

FREE LOOK / PRE - ISSUANCE CANCELLATION FORM
फ्री लुक / जारी किए जाने से पूर्व निरस्तीकरण प्रपत्र



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	<input type="text"/>	E	Date / दिनांक	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Name of the Policy Holder / पॉलिसी धारक का नाम:								Tel. No / फोन नंबर:		
Address / पता:										
								Pin Code / पिन कोड:		

Pan Card number / पैन कार्ड नंबर:	<input type="text"/>	(यदि वार्षिक प्रीमियम 50,000 रुपए या इससे अधिक है)
Please provide bank details for Direct transfer into account / खाते में सीधे अंतरित किए जाने के लिए बैंक विवरण उपलब्ध करवाएं		
Bank Name / बैंक का नाम:	<input type="text"/>	
Bank Account Holder's Name / बैंक खाता धारक का नाम:	<input type="text"/>	
Bank Account Number / बैंक खाता संख्या:	<input type="text"/>	
11 Digit IFSC Code / 11 अंकों का आईएफएससी कोड:	<input type="text"/>	(यह कोड आपको अपने बैंक से या अपने बैंक से मिल सकता है)
<small>*आपके खाते में पैसे जमा न होने की स्थिति में या लेनदेन में विलंब होने के कारण या फिर अपूर्ण/असत्य जानकारी दिए जाने के कारण यदि यह लेनदेन न हुआ तो एडेलवाइज़ टोकियो लाइफ़ इन्श्योरेंस जिम्मेदार नहीं होगी। ऐसी परिस्थितियों में भुगतान बैंक द्वारा किया जाएगा।</small>		

<input type="checkbox"/> Free Look / फ्री लुक
उपर्युक्त पॉलिसी के अंतर्गत मैं फ्री लुक विकल्प का प्रयोग करना चाहूंगा। मैं आपको मूल पॉलिसी प्रलेख लौटा रहा हूँ ताकि आप इस निवेदन पर विचार कर सकें और पॉलिसी प्रलेख के फ्री लुक निरस्त करने के खंड में लिखे अनुसार प्रयोजनीय शुल्कों को घटाने के बाद बची धनराशि लौटा दें। Reason for Free Look / फ्री लुक का कारण: <input type="text"/>

<input type="checkbox"/> Pre - Issuance Cancellation / जारी किए जाने से पूर्व निरस्त किया जाना
मैं उपर्युक्त प्रस्ताव को निरस्त करना चाहता हूँ। Reason for Pre-Issuance Cancellation / जारी किए जाने से पहले निरस्त किए जाने का कारण: <input type="text"/>

Discharge Receipt / समापन रसीद	
मैं एतद्वारा भुगतान की धनराशि स्वीकार करने के लिए सहमत हूँ तथा घोषणा करता हूँ कि मैं इस प्रपत्र में दी गई सभी शर्तों और जानकारी को समझता हूँ और सहमत हूँ।	
For Branch Office Use / शाखा कार्यालय के प्रयोगार्थ Branch Name / शाखा का नाम: <input type="text"/> Staff Name / कर्मचारी का नाम: <input type="text"/> Staff Sign / कर्मचारी के हस्ताक्षर: <input type="text"/> Date / दिनांक: <input type="text"/> Time / समय: <input type="text"/> a.m./p.m./पूर्वाह्न/अपराह्न Place / स्थान: <input type="text"/>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">1 ₹ की राजस्व टिकट लगाएं</div> <p style="text-align: center;">Signature of the Policy Holder (Affix Stamp & Sign across the stamp) पॉलिसी धारक के हस्ताक्षर (टिकट लगाएं और इस टिकट के ऊपर से बाहर तक हस्ताक्षर करें)</p> <p>Date / दिनांक: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Place / स्थान: <input type="text"/></p>

पावती रसीद	
दिनांक: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> को	पूर्वाह्न/अपराह्न बजे पॉलिसी नंबर: <input type="text"/> हेतु आवेदन प्राप्त हुआ।



कॉर्पोरेट कार्यालय:
एडेलवाइज़ टोकियो लाइफ़ इन्श्योरेंस कं. लि.
छठीं मंजिल, टॉवर 3, विंग 'बी', कोहिनूर सिटी, किरोल रोड,
कुर्ला (पश्चिम), मुंबई 400070. टोल फ्री नं. 1800 212 1212
फैक्स नंबर: +91 22 6117 7833
Email: care@edelweisstokio.in | www.edelweisstokio.in

	शाखा की मोहर/सील
--	------------------