

এডেলওয়েইস টোকিও লাইফ ইন্সিওরেন্স কোম্পানি লিমিটেড | রেজিঃ নং 147 | CIN: U66010MH2009PLC197336  
রেজিস্টার্ড অফিস: ৬ষ্ঠ তলা, টাওয়ার ৩, উইং 'বি', কোম্পানি সিটি, কিরোল রোড, কুলী (প), মুম্বাই-400070

প্রতি ম্যানেজার  
Bank Name/ব্যাঙ্কের নাম: \_\_\_\_\_  
Branch Name/শাখার নাম: \_\_\_\_\_  
সূত্র: ইলেকট্রনিক / ডিরেক্ট ডেবিট ক্লিয়ারিং পরিষেবার মাধ্যমে বিমার প্রিমিয়াম দেওয়ার অধিকার প্রদান।  
আমি এতদ্বারা আপনাকে নির্দেশ দিচ্ছি নিম্নলিখিত পলিসির বিপরীতে আমার অ্যাকাউন্টে ডেবিট করে এডেলওয়েইস টোকিও লাইফ ইন্সিওরেন্স কোম্পানির অনুমোদিত পরিষেবা প্রদানকারীদের মাধ্যমে প্রেরিত দাবি অনুযায়ী এডেলওয়েইস লাইফ ইন্সিওরেন্স কোম্পানি লিমিটেডকে পে করতে।

Policy No / পলিসি নং: \_\_\_\_\_ E Date / তারিখ: DD MM YYYY  
Name of the Policy Holder / পলিসি ধারকের নাম: \_\_\_\_\_ Tel. No / ফোন নং: \_\_\_\_\_  
Address / ঠিকানা: \_\_\_\_\_ Pin Code / পিন কোড: \_\_\_\_\_

Name of Primary Account Holder / প্রাথমিক অ্যাকাউন্ট ধারকের নাম: \_\_\_\_\_  
Name of Joint Account Holder / যুগ্ম অ্যাকাউন্ট ধারকের নাম: \_\_\_\_\_  
Bank Name/ ব্যাঙ্কের নাম: \_\_\_\_\_  
Bank Address / ব্যাঙ্কের ঠিকানা: \_\_\_\_\_

Bank Account Number / ব্যাঙ্ক অ্যাকাউন্ট নম্বর: \_\_\_\_\_  
MICR Code/ এমআইসিআর কোড: \_\_\_\_\_ IFSC Code / আইএফএসসি কোড: \_\_\_\_\_

Account Type / অ্যাকাউন্টের ধরন:  Saving / সেভিং  Current / কারেন্ট Preferred Draw Date/ পছন্দের ড্র তারিখ DD OR / অথবা  Policy Issuance Date / পলিসি ইস্যুর তারিখ

Date of effect (Start Date) / সক্রিয়তার তারিখ (শুরুর তারিখ)	Frequency / বারংবারতা	Premium Amount / প্রিমিয়ামের অঙ্ক	Mandate Valid up to (End Date) / ম্যান্ডেট যে-পর্যন্ত বৈধ (সমাপ্তির তারিখ)
DD MM YYYY	<input type="checkbox"/> Annual/ বার্ষিক <input type="checkbox"/> Quarterly/ ত্রৈমাসিক <input type="checkbox"/> Semi Annual/ অর্ধ বার্ষিক <input type="checkbox"/> Monthly/ মাসিক		DD MM YYYY

