CREDIT CARD AUTHORISATION FORM
क्रेडिट कार्ड अधिकारप्रदान प्रपत्र

Edelweiss Tokio life
zindagi unlimited

एडेलवाइस टोकियो लाईफ इन्शूरन्स कंपनी लिमिटेड | नोंदणी क्रमांक 147 | सीआयएन: U66010MH2009PLC197336
नोंदणीकृत कार्यालय: 6 वा मजला, टॉवर 3, विंग 'बी', कोहिनूर सिटी, किरोळ रोड, कुर्ला (प), मुंबई 400070

मी याअन्वये एडेलवाइस टोकियो लाईफ इन्शूरन्स कंपनीला रीन्युअल प्रीमियमसाठी माझे क्रेडिट कार्ड अकाउंट डेबिट करण्याचा अधिकार देत आहे.

☐ Renewal Premium / रीन्युअल प्रीमियमसाठी

Policy No / पॉलिसी क्रमांक: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐ E
Date / दिनांक: D D M M Y Y Y Y

Name of the Policy Holder / पॉलिसीधारकाचे नाव:________________________ Tel. No / दूरध्वनी क्रमांक:____________

Address / पत्ता:____

____ Pin Code / पिन कोड:____________

Type of Card / कार्डाचा प्रकार: ☐ Visa / व्हिसा ☐ Master Card / मास्टर कार्ड ☐ Diners Card / डायनर्स कार्ड ☐ American Express / अमेरिकन एक्सप्रेस

Name of Credit Card Holder / क्रेडिट कार्डधारकाचे नाव: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Credit Card Number / क्रेडिट कार्ड क्रमांक: ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐
Credit Card Expiry Date / क्रेडिट कार्डाची मुदत संपण्याची तारीख: M M Y Y

Issuing Bank / लागू करणारी बँक: ☐☐

Payor's relationship with Policy Holder / पैसे भरणाऱ्या व्यक्तीचे पॉलिसीधारकाशी नाते: ☐ Self / स्वत: ☐ Parent / आईवडिल ☐ Spouse / पतीपत्नी ☐ Others, Specify / इतर, नमूद करा: ____________________

Mode of Payment / पैसे भरण्याची पद्धती: ☐ Annual / वार्षिक ☐ Semi Annual / सहामाही ☐ Quarterly / तिमाही ☐ Monthly / मासिक

Note : Please attach a photocopy of the front side of your credit card. / **टीप:** कृपया तुमच्या क्रेडिट कार्डाच्या पुढच्या बाजूची फोटोकॉपी सोबत जोडा.

घोषणापत्र:

1. मी सदर पॉलिसीचा पॉलिसीधारक आहे.
2. वर नमूद केलेले क्रेडिट कार्ड माझ्या नावे आहे.
3. मी ह्याद्वारे प्रिमियमचे पैसे भरण्याचे मान्य करत आहे आणि निवडलेल्या पॉलिसीसाठी आणि विम्याच्या योजनेसाठी लागू असेल त्याप्रमाणे प्रिमियमची रक्कम दिलेल्या क्रेडिट कार्डावर आकारण्याचे अधिकार मी एडेलवाइस टोकियो लाईफ इन्शूरन्स कं.लिमि. यांना देत आहे.
4. मी एडेलवाइस टोकियो लाईफ इन्शूरन्स कं.लिमि. यांना उलट लेखी सूचना देईपर्यंत नूतनीकरणाच्या प्रिमियम्सच्या बाबतीत ह्या सूचना कायमस्वरूपी लागू असतील.
5. मला माहित आहे आणि मान्य आहे की एडेलवाइस टोकियो लाईफ इन्शूरन्स कं. लिमि. ह्या विमा योजने अंतर्गत आणि पॉलिसी अंतर्गत जोखीम, प्रिमियमची रक्कम जमा झाल्यानंतर सोसतील आणि तत्पुर्वी नाही.
6. मी ह्याद्वारे मान्य करत आहे आणि खात्री देत आहे की क्रेडिट कार्ड लागू करणारी बँक पॉलिसी अंतर्गत प्रिमियमची रक्कम भरण्यासाठी, कोणत्याही प्रकारे क्रेडिट कार्ड खात्यासाठी डेबिट विनंती स्वीकारताना एडेलवाइस टोकियो लाईफ इन्शूरन्स यांच्या किंवा माझ्या एजन्टच्या स्वरूपात काम करणार नाही.
7. मी ह्याद्वारे मान्य करत आहे की पॉलिसी अंतर्गत प्रिमियमची रक्कम न मिळाल्यास पॉलिसी निरर्थक होईल. नूतनीकरणाची प्रिमियमची रक्कम न मिळाल्यास पॉलिसी रद्द होईल. हे सदर पॉलिसीच्या नियम व अटींच्या अधीन असेल.
8. मला माहित आहे आणि मान्य आहे की माझ्या क्रेडिट कार्ड खात्याची मुदत संपल्यास, किंवा कोणत्याही कारणास्तव मी त्याचे नूतनीकरण केले नाही तर मी कंपनीला देणे असलेली प्रिमियमची रक्कम, त्यावेळी सुरू असलेल्या आणि कंपनीने उपलब्ध करून दिलेल्या कोणत्याही पैसे भरण्याच्या पद्धतीने, भरण्याची काळजी घेण्यासाठी कंपनीने दिलेल्या सूचनांचे मी पालन करेन.

For Branch Office Use / शाखेच्या कार्यालयाच्या उपयोगासाठी

Branch Name / शाखेचे नाव:________________________

Staff Name / कर्मचाऱ्याचे नाव:________________________

Staff Sign / कर्मचाऱ्याची स्वाक्षरी:________________________

Date / दिनांक:____________ Time / वेळ: __________ a.m./p.m. / सकाळी/सायंकाळी

☐ Front side photocopy of credit card is attached./
क्रेडिट कार्डाच्या पुढच्या बाजूची फोटोकॉपी जोडली आहे.

Signature of the Credit Card Holder / क्रेडिट कार्डधारकाची स्वाक्षरी

Signature of the Policy Holder / पॉलिसीधारकाची स्वाक्षरी

कृपया याची नोंद घ्यावी की, रक्कम वजा होण्याच्या तारखेच्या 15 दिवस अगोदर लेखी विनंती करून मी क्रेडिट कार्डासंबंधी स्थायी सूचना मागे घेऊ शकेन.

July 2014/Ver 1/Mar

पोचपावती

पॉलिसी क्रमांक: ____________________साठी क्रेडिट कार्ड अधिकारप्रदान करण्यासाठी विनंती D D M M Y Y Y Y ________सकाळी/सायंकाळी रोजी मिळाली.

Edelweiss Tokio life
zindagi unlimited

कॉर्पोरेट कार्यालय:
एडेलवाइस टोकियो लाईफ इन्शूरन्स कंपनी लिमिटेड
4 था मजला, टॉवर 3, विंग 'बी', कोहिनूर सिटी,किरोळ रोड,
कुर्ला (प), मुंबई 400070. टोल फ्री नं.: 1800 212 1212
फॅक्स नं: +91 22 6117 7833
Email: care@edelweisstokio.in | www.edelweisstokio.in

शाखेचा शिक्का/सिल