

एडेलवाइज़ टोकियो लाइफ़ इन्श्योरेंस कंपनी लिमिटेड | पंजीकरण संख्या 147 | CIN: U66010MH2009PLC197336
पंजीकृत कार्यालय: छठीं मंजिल, टॉवर 3, विंग 'बी', कोहिनूर सिटी, किरोल रोड, कुर्ला (पश्चिम), मुंबई 400070

Policy No / पॉलिसी नंबर: [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] E

Date / दिनांक: [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

Name of the Life Insured / बीमित व्यक्ति का नाम: _____

Name of the Deceased Policy Holder / मृत पॉलिसी धारक का नाम: _____

Details of New Policy Owner / पॉलिसी स्वामी के विवरण

Name of the Policy Owner / नए पॉलिसी स्वामी का नाम: _____

Address / पता: _____

Pin Code / पिन कोड: _____

Tel. No / फोन नंबर: _____ Email ID / ईमेल आईडी: _____

Date of Birth/ [] [] [] [] [] [] Gender/ [] Male/ [] Female/ Nationality /राष्ट्रीयता: _____
जन्म तिथि: [] [] [] [] [] [] लिंग: [] पुरुष: [] महिला:

Occupation / [] Salaried / [] Agriculture / [] Retired / [] Housewife/ [] Business Owner/Self Employed /
व्यवसाय: [] वेतनभोगी: [] कृषि: [] सेवानिवृत्त: [] गृहिणी: [] कारोबार मालिक/स्व-रोज़गाररत:
[] Professional / [] Others / अन्य: _____
प्रोफेशनल:

Nature of Duty / ड्यूटी का प्रकार: _____ Designation / पदनाम: _____

Are you politically exposed / [] Yes / हाँ [] No / नहीं
क्या आप राजनैतिक रूप से सक्रिय हैं:

If yes, please specify how / यदि हाँ तो विनिर्दिष्ट करें, किस तरह से: _____

Relationship with the Life Insured / बीमित व्यक्ति से संबंध: _____

Relationship with the Deceased Policy Holder / मृत पॉलिसी धारक से संबंध: _____

मार्गदर्शी सिद्धांत:

- पॉलिसी स्वामी में परिवर्तन तभी अनुमत होगा जब विद्यमान पॉलिसी स्वामी की मृत्यु हो जाए
- नए पॉलिसी स्वामी से अपेक्षा होगी कि वह पहचान प्रमाण और पते के प्रमाण तथा अन्य प्रयोजनीय केवाईसी प्रलेखों सहित त्याग संलेख (इसे ₹200 के गैर-न्यायिक स्टाम्प पेपर पर निष्पादित किया जाए) प्रस्तुत करें।
- इस प्रपत्र को भरने से उपर्युक्त पॉलिसी के नए पॉलिसी स्वामी के विवरणों को दर्ज करने में कंपनी को सहायता मिलेगी।
- बीमित व्यक्ति यदि नया पॉलिसी स्वामी है तो अलग से एक नामांकन प्रपत्र प्रस्तुत किया जाए ताकि कंपनी नामांकन को दर्ज कर सके।
- सभी लाभ/अधिकार इस पॉलिसी में लिखी शर्तों के अधीन होंगे
- स्वामित्व में परिवर्तन का पंजीकरण हो जाने के बाद, सभी भावी पत्रादि नए पॉलिसी स्वामी के नाम से भेजे जाएंगे।

घोषणा: उपर्युक्त अनुरोध पर हस्ताक्षर करने के बाद, मैं नया पॉलिसी धारक एतद्वारा यह घोषणा करता हूँ कि ऊपर दी गई समस्त जानकारी सत्य और सही है और मैं सभी शर्तों तथा निबंधनों से सहमत हूँ।

For Branch Office Use / शाखा कार्यालय के प्रयोगार्थ

Branch Name / शाखा का नाम: _____

Staff Name / कर्मचारी का नाम: _____

Staff Sign / कर्मचारी के हस्ताक्षर: _____

Date / दिनांक: _____ Time / समय: _____
a.m./p.m. / पूर्वाह्न/अपराह्न

Signature of the Life Insured /
बीमित व्यक्ति के हस्ताक्षर

Signature of the New Policy Owner /
नए पॉलिसी स्वामी के हस्ताक्षर

Date / दिनांक: [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

Place / स्थान: _____

पावती रसीद

पॉलिसी नंबर: _____ हेतु स्वामित्व परिवर्तन के लिए आवेदन [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] पूर्वाह्न/अपराह्न में प्राप्त हुआ।