

मृत्यु दावा सूचनापत्र (Death Claim Handout)

हम आपके प्रियजन की मृत्यु पर गहरी संवेदना व्यक्त करते हैं और पूरी दावा प्रक्रिया के दौरान हमारी सहायता का आश्वासन देते हैं। आपके दावे के शीघ्र निपटान के लिए हमें निम्नलिखित दस्तावेजों की आवश्यकता है। कृपया निम्नलिखित दस्तावेजों की सूची, साथ ही विशिष्ट निर्देशों को ध्यान से देखें, क्योंकि इससे आपको दावा जमा करने में मदद मिलेगी।

1. मृत्यु दावा फॉर्म

नामिती/दावेदार को मृत्यु दावा फॉर्म पूरी तरह से भर कर उस पर हस्ताक्षर करने चाहिए। यदि एक से अधिक नामिती हों, तो प्रत्येक नामिती को एक अलग मृत्यु दावा फॉर्म भरकर हस्ताक्षर करने चाहिए।

2. मृत्यु प्रमाणपत्र

मृत्यु का प्रमाण उस सरकारी कार्यालय से प्राप्त मूल प्रमाणित उद्घरण के रूप में होना चाहिए, जहां जन्म और मृत्यु के रिकॉर्ड दर्ज किये जाते हैं और जो मृत्यु प्रमाणपत्र जारी करने के लिए प्राधिकृत है। इसमें नगरपालिका, जिला मंडल, खंड विकास कार्यालय या ग्राम पंचायत शामिल हो सकते हैं। यदि मृत्यु प्रमाणपत्र जमा किया गया हो, तो उसे राजपत्रित अधिकारी द्वारा साक्ष्यांकित किया जाना चाहिए।

3. मूल पॉलिसी दस्तावेज तथा अनुसूची

कृपया मूल पॉलिसी दस्तावेज और अनुसूची जमा करें जो पॉलिसी शुरू करने के समय दिये गये थे। यदि पॉलिसी दस्तावेज और अनुसूची खो गये हों, तो हमें इसके कारणों और किन परिस्थितियों में खो गये, इस बारे में सूचित करें। 100 के मुद्रांक पत्र पर निष्पादित और हस्ताक्षरित क्षतिपूर्ति बॉन्ड, जो साक्ष्यांकित और नोटरीकृत हो, मृत बीमित व्यक्ति की पहचान के प्रमाण तथा पते के प्रमाण के साथ जमा किया जाना चाहिए।

4. दावेदार का फोटो पहचान प्रमाण

बीमित व्यक्ति के साथ दावेदार के संबंध को स्थापित करनेवाले फोटो पहचान प्रमाण, पासपोर्ट, पैन कार्ड, मतदाता आईडी, ड्राइविंग लाइसेंस, आदि दस्तावेज हो सकते हैं।

5. दावेदार के पते का प्रमाण

पते के प्रमाण में पासपोर्ट, मतदाता पहचानपत्र, राशन कार्ड, ड्राइविंग लाइसेंस, आदि दस्तावेज हो सकते हैं।

6. बैंकिंग ब्योरा

दावेदार के खाते में दावा भुगतान के सीधे अंतरण के लिए, कृपया आईएफएससी कोड, बैंक खाता क्रमांक, और दावेदार के नामवाले निरस्त चेक (अनिवार्य) की एक प्रति जमा करें। यदि निरस्त चेक की प्रति में मांगी गयी जानकारी न हो, तो कृपया निरस्त चेक की प्रति के साथ पासबुक की प्रतिलिपि जमा करें या अवीवा वेबसाइट पर या अवीवा की किसी शाखा में उपलब्ध एनईएफटी मंडेट फॉर्म को सही ढंग से पृष्ठांकित कर जमा करें।

7. अंतिम चिकित्सा सहायक की रिपोर्ट

बीमित व्यक्ति का अंतिम समय में जिस डॉक्टर या अस्पताल ने इलाज किया हो, या यदि बीमित व्यक्ति ने मृत्यु से पहले जिनसे कोई इलाज करवाया हो, यह फॉर्म उनके द्वारा भरा और प्रमाणित किया जाना चाहिए।