**ঘোষণা:**  
- আমি ডিরেক্ট ডেবিট সুবিধা গ্রহণ করতে চাই এবং ইলেকট্রনিক ক্লিয়ারিং ব্যবস্থা (ইসিএস)/ডিরেক্ট ডেবিট-এর মাধ্যমে উপরে উল্লেখ-করা আমার পলিসির প্রিমিয়াম ডেবিট করার জন্য এতদ্বারা নিঃশর্ত সম্মতি প্রকাশ করছি।  
- আমি বুঝতে পারছি এবং সম্মত যে সময়ে সময়ে যেমন প্রয়োজ্য হবে সেইভাবে করসমূহ এবং অন্যান্য বিধিবদ্ধ লেভির কারণে ডেবিট করণীয় প্রিমিয়াম অঙ্কে পার্থক্য ঘটতে পারে।  
- আমি এতদ্বারা ঘোষণা করছি যে প্রদত্ত বিবরণসমূহ সত্য, সঠিক ও সম্পূর্ণ। আমি বুঝতে পারছি এবং স্বীকার করছি যে পলিসিটির ওপর লেনদেন নির্দিষ্ট তারিখে কার্যকর হবে (অবশ্য দিনটি যদি কাজের দিন হয়)। লেনদেন যদি বিলম্বিত হয় কিংবা অসম্পূর্ণ বা অটিক তথ্যের কারণে কার্যকর না-হয়, তাহলে আমি ব্যবহারকারী সংস্থা (কোম্পানি)-কে দায়ী করব না। পলিসিটির অধীনে অংশগ্রহণকারী হিসেবে আমার কাছ থেকে প্রত্যাশিত দায়িত্ব পালন করতে আমি রাজি আছি। এখানে যে-সব বিবরণ পূরণ করা হয়েছে তার অকৃত্রিমতা ও সত্যতা সনাক্ত আমি সম্পূর্ণ দায়িত্ব নিচ্ছি।  
- যদি আমার ইসিএস ম্যান্ডেট কার্যকর থাকে এবং ইসিএস / ডিরেক্ট ডেবিট বাতিলের লিখিত অনুরোধ না-দেওয়া পর্যন্ত আমি উল্লিখিত ব্যাঙ্কে আমার ব্যাঙ্ক অ্যাকাউন্টে ডেবিট করার অধিকার দিচ্ছি। তা ছাড়া যে-কোনো পেমেন্টই পূর্বতন নবীকরণ প্রিমিয়াম পেমেন্ট আদায়ের সাপেক্ষে হবে।  
- আমি বুঝতে পারছি যে ইসিএস / ডিরেক্ট ডেবিট অনুরোধ অস্বীকৃত হবে যদি অ্যাকাউন্টের বিবরণ আমার ব্যাঙ্ক রেকর্ডের সঙ্গে না-মেলে এবং / অথবা একটি বাতিল-করা / ফোটোকপি-করা চেক সংলগ্ন না-হয়।

Primary Account Holder's Signature (Mandatory) / প্রাথমিক অ্যাকাউন্ট ধারকের স্বাক্ষর (বাধ্যতামূলক)  
Joint Account Holder's Signature (If any) / যুগ্ম অ্যাকাউন্ট ধারকের স্বাক্ষর (যদি থাকে)  
Policy Holder's Signature (Mandatory) / পলিসি ধারকের স্বাক্ষর (বাধ্যতামূলক)

দয়া করে নোট করুন যে ডেবিটের তারিখের 15 দিন আগে লিখিত অনুরোধ জানিয়ে ইসিএস/ডিরেক্ট ডেবিট পরিষেবা সংশোধন/প্রত্যাহার করা যেতে পারে।

**Bank Certification / ব্যাঙ্কের সার্টিফিকেট প্রদান**

সার্টিফাই করা হচ্ছে যে উপরে প্রদত্ত বিবরণসমূহ সত্য এবং আমাদের রেকর্ড অনুযায়ী। সমস্ত ক্রেডিট/রিফান্ড উল্লিখিত ব্যাঙ্ক অ্যাকাউন্টে নির্দেশিত হবে।

Bank Stamp / ব্যাঙ্কের স্ট্যাম্প

Signature of Authorised Bank Official / অধিকারপ্রাপ্ত ব্যাঙ্ক কর্মচারীর স্বাক্ষর  
Date / তারিখ: DD MM YYYY

স্বীকৃতি স্লিপ

পলিসি নং: \_\_\_\_\_ -এর ডিরেক্ট ডেবিট ম্যান্ডেটের জন্য একটি অনুরোধ পাওয়া গেছে DD MM YYYY তারিখে পূর্বল/অপরাল \_\_\_\_\_ টায়