

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

प्रती मॅनेजर,
Bank Name / बँकेचे नाव: _____
Branch Name / शाखेचे नाव: _____
संदर्भ: इलेक्ट्रॉनिक/डायरेक्ट डेबिट क्लिअरिंग सेवेद्वारे विम्याचा हप्ता भरण्याचे अधिकार
मी ह्याद्वारे खाली नमूद केलेल्या पॉलिसीसाठी एडेलवाइस टोकियो लाईफ इन्शुरन्स कंपनी लिमिटेड यांनी त्यांच्या अधिकृत सेवा पुरवठादारामार्फत पाठविलेल्या मागणी सूचनेनुसार एडेलवाइस टोकियो लाईफ इन्शुरन्स कंपनी लिमिटेड यांना माझ्या खात्यातून रक्कम देण्याच्या सूचना देत आहे.

Policy No / पॉलिसी क्रमांक: _____ E Date / दिनांक: DD MM YYYY
Name of the Policy Holder / पॉलिसीधारकाचे नाव: _____ Tel. No/ दूरध्वनी क्रमांक: _____
Address / पत्ता: _____ Pin Code / पिन कोड: _____

Name of Primary Account Holder / प्रमुख खातेधारकाचे नाव: _____
Name of Joint Account Holder / संलग्न खातेधारकाचे नाव: _____
Bank Name / बँकेचे नाव: _____
Bank Address / बँकेचा पत्ता: _____

Bank Account Number / बँकेचा खाते क्रमांक: _____
MICR Code/ एमआयसीआर कोड: _____ IFSC Code / आयएफएससी कोड: _____

Account Type / Saving / बचत Current / करंट Preferred Draw Date/ DD OR Policy Issuance Date /
खात्याचा प्रकार: पैसे वजा करण्याची तारीख: किंवा पॉलिसी जारी केल्याची तारीख:

Date of effect (Start Date) / परिणामकारकतेची तारीख (प्रारंभ तारीख)	Frequency / वारंवारिता	Premium Amount / प्रिमियमची रक्कम	Mandate Valid up to (End Date) / अधिकार ह्या तारखेपर्यंत वैध आहेत (शेवटची तारीख)
DD MM YYYY	<input type="checkbox"/> Annual/ वार्षिक <input type="checkbox"/> Semi Annual/ सहामाही <input type="checkbox"/> Quarterly/ तिमाही <input type="checkbox"/> Monthly/ मासिक		DD MM YYYY

घोषणापत्र
- मला डायरेक्ट डेबिट सुविधेचा लाभ घ्यायचा असून ह्याद्वारे इलेक्ट्रॉनिक क्लिअरिंग सिस्टम (ईसीएस)/डायरेक्ट डेबिट मध्ये सहभागी होऊन वर नमूद केलेल्या माझ्या पॉलिसीचा हप्ता वजा करण्यासाठी माझी बिनशर्त संमती देत आहे.
- मला माहित आहे आणि मान्य आहे की माझ्या खात्यातून वजा करण्याची प्रिमियमची रक्कम वेळोवेळी लागू असलेले कर आणि इतर वैधानिक आकार ह्यामुळे वेगवेगळी असू शकते.
- मी ह्याद्वारे घोषित करत आहे की येथे देण्यात आलेला तपशिल खरा, अचूक आणि पूर्ण आहे. मला माहित आहे आणि मान्य आहे की देय तारखेला व्यवहार पूर्ण केला जाईल (ती तारीख कामकाजाची तारीख असल्यास). अपूर्ण किंवा चुकीच्या माहितीमुळे जर व्यवहाराला उशीर झाला किंवा अजिबात झाला नाही तर मी उपभोक्ता संस्था (कंपनी) यांना जबाबदार धरणार नाही. पॉलिसी अंतर्गत सहभागी ह्या नात्याने माझ्या जबाबदाऱ्या पूर्ण करण्याचे मी मान्य करत आहे. येथे भरलेल्या माहितीच्या खरेपणाची आणि अचूकपणाची मी संपूर्ण जबाबदारी स्वीकारत आहे.
- माझे ईसीएस अधिकार सुरु असल्यास आणि मी ईसीएस/डायरेक्ट डेबिट रद्द करण्याची लेखी विनंती देईपर्यंत मी उपरोल्लेखित बँकेला माझ्या खात्यातून रक्कम वजा करण्याचे अधिकार देत आहे. त्याचप्रमाणे कोणतेही पैसे मिळणे हे मागील नूतनीकरणाने प्रिमियम भरण्याच्या अधीन असेल.
- खात्याचा तपशिल माझ्या बँकेचे रेकॉर्डशी जुळत नसल्यास आणि/किंवा रद्द केलेल्या/फोटो कॉपी घेतलेल्या धनादेशाची प्रत न जोडल्यास ईसीएस/डायरेक्ट डेबिटची विनंती नाकारण्यात येईल हे मला माहित आहे.

Primary Account Holder's Signature (Mandatory) / प्रमुख खातेधारकाची स्वाक्षरी (बंधनकारक)
Joint Account Holder's Signature (If any) / संलग्न खातेधारकाची स्वाक्षरी (कोणी असल्यास)
Policy Holder's Signature (Mandatory) / पॉलिसीधारकाची स्वाक्षरी (बंधनकारक)

कृपया नोंद घ्यावी की ईसीएस / डायरेक्ट डेबिट सेवा डेबिट तारखेच्या 15 दिवस आधी लेखी विनंती करून सुधारित करता/ मागे घेता येऊ शकते.

Bank Certification / बँकेचे प्रमाणिकरण

प्रमाणित करण्यात येत आहे की वर नमूद करण्यात आलेली माहिती अचूक आणि बँकेच्या रेकॉर्डसनुसार आहे. सर्व प्रकारचे क्रेडिटस/परतावा हे वर नमूद केलेल्या बँकेमार्फत करण्यात येतील.

Bank Stamp / बँकेचा शिक्का

Signature of Authorised Bank Official / बँकेच्या अधिकृत अधिकार्याची स्वाक्षरी

Date / दिनांक: DD MM YYYY

पोचपावती

पॉलिसी क्रमांक: _____ साठी ईसीएस/थेट वजावटचे अधिकारासाठी विनंती DD MM YYYY _____ सकाळी/सायंकाळी रोजी मिळाली.