



बीमा विनियामक और विकास प्राधिकरण
साधारण बीमा और स्वास्थ्य
पॉलिसी धारक शिकायत पंजीकरण प्रपत्र
(प्रत्येक शिकायत के लिए अलग-अलग फॉर्म का प्रयोग करें)

अनुबंध II

कृपया शिकायत के साथ सबसे पहले अपनी बीमा कंपनी से संपर्क करें। यदि आपको कोई प्रतिक्रिया नहीं मिली है या आप अपनी शिकायत पर प्रतिक्रिया से संतुष्ट नहीं हैं, तो आप आईआरडीए के पास शिकायत दर्ज करने के लिए इस फॉर्म का उपयोग कर सकते हैं।

यदि शिकायत भुगतान किए गए या देय प्रीमियम के विवाद के संबंध में है, दावा भुगतान से संबंधित पॉलिसी शब्दों पर विवाद, दावों में देरी या बीमा दस्तावेज जारी न करना हैं तो शिकायत बीमा लोकपाल के पास दर्ज किया जा सकता है। बीमा लोकपाल का पता हमारी वेबसाइट पर उपलब्ध है।

1. शिकायतकर्ता का नाम : _____

2. शिकायतकर्ता का पता : _____

3. ई-मेल/टेलीफोन/फैक्स : _____

4. क्या व्यक्तिगत / कंपनी:

(कृपया निशान लगाएं)

व्यक्तिगत / कंपनी / अन्य संस्थाएं

5. बीमा कम्पनी का नाम : _____

6. सेवा देने वाले कार्यालय/शाखा का पता कार्यालय कोड के साथ (यदि उपलब्ध हो)

7. पॉलिसी संख्या/प्रस्ताव जमा संख्या :

8. शिकायत का प्रकृति : (कृपया निशान लगाएं)

	पॉलिसी संबंधी
	अग्नि बीमा
	समुद्री बीमा



बीमा विनियामक और विकास प्राधिकरण
साधारण बीमा और स्वास्थ्य
पॉलिसी धारक शिकायत पंजीकरण प्रपत्र
(प्रत्येक शिकायत के लिए अलग-अलग फॉर्म का प्रयोग करें)

मोटर बीमा
स्वास्थ्य बीमा
(क) कंपनी के विरुद्ध
(ख) टीपीए के विरुद्ध
अन्य विविध बीमा
दावे का निपटान न होना
अग्नि बीमा
समुद्री बीमा
मोटर बीमा
स्वास्थ्य बीमा
(क) कंपनी के विरुद्ध
(ख) टीपीए के विरुद्ध
अन्य विविध बीमा
मात्रा में विवाद / दावे का अस्वीकरण
अग्नि बीमा
समुद्री बीमा
मोटर बीमा
स्वास्थ्य बीमा
(क) कंपनी के विरुद्ध
(ख) टीपीए के विरुद्ध
अन्य विविध बीमा
अन्य

9. शिकायत का विवरण (संलग्न दस्तावेज़ प्रतियों के विवरण सहित) :

हस्ताक्षर : _____

दिनांक :



Insurance Regulatory and Development Authority
GENERAL INSURANCE & HEALTH
POLICY HOLDER COMPLAINTS REGISTRATION FORM
(Separate forms to be used for each complaint)

Annexure II

Please approach your Insurance Company first with the grievance. If you have not received a response or you are not satisfied with the response on your grievance, you may use this form to register the complaint with IRDA.

If the complaint is a dispute in regard to premium paid or payable, dispute on policy wording pertaining to claim payment, delay in settlement in claims or non-issue of insurance document the same may be lodged with Insurance Ombudsman. The addresses of the Ombudsmen are available on our website.

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)

	Policy related
<input type="checkbox"/>	Fire Insurance
<input type="checkbox"/>	Marine Insurance
<input type="checkbox"/>	Motor Insurance



Insurance Regulatory and Development Authority
GENERAL INSURANCE & HEALTH
POLICY HOLDER COMPLAINTS REGISTRATION FORM
(Separate forms to be used for each complaint)

<input type="checkbox"/>	Health Insurance
<input type="checkbox"/>	(a) Against company
<input type="checkbox"/>	(b) Against TPA
<input type="checkbox"/>	Other Misc Insurance
	Non-settlement of claim
<input type="checkbox"/>	Fire Insurance
<input type="checkbox"/>	Marine Insurance
<input type="checkbox"/>	Motor Insurance
	Health Insurance
<input type="checkbox"/>	(a) Against company
<input type="checkbox"/>	(b) Against TPA
<input type="checkbox"/>	Other Misc Insurance
	Repudiation of claim/dispute in quantum
<input type="checkbox"/>	Fire Insurance
<input type="checkbox"/>	Marine Insurance
<input type="checkbox"/>	Motor Insurance
	Health Insurance
<input type="checkbox"/>	A) Against Company
<input type="checkbox"/>	B) Against TPA
<input type="checkbox"/>	Other Misc Insurance
<input type="checkbox"/>	Others

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

SIGNATURE: _____

DATE: