

పాలీసీ నం
క్లెయిం నం

**టాటా ఏఐఏ లైఫ్ ఇన్సూరెన్స్ కంపెనీ లిమిటెడ్**

(ఇకమీదట 'టాటా ఏఐఏ' అని లేదా 'ద కంపెనీ' అని పిలవబడుతుంది, ఏది వర్తిస్తే అది)

**క్రిటికల్ (క్లిప్షమ్మెంట్) వ్యాధికి దరఖాస్తు ఫారం (క్లెయిం చేసేవారి ప్రతిపాదన)**

ఆఫీసు \_\_\_\_\_  
 ఏజెన్సీ \_\_\_\_\_ కోడ్ \_\_\_\_\_  
 ఏజెంట్ \_\_\_\_\_ కోడ్ \_\_\_\_\_

జీవిత బీమా చేసుకున్న వారిచే లేదా క్లెయిం చేస్తున్నవారిచే, విడి అక్షరాలలో నింపబడాలి.

దయచేసి అన్ని ప్రశ్నలకూ జవాబు ఇవ్వండి, దేనినీ వదిలి పెట్టకుండా, సముచితమైతే, 'పర్సనల్' అని (ఎన్/ఎ) రాయండి. ఫారంలో మార్పులు/ చేర్పులు చేసే, అక్కడ సంతకం పెట్టండి.

ఈ ఫారాన్ని నింపడం ద్వారా, కంపెనీ వారు బాధ్యతలను తీసుకుంటారని ఒప్పుకున్నట్లుగా అర్థం చేసుకోవాలి. కంపెనీ తరపున ఏ ఏజెంట్లుకాని ఎటువంటి బాధ్యతలనూ తీసుకునేందుకు అధికృతం చెయ్యబడలేదు.

ఏ క్రిటికల్ వ్యాధి రకానికై క్లెయిం చేస్తున్నారు	ఇది ఒక <input type="checkbox"/> కొత్త క్లెయిం <input type="checkbox"/> విస్తరింపు క్లెయిం
---	--

**బీమా చేసుకున్న వారి సమాచారం**

పాలీసీ నం	బీమా చేసుకున్న వారి పూర్తి పేరు	వయస్సు
	మారు పేరు ఏమైనా ఉంటే	లింగం
మీరు టాటా ఏఐఏ జూవెన్లైట్ పాలీసీని కడుతున్నారా? <input type="checkbox"/> అవును <input type="checkbox"/> కాదు	బీమా చేసుకున్న వారి చిరునామా	ఐడి నం.
జూవెన్లైట్ పాలీసీ నం.	సంప్రదింపు ఫోన్ నం	ఐడి డాక్యుమెంట్ రకం.
వృత్తి	యజమాని పేరు, చిరునామా	
	సంప్రదింపు ఫోన్ నం	

**క్లెయిం వివరాలు**

ప్రారంభిక లక్షణాలను వివరించండి	లక్షణాలు ప్రారంభమైన తేదీ	నెనె	తేతే	సససస
	మొదటి కన్సల్టేషన్ తేదీ	నెనె	తేతే	సససస
డాక్టరు ఇచ్చిన రోగనిర్ణయం	సంప్రదింపు చేసిన మొదటి డాక్టరు (పేరు, చిరునామా, టెలిఫోన్)			
ఈ స్థితి ప్రమాదం వల్ల కలిగిందా? <input type="checkbox"/> కాదు. <input type="checkbox"/> అవును, వివరాలు ఇవిగో:				
ప్రమాదం జరిగిన తేదీ	నమయం (ఉదయం/ సాయం)	స్థలం		
నెనె	తేతే	సససస		
ప్రమాదం వివరాలు				

