



## ग्राहक सेवा अनुरोध फॉर्म

(इस सेवा के अनुरोध हेतु उचित खाने पर (✓) का निशान लगाएं.)

### 1. पते/सम्पर्क विवरण में परिवर्तन का अनुरोध; कृपया (स्पष्ट अक्षरों) में लिखें

पता \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 शहर \_\_\_\_\_  
 राज्य \_\_\_\_\_ पिन \_\_\_\_\_

#### सम्पर्क विवरण

ऑफिस : एसटीडी \_\_\_\_\_ फोन \_\_\_\_\_  
 निवासस्थान : एसटीडी \_\_\_\_\_ फोन \_\_\_\_\_  
 मोबाइल \_\_\_\_\_  
 ई-मेल \_\_\_\_\_

### 2. नाम में परिवर्तन का अनुरोध :

पॉलिसी मालिक

बीमित जीवन (खाने पर निशान लगाएं)

\_\_\_\_\_ (पहला नाम)

\_\_\_\_\_ (अंतिम नाम)

नोट: कृपया हलफनामे (एफिडेविट) के साथ समर्थन कागजात की प्रमाणित प्रति संलग्न करें

### 3. नामित व्यक्ति के नाम में परिवर्तन का अनुरोध :

इनके स्थान पर (वर्तमान नामित व्यक्ति)	इन्हें (प्रस्तावित नामित व्यक्ति)	नामित व्यक्ति की जन्मतिथि अगर नाबालिग हो (दिन/माह/वर्ष)	बीमित जीवन के साथ संबंध	नियुक्त व्यक्ति का विवरण (अगर नामित व्यक्ति नाबालिग हो)

नोट: अगर नामित व्यक्ति नाबालिग हो, तो नामित व्यक्ति के नाबालिग रहने के दौरान बीमित जीवन की मृत्यु की स्थिति में पॉलिसी की रकम प्राप्त करने के लिए, कृपया एक व्यक्ति के नाम ("नियुक्त व्यक्ति") का उल्लेख करें. अगर नामित व्यक्ति नाबालिग हो (अर्थात 18 वर्ष से कम उम्र) तो कृपया नामित व्यक्ति का विवरण दें.-  
 नामित व्यक्ति का विवरण

प्रथम नाम

पता \_\_\_\_\_

अंतिम नाम

शहर \_\_\_\_\_

राज्य \_\_\_\_\_ पिन \_\_\_\_\_

नियुक्त व्यक्ति का नामित व्यक्ति के साथ संबंध: \_\_\_\_\_

नियुक्त व्यक्ति के हस्ताक्षर: \_\_\_\_\_

### 4. आंशिक निकासी का अनुरोध: (केवल पॉलिसी के तीसरी वर्षगांठ के बाद लागू)

पॉलिसीधारक, पॉलिसी की तीसरी वर्षगांठ के बाद किसी भी समय पॉलिसी वर्षगांठ से ठीक पूर्व पॉलिसीधारक के खाते के मूल्य के 30% तक की पॉलिसी से आंशिक निकासी का अनुरोध कर सकता है. यह आंशिक निकासी चार्ज के विषयाधीन होगा

राशि (रु. में) \_\_\_\_\_ राशि (शब्दों में) \_\_\_\_\_

### 5. पॉलिसी का पूर्ण सरेन्डर करने का अनुरोध :

पॉलिसीधारक तृतीय पॉलिसी वर्षगांठ के बाद किसी भी समय पॉलिसी को सरेन्डर कर सकता है. पॉलिसीधारक को पॉलिसीधारक के अकाउन्ट मूल्य में से सरेन्डर चार्ज घटाकर प्राप्त सरेन्डर मूल्य का भुगतान किया जाएगा.

नोट: कृपया इस सेवा अनुरोध फॉर्म के साथ मूल पॉलिसी पैक तथा प्रथम प्रीमियम रसीद संलग्न करें.

### 6. फ्री लुक समाप्ति अनुरोध :

पॉलिसीधारक के पास पॉलिसी प्राप्ति की तिथि से इसके नियमों व शर्तों की समीक्षा करने के लिए 15 दिनों का समय है तथा अगर पॉलिसीधारक उपरोक्त नियम व शर्तों में से किसी से सहमत हो तो उसके पास अपनी आपत्ति/समाप्त करने का कारण देते हुए पॉलिसी को लौटाने का विकल्प है.

