

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"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> E	Date / दिनांक: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <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: _____	

Change in Nomination / Appointee / नामांकन / अप्वाइन्टी में परिवर्तन

पृष्ठांकन:

- प्रपत्र पॉलिसी धारक द्वारा भरा जाए. नए नामिती को दर्ज किए जाने पर, पहले वाला नामिती यदि कोई होगा तो वह अपने आप ही निरस्त हो जाएगा
- नामिती यदि अवयस्क है तो अप्वाइन्टी के विवरण नीचे लिखे जाएंगे. नामिती यदि अवयस्क हो तो बीमित व्यक्ति की मृत्यु हो जाने की स्थिति में मिलने वाले दावे के लाभों को प्राप्त करने के लिए अप्वाइन्टी प्राधिकृत है.
- यदि पॉलिसी धारक और बीमित व्यक्ति दो भिन्न व्यक्ति हैं तो नामांकन पर कोई असर नहीं होगा.
- पॉलिसी का असाइनमेंट किए जाने पर नया नामांकन अपने आप ही निरस्त हो जाएगा
- नामांकन की वैधता के बारे में कंपनी अपनी कोई राय व्यक्त नहीं करती है

I, _____ as the Policy Holder under the above policy nominate following person(s), to whom the money secured by the policy shall be paid in event of my death. /
मैं, _____ उपर्युक्त पॉलिसी के अंतर्गत पॉलिसी धारक के रूप में निम्नोक्त व्यक्ति (यों) को नामित करता हूँ, जिसे मेरी मृत्यु होने की स्थिति में पॉलिसी में एकत्र धन का भुगतान कर दिया जाए.

Name / नाम	Date of Birth / जन्म तिथि	Relationship / संबंध	Communication Address / पत्राचार का पता

Appointee Details (In case Nominee is a minor) / अप्वाइन्टी के विवरण (यदि नामित अवयस्क है तो)

Name of the Appointee / अप्वाइन्टी का नाम: _____	Date of Birth / जन्म तिथि: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Address / पता: _____	
Pin Code / पिन कोड: _____	Tel. No. / फोन नंबर: _____
Relationship with Nominee / नामित से संबंध: _____	<div style="border: 1px solid black; height: 20px;"></div>
Witness Name / गवाह का नाम: _____	Signature of the Appointee / अप्वाइन्टी के हस्ताक्षर
Witness Address / गवाह का पता: _____	
Witness Signature / गवाह के हस्ताक्षर: _____	Date / दिनांक: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Place / स्थान: _____	

मैं एतद्द्वारा घोषणा करता हूँ कि ऊपर दी गई समस्त जानकारी सत्य एवं सही है और मैं ऊपर दी गई सभी शर्तों और निबंधनों के प्रति 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

Place / स्थान: _____

Signature of the Policy Holder / पॉलिसीधारक के हस्ताक्षर

Date / दिनांक:

Place / स्थान: _____

पावती रसीद

दिनांक: को _____ बजे पूर्वाह्न/अपराह्न पॉलिसी नंबर: _____ हेतु नामांकन जोड़ने/हटाने के लिए अनुरोध प्राप्त हुआ.