8. डिस्चार्ज (अस्पताल से छुट्टी)/मृत्यु सारांश

उस संबंधित अस्पताल से जारी जहां बीमित व्यक्ति ने इलाज करवाया हो।

9. अस्पताल के अन्य दस्तावेज

बीमित व्यक्ति के पहले के / या वर्तमान भरती के दौरान के उपचार पत्र।

10. प्रथम सूचना रिपोर्ट (एफआईआर) व अंतिम पुलिस तफ्तीश रिपोर्ट

यदि एफआईआर दर्ज की गयी हो और पुलिस ने तफ्तीश की हो, या फिर केवल दुर्घटना के मामले में, इसे पुलिस अधिकारियों से प्राप्त करना होगा।

11. पोस्ट मॉर्टम रिपोर्ट

यदि पोस्ट मॉर्टम किया गया हो, तो पुलिस अधिकारियों से प्राप्त करनी होगी।

12. यदि प्राप्तकर्ता की कर नागरिकता भारत से बाहर हो, केवल तभी सीआरएस फॉर्म भरना होगा

यह फॉर्म अवीवा वेबसाइट पर या अवीवा की किसी भी शाखा में उपलब्ध है।



अवीवा लाइफ इंश्योरेंस कंपनी इंडिया लिमिटेड
अवीवा टॉवर, सेक्टर रोड, गोल्फ कोर्स के सामने,
डीएलएफ फेज-V, सेक्टर 43, गुरुग्राम-122003
www.avivaindia.com



ग्राहक सेवा हेल्पलाइन नंबर
1800-103-77-66 (टोल फ्री)
0124-270-9046



ईमेल
claims@avivaindia.com

मृत्यु दावा फॉर्म (Death Claim Form)

- यह फॉर्म पॉलिसी के तहत दावेदार/लाभार्थी या कानूनी रूप से पात्र व्यक्ति द्वारा भरा जाना चाहिए.
- कृपया सभी आवश्यक दस्तावेज़ अवीवा की किसी शाखा में जमा करें या अवीवा के प्रधान कार्यालय को कूरियर द्वारा भेजें (पता प्राप्ति-सूचना पत्र में दिया गया है).
- मृत्यु दावा फॉर्म के साथ जमा करने के लिए आवश्यक दस्तावेज़ों की सूची के लिए कृपया मृत्यु दावा सूचनापत्र देखें.

जमा किये जानेवाले अनिवार्य दस्तावेज़	जमा किये जानेवाले अतिरिक्त दस्तावेज़
<ol style="list-style-type: none"> दावेदार द्वारा विधिवत भरा और हस्ताक्षरित किया हुआ मृत्यु दावा फॉर्म सक्षम अधिकारी द्वारा जारी मूल मृत्यु प्रमाणपत्र या उसकी साक्ष्यांकित प्रति मूल पॉलिसी दस्तावेज़ तथा अनुसूची दावेदार का फोटो पहचान प्रमाण एवं पते का प्रमाण बैंक खाते में धनराशि के इलेक्ट्रॉनिक अंतरण के लिए हस्ताक्षरित निरस्त चेक की प्रति 	<p>प्राकृतिक मृत्यु/बीमारी के कारण मृत्यु</p> <ol style="list-style-type: none"> अंतिम चिकित्सा सहायक की रिपोर्ट डिस्सार्च (अस्पताल से छुट्टी)-/मृत्यु सारांश तथा अस्पताल के अन्य दस्तावेज़ जैसे कि निदान परीक्षण रिपोर्ट तथा सभी पुराने चिकित्सा रेकॉर्ड <p>दुर्घटनावश मृत्यु</p> <ol style="list-style-type: none"> प्रथम सूचना रिपोर्ट (एफआईआर) की प्रति अंतिम पुलिस तफ़्तीश रिपोर्ट पोस्ट मॉर्टम रिपोर्ट समाचारपत्र की कतरन (यदि उपलब्ध हो)

दावेदार का ब्योरा

पॉलिसी क्रमांक (कृपया अवीवा से ली हुई सभी पॉलिसियों के क्रमांक लिखें)

दावेदार का नाम

बीमित व्यक्ति से संबंध

वर्तमान पता

शहर राज्य पिन कोड

मोबाइल नंबर वैकल्पिक नंबर

ईमेल आईडी पैन क्रमांक

भारत के बाहर के क्षेत्र(त्रों) में कर-प्रयोजन के लिए निवास ☐ हाँ* ☐ नहीं

*यदि हाँ, तो कृपया अवीवा वेबसाइट पर या अवीवा की किसी शाखा में उपलब्ध सीआरएस परिशिष्ट भरें

बैंक खाते का ब्योरा*

खाताधारक का नाम (जैसा बैंक रेकॉर्ड में दर्ज हो)

बैंक का नाम

शाखा का पता

खाता क्रमांक

आईएफएससी कोड

एमआईसीआर कोड (9 अंक)

खाते का प्रकार ☐ बचत खाता ☐ चालू खाता ☐ एनआरई ☐ एनआरओ

*धनराशि के सीधे अंतरण के लिए हस्ताक्षरित निरस्त चेक जमा करना अनिवार्य है.
यदि प्राप्तकर्ता का नाम चेक पर पूर्व-मुद्रित न हो, तो कृपया अवीवा वेबसाइट या अवीवा की किसी शाखा में उपलब्ध एनईएफटी मैडेट फॉर्म जमा करें. एनआरई खाते के लिए, कृपया बैंक विवरण/एनआरई खाते के पासबुक की प्रतिलिपि, जिससे प्रीमियम राशियाँ प्रेषित की गयी हों, को जमा करें.

CBS PERSONAL BANKING: SAVING ACCOUNT		DATE: _____
PAY _____	OR BEARER	
RUPEES _____	ER	
SBGEN A/c No. _____	ANWB: 003070123756	
ABC BANK LIMITED Gurgaon Branch Ground Floor, Towers, Gurgaon		
RTGS / NEFT IFSC CODE : ABNI00000020		
334455	110229011	000000 31
Branch Address	MICR Code	IFSC Code

बीमित व्यक्ति का ब्योरा

बीमित व्यक्ति का नाम

जन्मतिथि तिथि माह वर्ष वर्ष वर्ष वर्ष वर्ष वर्ष

मृत्यु का कारण

मृत्यु की तिथि तिथि माह वर्ष वर्ष वर्ष वर्ष वर्ष वर्ष

मृत्यु का समय घं घं मि मि

मृत्यु का स्थान

दुर्घटना के कारण मृत्यु के लिए:

दुर्घटना की तिथि तिथि माह वर्ष वर्ष वर्ष वर्ष वर्ष वर्ष

दुर्घटना का समय घं घं मि मि

दुर्घटना का स्थान

दुर्घटना का प्रकार

क्या पोस्ट मॉर्टम/ऑटोप्सी की गयी थी ☐ हाँ* ☐ नहीं* यदि हाँ, तो कृपया पोस्ट मॉर्टम रिपोर्ट की एक प्रति जमा करें

प्राकृतिक या बीमारी के कारण मृत्यु:

लक्षणों की सर्वप्रथम शिकायत तिथि तिथि माह वर्ष वर्ष वर्ष वर्ष वर्ष वर्ष

चिकित्सक का ब्योरा	चिकित्सक/अस्पताल या औषधालय का नाम	जहां परामर्श लिया परामर्श की तिथि	बीमारी का स्वरूप	बीमारी की अवधि
इलाज करनेवाले अंतिम चिकित्सक/ चिकित्सक जिन्होंने मृत्यु की घोषणा की				
पिछले 3 वर्षों में जिन चिकित्सकों से परामर्श लिया				

बीमित व्यक्ति के रोजगार का ब्योरा (तभी लागू जब बीमित व्यक्ति एक वेतनभोगी कर्मचारी हो)*

अंतिम नियोक्ता का नाम

पता

टेलीफोन नंबर, एसटीडी कोड के साथ कार्यस्थल पर पदनाम

*कृपया अवीवा वेबसाइट या अवीवा की किसी शाखा में उपलब्ध नियोक्ता प्रश्नावली को जमा करें

बीमित व्यक्ति और उनके पति/उनकी पत्नी द्वारा ली गयी अन्य जीवन बीमा/मेडीक्लेम/स्वास्थ्य पॉलिसियां

कंपनी का नाम	पॉलिसी क्रमांक	पॉलिसी जारी करने की तिथि	बीमित राशि व प्रीमियम	दावे की स्थिति (यदि कोई हो)

घोषणा

श्री (बीमित व्यक्ति) के पॉलिसी क्रमांक के तहत दावे के संबंध में, मैं दावेदार , एतद्वारा घोषणा करता/करती हूँ कि उपरोक्त विवरण मेरी सर्वोत्तम जानकारी और विश्वास के अनुसार सत्य है।

दावेदार के हस्ताक्षर दिनांक तिथि तिथि माह वर्ष वर्ष वर्ष वर्ष वर्ष वर्ष

स्थान

यह प्रमाणित किया जाता है कि इस फॉर्म की विषयवस्तु दावेदार को देशी भाषा में समझा दी गयी है और उन्होंने उसे पूरी तरह समझ लेने के बाद ही इस पर अपने हस्ताक्षर किये हैं/अंगूठे की छाप लगायी है।

घोषणाकर्ता का नाम संपर्क नंबर पदनाम

घोषणाकर्ता के हस्ताक्षर पता

प्राधिकरण

जीवन बीमा पॉलिसी क्रमांक

में श्री/श्रीमती/सुश्री (दावेदार का नाम),
 _____ (बीमित व्यक्ति से संबंध) एतद्वारा अवीवा लाइफ इंश्योरेंस कंपनी इंडिया लिमिटेड, और/या उसके प्रतिनिधि को
 यह सहमति देता/देती हूँ कि वे रोजगार/चिकित्सा/अस्पताल के सभी दस्तावेज़/पुलिस के रिकॉर्ड/अन्य दस्तावेज़ (फोटोकॉपियाँ सहित)/इलाज/मृत बीमित व्यक्ति के
 व्यवसाय, जो उन्होंने पॉलिसी के जारी होने से पहले या बाद में हासिल की हो, से संबंधित जानकारी, साथ ही उन वर्तमान पॉलिसियों के बारे में जानकारी, जो उन्होंने
 अन्य जीवन बीमा कंपनियों से इस पॉलिसी के पहले या बाद में ली हों, प्राप्त करें।

दिनांक

स्थान

भवदीय,

दावेदार के
हस्ताक्षर/अंगूठे की छाप

दावेदार का संपर्क विवरण

पूरा पता

मोबाइल नंबर एसटीडी कोड के साथ लैंडलाइन

ईमेल आईडी

प्राप्ति-सूचना पत्र

पॉलिसी क्रमांक

बीमित व्यक्ति का नाम

सेवा निवेदन आईडी

इनके द्वारा संसाधित किया गया (नाम एवं हस्ताक्षर)

शाखा की मुहर व दिनांक

टिप्पणी

1. इस फॉर्म को जमा करने को दावे की मंजूरी नहीं माना जाना चाहिए।
2. दस्तावेज़ों के आकलन के बाद, अवीवा अतिरिक्त दस्तावेज़ माँगने का अधिकार सुरक्षित रखती है।



अवीवा लाइफ इंश्योरेंस कंपनी इंडिया लिमिटेड
 अवीवा टॉवर, सेक्टर रोड, गोल्फ कोर्स के सामने,
 डीएलएफ फेज़-V, सेक्टर 43, गुरुग्राम-122003
www.avivaindia.com



ग्राहक सेवा हेल्पलाइन नंबर
 1800-103-77-66 (टोल फ्री)
 0124-270-9046



ईमेल
claims@avivaindia.com