

ਸਿਰਫ਼ ਅਧਿਕਾਰਤ ਵਰਤੋਂ ਲਈ

ਸ਼ਾਖਾ ਦਾ ਨਾਮ: _____ ਸ਼ਾਖਾ ਕੋਡ: _____
ਗੱਲਬਾਤ ID: _____
ਕਰਮਚਾਰੀ ਦਾ ਨਾਮ: _____
ਕਰਮਚਾਰੀ ਦਾ ਕੋਡ: _____ ਦਸਤਖਤ: _____
ਤਾਰੀਖ: DD MM YY YY YY YY ਸਮਾਂ: ☐ ਦੁਪਹਿਰ 3 ਵਜੇ ਜਾਂ ਇਸ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ☐ ਦੁਪਹਿਰ 3 ਵਜੇ ਤੋਂ ਬਾਅਦ

ਦਾਅਵੇਦਾਰ
ਦੀ ਫੋਟੋ

ਭਾਗ A*

ਪਾਲਿਸੀ ਦੇ ਵੇਰਵੇ

ਪਾਲਿਸੀ ਨੰਬਰ: _____

ਭਾਗ B*

ਜੀਵਨ ਬੀਮਤ ਦੇ ਵੇਰਵੇ (LA)

ਜੀਵਨ ਬੀਮਤ ਦਾ ਨਾਮ: ☐ ਸ਼੍ਰੀਮਾਨ ☐ ਸ਼੍ਰੀਮਤੀ F I R S T M I D D L E L A S T
ਪਿਤਾ ਦਾ ਨਾਮ: F I R S T M I D D L E L A S T
ਮੌਤ ਦੀ ਤਾਰੀਖ DD MM YY YY YY YY
ਮੌਤ ਦਾ ਸਥਾਨ ☐ ਹਸਪਤਾਲ ☐ ਕਲੀਨਿਕ ☐ ਨਿਵਾਸ ☐ ਦਫ਼ਤਰ ☐ ਹੋਰ (ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਦੱਸੋ) _____
ਪਰਿਵਾਰਕ ਡਾਕਟਰ: ਨਾਮ _____ ਰਜਿਸਟ੍ਰੇਸ਼ਨ ਨੰ _____ ਸੰਪਰਕ ਨੰ _____
ਆਖਰੀ ਵਾਰ ਇਲਾਜ ਕੀਤਾ/ਇਲਾਜ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਡਾਕਟਰ: ਨਾਮ _____ ਰਜਿਸਟ੍ਰੇਸ਼ਨ ਨੰ _____ ਸੰਪਰਕ ਨੰ _____
ਆਖਰੀ ਰੋਜ਼ਗਾਰਦਾਤਾ ਦੇ ਵੇਰਵੇ (ਜੇ ਲਾਗੂ ਹੋਵੇ):
ਕੰਪਨੀ ਦਾ ਨਾਮ _____ ਸੰਪਰਕ ਵਿਅਕਤੀ ਦਾ ਨਾਮ _____ ਸੰਪਰਕ ਨੰ _____
ਮੌਤ ਦੀ ਕਿਸਮ ☐ ਮੈਡੀਕਲ ☐ ਕੁਦਰਤੀ ☐ ਦੁਰਘਟਨਾ ☐ ਕਤਲ ☐ ਆਤਮ ਹੱਤਿਆ
ਮੌਤ ਦਾ ਕਾਰਨ _____

ਬੀਮਤ ਵਿਅਕਤੀ ਦੀ ਬਿਮਾਰੀ ਅਤੇ ਆਦਤ ਦੀ ਕਿਸਮ

☐ ਹਾਈਪਰਟੈਂਸ਼ਨ ☐ ਸ਼ੂਗਰ ☐ ਦਿਲ ਦੀ ਬਿਮਾਰੀ ☐ ਜਿਗਰ ਦੀ ਬਿਮਾਰੀ
☐ ਗੁਰਦੇ ਦੀ ਬਿਮਾਰੀ ☐ ਕੈਂਸਰ ☐ ਹੋਰ _____
☐ ਸਿਗਰਟਨੋਸ਼ੀ ☐ ਤੰਬਾਕੂ ☐ ਨਸ਼ੇ ਜੇਕਰ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਖਪਤ ਦੀ ਮਿਆਦ _____ ਅਤੇ ਖਪਤ ਕੀਤੀ ਮਾਤਰਾ _____

ਬਿਮਾਰੀ ਦੇ ਨਿਦਾਨ ਦੀ ਮਿਤੀ

ਹੋਰ ਬੀਮਾ ਵੇਰਵੇ: (ਲਾਈਫ/ਮੈਡੀਕਲ/ਹੈਲਥ)

ਪਾਲਿਸੀ ਨੰ	ਕੰਪਨੀ ਦਾ ਨਾਂ	ਬੀਮੇ ਦੀ ਰਕਮ	ਸਥਿਤੀ (ਕਿਰਿਆਸ਼ੀਲ/ਲੈਪਸਡ/ਲਾਗੂ/ਮਚਿਓਰਡ)

