

## റൈഡർ ക്ലെയിം ഫോം ഹാൻഡൗട്ട് (Rider Claim Handout)

ഞങ്ങൾ നിങ്ങൾക്ക് വേഗത്തിൽ രോഗ വിടുതൽ ആശംസിക്കുകയും റൈഡർ ക്ലെയിം പ്രക്രിയയിൽ ഞങ്ങളുടെ പൂർണ്ണ പിന്തുണ ഉറപ്പു നൽകുകയും ചെയ്യുന്നു. നിങ്ങളുടെ ക്ലെയിം അപേക്ഷയിൽ തുടർ നടപടികൾക്കായി ഇനിപ്പറയുന്നു രേഖകൾ ആവശ്യമാണെന്ന് നിങ്ങളെ അറിയിക്കുന്നതിന് ഞങ്ങൾ ആഗ്രഹിക്കുന്നു.

1. **റൈഡർ ക്ലെയിം ഫോം**

ക്രിട്ടിക്കൽ ഇൻസെൻ്സ്/അവീവ ഹാർട്ട് കെയർ/അവീവ ഹെൽത്ത് സെക്യൂർ/അപകട അംഗവിചാരനം/സ്ഥിരമായ ആകെയുള്ള ശാരീരിക വൈകല്യം/മഹാമാരി/ആശുപത്രി, ശസ്ത്രക്രിയാ ആനുകൂല്യം/ചികിത്സിയ്ക്കാനാവാത്ത അസുഖം എന്നിവ സംബന്ധിച്ചുള്ള ക്ലെയിമിൻ്റെ തുടർ നടപടികൾക്കായി ജീവൻ പരിരക്ഷണം ലഭിച്ചിട്ടുള്ള വ്യക്തി റൈഡർ ക്ലെയിം ഫോം കൃത്യമായി പൂരിപ്പിക്കുകയും ഒപ്പു വെക്കുകയും ചെയ്യേണ്ടതാണ്.

2. **ആശുപത്രി പ്രവേശനവും ചികിത്സയും സംബന്ധിച്ചുള്ള രോഗനിർണയ പരിശോധനാ റിപ്പോർട്ടുകൾ**

നിങ്ങൾ ആശുപത്രിയിൽ പ്രവേശിപ്പിക്കപ്പെടുന്നതിന് മുൻപായും അതിനിടയിലും അതിനുശേഷവും വിധേയമായിട്ടുള്ള രക്ത വൈദ്യപരിശോധന റിപ്പോർട്ടുകളുടെ പകർപ്പ്.

3. **ചികിത്സിക്കുന്ന ആശുപത്രിയിൽ നിന്നുള്ള പ്രതിദിന ചികിത്സാരേഖകൾ**

ജീവൻ പരിരക്ഷണം ലഭിച്ചിട്ടുള്ള വ്യക്തി ആശുപത്രിയിൽ പ്രവേശിപ്പിക്കപ്പെട്ട കാലയളവിൽ പ്രതിദിനാടിസ്ഥാനത്തിൽ ആശുപത്രിയിൽ സൂക്ഷിച്ചിട്ടുള്ള വൈദ്യ രേഖകളുടെ പകർപ്പ്.

4. **ആശുപത്രിയിൽ നിന്ന് വിടുതൽ ലഭിച്ചതിൻ്റെ സംക്ഷേപ വിവരങ്ങൾ**

ജീവൻ പരിരക്ഷണം നേടിയിട്ടുള്ള വ്യക്തിയ്ക്ക് ആശുപത്രിയിൽ നിന്ന് വിടുതൽ നൽകിയത് സംബന്ധിച്ച് ആശുപത്രി പുറപ്പെടുവിക്കുന്ന സംക്ഷേപ വിവരങ്ങളുടെ പകർപ്പ്.

5. **മറ്റ് ആശുപത്രി കടലാസുകൾ**

നിലവിൽ ആശുപത്രിയിൽ പ്രവേശിപ്പിച്ച കാലയളവിന് മുൻപായി/ഇടയിൽ, ജീവൻ പരിരക്ഷണം ലഭിച്ചിട്ടുള്ള വ്യക്തിക്ക് ഉണ്ടായ ഏതെങ്കിലും അസുഖം ചികിത്സിച്ചത് സംബന്ധിച്ച ചികിത്സാ രേഖ.

6. **പോളിസി ഉടമയുടെ/ജീവൻ പരിരക്ഷണം ലഭിച്ചിട്ടുള്ള വ്യക്തിയുടെ ഫോട്ടോ തിരിച്ചറിയൽ കാർഡ്**

പാസ്പോർട്ട്, പാൻകാർഡ്, വോട്ടർ തിരിച്ചറിയൽ കാർഡ്, ഡ്രൈവിങ് ലൈസൻസ്, തുടങ്ങിയവ പോലെയുള്ള ഫോട്ടോ തിരിച്ചറിയൽ രേഖയുടെ പകർപ്പ്.

7. **ബാങ്കിംഗ് വിശദാംശങ്ങൾ**

ജീവൻ പരിരക്ഷണം ലഭിച്ചിട്ടുള്ള വ്യക്തിക്ക് ലഭിക്കാനുള്ള തുക നേരിട്ട് ബാങ്ക് അക്കൗണ്ടിലേക്ക് ട്രാൻസ്ഫർ ചെയ്യുന്നതിനായി, ഐഎഫ്സി കോഡ്, ബാങ്ക് അക്കൗണ്ട് നമ്പർ, ജീവൻ പരിരക്ഷണം ലഭിച്ചിട്ടുള്ള വ്യക്തിയുടെ പേര് എന്നിവ കാണിക്കുന്ന റദ്ദാക്കിയ (നിർബന്ധിതം) ചെക്കിൻ്റെ പകർപ്പ് ദയവായി സമർപ്പിക്കുക. റദ്ദാക്കിയ ചെക്കിൽ ചോദിച്ചിട്ടുള്ള വിവരങ്ങൾ അടങ്ങുന്നില്ലെങ്കിൽ, പാസ്ബുക്കിൻ്റെ പകർപ്പ് റദ്ദാക്കിയ ചെക്കിൻ്റെ പകർപ്പിനോടൊപ്പം സമർപ്പിക്കുക; അല്ലെങ്കിൽ വെബ് സൈറ്റിൽ അല്ലെങ്കിൽ ഏതെങ്കിലും അവിവ ശാഖയിൽ ലഭ്യമായ എൻഇഎഫ്ടി മാൻഡേറ്റ് ഫോം കൃത്യമായി പൂരിപ്പിച്ച് സമർപ്പിക്കുക.

8. **റൂം ചാർജുകൾ (ഐസിയു/നോർമൽ)-യുടെ വിശദാംശങ്ങൾ ഉൾപ്പെടെയുള്ള അന്തിമ ആശുപത്രി ബിൽ**

ഹോസ്പിറ്റൽ ക്യാഷ് ബെനിഫിറ്റ് റൈഡർ ആണെങ്കിൽ, ഐസിയു അല്ലെങ്കിൽ സാധാരണ വാർഡിൽ പ്രവേശിപ്പിക്കപ്പെട്ട ദിവസങ്ങളുടെ കൃത്യമായ വിശദാംശങ്ങളോടൊപ്പമുള്ള അന്തിമ ആശുപത്രി ബിൽ ആവശ്യമാണ്.

9. **ഫസ്റ്റ് ഇൻഫർമേഷൻ റിപ്പോർട്ട് (എഫ്ഐആർ)-ഉം അന്തിമ പോലീസ് അന്വേഷണ റിപ്പോർട്ടും (അപകടമാണെങ്കിൽ മാത്രം)**

എഫ്ഐആർ ചെയ്യപ്പെട്ടിട്ടുണ്ടെങ്കിലും പോലീസ് അന്വേഷണം നടത്തിയിട്ടുണ്ടെങ്കിലും നടന്നു കൊണ്ടിരിക്കുകയാണെങ്കിലും പോലീസ് അധികൃതരിൽനിന്ന് എഫ്ഐആർൻ്റെ പകർപ്പ് നേടേണ്ടതാണ്.

10. **പണം സ്വീകരിക്കുന്ന വ്യക്തിയുടെ നികുതിയുമായി ബന്ധപ്പെട്ട പൗരത്വം ഇന്ത്യയ്ക്ക് പുറത്താണെങ്കിൽ സിആർഎസ് ഫോം പൂരിപ്പിക്കേണ്ടതാണ്**

ഈ ഫോം അവിവ വെബ്സൈറ്റിൽ അല്ലെങ്കിൽ ഏതെങ്കിലും അവിവ ശാഖയിൽ ലഭ്യമാണ്.



**അവിവ ലൈഫ് ഇൻഷുറൻസ് കമ്പനി ഇന്ത്യ ലിമിറ്റഡ്**  
അവിവ ടവർ, സെക്ടർ റോഡ്, ഗോൾഫ് കോഴ്സിന് എതിർവശം,  
ഡിഎൽഎഫ് ഫേസ് -5, സെക്ടർ 43, ഗുരുഗ്രാം - 122003  
[www.avivaindia.com](http://www.avivaindia.com)



**കസ്റ്റമർ സർവീസ് ഹെൽപ്പ്ലൈൻ നമ്പർ**  
1800 - 103-77 - 66 (ടോൾ ഫ്രീ)  
0124 - 270-9046



**ഇ-മെയിൽ:**  
[claims@avivaindia.com](mailto:claims@avivaindia.com)

## റൈഡർ ക്ലെയിം ഫോം (Rider Claim Form)

ക്രിട്ടിക്കൽ ഇൽനെസ്/അവീവ ഹാർട്ട് കെയർ/അവീവ ഹെൽത്ത് സെക്യൂർ/അപകട അംഗവിച്ഛേദനം/സ്ഥിരമായ ആകെയുള്ള ശാരീരിക വൈകല്യം/മഹാമാരി/  
ആശുപത്രി, ശസ്ത്രക്രിയാ ആനുകൂല്യം/ചികിൽസിയ്ക്കാനാവാത്ത അസുഖം

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

- ജീവൻ പരിരക്ഷണം ലഭിച്ചിട്ടുള്ള വ്യക്തി റൈഡർ ക്ലെയിം ഫോം കൃത്യമായി പൂരിപ്പിക്കുകയും ഒപ്പു വെക്കുകയും ചെയ്യേണ്ടതാണ്. റൈഡർ ക്ലെയിം ഫോമിനോ ടൊപ്പം സമർപ്പിക്കേണ്ട ആവശ്യമായ പ്രമാണങ്ങളുടെ പട്ടിക റൈഡർ ക്ലെയിം ഹാൻഡ് ഓട്ടിൽ ദയവായി വായിച്ചു മനസ്സിലാക്കുക.
- ആവശ്യമായ എല്ലാ പ്രമാണങ്ങളും (സ്വയം സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തിയത്) ഏതെങ്കിലും അവിവ ശാഖയിൽ അല്ലെങ്കിൽ കൊറിയർ വഴിയായി അവിവയുടെ ഹെഡ് ഓഫീസിൽ സമർപ്പിക്കാവുന്നതാണ്.

| നിർബന്ധമായും സമർപ്പിക്കേണ്ട രേഖകൾ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | സമർപ്പിക്കേണ്ട അധിക രേഖകൾ                                                                                                                                                                                                                                            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <div>1. ജീവൻ പരിരക്ഷണം ലഭിച്ചിട്ടുള്ള വ്യക്തി കൃത്യമായി പൂരിപ്പിച്ച റൈഡർ ക്ലെയിം ഫോം.</div> <div>2. ആശുപത്രി പ്രവേശനവും ചികിത്സയുമായി ബന്ധപ്പെട്ടുള്ള രോഗനിർണ്ണയ പരിശോധനാ ഫലങ്ങൾ</div> <div>3. ആശുപത്രിയിൽ നിന്നുള്ള വിടുതൽ സംബന്ധിച്ചുള്ള ചുരുക്ക വിവരങ്ങളും മറ്റ് ആശുപത്രി കടലാസുകളും</div> <div>4. പണം ഇലക്ട്രോണിക് ട്രാൻസ്ഫർ ആയി നടത്തുന്നതിന്, റദ്ദാക്കിയ ഒപ്പിട്ട ചെക്കിന്റെ പകർപ്പ്</div> | <div>1. ആശുപത്രി, സർജിക്കൽ ക്യാഷ് ബെനിഫിറ്റ് ഉണ്ടെങ്കിൽ, റൂം ചാർജ്ജ് കളുടെ വിശദാംശങ്ങൾ (ഐസിയു/നോർമൽ) ഉൾപ്പെടെയുള്ള അന്തിമ ആശുപത്രി ബിൽ.</div> <div>2. അപകടം മൂലമുള്ള ക്ലെയിമാണെങ്കിൽ, ഫസ്റ്റ് ഇൻഫർമേഷൻ റിപ്പോർട്ടും അന്തിമ പോലീസ് പോലീസ് അന്വേഷണ റിപ്പോർട്ടും.</div> |

### ജീവൻ പരിരക്ഷണം ലഭിച്ചിട്ടുള്ള വ്യക്തിയുടെ വിശദാംശങ്ങൾ

പോളിസി നമ്പർ (അവിവയുടെ പക്കലുള്ള എല്ലാ പോളിസി നമ്പരുകളും ദയവായി പരാമർശിക്കുക)

ജീവൻ പരിരക്ഷണം ലഭിച്ചിട്ടുള്ള വ്യക്തിയുടെ പേര്

ഇപ്പോഴത്തെ മേൽവിലാസം

നഗരം സംസ്ഥാനം പിൻകോഡ്

മൊബൈൽ നമ്പർ ഇ മെയിൽ ഐഡി

പാൻ നമ്പർ (നിർബന്ധിതം)

നികുതി ഉദ്ദേശ്യങ്ങൾക്കായി ഇൻഡ്യയ്ക്ക് പുറത്തുള്ള റസിഡൻസ് ☐ അതേ\* ☐ അല്ല

\*അതേ എന്നാണെങ്കിൽ അവിവ വെബ്സൈറ്റിൽ ലഭ്യമായ അല്ലെങ്കിൽ ഏതെങ്കിലും അവിവ ശാഖയിൽ ലഭ്യമായ സിആർഎസ്/എഫ്എടിസിഎ ഫോം ദയവായി പൂരിപ്പിക്കുക.

ജീവൻ പരിരക്ഷണം ലഭിച്ചിട്ടുള്ള വ്യക്തിയുടെ തൊഴിലിന്റെ വിശദാംശങ്ങൾ  
(ജീവൻ പരിരക്ഷണം ലഭിച്ചിട്ടുള്ള വ്യക്തി ശമ്പളം പറ്റുന്ന ഒരു ജീവനക്കാരൻ ആണെങ്കിൽ മാത്രം ബാധകം)\*

തൊഴിൽ ദാതാവിന്റെ പേര്

മേൽവിലാസം

മൊബൈൽ നമ്പർ അല്ലെങ്കിൽ എസ്ടിഡി കോഡിനോടൊപ്പം മൊബൈൽ നമ്പർ

തൊഴിൽസ്ഥലത്തെ പദവി ജോലിയുടെ യഥാർത്ഥ സ്വഭാവം

\*വെബ്സൈറ്റിൽ അല്ലെങ്കിൽ ഏതെങ്കിലും അവിവ ബ്രാഞ്ചിൽ ലഭ്യമായ തൊഴിൽ ദാതാവിന്റെ ചോദ്യാവലി ദയവായി സമർപ്പിക്കുക

### ബാങ്ക് അക്കൗണ്ട് വിശദാംശങ്ങൾ

അക്കൗണ്ട് ഉടമയുടെ പേര്  
(ബാങ്ക് രേഖകളിൽ പ്രത്യക്ഷപ്പെടുന്നതുപോലെ)

ബാങ്കിന്റെ പേര്

ശാഖയുടെ വിലാസം

അക്കൗണ്ട് നമ്പർ

ഐഎഫ്സി കോഡ് (11 അക്കങ്ങൾ)

എംഐസിആർ കോഡ് (9 അക്കങ്ങൾ)

അക്കൗണ്ടിന്റെ തരം ☐ സേവിങ്സ് അക്കൗണ്ട് ☐ കറൻറ് അക്കൗണ്ട് ☐ എൻആർഇ\* ☐ എൻആർഒ

\*എൻആർഇ അക്കൗണ്ട് തരത്തിനായി, എൻആർഇ അക്കൗണ്ടിന്റെ, മൂൻകുട്ടി മൂദ്രണം ചെയ്തിട്ടുള്ളതും റദ്ദാക്കിയതുമായ ചെക്കിന്റെയും പ്രിമിയങ്ങൾ ഈടാക്കപ്പെടുന്നതായി കാണിക്കുന്ന തുമായ സ്വയം സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തിയ ബാങ്ക് സ്റ്റേറ്റ്മെന്റ്/പാസ്ബുക്ക് ദയവായി സമർപ്പിക്കുക. കൃത്യമല്ലാത്ത ഏതെങ്കിലും ബാങ്ക് വിശദാംശങ്ങൾ മൂലം പണം ക്രെഡിറ്റ് ചെയ്യപ്പെടാത്തതിനോ അത് വൈകുന്നതിനോ അവിവ ഉത്തരവാദിത്വം വഹിക്കുന്നതല്ല.

CBS  
PERSONAL BANKING: SAVING ACCOUNT  
DATE \_\_\_\_\_

PAY \_\_\_\_\_  
RUPEES \_\_\_\_\_  
OR BEARER \_\_\_\_\_

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

**ക്ലെയിം വിശദാംശങ്ങൾ (പിന്തുണയ്ക്കുന്ന രേഖകൾ ദയവായി സമർപ്പിക്കുക)**

അസുഖത്തിന്റെ സ്വഭാവം

അസുഖവുമായി ബന്ധപ്പെട്ട രോഗലക്ഷണങ്ങൾ ആദ്യമായി കണ്ട തീയതി

അസുഖവുമായി ബന്ധപ്പെട്ട ആദ്യമായി വൈദ്യോപദേശം തേടിയ തീയതി

അപകടത്തിന്റെ തീയതി (അപകടം ആണെങ്കിൽ മാത്രം)  അപകടത്തിന് സ്വഭാവം

**അസുഖത്തിന്/അപകടവുമായി ബന്ധപ്പെട്ടുള്ള നിങ്ങളുടെ ആശുപത്രി പ്രവേശനം സംബന്ധിച്ച് ഇനി പറയുന്ന വിശദാംശങ്ങൾ നൽകുക**

| ആശുപത്രിയുടെ പേര് | ആശുപത്രി പ്രവേശന തീയതി | രോഗനിർണ്ണയ തീയതി | വിധേയമായ ചികിത്സ നടത്തപ്പെട്ട ശസ്ത്രക്രിയ | ആശുപത്രിയിൽ നിന്ന് വിടുതൽ നേടിയ തീയതി |
|-------------------|------------------------|------------------|-------------------------------------------|---------------------------------------|
|                   |                        |                  |                                           |                                       |
|                   |                        |                  |                                           |                                       |

മുകളിൽ പരാമർശിച്ച രോഗം ഇതിനുമുമ്പും ഉണ്ടായിട്ടുണ്ട് അല്ലെങ്കിൽ രോഗത്തിനായി നിങ്ങൾക്ക് ചികിത്സ ലഭിച്ചിട്ടുണ്ട്: ☐ അതെ\* ☐ ഇല്ല

\*“ഉണ്ട്” എങ്കിൽ ദയവായി വിശദാംശങ്ങൾ ഇനി പറയുന്ന വിശദാംശങ്ങൾ നൽകുക

| അസുഖത്തിന് ഇടയിൽ നിങ്ങൾ സന്ദർശിച്ച ഡോക്ടർ അല്ലെങ്കിൽ ആശുപത്രി | ഡോക്ടറുടെ/ആശുപത്രിയുടെ മേൽവിലാസം | കൺസൾട്ടേഷൻ നടത്തിയ തീയതി | രോഗത്തിന്റെ സ്വഭാവം |
|---------------------------------------------------------------|----------------------------------|--------------------------|---------------------|
|                                                               |                                  |                          |                     |
|                                                               |                                  |                          |                     |

**ജീവന് പരിക്ഷണം ലഭിച്ചിട്ടുള്ള വ്യക്തിയുടെ ഉടമസ്ഥതയിലുള്ള മറ്റ് ലൈഫ് ഇൻഷുറൻസ്/മെഡിക്കെയിം പോളിസിക്ൾ/ഹെൽത്ത് പോളിസിക്ൾ**

| കമ്പനിയുടെ പേര് | പോളിസി നമ്പർ | പോളിസി നൽകപ്പെട്ട തീയതി | സം അപ്പേർഡ്/പ്രീമിയം | ക്ലെയിം സ്റ്റാറ്റസ് (എന്തെങ്കിലുമുണ്ടെങ്കിൽ) |
|-----------------|--------------|-------------------------|----------------------|----------------------------------------------|
|                 |              |                         |                      |                                              |
|                 |              |                         |                      |                                              |

**പ്രസ്താവന**

മുകളിൽ ഞാൻ നൽകിയിട്ടുള്ള വിശദാംശങ്ങൾ എന്റെ ഉത്തമ അറിവിലും വിശ്വാസത്തിലും സത്യവും കൃത്യവും ആണെന്ന് ഞാൻ ഇതിനാൽ പ്രസ്താവിക്കുകയും ഇതിലുണ്ടാകുന്ന ഏതെങ്കിലും മാറ്റങ്ങൾ ഉടൻ തന്നെ നിങ്ങളെ അറിയിക്കും എന്ന് ഞാൻ ഉറപ്പു നൽകുകയും ചെയ്യുന്നു. മുകളിൽ നൽകിയിരിക്കുന്ന വിവരങ്ങളിൽ ഏതെങ്കിലും തെറ്റാണെന്നോ കൃത്യമല്ലെന്നോ തെറ്റിദ്ധരിപ്പിക്കുന്നതാണെന്നോ ശരിയായ പ്രതിനിധീകരണം അല്ലെന്നോ കണ്ടെത്തപ്പെടുന്നുവെങ്കിൽ അതിന്റെ ഉത്തരവാദിത്വം എനിക്ക് ആയേക്കാമെന്ന് ഞാൻ മനസ്സിലാക്കുന്നു.

അക്കൗണ്ടുമായും അതുമായി ബന്ധപ്പെട്ട എല്ലാ ഇടപാടുകളുടെയും വിവരങ്ങൾ ശേഖരിക്കുന്നതിനും സൂക്ഷിച്ചു വയ്ക്കുന്നതിനും ആശയവിനിമയം നടത്തുന്നതിനും സംസ്കരണം ചെയ്യുന്നതിനും അവർ പരസ്പരവും പങ്കുവെക്കലും കൈമാറ്റം ചെയ്യലും വെളിപ്പെടുത്തലും നടത്തുന്നതിനും, ആഭ്യന്തരമായാലും വിദേശത്തെയായാലും ഏതെങ്കിലും നിയമത്തിന്റെയോ വ്യവസ്ഥയുടെയോ പാലനത്തിനായി, ഏതെങ്കിലും രഹസ്യത്വമക വിവരം ഇൻഡ്യയ്ക്കുള്ളിലെ ഒപ്പം/അല്ലെങ്കിൽ ഇൻഡ്യയ്ക്ക് പുറത്തെ അധികാരികളുമായി ഉൾപ്പെടെ, ഞാൻ കമ്പനിയേയും ഏതെങ്കിലും അഫിലിയേറ്റുകളേയും (അവർ എവിടെയാണെങ്കിലും), ഞാൻ അനുവദിക്കുന്നു/അധികാരപ്പെടുത്തുന്നു.

ജീവന് പരിക്ഷണം ലഭിച്ചിട്ടുള്ള വ്യക്തിയുടെ ഒപ്പ്/തള്ളവിരലടയാളം

തീയതി  സ്ഥലം

## അധികാരപ്പെടുത്തൽ

ലൈഫ് ഇൻഷുറൻസ് പോളിസി നമ്പർ

ഞാൻ ശ്രീ/ശ്രീമതി/കുമാരി  (ജീവൻ പരിരക്ഷണം

ലഭിച്ചിട്ടുള്ള വ്യക്തിയുടെ പേര്), എല്ലാ തൊഴിൽ/വൈദ്യ/ആശുപത്രി രേഖകൾ/പോലീസ് രേഖകൾ/മറ്റു രേഖകൾ (ഫോട്ടോകോപ്പികൾ ഉൾപ്പെടെ)/എന്റെ ചികിത്സയുമായി/തൊഴിലുമായി ബന്ധപ്പെട്ട വിവരങ്ങൾ, പോളിസി എനിക്ക് നൽകപ്പെട്ടതിന് മുൻപോ അതിന് ശേഷമോ ആണെങ്കിൽപ്പോലും എനിക്ക് ലഭ്യമായിട്ടുള്ള വിവരങ്ങൾ, മറ്റ് ലൈഫ് ഇൻഷുറൻസ് കമ്പനികളിൽ നിന്നുള്ള, നിലവിലുള്ള എന്റെ പോളിസികളുടെ വിശദാംശങ്ങൾ ഉൾപ്പെടെ, പോളിസി കരാർ പുറപ്പെടുവിച്ചതിന് മുൻപോ അതിന് ശേഷമോ ആണെങ്കിൽപ്പോലും, ശേഖരിക്കുന്നതിന് എം/എസ് അവിവ ലൈഫ് ഇൻഷുറൻസ് കമ്പനി ഇന്ത്യ ലിമിറ്റഡിന് ഒപ്പം/അല്ലെങ്കിൽ അതിന്റെ പ്രതിനിധികൾക്ക്, ഇതിനാൽ എന്റെ സമ്മതം നൽകിക്കൊള്ളുന്നു.

തീയതി

സ്ഥലം

വിശ്വസ്തതയോടെ

ജീവൻ പരിരക്ഷണം ലഭിച്ചിട്ടുള്ള  
വ്യക്തിയുടെ ഒപ്പ്/തള്ള വിരൽ അടയാളം

ജീവൻ പരിരക്ഷണം ലഭിച്ചിട്ടുള്ള വ്യക്തിയുടെ സമ്പർക്ക വിശദാംശങ്ങൾ

പൂർണ്ണമായ പേര്

മൊബൈൽ നമ്പർ  എസ്ടിഡി കോഡിനോടൊപ്പം  
ലാൻഡ് ലൈൻ നമ്പർ

പോളിസി നമ്പർ

സർവീസ് റിക്വസ്റ്റ് ഐഡി.

പ്രോസസ് ചെയ്തത് (പേരും ഒപ്പും)

ശാഖയുടെ മുദ്രയും തീയതിയും

കുറിപ്പ്:

- ക്ലെയിമിനായി നൽകപ്പെടുന്ന പേയ്മെന്റ് ക്ലെയിം സംബന്ധിച്ചുള്ള വിലയിരുത്തലും പോളിസിയുടെ വ്യവസ്ഥകൾക്കും നിബന്ധനകൾക്കും അടിസ്ഥാനത്തിലും ആയിരിക്കും.
- രേഖകൾ വിലയിരുത്തിയതിനു ശേഷം അധികമായ രേഖകൾ ഹാജരാക്കുന്നതിന് ആവശ്യപ്പെടുന്നതിനുള്ള അവകാശം അവിവ സൂക്ഷിക്കുന്നു.



അവിവ ലൈഫ് ഇൻഷുറൻസ് കമ്പനി ഇന്ത്യ ലിമിറ്റഡ്  
അവിവ ടവർ, സെക്ടർ റോഡ്, ഗോൾഫ് കോഴ്സിന് എതിർവശം,  
ഡിഎൽഎഫ് ഫേസ് -5, സെക്ടർ 43, ഗുരുഗ്രാം - 122003  
www.avivaindia.com



കസ്റ്റമർ സർവീസ് ഹെൽപ്പ്ലൈൻ നമ്പർ  
1800 - 103-77 - 66 (ടോൾ ഫ്രീ)  
0124 - 270-9046



ഇ-മെയിൽ:  
claims@avivaindia.com