

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

ഡെത്ത ക്ലെയിം ഇന്റീമേഷൻ-കം-ക്ലെയിമെന്റ്സ് സ്റ്റേറ്റ്മെന്റ് (മരണാനന്തര ക്ലെയിം അറിയിപ്പും അവകാശിയുടെ പ്രസ്താവനയും)

മാർഗ്ഗനിർദ്ദേശങ്ങൾ / കുറിപ്പുകൾ:

- 1. മരണപ്പെടുന്ന തീയതിയിൽ പോളിസി പ്രാബല്യത്തിൽ ഇരിക്കുന്നതിന് വിധേയമായി മാത്രം മരണാനന്തര ആനുകൂല്യം നൽകപ്പെടുന്നു.
2. പോളിസി പ്രകാരം പോളിസി തുക സ്വീകരിക്കുവാൻ അർഹതയുള്ള വ്യക്തി മാത്രം ഈ ഫോറം പൂരിപ്പിക്കുകയും ഒപ്പിടുകയും വേണം.
3. ഈ ഫോറം സമർപ്പിക്കുന്നത് ക്ലെയിം അവകാശം സ്വീകരിക്കുന്നതായി കണക്കാക്കുവാൻ പാടില്ല.
4. ഈ ഫോറവും മറ്റ് ആവശ്യക ഉപാധികളും അടുത്തുള്ള ടാറ്റാ എഐഎഐ ലൈഫ് ശാഖ ഓഫീസിലോ താഴെ നൽകിയിട്ടുള്ള മേൽവിലാസത്തിലോ ദയവായി സമർപ്പിക്കുക.
ടാറ്റാ എഐഎഐ ലൈഫ് ഇൻഷുറൻസ് കമ്പനി ലിമിറ്റഡ്, ബി-വിംഗ്, 9-ാം നില, ഐ-തിങ്ങ് ടെക്നോ ക്യാമ്പസ്, ടിസിഎസിനു പിൻവശം, പോർട്ട് റോഡ് ന. 2, ഈസ്റ്റേൺ എക്സ്പ്രസ്സ് ഹൈവേക്കൂ സമീപം, താനെ (വെസ്റ്റ്), പിൻകോഡ് - 400 607.
5. ആവശ്യക ഉപാധികൾ പൂർണ്ണമായി നേരത്തേ സമർപ്പിക്കുന്നത് കഴിയുന്നതും നേരത്തേ ക്ലെയിം നടപടി ക്രമങ്ങൾ സ്വീകരിക്കുവാൻ കമ്പനിയെ സഹായിക്കും.
6. ഒന്നിൽ കൂടുതൽ പോളിസികൾ അടങ്ങിയിട്ടുള്ള ക്ലെയിമുകൾ റിപ്പോർട്ട് ചെയ്യുന്നതിന് ഒരൊറ്റ ഫോറം മാത്രം പൂരിപ്പിക്കുകയും പ്രസക്തമായ എല്ലാ പോളിസി നമ്പരുകളും അതിൽ കാണിക്കുകയും ചെയ്യുക.
7. അവകാശി ഈ ഫോറം വലിയ അക്ഷരത്തിൽ പൂരിപ്പിക്കണം.

സമീപ കാലത്തെ ഫോട്ടോഗ്രാഫ് പതിക്കുക

പോളിസി നമ്പർ(കൾ): [] [] []

1. ഇൻഷുർ ചെയ്യപ്പെട്ട ആളുടെ വിവരങ്ങൾ:

പൂർണ്ണമായ പേര്: [] പുരുഷനോ/സ്ത്രീയോ: [] മരിക്കുമ്പോൾ പ്രായം: [D] [D] [M] [M] [Y] [Y] [Y] [Y]
മരണസമയത്തെ മേൽവിലാസം: []
[] ഫോൺ നമ്പർ: []
നഗരം/പട്ടണം: [] പിൻ കോഡ്: [] സംസ്ഥാനം: []

2. അവകാശിയുടെ (പോളിസി പ്രകാരം ക്ലെയിം തുക സ്വീകരിക്കുവാൻ അർഹതപ്പെട്ട വ്യക്തിയുടെ) വിവരങ്ങൾ:

പൂർണ്ണമായ പേര്: [] പുരുഷനോ/സ്ത്രീയോ: [] ജനന തീയത്-വയസ്സ്: [D] [D] [M] [M] [Y] [Y] [Y] [Y]
ഇപ്പോഴത്തെ മേൽവിലാസം: [] ടെലിഫോൺ നമ്പർ: []
[]
നഗരം/പട്ടണം: [] പിൻ കോഡ്: [] സംസ്ഥാനം: []
റസിഡൻഷ്യൽ സ്റ്റാറ്റസ്: റസിഡന്റ് ഇന്ത്യൻ [] നോൺ റസിഡന്റ് ഇന്ത്യൻ (എൻആർഐ) []
പാൻ കാർഡ് ന. []
ജനന സ്ഥലം: [] ജനന രാജ്യം: []
എൻആർഐ എങ്കിൽ, താമസിക്കുന്ന രാജ്യത്തിന്റെ പേര്: [] ഇ.മെയിൽ അഡ്രസ്സ്: []
ഇൻഷുർ ചെയ്യപ്പെട്ട ആളുമായുള്ള ബന്ധം: []
നികുതിയുടെ ഉദ്ദേശ്യത്തിനു വേണ്ടി ഇന്ത്യയ്ക്കു പുറത്തുള്ള താമസസ്ഥലം: [] ഉവ്വ് / [] ഇല്ല ('ഉവ്വ്' എങ്കിൽ എഫ്എടിസിഎ & സിആർഎസ്-സെൽഫ് സർട്ടിഫിക്കേഷൻ ഫോറം നിർബന്ധമായും പൂരിപ്പിക്കേണ്ടതാണ്)
പോളിസി തുകയ്ക്കുള്ള അവകാശത്തിന്റെ സ്വഭാവം:പോളിസി ഉടമ [] നോമിനി അസൈനി [] മറ്റുള്ളവ: []
ഫോട്ടോ പതിച്ച തിരിച്ചറിയൽ തെളിവിന്റെ ഒരു കോപ്പി ഇതോടൊപ്പം വയ്ക്കുക: പാസ്പോർട്ട്: [] ഡ്രൈവിംഗ് ലൈസൻസ് [] കമ്പനി ഐഡി കാർഡ് []
(ബാധകമായത് അടയാളപ്പെടുത്തുക): ഇലക്ഷൻ കാർഡ് ഉണ്ടെങ്കിൽ [] ഫോട്ടോ ഉള്ള ക്രെഡിറ്റ് കാർഡ് [] പാൻ കാർഡ് [] ഫോട്ടോ ഉള്ള ബാങ്ക് പാസ്ബുക്ക്/ക്ലബ് കാർഡ്, []
മറ്റുള്ളവ, പ്രത്യേകം എടുത്തു പറയുക []

Table with 2 columns: ഈ ഫോറത്തോടൊപ്പം സമർപ്പിച്ച ആവശ്യക ഉപാധികൾ, ദയവായി(✓) അടയാളം ഇടുക. Rows include: 1. ഒറിജിനൽ പോളിസി രേഖ, 2. പ്രാദേശിക അധികാരികൾ നൽകുന്ന മരണ സർട്ടിഫിക്കറ്റിന്റെ കോപ്പി, 3. ഇൻഷുർ ചെയ്യപ്പെട്ട ആളുടെയും അവകാശിയുടെയും ഫോട്ടോ ഐഡിയും ജനന തീയതിയുടെ തെളിവും, 4. മരണകാരണം സംബന്ധിച്ച മെഡിക്കൽ -ലീഗൽ സർട്ടിഫിക്കറ്റിന്റെ കോപ്പി, 5. മെഡിക്കൽ രേഖകൾ (അഡ്മിഷൻ നോട്ടുകൾ, ഡിസ്ചാർജ്ജ് സമ്മതി, ടെസ്റ്റ് റിപ്പോർട്ടുകൾ തുടങ്ങിയവ), 6. പോസ്റ്റ്മോർട്ടം റിപ്പോർട്ട് (ബാധകമെങ്കിൽ), 7. എഫ്ഐആർ /പാഞ്ച്നാമ/ഇൻകസ്റ്റിറ്റ് റിപ്പോർട്ട്, ബാധകമെങ്കിൽ, 8. തൊഴിലുടമയുടെ സർട്ടിഫിക്കറ്റ്, 9. ഹോസ്പിറ്റൽ ഇൻഫർമേഷൻ ഷീറ്റ്, 10. ക്യാൻസൽ ചെയ്യ് ചെയ്ത് (എൻഇഎഫ്ടി ആവശ്യത്തിന്), 11. ഡ്രൈവിംഗ് ലൈസൻസിന്റെ കോപ്പി, ബാധകമെങ്കിൽ (ആക്സിഡന്റിൽ ഡെത്ത റൈഡർ തിരഞ്ഞെടുത്തിട്ടുണ്ടെങ്കിൽ മാത്രം ബാധകം)

