

துணை பாலிசி உரிமைகோருதலை வழங்குதல் (Rider Claim Handout)

நீங்கள் விரைவில் குணமடைய வாழ்த்துகிறோம், மேலும் துணை பாலிசி உரிமைகோரும் செயல்முறை முழுவதுமாக நாங்கள் ஆதரவளிப்போம் என்று உறுதி கூறுகிறோம். உங்கள் உரிமைகோருதலை செயல்முறைப்படுத்த எங்களுக்கு பின்வரும் ஆவணங்கள் தேவை என்பதை உங்களுக்குத் தெரிவிக்க விரும்புகிறோம்.

1. **துணைப் பாலிசிக்கான உரிமைகோரும் படிவம்**

தீவிர நோய்/ அவிவா ஹார்ட் கேர்/ அவிவா ஹெல்த் செக்யூர்/ விபத்தில் துண்டிக்கப்படுதல்/ நிரந்தர மொத்த முடமாகுதல்/ பயங்கரமான நோய்/ மருத்துவமனை மற்றும் அறுவைச் சிகிச்சை பயன்/ முடமாக்கும் நோய்க்காக உரிமை கோர துணைப் பாலிசிக்கான உரிமைகோரும் படிவத்தை முழுவதுமாக நிரப்பி ஆயுள் காப்பீடு எடுத்தவர் கையொப்பமிட வேண்டும்.

2. **மருத்துவமனையில் சேர்த்து சிகிச்சை அளித்தது தொடர்பான நோய்க்கண்டறியும் சோதனை அறிக்கைகள்**

மருத்துவமனையில் சேர்ப்பதற்கு முன்பாக, சேர்த்தபோது மற்றும் சேர்த்த பிறகு செய்து கொண்ட ரத்தம்/ மருத்துவச் சோதனை அறிக்கைகளின் பிரதி.

3. **சிகிச்சை அளிக்கும் மருத்துவமனையிலிருந்து தினசரி சிகிச்சை பதிவேடுகள்**

ஆயுள் காப்பீடு எடுத்தவர் மருத்துவமனையில் சேர்க்கப்பட்டபோது தினசரி அடிப்படையில் பராமரிக்கப்பட்ட மருத்துவப் பதிவேடுகளின் பிரதி.

4. **வீட்டுக்கு அனுப்பி வைத்த சுருக்கம்**

ஆயுள் காப்பீடு எடுத்தவர் சிகிச்சை பெற்ற மருத்துவமனை வழங்கிய வீட்டுக்கு அனுப்பி வைத்த சுருக்கத்தின் பிரதி.

5. **மற்ற மருத்துவமனை காகிதங்கள்**

கடந்த / தற்போதைய சேர்க்கையின்போதான ஏதாவது நோய்க்கான ஆயுள் காப்பீடு எடுத்தவரின் சிகிச்சை பதிவேடுகள்.

6. **பாலிசிதாரர்/ஆயுள் காப்பீடு எடுத்தவரின் புகைப்பட அடையாள அட்டை**

கடவுச் சீட்டு, பான்கார்டு, புகைப்பட அடையாள அட்டை, ஓட்டுனர் உரிமம், போன்றவற்றின் பிரதி போன்ற புகைப்பட அடையாள ஆதாரம்.

7. **வங்கி விவரங்கள்**

ஆயுள் காப்பீடு எடுத்தவரின் கணக்கில் உரிமைகோரும் பணத்தை நேரடியாக அனுப்ப, தயவுசெய்து ஐஎஃப்எஸ்சி கோட் கொண்ட ரத்து செய்த காசோலை (கட்டாயமானது) பிரதி, வங்கி கணக்குஎண் மற்றும் ஆயுள் காப்பீடு எடுத்தவரின் பெயரை அளிக்கவும். ரத்து செய்த காசோலையின் பிரதியில் கேட்டுக்கொண்ட தகவல்கள் இல்லாவிட்டால், தயவுசெய்து ரத்து செய்த காசோலை பிரதியுடன் பாஸ்புக் பிரதி அல்லது இணையதளம் அல்லது ஏதாவது அவிவா கிளையில் கிடைக்கும் என்ஃஎஃப்ஃபி மேண்டேட் படிவத்தை முறையாக நிரப்பி கையொப்பமிட்டு சமர்ப்பிக்கவும்.

