

ਬਿਨਾ ਪੱਖਪਾਤ

- ਇਹ ਫਾਰਮ ਪਾਲਿਸੀ ਅਧੀਨ ਜੀਵਨ ਬੀਮਾਧਾਰੀ/ਲਾਭਪਾਤਰੀ ਵੱਲੋਂ ਭਰਿਆ ਜਾਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ।
 - ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਯਕੀਨੀ ਬਣਾਓ ਕਿ ਸਾਰੇ ਪ੍ਰਸ਼ਨ ਜਵਾਬ ਸਮੇਤ ਭਰੇ ਗਏ ਹਨ। ਖਾਲੀ ਛੱਡਣ ਦੀ ਬਜਾਏ ਲਾਗੂ ਨਹੀਂ (N/A) ਲਿਖੋ।
 - ਦਾਅਵਾ ਰਕਮ ਉਹਨਾਂ ਸ਼ਰਤਾਂ ਅਤੇ ਨਿਯਮਾਂ ਅਨੁਸਾਰ ਚੁਕਾਈ ਜਾਵੇਗੀ, ਜੋ ਪਾਲਿਸੀ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਵਿੱਚ ਦਿੱਤੇ ਗਏ ਹਨ, ਅਤੇ ਇਹ ਉਨ੍ਹਾਂ ਸ਼ਰਤਾਂ ਅਧੀਨ ਹੋਵੇਗੀ ਕਿ ਪਾਲਿਸੀ ਘਟਨਾ ਦੀ ਮਿਤੀ ਨੂੰ ਲਾਗੂ ਹੋਵੇ।
 - ਜਲਦੀ ਅਤੇ ਪੂਰੀ ਲੋੜੀਂਦੀ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ੀਕਰਨ ਦੀ ਜਮ੍ਹਾਂ ਕਰਵਾਉਣ ਨਾਲ ਕੰਪਨੀ ਨੂੰ ਦਾਅਵਾ ਕਾਰਵਾਈ ਤੁਰੰਤ ਨਿਪਟਾਉਣ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਕਤਾ ਮਿਲੇਗੀ।
 - ਕੰਪਨੀ ਵਾਧੂ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ / ਲੋੜੀਂਦੇ ਕਾਗਜ਼ ਮੰਗਣ ਦਾ ਅਧਿਕਾਰ ਰੱਖਦੀ ਹੈ।
 - ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਇਸ ਫਾਰਮ ਦੇ ਨਾਲ ਡਿਸਚਾਰਜ ਸੰਖੇਪ / ਇਨਡੋਰ ਮੈਡੀਕਲ ਰਿਕਾਰਡ ਦੀ ਪ੍ਰਤੀ ਜਮ੍ਹਾਂ ਕਰਵਾਓ।
- ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਅਤੇ ਦਾਵਾਕਾਰ ਦੇ ਬੈਂਕ ਪੂਰਨ ਦੀ ਜਮ੍ਹਾਂ ਕਰਵਾਉਣਾ ਇਸ ਫਾਰਮ ਦੇ ਨਾਲ ਲਾਜ਼ਮੀ ਹੈ।**

ਪਾਲਿਸੀ ਨੰਬਰ:

ਵੇਰਵੇ	ਬੀਮਾਯੁਕਤ ਜੀਵਨ ਦਾ ਵੇਰਵਾ
ਨਾਮ	ਸ਼੍ਰੀਮਾਨ/ਸ਼੍ਰੀਮਤੀ/ਮਾਸਟਰ/ਸ਼੍ਰੀਮਤੀ : _____
ਪਤਾ	_____ ਪਿੰਨ ਕੋਡ: _____
	ਟੈਲੀਫੋਨ ਨੰਬਰ: _____

