

राइडर दावा सूचनापत्र (Rider Claim Handout)

हम आपके शीघ्र स्वस्थ होने की कामना करते हैं और पूरी दावा प्रक्रिया के दौरान हमारी सहायता का आश्वासन देते हैं। आपके दावे के शीघ्र निपटान के लिए हमें निम्नलिखित दस्तावेजों की आवश्यकता है।

1. **राइडर दावा फॉर्म**

राइडर दावा फॉर्म, गंभीर रोग/अवीवा हार्ट केयर/अवीवा हेल्थ सिक्वोर/दुर्घटनात्मक अंग-विच्छेद/स्थायी पूर्ण अपंगता/भयावह रोग/अस्पताल और शल्यक्रिया नकद लाभ/टर्मिनल रोग के दावे संसाधित करने के लिए, बीमित व्यक्ति द्वारा विधिवत भर कर हस्ताक्षरित किया जाना चाहिए।

2. **अस्पताली भरती और उपचार से जुड़ी निदान परीक्षण रिपोर्ट्स**

अस्पताल में भरती से पहले, भरती के दौरान और भरती के बाद किये गए सभी रक्त/मेडिकल परीक्षणों की रिपोर्ट्स की प्रतियां

3. **इलाज करनेवाले अस्पताल से दैनिक इलाज रेकॉर्ड**

बीमित व्यक्ति की अस्पताली भरती के दौरान दैनिक आधार पर रखे गये मेडिकल रेकॉर्ड्स की प्रतियां

4. **रिहाई सारांश**

जिस अस्पताल में बीमित व्यक्ति ने इलाज करवाया हो उसके द्वारा जारी रिहाई सारांश की प्रति

5. **अन्य अस्पताल दस्तावेज**

भरती के दौरान या उससे पहले के बीमित व्यक्ति के किसी भी रोग के इलाज के रेकॉर्ड्स

6. **पॉलिसीधारक/बीमित व्यक्ति का फोटो पहचान प्रमाण**

पासपोर्ट, पैन कार्ड, मतदाता पहचान कार्ड, ड्राइविंग लाइसेंस, आदि जैसा फोटो पहचान प्रमाण

7. **बैंक का ब्योरा**

बीमित व्यक्ति के खाते में दावे के भुगतान के सीधे अंतरण के लिए, कृपया आईएफएससी कोड, बैंक खाता क्रमांक तथा बीमित व्यक्ति के नामवाले निरस्त चेक (अनिवार्य) की प्रति जमा करें। यदि निरस्त चेक की प्रति में माँगी गयी जानकारी न हो, तो कृपया निरस्त चेक की प्रति के साथ पासबुक की प्रतिलिपि जमा करें या अवीवा वेबसाइट पर या अवीवा की किसी शाखा में उपलब्ध एनईएफटी मंडेट फॉर्म को विधिवत पृष्ठांकित कर जमा करें।

8. **कमरा शुल्क (आईसीयू/सामान्य) के विवरण सहित अस्पताल का अंतिम बिल**

अस्पताल व शल्यक्रिया नकद लाभ राइडर के लिए, अस्पताल का अंतिम बिल आवश्यक है जिसमें मरीज के आईसीयू या सामान्य वार्ड में भरती दिनों का अलग-अलग ठीक विवरण शामिल होना चाहिए।

9. **प्रथम सूचना रिपोर्ट (एफआईआर) व अंतिम पुलिस जांच-पड़ताल रिपोर्ट (केवल दुर्घटना के मामलों के लिए)**

पुलिस अधिकारियों से एफआईआर की प्रति प्राप्त करनी होगी, यदि एफआईआर दर्ज की गयी हो और पुलिस की तफ्तीश हो गयी हो या चल रही हो।

10. **यदि प्राप्तकर्ता की कर नागरिकता भारत से बाहर हो, केवल तभी सीआरएस फॉर्म भरना होगा**

यह फॉर्म अवीवा वेबसाइट पर या अवीवा की किसी भी शाखा में उपलब्ध है।



अवीवा लाइफ इंश्योरेंस कंपनी इंडिया लिमिटेड
अवीवा टॉवर, सेक्टर रोड, गोल्फ कोर्स के सामने,
डीएलएफ फेज-V, सेक्टर 43, गुरुग्राम-122003
www.avivaindia.com



ग्राहक सेवा हेल्पलाइन नंबर
1800-103-77-66 (टोल फ्री)
0124-270-9046



ई-मेल
claims@avivaindia.com

राइडर दावा फॉर्म (Rider Claim Form)

राइडर दावा फॉर्म, गंभीर रोग/अवीवा हार्ट केयर/अवीवा हेल्थ सिक्योर/दुर्घटनात्मक अंग-विच्छेद/स्थायी पूर्ण अपंगता/भयावह रोग/अस्पताल और शल्यक्रिया नकद लाभ/टर्मिनल (अंत्य) रोग
Critical Illness / Aviva Heart Care / Aviva Health Secure / Accidental Dismemberment / Permanent Total Disability /
Dreaded Disease / Hospital and Surgical Cash Benefit Rider / Terminal Illness

- राइडर दावा फॉर्म बीमित व्यक्ति द्वारा विधिवत भरा और हस्ताक्षरित किया जाना चाहिए. राइडर दावा फॉर्म के साथ जमा किये जानेवाले आवश्यक दस्तावेजों की सूची के लिए कृपया राइडर दावा सूचनापत्र का संदर्भ लें।
- कृपया सभी आवश्यक दस्तावेज अवीवा की किसी भी शाखा में जमा करें या अवीवा के प्रधान कार्यालय को कूरियर द्वारा भेजें (पता प्राप्ति-सूचना पत्र में दिया गया है)।

जमा किये जानेवाले अनिवार्य दस्तावेज	जमा किये जानेवाले अतिरिक्त दस्तावेज
- दावेदार द्वारा विधिवत भरा और हस्ताक्षरित किया गया राइडर दावा फॉर्म - अस्पताली भरती और इलाज से संबंधित निदान परीक्षण रिपोर्ट्स - डिस्चार्ज (अस्पताल से छुट्टी) सारांश व अन्य अस्पताली दस्तावेज - बीमित व्यक्ति के आधार कार्ड की प्रति - धनराशि के इलेक्ट्रॉनिक अंतरण के लिए हस्ताक्षरित निरस्त चेक की प्रति	- अस्पताल व शल्यक्रिया नकद लाभ राइडर के लिए, कमरा शुल्क (आईसीयू/ सामान्य) के विवरण सहित अस्पताल का अंतिम बिल - दुर्घटना-संबंधी दावे के मामले में, प्रथम सूचना रिपोर्ट (एफआईआर) व अंतिम पुलिस जांच-पड़ताल रिपोर्ट

बीमित व्यक्ति का ब्योरा

पॉलिसी क्रमांक (कृपया अवीवा से ली हुई सभी पॉलिसियों के क्रमांक लिखें)

बीमित व्यक्ति का नाम

वर्तमान पता

शहर राज्य पिन कोड

मोबाइल नंबर ईमेल आईडी

आधार क्रमांक (अनिवार्य) पैन नंबर (अनिवार्य)

भारत के बाहर के क्षेत्र(त्रों) में कर-प्रयोजन के लिए निवास ☐ हाँ* ☐ नहीं

*यदि “ हाँ,” तो कृपया अवीवा वेबसाइट पर या अवीवा की किसी भी शाखा में उपलब्ध सीआरएस/एफएटीसीए परिशिष्ट भरें।

बीमित व्यक्ति के रोजगार का ब्योरा (तभी लागू जब बीमित व्यक्ति एक वेतनभोगी कर्मचारी हो)*

नियोक्ता का नाम

पता:

मोबाइल नंबर या एसटीडी कोड के साथ लैंडलाइन

कार्यस्थल पर पदनाम कार्य का वास्तविक स्वरूप

*कृपया अवीवा वेबसाइट या अवीवा की किसी भी शाखा में उपलब्ध नियोक्ता प्रश्नावली जमा करें

बैंक खाते का ब्योरा

खाताधारक का नाम
(जैसा बैंक रेकॉर्ड में दर्ज हो)

बैंक का नाम

शाखा का पता

खाता क्रमांक

आईएफएससी कोड (11 अंक)

एमआईसीआर कोड (9 अंक)

खाते का प्रकार ☐ बचत खाता ☐ चालू खाता ☐ एनआई* ☐ एनआरओ

* एनआई खाते के लिए, कृपया एनआई खाते का पूर्व-मुद्रित बैंक निरस्त चेक तथा स्व-साक्ष्यांकित बैंक विवरण/एनआई खाते के पासबुक की प्रतिलिपि, जिससे प्रीमियम राशियाँ प्रेषित की गयी हों, को जमा करें. गलत बैंक विवरण के कारण हुई देर या भुगतान के जमा न होने के लिए अवीवा उत्तरदायी नहीं होगी।

CBS PERSONAL BANKING: SAVING ACCOUNT		DATE_____
PAY _____	OR BEAR ER	
RUPEES _____	₹ _____	
SBGEN A/c No. _____	ANWB: 003070123756	
ABC BANK LIMITED Gurugram Branch Ground Floor, Towers, Gurugram	RTGS / NEFT IFSC CODE : ABNI0000020 ' 334455 ' 110229011 : 000000 ' 31	
Branch Address	MICR Code	IFSC Code

दावे का ब्योरा (कृपया सहायक दस्तावेज़ जमा करें)

रोग का प्रकार

रोग के संबंध में लक्षणों के सर्वप्रथम दिखने की तिथि

रोग के संबंध में प्रथम चिकित्सकीय परामर्श की तिथि

दुर्घटना की तिथि (केवल दुर्घटना के मामले में)

दुर्घटना का प्रकार

रोग/दुर्घटना के लिए आपके अस्पताल में भरती होने के संबंध में कृपया निम्न विवरण दें

अस्पताल का नाम	अस्पताल में भरती होने की तिथि निदान	निदान की तिथि	इलाज/की गयी शल्यक्रिया	डिस्चार्ज (अस्पताल से छुट्टी) की तिथि

क्या आप उपरोक्त रोग से पहले ग्रस्त हुए हैं या उसके लिए पहले इलाज करवाया है:

☐ हाँ*

☐ नहीं

*यदि “हाँ” तो कृपया निम्नलिखित विवरण दें:

रोग के दौरान परामर्शित चिकित्सक/अस्पताल का नाम	चिकित्सक/अस्पताल का पता, संपर्क नंबर	परामर्श तिथि	रोग का स्वरूप

बीमित व्यक्ति द्वारा धारित अन्य जीवन बीमा / मेडिकलेम / स्वास्थ्य पॉलिसियों का विवरण

कंपनी का नाम	पॉलिसी क्रमांक	पॉलिसी जारी होने की तिथि	बीमित राशि/प्रीमियम	दावे की स्थिति (यदि कोई हो)

घोषणा

मैं एतद्वारा घोषित करता/करती हूँ कि ऊपर दिया गया ब्योरा मेरी सर्वोत्तम जानकारी और विश्वास के अनुसार सत्य और सही है और मैं आपको इसमें होनेवाले किसी भी फेरबदल की सूचना शीघ्र देने का वचन देता/देती हूँ. यदि उपरोक्त ब्योरे में कुछ भी झूठा या असत्य या भ्रामक या गलत ढंग से पेश किया गया हो, तो मैं जानता/जानती हूँ कि मुझे इसके लिए उत्तरदायी माना जाएगा।

मैं कंपनी को अनुमत/प्राधिकृत करता/करती हूँ कि वह कंपनी द्वारा या कहीं भी स्थित उससे जुड़ी संस्थाओं द्वारा खाते संबंधी जानकारी और लेनदेन की जानकारी जुटाये, संग्रहीत करे, संचारित करे और उसे संसाधित करे, साथ ही आपस में और देश-विदेश में अन्य अधिकारियों के साथ किसी देशी या विदेशी क़ानून या नियम के अनुपालन के लिए किसी गोपनीय जानकारी को साझा, हस्तांतरित और प्रकट करे।

बीमित व्यक्ति के हस्ताक्षर/
अंगूठे की छाप

दिनांक

स्थान

प्राधिकरण

जीवन बीमा पॉलिसी क्रमांक

मैं श्री/श्रीमती/सुश्री (दावेदार का नाम),
(बीमित व्यक्ति से संबंध) एतद्वारा अवीवा लाइफ इंश्योरेंस कंपनी इंडिया लिमिटेड, और/या उसके प्रतिनिधि को यह सहमति देता/देती हूँ कि वे रोजगार/चिकित्सा/अस्पताल के सभी दस्तावेज़/पुलिस के रिकॉर्ड/अन्य दस्तावेज़ (फोटोकॉपियाँ सहित)/मेरे इलाज/व्यवसाय, जो मैंने पॉलिसी के जारी होने से पहले या बाद में हासिल की हो, से संबंधित जानकारी, साथ ही उन वर्तमान पॉलिसियों के बारे में जानकारी, जो मैंने अन्य जीवन बीमा कंपनियों से इस पॉलिसी के पहले या बाद में ली हों, प्राप्त करें।

दिनांक

भवदीय,

स्थान

बीमित व्यक्ति के हस्ताक्षर /
अंगूठे की छाप

बीमित व्यक्ति का संपर्क विवरण

पूरा पता

मोबाइल नंबर एसटीडी कोड के साथ लैंडलाइन

केवल शाखा के उपयोग के लिए

पॉलिसी क्रमांक

सेवा निवेदन आईडी

इनके द्वारा संसाधित किया गया (नाम व हस्ताक्षर)

शाखा की मुहर और दिनांक

टिप्पणी

- दावे का भुगतान दावे के आकलन और पॉलिसी की शर्तों व नियमों के अधीन है।
- अवीवा के पास दस्तावेज़ों के आकलन के बाद अतिरिक्त दस्तावेज़ माँगने का अधिकार सुरक्षित है।



अवीवा लाइफ इंश्योरेंस कंपनी इंडिया लिमिटेड
अवीवा टॉवर, सेक्टर रोड, गोल्फ कोर्स के सामने,
डीएलएफ फेज़-V, सेक्टर 43, गुरुग्राम-122003
www.avivaindia.com



ग्राहक सेवा हेल्पलाइन नंबर
1800-103-77-66 (टोल फ्री)
0124-270-9046



ई-मेल
claims@avivaindia.com