

রাইডার ক্লেম হ্যান্ডআউট (Rider Claim Handout)

আমরা আপনার আশু নিরাময় কামনা করি এবং রাইডার ক্লেম প্রক্রিয়ার মাধ্যমে আমরা আমাদের সহায়তার আশ্বাস দিচ্ছি। আমরা আপনাকে জানাতে চাই যে আপনার ক্লেমের অনুরোধের প্রক্রিয়াকরণের জন্য নিম্নলিখিত নথিপত্রগুলির প্রয়োজন।

1. **রাইডার ক্লেম ফর্ম**

জীবন বিমাকারী ব্যক্তি অবশ্যই রাইডার ক্লেম ফর্মটি সম্পূর্ণভাবে পূরণ করে স্বাক্ষর করবেন যাতে ক্রিটিক্যাল ইলনেস / আভিভা হার্ট কেয়ার / আভিভা হেলথ সিকিওর / অ্যাক্সিডেন্টাল ডিসমেম্বরমেন্ট / পার্মানেন্ট টোটাল ডিসাবিলিটি / ড্রেড ডিজিজ / হাসপাতাল ও সার্জিক্যাল ক্যাশ বেনিফিট / টার্মিনাল ইলনেসের জন্য ক্লেমের প্রক্রিয়াকরণ করা যায়।

2. **হাসপাতালে ভর্তি হওয়া এবং চিকিৎসা সংক্রান্ত ডায়াগনস্টিক পরীক্ষার রিপোর্ট**

হাসপাতালে ভর্তি হওয়ার আগে, চলাকালীন এবং পরে করা সকল রক্ত / মেডিক্যাল পরীক্ষার রিপোর্টের প্রতিলিপি।

3. **চিকিৎসারত হাসপাতাল থেকে প্রতিদিনের চিকিৎসার রেকর্ড**

জীবন বিমাকারী ব্যক্তি হাসপাতালে ভর্তি থাকাকালীন দৈন্যন্দিন ভিত্তিতে বজায় রাখা মেডিক্যাল রেকর্ডগুলির প্রতিলিপি।

4. **ডিসচার্জ সামারি**

জীবন বিমাকারী ব্যক্তির যে হাসপাতালে চিকিৎসা চলছিল সেখান থেকে দেওয়া ডিসচার্জ সামারির প্রতিলিপি।

5. **অন্যান্য হাসপাতালের কাগজপত্র**

বর্তমান ভর্তির আগে / চলাকালীন যেকোন অসুস্থতার জন্য জীবন বিমাকারী ব্যক্তির চিকিৎসার রেকর্ড।

6. **পলিশিধারকজীবন বিমাকারী ব্যক্তির সচিত্র পরিচয়পত্র প্রমাণ**

সচিত্র পরিচয়পত্র যেমন পাসপোর্ট, প্যান কার্ড, ভোটার পরিচয় পত্র, ড্রাইভিং লাইসেন্স, প্রভৃতির প্রতিলিপি।

7. **ব্যাঙ্কের বিবরণ**

জীবন বিমাকারী ব্যক্তির অ্যাকাউন্ট সরাসরি ক্লেমের টাকা পাঠাতে, দয়া করে আইএফএসসি কোড, ব্যাঙ্ক অ্যাকাউন্ট নম্বর এবং জীবন বিমাকারী ব্যক্তির নাম থাকা বাতিল চেকের প্রতিলিপি (বাধ্যতামূলক) দেবেন। যদি বাতিল চেকের প্রতিলিপিতে যে যে তথ্য চাওয়া হয়েছে তা না থাকে, তাহলে দয়া করে বাতিল চেকের প্রতিলিপি সহ ব্যাঙ্কের পাসবইয়ের প্রতিলিপি দেবেন অথবা ওয়েবসাইট থেকে অথবা আভিভার শাখা থেকে উপলব্ধ সম্পূর্ণভাবে অনুমোদন করা এনইএফটি ম্যানডেট ফর্ম জমা করবেন।

8. **রুম চার্জের (আইসিইউ / সাধারণ) বিবরণ সহ চূড়ান্ত হাসপাতালের বিল**

হাসপাতাল এবং সার্জিক্যাল ক্যাশ বেনিফিট রাইডারের ক্ষেত্রে, চূড়ান্ত হাসপাতালের বিলের প্রয়োজন যেখানে রোগী আইসিইউ বা সাধারণ ওয়ার্ডে কতদিন ভর্তি ছিলেন তা আলাদা আলাদাভাবে নির্দিষ্ট করে লেখা আছে।

9. **ফার্স্ট ইনফর্মেশন রিপোর্ট (এফআইআর) এবং ফাইন্যাল পুলিশ ভেরিফিকেশন রিপোর্ট (শুধুমাত্র দূর্ঘটনার ক্ষেত্রে)**

যদি এফআইআর দায়ের করা হয় এবং পুলিশি তদন্ত করা হয়েছে বা চলেছে তাহলে পুলিশ কর্তৃপক্ষের থেকে এফআইআর এর প্রতিলিপি নিতে হবে।

10. **যদি পাওনাদারের ট্যাক্স নাগরিকাধিকার ভারতের বাইরের হয় শুধুমাত্র তাহলেই সিআরএস ফর্ম পূরণ করতে হবে**

এই ফর্ম আভিভা ওয়েবসাইট অথবা যেকোন আভিভা শাখা থেকে পাওয়া যায়।



আভিভা লাইফ ইনসিওরেন্স কম্পানি ইন্ডিয়া লিমিটেড
আভিভা টাওয়ার, সেক্টর রোড, গলফ কোর্সের বিপরীতে
ডিএলএফ ফেজ - V, সেক্টর 43, গুরুগ্রাম - 122003
www.avivaindia.com



কাস্টমার সার্ভিস হেল্পলাইন নম্বর
1800-103-77-66 (টোল ফ্রি)
0124-270-9046



ইমেল
customerservices@avivaindia.com

রাইডার ক্লেম ফর্ম (Rider Claim Form)

ক্রিটিক্যাল ইলনেস/আভিভা হার্ট কেয়ার/আভিভা হেলথ সিকিওর/অ্যাক্সিডেন্টাল ডিসমেম্বরমেন্ট/পার্মানেন্ট টোটাল ডিসাবিলিটি/ড্রেড ডিজিজ/হাসপাতাল ও সার্জিক্যাল ক্যাশ বেনিফিট/টার্মিনাল ইলনেস
(Critical Illness / Aviva Heart Care / Aviva Health Secure / Accidental Dismemberment / Permanent Total Disability / Dreaded Disease / Hospital and Surgical Cash Benefit Rider / Terminal Illness)

- জীবন বিমাকারী ব্যক্তি অবশ্যই রাইডার ক্লেম ফর্ম যথাযথভাবে পূরণ করে স্বাক্ষর করবেন। রাইডার ক্লেম ফর্মের সাথে কি কি নথিপত্র জমা করতে হবে সেই তালিকা জানার জন্য অনুগ্রহ করে রাইডার ক্লেম হ্যান্ডআউট দেখুন।
- অনুগ্রহ করে সকল প্রয়োজনীয় নথিপত্র (স্ব প্রত্যায়িত) আভিভা শাখায় জমা করুন অথবা আভিভা হেড অফিসে কুরিয়ার করে পাঠান।

যে নথিপত্র বাধ্যতামূলকভাবে জমা করতে হবে	যে অতিরিক্ত নথিপত্র জমা করতে হবে
- যথাযথভাবে পূরণ করা এবং জীবন বিমাকারী ব্যক্তির স্বাক্ষর করা রাইডার ক্লেম ফর্ম - হাসপাতালে ভর্তি এবং চিকিৎসা সংক্রান্ত ডায়াগনস্টিক পরীক্ষার রিপোর্ট - ডিসচার্জ সামারি এবং অন্যান্য হাসপাতালের কাগজপত্র - বৈদ্যুতিনভাবে টাকা পাঠানোর জন্য স্বাক্ষরিত বাতিল করা চেকের প্রতিলিপি	- হাসপাতাল ও সার্জিক্যাল ক্যাশ বেনিফিট রাইডারের ক্ষেত্রে রুম চার্জের বিবরণ সহ (আইসিইউ / সাধারণ) চূড়ান্ত হাসপাতালের বিল - দুর্ঘটনা সংক্রান্ত ক্লেমের ক্ষেত্রে ফার্স্ট ইনফর্মেশন রিপোর্ট এবং ফাইন্যাল পুলিশ ইনভেস্টিগেশন রিপোর্ট

জীবন বিমাকারী ব্যক্তির বিবরণ

পলিশি নম্বর (গুলি)(দয়া করে আভিভার সাথে সকল পলিশি নম্বর উল্লেখ করুন)

জীবন বিমাকারী ব্যক্তির নাম

বর্তমান ঠিকানা

শহর রাজ্য পিন কোড

মোবাইল নম্বর ইমেল আইডি

প্যান নং (বাধ্যতামূলক)

ট্যাক্সের উদ্দেশ্যে বাসস্থান কি ভারতের অধিক্ষেত্রের বাইরে: ☐ হ্যাঁ * ☐ না

*“হ্যাঁ” হলে, অনুগ্রহ করে সিআরএস / এফএটিসিএ সংযোজন পূরণ করুন যা আভিভা ওয়েবসাইট অথবা যেকোন আভিভা শাখায় উপলব্ধ।

