

ರೈಡರ್ ಕ್ಲೇಮ್‌ನ ಮಾಹಿತಿಪತ್ರ (Rider Claim Handout)

ನಿಮ್ಮ ಈ ಸ್ಥಿತಿಯಿಂದ ನೀವು ಬೇಗ ಗುಣವಾಗಬೇಕು ಎಂದು ನಾವು ಆಶಿಸುತ್ತೇವೆ ಮತ್ತು ರೈಡರ್ ಕ್ಲೇಮ್‌ನ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಯ ಉದ್ದಕ್ಕೂ ನಿಮಗೆ ಬೆಂಬಲ ನೀಡುತ್ತೇವೆ ಎಂದು ಭರವಸೆ ಕೊಡುತ್ತೇವೆ. ನಿಮ್ಮ ಕ್ಲೇಮ್‌ನ ಕೋರಿಕೆಯನ್ನು ಪ್ರಾಸೆಸ್ ಮಾಡುವುದಕ್ಕೆ ನಮಗೆ ಈ ಕೆಳಗಿನ ದಾಖಲೆಪತ್ರಗಳು ಅಗತ್ಯವಿರುತ್ತವೆ ಎಂದು ತಿಳಿಸಬಯಸುತ್ತೇವೆ.

1. ರೈಡರ್ ಕ್ಲೇಮ್‌ನ ಫಾರ್ಮ್

ವಿಷಮಸ್ಥಿತಿಯ ಕಾಯಿಲೆ, / ಅವಿವಾ ಹೃದಯ ಚಿಕಿತ್ಸೆ / ಅವಿವಾ ಆರೋಗ್ಯ ಭದ್ರತೆ / ಆಕಸ್ಮಿಕ ಅಂಗ-ಭೇದನ / ಶಾಶ್ವತವಾದ ಸಂಪೂರ್ಣ ಅಂಗವಿಕಲತೆ / ಭೀಕರ ರೋಗ / ಆಸ್ಪತ್ರೆ ಮತ್ತು ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ನಗದುಹಣದ ಪ್ರಯೋಜನ/ಮರಣಾಂತಕ ರೋಗ, ಇವುಗಳಿಗೆ ಕ್ಲೇಮ್‌ನ್ನು ಪ್ರಾಸೆಸ್ ಮಾಡುವುದಕ್ಕೆ ವಿಮಾ ವ್ಯಕ್ತಿಯು ರೈಡರ್ ಕ್ಲೇಮ್‌ನ ಫಾರ್ಮ್‌ನ್ನು ಕ್ರಮವತ್ತಾಗಿ ತುಂಬಿಸಿ ಸಹಿ ಮಾಡಬೇಕು.

2. ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಲ್ಲಿ ದಾಖಲಾಗಿರುವುದು ಮತ್ತು ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ರೋಗಪತ್ರೆಯ ಪರೀಕ್ಷಾ ವರದಿಗಳು

ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಲ್ಲಿ ದಾಖಲಾಗಿರುವ ಮೊದಲು, ದಾಖಲಾಗಿರುವಾಗ ಮತ್ತು ದಾಖಲಾದ ನಂತರ ಮಾಡಿಸಿಕೊಂಡ ಎಲ್ಲಾ ರಕ್ತ / ವೈದ್ಯಕೀಯ ಪರೀಕ್ಷೆಯ ವರದಿಗಳ ನಕಲುಗಳು

3. ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಮಾಡುತ್ತಿರುವ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಿಂದ ದೈನಂದಿನ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ದಾಖಲೆಗಳು

ವಿಮಾ ವ್ಯಕ್ತಿಯು ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಲ್ಲಿ ದಾಖಲಾಗಿದ್ದ ಕಾಲದಲ್ಲಿ ದೈನಂದಿನ ಆಧಾರದ ಮೇಲೆ ಇಟ್ಟುಕೊಳ್ಳಲಾಗಿದ್ದ ವೈದ್ಯಕೀಯ ದಾಖಲೆಗಳ ನಕಲುಗಳು

4. ಡಿಸ್‌ಚಾರ್ಜ್‌ನ ಸಾರಾಂಶ

ವಿಮಾ ವ್ಯಕ್ತಿಯು ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಪಡೆದುಕೊಂಡ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯು ನೀಡಿದ ಡಿಸ್‌ಚಾರ್ಜ್‌ನ ಸಾರಾಂಶದ ನಕಲು

