

ಕಚೇರಿ ಬಳಕೆಗೆ ಮಾತ್ರ

ಶಾಖೆ ಹೆಸರು: _____ ಶಾಖೆ ಕೋಡ್: _____

ಸಂವಾದ ಐಡಿ: _____

ಉದ್ಯೋಗಿ ಹೆಸರು: _____

ಉದ್ಯೋಗಿ ಕೋಡ್: _____ ಸಹಿ: _____

ದಿನಾಂಕ: D D M M Y Y Y Y ಸಮಯ: ☐ 3PM ಗೆ ಅಥವಾ ಅದಕ್ಕೂ ಮೊದಲು ☐ 3PM ನಂತರ

ಕೇಮ್‌ದಾರರ ಪೋಟೋ

విభాగ ఎ*

ಪಾಲಿಸಿ ವಿವರಗಳು
ಪಾಲಿಸಿ ಸಂಖ್ಯೆ(ಗಳು): _____

ವಿಭಾಗ ಬಿ*

ವಿಮೆದಾರರ (ಎಲ್‌ಎ) ವಿವರಗಳು

ವಿಮೆದಾರರ ಹೆಸರು: ☐ ಶ್ರೀ ☐ ಶ್ರೀಮತಿ F I R S T M I D D L E L A S T

ತಂದೆಯ ಹೆಸರು F I R S T M I D D L E L A S T

ಮರಣದ ದಿನಾಂಕ D D M M Y Y Y Y

ಮರಣದ ಸ್ಥಳ ☐ ಆಸ್ಪತ್ರೆ ☐ ಕ್ಲಿನಿಕ್ ☐ ಮನೆ ☐ ಕಚೇರಿ ☐ ಇತರೆ (ದಯವಿಟ್ಟು ಸ್ಪಷ್ಟಪಡಿಸಿ) _____

ಕುಟುಂಬದ ವೈದ್ಯರು: ಹೆಸರು _____ ನೋಂದಣಿ ಸಂ. _____ ಸಂವರ್ಧ ಸಂ. _____

ಕೊನೆಯದಾಗಿ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ನೀಡಿದ/
ಅಟಿಂಡ್ ಮಾಡಿದ ವೈದ್ಯರು: ಹೆಸರು _____ ನೋಂದಣಿ ಸಂ. _____ ಸಂವರ್ಧ ಸಂ. _____

ಕೊನೆಯ ಉದ್ದೋಗದಾತರ ವಿವರಗಳು (ಅನ್ವಯಿಸಿದರೆ):

ಕಂಪನಿ ಹೆಸರು _____ ಸಂವರ್ಧ ವೈಯಕ್ತಿಯ ಹೆಸರು _____ ಸಂವರ್ಧ ಸಂ. _____

ಮರಣದ ವಿಧಾನ ☐ ವೈದ್ಯಕೀಯ ☐ ನೈಸರ್ಗಿಕ ☐ ಅಪಘಾತ ☐ ಕೊಲೆ ☐ ಆತ್ಮಹತ್ಯೆ

ಮರಣದ ಕಾರಣ _____

ಅನಾರೋಗ್ಯದ ರೀತಿ ಮತ್ತು ವಿಮೆಯ ಹವ್ಯಾಸ				ಅನಾರೋಗ್ಯದ ಪತ್ತೆ ದಿನಾಂಕ
☐ ಹೈಪರ್‌ಟೆನ್ಷನ್	☐ ಡಯಾಬಿಟೀಸ್	☐ ಹೃದಯ ಕಾಯಿಲೆ	☐ ಕರುಳಿನ ಕಾಯಿಲೆ	
☐ ಕಿಡ್ನಿ ರೋಗ	☐	☐ ಇತರ ಕಾಯಿಲೆ _____		
☐ ಧೂಮಪಾನ	☐ ತಂಬಾಕು	☐ ಡ್ರಗ್ಸ್, ಹೌದು ಎಂದಾದರೆ, ಬಳಕೆಯ ಅವಧಿ _____ ಮತ್ತು ಬಳಸಿದ ಪ್ರಮಾಣ _____		

ಇತರ ವಿಮೆ ವಿವರಗಳು: (ಜೀವನ/ಮೆಡಿಕೇಷನ್/ಆರೋಗ್ಯ)

ಪಾಲಿಸಿ ಸಂ.	ಕಂಪನಿ ಹೆಸರು	ವಿಮೆ ಮೊತ್ತ	ಸ್ಥಿತಿ (ಸಕ್ರಿಯ/ಲ್ಯಾಪ್ಸ್ ಆಗಿದೆ/ ಅರ್ಜಿ ಸಲ್ಲಿಸಲಾಗಿದೆ/ಪಕ್ಕವಾಗಿದೆ)

ಕೈಮ್ಮಾರರ ವಿವರಗಳು

ಕ್ಲೇಮ್‌ದಾರರ ಹೆಸರು:		ಶ್ರೀ		ಶ್ರೀಮತಿ	F I R S T	M I D D L E	L A S T
ಜನ್ಮದಿನಾಂಕ:							
ವಿಳಾಸ:							
ಪಿನ್‌ಕೋಡ್:							
ಫೊನ್‌ನಂ.							