জীবন বিমাকারী ব্যক্তির চাকুরীর বিবরণ (শুধুমাত্র জীবন বিমাকারী ব্যক্তি মাসমাইনে প্রাপ্ত হলেই এটি প্রযোজ্য) *

চাকুরীদাতার নাম

ঠিকানা

মোবাইল নম্বর বা ল্যান্ডলাইন নম্বর এসটিডি কোড সহ

কর্মক্ষেত্রে পদের নাম কাজের সঠিক প্রকৃতি

*দয়া করে ওয়েবসাইট বা আভিভা শাখায় থাকা চাকুরীদাতার প্রশ্নাবলী জমা করুন

ব্যাঙ্ক অ্যাকাউন্টের বিবরণ

অ্যাকাউন্ট ধারকের নাম
(ব্যাঙ্কের রেকর্ডে যেরকম আছে)

ব্যাঙ্কের নাম

শাখার ঠিকানা

অ্যাকাউন্ট নম্বর

আইএফএসসি কোড (11 সংখ্যা)

এমআইসিআর কোড (9 সংখ্যা)

অ্যাকাউন্টের প্রকার ☐ সেভিংস অ্যাকাউন্ট ☐ কারেন্ট অ্যাকাউন্ট ☐ এনআরই * ☐ এনআরও

CBS		DATE_____
PERSONAL BANKING: SAVING ACCOUNT		
PAY _____	OR BEARER	
RUPEES _____		
SBGEN A/c No. _____	ANWB: 003070123756	
ABC BANK LIMITED		RTGS / NEFT IFSC CODE : ABNI00000020
Gurugram Branch		
Ground Floor, Towers, Gurugram		
' 334455 ' _____	110229011	: 000000 ' 31
Branch Address	MICR Code	IFSC Code

*এনআরই অ্যাকাউন্টের ক্ষেত্রে, অনুগ্রহ করে আগে থেকে ছাপানো এনআরই অ্যাকাউন্টের বাতিল চেক এবং স্ব-প্রত্যায়িত ব্যাঙ্ক অ্যাকাউন্ট স্টেটমেন্ট যে এনআরই অ্যাকাউন্ট থেকে প্রিমিয়াম জমা পড়ছে তার পাসবই এর স্ব-প্রত্যায়িত প্রতিলিপি জমা করুন। ভুল ব্যাঙ্কিং তথ্য প্রদানের কারণে কোন দেরী হলে বা ক্রেডিট না হলে আভিভা দায়ী থাকবে না।

ক্রেমের বিবরণ (দয়া করে সমর্থক নথিপত্র জমা করুন)

অসুস্থতার প্রকার

অসুস্থতার লক্ষণের প্রথম চিহ্ন প্রথম কত তারিখে দেখা গিয়েছিল দিন দিন মাস মাস বছর বছর বছর বছর

অসুস্থতার জন্য প্রথম কত তারিখে চিকিৎসা পরামর্শ নিয়েছিলেন দিন দিন মাস মাস বছর বছর বছর বছর

দূর্ঘটনার তারিখ (শুধুমাত্র দূর্ঘটনার ক্ষেত্রে) দিন দিন মাস মাস বছর বছর বছর বছর

দূর্ঘটনার প্রকৃতি

আপনার হাসপাতালে ভর্তি হওয়া / দূর্ঘটনার বিষয়ে নিম্নলিখিত বিবরণ প্রদান করুন

হাসপাতালের নাম	হাসপাতালে ভর্তির তারিখ	রোগ নির্ণয়ের তারিখ	যে চিকিৎসা চলেছে / অস্ত্রোপচার করা হয়েছে	ছাড়া পাওয়ার তারিখ

আপনি কি আগে উপরোক্ত অসুস্থতায় ভুগেছেন বা তার জন্য চিকিৎসা নিয়েছেন:

☐ হ্যাঁ*

☐ না

*“হ্যাঁ” হলে, দয়া করে নিম্নলিখিত বিবরণ দিন:

অসুস্থতা চলাকালীন যে চিকিৎসক / হাসপাতালের পরামর্শ নিয়েছিলেন	চিকিৎসক / হাসপাতালের ঠিকানা, যোগাযোগের নং	পরামর্শ গ্রহণের তারিখ	অসুস্থতার প্রকৃতি

জীবন বিমাকারী ব্যক্তির থাকা অন্যান্য জীবন বিমা / মেডিক্রিম / হেলথ পলিশির বিবরণ

কম্পানির নাম	পলিশি নম্বর	পলিশি প্রদানের তারিখ	বিমা রাশি প্রিমিয়াম	ক্রেমের অবস্থা (যদি থাকে)

বিবৃতি

আমি এতদ্বারা ঘোষণা করছি যে উপরিউক্ত প্রদত্ত বিবরণ আমার জ্ঞাতানুসারে এবং বিশ্বাসমতে সত্য এবং সঠিক এবং এতে কোন পরিবর্তন হলে আমি তা আপনাকে অবিলম্বে জানানোর অঙ্গীকার করছি। যদি কোন ক্ষেত্রে উপরিউক্ত তথ্য ভুল বা অসত্য বা ভুল পথে চালনাকারী অথবা ভুল উপস্থাপনাকারী হিসাবে পাওয়া যায়, তাহলে আমি জানি যে আমি তার জন্য দায়ী থাকতে পারি।

আমি কম্পানীকে অ্যাকাউন্ট এবং সংশ্লিষ্ট লেনদেন সংক্রান্ত তথ্য কম্পানী এবং যেকোন স্থানে অবস্থিত তার যেকোন সহযোগীদের মধ্যে বন্টন, স্থানান্তর এবং প্রকাশ করা সহ সংগ্রহ, সংরক্ষণ, যোগাযোগ এবং প্রক্রিয়াকরণ করতে এবং ভারত এবং / অথবা ভারতের বাইরে থাকা কর্তৃপক্ষদের দেশীয় বা বিদেশী আইন বা নিয়মের মান্যতানুসারে যেকোন গোপনীয় তথ্য বন্টন, স্থানান্তর এবং প্রকাশ করার অনুমতি দিচ্ছি / অনুমোদন করছি।

জীবন বিমাকারী ব্যক্তির স্বাক্ষর / বৃদ্ধাঙ্গুলীর ছাপ

তারিখ

দিন দিন মাস মাস বছর বছর বছর বছর

স্থান

অনুমোদন

জীবন বিমা পলিশি নং(গুলি)

আমি মি./ মিসেস/মেসার্স (জীবন বিমাকারী ব্যক্তির নাম),
এতদ্বারা মেসার্স আভিভা লাইফ ইনসিওরেন্স কম্পানি ইন্ডিয়া লিমিটেড এবং / অথবা তাদের প্রতিনিধিকে পলিশি জারী করার পূর্বে বা পরে প্রাপ্ত করে থাকতে পারি আমার এমন সকল
চাকুরী / মেডিক্যাল / হাসপাতালের রেকর্ড / পুলিশ রেকর্ড / অন্যান্য রেকর্ড (ফটোকপি সহ) / আমার চিকিৎসা / জীবিকা সংক্রান্ত তথ্য তথা কোন বর্তমানে উপস্থিত পলিশির বিষয়ে
অন্যান্য জীবন বিমা কম্পানিগুলির থেকে বিবরণ সংগ্রহ করার বিষয়ে সম্মতি জানাচ্ছি যা আমি পলিশির চুক্তি জারী করার পূর্বে বা পরে প্রাপ্ত করে থাকতে পারি।

তারিখ

আপনার অনুগত

স্থান

জীবন বিমাকারী ব্যক্তির স্বাক্ষর / বৃদ্ধাঙ্গুলীর ছাপ

জীবন বিমাকারী ব্যক্তির সাথে যোগাযোগের বিবরণ

সম্পূর্ণ ঠিকানা

মোবাইল নম্বর এসটিডি কোড সহ ল্যান্ড

শুধুমাত্র শাখার জন্য

পলিশি নম্বর

সার্ভিস রিকোয়েস্ট আইডি

প্রক্রিয়াকরণ করেছেন (নাম ও স্বাক্ষর)

শাখার স্ট্যাম্প এবং তারিখ

দ্রষ্টব্য

- ক্রেমের টাকা প্রদান ক্রেমের মূল্যায়ন এবং পলিশির শর্তাবলীর ওপর নির্ভরশীল
- নথিপত্র মূল্যায়নের সময়ে, আভিভার অতিরিক্ত নথিপত্র চাওয়ার অধিকার আছে



আভিভা লাইফ ইনসিওরেন্স কম্পানি ইন্ডিয়া লিমিটেড
আভিভা টাওয়ার, সেক্টর রোড, গলফ কোর্সের বিপরীতে
ডিএলএফ ফেজ -V, সেক্টর 43, গুরুগ্রাম - 122003
www.avivaindia.com



কাস্টমার সার্ভিস হেল্পলাইন নম্বর
1800-103-77-66 (টোল ফ্রি)
0124-270-9046



ইমেল
claims@avivaindia.com