

ਦਾਅਵੇਦਾਰ ਬਿਆਨ ਫਾਰਮ (ਮੌਤ ਦਾਅਵੇ)

- ਪਾਲਿਸੀ ਹੇਠ ਦਾਅਵੇਦਾਰ / ਲਾਭਕਰਤਾ ਜਾਂ ਕਾਨੂੰਨੀ ਅਧਿਕਾਰ ਵਿਅਕਤੀ ਵਲੋਂ ਦਾਅਵੇਦਾਰ ਬਿਆਨ ਫਾਰਮ ਭਰਿਆ ਜਾਵੇ।
- ਸਾਰੇ ਚਾਹੀਦੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਹੇਠ ਪਿਠੇ ਦੱਸੇ 'ਕਲੇਮ ਸੈਲ' ਦੇ ਪਤੇ ਤੇ ਭੇਜੋ।

ਪੇਸ਼ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼	
ਜ਼ਰੂਰੀ ਦਸਤਾਵੇਜ਼	ਬੀਮਾਕ੍ਰਿਤ ਰਕਮ ਦੇ ਮਾਮਲਿਆਂ ਲਈ ਵਾਧੂ ਦਸਤਾਵੇਜ਼
1. ਅਸਲ ਪਾਲਿਸੀ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ 2. ਸਥਾਨੀ ਅਧਿਕਾਰ ਵਲੋਂ ਜਾਰੀ ਮੌਤ ਦੇ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ ਦੀ ਕਾਪੀ 3. ਦਾਅਵੇਦਾਰ ਦੇ ਮੌਜੂਦਾ ਪਤੇ ਦਾ ਸਬੂਤ 4. ਦਾਅਵੇਦਾਰ ਦਾ ਫੋਟੋ ਪਛਾਣ ਸਬੂਤ 5. ਕੈਸਲ ਕੀਤਾ ਚੈਕ / ਬੈਂਕ ਪਾਸਬੁਕ ਦੀ ਕਾਪੀ	ਕੁਦਰਤੀ ਮੌਤ / ਬਿਮਾਰੀ ਕਾਰਣ ਮੌਤ 1. ਮੌਤ ਦੇ ਕਾਰਣ ਦੀ ਡਾਕਟਰੀ-ਕਾਨੂੰਨੀ ਕਾਪੀ 2. ਮੈਡੀਕਲ ਰਿਕਾਰਡ (ਦਾਖਲੇ ਦੇ ਨੋਟਸ, ਡਿਸਚਾਰਜ / ਮੌਤ ਦਾ ਸਾਰ, ਜਾਂਚ ਰਿਪੋਰਟਾਂ, ਆਦਿ) ਹਾਦਸੇ ਦੁਆਰਾ ਮੌਤ ਐਫਆਈਆਰ, ਪੰਚਨਾਮਾ, ਪੜਤਾਲ ਰਿਪੋਰਟ, ਪੋਸਟਮਾਰਟਮ ਰਿਪੋਰਟ, ਡ੍ਰਾਈਵਿੰਗ ਲਸੰਸ ਦੀ ਕਾਪੀ

1. ਪਾਲਿਸੀ ਦਾ ਵੇਰਵਾ:

8 ਅੰਕ ਪਾਲਿਸੀ ਨੰਬਰ :
(ਕਿਰਪਾ ਕਰ ਕੇ ਆਈਸੀਆਈਸੀਆਈ ਪਰੂਡੈਂਸ਼ਿਅਲ ਲਾਈਫ ਇਨਸੂਰੈਂਸ ਕੰਪਨੀ ਲਿ. ਨਾਲ ਸਾਰੇ ਪਾਲਿਸੀ ਨੰਬਰ ਦੱਸੋ)

2. ਦਾਅਵੇਦਾਰ ਦਾ ਵੇਰਵਾ (ਪ੍ਰਦਾਨ ਕੀਤਾ ਪਤਾ ਸਬੂਤ ਦੇ ਨਾਲ ਮੌਜੂਦਾ ਰਿਹਾਇਸ਼ੀ ਪਤਾ ਮਿਲਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ)

ਨਾਮ: ਬੀਮਾਕ੍ਰਿਤ ਜੀਵਨ ਨਾਲ ਰਿਸ਼ਤਾ:
ਜਨਮ ਮਿਤੀ: DD/MM/YYYY ਪਤਾ:
ਪਿਨ ਕੋਡ: ਐਸਟੀਡੀ ਕੋਡ/ਸਮੇਤ ਟੈਲੀ ਫੋਨ ਨੰ.
ਮੋਬਾਇਲ ਨੰਬਰ: ਈਮੇਲ ਆਈਡੀ:

3. ਮਰੇ ਹੋਏ ਬੀਮਾਕ੍ਰਿਤ ਜੀਵਨ ਦਾ ਵੇਰਵਾ:

ਨਾਮ: ਪਿਤਾ ਦਾ ਨਾਮ:
ਜਨਮ ਮਿਤੀ: DD/MM/YYYY ਮਰਣ ਦੀ ਮਿਤੀ: DD/MM/YYYY
ਮੌਤ ਦੀ ਜਗ੍ਹਾ: ਹਸਪਤਾਲ/ਕਲਿਨਿਕ ਰਿਹਾਇਸ਼ ਦਫਤਰ ਹੋਰ ਕਿਰਪਾ ਕਰ ਕੇ ਦੱਸੋ :
ਮੌਤ ਵੇਲੇ ਉਮਰ:

ਮੌਤ ਦਾ ਕਾਰਣ / ਬਿਮਾਰੀ ਦਾ ਪ੍ਰਕਾਰ / ਆਦਤ (ਕਿਰਪਾ ਕਰ ਕੇ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ ✓/x)	ਬਿਮਾਰੀ ਦੇ ਨਿਦਾਨ ਦੀ ਤਾਰੀਖ
<input type="checkbox"/> ਹਾਈਪਰਟੈਨਸ਼ਨ <input type="checkbox"/> ਡਾਇਬਿਟੀਜ਼ <input type="checkbox"/> ਦਿਲ ਦੀ ਬਿਮਾਰੀ <input type="checkbox"/> ਜਿਗਰ ਦੀ ਬਿਮਾਰੀ <input type="checkbox"/> ਗੁਰਦੇ ਦੀ ਬਿਮਾਰੀ <input type="checkbox"/> ਕੈਂਸਰ	
<input type="checkbox"/> ਸਿਗਰਟ ਆਦਿ <input type="checkbox"/> ਸ਼ਰਾਬ <input type="checkbox"/> ਤੰਬਾਕੂ <input type="checkbox"/> ਨਸ਼ਾ	
<input type="checkbox"/> ਹਾਦਸਾ <input type="checkbox"/> ਆਤਮ-ਹਤਯਾ <input type="checkbox"/> ਹੋਰ	
ਪਿਛਲੇ 5 ਸਾਲਾਂ ਵਿੱਚ ਹਸਪਤਾਲ ਵਿੱਚ ਦਾਖਲਾ / ਬਿਮਾਰੀ <input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ ਵੇਰਵਾ	

ਮੌਤ ਦੀ ਘੋਸ਼ਣਾ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਡਾਕਟਰ ਦਾ ਨਾਮ, ਪਤਾ ਅਤੇ ਟੈਲੀਫੋਨ ਨੰਬਰ:
ਪੁਲਿਸ ਥਾਣਾ ਦਾ ਨਾਮ ਅਤੇ ਪਤਾ ਜਿੱਥੇ ਐਫਆਈਆਰ ਦਰਜ ਹੋਈ ਸੀ (ਜੇ ਹੋਈ):

4. ਬਿਮਾਰੀ ਦਾ ਇਲਾਜ / ਨਿਦਾਨ

ਬਿਮਾਰੀ ਦਾ ਨਾਮ:
ਨਿਦਾਨ ਦੀ ਤਾਰੀਖ: DD/MM/YYYY ਦਾਖਲੇ ਦੀ ਤਾਰੀਖ: DD/MM/YYYY ਡਿਸਚਾਰਜ ਦੀ ਤਾਰੀਖ: DD/MM/YYYY
ਇਲਾਜ ਕਰ ਰਹੇ ਡਾਕਟਰ / ਹਸਪਤਾਲ ਦਾ ਨਾਮ: ਪਤਾ:
ਐਸਟੀਡੀ ਕੋਡ ਸਮੇਤ ਟੈਲੀਫੋਨ ਨੰਬਰ:

5. ਰੁਜ਼ਗਾਰ ਦਾ ਵੇਰਵਾ:

ਆਖਰੀ ਮਾਲਕ / ਕਾਰੋਬਾਰ ਦਾ ਨਾਮ:
ਅਹੁਦਾ: ਕੰਮ ਕਰਨ ਦੀ ਆਖਰੀ ਮਿਤੀ:
ਪਤਾ:
ਐਸਟੀਡੀ ਕੋਡ ਸਮੇਤ ਟੈਲੀਫੋਨ ਨੰਬਰ:

6. ਬੀਮਾਕ੍ਰਿਤ ਜੀਵਨ ਵਲੋਂ ਧਾਰੀਆਂ ਹੋਰ ਜੀਵਨ ਬੀਮਾ / ਮੈਡੀਕਲੇਮ ਪਾਲਿਸਿਆਂ ਦਾ ਵੇਰਵਾ:

ਕੰਪਨੀ / ਟੀਪੀਏ ਦਾ ਨਾਮ	ਪਾਲਿਸੀ ਨੰਬਰ	ਬੀਮਾਕ੍ਰਿਤ ਰਕਮ

7. ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਰਾਜਨੀਤਕ ਤੌਰ ਤੇ ਫਾਸ਼ ਵਿਅਕਤੀ ਹੋ (ਦਾਅਵੇਦਾਰ)?

ਹਾਂ ਨਹੀਂ

ਰਾਜਨੀਤਕ ਤੌਰ ਤੇ ਫਾਸ਼ ਵਿਅਕਤੀ (ਪੀਐੱਫੀ) ਉਹ ਵਿਅਕਤੀ ਹਨ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਕਿਸੇ ਵਿਦੇਸ਼ੀ ਮੁਲਕ ਵਿੱਚ ਉੱਘੇ ਜਨਤਾ ਸਮਾਗਮਾਂ ਦੇ ਨਾਲ ਸਪੁਰਦ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਹੈ ਜਾਂ ਸੀ, ਉਦਾਹਰਨ, ਰਾਜ ਜਾਂ ਸਰਕਾਰ ਦੇ ਮੁੱਖੀ, ਸੀਨੀਅਰ ਸਿਆਸਤਦਾਨ, ਸੀਨੀਅਰ ਸਰਕਾਰੀ / ਨਿਆਂਕਾਰ / ਸੇਨਾ ਅਧਿਕਾਰੀ / ਰਾਜ ਦੀ ਮਲਕੀਅਤ ਵਾਲੇ ਨਿਗਮਾਂ ਦੇ ਸੀਨੀਅਰ ਅਧਿਕਾਰੀ, ਰਾਜਨੀਤਕ ਪਾਰਟੀ ਦੇ ਅਹਿਮ ਅਹੁਦੇਦਾਰ, ਆਦਿ, ਉਹਨਾਂ ਦੇ ਪਰਿਵਾਰਕ ਮੈਂਬਰ ਅਤੇ ਨੇੜੇ ਦੇ ਰਿਸ਼ਤੇਦਾਰਾਂ ਦੇ ਸਮੇਤ।

ਦਾਅਵਾ ਸੰਪਰਕ ਪਾਈਫਸ |

8. ਇਲੈਕਟ੍ਰਾਨਿਕ ਭੁਗਤਾਨ ਵਿਕਲਪ (ਸਿੱਧਾ ਤੁਹਾਡੇ ਬੈਂਕ ਖਾਤੇ ਵਿੱਚ ਫੰਡ ਦਾ ਟ੍ਰਾਂਸਫਰ) ਕਿਰਪਾ ਕਰ ਕੇ ਇਸ ਫਾਰਮ ਦੇ ਨਾਲ ਕੈਸਲ ਕੀਤੇ ਚੈਕ / ਚੈਕ ਦੀ ਕਾਪੀ ਪੇਸ਼ ਕਰੋ)

ਖਾਤਾ ਧਾਰਕ ਦਾ ਨਾਮ:.....
(ਜਿਵੇਂ ਬੈਂਕ ਦੇ ਖਾਤੇ ਵਿੱਚ ਹੈ)

ਮੋਬਾਇਲ ਨੰਬਰ:..... ਬੈਂਕ ਦਾ ਨਾਮ:.....

