ಹೆಸರು: _____

2. ಬ್ಯಾಂಕ್ ಹೆಸರು: _____ ಶಾಖೆ ಹೆಸರು: _____

3. ಖಾತೆ ಸಂ.: _____

4. ಖಾತೆ ವಿಧ ☐ ಉಳಿತಾಯ ☐ ಚಾಲ್ತಿ ☐ ಎನ್‌ಆರ್‌ಐ ☐ ಎನ್‌ಆರ್‌ಒ

5. ಐಎಫ್‌ಎಸ್‌ಸಿ ಕೋಡ್: _____ ಎಂಐಸಿಆರ್ ಕೋಡ್: _____

☐ ಈ ನಮೂನೆಯ ಜೊತೆಗೆ ಅಗತ್ಯವಿರುವ ವೈಯಕ್ತಿಕಗೊಳಿಸಿದ ರದ್ದುಗೊಳಿಸಿದ ಚೆಕ್

ಪಾವತಿಯು ಪಾಲಿಸಿಯ ನಿಯಮ ಮತ್ತು ಷರತ್ತುಗಳಿಗೆ ಅನುಗುಣವಾಗಿರುತ್ತದೆ ಮತ್ತು ಅದಕ್ಕೆ ಒಳಪಟ್ಟಿರುತ್ತದೆ. ಮುಂದುವರಿದು, ಎಲೆಕ್ಟ್ರಾನಿಕ್ ಪಾವತಿ ವಿಧಾನವನ್ನು ಆಯ್ಕೆ ಮಾಡಿದರೂ ಡಿಮ್ಯಾಂಡ್ ಡ್ರಾಫ್ಟ್/ಚೆಕ್ ಮೂಲಕ ಪಾವತಿಯಂತಹ ಪರ್ಯಾಯ ಪಾವತಿ ಆಯ್ಕೆಯನ್ನು ಬಳಸಲು ಕಂಪನಿಯು ಹಕ್ಕನ್ನು ಕಾಯ್ದಿರಿಸಿಕೊಂಡಿದೆ. ನನ್ನ ಬ್ಯಾಂಕ್ ಖಾತೆಗೆ ಕ್ರೆಡಿಟ್ ಆಗದೇ ಇರುವುದಕ್ಕೆ ಅಥವಾ ವಹಿವಾಟು ವಿಳಂಬವಾದರೆ ಅಥವಾ ಅಪೂರ್ಣ/ ತಪ್ಪಾದ ಮಾಹಿತಿಯ ಕಾರಣಗಳಿಗೆ ಜಾರಿಗೊಳಿಸದಿದ್ದರೆ ಎಡಲ್ಟ್ಸ್ ಟೋಕಿಯೋ ಲೈಫ್ ಇನ್ಶೂರೆನ್ಸ್ ಕಂಪನಿ ಲಿ. ಅನ್ನು ನಾನು ಹೊಣೆಗಾರನಾಗಿಸುವುದಿಲ್ಲ.

ದಿನಾಂಕ: DD MM YYYY ಕ್ಲೇಮ್‌ದಾರರ ಸಹಿ / ಹೆಬ್ಬರಳ ಗುರುತು: _____

ನಾನು ಶ್ರೀ/ಶ್ರೀಮತಿ/ಕು. _____ (ಹೆಸರು), _____ (ಸಂಬಂಧ) ಅವರ
 ಶ್ರೀ/ಶ್ರೀಮತಿ/ಕು. _____ (ವಿಮೆದಾರರ ಹೆಸರು), ಈ
 ಮೂಲಕ ಘೋಷಿಸುವುದು ಮತ್ತು ದೃಢೀಕರಿಸುವುದೇನೆಂದರೆ, ಸಂತ್ರಸ್ತ ವ್ಯಕ್ತಿಯ ಸರಿಯಾದ ಹಕ್ಕುದಾರನಾಗಿದ್ದೇನೆ ಮತ್ತು ಈ ಮೇಲಿನ ಹೇಳಿಕೆಯು ಪ್ರತಿ
 ಅಂಶದ ಆಧಾರದಲ್ಲೂ ನಿಜವಾಗಿದೆ ಮತ್ತು ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿದೆ.