ਦਾਅਵੇਦਾਰ ਦੇ ਵੇਰਵੇ

ਦਾਅਵੇਦਾਰ ਦਾ ਨਾਮ: ☐ ਸ਼੍ਰੀਮਾਨ ☐ ਸ਼੍ਰੀਮਤੀ F I R S T M I D D L E L A S T
ਜਨਮ ਤਾਰੀਖ: DD MM YY YY YY YY
ਪਤਾ: 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
ਪਿੰਨ ਕੋਡ: _____
ਸੰਪਰਕ ਨੰ.: O F F I C E R E S I D E N C E M O B I L E

ਦਫ਼ਤਰ ਅਤੇ/ਜਾਂ ਨਿੱਜੀ ਈਮੇਲ ID: _____

ਬੀਮਤ ਨਾਲ ਸੰਬੰਧ: ☐ ਜੀਵਨ ਸਾਥੀ ☐ ਬੱਚੇ ☐ ਮਾਪੇ ☐ ਹੋਰ S P E C I F Yਦਾਅਵੇਦਾਰ ਦਾ ਸਿਰਲੇਖ: ☐ ਨਾਮਜ਼ਦ ☐ ਐਗਜ਼ੀਕਿਊਟਿਵ ☐ ਟਰੱਸਟੀ ☐ ਨਿਯੁਕਤ ☐ ਮਾਲਕ ☐ ਸੱਪਣ ਵਾਲਾ ☐ ਲਾਭਪਾਤਰੀਦਾਅਵੇਦਾਰ ਦੇ ਪੈਨ ਵੇਰਵੇ: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ਜਾਂ ਫਾਰਮ 60 ☐ਸਿਆਸੀ ਤੌਰ 'ਤੇ ਬੇਨਕਾਬ ਵਿਅਕਤੀ ☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂਅਮਰੀਕੀ ਵਿਅਕਤੀ: ☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ (ਜੇ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ FATCA/CRS ਸਰਟੀਫਿਕੇਸ਼ਨ ਭੇਜੋ)

ਦਾਅਵੇਦਾਰ ਦਾ NEFT ਹੁਕਮ/ਬੈਂਕ ਖਾਤੇ ਦੇ ਵੇਰਵੇ

ਬੱਚਿਆਂ ਦੀਆਂ ਯੋਜਨਾਵਾਂ ਦੇ ਮਾਮਲੇ ਵਿੱਚ, ਜੇਕਰ ਲਾਭਪਾਤਰੀ ਬਾਲਗ ਹੈ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਲਾਭਪਾਤਰੀ ਦੇ ਖਾਤੇ ਦੇ ਵੇਰਵੇ ਦਿਓ

ਬੈਂਕ ਖਾਤਾ ਨੰਬਰ: _____

ਖਾਤਾ ਧਾਰਕ ਦਾ ਨਾਮ: _____

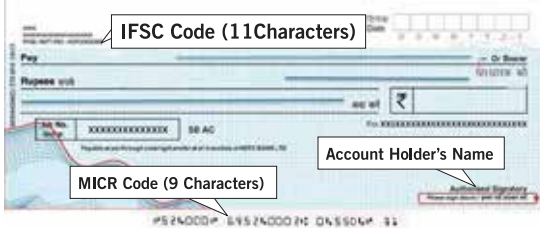
ਬੈਂਕ ਦਾ ਨਾਮ ਅਤੇ ਸ਼ਾਖਾ: _____

ਖਾਤੇ ਦੀ ਕਿਸਮ ☐ ਬਚਤ ☐ ਕਰੰਟ ☐ NRO ☐ NRE

IFSC: _____ MICR: _____

ਪੈਨਸ਼ਨ ਯੋਜਨਾਵਾਂ ਲਈ ਲਾਜ਼ਮੀ, ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਦੱਸੋ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਲਾਭ ਕਿਵੇਂ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨਾ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ

☐ ਇੱਕਮੁਸ਼ਤ ਵਜੋਂ ਪੂਰੀ ਰਕਮ ☐ ਸਲਾਨਾ ਵਜੋਂ ਪੂਰੀ ਰਕਮ ☐ ਸਲਾਨਾ ਵਜੋਂ ਹਿੱਸਾ ਇੱਕਮੁਸ਼ਤ ਵਜੋਂ ਹਿੱਸਾ ☐ ਕਿਸਤਾਂ ਵਜੋਂ



