

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: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] 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: _____

Change in Name / नावात बदल

Life Assured / विमित व्यक्ती  Policy Holder / पॉलिसीधारक

Change in Name From / नावात बदल - पुर्वीचे नाव: \_\_\_\_\_

First Name / पहिले नाव	Middle Name / मधले नाव	Last Name / आडनाव
------------------------	------------------------	-------------------

Change in Name To / नावात बदल - आताचे नाव: \_\_\_\_\_

First Name / पहिले नाव	Middle Name / मधले नाव	Last Name / आडनाव
------------------------	------------------------	-------------------

● ज्या विवाहित महिलेच्या विवाहामुळे नावात बदल झाला आहे तिला ह्या प्रपत्रासोबत विवाहाचे प्रमाणपत्र जोडण्याची विनंती करण्यात येत आहे.

● इतरांसाठी, गॅझेट नोटिफिकेशनची प्रमाणित प्रत सादर करावी लागेल.

Signature of the Policy Holder / पॉलिसीधारकाची स्वाक्षरी

Change in Correspondence Address / पत्रव्यवहाराच्या पत्त्यातील बदल

New Address / नवा पत्ता: \_\_\_\_\_

City / District / शहर/जिल्हा: \_\_\_\_\_ State / राज्य: \_\_\_\_\_ Pin Code / पिन कोड: \_\_\_\_\_

(Provide any of the following Address proofs along with this form) / (ह्या प्रपत्रासोबत खालील पैकी कोणताही पत्त्याचा पुरावा सादर करावा)

Electricity Bill\* / वीज बिल\*  Telephone Bill\* / टेलिफोन बिल\*  Passport / पासपोर्ट  Bank Statement\* / बँकेचे स्टेटमेंट\*

Ration Card / रेशनकार्ड  Voter's Card / मतदार कार्ड  Driving License / वाहन चालविण्याचा परवाना

Others / इतर: \_\_\_\_\_

(\* वीज बिल/टेलिफोन बिल/बँकेचे स्टेटमेंट 3 महिन्यापेक्षा जुने नसावे)

Signature of the Policy Holder / पॉलिसीधारकाची स्वाक्षरी

Change in Contact Details / Email ID / संपर्काचा तपशिल/ई-मेल आयडी यातील बदल

New Mobile No. + / नवा मोबाईल क्रमांक: + [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] - [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

Country Code / देशाचा कोड  Mobile Number / मोबाईल क्रमांक  Landline No. / लॅंडलाईन क्रमांक: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] - [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

Area Code / एरिया कोड  Tel. Number / टेलिफोन क्रमांक

New Alternate Contact No. / नवा पर्यायी संपर्क क्रमांक: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] - [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

Area Code / एरिया कोड  Contact Number / टेलिफोन क्रमांक

New Email ID / नवा ई-मेल आयडी: \_\_\_\_\_

Signature of the Policy Holder / पॉलिसीधारकाची स्वाक्षरी

Change in Premium Payment Method / Billing Frequency / प्रिमियम भरणा पद्धती/बिलाची वारंवारिता यात बदल

Premium payment Method / प्रिमियम भरणा पद्धती:  DIRECT BILL / थेट बिल  ECS / ईसीएस  CC Standing Instruction / सीसी स्थायी सूचना

(ईसीएस बंधनकारक आणि ईसीएसची निवड केल्यास रद्द केला धनादेश आवश्यक आहे)  
(सीसीएसआयची निवड केल्यास सीसीएसआय प्रपत्र आणि क्रेडिट कार्डाच्या पुढच्या भागाची प्रत आवश्यक आहे.)

Billing Frequency Required / बिलाची आवश्यक वारंवारिता:  Annual / वार्षिक  Semi Annual / सहामाही  Quarterly / तिमाही  Monthly / मासिक

Signature of the Policy Holder / पॉलिसीधारकाची स्वाक्षरी

Addition of Rider / रायडरचा समावेश

Total Premium / एकुण प्रिमियम	Choice of Rider (Sum Assured in ₹) / रायडरची निवड (हमी रक्कम ₹)						
	Critical Illness / गंभीर आजार	Accidental Death Benefit / अपघाती मृत्यू लाभ	Accidental Total and Permanent Disability / अपघाती संपूर्ण व कायमस्वरूपी अपंगत्व	Hospital Cash Benefit / रुग्णालय भरतीदरम्यान रोख रक्कम योजना	Term / मुदत	Payor Waiver Benefit* / पेयर वेवर लाभ*	Waiver of Premium / प्रिमियम माफ होणे
							Y N

\* Payor Waiver Benefit Rider / \*पेयर वेवर लाभ रायडर:  On Death / मृत्यूसमयी  On CI or ATPD / सीआय किंवा एटीपीडीला  
 On Death, CI or ATPD / मृत्यू, सीआय किंवा एटीपीडीला

(विमित व्यक्ती आणि प्रस्तावकर्ता वेगळे असल्यास फक्त लागू)

Signature of the Policy Holder / पॉलिसीधारकाची स्वाक्षरी

Top-Up Premium / टॉप-अप प्रिमियम

ए. तुमच्या टॉप-अप प्रिमियमचे फंड विभाजन नमूद करा

Name of the Fund / फंडाचे नाव	Amount (₹)/रक्कम (₹)
Equity Large Cap Fund / इक्विटी लार्ज कॅप फंड (SFIN:ULIF00118/08/11EQLARGECAP147)	
Equity Top 250 Fund / इक्विटी टॉप 250 फंड (SFIN:ULIF0027/07/11EQTOP250147)	
Bond Fund / बॉन्ड फंड (SFIN:ULIF00317/08/11BONDFUND147)	
Money Market Fund / मनी मार्केट फंड (SFIN:ULIF00425/08/11MONEYMARKET147)	
Price Earning Based Fund / प्राईस अर्निंग बेस्ड फंड (SFIN:ULIF00526/08/11PEBASED147)	
Managed Fund / मॅनेज्ड फंड (SFIN:ULIF00618/08/11MANAGED147)	
TOTAL / एकुण	

B. Top-Up Amount / बी. टॉप-अप रक्कम  Minimum / किमान  Maximum / कमाल

- टॉप-अप प्रिमियम ही पॉलिसीच्या नियम व अटीच्या अधीन आहे.
- विमायोग्यतेचे प्रमाणपत्र सादर करणे बंधनकारक आहे आणि ते कराराच्या अधीन असेल.
- टॉप-अप रक्कम ₹100,000/- पेक्षा जास्त असल्यास मिळकतीचा पुरावा.
- प्रस्तावकर्त्याव्यतिरिक्त व्यक्तीने टॉप-अप भरल्यास, खालील दस्तऐवज आवश्यक आहेत:  
 -पैसे भरण्या व्यक्तीची आयडी व पत्याचा पुरावा  
 -पैसे भरण्या व्यक्तीचा मिळकतीचा पुरावा  
 -तिसरा पक्ष पैसे भरण्या व्यक्तीचे घोषणापत्र

Signature of the Policy Holder / पॉलिसीधारकाची स्वाक्षरी

Changes in Sum Assured / हमी रकमेत बदल

Increase / वाढ  Decrease / घट

From ₹ / पुर्वीची रक्कम ₹: \_\_\_\_\_

Required ₹ / आवश्यक ₹: \_\_\_\_\_

टीप: कंपनीच्या कराराच्या मार्गदर्शक प्रणालीनुसार विमा रकमेतील बदल हा पॉलिसीच्या नियम व अटीच्या किंवा विमायोग्यतेच्या पुराव्याच्या अधीन आहे.

Signature of the Policy Holder / पॉलिसीधारकाची स्वाक्षरी

घोषणापत्र: वरील विनंतीवर स्वाक्षरी केल्यानंतर, पॉलिसीधारक ह्याद्वारे घोषित करत आहे की वर दिलेली सर्व माहिती खरी आणि अचूक आहे आणि मला सर्व नियम व अटी मान्य आहेत.

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: \_\_\_\_\_

Signature of the Policy Holder / पॉलिसीधारकाची स्वाक्षरी

Date / दिनांक: DD MM YYYY Place / ठिकाण: \_\_\_\_\_

पोचपावती

पॉलिसी क्रमांक: \_\_\_\_\_ साठी यासाठी विनंती दिनांक DD MM YYYY सकाळी/सायंकाळी रोजी मिळाली.



कॉर्पोरेट कार्यालय:  
 एडेलवाइस टोकियो लाईफ इन्शुरन्स 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