ಈ ಪಾಲಿಸಿ ಅಡಿಯಲ್ಲಿ ಕ್ಲೇಮ್ ಅನ್ನು ಕಂಪನಿಯು ವಿಶ್ಲೇಷಿಸಲು ಈ ಕೆಳಗಿನ ಕಾಗದಪತ್ರಗಳು/ವಿವರಗಳನ್ನು ಪಡೆಯಲು ಕಂಪನಿಗೆ ನಾನು ಅಧಿಕಾರ ನೀಡುತ್ತೇನೆ

- ಹಿಂದಿನ ಮತ್ತು ಪ್ರಸ್ತುತ ಉದ್ಯೋಗದಾತ(ರ) ಬ್ಯುಸಿನೆಸ್ ಅಸೋಸಿಯೇಟ್‌ಗಳು
- ವೈದ್ಯಕೀಯ ಪ್ರಾಕ್ಟೀಶನರ್ / ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳು (ಸರ್ಕಾರ/ಖಾಸಗಿ)
- ಯಾವುದೇ ಜೀವನ ಮತ್ತು ಜೀವನೋತ್ತರ ವಿಮೆ ಕಂಪನಿ

ಹಾಗೂ ಕ್ಲೇಮ್ ವಿಶ್ಲೇಷಣೆಯ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಅಗತ್ಯವಿರಬಹುದಾದ ವಿವರಗಳು/ಕಾಗದಪತ್ರಗಳನ್ನು ಕಂಪನಿಗೆ ಬಿಡುಗಡೆ ಮಾಡಲು ಈ ಮೇಲಿನ ಅಧಿಕಾರಿಗಳಿಗಾಗಿ ನಾನು ನನ್ನ ಸಮ್ಮತಿ ನೀಡುತ್ತೇನೆ.

ಕಂಪನಿಗೆ ಪಾಲಿಸಿ ಕಾಗದಪತ್ರವನ್ನು ಸಲ್ಲಿಸದೇ ಇದ್ದರೆ, ಪಾಲಿಸಿ ಕಾಗದಪತ್ರ ಅಥವಾ ಇತರೆಯನ್ನು ಪಡೆದುಕೊಂಡ ಆಧಾರದಲ್ಲಿ ಯಾವುದೇ ಇತರ ವ್ಯಕ್ತಿಯು ಮಾಡಿದ ಯಾವುದೇ ಕ್ಲೇಮ್ ಆಧರಿಸಿ ಕಂಪನಿಗೆ ಉಂಟಾದ ಎಲ್ಲ ಬಾಧ್ಯತೆಗಳ ವಿರುದ್ಧ ಕಂಪನಿಯನ್ನು ವೆಚ್ಚ ರಕ್ಷಣೆ ಮಾಡಲು ನಾನು ಈ ಮೂಲಕ ಸಮ್ಮತಿಸುತ್ತೇವೆ.

ಮೃತಿಶ್ವಾಸಾರ್ಹ,

ಕ್ಲೇಮ್‌ದಾರರ ಸಹಿ / ಹೆಬ್ಬರಳ ಗುರುತು	ಸಾಕ್ಷಿ ದಾರರ ಹೆಸರು ಮತ್ತು ಸಹಿ ಹೆಸರು: _____ ಸಹಿ: _____ ಕ್ಲೇಮ್‌ದಾರರ ಜೊತೆಗೆ ಸಂಬಂಧ: _____
ಎಸ್ಟಿಡಿ ಕೋಡ್ ಸಹಿತ ಟೆಲಿಫೋನ್: _____	ಎಸ್ಟಿಡಿ ಕೋಡ್ ಸಹಿತ ಟೆಲಿಫೋನ್: _____
ಸ್ಥಳ: _____	ಸ್ಥಳ: _____
ದಿನಾಂಕ: _____	ದಿನಾಂಕ: _____