

3S दावेदार वक्तव्यप्रपत्र (मृत्यु दावे)

- दावेदार विवरण प्रपत्र पॉलिसी के अंतर्गत दावेदार/लाभार्थी या कानूनी रूप से अधिकृत व्यक्ति द्वारा भरा जाना चाहिए.
- सभी आवश्यक प्रलेख पृष्ठ के नीचे दिए 'दावा प्रकोष्ठ' के पते पर भेजें

प्रस्तुत किए जाने वाले प्रलेख

अनिवार्य प्रलेख	बीमाकृत राशिप्रकरणों के लिए अतिरिक्त प्रलेख
1. मूल पॉलिसी प्रमाण-पत्र 2. स्थानीय प्राधिकारी द्वारा जारी मृत्यु प्रमाण-पत्र की प्रति 3. दावेदार के वर्तमान पते का साक्ष्य 4. दावेदार का फोटो पहचान साक्ष्य 5. निरस्त चेक/बैंक पासबुक की प्रति*	स्वाभाविक मृत्यु/बीमारी की वजह से मृत्यु 1. मृत्यु के चिकित्सकीय वैधानिक कारणों की प्रति 2. चिकित्सकीय अभिलेख (भर्ती टिप्पणियाँ, अस्पताल से छुट्टी/मृत्यु सारांश, जाँच प्रतिवेदन इत्यादि) दुर्घटनावश मृत्यु एफआईआर की प्रति, पंचनामा, कानूनी जाँच प्रतिवेदन, पोस्टमार्टम प्रतिवेदन, ड्राइविंग लाइसेंस

*कानूनी अपेक्षाओं के अनुसार, बीमाकर्ताओं को पॉलिसीधारकों/ नामितों/ अभ्यर्पितों को देय सभी राशियों का भुगतान सीधे उनके बैंक अकाउंट में क्रेडिट करके करना है.

1. पॉलिसी विवरण : (अनिवार्य)

8 अंकों का/के पॉलिसी क्रमांक :
 (कृपया आईसीआईसीआई प्रूडेन्शियल के साथ ली गई सभी पॉलिसियों के क्रमांकों का उल्लेख करें)

2. दावेदार विवरण (वर्तमान निवास का पता दिए गए पते के साक्ष्य के साथ मेल खाना चाहिए) :

नाम: जीवन बीमित व्यक्ति के साथ संबंध :

जन्म दिनांक : DD/MM/YYYY पता :

पिन कोड : टेलीफोन नं. (एसटीडी कोड सहित) :

मोबाइल नंबर : अन्य मोबाइल नंबर :

कॉल करने का सुविधाजनक समय : ई-मेल आईडी :

पैन नंबर :

3. मृत जीवन बीमित व्यक्ति का विवरण : (अनिवार्य)

नाम : पिता का नाम :

जन्म दिनांक : DD/MM/YYYY मृत्यु दिनांक : DD/MM/YYYY

मृत्यु स्थल : अस्पताल/क्लीनिक निवास कार्यालय अन्य (कृपया निर्दिष्ट करें)

मृत्यु पर आयु :

मृत्यु का कारण/बीमारी की प्रकृति/आदत (कृपया निशान लगाएँ ✓/✗) :	बीमारी की पहचान की तिथि
<input type="checkbox"/> उच्च रक्तचाप <input type="checkbox"/> मधुमेह <input type="checkbox"/> हृदय रोग <input type="checkbox"/> यकृत रोग <input type="checkbox"/> गुर्दा रोग <input type="checkbox"/> कैंसर	
<input type="checkbox"/> धूम्रपान <input type="checkbox"/> शराब <input type="checkbox"/> तंबाकू <input type="checkbox"/> नशीली दवाएँ	
<input type="checkbox"/> दुर्घटना <input type="checkbox"/> आत्महत्या <input type="checkbox"/> अन्य	
पिछले 5 सालों में कभी अस्पताल में भर्ती/बीमार होना: <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं विवरण	

मृत घोषित करने वाले चिकित्सक का नाम और टेलीफोन नम्बर :

पुलिस थाने का नाम और पता जहाँ एफआईआर दर्ज की गई (यदि कोई हो) :

4. बीमारी का इलाज/पहचान : (अनिवार्य)

बीमारी की प्रकृति :

पहचान की तिथि : DD/MM/YYYY अस्पताल में भर्ती करने की तिथि : DD/MM/YYYY अस्पताल से छुट्टी होने की तिथि : DD/MM/YYYY

