

एडलवाईज लाईफ इन्शुरन्स कंपनी लिमिटेड । IRDAI नॉदणी क्रमांक.: 147 । CIN: U66010MH2009PLC197336
नॉदणीकृत कार्यालय: 6वा मजला, टॉवर 3, विंग 'बी', कोहिनूर सिटी, किरोळ रोड, कुर्ला (प), मुंबई 400070

मी याठिकाणी एडलवाईज लाईफ इन्शुरन्स कंपनी लिमिटेडला माझ्या क्रेडिट कार्ड खात्यातून

☐ प्रीमियमचे नूतनीकरण करण्याचे अधिकार देतो/देते

पॉलिसी क्र:

--	--	--	--	--	--	--	--

 E

दिनांक:

D	D
---	---

M	M
---	---

Y	Y	Y	Y
---	---	---	---

पॉलिसीधारकाचे नाव: _____ दूरध्वनी क्र.: _____

पत्ता: _____

पिनकोड: _____

कार्डचा प्रकार: ☐ व्हिसा ☐ मास्टर्कार्ड ☐ अमेरिकन एक्सप्रेस

क्रेडिट कार्डधारकाचे नाव:

क्रेडिट कार्ड क्र.: क्रेडिट कार्ड मर्यादा संपण्याचा कालावधी :

जारीकर्ता बँक:

पॉलिसीधारकासोबत दात्याचे नाते: ☐ स्वतः ☐ पालक ☐ जोडीदार ☐ अन्य, नमूद करा _____

देय प्रकार: ☐ वार्षिक ☐ अर्ध-वार्षिक ☐ तिमाही ☐ मासिक

टीप: कृपया तुमच्या क्रेडिट कार्डच्या पुढच्या बाजूची छायाप्रत जोडा.

घोषणा:

1. मी या पॉलिसीचा पॉलिसीधारक आहे.
2. नमूद केल्याप्रमाणे क्रेडिट कार्ड माझ्या नावावर आहे.
3. मी याद्वारे एडलवाईज लाईफ इन्शुरन्स कंपनी लिमिटेडला प्रीमियम भरण्यास सहमती देतो आणि मी निवडलेल्या विमा योजनेसाठी आणि पॉलिसीसाठी लागू असलेल्या प्रीमियमच्या रकमेसह दिलेल्या क्रेडिट कार्ड खात्यातून डेबिट करण्यासाठी अधिकृत करतो.
4. नूतनीकरण प्रीमियमच्या बाबतीत मी एडलवाईज लाईफ इन्शुरन्स कंपनीला त्याउलट लेखी सूचना देईपर्यंत या सूचना कायमस्वरूपी वैध असतात.
5. मी समजून घेतो आणि सहमत आहे की विमा योजना आणि पॉलिसी अंतर्गत जोखीम एडलवाईज लाईफ इन्शुरन्स प्रीमियमच्या रकमेचे क्रेडिट मिळाल्यानंतरच गृहीत धरली जाईल, पूर्वी नाही.
6. मी याद्वारे सहमत आहे आणि पुष्टी करतो की क्रेडिट कार्ड जारी करणारी बँक कोणत्याही प्रकारे, पॉलिसी अंतर्गत देय असलेल्या प्रीमियम रकमेसाठी क्रेडिट कार्ड खात्यावरील डेबिट विनंत्या स्वीकारण्यात एडलवाईज लाईफ इन्शुरन्स किंवा माझा एजंट म्हणून काम करत नाही.
7. मी याद्वारे सहमत आहे की पॉलिसी अंतर्गत देय प्रीमियम न मिळाल्याने पॉलिसी रद्द होईल. नूतनीकरणाचे हप्ते न मिळाल्यास, त्याचा परिणाम पॉलिसी रद्द होण्यात होऊ शकतो. अशी त्रुटी उपरोक्त पॉलिसीच्या अटी आणि नियमानुसार नियंत्रित केली जाते.
8. मी जाणतो आणि सहमत आहे की जर माझ्या क्रेडिट कार्ड खात्याची मुदत संपली असेल किंवा कोणत्याही कारणास्तव मी त्याचे नूतनीकरण केले नसल्यास मी कंपनीच्या निर्देशांचे पालन करून हे सुनिश्चित करेन की माझ्याद्वारे देय असलेली कोणतीही प्रीमियम रक्कम कंपनीला देय देण्याच्या कोणत्याही पद्धतीद्वारे दिली जाईल आणि त्या वेळी कंपनीने ती उपलब्ध करून दिली आहे.

शाखा कार्यालयाच्या वापराकरिता

सेवा विनंती क्र.: _____

शाखेचे नाव: _____

कर्मचार्याचे नाव: _____

कर्मचाऱ्याची स्वाक्षरी: _____

☐ क्रेडिट कार्डाची समोरील बाजूची छायाप्रत जोडलेली आहे.

दिनांक आणि वेळ शिक्षका

क्रेडिट कार्डधारकाची स्वाक्षरी

पॉलिसीधारकाची स्वाक्षरी

कृपया लक्षात घ्या की डेबिट तारखेच्या 15 दिवस आधी लेखी विनंती करून तुम्ही क्रेडिट कार्डच्या स्थायी सूचना मागे घेऊ शकता.

*सेवा विनंतीनुसार केव्हायसी दस्तावेज जमा करावे लागेल

पोचपावती

पॉलिसी क्र. _____ साठी क्रेडिट कार्ड प्राधिकाराची विनंती प्राप्त झाली.:

D	D
---	---

M	M
---	---

Y	Y	Y	Y
---	---	---	---

 रोजी _____ सकाळ/संध्याकाळ.



कार्यालयः

एडलवाईज लाईफ इन्शुरन्स कंपनी लिमिटेड

6 वा मजला, टॉवर 3, विंग 'बी', कोहिनूर सिटी,

किरोळ रोड, कूर्ला (पश्चिम) मुंबई 400070

टोल फ्री: 1800 212 1212 | फॅक्स क्र. : + 91 22 6117 7833

www.edelweisslife.in

शाखेचा शिक्षा