

पॉलिसी सेवा अनुरोध फॉर्म

नाम में बदलाव/ स्थायी या पत्राचार के पते में बदलाव/ संपर्क विवरण/ ई-मेल आईडी में बदलाव/ पैन / GSTIN विवरण अपडेट करना/ बैंक अकाउंट विवरण अपडेट करना/ मँडेट रद्द करना / राइडर जोड़ना / टॉप-अप प्रीमियम / प्रीमियम भुगतान विधि/बिलिंग अंतराल में बदलाव/बीमा राशि में बदलाव

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

फॉर्म केवल बड़े अक्षरों में भरें

पॉलिसी नंबर:	E	दिनांक:							
पॉलिसीधारक का नाम:					टेलीफोन नंबर:				
पता:									
पिनकोड:									

नाम में बदलाव

☐ बीमित व्यक्ति

☐ पॉलिसीधारक

बदलाव से पहले का नाम:

बदलाव के बाद का नाम:

- जिस विवाहित महिला का नाम विवाह के बाद बदल गया है, उनसे अनुरोध है कि वह इस फॉर्म के साथ विवाह प्रमाण पत्र जमा करें।
- अन्य सभी के लिए, राजपत्र अधिसूचना की प्रमाणित प्रतियाँ जमा करना आवश्यक है।

पत्राचार पते में बदलाव

नया पता:

शहर/जिला:

राज्य:

पिनकोड:

(इस फॉर्म के साथ पते के प्रमाण के लिए निम्नलिखित में से कोई भी दस्तावेज जमा करें)

- ☐ आधार कार्ड ☐ पासपोर्ट ☐ ड्राइविंग लाइसेंस ☐ वोटर कार्ड ☐ नरेगा जॉब कार्ड ☐ एनपीआर (राष्ट्रीय जनसंख्या रजिस्टर) पत्र
- ☐ ऑफलाइन सत्यापित आधार कार्ड ☐ अन्य

संपर्क विवरण/ ई-मेल आईडी में बदलाव/ पैन / GSTIN विवरण अपडेट करना

नया मोबाइल नंबर: + - लैंडलाइन नंबर: -

नया वैकल्पिक फोन नंबर: - पैन (PAN)

नया ई-मेल आईडी: GSTIN

बैंक अकाउंट विवरण अपडेट करना

बैंक का नाम

खाताधारक का नाम

अकाउंट नंबर IFSC

- ध्यान दें कि पॉलिसी संबंधी सभी भुगतान ऊपर बताए गए अकाउंट में किए जाएंगे
- अकाउंट के प्रमाण के रूप में स्वीकार किए जाने वाले दस्तावेज: व्यक्तिगत कैंसिल चेक / बैंक पास बुक / बैंक स्टेटमेंट

मँडेट रद्द करना

- डेबिट की तारीख से 15 दिन पहले मँडेट को निष्क्रिय कराने के लिए अनुरोध किया जाना चाहिए।
- अगर डेबिट की तारीख से 15 दिनों के भीतर अनुरोध किया जाता है, तो डेबिट की तारीख पर मौजूदा मँडेट के अनुसार प्रीमियम डेबिट किया जाएगा और अगली देय तिथि से उस मँडेट को निष्क्रिय कर दिया जाएगा।
- मँडेट को निष्क्रिय करने के अनुरोध की पुष्टि तभी मानी जाएगी, जब अनुरोध हर लिहाज से पूरा हो और उसे स्वीकार कर लिया जाए तथा उस पर कार्रवाई की जाए।
- असाइन की गई पॉलिसियों के मामले में, समनुदेशिती (असाइनी) का विवरण, पंजीकृत स्टाम्प (जहाँ लागू हो) और हस्ताक्षर अनिवार्य हैं।

मँडेट को निष्क्रिय कराने का कारण:

असाइन की गई पॉलिसियों के लिए मँडेट रद्द करना

समनुदेशिती (असाइनी) का नाम

तारीख: स्थान:

समनुदेशिती (असाइनी) की मुहर और हस्ताक्षर

राइडर जोड़ना

कुल प्रीमियम	राइडर का विकल्प (बीमा राशि ₹ में)						
	गंभीर बीमारी (CI)	दुर्घटना की वजह से मृत्यु पर देय लाभ (ADB)	दुर्घटना की वजह से पूर्ण एवं स्थायी विकलांगता (ATPD)	अस्पताल में कैश बेनिफिट	भुगतानकर्ता हेतु छूट का लाभ*	प्रीमियम में छूट	
						Y	N

* भुगतानकर्ता हेतु वेवर बेनिफिट राइडर:

मृत्यु होने पर

CI या ATPD होने पर

मृत्यु CI या ATPD होने पर

(जब बीमाधारक और प्रस्तावक अलग-अलग हों, केवल तभी लागू होगा)

टॉप-अप प्रीमियम

A. अपने टॉप-अप प्रीमियम के लिए फंड एलोकेशन भरें

फंड का नाम	राशि (₹)
इक्विटी लार्ज कैप फंड (SFIN:ULIF00118/08/11EQLARGECAP147)	
इक्विटी टॉप 250 फंड (SFIN:ULIF0027/07/11EQTOP250147)	
बॉन्ड फंड (SFIN:ULIF00317/08/11BONDFUND147)	
मनी मार्केट फंड (SFIN:ULIF00425/08/11MONEYMARKET147)	
PE आधारित फंड (SFIN:ULIF00526/08/11PEBASED147)	
मैनेज्ड फंड (SFIN:ULIF00618/08/11MANAGED147)	
इक्विटी ब्लू चिप फंड (SFIN: ULIF01226/11/18ETLBLUECHIP147)	
GILT फंड (SFIN: ULIF01326/11/18ETLGILTFND147)	
लॉन्ग टर्म बॉन्ड फंड (SFIN: ULIF01426/06/20ETLLNGTERM147)	
कुल	

B. टॉप-अप की राशि:

न्यूनतम

अधिकतम

• टॉप-अप प्रीमियम पॉलिसी के नियमों व शर्तों के अधीन है।

• बीमा योग्यता का विधिवत भरा हुआ प्रमाण पत्र जमा करना अनिवार्य है और यह अंडरराइटिंग मानदंडों के अधीन होगा।

• अगर टॉप-अप की राशि ₹ 100,000/- से अधिक है, तो आय का प्रमाण।

प्रीमियम भुगतान विधि/बिलिंग अंतराल में बदलाव

प्रीमियम भुगतान की विधि:

डायरेक्ट बिल

ECS

CC स्थायी निर्देश

(ECS का विकल्प चुनने पर, ECS मंडेट और कैंसिल चेक की जरूरत होगी) (CCSI का विकल्प चुनने पर, CCSI फॉर्म और क्रेडिट कार्ड की फ्रंट कॉपी की जरूरत होगी)

बिलिंग हेतु आवश्यक अंतराल:

सालाना

छमाही

तिमाही

मासिक

बीमा राशि में बदलाव

बढ़ाएँ

घटाएँ

इतनी राशि (₹) से: आवश्यक राशि (₹):

ध्यान दें: बीमा राशि में बदलाव पॉलिसी के नियमों व शर्तों या कंपनी के अंडरराइटिंग दिशा-निर्देशों के अनुसार बीमा योग्यता के प्रमाण के अधीन है।

घोषणा: इस अनुरोध पर हस्ताक्षर करते हुए, मैं, पॉलिसी धारक यह घोषणा करता करती/ हूँ कि ऊपर दी गई सभी जानकारी सत्य एवं सही है तथा मैं सभी नियमों और शर्तों से सहमत हूँ।

केवल शाखा के उपयोग हेतु

सेवा अनुरोध संख्या:

शाखा का नाम:

कर्मचारी का नाम:

कर्मचारी के हस्ताक्षर:

स्थान:

तारीख एवं समय स्टाम्प

पॉलिसीधारक के हस्ताक्षर

तारीख:

स्थान:

*सेवा अनुरोध के अनुसार केवाईसी दस्तावेज़ लिए जाएंगे

स्थानीय भाषा में घोषणा (अगर ग्राहक ने अंग्रेजी के अलावा किसी अन्य भाषा में हस्ताक्षर किया है तो इसे भरना होगा / अंगूठे का निशान लगाना होगा)

मैं एतद्वारा घोषणा करता/करती हूँ कि मैंने पॉलिसीधारक, श्री/श्रीमती/सुश्री...को भुगतान फॉर्म की विषय-वस्तु उनकी भाषा में समझा दी है और पॉलिसीधारक ने इसकी विषय-वस्तु को पूरी तरह से समझने के बाद मेरी मौजूदगी में अंग्रेजी के अलावा किसी अन्य भाषा में हस्ताक्षर किए हैं/ अंगूठे का निशान लगाया है। मैं आगे यह भी घोषणा करता/करती हूँ कि मेरा कंपनी से किसी भी तरह से कोई संबंध नहीं है।

घोषणा करने वाले का नाम और हस्ताक्षर

पावती रसीद

पॉलिसी नंबर: के लिए अनुरोध दिनांक को सुबह/शाम बजे प्राप्त हुआ।

कार्यालय:

एडलवाइस लाइफ़ इंश्योरेंस कंपनी लिमिटेड

छठी मंजिल, टॉवर 3, विंग 'बी', कोहिनूर सिटी,

किरोल रोड, कुर्ला (पश्चिम), मुंबई 400070.

टोल फ्री: 1800 212 1212 | फ़ैक्स नंबर: +91 22 7100 4133

www.edelweisslife.in

शाखा का स्टाम्प/मुहर