ਦਾਅਵੇ ਦਾ ਵੇਰਵਾ	
ਰਾਈਡਰ ਜਿਸ ਦੇ ਤਹਿਤ ਦਾਅਵਾ ਕੀਤਾ ਜਾ ਰਿਹਾ ਹੈ	☐ CI ਰਾਈਡਰ ☐ ATPD ☐ HCB ☐ WOP ☐ PWB
ਬਿਮਾਰੀ ਦਾ ਪਤਾ ਲਗਾਇਆ ਗਿਆ	_____
ਸੀਆਈ ਜਾਂ ਐਚਸੀਬੀ ਅਧੀਨ ਦਾਅਵੇ ਦੇ ਮਾਮਲੇ ਵਿੱਚ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਹੇਠ ਲਿਖੀਆਂ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰੋ:	
ਨਿਦਾਨ ਦੀ ਮਿਤੀ	
ਬਿਮਾਰੀ ਦੀ ਪਛਾਣ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਡਾਕਟਰ ਦਾ ਨਾਮ ਅਤੇ ਪਤਾ	_____
	ਟੈਲੀਫੋਨ ਨੰਬਰ: _____
ਉਸ ਹਸਪਤਾਲ ਦਾ ਨਾਮ ਜਿੱਥੇ ਬੀਮਾਯੁਕਤ ਨੂੰ ਦਾਖਲ ਕੀਤਾ	_____
ਦਾਖਲੇ ਦੀ ਮਿਤੀ:	(ਅੰਦਰੂਨੀ ਮਰੀਜ਼ ਨੰਬਰ: _____)
ਡਿਸਚਾਰਜ ਦੀ ਮਿਤੀ	
ਵਰਤਮਾਨ ਬਿਮਾਰੀ ਨਾਲ ਸਬੰਧਿਤ ਲੱਛਣ	_____
ਉਪਰੋਕਤ ਲੱਛਣਾਂ ਦੀ ਮਿਆਦ	_____
ਲੱਛਣ	☐ ਬਿਹਤਰ ☐ ਮੁੜ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ☐ ਸੁਧਾਰਿਆ ਨਹੀਂ ਗਿਆ
ATPD ਅਧੀਨ ਦਾਅਵੇ ਦੇ ਮਾਮਲੇ ਵਿੱਚ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਨਿਮਨਲਿਖਤ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰੋ:	
ਅਪੰਗਤਾ ਦੀ ਪ੍ਰਕਿਰਤੀ	☐ ਸਥਾਈ ☐ ਅਸਥਾਈ
ਉਸ ਹਸਪਤਾਲ ਦਾ ਨਾਮ ਜਿੱਥੇ ਬੀਮਾਯੁਕਤ ਨੂੰ ਦਾਖਲ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਸੀ	_____
ਦਾਖਲੇ ਦੀ ਮਿਤੀ:	(ਅੰਦਰੂਨੀ ਮਰੀਜ਼ ਨੰਬਰ: _____)
ਡਿਸਚਾਰਜ ਦੀ ਮਿਤੀ	
ਅਪੰਗਤਾ ਦੀ ਮਿਤੀ	
ਹਾਦਸੇ ਦੀ ਮਿਤੀ	
ਹਾਦਸੇ ਵਾਲੀ ਥਾਂ	_____
ਉਸ ਥਾਣੇ ਦਾ ਨਾਮ ਜਿੱਥੇ ਐਫਆਈਆਰ ਦਰਜ ਕੀਤੀ ਗਈ ਹੈ	_____

ਐਫ.ਆਈ.ਆਰ. ਦੀ ਮਿਤੀ	DD MM YYYY (ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਇਸ ਫਾਰਮ ਦੇ ਨਾਲ ਐਫਆਈਆਰ ਦੀ ਕਾਪੀ ਜੋੜੋ)
ਪ੍ਰਗਤੀ	☐ ਬਿਹਤਰ ☐ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਠੀਕ ਹੋ ਗਿਆ ☐ ਸੁਧਾਰਿਆ ਨਹੀਂ
ਕੀ ਬੀਮਾਯੁਕਤ ਵਿਅਕਤੀ ਕਿਸੇ ਵੀ ਕਿੱਤੇ ਨੂੰ ਕਰਨ ਜਾਂ ਮਿਹਨਤਾਨੇ ਜਾਂ ਮੁਨਾਫੇ ਲਈ ਗਤੀਵਿਧੀਆਂ ਵਿੱਚ ਸ਼ਾਮਲ ਹੋਣ ਦੇ ਯੋਗ ਹੈ?	☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ

ਬੀਮਾਯੁਕਤ ਜੀਵਨ ਦੀ ਪਿਛਲੀ ਸਿਹਤ/ਆਦਤ ਦੇ ਵੇਰਵੇ:

ਬਿਮਾਰੀ / ਆਦਤ ਦੀ ਪ੍ਰਕਿਰਤੀ	ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਹਾਂ/ਨਹੀਂ ਚੁਣੋ		ਮਿਆਦ (ਕਦੇ ਤੋਂ)	ਜੇ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਮਾਤਰਾ ਵੇਰਵੇ
ਹਾਈਪਰਟੈਨਸ਼ਨ	ਹਾਂ	ਨਹੀਂ		
ਸ਼ੂਗਰ ਦੀ ਬਿਮਾਰੀ	ਹਾਂ	ਨਹੀਂ		
ਦਿਲ ਦੀ ਬਿਮਾਰੀ	ਹਾਂ	ਨਹੀਂ		
ਗੁਰਦੇ ਦੀ ਬਿਮਾਰੀ	ਹਾਂ	ਨਹੀਂ		
ਜਿਗਰ ਦੀ ਬਿਮਾਰੀ	ਹਾਂ	ਨਹੀਂ		
ਕੈਂਸਰ	ਹਾਂ	ਨਹੀਂ		
ਪਿਛਲੇ 5 ਸਾਲਾਂ ਵਿੱਚ ਕੋਈ ਹੋਰ ਬਿਮਾਰੀਆਂ/ਵਿਕਾਰ / ਸਰਜਰੀ / ਹਸਪਤਾਲ ਵਿੱਚ ਭਰਤੀ ਹੋਣਾ	ਹਾਂ	ਨਹੀਂ		
ਕੋਈ ਵੀ ਆਦਤਾਂ ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਸਿਗਰਟਨੋਸ਼ੀ/ਸ਼ਰਾਬ/ਤੰਬਾਕੂ/ ਨਸ਼ੀਲੀਆਂ ਦਵਾਈਆਂ (ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਚੁਣੋ)	ਹਾਂ	ਨਹੀਂ		

ਭੁਗਤਾਨ ਵੇਰਵੇ

ਹਸਪਤਾਲ ਵਿੱਚ ਭਰਤੀ ਹੋਣ ਦੇ ਖਰਚਿਆਂ ਅਤੇ ਭੁਗਤਾਨ ਦੇ ਤਰੀਕੇ ਦਾ ਵੇਰਵਾ				
ਪਿਛਲੇ ਪੰਜ ਸਾਲਾਂ ਦੌਰਾਨ ਮੈਡੀਕਲੇਮ/ਸਿਹਤ ਬੀਮਾ ਪਾਲਸੀ ਤਹਿਤ ਕੀਤੀ ਗਈ ਰਕਮ ਦਾ ਵੇਰਵਾ	ਬੀਮਾਕਰਤਾ ਦਾ ਨਾਮ	ਬੀਮਾ ਕੀਤੀ ਰਕਮ	ਪ੍ਰਾਪਤ ਦਾਅਵੇਦਾਅਵੇ ਦੀ ਮਿਤ ਦਾਅਵਾ ਦੀ ਰਕਮ	

ਬੀਮਾਯੁਕਤ ਜੀਵਨ ਦੇ ਹੋਰ ਵੇਰਵੇ:

