

FREE LOOK / PRE - ISSUANCE CANCELLATION FORM
मोफत पाहणी / जारी करण्यापूर्वी रद्द करण्याचे प्रपत्र



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

Policy No / पॉलिसी क्रमांक: <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"/>
Name of the Policy Holder / पॉलिसीधारकाचे नाव: _____	Tel. No / दूरध्वनी क्रमांक: _____
Address / पत्ता: _____	
Pin Code / पिन कोड: _____	

Pan Card number / (वार्षिक प्रिमियम ₹1 लाख किंवा त्यापेक्षा अधिक असल्यास)
पॅनकार्ड क्रमांक:

Please provide bank details for Direct transfer into account / कृपया थेट खात्यात रक्कम जमा करण्यासाठी बँकेचा तपशिल द्या

Bank Name /
बँकेचे नाव:

Bank Account Holder's Name /
बँकेच्या खातेधारकाचे नाव:

Bank Account Number /
बँकेचा खाते क्रमांक:

11 Digit IFSC Code / (तुम्ही तुमच्या बँकेकडून किंवा तुमच्या धनादेशावरून हा कोड मिळवू शकता)
11 आकडी आयएफएससी कोड:

*अपूर्ण/चुकीची माहिती देण्यामुळे तुमच्या खात्यात रक्कम जमा न झाल्यास किंवा व्यवहाराला उशीर झाला किंवा न झाल्यास त्यास एडेलवाइस टोकियो लाईफ इन्शूरन्स जबाबदार राहणार नाही. अशा परिस्थितीत धनादेशाने पेआऊट दिला जाईल.

Free Look / मोफत पाहणी

वर नमूद केलेल्या पॉलिसी अंतर्गत मला मोफत पाहणी पर्यायाचा वापर करायचा आहे.
आपणास ह्या विनंतीचा विचार करता यावा आणि पॉलिसी दस्तऐवजाच्या मोफत पाहणी रद्द करण्याच्या कलमात नमूद केलेले लागू शुल्क वजा करून बाकीची रक्कम परत करण्यासाठी मी सोबत मूळ पॉलिसी दस्तऐवज परत करत आहे.

Reason for Free Look / मोफत पाहणीचे कारण: _____

Pre - Issuance Cancellation / जारी करण्यापूर्वी रद्द करणे

मला वर नमूद करण्यात आलेला प्रस्ताव रद्द करायचा आहे.

Reason for Pre-Issuance Cancellation / जारी करण्यापूर्वी रद्द करण्याचे कारण: _____

Discharge Receipt / विमुक्ती पावती

मी ह्याद्वारे पेआऊटची रक्कम स्वीकारण्याचे मान्य करत आहे आणि ह्या प्रपत्रात देण्यात आलेल्या सर्व अटी आणि माहिती मला समजली आहे आणि मान्य आहे.

For Branch Office Use / फक्त 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 Place / ठिकाण: _____	<p>कृपया ₹1 चा रेव्हेन्यू स्टॅम्प लावा</p> <p>Signature of the Policy Holder (Affix Stamp & Sign across the stamp) पॉलिसीधारकाची स्वाक्षरी (स्टॅम्प चिकटवा आणि त्यावर स्वाक्षरी करा)</p>
--	---

Date / दिनांक: Place / ठिकाण: _____

पोचपावती

पॉलिसी क्रमांक: _____ साठी _____ साठी विनंती _____ सकाळी/सायंकाळी रोजी मिळाली.



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