

पूर्वग्रह न बाळगता

- पॉलिसी अंतर्गत जीवन विमाधारक/लाभार्थीनि फॉर्म पूर्ण भरणे आवश्यक आहे.
 - कृपया सर्व प्रश्नांची उत्तरे दिली आहेत याची खात्री करा. जागा रिकाम्या ठेवण्यापेक्षा 'लागू नाही' (एनए) वापरल्याची खात्री करा.
 - दाव्याची रक्कम पॉलिसी दस्तऐवजात नमूद केलेल्या अटी आणि नियमानुसार देय आहे आणि घटना घडल्याच्या तारखेपर्यंत पॉलिसीची माहिती दिली जाऊ शकते.
 - आवश्यक पूर्तता लवकर आणि पूर्ण स्वरूपात सादर केल्याने कंपनीला दाव्यांवर लवकरात लवकर प्रक्रिया करता येईल.
 - अतिरिक्त /आवश्यक कागदपत्रे मागवण्याचा अधिकार कंपनी राखून ठेवते.
 - कृपया या फॉर्मसह डिस्चार्ज सारांश/इनडोअर मेडिकल रेकॉर्ड प्रत जमा करा.
- या फॉर्मसह केवायसी कागदपत्रे आणि दावेदारांचा बँक पुरावा सादर करणे अनिवार्य आहे.**

पॉलिसी क्र.:

विवरण	विमाधारकाचा जीवनविषयक तपशील
नाव	श्री./सौ./कुमार/कुमारी _____
पत्ता	_____ _____ पिनकोड: _____ दूरध्वनी क्र.: _____

दाव्याचा तपशील

ज्या रायडरकरिता दावा केला जातो आहे, त्या रायडरला आजाराचे निदान झाले आहे	☐ CI रायडर ☐ ATPD ☐ HCB ☐ WOP ☐ PWB
आजाराचे निदान	
सीआय किंवा एचसीबी अंतर्गत दावा झाल्यास कृपया खालील गोष्टी द्या:	
निदानाची दिनांक	
आजाराचे निदान करणाऱ्या डॉक्टरचे नाव आणि पत्ता	 दूरध्वनी क्र.:
विमाधारकाला ज्या रुग्णालयात दाखल करण्यात आले होते त्या रुग्णालयाचे नाव	
रुग्णालयात दाखल करण्यात आल्याची दिनांक:	(इनडोअर पेशंटचा क्र:)
रुग्णालयातून सुट्टी मिळाली ती दिनांक	
सध्याच्या आजाराची लक्षणे	
सांगितलेल्या लक्षणाचा कालावधी	
प्रगती	☐ सुधारणा ☐ आजारातून बरा ☐ सुधारणा नाही
एटीपीडी अंतर्गत दावा झाल्यास कृपया खालील माहिती द्या:	
अपंगत्वाचे स्वरूप:	☐ कायमस्वरूपी ☐ तात्पुरता
विमाधारकाला ज्या रुग्णालयात दाखल करण्यात आले होते त्या रुग्णालयात नाव	
प्रवेशाची तारीख:	(इनडोअर पेशंटचा क्र:)
डिसचार्ज मिळाल्याची तारीख:	
अपंगत्वाची तारीख:	
अपघाताची तारीख :	
अपघाताचे ठिकाण:	
एफआयआर दाखल करण्यात आलेल्या पोलीस ठाण्याचे नाव:	

एफआयआरची तारीख	D D M M Y Y Y Y (कृपया या अर्जासोबत एफआयआरची प्रत जोडा)
प्रगती	☐ सुधारणा ☐ आजारातून पूर्ण बरा ☐ सुधारणा नाही
जीवन विमाधारक हा मोबदला किंवा नफ्यासाठी कोणताही व्यवसाय करण्यास किंवा उपक्रमांमध्ये सहभागी होण्यास सक्षम आहे का?	☐ हो ☐ नाही

जीवन विमाधारकाचे अगोदरचे आरोग्य/सवयींची माहिती:

आजारपणाचे कारण / सवय	हो/नाही निवड करा		कालावधी (कधीपासून)	होय असल्यास, तिमाहीची माहिती
रक्तदाब	हो	नाही		
मधुमेह	हो	नाही		
हृदयविकार	हो	नाही		
किडनी विकार	हो	नाही		
लिव्हर विकार	हो	नाही		
कॅन्सर	हो	नाही		
मागील 5 वर्षातील इतर कोणतेही आजार/विकार/शस्त्रक्रिया/रुग्णालयात दाखल होणे	हो	नाही		
धूम्रपान/अल्कोहोल/तंबाखू/अंमली पदार्थ यासारख्या कोणत्याही सवयी (कृपया निवडा) पूर्वीच्या आरोग्याची/जीवनावश्यक गोष्टींची माहिती:	हो	नाही		

देयकाचे तपशील

रुग्णालयात दाखल करण्याच्या खर्चाचा आणि भरणा करण्याच्या पद्धतीचा तपशील				
गेल्या पाच वर्षातील मेडिकलेम/आरोग्य विम्याअंतर्गत दावा केलेल्या रकमेचा तपशील	विमा पुरवठादाराचे नाव	खात्रीशीर रक्कम	प्राप्त दाव्याची रक्कम	दाव्याची तारीख