ಕಚೇರಿ ಮತ್ತು/ಅಥವಾ ವೈಯಕ್ತಿಕ ಇಮೇಲ್ ಐಡಿ: _____

ಜೀವ ವಿವಿಧಾರರ ಜೊತೆಗೆ ಸಂಬಂಧ: ☐ ಬಾಳಸಂಗಾತಿ ☐ ಮಕ್ಕಳು ☐ ಪಾಲಕರು ☐ ಇತರರು _____ S P E C I F Y _____

ಕ್ಲೇಮ್‌ದಾರರ ಶೀರ್ಷಿಕೆ: ☐ ನಾಮಿನಿ ☐ ಜಾರಿಗೊಳಿಸುವವರು ☐ ಟ್ರಸ್ಟೀ ☐ ನೇಮಿಸಿದವರು ☐ ಉದ್ಯೋಗದಾತ ☐ ನಿಯೋಜಿತರು ☐ ಫಲಾನುಭವಿ

ಕ್ಲೇಮ್‌ದಾರರ ಪ್ಯಾನ್ ವಿವರಗಳು: ಅಥವಾ ನಮೂನೆ 60

ರಾಜಕೀಯವಾಗಿ ತೆರೆದುಕೊಂಡ ವ್ಯಕ್ತಿ: ☐ ಹೌದು ☐ ಇಲ್ಲ

ಯುಎಸ್ ವ್ಯಕ್ತಿ: ☐ ಹೌದು ☐ ಇಲ್ಲ (ಹೌದಾದಲ್ಲಿ, ಎಫ್‌ಎಟಿಸಿಎ / ಸಿಆರ್‌ಎಸ್ ಪ್ರಮಾಣೀಕರಣವನ್ನು ದಯವಿಟ್ಟು ಭರ್ತಿ ಮಾಡಿ)

ಕ್ಲೇಮ್‌ದಾರರ ಎನ್‌ಇಎಫ್‌ಐ ಮ್ಯಾಂಡೇಟ್/ಬ್ಯಾಂಕ್ ಖಾತೆ ವಿವರಗಳು

ಮಕ್ಕಳ ಯೋಜನೆ ಇದ್ದಲ್ಲಿ ಫಲಾನುಭವಿ ಪ್ರಾಪ್ತ ವಯಸ್ಕರಾಗಿದ್ದರೆ, ಫಲಾನುಭವಿ ಖಾತೆ ವಿವರಗಳನ್ನು ದಯವಿಟ್ಟು ನೀಡಿ

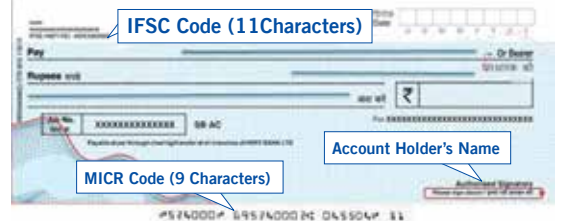
ಬ್ಯಾಂಕ್ ಖಾತೆ ಸಂ.: _____

ಖಾತೆದಾರರ ಹೆಸರು: _____

ಬ್ಯಾಂಕ್ ಹೆಸರು ಮತ್ತು ಶಾಖೆ: _____

ಖಾತೆ ವಿಧ ☐ ಉಳಿತಾಯ ☐ ಚಾಲ್ತಿ ☐ ಎನ್‌ಆರ್‌ಒ ☐ ಎನ್‌ಆರ್‌ಇ

ಐಎಪ್‌ಎಸ್‌ಸಿ: _____ ಎಂಐಸಿಆರ್: _____



ಪಿಂಚಣಿ ಯೋಜನೆಗಳಿಗೆ ಕಡ್ಡಾಯವಾಗಿದೆ, ನೀವು ಪ್ರಯೋಜನಗಳನ್ನು ಹೇಗೆ ಪಡೆಯಲು ಬಯಸುತ್ತೀರಿ ಎಂಬುದನ್ನು ದಯವಿಟ್ಟು ಸೂಚಿಸಿ

☐ ಸಂಪೂರ್ಣ ಮೊತ್ತವನ್ನು ಒಟ್ಟು ಮೊತ್ತವಾಗಿ ☐ ಸಂಪೂರ್ಣ ಮೊತ್ತವನ್ನು ವರ್ಷಾಶನವಾಗಿ ☐ ಭಾಗಶಃ ವರ್ಷಾಶನವಾಗಿ ಭಾಗಶಃ ಒಟ್ಟು ಮೊತ್ತವಾಗಿ ☐ ಕಂತುಗಳಲ್ಲಿ

