

পলিসি নং.

দাবি নং.

টাটা এআইএ লাইফ ইনসিওরেন্স কোম্পানি লিমিটেড
(অতঃপর বলা হবে ‘টাটা এআইএ’ অথবা ‘কোম্পানিটি’, যেটি প্রযোজ্য)**সম্পূর্ণ এবং স্থায়ী অক্ষমতার দাবি ফর্ম**অফিস _____
এজেন্সি _____ কোড _____
এজেন্ট _____ কোড _____

অংশ ১ (বিমাকৃত/দাবিদার বড়ো হরফে সম্পূর্ণ করবেন)

দয়া করে সমস্ত প্রশ্নের উত্তর দিন, খালি রাখার পরিবর্তে, যেমন যথাযথ, “প্রযোজ্য নয়” (এন/এ - নট অ্যাপলিকੇবল) ব্যবহার করুন। ফর্মটিতে যেখানে সংশোধন/পরিবর্তন করা হয় সেখানে প্রতিস্বাক্ষর করুন।

এই ফর্ম জমা করাকে ভেবে নেওয়া উচিত নয় আমাদের কোম্পানির দায় স্বীকার করা। কোনো এজেন্টের কোম্পানির পক্ষে কোনো দায় মেনে নেওয়া অনুমোদিত হয়নি অথবা অনুমোদিত নয়।

পলিসি নং:	বিমাকৃতের নাম: আই/ডি নং:	বয়স: লিঙ্গ:	এটি একটি <input type="checkbox"/> নতুন দাবি <input type="checkbox"/> অতিরিক্ত দাবি
ডাক পাঠানোর ঠিকানা:	যোগাযোগের ফোন নং		

চাকরির বিশদ:

1. পেশা (যদি একটির বেশি হয়, সবগুলি বলুন) এবং অক্ষমতার আগে পেশাগত কাজের সঠিক চরিত্র	1.
2. ব্যবসার অথবা চাকরিদাতার নাম এবং ঠিকানা	2.
3. আপনি কি আপনার চাকরিদাতার কাছে অসুস্থতা সংক্রান্ত ছুটির প্রমাণপত্র দায়ের করে ছিলেন?	3. <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না
4. আপনার শেষ কাজ করার তারিখ:	4. _____ তাতা _____ মামা _____ সাসাসাসা
5. আপনি কাজে ফিরে আসার তারিখ (যদি না হয়ে থাকে, তবে ফিরে আসার সম্ভাব্য তারিখ দিন)	5. _____ তাতা _____ মামা _____ সাসাসাসা

যদি দুর্ঘটনার কারণে অক্ষমতা হয়, দয়া করে সম্পূর্ণ করুন:

6ক. দুর্ঘটনার তারিখ, সময় ও স্থান:	6 ক. _____ তাতা _____ মামা _____ সাসাসাসা _____ পূর্বাহ্ন/ সায়াহ্ন _____ শহরে
খ. এটি কোথায় ও কিভাবে ঘটেছিল?	6 খ.
গ. শরীরের আহত অংশ এবং আঘাতের ধরন	6 গ.

অক্ষমতা যদি অসুস্থতার কারণে হয়, দয়া করে সম্পূর্ণ করুন:

7 ক. অসুস্থতাটির ইঙ্গিত করুন এবং উপসর্গগুলির সংক্ষিপ্ত বিবরণ দিন	7 ক.
খ. তার এইসব উপসর্গ কতদিন ধরে হচ্ছিল	7 খ.
গ. পরামর্শ গ্রহণের বিশদ দিন: i) এই অসুস্থতার জন্য প্রথম পরামর্শদাতা চিকিৎসক। ii) যে চিকিৎসক বিমাকৃতকে হাসপাতালে পাঠিয়েছিলেন। iii) অতীতে কোনো একই ধরনের অবস্থার জন্য দেখা করা চিকিৎসক।	7 গ. তারিখ চিকিৎসকের (দের) / হাসপাতালের (গুলির) নাম(গুলি) এবং ঠিকানা i) ii) iii)

8. বর্তমান অক্ষমতার জন্য পরামর্শ নেওয়া চিকিৎসক (গণ) অথবা ভর্তি হওয়া হাসপাতাল(গুলি)

নাম (গুলি)

ঠিকানা (গুলি)

ভর্তির / রোগী নং (গুলি)

ভর্তির তারিখ (গুলি)

ক)

খ)

গ)

9. আপনি কি বর্তমানে অন্য কোনো বিমা কোম্পানি অথবা প্রতিষ্ঠানের কাছে অক্ষমতার সুবিধার জন্য বিমাকৃত ?
(যদি “হ্যাঁ” হয়, দয়া করে নীচের তথ্যাবলি সরবরাহ করুন)

বিমাকারী কোম্পানির/প্রতিষ্ঠানের নাম

জীবন বিমার পরিমাণ

যুক্ত করা পরিপূরক

পলিসি নম্বর

ক)

খ)

গ)

