

केवल आधिकारिक उपयोग के लिए

शाखा का नाम: _____ शाखा कोड: _____
इंटरेशन आईडी: _____
कर्मचारी का नाम: _____
कर्मचारी कोड: _____ हस्ताक्षर: _____
दिनांक: D D M M Y Y Y Y समय: ☐ दोपहर 3 बजे या उससे पहले ☐ दोपहर 3 बजे के बाद

दावेदार की
तस्वीर

अनुभाग ए*

पॉलिसी विवरण

पॉलिसी संख्या(ए): _____

अनुभाग बी*

बीमा धारक (एलए) का विवरण

बीमित व्यक्ति का नाम: ☐ श्री ☐ सुश्री F I R S T M I D D L E L A S T
पिता का नाम: F I R S T M I D D L E L A S T
मृत्यु की तारीख D D M M Y Y Y Y
मृत्यु का स्थान ☐ अस्पताल ☐ क्लिनिक ☐ निवास ☐ कार्यालय ☐ अन्य (कृपया बताएं) _____
पारिवारिक डॉक्टर: नाम _____ पंजीकरण संख्या _____ संपर्क संख्या _____
उपचार करने वाले/उपस्थित अंतिम डॉक्टर का नाम: नाम _____ पंजीकरण संख्या _____ संपर्क संख्या _____
अंतिम नियोक्ता का विवरण (यदि लागू हो):
कंपनी का नाम _____ संपर्क व्यक्ति का नाम _____ संपर्क संख्या _____
मृत्यु का स्वभाव ☐ मेडिकल ☐ स्वाभाविक ☐ दुर्घटना ☐ हत्या ☐ आत्महत्या
मृत्यु का कारण _____

बीमारी का स्वभाव और बीमा धारक की आदत

☐ उच्च रक्तचाप ☐ मधुमेह ☐ हृदय रोग ☐ लिवर रोग
☐ गुर्दे की बीमारी ☐ कैंसर ☐ अन्य _____
☐ धूम्रपान ☐ तंबाकू ☐ नशीले पदार्थ यदि हाँ, तो सेवन की अवधि _____ और सेवन मात्रा _____

बीमारी का पता चलने की तारीख

अन्य बीमा विवरण: (जीवन / मेडिकलेम / स्वस्थ)

पॉलिसी संख्या	कंपनी का नाम	बीमा राशि	स्थिति (सक्रिय / व्यपगत / लागू / परिपक्व)

दावेदार का विवरण

दावेदार का नाम: ☐ श्री ☐ सुश्री F I R S T M I D D L E L A S T
जन्म तिथि: D D M M Y Y Y Y
पता: F I R S T L A S T
 B U I L D I N G R O A D N A M E / N O
 L A N D M A R K
 C I T Y / V I L L A G E
 D I S T R I C T S T A T E
पिनकोड: _____
संपर्क संख्या: O F F I C E R E S I D E N C E M O B I L E
कार्यालय और / या व्यक्तिगत ईमेल आईडी: _____
बीमा धारक से संबंध: ☐ जीवनसाथी ☐ बच्चे ☐ माता-पिता ☐ अन्य _____ S P E C I F Y
दावेदार का शीर्षक: ☐ नॉमिनी ☐ निष्पादक ☐ ट्रस्टी ☐ अपॉइंटी ☐ नियोक्ता ☐ असाइनी ☐ लाभार्थी
दावेदार का पैन विवरण: या फॉर्म 60 ☐
राजनीतिक रूप से सक्रिय व्यक्ति ☐ हाँ ☐ नहीं
अमेरिकी व्यक्ति: ☐ हाँ ☐ नहीं (यदि हाँ, तो कृपया एफएटीसीए / सीआरएस प्रमाणीकरण)

दावेदार नेफ्ट जनादेश / बैंक खाता विवरण

बच्चों से जुड़ी योजना के मामले में, यदि लाभार्थी वयस्क है, तो कृपया लाभार्थी का खाता विवरण दें

बैंक खाता संख्या: _____

खाता धारक का नाम: _____

बैंक का नाम और शाखा: _____

खाता प्रकार ☐ बचत ☐ चालू ☐ एनआरओ ☐ एनआरई

आईएफएससी: _____ एमआईसीआर: _____

पेंशन योजनाओं के लिए अनिवार्य, कृपया बताएं कि आप लाभ कैसे प्राप्त करना चाहते हैं

☐ पूरी राशि एक-मुश्त ☐ पूरी राशि वार्षिक रूप से ☐ आंशिक राशि वार्षिक रूप से आंशिक राशि एक-मुश्त ☐ किशतों के रूप में

