

ಪಾಲಿಸಿ ಸಂಖ್ಯೆ :

ಕ್ಲೈಮ್ ಸಂಖ್ಯೆ :

ಟಾಟಾ ಎಐಎ ಲೈಫ್ ಇನ್ಶೂರೆನ್ಸ್ ಕಂಪೆನಿ ಲಿಮಿಟೆಡ್

(ಇನ್ನು ಮುಂದೆ, "ಟಾಟಾ ಎಐಎ" ಅಥವಾ "ಕಂಪೆನಿ" ಎಂದು ಯಾವುದು ಅನ್ವಯವಾದರೆ, ಹಾಗೆ ಕರೆಯಲಾಗುತ್ತದೆ)

ಒಟ್ಟು ಮತ್ತು ಶಾಶ್ವತವಾದ ಅಂಗವೈಕಲ್ಯಕ್ಕೆ ಅರ್ಜಿ ನಮೂನೆ (ಹಾಜರಾಗುವ ವೈದ್ಯರ ವೈದ್ಯಕೀಯ ವರದಿ)

ಲೈಫ್ ಇನ್ಶೂರ್ಡ್ ಅಥವಾ ಕ್ಲೈಮ್ ಮಾಡುತ್ತಿರುವವರು ದಪ್ಪ ಅಕ್ಷರಗಳಲ್ಲಿ ಪೂರ್ಣಗೊಳಿಸಬೇಕು.

ದಯವಿಟ್ಟು ಎಲ್ಲಾ ಪ್ರಶ್ನೆಗಳನ್ನು ಉತ್ತರಿಸಿ, ಖಾಲಿ ಬಿಡುವ ಬದಲಿಗೆ "ಅನ್ವಯವಾಗುವುದಿಲ್ಲ" (ಎನ್/ಎ) ಎಂದು ಸೂಕ್ತವಾದಂತೆ ಬಳಸಿ. ನಮೂನೆಯಲ್ಲಿ ತಿದ್ದುಪಡಿಗಳನ್ನು/ಬದಲಾವಣೆಗಳನ್ನು ಮಾಡಿರುವ ಸ್ಥಳದಲ್ಲಿ ಮತ್ತೊಂದು ಸಹಿ ಹಾಕಿರಿ (ಕೌಂಟರ್‌ಸೈನ್).

ವಿಮದಾರನ ಹೆಸರು	ಗುರುತಿನ ಚೀಟಿ ಸಂಖ್ಯೆ	ವಯಸ್ಸು	ಲಿಂಗ
ನಿಮಗೆ ಘೋಷಿಸಲಾದ ವಿಮದಾರನ ಉದ್ಯೋಗ ಮತ್ತು ಕರ್ತವ್ಯಗಳು			

