

ਸਿਰਫ਼ ਅਧਿਕਾਰਿਤ ਵਰਤੋਂ ਲਈ

ਬਰਾਂਚ ਦਾ ਨਾਮ: _____ ਬਰਾਂਚ ਕੋਡ: _____

ਇੰਟਰਐਕਸ਼ਨ ਆਈ.ਡੀ: _____

ਕਰਮਚਾਰੀ ਦਾ ਨਾਮ: _____

ਕਰਮਚਾਰੀ ਕੋਡ: _____ ਸਾਈਨ: _____

ਮਿਤੀ: DDMMYYYY ਸਮਾਂ: ☐ 3 ਤੇ ਜਾਂ ਇਸ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ☐ ਦੁਪਹਿਰ 3 ਵਜੇ ਤੋਂ ਬਾਅਦ

ਦਾਅਵੇਦਾਰ ਦੀ ਫੋਟੋ

ਸੈਕਸ਼ਨ A*

ਪਾਲਸੀ ਵੇਰਵਾ

ਪਾਲਸੀ ਨੰਬਰ: _____

ਸੈਕਸ਼ਨ B*

ਜੀਵਨ ਬੀਮੇ ਦੇ ਵੇਰਵੇ (LA)

ਬੀਮਿਤ ਵਿਅਕਤੀ ਦਾ ਨਾਮ: ☐ ਪਹਿਲਾਂ ☐ ਮੌਜੂਦਾ FIRST MIDDLE LAST

ਪਿਤਾ ਜੀ ਦਾ ਨਾਂ: FIRST MIDDLE LAST

ਮੌਤ ਦੀ ਮਿਤੀ DDMMYYYY

ਮੌਤ ਦਾ ਸਥਾਨ ☐ ਹਸਪਤਾਲ ☐ ਕਲੀਨਿਕ ☐ ਨਿਵਾਸ ☐ ਆਫਿਸ ☐ ਹੋਰ (ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਵਰਣਨ ਕਰੋ) _____

ਫੈਮਿਲੀ ਡਾਕਟਰ: ਨਾਂ _____ ਰਜਿਸਟਰੇਸ਼ਨ ਨੰ. _____ ਸੰਪਰਕ ਨੰ. _____

ਆਖਰੀ ਵਾਰ ਇਲਾਜ ਕੀਤਾ/ਹਾਜ਼ਰ ਡਾਕਟਰ: ਨਾਮ _____ ਰਜਿਸਟਰੇਸ਼ਨ ਨੰ. _____ ਸੰਪਰਕ ਨੰ. _____

ਆਖਰੀ ਰੁਜ਼ਗਾਰਦਾਤਾ ਦੇ ਵੇਰਵੇ (ਜੇ ਲਾਗੂ ਹੁੰਦਾ ਹੈ):

ਕੰਪਨੀ ਦਾ ਨਾਮ _____ ਸੰਪਰਕ ਵਿਅਕਤੀ ਦਾ ਨਾਮ _____ ਸੰਪਰਕ ਨੰ. _____

ਮੌਤ ਦੀ ਪ੍ਰਕਿਰਤੀ ☐ ਮੈਡੀਕਲ ☐ ਪ੍ਰਕਿਰਤੀ ☐ ਦੁਰਘਟਨਾ ☐ ਕਤਲ ☐ ਆਤਮਹੱਤਿਆ

ਮੌਤ ਦਾ ਕਾਰਨ _____

ਬੀਮਾਯੁਕਤ ਵਿਅਕਤੀ ਦੀ ਬਿਮਾਰੀ ਅਤੇ ਆਦਤ ਦੀ ਪ੍ਰਕਿਰਤੀ

☐ ਹਾਈਪਰਟੈਨਸ਼ਨ ☐ ਸ਼ੂਗਰ ☐ ਦਿਲ ਦੀ ਬਿਮਾਰੀ ☐ ਲੀਵਰ ਦੀ ਬਿਮਾਰੀ

☐ ਗੁਰਦੇ ਦੀ ਬਿਮਾਰੀ ☐ ਕੈਂਸਰ ☐ ਹੋਰ _____

☐ ਤੰਬਾਕੂਨੋਸ਼ੀ ☐ ਤਮਾਕੂ ☐ ਦਵਾਈਆਂ ਜੇ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਸੇਵਨ ਕਰਨ ਦੀ ਮਿਆਦ _____ ਖਪਤ ਕੀਤੀ ਮਾਤਰਾ

ਬਿਮਾਰੀ ਦੇ ਨਿਦਾਨ ਦੀ ਮਿਤੀ

ਹੋਰ ਬੀਮਾ ਵੇਰਵੇ: (ਜੀਵਨ/ਮੈਡੀਕਲ/ਸਿਹਤ)

ਪਾਲਸੀ ਨੰ.	ਕੰਪਨੀ ਨਾਂ	ਕੁੱਲ ਬੀਮਿਤ ਰਕਮ	ਸਥਿਤੀ (ਕਿਰਿਆਸ਼ੀਲ/ਲੈਪਸਡ/ਲਾਗੂ/ਪਰਿਪੱਕ)

ਦਾਅਵੇਦਾਰ ਦੇ ਵੇਰਵੇ

ਦਾਅਵੇਦਾਰ ਨਾਂ: ☐ ਪਹਿਲਾਂ ☐ ਮੌਜੂਦਾ FIRST MIDDLE LAST

ਦਾਅਵੇਦਾਰ ਨਾਂ: DDMMYYYY

ਐਡਰੈੱਸ: FIRST LAST

BUILDING ROAD NAME / NO

LAND MARK

CITY / VILLAGE

DISTRICT STATE

ਪਿੰਨਕੋਡ: _____

ਸੰਪਰਕ ਨੰਬਰ: OFFICE RESIDENCE MOBILE

ਆਫਿਸ ਅਤੇ / ਜਾਂ ਨਿੱਜੀ ਈਮੇਲ ਆਈ.ਡੀ: _____

ਜੀਵਨ ਬੀਮਿਤ ਨਾਲ ਸੰਬੰਧ: ☐ ਜੀਵਨ ਸਾਥੀ ☐ ਬੱਚੇ ☐ ਮਾਪੇ ☐ ਹੋਰ SPECIFY

ਜੀਵਨ ਬੀਮਿਤ ਨਾਲ ਸੰਬੰਧ: ☐ ਨਾਮਜ਼ਦ ☐ ਐਗਜ਼ੀਕਿਊਟਿਵ ☐ ਟਰੱਸਟੀ ☐ ਰੁਜ਼ਗਾਰਦਾਤਾ ☐ ਸਪੁਰਦਦਾਰ ☐ ਸੌਂਪਣ ਵਾਲਾ ☐ ਲਾਭਪਾਤਰੀ

ਦਾਅਵੇਦਾਰ ਦੇ ਪੈਨ ਵੇਰਵੇ: ਜਾਂ ਫਾਰਮ 60 ☐

ਸਿਆਸੀ ਤੌਰ ਤੇ ਪ੍ਰਗਟ ਵਿਅਕਤੀ: ☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ

ਅਮਰੀਕੀ ਵਿਅਕਤੀ: ☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ (ਜੇਕਰ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ FATCA / CRS ਸਰਟੀਫਿਕੇਸ਼ਨ ਭਰੋ)

ਦਾਅਵੇਦਾਰ ਦਾ NEFT ਹੁਕਮ/ਬੈਂਕ ਖਾਤੇ ਦੇ ਵੇਰਵੇ

ਬੱਚਿਆਂ ਦੀਆਂ ਯੋਜਨਾਵਾਂ ਦੇ ਮਾਮਲੇ ਵਿੱਚ, ਜੇਕਰ ਲਾਭਪਾਤਰੀ ਵੱਡਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਲਾਭਪਾਤਰੀ ਦੇ ਖਾਤੇ ਦੇ ਵੇਰਵੇ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰੋ

ਬੈਂਕ ਖਾਤਾ ਨੰ.: _____

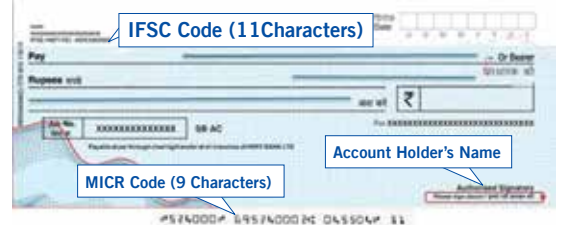
ਖਾਤਾ ਧਾਰਕ ਦਾ ਨਾਮ: _____

ਬੈਂਕ ਦਾ ਨਾਮ ਅਤੇ ਸਾਖਾ: _____

ਅਕਾਊਂਟ ਕਿਸਮ ☐ ਬੱਚਤ ☐ ਵਰਤਮਾਨ ☐ ਐਨ.ਆ ਰ.ਓ. ☐ ਐਨ.ਆਰ.ਈ
ਆਈ ਈ ਐੱਫ ਸੀ : _____ ਐਮ ਆਈ ਸੀ ਆਰ: _____

ਪੈਸਨ ਪਲਾਨਾਂ ਲਈ ਜ਼ਰੂਰੀ, ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਦਰਸਾਓ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਲਾਭ ਕਿਵੇਂ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨਾ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ

☐ ਪੂਰੀ ਮਾਤਰਾ ਇੱਕ-ਮੁਸਤ ਵਜ ☐ ਪੂਰੀ ਰਕਮ ਐਨੁਇਟੀ ਵਜੋਂ ☐ ਇਕਮੁਸਤ ਦੇ ਰੂਪ ਵਿੱਚ ਐਨੁਇਟੀ ਭਾਗ ਵਜੋਂ ☐ ਕਿਸਤਾਂ ਵਾਂਗ



