

नोंद : कृपया लागू असेल तिथे माहिती भरा.
लागू नसल्यास, संबंधित जागेत N.A. लिहावे.

सामूहिक पॉलिसी क्रमांक: _____

मृत व्यक्तीची माहिती

1) मृत व्यक्तीचे नाव: _____	
2) जन्मतारीख: <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) मृत्यूची तारीख: _____	5) मृत्युप्रसंगी वय: _____ मृत्यूचे कारण: _____
मृत्यूचे ठिकाण (रुग्णालय/निवासी/क्षेत्र/अन्य, कृपया नमूद करा): _____	
6) व्यवसाय (व्यवसाय / सेवा): _____	7) वार्षिक उत्पन्न: _____
8) मृत्यूचं प्रमाणपत्र देणाऱ्या डॉक्टर/रुग्णालयाचं नाव: _____	नाव: _____ पत्ता: _____ दूरध्वनी क्रमांक: <input type="text" value=""/>

दावा करणाऱ्याची माहिती:

दावा करणाऱ्याचं नाव: _____
पत्ता: _____
दूरध्वनी क्रमांक: <input type="text" value=""/>
ई-मेल आयडी _____
दावेदाराबरोबर नाते _____

अपघाती मृत्यू झाल्यास कृपया खालील तपशील द्या

एफआयआर दाखल केलेल्या पोलीस ठाण्याचे नाव आणि पत्ता:

a) पत्ता: _____	दूरध्वनी क्र.: <input type="text" value=""/>
b) अपघाताची तारीख आणि वेळ _____ वेळ : _____	c) अपघात कसा घडला ? _____
d) अपघाताची जागा: _____	e) शवविच्छेदन झाले: <input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> नाही
f) शवविच्छेदनाची तारीख : _____	

अपघात वगळता अन्य कारणाने मृत्यू झाल्यास कृपया खालील माहिती द्या:

a) आजाराचा प्रकार: _____	
b) निदान झाल्याची तारीख: _____	
c) रुग्णालयात भरती करावे लागल्यास, रुग्णालयाचं नाव: _____	
d) भरतीची तारीख: ___/___/___	e) रुग्णालयातून सोडल्याची/मृत्यूची तारीख: ___/___/___

इलेक्ट्रॉनिक पेआउट पर्याय (तुमच्या बँक खात्यात निधीचे थेट हस्तांतरण)

1. बँक खातेधारकचे नाव: _____
2. बँकेचं नाव _____ शाखेचं नाव: _____
3. खातेक्रमांक: _____
4. खातेप्रकार: <input type="checkbox"/> बचत <input type="checkbox"/> चालू <input type="checkbox"/> एनआरआय <input type="checkbox"/> एनआरओ
5. आयएफएससी कोड: _____ एमआयसीआर कोड: _____
<input type="checkbox"/> या अर्जासोबत वैयक्तिक रद्द धनादेश आवश्यक

पेआउट पॉलिसीच्या अटी आणि नियमांनुसार आणि अधीन असतील. पुढे, इलेक्ट्रॉनिक पेआउट पद्धत निवडून, डिमांड ड्राफ्ट/पार धनादेशावर देय यासह कोणताही पर्यायी पेआउट पर्याय वापरण्याचा अधिकार कंपनी राखून ठेवते. माझ्या बँक खात्यात जमा न झाल्यास किंवा अपूर्ण/चुकीच्या माहितीच्या कारणास्तव व्यवहारास उशीर झाल्यास किंवा अजिबात परिणाम न झाल्यास मी एडलवाईस टोकियो लाइफ इन्शुरन्स कंपनी लिमिटेडला जबाबदार धरणार नाही.

तारीख

दावेदाराची स्वाक्षरी/ अंगठ्याचा ठसा : _____

घोषणापत्र

मी/आम्ही _____ याद्वारे घोषित करतो की उपरोक्त केलेले विधान प्रत्येक बाबतीत सत्य आहे.

मी/आम्ही _____ या दाव्याच्या प्रक्रियेसाठी एडलवाईस टोकियो लाइफ इन्शुरन्स कंपनी लिमिटेडला आवश्यक असेल तेव्हा तपशील आणि अहवाल देण्यास तसेच सादर करण्यास सहमती देतो.

मी/आम्ही _____ याद्वारे घोषित करतो की दावा अर्जात भरलेले तपशील हे त्याच व्यक्तीचे आहेत ज्याची नोंदणी सामूहिक पॉलिसी अंतर्गत मास्टर पॉलिसी धारकाने केली आहे.

येथे घोषित करण्यात आले: _____

स्वाक्षरी: _____

यासोबत जोडलेली कागदपत्रे (कृपया खाली खूण करा):

नामनिर्देशित व्यक्तीकरिता दस्तावेज: (संख्येऐवजी क्लिक पर्याय द्या)

- मृत्यू प्रमाणपत्राची प्रत
- दावा करणाऱ्या व्यक्तीचे म्हणणे आमच्या नमूना अर्जात नोंदविण्यात आले असून त्यात मृत्यूचे कारण, मृत्यूची तारीख स्पष्टपणे नमूद असून नामनिर्देशित सदस्याची माहिती विमा प्रमाणपत्र प्रत (सीओआय) जोडण्यात आली आहे तसेच नामनिर्देशित व्यक्तीने त्यावर स्वाक्षरी केली आहे
- विमा प्रमाणपत्राची प्रत (COI)
- अपघातग्रस्त होऊन मृत्यू झाल्यास: एफआयआर प्रत आणि शवविच्छेदन अहवाल अतिरिक्त मुद्दे 1 ते 3 सह दाखल करण्याची आवश्यकता आहे
- रद्द करण्यात आलेला धनादेश आणि नामनिर्देशित व्यक्तीची केव्हायसी* उपलब्ध करून दिलेले असावे, विभेदक रकम देय असल्यास:

*नामनिर्देशित व्यक्तीची केव्हायसी (छायाचित्र ओळख) स्वीकारार्ह

1. मतदाता ओळखपत्र प्रत, 2. पॅन कार्ड प्रत 3. आधार कार्ड प्रत 4. छायाचित्राचा समावेश असलेल्या बँक पासबुकची प्रत 5. चालक परवाना प्रत

रुग्णालयातून रजा मिळाल्याचा आगाऊ व्हाउचर : Nominee

तारीख: _____

संदर्भ: दिवंगत श्री./सौ. _____ चा मृत्यू दावा पॉलिसी क्र. अन्वये _____ जी समवेत सीओआय क्र: _____ ई

मी, श्री./सौ. _____, सदस्याची/चा नवरा/बायको/भाऊ/बहीण, श्री./सौ. _____ आणि नामनिर्देशित व्यक्ती गुप्त मास्टर पॉलिसी क्रमांक अन्वये _____ इथे

घोषित करू इच्छितो/इच्छिते की मी रू. _____ /- दाव्याबाबत सजग आहे व श्री./सौ. _____

यांच्या ईआरएफएल/ईएचएफएल/ईसीएल बदल्यात ईआरएफएल/ईएचएफएल/ईसीएल विषयी थकबाकी कर्जाची रकम चुकती करण्यात आली.

मी याद्वारे घोषित करतो की कंपनी मथळ्यातील मास्टर पॉलिसी अंतर्गत तिच्या दायित्वांपासून पूर्णपणे मुक्त आहे.

मी याद्वारे घोषित करतो/ करते की कंपनी मास्टर पॉलिसी अंतर्गत श्री./सौ. _____ यांच्या आणि माझ्या मालकीच्या जबाबदारीतून तिच्या दायित्वांपासून पूर्णपणे मुक्त आहे.

20 _____ च्या या तारखेस _____ या दिवशी _____ स्वाक्षरी _____ करण्यात आली

साक्षीदार

नाव: _____

पत्ता: _____

नामनिर्देशित व्यक्तीशी संबंध: _____

स्वाक्षरी: _____

नोंद:

नामनिर्देशित व्यक्तीने रू. 1 च्या रेव्ह्यू स्टॅम्पवर स्वाक्षरी करावी

Rs.1
Revenue
Stamp

श्री./सौ. _____

विमाधारकाचे कर्ज तपशील - (मास्टर पॉलिसी धारकाने भरावे):

कर्ज खाते विवरण:

ग्रुप मास्टर पॉलिसीधारकाचे नाव:	
ग्रुप मास्टर पॉलिसी क्रमांक:	
सीओआय क्रमांक	
जोखीम सुरू झाल्याची तारीख:	
विमाधारक सदस्यासाठी विम्याची रक्कम:	
मूळ कर्जाची रक्कम (रु. मध्ये):	
विमाधारक सदस्याचे नाव:	
कर्ज खाते क्रमांक:	
कर्जासाठी मास्टर पॉलिसीधारकाकडून करण्यात आलेल्या वसुलीचे तपशील (रु. मध्ये):	
विमाधारक सदस्याच्या मृत्यूप्रसंगी कर्जाची उर्वरित थकबाकी (रुपयामध्ये):	
विमाधारक सदस्य किंवा नामनिर्देशित व्यक्ती/ लाभधारकाला देय दावा रकमेची बाकी (रुपयामध्ये):	

रुग्णालयातून रजा मिळाल्याचा आगाऊ व्हाऊचर: मास्टर पॉलिसीधारक

तारीख: _____

संदर्भ: दिवंगत श्री./सौ. _____ यांचा मृत्यू दावा सामूहिक पॉलिसी क्र. अन्वये _____ जीसह सीओआय क्र: _____ ई

आम्ही याद्वारे एडलवाईस टोकियो लाइफ इन्शुरन्स कंपनी लिमिटेडकडून रु. _____ पावती जारी करतो, जी श्री/श्रीमती _____ यांच्या मृत्यूच्या दाव्याच्या संपूर्ण कर्ज रकमेएवढी आहे, _____ विमा क्र प्रमाणपत्र अंतर्गत _____ जारी अन्वये सामूहिक पॉलिसी क्र _____ जी.

आम्ही याद्वारे घोषित करतो की, आम्हाला वरील रक्कम प्राप्त झाली आहे आणि कंपनी दिलेल्या मास्टर पॉलिसी अंतर्गत तिच्या दायित्वांपासून पूर्णपणे मुक्तता करते. आम्ही पुष्टी करतो की वरील सदस्यासाठी ग्रुप पॉलिसी अंतर्गत कंपनीचे कोणतेही दायित्व नाही आणि कंपनीने सर्व प्रक्रिया पूर्ण केल्या आहेत.

20 _____ च्या या तारखेस _____ या दिवशी _____ स्वाक्षरी करण्यात आली

Rs.1
Revenue
Stamp

साक्षीदार

मास्टर पॉलिसीधारकाचे नाव

नाव: _____

पत्ता: _____

नामनिर्देशित व्यक्तीसमवेत नाते: _____

स्वाक्षरी: _____

नोंद:

मास्टर पॉलिसीधारकाने रु. 1 च्या रेव्ह्यू स्टॅम्पवर स्वाक्षरी करावी