समाप्त करने का कारण: \_\_\_\_\_

नोट: कृपया इस सेवा अनुरोध फॉर्म के साथ मूल पॉलिसी पैक तथा पहली प्रीमियम रसीद को संलग्न करें.

उपरोक्त 4,5 तथा 6 में से किसी बिन्दु के लिए कृपया नीचे बैंक विवरण भरें:

बैंक का नाम :	बैंक अकाउन्ट नंबर :
एमआईसीआर कोड :	आईएफएससी कोड :
पॉलिसीधारक का नाम : (पूरे नाम का उल्लेख करें)	पॉलिसीधारक के हस्ताक्षर : (पॉलिसी रिकॉर्ड से मेल खाना चाहिए)
दिनांक :	स्थान :



## मृत्यु दावे हेतु आवेदन फॉर्म... दावेदार का कथन

(इसे पॉलिसी धन पाने के लिए कानूनी रूप से अधिकृत व्यक्ति द्वारा भरा जाना चाहिए। सभी उत्तर स्पष्ट और असंदिग्ध होने चाहिए।) कृपया दी गई जांचसूची के अनुसार कागजात भिजवाएं (पृष्ठ के नीचे दी गई है)

पॉलिसी नं.:

दावेदार का सम्पर्क नं.:

### I. दावेदार के बारे में जानकारी

दावेदार(/रों) का नाम	पूरा पता: _____
_____	_____
_____	_____ दावेदार की उम्र _____

1. बैंक का विवरण (अनिवार्य) बैंक का नाम \_\_\_\_\_ बैंक अकाउन्ट नं.: \_\_\_\_\_

### II. बीमित जीवन के बारे में जानकारी

नाम _____ उम्र _____	मृत्यु का स्थान _____	मृत्यु की तिथि तथा समय _____
----------------------	-----------------------	------------------------------

2. (अ) मृत्यु का कारण:  मेडिकल  दुर्घटना  आत्महत्या

2. (ब) अंतिम बीमारी की अवधि

3. अगर मेडिकल, तो कृपया मृत्यु का कारण बताएं \_\_\_\_\_

4. मृतक ने उस बीमारी के लिए पहली बार उपचार कब लिया, जिससे बाद में उसकी मृत्यु हुई?  
अ) बीमारी की तिथि तथा प्रकार \_\_\_\_\_ ब) किस प्रकार का उपचार दिया गया \_\_\_\_\_

5. अंतिम बीमारी के दौरान जिस डॉक्टर/जिन डॉक्टरों से परामर्श किया गया, उनका नाम व पता: \_\_\_\_\_

1. अ) टेलीफोन नं. क्लिनिक \_\_\_\_\_ ब) मोबाइल \_\_\_\_\_ स) निवास \_\_\_\_\_  
2. अ) टेलीफोन नं. क्लिनिक \_\_\_\_\_ ब) मोबाइल \_\_\_\_\_ स) निवास \_\_\_\_\_

### कृपया निम्नलिखित को पूरा करें (अगर लागू हो)

6. पुलिस स्टेशन का नाम (जहां मृत्यु की घटना को दर्ज किया गया)..... एफआईआर नं. .... एफआईआर की तिथि .....

7. अस्पताल का नाम (जहां पोस्ट मॉर्टम किया गया) ..... पोस्ट मॉर्टम की तिथि .....

### III. बीमित जीवन के बारे में जानकारी

मैं/हम उपरोक्त नामित दावेदार, पूर्णतः घोषित करता हूँ/करते हैं कि उपरोक्त दिए गये उत्तर तथा कथन सभी दृष्टियों से सत्य हैं. तथा पुनः सहमत हूँ/हैं कि इस फॉर्म या इसके पूरक रूप में किसी अन्य फॉर्म का कंपनी को प्रस्तुत किया जाना कंपनी द्वारा प्रश्नगत जीवन पर किसी बीमा का प्रभावी होना या किन्हीं अधिकारों या पक्ष का परित्याग नहीं माना जाएगा.

