

केवळ कार्यालयीन वापरासाठी

शाखेचे नाव: _____ शाखेचा संकेतांक: _____
संभाषण आयडी: _____
कर्मचार्याचे नाव: _____
कर्मचार्याचा संकेतांक: _____ स्वाक्षरी: _____
दिनांक: D D M M Y Y Y Y वेळ: ☐ दुपारी 3 वाजता किंवा त्यापूर्वी ☐ दुपारी 3 वाजल्यानंतर

दावा करणाऱ्या
व्यक्तीचे छायाचित्र

विभाग अ*

पॉलिसीची माहिती

पॉलिसी क्रमांक: _____

विभाग ब*

ज्या व्यक्तीला जीवन हमी देण्यात आली आहे त्या व्यक्तीची माहिती

जीवन हमी देण्यात आलेल्या व्यक्तीचे नाव: ☐ श्री. ☐ सौ. F I R S T M I D D L E L A S T
वडिलांचे नाव: F I R S T M I D D L E L A S T
मृत्यू दिनांक: D D M M Y Y Y Y
मृत्यू ठिकाण: ☐ रुग्णालय ☐ दवाखाना ☐ निवासी ☐ कार्यालय ☐ अन्य (नमूद करा) _____
कुटुंबाचे डॉक्टर: नाव _____ नोंदणी क्र. _____ संपर्क क्र. _____
शेवटच्या उपचाराची तारीख/डॉक्टरांचा तपशील: नाव _____ नोंदणी क्र. _____ संपर्क क्र. _____
शेवटच्या नियोक्त्याचा तपशील (लागू असल्यास):
कंपनीचे नाव _____ संपर्काकरिता व्यक्तीचे नाव _____ संपर्क क्र. _____
मृत्यूचा प्रकार: ☐ वैद्यकीय ☐ नैसर्गिक ☐ अपघाती ☐ हत्या ☐ आत्महत्या
मृत्यूचे कारण: _____

आजाराचा प्रकार आणि विमाधारकाची सवय

☐ उच्च रक्तदाब ☐ मधुमेह ☐ हृदयविकार ☐ यकृत रोग
☐ मूत्रपिंड रोग ☐ कर्करोग ☐ इतर _____
☐ धूम्रपान ☐ तंबाखू ☐ अमली पदार्थ व्यसन असल्यास, सेवन कालावधी _____ आणि सेवन प्रमाण _____

आजाराचे निदान झाल्याची तारीख

अन्य विम्याची माहिती: (जीवनविमा/मेडिकलेम/आरोग्यविमा)

पॉलिसी क्रमांक	कंपनीचे नाव	रकमेची हमी	स्थिती (सक्रिय/बाद/अर्ज दाखल प्रक्रियेत/परिपक्व)

दावा करणाऱ्या व्यक्तीचे नाव

दावा करणाऱ्याचे नाव: ☐ श्री. ☐ सौ. F I R S T M I D D L E L A S T
जन्मदिनांक: D D M M Y Y Y Y
पत्ता: 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
पिनकोड: _____
संपर्क क्र: O F F I C E R E S I D E N C E M O B I L E

कार्यालय आणि / किंवा वैयक्तिक ईमेल आयडी: _____

जीवन विमाधारकासमवेत नातः: ☐ जोडीदार ☐ मुलं ☐ पालक ☐ अन्य S P E C I F Y दावेदाराचे शीर्षक: ☐ नामनिर्देशित ☐ मृत्यूपत्राचा व्यवस्थापक ☐ विश्वस्त ☐ नियुक्तीकर्ता ☐ मालक ☐ मुखत्यार ☐ लाभधारकदावेदाराच्या पॅनची माहिती: किंवा अर्ज 60 ☐राजकीय पार्श्वभूमी असलेली व्यक्ती: ☐ हो ☐ नाहीअमेरिका-स्थित व्यक्ती: ☐ हो ☐ नाही (असल्यास, कृपया FATCA / CRS प्रमाणपत्र भरा)

दावेदाराचा एनईएफटी आदेश / बँक खात्याची माहिती

चिल्लून प्लान असल्यास, लाभधारक सज्जान असल्यास, कृपया लाभधारक खात्याची माहिती द्या