ਖਾਲੀ ਥਾਂ

ਸੈਕਸ਼ਨ C*

ਘੋਸ਼ਣਾ ਅਤੇ ਅਧਿਕਾਰ

- ਮੈਂ ਇੱਥੇ ਘੋਸ਼ਣਾ ਕਰਦਾ/ਕਰਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਉਪਰ ਭਰੇ/ਸਜਾਏ ਗਏ ਸਾਰੇ ਵੇਰਵੇ ਮੇਰੀ ਉੱਤਮ ਜਾਣਕਾਰੀ ਅਤੇ ਵਿਸ਼ਵਾਸ ਅਨੁਸਾਰ ਸਹੀ ਹਨ।
- ਮੈਂ ਇਸ ਦੁਆਰਾ ਹਰ ਪੱਖੋਂ ਉਪਰੋਕਤ ਵੇਰਵਿਆਂ ਦੀ ਸੱਚਾਈ ਅਤੇ ਸ਼ੁੱਧਤਾ ਦੀ ਵਾਰੰਟੀ ਦਿੰਦਾ ਹਾਂ ਅਤੇ ਮੈਂ ਸਹਿਮਤ ਹਾਂ ਕਿ ਜੇਕਰ ਮੈਂ ਕੋਈ ਝੂਠਾ ਜਾਂ ਝੂਠਾ ਬਿਆਨ ਦਿੱਤਾ ਹੈ ਜਾਂ ਕਰਾਂਗਾ, ਕਿਸੇ ਭੌਤਿਕ ਤੱਥ ਨੂੰ ਦਬਾਇਆ ਜਾਂ ਛੁਪਾਇਆ ਹੈ, ਤਾਂ ਉਪਰੋਕਤ ਖਰਚਿਆਂ ਦੀ ਭਰਪਾਈ ਦਾ ਦਾਅਵਾ ਕਰਨ ਦਾ ਮੇਰਾ ਅਧਿਕਾਰ ਹੋਵੇਗਾ। ਬਿਲਕੁਲ ਜ਼ਬਤ.
- ਮੈਂ ਸਮਝਦਾ ਹਾਂ ਅਤੇ ਸਹਿਮਤ ਹਾਂ ਕਿ ਇਸ ਫਾਰਮ ਨੂੰ ਜਮ੍ਹਾਂ ਕਰਨ ਦਾ ਇਹ ਮਤਲਬ ਨਹੀਂ ਹੈ ਕਿ ਬੇਨਤੀ ਤੇ ਕਾਰਵਾਈ ਕੀਤੀ ਜਾਵੇਗੀ।
- ਮੈਂ ਸਮਝਦਾ/ਸਮਝਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਪਾਲਿਸੀ ਦੇ ਅਧੀਨ ਕੋਈ ਵੀ ਭੁਗਤਾਨ ਸਖਤੀ ਨਾਲ ਪਾਲਿਸੀ ਦੇ ਨਿਯਮਾਂ ਅਤੇ ਸ਼ਰਤਾਂ ਦੇ ਅਨੁਸਾਰ ਹੋਵੇਗਾ।
- ਕੋਈ ਵੀ ਭੁਗਤਾਨ ਆਖਰੀ ਰੀਨਿਊਲ ਪ੍ਰੀਮੀਅਮ ਭੁਗਤਾਨ ਦੀ ਪ੍ਰਾਪਤੀ ਦੇ ਅਧੀਨ ਹੋਵੇਗਾ।
- ਮੈਂ ਸਾਰੀਆਂ ਮੈਡੀਕਲ ਸੰਸਥਾਵਾਂ (ਮੈਡੀਕਲ ਲੈਬਾਂ ਸਾਮਲ ਹਨ), ਸਰਕਾਰੀ ਸੰਸਥਾਵਾਂ (ਪੁਲਿਸ, ਮਾਲੀਆ, ਆਦਿ) ਨੂੰ ਐੱਚ.ਆਈ.ਵੀ./ਏਡਜ਼ ਅਤੇ ਹੋਰਾਂ ਸਮੇਤ, ਐਲ.ਏ. ਨਾਲ ਸਬੰਧਤ, ਐਡਲਵਾਈਸ ਟੈਕੀਓ ਲਾਈਫ ਇੰਸੂਰੈਂਸ ਕੰਪਨੀ ਲਿਮਟਿਡ ਨੂੰ, ਦੋਵਾਂ ਤੋਂ ਇਲਾਜ ਸੰਬੰਧੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਪ੍ਰਗਟ ਕਰਨ ਲਈ ਅਧਿਕਾਰਤ ਕਰਦਾ ਹਾਂ। ਅਤੀਤ ਅਤੇ ਵਰਤਮਾਨ.
- ਇਸ ਘੋਸ਼ਣਾ ਪੱਤਰ ਦੀ ਇੱਕ ਫੋਟੋ ਕਾਪੀ ਨੂੰ ਵੈਧ ਅਤੇ ਪ੍ਰਭਾਵੀ ਮੰਨਿਆ ਜਾਵੇਗਾ।
- ਮੈਂ ਐਡਲਵਾਈਸ ਟੈਕੀਓ ਲਾਈਫ ਇੰਸੂਰੈਂਸ ਕੰਪਨੀ ਲਿਮਟਿਡ ਨੂੰ ਕਿਸੇ ਵੀ ਪੁਨਰ-ਬੀਮਾਕਰਤਾ, ਬੀਮਾ ਐਸੋਸੀਏਸ਼ਨ, ਮੈਡੀਕਲ ਅਥਾਰਟੀਆਂ, ਹੋਰ ਬੀਮਾਕਰਤਾਵਾਂ, ਕਾਨੂੰਨੀ ਅਥਾਰਟੀਆਂ, ਰੁਜ਼ਗਾਰਦਾਤਾ, ਅਦਾਲਤ, ਸਰਕਾਰੀ ਸੰਸਥਾ, ਰੈਗੂਲੇਟਰ ਨਾਲ ਜਾਂਚ ਏਜੰਸੀ ਜਾਂ ਹੋਰ ਸੇਵਾ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਦੇ ਹੋਏ ਮੇਰੀ ਤਰਫ਼ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸਾਂਝੀ ਕਰਨ ਅਤੇ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਲਈ ਅਧਿਕਾਰਤ ਕਰਦਾ ਹਾਂ। ਇਸਦੇ ਲਈ ਮੇਰੀ ਸਹਿਮਤੀ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਦਾ।

