

डेथ क्लेम फॉर्म (फॉर्म- A)

अपनेक अपूरणीय क्षतिसँ हम शोकाकुल छी। हम बुझि सकैत छी जे ई अपनेक लेल कठिन समय अछि, एहन संकटक समयमे हमर दायित्व अछि जे हम अपनेक सेवा करी। ई डेथ क्लेम आवेदन अपनेक सुविधाक हेतु तैयार कएल गेल अछि जाहिसँ अहाँ आसानीसँ अपन दावा प्रस्तुत कए सकी। नीचाँ देल गेल निर्देशक अनुसार संबंधित दस्तावेजक संग पूर्ण रूपसँ भरल आ हस्ताक्षरित फॉर्म जमा करी जाहिसँ अपनेक दावाक निपटान हम शीघ्रहि कए सकी।

महत्वपूर्ण सूचना

- सभटा उपयुक्त पॉलिसीक उल्लेख करैत विभिन्न प्रकारक पॉलिसीक दावा हेतु एक्काहि पंजीकृत फॉर्म भरि कए जमा कएल जा सकैछ।
- पॉलिसीक सभटा नियम ओ शर्तक अनुसार घटनाक तिथिक संदर्भमे राखि दावाक भुगतान कएल जाएत।
- जँ एक्सँ अधिक दावा हो, तँ दावेदार द्वारा प्रत्येकक लेल अलगसँ फॉर्म भरल जएबाक चाही।
- एहि फॉर्मक लेल निम्नमेसँ कोनो एकटा गवाह हेवाक चाही (1) मैक्स लाइफ एजेंट (2) सेल्स मैनेजर/ मैक्स लाइफक कार्यालय प्रधान एडीएम (3) प्रखंड विकास पदाधिकारी (4) राष्ट्रीयकृत बैंकक मैनेजरक मोहर सहित हस्ताक्षर (5) मैक्स लाइफ कम्पनीक कोनो पदाधिकारी जे कि मैनेजरसँ निम्न कोटि नहि हो (6) राजपत्रित पदाधिकारी (7) सरकारी विद्यालयक प्रधानाध्यापक/प्राचार्य (8) मजिस्ट्रेट।
- कृपया घोषणाकें सावधानीपूर्वक पढ़ आ ओहने हस्ताक्षर करू जे कि अहाँ सामान्यतया: अपन चेक पर करैत छी। भविष्यमे अहाँक हस्ताक्षरक मिलान कएल जा सकैत अछि।

अपन फॉर्म कोना भरी

क्लेम फॉर्मक सभटा क्षेत्र दावेदार द्वारा सुस्पष्ट (BLOCK) अक्षरमे लिखल जएबाक चाही

खंड A – एहि खंडमे दावेदारक संबंधमे सूचना अपेक्षित अछि:

- कृपया सुनिश्चित कए लिअ जे फॉर्ममे उल्लेखित मोबाइल नं. आ पत्राचारक पता अहाँक जानकारीमे सही अछि, किएक तँ दावा संबंधी पत्राचार अही पता आ मोबाइल नं. पर कएल जाएत, जँ अहाँक कोनो ई-मेल पता अछि तँ उल्लेख करू;
- कृपया अपन बैंक खाताक पूर्ण विवरणक उल्लेख करू; आ
- कृपया बैंक द्वारा अभिप्रमाणित एनईएफटी फॉर्म आ रद्द चेक/बैंक खाता पासबुकक प्रति संलग्न करू जाहिसँ पॉलिसीक नियम ओ शर्तक अनुसार दावा प्रक्रियाक राशि अहाँक खातामे प्रत्यक्ष रूपसँ हस्तांतरित कएल जा सकए।

खंड B – एहि खंडमे बीमित व्यक्तिक संबंधमे सूचना अपेक्षित अछि:

- कृपया बीमित व्यक्तिक मृत्युक कारण आ तिथिक उल्लेख करू;
- कृपया बीमित व्यक्तिक उपचार करएबला चिकित्सक, अस्पताल वा कोनो आन चिकित्सकीय स्रोतक पता वा टेलिफोन नं. क उल्लेख करू जतए हुनक पछिला (3) सालसँ उपचार वा अंतिम उपचार/दुर्घटनाक ईलाज भेल हो। जँ आवश्यक हो तँ अतिरिक्त पत्रक संलग्न करू; आ
- बीमित व्यक्तिक जँ मैक्स लाइफ इन्स्योरेंसक अतिरिक्त कोनो आन बीमा कम्पनी द्वारा बीमित छथि तँ कृपया सभटा बीमा पॉलिसीक विवरण उपलब्ध कराउ।