बँक खाते क्रमांक: _____

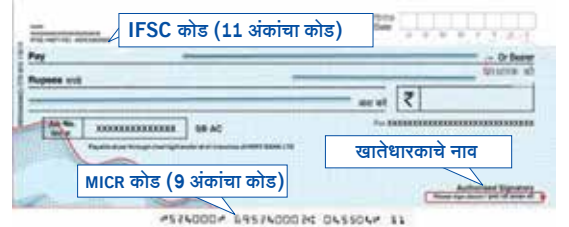
खातेधारकाचे नाव: _____

बँकेचे नाव आणि शाखा: _____

खात्याचा प्रकार ☐ बचत ☐ चालू ☐ एनआरओ ☐ एनआरई
आयएफएससी: _____ एमआयसीआर: _____

पेंशन प्लानकरिता अनिवार्य, तुम्ही लाभ कसा प्राप्त करू इच्छिता, ते नमूद करा

☐ एकरकमी संपूर्ण रक्कम ☐ वार्षिक स्वरूपात संपूर्ण रक्कम ☐ काही रक्कम वार्षिक स्वरूपात काही एकरकमी ☐ हफत्यांमध्ये



रिकामी जागा

विभाग क*

घोषणा आणि अधिकृतता

- मी येथे घोषित करतो/करते की उपरोक्त नमूद / स्पष्ट करण्यात आलेले सर्व तपशील माझ्या सर्वोत्तम माहिती आणि मान्यतेप्रमाणे खरे आहेत.
- मी याद्वारे प्रत्येक बाबतीत वरील तपशीलांच्या सत्यतेची आणि शुद्धतेची हमी देतो/देते आणि मी सहमत आहे की जर मी कोणतेही खोटे किंवा असत्य विधान केले असेल किंवा कोणतीही भौतिक वस्तुस्थिती दडवून ठेवली असेल किंवा लपवून ठेवली असेल, तर उक्त खर्चाच्या प्रतिपूर्तीचा दावा करण्याचा माझा अधिकार असेल.
- मी समजतो / समजते आणि सहमत आहे की हा अर्ज दाखल करण्याचा अर्थ असा नाही की विनंतीवर प्रक्रिया केली जाईल.
- पॉलिसी अंतर्गत कोणतेही पेआउट पॉलिसीच्या अटी आणि नियमांनुसार काटेकोरपणे करण्यात येईल, याची मला जाणीव आहे.
- कोणतेही देयक अंतीम नूतनीकरण हफता भरणा वसुलीच्या अधीन असेल.
- मी सर्व वैद्यकीय आस्थापना (वैद्यकीय प्रयोगशाळांचा समावेश), सरकारी संस्था (पोलीस, महसूल, इ.) यांना एचआयव्ही/एड्स आणि विमाधारकाशी संबंधित भूतकाळ आणि वर्तमानातील इतर उपचार माहिती, एडलवाइज लाईफ इन्शुरन्स कंपनी लिमिटेडला जाणून घेण्यासाठी अधिकृत करतो.
- या घोषणेची छायाचित्र प्रत वैध आणि प्रभावी मानली जाईल.
- मी एडलवाइज लाईफ इन्शुरन्स कंपनी लिमिटेडला माझ्या वतीने कोणत्याही पुनर्विमा कंपनीशी, विमा संघटना, वैद्यकीय अधिकारी, इतर विमा कंपन्या, वैधानिक अधिकारी, नियोक्ता, न्यायालय, सरकारी संस्था, नियामक तपास एजन्सी किंवा इतर सेवा वापरून माहिती सामायिक करण्यासाठी आणि प्राप्त करण्यासाठी अधिकृत करतो. त्यासाठी माझी संमती आहे.

तारीख: D D M M Y Y Y Y

ठिकाण: _____

इथे स्वाक्षरी करा

दावेदाराची स्वाक्षरी

तृतीय पक्षाकडून करण्यात येणारी घोषणा

पॉलिसीधारकाने अंगठ्याचा ठसा लावला आहे. त्याच्या/ तिच्या स्थानिक _____ भाषेत स्वाक्षरी केली आहे / अर्ज भरलेला नाही. मी याद्वारे माहिती देतो/देते की अर्जाचा मजकूर पॉलिसीधारकाला समजावून सांगितलेला आहे आणि मला उत्तरे उपलब्ध करून देण्यात आली आहेत. पॉलिसीधारकाने माझ्या समक्ष त्याचा/तिचा अंगठ्याचा ठसा उमटवून त्यावर स्वाक्षरी केली आहे.

दावा करणाऱ्या व्यक्तीचे नाव: _____

पत्ता: _____

तारीख: D D M M Y Y Y Y

ठिकाण: _____

इथे स्वाक्षरी करा

तृतीय पक्ष व्यक्तीची स्वाक्षरी

महत्त्वाची सूचना: दावा प्रक्रिया किंवा निपटार्यासाठी कंपनीच्या प्रतिनिधीसह कोणीही मागणी किंवा अनुकूलता मागितल्यास, ती स्वीकारली जाऊ नये आणि तसे झाल्यास संबंधित माहिती कंपनीच्या ईमेल आयडीवर कंपनीला त्वरित कळविण्यात यावी: claims.unit@edelweisslife.in

अ. महत्वाची माहिती (अर्ज भरण्यापूर्वी कृपया नीट वाचा)