(ಎ) ಇತಿಹಾಸ ಮತ್ತು ರೋಗನಿರ್ಣಯ

ಲಕ್ಷಣಗಳು ಮೊದಲ ಕಾಣಿಸಿಕೊಂಡ ದಿನಾಂಕ ಅಥವಾ ಅಪಘಾತ ಸಂಭವಿಸಿತು	_____ ತಿಂಗಳು _____ ವರ್ಷ _____ ದಿನಾಂಕ	ಲಕ್ಷಣಗಳು ಮತ್ತು ವಿಮದಾರ ಮಂಡಿಸಿದ ದೂರುಗಳು		
ಮೊದಲ ಸಮಾಲೋಚನೆ ದಿನಾಂಕ	_____ ತಿಂಗಳು _____ ವರ್ಷ _____ ದಿನಾಂಕ	ಮೊದಲ ಸಮಾಲೋಚನೆಯ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಮತ್ತು ದೆಹಿಕ ಆವಿಷ್ಕಾರಗಳು		
ರೋಗನಿರ್ಣಯ ನೀಡಿದ ದಿನಾಂಕ	_____ ತಿಂಗಳು _____ ವರ್ಷ _____ ದಿನಾಂಕ	ರೋಗನಿರ್ಣಯದ ಪರಿಷ್ಕಿತಿ ಮತ್ತು ಅದರ ತೊಡಕುಗಳು		
ವಿಮದಾರ ಸ್ಥಿತಿಯ ಕಾರಣ ಕೆಲಸಕ್ಕೆ ಮೊದಲ ಗೆರು ಮಾಡಿದ ದಿನಾಂಕ	_____ ತಿಂಗಳು _____ ವರ್ಷ _____ ದಿನಾಂಕ	ರೋಗಿಯ ಇದುವರೆಗೆ ಅದೆ ಪರಿಷ್ಕಿತಿಯನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದಾನೆಯೇ? ಹಾಗಿದ್ದಲ್ಲಿ ಯಾವಾಗ ಮತ್ತು ಅದರ ವಿವರಗಳನ್ನು ನೀಡಿ.		
ನೀವು ನೀಡಿದ ಸಮಾಲೋಚನೆಗಳು ಮತ್ತು ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ವಿವರಗಳು	ದಿನಾಂಕ / ಅವಧಿ	ಟ್ರೀಟ್ಮೆಂಟ್ ವಿವರಗಳು	ಟೆಸ್ಟ್ / ತನಿಖಾ / ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸಾ ವಿಧಾನಗಳು	ಫಲಿತಾಂಶ
ಈ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯಲ್ಲಿ ಅಥವಾ ಇದ ಪರಿಷ್ಕಿತಿ ಇತರ ವೈದ್ಯರು / ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳ ಹೆಸರು ಮತ್ತು ವಿಳಾಸ	ದಿನಾಂಕ / ಅವಧಿ	ಪರಿಷ್ಕಿತಿ	ಹಾಜರಿದ್ದ ವೈದ್ಯ / ಆಸ್ಪತ್ರೆ	ವಿಳಾಸ

(ಬಿ) ವಿಮದಾರನ ಪ್ರಸಕ್ತ ಆರೋಗ್ಯ

ಚೇತರಿಕೆಯ ಪ್ರಗತಿ	<input type="checkbox"/> ಚೇತರಿಸಿಕೊಂಡಿದ್ದಾರೆ <input type="checkbox"/> ಸುಧಾರಿಸುತ್ತಿದೆ <input type="checkbox"/> ಸ್ಥಾಯೀ <input type="checkbox"/> ಹಿಂದೆ ಬಿದ್ದಿದ್ದಾರೆ ಟೀಕೆಗಳು:
ಚಲನಶೀಲತೆ ಪ್ರಸ್ತುತ ಸ್ಥಿತಿ. ಯಾವುದೇ ಪ್ರಸ್ತುತ ದೆಹಿಕ ದುರ್ಬಲತೆ ವಿವರಿಸಲು ದಯವಿಟ್ಟು ಆಸ್ಪತ್ರೆಯ ಹೆಸರು ಮತ್ತು ಆಸ್ಪತ್ರೆ ಬಂಧನದಲ್ಲಿದ್ದ ಅವಧಿಯನ್ನು ನೀಡಿ	<input type="checkbox"/> ಅಂಬ್ಯುಲೇಟರಿ <input type="checkbox"/> ಮುಖಪುಟ ಸೀಮಿತವಾಗಿದೆ <input type="checkbox"/> ಬೆಡ್ ಸೀಮಿತವಾಗಿದೆ <input type="checkbox"/> ಆಸ್ಪತ್ರೆ ವಾಸಕ್ಕೆ ಟೀಕೆಗಳು :

ನೋಂದಾಯಿತ ಮತ್ತು ಕಾರ್ಪೊರೇಟ್ ಕಛೇರಿ: ಟಾಟಾ ಎಐಎ ಲೈಫ್ ಇನ್ಶೂರೆನ್ಸ್ ಕಂಪೆನಿ ಲಿಮಿಟೆಡ್ (ಐಆರ್ ಡಿಎ ನೋಂದಣಿ ಸಂಖ್ಯೆ. 110), (CIN - U66010MH2000PLC128403), 14ನೇ ಮಹಡಿ, ಟವರ್ ಎ, ಪೆನಿಸ್ಸುಲಾ ಬಿಸಿನೆಸ್ ಪಾರ್ಕ್, ಸೇನಾಪತಿ ಬಾವಟೆ ಮಾರ್ಗ, ಲೋವರ್ ಪರೇಲ್, ಮುಂಬೈ 400013 CLP/P4.9/4.T39 (I)