ਕੰਪਨੀਆਂ ਲਈ ਉਤਪਾਦ ਵਿਸ਼ੇਸ਼ ਭੁਗਤਾਨ ਵਿਧੀਆਂ ਨੂੰ ਇਨਪੁਟ ਕਰਨ ਲਈ ਖਾਲੀ ਥਾਂ

ਭਾਗ C*

ਘੋਸ਼ਣਾ ਅਤੇ ਅਧਿਕਾਰ

- ਮੈਂ ਇਸ ਤਰ੍ਹਾਂ ਘੋਸ਼ਣਾ ਕਰਦਾ/ਕਰਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਉੱਪਰ ਭਰੇ/ਦਿੱਤੇ ਗਏ ਸਾਰੇ ਵੇਰਵੇ ਮੇਰੀ ਉੱਤਮ ਜਾਣਕਾਰੀ ਅਤੇ ਵਿਸ਼ਵਾਸ ਅਨੁਸਾਰ ਸੱਚ ਅਤੇ ਸਹੀ ਹਨ।
- ਇਸ ਤਰ੍ਹਾਂ ਹਰ ਪੱਖੋਂ ਉਪਰੋਕਤ ਵੇਰਵਿਆਂ ਦੀ ਸੱਚਾਈ ਅਤੇ ਸਟੀਕਤਾ ਦੀ ਵਾਰੰਟੀ ਦਿੰਦਾ/ਦਿੰਦੀ ਹਾਂ ਅਤੇ ਮੈਂ ਸਹਿਮਤ ਹਾਂ ਕਿ ਜੇਕਰ ਮੈਂ ਕੋਈ ਝੂਠਾ ਜਾਂ ਗਲਤ ਬਿਆਨ ਦਿੱਤਾ ਹੈ ਜਾਂ ਦੇਵਾਂਗਾ/ਦੇਵਾਂਗੀ, ਕਿਸੇ ਭੌਤਿਕ ਤੱਥ ਨੂੰ ਦਬਾਇਆ ਜਾਂ ਛੁਪਾਇਆ ਹੈ, ਤਾਂ ਕਥਿਤ ਖਰਚਿਆਂ ਦੀ ਭਰਪਾਈ ਦਾ ਦਾਅਵਾ ਕਰਨ ਦਾ ਮੇਰਾ ਅਧਿਕਾਰ ਬਿਲਕੁਲ ਖੋਹ ਲਿਆ ਜਾਵੇਗਾ।
- ਮੈਂ ਸਮਝਦਾ/ਸਮਝਦੀ ਹਾਂ ਅਤੇ ਸਹਿਮਤ ਹਾਂ ਕਿ ਇਸ ਫਾਰਮ ਨੂੰ ਜਮ੍ਹਾਂ ਕਰਨ ਦਾ ਇਹ ਮਤਲਬ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਕਿ ਬੇਨਤੀ 'ਤੇ ਕਾਰਵਾਈ ਕੀਤੀ ਜਾਵੇਗੀ।
- ਮੈਂ ਸਮਝਦਾ/ਸਮਝਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਪਾਲਿਸੀ ਦੇ ਅਧੀਨ ਕੋਈ ਵੀ ਭੁਗਤਾਨ ਸਬਤੀ ਨਾਲ ਪਾਲਿਸੀ ਦੇ ਨਿਯਮਾਂ ਅਤੇ ਸ਼ਰਤਾਂ ਦੇ ਅਨੁਸਾਰ ਹੋਵੇਗਾ।
- ਕੋਈ ਵੀ ਭੁਗਤਾਨ ਆਖਰੀ ਰੀਨਿਊਲ ਪ੍ਰੀਮੀਅਮ ਭੁਗਤਾਨ ਦੀ ਪ੍ਰਾਪਤੀ ਦੇ ਅਧੀਨ ਹੋਵੇਗਾ।
- ਮੈਂ ਸਾਰੀਆਂ ਮੈਡੀਕਲ ਸੰਸਥਾਵਾਂ (ਮੈਡੀਕਲ ਲੈਬਾਂ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ), ਸਰਕਾਰੀ ਸੰਸਥਾਵਾਂ (ਪੁਲਿਸ, ਮਾਲੀਆ, ਆਦਿ) ਨੂੰ HIV/AIDS ਅਤੇ ਹੋਰਾਂ ਸਮੇਤ, LA ਨਾਲ ਸੰਬੰਧਤ, Pramerica Life Insurance Limited ਨੂੰ ਅਤੀਤ ਅਤੇ ਵਰਤਮਾਨ ਦੋਵਾਂ ਤੋਂ ਇਲਾਜ ਸੰਬੰਧੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦਾ ਖੁਲਾਸਾ ਕਰਨ ਲਈ ਅਧਿਕਾਰਤ ਕਰਦਾ/ਕਰਦੀ ਹਾਂ।
- ਇਸ ਘੋਸ਼ਣਾ ਪੱਤਰ ਦੀ ਇੱਕ ਫੋਟੋ ਕਾਪੀ ਨੂੰ ਵੈਧ ਅਤੇ ਪ੍ਰਭਾਵੀ ਮੰਨਿਆ ਜਾਵੇਗਾ।
- ਮੈਂ Pramerica Life Insurance Limited ਨੂੰ ਕਿਸੇ ਵੀ ਪੁਨਰ-ਬੀਮਾਕਰਤਾ, ਬੀਮਾ ਸੰਘ, ਮੈਡੀਕਲ ਅਧਿਕਾਰੀਆਂ, ਹੋਰ ਬੀਮਾਕਰਤਾਵਾਂ, ਕਾਨੂੰਨੀ ਅਧਿਕਾਰੀਆਂ, ਰੁਜ਼ਗਾਰਦਾਤਾ, ਅਦਾਲਤ, ਸਰਕਾਰੀ ਸੰਸਥਾ, ਜਾਂਚ ਏਜੰਸੀ ਜਾਂ ਹੋਰ ਸੇਵਾ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਨਿਯਾਮਕ ਨਾਲ ਮੇਰੀ ਤਰਫ਼ੋਂ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸਾਂਝੀ ਕਰਨ ਅਤੇ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਲਈ ਅਧਿਕਾਰਤ ਕਰਦਾ/ਕਰਦੀ ਹਾਂ ਇਸ ਉਸੇ ਲਈ ਮੇਰੀ ਸਹਿਮਤੀ ਦਿੰਦਾ/ਦਿੰਦੀ ਹਾਂ।

ਤਾਰੀਖ D D M M Y Y Y Y

ਸਥਾਨ _____

SIGN HERE

ਦਾਅਵੇਦਾਰ ਦੇ ਦਸਤਖਤ

ਘੋਸ਼ਣਾ ਕਿਸੇ ਤੀਜੇ ਵਿਅਕਤੀ ਦੁਆਰਾ ਕੀਤੀ ਜਾਣੀ ਹੈ

ਪਾਲਿਸੀਧਾਰਕ ਨੇ ਆਪਣੇ ਅੰਗੂਠੇ ਦੀ ਛਾਪ ਲਗਾਈ ਹੈ/ਸਥਾਨਕ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਦਸਤਖਤ ਕੀਤੇ ਹਨ/ਬਿਨੈ ਪੱਤਰ ਨਹੀਂ ਭਰਿਆ ਹੈ। ਮੈਂ ਇਸ ਤਰ੍ਹਾਂ ਘੋਸ਼ਣਾ ਕਰਦਾ/ਕਰਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਇਸ ਬਿਨੈ-ਪੱਤਰ ਦੀ ਸਮੱਗਰੀ ਨੂੰ ਪਾਲਿਸੀਧਾਰਕ ਨੂੰ _____ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਮਝਾਇਆ ਗਿਆ ਹੈ ਅਤੇ ਮੈਨੂੰ ਦਿੱਤੇ ਗਏ ਜਵਾਬਾਂ ਨੂੰ ਸੱਚਾਈ ਨਾਲ ਰਿਕਾਰਡ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਹੈ। ਮੈਂ ਅੱਗੇ ਘੋਸ਼ਣਾ ਕਰਦਾ/ਕਰਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਪਾਲਿਸੀਧਾਰਕ ਨੇ ਮੇਰੀ ਮੌਜੂਦਗੀ ਵਿੱਚ ਆਪਣੇ ਅੰਗੂਠੇ ਦੀ ਛਾਪ 'ਤੇ ਦਸਤਖਤ ਕੀਤੇ ਹਨ/ਦਿੱਤੇ ਹਨ।

ਘੋਸ਼ਣਾਕਰਤਾ ਦਾ ਨਾਮ: _____

ਪਤਾ: _____

ਤਾਰੀਖ D D M M Y Y Y Y

ਸਥਾਨ _____

ਤੀਜੇ ਵਿਅਕਤੀ ਦੇ ਦਸਤਖਤ

ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ ਨੋਟ: ਦਾਅਵੇ ਦੀ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਜਾਂ ਨਿਪਟਾਰੇ ਲਈ ਕੰਪਨੀ ਦੇ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧੀ ਸਮੇਤ ਕਿਸੇ ਵੀ ਵਿਅਕਤੀ ਦੁਆਰਾ ਕੋਈ ਮੰਗ ਜਾਂ ਪੱਖ ਮੰਗੋ ਜਾਣ ਦੇ ਮਾਮਲੇ ਵਿੱਚ, ਇਸ 'ਤੇ ਵਿਚਾਰ ਨਹੀਂ ਕੀਤਾ ਜਾਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਕੰਪਨੀ ਦੀ ਈਮੇਲ ਆਈਡੀ: claims@pramericalife.in 'ਤੇ ਤੁਰੰਤ ਕੰਪਨੀ ਨੂੰ ਸੂਚਿਤ ਕੀਤਾ ਜਾਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ।

ਫਾਰਮ ਭਰਨ ਲਈ ਹਦਾਇਤਾਂ

A. ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ ਜਾਣਕਾਰੀ (ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਫਾਰਮ ਭਰਨ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਪੜ੍ਹੋ)

1. ਫਾਰਮ ਸਿਰਫ ਦਾਅਵੇਦਾਰ ਦੁਆਰਾ ਭਰਿਆ ਜਾਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ। ਦਾਅਵੇਦਾਰ ਦੇ ਨਾਬਾਲਗ ਹੋਣ ਦੇ ਮਾਮਲੇ ਵਿੱਚ, ਸਰਪ੍ਰਸਤ/ਨਿਯੁਕਤ ਵਿਅਕਤੀ ਫਾਰਮ ਭਰ ਸਕਦਾ ਹੈ
2. ਕਈ ਪਾਲਿਸੀਆਂ ਦੇ ਤਹਿਤ ਦਾਅਵੇ ਇੱਕਲਾ ਫਾਰਮ ਭਰ ਕੇ ਅਤੇ ਸਾਰੇ ਲਾਗੂ ਪਾਲਿਸੀ ਨੰਬਰ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਕੇ ਰਜਿਸਟਰ ਕੀਤੇ ਜਾ ਸਕਦੇ ਹਨ
3. ਇੱਕ ਤੋਂ ਵੱਧ ਦਾਅਵੇਦਾਰਾਂ ਦੇ ਮਾਮਲੇ ਵਿੱਚ, ਹਰੇਕ ਦਾਅਵੇਦਾਰ ਲਈ ਵੱਖਰੇ ਫਾਰਮ ਭਰਨ ਦੀ ਲੋੜ ਹੁੰਦੀ ਹੈ
4. ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਘੋਸ਼ਣਾਵਾਂ ਨੂੰ ਧਿਆਨ ਨਾਲ ਪੜ੍ਹੋ ਅਤੇ ਦਾਅਵੇਦਾਰ ਨੂੰ ਦਾਅਵੇ ਦੇ ਫਾਰਮ 'ਤੇ ਉਸੇ ਤਰ੍ਹਾਂ ਦਸਤਖਤ ਕਰਨੇ ਚਾਹੀਦੇ ਹਨ ਜਿਵੇਂ ਤੁਸੀਂ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਆਪਣੇ ਚੈੱਕ 'ਤੇ ਦਸਤਖਤ ਕਰਦੇ ਹੋ।
5. ਦਾਅਵਾ ਪਾਲਿਸੀ ਦੇ ਸਾਰੇ ਨਿਯਮਾਂ ਅਤੇ ਸ਼ਰਤਾਂ ਦੀ ਪੂਰਤੀ ਦੇ ਅਧੀਨ ਭੁਗਤਾਨਯੋਗ ਹੁੰਦਾ ਹੈ
6. ਇਸ ਦਾਅਵੇ 'ਤੇ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਕਰਨ ਲਈ ਕਿਸੇ ਨੂੰ ਕੋਈ ਫੀਸ ਜਾਂ ਕਮਿਸ਼ਨ ਨਹੀਂ ਦਿੱਤਾ ਜਾਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ
7. ਯਕੀਨੀ ਕਰੋ ਕਿ ਤੁਹਾਡਾ ਪਤਾ, ਫੋਨ ਨੰਬਰ ਅਤੇ ਈਮੇਲ ਆਈਡੀ ਮੌਜੂਦਾ ਅਤੇ ਕਿਰਿਆਸ਼ੀਲ ਹਨ ਕਿਉਂਕਿ ਪੱਤਰ ਵਿਹਾਰ ਸਿਰਫ ਇਸ ਰਾਹੀਂ ਹੀ ਹੋਵੇਗਾ।
8. ਤਾਰੇ ਦਾ ਚਿਨ੍ਹ (*) ਲਾਜ਼ਮੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨੂੰ ਦਰਸਾਉਂਦਾ ਹੈ

B. ਜਮ੍ਹਾਂ ਕੀਤੇ ਜਾਣ ਵਾਲੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼

ਲਾਜ਼ਮੀ ਦਸਤਾਵੇਜ਼

- (1) ਮੂਲ ਪਾਲਿਸੀ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ (ਡੀਮੈਟਰੀਅਲਾਈਜ਼ਡ ਪਾਲਿਸੀ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਦੇ ਮਾਮਲੇ ਵਿੱਚ ਜ਼ਰੂਰੀ ਨਹੀਂ) (2) ਸਥਾਨਕ ਅਧਿਕਾਰੀ ਦੁਆਰਾ ਜਾਰੀ ਮੌਤ ਦਾ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ
- (3) ਦਾਅਵੇਦਾਰ ਦਾ ਪੈਨ ਕਾਰਡ (4) ਦਾਅਵੇਦਾਰ ਦੀ ਪਾਸਪੋਰਟ ਸਾਈਜ਼ ਫੋਟੋ (5) ਰੱਦ ਕੀਤਾ ਚੈੱਕ

ਵਾਧੂ ਦਸਤਾਵੇਜ਼

ਹਸਪਤਾਲ ਵਿੱਚ ਭਰਤੀ/ਬਿਮਾਰੀ ਦੇ ਕਾਰਨ ਮੌਤ (1) ਮੌਤ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ ਦਾ ਮੈਡੀਕਲ ਕਾਰਨ (2) ਅਤੀਤ ਵਿੱਚ ਲਏ ਗਏ ਸਾਰੇ ਇਲਾਜਾਂ ਦੇ ਮੈਡੀਕਲ ਰਿਕਾਰਡ(ਦਾਖਲਾ ਨੋਟਸ, ਇਤਿਹਾਸ / ਪ੍ਰਗਤੀ ਸ਼ੀਟ, ਛੁੱਟੀ / ਮੌਤ ਦਾ ਸਾਰ, ਟੈਸਟ ਰਿਪੋਰਟਾਂ, ਆਦਿ) (3) ਦਾਅਵੇਦਾਰ ਦੀ ਪਾਸਪੋਰਟ ਸਾਈਜ਼ ਫੋਟੋ (4) ਰੱਦ ਕੀਤਾ ਚੈੱਕ