- केवळ दावेदारानेच अर्ज भरला पाहिजे दावेदार सज्जान नसल्यास, पालक/नियुक्त व्यक्ती अर्ज भरू शकते.
- अनेक पॉलिसी दाव्यासाठी एकच अर्ज भरून आणि सर्व लागू पॉलिसी क्रमांक देऊन नोंदणी करता येते.
- एकापेक्षा जास्त दावेदार असल्यास, प्रत्येक दावेदाराने वेगळा अर्ज भरणे गरजेचे आहे.
- कृपया घोषणा पत्र काळजीपूर्वक वाचा आणि ज्या प्रकारे सर्वसाधारण धनादेशावर जशी स्वाक्षरी केली जाते, त्याचप्रकारे दाव्याच्या अर्जावर दावेदाराने स्वाक्षरी करणे आवश्यक आहे.
- दाव्याची रक्कम देय (पेएबल) असणे हे अटी आणि नियमांची पूर्तता होण्याच्या अधीन आहे.
- दावा प्रक्रियेसाठी कोणालाही शुल्क किंवा दलाली दिली जाऊ नये.
- तुमचा पत्ता, दूरध्वनी क्रमांक आणि ईमेल आयडी सध्याचा आणि सक्रीय असल्याची खात्री करून घ्या, कारण याच माध्यमातून संवाद साधला जाणार आहे.
- तारकाचिन्ह (*) असलेली माहिती देणे अनिवार्य आहे.

ब. ही कागदपत्रं सादर करणे आवश्यक आहे

अनिवार्य दस्तावेज

(1) मूळ पॉलिसी कागदपत्रे (डिमटेरियललाईज्ड (सॉफ्ट कॉपी) पॉलिसी कागदपत्रांसाठी गरजेचे नाही (2) स्थानिक प्राधिकरणाकडून जारी करण्यात आलेले मृत्यू प्रमाणपत्र (3) दावेदाराचे पॅन कार्ड (4) दावेदाराची ओळखपत्र आणि पत्त्याचा पुरावा (5) रद्द धनादेश (6) दावेदाराचे पासपोर्ट आकारातील छायाचित्र

अतिरिक्त कागदपत्रे

रुग्णालयातील भरती / आजारपणामुळे झालेला मृत्यू (1) मृत्यूचे वैद्यकीय निदान प्रमाणपत्र (2) पूर्वी घेण्यात आलेल्या सर्व उपचारांच्या वैद्यकीय नोंदी (प्रवेश नोंदी, इतिहास / प्रगती नोंदी, डिस्चार्ज) / मृत्यू सारांश, चाचणी अहवाल इ)

अपघाती मृत्यू (1) प्रथम माहिती अहवाल (एफआयआर), पंचनामा / चौकशी अहवाल, शवविच्छेदन अहवाल (पीएमआर), वाहन चालवण्याचा परवाना, पोलीस अंतिम अहवाल, व्हिसेरा अहवाल (लागू असल्यास), वर्तमानपत्रामधील कात्रण (णे), इतर लागू असल्यानुसार

अस्वीकरण 1. दावा दाखल करताना सादर करायच्या प्रती आणि मूळ कागदपत्रं,

2. एडलवाइज लाईफ इन्शुरन्स कंपनी लिमिटेड आवश्यक असल्यास, अधिक माहिती / कागदपत्रे मागण्याचा अधिकार राखून ठेवते

क. वैध ओळख आणि पत्त्याच्या पुराव्याची यादी (कृपया जी कागदपत्रे सादर केली असतील त्यासमोर खूण करा)

फोटो ओळखपत्र पुरावा (कोणताही एक)

☐ दावेदाराचे पॅन कार्ड

☐ वैध पासपोर्ट

☐ मतदार ओळखपत्र

☐ आधार कार्ड*

☐ वैध चालक परवाना

☐ केंद्र/राज्य सरकारकडून कर्मचार्याच्यासाठी जारी करण्यात आलेले ओळखपत्र

☐ केंद्र/राज्य सरकारकडून कर्मचार्याच्यासाठी जारी करण्यात आलेले अन्य ओळखपत्र

पत्त्याचा पुरावा (कोणताही एक)

☐ वैध पासपोर्ट

☐ मतदार ओळखपत्र

☐ आधार कार्ड*

☐ वैध चालक परवाना

*एडलवाइज लाईफ इन्शुरन्स कंपनी लिमिटेडकडून केव्हायसी मान्यतेसाठी ओळख तपासणी म्हणून माझ्या आधारचा वापर करण्यासाठी मी स्वेच्छेने अनुमती देत आहे.