ਮਿਤੀ: D D M M Y Y Y Y

ਥਾਂ: _____

ਇੱਥੇ ਸਾਈਨ ਕਰੋ

ਤੀਜੇ ਵਿਅਕਤੀ ਦੇ ਦਸਤਖਤ

ਤੀਜੇ ਵਿਅਕਤੀ ਵਲੋਂ ਕੀਤੀ ਜਾਣ ਵਾਲੀ ਘੋਸ਼ਣਾ

ਪਾਲਿਸੀਧਾਰਕ ਨੇ ਆਪਣੇ ਅੰਗੂਠੇ ਦਾ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਇਆ ਹੈ/ਭਾਸ਼ਾ _____ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਦਸਤਖਤ ਕੀਤੇ ਹਨ/ਬਿਨੈ ਪੱਤਰ ਨਹੀਂ ਭਰਿਆ ਹੈ। ਮੈਂ ਇਸ ਦੁਆਰਾ ਘੋਸ਼ਣਾ ਕਰਦਾ/ਕਰਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਇਸ ਬਿਨੈ-ਪੱਤਰ ਦੀ ਸਮੱਗਰੀ ਪਾਲਿਸੀਧਾਰਕ ਨੂੰ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਮਝਾਈ ਗਈ ਹੈ ਅਤੇ ਮੈਨੂੰ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕੀਤੇ ਗਏ ਜਵਾਬਾਂ ਨੂੰ ਸੱਚਾਈ ਨਾਲ ਰਿਕਾਰਡ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਹੈ। ਮੈਂ ਅੱਗੇ ਘੋਸ਼ਣਾ ਕਰਦਾ/ਕਰਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਪਾਲਿਸੀਧਾਰਕ ਨੇ ਮੇਰੀ ਮੌਜੂਦਗੀ ਵਿੱਚ ਆਪਣੇ ਅੰਗੂਠੇ ਦੇ ਨਿਸ਼ਾਨ 'ਤੇ ਹਸਤਾਖਰ ਕੀਤੇ ਹਨ/ਚਿਪਕਾਏ ਹਨ।

ਘੋਸ਼ਣਾ-ਕਰਤਾ ਦਾ ਨਾਮ: _____

ਐਡਰੈੱਸ: _____

ਮਿਤੀ: D D M M Y Y Y Y

ਥਾਂ: _____

ਇੱਥੇ ਸਾਈਨ ਕਰੋ

ਤੀਜੇ ਵਿਅਕਤੀ ਦੇ ਦਸਤਖਤ

ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ ਨੋਟ: ਦਾਅਵੇ ਦੀ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਜਾਂ ਨਿਪਟਾਰੇ ਲਈ ਕੰਪਨੀ ਦੇ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧੀ ਸਮੇਤ ਕਿਸੇ ਦੁਆਰਾ ਵੀ ਮੰਗੀ ਗਈ ਕਿਸੇ ਵੀ ਮੰਗ ਜਾਂ ਪੱਖ ਦੇ ਮਾਮਲੇ ਵਿੱਚ, ਉਸ ਤੇ ਵਿਚਾਰ ਨਹੀਂ ਕੀਤਾ ਜਾਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਅਤੇ ਕੰਪਨੀ ਦੀ ਈਮੇਲ ਆਈਡੀ ਤੇ ਤੁਰੰਤ ਕੰਪਨੀ ਨੂੰ ਰਿਪੋਰਟ ਕੀਤੀ ਜਾਣੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ: claims.unit@edelweisslife.in

A. ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ ਜਾਣਕਾਰੀ (ਫਾਰਮ ਭਰਨ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਪੜ੍ਹੋ)

