

पॉलिसी सेवा विनंती अर्ज

नावात बदल / कायमस्वरूपी किंवा व्यवहार पत्त्यात बदल / संपर्क / इमेल आयडी बदल / पॅन / GST तपशील अद्ययावतीकरण / बँक खाते तपशील अद्ययावतीकरण / रद्द करणे अनिवार्य / रायडरचे नाव भरणे / टॉप-अप प्रीमियम / प्रीमियम पेमेंट पद्धतीत बदल / बिलिंग वारंवारता / खात्रीशील रकमेत बदल

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

हा अर्ज केवळ BLOCK मध्ये भरा.

पॉलिसी क्र.:	E	दिनांक:							
पॉलिसीधारकाचे नाव:					दूरध्वनी क्र.:				
पत्ता:									
पिन कोड:									

नावात बदल

☐ खात्रीशील विमारक्रम	☐ पॉलिसीधारक
पूर्वीचे नाव:	
सध्याचे नाव:	
- विवाहित महिलांना विनंती करण्यात येते की विवाहामुळे बदलण्यात आलेल्या नावाकरिता या अर्जासोबत लग्नाचे प्रमाणपत्र जोडावे. - इतरांनी राजपत्रित नोंदविण्यात आलेल्या स्व-स्वाक्षरी असलेल्या प्रती जोडाव्यात.	

व्यवहार पत्त्यात बदल

नवीन पत्ता:	
शहर/ जिल्हा:	राज्य:
पिनकोड:	
(या अर्जासह खालीलपैकी कोणताही पत्त्याचा पुरावा द्या.)	
☐ आधार कार्ड	☐ पासपोर्ट
☐ ड्रायव्हिंग परवाना	☐ मतदार कार्ड
☐ NREGA रोजगार कार्ड	☐ NPR (राष्ट्रीय लोकसंख्या नोंदणीपुस्तिका)
☐ ऑफलाइन वैध आधार कार्ड	☐ इतर

संपर्क / इमेल आयडी बदल / पॅन / GSTIN तपशील अद्ययावतीकरण

नवीन मोबाइल क्र.: +		लॅंडलाइन क्र.:	
नवीन पर्यायी संपर्क क्र.:		पॅन (PAN)	
नवीन इमेल आयडी:	GSTIN		

बँक खाते तपशील अद्ययावतीकरण

बँक नाव	
खातेधारकाचे नाव	
खाते क्र.	IFSC
- लक्षात घ्या की सर्व पॉलिसी पेआऊट वरील खात्यात जमा केली जातील - खात्याचा पुरावा स्वीकारला जातो: वैयक्तिकृत रद्द केलेला धनादेश/बँक पासबुक/बँक विवरण	

आदेश रद्द करणे

- निष्क्रिय करण्याची विनंती डेबिट तारखेच्या 15 दिवस आधी सादर करणे आवश्यक आहे.
- जर डेबिट तारखेपासून 15 दिवसांच्या आत विनंती केली गेली असेल, तर डेबिट तारखेच्या सध्याच्या आदेशानुसार प्रीमियम डेबिट केला जाईल आणि पुढील देय तारखेपासून आदेश निष्क्रिय केला जाईल.
- सर्व बाबींमध्ये विनंती पूर्ण झाल्यानंतर आणि ती स्वीकारली आणि त्यावर प्रक्रिया केली तरच अनिवार्य निष्क्रियता विनंतीची पुष्टी होते.
- नियुक्त केलेल्या पॉलिसीच्या बाबतीत नियुक्त व्यक्तीचे तपशील, नोंदणीकृत शिक्के (जेथे लागू असेल तेथे) आणि स्वाक्षरी अनिवार्य आहे.

निष्क्रिय करण्याचे कारण:

नियुक्त करण्यात आलेल्या पॉलिसीचे आदेश रद्द करणे

नियुक्त करण्यात आलेल्या व्यक्तीचे नाव	
दिनांक:	ठिकाण:
नियुक्त व्यक्तीचे शिक्के आणि स्वाक्षरी	

☐ रायडरविषयीची अतिरिक्त माहिती

एकूण प्रीमियम	रायडरची निवड (रमधये विमा रकम)					
	गंभीर आजार (CI)	अपघाती मृत्यु लाभ (ADB)	अपघाती एकूण आणि कायमस्वरूपी अपांगत्व (ATPD)	रुग्णालय रोख लाभ	देय व्यक्तीचा माफीचा लाभ*	रद्द प्रीमियम
						☐ Y ☐ N

* पेअर वेव्हर बेनिफिट रायडर: ☐ मृत्यू झाल्यास ☐ सीआय किंवा एटीपीडीवर ☐ मृत्यू सीआय किंवा एटीपीडी (जेव्हा जीवन विमाधारक आणि प्रस्तावक वेगळे असतील तेव्हाच लागू होईल)

☐ टॉप-अप प्रीमियम

A. तुमच्या टॉप अप प्रीमियमकरिता निधी वाटप भरा

फंडचे नाव	नवीन %
इक्विटी लार्ज कॅप फंड (SFIN:ULIF00118/08/11EQLARGECAP147)	
इक्विटी टॉप 250 फंड (SFIN:ULIF0027/07/11EQTOP250147)	
बॉन्ड फंड (SFIN:ULIF00317/08/11BONDFUND147)	
मनी मार्केट फंड (SFIN:ULIF00425/08/11MONEYMARKET147)	
पीई आधारित फंड (SFIN:ULIF00526/08/11PEBASED147)	
मॅनेज्ड फंड (SFIN:ULIF00618/08/11MANAGED147)	
इक्विटी ब्ल्यू चिप फंड (SFIN:ULIF01226/11/18ETLBLUECHIP147)	
GILT फंड (SFIN:ULIF01326/11/18ETLGILTFND147)	
लॉन्ग टर्म बॉन्ड फंड (SFIN:ULIF01426/06/20ETLLNGTERM147)	
एकूण	

B. टॉप अप रकम:

☐ किमान ☐ कमाल

- टॉप-अप प्रीमियम पॉलिसीच्या अटी आणि नियमांच्या अधीन आहे.
- योग्यरित्या भरलेले विमा प्रमाणपत्र सादर करणे अनिवार्य आहे आणि ते हमीपत्राच्या निकषांच्या अधीन असेल.
- टॉप-अप रकम ₹100,000/- पेक्षा जास्त असल्यास उत्पन्नाचा पुरावा.

☐ प्रीमियम पेमेंट पद्धत / बिलिंग वारंवारता मध्ये बदल

प्रीमियम भरण्याची पद्धत: ☐ थेट देयक ☐ ECS ☐ CC स्थायी सूचना
(ECS ची निवड केल्यास ECS आदेश आणि रद्द केलेला धनादेश आवश्यक असेल) (CCSI ची निवड केल्यास CCSI फॉर्म आणि क्रेडिट कार्डची पुढच्या भागाची प्रत आवश्यक असेल)
बिलिंग वारंवारता आवश्यक: ☐ वार्षिक ☐ अर्धवार्षिक ☐ तिमाही ☐ मासिक

☐ विमा रकमेतील बदल

☐ वाढ ☐ कमी
पासून ₹ आवश्यक ₹

टीप: विमा रकमेतील बदल हा पॉलिसीच्या अटी आणि नियम किंवा कंपनीच्या लेखी मार्गदर्शक तत्वांनुसार विमा क्षमतेच्या पुराव्याच्या अधीन आहे.

घोषणा: वरील विनंतीवर स्वाक्षरी केल्यावर, मी, पॉलिसी धारक याद्वारे घोषित करतो की वर दिलेली सर्व माहिती खरी आणि योग्य आहे आणि मी सर्व अटी व नियमांशी सहमत आहे.

शाखा कार्यालयाच्या वापराकरिता सेवा विनंती क्र.: _____ शाखेचे नाव: _____ कर्मचार्याचे नाव: _____ कर्मचार्याची स्वाक्षरी: _____ ठिकाण: _____	दिनांक आणि वेळ शिक्का 	
		पॉलिसीधारकाची स्वाक्षरी दिनांक: ठिकाण: _____

*सेवा विनंतीनुसार केव्हायसी दस्तावेज गोळा केले जाणार

व्हर्नाक्युलर डिक्लेरेशन (ग्राहकाने इंग्रजी/ऑफिक्स थंब इम्प्रेशन व्यतिरिक्त इतर भाषेत स्वाक्षरी केली असल्यास ते भरावे)

मी याद्वारे जाहीर करतो की मी पॉलिसीधारक श्री./श्रीमती/सुश्री यांना त्यांच्या भाषेत भरणा अर्जाची सामग्री समजावून सांगितली आहे आणि पॉलिसीधारकाने नंतर माझ्या उपस्थितीत इंग्रजी व्यतिरिक्त इतर भाषेत अंगठ्याचा ठसा/स्वाक्षरी केली आहे. त्यातील आशय पूर्णपणे समजून घेणे. मी पुढे जाहीर करतो की मी कोणत्याही प्रकारे कंपनीशी संबंधित नाही.

घोषणा करणाऱ्याचे नाव आणि स्वाक्षरी

पोचपावती

करिता विनंती प्राप्त: _____ पॉलिसी क्र. _____ करिता: रोजी वेळ _____ सकाळ/ संध्याकाळ



कार्यालय:
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