

परिशिष्ट ।

(ग्राहकाने द्यावयाच्या नुकसान भरपाई/आयडेमनिटी बँडचा फॉरमेंट)

नुकसान भरपाईचा करार _____ येथे, दिनांक _____ वर्ष _____ रोजी
श्री/सौ/श्रीमती _____ यांच्यात करण्यात आला, ज्यांच्या
निवासस्थानाचा पत्ता आहे _____

त्यांना इथे 'दि पार्टी ऑफ दि फर्स्ट पार्ट ऑफ दि वन पार्ट' म्हणून संबोधण्यात आलं आहे आणि कंपनी कायदा, 1956 अंतर्गत नोंदवणीकृत करण्यात आलेली आयसीआयसीआय प्रुडेंशियल लाइफ इन्शुरन्स कं.लि. जिचं नोंदवणीकृत कार्यालय आयसीआयसीआय प्रुलाइफ टॉवर्स, 1089, अप्पासाहेब मराठे मार्ग, प्रभादेवी, मुंबई-400 025 येथे आहे तिला 'दि कंपनी' ऑफ दि अदर पार्ट असं संबोधण्यात आलं आहे.

- इथे
- कंपनीने श्री _____ ह्यांच्या जीवनाची विमा पॉलिसी जारी केली आहे आणि तिचा क्रमांक आहे:
 - पार्टी ऑफ दि फर्स्ट पार्टने कंपनीला प्रतिनिधीत्व केलं आहे की सदर विमा पॉलिसी गहाळ झाली/हरवली/फाटली आहे;
 - पार्टी ऑफ दि फर्स्ट पार्ट ने कंपनीकडे सदर विमा पॉलिसीची डुप्लिकेट प्रत मिळावी ह्यासाठी अर्ज केला आहे आणि कंपनीने खालील अटीनुसार तसं करण्याची संमती दिली आहे:

आता हा करार साक्ष देतो की वर उल्लेखित आणि पार्टी ऑफ दि फर्स्ट पार्ट आपल्या दाव्यानुसार इथे संमती देते की इतर कोणत्याही व्यक्तीने सदर विमा पॉलिसीच्या ताब्याचा दावा केला किंवा कंपनीला अशा व्यक्तीला विमा पॉलिसी अंतर्गत दिलेली रक्कम द्यायची आवश्यकता निर्माण झाली तर कंपनीला कोणतही नुकसान, खर्च, शुल्क आणि कंपनीला सोसावा लागणारा खर्च या नुकसानापासून मुक्त ठेवेल आणि पार्टी ऑफ दि फर्स्ट पार्ट जबाबदारी स्वीकारते की मूळ विमा पॉलिसी सापडली तर ती कंपनीला परत सादर करेल.

पार्टी ऑफ दि फर्स्ट पार्ट इथे साथ देते की वर लेखी स्वरूपात स्वतःच्या हाताने दिनांक आणि वर्ष लिहीलं आहे.

श्री/सौ/श्रीमती _____ पार्टी ऑफ दि फर्स्ट पार्टच्या नावाने
सही करून आणि त्यांच्याकडून पाठवण्यात आलं आहे,
जे _____ ह्यांच्या समक्ष करण्यात आलं आहे.

कृपया, फॉर्म सादर करताना पॉलिसी धारकाने (प्रपोजरचा) स्वतः; प्रमाणित केलेल्या फोटो असलेल्या ओळखीच्या

पोहोचपावती

ह्याद्वारे पोहोच देण्यात येत आहे की ह्यांच्याकडून आयडेमनिटी बँड प्राप्त झाला आहे:

नाव: श्री/ सौ./श्रीमती _____

दिनांक

D	D	M	M	Y	Y	Y	Y
---	---	---	---	---	---	---	---

प्राप्त करणारे

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

शिक्का
आणि
वेळ