उपचार करने वाले चिकित्सक/अस्पताल का नाम : पता :

एसटीडी कोड के साथ टेलीफोन नं. :

5. रोजगार विवरण : (अनिवार्य)

अंतिम नियोक्ता/व्यवसाय का नाम :

पद : अंतिम कार्य दिवस :

पता :

एसटीडी कोड के साथ टेलीफोन नं. :

6. जीवन बीमित व्यक्ति की अन्य जीवन बीमा/मेडिकलेम पॉलिसियों का विवरण (अनिवार्य)

कम्पनी/टीपीए का नाम	पॉलिसी क्रमांक	बीमाकृत राशि

7. क्या आप एक राजनीतिक संपर्क वाले व्यक्ति (दावेदार) हैं? हाँ नहीं

राजनीतिक संपर्क वाले व्यक्ति (पीईपी) वे व्यक्ति होते हैं जिन्हें विदेश में प्रमुख सार्वजनिक कार्य सौंपे गए हैं, उदाहरण के तौर पर राज्य या सरकार प्रमुख, वरिष्ठ राजनेता, वरिष्ठ शासकीय/न्यायिक/सैन्य अधिकारी, राज्य स्वामित्व वाले निगमों के वरिष्ठ अधिकारी, महत्वपूर्ण राजनीतिक पार्टी अधिकारी आदि, जिनमें इनके परिजन एवं निकट संबंधी शामिल हैं.

दावे के कागजात यहां भिजवाए जाने हैं :

आईसीआईसीआई प्रूडेन्शियल लाइफ इंश्योरेंस कंपनी लिमिटेड, यूनिट नं. 1A व 2A, रहेजा टिप्को प्लाजा, रानी सती मार्ग, मालाड (पूर्व), मुंबई - 400 097.

8. दावा हितलाभ भुगतान विकल्प (जहां प्रोडक्ट के नियमों व शर्तों के अनुसार लागू है)*

*पॉलिसी के आरंभ में चुने गए हितलाभ विकल्प को नहीं बदला जा सकता है, दावे की अवस्था में केवल भुगतान की विधि को बदला जा सकता है।

*दावे की अवस्था में भुगतान विधि में परिवर्तन लागू नहीं है अगर पॉलिसी के आरंभ में "एकमुश्त राशि हितलाभ विकल्प चुना गया है।

*भविष्य में भुगतान के वर्तमान मूल्य की गणना करने के लिए ली गई ब्याज दर 4% वार्षिक है।

आय विकल्प	बढ़ती आय का विकल्प	एकमुश्त तथा आय विकल्प
<input type="checkbox"/> पॉलिसी के आरंभ में लिया गया विकल्प	<input type="checkbox"/> पॉलिसी के आरंभ में लिया गया विकल्प	<input type="checkbox"/> पॉलिसी के आरंभ में लिया गया विकल्प
<input type="checkbox"/> पहले वर्ष की आमदनी एडवान्स एकमुश्त रूप में तथा बाकी मासिक किस्तों में	<input type="checkbox"/> पहले वर्ष की आमदनी एडवान्स एकमुश्त रूप में तथा बाकी मासिक किस्तों में	<input type="checkbox"/> एकमुश्त (भविष्य में भुगतान का भावी मूल्य)*
<input type="checkbox"/> एकमुश्त (भविष्य में भुगतान का भावी मूल्य)*	<input type="checkbox"/> एकमुश्त (भविष्य में भुगतान का भावी मूल्य)*	

9. इलेक्ट्रॉनिक भुगतान विकल्प (आपके बैंक खाते में धनराशि का सीधा स्थानांतरण) कृपया इस प्रपत्र के साथ निरस्त चेक/चेक की प्रति जमा कराएँ

खाता धारक का नाम :
(जैसा बैंक खाते में उल्लेखित है)

मोबाइल नंबर : बैंक का नाम :

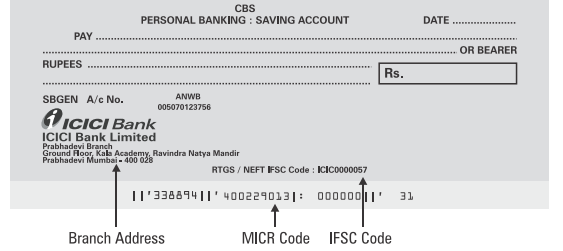
शाखा का नाम और पता :

बैंक का खाता क्रमांक :

एमआईसीआर कोड

बैंक द्वारा जारी चेक प्रति पर दर्शाए गए 9 अंकों का कोड. एमआईसीआर कोड की पुष्टि के लिए कृपया निरस्त चेक की एक प्रति संलग्न करें.