<p>ಪ್ರಸ್ತುತ ದೈಹಿಕ ದುರ್ಬಲತೆ ವಿವರಿಸಲು ದಯವಿಟ್ಟು</p> <p>ವಿಮಾದಾರ ಪ್ರಸ್ತುತ ಆರೋಗ್ಯ ಸ್ಥಿತಿಯು ಮನಸ್ಸಿನಲ್ಲಿದೆ, ನಿವೃತ್ತ ವಿಮಾದಾರರ ಪ್ರಸ್ತುತ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸುವ ಸಾಮರ್ಥ್ಯವನ್ನು ರೇಟ್ ಮಾಡುತ್ತೀರ</p> <p>ವಿಮಾದಾರ ಪ್ರಸ್ತುತ ಮಾನಸಿಕ ದುರ್ಬಲತೆ ದಯವಿಟ್ಟು ವಿವರಿಸಿ (ಸಾಮಾನ್ಯ ವೇಳೆ, ಭಾಗ ಡಿ ಹೋಗಿ),</p> <p>ಮೇಲೆ ವಿವರಿಸಿದಂತೆ ವಿಮಾದಾರನ ಪ್ರಸ್ತುತ ಮಾನಸಿಕ ಸ್ಥಿತಿ, ನಿವೃತ್ತ ಪರಸ್ಪರ ಸಂಬಂಧಗಳನ್ನು ಮತ್ತು ವಿಮಾದಾರರ ಸಂವಹನಕ್ಕಾಗಿ ಪ್ರಸ್ತುತ ಸಾಮರ್ಥ್ಯವನ್ನು ರೇಟ್ ಮಾಡುತ್ತೀರ</p>	<p><input type="checkbox"/> ಕಟ್ಟುಪಾಡುಗಳಿಲ್ಲದೇಯ ಭಾರೀ ಕೆಲಸ ಮಾಡುವ ಸಾಮರ್ಥ್ಯವಿದೆ, ಯಾವುದೇ ಮಿತಿ ಇಲ್ಲದ ಕ್ರಿಯಾತ್ಮಕ ಸಾಮರ್ಥ್ಯವನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದಾರೆ</p> <p><input type="checkbox"/> ಮಧ್ಯಮ ಕೆಪಿಡಿ ಚಟುವಟಿಕೆಗಳ ಸಾಮರ್ಥ್ಯವಿದೆ</p> <p><input type="checkbox"/> ಸ್ವಲ್ಪ ಮಿತಿಯ ಕಾರ್ಯಾತ್ಮಕ ಸಾಮರ್ಥ್ಯವನ್ನು ಹಗುರ ಕೆಲಸ ಸಾಮರ್ಥ್ಯವನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದಾರೆ</p> <p><input type="checkbox"/> ಮಧ್ಯಮ ಮಿತಿಯ ಕ್ರಿಯಾತ್ಮಕ ಸಾಮರ್ಥ್ಯ, ಕೈರಿಕಲ್ / ಆಡಳಿತಾತ್ಮಕ ಚಟುವಟಿಕೆ ಸಾಮರ್ಥ್ಯವನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದಾರೆ</p> <p><input type="checkbox"/> ತೀವ್ರ ಮಿತಿಯನ್ನು ಹೊಂದಿರುವ ಕಾರ್ಯಾತ್ಮಕ ಸಾಮರ್ಥ್ಯ ಕನಿಷ್ಠ ಚಟುವಟಿಕೆಗಳಿಗೆ ಅಸಮರ್ಥ</p> <p>ಟೀಕೆಗಳು:</p> <p><input type="checkbox"/> ಎಲ್ಲಾ ಪರಸ್ಪರ ಸಂಬಂಧಗಳನ್ನು ಮತ್ತು ಸಂವಹನ ತೊಡಗಿಸಿಕೊಳ್ಳಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗುತ್ತದೆ (ಮಿತಿಗಳು ಇಲ್ಲ)</p> <p><input type="checkbox"/> ಅತ್ಯಂತ ಪರಸ್ಪರ ಸಂಬಂಧಗಳನ್ನು ಮತ್ತು ಸಂವಹನ ತೊಡಗಿಸಿಕೊಳ್ಳಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗುತ್ತದೆ (ಸ್ವಲ್ಪ ಮಿತಿಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದಾರೆ)</p> <p><input type="checkbox"/> ಮಾತ್ರ ಸಮಿತ ಪರಸ್ಪರ ಸಂಬಂಧಗಳನ್ನು ಮತ್ತು ಸಂವಹನ ತೊಡಗಿಸಿಕೊಳ್ಳಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗುತ್ತದೆ (ಮಧ್ಯಮ ಮಿತಿಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದಾರೆ)</p> <p><input type="checkbox"/> ಪರಸ್ಪರ ಸಂಬಂಧಗಳನ್ನು ಮತ್ತು ಸಂವಹನ ತೊಡಗಿಸಿಕೊಳ್ಳಲು ಸಾಧ್ಯವಿಲ್ಲ (ಗುರುತು ಮಿತಿಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದಾರೆ)</p> <p><input type="checkbox"/> ಮಾನಸಿಕ, ದೇಹ ವೈಯಕ್ತಿಕ ಮತ್ತು ಸಾಮಾಜಿಕ ಹೊಂದಾಣಿಕೆ ಗಮನಾರ್ಹ ನಷ್ಟ ಉಂಟಾಗಿದೆ (ತೀವ್ರ ಮಿತಿಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದಾರೆ)</p> <p>ಟೀಕೆಗಳು :</p>
---	---

(ಸಿ) ಮುನ್ನರಿವು ಮತ್ತು ಪುನರ್ವಸತಿ

<p>ವಿಮಾದಾರರ ಈಗ ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಅಶಕ್ತಗೊಂಡಿದ್ದಾನೆಯೇ?</p> <p>ವಿಮಾದಾರರ ಕೆಲಸ ಯಾವ ಕರ್ತವ್ಯಗಳನ್ನು ಅವನು / ಅವಳು ಪ್ರದರ್ಶನ ಅಸಮರ್ಥವಾಗಿರುತ್ತದೆ?</p> <p>ನಿವೃತ್ತ ಭವಿಷ್ಯದಲ್ಲಿ ಈ ಪ್ರಸ್ತುತ ಸ್ಥಿತಿಯನ್ನು ಮೂಲಭೂತ ಅಥವಾ ಗಣನೀಯ ಬದಲಾವಣೆ ನಿರೀಕ್ಷಿಸಬಹುದೇ</p> <p>ಹೌದು ಎಂದಲ್ಲಿ, ನಿವೃತ್ತ ವಿಮಾದಾರ ಕರ್ತವ್ಯಗಳನ್ನು ನಿರ್ವಹಿಸಲು ಎಷ್ಟು ನಿರೀಕ್ಷಿಸಬಹುದು</p> <p>ಇಲ್ಲ ಎಂದ ವೇಳೆ, ದಯವಿಟ್ಟು ವಿವರಿಸುವಿರಾ</p> <p>ಯಾವುದೇ ಹೆಚ್ಚಿನ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಾಗಿ / ಪುನರ್ವಸತಿಗಾಗಿ ಯೋಜನೆಯನ್ನು ದಯವಿಟ್ಟು ಹೇಳಿ</p>	<p>ಅವನ / ಅವಳ ಸ್ವಂತ ಕೆಲಸ ವಿಚಾರದಲ್ಲಿ <input type="checkbox"/> ಹೌದು <input type="checkbox"/> ಇಲ್ಲ</p> <p>ಯಾವುದೇ ಕೆಲಸ ವಿಚಾರದಲ್ಲಿ <input type="checkbox"/> ಹೌದು <input type="checkbox"/> ಇಲ್ಲ</p> <p><input type="checkbox"/> ಹೌದು <input type="checkbox"/> ಇಲ್ಲ</p> <p>ಸ್ವಂತ ಕೆಲಸ ವಿಚಾರದಲ್ಲಿ</p> <p>ಯಾವುದೇ ಕೆಲಸ ವಿಚಾರದಲ್ಲಿ</p> <p><input type="checkbox"/> 1 ತಿಂಗಳಿಗಾಗಿ <input type="checkbox"/> 1-3 ತಿಂಗಳುಗಳು <input type="checkbox"/> 3-6 ತಿಂಗಳುಗಳು <input type="checkbox"/> 1 ತಿಂಗಳಿಗಾಗಿ <input type="checkbox"/> 1-3 ತಿಂಗಳುಗಳು <input type="checkbox"/> 3-6 ತಿಂಗಳುಗಳು</p> <p><input type="checkbox"/> 6-12 ತಿಂಗಳುಗಳು <input type="checkbox"/> > 12 ತಿಂಗಳುಗಳು <input type="checkbox"/> ಎಂದಿಗೂ ಇಲ್ಲ <input type="checkbox"/> 6-12 ತಿಂಗಳುಗಳು <input type="checkbox"/> > 12 ತಿಂಗಳುಗಳು <input type="checkbox"/> ಎಂದಿಗೂ ಇಲ್ಲ</p> <p>ಟೀಕೆಗಳು :</p> <p>ಟೀಕೆಗಳು :</p>
--	--