- ਮਲਟੀਪਲ ਪਾਲਿਸੀਆਂ ਦੇ ਤਹਿਤ ਦਾਅਵੇ ਇੱਕ ਸਿੰਗਲ ਫਾਰਮ ਭਰ ਕੇ ਅਤੇ ਸਾਰੇ ਲਾਗੂ ਪਾਲਿਸੀ ਨੰਬਰ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਕੇ ਰਜਿਸਟਰ ਕੀਤੇ ਜਾ ਸਕਦੇ ਹਨ।
- ਇੱਕ ਤੋਂ ਵੱਧ ਦਾਅਵੇਦਾਰ ਦੇ ਮਾਮਲੇ ਵਿੱਚ, ਹਰੇਕ ਦਾਅਵੇਦਾਰ ਲਈ ਵੱਖਰੇ ਫਾਰਮ ਭਰਨ ਦੀ ਲੋੜ ਹੁੰਦੀ ਹੈ।
- ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਘੋਸ਼ਣਾਵਾਂ ਨੂੰ ਧਿਆਨ ਨਾਲ ਪੜ੍ਹੋ ਅਤੇ ਦਾਅਵੇਦਾਰ ਨੂੰ ਦਾਅਵੇ ਦੇ ਫਾਰਮ ਤੇ ਉਸੇ ਤਰ੍ਹਾਂ ਦਸਤਖਤ ਕਰਨੇ ਚਾਹੀਦੇ ਹਨ ਜਿਵੇਂ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੇ ਚੈੱਕ ਤੇ ਦਸਤਖਤ ਕਰਦੇ ਹੋ।
- ਦਾਅਵਾ ਫਾਰਮ ਸਿਰਫ ਦਾਅਵੇਦਾਰ ਦੁਆਰਾ ਭਰਿਆ ਜਾਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ। ਜੇਕਰ ਦਾਅਵੇਦਾਰ ਨਾਬਾਲਗ ਹੈ, ਤਾਂ ਸਰਪ੍ਰਸਤ/ਨਿਯੁਕਤ ਵਿਅਕਤੀ ਫਾਰਮ ਭਰ ਸਕਦਾ ਹੈ।
- ਪਾਲਿਸੀ ਦੇ ਸਾਰੇ ਨਿਯਮਾਂ ਅਤੇ ਸਰਤਾਂ ਦੀ ਪੂਰਤੀ ਦੇ ਅਧੀਨ ਭੁਗਤਾਨਯੋਗ ਹੈ।
- ਇਸ ਦਾਅਵੇ ਤੇ ਕਾਰਵਾਈ ਕਰਨ ਲਈ ਕਿਸੇ ਨੂੰ ਕੋਈ ਫੀਸ ਜਾਂ ਕਮਿਸ਼ਨ ਨਹੀਂ ਦਿੱਤਾ ਜਾਣਾ ਚਾਹੀਦਾ।
- ਯਕੀਨੀ ਬਣਾਓ ਕਿ ਤੁਹਾਡਾ ਪਤਾ, ਫ਼ੋਨ ਨੰਬਰ ਅਤੇ ਈਮੇਲ ਆਈਡੀ ਮੌਜੂਦਾ ਅਤੇ ਕਿਰਿਆਸ਼ੀਲ ਹਨ ਕਿਉਂਕਿ ਪੱਤਰ ਵਿਹਾਰ ਸਿਰਫ ਇਸ ਰਾਹੀਂ ਹੀ ਹੋਵੇਗਾ।
- (*) ਲਾਜ਼ਮੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨੂੰ ਦਰਸਾਉਂਦਾ ਹੈ।

B. ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਜਮ੍ਹਾਂ ਕੀਤੇ ਜਾਣੇ ਹਨ

ਲਾਜ਼ਮੀ ਦਸਤਾਵੇਜ਼

(1) ਮੂਲ ਨੀਤੀ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ (ਡੀਮੋਟਰੀਅਲਾਈਜ਼ਡ ਪਾਲਿਸੀ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਦੇ ਮਾਮਲੇ ਵਿੱਚ ਜ਼ਰੂਰੀ ਨਹੀਂ) (2) ਸਥਾਨਕ ਅਥਾਰਟੀ ਦੁਆਰਾ ਜਾਰੀ ਮੌਤ ਦਾ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ (3) ਦਾਅਵੇਦਾਰ ਦਾ ਪੈਨ ਕਾਰਡ (4) ਦਾਅਵੇਦਾਰ ਦੀ ਆਈਡੀ ਅਤੇ ਪਤੇ ਦਾ ਸਬੂਤ (5) ਰੱਦ ਕੀਤਾ ਚੈੱਕ (6) ਦਾਅਵੇਦਾਰ ਦੀ ਪਾਸਪੋਰਟ ਆਕਾਰ ਦੀ ਫੋਟੋ

ਵਾਧੂ ਦਸਤਾਵੇਜ਼

ਹਸਪਤਾਲ ਵਿੱਚ ਭਰਤੀ/ਬਿਮਾਰੀ ਦੇ ਕਾਰਨ ਮੌਤ (1) ਮੌਤ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ ਦਾ ਡਾਕਟਰੀ ਕਾਰਨ (2) ਅਤੀਤ ਵਿੱਚ ਲਏ ਗਏ ਸਾਰੇ ਇਲਾਜਾਂ ਵਾਸਤੇ ਡਾਕਟਰੀ ਰਿਕਾਰਡ। (ਦਾਖਲਾ ਨੋਟਸ, ਇਤਿਹਾਸ / ਪ੍ਰਗਤੀ ਸ਼ੀਟ, ਡਿਸਚਾਰਜ / ਮੌਤ ਦਾ ਸੰਖੇਪ, ਟੈਸਟ ਰਿਪੋਰਟਾਂ, ਆਦਿ)

ਦੁਰਘਟਨਾ ਮੌਤ (1) ਪਹਿਲੀ ਸੂਚਨਾ ਰਿਪੋਰਟ (ਐਫ.ਆਈ.ਆਰ.), ਪੰਚਨਾਮਾ / ਜਾਂਚ ਰਿਪੋਰਟ, ਪੋਸਟ ਮਾਰਟਮ ਰਿਪੋਰਟ (ਪੀ.ਐਮ.ਆਰ.), ਡਰਾਈਵਿੰਗ ਲਾਇਸੈਂਸ, ਪੁਲਿਸ ਫਾਈਨਲ ਰਿਪੋਰਟ, ਵਿਸਰਾ ਰਿਪੋਰਟ (ਜੇ ਲਾਗੂ ਹੋਵੇ) ਅਖਬਾਰਾਂ ਦੀ ਕਟਾਈ(ਆਂ), ਜੇ ਕੋਈ ਹੋਵੇ, ਹੋਰ ਜਿਵੇਂ ਲਾਗੂ ਹੋਵੇ

ਅਸਵੀਕਾਰ: 1. ਦਾਅਵਾ ਜਮ੍ਹਾਂ ਕਰਨ ਸਮੇਂ ਜਮ੍ਹਾਂ ਕੀਤੀਆਂ ਜਾਣ ਵਾਲੀਆਂ ਕਾਪੀਆਂ ਅਤੇ ਮੂਲ ਪੇਸ਼ ਕੀਤੇ ਜਾਣੇ ਚਾਹੀਦੇ ਹਨ,

2. ਐਡਲਵਾਈਸ ਲਾਈਫ ਇੰਸ਼ੂਰੈਂਸ ਕੰਪਨੀ ਲਿਮਟਿਡ ਲੋੜ ਪੈਣ ਤੇ ਵਧੇਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ/ਦਸਤਾਵੇਜ਼ਾਂ ਦੀ ਮੰਗ ਕਰਨ ਦਾ ਅਧਿਕਾਰ ਰਾਖਵਾਂ ਰੱਖਦੀ ਹੈ।

C. ਵੈਧ ਪਛਾਣ ਅਤੇ ਪਤੇ ਦੇ ਸਬੂਤਾਂ ਦੀ ਸੂਚੀ (ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਜਮ੍ਹਾਂ ਕੀਤੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਤੇ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ)

ਫੋਟੋ ਪਛਾਣ ਸਬੂਤ (ਕੋਈ ਵੀ)

- | | | | |
|---|---|---|--------------------------------------|
| ☐ ਦਾਅਵੇਦਾਰ ਦਾ ਪੈਨ ਕਾਰਡ | ☐ ਵੈਧ ਪਾਸਪੋਰਟ | ☐ ਵੋਟਰ ਆਈਡੀ ਕਾਰਡ | ☐ ਵੈਧ ਪਾਸਪੋਰਟ |
| ☐ ਆਧਾਰ ਕਾਰਡ* | ☐ ਵੈਧ ਡਰਾਈਵਿੰਗ ਲਾਇਸੈਂਸ | ☐ ਵੋਟਰ ਆਈਡੀ ਕਾਰਡ | |
| ☐ ਕੇਂਦਰ/ਰਾਜ ਸਰਕਾਰ ਵੱਲੋਂ ਜਾਰੀ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਆਈ.ਡੀ. | | ☐ ਆਧਾਰ ਕਾਰਡ* | |
| ☐ ਕਰਮਚਾਰੀ ਕੋਈ ਹੋਰ ਕੇਂਦਰ/ਰਾਜ ਸਰਕਾਰ ਵੱਲੋਂ ਜਾਰੀ ਕੀਤੀ ਆਈ.ਡੀ. | | ☐ ਵੈਧ ਡਰਾਈਵਿੰਗ ਲਾਇਸੈਂਸ | |

*ਸੈਂ-ਵੈ-ਇੱਛਾ ਨਾਲ ਐਡਲਵਾਈਸ ਲਾਈਫ ਇੰਸ਼ੂਰੈਂਸ ਕੰਪਨੀ ਲਿਮਟਿਡ ਦੁਆਰਾ ਕੇਵਾਈਸੀ ਦੀ ਪਾਲਣਾ ਲਈ ਪਛਾਣ ਦੀ ਜਾਂਚ ਕਰਨ ਲਈ ਆਪਣੇ ਆਧਾਰ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਨ ਲਈ ਆਪਣੀ ਸਹਿਮਤੀ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਦਾ ਹਾਂ।

ਪਤੇ ਦਾ ਸਬੂਤ (ਕੋਈ ਵੀ)

D. ਨੋਟ: ਦਾਅਵੇਦਾਰ ਆਦੇਸ਼ / ਬੈਂਕ ਖਾਤੇ ਦੇ ਵੇਰਵੇ

- ਖਾਤਾ ਨੰਬਰ ਦੇ ਨਾਲ ਇੱਕ ਰੱਦ ਕੀਤਾ ਵਿਅਕਤੀਗਤ ਚੈੱਕ। ਅਤੇ ਆਈਐਫਐਸਸੀ ਨੂੰ ਐਨਈਐਫਟੀ ਆਦੇਸ਼ ਦੇ ਨਾਲ ਜਮ੍ਹਾਂ ਕੀਤਾ ਜਾਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ। ਜੇ ਚੈੱਕ ਵਿਅਕਤੀਗਤ ਨਹੀਂ ਹੈ, ਤਾਂ ਇੱਕ ਨਵੀਨਤਮ ਬੈਂਕ ਸਟੇਟਮੈਂਟ ਜਾਂ ਪਾਸਬੁੱਕ ਦੀ ਕਾਪੀ (ਜਿੱਥੇ ਖਾਤਾ ਨੰਬਰ ਅਤੇ ਆਈਐਫਐਸਸੀ ਦਾ ਜ਼ਿਕਰ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਹੈ) ਨੂੰ ਆਦੇਸ਼ ਦੇ ਨਾਲ ਜਮ੍ਹਾਂ ਕਰਨ ਦੀ ਲੋੜ ਹੁੰਦੀ ਹੈ।
- ਇਹ ਆਦੇਸ਼, ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਕਰਨ ਤੇ, ਐਡਲਵਾਈਸ ਲਾਈਫ ਇੰਸ਼ੂਰੈਂਸ ਕੰਪਨੀ ਲਿਮਟਿਡ ਨਾਲ ਗਾਹਕ ਦੁਆਰਾ ਰੱਖੀਆਂ ਗਈਆਂ ਸਾਰੀਆਂ ਪਾਲਿਸੀਆਂ ਲਈ ਪਹਿਲਾਂ ਟੈਗ ਕੀਤੇ ਗਏ ਕਿਸੇ ਵੀ ਐਨਈਐਫਟੀ ਆਦੇਸ਼ ਨੂੰ ਰੱਦ ਕਰ ਦੇਵੇਗਾ।
- ਐਨਈਐਫਟੀ ਦੀ ਅਸਫਲਤਾ ਜਾਂ ਜਨਾਦੇਸ਼ ਤੇ ਕੋਈ ਹੋਰ ਲੋੜਾਂ ਪੈਂਡਿੰਗ ਹੋਣ ਦੀ ਸੂਰਤ ਵਿੱਚ, ਭੁਗਤਾਨ ਨੂੰ ਉਦੋਂ ਤੱਕ ਰੋਕਿਆ ਜਾਵੇਗਾ ਜਦੋਂ ਤੱਕ ਨਵਾਂ ਐਨਈਐਫਟੀ ਆਦੇਸ਼ ਪ੍ਰਾਪਤ ਨਹੀਂ ਹੋ ਜਾਂਦਾ। ਇਸ ਦੇ ਲਈ ਤੁਹਾਨੂੰ ਸੂਚਨਾ ਭੇਜੀ ਜਾਵੇਗੀ।

*ਐਨਆਰਈ ਖਾਤੇ ਵਿੱਚ ਰਿਫੰਡ (ਪੁਰਾ ਜਾਂ ਅਨੁਪਾਤ) ਐਨਆਰਈ ਖਾਤੇ ਰਾਹੀਂ ਭੁਗਤਾਨ ਕੀਤੇ ਪ੍ਰੀਮੀਅਮ (ਆਂ) ਦੇ ਅਨੁਪਾਤ ਦੇ ਅਧੀਨ ਹੋਵੇਗਾ। ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਐਨਆਰਈ ਖਾਤੇ ਰਾਹੀਂ ਭੁਗਤਾਨ ਕੀਤੇ ਪ੍ਰੀਮੀਅਮ(ਆਂ) ਲਈ ਸਬੂਤ ਵਜੋਂ ਇੱਕ ਬੈਂਕ ਸਟੇਟਮੈਂਟ ਜਾਂ ਬੈਂਕ ਪੁਸ਼ਟੀਕਰਨ ਪੱਤਰ ਜਮ੍ਹਾਂ ਕਰੋ।

**ਅਨੁਪਾਤੀ ਭੁਗਤਾਨ ਦੇ ਮਾਮਲੇ ਵਿੱਚ, ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਦੋ ਐਨਈਐਫਟੀ ਆਦੇਸ਼ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰੋ ਭਾਵ ਐਨਆਰਈ ਖਾਤੇ ਅਤੇ ਗੈਰ-ਐਨਆਰਈ ਖਾਤੇ ਲਈ।

ਐਡਲਵਾਈਸ ਟੈਕੀਓ ਲਾਈਫ ਇੰਸ਼ੂਰੈਂਸ ਕੰਪਨੀ ਲਿਮਟਿਡ। ਆਈਆਰਡੀਏਆਈ ਰਜਿਸਟ੍ਰੇਸ਼ਨ ਨੰਬਰ: 147। ਸੀਆਈਐਨ: U66010MH2009PLC197336। ਰਜਿਸਟਰਡ ਅਤੇ ਕਾਰਪੋਰੇਟ ਆਫਿਸ: 6ਵੀਂ ਮੰਜ਼ਿਲ, ਟਾਵਰ 3, ਵਿੰਗ ਬੀ, ਕੋਹਿਨੂਰ ਸਿਟੀ, ਕਿਰੋਲ ਰੋਡ, ਕੁਰਲਾ (ਪੱਛਮ), ਮੁੰਬਈ 400070। ਟੈਲ ਫ਼ੀ ਨੰਬਰ: 1800 212 1212। www.edelweisslife.in।

ਫਲਾਵਰ ਅਤੇ ਐਡਲਵਾਈਸ, ਐਡਲਵਾਈਸ ਫਾਈਨੈਂਸੀਅਲ ਸਰਵਿਸਿਜ਼ ਲਿਮਟਿਡ ਦੇ ਟ੍ਰੇਡਮਾਰਕ ਹਨ ਅਤੇ ਲਾਇਸੈਂਸ ਦੇ ਅਧੀਨ ਐਡਲਵਾਈਸ ਲਾਈਫ ਇੰਸ਼ੂਰੈਂਸ ਕੰਪਨੀ ਦੁਆਰਾ ਵਰਤਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ।

ਜਾਅਲੀ ਫੋਨ ਕਾਲਾਂ ਅਤੇ ਜਾਅਲੀ/ਧੋਖਾਥਾਜ ਆਫਰਾਂ ਤੋਂ ਸਾਵਧਾਨ ਰਹੋ - ਆਈਆਰਡੀਏਆਈ ਬੀਮਾ ਪਾਲਿਸੀ ਵੇਚਣ, ਬੋਨਸ ਘੋਸ਼ਿਤ ਕਰਨ, ਜਾਂ ਪ੍ਰੀਮੀਅਮਾਂ ਦੇ ਨਿਵੇਸ਼ ਵਰਗੀਆਂ ਗਤੀਵਿਧੀਆਂ ਵਿੱਚ ਸ਼ਾਮਲ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਅਜਿਹੀਆਂ ਕਾਲਾਂ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਲੋਕਾਂ ਨੂੰ ਪੁਲਿਸ ਵਿੱਚ ਸਿਕਾਇਤ ਦਰਜ ਕਰਨ ਦੀ ਬੇਨਤੀ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ।

ਗ੍ਰਾਹਕ ਮਾਨਤਾ ਕਾਪੀ-ਵਿਅਕਤੀਗਤ ਮੌਤ ਦਾ ਦਾਅਵਾ ਫਾਰਮ

ਪਾਲਿਸੀ ਨੰ _____	ਦਾਅਵੇਦਾਰ ਦਾ ਨਾਮ _____
ਸ਼ਾਖਾ ਦਾ ਨਾਮ / ਇੰਟਰਐਕਸ਼ਨ ID _____	ਦਾਅਵੇਦਾਰ ਕਲਾਇੰਟ ID _____
ਕਰਮਚਾਰੀ ਦਾ ਨਾਮ _____	ਮਿਤੀ _____
ਕਰਮਚਾਰੀ ਸਾਈਨ _____	ਕਰਮਚਾਰੀ ਕੋਡ _____

ਬ੍ਰਾਂਚ ਸਟੈਂਪ

ਐਡਲਵਾਈਸ ਟੈਕੀਓ ਲਾਈਫ ਇੰਸ਼ੂਰੈਂਸ ਕੰਪਨੀ ਲਿਮਟਿਡ। ਆਈਆਰਡੀਏਆਈ ਰਜਿਸਟ੍ਰੇਸ਼ਨ ਨੰਬਰ: 147। ਸੀਆਈਐਨ: U66010MH2009PLC197336। ਰਜਿਸਟਰਡ ਅਤੇ ਕਾਰਪੋਰੇਟ ਆਫਿਸ: 6ਵੀਂ ਮੰਜ਼ਿਲ, ਟਾਵਰ 3, ਵਿੰਗ ਬੀ, ਕੋਹਿਨੂਰ ਸਿਟੀ, ਕਿਰੋਲ ਰੋਡ, ਕੁਰਲਾ (ਪੱਛਮ), ਮੁੰਬਈ 400070। ਟੈਲ ਫ਼ੀ ਨੰਬਰ: 1800 212 1212। www.edelweisslife.in।

ਫਲਾਵਰ ਅਤੇ ਐਡਲਵਾਈਸ, ਐਡਲਵਾਈਸ ਫਾਈਨੈਂਸੀਅਲ ਸਰਵਿਸਿਜ਼ ਲਿਮਟਿਡ ਦੇ ਟ੍ਰੇਡਮਾਰਕ ਹਨ ਅਤੇ ਲਾਇਸੈਂਸ ਦੇ ਅਧੀਨ ਐਡਲਵਾਈਸ ਲਾਈਫ ਇੰਸ਼ੂਰੈਂਸ ਕੰਪਨੀ ਦੁਆਰਾ ਵਰਤਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ।

ਜਾਅਲੀ ਫੋਨ ਕਾਲਾਂ ਅਤੇ ਜਾਅਲੀ/ਧੋਖਾਥਾਜ ਆਫਰਾਂ ਤੋਂ ਸਾਵਧਾਨ ਰਹੋ - ਆਈਆਰਡੀਏਆਈ ਬੀਮਾ ਪਾਲਿਸੀ ਵੇਚਣ, ਬੋਨਸ ਘੋਸ਼ਿਤ ਕਰਨ, ਜਾਂ ਪ੍ਰੀਮੀਅਮਾਂ ਦੇ ਨਿਵੇਸ਼ ਵਰਗੀਆਂ ਗਤੀਵਿਧੀਆਂ ਵਿੱਚ ਸ਼ਾਮਲ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਅਜਿਹੀਆਂ ਕਾਲਾਂ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਲੋਕਾਂ ਨੂੰ ਪੁਲਿਸ ਵਿੱਚ ਸਿਕਾਇਤ ਦਰਜ ਕਰਨ ਦੀ ਬੇਨਤੀ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ।