



പോളിസി നം.:
ക്ലെയിം നം.:

ടാറ്റാ എഐഎഐ ലൈഫ് ഇൻഷുറൻസ് കമ്പനി ലിമിറ്റഡ്
(ഇനി മുതൽ "ടാറ്റാ എഐഎഐ" അല്ലെങ്കിൽ "കമ്പനി" എന്ന് ബാധകമാകുന്നതുപോലെ വിളിക്കുന്നത്)

ക്രിട്ടിക്കൽ ഇൽനസിനുള്ള അപേക്ഷാ ഫോറം (അവകാശിയുടെ പ്രസ്താവന)

ഓഫീസ്: _____
 ഏജൻസി: _____ കോഡ് _____
 ഏജൻ്റ്: _____ കോഡ് _____

പാർട്ട് 1 (ഇൻഷുർ ചെയ്യപ്പെട്ട ആൾ/ അവകാശി വലിയ അക്ഷരത്തിൽ പൂരിപ്പിക്കേണ്ടത്)
 എല്ലാ ചോദ്യങ്ങൾക്കും ഉത്തരം നൽകുക. ശൂന്യമായി വിടുന്നതിന് പകരം "ബാധകമല്ല" (എൻ/എ) എന്ന് ഉചിത സ്ഥലങ്ങളിൽ ഉപയോഗിക്കുക. ഫോറത്തിൽ ഭേദഗതികൾ/മാറ്റങ്ങൾ വരുത്തുന്ന സ്ഥലങ്ങളിൽ മേഖലപ്പ് ഇടുക.

ഈ ക്ലെയിം ഫോറം സമർപ്പിക്കുന്നത് കമ്പനി ബാധ്യത അംഗീകരിക്കുന്നതിന് തുല്യമായി കണക്കാക്കാൻ പാടില്ല. കമ്പനിയുടെ പേരിൽ ബാധ്യതകൾ അനുവദിക്കുന്നതിന് യാതൊരു ഏജൻ്റ്നെയും അധികാരപ്പെടുത്തിയിട്ടില്ല.

അവകാശപ്പെടുന്ന ക്രിട്ടിക്കൽ ഇൽനസിന്റെ തരം	ഇത് <input type="checkbox"/> പുതിയ ക്ലെയിം ആണ് <input type="checkbox"/> തുടർന്നുള്ള ക്ലെയിം ആണ്
---	---

ഇൻഷുർ ചെയ്യപ്പെട്ട ആളെപ്പറ്റിയുള്ള വിവരങ്ങൾ

പോളിസി നം.:	ഇൻഷുർ ചെയ്യപ്പെട്ട ആളുടെ മുഴുവൻ പേര് മറുപേര്, ഉണ്ടെങ്കിൽ	വയസ്സ് ലിംഗം
നിങ്ങൾ ഒരു ടാറ്റാ എഐഎഐ ജീവനകെൽ പോളിസിയുടെ ഭാഗത്ത് ആണോ? <input type="checkbox"/> അതേ <input type="checkbox"/> അല്ല	ഇൻഷുർ ചെയ്യപ്പെട്ട ആളുടെ മേൽവിലാസം കോണ്ടാക്റ്റ് നം.:	ഐഡി നം.: ഐഡി രേഖയുടെ തരം
ജീവനകെൽ പോളിസി നം.:	തൊഴിൽ	തൊഴിലുടമയുടെ പേരും മേൽവിലാസവും ബന്ധപ്പെടുവാനുള്ള ഫോൺ നം.:

ക്ലെയിം വിവരങ്ങൾ

തൃടക്കത്തിലുള്ള രോഗലക്ഷണങ്ങൾ വിവരിക്കുക	രോഗലക്ഷണങ്ങൾ തുടങ്ങിയ തീയതി മാമാ ദിദി വവവവ കൺസൾട്ടേഷൻ നടത്തിയ തീയതി മാമാ ദിദി വവവവ
ഡോക്ടർ നൽകിയ രോഗനിർണ്ണയം	ആദ്യം കൺസൾട്ട് ചെയ്ത ഡോക്ടർ (പേര്, മേൽവിലാസം, ടെലിഫോൺ)
ഈ ശാരീരികാവസ്ഥ ഉണ്ടായത് അപകടം മൂലമാണോ? <input type="checkbox"/> അല്ല. <input type="checkbox"/> അതേ, വിവരങ്ങൾ താഴെ:	
അപകടം ഉണ്ടായ തീയതി മാമാ ദിദി വവവവ	സമയം (എഐ/പിഐ) സ്ഥലം
അപകട വിവരങ്ങൾ	

കൺസൾട്ടേഷൻ വിവരങ്ങൾ

	(പേര്, മേൽവിലാസം, ടെലിഫോൺ)	കൺസൾട്ടേഷൻ നടത്തിയ തീയതി	രോഗം/ ശാരീരികാവസ്ഥ
a) ഇൻഷുർ ചെയ്യപ്പെട്ട ആളുടെ സ്ഥിരം ഡോക്ടർ			
b) ഈ രോഗത്തിന്/ ക്ഷതത്തിന് അല്ലെങ്കിൽ ഇതിന് മുമ്പ് ഇതുപോലുള്ള ശാരീരികാവസ്ഥയ്ക്ക് കൺസൾട്ട് ചെയ്ത മറ്റ് എല്ലാ ഡോക്ടർമാരും.			

പ്രവേശിപ്പിച്ച ആശുപത്രി & ഇൻഷുർ ചെയ്യപ്പെട്ട ആളെ ആശുപത്രിയിലേയ്ക്ക് റഫർ ചെയ്ത ഡോക്ടർ		
--	--	--

നിങ്ങളുമായി രക്തബന്ധമുള്ള ആർക്കെങ്കിലും ഇതുപോലുള്ള അല്ലെങ്കിൽ ഇതുമായി ബന്ധമുള്ള രോഗം അവസരമുണ്ടായിട്ടുണ്ടോ? <input type="checkbox"/> ഇല്ല <input type="checkbox"/> ഉവ്വ്, വിവരങ്ങൾ:			
ബന്ധുവുമായുള്ള ബന്ധം	രോഗത്തിന്റെ സ്വഭാവം	രോഗനിർണ്ണയം നടത്തിയ തീയതി	
ഇതിന് മുമ്പ് നിങ്ങൾക്ക് ഉണ്ടായിട്ടുള്ള മറ്റു രോഗങ്ങളുടെ വിവരങ്ങൾ നൽകുക?			
രോഗം/ ശാരീരികാവസ്ഥ	തീയതികൾ	കൺസൾട്ട് ചെയ്ത ഡോക്ടർ (പേര്, മേൽവിലാസം, ടെലിഫോൺ നമ്പർ)	
മറ്റു കമ്പനികൾ കവർ നൽകിയിട്ടുള്ള ലൈഫ് ഇൻഷുറൻസ് തുകകൾ			
കമ്പനിയുടെ പേര്	പോളിസി നം.	പ്രാബല്യത്തിൽ വന്ന അല്ലെങ്കിൽ കവറേജ് തുടങ്ങിയ തീയതി	ഇൻഷുർ ചെയ്യപ്പെട്ട തുക

അവകാശിയുടെ വിവരങ്ങൾ (ഇൻഷുർ ചെയ്യപ്പെട്ട ആൾ അല്ലാതെ മാറ്റാരെങ്കിലും ആണെങ്കിൽ)

മുഴുവൻ പേര്	ഐഡി നം.:	ഐഡി ദേവയുടെ തരം	വയസ്സ്
ലിംഗം: പുരുഷൻ <input type="checkbox"/> സ്ത്രീ <input type="checkbox"/>	മേൽവിലാസം		
ടെലിഫോൺ നം.:	ഇൻഷുർ ചെയ്യപ്പെട്ട ആളുമായുള്ള ബന്ധം		
എന്ത് പദവി അടിസ്ഥാനമാക്കിയാണ് നിങ്ങൾ ഈ ക്ലെയിം സമർപ്പിക്കുന്നത്?			

