

రైడర్ క్లెయిమ్ కరవత్రం (Rider Claim Handout)

మీరు త్వరగా కోలుకోవాలని మేము మనసారా కోరుకుంటున్నాము మరియు రైడర్ క్లెయిమ్ ప్రక్రియలో మా మద్దతును మీకు తెలియజేస్తున్నాము. మీ క్లెయిమ్ అభ్యర్థనను ప్రక్రియకు లోను చేయడానికి వీలుగా ఈ తరువాతి డాక్యుమెంట్లు మాకు అవసరమవుతాయని మేము తెలియపరుస్తున్నాము.

1. రైడర్ క్లెయిమ్ పత్రం

క్రిటికల్ ఇల్ నెస్/ అవివ హెల్త్ కేర్/ అవివ హెల్త్ సెక్యూర్/ ఆక్సిడెంట్ డిస్ బర్న్ మెంట్/ వర్మనెంట్ టోటల్ డిసెబిలిటీ / డ్రెడ్ డిసీజ్/ హాస్పిటల్ అండ్ సర్జికల్ క్యాష్ బెనిఫిట్/ టెర్మినల్ ఇల్ నెస్ కొరకు జీవిత బీమా చేయబడిన వ్యక్తి పూరించిన మరియు సంతకం చేసిన రైడర్ క్లెయిమ్ పత్రాన్ని సమర్పించాలి

2. ఆసుపత్రిలో చేర్చబడడం మరియు చికిత్సకు సంబంధించి రోగనిర్ధారణ పరీక్ష నివేదికలు

ఆసుపత్రిలో చేరక ముందు, ఆసుపత్రిలో ఉన్నప్పుడు మరియు తరువాత చేయించుకున్న రక్త/వైద్య పరీక్ష నివేదికలు అన్నిటి కాపీ

3. చికిత్స చేస్తున్న ఆసుపత్రి నుండి రోజు వారీ చికిత్స నివేదికలు

జీవిత బీమా చేయబడిన వ్యక్తి ఆసుపత్రిలో ఉన్నప్పుడు రోజువారీ ప్రాతిపదికన అట్టేపెట్టబడిన వైద్య రికార్డుల కాపీ

4. డిస్ ఛార్జ్ సారాంశం

జీవిత బీమా చేయబడిన వ్యక్తి చికిత్స చేయించుకున్న ఆసుపత్రి ద్వారా జారీ చేయబడిన డిస్ ఛార్జ్ సారాంశం కాపీ

5. ఆసుపత్రి ఇచ్చిన ఇతర నివేదికలు

గతంలో / ప్రస్తుతం చేరబడినప్పుడు మరే ఇతర జబ్బు కొరకు జీవిత బీమా చేయబడిన వ్యక్తికి చేసిన చికిత్స రికార్డులు

6. పాలిసి దారుని/జీవిత బీమా చేయబడిన వ్యక్తి ఫోటో గుర్తింపు

పాస్ పోర్ట్, పాన్ కార్డ్, వోటర్ గుర్తింపు కార్డు, డ్రైవింగ్ లైసెన్స్, కార్డ్ మొదలయిన వాటి యొక్క కాపీ లాంటి ఫోటో ఐడి

7. బ్యాంకింగ్ వివరాలు

క్లెయిమ్ చేస్తున్న వ్యక్తి ఖాతాలోనికి క్లెయిమ్ సంబంధించిన డబ్బు చెల్లింపును నేరుగా బదిలీ చేయడానికి, ఐఎఫ్ఎస్సీ కోడు, బ్యాంకు ఖాతా నంబరు మరియు జీవిత బీమా చేయబడిన వ్యక్తి పేరు ఉన్న రద్దు చేయబడిన చెక్కు కాపీని అందజేయాలి (ఇది తప్పనిసరి). అడిగిన సమాచారం రద్దు చేయబడిన చెక్కుపైన లేకపోతే, రద్దయిన చెక్కు కాపితో పాటుగా పాస్ బుక్ కాపీని లేదా అవివ వెబ్ సైట్ పైన లేదా అవివ శాఖ దేని వద్దనైనా అందుబాటులో ఉండే ఎన్ఇఎఫ్టి మేండ్ ట్ పత్రంపైన ఎండార్స్ చేసిన దానిని సమర్పించాలి.

