

ಎಡಲ್ವೈಸ್ ಲೈಫ್ ಇನ್ಶೂರೆನ್ಸ್ ಲಿಮಿಟೆಡ್ | ಐಆರ್‌ಡಿಎಐ ನೋಂದಣಿ ಸಂ.: 147 | ಸಿಐಎನ್: U66010MH2009PLC197336
ನೋಂದಾಯಿತ ಮತ್ತು ಕಾರ್ಪೊರೇಟ್ ಕಛೇರಿ: 6ನೇ ಮಹಡಿ, ಟವರ್ 3, ವಿಂಗ್ ಬಿ, ಕೊಹಿನೂರ್ ಸಿಟಿ, ಕಿರೋಲ್ ರಸ್ತೆ, ಕುರ್ಲಾ (ಪಿ), ಮುಂಬೈ 400070

ಪಾಲಿಸಿ ಸಂ.: E ದಿನಾಂಕ:

ಪಾಲಿಸಿದಾರರ ಹೆಸರು: _____ ದೂರವಾಣಿ ಸಂ.: _____

ವಿಳಾಸ: _____

_____ ಪಿನ್ ಕೋಡ್: _____

ಈ ಕೆಳಗೆ ನಮೂದಿಸಿದ ಪೆಟ್ಟಿಗೆಗಳಲ್ಲಿ ನನ್ನ ಸಹಿಯನ್ನು ದಿನಾಂಕ _____, _____ ತಿಂಗಳು 20____ ರಂದು ನಮೂದಿಸಿದ್ದೇನೆ ಮತ್ತು ಈ ಕೆಳಗಿನಂತೆ ಸಾಕ್ಷೀಕರಿಸಿದ್ದೇನೆ. ನನ್ನ ಸಹಿಯನ್ನು ಬದಲಾಯಿಸುವ ಉದ್ದೇಶವು _____

ಇನ್ನು ಮುಂದೆ ಈ ಪಾಲಿಸಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಸ್ವೀಕರಿಸಿದ ಎಲ್ಲ ಭವಿಷ್ಯದ ವಿನಂತಿಗಳು/ಸಂವಹನಗಳಿಗೆ ಈ ಕೆಳಗೆ ನಮೂದಿಸಿದ ಸಹಿಯನ್ನು ಪರಿಗಣಿಸುವಂತೆ ನಾನು ವಿನಂತಿಸುತ್ತೇನೆ. ಸಹಿಯಲ್ಲಿನ ಬದಲಾವಣೆಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಯಾವುದೇ ದೃಢೀಕರಣಕ್ಕೆ ನನಗೆ ಕರೆ ಮಾಡುವುದಕ್ಕೂ ನಾನು ಸಮ್ಮತಿ ನೀಡುತ್ತೇನೆ.

☐ ಸಹಿಯಲ್ಲಿ ಬದಲಾವಣೆ

ಹಳೆಯ ಸಹಿ (ಕಡ್ಡಾಯ)	ಹೊಸ ಸಹಿ

☐ ಹೊಸ ಸಹಿ ಮಾದರಿಗಳ ಸೇರ್ಪಡೆ

ಹಳೆಯ ಸಹಿ (ಕಡ್ಡಾಯ)	ಹೊಸ ಸಹಿ 1	ಹೊಸ ಸಹಿ 2

☐ ಬ್ಯಾಂಕ್ ಸಹಿ (ಬ್ಯಾಂಕ್ ಅಧಿಕಾರಿ ಭರ್ತಿ ಮಾಡುವುದು)

ಬ್ಯಾಂಕ್ ಅಧಿಕಾರಿ ಹೆಸರು : _____

ಬ್ಯಾಂಕ್ ಅಧಿಕಾರಿ ಕೋಡ್ : _____

ಬ್ಯಾಂಕ್ ಹೆಸರು : _____

ಶಾಖೆ ಹೆಸರು : _____

ಬ್ಯಾಂಕ್ ಉದ್ಯೋಗಿ ಸಹಿ : _____

ಬ್ಯಾಂಕ್
ಸೀಲ್

☐ ಶಾಖೆ ಕಛೇರಿ ಬಳಕೆಗೆ ಮಾತ್ರ

ನನ್ನ ಸಮ್ಮುಖದಲ್ಲಿ ಈ ನಮೂನೆಗೆ ಗ್ರಾಹಕರು ಸಹಿ ಮಾಡಿದ್ದಾರೆ ಎಂದು ನಾನು ದೃಢೀಕರಿಸುತ್ತೇನೆ ಮತ್ತು ಇದನ್ನು ನಾನು ಖಾತರಿಪಡಿಸುತ್ತೇನೆ

ಸೇವೆ ವಿನಂತಿ ಸಂ. : _____

ಸಿಬ್ಬಂದಿ ಹೆಸರು : _____

ಉದ್ಯೋಗಿ ಕೋಡ್ : _____

ಹುದ್ದೆ : _____

ಶಾಖೆ ಹೆಸರು : _____

ಸಹಿ : _____

ದಿನಾಂಕ ಮತ್ತು ಸಮಯದ ಸ್ವಾಂಶ

*ಸೇವಾ ವಿನಂತಿಯ ಪ್ರಕಾರ ಸಂಗ್ರಹಿಸಬೇಕಿರುವ ಕೆಪೈಸಿ ದಾಖಲೆ

ಸ್ವೀಕೃತಿ ರಸೀದಿ

ಸಹಿ ಬದಲಾವಣೆಗೆ ವಿನಂತಿಯನ್ನು ಸ್ವೀಕರಿಸಲಾಗಿದ್ದು, ಪಾಲಿಸಿ ಸಂ. _____ ದಿನಾಂಕ ಗಂಟೆ _____ ಪೂರ್ವಾಹ್ನ/ಅಪರಾಹ್ನ



ನೋಂದಾಯಿತ ಕಛೇರಿ:
ಎಡಲ್ವೈಸ್ ಲೈಫ್ ಇನ್ಶೂರೆನ್ಸ್ ಕಂಪನಿ ಲಿಮಿಟೆಡ್
6ನೇ ಮಹಡಿ, ಟವರ್ 3, ವಿಂಗ್ ಬಿ, ಕೊಹಿನೂರ್ ಸಿಟಿ,
ಕಿರೋಲ್ ರಸ್ತೆ, ಕುರ್ಲಾ (ಪಿ), ಮುಂಬೈ 400070
ಟೋಲ್ ಫ್ರೀ: 1800 212 1212 | ಫ್ಯಾಕ್ಸ್ ಸಂ. +91 22 6117 7833
ಇಮೇಲ್: care@edelweisslife.in | www.edelweisslife.in

ಶಾಖೆಯ ಮೊಹರು