POLICY SERVICE REQUEST FORM
പോളിസി സേവനങ്ങൾക്കുള്ള അപേക്ഷാ 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

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: _____

☐ Change in Name / പേരിലെ മാറ്റം

☐ Life Assured / ഇൻഷ്വർ ചെയ്യപ്പെട്ട വ്യക്തി ☐ Policy Holder / പോളിസിഹോൾഡർ

Change in Name From / തിരുത്തൽ വരുത്തേണ്ട പഴയ പേര്: _____

First Name/ആദ്യത്തെ പേര് Middle Name/മദ്ധ്യത്തെ പേര് Last Name/ഒടുവിലത്തെ പേര്

Change in Name To / രേഖപ്പെടുത്തേണ്ട പുതിയ പേര്: _____

First Name/ആദ്യത്തെ പേര് Middle Name/മദ്ധ്യത്തെ പേര് Last Name/ഒടുവിലത്തെ പേര്

- വിവാഹം കാരണത്താൽ പേരിൽ മാറ്റം സംഭവിച്ച വിവാഹിതയായ സ്ത്രീയുടെ പേരിൽ മാറ്റം വരുത്തുന്നതിന് ഈ അപേക്ഷയ്ക്കൊപ്പം വിവാഹ സർട്ടിഫിക്കറ്റ് സമർപ്പിക്കേണ്ടതാണ്.
- മറ്റെല്ലാവർക്കും ഗസ്സറ്റ് നോട്ടിഫിക്കേഷന്റെ പകർപ്പുകൾ സമർപ്പിക്കേണ്ടതാണ്.

Signature of the Policy Holder / പോളിസിഹോൾഡറുടെ ഒപ്പ്

☐ Change in Correspondence Address / തപാൽ വിലാസത്തിലെ മാറ്റം

New Address / പുതിയ വിലാസം: _____

_____

City / District / പട്ടണം/ജില്ല:_____ State / സംസ്ഥാനം:_____ Pin Code / പിൻകോഡ്: _____

(Provide any of the following Address proofs along with this form) / (ഈ അപേക്ഷയ്ക്കൊപ്പം താഴെപ്പറയുന്ന ഏതിന്റെയെങ്കിലും പകർപ്പ് സമർപ്പിക്കുക)

☐ Electricity Bill* / ഇലക്ട്രിസിറ്റി ബിൽ* ☐ Telephone Bill* / ടെലിഫോൺ ബിൽ * ☐ Passport / പാസ്പോർട്ട് ☐ Bank Statement* / ബാങ്ക് സ്റ്റേറ്റ്മെന്റ്*

☐ Ration Card / റേഷൻ കാർഡ് ☐ Voter's Card / വോട്ടേഴ്സ് കാർഡ് ☐ Driving License / ഡ്രൈവിംഗ് ലൈസൻസ്

☐ Others / മറ്റുള്ളവ _____

*(*ഇലക്ട്രിസിറ്റി ബിൽ/ടെലിഫോൺ ബിൽ/ബാങ്ക് സ്റ്റേറ്റ്മെന്റ് 3 മാസത്തിൽ കൂടുതൽ പഴക്കമുള്ളതാകാൻ പാടില്ല).*

Signature of the Policy Holder / പോളിസിഹോൾഡറുടെ ഒപ്പ്

☐ Change in Contact Details / Email ID / സമ്പർക്ക വിവരങ്ങളിലെ / ഇമെയിൽ എഡിയിലെ മാറ്റം

New Mobile No. + / പുതിയ മൊബൈൽ ന.: + | | | | | | - | | | | | | | | | | Landline No. / ലാന്റ്ലൈൻ ന.: | | | | | | - | | | | | | | | |

Country Code / രാജ്യത്തിന്റെ കോഡ് Mobile Number / മൊബൈൽ നമ്പർ Area Code / ഏരിയാ കോഡ് Tel. Number / ടെലിഫോൺ നമ്പർ

New Alternate Contact No./ പുതിയ പകരം സമ്പർക്ക ന.: | | | | | | | | | | | | | | | | |

Area Code / രാജ്യത്തിന്റെ കോഡ് Contact Number / സമ്പർക്ക നമ്പർ

New Email ID / പുതിയ ഇമെയിൽ ഐഡി:_____

Signature of the Policy Holder / പോളിസിഹോൾഡറുടെ ഒപ്പ്

☐ Change in Premium Payment Method / Billing Frequency / പ്രീമിയം അടയ്ക്കൽ രീതിയിലെ / ബില്ലിംഗ് സമയക്രമത്തിലെ മാറ്റം

