

केवल कार्यालय के उपयोग के लिए

शाखा का नाम: _____ शाखा का कोड: _____
इंटरैक्शन आईडी: _____
कर्मचारी का नाम: _____
कर्मचारी का कोड: _____ हस्ताक्षर: _____
तारीख: D D M M Y Y Y Y समय: ☐ दोपहर 3 बजे या उससे पहले ☐ दोपहर 3 बजे के बाद

दावेदार
की तस्वीर

खंड A*

पॉलिसी का विवरण

पॉलिसी नंबर: _____

खंड B*

बीमित व्यक्ति (LA) का विवरण

बीमित व्यक्ति का नाम: ☐ श्री ☐ श्रीमती F I R S T M I D D L E L A S T
पिता का नाम: F I R S T M I D D L E L A S T
मृत्यु की तारीख: D D M M Y Y Y Y
मृत्यु का स्थान: ☐ अस्पताल ☐ क्लीनिक ☐ निवास स्थान ☐ ऑफिस ☐ अन्य (कृपया विवरण दें) _____
परिवार के डॉक्टर का नाम: _____ रजिस्ट्रेशन नंबर: _____ फोन नंबर: _____
अंतिम इलाज/उपस्थित डॉक्टर: नाम: _____ रजिस्ट्रेशन नंबर: _____ फोन नंबर: _____
अंतिम नियोक्ता का विवरण (यदि लागू हो):
कंपनी का नाम: _____ संपर्क-सूत्र का नाम _____ फोन नंबर: _____
मृत्यु का स्वरूप: ☐ चिकित्सकीय ☐ स्वाभाविक ☐ दुर्घटना ☐ हत्या ☐ आत्महत्या
मृत्यु का कारण: _____

बीमारी का स्वरूप और बीमित व्यक्ति की आदत

☐ हाइपरटेंशन ☐ डायबिटीज ☐ दिल की बीमारी ☐ लिवर की बीमारी
☐ किडनी की बीमारी ☐ कैंसर ☐ अन्य _____
☐ धूम्रपान ☐ तंबाकू ☐ मादक पदार्थ, यदि हाँ, तो सेवन की अवधि _____ तथा सेवन की मात्रा _____

बीमारी के डायग्नोसिस की तिथि

अन्य बीमा संबंधी विवरण: (जीवन बीमा / मेडिकलेम / हेल्थ इंश्योरेंस)

पॉलिसी नंबर	कंपनी का नाम	बीमित राशि	(चालू/समाप्त/लागू/मेच्योर्ड पॉलिसी)

दावेदार का विवरण

दावेदार का नाम: ☐ श्री ☐ श्रीमती F I R S T M I D D L E L A S T
जन्मतिथि: D D M M Y Y Y Y
पता: F I R S T L A S T
 B U I L D I N G R O A D N A M E / N O
 L A N D M A R K
 C I T Y / V I L L A G E
 D I S T R I C T S T A T E
पिन-कोड: _____
फोन नंबर: O F F I C E R E S I D E N C E M O B I L E

कार्यालय और/या निजी ई-मेल आईडी: _____

बीमित व्यक्ति से संबंध: ☐ जीवनसाथी ☐ पुत्र/पुत्री ☐ माता/पिता ☐ अन्य _____ S P E C I F Yदावेदार का हक: ☐ नॉमिनी ☐ निर्वाहक ☐ ट्रस्टी ☐ प्रतिनिधि ☐ नियोक्ता ☐ संपत्ति-भागी ☐ लाभार्थीदावेदार के पैन कार्ड का विवरण: अथवा फॉर्म 60 ☐सार्वजनिक पदधारक व्यक्ति: ☐ हाँ ☐ नहींअमेरिकी व्यक्ति ☐ हाँ ☐ नहीं (अगर हाँ, तो कृपया FATCA/CRS प्रमाणन प्रस्तुत करें)

दावेदार का बैंक खाता विवरण

चिलड्रेन्स प्लान के मामले में, अगर लाभार्थी बालिंग है, तो कृपया लाभार्थी के खाते की जानकारी दें

बैंक अकाउंट नंबर: _____

खाताधारक का नाम: _____

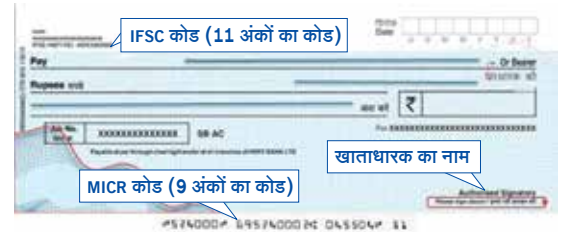
बैंक का नाम एवं शाखा: _____

खाते का प्रकार ☐ बचत खाता ☐ चालू खाता ☐ NRO ☐ NRE

IFSC: _____ MICR: _____

पेंशन प्लान्स के लिए अनिवार्य, कृपया बताएँ कि आप किस तरह लाभ प्राप्त करना चाहते हैं