कंपनियों द्वारा उत्पाद संबंधी विशिष्ट भुगतान विधियां दर्ज करने के लिए खाली स्थान

अनुभाग सी*

- घोषणा और अधिकार
- मैं इस तरह से घोषणा करता/करती हूँ कि ऊपर भरे/प्रस्तुत सभी विवरण मेरे ज्ञान और विश्वास के अनुसार सत्य और सही हैं।
 - मैं इस तरह से हर लिहाज से उक्त विवरण की सत्यता और शुद्धता की गारंटी देता/देती हूँ और मैं सहमति देता/देती हूँ कि मेरे द्वारा कोई भी झूठा या असत्य बयान देने या आगे ऐसा करने पर, किसी भी महत्वपूर्ण जानकारी को दबाने या छिपाने या आगे ऐसा करने पर मेरा उक्त खर्च की प्रतिपूर्ति पर दावा करने का अधिकार पूर्ण रूप से रद्द कर दिया जाएगा।
 - मैं समझता/समझती हूँ और सहमति देता/देती हूँ कि इस फॉर्म को जमा करने का मतलब यह नहीं है कि निवेदन पर कार्रवाई की जाएगी।
 - मैं समझता/समझती हूँ कि पॉलिसी के तहत किया जाने वाला कोई भी भुगतान पॉलिसी के नियमों और शर्तों के अनुसार उनका सख्ती से पालन करते हुए किया जाएगा।
 - कोई भी भुगतान अंतिम नवीकरण प्रीमियम भुगतान की प्राप्ति के बाद किया जाएगा।
 - मैं सभी चिकित्सा प्रतिष्ठानों (मेडिकल लैब सहित), सरकारी संस्थाओं (पुलिस, राजस्व, आदि) को एलए के अतीत और वर्तमान, दोनों से संबंधित उपचार की जानकारी प्रामेरिका लाइफ इंश्योरेंस लिमिटेड को प्रकट करने का अधिकार देता/देती हूँ, जिसमें एचआईवी/एड्स भी शामिल है।
 - इस घोषणा की फोटो कॉपी को मान्य और प्रभावी माना जाएगा।
 - मैं प्रामेरिका लाइफ इंश्योरेंस लिमिटेड को मेरी ओर से किसी भी पुनः बीमाकर्ता, बीमा संघ, चिकित्सा अधिकारियों, अन्य बीमाकर्ताओं, वैधानिक प्राधिकारणों, नियोक्ता, न्यायालय, सरकारी निकाय, जांच एजेंसी या अन्य सेवा का उपयोग करने वाले नियामक से साझा करने और प्राप्त करने का अधिकार देता/देती हूँ और इस तरह से इसके लिए अपनी सहमति देता/देती हूँ।

दिनांक

स्थान

SIGN HERE

दावेदार के हस्ताक्षर

किसी तीसरे व्यक्ति द्वारा की जाने वाली घोषणा

पॉलिसी धारक ने अपना अंगूठे का निशान लगा दिया है/स्थानीय भाषा में हस्ताक्षर किए हैं/आवेदन को नहीं भरा है। मैं इस तरह से घोषणा करता/करती हूँ कि इस आवेदन फॉर्म की सामग्री पॉलिसी धारक को _____ भाषा में समझा दी गई है और मैंने मुझे दिये गए जवाब सच्चाई से दर्ज किए हैं। मैं आगे घोषणा करता/करती हूँ कि पॉलिसी धारक ने मेरी उपस्थिति में हस्ताक्षर किए हैं/अपने अंगूठे का निशान लगाया है।

घोषणाकर्ता का नाम: _____

पता: _____

दिनांक

स्थान

तीसरे व्यक्ति के हस्ताक्षर

ज़रूरी सूचना: यदि कंपनी प्रतिनिधि सहित कोई भी व्यक्ति दावे पर कार्रवाई करने या निपटारा करने के लिए द्वारा कुछ भी मांग करता है या उपकार करने को कहता है, तो ऐसा नहीं किया जाना चाहिए और इसकी जानकारी तुरंत कंपनी को उसके ईमेल आईडी claims@pramericalife.in पर दी जानी चाहिए।

फॉर्म भरने के निर्देश

ए. महत्वपूर्ण सूचना (कृपया फॉर्म भरने से पहले पढ़ें)

- यह फॉर्म केवल दावेदार द्वारा भरा जाना चाहिए। यदि दावेदार नाबालिग है, तो अभिभावक / अपॉइंटी फॉर्म भर सकता है
- एक से अधिक पॉलिसीज़ के तहत किए जाने वाले दावे एकल फॉर्म भर कर और सभी लागू पॉलिसी संख्याएं देते हुए पंजीकृत किए जा सकते हैं
- एक से अधिक दावेदार होने की स्थिति में, प्रत्येक दावेदार को अलग-अलग फॉर्म भरने की ज़रूरत है
- कृपया घोषणाओं को ध्यान से पढ़ें और दावेदार को दावा फॉर्म पर उसी प्रकार से हस्ताक्षर करने चाहिए जैसे वह आमतौर पर चेक पर हस्ताक्षर करता है
- दावे का भुगतान पॉलिसी के सभी नियमों और शर्तों के पूरा किए जाने पर किया जाएगा
- इस दावे पर कार्रवाई करने के लिए किसी को भी कोई फीस या कमीशन का भुगतान नहीं किया जाना चाहिए
- आप अपने वर्तमान और उपयोग में लाए जाने वाले पते, फोन नंबर और ईमेल आईडी की जानकारी देना सुनिश्चित करें क्योंकि पत्राचार केवल इसी माध्यम से किया जाएगा
- तारांकन (*) का मतलब है अनिवार्य जानकारी

बी. प्रस्तुत किए जाने वाले दस्तावेज़

अनिवार्य दस्तावेज़

- (1) मूल पॉलिसी दस्तावेज़ (डीमैटरियलाइज़ (कागज़ रहित) पॉलिसी दस्तावेज़ के मामले में आवश्यक नहीं) (2) स्थानीय प्राधिकरण द्वारा जारी मृत्यु प्रमाणपत्र
(3) दावेदार का पैन कार्ड (4) दावेदार का पासपोर्ट साइज़ फोटोग्राफ (5) कैंसल किया गया चेक

अतिरिक्त दस्तावेज़

हॉस्पिटलाइज़ेशन/ बीमारी के कारण मृत्यु (1) मृत्यु का चिकित्सकीय कारण प्रमाणपत्र (2) अतीत में प्राप्त सभी उपचारों के लिए मेडिकल रिकॉर्ड। (एडमिशन नोट, इतिहास / प्रोग्रेस शीट, डिस्चार्ज / मृत्यु का संक्षिप्त विवरण, टेस्ट रिपोर्ट, आदि) (3) दावेदार का पासपोर्ट साइज़ फोटोग्राफ (4) कैंसल किया गया चेक

आकस्मिक मृत्यु प्रथम सूचना रिपोर्ट (एफआईआर), पंचनामा / पूछताछ रिपोर्ट, पोस्टमार्टम रिपोर्ट (पीएमआर), ड्राइविंग लाइसेंस, पुलिस फाइनल रिपोर्ट, विसरा रिपोर्ट (यदि लागू हो) समाचारपत्र की कटिंग, यदि कोई हो, अन्य, जैसे लागू हों

अस्वीकरण: 1. दावा जमा करते समय प्रतियां जमा की जाएं और मूल प्रतियां प्रस्तुत की जाएं,
2. प्रामेरिका लाइफ इंश्योरेंस लिमिटेड ज़रूरत होने पर अधिक जानकारी/ दस्तावेज़ मांगने का अधिकार रखती है

सी. मान्य पहचान और पते के सबूत की सूची (कृपया जमा किए गए दस्तावेज़ पर सही टिक करें)

फोटो पहचान प्रमाण (कोई भी एक)

- ☐ दावेदार का पैन कार्ड ☐ वैध पासपोर्ट ☐ वोटर आईडी कार्ड
- ☐ आधार कार्ड* ☐ वैध ड्राइविंग लाइसेंस
- ☐ मुद्रांकित फोटोग्राफ के साथ बैंक पासबुक (6 महीने से अधिक पुरानी नहीं)
- ☐ केंद्र / राज्य सरकार द्वारा कर्मचारियों को जारी आईडी कार्ड
- ☐ केंद्र / सरकार द्वारा जारी कोई भी अन्य आईडी

पते का प्रमाण (कोई भी एक)

- ☐ वैध पासपोर्ट
- ☐ वोटर आईडी कार्ड
- ☐ आधार कार्ड*
- ☐ वैध ड्राइविंग लाइसेंस
- ☐ मुद्रांकित फोटोग्राफ के साथ बैंक पासबुक (6 महीने से अधिक पुरानी नहीं)

*मैं अपनी मर्जी से प्रामेरिका लाइफ इंश्योरेंस को अपने आधार के उपयोग की सहमति प्रदान करता/करती हूँ ताकि केवाईसी अनुपालन के लिए पहचान का सत्यापन किया जा सके।