8. **(ஐசியு/ சாதாரணமான) அறைக் கட்டணங்கள் விவரங்கள் உட்பட இறுதி மருத்துவமனை பில்**

மருத்துவமனை மற்றும் அறுவைச் சிகிச்சை பயன் துணை பாலிசியாக இருக்கும்பட்சத்தில், நோயாளி ஐசியூ அல்லது சாதாரண வார்டில் சேர்க்கப்பட்டிருந்த நாட்களின் எண்ணிக்கையை தனியாகக் காட்டும் துல்லியமான விவரங்களைக் கொண்ட மருத்துவமனை பில் தேவை.

9. **முதல் தகவல் அறிக்கை (எஃப்ஐஆர்) மற்றும் (விபத்தாக இருந்தால் மட்டும்) இறுதி காவல் விசாரணை அறிக்கை**

எஃப்ஐஆர் தாக்கல் செய்திருந்து காவல் விசாரணை செய்யப்பட்டு அல்லது செயல்முறையில் இருக்கும்பட்சத்தில் காவல் அதிகாரிகளிடமிருந்து எஃப்ஐஆர் பிரதியைப் பெறலாம்

10. **பணம் அளிப்பவர் இந்தியாவுக்கு வெளியே வரிச் செலுத்தும் குடிமகனாக இருந்தால் சிஆர்எஸ் படிவம் நிரப்பப்பட வேண்டும்.**

இந்த படிவம் அவிவா இணையதளம் அல்லது ஏதாவது அவிவா கிளையில் கிடைக்கிறது.



அவிவா லைஃப் இன்ஷூரன்ஸ் கம்பெனி இந்தியா லிமிடெட்
அவிவா டவர், செக்டர் ரோடு, கோல்ஃப் மைதானம் எதிரே,
டிஎல்எஃப் கட்டம் - 5, செக்டர் 43, குருகிராம் - 122003
www.avivaindia.com



வாடிக்கையாளர் சேவை ஹெல்ப்லைன் எண்
1800-103-77-66 (கட்டணமில்லாத எண்)
0124-270-9046



மின்னஞ்சல்:
claims@avivaindia.com

துணை பாலிசிக்கான உரிமை கோருதல் படிவம் (Rider Claim Form)

தீவிர நோய்/ அவிவா ஹார்ட் கேர்/ அவிவா ஹெல்த் செக்யூர்/ விபத்தில் உடல் உறுப்புகள் துண்டிக்கப்படுதல்/ நிரந்தர ஒட்டுமொத்த முடமாகுதல்/ அபாயகரமான நோய்/ மருத்துவமனை மற்றும் அறுவைச் சிகிச்சை ரொக்கப் பயன் துணை பாலிசி/ இறுதி நோய்
(Critical Illness / Aviva Heart Care / Aviva Health Secure / Accidental Dismemberment / Permanent Total Disability / Dreaded Disease / Hospital and Surgical Cash Benefit Rider / Terminal Illness)

- துணை பாலிசிக்கான படிவத்தை முழுவதுமாக நிரப்பி ஆயுள் காப்பீடு எடுத்தவர் கையொப்பமிட வேண்டும். தயவுசெய்து துணை பாலிசிக்கான உரிமைகோரும் படிவத்துடன் சமர்ப்பிக்க வேண்டிய ஆவணங்களின் பட்டியலுக்கு துணை பாலிசி உரிமைகோருதல் கொடுக்கப்படுதலை பார்க்கவும்.
- தயவுசெய்து ஏதாவது அவிவா கிளை அல்லது அவிவா தலைமை அலுவலகத்திற்கு கூரியரில் தேவையான ஆவணங்களை (சுயசான்றிட்டு) அனுப்பி வைக்கவும்.

கட்டாயம் சமர்ப்பிக்க வேண்டிய ஆவணங்கள்	சமர்ப்பிக்க வேண்டிய கூடுதல் ஆவணங்கள்
- முழுவதும் நிரப்பி ஆயுள் காப்பீடு எடுத்தவர் கையொப்பமிட்ட துணை பாலிசிக்கான உரிமை கோரும் படிவம் - மருத்துவமனையில் சேர்த்தல் மற்றும் சிகிச்சை தொடர்பான நோய்க்கண்டறியும் அறிக்கைகள் - டிஸ்சார்ஜ் சுருக்கம் மற்றும் இதர மருத்துவமனை ஆவணங்கள் - நிதியை மின்னணு முறையில் அனுப்ப கையொப்பமிட்டு ரத்து செய்த காசோலையின் பிரதி	- மருத்துவமனை மற்றும் அறுவைச் சிகிச்சை ரொக்கப் பயன் துணைப் பாலியாக இருக்கும்பட்சத்தில் (ஐசியூ/ சாதாரண) அறைக் கட்டணங்கள் உட்பட இறுதி மருத்துவமனை பில் - விபத்து காரணமாக உரிமை கோரப்பட்டால் முதல் தகவல் அறிக்கை மற்றும் இறுதி காவல் விசாரணை அறிக்கை

ஆயுள் காப்பீடு எடுத்தவரின் விவரங்கள்

பாலிசி எண்(கள்) (தயவுசெய்து அவிவாவில் எடுத்துள்ள எல்லா பாலிசி எண்களையும் குறிப்பிடவும்)

ஆயுள் காப்பீடு
எடுத்தவரின் பெயர்

தற்போதைய முகவரி

நகரம் மாநிலம் அஞ்சலக எண்

கைபேசி எண் மின்னஞ்சல் முகவரி

பான் எண் (கட்டாயமானது)

இந்தியாவுக்கு வெளியே வரிசெலுத்தும் நோக்கங்களுக்கான நீதிவரம்பு(கள்): ☐ ஆம்* ☐ இல்லை

*ஆம் எனில், அவிவா இணையதளம் அல்லது ஏதாவது அவிவா கிளையில் கிடைக்கும் தயவுசெய்து சிஆர்எஸ்/ எஃப்ஏடிசிஏ பிற்சேர்க்கையை நிரப்பவும்

ஆயுள் காப்பீடு எடுத்தவரின் வேலை விவரங்கள் (ஆயுள் காப்பீடு எடுத்தவர் சம்பளம் பெறும் ஊழியராக இருந்தால் மட்டுமே பொருந்தும்)*

முதலாளியின் பெயர்

முகவரி:

கைபேசி அல்லது எஸ்டிடி கோட் உடன் நிலவழி எண்

வேலை தளத்தில் பதவி வேலையின் துல்லியமான தன்மை

*தயவுசெய்து அவிவா இணையதளம் அல்லது ஏதாவது அவிவா கிளையில் கிடைக்கும் முதலாளி கேள்வித்தாளை சமர்ப்பிக்கவும்

வங்கி கணக்கு விவரங்கள்

கணக்கு வைத்திருப்பவரின் பெயர்
(வங்கி பதிவேடுகளில் தோன்றுவதுபடி)

வங்கியின் பெயர்

கிளையின் முகவரி

கணக்கு எண்

ஐஎஃப்எஸ்சி கோட் (11 இலக்கங்கள்)

எம்ஐசிஆர் கோட் (9 இலக்கங்கள்)

கணக்குவகை ☐ சேமிப்புக் கணக்கு ☐ நடப்புக் கணக்கு ☐ என்ஆர்ஃப்* ☐ என்ஆர்ஓ

*என்ஆர்ஃப் கணக்கு வகைக்கு, தயவுசெய்து தவணை செலுத்திய என்ஆர்ஃப் கணக்கின் முன்னதாக அச்சிட்ட, ரத்து செய்த காசோலை, என்ஆர்ஃப் கணக்கின் கணக்கு புத்தகம்/ சுய சான்றிட்ட வங்கி அறிக்கை சமர்ப்பிக்கவும். துல்லியமில்லாத வங்கி விவரங்களின் காரணமாக பணம் வரவு வைக்கப்படுவதில் தாமதம் அல்லது வரவு வைக்கப்படாததற்கு அவிவா பொறுப்பேற்காது.

CBS PERSONAL BANKING: SAVING ACCOUNT		DATE _____
PAY _____	OR BEARER	
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

உரிமைகோரும் விரவங்கள் (தயவுசெய்து ஆதரவுஆவணங்களை சமர்ப்பிக்கவும்)

நோயின் தன்மை

நோய் தொடர்பான அடையாளங்களின் முதல் அறிகுறி தோன்றிய தேதி

நோய் தொடர்பாக முதல் முறையாக மருத்துவ ஆலோசனை பெற்ற தேதி

விபத்து நடந்த தேதி (விபத்தாக இருந்தால் மட்டும்) விபத்தின் தன்மை

நோய்/ விபத்து காரணமாக உங்களை மருத்துமனையில் சேர்த்தது தொடர்பான பின்வரும் விவரங்களைகொடுக்கவும்.

மருத்துவமனையின் பெயர்	மருத்துவமனையில் சேர்த்த தேதி	நோய்க்கண்டறியப்பட்ட தேதி	செய்யப்பட்ட சிகிச்சை/ அறுவைச் சிகிச்சை	அனுப்பி வைத்த தேதி

மேலே குறிப்பிட்ட நோய்க்காக நீங்கள் முன்னதாக சிகிச்சை பெற்றீர்களா அல்லது அவதிப்பட்டீர்களா: ☐ ஆம்* ☐ இல்லை

*ஆம் எனில், தயவுசெய்து பின்வரும் விவரங்களைகொடுக்கவும்:

நோயின்போது ஆலோசனை செய்த மருத்துவமனை/ மருத்துவரின் பெயர்	மருத்துவமனை/மருத்துவரின் முகவரி, தொடர்பு எண்	ஆலோசனை செய்த தேதி	நோயின்தன்மை

ஆயுள் காப்பீடு எடுத்தவர் வைத்திருக்கும் வேறு ஆயுள் காப்பீடு/ மெடிக்களம்/ ஹெல்த் பாலிசிகளின் விவரங்கள்

நிறுவனத்தின் பெயர்	பாலிசியின் எண்	பாலிசி வழங்கிய தேதி	உறுதியளிக்கப்பட்ட/ தவணைதொகை	உரிமை கோருதல் நிலை (ஏதாவது இருந்தால்)

அறிவிப்பு

எனது அறிவு மற்றும் நம்பிக்கைக்குப் புலப்பட்டவரை மேலே கொடுக்கப்பட்ட விவரங்கள் உண்மையானவை மற்றும் சரியானவை மற்றும் அவற்றில் செய்யப்படும் மாற்றங்களை உங்களுக்கு உடனே தெரிவிக்க ஒப்புக்கொள்கிறேன் என்று இதன் மூலம் அறிவிக்கிறேன். மேலே கொடுக்கப்பட்டதகவல்களில் ஏதாவது பொய்யானதாக அல்லது உண்மையற்றதாக அல்லது தவறாக வழிகாட்டுவதாக அல்லது தவறாக காட்டுவதாக இருந்தால், அதற்கு நானே பொறுப்பாகலாம் என்று எனக்குத் தெரியும்.

உள்நாடு அல்லது வெளிநாட்டில் இருக்கக் கூடிய ஒழுங்குமுறை அல்லது ஏதாவது சட்டத்திற்கு இணக்கமாக ஏதாவது ரகசிய தகவல்களை இந்தியாவுக்கு உள்ளே மற்றும்/ அல்லது வெளியே உள்ள ஆணையங்களுக்கு மற்றும் நிறுவனம் எங்கேயும் இருக்கக் கூடிய அதன் கூட்டு நிறுவனங்களுடன் பகிர்ந்து கொள்வது உட்பட கணக்கு மற்றும் அதில் செய்யப்படும் அனைத்து பரிவர்த்தனைகள் தொடர்பான தகவல்களை சேகரிக்க, சேமிக்க, தெரிவிக்க மற்றும் செயல்முறைப்படுத்த நிறுவனத்திற்கு நான் அனுமதிக்கிறேன்/ அங்கீகாரம் அளிக்கிறேன்.

ஆயுள் காப்பீடு எடுத்தவரின் கையொப்பம்/
பெருவிரல் ரேகை

தேதி இடம்

அங்கீகாரம் அளித்தல்

ஆயுள் காப்பீட்டு பாலிசி எண் _____

நான் திரு/ திருமதி/குமாரி _____ (ஆயுள் காப்பீடு எடுத்தவரின் பெயர்)
மெஸர்ஸ் அவிவா லைஃப் இன்ஷூரன்ஸ் கம்பெனி லிமிடெட், மற்றும்/ அதனுடைய பிரதிநிதிகள் பாலிசி வழங்கப்படுவதற்கு முன்பாக அல்லது பின்பாக பெற்றிருக்கக் கூடிய மற்றும் பாலிசி ஒப்பந்தம் வழங்குவதற்கு முன்பாக அல்லது பின்பாக நான் பெற்றிருக்கக் கூடிய ஏதாவது பாலிசி ஏற்கனவே வைத்திருந்தால் அந்த ஆயுள் காப்பீட்டு நிறுவனங்களிலிருந்து கிடைக்கும் விவரங்கள், எனது சிகிச்சை/ தொழில் தொடர்பானத கவல்/ வேலை/ மருத்துவம்/ மருத்துவமனை பதிவேடுகள்/ காவல்துறை பதிவேடுகள்/ வேறு பதிவேடுகள் (பிரதிகள் உட்பட) அனைத்தையும் பெற நான் இதன் மூலம் சம்மதம் அளிக்கிறேன்.

தேதி

தே	தே	மா	மா	வ	வ	வ	வ
----	----	----	----	---	---	---	---

உங்கள் உண்மையுள்ள

இடம் _____

ஆயுள் காப்பீடு எடுத்தவரின் கையொப்பம்/
பெருவிரல் ரேகை

ஆயுள் காப்பீடு எடுத்தவரின் தொடர்பு விவரங்கள்

முழுமையான முகவரி _____
மொபைல் எண் _____ எஸ்டிடி கோட் உடன் நிலவழி எண் _____

கிளையின் பயன்பாட்டிற்கு மட்டும்

பாலிசி எண்(கள்) _____

சேவை வேண்டுகோள் ஐடி _____

செயல்முறைப் படுத்தியவர்
(பெயர் & கையொப்பம்)

கிளையின் முத்திரை மற்றும் தேதி

குறிப்பு

1. உரிமைகோருதலுக்கு பணம் அளிப்பது, உரிமைகோருதலை மதிப்பிடுதல் மற்றும் பாலிசியின் விதிமுறைகள் மற்றும் நிபந்தனைகளுக்கு உட்பட்டது.
2. ஆவணங்களை மதிப்பிடுவதில், அவிவா கூடுதல் ஆவணங்களை வேண்டும் உரிமைகளை தக்க வைத்துக்கொள்கிறது.



அவிவா லைஃப் இன்ஷூரன்ஸ் கம்பெனி இந்தியா லிமிடெட்
அவிவா டவர், செக்டர் ரோடு, கோல்ஃப் மைதானம் எதிரே,
டிஎல்எஃப் கட்டம் - 5, செக்டர் 43, குருகிராம் - 122003
www.avivaindia.com



வாடிக்கையாளர் சேவை ஹெல்ப்லைன் எண்
1800-103-77-66 (கட்டணமில்லாத எண்)
0124-270-9046



மின்னஞ்சல்:
claims@avivaindia.com