

మరణ క్లెయిమ్ ఫారం (ఫారం-A)

మీకు కలిగిన ఆకస్మిక కష్టానికి మా సంతాపాన్ని తెలియచేస్తున్నాము. ఇది మీకు ఎంతో క్లిష్టమైన సమయమని మాకు తెలుసు ఇంకా మీకు అవసరమైన ఈ సమయంలో మీకు ఉత్తమమైన సహాయాన్ని అందించడం మా బాధ్యత. మీ క్లెయిమ్ను త్వరగా మరియు సులభంగా పైల్ చేయుటకుగాను ఈ డెత్ క్లెయిమ్ అప్లికేషన్ ఫారం రూపొందించబడింది. దయచేసి ఈ పత్రాన్ని పూర్తిచేసి, సంతకం చేసి తగిన పత్రాలతో పాటుగా తిరిగి ఇవ్వండి మరియు మీ క్లెయిమ్ త్వరగా పరిష్కరించడంలో మాకు సహాయపడుటకు క్రింది సూచనలను అనుసరించండి.

ముఖ్యమైన సమాచారం

- అనేక పాలసీల క్రింద క్లెయిమ్ల కొరకు వర్తించే అన్ని పాలసీ నంబర్లను ఇచ్చి & ఒకే ఫారంను పూర్తి చేయడం ద్వారా నమోదు చేయవచ్చు.
- సంఘటన జరిగిన తేదీని పాలసీ అమలులో ఉండుట మరియు పాలసీ యొక్క అన్ని షరతులు మరియు నిబంధనలకు లోబడి క్లెయిమ్ చెల్లించబడుతుంది.
- ఒకరి కంటే ఎక్కువ మంది క్లెయిమ్ దారులు ఉంటే, ప్రతి క్లెయిమ్ దారుని కొరకు ప్రత్యేక ఫారంను పూర్తి చేయవలసి ఉంటుంది.

ఈ ఫారంకు క్రింద వారిలో ఎవరైనా సాక్షులుగా ఉండుట అవసరం. (1) మ్యూక్స్ లైఫ్ ఏజెంట్ (2) మ్యూక్స్ లైఫ్ యొక్క సెల్ఫ్ మేనేజర్/ఎడిఎమ్/కార్యాలయ అధిపతి (3) బ్లాక్ డెవలప్ మెంట్ ఆఫీసర్ (4) జాతీయ బ్యాంక్ యొక్క బ్యాంక్ మేనేజర్, రబ్బర్ స్టాంపుతో (5) మేనేజర్ ఫ్లోయిడ్ తక్కువ కాకుండా మ్యూక్స్ లైఫ్ కంపెనీ యొక్క అధికారి (6) గెజిటెడ్ అధికారి (7) ప్రభుత్వ పాఠశాల యొక్క ప్రధానోపాధ్యాయుడు/ ప్రిన్సిపాల్ (8) మేజిస్ట్రేట్.

- దయచేసి ప్రకటనలను జాగ్రత్తగా చదివి, మీరు సాధారణంగా చెక్కులపై సంతకం చేసే పద్ధతిలో సంతకం చేయండి. మీరు భవిష్యత్తులో చేసే అభ్యర్థనల కొరకు మీ సంతకం పరిశీలించబడుతుంది.

మీ ఫారంను ఎలా పూర్తిచేయాలి

ఈ క్లెయిమ్ ఫారంలోని అన్ని ఫీల్డులను క్లెయిమ్మెంట్ పెద్ద అక్షరాలతో పూర్తిచేయాలి.

సెక్షన్ A – ఈ సెక్షన్ క్లెయిమ్మెంట్ గురించి సమాచారాన్ని అడుగుతుంది:

- దయచేసి మీ ప్రస్తుత చిరునామా మరియు మొబైల్ నెంబర్ ఇచ్చానని నిర్ధారించుకోండి, క్లెయిమ్కు సంబంధించిన సమాచారం మొత్తాన్ని మేము ఈ చిరునామా మరియు మొబైల్ నెంబర్తోనే చేస్తాము, మీకు ఈ మెయిల్ ఐడి ఉంటే, దయచేసి దానిని ఇవ్వండి;
- దయచేసి బ్యాంకు ఖాతా యొక్క పూర్తి వివరాలను ఇవ్వండి; మరియు
- మీ పాలసీ యొక్క షరతులు మరియు నిబంధనల ప్రకారం క్లెయిమ్ చెల్లింపుకు లోబడి మీ క్లెయిమ్ మొత్తాన్ని నేరుగా మీ ఖాతాకు బదిలీ చేయుటకు గాను దయచేసి బ్యాంకు ధృవీకరించిన ఒక ఎన్ఇఎఫ్ఐటి ఫారం లేదా రద్దు చేసిన చెక్కు/బ్యాంక్ పాస్ బుక్కు యొక్క కాపీని జతచేయండి.

సెక్షన్ B – ఈ సెక్షన్ బీమా చేయబడిన వ్యక్తి యొక్క సమాచారాన్ని అడుగుతుంది:

- దయచేసి బీమా చేయబడిన వ్యక్తి యొక్క మరణానికి కారణం, తేదీ మరియు సమయాన్ని తెలియచేయండి;
- చివరి సారి జబ్బుపడినప్పుడు/ప్రమాదం జరిగినప్పుడు మరియు గత (3) సంవత్సరాలలో బీమా చేయబడిన వ్యక్తికి చికిత్స చేసిన అందరు డాక్టర్ల మరియు ఆసుపత్రుల పేర్లు, చిరునామాలు మరియు ఫోన్ నెంబర్లను దయచేసి ఇవ్వండి అవసరమైతే, దయచేసి అదనపు కాగితాలను జతచేయండి; మరియు
- మ్యూక్స్ లైఫ్ ఇన్సూరెన్స్ కంపెనీ కాక ఇతర బీమా సంస్థలతో బీమా చేయబడిన వ్యక్తికి ఉన్న అన్ని జీవిత బీమా పాలసీల వివరాలను దయచేసి ఇవ్వండి.

సెక్షన్ C – ఈ ఫారంలో ఇవ్వబడిన ప్రకారం ప్లాన్ క్రింద విభిన్న మరణ ప్రయోజనం ఎంపికలు ఇవ్వబడినప్పుడు మాత్రమే ఈ సెక్షన్ పూర్తి చేయాలి.

సెక్షన్ D – ఈ క్లెయిమ్ ఫారంలో ఇవ్వబడిన ఏదైనా అదనపు సమాచారాన్ని మీరు ఇవ్వాలనుకుంటే ఈ సెక్షన్ ఉపయోగించవచ్చు.

ఈ క్లెయిమ్ ఫారంలో పాటుగా మీరు క్రింద ఇవ్వబడిన పత్రాలను సమర్పించవలసి ఉంటుంది (మీరు సమర్పించిన పత్రాలను సూచించడానికి దయచేసి తగిన పెట్టికలను టీక్ చేయండి) – [*తో గుర్తించబడినవి తప్పనిసరి పత్రాలు]

1) *స్థానిక అధికారులచే జారీచేయబడిన ఒరిజినల్/ ధృవీకరించబడిన డెత్ సర్టిఫికేట్ యొక్క కాపీ

2) *ఒరిజినల్ పాలసీ పత్రము(లు)

3) *మీ గుర్తింపు నిర్ధారణ కొరకు ధృవీకరించబడిన కాపీ (క్రింది వాటిలో ఏదైనా ఒకటి-మీ పుట్టిన తేదీని పూర్తిగా సూచించేది)

పిఎఎస్ కార్డ్

ఓటరు గుర్తింపు కార్డ్

చెల్లుబాటులో ఉన్న పాస్పోర్ట్

చెల్లుబాటులో ఉన్న డ్రైవింగ్ లైసెన్స్

ఆధార్ కార్డ్

ఇతరములు (దయచేసి నిర్ధారించండి) _____

4) *బ్యాంకు వివరాలు (క్రింది వాటిలో ఏదైనా ఒకటి)

క్లెయిమ్మెంట్ యొక్క ముద్రిత పేరు మరియు ఖాతా వివరాలు కలిగిన రద్దుచేసిన చెక్కు

బ్యాంకు పాస్ బుక్కు యొక్క ధృవీకరించబడిన కాపీ

బ్యాంకుచే ధృవీకరించబడిన ఎన్ఇఎఫ్ఐటి పత్రం

ఆత్మహత్య /ప్రమాద సందర్భాలలో అదనపు పత్రాలు - (ఎఫ్ఐఆర్ మరియు పోస్ట్ మార్టమ్ నివేదిక తప్పనిసరి)

*ఎఫ్ఐఆర్

పంచనామా

*పోస్ట్ మార్టమ్ నివేదిక

వార్తాపత్రిక కటింగ్ (ఏదైనా ఉంటే)

విచారణ నివేదిక

పోలీస్ విచారణ యొక్క తుది నివేదిక

వైద్యపరమైన కారణం అయినప్పుడు క్రింది పత్రాలు అవసరం (ఆసుపత్రిలో చేరినప్పుడు /ఆసుపత్రిలో చేరనప్పుడు)

డెత్ సర్టిఫికేట్ యొక్క వైద్యపరమైన కారణం

హాజరైన వైద్యుని యొక్క ప్రకటన (చివరగా హాజరైన డాక్టరు ఫారం "సి" ని పూర్తిచేయాలి)

వైద్యపరమైన అన్ని రికార్డులు (నిర్ధారణ, చికిత్స మరియు డిశ్చార్జ్/మరణ సంగ్రహం) – వర్తించినట్లయితే.

మరణ క్లెయిమ్ ఫారం (ఫారం-A)

మ్యూక్స్ లైఫ్ పాలీసీ సంఖ్య (లు)

క్లెయిమ్ దీని ద్వారా సమర్పించబడింది: మ్యూక్స్ లైఫ్ ఏజెంట్ మ్యూక్స్ లైఫ్ ఆఫీస్ బ్రాంచ్ ఆఫీస్ ఇతరములు

ప్రకటన: క్లెయిమ్ అయిన నేను/ మేము క్రింద ఇవ్వబడిన సమాచారాలు మరియు ప్రకటనలు అన్ని విధాలుగాను వాస్తవమైనవి ఇందుమూలంగా రూడిగా ప్రకటిస్తున్నాము మరియు ఈ పత్రము లేదా ఏదైనా ఇతర పత్రాన్ని లేదా దానికి ఏదైనా అనుబంధ పత్రాన్ని కంపెనీ స్వీకరించుట వివాదాస్పద జీవితంపై ఏదైనా బీమా అమలు లేదా ఏదైనా హక్కులు లేదా రక్షణను కోల్పోవడం కాదని కూడా అంగీకరించడమైనది.

సెక్షన్ A: దయచేసి మీ గురించి మాకు చెప్పండి (క్లెయిమ్) - [*తో గుర్తించబడినవి తప్పనిసరి ఫీల్డ్లు]

*పేరు: _____ *పుట్టిన తేదీ: *లింగం పు స్త్రీ

*మరణించిన బీమా చేయబడిన వ్యక్తితో సంబంధం: దాంపత్య భాగస్వామి పిల్లలు తల్లిదండ్రులు ఇతరములు దయచేసి నిర్ధారించండి _____

*ఉత్తర ప్రత్యుత్తరాల కొరకు ప్రస్తుత చిరునామా: _____

_____ రాష్ట్రం: _____ పిన్ కోడ్:

*సంప్రదించు నెంబర్: ఈ మెయిల్ ఐడి: _____

పిఎస్ నెంబర్: ఆడార్ నెంబర్:

*బ్యాంకు ఖాతా నెంబర్ *బ్యాంకు బ్రాంచి పేరు & చిరునామా _____

_____ ఎమ్ఐఎస్ కోడ్: *ఐఎఫ్ఎస్ఐ కోడ్:

సెక్షన్ B : మరణించిన బీమా చేయబడిన వ్యక్తి గురించి దయచేసి మాకు చెప్పండి- [*తో గుర్తించినవి తప్పనిసరి ఫీల్డ్లు]

*పేరు: _____ * మరణించినప్పుడు వయస్సు: సంవత్సరాలు

*చివరి వృత్తి: _____ చివరి యజమాని వివరాలు(వర్గీకృత)

*మరణించిన తేదీ: *మరణించిన సమయం

*మరణం యొక్క కారణం: వైద్యపరమైనది ప్రమాదం ఆత్మహత్య హత్య

*జబ్బు/ప్రమాదం యొక్క స్వభావం _____ *రోగనిర్ధారణ/ప్రమాదం యొక్క తేదీ:

*మరణం యొక్క ప్రదేశం: ఆసుపత్రి / వైద్యశాల ఇల్లు కార్యాలయం ఇతరములు (దయచేసి నిర్ధారించండి) _____

*బీమా చేయబడిన వ్యక్తికి అతని/ఆమె చివరి జబ్బు/ప్రమాద సమయంలో మరియు/లేదా చివరి 3 సంవత్సరాలలో చికిత్స చేసిన డాక్టర్ల వివరాలను దయచేసి మాకు చెప్పండి:

డాక్టరు/ఆసుపత్రి యొక్క పేరు	సంప్రదించు వివరాలు	మొదటిసారి సంప్రదించిన తేదీ	తీసుకున్న చికిత్స

మరణించిన వ్యక్తి యొక్క జీవితం ఇతర బీమా కంపెనీలతో బీమా చేయబడితే, దయచేసి వివరాలను అందించండి*:

కంపెనీ యొక్క పేరు	పాలీసీ నెంబర్	పాలీసీ మొత్తం	పాలీసీ జారీ తేదీ	క్లెయిమ్ స్థితి

మరణ క్లెయిమ్ ఫారం (ఫారం- A)

C: ఈ క్రింది వాటిలో ఏ ఫ్లాన్ క్రిందనైనా మీరు ప్రయోజనాలను క్లెయిమ్ చేస్తుంటే మీరు ఈ సెక్షన్ పూర్తిచేయాలి: (వికల్పాన్ని ఎంపిక చేసుకోవడం అనేది క్లెయిమ్ ఆమోదాన్ని నిర్ధారించదు.)

- | | | | | |
|---|--------------------------|----------------------|--------------------------|--|
| 1) మ్యూక్స్ లైఫ్ గ్యారంటీడ్ ఇన్ కమ్ ప్లాన్: | <input type="checkbox"/> | ఏక మొత్తం ప్రయోజనం | <input type="checkbox"/> | నెలవారీ క్రమబద్ధమైన ఆదాయం |
| 2) మ్యూక్స్ లైఫ్ గ్యారంటీడ్ మంత్లీ ఇన్ కమ్ ప్లాన్: | <input type="checkbox"/> | ఏక మొత్తం ప్రయోజనం | <input type="checkbox"/> | నెలవారీ క్రమబద్ధమైన ఆదాయం |
| 3) మ్యూక్స్ లైఫ్ సూపర్ టర్మ్ ప్లాన్: | <input type="checkbox"/> | మధ్యంతరం 100 % ఆదాయం | <input type="checkbox"/> | మధ్యంతరం 50 % మరియు 50 % నెలవారీ ఆదాయం |
| 4) మ్యూక్స్ లైఫ్ ఫరెవర్ యంగ్ ప్లాన్ | <input type="checkbox"/> | ఏక మొత్తం ప్రయోజనం | <input type="checkbox"/> | నూతన యాన్యుటీ ఫ్లాన్ |
| | <input type="checkbox"/> | నూతన యాన్యుటీ ఫ్లాన్ | <input type="checkbox"/> | నూతన పెన్షన్ ప్లాన్ |
| 5) మ్యూక్స్ లైఫ్ ఫ్యూచర్ జీనియస్ ఎడ్యుకేషన్ ప్లాన్: | <input type="checkbox"/> | ఏక మొత్తం ప్రయోజనం | <input type="checkbox"/> | నెలవారీ క్రమబద్ధమైన ఆదాయం |