5. ಇತರ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳ ಪೇಪರ್‌ಗಳು

ವಿಮಾ ವ್ಯಕ್ತಿಯು ಹಿಂದೆ/ಈಗ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಲ್ಲಿ ದಾಖಲಾಗಿದ್ದಾಗ ಯಾವುದೇ ಕಾಯಿಲೆಗಾಗಿ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಪಡೆದುಕೊಂಡಿದ್ದ ದಾಖಲೆಗಳು

6. ಪಾಲಿಸಿದಾರರ/ವಿಮಾ ವ್ಯಕ್ತಿಯ ಪೋರ್ಟೋ ಐಡೆಂಟಿಟಿಯ ಪ್ರೂಫ್

ಪಾಸ್‌ಪೋರ್ಟ್, ಪ್ಯಾನ್ ಕಾರ್ಡ್, ವೋಟರ್ ಐಡೆಂಟಿಟಿ ಕಾರ್ಡ್, ಡೈವಿಂಗ್ ಲೈಸೆನ್ಸ್, ಇತ್ಯಾದಿಯಂತಹ ಪೋರ್ಟೋ ಐಡಿ ಪ್ರೂಫ್

7. ಬ್ಯಾಂಕಿಂಗ್ ವಿವರಗಳು

ಕ್ಲೇಮ್‌ನ ಹಣವನ್ನು ಕ್ಲೇಮ್ ಮಾಡುವವರ ಅಕೌಂಟಿಗೆ ನೇರವಾಗಿ ಟ್ರಾನ್ಸ್‌ಫರ್ ಮಾಡುವ ಸಲುವಾಗಿ, ದಯವಿಟ್ಟು ಐಎಫ್‌ಎಸ್‌ಸಿ ಕೋಡ್, ಬ್ಯಾಂಕ್ ಅಕೌಂಟ್ ನಂಬರ್ ಮತ್ತು ಕ್ಲೇಮ್ ಮಾಡುವವರ ಹೆಸರು ಇರುವ ಕ್ಯಾನ್ಸಲ್ ಮಾಡಿದ ಒಂದು ಚೆಕ್‌ನ ನಕಲನ್ನು (ಕಡ್ಡಾಯ) ನೀಡಿರಿ. ಕ್ಯಾನ್ಸಲ್ ಮಾಡಿದ ಚೆಕ್‌ನ ನಕಲಿನಲ್ಲಿ ಇಲ್ಲಿ ಕೇಳಿರುವ ಮಾಹಿತಿಯು ಇಲ್ಲದಿದ್ದರೆ, ದಯವಿಟ್ಟು ಕ್ಯಾನ್ಸಲ್ ಮಾಡಿದ ಚೆಕ್‌ನ ನಕಲಿನ ಜೊತೆಗೆ ಪಾಸ್‌ಬುಕ್‌ನ ನಕಲನ್ನು ಸಲ್ಲಿಸಿರಿ ಅಥವಾ ಅವಿವಾ ವೆಬ್‌ಸೈಟ್‌ನಲ್ಲಿ ಅಥವಾ ಯಾವುದೇ ಅವಿವಾ ಬ್ಯಾಂಚಿನಲ್ಲಿ ಲಭ್ಯವಿರುವ ಎನ್‌ಇಎಫ್‌ಟಿ ಮ್ಯಾಂಡೇಟ್ ಫಾರ್ಮ್‌ನ್ನು ಕ್ರಮವತ್ತಾಗಿ ಎಂಟರ್‌ಪ್ರೈಸ್ ಮಾಡಿ ಸಲ್ಲಿಸಿರಿ.

8. ರೂಮ್ ಚಾರ್ಜ್‌ಗಳ ವಿವರಗಳು ಒಳಗೊಂಡಂತೆ (ಐಸಿಯು/ಸಾಮಾನ್ಯ) ಆಸ್ಪತ್ರೆಯ ಕೊನೆಯ ಬಿಲ್ಲು

ಆಸ್ಪತ್ರೆ ಮತ್ತು ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ನಗದುಹಣದ ಪ್ರಯೋಜನದ ರೈಡರ್‌ನ ಪ್ರಸಂಗದಲ್ಲಿ, ರೋಗಿಯು ಐಸಿಯು-ದಲ್ಲಿ ದಿನಗಳ ಸಂಖ್ಯೆಯ ನಿಖರ ವಿವರಗಳು ಅಥವಾ ಸಾಮಾನ್ಯ ವಾರ್ಡಿನಲ್ಲಿ ದಿನಗಳ ವಿವರಗಳನ್ನು ಪ್ರತ್ಯೇಕವಾಗಿ ಒಳಗೊಂಡಿರುವ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯ ಕೊನೆಯ ಬಿಲ್ಲು ಅಗತ್ಯವಿರುತ್ತದೆ.

9. ಫಸ್ಟ್ ಇನ್‌ಫರ್ಮೇಶನ್ ರಿಪೋರ್ಟ್ (ಎಫ್‌ಐಆರ್) ಮತ್ತು ಪೋಲೀಸ್ ತನಿಖೆಯ ಅಂತಿಮ ವರದಿ (ಅಪಘಾತದ ಪ್ರಸಂಗದಲ್ಲಿ ಮಾತ್ರ)

ಒಂದುವೇಳೆ ಎಫ್‌ಐಆರ್-ಅನ್ನು ದಾಖಲೆ ಮಾಡಿದ್ದು ಪೋಲೀಸ್ ಪಂಚನಾಮೆಯನ್ನು ಮಾಡಿದ್ದರೆ ಅಥವಾ ಅದು ಚಾಲನೆಯಲ್ಲಿದ್ದರೆ, ಪೋಲೀಸ್ ಅಧಿಕಾರಿಗಳಿಂದ ಎಫ್‌ಐಆರ್-ನ ನಕಲನ್ನು ಪಡೆದುಕೊಳ್ಳಬೇಕು.

10. ಹಣ ಪಡೆಯುವವರು ಭಾರತದ ಹೊರಗೆ ತೆರಿಗೆ ಕೊಡುವವರಾಗಿದ್ದರೆ ಮಾತ್ರ ಸಿಆರ್‌ಎಸ್ ಫಾರ್ಮ್‌ನ್ನು ತುಂಬಿಸಬೇಕು

ಈ ಫಾರ್ಮ್ ಅವಿವಾ ವೆಬ್‌ಸೈಟ್‌ನಲ್ಲಿ ಅಥವಾ ಯಾವುದೇ ಅವಿವಾ ಬ್ಯಾಂಚಿನಲ್ಲಿ ಲಭ್ಯವಿರುತ್ತದೆ.



ಅವಿವಾ ಲೈಫ್ ಇನ್‌ಶೂರನ್ಸ್ ಕಂಪನಿ ಇಂಡಿಯಾ ಲಿಮಿಟೆಡ್
ಅವಿವಾ ಟವರ್, ಸೆಕ್ಟರ್ ರೋಡ್, ಗೋಲ್ಡ್ ಕೋರ್ಸ್ ಎದುರು,
ಡಿಎಲ್‌ಎಫ್ ಫೇಸ್-5, ಸೆಕ್ಟರ್-43, ಗುರುಗ್ರಾಮ್ -122003
www.avivaindia.com



ಕಸ್ಟಮರ್ ಸರ್ವಿಸ್ ಹೆಲ್ಪ್‌ಲೈನ್ ನಂಬರ್
1800-103-77-66 (ಟೋಲ್ ಫ್ರೀ)
0124-270-9046



ಇ-ಮೇಲ್
claims@avivaindia.com

ರೈಡರ್ ಕ್ಲೇಮ್‌ನ ಫಾರ್ಮ್ (Rider Claim Form)

ವಿಷಮಸ್ಥಿತಿಯ ಕಾಯಿಲೆ/ಅವಿವಾ ಹೃದಯ ಚಿಕಿತ್ಸೆ / ಅವಿವಾ ಆರೋಗ್ಯ ಭದ್ರತೆ / ಆಕಸ್ಮಿಕ ಅಂಗ-ಭೇದನ / ಶಾಶ್ವತವಾದ ಸಂಪೂರ್ಣ ಅಂಗವಿಕಲತೆ /

ಭೀಕರ ರೋಗ / ಆಸ್ಪತ್ರೆ ಮತ್ತು ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ನಗದುಹಣದ ಪ್ರಯೋಜನದ ರೈಡರ್ / ಮರಣಾಂತಕ ರೋಗ

(Critical Illness / Aviva Heart Care / Aviva Health Secure / Accidental Dismemberment / Permanent Total Disability / Dreaded Disease / Hospital and Surgical Cash Benefit Rider / Terminal Illness)