സത്യപ്രസ്താവനയും അധികാരപ്പെടുത്തലും:
 ഈ ക്രിട്ടിക്കൽ ഇൻസുറൻസ് ക്ലെയിം അപേക്ഷാ ഫോറത്തിൽ നൽകിയിട്ടുള്ള വിവരങ്ങൾ എന്റെ അറിവിലും വിശ്വാസത്തിലും പെട്ടിടത്തോളം സത്യവും പൂർണ്ണവുമാണെന്ന് ഞാൻ ഇതിനാൽ പ്രഖ്യാപിക്കുന്നു.

ഈ ക്രിട്ടിക്കൽ ഇൻസുറൻസ് ക്ലെയിം അപേക്ഷാ ഫോറം സമർപ്പിക്കുക വഴി ഞാൻ ടാറ്റാ എഐഎയുടെ മൂന്നാമത്തെ ഒരു ക്ലെയിം അവകാശപ്പെടുകയാണ്. ഇൻഷുർ ചെയ്യപ്പെട്ട ആളെ പരിചരിക്കുകയോ, ചികിത്സിക്കുകയോ ചെയ്യേണ്ടി വന്നാൽ ഡോക്ടർമാരുടെയും എഴുതി തയ്യാറാക്കിയ സ്റ്റേറ്റ്‌മെന്റുകളും ഈ ക്രിട്ടിക്കൽ ഇൻസുറൻസ് ക്ലെയിം അപേക്ഷാ ഫോറവുമായി ബന്ധപ്പെട്ട മറ്റ് എല്ലാ തെളിവുകളും, പിന്തുണയ്ക്കുന്ന രേഖകളും ഈ ക്രിട്ടിക്കൽ ഇൻസുറൻസ് ക്ലെയിം അപേക്ഷാഫോറത്തിന്റെ ഭാഗമാകുമെന്നും അങ്ങനെ കണക്കാക്കപ്പെടുമെന്നും ഞാൻ ഇതിനാൽ സമ്മതിക്കുന്നു. ഇതിനും പുറമെ, ഈ ക്രിട്ടിക്കൽ ഇൻസുറൻസ് ക്ലെയിം അപേക്ഷാഫോറം അല്ലെങ്കിൽ ഇതിന് ഉപോൽബലകമായി അല്ലെങ്കിൽ അനുബന്ധമായി ഉള്ള മറ്റ് ഏതെങ്കിലും ഫോറങ്ങൾ കമ്പനിയിൽ എത്തിച്ചു കൊടുക്കുന്നത്, പരിഗണനയിലുള്ള ജീവിതത്തിന്മേൽ എന്തെങ്കിലും ഇൻഷുറൻസിന്റെ അസ്തിത്വം അംഗീകരിക്കുന്നതായി അല്ലെങ്കിൽ ബാധ്യതകൾ അംഗീകരിക്കുന്നതായി അല്ലെങ്കിൽ പ്രതിവാദത്തിനുള്ള അവകാശങ്ങൾ ഉപേക്ഷിക്കുന്നതായി കണക്കാക്കപ്പെടുന്നതല്ല എന്നും ഞാൻ സമ്മതിക്കുന്നു.

ഇൻഷുർ ചെയ്യപ്പെട്ട ആളുടെ ആരോഗ്യത്തെയും മെഡിക്കൽ ചരിത്രത്തെയും പറ്റി, അല്ലെങ്കിൽ ഇതിന് മുമ്പ് സൂചിപ്പിക്കുകയോ ശേഷം സൂചിപ്പിക്കുകയോ ചെയ്യേക്കാവുന്ന എന്തെങ്കിലും ചികിത്സയെ അല്ലെങ്കിൽ ചികിത്സോപദേശത്തെ പറ്റി, മറ്റു വ്യക്തിഗത വിവരങ്ങൾ അല്ലെങ്കിൽ ബന്ധപ്പെട്ട അപകടം/ക്ഷതം സംബന്ധിച്ച രേഖകൾ കൈവശമുള്ള യാതൊരു സംഘടനയെയും സ്ഥാപനത്തെയും അല്ലെങ്കിൽ വ്യക്തിയെയും അത്തരം വിവരങ്ങൾ എനിക്ക് പരിവലിക്കാൻ സാധിക്കാത്ത രീതിയിൽ ടാറ്റാ എഐഎയ്ക്ക് വെളിപ്പെടുത്തുവാൻ ഞാൻ ഇതിനാൽ അധികാരപ്പെടുത്തുന്നു. ഈ അധികാരപ്പെടുത്തൽ എന്റെയും/ഇൻഷുർ ചെയ്യപ്പെട്ട ആളുടെയും പിൻതുടർച്ചാവകാശികളെയും കൈമാറ്റം ചെയ്യുന്നവരെയും ബാധ്യതപ്പെടുത്തുന്നതും, എന്റെ/ ഇൻഷുർ ചെയ്യപ്പെട്ട ആളുടെ ആരോഗ്യം അല്ലെങ്കിൽ നിയമപരമായ അശക്തത എന്നു തന്നെ ആയാലും, നിയമപരമായി സാധിക്കുന്നിടത്തോളം പ്രാബല്യത്തിൽ തുടരുന്നതുമാണ്. ഈ അധികാരപ്പെടുത്തലിന്റെ ഫോട്ടോകോപ്പി അതിന്റെ ഒറിജിനൽ പോലെ തന്നെ സാധ്യത ഉള്ളതായിരിക്കും.

കമ്പനി ശേഖരിക്കുകയോ കൈവശം വയ്ക്കുകയോ ചെയ്യേ (ഈ അപേക്ഷയിൽ അടങ്ങിയതോ മറ്റു തരത്തിൽ ലഭിച്ചതോ ആയ) വ്യക്തിഗത വിവരങ്ങൾ കമ്പനിക്ക് ലഭ്യമാക്കിയതാണെന്നും അവ കമ്പനിക്ക് കൈവശം വയ്ക്കുകയോ ഉപയോഗിക്കുകയോ കമ്പനിയുമായി ബന്ധപ്പെട്ട വ്യക്തികൾക്ക്/ സ്ഥാപനങ്ങൾക്ക് അല്ലെങ്കിൽ മറ്റേതെങ്കിലും തിരഞ്ഞെടുക്കപ്പെട്ട മൂന്നാം കക്ഷിക്ക് (റിഇൻഷുറൻസ് ക്ലെയിംസ് ഇൻവെസ്റ്റിഗേഷൻ കമ്പനികൾ, വ്യവസായ അസോസിയേഷനുകൾ/ഫെഡറേഷനുകൾ എന്നിവ ഉൾപ്പെടെ ഇന്ത്യയ്ക്ക് അകത്തോ പുറത്തോ ഉള്ളവ) വെളിപ്പെടുത്തുകയോ ചെയ്യാമെന്നും ഞാൻ ഇതിനാൽ പ്രഖ്യാപിക്കുകയും സമ്മതിക്കുകയും ചെയ്യുന്നു.

സാക്ഷിയുടെ ഒപ്പ് _____ ഇൻഷുർ ചെയ്യപ്പെട്ട ആളുടെ ഒപ്പ് _____

തീയതി: _____ തീയതി: _____

സാക്ഷിയുടെ പേര് _____ പോളിസി ഉടമ/അവകാശി ഒപ്പ് _____
 (വലിയ അക്ഷരത്തിൽ കുടുംബപ്പേര് ആദ്യം) (ഇൻഷുർ ചെയ്യപ്പെട്ട ആൾ അല്ലാതെ മാറ്റാരെങ്കിലും ആണെങ്കിൽ തീയതി: _____)