

ध्यान दें: कृपया सभी आवश्यक स्थानों पर उपयुक्त जानकारी दर्ज करें।  
यदि आवश्यक न हो, तो उस जगह 'लागू नहीं' लिखें।

ग्रुप पॉलिसी नंबर: \_\_\_\_\_

मृतक से संबंधित जानकारी

1) मृतक का नाम: _____	
2) जन्मतिथि: <input type="text" value="DD"/> <input type="text" value="MM"/> <input type="text" value="YYYY"/>	3) लिंग: <input type="checkbox"/> पुरुष <input type="checkbox"/> महिला
4) मृत्यु की तारीख: _____	5) मृत्यु के समय उम्र: _____ मृत्यु का कारण: _____
मृत्यु का स्थान (अस्पताल/ निवास स्थान/ कार्यस्थल/कोई अन्य, कृपया विवरण दें): _____	
6) पेशा (व्यवसाय / नौकरी): _____	7) सालाना आय: _____
8) मृत्यु को प्रमाणित करने वाले चिकित्सक/अस्पताल का नाम: _____	नाम: _____ पता: _____ फोन नंबर: <input type="text" value="____"/>

दावेदार से संबंधित जानकारी

दावेदार का नाम	_____
पता:	_____
फोन नंबर:	_____
ई-मेल एड्रेस	_____
सदस्य के साथ रिश्ता	_____

दुर्घटना के कारण मौत होने की स्थिति में कृपया निम्नलिखित विवरण दर्ज करें

जिस पुलिस थाने में प्राथमिकी (FIR) दर्ज की गयी थी, उसका नाम और पता:

a) पता: _____	फोन नंबर: <input type="text" value="____"/>
b) दुर्घटना की तारीख और समय: _____ समय: _____	c) दुर्घटना कैसे हुई? _____
d) दुर्घटना का स्थान: _____	e) पोस्टमॉर्टम हुआ: <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं
f) पोस्टमॉर्टम जाँच की तारीख: _____	

अगर मौत दुर्घटना की वजह से नहीं हुई है, तो कृपया निम्नलिखित विवरण दर्ज करें

a) बीमारी का स्वरूप: _____	
b) डायग्नोसिस की तारीख: _____	
c) अस्पताल में भर्ती होने के मामले में अस्पताल का नाम: _____	
d) भर्ती होने की तारीख: ____/____/____	e) अस्पताल से छुट्टी/मृत्यु की तारीख: ____/____/____

इलेक्ट्रॉनिक भुगतान का विकल्प (पैसे सीधे आपके बैंक खाते में भेजे जाएंगे)

1. खाताधारक का नाम: _____
2. बैंक का नाम: _____ शाखा का नाम: _____
3. खाता संख्या: _____
4. खाते का प्रकार: <input type="checkbox"/> बचत खाता <input type="checkbox"/> चालू <input type="checkbox"/> NRI <input type="checkbox"/> NRO
5. IFSC कोड: _____ MICR कोड: _____
<input type="checkbox"/> इस फॉर्म के साथ व्यक्तिगत कैसिल चेक जमा करना आवश्यक है

इस पॉलिसी के नियमों व शर्तों के तहत भुगतान किया जाएगा। इसके अलावा, इलेक्ट्रॉनिक भुगतान का विकल्प चुनने के बावजूद कंपनी डिमांड ड्राफ्ट/सममूल्य पर देय चेक सहित वैकल्पिक भुगतान के किसी भी तरीके के उपयोग का अधिकार सुरक्षित रखती है। मैं अपूर्ण/गलत जानकारी के कारण अपने बैंक खाते में राशि जमा न होने अथवा लेन-देन की प्रक्रिया में विलंब होने या बिल्कुल भी नहीं होने की स्थिति में एडलवाइस टोकियो लाइफ इश्योरेंस कंपनी लिमिटेड को जिम्मेदार नहीं ठहराऊंगा।