खंड C – एहि खंडमे केवल आन मृत्यु लाभक लेल विकल्प योजनाक तहत प्रदान कएल जाएबला लाभक उल्लेख कएल जाएब अपेक्षित अछि जे कि एहि फॉर्ममे उल्लेखित अछि।

खंड D – एहि खंडक उपयोग ओहन स्थितिमे कएल जा सकैत अछि, जँ अहाँ कोनो अतिरिक्त सूचना देबए चाहैत छी जे कि एहि फॉर्ममे उल्लेखित नहि कएल गेल अछि।

एही क्लेम फॉर्मक संग अहाँकेँ निम्न दस्तावेज जमा करबाक चाही (प्रस्तुत कएल गेल दस्तावेजकेँ चिह्नित करबाक हेतु कृपया उचित बॉक्स के चिह्नित करू)- [*द्वारा चिह्नित अनिवार्य दस्तावेज अछि]

1) *स्थानीय प्राधिकारी द्वारा मृत्यु प्रमाण-पत्रक मूल/अभिप्रमाणित प्रति

2) *मूल पॉलिसी दस्तावेज

3) *अपन पहिचान साक्ष्यक अभिप्रमाणित प्रति (नीचाँ मे सँ कोनो एक-जाहिमे अहाँक जन्मतिथिक पूर्ण उल्लेख हो)

पैन कार्ड

मतदाता पहिचान पत्र

मान्य पासपोर्ट

मान्य ड्राइविंग लाइसेंस

आधार कार्ड

आन (कृपया उल्लेख करू) _____

4) *बैंक विवरण (नीचाँ मे सँ कोनो एक)

दावेदारक मुद्रित नाम आ खाता विवरण सहित रद्द चेक

बैंक पासबुकक अभिप्रमाणित प्रति

बैंक द्वारा अभिप्रमाणित (एनईएफटी)

आत्महत्या / दुर्घटनाक स्थितिमे अतिरिक्त दस्तावेज-(एफआईआर आ पोस्टमार्टम रिपोर्ट अनिवार्य)

*एफआईआर

पंचनामा

*पोस्टमार्टम रिपोर्ट

समाचार पत्रक कतरन (जँ कोनो हो)

जाँच रिपोर्ट

अंतिम पुलिस जाँच रिपोर्ट

मृत्युक चिकित्सकीय कारणक स्थितिमे (अस्पतालीकरण / अ-स्पतालीकरण) नीचाँक दस्तावेज वांछित होएत

मृत्यु प्रमाण-पत्रक चिकित्सकीय कारण

उपचारकर्ता चिकित्सकक विवरण (फॉर्म "C" अंतिम उपचार करएबला चिकित्सक द्वारा भरल जएबाक चाही)

सभटा चिकित्सकीय रिकार्ड (रोग निदान, उपचार आ अस्पतालसँ छुट्टी / मृत्युक विवरण)- जँ लागू हो

डेथ क्लेम फॉर्म (फॉर्म- A)

मैक्स लाइफ पॉलिसी संख्या

क्लेम फॉर्म जमा कएल जा रहल अछि द्वारा: मैक्स लाइफ एजेंट मैक्स लाइफ कार्यालय बैंक शाखा आन

घोषणा: हम दावेदार सत्यनिष्ठासँ घोषणा करैत छी जे नीचाँक फॉर्ममे देल गेल सभटा जबाब आ बयानसँ हम सहमत छी, आ ईहो स्वीकार करैत छी जे ई फॉर्म, वा कोनो आन रूप, वा कोनो आन रूपमे पूरक फॉर्मक प्रस्तुति कम्पनी द्वारा स्वीकारोक्तिक प्रश्नमे जीवन वा अधिकारक रक्षाक छूटमे बीमा छल, नहि मानल जाएत।

खंड A: कृपया अपना संबंधमे विवरण दिअ (दावेदार) - [*चिह्न अनिवार्य क्षेत्र अछि]

*नाम: _____ *जन्मतिथि: *लिंग पु. म.

*जीवन बीमित मृतकक संग संबंध: पति/पत्नी बच्चा माता-पिता आन कृपया उल्लेख करू _____

*वर्तमान पत्राचारक पता: _____

राज्य: _____ पिन कोड:

*सम्पर्क सं.: ई-मेल आइडी: _____

पैन नं.: आधार नं.:

*बैंक खाता संख्या *बैंक शाखाक नाम आ पता _____

एमआईसीआरकोड: *आईएफएससीकोड:

खंड B: कृपया जीवन बीमित मृतकक संबंधमे विवरण दिअ - [*चिह्न अनिवार्य क्षेत्र अछि]

*नाम: _____ *मृत्युक उमिर: साल

*अंतिम पेशा: _____ अंतिम नियोक्ताक विवरण (जँ लागू हो) _____

*मृत्युक तिथि: *मृत्युक समय

*मृत्युक कारण: चिकित्सकीय दुर्घटना आत्महत्या हत्या

*बीमारी/दुर्घटनाक प्रकृति _____ *दुर्घटना/ रोग निदानक तिथि:

*मृत्यु जगह: अस्पताल / क्लिनिक घर कार्यालय आन (कृपया उल्लेख करू) _____

*बीमारी/दुर्घटनाक अवस्थामे वा पछिला 3 सालक अवधिमे जाहि डॉक्टर द्वारा ईलाज कएल गेल छल कृपया हुनक विवरण दिअ:

डॉक्टर/अस्पतालक नाम	सम्पर्क विवरण	पहिल उपचारक दिनांक	कएल गेल ईलाज

जँ मृतक बीमित व्यक्ति कोनो आन बीमा कम्पनी द्वारा बीमित रहथि, तँ कृपया तकर विवरण दिअ*:

कम्पनीक नाम	पॉलिसी नम्बर	पॉलिसीक राशि	पॉलिसीक निर्गत तिथि	दावाक स्थिति

डेथ क्लेम फॉर्म (फॉर्म- A)

C: जें अहाँ निम्नमे सँ कोनो योजनाक लाभ लेबए चाहैत छी तखने अहाँकेँ एहि खंडकेँ भरबाक आवश्यकता अछि: (विकल्प चुनबाक स्वीकार्यता दावाक पुष्टि नहि करैत अछि)

- | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------|--------------------------|------------------------------------|
| 1) मैक्स लाइफ गारंटी आय योजना: | <input type="checkbox"/> | एकमुस्त लाभ | <input type="checkbox"/> | नियमित मासिक आय |
| 2) मैक्स लाइफ गारंटी मासिक आय योजना: | <input type="checkbox"/> | एकमुस्त लाभ | <input type="checkbox"/> | नियमित मासिक आय |
| 3) मैक्स लाइफ सुपर टर्म योजना: | <input type="checkbox"/> | तत्काल भुगतान 100% | <input type="checkbox"/> | तत्काल भुगतान 50 % आ 50 % मासिक आय |
| 4) मैक्स लाइफ फोरएभर यंग पेंशन योजना: | <input type="checkbox"/> | एकमुस्त लाभ | <input type="checkbox"/> | नव वार्षिकी योजना |
| | | | <input type="checkbox"/> | नव पेंशन योजना |
| 5) मैक्स लाइफ फ्यूचर जीनियस एडुकेशन योजना: | <input type="checkbox"/> | एकमुस्त लाभ | <input type="checkbox"/> | नियमित मासिक आय |

D: टिप्पणी- कोनो आन सूचना जे अहाँ उल्लेख करए चाहैत छी:

भाषायी घोषणा (जें दावेदार भाषायी हस्ताक्षर वा औंठाक निशान लगने होथि): गवाहक घोषणा/गवाह द्वारा ई सत्यापित कएल जा रहल अछि जे एहि फॉर्ममे उल्लेखित सभटा तथ्यक संबंधमे दावेदारकेँ हुनकहि भाषामे समझा देल गेल अछि आ संतुष्ट भेलाक पश्चात् ओ अपन हस्ताक्षर/ औंठाक निशान लगौने छथि।

एनईएफटी घोषणा: हम बीमाकर्ताकेँ अधिकृत करैत छी जे ओ उपर्युक्त उल्लेखित हमर बैंक खातामे राशि प्रत्यक्ष/इलेक्ट्रॉनिक हस्तांतरण करथि। अपूर्ण वा गलत सूचनाक कारणेँ वा आन कोनो कारणेँ जें हमरा खातामे भुगतान नहि भेल वा विलम्ब भेल, तँ एहना स्थितिमे मैक्स लाइफ इनश्योरेंस कम्पनी कोनहुँ तरहेँ उत्तरदायी नहि होएत। जें प्रत्यक्ष जमा सफल नहि भए सकल तँ एहना स्थितिमे मैक्स लाइफ इनश्योरेंस कम्पनी कोनो वैकल्पिक भुगतानक व्यवस्था जेना डिमाण्ड ड्राफ्ट/चेक आदिक माध्यमे भुगतानक अधिकार सुरक्षित रखैत अछि। जमा धनक भुगतान केवल दावेदार द्वारा देल गेल खाता संख्या पर निर्भर करत आ नामक ब्यौराक उपयोग नहि कएल जाएत।

हस्ताक्षर / दावेदारक बामा औंठाक निशान

गवाह/घोषणाकर्ताक हस्ताक्षर

दावेदारक नाम

नाम आ पता

स्थान:

स्थान:

दिनांक:

दि दि मा मा सा सा सा

स्थान:

दिनांक:

दि दि मा मा सा सा सा

अस्वीकरण

- दस्तावेजक संग क्लेम फॉर्मक प्रस्तुति दायित्वक आश्वासन नहि दैत अछि
- जमा कएल गेल दस्तावेजक सत्यापन हेतु मैक्स लाइफ अतिरिक्त दस्तावेजक माँग करबाक अधिकार सुरक्षित रखैत अछि
- कोनो व्यक्ति जें जानि-बूझि कए कम्पनीसँ छल वा गुमराह करबाक मंशासँ झूठ वा भ्रामक जानकारी दैत अछि तँ ओ आपराधिक वा /नागरिक दंड संहिताक अनुसार दोषी भए सकैत अछि आ दंडक भागी सेहो। एहन व्यक्ति खिलाफ कम्पनी उचित कार्रवाई करबाक अधिकार सुरक्षित रखैत अछि।



ई-मेल

claims.support

@maxlifeinsurance.com



हेल्पलाइन

1800 200 5577

9 AM - 9 PM | सोम - शनि



मैक्स लाइफ इनश्योरेंस कम्पनी लि.

प्लॉट. 90A, सेक्टर 18,

गुरगाँव, 122015, हरियाणा

डेथ क्लेम फॉर्म (फॉर्म- A)

प्राधिकरण (दावेदार द्वारा हस्ताक्षरित)

अहाँक दावाक आलोकमे, विभिन्न प्राधिकरणसँ अतिरिक्त दस्तावेजक आवश्यकता भए सकैत अछि। एहि प्राधिकरणक माध्यमसँ अहाँ मैक्स लाइफ इनश्योरेंस कम्पनी लि./वा ओकर आन कोनो सक्षम पदाधिकारीकेँ आवश्यक दस्तावेज प्राप्त करवाक अधिकार देब।

सेवामे,

मैक्स लाइफ पॉलिसी नं.:

हम श्री/श्रीमती _____ (नाम), _____ (संबंधी) हम

श्री/श्रीमती _____ (बीमित व्यक्तिक नाम) एतद् द्वारा ई सहमति दैत छी जे मैक्स लाइफ इनश्योरेंस कम्पनी

लि./वा ओकर सक्षम पदाधिकारी रोजगारक/चिकित्सकीय/सरकारी/प्राइवेट अस्पताल/आन रिकार्ड वा दावा प्रक्रियाक हेतु आवश्यक सूचनाक मूल वा छाया प्रति प्राप्त कए सकैत छथि।

विश्वस्त,

हस्ताक्षर / दावेदारक वामा आँठाक निशान

दावेदारक नाम _____

स्थान: _____

दिनांक:

गवाह/घोषणाकर्ताक हस्ताक्षर

नाम आ पता _____

स्थान: _____

स्थान: _____

दिनांक:

केवल कार्यालय उपयोगक हेतु

दिनांक:

3.00 बजे अपराह्नक पहिने

3.00 बजे पूर्वाह्नक बाद

जी.ओ. ऑफिस व्यक्तिक नाम आ मोबाइल नं.: _____

टिकट

सम्पर्क विवरण _____

हस्ताक्षर: _____