D: నోట్స్ - మీరు ఇవ్వాలని కోరుకుంటున్న ఏదైనా అదనపు సమాచారం:

మాతృభాషలో ప్రకటన (క్లెయిమ్లో మాతృభాషలో సంతకం చేసినప్పుడు లేక వేలిముద్ర వేసినప్పుడు) : పత్రంలోని విషయాలు క్లెయిమ్లకు అతని/ఆమె మాతృభాషలో వివరించబడ్డాయని మరియు వాటిని పూర్తిగా అర్థం చేసుకున్న తరువాత అతను/ఆమె తన సంతకం/వేలిముద్రను వేసారని సాక్షి/ప్రకటదారుడి నుండి ప్రకటన.

ఎన్ఐఎఫ్ఐటి ప్రకటన: నేను బీమా దారునికి నా బ్యాంకు ఖాతాలోకి నేరుగా/ఎలక్ట్రానిక్ బదిలీ చేయుటకు అధికారం ఇస్తున్నాను. ఏదైనా కారణం/కారణం లేకుండా మీ ఖాతాలోకి క్రెడిట్ కాని షేక్లలో లేదా వ్యవహారంలో ఆలస్యం జరిగినప్పుడు లేదా అసంపూర్ణ/ సరికాని సమాచార కారణాల వలన అసలు వ్యవహారం జరిగినప్పుడు మ్యూక్స్ లైఫ్ ఇన్సూరెన్స్ కంపెనీ బాధ్యత వహించదు. అంతేకాక, నేరుగా క్రెడిట్ చేయడం జరగనప్పుడు డిమాండ్ డ్రాఫ్ట్/సమానమైన విలువ గల చెక్కు వంటి ప్రత్యామ్నాయ రూపంలో చెల్లింపు చేసే హక్కును మ్యూక్స్ లైఫ్ ఇన్సూరెన్స్ కంపెనీ నిలుపుకుంటుంది. క్లెయిమ్లలో ఇచ్చిన క్లెయిమ్ల ఖాతా నెంబర్ సమాచారంపై ఆధారపడి మాత్రమే క్రెడిట్ చేయబడుతుంది మరియు క్లెయిమ్ల పేరు వివరాలు దాని కొరకు ఉపయోగించబడవు.

క్లెయిమ్ల యొక్క సంతకం/ ఎడమ బొటన వ్రేలి ముద్ర సాక్షి / ప్రకటనదారుని సంతకం

క్లెయిమ్ల యొక్క పేరు _____

పేరు & చిరునామా _____

ప్రదేశం: _____

ప్రదేశం: _____

తేదీ:

రో	రో	నె	నె	సం	సం	సం	సం
----	----	----	----	----	----	----	----

ప్రదేశం: _____

తేదీ:

రో	రో	నె	నె	సం	సం	సం	సం
----	----	----	----	----	----	----	----

పరిత్యాగం

- క్లెయిమ్ ఫారంను పత్రములతో పాటుగా సమర్పించుట బాధ్యత యొక్క ఆమోదానికి హామీ ఇవ్వదు.
- సమర్పించిన పత్రాల యొక్క మదింపు తరువాత, అదనపు పత్రాల కొరకు పిలుపునిచ్చే హక్కు మ్యూక్స్ లైఫ్ ఇన్సూరెన్స్ కంపెనీకి ఉంది.
- దోషపూరితమైన లేదా తప్పుదోవ పట్టించే సమాచారం కలిగిన క్లెయిమ్ను పైలే చేసే ఏ వ్యక్తి అయినా, లేదా కంపెనీని మోసం చేసే లేదా తప్పుదోవ పట్టించే సమాచారాన్ని దాచే ఏ వ్యక్తి అయినా లేదా ఎవరైనా వర్తించే చట్టము(ల) ప్రకారం రాజదండనకు లేదా ఇతర క్రిమినల్ మరియు లేదా సివిల్ జరిమనాలకు లోబడతాడు. పేర్కొనబడిన వ్యక్తికి వ్యతిరేకంగా తగిన చర్యను చేపట్టే హక్కును సంస్థ నిలుపుకుంటుంది.



ఈమెయిల్
claims.support
@maxlifefinancial.com



హెల్ప్ లైన్
1800 200 5577
9 AM - 9 PM | సోమ - శని



మ్యూక్స్ లైఫ్ ఇన్సూరెన్స్ కంపెనీ లిమిటెడ్.
ఫ్లాట్ నెం. 90A, సెక్టర్ 18,
గుర్గావ్, 122015, హర్యానా

మరణ క్లెయిమ్ ఫారం (ఫారం-A)

ధృవీకరణ(క్లెయిమెంట్ సంతకం చేయాలి)

మీ క్లెయిమ్ ప్రక్రియ జరుపుటకు, వివిధ అధికారుల నుండి అదనపు పత్రాలు అవసరం కావచ్చు. ఈ ధృవీకరణపై సంతకం చేయడం ద్వారా, మీరు మ్యాక్స్ లైఫ్ ఇన్సూరెన్స్ కంపెనీ లిమిటెడ్ మరియు/లేదా దాని ప్రతినిధులకు మీ తరపున అవసరమైన పత్రాలను పొందే హక్కును అనుమతిస్తున్నారు..

టు,

మ్యాక్స్ లైఫ్ పాలీసీ నెంబర్(లు):

శ్రీ./కుమారి. _____ (పేరు) అను పేరు గల నేను, _____ (బీమా

చేయబడిన వ్యక్తి యొక్క). _____ (బంధుత్వం) ఇందుమూలంగా మ్యాక్స్ లైఫ్ ఇన్సూరెన్స్ కంపెనీ లిమిటెడ్ కి మరియు/లేదా

దాని ప్రతినిధులకు క్లెయిమ్ ప్రక్రియ చేయుటకు అవసరమైన ఉద్యోగ /వైద్యపరమైన /ప్రభుత్వ /ప్రైవేట్ ఆసుపత్రుల రికార్డులు /ఇతర రికార్డులు / ఇతర సమాచారాన్ని పొందుటకు అనుమతిస్తున్నాను.

మీ విశ్వాస పాత్రుడు,

_____ క్లెయిమెంట్ సంతకం /ఎడమ బొటనవ్రేలి ముద్ర

_____ సాక్షి /ప్రకటనదారుని సంతకం

_____ క్లెయిమెంట్ యొక్క పేరు

_____ పేరు & చిరునామా

_____ ప్రదేశం:

_____ ప్రదేశం :

తేదీ:

తేదీ:

_____ బ్రాంచ్ ఉపయోగం కొరకు మాత్రమే _____

తేదీ:

3.00 pmకు ముందు

3.00 pm తరువాత

GO Ops వ్యక్తి యొక్క పేరు & మొబైల్ నెం. : _____

ముద్ర

_____ సంప్రదించు వివరాలు

_____ సంతకం: