

बीमा विनियामक और विकास प्राधिकरण

परिश्रम भवन, तीसरा तल, बशीरबाग, हैदराबाद: 500 004

पॉलिसीधारक शिकायत पंजीकरण फॉर्म

(प्रत्येक शिकायत के लिए अलग-अलग फॉर्म उपयोग किए जाएं)

1. शिकायतकर्ता का नाम: _____
2. शिकायतकर्ता का पता: _____

3. ई-मेल / टेलीफोन / फ़ेक्स: _____

4. व्यक्ति / कंपनी:
(कृपया सही का निशान लगाएं)
व्यक्तिगत कंपनी / अन्य संस्थाएं
5. बीमा कंपनी का नाम: _____
सेवा कार्यालय / शाखा कार्यालय का पता कोड के साथ (यदि उपलब्ध हो तो) :

7. पॉलिसी संख्या / प्रस्ताव जमा संख्या:
8. शिकायत की प्रकृति: (कृपया टिक करें)

जीवन	गैर-जीवन
पॉलिसी संबंधित	पॉलिसी संबंधित
पॉलिसी-बांड प्राप्त न होना	अग्नि बीमा
कालातीत पॉलिसियों का पुनरुद्धार	समुद्री बीमा
पॉलिसी का एक शाखा से दूसरी में अंतरण	मोटर बीमा
(1) प्रस्ताव जमा की गैर वापसी।	स्वास्थ्य बीमा
(2) गलत योजना और अवधि आवंटित	(ए) कंपनी के विरुद्ध
(3) प्रीमियम समायोजन	(बी) टीपीए के विरुद्ध

पॉलिसी रद्द करना	अन्य विविध बीमा	
अनुलिपि पॉलिसी जारी करना	दावे का गैर-निपटारा	
पॉलिसी में बदलाव	अग्नि बीमा	
पॉलिसियों का नामांकन / हस्तांतरण	समुद्री बीमा	
दावा संबंधित	मोटर बीमा	
समर्पण मूल्य का भुगतान न करने	स्वास्थ्य बीमा	
सही समर्पण मूल्य का भुगतान न करना	(ए) कंपनी के विरुद्ध	
परिपक्वता के भुगतान गैर-निपटान	(बी) टीपीए के विरुद्ध	
दावे का भुगतान न करना	अन्य विविध बीमा	
वार्षिकियों का भुगतान न करना	दावे / विवाद का अस्वीकार	
दावे का अस्वीकार	अग्नि बीमा	
एजेंट संबंधित	समुद्री बीमा	
अन्य	मोटर बीमा	
	स्वास्थ्य बीमा	
	ए)कंपनी के विरुद्ध	
	बी) टीपीए के विरुद्ध	
	अन्य विविध बीमा	
	अन्य	

9.दावा सं.: _____

10 शिकायत का विवरण (संलग्न दस्तावेज़ प्रतियों का विवरण):

हस्ताक्षर

(कार्यालय उपयोगार्थ)

I. संदर्भित / उत्तर की जानकारी:

संदर्भ तिथि (कंपनियों): _____

उत्तर देने की तिथियां (शिकायतकर्ता को):

II . स्थिति: विचाराधीन / बंद / पुनः खोला गया।

III. पिछली संदर्भसं.: _____

(मामले को पुनः खोला गया)

IV. अभ्युक्ति: _____

V. शिकायतकर्ता की संतुष्टि के साथ शिकायत का निपटारा: हां / नहीं

VI. न्यायसंगत शिकायत : हां / नहीं

INSURANCE REGULATORY AND DEVELOPMENT AUTHORITYParishrama Bhavan, 3rd Floor, Basheerbagh, Hyderabad: 500 004**POLICY HOLDER COMPLAINTS REGISTRATION FORM**

(Separate forms to be used for each complaint)

1. Name of the complainant: _____

2. Address of the complainant: _____

3. E-mail/Telephone/Fax : _____

4. Whether Individual /Company:
 (Please tick)

Individual Company/other entities

5. Name of the Insurance company: _____

6. Address of the servicing office/branch with office code(if available):

7. Policy number/Proposal deposit number:

8. Nature of complaint: (Please tick)

Life		Non-life	
Policy related		Policy related	
Non-receipt of policy-bond		Fire Insurance	
Non-revival of lapsed policies		Marine Insurance	
Transfer of policy from one branch to another		Motor Insurance	
(1) Non-refund of proposal deposit.		Health Insurance	
(2) Wrong plan and term allotted		(a) Against company	
(3) Adjustment of premium		(b) Against TPA	
Cancellation of policy		Other Misc Insurance	
Issue of duplicate policy		Non-settlement of claim	
Alterations in policy		Fire Insurance	
Nomination/Assignment of policies		Marine Insurance	
Claim related		Motor Insurance	
Non-payment of surrender value		Health Insurance	
Correct surrender value not paid		(a) Against company	
Non-settlement of maturity payment		(b) Against TPA	

Non-payment of claim		Other Misc Insurance	
Non-payment of annuities		Repudiation of claim/dispute in quantum	
Repudiation of claim		Fire Insurance	
Agent related		Marine Insurance	
Others		Motor Insurance	
		Health Insurance	
		A) Against Company	
		B) Against TPA	
		Other Misc Insurance	
		Others	

9. Claim No: _____

10. Details of complaint (including details of document copies attached):

SIGNATURE

(FOR OFFICE-USE)

I. REFERRAL/REPLY INFORMATION:

Referral date(to companies):_____

Reply dates(to complainant):_____

II. Status: Pending/Closed/Re-opened.

III.Previous Ref No:_____
(in case reopened)

IV.Remarks:_____

V. Complaint disposed of to the satisfaction of complainant: Yes / No

VI. Complaint justified: Yes / No