1. ವಿಮಾ ವ್ಯಕ್ತಿಯು ರೈಡರ್ ಕ್ಲೇಮ್ ಫಾರ್ಮ್‌ನ್ನು ಕ್ರಮವತ್ತಾಗಿ ತುಂಬಿಸಿ ಸಹಿ ಮಾಡಿರಬೇಕು. ರೈಡರ್ ಕ್ಲೇಮ್ ಫಾರ್ಮ್‌ನೊಂದಿಗೆ ಸಲ್ಲಿಸಬೇಕಾದ ದಾಖಲೆಪತ್ರಗಳ ಪಟ್ಟಿಗೆ ರೈಡರ್ ಕ್ಲೇಮ್ ಮಾಹಿತಿಪತ್ರವನ್ನು ನೋಡಿರಿ.
2. ದಯವಿಟ್ಟು ಅಗತ್ಯವಿರುವ ಎಲ್ಲಾ ದಾಖಲೆಪತ್ರಗಳನ್ನೂ (ಸ್ವತಃ ಸಹಿ ಮಾಡಿ ಪ್ರಮಾಣೀಕರಿಸಿ) ಯಾವುದೇ ಅವಿವಾ ಬ್ಯಾಂಕಿಗೆ ನೀಡಿರಿ ಅಥವಾ ಅವಿವಾದ ಹೆಡ್ ಆಫೀಸಿಗೆ ಕುರಿಯರ್ ಮಾಡಿರಿ.

ಕಡ್ಡಾಯವಾಗಿ ಸಲ್ಲಿಸಬೇಕಾದ ದಾಖಲೆಗಳು	ಸಲ್ಲಿಸಬೇಕಾದ ಹೆಚ್ಚುವರಿ ದಾಖಲೆಗಳು
1. ವಿಮಾ ವ್ಯಕ್ತಿಯು ಕ್ರಮವತ್ತಾಗಿ ತುಂಬಿಸಿ ಸಹಿ ಮಾಡಿದ ರೈಡರ್ ಕ್ಲೇಮ್‌ನ ಫಾರ್ಮ್ 2. ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಲ್ಲಿ ದಾಖಲಾಗಿರುವುದು ಮತ್ತು ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ರೋಗವತ್ತೆಯ ಪರೀಕ್ಷಾ ವರದಿಗಳು 3. ಡಿಸ್‌ಚಾರ್ಜ್‌ನ ಸಾರಾಂಶ ಮತ್ತು ಇತರ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳ ಪೇಪರ್‌ಗಳು 4. ಹಣದ ಎಲೆಕ್ಟ್ರಾನಿಕ್ ಟ್ರಾನ್ಸ್‌ಫರ್‌ಗಾಗಿ ಕ್ಯಾನ್ಸಲ್ ಮಾಡಿದ ಮತ್ತು ಸಹಿ ಮಾಡಿದ ಚೆಕ್‌ನ ನಕಲು	1. ಆಸ್ಪತ್ರೆ ಮತ್ತು ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ನಗದುಹಣದ ಪ್ರಯೋಜನದ ರೈಡರ್‌ನ ಪ್ರಸಂಗದಲ್ಲಿ, ರೂಮ್ ಚಾರ್ಜ್‌ಗಳ ವಿವರಗಳು (ಐಸಿಯು/ಸಾಮಾನ್ಯ) ಒಳಗೊಂಡಂತೆ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯ ಕೊನೆಯ ಬಿಲ್ಲು 2. ಅಪಘಾತದ ಪ್ರಸಂಗದಲ್ಲಿ ಕ್ಲೇಮ್ ಮಾಡುತ್ತಿದ್ದರೆ, ಫಸ್ಟ್ ಇನ್‌ಫರ್ಮೇಶನ್ ರಿಪೋರ್ಟ್ ಮತ್ತು ಪೋಲೀಸ್ ತನಿಖೆಯ ಅಂತಿಮ ವರದಿ

ವಿಮಾ ವ್ಯಕ್ತಿಯ ವಿವರಗಳು

ಪಾಲಿಸಿ ನಂಬರ್(ಗಳು) (ದಯವಿಟ್ಟು ಅವಿವಾ-ದೊಂದಿಗಿನ ಎಲ್ಲಾ ಪಾಲಿಸಿ

ನಂಬರ್‌ಗಳನ್ನೂ ತಿಳಿಸಿರಿ):

ವಿಮಾ ವ್ಯಕ್ತಿಯ ಹೆಸರು :

ಈಗಿನ ವಿಳಾಸ :

ನಗರ :

ರಾಜ್ಯ :

ಪಿನ್‌ಕೋಡ್ :

ಮೊಬೈಲ್ ನಂಬರ್ :

ಇ-ಮೇಲ್ ಐಡಿ :

ಪ್ಯಾನ್ ನಂ. (ಕಡ್ಡಾಯ) :

ತೆರಿಗೆಯ ಉದ್ದೇಶಕ್ಕಾಗಿ ಭಾರತದ ಹೊರಗಿನ ಆಡಳಿತ ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿ (ಗಳಲ್ಲಿ) ವಸತಿ :

☐ ಹೌದು*

☐ ಇಲ್ಲ

*'ಹೌದು' ಎಂದಾದರೆ, ದಯವಿಟ್ಟು ಅವಿವಾ ವೆಬ್‌ಸೈಟ್‌ನಲ್ಲಿ ಅಥವಾ ಯಾವುದೇ ಅವಿವಾ ಬ್ಯಾಂಕಿನಲ್ಲಿ ಲಭ್ಯವಿರುವ ಸಿಆರ್‌ಎಸ್ / ಎಫ್‌ಐಟಿಪಿಎ ಅನುಬಂಧವನ್ನು ತುಂಬಿಸಿರಿ.)