ड. टीप: दावेदाराचा एनईएफटी आदेश / बँक खाते तपशील

- एनईएफटी आदेशासह खाते क्रमांक आणि आयएफएससी रद्द करण्यात आलेला वैयक्तिक धनादेश सादर करणे गरजेचे आहे. धनादेश वैयक्तिक नसेल तर आदेशासोबत अद्ययावत बँक स्टेटमेंट किंवा पासबुकची प्रत (खाते क्रमांक आणि आयएफएससी नमूद असलेला) सादर करणे गरजेचे आहे.
- प्रक्रिया केल्यावर, हा आदेश एडलवाइज लाईफ इन्शुरन्स कंपनी लिमिटेडच्या ग्राहकाने घेतलेल्या सर्व पॉलिसीच्या यापूर्वी खूण करण्यात आलेले (टॅग्ड) एनईएफटी आदेश रद्द करेल.
- एनईएफटी अयशस्वी झाल्यास किंवा आदेशातील इतर कोणत्याही गरजा प्रलंबित असल्यास, एनईएफटी आदेश प्राप्त होईपर्यंत देय रक्कम राखून ठेवण्यात येईल. यासंदर्भातील सूचना तुमच्याकडे पाठवण्यात येईल.

#एनआरई खात्यातील परतावा हा एनआरई खात्यातून भरलेल्या हप्त्याच्या (हप्त्यांच्या) गुणोत्तराच्या अधीन असेल. कृपया एनआरई खात्यातून हप्त्याची (हप्त्यांची) रकम भरण्यात आली असल्याचा पुरावा म्हणून बँक स्टेटमेंट किंवा बँक पुष्टी पत्र सादर करा.

##योग्य प्रमाणात रकम भरली असल्यास, कृपया दोन एनईएफटी आदेश म्हणजेच एनआरई खात्यासाठी आणि गैर-एनआरई खात्यासाठीचा आदेश सादर करा.

एडलवाइज लाईफ इन्शुरन्स कंपनी लिमिटेड। आयआरडीएआय नोंदणी क्र.: 147 । सीआयएन: U66010MH2009PLC197336 । नोंदणीकृत कार्यालय आणि कॉर्पोरेट कार्यालय: 6 वा मजला, टॉवर 3, कोहिनूर सिटी, किरोळ रोड (पश्चिम), मुंबई 400070। टोल फ्री क्रमांक 1800 212 1212 । www.edelweisslife.in.

फ्लॉवर अँड एडलवाइज हा एडलवाइज फायनान्शियल सर्विसेस लिमिटेडचा ट्रेडमार्क आहे आणि परवान्यातर्गत एडलवाइज लाईफ इन्शुरन्स कंपनी लिमिटेडद्वारे वापरण्यात येतो.

खोटे फोन कॉल आणि बनावट/फसव्या ऑफर्सपासून सावध रहा: आयआरडीएआय ही विमा पॉलिसी विक्री, बोनस जाहीर करणे किंवा हप्त्याची गुंतवणूक यासारख्या क्रियामध्ये सहभागी नाही. अशाप्रकारचे फोन आल्यास जनतेला पोलिस तक्रार दाखल करण्याची विनंती करण्यात येते.

ग्राहक पोचपावती प्रत – व्यक्तिगत मृत्यू दावा अर्ज

पॉलिसी क्रमांक _____ दावेदाराचे नाव _____
 शाखेचे नाव/ संभाषण ओळख _____ दावेदार ओळख _____
 कर्मचार्याचे नाव _____ दिनांक _____
 कर्मचार्याची स्वाक्षरी _____ कर्मचारी संकेतांक _____

शाखेचा शिक्का

एडलवाइज लाईफ इन्शुरन्स कंपनी लिमिटेड। आयआरडीएआय नोंदणी क्र.: 147 । सीआयएन: U66010MH2009PLC197336 । नोंदणीकृत कार्यालय आणि कॉर्पोरेट कार्यालय: 6 वा मजला, टॉवर 3, कोहिनूर सिटी, किरोळ रोड (पश्चिम), मुंबई 400070। टोल फ्री क्रमांक 1800 212 1212 । www.edelweisslife.in.

फ्लॉवर अँड एडलवाइज हा एडलवाइज फायनान्शियल सर्विसेस लिमिटेडचा ट्रेडमार्क आहे आणि परवान्यातर्गत एडलवाइज लाईफ इन्शुरन्स कंपनी लिमिटेडद्वारे वापरण्यात येतो.

खोटे फोन कॉल आणि बनावट/फसव्या ऑफर्सपासून सावध रहा: आयआरडीएआय ही विमा पॉलिसी विक्री, बोनस जाहीर करणे किंवा हप्त्याची गुंतवणूक यासारख्या क्रियामध्ये सहभागी नाही. अशाप्रकारचे फोन आल्यास जनतेला पोलिस तक्रार दाखल करण्याची विनंती करण्यात येते.