നോമിനേഷൻ ഫോം

എഡൽവീസ് ലൈഫ് ഇൻഷുറൻസ് കമ്പനി ലിമിറ്റഡ് | IRDAI രജിസ്ട്രേഷൻ നമ്പർ: 147 | CIN:U66010200919733 6
രജിസ്റ്റർ ചെയ്ത ഓഫീസ്: ആറാം നില, ടവർ 3, വിംഗ് ബി, കോഹിനൂർ സിറ്റി, കിറോൾ റോഡ്, കുർള (W), മുംബൈ 400070

പോളിസി നമ്പർ: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐ E   തീയതി: D D M M Y Y Y Y

പോളിസി ഉടമയുടെ പേര്: ____________________ ഫോൺ നമ്പർ: ____________

വിലാസം: ____

____ പിൻ കോഡ്: ____________

പാൻ കാർഡ് നമ്പർ: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

നാമനിർദ്ദേശത്തിലെ / നോമിനേഷനിലെ മാറ്റം

അംഗീകാരം:

1. പോളിസി ഹോൾഡർ പൂരിപ്പിക്കേണ്ട ഫോം. പുതിയ നോമിനിയെ രജിസ്റ്റർ ചെയ്യുമ്പോൾ, നേരത്തെയുള്ള നോമിനേഷൻ (ഉണ്ടെങ്കിൽ) സ്വയമേവ റദ്ദാക്കപ്പെടും.
2. നോമിനി പ്രായപൂർത്തിയാകാത്ത ആളാണെങ്കിൽ, ഒരു നിയമിക്കപ്പെട്ട വ്യക്തിയുടെ വിശദാംശങ്ങൾ ചുവടെ സൂചിപ്പിക്കുക. നോമിനി പ്രായപൂർത്തിയാകാത്ത ആളായിരിക്കെ ലൈഫ് അഷ്വേർഡിന്റെ മരണം സംഭവിച്ചാൽ ക്ലെയിം ആനുകൂല്യങ്ങൾ സ്വീകരിക്കാൻ നിയമിക്കപ്പെട്ട വ്യക്തിക്ക് അധികാരമുണ്ട്.
3. പോളിസി ഉടമയും ലൈഫ് അഷ്വേർഡും രണ്ട് വ്യത്യസ്ത വ്യക്തികളാണെങ്കിൽ, നാമനിർദ്ദേശം നടപ്പിലാക്കാൻ കഴിയില്ല.
4. പോളിസി അസൈൻ ചെയ്യുമ്പോൾ, നോമിനേഷൻ സ്വയമേവ റദ്ദാക്കപ്പെടും.
5. നോമിനേഷന്റെ സാധുതയെക്കുറിച്ച് കമ്പനി ഒരു അഭിപ്രായവും പ്രകടിപ്പിക്കുന്നില്ല.

മേൽപ്പറഞ്ഞ പോളിസിക്ക് കീഴിലുള്ള പോളിസി ഹോൾഡർ എന്ന നിലയിൽ, ____________ എന്ന ഞാൻ, എന്റെ മരണം സംഭവിച്ചാൽ പോളിസി ഉറപ്പുനൽകുന്ന പണം കൈപ്പറ്റാൻ താഴെപ്പറയുന്ന വ്യക്തിയെ(കളെ) നാമനിർദ്ദേശം ചെയ്യുന്നു.

പേര്	ജനനത്തീയതി	ബന്ധം	വിഹിത %	ആശയവിനിമയം നടത്താനുള്ള വിലാസം	ഫോൺ നമ്പർ	ഇ-മെയിൽ

നിയമിക്കപ്പെട്ട ആളുടെ വിശദാംശങ്ങള് (നോമിനിക്ക് പ്രായപൂര്ത്തിയായിട്ടില്ലെങ്കിൽ)

നിയമിക്കപ്പെട്ടയാളുടെ പേര്: ____________ ജനനത്തീയതി: D D M M Y Y Y Y

വിലാസം: ____

____

പിൻ കോഡ്: ____________ ഫോൺ നമ്പർ: ____________

നോമിനിയുമായുള്ള ബന്ധം: ____________

സാക്ഷിയുടെ പേര്: ____________

നിയമിക്കപ്പെട്ടയാളുടെ ഒപ്പ്

സാക്ഷിയുടെ വിലാസം: ____________

സാക്ഷിയുടെ ഒപ്പ്: ____________ തീയതി: D D M M Y Y Y Y സ്ഥലം: ____________

മുകളിൽ നൽകിയിരിക്കുന്ന എല്ലാ വിവരങ്ങളും ശരിയും കൃത്യവുമാണെന്ന് ഞാൻ ഇതിനാൽ പ്രഖ്യാപിക്കുകയും മുകളിൽ നൽകിയിരിക്കുന്ന എല്ലാ വ്യവസ്ഥകളും വിവരങ്ങളും ഞാൻ അംഗീകരിക്കുകയും ചെയ്യുന്നു.

ബ്രാഞ്ച് ഓഫീസ് ഉപയോഗത്തിന്

സേവന അഭ്യർത്ഥന നമ്പർ: ____________

ബ്രാഞ്ചിന്റെ പേര്: ____________

സ്റ്റാഫിന്റെ പേര്: ____________

സ്റ്റാഫിന്റെ ഒപ്പ്: ____________

സ്ഥലം: ____________

തീയതിയും സമയ സ്റ്റാമ്പും

പോളിസി ഉടമയുടെ ഒപ്പ്

തീയതി: D D M M Y Y Y Y

സ്ഥലം: ____________

*സേവന അഭ്യർത്ഥന പ്രകാരം KYC രേഖ ശേഖരിക്കണം

Aug_2023/Ver 6

അക്നോളജ്മെന്റ് സ്ലിപ്പ്

പോളിസി നമ്പർ____________യ്ക്കായി നാമനിർദ്ദേശം കൂട്ടിച്ചേർക്കുന്നതിനും / മാറ്റുന്നതിനുമുള്ള അഭ്യർത്ഥന D D M M Y Y Y Y -ന a.m./p.m.-ന് ലഭിച്ചു.

ഓഫീസ്:
എഡൽവീസ് ലൈഫ് ഇൻഷുറൻസ് കമ്പനി ലിമിറ്റഡ്
ആറാം നില, ടവർ 3, വിംഗ് 'ബി', കോഹിനൂർ സിറ്റി,
കിറോൾ റോഡ്, കുർള (W), മുംബൈ 400070.
ടോൾ ഫ്രീ : 1800 212 1212 | ഫാക്സ് നമ്പർ: +91 22 7100 4133
www.edelweisslife.in

ശാഖയുടെ സ്റ്റാമ്പ്/സീൽ