

पॉलिसीधारकाचे नाव: _____

[illegible]

नवीन पत्ता:

शहर / जिल्हा:

 राज्य:

 पिनकोड:

(या अर्जासोबत खालीलपैकी कोणताही पत्त्याचा पुरावा जोडावा)

☐ वीज देयक* ☐ दूरध्वनी क्र* ☐ पासपोर्ट ☐ बँक स्टेटमेंट* ☐ शिधापत्र ☐ मतदार ओळखपत्र ☐ चालक परवाना

☐ इतर _____ [* कोणत्याही सेवा पुरवठादाराची दोन (2) महिन्यांपेक्षा अधिक जुनी नसलेली उपयुक्तता देयके (वीज देयक, दूरध्वनी देयक इत्यादी). कायमस्वरूपी/सध्याच्या निवासस्थानाच्या पत्त्याच्या तपशीलासह चालू पासबुक (मागील महिन्यापर्यंत अद्ययावत) किंवा डाउनलोड केल्याप्रमाणे कायमस्वरूपी/सध्याच्या निवासस्थानाच्या पत्त्याच्या तपशीलासह चालू बँक खाते विवरणपत्र]

आधार क्र.

आधार नोंदणी पावती क्र. (आधार क्र. उपलब्ध नसल्यास लागू)

पॅन क्र.

आईचे माहेरचे नाव

बँकेचे नाव																																													
शाखेचे नाव																शाखेचा पत्ता																													
खातेधारकाचे नाव																																													
खाते क्र.																IFSC																													
MICR																																													

- सर्व पॉलिसी देयके वरील खात्यात दिली जातील याची नोंद घ्या
- तुमच्या बँक खात्याच्या तपशीलांमध्ये काही बदल झाल्यास कंपनीला कळवा.
- खात्याचा पुरावा स्वीकारला जातो: रद्द केलेला धनादेश / बँक पासबुक / बँक विवरण

कर रहिवासी घोषणापत्र : (तुम्हाला लागू असेल त्याप्रमाणे कोणत्याही एकावर खूण करा)

☐ मी या देशाचा रहिवासी असून करदाता आहे आणि इतर कोणत्याही देशाचे नागरिकत्व घेतलेले नाही OR ☐ किंवा मी या देशा/शांचा रहिवासी असून भारताशिवाय FATCA / CRS परिशिष्टात* स्वतंत्र नमूद देशांचा करदाता आहे.

*तुम्ही भारताशिवाय अन्य देशाचे नागरिक असल्यास, कृपया FATCA/CRS अर्ज जोडपत्र भरा

नामनिर्देशित / नियुक्त व्यक्तीच्या नावात बदल

घोषणा:

- पॉलिसीधारकाने भरण्यासाठीचा फॉर्म, नवीन नामनिर्देशित व्यक्तीची नोंदणी केल्यावर, पूर्वीचे कोणतेही नामांकन असल्यास ते आपोआप रद्द केले जाईल.
- नामनिर्देशित व्यक्ती अल्पवयीन असल्यास, नियुक्तीदाराचा तपशील खाली नमूद केला जाईल. नामनिर्देशित व्यक्ती अल्पवयीन असताना लाइफ अॅशुअरिचा मृत्यू झाल्यास दावा लाभ प्राप्त करण्यासाठी नियुक्तीदार अधिकृत आहे.
- पॉलिसीधारक आणि जीवन विमाधारक हे दोन भिन्न व्यक्ती असल्यास नामनिर्देशन केले जाऊ शकत नाही.
- पॉलिसी नियुक्त केल्यावर, नामांकन आपोआप रद्द होईल.
- 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	जन्म नाते	व्यवहाराचा पत्ता

नियुक्तदार व्यक्तीचे तपशील (नामनिर्देशित व्यक्ती सज्जान असल्यास)

नियुक्तदार व्यक्तीचे नाव: _____ जन्मदिनांक:

पत्ता: _____

पिनकोड: _____ दूरध्वनी क्र.: _____

नामनिर्देशित व्यक्तीसोबत नात: _____

साक्षीदाराचे नाव: _____

साक्षीदाराचा पत्ता: _____

साक्षीदाराची स्वाक्षरी: _____ दिनांक: ठिकाण: _____

नियुक्तदाराची स्वाक्षरी

मी, _____ यांची मुलगी/मुलगा _____ अर्ज/पॉलिसी क्रमांकाखालील जीवन विमाधारक आहे _____ . मी जाणतो/ते की पॉलिसीमधील स्वयंचलित निहित (ऑटोमॅटीक वेस्टिंग) वैशिष्ट्यानुसार, मला पॉलिसीधारक म्हणून मान्यता दिली जाईल _____

मी माझ्या नमुना स्वाक्षऱ्या दिल्या आहेत, त्या वरील विमा पॉलिसीच्या बदल्यात अद्ययावत केल्या जाऊ शकतात.

मी घोषित करतो/ते की मी वर नमूद केलेल्या पॉलिसी क्रमांकांतर्गत मूळ पॉलिसीधारक आहे आणि कंपनीला आधीच उपलब्ध करून दिलेल्या तपशीलांमध्ये कोणताही बदल झालेला नाही. तसेच, मी पॉलिसी अंतर्गत भविष्यातील प्रीमियम भरणे सुरू ठेवीन, कारण नवीन पॉलिसीधारक ते भरण्यास असमर्थ आहे _____

(टीप: ज्या प्रकरणांमध्ये मूळ पॉलिसीधारकाच्या तपशीलात बदल झाला आहे, ज्याला दाता राहायचे आहे किंवा देयकर्ता मूळ पॉलिसीधारकापेक्षा वेगळा आहे, त्या प्रकरणांमध्ये प्रीमियम पावती नवीन मालकाच्या नावावर असेल.

मूळ पॉलिसीधारकाची स्वाक्षरी

पोचपावती

पॉलिसी क्र. _____ साठी नामांकनात समावेश करण्याची/बदलण्याची विनंती प्राप्त झाली रोजी _____ सकाळ/संध्याकाळ



कार्यालय:
एडलविस लाईफ इन्शुरन्स कंपनी लिमिटेड
6 वा 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