

പേരിലെ മാറ്റം / സ്ഥിരമായ അല്ലെങ്കിൽ കറസ്പോണ്ടൻസ് വിലാസത്തിലെ മാറ്റം / കോൺടാക്റ്റിലെ മാറ്റം / ഇമെയിൽ ഐഡി / പാൻ / GSTIN വിലാസങ്ങൾ അപ്ഡേറ്റ് ചെയ്യുക / ബാങ്കു അക്കൗണ്ട് വിലാസങ്ങൾ അപ്ഡേറ്റ് ചെയ്യുക / മാൻഡേറ്റ് റദ്ദാക്കൽ / റെവന്യൂയിൻറെ ക്യൂട്ടിലൂടെക്കൽ / ട്രോപ്പ്-അപ്പ് പ്രീമിയം / പ്രീമിയം പെയ്മെന്റ് രീതിയിലെ മാറ്റം / ബില്ലിംഗ് ഫീക്യൂറൻസി / സം അക്സേൻഡിഗ് മാറ്റം

വലിയ അക്ഷരങ്ങളിൽ മാത്രം ഫോം പൂരിപ്പിക്കുക.

പോളിസി നമ്പർ:		E	തീയതി:			
പോളിസി ഉടമയുടെ പേര്: _____			ഫോൺ നമ്പർ: _____			
വിലാസം: _____						
_____ പിൻ കോഡ്: _____						

- വിവാഹം കാരണം പേര് മാറിയ വിവാഹിതയായ സ്ത്രീ ഈ ഫോമിനൊപ്പം വിവാഹ സർട്ടിഫിക്കറ്റ് സമർപ്പിക്കാൻ അഭ്യർത്ഥിക്കുന്നു.
- മറ്റെല്ലാവരും, ഗസറ്റ് വിജ്ഞാപനത്തിന്റെ സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തിയ പകർപ്പുകൾ സമർപ്പിക്കേണ്ടതുണ്ട്.

☐ ഓഫ്ഫീസിലായി പരിശോധിച്ച ആധാർ കാർഡ്
 ☐ മറ്റുള്ളവ

പുതിയ ഇമെയിൽ ഐഡി: _____ GSTIN

- എല്ലാ പോളിസി പേപ്പറുകളും മുകളിലെ അക്കൗണ്ടിലേക്ക് നൽകുമെന്നത് ശ്രദ്ധിക്കുക
അക്കൗണ്ട് തെളിവ് സ്വീകരിച്ചു: വ്യക്തിഗതമാക്കിയ റദ്ദാക്കിയ ചെക്ക് / ബാങ്ക് പാസ് ബുക്ക് / ബാങ്ക് സ്റ്റേറ്റ്മെന്റ്

1. നിർജ്ജീവമാക്കാനുള്ള അഭ്യർത്ഥന ഡെബിറ്റ് തീയതിക്ക് 15 ദിവസം മുമ്പ് സമർപ്പിക്കേണ്ടതുണ്ട്.
2. ഡെബിറ്റ് തീയതി മുതൽ 15 ദിവസത്തിനുള്ളിൽ അഭ്യർത്ഥന നൽകിയാൽ, ഡെബിറ്റ് തീയതിയിൽ നിലവിലുള്ള മാൻഡേറ്റ് അനുസരിച്ച് പ്രിമിയം ഡെബിറ്റ് ചെയ്യപ്പെടും. അടുത്ത നിലവിൽ തീയതി മുതൽ മാൻഡേറ്റ് നിർജ്ജീവമാക്കപ്പെടും.
3. എല്ലാ വശങ്ങളിലും അഭ്യർത്ഥന പൂർത്തിയാകുകയും അത് അംഗീകരിക്കുകയും പ്രോസസ്സ് ചെയ്യുകയും ചെയ്യുകഴിഞ്ഞാൽ മാത്രമേ മാൻഡേറ്റ് നിർജ്ജീവമാക്കൽ അഭ്യർത്ഥന സ്വീകരിക്കുകയും അതിനനുസരിച്ച് മാൻഡേറ്റ് പുറപ്പെടുവിക്കുകയും ചെയ്യുകയുണ്ടാകും.
4. അസൈൻ ചെയ്ത പോളിസിക്ളാസ്സ് കൗൺസിൽ അസൈനിയുടെ വിശദാംശങ്ങൾ, രജിസ്റ്റർ ചെയ്ത സ്റ്റാമ്പ് (ബാധകമാകുന്നിടത്ത്) ഒപ്പ് എന്നിവ നിർബന്ധമാണ്.

