

मृत्यु दावा फॉर्म (फॉर्म - A)

कृपया आपको हुई असामयिक हानि पर हमारी संवेदना स्वीकार करें। हम समझते हैं कि आपके लिए यह एक कठिन समय है और ज़रूरत की इस घड़ी में आपको पूर्ण सहायता देना हमारी जिम्मेदारी है। इस मृत्यु दावा आवेदन को आपको तेज़ी से और आसानी से दावा करने में सहायता के लिए डिज़ाइन किया गया है। कृपया इस फॉर्म को उचित दस्तावेजों के साथ विधिवत भर कर और हस्ताक्षर कर वापस लौटा दें और नीचे दिए निर्देशों का अनुसरण करें जिससे आपको दावे को तेज़ी से निपटाने में सहायता मिल सके।

महत्वपूर्ण जानकारी

- एक ही फॉर्म भर कर और सभी प्रयोज्य पॉलिसी संख्याएँ प्रदान कर एक से अधिक पॉलिसियों के तहत दावों का पंजीकरण किया जा सकता है।
- दावे का भुगतान घटना की तारीख को लागू पॉलिसी और पॉलिसी के सभी नियमों व शर्तों की पूर्ती के अधीन रहते किया जाएगा।
- यदि एक से ज्यादा दावेदार हों, तो प्रत्येक दावेदार के लिए अलग-अलग फॉर्म भरने की ज़रूरत होगी।
- इस फॉर्म के लिए निम्न में से किसी एक के लिए गवाही देने की ज़रूरत होगी (1) मैक्स लाइफ एजेंट (2) सेल्स मैनेजर/ एडीएम/मैक्स लाइफ के ऑफिस हेड (3) ब्लॉक डेवलपमेंट ऑफिसर (4) रबड़ स्टाम्प के साथ राष्ट्रीयकृत बैंक के बैंक मैनेजर (5) मैक्स लाइफ कंपनी का एक ऑफिसर जिसका ओहदा मैनेजर से नीचे का नहीं हो (6) गजेट ऑफिसर (7) सरकारी स्कूल के हेड मास्टर / प्रिंसिपल (8) मजिस्ट्रेट।
- कृपया घोषणाओं को ध्यान से पढ़ें और दावा फॉर्म पर उसी प्रकार से हस्ताक्षर करें जैसे कि आप सामान्य तौर पर अपने चेक पर हस्ताक्षर करेंगे। आपके हस्ताक्षर का उपयोग भविष्य में आपके द्वारा दिए जाने वाले अनुरोध की जांच के लिए किया जाएगा।

अपना फॉर्म किस प्रकार से पूरा किया जाए

दावा फॉर्म में सभी फील्ड दावेदार द्वारा बड़े अक्षरों में भरे जाने चाहिए।

अनुभाग A - इस अनुभाग में दावेदार के बारे में जानकारी लेने का प्रयास किया गया है:

- कृपया सुनिश्चित करें कि आपके वर्तमान पता और मोबाइल नंबर का उल्लेख किया गया हो, क्योंकि हम दावे से संबंधित सारा संचार केवल इस पते और मोबाइल नंबर पर करेंगे, कृपया अपना ईमेल आईडी प्रदान करें यदि आपके पास हो तो;
- कृपया अपने बैंक खाते की पूर्ण जानकारी का उल्लेख करें; और
- कृपया बैंक द्वारा अभिप्रमाणित एनईएफटी फॉर्म या रद्द चेक/बैंक खाते की पासबुक की कॉपी संलग्न करें जिससे हम पॉलिसी के नियम व शर्तों के अनुसार दावे के भुगतान के अधीन रहते हुए आपके खाते में दावा राशि सीधे स्थानांतरित कर सकें।

अनुभाग B - इस अनुभाग में बीमित व्यक्ति के बारे में जानकारी लेने का प्रयास किया गया है:

- कृपया बीमित व्यक्ति की मृत्यु के कारण, तारीख और समय का उल्लेख करें;
- कृपया उन सभी चिकित्सकों, अस्पतालों या अन्य चिकित्सा स्रोतों के नाम, पते और टेलीफोन नंबरों का उल्लेख करें जिन्होंने अंतिम बीमारी/दुर्घटना और अंतिम तीन (3) वर्षों के दौरान बीमित व्यक्ति का उपचार किया। यदि आवश्यक हो, तो कृपया अतिरिक्त शीट्स संलग्न करें; और
- कृपया मैक्स लाइफ इंश्योरेंस के अलावा बीमा कंपनियों के साथ बीमित व्यक्ति की सभी जीवन बीमा पॉलिसियों की जानकारी प्रदान करें।

अनुभाग C - इस अनुभाग को तभी भरने की आवश्यकता है यदि प्लान के तहत भिन्न मृत्यु लाभ के विकल्प प्रदान किए गए हों जैसा फॉर्म में बताया गया है।

अनुभाग D - इस अनुभाग का उपयोग तब किया जा सकता है, यदि आप कोई अतिरिक्त जानकारी प्रदान करना चाहते हैं जो इस दावा फॉर्म में शामिल नहीं की गयी हो।

आपको इस दावा फॉर्म के साथ निम्नलिखित दस्तावेज़ प्रदान करने की आवश्यकता है (कृपया जमा किए गए दस्तावेज़ों की जानकारी देने के लिए उचित बॉक्स पर सही का निशान लगाएं) - [* से चिह्नित दस्तावेज़ अनिवार्य हैं]

1) *स्थानीय अधिकारियों द्वारा जारी मृत्यु प्रमाणपत्र की मूल / अभिप्रमाणित कॉपी

2) *पॉलिसी का/के मूल दस्तावेज़

3) *आपके पहचान प्रमाणपत्र की अभिप्रमाणित कॉपी (नीचे में से कोई एक - जिसमें आपकी पूर्ण जन्मतिथि दी गयी हो)

पैन कार्ड

वोटर आईडी कार्ड

वैध पासपोर्ट

वैध ड्राइविंग लाइसेंस

आधार कार्ड

अन्य (कृपया निर्दिष्ट करें) _____

4) *बैंक विवरण (नीचे में से कोई एक)

दावेदार के मुद्रित नाम और खाता विवरण वाला रद्द चेक

बैंक की अभिप्रमाणित पासबुक कॉपी

बैंक द्वारा अभिप्रमाणित एनईएफटी फॉर्म

आत्महत्या / दुर्घटना के मामले में अतिरिक्त दस्तावेज़ - (एफआईआर और पोस्ट मोर्टेम रिपोर्ट अनिवार्य हैं)

*एफआईआर

पंचनामा

*पोस्ट मोर्टेम रिपोर्ट

समाचार पत्र की कटिंग (यदि कोई)

जांच रिपोर्ट

अंतिम पुलिस जांच रिपोर्ट

मृत्यु (अस्पताल में भर्ती / अस्पताल में गैर-भर्ती) के चिकित्सा कारण के मामले में नीचे बताए दस्तावेज़ अनिवार्य हैं

मृत्यु प्रमाणपत्र का चिकित्सा कारण

उपस्थित चिकित्सक का कथन (फॉर्म "सी" अंतिम उपस्थित चिकित्सक द्वारा भरा जाए)

सभी चिकित्सा रिकॉर्ड (निदान, उपचार और छुट्टी/मृत्यु सारांश) - यदि लागू

मृत्यु दावा फॉर्म (फॉर्म - A)

मैक्स लाइफ पॉलिसी नंबर

दावा फॉर्म जमा किया जाता है:

मैक्स लाइफ एजेंट

मैक्स लाइफ ऑफिस

बैंक शाखा

अन्य

घोषणा: मैं/हम दावेदार सत्यनिष्ठा से घोषणा करते हैं कि नीचे दिए उत्तर और कथन सभी प्रकार से सही हैं और आगे सहमती देते हैं कि कंपनी को इस फॉर्म, या कोई अन्य फॉर्म, या इसके सिवाय किसी अन्य अनुपूरक फॉर्म की प्रस्तुति कंपनी द्वारा स्वीकारोक्ति नहीं मानी जाएगी कि संबंधित व्यक्ति का कोई बीमा लागू था या किसी अधिकार या प्रतिवाद में छूट दी गयी।

अनुभाग A: कृपया अपने (दावेदार) बारे में हमें बताएं - [* से चिह्नित फील्ड अनिवार्य हैं]

*नाम _____ *जन्मतिथि दि दि म म सा सा सा सा

*लिंग पुरुष महिला

*मृतक बीमित व्यक्ति से संबंध: पति/पत्नी बच्चे माता-पिता अन्य कृपया बताएं _____

*पत्राचार का वर्तमान पता: _____

राज्य: _____ पिन कोड:

*कांटेक्ट नं: ईमेल आईडी: _____

पैन नं: आधार नं:

*बैंक खाता संख्या *बैंक शाखा का नाम व पता _____

एमआईसीआर कोड: *आईएफएससी कोड:

अनुभाग B: कृपया मृतक बीमित व्यक्ति के बारे में हमें बताएं - [* से चिह्नित फील्ड अनिवार्य हैं]

*नाम _____ *मृत्यु के समय आयु: वर्ष

*अंतिम पेशा: _____ अंतिम नियोक्ता का विवरण (यदि लागू) _____

*मृत्यु की तारीख: दि दि म म सा सा सा सा *मृत्यु का समय H H M M

*मृत्यु का कारण: चिकित्सीय दुर्घटना आत्महत्या हत्या

*बीमारी/दुर्घटना की प्रकृति _____ *निदान/दुर्घटना की तारीख: दि दि म म सा सा सा सा

*मृत्यु का स्थान: अस्पताल / क्लिनिक आवास ऑफिस अन्य (कृपया निर्दिष्ट करें) _____

*कृपया हमें उन चिकित्सकों का विवरण दें जिन्होंने बीमित व्यक्ति का उपचार उसकी अंतिम बीमारी/दुर्घटना और/या अंतिम 3 वर्षों के दौरान किया:

चिकित्सक / अस्पताल का नाम	संपर्क विवरण	पहले परामर्श की तारीख	प्राप्त उपचार

मृतक बीमित व्यक्ति द्वारा अन्य जीवन बीमा कंपनियों के साथ बीमा कराने की स्थिति में, कृपया विवरण प्रदान करें*:

कंपनी का नाम	पॉलिसी नंबर	पॉलिसी राशि	पॉलिसी जारी करने की तारीख	दावा स्थिति

मृत्यु दावा फॉर्म (फॉर्म - A)

C: यदि आप निम्नलिखित प्लान में से किसी के तहत लाभ का दावा करते हैं तो आपको केवल इस अनुभाग को पूरा करने की आवश्यकता है: (इस विकल्प को चुनने से दावे की स्वीकृति की पुष्टि नहीं होती।)

- | | | | | |
|--|--------------------------|-------------------|--------------------------|---|
| 1) मैक्स लाइफ गारंटीड इन्कम प्लान: | <input type="checkbox"/> | एक मुश्त लाभ | <input type="checkbox"/> | नियमित मासिक आय |
| 2) मैक्स लाइफ गारंटीड संथली इन्कम प्लान: | <input type="checkbox"/> | एक मुश्त लाभ | <input type="checkbox"/> | नियमित मासिक आय |
| 3) मैक्स लाइफ सुपर टर्म प्लान: | <input type="checkbox"/> | तुरंत 100% भुगतान | <input type="checkbox"/> | तुरंत 50% भुगतान और 50% मासिक आय के रूप में |
| 4) मैक्स लाइफ फॉरएवर यंग पेंशन प्लान: | <input type="checkbox"/> | एक मुश्त लाभ | <input type="checkbox"/> | नई वार्षिकी योजना |
| | <input type="checkbox"/> | नई वार्षिकी योजना | <input type="checkbox"/> | नई पेंशन योजना |
| 5) मैक्स लाइफ फ्यूचर जीनियस एजुकेशन प्लान: | <input type="checkbox"/> | एक मुश्त लाभ | <input type="checkbox"/> | नियमित मासिक आय |

D: नोट्स - कोई अतिरिक्त जानकारी जो आप देना चाहें:

मातृभाषा में घोषणा (यदि दावेदार मातृभाषा में हस्ताक्षर करता है या अंगूठे का निशान लगाता है): यह प्रमाणित करने के लिए गवाह / घोषक से घोषणा कि फॉर्म की सामग्री को मातृभाषा में दावेदार को समझाया गया था और यह कि इसे पूरी तरह से समझने के साथ ही अपने हस्ताक्षर किये हैं / अंगूठे का निशान लगाया है।

एनईएफटी घोषणा: मैं बीमा कंपनी को मेरे उक्त उल्लिखित बैंक खाते में धन के प्रत्यक्ष / इलेक्ट्रॉनिक हस्तांतरण का अधिकार देता/देती हूँ। मैक्स लाइफ इश्युरेंस कंपनी लिमिटेड को आपके बैंक खाते में राशि जमा नहीं किये जाने और इसके लिए कारण बताने/नहीं बताने के मामले में या यदि हस्तांतरण में देरी होती हो या अधूरी/गलत जानकारी के कारण से बिलकुल प्रभावी न होने के लिए जिम्मेदार नहीं ठहराया जाएगा। इसके आगे, मैक्स लाइफ इश्युरेंस कंपनी लिमिटेड प्रत्यक्ष क्रेडिट के संपूर्ण न होने पर भुगतान के किसी विकल्प का उपयोग करने का अधिकार आरक्षित रखती है जिसमें डिमांड ड्राफ्ट/ बराबर मूल्य पर देय चेक शामिल है। दावेदार द्वारा प्रदान दावेदार खाता संख्या की जानकारी के एकमात्र आधार पर ही क्रेडिट प्रभाव में आएगा और इसके साथ ही दावेदार के नाम के विवरण का उपयोग नहीं किया जाएगा।

दावेदार के हस्ताक्षर / बायें अंगूठे का निशान

दावेदार का नाम _____

स्थान: _____

तारीख:

दि	दि	म	म	सा	सा	सा	सा
----	----	---	---	----	----	----	----

गवाह / घोषक के हस्ताक्षर

नाम व पता _____

स्थान: _____

तारीख:

दि	दि	म	म	सा	सा	सा	सा
----	----	---	---	----	----	----	----

अस्वीकरण

- दस्तावेजों के साथ दावे का प्रस्तुतीकरण देयता की स्वीकृति का आश्वासन नहीं देता है।
- जमा किए गए दस्तावेजों के मूल्यांकन पर, मैक्स लाइफ अतिरिक्त दस्तावेजों की मांग का अधिकार आरक्षित रखती है।
- कोई भी व्यक्ति जो जानबूझ कर दावा दायर करता हो जिसमें झूठी या गुमराह करने वाली जानकारी शामिल हो, या जो धोखाधड़ी करने या कंपनी या अन्य व्यक्ति को गुमराह करने के इरादे से जानकारी को छुपाता हो, घोर अपराध का दोषी होगा या अन्य आपराधिक और/या सिविल दंड के अधीन होगा जैसा भी मामला लागू कानून(नों) के तहत बनता हो। कंपनी कथित व्यक्ति के विरुद्ध उचित कार्यवाही करने का अधिकार आरक्षित रखती है।



ईमेल

claims.support

@maxlifeinsurance.com



हेल्पलाइन

1800 200 5577

सुबह 9 - रात 9 | सोम - शनि



मैक्स लाइफ इश्युरेंस कंपनी लिमिटेड

प्लॉट नं. 90ए, सेक्टर 18,

गुडगांव, हरियाणा 122015

मृत्यु दावा फॉर्म (फॉर्म - A)

अधिकार-पत्र (दावेदार द्वारा हस्ताक्षर किया जाए)

अपने दावे पर कार्यवाही करने के लिए, विभिन्न अधिकारियों से अतिरिक्त दस्तावेजों की आवश्यकता हो सकती है। इस अधिकार-पत्र पर हस्ताक्षर कर, आप मैक्स लाइफ इंश्योरेंस कंपनी लिमिटेड और/ या उसके प्रतिनिधियों को आपकी और से दस्तावेज प्राप्त करने का अधिकार देते हैं।

सेवा में,

मैक्स लाइफ पॉलिसी नंबर:

में, श्री/सुश्री _____ (नाम), श्री सुश्री (बीमित व्यक्ति का नाम) _____

का/की _____ (संबंध) एतद द्वारा मैक्स लाइफ इंश्योरेंस कंपनी लिमिटेड, और/या इसके प्रतिनिधियों को रोजगार /

चिकित्सा / सरकारी / प्राइवेट अस्पताल के रिकॉर्ड / अन्य रिकॉर्ड / जानकारी की मूल या फोटोकॉपी प्राप्त करने की अपनी सहमती देता/देती हूँ जो दावे पर कार्यवाही करने के लिए अनिवार्य है

भवदीय,

दावेदार के हस्ताक्षर / बायें अंगूठे का निशान

गवाह /घोषक के हस्ताक्षर

दावेदार का नाम _____

नाम व पता _____

स्थान: _____

स्थान: _____

तारीख: दि दि म म सा सा सा सा

स्थान: _____

तारीख: दि दि म म सा सा सा सा

केवल शाखा ऑफिस द्वारा उपयोग के लिए

तारीख: दि दि म म सा सा सा सा

दोपहर 3 बजे से पहले

दोपहर 3 बजे के बाद

जीओ ऑप्स व्यक्ति का नाम व मोबाइल नंबर: _____

स्टाम्प

संपर्क विवरण _____

हस्ताक्षर: _____