ਰੁਜ਼ਗਾਰ ਦੇ ਵੇਰਵੇ	
ਆਖਰੀ ਰੁਜ਼ਗਾਰਦਾਤਾ / ਕਾਰੋਬਾਰ ਦਾ ਨਾਮ:	
ਪਤਾ	
ਕੰਮ ਵਾਲੀ ਥਾਂ/ਕਾਰੋਬਾਰ ਵਿਖੇ ਅਹੁਦਾ:	
ਆਖਰੀ ਕੰਮ ਕਰਨ ਦੀ ਮਿਤੀ:	DD MM YYYY
ਸਾਲਾਨਾ ਆਮਦਨ	
ਨੌਕਰੀ/ ਕਾਰੋਬਾਰ ਦੀ ਪ੍ਰਕਿਰਤੀ	
ਪਰਿਵਾਰਕ ਡਾਕਟਰ ਦੇ ਵੇਰਵੇ	
ਡਾਕਟਰ ਦਾ ਨਾਮ	
ਪਤਾ ਅਤੇ ਫੋਨ ਨੰਬਰ:	
ਡਾਕਟਰ ਤੋਂ ਇਲਾਜ ਕਰਵਾਉਣ ਵਾਲਾ ਜੀਵਨ ਬੀਮਾਯੁਕਤ ਕਦੋਂ ਤੋਂ ਹੈ	
ਉਸ ਬਿਮਾਰੀ ਦਾ ਨਾਮ ਦੱਸੋ ਜਿਸਦਾ ਇਲਾਜ ਲਿਆ ਗਿਆ ਸੀ	

ਬੀਮਾਯੁਕਤ ਦੁਆਰਾ ਰੱਖੀਆਂ ਗਈਆਂ ਹੋਰ ਜੀਵਨ ਬੀਮਾ / ਮੈਡੀਕਲ ਪਾਲਸੀਆਂ ਦੇ ਵੇਰਵੇ

ਕੰਪਨੀ / ਟੀਪੀਏ ਦਾ ਨਾਮ:	ਪਾਲਿਸੀ ਨੰਬਰ	ਜੋਖਮ ਸ਼ੁਰੂ ਹੋਣ ਦੀ ਮਿਤੀ	ਬੀਮਾ ਕੀਤੀ ਰਕਮ	ਦਾਵਾ ਕੀਤੇ ਜਾਣ ਦੀ ਪੁਸ਼ਟੀ: ਹਾਂ/ਨਹੀਂ	ਦਾਵੇ ਦੀ ਹਾਲਤ	ਦਾਅਵਾ ਕੀਤੀ ਰਕਮ

ਇਲੈਕਟ੍ਰੋਨਿਕ ਭੁਗਤਾਨ ਵਿਕਲਪ (ਤੁਹਾਡੇ ਬੈਂਕ ਖਾਤੇ ਵਿੱਚ ਫੰਡਾਂ ਦੀ ਸਿੱਧੀ ਟ੍ਰਾਂਸਫਰ)

1. ਬੈਂਕ ਖਾਤਾ ਧਾਰਕ ਦਾ ਨਾਮ: _____

2. ਬੈਂਕ ਦਾ ਨਾਮ: _____ ਸ਼ਾਖਾ ਦਾ ਨਾਮ: _____

3. ਖਾਤਾ ਨੰਬਰ.: _____

4. ਖਾਤਾ ਕਿਸਮ: ☐ ਬਚਤ ☐ ਚਾਲ ☐ ਐਨ ਆਰ ਆਈ ☐ ਐਨ ਆਰ ਓ

5. ਆਈ ਐਫ ਐੱਸ ਸੀ ਕੋਡ: _____ ਐਮ ਆਈ ਸੀ ਆਰ ਕੋਡ: _____

☐ ਇਸ ਫਾਰਮ ਦੇ ਨਾਲ ਵਿਅਕਤੀਗਤ ਕੈਸਲਡ ਚੈੱਕ ਲੋੜੀਂਦਾ ਹੈ

ਭੁਗਤਾਨ ਪਾਲਿਸੀ ਦੇ ਨਿਯਮਾਂ ਅਤੇ ਸ਼ਰਤਾਂ ਦੇ ਅਨੁਸਾਰ ਅਤੇ ਅਧੀਨ ਹੋਣਗੇ। ਇਸ ਤੋਂ ਇਲਾਵਾ, ਕੰਪਨੀ ਇਲੈਕਟ੍ਰਾਨਿਕ ਭੁਗਤਾਨ ਵਿਧੀ ਦੀ ਚੋਣ ਕਰਨ ਦੇ ਬਾਵਜੂਦ ਡਿਮਾਂਡ ਡਰਾਫਟ / ਭੁਗਤਾਨ ਯੋਗ ਚੈੱਕ ਸਮੇਤ ਕਿਸੇ ਵੀ ਵਿਕਲਪਕ ਭੁਗਤਾਨ ਵਿਕਲਪ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਨ ਦਾ ਅਧਿਕਾਰ ਰਾਖਵਾਂ ਰੱਖਦੀ ਹੈ। ਮੈਂ ਆਪਣੇ ਬੈਂਕ ਖਾਤੇ ਵਿੱਚ ਕ੍ਰੈਡਿਟ ਨਾ ਹੋਣ ਦੀ ਸੂਰਤ ਵਿੱਚ ਐਡਲਵਾਈਸ ਟੋਕਿਓ ਲਾਈਫ ਇੰਸ਼ੂਰੈਂਸ ਕੰਪਨੀ ਲਿਮਟਿਡ ਨੂੰ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰ ਨਹੀਂ ਠਹਿਰਾਵਾਂਗਾ ਜਾਂ ਜੇ ਲੈਣ-ਦੇਣ ਵਿੱਚ ਦੇਰੀ ਹੁੰਦੀ ਹੈ ਜਾਂ ਅਧੂਰੀ/ਗਲਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੇ ਕਾਰਨਾਂ ਕਰਕੇ ਬਿਲਕੁਲ ਪ੍ਰਭਾਵਤ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦਾ ਹੈ।

ਮਿਤੀ:

D	D
---	---

M	M
---	---

Y	Y	Y	Y
---	---	---	---

 ਦਾਅਵੇਦਾਰ ਦੇ ਦਸਤਖਤ / ਅੰਗੂਠੇ ਦਾ ਨਿਸ਼ਾਨ: _____

ਮੈਂ, ਸ਼੍ਰੀਮਾਨ / ਸ਼੍ਰੀਮਤੀ / ਸ਼੍ਰੀਮਤੀ. _____ (ਨਾਮ), _____ (ਸੰਬੰਧ) ਸ਼੍ਰੀਮਾਨ / ਸ਼੍ਰੀਮਤੀ / ਸ਼੍ਰੀਮਤੀ _____ (ਜੀਵਨ ਬੀਮਾਯੁਕਤ ਦਾ ਨਾਮ), ਇਸ ਦੁਆਰਾ ਘੋਸ਼ਣਾ ਅਤੇ ਪੁਸ਼ਟੀ ਕਰਦਾ / ਕਰਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਮੈਂ ਮ੍ਰਿਤਕ ਵਿਅਕਤੀ ਦਾ ਸਹੀ ਦਾਅਵੇਦਾਰ ਹਾਂ ਅਤੇ ਉਪਰੋਕਤ ਕਥਨ ਹਰ ਪੱਖੋਂ ਸੱਚੇ ਅਤੇ ਸੰਪੂਰਨ ਹਨ।