ਸ਼ਾਖਾ ਦਾ ਨਾਮ ਅਤੇ ਪਤਾ:.....

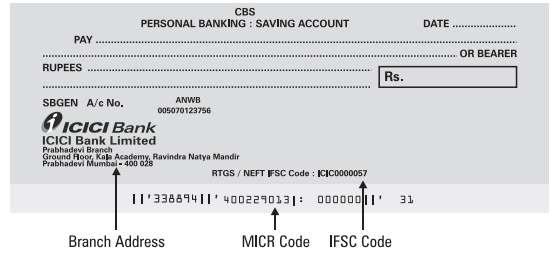
ਬੈਂਕ ਖਾਤਾ ਨੰਬਰ:.....

ਐਮਆਈਸੀਆਰ ਕੋਡ :

ਬੈਂਕ ਵਲੋਂ ਦਿੱਤੇ ਚੈਕ ਦੀ ਕਾਪੀ ਤੇ ਨਸ਼ਰ ਆਉਣ ਵਾਲਾ 9 ਅੰਕੀ ਕੋਡ।

ਐਮਆਈਸੀਆਰ ਕੋਡ ਦੀ ਪੁਸ਼ਟੀ ਲਈ ਕਿਰਪਾ ਕਰ ਕੇ ਕੈਸਲ ਕੀਤੇ ਚੈਕ ਦੀ ਕਾਪੀ ਨਾਲ ਨੱਥੋ)

ਆਈਐਫਐਸਸੀ ਕੋਡ



ਇਸ ਫਾਰਮ ਵਿੱਚ ਚੁਣੇ ਭੁਗਤਾਨ ਵਿਕਲਪ ਦਾ ਇਸਤੇਮਾਲ ਕੰਪਨੀ ਵਲੋਂ ਦਾਅਵੇਦਾਰ ਨੂੰ ਸਾਰੇ ਭੁਗਤਾਨ ਕਰਨ ਲਈ ਕੀਤਾ ਜਾਵੇਗਾ। ਭੁਗਤਾਨ ਪਾਲਿਸੀ ਦੇ ਨਿਯਮ ਅਤੇ ਸ਼ਰਤਾਂ ਦੇ ਮੁਤਾਬਕ ਅਤੇ ਅਧੀਨ ਹੋਣਗੇ। ਅੱਗੇ, ਇਲੈਕਟ੍ਰਾਨਿਕ ਭੁਗਤਾਨ ਵਿਕਲਪ ਚੁਣਨ ਦੇ ਬਾਵਜੂਦ, ਭੁਗਤਾਨ ਵਿਕਲਪ ਦਾ ਕੋਈ ਹੋਰ ਤਰੀਕਾ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਸ਼ਾਮਲ ਹੈ ਡਿਮਾਂਡ ਡ੍ਰਾਫਟ / ਪੇਏਬਲ ਔਟ ਪਾਰ ਚੈਕ, ਇਸਤੇਮਾਲ ਕਰਨ ਦਾ ਅਧਿਕਾਰ ਕੰਪਨੀ ਲਈ ਰਾਖਵਾਂ ਹੈ। ਆਈਐਫਐਸਸੀ ਕੋਡ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਨ ਦੀ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰੀ ਗਾਹਕ ਕੋਲ ਹੈ। ਕਿਰਪਾ ਕਰ ਕੇ ਇਸ ਦਾ ਧਿਆਨ ਦਿਓ ਕਿ ਆਰਟੀਜ਼ੀਅਲ ਲਈ ਆਈਐਫਐਸਸੀ ਕੋਡ ਅਤੇ ਐਨਈਐਫਟੀ ਲਈ ਆਈਐਫਐਸਸੀ ਕੋਡ ਵੱਖ ਹੋ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਜੇ ਅਧੂਰੀ / ਗਲਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੇ ਕਾਰਣਾਂ ਕਰ ਕੇ ਮੇਰੇ ਬੈਂਕ ਖਾਤੇ ਵਿੱਚ ਰਕਮ ਕ੍ਰੈਡਿਟ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦੀ ਹੈ ਜਾਂ ਲੈਣ-ਦੇਣ ਵਿੱਚ ਕੋਈ ਦੇਰੀ ਹੁੰਦੀ ਹੈ ਜਾਂ ਬਿਲਕੁਲ ਹੀ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦੀ ਹੈ ਤਾਂ ਮੈਂ ਆਈਸੀਆਈਸੀਆਈ ਪਰੂਡੋਸ਼ਿਅਲ ਲਾਈਫ ਇੰਸ਼ੂਰੈਂਸ ਲਿਮਿਟਡ ਨੂੰ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰ ਨਹੀਂ ਠਹਿਰਾਵਾਂਗਾ / ਠਹਿਰਾਵਾਂਗੀ।

