NOMINATION FORM
ନାମାଙ୍କନ ଫର୍ମ

Edelweiss Tokio life
zindagi unlimited

ଏଡେଲୱାଇସ୍ ଟୋକିଓ ଲାଇଫ୍ ଇନ୍ସ୍ୟୁରାନସ କମ୍ପାନୀ ଲିମିଟେଡ୍ | ପଂଜୀକରଣ ନଂ 147 | CIN : U66010MH2009PLC197336
ପଞ୍ଜୀକୃତ କାର୍ଯ୍ୟାଳୟ: 6 ମହଲା, ଟାୱାର 3, ୱିଙ୍ଗ 'ବି', କୋହିନୋର ସିଟି, କିରୋଲ ରୋଡ, କୁର୍ଲା (ଡବ୍ଲୁ), ମୁମ୍ବାଇ 400070

Policy No./ ପଲିସି ନଂ: | | | | | | | | | | E Date / ତାରିଖ: D D M M Y Y Y Y

Name of the Policy Holder / ପଲିସିଧାରୀଙ୍କ ନାମ: _____ Tel. No./ ଟେଲିଫୋନ୍ ନମ୍ବର: _____

Address / ଠିକଣ: _____

_____ Pin Code / ପିନ୍ କୋଡ୍: _____

Change in Nomination / Appointee / ପିନ୍ କୋଡ୍ ନାମାଙ୍କନ/ଅପୋଏଣ୍ଟିରେ ପରିବର୍ତ୍ତନ

ଅନୁମୋଦନ:

1. ପଲିସିଧାରୀଙ୍କ ଦ୍ୱାରା ଫର୍ମଟି ପୂରଣ କରାଯିବ। ନୂତନ ନୋମିନିଙ୍କ ପଂଜୀକରଣ ଉପରେ ପୂର୍ବର ନୋମିନେସନ ଯଦି ଥାଏ ତେବେ ତାହା ଆପେ ଆପେ ବାତିଲ୍ ହୋଇଯିବ।
2. ଯଦି ନୋମିନି ଜଣକ ଏକ ନାବାଳକ ହୋଇଥାନ୍ତି ତେବେ ନିମ୍ନ ବର୍ଣିତ ପ୍ରକାରେ ଏକ ଆପୋଏଣ୍ଟି ବିବରଣୀ ରହିବ। ନୋମିନି ଜଣେ ନାବାଳକ ହୋଇଥିବା ବେଳେ ଯଦି ବୀମାଧାରୀଙ୍କର ମୃତ୍ୟୁ ଘଟେ ସେ କ୍ଷେତ୍ରରେ ଦାବୀ ସୁବିଧାଗୁଡ଼ିକ ଗ୍ରହଣ କରିବା ପାଇଁ ଆପୋଏଣ୍ଟି ପ୍ରାଧୀକୃତ ଅଟନ୍ତି।
3. ଯଦି ପଲିସିଧାରୀ ଏବଂ ବୀମା ଧାରୀ ଦୁଇଜଣ ଭିନ୍ନ ଭିନ୍ନ ବ୍ୟକ୍ତି ହୋଇଥାନ୍ତି ସେକ୍ଷେତ୍ରରେ ନୋମିନେସନ କାର୍ଯ୍ୟକାରୀ ହେବ ନାହିଁ।
4. ପଲିସିଟିର ଆସାଇନ୍‌ମେଣ୍ଟ ଉପରେ ନୋମିନେସନଟି ଆପେ ଆପେ ବାତିଲ୍ ହୋଇଯିବ।
5. ନୋମିନେସନର ବୈଧତା ନିମନ୍ତେ କମ୍ପାନୀ ପକ୍ଷରୁ କୌଣସି ମତାମତ ପ୍ରକାଶ କରାଯିବ ନାହିଁ।

I, _____ as the Policy Holder under the above policy nominate following person(s), to whom the money secured by the policy shall be paid in event of my death. /
ମୁଁ _____ ଉପରୋକ୍ତ ପଲିସି ଅଧିନରେ ପଲିସିଧାରୀ ଭାବରେ ମୋର ମୃତ୍ୟୁ କ୍ଷେତ୍ରରେ ପଲିସି ଅଧିନରୁ ପ୍ରାପ୍ତ କରିବାକୁ ଥିବା ଅର୍ଥ ଗ୍ରହଣ କରିବା ପାଇଁ ନିମ୍ନ ବ୍ୟକ୍ତି (ସମୂହ)ଙ୍କୁ ନାମାଙ୍କିତ କରୁଅଛି।