ਦੁਰਘਟਨਾ ਵਿੱਚ ਮੌਤ ਦੀ ਪਹਿਲੀ ਸੂਚਨਾ ਰਿਪੋਰਟ (FIR), ਪੰਚਨਾਮਾ/ਜਾਂਚ ਰਿਪੋਰਟ, ਪੋਸਟ-ਮਾਰਟਮ ਰਿਪੋਰਟ (PMR), ਡਰਾਈਵਿੰਗ ਲਾਇਸੈਂਸ, ਪੁਲਿਸ ਦੀ ਅੰਤਿਮ ਰਿਪੋਰਟ, ਵਿਸ਼ੇਰਰਪੋਰਟ (ਜੇ ਲਾਗੂ ਹੋਵੇ) ਅਖਬਾਰਾਂ ਦੀ ਕਟਿੰਗ(ਗਾਂ), ਜੇ ਕੋਈ ਹੋਵੇ, ਲਾਗੂ ਹੋਣ ਅਨੁਸਾਰ ਹੋਗ

ਬੇਦਾਅਵਾ: 1. ਜਮ੍ਹਾਂ ਕੀਤੀਆਂ ਜਾਣ ਵਾਲੀਆਂ ਕਾਪੀਆਂ ਅਤੇ ਅਸਲ ਕਲੇਮ ਸਪੁਰਦਗੀ ਸਮੇਂ ਪੇਸ਼ ਕੀਤੀਆਂ ਜਾਣੀਆਂ ਹਨ,

2. Pramerica Life Insurance Limited, ਲੋੜ ਹੋਣ ਤੇ, ਹੋਰ ਜਾਣਕਾਰੀ/ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਮੰਗਣ ਦਾ ਅਧਿਕਾਰ ਰਾਖਵਾਂ ਰੱਖਦੀ ਹੈ।

C. ਵੈਧ ਪਛਾਣ ਅਤੇ ਪਤੇ ਦੇ ਸਬੂਤਾਂ ਦੀ ਸੂਚੀ (ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਜਮ੍ਹਾਂ ਕੀਤੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ 'ਤੇ ਸਹੀ ਦਾ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ)

ਫੋਟੋ ਪਛਾਣ ਦਾ ਸਬੂਤ (ਕੋਈ ਵੀ)

- ☐ ਦਾਅਵੇਦਾਰ ਦਾ ਪੈਨ ਕਾਰਡ
- ☐ ਵੈਧ ਪਾਸਪੋਰਟ
- ☐ ਵੋਟਰ ਆਈਡੀ ਕਾਰਡ
- ☐ ਆਧਾਰ ਕਾਰਡ*
- ☐ ਵੈਧ ਡਰਾਈਵਿੰਗ ਲਾਇਸੈਂਸ
- ☐ ਮੋਹਰ ਲੱਗੀ ਫੋਟੋ ਵਾਲੀ ਬੈਂਕ ਪਾਸਬੁੱਕ (6 ਮਹੀਨਿਆਂ ਤੋਂ ਵੱਧ ਪੁਰਾਣੀ ਨਾ ਹੋਵੇ)
- ☐ ਕੇਂਦਰੀ/ਰਾਜ ਸਰਕਾਰ ਦੁਆਰਾ ਕਰਮਚਾਰੀਆਂ ਨੂੰ ਜਾਰੀ ਕੀਤਾ ਆਈਡੀ ਕਾਰਡ।
- ☐ ਕੋਈ ਹੋਰ ਕੇਂਦਰੀ/ਰਾਜ ਸਰਕਾਰ ਦੁਆਰਾ ਜਾਰੀ ਕੀਤੀ ਆਈਡੀ

ਪਤੇ ਦਾ ਸਬੂਤ (ਕੋਈ ਵੀ)

- ☐ ਵੈਧ ਪਾਸਪੋਰਟ
- ☐ ਵੋਟਰ ਆਈਡੀ ਕਾਰਡ
- ☐ ਆਧਾਰ ਕਾਰਡ*
- ☐ ਵੈਧ ਡਰਾਈਵਿੰਗ ਲਾਇਸੈਂਸ
- ☐ ਮੋਹਰ ਲੱਗੀ ਫੋਟੋ ਵਾਲੀ ਬੈਂਕ ਪਾਸਬੁੱਕ (6 ਮਹੀਨਿਆਂ ਤੋਂ ਵੱਧ ਪੁਰਾਣੀ ਨਾ ਹੋਵੇ)

*ਮੈਂ ਆਪਣੀ ਮਰਜ਼ੀ ਨਾਲ ਪ੍ਰਮੇਰਿਕਾ ਲਾਈਫ ਇੰਸ਼ੂਰੈਂਸ ਲਿਮਿਟੇਡ ਦੁਆਰਾ ਕੇਵਾਈਸੀ ਦੀ ਪਾਲਣਾ ਲਈ ਪਛਾਣ ਦੀ ਜਾਂਚ ਕਰਵਾਉਣ ਲਈ ਆਪਣੇ ਆਧਾਰ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਨ ਲਈ ਆਪਣੀ ਰਜਾਮੰਦੀ ਦਿੰਦਾ ਹਾਂ।