നിർജ്ജീവമാക്കാനുള്ള കാരണം:

അസൈനിയുടെ സ്താമ്പം ഒപ്പും

റൈഡറിലെ കൂട്ടിച്ചേർക്കൽ

മൊത്തം പ്രീമിയം	റൈഡർ തിരഞ്ഞെടുപ്പ് (സം അപ്ലൈഡ് ₹ -ൽ)					
	ഗുരുതര രോഗം (CI)	അപകട മരണ ആനുകൂല്യം (ADB)	ആകസ്മിക വൈകല്യം - മൊത്തത്തിൽ ഉള്ളതും, സ്ഥിരമായതും (ATPD)	ഹോസ്പിറ്റൽ ക്യാഷ് ബെനിഫിറ്റ്	പേയറെ ഒഴിവാക്കൽ ആനുകൂല്യം*	പ്രീമിയം ഒഴിവാക്കൽ
						Y N

* പേയർ വെയ്വർ ബെനിഫിറ്റ് റൈഡർ: ☐ മരണം സംഭവിക്കുമ്പോൾ ☐ CI-ൽ അല്ലെങ്കിൽ ATPD-യിൽ ☐ മരണത്തിൽ, CI-ൽ അല്ലെങ്കിൽ ATPD-യിൽ (ലൈഫ് ഇൻഷുർ ചെയ്തയാളും പ്രൊപ്പോസറും വ്യത്യസ്തമായിരിക്കുമ്പോൾ മാത്രം ബാധകം)

ടോപ്പ്-അപ്പ് പ്രീമിയം

A. നിങ്ങളുടെ ടോപ്പ്-അപ്പ് പ്രീമിയത്തിന്റെ ഫണ്ട് അലോക്കേഷൻ പൂരിപ്പിക്കുക B. ടോപ്പ്-അപ്പ് തുക: ☐ ഏറ്റവും കുറഞ്ഞത് ☐ പരമാവധി

ഫണ്ടിന്റെ പേര്	തുക (₹)
ഇക്വിറ്റി ലാർജ് ക്യാപ് ഫണ്ട് (SFIN:ULIF00118/08/11EQLARGECAP147)	
ഇക്വിറ്റി ടോപ്പ് 250 ഫണ്ട് (SFIN:ULIF0027/07/11EQTOP250147)	
ബോണ്ട് ഫണ്ട് (SFIN:ULIF00317/08/11BONDFUND147)	
മണി മാർക്കറ്റ് ഫണ്ട് (SFIN:ULIF00425/08/11MONEYMARKET147)	
PE അടിസ്ഥാനമാക്കിയുള്ള ഫണ്ട് (SFIN:ULIF00526/08/11PEBASED147)	
നിയന്ത്രിത ഫണ്ട് (SFIN:ULIF00618/08/11MANAGED147)	
ഇക്വിറ്റി സ്റ്റോക്ക് ചിപ്പ് ഫണ്ട് (SFIN: ULIF01226/11/18ETLBLUCHIP147)	
GILT ഫണ്ട് (SFIN: ULIF01326/11/18ETLGILTFND147)	
ദീർഘകാല ബോണ്ട് ഫണ്ട് (SFIN: ULIF01426/06/20ETLLNGTERM147)	
ആകെ	

- ടോപ്പ്-അപ്പ് പ്രീമിയം പോളിസിയിലൂടെ നിബന്ധനകൾക്കും വ്യവസ്ഥകൾക്കും വിധേയമാണ്.
- കൃത്യമായി പൂരിപ്പിച്ച ഇൻഷുറബിലിറ്റി സർട്ടിഫിക്കറ്റ് സമർപ്പിക്കേണ്ടത് നിർബന്ധമാണ്, അത് അണ്ടർ റൈറ്റിംഗ് മാനദണ്ഡങ്ങൾക്ക് വിധേയമായിരിക്കും.
- ടോപ്പ്-അപ്പ് തുക ₹ 100,000/--ൽ കൂടുതലാണെങ്കിൽ വരുമാന തെളിവ്.

പ്രീമിയം പേയ്മെന്റ് രീതി / ബില്ലിംഗ് ഫ്രീക്വൻസിൽ മാറ്റം

പ്രീമിയം പേയ്മെന്റ് രീതി: ☐ നേരിട്ടുള്ള ബിൽ ☐ ECS ☐ CC സ്റ്റാൻഡിംഗ് നിർദ്ദേശം
(ECS തിരഞ്ഞെടുക്കുകയാണെങ്കിൽ, ECS മാർഡ്രെസ്റ്റ് റദ്ദാക്കിയ പരിശോധനയും ആവശ്യമാണ്) (CCSI ഫോമും ക്രെഡിറ്റ് കാർഡിന്റെ മുൻ പകർപ്പും ആവശ്യമാണ്, CCSI തിരഞ്ഞെടുക്കുകയാണെങ്കിൽ) ആവശ്യമായ ബില്ലിംഗ് ഫ്രീക്വൻസി: ☐ വാർഷികം ☐ അർദ്ധ വാർഷികം ☐ ത്രൈമാസം ☐ പ്രതിമാസം

Changes in Sum Assured

☐ ഉയർച്ച ☐ താഴ്ച

ഏത് മുതൽ ₹ : ആവശ്യമായത് ₹ :

കുറിപ്പ്: സം അപ്ലൈഡിലെ മാറ്റം പോളിസിയിലൂടെ നിബന്ധനകൾക്കും വ്യവസ്ഥകൾക്കും അല്ലെങ്കിൽ കമ്പനിയുടെ രേഖാമൂലമുള്ള മാർഗ്ഗനിർദ്ദേശങ്ങൾക്കനുസൃതമായി ഇൻഷുറൻസിയിലൂടെ തെളിവുകൾക്കും വിധേയമാണ്.

പ്രഖ്യാപനം: മുകളിലുള്ള അഭ്യർത്ഥനയിൽ ഒപ്പിടുമ്പോൾ, മുകളിൽ നൽകിയിരിക്കുന്ന എല്ലാ വിവരങ്ങളും ശരിയും ശരിയുമാണെന്ന് പോളിസി ഉടമയായ ഞാൻ ഇതിനാൽ പ്രഖ്യാപിക്കുകയും എല്ലാ നിബന്ധനകളും വ്യവസ്ഥകളും അംഗീകരിക്കുകയും ചെയ്യുന്നു.

ബ്രാഞ്ച് ഓഫീസ് ഉപയോഗത്തിന് സേവന അഭ്യർത്ഥന നമ്പർ: ബ്രാഞ്ചിന്റെ പേര്: സ്റ്റാഫിന്റെ പേര്: സ്റ്റാഫിന്റെ ഒപ്പ്: സ്ഥലം:	തീയതിയും സമയവും	പോളിസി ഉടമയുടെ ഒപ്പ് തീയതി: DD MM YYYY സ്ഥലം:
---	--	---

* സേവന അഭ്യർത്ഥന പ്രകാരം കൈവെസി രേഖ ശേഖരിക്കണം

പ്രാദേശിക പ്രഖ്യാപനം (ഉപഭോക്താവ് ഇംഗ്ലീഷ് ഒഴികെയുള്ള ഭാഷയിൽ ഒപ്പിട്ടിട്ടുണ്ടെങ്കിൽ പൂരിപ്പിക്കേണ്ടതാണ് / തള്ളവിരലടയാളം പരിശോധിക്കുക)

പോളിസി ഉടമയായ മിസ്സർ / മിസ്സിസ് / മിസ് യു് അവരുടെ ഭാഷയിൽ പേരുട് ഫോമിന്റെ ഉള്ളടക്കം ഞാൻ വിശദീകരിച്ചിട്ടുണ്ടെന്ന് ഞാൻ ഇതിനാൽ പ്രഖ്യാപിക്കുന്നു. പോളിസി ഹോൾഡർ അതിന്റെ ഉള്ളടക്കം പൂർണ്ണമായി മനസ്സിലാക്കിയ ശേഷം എന്റെ സാന്നിധ്യത്തിൽ ഇംഗ്ലീഷ് അല്ലാത്ത ഒരു ഭാഷയിൽ തള്ളവിരലിന്റെ മൂലേ പരിശോധിക്കുന്നു / ഒപ്പിട്ടു. എനിക്ക് കമ്പനിയുമായി ഒരു തരത്തിലും ബന്ധമില്ലെന്നും ഞാൻ പ്രഖ്യാപിക്കുന്നു.

പ്രഖ്യാപകന്റെ പേരും ഒപ്പും

അക്നോളജ്‌മെന്റ് സ്റ്റിപ്പ്

യക്ക്, പോളിസി നമ്പർ: -നായി

DD

MM

YYYY

 -ന് -ന് ഒരു അഭ്യർത്ഥന ലഭിച്ചു.



ഓഫീസ്:
എഡൽവൈസ് ലൈഫ് ഇൻഷുറൻസ് കമ്പനി ലിമിറ്റഡ്
ആറാം നില, ടവർ 3, വിംഗ് ബി, കോഫിനൂർ സിറ്റി,
കിരോൾ റോഡ്, കൂർള (w), മുംബൈ 400070.
ടോൾ ഫ്രീ: 1800 212 1212 | ഫാക്സ് നമ്പർ: +91 22 7100 4133
www.edelweisslife.in

ശാഖയുടെ സ്റ്റാമ്പ്/മുദ്ര