ಖಾಲಿ ಜಾಗ

ವಿಭಾಗ ಸಿ*

ಘೋಷಣೆ ಮತ್ತು ಅಧಿಕಾರ

- ನಾನು ಇಲ್ಲಿ ಘೋಷಿಸುವುದೇನೆಂದರೆ, ಮೇಲೆ ಭರ್ತಿ ಮಾಡಿದ/ಒದಗಿಸಿದ ಎಲ್ಲಾ ವಿವರಗಳು ನನ್ನ ಜ್ಞಾನ ಮತ್ತು ನಂಬಿಕೆಗೆ ಅನುಗುಣವಾಗಿ ನಿಜ ಮತ್ತು ಸರಿಯಾಗಿವೆ.
- ನಾನು ಮೇಲಿನ ವಿವರಗಳ ಸತ್ಯಾಸತ್ಯತೆಯನ್ನು ಎಲ್ಲ ವಿಧದಲ್ಲೂ ಖಾತರಿಪಡಿಸುತ್ತೇನೆ ಮತ್ತು ನಾನು ಯಾವುದೇ ಸುಳ್ಳು ಅಥವಾ ಅಸತ್ಯದ ಹೇಳಿಕೆ ನೀಡಿದರೆ, ಯಾವುದೇ ಪ್ರಮುಖ ಅಂಶವನ್ನು ಮರೆಮಾಚಿದರೆ ಅಥವಾ ಗೊಪ್ಯವಾಗಿಸಿದರೆ, ಹೇಳಲಾದ ವೆಚ್ಚಗಳ ಮರುಪಾವತಿಯನ್ನು ಪಡೆಯುವ ನನ್ನ ಹಕ್ಕನ್ನು ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಕಳೆದುಕೊಳ್ಳುತ್ತೇನೆ ಎಂದು ನಾನು ಒಪ್ಪುತ್ತೇನೆ.
- ಈ ನಮೂನೆಯನ್ನು ಸಲ್ಲಿಸುವುದರಿಂದ ವಿನಂತಿಯನ್ನು ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಗೊಳಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ ಎಂದು ಅರ್ಥವಲ್ಲ ಎಂದು ನಾನು ಅರ್ಥಮಾಡಿಕೊಂಡಿದ್ದೇನೆ ಮತ್ತು ಒಪ್ಪುತ್ತೇನೆ.
- ಪಾಲಿಸಿಯ ಅಡಿಯಲ್ಲಿ ಯಾವುದೇ ಪಾವತಿಯು ಪಾಲಿಸಿಯ ನಿಯಮಗಳು ಮತ್ತು ಷರತ್ತುಗಳಿಗೆ ಅನುಗುಣವಾಗಿರುತ್ತದೆ ಎಂದು ನಾನು ಅರ್ಥಮಾಡಿಕೊಂಡಿದ್ದೇನೆ.
- ಯಾವುದೇ ಪಾವತಿಯು ಕೊನೆಯ ನವೀಕರಣ ಪ್ರೀಮಿಯಂ ಪಾವತಿಯ ಸಾಕ್ಷಾತ್ಕಾರಕ್ಕೆ ಒಳಪಟ್ಟಿರುತ್ತದೆ.
- ನಾನು ಎಲ್ಲಾ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸಂಸ್ಥೆಗಳು (ವೈದ್ಯಕೀಯ ಪ್ರಯೋಗಾಲಯಗಳು ಸೇರಿದಂತೆ), ಸರ್ಕಾರಿ ಸಂಸ್ಥೆಗಳು (ಪೊಲೀಸ್, ಕಂದಾಯ, ಇತ್ಯಾದಿ) ಗಳಿಗೆ ಎಲ್‌ಎಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಎಚ್‌ಐವಿ/ಐಡ್ಸ್ ಮತ್ತು ಇತರವುಗಳನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಂತೆ ಹಿಂದಿನ ಮತ್ತು ಪ್ರಸ್ತುತ ಎರಡರ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಎಡೆಲ್‌ವೈರ್ನ್ಸ್ ಲೈಫ್ ಇನ್ಶೂರೆನ್ಸ್ ಕಂಪನಿ ಲಿಮಿಟೆಡ್‌ಗೆ ಬಹಿರಂಗಪಡಿಸಲು ಅಧಿಕಾರ ನೀಡುತ್ತೇನೆ.
- ಈ ಘೋಷಣೆಯು ಪೋಟೋ ಪ್ರತಿಯನ್ನು ಮಾನ್ಯ ಮತ್ತು ಪರಿಣಾಮಕಾರಿ ಎಂದು ಪರಿಗಣಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ.
- ಯಾವುದೇ ಮರುವಿಮಾದಾರರು, ವಿಮಾ ಸಂಘ, ವೈದ್ಯಕೀಯ ಅಧಿಕಾರಿಗಳು, ಇತರ ವಿಮಾದಾರರು, ಶಾಸನಬದ್ಧ ಅಧಿಕಾರಿಗಳು, ಉದ್ಯೋಗದಾತರು, ನ್ಯಾಯಾಲಯ, ಸರ್ಕಾರಿ ಸಂಸ್ಥೆಯು, ತನಿಖಾ ಸಂಸ್ಥೆ ಅಥವಾ ಇತರ ಸೇವೆಯನ್ನು ಬಳಸುವ ನಿಯಂತ್ರಕರೊಂದಿಗೆ ನನ್ನ ಪರವಾಗಿ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಹಂಚಿಕೊಳ್ಳಲು ಮತ್ತು ಪಡೆಯಲು ನಾನು ಎಡೆಲ್‌ವೈರ್ನ್ಸ್ ಲೈಫ್ ಇನ್ಶೂರೆನ್ಸ್ ಕಂಪನಿ ಲಿಮಿಟೆಡ್‌ಗೆ ಅಧಿಕಾರ ನೀಡಲು ನನ್ನ ಒಪ್ಪಿಗೆಯನ್ನು ನೀಡುತ್ತೇನೆ.

ದಿನಾಂಕ: D D M M Y Y Y Y

ಸ್ಥಳ: _____

ಇಲ್ಲಿ ಸಹಿ ಮಾಡಿ

ಕ್ಲೇಮ್‌ದಾರರ ಸಹಿ

ತೃತೀಯ ಪಕ್ಷವು ಮಾಡಬೇಕಿರುವ ಘೋಷಣೆ

ಪಾಲಿಸಿದಾರರು ತಮ್ಮ ಹೆಚ್ಚರಿಕೆಯ ಗುರುತು ಹಾಕಿದ್ದಾರೆ/ಸ್ಥಳೀಯ ಭಾಷೆಯಲ್ಲಿ ಸಹಿ ಮಾಡಿದ್ದಾರೆ/ಅರ್ಜಿಯನ್ನು ಭರ್ತಿ ಮಾಡಿಲ್ಲ. ಈ ಅರ್ಜಿಯ ವಿಷಯವನ್ನು ಪಾಲಿಸಿದಾರರಿಗೆ _____ ಭಾಷೆಯಲ್ಲಿ ವಿವರಿಸಲಾಗಿದೆ ಮತ್ತು ನನಗೆ ನೀಡಿದ ಉತ್ತರಗಳನ್ನು ಸತ್ಯವಾಗಿ ದಾಖಲಿಸಲಾಗಿದೆ ಎಂದು ನಾನು ಈ ಮೂಲಕ ಘೋಷಿಸುತ್ತೇನೆ. ಪಾಲಿಸಿದಾರರು ನನ್ನ ಸಮ್ಮುಖದಲ್ಲಿ ತಮ್ಮ ಹೆಚ್ಚರಿಕೆಯ ಗುರುತು ಹಾಕಿದ್ದಾರೆ/ಸಹಿ ಮಾಡಿದ್ದಾರೆ ಎಂದು ನಾನು ಮತ್ತಷ್ಟು ಘೋಷಿಸುತ್ತೇನೆ.

ಘೋಷಿಸಿದವರ ಹೆಸರು: _____

ವಿಳಾಸ: _____

ದಿನಾಂಕ: D D M M Y Y Y Y

ಸ್ಥಳ: _____

ಇಲ್ಲಿ ಸಹಿ ಮಾಡಿ

ತೃತೀಯ ವ್ಯಕ್ತಿಯ ಸಹಿ

ಪ್ರಮುಖ ಸೂಚನೆ: ಕ್ಲೈಮ್ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆ ಅಥವಾ ಇತ್ಯರ್ಥಕ್ಕಾಗಿ ಕಂಪನಿಯ ಪ್ರತಿನಿಧಿಯನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಂತೆ ಯಾರಾದರೂ ಯಾವುದೇ ಬೇಡಿಕೆ ಅಥವಾ ಸಹಾಯವನ್ನು ಕೇಳಿದರೆ, ಅದನ್ನು ಪರಿಗಣಿಸಬಾರದು ಮತ್ತು ಕಂಪನಿಯ ಇಮೇಲ್ ಐಡಿ: claims.unit@edelweisslife.in ಗೆ ತಕ್ಷಣ ವರದಿ ಮಾಡಬೇಕು.

ನಮೂನೆಯನ್ನು ಭರ್ತಿ ಮಾಡುವ ಸೂಚನೆ

ಎ. ಪ್ರಮುಖ ಮಾಹಿತಿ (ನಮೂನೆಯನ್ನು ಭರ್ತಿ ಮಾಡುವ ಮೊದಲು ದಯವಿಟ್ಟು ಓದಿ)