Name / ନାମ	Date of Birth / ଜନ୍ମ ତାରିଖ	Relationship / ସମ୍ପର୍କ	Communication Address / ଯୋଗାଯୋଗ ଠିକଣା

Appointee Details (In case Nominee is a minor) / ଆପୋଏଣ୍ଟିଙ୍କ ବିବରଣୀ (ଯଦି ନୋମିନି ଜଣକ ନାବାଳକ ହୋଇଥାନ୍ତି)

Name of the Appointee / ଆପୋଏଣ୍ଟିଙ୍କ ନାମ:_____ Date of Birth / ଜନ୍ମ ତାରିଖ: D D M M Y Y Y Y

Address / ଠିକଣା:_____

_____

Pin Code / ପିନ୍ କୋଡ୍:_____ Tel. No. / ଟେଲିଫୋନ୍ ନଂ: _____

Relationship with Nominee / ନୋମିନିଙ୍କ ସହିତ ସମ୍ପର୍କ:_____

Witness Name / ସାକ୍ଷୀଙ୍କ ନାମ:_____

Witness Address / ସାକ୍ଷୀଙ୍କ ଠିକଣା: _____

Witness Signature / ସାକ୍ଷୀଙ୍କ ସ୍ୱାକ୍ଷର:_____ Date / ତାରିଖ: D D M M Y Y Y Y Place / ସ୍ଥାନ:_____

Signature of the Appointee / ଆପୋଏଣ୍ଟିଙ୍କ ସ୍ୱାକ୍ଷର

ମୁଁ ଏତଦ୍‌ଦ୍ୱାରା ଘୋଷଣା କରୁଅଛି ଯେ ଉପରେ ଦିଆଯାଇଥିବା ସମସ୍ତ ସୂଚନା ସତ୍ୟ ଏବଂ ସଠିକ୍ ଅଟେ ଏବଂ ମୁଁ ଉପରୋକ୍ତ ସମସ୍ତ ସର୍ତ୍ତ ଓ ସୂଚନା ସହିତ ସମ୍ମତ ଅଟେ।

For Branch Office Use / ଶାଖା କାର୍ଯ୍ୟାଳୟର ବ୍ୟବହାର ନିମନ୍ତେ

Branch Name/ଶାଖାର ନାମ: _____

Staff Name/କର୍ମଚାରୀଙ୍କ ନାମ: _____

Staff Sign/କର୍ମଚାରୀଙ୍କ ସ୍ୱାକ୍ଷର: _____

Date/ତାରିଖ: _____ Time/ସମୟ:_____

a.m./p.m./ ପୂର୍ବାହ୍ନ/ଅପରାହ୍ନ

Place/ସ୍ଥାନ:_____

Signature of the Policy Holder / ପଲିସିଧାରୀଙ୍କ ସ୍ୱାକ୍ଷର

Date /ତାରିଖ: D D M M Y Y Y Y Place/ସ୍ଥାନ:_____

July 2014/Ver 1/Ori

ପ୍ରାପ୍ତିସ୍ୱୀକାର ସ୍ଲିପ୍

ପଲିସି ନମ୍ବର _____ପାଇଁ D D M M Y Y Y Y _____ ଘଟିକା ସମୟ ପୂର୍ବାହ୍ନ/ଅପରାହ୍ନରେ ନୋମିନେସନରେ ସଂଯୋଗ /ପରିବର୍ତ୍ତନ ପାଇଁ ଏକ ଅନୁରୋଧ ଗ୍ରହଣ କରାଯାଇଛି।

Edelweiss Tokio life
zindagi unlimited

କର୍ପୋରେଟ୍ ଅଫିସ୍:
ଏଡେଲୱାଇସ୍ ଟୋକିଓ ଲାଇଫ୍ ଇନ୍ସ୍ୟୁରାନ୍ସ କୋ.ଲି.
6 ମହଲା, ଟାୱାର 3, ୱିଙ୍ଗ 'ବି', କୋହିନୋର ସିଟି,
କିରୋଲ ରୋଡ୍, କୁର୍ଲା (ଡବ୍ଲୁ), ମୁମ୍ବାଇ 400070
ଟୋଲ୍ ଫ୍ରି ନଂ: 1800 212 1212 | ଫ୍ୟାକ୍ସ ନଂ: +91 22 6117 7833
Email: care@edelweisstokio.in | www.edelweisstokio.in

ଶାଖାର ଷ୍ଟାମ୍ପ/ ସିଲ୍