आईएफएससी कोड



कम्पनी द्वारा दावेदार को सभी भुगतान करने के लिए इस प्रपत्र में चुने गए भुगतान के प्रकार का ही प्रयोग किया जाएगा. भुगतान पॉलिसी के नियमों और शर्तों के अनुसार किया जाएगा. इसके अलावा कम्पनी के पास इलेक्ट्रॉनिक भुगतान चुनने के बजाय किसी भी अन्य वैकल्पिक भुगतान विकल्प को चुनने का अधिकार सुरक्षित है जिनमें डिमांड ड्राफ्ट/सममूल्य पर देय चेक शामिल है. आईएफएससी कोड प्रदान किए जाने की ज़िम्मेदारी ग्राहक पर होती है. कृपया ध्यान रखें कि आरटीजीएस के लिए आईएफएससी कोड और एनईएफटी के लिए आईएफएससी कोड अलग हो सकते हैं. मैं अपने द्वारा इस प्रपत्र में दी गई किसी अपूर्ण/गलत जानकारी के कारण मेरे बैंक खाते में राशि जमा न होने पर या यदि लेनदेन में देरी होने या पूर्ण रूप से प्रभावी नहीं होने की स्थिति में आईसीआईसीआई प्रूडेन्शियल लाइफ इंश्योरेंस कं. लि. को ज़िम्मेदार नहीं ठहराऊंगा/ठहराऊंगी.

X
मालिक/प्रस्तावक के हस्ताक्षर/अंगूठे की छाप

स्थान : दिनांक : DD/MM/YYYY

10. जीवन बीमित व्यक्ति के नाम से आईसीआईसीआई बैंक खाते के विवरण, यदि कोई हो* (यह जानकारी बंद करने संबंधी औपचारिकताएँ पूर्ण करने के लिए आईसीआईसीआई बैंक को दी जाएगी) :

आईसीआईसीआई बैंक खाता संख्या :

अनुमति/घोषणा

बीमा पॉलिसी क्रमांक:

मैं, श्री/सुश्री/श्रीमती (दावेदार का नाम) (नाम), श्री/सुश्री /श्रीमती (बीमित व्यक्ति का नाम)

(जीवन बीमित व्यक्ति का नाम), का/की (संबंध) एतद् द्वारा घोषणा करता/करती हूँ कि उपर्युक्त विवरण प्रत्येक संदर्भ में सत्य हैं. मैं एतद् द्वारा आईसीआईसीआई प्रूडेन्शियल लाइफ इंश्योरेंस कं. लि. और उसके प्रतिनिधियों को पुराने और वर्तमान नियोजन(ओं)/व्यवसाय के सहयोगियों/चिकित्सकीय अध्ययनियों/अस्पतालों (सरकारी/निजी)/जन्म और मृत्यु पंजीयक/कोई जीवन या गैर जीवन बीमा कम्पनी और जीवन बीमा संघ के मेडिकल रजिस्टर से जानकारी/प्रलेख प्राप्त करने के लिए अपनी सहमति देता/देती हूँ. मैं एतद् द्वारा अस्पताल / संबंधित प्राधिकारियों से आईसीआईसीआई प्रूडेन्शियल लाइफ इंश्योरेंस कम्पनी लि. को रिलीज करने का अनुरोध करता हूँ. और उसके प्रतिनिधियों को जीवन बीमा करवाने वाले व्यक्ति के स्वास्थ्य की अवस्था, आदत और व्यवसाय के संबंध में पॉलिसी जारी किए जाने के पहले या बाद में उसकी जानकारी के अंतर्गत कोई भी विवरण दिए जाने और आईसीआईसीआई प्रूडेन्शियल लाइफ इंश्योरेंस कं. लि. से किसी भी जीवन या गैर-जीवन बीमा कम्पनी/या जीवन बीमा संघ के मेडिकल रजिस्टर को ऐसी जानकारियाँ और रोजगार/व्यवसाय का रिकॉर्ड या अन्य विवरण, जो भी प्रासंगिक समझा जाए, दिए जाने का अनुरोध करता/करती हूँ.

उस स्थिति में जहाँ बीमित राशि शून्य/निवेश योजना/प्रदत्त पॉलिसियाँ हैं, जहाँ कम्पनी को पॉलिसी के प्रलेख जमा नहीं किए गए हैं और जहाँ कुल भुगतान ₹ 5 लाख से ज़्यादा नहीं है, मैं एतद् द्वारा उन सभी देनदारियों के प्रति कम्पनी को हानिरहित रखने के लिए सहमति देता/देती हूँ जो पॉलिसी प्रलेखों के कब्जे में होने या अन्यथा के आधार पर किसी अन्य व्यक्ति द्वारा कम्पनी को किए गए किसी दावे के कारण हो सकती है.

कृपया ध्यान दें : पेंशन उत्पादों के अंतर्गत दावा लाभों का भुगतान एकमुश्त किया जाएगा, यदि आवधिक पेंशन के लिए अनुरोध नहीं किया जाता है.

आपका/आपकी विश्वसनीय,

दावेदार या नामित व्यक्ति के हस्ताक्षर/अंगूठे की छाप	गवाह का नाम व हस्ताक्षर
X अपनी पहचान व पते के साक्ष्यजमा करवाएँ	दावेदार के साथ संबंध :
मोबाइल नम्बर :	मोबाइल नंबर:
स्थान : दिनांक : DD/MM/YYYY	स्थान : दिनांक : DD/MM/YYYY

नामित व्यक्ति का नाम :

(नामित का नाम पॉलिसी प्रमाण-पत्र में निर्दिष्ट नाम के साथ मेल खाना चाहिए)

नामित व्यक्ति के पहचान साक्ष्य और पते के साक्ष्य को जमा कर लिया गया है. हाँ / नहीं यदि नहीं तो उसका कारण

पॉलिसी की स्थिति :

दावा प्रस्तुतकर्ता : नामित परिवार का कोई सदस्य सलाहकार अन्य (कृपया निर्दिष्ट करें)

दावा निर्धारकों का नाम जिनसे संपर्क किया गया : फोन नं. :

स्पार्क कॉल आईडी :

कृपया क्लेम सर्विस डॉक्यूमेंट्स के अंतर्गत ओम्नी डॉक्स में प्रलेखों को स्कैन करें

मोहर
और
समय

*कृपया ध्यान दें कम्पनी सिर्फ खाता बंद किए जाने की सुविधा दे रही है और खाते को बंद किए जाने में बैंक द्वारा की गई किसी भी देरी या विफलता के लिए जिम्मेदार नहीं होगी. इस संबंध में किसी भी स्पष्टीकरण के लिए, आपसे सीधे बैंक से समन्वय करने का अनुरोध किया जाता है.

प्राप्तिपर्ची
(मृत्यु दावे)

पॉलिसी क्रमांक :

दावेदार का नाम :

शाखा का नाम और कोड :

दिनांक : DD/MM/YYYY कर्मचारी का नाम और कोड :

प्रलेख मूल पॉलिसी प्रमाण-पत्र दावेदार का फोटो पहचान साक्ष्य दावेदार के पते का साक्ष्यजमा किए गए : निरस्त चेक स्थानीय अधिकारी द्वारा जारी मृत्यु प्रमाण-पत्र की प्रति अन्य

मोहर

- जहाँ बीमित राशि शून्य है (पेंशन योजना) सूचना की तिथि पर फंड मूल्य देय है.
- प्राप्ति पर्ची की व्याख्या दावों की स्वीकृति के रूप में नहीं की जानी चाहिए. कम्पनी के पास अतिरिक्त प्रलेख/आवश्यकता के लिए माँगने का अधिकार सुरक्षित है.

दावा सम्पर्क स्थल



क्लेम सेल :

आईसीआईसीआई प्रुडेन्शियल लाइफ इंश्योरेंस कंपनी लिमिटेड,
यूनिट नं. 1A व 2A, रहेजा टिफ्को प्लाजा,
रानी सती मार्ग, मालाड (पूर्व),
मुंबई - 400 097.

24x7 क्लेमकेयर सेल :

कस्टमर केयर नंबर : 1860 266 7766
कॉल सेन्टर का समय : सुबह 10.00 बजे से
रात 7.00 बजे तक, सोमवार से शनिवार
(राष्ट्रीय अवकाश को छोड़कर)

हमें ई-मेल करें :

lifeline@iciciprulife.com



एसएमएस सेवा :

ICLAIM <space> 8 digit
policy no. to 56767