तारीख

दावेदार के हस्ताक्षर/ अंगूठे का निशान: \_\_\_\_\_

## घोषणा

मैं/हम \_\_\_\_\_ एतद्वारा यह घोषित करता हूँ/ करते हैं कि यहाँ ऊपर दिया गया विवरण हर लिहाज से पूरी तरह सही है।

मैं/हम इस दावे की प्रक्रिया को पूरा करने के लिए एडलवाइस टोकियो लाइफ इश्योरेंस कंपनी लिमिटेड द्वारा आवश्यक होने पर दावे से संबंधित विवरण एवं रिपोर्ट प्रदान करने और प्रस्तुत करने के लिए सहमति प्रकट करता हूँ/करते हैं।

मैं/हम \_\_\_\_\_ एतद्वारा यह घोषित करता हूँ/करते हैं कि, इस दावा प्रपत्र (क्लेम फॉर्म) में भरे गए विवरण उसी व्यक्ति के हैं, जो मास्टर पॉलिसीधारक द्वारा ग्रुप पॉलिसी के तहत पंजीकृत है।

घोषणा की तारीख व समय: \_\_\_\_\_

हस्ताक्षर: \_\_\_\_\_

## संलग्न दस्तावेज़ (कृपया नीचे निशान लगाएँ):

नॉमिनी के लिए दस्तावेज़: (संख्या के बजाय क्लिक का विकल्प प्रदान करें)

- मृत्यु प्रमाण-पत्र की प्रति
- हमारे फॉर्म में दावाकर्ता का विवरण पूरी तरह से भरा गया है तथा नॉमिनी द्वारा हस्ताक्षर किया गया है, जिसमें स्पष्ट रूप से मृत्यु का कारण, मृत्यु की तारीख और सदस्य के नॉमिनी का विवरण मौजूद है।
- बीमा प्रमाणपत्र (सीओआई) की सदस्य प्रति
- दुर्घटनावश मृत्यु होने पर: बिंदु 1 से 3 के अलावा, प्राथमिकी और पोस्टमॉर्टम रिपोर्ट की कॉपी जमा करना जरूरी है
- अगर अंतर राशि देय हो जाती है, तो नॉमिनी का कैंसिल चेक और केवाईसी देना होगा
- नॉमिनी का केवाईसी (फोटो पहचान-पत्र), जो स्वीकार्य है:
- मतदाता पहचान-पत्र की प्रति,
  - पैन कार्ड की प्रति,
  - आधार कार्ड की प्रति,
  - फोटो वाली बैंक पासबुक की प्रति,
  - ड्राइविंग लाइसेंस की प्रति

## एडवांस डिस्चार्ज वाउचर: नॉमिनी

तारीख: \_\_\_\_\_

संबंध में: स्वर्गीय श्री/श्रीमती. \_\_\_\_\_ का मृत्यु दावा प्रपत्र, जिनका ग्रुप पॉलिसी नंबर \_\_\_\_\_ G और COI नंबर \_\_\_\_\_ E है

मैं, श्री/श्रीमती \_\_\_\_\_, सदस्य श्री/श्रीमती की पत्नी/पति/भाई/बहन तथा ग्रुप मास्टर पॉलिसी संख्या \_\_\_\_\_ के तहत नॉमिनी, एतद्वारा

इस बात की घोषणा करता/करती हूँ कि, मुझे इसकी जानकारी है कि ERFL/EHFL/ECL से श्री/श्रीमती. \_\_\_\_\_ द्वारा लिए गए बकाया ऋण राशि के लिए ERFL/EHFL/ECL को \_\_\_\_\_ रुपये/- के दावा लाभ का भुगतान किया गया है।

मैं एतद्वारा इस बात की घोषणा करता/करती हूँ कि, कंपनी उपरोक्त नाम वाली मास्टर पॉलिसी के तहत अपनी देनदारियों से पूरी तरह मुक्त है।

मैं पुष्टि करता/करती हूँ कि ग्रुप पॉलिसी के तहत श्री/श्रीमती \_\_\_\_\_ के संबंध में कंपनी पर कोई और देनदारी नहीं है तथा कंपनी द्वारा मेरी हकदारी का पूरा भुगतान किया जा चुका है।

आज दिनांक \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ को \_\_\_\_\_ बजे हस्ताक्षर किया गया



श्री/श्रीमती \_\_\_\_\_

गवाह

नाम: \_\_\_\_\_

पता: \_\_\_\_\_

नॉमिनी के साथ रिश्ता: \_\_\_\_\_

हस्ताक्षर: \_\_\_\_\_

ध्यान दें:

1 रुपये के रेवेन्यू स्टाम्प के साथ नॉमिनी पर हस्ताक्षर किया जाना चाहिए।

**बीमाधारक के ऋण का विवरण- (मास्टर पॉलिसीधारक द्वारा भरा जाएगा):****क्रेडिट अकाउंट का विवरण:**

ग्रुप मास्टर पॉलिसीधारक का नाम:	
ग्रुप मास्टर पॉलिसी नंबर:	
COI नंबर:	
पॉलिसी के तहत जोखिम का कवरेज शुरू होने की तारीख:	
बीमित सदस्य के लिए बीमा राशि:	
ऋण की मूल राशि (रुपये में):	
बीमित सदस्य का नाम:	
लोन अकाउंट नंबर:	
मास्टर पॉलिसीधारक द्वारा ऋण के संबंध में चुकाई गई राशि का विवरण (रुपये में):	
बीमित सदस्य की मृत्यु की तिथि को ऋण की बकाया शेष राशि (रुपये में):	
बीमित सदस्य या नॉमिनी/लाभार्थी को दावे की रकम के तहत शेष देय राशि (रुपये में):	

**एडवांस डिस्चार्ज वाउचर: मास्टर पॉलिसीधारक**

तारीख: \_\_\_\_\_

संबंध में: स्वर्गीय श्री/श्रीमती \_\_\_\_\_ का मृत्यु दावा प्रपत्र, जिनका ग्रुप पॉलिसी नंबर \_\_\_\_\_ G और COI नंबर \_\_\_\_\_ E है

हम एडलवाइस टोकियो लाइफ इंश्योरेंस कंपनी लिमिटेड से \_\_\_\_\_ रुपये की राशि प्राप्त होने की पुष्टि करते हैं, जो श्री/श्रीमती \_\_\_\_\_ की मृत्यु के दावे की पूर्ण संतुष्टि में ऋण राशि की सीमा तक है, जिन्हें ग्रुप पॉलिसी नंबर \_\_\_\_\_ G के तहत बीमा प्रमाणपत्र संख्या \_\_\_\_\_ E जारी किया गया है।

हम एतद्वारा घोषणा करते हैं कि, हमें उपरोक्त राशि प्राप्त हो गई है और कंपनी उपरोक्त नाम वाली मास्टर पॉलिसी के तहत अपनी देनदारियों से पूरी तरह मुक्त हो गई है। हम पुष्टि करते हैं कि, ऊपर बताए गए सदस्य के लिए ग्रुप पॉलिसी के तहत कंपनी पर कोई और देनदारी नहीं है तथा कंपनी द्वारा हकदारी का पूरा भुगतान किया जा चुका है।

हम एतद्वारा यह वचन देते हैं और इसकी पुष्टि करते हैं कि, ऊपर दिए गए विवरणों को हमारे रिकॉर्ड के आधार पर सत्यापित किया गया है, जो पूरी तरह से सही हैं।

आज दिनांक \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ को \_\_\_\_\_ बजे हस्ताक्षर किया गया

Rs.1  
Revenue  
Stamp

मास्टर पॉलिसीधारक का नाम

गवाह

नाम: \_\_\_\_\_

पता: \_\_\_\_\_

नॉमिनी के साथ रिश्ता: \_\_\_\_\_

हस्ताक्षर: \_\_\_\_\_

**ध्यान दें:**

1 रुपये के रेवेन्यू स्टाम्प के साथ MPH पर हस्ताक्षर किया जाना चाहिए।