- ನಮೂನೆಯನ್ನು ಕೈಮ್ ಮಾಡುವವರು ಮಾತ್ರ ಭರ್ತಿ ಮಾಡಬೇಕು. ಕೈಮ್ ಮಾಡುವವರು ಅಪಾಪ ವಯಸ್ಕರಾಗಿದ್ದರೆ, ಪೋಷಕರು/ನೇಮಕಗೊಂಡವರು ನಮೂನೆಯನ್ನು ಭರ್ತಿ ಮಾಡಬಹುದು
- ಹಲವು ಪಾಲಿಸಿಗಳ ಅಡಿಯಲ್ಲಿ ಕೈಮ್‌ಗಳನ್ನು ಒಂದೇ ನಮೂನೆಯನ್ನು ಭರ್ತಿ ಮಾಡುವ ಮೂಲಕ ಮತ್ತು ಅನ್ವಯವಾಗುವ ಎಲ್ಲಾ ಪಾಲಿಸಿ ಸಂಖ್ಯೆಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸುವ ಮೂಲಕ ನೋಂದಾಯಿಸಬಹುದು
- ಒಂದಕ್ಕಿಂತ ಹೆಚ್ಚು ಕೈಮ್ ಮಾಡುವವರು ಇರುವ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಪ್ರತಿ ಕೈಮ್ ಮಾಡುವವರಿಗೆ ಪ್ರತ್ಯೇಕ ನಮೂನೆಗಳನ್ನು ಭರ್ತಿ ಮಾಡಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ
- ದಯವಿಟ್ಟು ಘೋಷಣೆಗಳನ್ನು ಎಚ್ಚರಿಕೆಯಿಂದ ಓದಿ ಮತ್ತು ಕೈಮ್ ಮಾಡುವವರು ನಿಮ್ಮ ಚೆಕ್‌ಗೆ ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಸಹಿ ಮಾಡುವ ರೀತಿಯಲ್ಲಿಯೇ ಕೈಮ್ ನಮೂನೆಗೆ ಸಹಿ ಮಾಡಬೇಕು
- ಪಾಲಿಸಿಯ ಎಲ್ಲ ನಿಯಮಗಳು ಮತ್ತು ಷರತ್ತುಗಳನ್ನು ಪೂರೈಸುವುದಕ್ಕೆ ಒಳಪಟ್ಟು ಕೈಮ್ ಪಾವತಿಸಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ
- ಈ ಕೈಮ್ ಅನ್ನು ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಗೊಳಿಸಲು ಯಾರಿಗೂ ಯಾವುದೇ ಶುಲ್ಕ ಅಥವಾ ಕಮಿಷನ್ ಪಾವತಿಸಬಾರದು
- ನಿಮ್ಮ ವಿಳಾಸ, ಫೋನ್ ಸಂಖ್ಯೆಗಳು ಮತ್ತು ಇಮೇಲ್ ಐಡಿ ಪ್ರಸ್ತುತ ಮತ್ತು ಸಕ್ರಿಯವಾಗಿದೆ ಎಂದು ಖಚಿತಪಡಿಸಿಕೊಳ್ಳಿ. ಏಕೆಂದರೆ, ಈ ಮೂಲಕ ಮಾತ್ರ ಪತ್ರವ್ಯವಹಾರ ನಡೆಯುತ್ತದೆ
- ನಕ್ಷತ್ರ ಚಿಹ್ನೆ (*) ಕಡ್ಡಾಯ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಸೂಚಿಸುತ್ತದೆ

ಬಿ. ಸಲ್ಲಿಸಬೇಕಾದ ದಾಖಲೆಗಳು

ಕಡ್ಡಾಯ ದಾಖಲೆಗಳು

- (1) ಮೂಲ ಪಾಲಿಸಿ ದಾಖಲೆ (ಡಿಮೆಟರಿಯಲೈಸ್ಡ್ ಪಾಲಿಸಿ ದಾಖಲೆಯ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಅಗತ್ಯವಿಲ್ಲ) (2) ಸ್ಥಳೀಯ ಪಾತ್ರಧಾರರಿಂದ ನೀಡಲಾದ ಮರಣ ಪ್ರಮಾಣಪತ್ರ
(3) ಕೈಮ್ ಮಾಡುವವರ ಪ್ಯಾನ್ ಕಾರ್ಡ್ (4) ಕೈಮ್ ಮಾಡುವವರ ಐಡಿ ಮತ್ತು ವಿಳಾಸ ಪುರಾವೆ (5) ರದ್ದುಪಡಿಸಿದ ಚೆಕ್ (6) ಕೈಮ್ ಮಾಡುವವರ ಪಾಸ್‌ಪೋರ್ಟ್ ಗಾತ್ರದ ಛಾಯಾಚಿತ್ರ

ಹೆಚ್ಚುವರಿ ದಾಖಲೆಗಳು

ಆಸ್ತಿಗೆ ದಾಖಲು / ಅನಾರೋಗ್ಯದಿಂದ ಸಾವು (1) ಸಾವಿನ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಕಾರಣದ ಪ್ರಮಾಣಪತ್ರ (2) ಈ ಹಿಂದೆ ತೆಗೆದುಕೊಂಡ ಎಲ್ಲಾ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಳ ವೈದ್ಯಕೀಯ ದಾಖಲೆಗಳು. (ಪ್ರವೇಶ ಟಿಪ್ಪಣಿಗಳು, ಇತಿಹಾಸ / ಪ್ರಗತಿ ಹಾಳೆ, ಡಿಸ್ಚಾರ್ಜ್ / ಮರಣ ಸಾರಾಂಶ, ಪರೀಕ್ಷಾ ವರದಿಗಳು, ಇತ್ಯಾದಿ)