D. ਨੋਟ: ਦਾਅਵੇਦਾਰ ਦਾ NEFT ਹੁਕਮ/ ਬੈਂਕ ਖਾਤੇ ਦੇ ਵੇਰਵੇ

- ਖਾਤਾ ਨੰਬਰ ਦੇ ਨਾਲ ਇੱਕ ਰੱਦ ਕੀਤਾ ਵਿਅਕਤੀਗਤ ਚੈੱਕ ਅਤੇ IFSC ਨੂੰ NEFT ਹੁਕਮ ਦੇ ਨਾਲ ਜਮ੍ਹਾਂ ਕੀਤਾ ਜਾਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ। ਜੇਕਰ ਚੈੱਕ ਵਿਅਕਤੀਗਤ ਨਹੀਂ ਹੈ, ਤਾਂ ਇੱਕ ਨਵੀਨਤਮ ਬੈਂਕ ਸਟੇਟਮੈਂਟ ਜਾਂ ਪਾਸਬੁੱਕ ਦੀ ਕਾਪੀ (ਜਿੱਥੇ ਖਾਤਾ ਨੰਬਰ ਅਤੇ IFSC ਦਾ ਜ਼ਿਕਰ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਹੈ) ਨੂੰ ਹੁਕਮ ਦੇ ਨਾਲ ਜਮ੍ਹਾਂ ਕਰਾਉਣ ਦੀ ਲੋੜ ਹੁੰਦੀ ਹੈ।
- ਇਹ ਹੁਕਮ, ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਕਰਨ 'ਤੇ, Pramerica Life Insurance Limited ਦੇ ਗਾਹਕ ਦੁਆਰਾ ਰੱਖੀਆਂ ਸਾਰੀਆਂ ਪਾਲਿਸੀਆਂ ਲਈ ਕਿਸੇ ਵੀ ਪਹਿਲਾਂ ਟੈਗ ਕੀਤੇ NEFT ਹੁਕਮ ਨੂੰ ਓਵਰਰਾਈਡ ਕਰ ਦੇਵੇਗਾ।
- NEFT ਦੇ ਅਸਫਲ ਜਾਂ ਹੁਕਮ 'ਤੇ ਲੰਬਿਤ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਲੋੜਾਂ ਦੇ ਮਾਮਲੇ ਵਿੱਚ, ਨਵਾਂ NEFT ਹੁਕਮ ਪ੍ਰਾਪਤ ਹੋਣ ਤੱਕ ਭੁਗਤਾਨ ਨੂੰ ਰੋਕਿਆ ਜਾਵੇਗਾ। ਇਸਦੇ ਲਈ ਤੁਹਾਨੂੰ ਸੂਚਨਾ ਭੇਜੀ ਜਾਵੇਗੀ।

"NRE ਖਾਤੇ ਵਿੱਚ ਰੀਫੰਡ (ਪੂਰਾ ਜਾਂ ਅਨੁਪਾਤਕ) NRE ਖਾਤੇ ਦੁਆਰਾ ਭੁਗਤਾਨ ਕੀਤੇ ਪ੍ਰੀਮੀਅਮ(ਆਂ) ਦੇ ਅਨੁਪਾਤ ਦੇ ਅਧੀਨ ਹੋਵੇਗਾ। ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ NRE ਖਾਤੇ ਰਾਹੀਂ ਭੁਗਤਾਨ ਕੀਤੇ ਪ੍ਰੀਮੀਅਮ(ਮਾਂ) ਦੇ ਇੱਕ ਸਬੂਤ ਵਜੋਂ ਬੈਂਕ ਸਟੇਟਮੈਂਟ ਜਾਂ ਬੈਂਕ ਪੁਸ਼ਟੀ ਪੱਤਰ ਜਮ੍ਹਾਂ ਕਰੋ।

##ਅਨੁਪਾਤਕ ਭੁਗਤਾਨ ਦੇ ਮਾਮਲੇ ਵਿੱਚ, ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਦੋ NEFT ਹੁਕਮ ਦਿਓ ਉਦਾਹਰਣ ਲਈ NRE ਖਾਤੇ ਅਤੇ ਗੈਰ-NRE ਖਾਤੇ ਲਈ।

IRDAI ਰਜਿਸਟ੍ਰੇਸ਼ਨ ਨੰ. 140 Pramerica Life Insurance Limited. ਰਜਿਸਟਰਡ ਦਫਤਰ ਅਤੇ ਸੰਚਾਰ ਪਤਾ: ਚੌਥੀ ਮੰਜ਼ਲ ਇਮਾਰਤ ਨੰ. 9, ਟਾਵਰ ਬੀ, ਸਾਈਬਰ ਸਿਟੀ, ਡੀਐਲਐਫ ਸਿਟੀ ਫੇਜ਼ III. ਗੁੜਗਾਓ - 122002, ਹਰਿਆਣਾ
CIN: U66000HR2007PLC052028. ਗਾਹਕ ਸੇਵਾ ਹੈਲਪਲਾਈਨ: 1860 500 7070 (ਸਥਾਨਕ ਖਰਚੇ ਲਾਗੂ) ਜਾਂ ਡਾਇਲ ਕਰੋ- 011- 4818 7070 ਈਮੇਲ: contactus@pramericalife.in Website: www.pramericalife.in
ਦਿਖਾਇਆ ਗਿਆ Pramerica ਮਾਰਕ 'The Prudential Insurance Company of America' ਨਾਲ ਸੰਬੰਧਤ ਹੈ ਅਤੇ ਲਾਇਸੈਂਸ ਦੇ ਅਧੀਨ Pramerica Life insurance Limited ਦੁਆਰਾ ਵਰਤਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ।