ਕੰਪਨੀ ਨੂੰ ਇਸ ਨੀਤੀ ਦੇ ਤਹਿਤ ਦਾਅਵੇ ਦਾ ਮੁਲਾਂਕਣ ਕਰਨ ਦੇ ਯੋਗ ਬਣਾਉਣ ਲਈ, ਮੈਂ ਕੰਪਨੀ ਨੂੰ ਦਸਤਾਵੇਜ਼/ਵੇਰਵੇ ਖਰੀਦਣ ਦਾ ਅਧਿਕਾਰ ਦਿੰਦਾ ਹਾਂ

- ਪਿਛਲੇ ਅਤੇ ਵਰਤਮਾਨ ਰੁਜ਼ਗਾਰਦਾਤਾ (ਆਂ) ਕਾਰੋਬਾਰੀ ਸਹਿਯੋਗੀ
- ਮੈਡੀਕਲ ਪ੍ਰੈਕਟੀਸ਼ਨਰ/ਹਸਪਤਾਲ (ਸਰਕਾਰੀ/ ਪ੍ਰਾਈਵੇਟ)
- ਕੋਈ ਵੀ ਜੀਵਨ ਅਤੇ ਗੈਰ-ਜੀਵਨ ਬੀਮਾ ਕੰਪਨੀ

ਅਤੇ ਇਸ ਦੁਆਰਾ ਉਪਰੋਕਤ ਅਥਾਰਟੀਆਂ ਨੂੰ ਆਪਣੀ ਸਹਿਮਤੀ ਦਿੰਦਾ ਹਾਂ ਕਿ ਉਹ ਕੰਪਨੀ ਨੂੰ ਅਜਿਹੇ ਵੇਰਵੇ/ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਜਾਰੀ ਕਰਨ ਜੋ ਦਾਅਵੇ ਦੇ ਮੁਲਾਂਕਣ ਦੌਰਾਨ ਲੋੜੀਂਦੇ ਹੋ ਸਕਦੇ ਹਨ।

ਜੇ ਪਾਲਿਸੀ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਕੰਪਨੀ ਨੂੰ ਜਮ੍ਹਾਂ ਨਹੀਂ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਤਾਂ ਮੈਂ, ਇਸ ਦੁਆਰਾ ਕੰਪਨੀ ਨੂੰ ਉਨ੍ਹਾਂ ਸਾਰੀਆਂ ਦੇਣਦਾਰੀਆਂ ਦੇ ਵਿਰੁੱਧ ਮੁਆਵਜ਼ਾ ਦੇਣ ਲਈ ਸਹਿਮਤ ਹਾਂ ਜੋ ਪਾਲਿਸੀ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਦੇ ਕਬਜ਼ੇ ਦੇ ਅਧਾਰ ਤੇ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਵਿਅਕਤੀ ਦੁਆਰਾ ਕੀਤੇ ਜਾ ਰਹੇ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਵਿਅਕਤੀ ਦੁਆਰਾ ਕੀਤੇ ਜਾ ਰਹੇ ਕਿਸੇ ਵੀ ਦਾਅਵੇ ਦੇ ਕਾਰਨ ਕੰਪਨੀ ਨੂੰ ਹੋ ਸਕਦੀਆਂ ਹਨ।

ਤੁਹਾਡਾ ਵਿਸ਼ਵਾਸੀ,

ਦਾਅਵੇਦਾਰ ਦੇ ਦਸਤਖਤ / ਅੰਗੂਠੇ ਦਾ ਨਿਸ਼ਾਨ	ਗਵਾਹ ਦਾ ਨਾਮ ਅਤੇ ਦਸਤਖਤ ਨਾਮ: _____ ਦਸਤਖਤ: _____ ਦਾਅਵੇਦਾਰ ਨਾਲ ਸੰਬੰਧ: _____
STD ਕੋਡ ਵਾਲਾ ਟੈਲੀਫੋਨ: _____	STD ਕੋਡ ਵਾਲਾ ਟੈਲੀਫੋਨ: _____
ਸਥਾਨ: _____	ਸਥਾਨ: _____
ਮਿਤੀ: _____	ਮਿਤੀ: _____