ಅಪಘಾತದಿಂದ ಸಾವು (1) ಪ್ರಥಮ ಮಾಹಿತಿ ವರದಿ (ಎಫ್‌ಐಆರ್), ಪಂಚನಾಮೆ / ಇನ್‌ಕ್ವೆಸ್ಟ್ ವರದಿ, ಮರಣೋತ್ತರ ವರದಿ (ಪಿಎಂಆರ್), ಚಾಲನಾ ಪರವಾನಗಿ, ಪೊಲೀಸ್ ಅಂತಿಮ ವರದಿ, ಒಳಾಂಗಗಳ ವರದಿ (ಅನ್ವಯಿಸಿದರೆ) ಪತ್ರಿಕೆ ಕತ್ತರಿಸಿದ ಭಾಗ (ಗಳು), ಯಾವುದಾದರೂ ಇದ್ದರೆ, ಅನ್ವಯವಾಗುವ ಇತರೆ

ಹಕ್ಕು ನಿರಾಕರಣೆಗಳು: 1. ಪ್ರತಿಗಳನ್ನು ಸಲ್ಲಿಸಬೇಕು ಮತ್ತು ಕೈಮ್ ಸಲ್ಲಿಕೆ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಮೂಲಗಳನ್ನು ಪ್ರಸ್ತುತಪಡಿಸಬೇಕು

2. ಎಡೆಲ್ವೈರ್ನ್ ಲೈಫ್ ಇನ್ಶೂರೆನ್ಸ್ ಕಂಪನಿ ಲಿಮಿಟೆಡ್ ಅಗತ್ಯವಿದ್ದರೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ಮಾಹಿತಿ/ದಾಖಲೆಗಳನ್ನು ಕೇಳುವ ಹಕ್ಕನ್ನು ಕಾಯ್ದಿರಿಸಿದೆ

ಸಿ. ಮಾನ್ಯ ಗುರುತು ಮತ್ತು ವಿಳಾಸ ಪುರಾವೆಗಳ ಪಟ್ಟಿ (ಸಲ್ಲಿಸಿದ ಕಾಗದಪತ್ರವನ್ನು ದಯವಿಟ್ಟು ಗುರುತು ಮಾಡಿ)

ಫೋಟೋ ಗುರುತಿನ ಸಾಕ್ಷ್ಯ (ಯಾವುದೇ ಒಂದು)

ವಿಳಾಸ ಪುರಾವೆ (ಯಾವುದೇ ಒಂದು)

☐ ಕ್ಲೇಮ್‌ದಾರರ ಪ್ಯಾನ್ ಕಾರ್ಡ್ ☐ ಮಾನ್ಯ ಪಾಸ್‌ಪೋರ್ಟ್ ☐ ಮತದಾರರ ಗುರುತಿನ ಚೀಟಿ

☐ ಮಾನ್ಯ ಪಾಸ್‌ಪೋರ್ಟ್

☐ ಆಧಾರ್ ಕಾರ್ಡ್* ☐ ಮಾನ್ಯ ಚಾಲನಾ ಪರವಾನಗಿ

☐ ಮತದಾರರ ಗುರುತಿನ ಚೀಟಿ

☐ ಕೇಂದ್ರ/ರಾಜ್ಯ ಸರ್ಕಾರವು ಉದ್ಯೋಗಿಗಳಿಗೆ ವಿತರಿಸಿದ ಐಡಿ ಕಾರ್ಡ್

☐ ಆಧಾರ್ ಕಾರ್ಡ್*

☐ ಯಾವುದೇ ಇತರ ಕೇಂದ್ರ/ರಾಜ್ಯ ಸರ್ಕಾರ ವಿತರಿಸಿದ ಐಡಿ

☐ ಮಾನ್ಯ ಚಾಲನಾ ಪರವಾನಗಿ

* ಎಡೆಲ್ವೈರ್ನ್ ಲೈಫ್ ಇನ್ಶೂರೆನ್ಸ್ ಕಂಪನಿ ಲಿಮಿಟೆಡ್‌ನಿಂದ ಕೆವೈಸಿ ಅನುಸರಣೆಗಾಗಿ ಗುರುತಿನ ಪರಿಶೀಲನೆ ನಡೆಸಲು ನನ್ನ ಆಧಾರ್ ಅನ್ನು ಬಳಸಲು ನಾನು ಸ್ವಯಂಪ್ರೇರಣೆಯಿಂದ ನನ್ನ ಸಮ್ಮತಿಯನ್ನು ನೀಡುತ್ತೇನೆ

ಗಮನಿಸಿ: ಕೈಮ್‌ದಾರರ ನೆಫ್ತ್ ಮ್ಯಾಂಡೇಟ್/ ಬ್ಯಾಂಕ್ ಖಾತೆ ವಿವರಗಳು

- ಖಾತೆ ಸಂಖ್ಯೆ ಮತ್ತು ಇರುವ ರದ್ದುಪಡಿಸಿದ ವೈಯಕ್ತಿಕಗೊಳಿಸಿದ ಚೆಕ್ ಅನ್ನು ಮ್ಯಾಂಡೇಟ್‌ನೊಂದಿಗೆ ಸಲ್ಲಿಸಬೇಕು. ಚೆಕ್ ವೈಯಕ್ತಿಕಗೊಳಿಸದಿದ್ದರೆ, ಇತ್ತೀಚಿನ ಬ್ಯಾಂಕ್ ಹೇಳಿಕೆ ಅಥವಾ ಪಾಸ್‌ಬುಕ್‌ನ ಪ್ರತಿ (ಅಲ್ಲಿ ಖಾತೆ ಸಂಖ್ಯೆ ಮತ್ತು ಅನ್ನು ಉಲ್ಲೇಖಿಸಲಾಗಿದೆ) ಅನ್ನು ಮ್ಯಾಂಡೇಟ್‌ನೊಂದಿಗೆ ಸಲ್ಲಿಸಬೇಕು
- ಈ ಆದೇಶವು ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಗೊಳಿಸಿದ ನಂತರ, ಎಡೆಲ್ವೈರ್ನ್ ಲೈಫ್ ಇನ್ಶೂರೆನ್ಸ್ ಕಂಪನಿ ಲಿಮಿಟೆಡ್‌ನೊಂದಿಗೆ ಕೈಂಟ್ ಹೊಂದಿರುವ ಎಲ್ಲಾ ಪಾಲಿಸಿಗಳಿಗೆ ಈ ಹಿಂದೆ ಟ್ಯಾಗ್ ಮಾಡಲಾದ ಯಾವುದೇ ಆದೇಶಗಳನ್ನು ಅತಿಕ್ರಮಿಸುತ್ತದೆ.
- ವೈಫಲ್ಯದ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಅಥವಾ ಆದೇಶದ ಮೇಲೆ ಬಾಕಿ ಇರುವ ಯಾವುದೇ ಹೆಚ್ಚಿನ ಅವಶ್ಯಕತೆಗಳಿದ್ದಲ್ಲಿ ಹೊಸ ಆದೇಶವನ್ನು ಸ್ವೀಕರಿಸುವವರೆಗೆ ಪಾವತಿಯನ್ನು ತಡೆಹಿಡಿಯಲಾಗುತ್ತದೆ. ಇದಕ್ಕಾಗಿ ನಿಮಗೆ ಸೂಚನೆಯನ್ನು ಕಳುಹಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ.

*ಖಾತೆಗೆ ಮರುಪಾವತಿ (ಪೂರ್ಣ ಅಥವಾ ಅನುಪಾತದಲ್ಲಿ) ಖಾತೆಯ ಮೂಲಕ ಪಾವತಿಸಿದ ಪ್ರೀಮಿಯಂ(ಗಳ) ಅನುಪಾತಕ್ಕೆ ಒಳಪಟ್ಟಿರುತ್ತದೆ. ಖಾತೆಯ ಮೂಲಕ ಪಾವತಿಸಿದ ಪ್ರೀಮಿಯಂ(ಗಳಿಗೆ) ಪುರಾವೆಯಾಗಿ ದಯವಿಟ್ಟು ಬ್ಯಾಂಕ್ ಹೇಳಿಕೆ ಅಥವಾ ಬ್ಯಾಂಕ್ ದೃಢೀಕರಣ ಪತ್ರವನ್ನು ಸಲ್ಲಿಸಿ.

**ಅನುಪಾತದ ಪಾವತಿಯ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ದಯವಿಟ್ಟು ಎರಡು ಆದೇಶಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸಿ, ಅಂದರೆ ಖಾತೆ ಮತ್ತು ಅಲ್ಲದ ಖಾತೆಗೆ.

ಎಡೆಲ್ವೈರ್ನ್ ಲೈಫ್ ಇನ್ಶೂರೆನ್ಸ್ ಕಂಪನಿ ಲಿಮಿಟೆಡ್ | IRDAI Regn. No.: 147 | CIN: U66010MH2009PLC197336 | ನೋಂದಾಯಿತ ಮತ್ತು ಕಾರ್ಪೊರೇಟ್ ಕಛೇರಿ: 6ನೇ ಮಹಡಿ, ಟವರ್ 3, ವಿಂಗ್ ಬಿ, ಕೊಹಿನೂರ್ ಸಿಟಿ, ಕಿರೋಲ್ ರಸ್ತೆ, ಕುರ್ಲಾ (ಪ), ಮುಂಬೈ 40 0070 | ಟೋಲ್ ಫ್ರೀ ಸಂ.: 1800 212 1212 | www.edelweisslife.in.

ಹೂವು ಮತ್ತು ಎಡೆಲ್ವೈರ್ನ್ ಎಂಬುದು ಎಡೆಲ್ವೈರ್ನ್ ಫೈನಾನ್ಷಿಯಲ್ ಸರ್ವೀಸಸ್ ಲಿಮಿಟೆಡ್ ಟ್ರೇಡ್‌ಮಾರ್ಕ್‌ಗಳಾಗಿದ್ದು, ಲೈಸೆನ್ಸ್ ಅಡಿಯಲ್ಲಿ ಎಡೆಲ್ವೈರ್ನ್ ಲೈಫ್ ಇನ್ಶೂರೆನ್ಸ್ ಕಂಪನಿ ಲಿಮಿಟೆಡ್ ಬಳಸಿದೆ.

