

फक्त अधिकृत वापरासाठी

शाखेचे नाव: _____ शाखा कोड: _____
परस्परसंवाद आयडी: _____
कर्मचारी नाव: _____
कर्मचारी कोड: _____ स्वाक्षरी _____
तारीख: D D M M Y Y Y Y वेळ: ☐ दुपारी 3 वाजता किंवा त्यापूर्वी ☐ दुपारी 3 नंतर

दावेदाराचे
छायाचित्र

विभाग A*

पॉलिसी तपशील

पॉलिसी क्रमांक: _____

विभाग B*

विमाधारकाचा तपशील (LA)

विमाधारकाचे नाव: ☐ श्री ☐ कु. 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
मृत्यूची तारीख: D D M M Y Y Y Y
मृत्यूचे ठिकाण: ☐ रुग्णालय ☐ चिकित्सालय ☐ निवासस्थान ☐ कार्यालय ☐ इतर (कृपया निर्दिष्ट करा) _____
फॅमिली डॉक्टर: नाव _____ नोंदणी क्रमांक _____ संपर्क क्रमांक _____
अंतिम उपचार करणारे/उपस्थित डॉक्टर: नाव _____ नोंदणी क्रमांक _____ संपर्क क्रमांक _____
शेवटचा नियोक्ता तपशील (लागू असल्यास):
कंपनीचे नाव _____ संपर्क व्यक्तीचे नाव _____ संपर्क क्रमांक _____
मृत्यूचे स्वरूप: ☐ वैद्यकीय ☐ नैसर्गिक ☐ अपघात ☐ खून ☐ आत्महत्या
मृत्युचे कारण: _____

विमाधारकाच्या आजाराचे स्वरूप आणि सवय

☐ उच्च रक्तदाब ☐ मधुमेह ☐ हृदयरोग ☐ यकृत रोग
☐ मूत्रपिंडाचा आजार ☐ कर्करोग ☐ इतर _____
☐ धुम्रपान ☐ तंबाखू ☐ औषधे होय असल्यास, वापराचा कालावधी _____ आणि सेवन केलेले प्रमाण _____

आजाराच्या निदानाचा दिनांक

इतर विमा तपशील: (जीवन/मेडिकलेम/आरोग्य)

पॉलिसी क्रमांक	कंपनीचे नाव	विम्याची रक्कम	स्थिती (सक्रिय/कालबाह्य/लागू/परिपक्व)

दावेदाराचे तपशील

दावेदाराचे नाव: ☐ श्री ☐ कु. F I R S T M I D D L E L A S T
जन्मतारीख: 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
पिन कोड: _____
संपर्क क्रमांक: 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: _____
विमाधारकाशी संबंध: ☐ जोडीदार ☐ मुले ☐ पालक ☐ इतर S P E C I F Y
दावेदाराचे शीर्षक: ☐ नामनिर्देशित ☐ पूर्तता करणारा ☐ विश्वस्त ☐ नियुक्त व्यक्ती ☐ नियोक्ता ☐ असायनी ☐ लाभार्थी
दावेदाराचा पॅन तपशील: किंवा नमुना 60
राजकीय दृष्ट्या संपर्कातील व्यक्ती ☐ होय ☐ नाही
यूएस व्यक्ती: ☐ होय ☐ नाही (होय असल्यास, कृपया FATCA/CRS प्रमाणपत्र भरा)

दावेदाराचा NEFT आदेश/ बँक खात्याचे तपशील

मुलांच्या योजनांच्या बाबतीत, लाभार्थी प्रमुख असल्यास, कृपया लाभार्थीच्या खात्याचे तपशील प्रदान करा

बँक खाते क्रमांक: _____

खातेधारकाचे नाव: _____

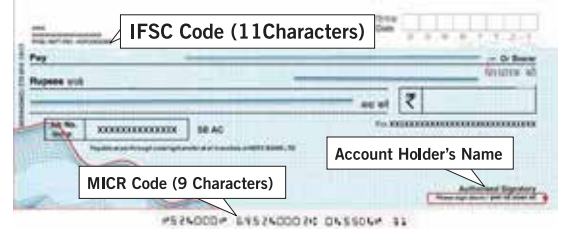
बँकेचे नाव आणि शाखा: _____

खाते प्रकार ☐ बचत ☐ चालू ☐ NRO ☐ NRE

IFSC: _____ MICR: _____

पेंशन योजनांसाठी अनिवार्य, कृपया तुम्हाला फायदे कसे मिळवायचे आहेत ते सूचित करा

☐ संपूर्ण रक्कम एकरकमी म्हणून ☐ वार्षिकी म्हणून संपूर्ण रक्कम ☐ वार्षिकी म्हणून भाग एकरकमी म्हणून ☐ हसे म्हणून



उत्पादन विशिष्ट पेआउट पद्धती इनपुट करण्यासाठी कंपन्यांकरिता रिक्त जागा

विभाग C*

घोषणा आणि अधिकृतता

- मी याद्वारे घोषित करतो की वरील भरलेले/सुसज्ज केलेले सर्व तपशील माझ्या माहिती आणि विश्वासाप्रमाणे खरे आणि बरोबर आहेत.
- याद्वारे प्रत्येक बाबतीत पूर्वगामी तपशिलांची सत्यता आणि शुद्धतेची हमी देतो आणि मी सहमत आहे की मी कोणतेही खोटे किंवा असत्य विधान केले असेल किंवा करणार असेन, कोणतीही भौतिक वस्तुस्थिती दडवून ठेवली असेल किंवा लपवून ठेवली असेल तर, या खर्चाच्या प्रतिपूर्तीचा दावा करण्याचा माझा अधिकार पूर्णपणे काढून घेतला जाईल.
- मी समजतो आणि सहमत आहे की हा नमुना सादरीकरणाचा अर्थ असा नाही की विनंतीवर प्रक्रिया केली जाईल.
- मला समजते की पॉलिसी अंतर्गत कोणतेही पेआउट पॉलिसीच्या अटी आणि शर्तीनुसार काटेकोरपणे केले जाईल.
- कोणतेही देयक अंतिम नूतनीकरण प्रीमियम पेमेंटच्या वसुलीच्या अधीन असेल.
- मी सर्व वैद्यकीय आस्थापना (वैद्यकीय प्रयोगशाळा समाविष्ट), सरकारी संस्था (पोलीस, महसूल, इ.) यांना HIV/AIDS आणि इतर उपचार माहिती, LA शी संबंधित, Pramerica Life Insurance Limited ला भूतकाळातील आणि वर्तमान या दोन्हीमधून प्रकट करण्यासाठी अधिकृत करतो.
- या घोषणेची छाया प्रत वैध आणि प्रभावी मानली जाईल.
- मी Pramerica Life Insurance Limited ला माझ्या वतीने कोणत्याही पुनर्विमादार, विमा संघटना, वैद्यकीय अधिकारी, इतर विमाकर्ते, वैधानिक अधिकारी, नियोक्ता, न्यायालय, सरकारी संस्था, तपास एजन्सीचा वापर करणारे नियामक किंवा इतर सेवा याद्वारे माझी संमती प्रदान करण्यासाठी माहिती सामायिक करण्यासाठी आणि प्राप्त करण्यासाठी त्याचकरिता अधिकृत करतो.

तारीख D D M M Y Y Y Y

ठिकाण _____

SIGN HERE

दावेदाराची स्वाक्षरी

घोषणा तिसऱ्या व्यक्तीद्वारे केली जाईल

पॉलिसीधारकाने त्याच्या/तिच्या अंगठ्याचा ठसा लावला आहे/ स्थानिक भाषेत स्वाक्षरी केली आहे/ अर्ज भरलेला नाही. मी याद्वारे घोषित करतो की या अर्जाची सामग्री पॉलिसीधारकाला _____ भाषेत समजावून सांगितली गेली आहे आणि मला दिलेली उत्तरे सत्यपणे नोंदवली आहेत. मी पुढे घोषित करतो की पॉलिसीधारकाने माझ्या उपस्थितीत स्वाक्षरी केली आहे/त्याच्या/तिच्या अंगठ्याचा ठसा दिला आहे.

घोषणाकर्त्याचे नाव: _____

पत्ता: _____

तारीख D D M M Y Y Y Y

ठिकाण _____

तिसऱ्या व्यक्तीची स्वाक्षरी

महत्वाची सूचना: दावा प्रक्रिया किंवा निपटारासाठी कंपनीच्या प्रतिनिधीकडे कोणीही मागणी किंवा अनुकूलता मागितल्यास, ती स्वीकारली जाऊ नये आणि कंपनीच्या ईमेल आयडीवर त्वरित कंपनीला कळवावे: claims@pramericalife.in

नमुना भरण्यासाठी सूचना

A. महत्वाची माहिती (कृपया नमुना भरण्यापूर्वी वाचा)

- नमुना फक्त दावेदाराने भरला पाहिजे. दावेदार अल्पवयीन असल्यास, पालक/नियुक्त नमुना भरू शकतो
- एकाधिक पॉलिसी अंतर्गत दावे एकच नमुना भरून आणि सर्व लागू पॉलिसी क्रमांक प्रदान करून नोंदणीकृत केले जाऊ शकतात
- एकापेक्षा जास्त दावेदारांच्या बाबतीत, प्रत्येक दावेदारासाठी स्वतंत्र नमुना भरणे आवश्यक आहे
- कृपया घोषणा काळजीपूर्वक वाचा आणि दावेदाराने दाव्याच्या नमुन्यावर त्याच पद्धतीने स्वाक्षरी केली पाहिजे ज्या पद्धतीने तुम्ही तुमच्या चेकवर स्वाक्षरी करता.
- पॉलिसीच्या सर्व अटी आणि शर्तीच्या पूर्ततेच्या अधीन राहून दावा देय आहे
- या दाव्यावर प्रक्रिया करण्यासाठी कोणालाही कोणतेही शुल्क किंवा कमिशन दिले जाऊ नये
- तुमचा पत्ता, फोन क्रमांक आणि ईमेल आयडी वर्तमान आणि सक्रिय असल्याची खात्री करा कारण पत्रव्यवहार याद्वारेच होईल
- Asterisk (*) म्हणजे अनिवार्य माहिती

B. सादर करावयाची कागदपत्रे

अनिवार्य दस्तऐवज

- (1) मूळ पॉलिसी दस्तऐवज (डीमटेरियल पॉलिसी दस्तऐवजाच्या बाबतीत आवश्यक नाही) (2) स्थानिक प्राधिकरणाने जारी केलेले मृत्यू प्रमाणपत्र
(3) दावेदाराचे पॅनकार्ड (4) दावेदाराचे पासपोर्ट आकाराचे छायाचित्र (5) रद्द केलेला धनादेश

अतिरिक्त दस्तऐवज

रुग्णालयात भर्ती / आजारपणामुळे मृत्यू (1) मृत्यूचे वैद्यकीय कारण प्रमाणपत्र (2) भूतकाळात घेतलेल्या सर्व उपचारांच्या वैद्यकीय नोंदी. (प्रवेश नोंदी इतिहास / प्रगती पत्रक, डिस्चार्ज / मृत्यू सारांश, चाचणी अहवाल इ.) (3) दावेदाराचे पासपोर्ट आकाराचे छायाचित्र (4) चेक रद्द केला

अपघाती मृत्यू प्रथम माहिती अहवाल (एफआयआर), पंचनामा / चौकशी अहवाल, शवविच्छेदन अहवाल (पीएमआर), वाहन चालक परवाना, पोलिस अंतिम अहवाल, व्हिसेरा अहवाल (लागू असल्यास) वृत्तपत्र कात्रण(णे), असल्यास, इतर लागू असेल त्यानुसार.

अस्वीकरण: 1. दावा सादर करताना सादर करायच्या प्रती आणि मूळ प्रती

2. Pramerica Life Insurance Limited, आवश्यक असल्यास, अधिक माहिती/कागदपत्रे मागण्याचा अधिकार राखून ठेवते

C. वैध ओळख आणि पत्त्याच्या पुराव्याची यादी (कृपया सादर केलेल्या कागदपत्रावर खूप करा)

छायाचित्रयुक्त ओळखीचा पुरावा (कोणताही एक)

- ☐ दावेदाराचे पॅनकार्ड ☐ वैध पासपोर्ट ☐ मतदार ओळखपत्र
- ☐ आधार कार्ड* ☐ वैध वाहन चालक परवाना
- ☐ मुद्रांकित छायाचित्रासह बँक पासबुक (6 महिन्यांपेक्षा जुने नाही)
- ☐ केंद्र/राज्य सरकारद्वारे कर्मचाऱ्यांना जारी केलेले ओळखपत्र
- ☐ इतर कोणतेही केंद्र/राज्य सरकारने जारी केलेला आयडी

पत्त्याचा पुरावा (कोणताही एक)

- ☐ वैध पासपोर्ट
- ☐ मतदार ओळखपत्र
- ☐ आधार कार्ड*
- ☐ वैध वाहन चालक परवाना
- ☐ मुद्रांकित छायाचित्रासह बँक पासबुक (6 महिन्यांपेक्षा जुने नाही)

*मी स्वेच्छेने प्रमेरिका लाईफ इन्शुरन्स लिमिटेडद्वारे KYC अनुपालनासाठी ओळख तपासणी करण्याकरिता माझा आधार वापरण्यासाठी माझी संमती देत आहे.

D. टीप: दावेदाराचे NEFT अनिवार्यता/ बँक खात्याचे तपशील

- खाते क्रमांकासह रद्द केलेला वैयक्तिकृत चेक आणि IFSC NEFT आदेशासह सादर केले जावे. चेक वैयक्तिकृत नसल्यास, नवीनतम बँक स्टेटमेंट किंवा पासबुकची प्रत (जिथे खाते क्रमांक आणि IFSC नमूद आहे) आदेशासह सादर करणे आवश्यक आहे.
- हा आदेश, प्रक्रिया केल्यावर, Pramerica Life Insurance Limited सह क्लायंटने धारण केलेल्या सर्व पॉलिसीसाठी पूर्वी टॅग केलेल्या कोणत्याही NEFT आदेशाची जागा घेईल.
- NEFT अयशस्वी झाल्यास किंवा आदेशावर प्रलंबित असलेल्या कोणत्याही आवश्यकता असल्यास, नवीन NEFT आदेश प्राप्त होईपर्यंत पेआउट होल्डवर ठेवले जाईल. त्यासाठी तुम्हाला सूचना पाठवल्या जातील.

*NRE खात्यात परतावा (पूर्ण किंवा प्रमाणानुसार) NRE खात्याद्वारे भरलेल्या प्रीमियमच्या गुणोत्तराच्या अधीन असेल. कृपया NRE खात्याद्वारे भरलेल्या प्रीमियमचा पुरावा म्हणून बँक स्टेटमेंट किंवा बँक पुष्टीकरण पत्र सादर करा.

##आनुपातिक पेआउटच्या बाबतीत, कृपया दोन NEFT आदेश द्या जसे की एनआरई खात्यासाठी आणि नॉन-एनआरई खात्यासाठी.

IRDAI नोंदणी क्रमांक 140 प्रमेरिका लाईफ इन्शुरन्स लिमिटेड. नोंदणीकृत कार्यालय आणि संपर्क पत्ता: चौथा मजला इमारत क्रमांक 9, टॉवर बी, सायबर सिटी, डीएलएफ सिटी फेज III. गुडगाव - 122002, हरियाणा CIN: U66000HR2007PLC052028. ग्राहक सेवा हेल्पलाइन: 1860 500 7070 (स्थानिक शुल्क लागू) क्वि डायल करा- 011- 4818 7070 ईमेल: contactus@pramericalife.in वेबसाइट: www.pramericalife.in प्रदर्शित केलेले प्रमेरिका चिन्ह 'द प्रुडेन्शियल इन्शुरन्स कंपनी ऑफ अमेरिका' चे आहे आणि परवान्याअंतर्गत प्रमेरिका लाइफ इन्शुरन्स लिमिटेडद्वारे वापरले जाते.

फसव्या/फसवणुकीच्या फोन कॉलसपासून सावध रहा: IRDAI विमा पॉलिसी विकणे, बोनस जाहीर करणे किंवा प्रीमियमची गुंतवणूक यासारख्या क्रियाकलापांमध्ये गुंतलेली नाही. असे फोन कॉलस येणार्या लोकांनी पोलिसांकडे तक्रार नोंदवावी अशी विनंती आहे.

ग्राहक पोचपावती प्रत-वैयक्तिक मृत्यू दावा नमुना

पॉलिसी क्रमांक _____ दावेदाराचे नाव _____

शाखेचे नाव / परस्परसंवाद आयडी _____ दावेदार क्लायंट आयडी _____

कर्मचारी नाव _____ तारीख _____

कर्मचारी स्वाक्षरी _____ कर्मचारी कोड _____

Branch Stamp

IRDAI नोंदणी क्रमांक 140 प्रमेरिका लाईफ इन्शुरन्स लिमिटेड. नोंदणीकृत कार्यालय आणि संपर्क पत्ता: चौथा मजला इमारत क्रमांक 9, टॉवर बी, सायबर सिटी, डीएलएफ सिटी फेज III. गुडगाव - 122002, हरियाणा CIN: U66000HR2007PLC052028. ग्राहक सेवा हेल्पलाइन: 1860 500 7070 (स्थानिक शुल्क लागू) क्वि डायल करा- 011- 4818 7070 ईमेल: contactus@pramericalife.in वेबसाइट: www.pramericalife.in प्रदर्शित केलेले प्रमेरिका चिन्ह 'द प्रुडेन्शियल इन्शुरन्स कंपनी ऑफ अमेरिका' चे आहे आणि परवान्याअंतर्गत प्रमेरिका लाइफ इन्शुरन्स लिमिटेडद्वारे वापरले जाते.

फसव्या/फसवणुकीच्या फोन कॉलसपासून सावध रहा: IRDAI विमा पॉलिसी विकणे, बोनस जाहीर करणे किंवा प्रीमियमची गुंतवणूक यासारख्या क्रियाकलापांमध्ये गुंतलेली नाही. असे फोन कॉलस येणार्या लोकांनी पोलिसांकडे तक्रार नोंदवावी अशी विनंती आहे.