



ग्रुप क्लेम फार्म (गैर-नियोक्ता-कर्मचारी)

पॉलिसी नं.: _____ सदस्य का नाम: _____

मास्टर पॉलिसीधारक का नाम: _____ सदस्य संख्या: _____

जन्म तारीख: _____ प्रमाणपत्र नं./ऋण खाता नं.: _____ बीमा राशि: रु _____

कवरेज शुरू होने की तारीख और पॉलिसी जारी करने की तारीख: _____ मूल ऋण राशि: रु _____

सेक्शन - I (दावेदार के संबंध में सूचना)

	दावेदार 1	दावेदार 2	दावेदार 3 (एमपीएच)
शीर्षक			
नाम			
लिंग			
जन्म तारीख			
पता			
संपर्क नं.			
ईमेल आईडी			
सदस्य के साथ संबंध			
एनईएफटी विवरण			
बैंक का नाम			
बैंक खाते का प्रकार	☐ बचत ☐ चालू ☐ एनआरई*	☐ बचत ☐ चालू ☐ एनआरई*	☐ बचत ☐ चालू ☐ एनआरई*
बैंक खाता नं.			
शाखा का नाम और पता			
आईएफएससी कोड (आपके चेक पर दिखाई देने वाला 11 वर्ण का कोड)			

*यदि यह विकल्प चुना जाता है, तो भुगतान इस आदेश में दिए गए खाता नं. में चेक के माध्यम से किया जाएगा।

- ध्यान दें:
- अवयस्क नामिनी के मामले में, नियुक्त व्यक्ति/कानूनी उत्तराधिकारी द्वारा भरे जाने वाले विवरण।
 - एक व्यक्तिगत रद्द चेक (खाता नं. और आईएफएससी कोड के साथ) एनईएफटी मंडेट के साथ जमा किया जाना चाहिए, जहां चेक वैयक्तिकृत नहीं है, वहां नवीनतम बैंक विवरण (3 महीने से अधिक पुराना नहीं) या पासबुक की कॉपी (जिसमें खाता नंबर और आईएफएससी कोड का उल्लेख किया गया हो) मंडेट के साथ जमा करना होगा।
 - प्रोसेसिंग पर यह मंडेट एचडीएफसी लाइफ के साथ क्लाइंट द्वारा धारित सभी पॉलिसियों के लिए पहले से टैग किए गए किसी भी एनईएफटी मंडेट को रद्द कर देगा।
 - एनईएफटी की विफलता के मामले में या मंडेट पर कोई और आवश्यकताएं लंबित होने पर, भुगतान को तब तक रोका जाएगा जब तक कि नया एनईएफटी मंडेट नहीं मिल जाता। उसके संबंध में आपको सूचना भेजी जाएगी।

सेक्शन - II (सदस्य के संबंध में सूचना)

मृत्यु की तिथि और समय: _____ मृत्यु की जगह: _____

मृत्यु का सटीक/तत्काल कारण: _____

गंभीर बीमारी में: _____ बीमारी का प्रकार: _____ निदान दिनांक: _____

मृत्यु प्रमाणित करने वाले डॉक्टरों/अस्पताल/क्लिनिक का विवरण

डॉक्टर का नाम	क्लिनिक/अस्पताल का नाम और पता	संपर्क नं.

पिछले उपचार के रिकॉर्ड				
डॉक्टर का नाम	क्लिनिक/अस्पताल का नाम और पता	संपर्क नं.	कंसल्टेशन की तिथि	कंसल्टेशन के कारण

पुलिस जांच के संबंध में विवरण (अप्राकृतिक मृत्यु में)

दुर्घटनास्थल	
शामिल वाहनों के पंजीकरण नं. (यदि उपलब्ध हो)	
ड्राइवरों के नाम, पते और दूरभाष नं. (यदि उपलब्ध हो)	
क्या पोस्टमॉर्टम कराया गया था? अगर हां। नाम, पता और अस्पताल के दूरभाष नं.	
उस स्थान का नाम, पता और दूरभाष नं. जहां घटना की रिपोर्ट दर्ज हुई	
निष्कर्ष (यदि उपलब्ध हो तो कृपया रिपोर्ट की प्रति भेजें)	

सेक्शन III (निर्देश-सह-पुष्टि-सह-डिस्चार्ज, अग्रिम डिस्चार्ज वाउचर और दावेदार की घोषणा)

