CREDIT CARD AUTHORISATION FORM
ക്രെഡിറ്റ് കാർഡ് അധികാരപ്പെടുത്തൽ ഫോറം

Edelweiss Tokio life
zindagi unlimited

എഡൽവെയിസ്സ് ടോക്കിയോ ലൈഫ് ഇൻഷുറൻസ് കമ്പനി ലിമിറ്റഡ് | രജി. ന. 147 | സിഐഎൻ: U66010MH2009PLC197336
രജിസ്റ്റേർഡ് ഓഫീസ്: 6-ാം നില, ടവർ 3, വിംഗ് 'ബി', കോഹിനൂർ സിറ്റി, കിരോൾ റോഡ്, കുർള (വെസ്റ്റ്), മുംബൈ 400070

താഴെപ്പറയുന്നതിനുള്ള തുകയ്ക്കു വേണ്ടി എന്റെ ക്രെഡിറ്റ് കാർഡ് അക്കൗണ്ട് ഡെബിറ്റ് ചെയ്യുന്നതിന് ഞാൻ എഡൽവെയിസ്സ് ടോക്കിയോ ലൈഫ് ഇൻഷുറൻസ് കമ്പനി ലിമിറ്റഡിനെ ഇതിനാൽ അധികാരപ്പെടുത്തിക്കൊള്ളുന്നു.

☐ Renewal Premium / റിന്യൂവൽ പ്രീമിയം

Policy No / പോളിസി ന. ☐☐☐☐☐☐☐☐☐ E   Date / തീയതി: D D M M Y Y Y Y

Name of the Policy Holder / പോളിസിഹോൾഡറുടെ പേര്: ______________________ Tel. No / ഫോൺ ന. ______________

Address / വിലാസം: ____

____ Pin Code / പിൻ കോഡ്: __________

Type of Card / കാർഡിന്റെ തരം: ☐ Visa / വിസ ☐ Master Card / മാസ്റ്റർ കാർഡ് ☐ Diners Card / ഡൈനേഴ്സ് കാർഡ് ☐ American Express / അമേരിക്കൻ എക്സ്പ്രസ്സ്

Name of Credit Card Holder / ക്രെഡിറ്റ് കാർഡ് ഹോൾഡറുടെ പേര്: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Credit Card Number / ക്രെഡിറ്റ് കാർഡ് നമ്പർ: ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐   Credit Card Expiry Date / ക്രെഡിറ്റ് കാർഡ് എക്സ്പൈറി തീയതി: M M Y Y

Issuing Bank / ഇഷ്യൂ ചെയ്ത ബാങ്ക്: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Payor's relationship with Policy Holder / പോളിസിഹോൾഡറുമായി പണം നൽകുന്നയാൾക്കുള്ള ബന്ധം: ☐ Self / സ്വയം ☐ Parent / മാതാപിതാക്കൾ ☐ Spouse / ജീവിത പങ്കാളി ☐ Others, Specify / മറ്റുള്ളവ, വ്യക്തമാക്കുക ______________

Mode of Payment / പേമെന്റ് രീതി: ☐ Annual / വാർഷികം ☐ Semi Annual / അർദ്ധ-വാർഷികം ☐ Quarterly / ത്രൈമാസികം ☐ Monthly / മാസികം

Note : Please attach a photocopy of the front side of your credit card. / **ശ്രദ്ധിക്കുക:** നിങ്ങളുടെ ക്രെഡിറ്റ് കാർഡിന്റെ മുൻഭാഗത്തിന്റെ ഒരു പകർപ്പ് ഒപ്പം വയ്ക്കുക.

സത്യവാങ്മൂലം:

1. ഞാൻ മുകളിൽ പ്രസ്താവിച്ച പോളിസിയുടെ ഉടമയാണ്.
2. മുകളിൽ പ്രസ്താവിച്ച ക്രെഡിറ്റ് കാർഡ് എന്റെ പേരിലുള്ളതാണ്.
3. പ്രീമിയം അടയ്ക്കുന്നതിന് ഞാൻ സമ്മതിക്കുകയും, ഞാൻ എടുത്തിട്ടുള്ള ഇൻഷുറൻസ് പ്ലാനിനും പോളിസിക്കും ബാധകമാകുന്ന പ്രീമിയം തുക എന്റെ ക്രെഡിറ്റ് കാർഡ് അക്കൗണ്ട് ഡെബിറ്റ് ചെയ്യുന്നതിലൂടെ ഈടാക്കുന്നതിന് എഡൽവെയിസ്സ് ടോക്കിയോ ലൈഫ് ഇൻഷുറൻസ് കമ്പനി ലിമിറ്റഡിനെ ഇതിനാൽ അധികാരപ്പെടുത്തുകയും ചെയ്തുകൊള്ളുന്നു.
4. റിന്യൂവൽ പ്രീമിയങ്ങളുടെ കാര്യത്തിൽ ഇതിനു വിരുദ്ധമായ ഒരു നിർദ്ദേശം ഞാൻ എഡൽവെയിസ്സ് ടോക്കിയോ ലൈഫ് ഇൻഷുറൻസ് കമ്പനി ലിമിറ്റഡിന് രേഖാമൂലം നൽകുന്നതു വരെ ഈ ഇൻസ്ട്രക്ഷന് പ്രാബല്യമുണ്ടായിരിക്കുന്നതാണ്.
5. ഇൻഷുറൻസ് പ്ലാനിനും പോളിസിക്കും കീഴിലുള്ള പരിരക്ഷ എഡൽവെയിസ്സ് ടോക്കിയോ ലൈഫ് ഇൻഷുറൻസ് കമ്പനി ലിമിറ്റഡ് ഏറ്റെടുക്കുന്നത് പ്രീമിയം തുക ലഭിച്ചതിനു ശേഷം മാത്രമായിരിക്കുമെന്നും അതിനു മുമ്പ് ആയിരിക്കുകയില്ലെന്നും ഞാൻ മനസ്സിലാക്കുന്നു.
6. പോളിസിക്കു കീഴിലുള്ള പ്രീമിയം അടയ്ക്കുന്നതിനു വേണ്ടി ക്രെഡിറ്റ് കാർഡ് അക്കൗണ്ട് ഡെബിറ്റ് ചെയ്യുന്നതിനുള്ള അപേക്ഷ സ്വീകരിക്കുന്നതിലൂടെ ക്രെഡിറ്റ് കാർഡ് ഇഷ്യൂ ചെയ്ത ബാങ്ക് യാതൊരു തരത്തിലും എഡൽവെയിസ്സ് ടോക്കിയോ ലൈഫ് ഇൻഷുറൻസ് കമ്പനി ലിമിറ്റഡിന്റെയോ എന്റെയോ ഏജന്റായി പ്രവർത്തിക്കുന്നില്ലെന്ന കാര്യം ഞാൻ ഇതിനാൽ സമ്മതിക്കുകയും സ്ഥിരീകരിക്കുകയും ചെയ്യുന്നു.
7. പോളിസിക്കു കീഴിലുള്ള പ്രീമിയം ലഭിക്കാതെ വരുന്നത് പോളിസി അസാധുവാകുന്നതിൽ കലാശിക്കുമെന്ന് ഞാൻ മനസ്സിലാക്കുന്നു. റിന്യൂവൽ പ്രീമിയങ്ങൾ ലഭിക്കാതെ വരുന്നപക്ഷം അത് പോളിസി ലാപ്സാകുന്നതിൽ കലാശിച്ചേക്കാം. അത്തരം ലാപ്സാകൽ മേല്പറഞ്ഞ പോളിസിയുടെ നിബന്ധനകൾക്കും വ്യവസ്ഥകൾക്കും വിധേയമായി നടത്തപ്പെടുന്നതാണ്.
8. എന്റെ ക്രെഡിറ്റ് കാർഡ് അക്കൗണ്ട് അവസാനിക്കുകയോ, ഏതെങ്കിലും കാരണത്താൽ ഞാൻ അത് പുതുക്കാതിരിക്കുകയോ ചെയ്യുന്നപക്ഷം ആ സമയത്ത് കമ്പനി ലഭ്യമാക്കിയിട്ടുള്ള മറ്റേതെങ്കിലും പ്രീമിയം അടയ്ക്കൽ രീതികളിലൂടെ കമ്പനിക്കു ലഭിക്കേണ്ടതായ പ്രീമിയം അടയ്ക്കുന്നതിനുള്ള കമ്പനിയുടെ നിർദ്ദേശം പാലിച്ചുകൊള്ളാമെന്ന് ഞാൻ സമ്മതിക്കുന്നു.

For Branch Office Use / ബ്രാഞ്ചിന്റെ ഉപയോഗത്തിന്

Branch Name / ബ്രാഞ്ചിന്റെ പേര്: ______________________

Staff Name / ഉദ്യോഗസ്ഥന്റെ പേര്: ______________________

Staff Sign / ഉദ്യോഗസ്ഥന്റെ ഒപ്പ്: ______________________

Date / തീയതി: __________ Time / സമയം: __________ a.m./p.m. /രാവിലെ/വൈകിട്ട്

☐ റമഭള ലധഢണ യദമളമഢമയസ മത ഢറണഢധള ഢടറഢ ധല ടളളടഢദണഢ./ ക്രെഡിറ്റ് കാർഡിന്റെ മുൻഭാഗത്തിന്റെ പകർപ്പ് ഒപ്പം വച്ചിട്ടുണ്ട്.

Signature of the Credit Card Holder / ക്രെഡിറ്റ് കാർഡ് ഹോൾഡറുടെ ഒപ്പ്

Signature of the Policy Holder / പോളിസിഹോൾഡറുടെ ഒപ്പ്

ഡെബിറ്റ് ചെയ്യുന്ന തീയതിക്ക് 15 ദിവസം മുമ്പ് രേഖാമൂലം അപേക്ഷിക്കുന്നതിലൂടെ ക്രെഡിറ്റ് കാർഡ് സ്റ്റാന്റിംഗ് ഇൻസ്ട്രക്ഷൻ പിൻവലിക്കാൻ സാധിക്കുമെന്ന കാര്യം ദയവായി ശ്രദ്ധിക്കുക.

July 2014/Ver 1/Mal

രസിത്

പോളിസി ന. ______________________ ൽ **ക്രെഡിറ്റ് കാർഡ് അധികാരപ്പെടുത്തൽ അപേക്ഷ** ലഭിച്ചു. തിയതി D D M M Y Y Y Y

സമയം __________ രാവിലെ/വൈകിട്ട്

Edelweiss Tokio life
zindagi unlimited

കോർപ്പറേറ്റ് ഓഫീസ്:
എഡൽവെയിസ്സ് ടോക്കിയോ ലൈഫ് ഇൻഷുറൻസ് കമ്പനി ലിമിറ്റഡ്
6-ാം നില, ടവർ 3, വിംഗ് 'ബി', കോഹിനൂർ സിറ്റി, കിരോൾ റോഡ്,
കുർള (വെസ്റ്റ്), മുംബൈ 400070.
ടോൾ ഫ്രീ ന.: 1800 212 1212 | ഫാക്സ് ന.: +91 22 6117 7833
Email: care@edelweisstokio.in | www.edelweisstokio.in

ബ്രാഞ്ചിന്റെ മുദ്ര/സീൽ