

आवासीय उपचार लाभ दावा भुगतान फार्म

पॉलिसी नंबर :

प्रधान बीमित का नाम : :

मैं एतद्वारा भारतीय जीवन बीमा निगम को प्राधिकृत करता/करती हूँ कि वह इस पॉलिसी की शर्तों, निबंधनों और सीमाओं के अनुसार देय आवासीय उपचार लाभ का भुगतान करें। यह भुगतान, मेरे द्वारा प्रस्तुत किए गए बिलों, रसीदों आदि पर आवासीय उपचार लाभ के पूर्ण और अंतिम निपटान के रूप में और मेरे ऊपर उल्लिखित दावे के पूर्ण निपटान के रूप में सौंपा गया है।

1.	एनईएफटी या डिमांड ड्राफ्ट द्वारा किए जाने वाले आवासीय उपचार लाभ दावे हेतु पॉलिसीधारक द्वारा प्रदान कियाजाने वाला विकल्प	<input type="checkbox"/> अंतरण का इलेक्ट्रॉनिक मोड (एनईएफटी/ आरटीजीएस अंतरण के लिए कृपया नीचे प्रश्न 2 में अपने बैंक खाते के ब्योरे दें)
2.	उस बैंक खाते के ब्योरे जिसमें पॉलिसीधारक आवासीय उपचार लाभ दावे की धनराशि अंतरित कराना चाहता है	बैंक का नाम : स्थान : शाखा कोड : खाता संख्या : आईएफएससी कोड : (ग्यारह अंकों का नंबर जो आरटीजीएस/ एनईएफटी के जरिए भुगतान आपके खाते में क्रेडिट को समर्थ बनाएगा)

मेरे द्वारा ऊपर प्रस्तुत किए गए बैंक खाते के ब्योरे और बैंक का पता आदि सही है और मैं एतद्वारा भारतीय जीवन बीमा निगम को प्राधिकृत करता/ करती हूँ कि वह आवासीय उपचार लाभ दावे का भुगतान मेरे ऊपर उल्लिखित बैंक खाते में करे।

रसीदी टिकट

स्थान :

पॉलिसीधारक/ दावेदार के हस्ताक्षर

दावेदार का नाम और पता :

.....

.....

(इस दावा फार्म के जारी किए जाने का वर्ष का अर्थ बीमाकर्ता द्वारा देयता की स्वीकार्यता नहीं है)