

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

मैं एडेलवाइज़ टोकियो इन्श्योरेंस कंपनी लिमिटेड को प्राधिकृत करता/ती हूँ कि वह नवीकरण प्रीमियम लेने के लिए मेरे क्रेडिट कार्ड खाते से पैसा निकाल लें।

Renewal Premium / नवीकरण प्रीमियम

Policy No / पॉलिसी नंबर: _____ E

Date / दिनांक: DD MM YYYY

Name of the Policy Holder / पॉलिसी धारक का नाम: _____ Tel. No / फोन नंबर: _____

Address / पता: _____

Pin Code / पिन कोड: _____

Type of Card / कार्ड का प्रकार: Visa / वीजा Master Card / मास्टर कार्ड Diners Card / डाइनेर्स कार्ड American Express / अमेरिकन एक्सप्रेस

Name of Credit Card Holder / क्रेडिट कार्ड धारक का नाम: _____

Credit Card Number / क्रेडिट कार्ड नंबर: _____

Credit Card Expiry Date / क्रेडिट कार्ड मान्यता समाप्त होने की तारीख: MM YY

Issuing Bank / जारी करने वाला बैंक: _____

Payor's relationship with Policy Holder / पॉलिसी धारक से भुगतानकर्ता का संबंध: Self / स्वयं: Parent / अभिभावक Spouse / जीवन साथी Others, Specify / अन्य, विनिर्दिष्ट करें: _____

Mode of Payment / भुगतान का तरीका: Annual / वार्षिक Semi Annual / अर्ध वार्षिक Quarterly / तिमाही Monthly / मासिक

Note : Please attach a photocopy of the front side of your credit card. / **नोट:** अपने क्रेडिट कार्ड के सामने की ओर वाले हिस्से की फोटो प्रति संलग्न करें।

- घोषणा:**
1. मैं उक्त पॉलिसी का पॉलिसी धारक हूँ
 2. यथोलिखित क्रेडिट कार्ड मेरे नाम से है
 3. मैं एतद्वारा अपने प्रीमियम का भुगतान करने के लिए सहमत हूँ तथा एडेलवाइज़ टोकियो इन्श्योरेंस कं. लि. को यह प्राधिकार देता हूँ कि वह मेरे द्वारा चुने गए बीमा प्लान और पॉलिसी के प्रयोजनीय प्रीमियम की धनराशि दिए गए क्रेडिट कार्ड से ले लें।
 4. प्रीमियमों के नवीकरण के मामले में ये अनुदेश निरंतर तब तक मान्य रहेंगे जब तक कि मैं एडेलवाइज़ टोकियो लाइफ़ इन्श्योरेंस को लिखित रूप में कोई विपरीत अनुदेश नहीं देता।
 5. मैं यह समझता/ती हूँ तथा सहमत हूँ कि बीमा प्लान और पॉलिसी के अंतर्गत जोखिम एडेलवाइज़ टोकियो लाइफ़ इन्श्योरेंस द्वारा प्रीमियम की धनराशि के जमा हो जाने के बाद ही माना जाएगा उससे पहले नहीं।
 6. मैं एतद्वारा सहमत हूँ तथा यह पुष्टि करता हूँ कि किसी भी तरह से पॉलिसी के अंतर्गत भुगतान योग्य प्रीमियम की धनराशि के लिए क्रेडिट कार्ड खाते में से पैसे लेने का अनुरोध स्वीकार करने में क्रेडिट कार्ड जारी करने वाला बैंक न तो एडेलवाइज़ टोकियो लाइफ़ इन्श्योरेंस न ही मेरे एजेंट के रूप में कार्य करता है।
 7. मैं एतद्वारा सहमत हूँ कि इस पॉलिसी के अंतर्गत भुगतान योग्य प्रीमियम के प्राप्त न होने पर यह पॉलिसी अर्थहीन हो जाएगी। नवीकरण प्रीमियमों के प्राप्त न होने की स्थिति में यह पॉलिसी समाप्त हो जाएगी यह समाप्त उक्त पॉलिसी की शर्तों और निबंधनों के अंतर्गत होगा।
 8. मैं यह समझता/ती हूँ और सहमत हूँ कि यदि मेरे क्रेडिट कार्ड खाते की मान्यता समाप्त हो जाती है तो, या किसी कारणवश इसे मेरे द्वारा नवीकृत नहीं करवाया जाता है तो मैं यह सुनिश्चित करने के लिए कंपनी के निदेशों का पालन करूंगा/गी कि मेरे द्वारा भुगतान किए जाने योग्य हर प्रीमियम धनराशि का भुगतान प्रचलित और उस समय कंपनी द्वारा उपलब्ध करवाए गए तरीके से कंपनी को भुगतान कर दिया गया है।

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

Front side photocopy of credit card is attached./
क्रेडिट कार्ड के सामने वाले भाग की फोटो प्रति संलग्न है।

Signature of the Credit Card Holder / क्रेडिट कार्ड धारक के हस्ताक्षर

Signature of the Policy Holder / पॉलिसी धारक के हस्ताक्षर

कृपया ध्यान दें कि क्रेडिट कार्ड स्टैंडिंग इंस्ट्रक्शन मुझे डेबिट दिनांक से 15 दिन पहले लिखित निवेदन देकर मेरे द्वारा लिया जा सकता है।

पावती रसीद

दिनांक : DD MM YYYY को _____ पूर्वाह्न/अपराह्न के समय पॉलिसी नंबर: _____ हेतु क्रेडिट कार्ड प्राधिकार हेतु अनुरोध प्राप्त हुआ।