ਜਾਅਲੀ / ਧੋਖਾਧੜੀ ਵਾਲੇ ਫੋਨ ਕਾਲਾਂ ਤੋਂ ਸਾਵਧਾਨ ਰਹੋ: IRDAI ਬੀਮਾ ਪਾਲਿਸੀਆਂ ਵੇਚਣ, ਬੇਨਸ ਦੀ ਘੋਸ਼ਣਾ ਕਰਨ ਜਾਂ ਪ੍ਰੀਮੀਅਮਾਂ ਦੇ ਨਿਵੇਸ਼ ਵਰਗੀਆਂ ਗਤੀਵਿਧੀਆਂ ਵਿੱਚ ਸ਼ਾਮਲ ਨਹੀਂ ਹੈ। ਅਜਿਹੀਆਂ ਫੋਨ ਕਾਲਾਂ ਆਉਣ ਵਾਲੇ ਲੋਕਾਂ ਨੂੰ ਪੁਲਿਸ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਦਰਜ ਕਰਾਉਣ ਦੀ ਬੇਨਤੀ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ।

ਗਾਹਕ ਮਾਨਤਾ ਕਾਪੀ-ਵਿਅਕਤੀਗਤ ਮੌਤ ਦਾ ਦਾਅਵਾ ਫਾਰਮ

ਪਾਲਿਸੀ ਨੰ. _____ ਦਾਅਵੇਦਾਰ ਦਾ ਨਾਮ _____

ਸ਼ਾਖਾ ਦਾ ਨਾਮ / ਇੰਟਰਐਕਸ਼ਨ ਆਈਡੀ _____ ਦਾਅਵੇਦਾਰ ਦੀ ਕਲਾਇੰਟ ਆਈਡੀ _____

ਕਰਮਚਾਰੀ ਦਾ ਨਾਮ _____ ਤਾਰੀਖ _____

ਕਰਮਚਾਰੀ ਦੇ ਦਸਤਖਤ _____ ਕਰਮਚਾਰੀ ਦਾ ਕੋਡ _____

Branch Stamp

IRDAI ਰਜਿਸਟ੍ਰੇਸ਼ਨ ਨੰ. 140 Pramerica Life Insurance Limited. ਰਜਿਸਟਰਡ ਦਫਤਰ ਅਤੇ ਸੰਚਾਰ ਪਤਾ: ਚੌਥੀ ਮੰਜ਼ਲ ਇਮਾਰਤ ਨੰ. 9, ਟਾਵਰ ਬੀ, ਸਾਈਬਰ ਸਿਟੀ, ਡੀਐਲਐਫ ਸਿਟੀ ਫੇਜ਼ III. ਗੁੜਗਾਓ - 122002, ਹਰਿਆਣਾ
CIN: U66000HR2007PLC052028. ਗਾਹਕ ਸੇਵਾ ਹੈਲਪਲਾਈਨ: 1860 500 7070 (ਸਥਾਨਕ ਖਰਚੇ ਲਾਗੂ) ਜਾਂ ਡਾਇਲ ਕਰੋ- 011- 4818 7070 ਈਮੇਲ: contactus@pramericalife.in Website: www.pramericalife.in
ਦਿਖਾਇਆ ਗਿਆ Pramerica ਮਾਰਕ 'The Prudential Insurance Company of America' ਨਾਲ ਸੰਬੰਧਤ ਹੈ ਅਤੇ ਲਾਇਸੈਂਸ ਦੇ ਅਧੀਨ Pramerica Life insurance Limited ਦੁਆਰਾ ਵਰਤਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ।

ਜਾਅਲੀ / ਧੋਖਾਧੜੀ ਵਾਲੇ ਫੋਨ ਕਾਲਾਂ ਤੋਂ ਸਾਵਧਾਨ ਰਹੋ: IRDAI ਬੀਮਾ ਪਾਲਿਸੀਆਂ ਵੇਚਣ, ਬੇਨਸ ਦੀ ਘੋਸ਼ਣਾ ਕਰਨ ਜਾਂ ਪ੍ਰੀਮੀਅਮਾਂ ਦੇ ਨਿਵੇਸ਼ ਵਰਗੀਆਂ ਗਤੀਵਿਧੀਆਂ ਵਿੱਚ ਸ਼ਾਮਲ ਨਹੀਂ ਹੈ। ਅਜਿਹੀਆਂ ਫੋਨ ਕਾਲਾਂ ਆਉਣ ਵਾਲੇ ਲੋਕਾਂ ਨੂੰ ਪੁਲਿਸ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਦਰਜ ਕਰਾਉਣ ਦੀ ਬੇਨਤੀ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ।