

डेथ क्लेम फॉर्म (फॉर्म - A)

तुमच्या अकाली हानीवर आमच्या सांत्वनाचा कृपया स्विकार करा. आम्ही समजू शकतो की ही वेळ तुमच्यासाठी खूप कठीण आहे आणि या गरजेच्या काळात तुम्हाला सर्वोत्तम सहाय्य प्रदान करण्याची आमची जबाबदारी आहे. तुमचा दावा लवकर आणि सहजगत्या दाखल करण्यात तुम्हाला मदत करण्यासाठी हा डेथ क्लेम ऑप्लिकेशन फॉर्म डिझाईन केला आहे. कृपया हा फॉर्म योग्य रितीने भरून आणि सही करून योग्य दस्तावेजांसमवेत आम्हाला द्या आणि तुमच्या दाव्याचा निपटारा अधिक जलद करण्यास आम्हाला मदत करण्यासाठी खालील सूचनांचे पालन करा.

महत्वपूर्ण माहिती

- एक फॉर्म भरण्याद्वारे आणि सर्व लागू पॉलिसीचे नंबर देण्याद्वारे एकापेक्षा जास्त पॉलिसींच्या अंतर्गत करण्यात येणारे दावे नोंदणीकृत केले जाऊ शकतात.
- घटनेच्या दिनांकावर पॉलिसी चालू असलेल्या आणि पॉलिसीच्या सर्व नियम व अटीच्या पूर्ततेच्या आधीन दावा देय आहे.
- जर एकापेक्षा जास्त दावेकरी असतील, तर प्रत्येक दावेकरीसाठी वेगळा फॉर्म भरण्याची गरज आहे.
- हा फॉर्म पुढीलपैकी कोणत्याही व्यक्तीद्वारे साक्षीदार केला जाण्याची गरज आहे (1) मॅक्स लाईफ एजंट (2) सेल्स मॅनेजर/एडीएम/मॅक्स लाईफ चे ऑफीस प्रमुख (3) गट विकास अधिकारी (4) रबरी शिक्क्यासोबत राष्ट्रियकृत बँकेचा बँक व्यवस्थापक (5) व्यवस्थापकाच्या दर्जाच्या खाली नसलेला मॅक्स लाईफ कंपनीचा एक अधिकारी (6) राजपत्रित अधिकारी (7) हेडमास्तर/सरकारी शाळेचे मुख्याध्यापक (8) दंडाधिकारी.
- कृपया घोषणा काळजीपूर्वक वाचा आणि दाव्याच्या फॉर्मवर तुम्ही सामान्यतः चेक वर करता तथा पद्धतीने सही करा. तुम्ही भविष्यात आम्हाला दिलेल्या विनंत्यांना सत्यापित करण्यासाठी तुमच्या सहीचा वापर केला जाईल.

तुमचा फॉर्म पूर्ण कसा भरायचा

दाव्याच्या फॉर्ममधील सर्व भरावयाच्या जागा दावेकऱ्याद्वारे ब्लॉक लेटर(ठळक अक्षरात) मध्ये भरायला पाहिजे.

विभाग A - हा विभाग दावेकऱ्याबाबत माहिती मागतो :

- तुमचा वर्तमान पत्ता आणि मोबाईल क्रमांकाचा उल्लेख केला असल्याची कृपया खात्री करा, कारण आम्ही दाव्यांचे सर्व पत्रव्यवहार आणि संपर्क केवळ या पत्त्यांवर आणि मोबाईल क्रमांकावर करू, कृपया तुमचा ई-मेल आयडी असेल तर तो सुद्धा द्या;
- कृपया तुमचा बँक खात्याचा संपूर्ण तपशील द्या; आणि
- पॉलिसीच्या नियम व अटीच्या आधीन देय असलेल्या दाव्याची रक्कम तुमच्या खात्यात थेट स्थानांतरीत करण्यास आम्हाला सक्षम करण्यासाठी कृपया बँक द्वारे साक्षात्कृत एनइएफटी फॉर्म किंवा रद्द केलेल्या चेक/बँक खाते पासबुक ची एक प्रत जोडा.

विभाग B - हा विभाग विमाकृत व्यक्तीबाबत माहिती मागतो:

- कृपया विमाकृत व्यक्तीच्या मृत्यूचे कारण, दिनांक आणि वेळ नमूद करा;
- कृपया विमाकृत व्यक्तीचा अंतिम आजार/अपघाताच्या दरम्यान आणि गेल्या तीन(3) वर्षांपेक्षा जास्त काळापासून उपचार करणाऱ्या सर्व डॉक्टरांचे, इस्पितळांचे किंवा इतर वैद्यकिय स्रोतांचे नाव, पत्ता, आणि दूरध्वनी क्रमांक नमूद करा. आवश्यकता असल्यास, कृपया अतिरिक्त कागदपत्रे जोडा; आणि
- कृपया विमाकृत व्यक्तीच्या मॅक्स लाईफ इंशुरंस शिवाय इतर विमा कंपनीच्या सर्व जीवन विमा पॉलिसींचे तपशील प्रदान करा.

विभाग C - जर फॉर्ममध्ये नमूद केल्याप्रमाणे वेगळे मृत्यु लाभ पर्याय प्लॅनच्या अंतर्गत दिलेले असतील तरच केवळ हा विभाग भरण्याची आवश्यकता आहे.

विभाग D - दाव्याच्या फॉर्ममध्ये समावेश नसलेली कोणतीही अतिरिक्त माहिती तुम्हाला द्यायची असल्यास, या विभागाचा वापर केला जाऊ शकतो.

तुम्हाला या दाव्याच्या फॉर्म सोबत पुढील दस्तऐवज सादर करणे आवश्यक आहे (कृपया सादर केलेल्या दस्तऐवजांना दर्शविण्यासाठी योग्य रकमांवर खूण करा) – [* ने चिन्हांकित कागदपत्रे अनिवार्य कादपत्रे आहेत]

- 1) *स्थानिक अधिकारीद्वारे जारी केलेल्या मृत्युच्या प्रमाणपत्राची मुळ/साक्षात्कृत प्रत
- 2) *मुळ पॉलिसी दस्तऐवज
- 3) *तुमच्या ओळखपत्राची साक्षात्कृत प्रत (खालीलपैकी कोणतेही एक- तुमची संपूर्ण जन्मतारीख निर्दिष्ट करणारे)

पॅन कार्ड

मतदार ओळखपत्र

वैध पासपोर्ट

वैध वाहन चालविण्याचा परवाना

आधार कार्ड

इतर (कृपया निर्दिष्ट करा) _____

4) *बँक तपशील (खालीलपैकी कोणतेही एक)

दावेकऱ्याचे मुद्रित नाव आणि खाते तपशीलासोबत रद्द केलेला चेक

बँकेची साक्षात्कृत पासबुक प्रत

बँकेद्वारे साक्षात्कृत एनइएफटी फॉर्म

आत्महत्या/अपघाताच्या मामल्यात अतिरिक्त दस्तऐवज - (एफआयआर आणि पोस्ट मॉर्टम रिपोर्ट अनिवार्य आहे)

*एफआयआर

पंचनामा

*पोस्ट मॉर्टम रिपोर्ट

वर्तमानपत्राचे कात्रण (जर काही असेल)

मृत्युच्या कारणांची अधिकृत चौकशी अहवाल

अंतिम पोलिस तपास अहवाल

मृत्यूचे कारण वैद्यकिय असल्याच्या मामल्यात (इस्पितळात भरती/ इस्पितळ भरती नाही) खालील दस्तऐवजांची आवश्यकता आहे

मृत्यूच्या कारणाचे वैद्यकिय प्रमाणपत्र

उपस्थित चिकित्सकाचे विधान (फॉर्म "C" अंतिम उपस्थित डॉक्टराद्वारे भरावयाचा आहे)

सर्व वैद्यकिय अहवाल (निदान, उपचार आणि डिस्चार्ज/मृत्यु सारांश) – लागू असल्यास

डेथ क्लेम फॉर्म (फॉर्म- A)

मॅक्स लाईफ पॉलिसी क्रमांक

दाव्याचा फॉर्म यांच्या मार्फत सादर केला आहे: मॅक्स लाईफ एजंट मॅक्स लाईफ ऑफीस बँक शाखा इतर

घोषणा: मी/आम्ही दावेकरी(री) स्वतःहून जाहीर करतो की खालील उत्तरे आणि विधाने सर्व प्रकारे सत्य आहेत आणि आणखी असे मान्य करतो की कंपनीला हा फॉर्म, किंवा इतर कुठलाही फॉर्म, किंवा इथे जोडलेला इतर कुठलाही फॉर्म सादर करून मृत व्यक्तीचा कोणताही जीवन विमा चालू होता असे कंपनीद्वारे मान्य केल्याचे मानले जाणार नाही किंवा कंपनीच्या कुठल्याही अधिकार किंवा संरक्षणाचे विसर्जन होणार नाही.

विभाग A: कृपया आम्हाला तुमच्याबाबत सांगा (दावेकरी) - [* ने चिन्हांकित अनिवार्य क्षेत्रे आहे]

*नाव: _____ *जन्मतारीख: *लिंग पुरुष स्त्री

*मृत विमाकृत व्यक्तीसोबतचे नाते: जोडीदार अपत्य आईवडील इतर कृपया निर्दिष्ट करा _____

*वर्तमान पत्रव्यवहाराचा पत्ता: _____

राज्य: _____ पिनकोड:

*संपर्क क्रमांक: ई-मेल आयडी: _____

पॅन नंबर: आधार नंबर:

*बँक खाते क्रमांक *बँक शाखा नाव आणि पत्ता _____

एमआयसीआर कोड: *आयएफएससी कोड:

विभाग B : कृपया आम्हाला मृत विमाकृत बाबत सांगा - [* ने चिन्हांकित अनिवार्य क्षेत्रे आहे]

*नाव: _____ * मृत्यूच्या वेळचे वय: वर्षे

*अंतिम व्यवसाय: _____ अंतिम नियोक्ताचे तपशील(लागू असल्यास) _____

*मृत्यूची तारीख: *मृत्यूची वेळ

*मृत्यूचे कारण: वैद्यकीय अपघात आत्महत्या हत्या

*आजारपण/अपघाताचे स्वरूप _____ *निदान/अपघाताची तारीख:

*मृत्यूचे स्थान: इस्पितळ/ क्लिनिक घर ऑफिस इतर (कृपया निर्दिष्ट करा) _____

*कृपया मागिल 3 वर्षांदरम्यान किंवा त्याच्या/तिच्या अंतिम आजारपण/अपघाताच्या दरम्यान विमाकृत व्यक्तीवर उपचार केलेल्या डॉक्टरांचे तपशील आम्हाला द्या.:

डॉक्टर/इस्पितळाचे नाव	संपर्क तपशील	पहिल्या सल्लामसलतीची तारीख	घेतलेले उपचार

मृत विमाकृत व्यक्तीचा इतर जीवन विमा कंपनीसोबत विमा उतरविला असल्याच्या मामल्यात, कृपया तपशील प्रदान करा*:

कंपनीचे नाव	पॉलिसी क्रमांक	पॉलिसी रक्कम	पॉलिसी जारी झाल्याची तारीख	दाव्यांची स्थिती

डेथ क्लेम फॉर्म (फॉर्म- A)

C: जर तुम्ही खालीलपैकी कोणत्याही प्लॅनच्या अंतर्गत लाभांचा दावा करत आहात तरच तुम्हाला हा विभाग पूर्ण करण्याची आवश्यकता आहे: (पर्याय निवडणे दावा स्विकारल्याचे मान्य करत नाही)

- | | | | | |
|--|--------------------------|---------------------|--------------------------|--|
| 1) मॅक्स लाईफ गॅरंटीड इन्कम प्लॅन: | <input type="checkbox"/> | एकरकमी लाभ | <input type="checkbox"/> | नियमित मासिक उत्पन्न |
| 2) मॅक्स लाईफ गॅरंटीड मंथली इन्कम प्लॅन : | <input type="checkbox"/> | एकरकमी लाभ | <input type="checkbox"/> | नियमित मासिक उत्पन्न |
| 3) मॅक्स लाईफ सुपर टर्म प्लॅन: | <input type="checkbox"/> | तत्काळ 100 % पेमेंट | <input type="checkbox"/> | तत्काळ 50 % पेमेंट आणि 50 % मासिक उत्पन्न म्हणून |
| 4) मॅक्स लाईफ फॉरएव्हर यंग पेंशन प्लॅन: | <input type="checkbox"/> | एकरकमी लाभ | <input type="checkbox"/> | नवीन पेंशन प्लॅन |
| | <input type="checkbox"/> | नवीन ऍन्युइटी प्लॅन | <input type="checkbox"/> | नवीन पेंशन प्लॅन |
| 5) मॅक्स लाईफ फ्युचर जिनियस एज्युकेशन प्लॅन: | <input type="checkbox"/> | एकरकमी लाभ | <input type="checkbox"/> | नियमित मासिक उत्पन्न |

D: टिपा – तुम्हाला नमूद करावयाची इच्छा असलेली कोणतीही अतिरिक्त माहिती :

स्थानिक भाषेतील घोषणापत्र (जर दावेकरी स्थानिक भाषेत सही करतो किंवा अंगठ्याचा ठसा लावतो) : साक्षीदार/घोषक द्वारे घोषणापत्र हे प्रमाणित करण्यासाठी की या फॉर्मचा आशय दावेकरीस त्याच्या स्थानिक भाषेत स्पष्ट करून सांगितला गेला होता आणि त्याने/तिने समान आशय पूर्णपणे समजून घेतल्यानंतर त्याची/तिची सही केली /अंगठ्याचा ठसा लावला आहे.

एनइएफटी घोषणापत्र: मी विमा कंपनीस वर उल्लेखित माझ्या बँक खात्यात थेट/इलेक्ट्रॉनिक स्थानंतर करण्यासाठी अधिकृत करतो. माझ्या बँक खात्यात कोणत्याही कारणांसोबत/कोणतेही कारण न देता पैसे जमा न होण्याच्या मामल्यात किंवा अपुऱ्या/चुकीच्या माहितीच्या कारणामुळे ट्रान्झॅक्शन होण्यास उशीर झाला किंवा अजिबात ट्रान्झॅक्शन झाले नाही तर मॅक्स लाईफ इश्योरंस कंपनीस त्यासाठी जबाबदर धरले जाणार नाही. तसेच, थेट पैसे जमा करण्याची अंमलबजावणी केली जाऊ शकत नसेल तर मॅक्स लाईफ इश्योरंस कंपनी लिमिटेड, डिमांड ड्राफ्ट/पेएबल ऍंट पार चेक समवेत कोणताही पर्यायी पेआउट पर्याय वापरण्याचा अधिकार राखून ठेवते. दावेकऱ्याद्वारे प्रदान केलेल्या खाते क्रमांक माहितीवर पूर्णपणे आधारित राहून रक्कम जमा केली जाईल आणि दावेकऱ्याच्या नावाचा तिथे वापर केला जाणार नाही.

दावेकऱ्याची सही/डाव्या अंगठ्याचा ठसा

दावेकऱ्याचे नाव

स्थान:

दिनांक:

दि	दि	म	म	व	व	व	व
----	----	---	---	---	---	---	---

साक्षीदार/घोषकाची सही

नाव आणि पत्ता

स्थान:

दिनांक:

दि	दि	म	म	व	व	व	व
----	----	---	---	---	---	---	---

अस्वीकरण

- दस्तऐवजांसोबत दाव्याचा फॉर्म सादर करणे दायित्व मान्य केल्याची शास्वती देत नाही.
- सादर केलेल्या दस्तऐवजांचे मूल्यांकन केल्यावर, मॅक्स लाईफ चे अतिरिक्त दस्तऐवज मागविण्याचे हक्क राखलेले आहेत.
- कोणतीही व्यक्ती जी जाणूनबुजून खोटी किंवा चुकीची माहिती असलेला दावा करते, किंवा जी इतर व्यक्ती किंवा कंपनीला लुबाडणे किंवा दिशाभूल करण्याच्या उद्देशाने माहिती लपवते, ती लागू कायद्या(द्यांच्या) अंतर्गत इतर फौजदारी आणि/किंवा दिवाणी दंडाच्या आधीन गंभीर गुन्ह्याची अपराधी असू शकते. कंपनी अशा व्यक्तींवर योग्य कारवाई करण्याचे अधिकार राखून ठेवते.



ई-मेल

claims.support

@maxlifeinsurance.com



हेल्पलाईन

1800 200 5577

सकाळी 9 - रात्री 9 | सोम - शनी



मॅक्स लाईफ इश्योरंस कंपनी लिमिटेड

प्लॉट नंबर. 90A, सेक्टर 18,

गुडगाव, 122015, हरियाणा

डेथ क्लेम फॉर्म (फॉर्म- A)

मुख्त्यारी (दावेकरी द्वारे सही केली जाईल)

तुमचा दावा प्रक्रियित करण्यासाठी, वेगवेगळ्या अधिकारींकडून अतिरिक्त दस्ताऐवजांची आवश्यकता पडू शकते. या मुख्त्यारीवर सही करण्याद्वारे, तुम्ही मॅक्स लाईफ इन्शुरंस कंपनी लिमिटेड आणि/किंवा त्याच्या प्रतिनिधींना तुमच्या वतीने आवश्यक दस्ताऐवज प्राप्त करण्याचा अधिकार देता.

प्रति,

मॅक्स लाईफ पॉलिसी क्रमांक :

मी, श्री./ श्रीमती. _____ (नाव), श्री. श्रीमती. _____ (विमाकृत

व्यक्तीचे नाव) चा/ची _____ (नाते), मॅक्स लाईफ इन्शुरंस कंपनी लिमिटेड आणि/किंवा त्याच्या प्रतिनिधीला दावा

प्रक्रियित करण्यासाठी आवश्यक असलेली रोजगार/वैद्यकीय/सरकारी/खाजगी इस्पितळाचे रेकॉर्ड/इतर रेकॉर्ड/माहितीची मुळ प्रत किंवा छायाप्रती प्राप्त करण्यासाठी याद्वारे माझी मंजूरी देत आहे

आपला विश्वासू,

सही/ दावेकऱ्याच्या डाव्या अंगठ्याचा ठसा

दावेकरी चे नाव _____

स्थान: _____

दिनांक: दि दि म म व व व व

साक्षीदार/घोषणाकर्ता ची सही

नाव आणि पत्ता _____

स्थान: _____

स्थान : _____

दिनांक: दि दि म म व व व व

_____ केवळ शाखा कार्यालय वापरासाठी _____

दिनांक: दि दि म म व व व व

दुपारी 3.00 पूर्वी

दुपारी 3.00 नंतर

जीओ ओपीएस व्यक्तीचे नाव आणि मोबाईल क्रमांक : _____

शिक्रा

संपर्क तपशील _____

सही: _____