ವಿಮಾ ವ್ಯಕ್ತಿಯ ಉದ್ಯೋಗದ ವಿವರಗಳು (ವಿಮಾ ವ್ಯಕ್ತಿಯು ಸಂಬಳದ ನೌಕರಿಯಲ್ಲಿದ್ದರೆ ಮಾತ್ರ ಅನ್ವಯಿಸುತ್ತದೆ)*

ಉದ್ಯೋಗದಾತರ ಹೆಸರು :

ವಿಳಾಸ :

ಮೊಬೈಲ್ ನಂಬರ್ ಅಥವಾ ಎಸ್‌ಟಿಡಿ ಕೋಡ್‌ನೊಂದಿಗೆ ಲ್ಯಾಂಡ್‌ಲೈನ್ ನಂಬರ್:

ಉದ್ಯೋಗದ ಜಾಗದಲ್ಲಿನ ಹುದ್ದೆ :

ಕೆಲಸದ ನಿಖರ ಸ್ವರೂಪ:

*ದಯವಿಟ್ಟು ಅವಿವಾ ವೆಬ್‌ಸೈಟ್‌ನಲ್ಲಿ ಅಥವಾ ಯಾವುದೇ ಅವಿವಾ ಬ್ಯಾಂಕಿನಲ್ಲಿ ಲಭ್ಯವಿರುವ ಉದ್ಯೋಗದಾತರ ಪ್ರಶ್ನಾವಳಿಯನ್ನು ಸಲ್ಲಿಸಿರಿ.

ಬ್ಯಾಂಕ್ ಅಕೌಂಟಿನ ವಿವರಗಳು

ಬ್ಯಾಂಕ್ ಅಕೌಂಟ್‌ದಾರರ ಪೂರ್ಣ ಹೆಸರು

(ಬ್ಯಾಂಕಿನ ದಾಖಲೆಗಳಲ್ಲಿ ಇರುವಂತೆ) :

ಬ್ಯಾಂಕಿನ ಹೆಸರು :

ಬ್ಯಾಂಕಿನ ವಿಳಾಸ :

ಅಕೌಂಟ್ ನಂಬರ್ :

ಐಎಫ್‌ಎಸ್‌ಸಿ ಕೋಡ್

(11 ಅಂಕಗಳು) :

ಎಮ್‌ಐಸಿಆರ್ ಕೋಡ್

(9 ಅಂಕಗಳು) :

ಅಕೌಂಟ್ ವಿಧ ☐ ಸೇವಿಂಗ್ಸ್ ಅಕೌಂಟ್ ☐ ಕರೆಂಟ್ ಅಕೌಂಟ್ ☐ ಎನ್‌ಆರ್‌ಇ* ☐ ಎನ್‌ಆರ್‌ಒ

*ಎನ್‌ಆರ್‌ಇ ವಿಧದ ಅಕೌಂಟಿಗೆ : ಮೊದಲೇ ಪ್ರಿಂಟ್ ಮಾಡಿರುವ ಕ್ಯಾನ್ಸಲ್ ಮಾಡಿದ ಎನ್‌ಆರ್‌ಇ ಅಕೌಂಟಿನ ಚೆಕ್ ಮತ್ತು ಪ್ರೀಮಿಯಮ್‌ಗಳನ್ನು ಕಳಿಸಲು ಬಳಸಿರುವ ಎನ್‌ಆರ್‌ಇ ಅಕೌಂಟಿನ

ಸ್ವತಃ ಸಹಿ ಮಾಡಿ ಪ್ರಮಾಣೀಕರಿಸಿದ ಬ್ಯಾಂಕ್ ಸ್ಟೇಟ್‌ಮೆಂಟ್ / ಬ್ಯಾಂಕ್ ಪಾಸ್‌ಬುಕ್. ತಪ್ಪು ಬ್ಯಾಂಕಿಂಗ್ ವಿವರಗಳ ಕಾರಣವಾಗಿ ಆಗುವ ಯಾವುದೇ ವಿಳಂಬಕ್ಕೆ ಅಥವಾ ಹಣ ಜಮಾ ಆಗದಿರುವುದಕ್ಕೆ

ಅವಿವಾ ಹೊಣೆಯಾಗಿರುವುದಿಲ್ಲ.

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

ಕೇಮ್‌ನ ವಿವರಗಳು (ದಯವಿಟ್ಟು ಆಧಾರವಾಗಿರುವ ದಾಖಲೆಪತ್ರಗಳನ್ನು ಸಲ್ಲಿಸಿರಿ)

ಕಾಯಿಲೆಯ ಸ್ವರೂಪ : _____

ಕಾಯಿಲೆಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಮೊದಲು ಲಕ್ಷಣಗಳು ಕಾಣಿಸಿಕೊಂಡ ದಿನಾಂಕ :

ದಿ	ದಿ	ತಿಂ	ತಿಂ	ವ	ವ	ವ	ವ
----	----	-----	-----	---	---	---	---

ಕಾಯಿಲೆಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಮೊದಲ ಬಾರಿ ಡಾಕ್ಟರ್‌ರನ್ನು ಸಂಪರ್ಕಿಸಿದ ದಿನಾಂಕ :

ದಿ	ದಿ	ತಿಂ	ತಿಂ	ವ	ವ	ವ	ವ
----	----	-----	-----	---	---	---	---

ಅಪಘಾತದ ದಿನಾಂಕ (ಅಪಘಾತದ ಪ್ರಸಂಗದಲ್ಲಿ ಮಾತ್ರ) :

ದಿ	ದಿ	ತಿಂ	ತಿಂ	ವ	ವ	ವ	ವ
----	----	-----	-----	---	---	---	---

 ಅಪಘಾತದ ಸ್ವರೂಪ : _____

ಕಾಯಿಲೆಗಾಗಿ/ಅಪಘಾತಕ್ಕಾಗಿ ನೀವು ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಲ್ಲಿ ದಾಖಲಾಗಿರುವುದಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಈ ಕೆಳಗಿನ ವಿವರಗಳನ್ನು ನೀಡಿರಿ :

ಆಸ್ಪತ್ರೆಯ ಹೆಸರು	ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಲ್ಲಿ ದಾಖಲಾದ ದಿನಾಂಕ	ರೋಗಪತ್ರದ ದಿನಾಂಕ	ಮಾಡಲಾದ ಚಿಕಿತ್ಸೆ/ಮಾಡಲಾದ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆ	ಡಿಸ್‌ಚಾರ್ಜ್‌ನ ದಿನಾಂಕ

ಮೇಲೆ ಹೇಳಿರುವ ಕಾಯಿಲೆ ನಿಮಗೆ ಹಿಂದೆ ಆಗಿತ್ತೇ ಅಥವಾ ಅದಕ್ಕಾಗಿ ಹಿಂದೆ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಪಡೆದಿದ್ದೀರಾ:

* ಹೌದು ಎಂದಾದರೆ, ದಯವಿಟ್ಟು ಕೆಳಗಿನ ವಿವರಗಳನ್ನು ನೀಡಿರಿ :

☐ ಹೌದು *

☐ ಇಲ್ಲ

ಕಾಯಿಲೆಯ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಸಂಪರ್ಕಿಸಿದ್ದ ಡಾಕ್ಟರ್/ಆಸ್ಪತ್ರೆ	ಡಾಕ್ಟರ್/ಆಸ್ಪತ್ರೆಯ ವಿಳಾಸ, ಸಂಪರ್ಕದ ನಂ.	ಸಂಪರ್ಕಿಸಿದ ದಿನಾಂಕ	ಕಾಯಿಲೆಯ ಸ್ವರೂಪ

ವಿಮಾ ವ್ಯಕ್ತಿಯು ಹೊಂದಿದ್ದ ಇತರ ಜೀವ ವಿಮೆ/ ಮೆಡಿಕೇಮ್ / ಆರೋಗ್ಯದ ಪಾಲಿಸಿಗಳ ವಿವರಗಳು

ಕಂಪನಿಯ ಹೆಸರು	ಪಾಲಿಸಿ ನಂಬರ್	ಪಾಲಿಸಿಯನ್ನು ನೀಡಿದ ದಿನಾಂಕ	ವಿಮಾ ಮೊತ್ತ ಮತ್ತು ಪ್ರೀಮಿಯಮ್	ಕೇಮ್‌ನ ಸಿತಿಗತಿಗಳು (ಏನಾದರೂ ಇದ್ದಲ್ಲಿ)

ಘೋಷಣೆ

ನನಗೆ ಗೊತ್ತಿರುವ ಮತ್ತು ನಾನು ನಂಬಿರುವ ಮಟ್ಟಿಗೆ, ನಾನು ಮೇಲೆ ಕೊಟ್ಟಿರುವ ವಿವರಗಳು ಸತ್ಯವಾದ ಹಾಗೂ ಸರಿಯಾದ ಸಂಗತಿಗಳಾಗಿವೆ; ಅವುಗಳಲ್ಲಿ ಏನಾದರೂ ಬದಲಾವಣೆಯಾದರೆ ಅದನ್ನು ಕೂಡಲೇ ನಿಮಗೆ ತಿಳಿಸುವ ಭರವಸೆ ನೀಡುತ್ತೇನೆ. ಮೇಲೆ ಕೊಟ್ಟಿರುವ ಯಾವುದಾದರೂ ಮಾಹಿತಿಯು ತಪ್ಪು ಅಥವಾ ಸುಳ್ಳು ಅಥವಾ ದಾರಿ ತಪ್ಪಿಸುವಂತಹದು ಅಥವಾ ತಪ್ಪು ವರದಿ ಎಂದು ಕಂಡುಬಂದರೆ, ಅದಕ್ಕೆ ನಾನು ಜವಾಬ್ದಾರ ಎಂದು ಭಾವಿಸಬಹುದು ಎಂಬುದು ನನಗೆ ಗೊತ್ತಿದೆ.

ಕಂಪನಿ ಮತ್ತು ಎಲ್ಲೆ ಇರಬಹುದಾದ ಅದರ ಯಾವುದೇ ಅಂಗಸಂಸ್ಥೆಗಳು (ಅಫಿಲಿಯೇಟ್‌ಗಳು) ಯಾವುದೇ ಭಾರತೀಯ ಅಥವಾ ವಿದೇಶೀಯ ಕಾನೂನು ಅಥವಾ ನಿಯಮವನ್ನು ಪಾಲಿಸುವ ಸಲುವಾಗಿ, ಯಾವುದೇ ಗೋಪ್ಯ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ತಮ್ಮತಮ್ಮೊಳಗೆ ಹಂಚಿಕೊಳ್ಳುವುದು, ವರ್ಗಾಯಿಸುವುದು ಹಾಗೂ ತಮ್ಮೊಳಗೆ ಮತ್ತು/ಭಾರತದೊಳಗಿನ ಹಾಗೂ ಹೊರಗಿನ ಪ್ರಾಧಿಕಾರಗಳಿಗೆ ಬಿಡುಗಡೆ ಮಾಡುವುದು ಒಳಗೊಂಡಂತೆ, ಅಕೌಂಟಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಮತ್ತು ಅಲ್ಲಿನ ಎಲ್ಲಾ ಜಮಾ-ಖರ್ಚಿನ ವಿವರಗಳನ್ನು ಪಡೆದುಕೊಳ್ಳಬಹುದು, ಶೇಖರಣೆ ಮಾಡಬಹುದು, ರವಾನಿಸಬಹುದು ಮತ್ತು ಪ್ರಾಸೆಸ್ ಮಾಡಬಹುದು ಎಂಬುದಕ್ಕೆ ನಾನು ಕಂಪನಿಗೆ ಅನುಮತಿ / ಅಧಿಕಾರ ನೀಡುತ್ತೇನೆ.

ವಿಮಾ ವ್ಯಕ್ತಿಯ ಸಹಿ/ಹೆಬ್ಬೆಟ್ಟು ಒತ್ತು

ದಿನಾಂಕ :

ದಿ	ದಿ	ತಿಂ	ತಿಂ	ವ	ವ	ವ	ವ
----	----	-----	-----	---	---	---	---

ಸ್ಥಳ : _____

ಅಧಿಕಾರ ನೀಡಿಕೆ

ಜೀವ ವಿಮಾ ಪಾಲಿಸಿ ನಂ.(ಗಳು) :