☐ पूरी राशि की एकमुश्त अदायगी ☐ वार्षिक भुगतान के रूप में पूरी राशि ☐ कुछ भाग वार्षिकी और कुछ भाग एकमुश्त राशि ☐ किस्तों के रूप में



रिक्त स्थान

खंड C*

घोषणा एवं अधिकार-पत्र

- मैं एतद्वारा यह घोषणा करता/करती हूँ कि, ऊपर भरे गए/प्रस्तुत किए गए सभी विवरण मेरी जानकारी और विश्वास के अनुसार सत्य एवं सही हैं।
- मैं एतद्वारा ऊपर बताए गए विवरणों के हर लिहाज से सत्य एवं सही होने का विश्वास दिलाता/ दिलाती हूँ, तथा मैं सहमत हूँ कि अगर मैंने कोई गलत या असत्य बयान दिया है या आगे ऐसा करता/ करती हूँ, किसी भी तथ्य पर पर्दा डालने या छिपाने का काम करता/ करती हूँ, तो उक्त खर्चों की प्रतिपूर्ति का दावा करने का मेरा अधिकार पूरी तरह समाप्त हो जाएगा।
- मैं समझता/समझती हूँ और सहमत हूँ कि इस फॉर्म को जमा करने का मतलब यह नहीं है कि मेरे फॉर्म को मंजूरी दी जाएगी।
- मैं समझता/समझती हूँ कि पॉलिसी के तहत किसी भी भुगतान के लिए इस पॉलिसी के नियमों एवं शर्तों का सख्ती से पालन किया जाएगा। कोई भी भुगतान अंतिम रिन्यूअल प्रीमियम का भुगतान प्राप्त होने पर निर्भर होगा।
- मैं सभी चिकित्सा प्रतिष्ठानों (चिकित्सा प्रयोगशालाओं सहित), सरकारी संस्थानों (पुलिस, राजस्व विभाग, आदि) को के संबंध में अतीत और वर्तमान, दोनों में एचआईवी/एड्स और अन्य सहित अन्य बीमारियों के इलाज से जुड़ी जानकारी को एडलवाइज लाइफ इंश्योरेंस कंपनी लिमिटेड के साथ साझा करने के लिए अधिकृत करता/करती हूँ।
- इस घोषणा की फोटो-कॉपी को वैध और प्रभावी माना जाएगा।
- मैं एडलवाइज लाइफ इंश्योरेंस कंपनी लिमिटेड को किसी भी पुनर्बीमाकर्ता, बीमा संघ, चिकित्सा प्राधिकरण, अन्य बीमाकर्ताओं, वैधानिक प्राधिकरणों, नियोक्ता, अदालत, सरकारी निकाय, जांच एजेंसियों अथवा अन्य सेवा के प्राधिकारियों को मेरी ओर से जानकारी साझा करने तथा प्राप्त करने के लिए अधिकृत करता/करती हूँ, और एतद्वारा उसके लिए मैं अपनी सहमति प्रकट करता/करती हूँ।

तारीख: D D M M Y Y Y Y

स्थान: _____

यहाँ हस्ताक्षर करें

दावेदार का हस्ताक्षर

किसी अन्य व्यक्ति द्वारा की जाने वाली घोषणा

पॉलिसीधारक ने अपने अंगूठे का निशान लगाया है/स्थानीय भाषा में हस्ताक्षर किए हैं/आवेदन नहीं भरा है। मैं एतद्वारा घोषणा करता/करती हूँ कि इस आवेदन-पत्र में दी गई बातों को पॉलिसीधारक को _____ भाषा में समझाया गया है और मुझे प्रदान किए गए उत्तरों को सत्यता से दर्ज किया गया है। मैं आगे यह भी घोषणा करता/करती हूँ कि पॉलिसीधारक ने मेरी मौजूदगी में अपने अंगूठे के निशान लगाए हैं/हस्ताक्षर किए हैं।

घोषणा करने वाले का नाम: _____

पता: _____

तारीख: D D M M Y Y Y Y

स्थान: _____

यहाँ हस्ताक्षर करें

अन्य व्यक्ति के हस्ताक्षर

ध्यान देने योग्य महत्वपूर्ण बात: दावे की प्रक्रिया को आगे बढ़ाने या दावे के निपटान के लिए कंपनी के प्रतिनिधि सहित किसी के द्वारा कोई मांग किए जाने अथवा किसी तरह के उपकार की याचना करने के मामले में, उस दावे पर विचार नहीं किया जाना चाहिए और कंपनी को तुरंत उसकी ई-मेल आईडी: claims.unit@edelweisslife.in पर इसकी जानकारी दी जानी चाहिए।