ঘোষণা এবং অনুমোদন

আমি ঘোষণা করছি যে দেওয়া উত্তরগুলি সত্য এবং সম্পূর্ণ।

আমি/আমরা এতদ্বারা ঘোষণা করছি এবং রাজি হচ্ছি যে কোম্পানিটি কর্তৃক সংগৃহীত অথবা রক্ষিত যে-কোনো ব্যক্তিগত তথ্য (এই আবেদনের অন্তর্ভুক্ত হোক অথবা অন্যথায় পাওয়া) প্রদান করা হয় এবং তারা হয়তো সংরক্ষণ, ব্যবহার এবং সেই সব ব্যক্তির/সংস্থার কাছে উদ্ঘাটন করতে পারবে যারা কোম্পানিটির সঙ্গে জড়িত অথবা কোনো বাছাই করা তৃতীয় পক্ষের কাছে (ভারতের ভিতরে অথবা বাইরে, পুনর্বিমা ও দাবি অনুসন্ধানকারী কোম্পানিগুলি এবং শিল্প অ্যাসোসিয়েশন/ফেডারেশনগুলি সহ) এই আবেদন প্রক্রিয়া করণের উদ্দেশ্যে কারণে এবং এটির ও অন্যান্য আর্থিক বস্তুর ও পরিষেবার / প্রত্যক্ষ বিপণনের এবং তথ্য মানানসই করার জন্য এবং সেই সব উদ্দেশ্যের কারণে আমার / আমাদের সঙ্গে সংবাদ আদান প্রদান করতে। আমি / আমরা বুঝি যে কোম্পানিটি হয়তো এই দরখাস্ত প্রক্রিয়া করতে অক্ষম হতে পারে যদি আমি / আমরা এই দরখাস্তে অনুরোধ করা কোনো তথ্য সরবরাহে ব্যর্থ হই।

আমি এতদ্বারা অপরিবর্তনীয়ভাবে অনুমতি দিচ্ছি:

ক. যে-কোনো সংস্থা, প্রতিষ্ঠান, অথবা ব্যক্তি যাদের আমার / বিমাকৃতের স্বাস্থ্য এবং চিকিৎসার ইতিহাস অথবা চিকিৎসা কিংবা পরামর্শের বিষয়ে কোনো নথি অথবা জ্ঞান আছে এবং যাদের পরামর্শ নেওয়া হয়েছে অথবা হয়তো অতঃপর পরামর্শ নেওয়া হতে পারে, অন্যান্য ব্যক্তিগত তথ্য অথবা সম্পর্কিত দুর্ঘটনার / আঘাতের বিষয়ে বিশদ, কোম্পানিকে তেমন তথ্য উদ্ঘাটন করতে। এই অনুমোদন আমার / বিমাকৃতের উত্তরাধিকারী এবং প্রতিনিধিদের আবদ্ধ করবে এবং আইনত যতদূর পর্যন্ত সম্ভব, আমার স্বাস্থ্য অথবা অসামর্থ্যতা সত্ত্বেও বৈধ থাকবে। এই অনুমতি প্রদানের একটি ফোটোকপি আসলের মতই বৈধ হবে।

খ. কোম্পানিটি এবং এটির যে-কোনো অনুমোদিত চিকিৎসা-সংক্রান্ত পরীক্ষক অথবা বীক্ষণাগারকে এই আবেদন এবং সেটি থেকে উদ্ভূত যে-কোনো দাবী সম্পর্কিত আমার / বিমাকৃতের স্বাস্থ্যের অবস্থার দায় গ্রহণ এবং মূল্যায়নের প্রয়োজনীয় চিকিৎসা-সংক্রান্ত পর্যালোচনা এবং অভীক্ষা করতে। এই সব অভীক্ষার হয়তো অন্তর্ভুক্ত হতে পারে, তবে তাতেই সীমিত নয়, কলস্টেরল এবং সম্পর্কিত রক্ত লিপিডগুলি, ডায়াবেটিস, যকৃৎ অথবা বৃক্কের অসুস্থতা, অ্যাকোয়ার্ড ইমিউনো ডেফিশিয়েন্সি সিনড্রোম (এআইডিএস), যে-কোনো হিউম্যান ডেফিশিয়েন্সি ভাইরাস দ্বারা সংক্রমণ (এইআইভি), অন্যান্য অসুস্থতা অথবা ওষুধব্যবস্থা, মাদকদ্রব্য, নিকোটিন এবং সেগুলির বিপকলক পদার্থের উপস্থিতির জন্য অভীক্ষাগুলি।

সাক্ষী

বিমাকৃতের স্বাক্ষর (মন্তব্য দেখুন)

তারিখ:

মন্তব্য: বিমাকৃত অবশ্যই ঘোষণা এবং অনুমোদন স্বাক্ষর করবেন। যদি বিমাকৃত নাবালক হন, বিমাকৃতের বাবা-মা/আইনগত অভিভাবক তার পক্ষে স্বাক্ষর করতে পারেন।

বিমাকৃত যদি স্বাক্ষর না করেন, দয়া করে সম্পূর্ণ করুন।

নাম (বড়ো হরফে)

বিমাকৃতের সঙ্গে সম্পর্ক:

নিবন্ধীকৃত এবং কর্পোরেট অফিস: টাটা এআইএ লাইফ ইনসিওরেন্স কোম্পানি লি: (আইআরডিএ নিবন্ধীকরণ নং 110),

(CIN - U66010MH2000PLC128403), 14তম তল, টাওয়ার এ, পেনিনসুলা বিজনেস পার্ক, সেনাপতি বাপট মার্গ, লোয়ার প্যারেল, মুম্বাই 400013