8. గది ఛార్జీల వివరాలతో సహా (ఐసియు/సాధారణ గది) చిట్టచివరి ఆసుపత్రి బిల్లు

హాస్పిటల్ అండ్ సర్జికల్ క్యాష్ బెనిఫిట్ విషయంలో, ఐసియు లేదా సాధారణ వార్డులో ఉంచబడిన రోజుల సంఖ్య ఖచ్చితమైన వివరాలను విడివిడిగా చూపుతూ చివరి ఆసుపత్రి బిల్లు అవసరం.

9. ఫస్ట్ ఇన్ ఫర్మేషన్ రిపోర్ట్ (ఎఫ్ఐఆర్) మరియు చిట్టచివరి పోలీసు పరిశోధన నివేదిక (కేవలం ప్రమాదం జరిగితేనే)

ఒక ఎఫ్ఐఆర్ పొందుపరిస్తే మరియు పోలీసు పరిశోధన చేయబడితే లేదా ప్రమాదం జరిగినట్లయితేనే లేదా ప్రక్రియ జరుగుతుంటే ఎఫ్ఐఆర్ కాపీని పోలీసు అధికారుల నుండి లభ్యం చేసుకోవాలి

10. పీయూ యొక్క వన్నుకు సంబంధించిన పొరనత్వం ఇండియా బయట ఉంటే మాత్రమే సీఆర్ఎస్ పత్రాన్ని నింపాలి.

అవివ వెబ్ సైట్ పైన లేదా అవివ శాఖ దేని వద్దనైనా అందుబాటులో ఈ పత్రం ఉంటుంది.



అవివ లైఫ్ ఇన్సూరెన్స్ కంపెనీ ఇండియా లిమిటెడ్
అవివ టవర్, సెక్టార్ రోడ్, గోల్డ్ కోర్స్ ఎదురుగా,
డిఎల్ఎఫ్ ఫేజ్-V, సెక్టార్ 43, గుర్గామ్-122003
www.avivaindia.com



క్స్టమర్ సర్వీస్ హెల్ప్ లైన్ నంబర్
1800-103-77-66 (టోల్ ఫ్రీ)
0124-270-9046



ఇమెయిల్
claims@vivaindia.com

రైడర్ క్లెయిము పత్రం

కిటికిల్ ఇల్సెన్/ అవివ హెల్త్ కేర్/ అవివ హెల్త్ సెక్యూర్/ ఆక్సిడెంటల్ డిస్బర్నిమెంట్/పర్మనెంట్ టోటల్ డిసెబిలిటీ /డ్రెడ్ డిసీజ్/ హాస్పిటల్ అండ్ సర్జికల్ క్యాష్ బెనిఫిట్/ టెర్మినల్ ఇల్సెన్

- జీవిత బీమా చేయబడిన వ్యక్తి పూరించిన మరియు సంతకం చేయసిన రైడర్ క్లెయిమ్ పత్రాన్ని సమర్పించాలి. రైడర్ క్లెయిమ్ పత్రాన్ని సమర్పించడానికి కావలసిన డాక్యుమెంట్లు జాబితా కొరకు మరణ క్లెయిమ్ కరపత్రాన్ని తిలకించండి
- కావలసిన డాక్యుమెంట్లని (స్వయంగా అటెస్ట్ చేయబడినవి) ఏదైనా అవివ శాఖలో సమర్పించాలి లేదా అవివ ప్రధాన కార్యాలయానికి కొరియర్లో పంపాలి

తప్పక సమర్పించవలసిన డాక్యుమెంట్లు	సమర్పించవలసిన అదనపు డాక్యుమెంట్లు
- జీవిత బీమా చేయబడిన వ్యక్తి ద్వారా పూరించబడిన మరియు సంతకం చేయబడిన రైడర్ క్లెయిము పత్రం - ఆసుపత్రిలో చేర్చబడడం మరియు చికిత్సకు సంబంధించిన రోగనిర్ధారణ పరీక్ష నివేదికలు - డిస్చార్జ్ సారాంశం మరియు ఇతర ఆసుపత్రి నివేదికలు - నిధులను ఎలక్ట్రానిక్ బదిలీ కొరకు సంతకం చేసి రద్దుచేయబడిన చెక్కు కాపీ	- హాస్పిటల్ అండ్ సర్జికల్ క్యాష్ బెనిఫిట్ విషయంలో గది ఛార్జీల వివరాలతో సహా (ఐసియు/సాధారణ గది) చిట్టచివరి ఆసుపత్రి బిల్లు - ప్రమాదం కారణంగా క్లెయిము చేస్తుంటే, ఫస్ట్ ఇన్ఫర్మేషన్ రిపోర్ట్ (ఎఫ్ఐఆర్) మరియు చిట్టచివరి పోలీసు పరిశోధన నివేదిక

జీవిత బీమా చేయబడిన వ్యక్తి వివరాలు

పాలసి నంబరు(ర్లు) (అవివతో ఉన్న అన్ని పాలసీల నంబర్లను తెలియజేయాలి) _____

జీవిత బీమా చేయబడిన వ్యక్తి పేరు _____

ప్రస్తుత చిరునామా _____

నగరం _____ రాష్ట్రం _____ పిన్ కోడ్ _____

మొబైల్ నంబరు _____ ఇమెయిల్ ఐడి _____

పాస్ నంబరు _____

పన్ను అవసరాలకు ఇండియా బయట అధికార పరిధిలో నివాసం ☐ అవును* ☐ లేదు

“అవును” అయితే, అవివ వెబ్సైట్ లేదా అవివ శాఖ దేనివద్ద నైనా అందుబాటులో ఉండే సిఆర్ఎస్ పత్రాన్ని పూరించాలి.

జీవిత బీమా చేయబడిన వ్యక్తి ఉద్యోగ వివరాలు (జీవిత బీమా చేయబడిన వ్యక్తి జీతం సంపాదించే ఉద్యోగి అయితేనే వర్తిస్తుంది)

యజమాని పేరు _____

చిరునామా _____

మొబైల్ నంబరు లేదా ఎస్ టీ డి కోడ్ తో ల్యాండ్ లైన్ నంబరు _____

ఉద్యోగం చేసే చోట హోదా _____ ఉద్యోగ స్వభావం ఖచ్చితంగా _____

* అవివ వెబ్సైట్ లేదా అవివ శాఖ దేని వద్దనైనా అందుబాటులో ఉండే యజమాని ప్రశ్నావళిని సమర్పించాలి

బ్యాంక్ ఖాతా వివరాలు

బ్యాంకు ఖాతాదారుని పూర్తి పేరు _____

(ఖాతాలో ఉన్నట్లుగా)

బ్యాంక్ పేరు _____

శాఖ పేరు _____

ఖాతా నంబరు _____

ఐఎఫ్ఎస్ఎస్ కోడ్ (11 అంకెలు) _____

ఎమ్ఐఎస్ఆర్ కోడ్ (9 అంకెలు) _____

ఖాతా రకం ☐ సేవింగ్స్ ఖాతా ☐ కరెంట్ ఖాతా ☐ ఎన్ఆర్ఐ* ☐ ఎన్ఆర్ఓ

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

* ఎన్ఆర్ఐ ఖాతా రకానికి, ఎన్ఆర్ఓ ఖాతా యొక్క ముందుగానే ముద్రించిన రద్దుచేయబడిన చెక్ మరియు ప్రీమియములు పంపబడిన ఎన్ఆర్ఐ ఖాతా స్వయంగా అటెస్ట్ చేసిన స్టేట్మెంట్ / పాస్బుక్ సమర్పించాలి. సరిగా లేని బ్యాంకింగ్ వివరాల కారణంగా ఏదైనా ఆలస్యం అయినా లేదా క్రెడిట్ కాకపోయినా అవివ బాధ్యతవహించదు.

