

स्वामित्व अर्ज

विमा कायदा (सुधारित) अधिनियम, 2015च्या कलम 38 मधील तरतुदीनुसार

एडलवाईज लाईफ इन्शुरन्स कंपनी लिमिटेड | IRDAI नोंदणी क्र. : 147 | CIN: U66010MH2009PLC197336
नोंदणीकृत कार्यालय: 6वा मजला, टॉवर 3, विंग 'बी', कोहिनूर सिटी, किरोळ रोड, कुर्ला (प), मुंबई 400070

सर्वसामान्य सूचना

- हा अर्ज Block letters मध्ये भरावा. सर्व चौकटी अनिवार्य आहेत.
- 'नियुक्तकर्ता' हा शब्द सध्याच्या पॉलिसीधारकासाठी आहे जो पॉलिसी नियुक्त करू इच्छितो.
- 'ज्याचे नाव नियुक्त करण्यात येणार आहे असा' हा शब्द ज्याच्या बाजूने पॉलिसी नियुक्त केले जाणार आहे त्या व्यक्तीसाठी आहे.
- एडलवाईज लाईफ इन्शुरन्स कंपनी लिमिटेडच्या बाजूने असाइनमेंट वगळता, पॉलिसीचे स्वामित्व पॉलिसीमध्ये केलेले कोणतेही नामांकन आपोआप रद्द करेल, अशा परिस्थितीत एडलवाईज लाईफ इन्शुरन्स कंपनीच्या पॉलिसीमधील स्वारस्याच्या मर्यादेपर्यंत नॉमिनीच्या अधिकारांवर परिणाम होईल.
- प्रत्येक नियुक्त व्यक्तीचे केव्हायसी दस्तऐवज (ओळख, पत्ता, वय आणि उत्पन्नाचा पुरावा) आवश्यक आहेत (अपवाद पॉलिसी ही बँक/वित्तीय संस्थेला नियुक्त केली असल्यास)
- जर असाइनमेंट वित्तीय संस्था/बँकेच्या बाजूने असेल तर स्वामित्व अर्ज (असाइनमेंट फॉर्म)वर वित्तीय संस्था/बँकेच्या अधिकृत स्वाक्षरीकृत्याने योग्य स्वाक्षरी केली पाहिजे; वित्तीय संस्था/बँकेचे शिक्रे त्यावर चिकटवले पाहिजेत. जरी विनंती सशर्त नेमणुकीसाठी असली तरीही पॉलिसी आपोआप एक परिपूर्ण नेमणूक असेल.
- जर नियुक्तकर्त्याने पॉलिसीच्या बदल्यात कर्ज घेतले असेल, तर ही पॉलिसी सशर्त एडलवाईज लाईफ इन्शुरन्स कंपनी लिमिटेडला दिली जाईल.
- नियुक्तीनंतर ताबडतोब, मग ते पॉलिसी दस्तावेजाच्या समर्थनाने असो किंवा कार्यान्वित असाइनमेंट डीड/लागू साधनाद्वारे असो, पॉलिसी दस्तावेज (असाइनमेंट डीड/उपलब्ध असल्यास लागू साधनासह) नियुक्तीच्या नोंदणीसाठी कंपनीला पाठविला जावा. मूळ पॉलिसी दस्तऐवजासह, ज्या ठिकाणी पॉलिसीची सेवा दिली जात आहे त्या ठिकाणी एडलवाईज लाईफ इन्शुरन्स कंपनी लिमिटेडला योग्यरित्या पूर्ण केलेल्या आणि स्वाक्षरी केलेल्या नियुक्तीच्या सूचनेसह वितरित केल्याशिवाय नियुक्ती प्रभावी आणि कार्यान्वित होणार नाही.
- नियुक्तकर्त्याने नियुक्ती अर्जावर आपली स्वाक्षरी जोडणे आवश्यक आहे आणि ते एका साक्षीदाराने अनिवार्यपणे प्रमाणित करणे आवश्यक आहे जो प्रौढ (18 वर्षांपेक्षा जास्त वयाचा व्यक्ती) असावा आणि करार करण्यास सक्षम असावा.
- नेमणुकीच्या अटी व नियमांना अधीन राहून, कंपनी, नेमणुकीची सूचना प्राप्त झाल्याच्या तारखेपासून, नेमणुकीच्या सूचनेत नाव असलेल्या नेमणुकदाराला/(व्यक्तींना) पॉलिसीतर्गत लाभसाठी पात्र असलेली एकमेव व्यक्ती/(व्यक्ती) म्हणून मान्यता देईल.
- नियुक्तकर्ता भारताव्यतिरिक्त इतर देशाचा कर निवासी असल्यास / अर्ज सादर करावा.
- नियुक्ती ही वेळोवेळी केलेल्या दुरुस्तीनुसार विमा कायदा, 1938 च्या कलम 38 च्या तरतुदींच्या अधीन आहे.
- नेमणुकीच्या बाबतीत, कृपया हे सुनिश्चित करा की नेमणुकदाराने नव्याने नामनिर्देशन अर्ज सादर करून नव्याने नामनिर्देशन नोंदवले आहे, कारण नेमणुकीच्या आधारावर मूळ नामनिर्देशन आपोआप रद्द होते.

नियुक्तकर्त्याचा तपशील:

पॉलिसीधारकाचे नाव (नियुक्तकर्ता): _____

उत्पादनाचे नाव: _____ पॉलिसी क्र.: _____

ई-इन्शुरन्स खाते क्र.: _____

पत्ता: _____ पिनकोड: _____

ईमेल आयडी: _____

संपर्क क्रमांक: कार्यालय: _____ निवास: _____ मोबाइल: _____ (आपल्याला सुसंगत)

(नॅशनल डू नॉट कॉल रजिस्टर अंतर्गत नोंदणीकृत ग्राहकांसाठी, हा प्रतिसाद वैध डिस्चार्ज मानला जाईल.)

नियुक्त करण्यात आलेल्या व्यक्तीचे तपशील

नियुक्त केलेल्या व्यक्तीची स्थिती: ☐ वैयक्तिक ☐ फर्म ☐ कंपनी ☐ इतर (निर्दिष्ट करा) _____

नियुक्त करण्यात आलेल्या व्यक्तीचे नाव: _____

निवासी पत्ता / नोंदणीकृत कार्यालयीन पत्ता	व्यवहाराचा पत्ता

छायाचित्र
(केवळ व्यक्तीसाठी)

संपर्क क्रमांक: कार्यालय: _____ निवास: _____ मोबाइल: _____ (आपल्याला सुसंगत)

ईमेल आयडी: _____ पॅन कार्ड: _____

वार्षिक उत्पन्न: _____

कर निवासी घोषणापत्र: (एकावर खूण करा, जे तुम्हाला लागू असेल)

☐ मी भारताचा कर निवासी आहे, अन्य कोणत्याही देशाचा नाही किंवा ☐ मी FATCA / CRS परिशिष्टात स्वतंत्रपणे नमूद केलेल्या भारताव्यतिरिक्त इतर देशाचा कर निवासी आहे*

*तुम्ही दुसऱ्या देशाचे कर निवासी असल्यास कृपया संलग्न केलेला FATCA / CRS अर्ज भरा.

नियुक्त करण्यात येणारी व्यक्ती असल्यास खालील तपशील आवश्यक आहेत:

नियुक्त करण्यात येणाऱ्या व्यक्तीचा नियुक्तकर्त्याशी संबंध: _____

जन्मदिनांक: लिंग: ☐ पुरुष ☐ महिला
व्यवसाय: ☐ वेतनधारक ☐ स्वयंरोजगार ☐ विद्यार्थी ☐ गृहिणी ☐ निवृत्त ☐ अन्य _____

तो/ ती व्यक्ती राजकीयदृष्ट्या संपर्कात असलेल्या व्यक्ती आहेत का,

ज्यांना सार्वजनिक कार्य सोपविण्यात आलेली आहेत? (PEP): ☐ हो ☐ नाही असल्यास, कशाप्रकारे ते स्पष्ट करा: _____

"अशा व्यक्ती आहेत ज्यांना प्रमुख सार्वजनिक कार्ये सोपवण्यात आली आहेत, उदा., राज्यांचे प्रमुख किंवा सरकार, वरिष्ठ राजकारणी, वरिष्ठ सरकारी/न्यायिक/लष्करी अधिकारी, सरकारी मालकीच्या कॉर्पोरेशनचे वरिष्ठ अधिकारी, महत्वाचे राजकीय पक्ष अधिकारी आणि उपरोक्त व्यक्तींचे जवळचे कुटुंबातील सदस्य ज्यात जोडीदार, मुले, पालक, भावंड, जोडीदाराचे पालक किंवा भावंड आणि जवळचे सहकारी यांचा समावेश असेल.

नियुक्तीचे तपशील:

स्वामित्व प्रकार

- ☐ एकूण स्वामित्व: मी/आम्ही वर नमूद केलेल्या नियुक्त करण्यात आलेल्या व्यक्तीस पॉलिसीसाठी पूर्णपणे नियुक्त करू इच्छितो; किंवा
☐ अटीसह स्वामित्व: मी/आम्ही वर नमूद केलेल्या नियुक्त करण्यात आलेल्या व्यक्तीस सशर्तपणे पॉलिसी नियुक्त करू इच्छितो, या अटीवर पॉलिसी माझ्याकडे परत येईल:

असाइनमेंट/विचार करण्याचे कारण:

- ☐ मला प्राप्त झालेली रकम रु. _____ उपरोक्त नियुक्तीच्या संदर्भात नियुक्त करण्यात येणाऱ्याचा विचार म्हणून; किंवा
☐ मी नैसर्गिक प्रेम आणि आपुलकीपोटी पॉलिसीकरिता स्वामित्व नियुक्ती केली आहे आणि तसे करण्यासाठी मला ज्या व्यक्तीला नियुक्त करण्यात आले, त्यांच्याकडून नाव विचारात घेण्यासाठीचा विचार प्राप्त झालेला नाही; किंवा अन्य इतर कामकाजी नियम आणि अटी: _____

जोडलेल्या नियुक्तपत्राचा पुरावा: ☐ पॉलिसी दस्तावेज (व्यवस्थित भरून जोडलेले) ☐ असाइनमेंट डिड (जे लागू असेल त्यावर खूण करा)

		शिक्का (फर्म आणि कंपनीसाठी)
--	--	--------------------------------

नियुक्तकर्त्याची स्वाक्षरी

नियुक्त करण्यात येणाऱ्या व्यक्तीची स्वाक्षरी

नामनिर्देशित व्यक्ती / नियुक्त करण्यात येणाऱ्या व्यक्तीच्या नावात बदल

मान्यता:

1. पॉलिसीधारकाने भरण्यासाठीचा फॉर्म. नवीन नामनिर्देशित व्यक्तीची नोंदणी केल्यावर, पूर्वीचे कोणतेही नामांकन असल्यास ते आपोआप रद्द केले जाईल.
2. नामनिर्देशित व्यक्ती अल्पवयीन असल्यास, नियुक्तीदाराचा तपशील खाली नमूद केला जाईल. नामनिर्देशित व्यक्ती अल्पवयीन असताना जीवन विमाधारकाचा मृत्यू झाल्यास दावा लाभ प्राप्त करण्यासाठी नियुक्तीदार अधिकृत आहे.
3. जर पॉलिसीधारक आणि जीवन विमाधारक हे दोन भिन्न व्यक्ती असतील, तर नामनिर्देशन केले जाऊ शकत नाही.
4. पॉलिसी नियुक्त केल्यावर, नामांकन आपोआप रद्द होईल.
5. नामांकनाच्या वैधतेबाबत कंपनी कोणतेही मत व्यक्त करत नाही.

मी, _____ वरील पॉलिसी अंतर्गत पॉलिसीधारक म्हणून खालील व्यक्ती (व्यक्तींना) नामांकित करतो ज्यांना पॉलिसीद्वारे सुरक्षित केलेले पैसे माझा मृत्यू झाल्यास दिले जातील.

नाव	जन्मदिनांक	नाते	वाटप %	पत्रव्यवहाराचा पत्ता	दूरध्वनी क्र.	इमेल

नियुक्ती करण्यात येणाऱ्या व्यक्तीचे तपशील (नामनिर्देशित व्यक्ती सज्जान नसल्यास)

नियुक्ती करण्यात येणाऱ्या व्यक्तीचे नाव: _____ जन्मदिनांक:

पत्ता: _____

पिनकोड: _____ दूरध्वनी क्र.: _____

नामनिर्देशित व्यक्तीसोबत संबंध: _____

साक्षीदाराचे नाव _____

साक्षीदाराचा पत्ता: _____

साक्षीदाराची स्वाक्षरी: _____

दिनांक: ठिकाण: _____

नियुक्ती करण्यात येणाऱ्या व्यक्तीची स्वाक्षरी

पॉलिसीधारकाची स्वाक्षरी

नियुक्ती सूचना

प्रती,

एडलवाईज लाईफ इन्शुरन्स कंपनी लिमिटेड

नोंदणीकृत कार्यालय: 6 वा मजला, टॉवर 3, विंग 'बी', कोहिनूर सिटी,
किरोळ रोड, कुर्ला (प), मुंबई 400070मी/ आम्ही, श्री. / सौ. / कु. / मेसर्स. _____,
वर नमूद नियुक्तकर्ता/(तें), लाभधारक मालक, इन्शुरन्स पॉलिसी क्र. _____ एडलवाईज लाईफ इन्शुरन्स कंपनी लिमिटेडद्वारे खात्रीशीर
रक्कम रु. _____/-, उपरोक्त नमूद विमा पॉलिसी नियुक्त केली आहे श्री./सौ./कु./मेसर्स _____,
नियुक्त करण्यात आलेली व्यक्ती आहे.

स्वामित्व प्रकार

- ☐
- एकूण स्वामित्व: मी/आम्ही वर नमूद केलेल्या नियुक्त करण्यात आलेल्या व्यक्तीस पॉलिसीसाठी पूर्णपणे नियुक्त करू इच्छितो; किंवा
-
- ☐
- अटीसह स्वामित्व: मी/आम्ही वर नमूद केलेल्या नियुक्त करण्यात आलेल्या व्यक्तीस सशर्तपणे पॉलिसी नियुक्त करू इच्छितो, या अटीवर पॉलिसी माझ्याकडे परत येईल:

स्वामित्व / नाव विचारात घेण्याचे कारण:

- ☐
- मला प्राप्त झालेली रक्कम रु. _____ उपरोक्त नियुक्तीच्या संदर्भात नियुक्त करण्यात येणाऱ्याचा विचार म्हणून; किंवा
-
- ☐
- मी नैसर्गिक प्रेम आणि आपुलकीपोटी पॉलिसीकरिता स्वामित्व नियुक्ती केली आहे आणि तसे करण्यासाठी मी ज्या व्यक्तीला नियुक्त केले आहे, त्याच्याकडून नाव
-
- विचारात घेण्यासाठीचा विचार प्राप्त झालेला नाही; किंवा अन्य इतर कामकाजी नियम आणि अटी: _____

जोडलेल्या नियुक्तपत्राचा पुरावा: ☐ पॉलिसी दस्तावेज (व्यवस्थित भरून जोडलेले) ☐ असाइनमेंट डिड (जे लागू असेल त्यावर खूण करा)

दिनांक _____ महिना _____ 20 _____ ठिकाण: _____

		शिक्का (फर्म आणि कंपनीसाठी)
--	--	--------------------------------

पॉलिसीधारकाचे नाव आणि स्वाक्षरी (नियुक्तकर्ता)

नियुक्त करण्यात येणाऱ्या व्यक्तीचे नाव आणि स्वाक्षरी

नियुक्ती करण्यात येणाऱ्या व्यक्तीचे तपशील (नामनिर्देशित व्यक्ती सज्जान नसल्यास)

नियुक्ती करण्यात येणाऱ्या व्यक्तीचे नाव: _____

जन्मदिनांक: लिंग: ☐ पुरुष ☐ महिला नियुक्ती करण्यात येणाऱ्या व्यक्तीसोबत संबंध: _____

निवासी पत्ता/ नोंदणीकृत कार्यालयीन पत्ता: _____

पिनकोड: _____ दूरध्वनी क्र.: _____

नियुक्तदाराची स्वाक्षरी
(मी नियुक्तीकरिता माझी परवानगी देतो/ते)

साक्षीदाराचा तपशील

साक्षीदाराचे नाव: श्री./सौ./कु. _____

पत्ता: _____

पिन कोड: _____ दूरध्वनी क्र.: _____ दिनांक: _____

(पॉलिसी दस्तावेज/असाइनमेंट डिडची मान्यता वर नमूद केलेल्या असाइनमेंटद्वारे योग्यरित्या अंमलात आणली गेली आहे आणि स्वाक्षरी/अंगठ्याचा ठसा हा असाइनमेंटचा आहे.)

साक्षीदाराची स्वाक्षरी

मी याद्वारे घोषित करतो की वर दिलेली सर्व माहिती खरी आणि योग्य आहे आणि मी वर दिलेल्या सर्व अटी आणि माहितीशी सहमत आहे.

शाखा कार्यालयाच्या वापराकरिता

सेवा विनंती क्र.: _____

शाखेचे नाव: _____

कर्मचार्याचे नाव: _____

कर्मचार्याची स्वाक्षरी: _____

दिनांक आणि वेळ शिक्का

*सेवा विनंतीनुसार केव्हायसी दस्तावेज गोळा केले जाणार

पोचपावती

नियुक्ती विनंती प्राप्त, पॉलिसी क्र. _____ रोजी वेळ _____ सकाळ/संध्याकाळकार्यालय:
एडलवाईज लाईफ इन्शुरन्स कंपनी लिमिटेड,
6वा मजला, टॉवर 3, विंग 'बी', कोहिनूर सिटी,
किरोळ रोड, कुर्ला (प), मुंबई 400070.
टोल फ्री: 1800 212 1212 | फॅक्स क्र.: +91 22 7100 4133
www.edelweisslife.in

शाखेचा शिक्का