

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

प्रति मॅनेजर

बँकेचे नाव: _____

शाखेचे नाव: _____

संदर्भ: इलेक्ट्रॉनिक/डायरेक्ट डेबिट क्लियरिंग सेवेद्वारे विमा प्रीमियम भरण्याची प्राधिकारता.

मी याद्वारे तुम्हाला निर्देश देतो की माझे खाते डेबिट करा आणि एडलवाईज लाईफ इन्शुरन्स कंपनी लिमिटेडने त्यांच्या अधिकृत सेवा पुरवठादाराकडून पाठवलेल्या मागणीनुसार एडलवाईज लाईफ इन्शुरन्स कंपनी लिमिटेडला खाली नमूद केलेल्या पॉलिसीच्या बदल्यात पैसे द्या.

पॉलिसी क्र.: _____ E

दिनांक: DD MM YYYY

पॉलिसी क्र.: _____ E

पॉलिसी क्र.: _____ E

पॉलिसीधारकाचे नाव: _____ दूरध्वनी क्र.: _____

पत्ता: _____

पिनकोड: _____

टीप: शाखा वापरासाठी-अनेक पॉलिसीसाठी स्वतंत्र SR तयार केले जाईल

प्राथमिक खातेधारकाचे नाव: _____

संयुक्त खातेधारकाचे नाव: _____

बँकेचे नाव: _____

बँकेचा पत्ता: _____

बँकेचा खाते क्र.: _____

MICR संकेतांक: _____ IFSC संकेतांक: _____

खाते प्रकार: ☐ बचत ☐ पसंतीची ड्रॉ दिनांक: DD MM किंवा ☐ पॉलिसी या तारखेला जारी करण्यात आली

या तारखेपासून लागू (प्रारंभिक दिनांक)	वारंवारता	प्रीमियमची रक्कम	आदेश या तारखेपर्यंत वैध (अंतीम दिनांक)
DD MM YYYY	☐ वार्षिक ☐ अर्ध-वार्षिक ☐ तिमाही ☐ मासिक		DD MM YYYY

घोषणा:

- मी डायरेक्ट डेबिट सुविधेचा लाभ घेऊ इच्छितो/ते आणि इलेक्ट्रॉनिक क्लियरिंग सिस्टम (ECS)/डायरेक्ट डेबिटमध्ये सहभाग घेऊन वरील नमूद केलेल्या माझ्या पॉलिसीच्या डेबिट प्रीमियमसाठी माझी बिनशर्त संमती व्यक्त करतो/ते.
- मी समजून घेतो/ते आणि मान्य करतो/ते की माझ्या खात्यातून वजा केली जाणारी प्रीमियमची रक्कम वेळोवेळी लागू होणाऱ्या कर आणि इतर वैधानिक शुल्कांमुळे बदलू शकते.
- मी याद्वारे घोषित करतो/ते की दिलेले तपशील खरे, योग्य आणि पूर्ण आहेत. मी समजून घेतो/ते आणि स्वीकारतो/ते की व्यवहार नियत तारखेला धोरणावर लागू होईल (तो दिवस कार्यालयीन कामकाजाचा असावा). जर व्यवहारास विलंब झाला असेल किंवा अपूर्ण किंवा चुकीच्या माहितीच्या कारणास्तव त्याचा परिणाम झाला नसेल, तर मी वापरकर्ता/ती संस्थेला (कंपनी) जबाबदार धरणाऱ्या नाही. धोरणांतर्गत सहभागी म्हणून माझ्याकडून अपेक्षित असलेली जबाबदारी पार पाडण्यास मी सहमत आहे. येथे भरलेल्या तपशीलांची सत्यता आणि अचूकता याची मी संपूर्ण जबाबदारी घेतो/ते.
- माझा ECS आदेश सक्रिय असल्यास आणि मी ECS/डायरेक्ट डेबिट रद्द करण्यासाठी लेखी विनंती करेपर्यंत मी वरील बँकेला माझे बँक खाते डेबिट करण्यासाठी अधिकृत करतो/ते. तसेच कोणतीही देय रक्कम पूर्वीच्या नूतनीकरणाच्या प्रीमियमच्या परतफेडीच्या अधीन असेल.
- मला समजते की जर खात्याचा तपशील माझ्या बँक नोंदीशी जुळत नसेल आणि/किंवा रद्द केलेला/छायाप्रती केलेला धनादेश जोडलेला नसेल तर ECS/थेट डेबिट विनंती नाकारली जाईल.

प्राथमिक खातेधारकाची स्वाक्षरी
(अनिवार्य)संयुक्त खातेधारकाची स्वाक्षरी
(असल्यास)पॉलिसीधारकाची स्वाक्षरी
(अनिवार्य)

कृपया लक्षात घ्या की डेबिट तारखेच्या 15 दिवस आधी लेखी विनंती करून ECS/डायरेक्ट डेबिट सेवांमध्ये बदल/ रद्द करणे शक्य आहे.

बँकेचे स्पष्टीकरण

वर दिलेले तपशील योग्य आहेत आणि आमच्या नोंदीनुसार आहेत हे प्रमाणित केले आहेत. वरील नमूद केलेल्या बँक खात्यात सर्व जमा/परतावा पाठवला जाईल

बँकेचा शिक्का

अधिकृत बँक अधिकाऱ्याची स्वाक्षरी

दिनांक: DD MM YYYY

*सेवा विनंतीनुसार केव्हायसी दस्तऐवज गोळा केले जातील

पोचपावती

पॉलिसी क्र. _____ साठी ECS/डायरेक्ट डेबिट आदेशासाठी विनंती प्राप्त झाली DD MM YYYY रोजी _____ वेळ _____ सकाळ/संध्याकाळ