ನಕಲಿ ಫೋನ್ ಕರೆಗಳು ಮತ್ತು ಕಾಲ್‌ನಿಕ್/ಮೋಸದ ಕೊಡುಗೆಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಎಚ್ಚರದಿಂದಿರಿ: IRDAI ಅಥವಾ ಅದರ ಅಧಿಕಾರಿಗಳು ವಿಮಾ ಪಾಲಿಸಿಗಳನ್ನು ಮಾರಾಟ ಮಾಡುವುದು, ಬೋನಸ್ ಘೋಷಿಸುವುದು ಅಥವಾ ಪ್ರೀಮಿಯಂಗಳ ಹೂಡಿಕೆಯಂತಹ ಚಟುವಟಿಕೆಗಳಲ್ಲಿ ಭಾಗವಹಿಸುವುದಿಲ್ಲ. ಅಂತಹ ದೂರವಾಣಿ ಕರೆಗಳನ್ನು ಸ್ವೀಕರಿಸುವ ಸಾರ್ವಜನಿಕರು ಪೊಲೀಸ್ ದೂರು ದಾಖಲಿಸಲು ವಿನಂತಿಸಲಾಗಿದೆ.

ಗ್ರಾಹಕರ ಸ್ವೀಕೃತಿ ಪ್ರತಿ-ವೈಯಕ್ತಿಕ ಮರಣ ಕೈಮ್ ನಮೂನೆ

ಪಾಲಿಸಿ ಸಂ. _____	ಕ್ಲೇಮ್‌ದಾರರ ಹೆಸರು _____
ಶಾಖೆ ಹೆಸರು / ಸಂವಹನ ಐಡಿ _____	ಕ್ಲೇಮ್‌ದಾರರ ಕೈಂಟ್ ಐಡಿ _____
ಉದ್ಯೋಗಿ ಹೆಸರು _____	ದಿನಾಂಕ _____
ಉದ್ಯೋಗಿ ಸಹಿ _____	ಉದ್ಯೋಗಿ ಕೋಡ್ _____
ಶಾಖೆ ಸ್ಟಾಂಪ್ _____	

ಎಡೆಲ್ವೈರ್ನ್ ಲೈಫ್ ಇನ್ಶೂರೆನ್ಸ್ ಕಂಪನಿ ಲಿಮಿಟೆಡ್ | IRDAI Regn. No.: 147 | CIN: U66010MH2009PLC197336 | ನೋಂದಾಯಿತ ಮತ್ತು ಕಾರ್ಪೊರೇಟ್ ಕಛೇರಿ: 6ನೇ ಮಹಡಿ, ಟವರ್ 3, ವಿಂಗ್ ಬಿ, ಕೊಹಿನೂರ್ ಸಿಟಿ, ಕಿರೋಲ್ ರಸ್ತೆ, ಕುರ್ಲಾ (ಪ), ಮುಂಬೈ 40 0070 | ಟೋಲ್ ಫ್ರೀ ಸಂ.: 1800 212 1212 | www.edelweisslife.in.

ಹೂವು ಮತ್ತು ಎಡೆಲ್ವೈರ್ನ್ ಎಂಬುದು ಎಡೆಲ್ವೈರ್ನ್ ಫೈನಾನ್ಷಿಯಲ್ ಸರ್ವೀಸಸ್ ಲಿಮಿಟೆಡ್ ಟ್ರೇಡ್‌ಮಾರ್ಕ್‌ಗಳಾಗಿದ್ದು, ಲೈಸೆನ್ಸ್ ಅಡಿಯಲ್ಲಿ ಎಡೆಲ್ವೈರ್ನ್ ಲೈಫ್ ಇನ್ಶೂರೆನ್ಸ್ ಕಂಪನಿ ಲಿಮಿಟೆಡ್ ಬಳಸಿದೆ.

ನಕಲಿ ಫೋನ್ ಕರೆಗಳು ಮತ್ತು ಕಾಲ್‌ನಿಕ್/ಮೋಸದ ಕೊಡುಗೆಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಎಚ್ಚರದಿಂದಿರಿ: IRDAI ಅಥವಾ ಅದರ ಅಧಿಕಾರಿಗಳು ವಿಮಾ ಪಾಲಿಸಿಗಳನ್ನು ಮಾರಾಟ ಮಾಡುವುದು, ಬೋನಸ್ ಘೋಷಿಸುವುದು ಅಥವಾ ಪ್ರೀಮಿಯಂಗಳ ಹೂಡಿಕೆಯಂತಹ ಚಟುವಟಿಕೆಗಳಲ್ಲಿ ಭಾಗವಹಿಸುವುದಿಲ್ಲ. ಅಂತಹ ದೂರವಾಣಿ ಕರೆಗಳನ್ನು ಸ್ವೀಕರಿಸುವ ಸಾರ್ವಜನಿಕರು ಪೊಲೀಸ್ ದೂರು ದಾಖಲಿಸಲು ವಿನಂತಿಸಲಾಗಿದೆ.