క్లెయిము వివరాలు

జబ్బు స్వభావం

జబ్బుకు సంబంధించి లక్షణాలు మొదటి సారి గమనించిన తేది

జబ్బుకు సంబంధించి మొదటి సారి వైద్యుడిని సంప్రదించిన తేది

ప్రమాదం జరిగిన తేది (ప్రమాదం జరిగితేనే) ప్రమాదం స్వభావం

జబ్బు/ప్రమాదం కొరకు మీరు ఆసుపత్రిలో చేర్చబడడానికి సంబంధించిన ఈ క్రింది వివరాలను సమర్పించాలి

ఆసుపత్రి పేరు	ఆసుపత్రిలో చేర్చబడిన తేది	రోగనిర్ధారణ చేసిన తేది	చేయించుకున్న చికిత్స/చేసిన శస్త్ర చికిత్స	డిస్చార్జ్ తేది

పైన పేర్కొనబడిన జబ్బును మీరు ఇంతకు ముందు బాధపడ్డారా లేదా చికిత్సను తీసుకున్నారా? ☐ అవును ☐ లేదు

సమాధానం అవును అయితే, ఈ క్రింది వివరాలను అందజేయాలి :

జబ్బు చేసినప్పుడు సంప్రదించిన డాక్టరు/ఆసుపత్రి పేరు	డాక్టరు/ఆసుపత్రిని చిరునామా, సంప్రదించగల నంబరు	సంప్రదించిన తేది	జబ్బు స్వభావం

జీవిత బీమా చేయబడిన వ్యక్తి తీసుకున్న ఇతర జీవిత బీమా /మెడ్రిక్లెయిమ్ హెల్త్ పాలసీల వివరాలు

కంపెనీ పేరు	పాలసీ నంబరు	పాలసీ జారీ చేసిన తేది	బీమా చేయబడిన మొత్తం మరియు ప్రీమియమ్	క్లెయిమ్ స్థితి (ఏదైనా ఉంటే)

ప్రకటన

పైన సమర్పించబడిన వివరాలు నా ఉత్తమమైన విజ్ఞానం మరియు నమ్మకం ప్రకారం వాస్తవమని మరియు సరైనవని నేను ఇందుమూలంగా ప్రకటిస్తున్నాను మరియు దానిలో ఏదైనా మార్పులుంటే వెనువెంటనే మీకు తెలియజేస్తానని నేను ఒప్పుకుంటున్నాను. పై సమాచారం ఏదైనా వాస్తవం కాదని లేదా పెడదారి పట్టించేది లేదా తప్పుడుగా ప్రాతినిధ్యం వహించేదని కనుగొనబడితే, దానికి నాకు ఉత్తరదాయత్వం ఉంటుందని నేను ఎరుగుదును.

ఖాతాకు సంబంధించిన సమాచారాన్ని మరియు దానిలోని లావాదేవీలన్నిటినీ సేకరించడానికి, నిల్వచేయడానికి, వర్తమానం పంపడానికి మరియు ప్రక్రియకు లోనుచేయడానికి కంపెనీకి నేను అనుమతిస్తున్నాను/అధీకృతం చేస్తున్నాను, కంపెనీ ద్వారా మరియు వాటి అనుబంధ సంస్థలు ఏదైనా, ఎక్కడ నెలకొల్పబడియున్నా, వాటి మధ్య మరియు ఇండియాలో /లేదా బయటి దేశాలలో ఏదైనా చట్టంతో లేదా నిబంధనతో అది దేశీయమైనా లేదా విదేశీయమైనా అనువర్తన చేయడానికి గోప్యమైన సమాచారం దేనినైనా పంచుకోవడం, బదిలీచేయడం మరియు వెల్లడించడంతో సహా నేను అనుమతిస్తున్నాను/అధీకృతం చేస్తున్నాను.