किसी भी बात के प्रतिकूल होते हुए, कोई कानून, प्रथा या इस्तेमाल जो कि मेडिकल उपचार/बीमित जीवन की छानबीन के दौरान प्राप्त गुप्त जानकारी को प्रस्तुत किए जाने को निषिद्ध करता हो, मैं/हम एतद्वारा किसी डॉक्टर या अन्य व्यक्ति, या किसी अस्पताल, सेनेटोरियम, मेडिकल प्रोफेशनल, अस्पताल या अन्य मेडिकल केयर इन्स्टिट्यूशन; इश्योरेन्स सपोर्ट ऑर्गेनाइजेशन फार्मसी, सरकारी एजेन्सी, इश्योरेन्स कंपनी, नियोक्ता, बेनिफिट प्लान एडमिनिस्ट्रेटर अकाउन्टेन्ट या फायनान्शियल एडवाइजर या अन्य संस्थान को मैक्स न्यूयॉर्क लाइफ इश्योरेन्स कंपनी लि., इसके किसी ऑफिस, या न्यायालय, या किसी अन्वेषक एजेन्सी या इनकी ओर से कार्यरत स्वतंत्र एडमिनिस्ट्रेटर को मृतक से संबंधित रोजगार, फायनान्सेज या इश्योरेन्स, सलाह, देखभाल या उपचार जो उसे दिया गया हो या कोई जानकारी जो मृतक (बीमित जीवन) के स्वास्थ्य से संबंधित हो सकती है जिसमें मानसिक बीमारी, ड्रग्स के सेवन, शराब के सेवन, एचआईवी (एडव वायरस) तथा/या यौन संक्रमित रोग भी शामिल हैं, देने के लिए प्राधिकृत करता हूँ. इस प्राधिकृति की फोटोस्टेट कॉपी को मूल जितना ही प्रभावी तथा मान्य माना जाएगा.

दावेदार के हस्ताक्षर \_\_\_\_\_ हस्ताक्षर (स्थान) \_\_\_\_\_ दिनांक \_\_\_\_\_

### साक्षी के हस्ताक्षर-अनिवार्य

हस्ताक्षर: \_\_\_\_\_

नाम: \_\_\_\_\_

पता: \_\_\_\_\_

फ़ोन नं (एसटीडी के साथ) \_\_\_\_\_

इस कार्य पर निम्नलिखित में से किसी एक के (1) एजेन्ट (2) कंपनी को सेल्स मैनेजर/ब्रांच मैनेजर (3) ब्लॉक डेव्लपमेंट ऑफिसर (4) किसी राष्ट्रीयकृत बैंक का बैंक मैनेजर, रबर की मोहर के साथ (5) किसी कंपनी का कम से कम मैनेजर के पद का अधिकारी (6) कोई राजपत्रित अधिकारी (7) किसी सरकारी स्कूल का हेड मास्टर/प्रिंसीपल (8) मजिस्ट्रेट

अनपढ़ दावेदार द्वारा बाएं हाथ का अंगूठा लगाए जाने की स्थिति में घोषणा किसी ऐसे व्यक्ति द्वारा की जाएगी जो कंपनी से संबंधित न हो तथा जिसकी पहचान आसानी से स्थापित की जा सके.

“मैं एतद्वारा प्रमाणित करता हूँ कि उपरोक्त फॉर्म की विषयवस्तु को दावेदार को समझ में आनेवाली भाषा में समझा दिया गया है तथा इसकी विषयवस्तु को पूरी तरह से समझने के बाद ही उसने इस फॉर्म पर अपना अंगूठा लगाया है.”

(साक्षी के पूर्ण हस्ताक्षर)

सूचना: अगर कोई व्यक्ति जानबूझ कर गलत या भ्रामक जानकारी देते हुए दावा दर्ज करता है या जो कंपनी या अन्य किसी व्यक्ति के साथ धोखाधड़ी या छल करने से इरादे से जानकारी को छिपाता है, उसे राज्य के लागू कानूनों के अनुसार महापराध का दोषी या अन्य आपराधिक तथा/दीवानी दण्डों का पात्र, जैसी भी स्थिति हो माना जाएगा:

संलग्न किए जानेवाले कागजातों की जांचसूची

1) मृत्यु प्रमाणपत्र 2) मूल पॉलिसी पैक 3) दावेदार का फोटो आईडी प्रमाण 4) एफआईआर, पंचनामा तथा पोस्ट मॉर्टम रिपोर्ट (अगर मृत्यु का कारण दुर्घटना हो)