ನಾನು, ತೀ/ತೀಮತಿ (ವಿಮಾ ವ್ಯಕ್ತಿಯ ಹೆಸರು), ಪಾಲಿಸಿ ನೀಡಿಕೆಯ ಮೊದಲು ಅಥವಾ ನಂತರ ಪಡೆದುಕೊಂಡಿರಬಹುದಾದ ನನ್ನ ಚಿಕಿತ್ಸೆ/ನನ್ನ ಉದ್ಯೋಗಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಎಲ್ಲಾ ಉದ್ಯೋಗ-ಸಂಬಂಧಿ / ವೈದ್ಯಕೀಯದ/ಆಸ್ಪತ್ರೆಯ ದಾಖಲೆಗಳು/ ಪೋಲೀಸ್ ದಾಖಲೆಗಳು/(ಪೋಲೀಸ್‌ಕಾರಿಗಳು ಒಳಗೊಂಡಂತೆ) ಇತರ ದಾಖಲೆಗಳನ್ನು/ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಪಡೆದುಕೊಳ್ಳಲು ಮತ್ತು ನಾನು ಪಾಲಿಸಿ ಕರಾರಿನ ನೀಡಿಕೆಯ ಮೊದಲು ಅಥವಾ ನಂತರ ತೆಗೆದುಕೊಂಡಿದ್ದು ಈಗ ಚಾಲ್ತಿಯಲ್ಲಿರುವ ಇತರ ಯಾವುದೇ ಪಾಲಿಸಿಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಇತರ ಜೀವ ವಿಮಾ ಕಂಪನಿಗಳಿಂದ ವಿವರಗಳನ್ನು ಪಡೆದುಕೊಳ್ಳಲು, ಮೆಸರ್ಸ್ ಅವಿವಾ ಲೈಫ್ ಇನ್‌ಶೂರೆನ್ಸ್ ಕಂಪನಿ ಇಂಡಿಯಾ ಲಿಮಿಟೆಡ್‌ಗೆ ಮತ್ತು /ಅಥವಾ ಅದರ ಪ್ರತಿನಿಧಿಗೆ ಈ ಮೂಲಕ ನನ್ನ ಸಮ್ಮತಿ ನೀಡುತ್ತಿದ್ದೇನೆ.

ದಿನಾಂಕ :

ನಿಮ್ಮ ವಿಶ್ವಾಸಿ

ಸ್ಥಳ :

ವಿಮಾ ವ್ಯಕ್ತಿಯ ಸಹಿ/ಹೆಬ್ಬೆಟ್ಟು ಒತ್ತು

ವಿಮಾ ವ್ಯಕ್ತಿಯ ಸಂಪರ್ಕದ ವಿವರಗಳು

ಪೂರ್ಣ ವಿಳಾಸ :

ಮೊಬೈಲ್ ನಂಬರ್ : ಲ್ಯಾಂಡ್‌ಲೈನ್, ಎಸ್ಟೇಡ್ ಕೋಡ್‌ನೊಂದಿಗೆ :

ಬ್ಯಾಂಕಿನ ಬಳಕೆಗಾಗಿ ಮಾತ್ರ

ಪಾಲಿಸಿ ನಂ.(ಗಳು):

ಸರ್ವಿಸ್ ಕೋರಿಕೆಯ ಐಡಿ

ಪ್ರಾಸೆಸ್ ಮಾಡಿದವರು (ಹೆಸರು ಮತ್ತು ಸಹಿ)

ಬ್ಯಾಂಕಿನ ಸೀಲು ಮತ್ತು ದಿನ

ಗಮನಿಸಿರಿ:

1. ಕ್ಲೇಮ್‌ಗೆ ಹಣಪಾವತಿ ಮಾಡುವುದು ಕ್ಲೇಮ್‌ನ ಮೌಲ್ಯಾಂಕನ ಮತ್ತು ಪಾಲಿಸಿಯ ಶರತ್ತುಗಳು ಹಾಗೂ ನಿಬಂಧನೆಗಳಿಗೆ ಒಳಪಟ್ಟಿರುತ್ತದೆ.
2. ಇಲ್ಲಿನ ದಾಖಲೆಪತ್ರಗಳ ಮೌಲ್ಯಾಂಕನದ ನಂತರ, ಇನ್ನೂ ಹೆಚ್ಚಿನ ದಾಖಲೆಗಳನ್ನು ಕೇಳುವ ಹಕ್ಕನ್ನು ಅವಿವಾ ಕಾಯ್ದಿರಿಸಿಕೊಂಡಿದೆ.



ಅವಿವಾ ಲೈಫ್ ಇನ್‌ಶೂರೆನ್ಸ್ ಕಂಪನಿ ಇಂಡಿಯಾ ಲಿಮಿಟೆಡ್
ಅವಿವಾ ಟವರ್, ಸೆಕ್ಟರ್ ರೋಡ್, ಗೋಲ್ಡ್ ಕೋರ್ಸ್ ಎದುರು,
ಡಿಎಲ್‌ಎಫ್ ಫೇಸ್-5, ಸೆಕ್ಟರ್-43, ಗುರುಗ್ರಾಮ್ 122003
www.avivaindia.com



ಕಸ್ಟಮರ್ ಸರ್ವಿಸ್ ಹೆಲ್ಪ್‌ಲೈನ್ ನಂಬರ್
18001037766 (ಟೋಲ್ ಫ್ರೀ)
01242709046



ಇ-ಮೇಲ್
claims@avivaindia.com