**కన్సల్టేషన్ వివరాలు**

	పేరు, చిరునామా, టెలిఫోన్	హాజరైన తేదీ	వ్యాధి/పరిస్థితి
ఎ) మీ క్రమబద్ధమైన డాక్టరు			
బి) ఈ వ్యాధికి లేదా సంబంధిత పరిస్థితులకై సంప్రదింపు చేసిన ఇతర డాక్టర్లు			
సి) డాఖలా చేయబడిన ఆస్పత్రులు మరియు ఆస్పత్రికి సిఫార్సు చేసిన డాక్టరు			

రిజిస్టర్డ్ మరియు కార్పొరేట్ ఆఫీస్: టాటా ఏఐఏ లైఫ్ ఇన్సూరెన్స్ కంపెనీ లిమిటెడ్ (ఐఆర్డిఐఐ 8జి. నం. 110), (CIN - U66010MH2000PLC128403), 14వ అంతస్తు, టవర్ ఏ, పెనిన్సులా బిజినెస్ పార్క్, సీనాపతి బావల్ మార్గ్, లోవర్ వరేజ్, ముంబయి 400 013

మీ రక్త సంబంధీకులు ఎవరైనా ఇదే రకపు లేదా తత్సంబంధిత వ్యాధి/పరిస్థితితో బాధపడ్డారా <input type="checkbox"/> లేదు <input type="checkbox"/> అవును, వివరాలు:		
బంధువుతో బాంధవ్యం	వ్యాధి రకం	రోగ నిర్ణయం జరిగిన రోజు

గతంలో మీరు బాధపడిన మరే ఇతర వ్యాధి ఐనా వుంటే, దాని వివరాలు దయచేసి ఇవ్వండి

వ్యాధి/ పరిస్థితి	తేదీలు	సంప్రదించిన డాక్టరు (పేరు, చిరునామా, టెలిఫోన్)

ఇతర కంపెనీల ద్వారా కవర్ చెయ్యబడిన జీవిత బీమా మొత్తం:

కంపెనీ పేరు	పాలీసీ నం	ఏ తేదీ నుండి లేదా కవరేజ్ ప్రారంభమైన తేదీ	బీమా చెయ్యబడిన మొత్తం

క్లెయిం చేసే వారి వివరాలు (బీమా చేసుకున్న వారుకాక వేరే వారైతే)

పూర్తి పేరు	ఐడి నం	ఐడి రకం	వయస్సు
లింగం: పు <input type="checkbox"/> స్త్రీ <input type="checkbox"/>	చిరునామా		
టెలిఫోన్ నం.	బీమా చేసుకున్న వారితో సంబంధం		
ఏ టైటిల్ తో మీరు ఈ క్లెయింని సబ్మిట్ చేస్తున్నారు?			

**వెల్లడి మరియు అధికృతం**

ఈ క్రిటికల్ వ్యాధి ఫారంలో ఇవ్వబడిన సమాచారం, నాకు తెలిసినంత మేరకు నిజమైనదని, పూర్తిమీసినదని నేను ఇందుమూలంగా వెల్లడి చేస్తున్నాను.

ఈ క్రిటికల్ వ్యాధి క్లెయిం దరఖాస్తు ఫారాన్ని సబ్మిట్ చెయ్యడం ద్వారా, నేను ఇందుమూలంగా టాటా ఏఐఐ వారికి ఈ క్లెయింని చేస్తున్నాను మరియు బీమా చేసిన వ్యక్తికి అటెండ్ అయిన లేదా చికిత్స చేసిన ఫీజీషియన్లు అందరూ ఇచ్చిన రాత పూర్వకమైన ప్రతిపాదనలు మరియు ఈ క్రిటికల్ వ్యాధి క్లెయిం దరఖాస్తు ఫారానికి సహసంబంధించిన అన్ని ఋజువులు మరియు మద్దతు డాక్యుమెంట్లు, ఈ క్రిటికల్ వ్యాధి క్లెయిం ఫారంలో భాగంగా అవుతాయని నేను అంగీకరిస్తున్నాను. ఈ క్రిటికల్ వ్యాధి క్లెయిం దరఖాస్తు ఫారాన్ని లేదా కంపెనీవారికి సహసంబంధించిన మరే ఫారాలని కానీ ఇవ్వడం ద్వారా, బీమా చేసుకున్న వ్యక్తికి ఏదైనా హామీ ఉందన్న ఉనికని ఆమోదించడంగా గానీ లేదా అతని హక్కులు, అధికారాలను రద్దు చేయడంగా గానీ అవదని నేను అంగీకరిస్తున్నాను.

నేను, ఏ సంస్థ, సంస్థానం లేదా వ్యక్తికి కానీ, బీమా చేసుకున్న వ్యక్తి యొక్క ఆరోగ్యం మరియు వైద్య చరిత్ర లేదా చికిత్సల లేదా సలహా మరియు కన్సల్ట్ చేసిన, ఇతర వ్యక్తిగత సమాచారం లేదా తత్సంబంధిత ప్రమాదం/ గాయం గురించిన రికార్డు కాని, లేదా సమాచారం ఉంటే, సదరు సమాచారాన్ని టాటా ఏఐఐ వారికి వెల్లడి చేసేందుకు అధికృతం చేస్తున్నాను. ఈ అధికృతంతో నా తర్వాతివారు కూడా కట్టుబడి ఉండాలి మరియు చట్టప్రకారం వీలైనంత మట్టుకు, నా మరణం లేదా నా అశక్తతలను లెక్కచెయ్యకుండా, చెల్లుబాటులో ఉండాలి. ఈ అధికృతపు ఫోటోకాపీ ఒకటి ఒరిజినల్ లాగా చెల్లుబాటు అవాలి.

కంపెనీ ద్వారా సేకరించబడిన లేదా ఉంచుకోబడిన ఏ వ్యక్తిగత సమాచారమైనా (అది ఈ దరఖాస్తుఫారంలో ఉన్నదైనా సరే లేదా మరే విధంగానైనా సేకరించబడినదైనా సరే) కంపెనీ వారిచే అందజేయబడి మరియు ఉంచుకోబడి, వాడబడి మరియు ఇతర వ్యక్తులకు/ కంపెనీతో సహా సంబంధం ఉన్న సంస్థలకు లేదా మరే తృతీయ వ్యక్తికినైనా (భారతదేశంలోనైనా సరే, లేదా బయట ఉన్నారే, రీ ఇన్సూరెన్స్ మరియు క్లెయిం ఇన్వెస్టిగేటింగ్ కంపెనీలు మరియు ఇండస్ట్రీ అసోసియేషన్లు/ఫెడరేషన్లతో సహా), ఈ దరఖాస్తు ఫారాన్ని ప్రోసెస్ చేసే మరియు తదుపరి సర్వీసులను ఈ మరియు ఇతర ఆర్థిక ప్రాడక్టులు మరియు సర్వీసులు, డైరెక్ట్ మార్కెటింగ్ మరియు డేటా మ్యానింగ్ ఉదేశాలకై వెల్లడి చేయబడవచ్చునని, మరియు సదరు ఉద్దేశాలకై నాతో/మాతో సంప్రదించవచ్చునని నేను అంగీకరిస్తున్నాను.

సాక్షి సంతకం: \_\_\_\_\_

బీమా చేసినవారి సంతకం: \_\_\_\_\_

తేదీ: \_\_\_\_\_

తేదీ: \_\_\_\_\_

సాక్షి పేరు : \_\_\_\_\_

పాలీసీదారు/ క్లెయిం చేస్తున్నవారి సంతకం: \_\_\_\_\_

(విడి అక్షరాలలో, ఇంటి పేరు ముందు)

(బీమా చేసినవారు తప్పనిచి) (విడి అక్షరాలలో, ఇంటి పేరు ముందు)

తేదీ: \_\_\_\_\_