A. महत्वपूर्ण जानकारी (कृपया फॉर्म भरने से पहले पढ़ें)

- फॉर्म केवल दावेदार को ही भरना चाहिए। अगर दावेदार नाबालिग है, तो उसका अभिभावक/नियुक्त व्यक्ति फॉर्म भर सकता है।
- एक ही फॉर्म भरकर कई पॉलिसियों के तहत दावों को पंजीकृत किया जा सकता है, जिसके लिए सभी लागू पॉलिसी नंबर उपलब्ध कराना आवश्यक है।
- अगर दावेदार एक से ज्यादा हों, तो उस स्थिति में प्रत्येक दावेदार को अलग-अलग फॉर्म भरने होंगे।
- कृपया घोषणाओं को ध्यान से पढ़ें तथा दावेदार को दावा फॉर्म पर उसी तरह से हस्ताक्षर करना चाहिए, जैसे आप आमतौर पर अपने चेक पर हस्ताक्षर करते हैं।
- पॉलिसी के सभी नियमों एवं शर्तों को पूरा करने पर ही दावे का भुगतान किया जाता है।
- दावे की प्रक्रिया को पूरा करने के लिए, किसी को कोई शुल्क या कमीशन नहीं देना चाहिए।
- आप अपना मौजूदा पता, तथा वर्तमान में चालू फोन नंबर एवं ई-मेल आईडी ही प्रदान करें, क्योंकि केवल इसी के माध्यम से पत्राचार किया जाएगा।
- तारे का चिह्न (*) अनिवार्य जानकारी को दर्शाता है।

B. जमा किए जाने वाले दस्तावेज

अनिवार्य दस्तावेज

(1) पॉलिसी के मूल दस्तावेज (डीमटेरियलाइज्ड पॉलिसी दस्तावेज के मामले में जरूरी नहीं) (2) स्थानीय प्राधिकारी द्वारा जारी मृत्यु प्रमाण-पत्र (3) दावेदार का पैन-कार्ड (4) दावेदार की पहचान और पते का प्रमाण (5) रद्द किया गया चेक (6) दावेदार का पासपोर्ट आकार का फोटो

अतिरिक्त दस्तावेज

अस्पताल में भर्ती/बीमारी के कारण मृत्यु (1) मृत्यु के चिकित्सीय कारण का प्रमाण-पत्र (2) मृत्यु से पहले किए गए सभी इलाज का मेडिकल रिकॉर्ड (भर्ती से संबंधित टिप्पणी, अतीत के इलाज/प्रगति का विवरण, अस्पताल से छुट्टी/मृत्यु का विवरण, जांच रिपोर्ट, आदि)

दुर्घटना में मृत्यु (1) प्राथमिकी रिपोर्ट (FIR), पंचनामा / जांच रिपोर्ट, पोस्टमार्टम रिपोर्ट (PMR), ड्राइविंग लाइसेंस, पुलिस की अंतिम रिपोर्ट, विसरा रिपोर्ट (यदि लागू हो) अखबारों की कटिंग, यदि कोई हो, अन्य जो लागू हो

- उद्घोषणा:**
- दावा प्रस्तुत करते समय असल दस्तावेजों को प्रस्तुत करना चाहिए तथा इसकी फोटोकॉपी को जमा किया जाना चाहिए,
 - एडलवाइज लाइफ इंश्योरेंस कंपनी लिमिटेड के पास जरूरत पड़ने पर अधिक जानकारी/दस्तावेज मांगने का अधिकार सुरक्षित है।

C. पहचान और पते के वैध प्रमाण-पत्रों की सूची (कृपया जमा किए गए दस्तावेज पर सही का निशान लगाएँ)

फोटो पहचान-पत्र (इनमें से कोई भी)

- ☐ दावेदार का पैन-कार्ड
- ☐ आधार कार्ड*
- ☐ केंद्र/राज्य सरकार द्वारा कर्मचारियों के लिए जारी पहचान-पत्र
- ☐ केंद्र/राज्य सरकार द्वारा जारी कोई अन्य पहचान-पत्र

पते का प्रमाण (इनमें से कोई भी)

- ☐ वैध पासपोर्ट
- ☐ मतदाता पहचान पत्र
- ☐ आधार कार्ड*
- ☐ वैध ड्राइविंग लाइसेंस

*मैं एडलवाइज लाइफ इंश्योरेंस कंपनी लिमिटेड द्वारा केवाईसी अनुपालन के संबंध में पहचान की जाँच करने के लिए अपने आधार के उपयोग हेतु स्वेच्छापूर्वक अपनी सहमति प्रदान करता/करती हूँ।

D. ध्यान दें: दावेदार का NEFT मंडेट/ बैंक खाता विवरण

- NEFT मंडेट के साथ एक रद्द किया गया व्यक्तिगत चेक प्रस्तुत किया जाना चाहिए, जिस पर खाता संख्या और IFSC कोड दर्ज हो। और IFSC को जमा किया जाना चाहिए। अगर चेक व्यक्तिगत नहीं हो, तो उस स्थिति में मंडेट के साथ बैंक द्वारा जारी नवीनतम विवरण या पासबुक की प्रति (जिस पर खाता संख्या और IFSC कोड दर्ज हो) को जमा करना होगा।
- दावे की प्रक्रिया पूरी होने के बाद, यह मंडेट एडलवाइज लाइफ के साथ बीमाधारक की सभी पॉलिसियों के लिए पहले से दर्ज किए गए किसी भी NEFT मंडेट्स को ओवरराइड कर देगा।
- NEFT की विफलता या मंडेट से संबंधित किसी अन्य आवश्यकता के लंबित होने की स्थिति में, नया NEFT मंडेट प्राप्त होने तक भुगतान को रोक कर रखा जाएगा। इसके लिए आपको सूचना भेजी जाएगी।

#NRE खाते में धन-वापसी (पूर्ण या आनुपातिक) NRE खाते के माध्यम से भुगतान किए गए प्रीमियम के अनुपात के अधीन होगी। NRE खाते से प्रीमियम के भुगतान के प्रमाण के लिए, कृपया बैंक विवरण या बैंक पुष्टि पत्र जमा करें।

##आनुपातिक भुगतान के मामले में कृपया दो NEFT मंडेट, यानी खाते और गैर-NRE खाते के लिए मंडेट प्रदान करें।

एडलवाइज लाइफ इंश्योरेंस कंपनी लिमिटेड | IRDAI रजिस्ट्रेशन नंबर: 147 | CIN: U66010MH2009PLC197336 | पंजीकृत एवं कॉर्पोरेट कार्यालय: छठी मंजिल, टॉवर 3, विंग-‘बी’, कोहिनूर सिटी, किरोल रोड, कुर्ला (वेस्ट), मुंबई 400070 | टोल फ्री नंबर: 1800 212 1212 | www.edelweisstokio.in

प्लॉवर एंड एडलवाइज फाइनेंशियल सर्विसेज लिमिटेड के ट्रेडमार्क हैं; जिसका उपयोग एडलवाइज लाइफ इंश्योरेंस कंपनी लिमिटेड द्वारा लाइसेंस के तहत किया जाता है।

झूठे फोन कॉल और नकली/जाली ऑफर्स से सावधान रहें – IRDAI बीमा पॉलिसी बेचने, बोनस की घोषणा करने, प्रीमियम के निवेश की घोषणा जैसी गतिविधियों में शामिल नहीं है। जिन लोगों को इस तरह के फोन कॉल आ रहे हैं, उनसे पुलिस में शिकायत दर्ज कराने का अनुरोध किया जाता है।

ग्राहक पावती की प्रति- व्यक्तिगत डेथ क्लेम फॉर्म

पॉलिसी नंबर _____ दावेदार का नाम _____

शाखा का नाम / इंटरैक्शन आईडी _____ दावेदार की क्लाइंट आईडी _____

कर्मचारी का नाम _____ तारीख _____

कर्मचारी के हस्ताक्षर _____ कर्मचारी का कोड _____

शाखा की मुहर

एडलवाइज लाइफ इंश्योरेंस कंपनी लिमिटेड | IRDAI रजिस्ट्रेशन नंबर: 147 | CIN: U66010MH2009PLC197336 | पंजीकृत एवं कॉर्पोरेट कार्यालय: छठी मंजिल, टॉवर 3, विंग-‘बी’, कोहिनूर सिटी, किरोल रोड, कुर्ला (वेस्ट), मुंबई 400070 | टोल फ्री नंबर: 1800 212 1212 | www.edelweisstokio.in

प्लॉवर एंड एडलवाइज फाइनेंशियल सर्विसेज लिमिटेड के ट्रेडमार्क हैं; जिसका उपयोग एडलवाइज लाइफ इंश्योरेंस कंपनी लिमिटेड द्वारा लाइसेंस के तहत किया जाता है।

झूठे फोन कॉल और नकली/जाली ऑफर्स से सावधान रहें – IRDAI बीमा पॉलिसी बेचने, बोनस की घोषणा करने, प्रीमियम के निवेश की घोषणा जैसी गतिविधियों में शामिल नहीं है। जिन लोगों को इस तरह के फोन कॉल आ रहे हैं, उनसे पुलिस में शिकायत दर्ज कराने का अनुरोध किया जाता है।