विमा उतरवलेल्या व्यक्तीचे इतर तपशील:

रोजगार माहिती	
मागील मालक / व्यवसायाचे नाव:	
पत्ता	
कार्यस्थळ/व्यवसाय पद:	
कामावर शेवटची हजेरीची तारीख	D D M M Y Y Y Y
वार्षिक उत्पन्न	
नोकरी/ व्यवसाय प्रकार	
कुटुंबाच्या डॉक्टरांचे नाव	
डॉक्टरांचे नाव	
पत्ता आणि दूरध्वनी क्र	
विमाधारक डॉक्टरांकडून कधीपासून उपचार घेत आहे?	
ज्यावर उपचार घेत आहेत त्या आजाराचे नाव	

विमाधारकाकडे असलेल्या इतर जीवन विमा/मेडिकलेम पॉलिसीचे तपशील						
कंपनी/टीपीएचे नाव	पॉलिसी क्र	जोखीम सुरू झाल्याची तारीख	खात्रीशीर रक्कम हो/नाही	दावा दाखल केला	दाव्याची स्थिती	दाव्याची रक्कम

इलेक्ट्रॉनिक पेआऊट ऑप्शन (रक्कम थेट तुमच्या बँक खात्यात जमा)

1. बँक खातेधारकाचे नाव: _____

2. बँकेचे नाव: शाखेचे नाव: _____

3. खाते क्र.: _____

4. खाते प्रकार: ☐ बचत ☐ चालू ☐ एनआरआय ☐ एनआरओ

5. आयएफएससी कोड: _____ एमआयसीआर कोड: _____

☐ या अर्जासोबत रद्द केलेला वैयक्तिक धनादेश आवश्यक आहे

पेआऊट/देय रक्कम पॉलिसीच्या अटी आणि नियमानुसार असतील. तसेच त्यांच्या अधीन असतील. याव्यतिरिक्त, इलेक्ट्रॉनिक पेआऊट/ देय रक्कम पद्धतीचा पर्याय निवडूनही डिमांड ड्राफ्ट/त्याच रकमेच्या धनादेशासह कोणताही पर्यायी पेआऊट पर्याय वापरण्याचा अधिकार कंपनी राखून ठेवते. माझ्या बँक खात्यात रक्कम जमा न झाल्यास किंवा अपूर्ण/चुकीच्या माहितीच्या कारणास्तव व्यवहारास विलंब झाल्यास किंवा त्याचा परिणाम झाला नसेल तर मी एडलवाइज टोकियो लाइफ इन्शुरन्स कंपनी लिमिटेडला जबाबदार धरणार नाही.

दिनांक: दावा करणाऱ्याची स्वाक्षरी/ अंगठ्याचा ठसा: _____

मी श्री./ कुमारी. / सौ. _____ (नाव), _____ (नाते) यांची/यांचा श्री./ कुमारी. / सौ. _____ (जीवन हमीदाराचे नाव) याद्वारे घोषित करा आणि पुष्टी करा की मी मृत व्यक्तीचा हक्कदार दावेदार आहे आणि वरील विधाने प्रत्येक बाबतीत सत्य आणि पूर्ण आहेत.

या धोरणांतर्गत दाव्याचे मूल्यांकन करण्यास कंपनीला सक्षम करण्यासाठी, मी कंपनीला कंपनीकडून कागदपत्रे/तपशील खरेदी करण्यास अधिकृत करतो.

- मागील आणि वर्तमान मालक/नियोक्ता (व्यवसाय सहकारी)
- वैद्यकीय व्यावसायिक/रुग्णालये (सरकारी/खासगी)
- कोणतीही जीवन आणि बिगर जीवन विमा कंपनी

आणि याद्वारे दाव्याच्या मूल्यांकनादरम्यान आवश्यक असलेले तपशील/कागदपत्रे कंपनीला जारी करण्यासाठी वरील अधिकाऱ्यांना माझी संमती द्या.

धोरण दस्तऐवज कंपनीकडे सादर न केल्यास, धोरण दस्तऐवज ताब्यात असल्याच्या आधारावर किंवा अन्यथा इतर कोणत्याही व्यक्तीने केलेल्या कोणत्याही दाव्यामुळे कंपनीला होऊ शकणाऱ्या सर्व दायित्वांविरुद्ध कंपनीला नुकसान भरपाई देण्यास सहमती दर्शवते.

तुमची/चा विश्वासू,

दावा करणाऱ्याची स्वाक्षरी/ अंगठ्याचा ठसा	साक्षीदाराचे नाव आणि स्वाक्षरी नाव: _____
स्वाक्षरी:	दावा करणाऱ्यासोबत नाते:
दूरध्वनी क्रमांकासोबत एसटीडी कोड: _____	दूरध्वनी क्रमांकासोबत एसटीडी कोड: _____
ठिकाण: _____	ठिकाण: _____
दिनांक: _____	दिनांक: _____