పాలసీదారుని సంతకం/వేలిముద్ర

తేది ప్రదేశం

అధీకృతం చేయడం

జీవిత బీమా పాలసీ నంబరు(లు) _____
 శ్రీ/శ్రీమతి/కుమారి _____ అయిన నేను, (క్లెయిము చేస్తున్న వ్యక్తి పేరు)
 (జీవిత బీమా చేయబడిన వ్యక్తితో సంబంధం), మెస్సర్స్ అవివ లైఫ్ ఇన్సూరెన్స్ కంపెని ఇండియా లిమిటెడ్ మరియు/లేదా వారి ప్రతినిధికి, ఉద్యోగం/వైద్య/ఆరోగ్య రికార్డులు /పాలీసు రికార్డులు/
 ఇతర రికార్డులు (ఫాటోకాపీలతో సహా) /చికిత్సకు సంబంధించిన సమాచారం /జీవిత బీమా చేయబడిన వ్యక్తి వృత్తి, నేను పాలసీ జారీ చేసే ముందు లేదా తరువాత సంప్రాప్తించుకున్నవి అలాగే నేను
 బీమా పాలసీ కాంట్రాక్ట్ను జారీ చేసే ముందు లేదా తరువాత సంప్రాప్తించుకున్న ఇతర జీవిత బీమా కంపెనీల నుండి ప్రస్తుతం ఉన్న పాలసీ వివరాలను అన్నిటిని లభ్యం చేసుకోవడానికి నా సమ్మతిని
 ఇందు మూలంగా ఇస్తున్నాను.

తేది

తే	తే	నె	నె	సం	సం	సం	సం
----	----	----	----	----	----	----	----

మీ విధేయుడు

ప్రదేశం _____

(జీవిత బీమా చేయబడిన వ్యక్తి సంతకం/వేలిముద్ర)

జీవిత బీమా చేయబడిన వ్యక్తి నిసంప్రదించగల వివరాలు

పూర్తి చిరునామా _____
 మొబైల్ నంబరు _____ ఎస్టిడి కోడ్తో ల్యాండ్లైన్ నంబరు _____

శాఖ ఉపయోగార్థం మాత్రమే

పాలసీ నంబరు (లు) _____
 సర్వీస్ అభ్యర్థన ఐడి _____

వీరి ద్వారా ప్రక్రియ చేబట్టబడినది
 (పేరు మరియు సంతకం)

(శాఖ ముద్ర మరియు తేది)

గమనిక

- క్లెయిము చెల్లింపు క్లెయిము మూల్యాంకనం చేయడం మరియు పాలసీ నియమ నిబంధనలకు లోబడి
- డాక్యుమెంటును పరిశీలించిన తరువాత, అదనంగా డాక్యుమెంటుని అడిగే హక్కును అవివ కలిగి వున్నది.



అవివ లైఫ్ ఇన్సూరెన్స్ కంపెని ఇండియా లిమిటెడ్
 అవివ టవర్, సెక్టార్ రోడ్, గోల్డ్ కోర్స్ ఎదురుగా,
 డిఎల్ఎఫ్ ఫేజ్-V, సెక్టార్ 43, గుర్గామ్-122003
www.avivaindia.com



కస్టమర్ సర్వీస్ హెల్ప్లైన్ నంబర్
 1800-103-77-66 (టోల్ ఫ్రీ)
 0124-270-9046



ఇమెయిల్
claims@avivaindia.com