

एडलवाइस लाइफ इंश्योरेंस कंपनी लिमिटेड | IRDAI पंजीकरण संख्या: 147 | CIN: U66010MH2009PLC197336  
पंजीकृत कार्यालय: छठी मंजिल, टॉवर 3, विंग 'बी', कोहिनूर सिटी, किरोल रोड, कुर्ला (पश्चिम), मुंबई 400070

|                                      |   |                              |                      |                      |                      |                      |                      |
|--------------------------------------|---|------------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| पॉलिसी नंबर: <input type="text"/>    | E | दिनांक: <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| पॉलिसी धारक का नाम: _____            |   | टेलीफोन नंबर: _____          |                      |                      |                      |                      |                      |
| पता: _____                           |   | पिन कोड: _____               |                      |                      |                      |                      |                      |
| पैन कार्ड नंबर: <input type="text"/> |   |                              |                      |                      |                      |                      |                      |

## नॉमिनी/ नियुक्त व्यक्ति में बदलाव

## अनुमोदन:

- यह फॉर्म पॉलिसीधारक द्वारा भरा जाना चाहिए। नए नॉमिनी का पंजीकरण कराने पर, अगर पहले कोई नामांकन हुआ है तो वह अपने आप ही रद्द हो जाएगा।
  - अगर नॉमिनी नाबालिग है, तो नियुक्त व्यक्ति का विवरण नीचे दिया जाएगा। जब तक नॉमिनी नाबालिग हो, तब तक नियुक्त व्यक्ति को बीमाधारक की मृत्यु की स्थिति में दावे का लाभ प्राप्त करने के लिए अधिकृत किया जाता है।
  - अगर पॉलिसी धारक और बीमाधारक दो अलग-अलग व्यक्ति हैं, तो उस स्थिति में नामांकन प्रभावी नहीं हो सकता है।
  - पॉलिसी किसी अन्य व्यक्ति को सौंपे जाने पर, नामांकन अपने आप ही रद्द हो जाएगा।
  - कंपनी नामांकन की वैधता के संबंध में कोई राय व्यक्त नहीं करती है।
- मैं \_\_\_\_\_ ऊपर बताई गई पॉलिसी के तहत पॉलिसी धारक के रूप में निम्नलिखित व्यक्ति/व्यक्तियों को नॉमिनी के तौर पर निर्दिष्ट करता हूँ, जिन्हें मेरी मृत्यु की स्थिति में पॉलिसी के अंतर्गत सुरक्षित राशि का भुगतान किया जाएगा।

| नाम | जन्मतिथि | संबंध | आवंटन का % | संचार का पता | टेलीफोन नंबर | ई-मेल |
|-----|----------|-------|------------|--------------|--------------|-------|
|     |          |       |            |              |              |       |
|     |          |       |            |              |              |       |
|     |          |       |            |              |              |       |
|     |          |       |            |              |              |       |

## नियुक्त व्यक्ति का विवरण (अगर नामित व्यक्ति नाबालिग हो)

|                                    |                                |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |              |
|------------------------------------|--------------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|--------------|
| नियुक्त व्यक्ति का नाम: _____      | जन्मतिथि: <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |                      |                      |                      |                      |              |
| पता: _____                         |                                |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |              |
| पिन कोड: _____ टेलीफोन नंबर: _____ |                                |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |              |
| नॉमिनी के साथ रिश्ता: _____        |                                |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |              |
| गवाह का नाम: _____                 |                                |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |              |
| गवाह का पता: _____                 |                                |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |              |
| गवाह के हस्ताक्षर: _____           |                                |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |              |
| तारीख: <input type="text"/>        |                                |                      |                      |                      | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | स्थान: _____ |

मैं एतद्वारा यह घोषणा करता/करती हूँ कि ऊपर दी गई सभी जानकारी सत्य एवं सही है तथा मैं ऊपर दी गई सभी शर्तों एवं जानकारी से सहमत हूँ।

|                                                     |                    |  |
|-----------------------------------------------------|--------------------|--|
| शाखा कार्यालय के उपयोग हेतु                         | तारीख एवं समय मुहर |  |
| सेवा अनुरोध संख्या: _____                           |                    |  |
| शाखा का नाम: _____                                  |                    |  |
| कर्मचारी का नाम: _____                              |                    |  |
| कर्मचारी के हस्ताक्षर: _____                        |                    |  |
| स्थान: _____                                        |                    |  |
| *सेवा अनुरोध के अनुसार केवाईसी दस्तावेज़ लिया जाएगा |                    |  |

## पावती रसीद

पॉलिसी नंबर: \_\_\_\_\_ के लिए नामांकन जोड़ने/बदलाव करने हेतु अनुरोध दिनांक      को सुबह/शाम \_\_\_\_\_ बजे प्राप्त हुआ।