X
ਦਾਅਵੇਦਾਰ ਦੇ ਦਸਤਖਤ / ਅੰਗੂਠੇ ਦਾ ਨਿਸ਼ਾਨ

ਸਥਾਨ:..... ਤਾਰੀਖ:..... DD/MM/YYYY

9. ਬੀਮਾਕ੍ਰਿਤ ਜੀਵਨ ਦੇ ਨਾਮ ਤੇ ਆਈਸੀਆਈਸੀਆਈ ਬੈਂਕ ਖਾਤੇ ਦਾ ਵੇਰਵਾ, ਜੇ ਹੈ* (ਖਾਤਾ ਬੰਦ ਕਰਨ ਦੀ ਵਿਧੀ ਲਈ ਇਹ ਜਾਣਕਾਰੀ ਆਈਸੀਆਈਸੀਆਈ ਬੈਂਕ ਨੂੰ ਦਿੱਤੀ ਜਾਵੇਗੀ)

ਆਈਸੀਆਈਸੀਆਈ ਬੈਂਕ ਖਾਤਾ ਨੰਬਰ:

ਘੋਸ਼ਣਾ ਅਤੇ ਅਧਿਕਾਰਨ:

ਬੀਮਾ ਪਾਲਿਸੀ ਨੰਬਰ:

ਮੈਂ ਸ੍ਰੀ/ ਕੁ. / ਸ੍ਰੀਮਤੀ _____ (ਨਾਮ), _____ (ਬੀਮਾਕ੍ਰਿਤ ਜੀਵਨ ਦਾ ਨਾਮ) ਦਾ _____ (ਰਿਸ਼ਤਾ) ਇੱਥੇ ਘੋਸ਼ਣਾ ਕਰਦਾ / ਕਰਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਉਪਰੋਕਤ ਬਿਆਨ ਹਰ ਪੱਖੋਂ ਸਹੀ ਹਨ। ਮੈਂ ਆਈਸੀਆਈਸੀਆਈ ਪਰੂਡੋਸ਼ਿਅਲ ਲਾਈਫ ਇੰਸ਼ੂਰੈਂਸ ਕੰਪਨੀ ਲਿਮਿਟਡ ਅਤੇ ਉਸ ਦੇ ਪ੍ਰਤਿਨਿਧੀਆਂ ਨੂੰ ਪਿੱਛਲੇ ਅਤੇ ਮੌਜੂਦਾ ਮਾਲਕ(ਾਂ) / ਕਾਰੋਬਾਰ ਸਹਿਕਾਰੀਆਂ / ਡਾਕਟਰੀ ਪੇਸ਼ਾਕਾਰਾਂ / ਹਸਪਤਾਲ (ਸਰਕਾਰੀ/ਪ੍ਰਾਈਵੇਟ) / ਜੀਵਨ ਅਤੇ ਮੌਤ ਰਜਿਸਟ੍ਰਾਰ, ਕੋਈ ਵੀ ਜੀਵਨ ਅਤੇ ਗੈਰ-ਜੀਵਨ ਬੀਮਾ ਕੰਪਨੀ / ਜਾਂ ਸੰਸਥਾ ਅਤੇ ਜੀਵਨ ਬੀਮਾ ਐਸੋਸੀਏਸ਼ਨ ਦੇ ਮੈਂਬਰ ਰਜਿਸਟਰ ਨੂੰ ਜਾਣਕਾਰੀ / ਦਸਤਾਵੇਜ਼ (ਫੋਟੋਕਾਪੀਆਂ ਸਮੇਤ) ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਦੀ ਸਹਿਮਤੀ ਦਿੰਦਾ / ਦਿੰਦੀ ਹਾਂ। ਮੈਂ ਚੁਕਵੀਆਂ ਅਧਿਕਾਰੀਆਂ ਨੂੰ ਬੇਨਤੀ ਕਰਦਾ ਹਾਂ ਕਿ ਉਹ ਆਈਸੀਆਈਸੀਆਈ ਪਰੂਡੋਸ਼ਿਅਲ ਲਾਈਫ ਇੰਸ਼ੂਰੈਂਸ ਕੰਪਨੀ ਲਿਮਿਟਡ ਅਤੇ ਉਸ ਦੇ ਪ੍ਰਤਿਨਿਧੀਆਂ ਨੂੰ ਆਪਣੇ ਗਿਆਤ ਅੰਦਰ ਪਾਲਿਸੀ ਦੇਣ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਅਤੇ ਬਾਅਦ ਬੀਮਾਕ੍ਰਿਤ ਜੀਵਨ ਦੀ ਸਿਹਤ ਦੀ ਅਵਸਥਾ, ਆਦਤਾਂ ਅਤੇ ਰੁਜ਼ਗਾਰ ਸੰਬੰਧਿਤ ਵੇਰਵੇ ਕੰਪਨੀ ਨੂੰ ਦੇਵੇ ਅਤੇ ਕੰਪਨੀ ਨੂੰ ਅਧਿਕਾਰ ਦਿੰਦਾ ਹੈ ਕਿ ਉਹ ਕਿਸੀ ਲਾਈਫ ਅਤੇ ਨੌਨ ਲਾਈਫ ਬੀਮਾ ਕੰਪਨੀ / ਜਾਂ ਲਾਈਫ ਇੰਸ਼ੂਰੈਂਸ ਐਸੋਸੀਏਸ਼ਨ ਦੇ ਮੈਂਬਰ ਰਜਿਸਟਰ ਨੂੰ ਐਸਾ ਵੇਰਵਾ ਦੇਵੇ ਅਤੇ ਰੁਜ਼ਗਾਰ / ਕਾਰੋਬਾਰ ਦਾ ਰਿਕਾਰਡ ਜਾਂ ਐਸਾ ਹੋਰ ਵੇਰਵਾ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰੇ ਜੋ ਚੁੱਕਵਾਂ ਸਮਝਿਆ ਜਾਵੇ।