(ಡಿ) ಇತರೆ

<p>ನಿಮ್ಮ ಅಭಿಪ್ರಾಯದಲ್ಲಿ ಈ ಕ್ಲೈಮ್ ನಿರ್ಧರಿಸುವುದಕ್ಕಾಗಿ ನಮಗೆ ಸಹಾಯ ಮಾಡುವ ಯಾವುದೇ ಹೆಚ್ಚಿನ ಮಾಹಿತಿ ಇದ್ದರೆ, ಅಂತಹ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ದಯವಿಟ್ಟು ಒದಗಿಸಿ.</p>	
<p>ನಾವು ನಮ್ಮ ಕ್ಲೈಮ್ ನಿರ್ಧಾರ ವಿವರಿಸಲು ಮನವಿ ಮಾಡಿದಾಗ ನಮ್ಮ ವ್ಯವಹಾರವನ್ನು ನಿರೀಕ್ಷಿಸುವುದು / ಅಥವಾ ಕ್ಲೈಮ್ ರೋಗನಿರ್ಣಯ ರೋಗಿಗೆ ಈ ವರದಿಯಲ್ಲಿ ನಿವೃತ್ತ ಒದಗಿಸಿದ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಬಿಡುಗಡೆ ಮಾಡಬಹುದೇ</p>	<p><input type="checkbox"/> ಹೌದು <input type="checkbox"/> ಇಲ್ಲ</p>

ನಾನು ಇಲ್ಲಿ ಘೋಷಿಸುವುದೇನೆಂದರೆ ನಾನು ವೈಯಕ್ತಿಕವಾಗಿ ಪರಿಶೀಲಿಸಿದ್ದೇನೆ ಮತ್ತು ವಿಮಾದಾರನ ಅಂಗವೈಕಲ್ಯಕ್ಕೆ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ನೀಡಿದ್ದೇನೆ ಮತ್ತು ಮೇಲೆ ನೀಡಿದ ಸತ್ಯ ನನ್ನ ಜ್ಞಾನ ಮತ್ತು ನಂಬಿಕೆ ಅತ್ಯುತ್ತಮ ನಿಜ ಮತ್ತು ಸಂಪೂರ್ಣ ಎಂದು ಹೇಳುತ್ತೇನೆ.

ವೈದ್ಯರ ಹೆಸರು _____ ಸಹಿ _____

ವಿದ್ಯಾರ್ಹತೆ _____

ನೋಂದಣಿ ಸಂಖ್ಯೆ ಹಾಗೂ ಸ್ಥಳ _____ ಅಂಗಡಿ _____

ವಿಳಾಸ _____ ದೂರವಾಣಿ ಸಂಖ್ಯೆ _____