Premium payment Method /പ്രീമിയം അടയ്ക്കൽ രീതി: ☐ DIRECT BILL / ഡയറക്ട് ബിൽ: ☐ ECS / ഇസിഎസ് ☐ CC Standing Instruction / സിസി സ്റ്റാന്റിംഗ് ഇൻസ്ട്രക്ഷൻ

(ഇസിഎസ് എടുക്കുകയാണെങ്കിൽ ഇസിഎസ് മാൻഡേറ്റും ക്യാൻസൽ ചെയ്ത ചെക്കും ആവശ്യമാണ്)
(സിസിഎസ്എഫ് എടുക്കുകയാണെങ്കിൽ സിസിഎസ്എഫ് ഫോറവും ക്രെഡിറ്റ് കാർഡിന്റെ മുൻഭാഗത്തിന്റെ പകർപ്പും ആവശ്യമാണ്)

Billing Frequency Required / ആവശ്യപ്പെടുന്ന ബില്ലിംഗ് സമയക്രമം: ☐ Annual / വാർഷികം ☐ Semi Annual / അർദ്ധ-വാർഷികം ☐ Quarterly / ത്രൈമാസികം ☐ Monthly / മാസികം

Signature of the Policy Holder / പോളിസിഹോൾഡറുടെ ഒപ്പ്

Addition of Rider / റൈഡർ കൂട്ടിച്ചേർക്കൽ

Total Premium / ആകെ പ്രീമിയം	Choice of Rider (Sum Assured in ₹) / തിരഞ്ഞെടുക്കുന്ന റൈഡർ (ഉറപ്പു നൽകപ്പെടുന്ന തുക രൂ.)							
	Critical Illness / ക്രിട്ടിക്കൽ ഇൽനെസ്സ്	Accidental Death Benefit / ആക്സിഡന്റൽ ഡെത്ത് ബെനിഫിറ്റ്	Accidental Total and Permanent Disability / ആക്സിഡന്റൽ ടോട്ടൽ ആന്റ് പെർമനന്റ് ഡിസെബിലിറ്റി	Hospital Cash Benefit / ഹോസ്പിറ്റൽ ക്യാഷ് ബെനിഫിറ്റ്	Term / ടേം	Payor Waiver Benefit* / പേയർ വെയ്വർ ബെനിഫിറ്റ്*	Waiver of Premium / വെയ്വർ ഓഫ് പ്രീമിയം	
							Y	N

* Payor Waiver Benefit Rider / * പേയർ വെയ്വർ ബെനിഫിറ്റ് റൈഡർ: ☐ On Death / മരണത്തിൽ ☐ On CI or ATPD / സിഐ അല്ലെങ്കിൽ എടിപിഡിയിൽ

☐ On Death, CI or ATPD / മരണത്തിൽ, സിഐ അല്ലെങ്കിൽ എടിപിഡിയിൽ

(ഇൻഷ്വർ ചെയ്യപ്പെടുന്നയാളും പ്രൊപ്പോസറും വെവ്വേറെ ആളുകളാണെങ്കിൽ)

Signature of the Policy Holder / പോളിസിഹോൾഡറുടെ ഒപ്പ്

Top-Up Premium / ടോപ്പ്-അപ്പ് പ്രീമിയം

എ. നിങ്ങളുടെ ടോപ്പ്-അപ്പ് പ്രീമിയത്തിന്റെ ഫണ്ട് അലോക്കേഷൻ പൂരിപ്പിക്കുക:

Name of the Fund / ഫണ്ടിന്റെ പേര്	Amount (₹) /തുക (₹)
Equity Large Cap Fund / ഇക്വിറ്റി ലാർജ്ജ് ക്യാപ്പ് ഫണ്ട് (SFIN:ULIF00118/08/11EQLARGECAP147)	
Equity Top 250 Fund / ഇക്വിറ്റി ടോപ്പ് 250 ഫണ്ട് (SFIN:ULIF0027/07/11EQTOP250147)	
Bond Fund / ബോണ്ട് ഫണ്ട് (SFIN:ULIF00317/08/11BONDFUND147)	
Money Market Fund / മണി മാർക്കറ്റ് ഫണ്ട് (SFIN:ULIF00425/08/11MONEYMARKET147)	
Price Earning Based Fund / പ്രൈസ് ഏർണിംഗ് ബേസ്ഡ് ഫണ്ട് (SFIN:ULIF00526/08/11PEBASED147)	
Managed Fund / മാനേജ്ഡ് ഫണ്ട് (SFIN:ULIF00618/08/11MANAGED147)	
TOTAL / ആകെ	

B. Top-Up Amount / **ബി.** ടോപ്പ്-അപ്പ് തുക: ☐ Minimum / മിനിമം ☐ Maximum / പരമാവധി

- ടോപ്പ്-അപ്പ് പ്രീമിയം പോളിസിയുടെ നിബന്ധനകൾക്കും വ്യവസ്ഥകൾക്കും വിധേയമായിരിക്കും.
- ശരിയായി പൂരിപ്പിച്ച സർട്ടിഫിക്കറ്റ് ഓഫ് ഇൻഷുറബിലിറ്റി സമർപ്പിക്കണമെന്നത് നിർബ്ബന്ധമാണ്. അത് അണ്ടർറൈറ്റിംഗ് വ്യവസ്ഥകൾക്കു വിധേയമായിരിക്കും.
- ടോപ്പ്-അപ്പ് തുക ₹ 100,000/-ൽ അധികമാണെങ്കിൽ വരുമാന രേഖ സമർപ്പിക്കേണ്ടതാണ്.
- പ്രൊപ്പോസറല്ലാതെ വേറെ ആരെങ്കിലുമാണ് ടോപ്പ്-അപ്പ് അടയ്ക്കുന്നതെങ്കിൽ താഴെപ്പറയുന്ന രേഖകൾ ആവശ്യമാണ്:
  - പണം അടയ്ക്കുന്നയാളുടെ തിരിച്ചറിയൽ രേഖയും മേൽവിലാസ രേഖയും
  - പണം അടയ്ക്കുന്നയാളുടെ വരുമാന രേഖ
  - മൂന്നാം കക്ഷി പേമെന്റിനുള്ള സത്യവാങ്മൂലം

Signature of the Policy Holder / പോളിസിഹോൾഡറുടെ ഒപ്പ്

Changes in Sum Assured / ഉറപ്പു നൽകപ്പെടുന്ന തുകയിലെ മാറ്റം

☐ Increase/കൂട്ടുക ☐ Decrease/ കുറയ്ക്കുക

From ₹ /₹ _____ ൽ നിന്നും Required ₹ / ആവശ്യപ്പെടുന്നത് ₹: _____

ശ്രദ്ധിക്കുക: ഉറപ്പു നൽകപ്പെടുന്ന തുകയിലെ മാറ്റം പോളിസിയുടെ നിബന്ധനകൾക്കും വ്യവസ്ഥകൾക്കും വിധേയമോ, അണ്ടർറൈറ്റിംഗ് വ്യവസ്ഥകൾ പ്രകാരം ഇൻഷ്വർ ചെയ്യപ്പെടുന്നതിനുള്ള യോഗ്യതയുള്ള തെളിവിന്റെ അടിസ്ഥാനത്തിലോ ആയിരിക്കും.

Signature of the Policy Holder / പോളിസിഹോൾഡറുടെ ഒപ്പ്

സത്യവാങ്മൂലം: മുകളിലെ അപേക്ഷയിൽ ഒപ്പു വയ്ക്കുന്നതിലൂടെ മുകളിൽ കൊടുത്തിരിക്കുന്ന എല്ലാ വിവരങ്ങളും സത്യവും കൃത്യവുമാണെന്നും എല്ലാ നിബന്ധനകളും വ്യവസ്ഥകളും ഞാൻ അംഗീകരിക്കുന്നു എന്നും പോളിസിഹോൾഡറായ ഞാൻ ഇതിനാൽ സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തിക്കൊള്ളുന്നു.

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

Place/ സ്ഥലം:_____

Signature of the Policy Holder / പോളിസിഹോൾഡറുടെ ഒപ്പ്

Date /തിയതി: D D M M Y Y Y Y Place/സ്ഥലം_____

July 2014/Ver 1/Mal

രസീത്

പോളിസി ന. -_____ ൽ _____ നു വേണ്ടിയുള്ള ഒരു 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