दावेदार 1: श्री/सुश्री/श्रीमती _____ दावेदार 2: श्री/श्रीमती _____

मैं/हम, दावेदार यहां स्वीकार करते हैं और दावे के पूर्ण और अंतिम निपटान के लिए उपर्युक्त पॉलिसी के तहत देय सभी राशियों* की प्राप्ति की घोषणा करते हैं। मैं/हम एतद्वारा घोषणा करते हैं कि एचडीएफसी लाइफ उक्त पॉलिसी के तहत अपनी सभी देनदारियों का निर्वहन कर चुकी है। मैं किसी भी समय, किसी भी कारण से और इस आशय की किसी भी राशि को वापस करने का वचन देता हूं जो मेरे खाते में या तो अधिक या जो मुझे देय नहीं है आ गई है। मैं पुष्टि करता हूं कि यहां दिए गए विवरण सभी पहलुओं में सत्य, सही और पूर्ण हैं।

मैं/हम, दावेदार, एतद्वारा घोषणा करते हैं कि ऊपर दिया गया यह कथन (सेक्शन II के अंतर्गत कवर्ड) हर दृष्टि से सत्य और पूर्ण है। मैं/हम डॉक्टर जिन्होंने किसी रोग या बीमारी के लिए मृत सदस्य की जांच/उपचार किया, या किसी अन्य व्यक्ति को मृतक के स्वास्थ्य की स्थिति के बारे में जानकारी प्रदान करने के लिए अधिकृत करता हूं, जो उसने एचडीएफसी लाइफ द्वारा बीमाकर्ता को पॉलिसी जारी करने से पहले/बाद में प्राप्त किया हो सकता है। मैं/हम एचडीएफसी लाइफ द्वारा इस दावे को संसाधित करने के लिए आवश्यकता पड़ने पर विवरण और रिपोर्ट प्रदान करने और प्रस्तुत करने के लिए सहमत हैं।

मैं/हम, सदस्य द्वारा प्राप्त बीमा के संबंध में नामिनी (बीमा का विवरण नीचे तालिका में दिया गया है), सदस्य की मृत्यु के परिणामस्वरूप, नामांकित व्यक्ति के रूप में, मैं नामिनी के रूप में एचडीएफसी लाइफ से बीमा राशि प्राप्त करने का पात्र हूं। इस उद्देश्य के लिए, मैंने एचडीएफसी लाइफ को आवश्यक दावा आवेदन किया है/कर रहा हूं। चूंकि मुझे नीचे दी गई तालिका के अनुसार, नीचे वर्णित मास्टर पॉलिसीधारक को बकाया ऋण राशि का भुगतान करना आवश्यक है, मैं एचडीएफसी लाइफ को राशि का भुगतान करने के लिए निर्देश देता और अधिकृत करता हूं, जिसे नीचे तालिका में बकाया राशि के रूप में सीधे मास्टर पॉलिसीधारक को दिखाया गया है, और शेष राशि का मुझे भुगतान किया जाए। एचडीएफसी लाइफ द्वारा मेरे निर्देशों पर और मेरी ओर से मास्टर पॉलिसीधारक को इस तरह के भुगतान पर, और मुझे शेष बीमा दावा राशि के लिए भुगतान जारी करने पर, एचडीएफसी लाइफ मेरे कारण दावा राशि के संबंध में पूरी तरह से मुक्त हो जाएगा।

क्रेडिट खाता विवरण

ए) बीमा राशि जिसके लिए ग्रुप बीमा पॉलिसी के सदस्य का बीमा किया गया था	₹:
बी) ऋण की मूल राशि	₹:
सी) मास्टर पॉलिसीधारक द्वारा ऋण के लिए की गई वसूली का विवरण	₹:
डी) आकस्मिक घटना के घटित होने की तिथि को बकाया ऋण शेष	₹:
ई) शेष दावा राशि (इस के तहत संदर्भित राशि के बीच अंतर (ए) उपरोक्त और बकाया ऋण शेष इसके तहत संदर्भित (डी) उपरोक्त) मृत्यु दावों के मामले में बीमाधारक को अन्य आकस्मिक घटना होने पर या मृत सदस्य के नामिनी/लाभार्थी को देय	₹:

रसीदी टिकट
दावेदार के हस्ताक्षर 1
दिनांक: _____
स्थान : _____
*बकाया कटौती के बाद ऋण राशि

रसीदी टिकट
दावेदार के हस्ताक्षर 2
दिनांक: _____
स्थान : _____

**सेक्शन IV - तीसरे व्यक्ति द्वारा घोषणा की जानी है जहां दावेदार ने अपने अंगूठे का निशान लगाया है /
स्थानीय भाषा में हस्ताक्षर किए हैं / आवेदन नहीं भरा है**

मैं/एतद्वारा घोषणा करता हूँ कि मैंने दावेदार को इस आवेदन पत्र की सामग्री _____ भाषा में समझाई गई है और मुझे दिए गए उत्तर सच्चाई से दर्ज किए गए हैं। मैं यह भी घोषणा करता/करती हूँ कि दावेदार ने मेरी उपस्थिति में हस्ताक्षर किए/अंगूठे का निशान लगाया।

संपर्क नंबर: _____ हस्ताक्षर: _____ स्थान: _____ दिनांक: _____

सेक्शन V - मास्टर पॉलिसीधारक की ओर से घोषणा

मैं/हम, एचडीएफसी लाइफ को पॉलिसी के तहत उपरोक्त दावेदारों के पक्ष में उपर्युक्त राशि* के भुगतान की प्रक्रिया करने का निर्देश देते हैं। मैं/हम किसी भी समय, किसी भी कारण से और इस आशय के लिए किसी भी राशि को वापस करने का वचन देते हैं जो मेरे खाते में या तो अधिक या जो मेरे लिए देय नहीं है आ गई है। मैं पुष्टि करता हूँ कि यहां दिए गए विवरण सभी पहलुओं में सत्य, सही और पूर्ण हैं।

हम एतद्वारा घोषित करते हैं कि उपर्युक्त सदस्य जिसका मृत्यु प्रमाण पत्र और प्रथम सूचना रिपोर्ट (दुर्घटना मृत्यु के मामले में प्राथमिकी) यहां संलग्न है, वह उपरोक्त सदस्य नं. के तहत पॉलिसी में शामिल व्यक्ति था। हम आगे पुष्टि करते हैं और घोषणा करते हैं कि क्रेडिट अकाउंट स्टेटमेंट में दी गई जानकारी हमारे द्वारा सत्यापित है और उपरोक्त विवरण हमारे सर्वोत्तम ज्ञान और विश्वास के अनुसार सत्य और पूर्ण हैं। यदि दावेदार नाबालिग है, तो हम यह सुनिश्चित करेंगे कि मृत्यु लाभ दावेदार के कानूनी प्रतिनिधि को दिया जाए। हम पुष्टि करते हैं कि हमारे पक्ष में प्राप्त बीमित राशि, यदि इस तरह से, या नामांकित व्यक्ति के पक्ष में सौंपा गया है, यदि कोई असाइनमेंट मौजूद नहीं है, पूर्ण और अंतिम निपटान में है और उपर्युक्त सदस्य के जीवन पर उक्त पॉलिसी के तहत सभी दावों और मांगों का निर्वहन है।

मैं/हम एतद्वारा घोषणा करता/करती हूँ/करते हैं कि उपरोक्त क्रेडिट खाता विवरण में दी गई जानकारी/विवरण सभी पहलुओं में सत्य, सही और पूर्ण है।

रसीदी टिकट

कंपनी मुहर और अधिकृत हस्ताक्षरकर्ता/मास्टर पॉलिसीधारक के हस्ताक्षर

दिनांक: _____

स्थान: _____

*बकाया ऋण राशि की कटौती के बाद

कृपया नीचे उल्लिखित दस्तावेज जमा करें:

आवश्यकता का प्रकार	दावे का कारण			
	प्राकृतिक मृत्यु	अप्राकृतिक मृत्यु (दुर्घटना / हत्या / आत्महत्या)	गंभीर बीमारी / विकलांगता	लाइलाज बीमारी
सदस्य सूचना फार्म	✓	✓	✓	✓
नगर प्राधिकरण द्वारा जारी मृत्यु प्रमाण पत्र	✓	✓	x	x
इलाज करने वाले डॉक्टर द्वारा जारी मृत्यु प्रमाण पत्र का कारण	✓	✓	x	x
पुलिस प्राधिकरण द्वारा सत्यापित पुलिस रिकॉर्ड (अर्थात प्रथम सूचना रिपोर्ट, पंचनामा, जांच रिपोर्ट, पुलिस अंतिम जांच रिपोर्ट, विसरा / रासायनिक विश्लेषण रिपोर्ट आदि)	x	✓	x	x
अस्पताल प्राधिकरण द्वारा सत्यापित पोस्टमार्टम रिपोर्ट	x	✓	x	x
पूर्ण मेडिकल रिकॉर्ड (अतीत और वर्तमान बीमारी का)	✓	x	✓	✓
इलाज करने वाले डॉक्टर से प्रमाण पत्र	✓	x	✓	✓
खाता नं. के साथ एक रद्द वैयक्तिकृत चेक। और आईएफएससी कोड, जहां चेक वैयक्तिकृत नहीं है, वहां नवीनतम बैंक विवरण (3 महीने से अधिक पुराना नहीं) या पासबुक की एक प्रति (जिसमें खाता नं. और आईएफएससी कोड का उल्लेख किया गया है)	✓	✓	✓	✓

मृत्यु की परिस्थितियों के आधार पर, जैसा हम उचित समझेंगे, आगे के दस्तावेजों की मांग की जा सकती है।