डी. ध्यान दें: दावेदार का नेफ्ट मंजूरी/ बैंक खाता विवरण

- खाता संख्या और आईएफएससी वाला कैंसल किया गया व्यक्तिगत चेक नेफ्ट मंजूरी के साथ जमा किया जाना चाहिए। यदि चेक को व्यक्तिगत नहीं किया गया है, तो मंजूरी के साथ नवीनतम बैंक विवरण या पासबुक की प्रति (जिसमें खाता संख्या और आईएफएससी का उल्लेख किया गया हो) जमा करने की ज़रूरत है
- यह मंजूरी कार्रवाई होने पर प्रामेरिका लाइफ इंश्योरेंस लिमिटेड के ग्राहक की सभी पॉलिसीज़ के लिए पहले टैग की गई किसी भी नेफ्ट मंजूरी का स्थान लेगा।
- नेफ्ट के विफल होने पर या उस मंजूरी पर किसी भी अतिरिक्त आवश्यकता के लंबित होने पर भुगतान तब तक स्थगित किया जाएगा जब तक कि नई नेफ्ट मंजूरी प्राप्त नहीं हो जाती। इसके लिए आपको सूचना भेजी जाएगी।

"एनआरई खाते में रिफंड एनआरई खाते के माध्यम से चुकाए गए प्रीमियम(मों) के अनुपात के हिसाब से किया जाएगा। कृपया एनआरई खाते के माध्यम से चुकाए गए प्रीमियम(मों) के लिए सबूत के तौर पर बैंक विवरण या बैंक पुष्टीकरण पत्र जमा करें।

##अनुपातिक भुगतान के मामले में, कृपया दो नेफ्ट मंजूरियां प्रदान करें यानी, एनआरई खाते और गैर-एनआरई खाते के लिए।

आईआरडीआई पंजीकरण संख्या 140 प्रामेरिका लाइफ इंश्योरेंस लिमिटेड. पंजीकृत कार्यालय और पत्राचार पता: चौथी मंज़िल बिल्डिंग नंबर 9, टॉवर बी, साइबर सिटी, डीएलएफ सिटी फेज़ III. गुडगाव - 122002, हरियाणा CIN: U66000HR2007PLC052028. ग्राहक सेवा हेल्पलाइन: 1860 500 7070 (स्थानीय शुल्क लागू) या डायल करें- 011-4818 7070 ईमेल: contactus@pramericalife.in वेबसाइट: www.pramericalife.in प्रामेरिका का प्रदर्शित प्रतीक 'द प्रूडेंशियल इंश्योरेंस कंपनी ऑफ अमेरिका' से संबंधित है और इसका उपयोग लाइसेंस के तहत प्रामेरिका लाइफ इंश्योरेंस लिमिटेड द्वारा किया जाता है.

नकली/धोखाधड़ी वाली फोन कॉल से सावधान रहें! • IRDAI बीमा पॉलिसी बेचने, बोनस की घोषणा करने या प्रीमियम के निवेश जैसी गतिविधियों में शामिल नहीं होता है. इस प्रकार के फोन कॉल प्राप्त करने वाली जनता से अनुरोध है कि वह पुलिस में शिकायत दर्ज करें.

ग्राहक पावती प्रति-व्यक्तिगत मृत्यु दावा फॉर्म

पॉलिसी संख्या _____ दावेदार का नाम _____

शाखा का नाम / इंटरैक्शन आईडी _____ दावेदार ग्राहक आईडी _____

कर्मचारी का नाम _____ दिनांक _____

कर्मचारी हस्ताक्षर _____ कर्मचारी कोड _____

Branch Stamp

आईआरडीआई पंजीकरण संख्या 140 प्रामेरिका लाइफ इंश्योरेंस लिमिटेड. पंजीकृत कार्यालय और पत्राचार पता: चौथी मंज़िल बिल्डिंग नंबर 9, टॉवर बी, साइबर सिटी, डीएलएफ सिटी फेज़ III. गुडगाव - 122002, हरियाणा CIN: U66000HR2007PLC052028. ग्राहक सेवा हेल्पलाइन: 1860 500 7070 (स्थानीय शुल्क लागू) या डायल करें- 011-4818 7070 ईमेल: contactus@pramericalife.in वेबसाइट: www.pramericalife.in प्रामेरिका का प्रदर्शित प्रतीक 'द प्रूडेंशियल इंश्योरेंस कंपनी ऑफ अमेरिका' से संबंधित है और इसका उपयोग लाइसेंस के तहत प्रामेरिका लाइफ इंश्योरेंस लिमिटेड द्वारा किया जाता है.

नकली/धोखाधड़ी वाली फोन कॉल से सावधान रहें! • IRDAI बीमा पॉलिसी बेचने, बोनस की घोषणा करने या प्रीमियम के निवेश जैसी गतिविधियों में शामिल नहीं होता है. इस प्रकार के फोन कॉल प्राप्त करने वाली जनता से अनुरोध है कि वह पुलिस में शिकायत दर्ज करें.