

पॉलिसी क्रमांक:

दावा क्रमांक:

टाटा एआईए लाइफ इंश्योरेंस कम्पनी लिमिटेड
(इसमें इसके आगे 'टाटा एआईए' या कम्पनी कहा गया है, जो भी लागू हो)

संपूर्ण और स्थायी अपंगता दावा प्रपत्र

कार्यालय _____
अभिकरण/एजेंसी _____ कोड _____
अभिकर्ता/एजेंट _____ कोड _____

भाग 1 (बीमित/दावेदार द्वारा स्पष्ट अक्षरों में भरा जाए)

कृपया सभी प्रश्नों के जवाब दें, रिक्त छोड़ने की अपेक्षा जहाँ उचित हो 'लागू नहीं' (एन/ए) का प्रयोग करें. प्रपत्र में जहाँ परिवर्तन/संशोधन किए गए हैं, वहाँ प्रति हस्ताक्षरित करें. इस दावा प्रपत्र का भरा जाना कम्पनी के दायित्वों की स्वीकृति के रूप में नहीं समझा जाए. दायित्वों के स्वीकरण के लिए कंपनी की ओर से कोई एजेंट अधिकृत नहीं है.

| | | | |
|-----------------|-----------------------------------|----------------|--|
| पॉलिसी क्रमांक: | बीमित का नाम : आई/डी क्रमांक : | उम्र: लिंग: | यह है - एक <input type="checkbox"/> नया दावा <input type="checkbox"/> अतिरिक्त दावा |
| डाक का पता : | संपर्क के लिए टेलीफोन नं. : | | |

रोज़गार विवरण :

| | |
|---|---|
| 1. व्यवसाय (यदि एक से ज्यादा हो, सभी का उल्लेख करें) और व्यवसायिक कर्तव्यों का सही स्वरूप | 1. |
| 2. व्यवसाय या नियोक्ता का नाम और पता | 2. |
| 3. क्या आपने अपने नियोक्ता के पास किसी बीमारी के लिए अवकाश प्रमाण-पत्र दर्ज किया था? | 3. <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं |
| 4. दिनांक जब आपने पिछली बार काम किया था : | 4. _____ तिथि _____ माह _____ वर्ष |
| 5. तिथि जब आप पुनः काम पर लौटे. (यदि नहीं, तो वापस लौटने की अनुमानित तिथि) | 4. _____ तिथि _____ माह _____ वर्ष |

कृपया पूर्ण करें, यदि अपंगता दुर्घटना के कारण हुई है :

| | |
|--|--|
| 6ए. दिनांक, समय और दुर्घटना स्थल: | 6 ए. _____ तिथि _____ माह _____ वर्ष _____ बजे सुबह/शाम शहर _____ में |
| बी. यह कहाँ और कैसे हुई? | 6बी. |
| सी. शरीर का चोटग्रस्त हिस्सा और चोट का प्रकार. | 6 सी. |

कृपया पूर्ण करें यदि अपंगता बीमारी के कारण हुई है:

| | |
|---|--|
| 7 ए. बीमारी के बारे में संकेत और लक्षणों का संक्षिप्त विवरण दें. | 7 ए. |
| बी. कितने लंबे समय से उसमें यह लक्षण नज़र आ रहे हैं? | 7बी. |
| सी. परामर्श का विवरण दें. i) वह चिकित्सक जिससे इस बीमारी के लिए पहली बार संपर्क किया गया. ii) चिकित्सक जिसने बीमित को अस्पताल भेजा. iii) चिकित्सक जिसने पूर्व में भी किसी समान स्थिति के लिए आपको देखा हो. | 7 सी. दिनांक नाम और चिकित्सक/चिकित्सकों का पता/के पते i) ii) iii) |

रजिस्टर्ड और कार्पोरेट कार्यालय : टाटा एआईए लाइफ इंश्योरेंस कम्पनी लिमिटेड (आईआरडीए पंजीकरण संख्या 110),
(CIN - U66010MH2000PLC128403), 14 वीं मंज़िल, टावर ए, पेनिन्सुला बिज़नेस पार्क, सेनापति बापट मार्ग, लोअर परेल, मुंबई 400013
CLP/P4.9/4.T39 (I)

| | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|------------------------------|
| 8. वर्तमान अपंगता के लिए परामर्श लिए चिकित्सक(कों) का या अस्पताल जहाँ भर्ती किए गए उनका विवरण | | | |
| <u>नाम</u> | <u>पता/पते</u> | <u>भर्ती/मरीज संख्या</u> | <u>प्रवेश/भर्ती/ की तिथि</u> |
| ए) | | | |
| बी) | | | |
| सी) | | | |
| 9. क्या आप वर्तमान में अपंगता के लाभों के लिए किसी अन्य बीमा कम्पनी या संस्थान के साथ बीमित हैं? (यदि हाँ, तो निम्नांकित जानकारी दें) | | | |
| <u>बीमा कम्पनी/संस्थान का नाम</u> | <u>जीवन बीमा की राशि</u> | <u>राइडर संलग्न</u> | <u>पॉलिसी क्रमांक</u> |
| ए) | | | |
| बी) | | | |
| सी) | | | |

घोषणा और प्राधिकरण

मैं घोषणा करता/करती हूँ कि दिए गए जवाब सही और पूर्ण हैं.

मैं/हम एतद् द्वारा घोषणा करता/करती हूँ/करते हैं और सहमत हूँ/हैं कि कम्पनी द्वारा एकत्र या रखी गई कोई भी व्यक्तिगत जानकारी (चाहे इस आवेदन में निहित हो या अन्यथा प्राप्त की गई हो) प्रदान की जाती है और कम्पनी द्वारा अपने पास रखी जा सकती है, उपयोग की जा सकती है या कम्पनी से जुड़े व्यक्तियों/संगठनों पर या किसी भी चयनित तीसरे पक्ष (भारत के अंदर या बाहर, जिनमें पुनर्बीमा और दावों की जाँच पड़ताल करने वाली कम्पनियाँ और उद्योग संघ/परिसंघ शामिल हैं) को कम्पनी द्वारा इस आवेदन पर कार्रवाई करने और इस हेतु उत्तरवर्ती सेवाएँ प्रदान करने के लिए और इस प्रकार के उद्देश्य के लिए अन्य वित्तीय उत्पादों और सेवाओं, प्रत्यक्ष विपणन (डायरेक्ट मार्केटिंग), और डेटा मैचिंग, और मुझसे/हमसे संवाद करने के लिए प्रकट की जा सकती है. मैं/हम समझता/समझती हूँ/समझते हैं कि कम्पनी इस आवेदन पर कार्रवाई करने में असमर्थ हो सकती है यदि मैं/हम इस आवेदन प्रपत्र में माँगी गई किसी सूचना को देने में असफल रहता/रहती हूँ/रहते हैं.

मैं इसके द्वारा दृढ़तापूर्वक प्राधिकृत करता हूँ :

ए) किसी भी संगठन, संस्थान और व्यक्तियों को, जिनके पास मेरे/बीमित के स्वास्थ्य और चिकित्सा इतिहास या कोई उपचार या सलाह का कोई अभिलेख या जानकारी हो और जिनसे संबंधित दुर्घटना/चोट से अन्य निजी जानकारी या विवरण के बारे में कम्पनी को ऐसी जानकारी प्रकट करने के लिए परामर्श लिया गया है या यहाँ इसके बाद जिनसे परामर्श लिया जा सकता है. यह प्राधिकरण मेरे/बीमित के उत्तराधिकारियों को बाध्य करेगा और नियुक्त करता है और जहाँ तक कानूनन संभव हो मेरे/बीमित के स्वास्थ्य या असक्षमता के बावजूद मान्य रहता है. इस प्राधिकरण की कोई छायाप्रति भी उतनी ही मान्य होगी जितनी कि मूल प्रति.

बी) इस आवेदन के संबंध में मेरे/बीमित की स्वास्थ्य स्थिति को बीमे से सुरक्षित करने और जाँचने के लिए व उससे उत्पन्न किसी भी दावे पर चिकित्सा मूल्यांकन और जाँच परीक्षण करने के लिए कम्पनी को या इसके कोई भी अनुमोदित चिकित्सा परीक्षक या आवश्यक चिकित्सा मूल्यांकन और परीक्षण प्रयोगशालाओं को. इन परीक्षणों में कोलेस्ट्रॉल और संबंधित रक्त लिपिड, मधुमेह, यकृत या गुर्दे के विकार, एक्रायड इम्यूनो डिफिसिएंसी सिंड्रोम (एड्स), किसी भी ह्यूमन इम्यूनो डिफिसिएंसी वायरस (एचआईवी) का संक्रमण, प्रतिरक्षा विकार या दवाओं, ड्रग्स, निकोटिन या उनकी चयापचयी क्रियाओं की उपस्थिति के परीक्षण शामिल हो सकते हैं परंतु इन तक सीमित नहीं.

गवाह _____ बीमित के हस्ताक्षर (टिप्पणी देखें):

दिनांक :

टिप्पणी : यह घोषणा और प्राधिकरण बीमित द्वारा हस्ताक्षरित होना चाहिए. यदि बीमित अल्पवयस्क है, बीमित के माता-पिता/कानूनी संरक्षक उसकी बजाय हस्ताक्षर कर सकते हैं.

यदि बीमित द्वारा हस्ताक्षर नहीं दिए जाते हैं तो कृपया पूर्ण करें.

नाम (स्पष्ट अक्षरों में) _____ बीमित के साथ संबंध: _____