ਜਿੱਥੇ ਬੀਮਾਕ੍ਰਿਤ ਰਕਮ ਸਿਫਰ ਹੋਵੇ ਜਾਂ ਨਿਵੇਸ਼ ਯੋਜਨਾ / ਪੇਡ-ਅੱਪ ਪਾਲਿਸੀਆਂ ਜਿੱਥੇ ਪਾਲਿਸੀ ਦੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਕੰਪਨੀ ਕੋਲ ਨਾ ਦਿੱਤੇ ਹੋਣ ਜਾਂ ਕੁੱਲ ਭੁਗਤਾਨ ਰੁਪਏ ੫ ਲੱਖ ਤੋਂ ਵੱਧ ਨਹੀਂ ਹੈ, ਮੈਂ ਇੱਥੇ ਸਹਿਮਤ ਹਾਂ ਕਿ ਕੰਪਨੀ ਨੂੰ ਉਹਨਾਂ ਸਾਰੀਆਂ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰੀਆਂ ਤੋਂ ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਰਖਾਂਗਾ ਜੋ ਕਿ ਪਾਲਿਸੀ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਜਾਂ ਉੱਚ ਕਿਸੇ ਵਿਅਕਤੀ ਦੇ ਕੋਲ ਹੋਣ ਦੇ ਕਾਰਣ ਦੇ ਅਧਾਰ ਤੇ ਕੰਪਨੀ ਨੂੰ ਪੈ ਸਕਦੀਆਂ ਹਨ।

ਕਿਰਪਾ ਕਰ ਕੇ ਧਿਆਨ ਦਿਓ ਕਿ ਪੈਨਸ਼ਨ ਪ੍ਰੋਡਕਟਸ ਹੇਠ ਦਾਅਵਾ ਦੇ ਲਾਭਾਂ ਦਾ ਇਕੱਠੇ ਰੂਪ ਵਿੱਚ ਭੁਗਤਾਨ ਹੋਵੇਗਾ, ਜੇ ਸਮੇਂ ਵਾਰ ਪੈਨਸ਼ਨ ਲਈ ਬੇਨਤੀ ਨਹੀਂ ਕੀਤੀ ਹੈ।

ਆਪ ਜੀ ਦੇ ਸ਼ੁਭ ਚਿੰਤਕ,

ਦਾਅਵੇਦਾਰ/ਨਾਮਜਦ ਵਿਅਕਤੀ ਦੇ ਦਸਤਖਤ / ਅੰਗੂਠੇ ਦਾ ਨਿਸ਼ਾਨ	ਗਵਾਹ ਦਾ ਨਾਮ ਅਤੇ ਦਸਤਖਤ:
X ਆਪਣਾ ਪਛਾਣ ਅਤੇ ਪਤਾ ਸਬੂਤ ਪੇਸ਼ ਕਰੋ	ਦਾਅਵੇਦਾਰ ਦੇ ਨਾਲ ਰਿਸ਼ਤਾ:.....
ਮੋਬਾਇਲ ਨੰਬਰ:.....	ਮੋਬਾਇਲ ਨੰਬਰ:.....
ਸਥਾਨ:..... ਤਾਰੀਖ:..... DD/MM/YYYY	ਸਥਾਨ:..... ਤਾਰੀਖ:..... DD/MM/YYYY

ਕੇਵਲ ਦਫਤਰ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਲਈ (ਸ਼ਾਖਾ ਆਪ੍ਰੇਸ਼ਨ)

ਦਾਅਵਾ ਪੇਸ਼ ਕਰਨ ਦਾ ਸਮਾਂ : ਦੁਪਹਿਰ 3 ਵਜੇ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਦੁਪਹਿਰ 3 ਵਜੇ ਤੋਂ ਬਾਅਦ

ਨਾਮਜਦ ਵਿਅਕਤੀ ਦਾ ਨਾਮ:

(ਨਾਮਜਦ ਵਿਅਕਤੀ ਦਾ ਨਾਮ ਪਾਲਿਸੀ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ ਵਿੱਚ ਦੱਸੇ ਨਾਮ ਨਾਲ ਮੇਲ ਹੋਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ)

ਨਾਮਜਦ ਵਿਅਕਤੀ ਦਾ ਲਿਆ ਆਈਡੀ ਅਤੇ ਪਤਾ ਸਬੂਤ: ਹਾਂ / ਨਹੀਂ ਜੇ ਨਹੀਂ ਤਾਂ ਕਾਰਣ:

ਪਾਲਿਸੀ ਦੀ ਅਵਸਥਾ:

ਦਾਅਵਾ ਪੇਸ਼ ਕਰਨ ਵਾਲਾ: ਨਾਮਜਦ ਵਿਅਕਤੀ ਪਰਿਵਾਰ ਦਾ ਮੈਂਬਰ ਸਲਾਹਕਾਰ ਹੋਰ (ਕਿਰਪਾ ਕਰ ਕੇ ਦੱਸੋ)

ਸੰਪਰਕ ਕੀਤੇ ਦਾਅਵਾ ਮੁਲਾਂਕਣ ਕਰਤੇ ਦਾ ਨਾਮ: ਫੋਨ ਨੰ.:

ਸਪਾਰਕ ਕਾਲ ਆਈਡੀ:

ਕਲੇਮ ਸਰਵਿਸ ਡਾਕੂਮੈਂਟਸ ਹੇਠ ਓਮਨੀ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਸਕੈਨ ਕਰੋ।

ਮੋਹਰ
ਅਤੇ
ਸਮਾਂ

ਕਿਰਪਾ ਕਰ ਕੇ ਧਿਆਨ ਦਿਓ ਕਿ ਕੰਪਨੀ ਕੇਵਲ ਖਾਤਾ ਬੰਦ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਤੇਜ਼ੀ ਲਈ ਮਦਦ ਕਰ ਰਹੀ ਹੈ ਅਤੇ ਇਹ ਕਿਸੇ ਵੀ ਦੇਰੀ ਜਾਂ ਬੈਂਕ ਵਲੋਂ ਖਾਤਾ ਬੰਦ ਕਰਨ ਦੀ ਅਸਫਲਤਾ ਲਈ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰ ਨਹੀਂ ਠਹਿਰਾਈ ਜਾਵੇਗੀ। ਇਸ ਮਾਮਲੇ ਵਿੱਚ ਕੋਈ ਵੀ ਸਪਸ਼ਟੀਕਰਨ ਦੇ ਲਈ ਤੁਹਾਨੂੰ ਬੇਨਤੀ ਹੈ ਕਿ ਬੈਂਕ ਦੇ ਨਾਲ ਸਿੱਧਾ ਸੰਪਰਕ ਕਰੋ।

ਗਾਹਕ ਚੈਲਪਲਾਈਨ ਨੰਬਰ: 1860 266 7766

ਪਾਲਿਸੀ ਨੰਬਰ:

ਦਾਅਵੇਦਾਰ ਦਾ ਨਾਮ:

ਸ਼ਾਖਾ ਨਾਮ ਅਤੇ ਕੋਡ:

ਮਿਤੀ: DD/MM/YYYY ਮੁਲਾਜਮ ਦਾ ਨਾਮ ਅਤੇ ਕੋਡ:

ਪੇਸ਼ ਦਸਤਾਵੇਜ਼:

<input type="checkbox"/>	ਅਸਲ ਪਾਲਿਸੀ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ	<input type="checkbox"/>	ਦਾਅਵੇਦਾਰ ਦਾ ਫੋਟੋ ਪਛਾਣ ਸਬੂਤ	<input type="checkbox"/>	ਦਾਅਵੇਦਾਰ ਦਾ ਪਤਾ ਸਬੂਤ
<input type="checkbox"/>	ਕੈਸਲ ਚੈਕ	<input type="checkbox"/>	ਸਥਾਨੀ ਅਧਿਕਾਰੀ ਵਲੋਂ ਪੇਸ਼ ਮੌਤ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ ਦੀ ਕਾਪੀ		
<input type="checkbox"/>	ਹੋਰ:				

ਮੋਹਰ

- ਜਿੱਥੇ ਬੀਮਾਕ੍ਰਿਤ ਰਕਮ ਸਿਫਰ ਹੋਵੇ (ਪੈਨਸ਼ਨ ਪਲਾਨ) ਤਾਂ ਸੂਚਿਤ ਕਰਨ ਦੀ ਤਾਰੀਖ ਤੇ ਫੰਡ ਵੈਲਿਯੂ ਦੇਣਯੋਗ ਹੈ।
- ਰਸੀਦ ਸਲਿਪ ਨੂੰ ਦਾਅਵੇ ਦੀ ਸਵੀਕ੍ਰਿਤੀ ਨਾ ਸਮਝਿਆ ਜਾਵੇਗਾ। ਵਧੇਰੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ / ਲੋੜਾਂ ਦੀ ਮੰਗ ਲਈ ਕੰਪਨੀ ਦਾ ਹੱਕ ਰਖਵਾਂ ਹੈ।

ਦਾਅਵਾ ਸੰਪਰਕ ਪਾਈਂਟਸ |

ਕਲੇਮ ਸੈਲ: ਆਈਸੀਆਈਸੀਆਈ ਪਰੂਡੇਂਸ਼ੀਅਲ ਲਾਈਫ ਇੰਨਸੂਰੈਂਸ ਲਿਮਿਟੇਡ, 9ਵੀਂ ਮੰਜ਼ਿਲ, ਬੀ-ਵਿੰਗ, ਦਫਤਰ ਨੰ. 906, ਬੀਐਸਈਐਲ ਟੈੱਕਮ, ਵਾਸ਼ੀ ਸਟੇਸ਼ਨ ਦੇ ਸਾਹਮਣੇ, ਸੈਕਟਰ 30, ਵਾਸ਼ੀ, ਨਵੀਂ ਮੁੰਬਈ-400 706.
24 x 7 ਗਾਹਕ ਚੈਲਪਲਾਈਨ ਨੰਬਰ: 1860 266 7766 • ਸਾਨੂੰ ਈਮੇਲ ਕਰੋ: lifeline@iciciprulife.com • ਸਾਡੀ ਵੈਬਸਾਈਟ ਤੇ ਲੱਗ ਆੱਨ ਕਰੋ : www.iciciprulife.com