കുറിപ്പ്: ആവശ്യമെങ്കിൽ, കൂടുതലായി ആവശ്യക ഉപാധികൾ ആവശ്യപ്പെടുവാൻ കമ്പനിക്ക് അവകാശം ഉണ്ടായിരിക്കും

3a. ക്ലെയിം വിവരങ്ങൾ:

മരണ തീയതി: [] മരണ കാരണം: []

3b. മറ്റു വിവരങ്ങൾ

മരണ സ്ഥലം (ബാധകമായ സ്ഥലങ്ങളിൽ, ആശുപത്രിയുടെ പേരും മേൽവിലാസവും നൽകുക):

മരണം രേഖപ്പെടുത്തിയ ഡോക്ടറുടെ പേരും മേൽവിലാസവും:

നഗരം/പട്ടണം: പിൻ കോഡ്: ടെലിഫോൺ നമ്പർ:

പോസ്റ്റ്മോർട്ടം പരിശോധന നടത്തിയ തീയതി: അടക്കം ചെയ്ത / ദഹിപ്പിച്ച തീയതിയും സമയവും:

പോസ്റ്റ്മോർട്ടം നടത്തിയ ആശുപത്രിയുടെ പേരും മേൽവിലാസവും:

നഗരം/പട്ടണം: പിൻ കോഡ്: ടെലിഫോൺ നമ്പർ:

എഫ്ഐആർ (പ്രഥമ വിവര റിപ്പോർട്ട്) നൽകിയ പോലീസ് സ്റ്റേഷന്റെ പേരും മേൽവിലാസവും:

നഗരം/പട്ടണം: പിൻ കോഡ്: ടെലിഫോൺ നമ്പർ:

നിങ്ങൾ മനസ്സിലാക്കിയ പ്രകാരം ഇൻഷുർ ചെയ്യപ്പെട്ട ആളുടെ മരണ സാഹചര്യങ്ങൾ എന്താണ്?

4. ഇൻഷുർ ചെയ്യപ്പെട്ട ആളുടെ മെഡിക്കൽ ചരിത്രം:

രോഗത്തിന്റെ / അസുഖത്തിന്റെ സ്വഭാവം:

രോഗത്തിന്റെ / അസുഖത്തിന്റെ കാലയളവ് (മുതൽ-വരെ-തീയതികൾ നൽകുക):

ഇൻഷുർ ചെയ്യപ്പെട്ട ആളുടെ രോഗനിർണ്ണയം നടന്നുകയും ചികിത്സിക്കുകയും ചെയ്ത ഡോക്ടറുടെ/ആശുപത്രിയുടെ പേരും മേൽവിലാസവും:

നഗരം/പട്ടണം: പിൻ കോഡ്: ടെലിഫോൺ നമ്പർ:

ഇൻഷുർ ചെയ്യപ്പെട്ട ആളുടെ സാധാരണ/കുടുംബ ഡോക്ടറുടെ പേരും മേൽവിലാസവും:

നഗരം/പട്ടണം: പിൻ കോഡ്: ടെലിഫോൺ നമ്പർ:

5. തൊഴിൽ വിവരങ്ങൾ:

തൊഴിൽ ഉടമയുടെ / ബിസിനസ്സിന്റെ പേര്:

മേൽവിലാസം:

നഗരം/പട്ടണം: പിൻ കോഡ്: ടെലിഫോൺ നമ്പർ:

ജോലിസ്ഥലത്തെ / ബിസിനസ്സിലെ പദവി:

ജോലിയുടെ / ബിസിനസ്സിന്റെ കൃത്യമായ സ്വഭാവം:

ജോലി ചെയ്ത അവസാന തീയതി:

6. ഇൻഷുർ ചെയ്യപ്പെട്ട ആൾക്ക് ഉണ്ടായിരുന്ന മറ്റു ലൈഫ് ഇൻഷുറൻസ്/മെഡിക്കലിം പോളിസികളുടെ വിവരങ്ങൾ:

പോളിസി നമ്പർ	(1)	(2)	(3)	(4)
ഇൻഷുറൻസ് കമ്പനിയുടെ പേര്:				
തുടക്ക തീയതി:				
ഇൻഷുർ ചെയ്യപ്പെട്ട തുക:				
തിരഞ്ഞെടുത്ത റെഡീമിഷൻ:				
ക്ലെയിമിന്റെ അവസ്ഥ:				

സത്യപ്രസ്താവനയും അധികാരപ്പെടുത്തലും:

ഈ മരണാനന്തര ക്ലെയിം അപേക്ഷ (ഡെത്ത് ക്ലെയിം അപീക്കേഷൻ) ഫോറത്തിൽ നൽകിയിട്ടുള്ള വിവരങ്ങൾ എന്റെ അറിവിലും വിശ്വാസത്തിലും സത്യവും പൂർണ്ണവുമാണെന്ന് ഞാൻ ഇതിനാൽ പ്രഖ്യാപിക്കുന്നു.

ഈ മരണാനന്തര ക്ലെയിം അപേക്ഷ (ഡെത്ത് ക്ലെയിം അപീക്കേഷൻ) ഫോറം സമർപ്പിക്കുക വഴി ഞാൻ കമ്പനിയുടെ മൂന്നാമതെ ഓർഡർ ക്ലെയിം അപേക്ഷ ഫോറവുമായി ബന്ധപ്പെട്ട മറ്റ് എല്ലാ തെളിവുകളും, പിന്തുണയ്ക്കുന്ന രേഖകളും ഈ മരണാനന്തര ക്ലെയിം ചികിത്സിക്കുകയോ ചെയ്യേണ്ടതുപോലെയോ എല്ലാ ഡോക്ടർമാരുടെയും എഴുതി തയ്യാറാക്കിയ സ്റ്റേറ്റ്‌മെന്റുകളും ഈ മരണാനന്തര ക്ലെയിം അപേക്ഷ ഫോറവുമായി ബന്ധപ്പെട്ട മറ്റ് എല്ലാ തെളിവുകളും, പിന്തുണയ്ക്കുന്ന രേഖകളും ഈ മരണാനന്തര ക്ലെയിം അപേക്ഷാഫോറത്തിന്റെ ഭാഗമാകുമെന്നും അങ്ങനെ കണക്കാക്കപ്പെടുമെന്നും ഞാൻ ഇതിനാൽ സമ്മതിക്കുന്നു. ഇതിനും പുറമെ, ഈ മരണാനന്തര ക്ലെയിം അപേക്ഷാഫോറം അല്ലെങ്കിൽ ഇതിന് ഉപോൽബലകമായി അല്ലെങ്കിൽ അനുബന്ധമായി ഉള്ള മറ്റ് എന്തെങ്കിലും ഫോറങ്ങൾ കമ്പനിയിൽ എത്തിച്ചു കൊടുക്കുന്നത്, പരിഗണനയിലുള്ള ജീവിതത്തിന്മേൽ എന്തെങ്കിലും ഇൻഷുറൻസിന്റെ അസ്തിത്വം അംഗീകരിക്കുന്നതായി അല്ലെങ്കിൽ പ്രതിവാദത്തിനുള്ള അവകാശങ്ങൾ ഉപേക്ഷിക്കുന്നതായി കണക്കാക്കപ്പെടുന്നതല്ല എന്നും ഞാൻ സമ്മതിക്കുന്നു.

മരണപ്പെട്ട ആളുടെ (ഇൻഷുർ ചെയ്യപ്പെട്ട ആളുടെ) ആരോഗ്യത്തെയും മെഡിക്കൽ ചരിത്രത്തെയും പറ്റി, അല്ലെങ്കിൽ ഇതിന് മുമ്പ് സ്വീകരിക്കുകയോ ശേഷം സ്വീകരിക്കുകയോ ചെയ്യേക്കാവുന്ന എന്തെങ്കിലും ചികിത്സയെ അല്ലെങ്കിൽ ചികിത്സോപദേശത്തെ പറ്റി, മറ്റു വ്യക്തിഗത വിവരങ്ങൾ അല്ലെങ്കിൽ ബന്ധപ്പെട്ട അപകടം/ക്ഷതം സംബന്ധിച്ച രേഖകൾ കൈവശമുള്ള യാതൊരു സംഘടനയെയും സ്ഥാപനത്തെയും അല്ലെങ്കിൽ വ്യക്തിയെയും അത്തരം വിവരങ്ങൾ എനിക്ക് വിൻവലിക്കാൻ സാധിക്കാത്ത രീതിയിൽ കമ്പനിക്ക് വെളിപ്പെടുത്തുവാൻ ഞാൻ ഇതിനാൽ അധികാരപ്പെടുത്തുന്നു. ഈ അധികാരപ്പെടുത്തലിന്റെ ഫോട്ടോകോപ്പി അതിന്റെ ഒറിജിനൽ പോലെ തന്നെ സാധ്യതാ 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, വ്യവസായം എന്നിവ ഉൾപ്പെടെ ഇന്ത്യൻ അകത്തോ പുറത്തോ ഉള്ളവ) വെളിപ്പെടുത്തുകയോ ചെയ്യാമെന്നും ഞാൻ ഇതിനാൽ പ്രഖ്യാപിക്കുകയും സമ്മതിക്കുകയും ചെയ്യുന്നു.

സാക്ഷിയുടെ ഒപ്പ്

അവകാശിയുടെ ഒപ്പ്

സാക്ഷിയുടെ പേര് _____
(വലിയ അക്ഷരത്തിൽ, കുടുംബപ്പേര് ആദ്യം)

അവകാശിയുടെ പേര് _____
(വലിയ അക്ഷരത്തിൽ, കുടുംബപ്പേര് ആദ്യം)

സാക്ഷിയുടെ മേൽവിലാസം: _____

പദവി: _____

തീയതി:

തീയതി:

കുറിപ്പ്: സാക്ഷി ഒരു നോട്ടറി/ഗസറ്റഡ് ഓഫീസർ /ഗ്രാമ പഞ്ചായത്ത് പ്രസിഡന്റ്/ ഗ്രാമ പഞ്ചായത്ത് മെമ്പർ/ ഡോക്ടർ/വകീൽ/സ്കൂൾ ഹെഡ്മാസ്റ്റർ/വാർഡ് കൗൺസിലർ/ബ്ലോക്ക് ഡവലപ്മെന്റ് ഓഫീസർ/എൻജിനീയർ/ബാങ്ക് മാനേജർ/ബിസിനസ്/ബിഇ/സോൺ ക്ലെയിംസ് പേഴ്സൺ/എസ്ഇഎം അല്ലെങ്കിൽ പ്രദേശത്തെ ആദരണീയനായ ഒരു വ്യക്തി ആയിരിക്കണം.

അധികാരപ്പെടുത്തൽ
(ക്രൈം അവകാശപ്പെടുന്ന ആൾ ഒപ്പിടേണ്ടത്)

ടു,

ലൈഫ് ഇൻഷുറൻസ് പോളിസി നമ്പർ(നമ്പരുകൾ): _____

മി./മിസ് _____(പേര്) എന്ന ഞാൻ, _____ (ഇൻഷുർ ചെയ്യപ്പെട്ട ആളുടെ പേര്) എന്ന ആളുടെ _____(ബന്ധം), മരണപ്പെട്ട ആളുടെ ചികിത്സ/ തൊഴിൽ സംബന്ധമായ എല്ലാ തൊഴിൽ/മെഡിക്കൽ/ഗവൺമെന്റ് അല്ലെങ്കിൽ പ്രൈവറ്റ് ആശുപത്രി റെക്കോർഡുകൾ/മറ്റു റെക്കോർഡുകൾ (ഫോട്ടോകോപ്പികൾ ഉൾപ്പെടെ)/ വിവരങ്ങൾ ശേഖരിക്കുവാൻ ടാറ്റാ എഐഎ എലഫ് ഇൻഷുറൻസ് കമ്പനി ലിമിറ്റഡിന് ഒപ്പം അല്ലെങ്കിൽ അതിന്റെ പ്രതിനിധിയ്ക്ക്, ഇതിനാൽ സമ്മതം നൽകുന്നു.

വിശ്വസ്തയോടെ,

_____ സാക്ഷിയുടെ ഒപ്പ്

_____ അവകാശിയുടെ ഒപ്പ്

സാക്ഷിയുടെ പേര് _____
(വലിയ അക്ഷരത്തിൽ, കുടുംബപ്പേര് ആദ്യം)

അവകാശിയുടെ പേര് _____
(വലിയ അക്ഷരത്തിൽ, കുടുംബപ്പേര് ആദ്യം)

സാക്ഷിയുടെ മേൽവിലാസം: _____

പദവി: _____
തീയതി: _____

തീയതി: _____

