

POLICY SERVICE REQUEST FORM

ପଲିସି ସର୍ଭିସ୍ ଅନୁରୋଧ ଫର୍ମ



ଏଡେଲୱାଇସ୍ ଟୋକିଓ ଲାଇଫ୍ ଇନ୍ସୁରାନ୍ସ କମ୍ପାନୀ ଲିମିଟେଡ୍ | ପଂଜୀକରଣ ନଂ 147 | CIN : U66010MH2009PLC197336
ପଞ୍ଜୀକୃତ କାର୍ଯ୍ୟାଳୟ: 6 ମହଲା, ଚାଷୀର 3, ଓଜି 'ବି', କୋହିନୋର ସିଟି, କିରୋଲ ରୋଡ୍, କୁର୍ଲା (ଡବ୍ଲୁ), ପୁଣ୍ୟାଳ 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 / ଠିକଣା: _____ Pin Code/ ପିନ୍ କୋଡ୍: _____

Change in Name / ନାମ ପରିବର୍ତନ

Life Assured / ଜୀବନବୀମା ଧାରୀ [] Policy Holder / ପଲିସିଧାରୀ []
Change in Name From / ପରିବର୍ତନ ହେବାକୁ ଥିବା ପୁରୁଣା ନାମ: _____
First Name / ପ୍ରଥମ ନାମ _____ Middle Name / ମଧ୍ୟମ ନାମ _____ Last Name / ଶେଷ ନାମ _____
Change in Name To / ପରିବର୍ତନ ହେବାକୁ ଥିବା ନୂତନ ନାମ: _____
First Name / ପ୍ରଥମ ନାମ _____ Middle Name / ମଧ୍ୟମ ନାମ _____ Last Name / ଶେଷ ନାମ _____
• ବିବାହିତା ମହିଳା ଯେଉଁମାନଙ୍କର ନାମ ବିବାହ ହେତୁ ପରିବର୍ତନ କରାଯାଇଛି ସେମାନେ ଏହି ଫର୍ମ ସହିତ ବିବାହ ପ୍ରମାଣ ପତ୍ର ଦାଖଲ କରିବା ଆବଶ୍ୟକ।
• ଅନ୍ୟ ସମସ୍ତଙ୍କ ପାଇଁ ରେଜିଷ୍ଟର ନୋଟିଫିକେସନର ଆବେଦନ କରାଯାଇଛି କିମ୍ବା ପ୍ରମାଣ କରିବା ଆବଶ୍ୟକ।
Signature of the Policy Holder / ପଲିସିଧାରୀଙ୍କ ସ୍ୱାକ୍ଷର

Change in Correspondence Address / ଯୋଗାଯୋଗ ଠିକଣାରେ ପରିବର୍ତନ

New Address / ନୂତନ ଠିକଣା: _____
City / District / ସହର/ଜିଲ୍ଲା: _____ State / ରାଜ୍ୟ: _____ Pin Code / ପିନ୍ କୋଡ୍: _____
(Provide any of the following Address proofs along with this form) / (ଏହି ଫର୍ମ ସହିତ ଯେକୌଣସି ରୋଚିଷ ନିମ୍ନ ପ୍ରକାର ଠିକଣା ପ୍ରମାଣ ପତ୍ର ପ୍ରଦାନ କରିବା ଆବଶ୍ୟକ।)
Electricity Bill* / ଇଲେକ୍ଟ୍ରିସିଟି ବିଲ୍* Telephone Bill* / ଟେଲିଫୋନ୍ ବିଲ୍* Passport / ପାସପୋର୍ଟ Bank Statement* / ବ୍ୟାଙ୍କ ବିବରଣୀ*
Ration Card / ରେସନ୍ କାର୍ଡ Voter's Card / ଭୋଟର କାର୍ଡ Driving License / ଡ୍ରାଇଭିଂ ଲାଇସେନ୍ସ
Others / ଅନ୍ୟାନ୍ୟ _____
(* ଇଲେକ୍ଟ୍ରିସିଟି ବିଲ୍/ ଟେଲିଫୋନ୍ ବିଲ୍/ ବ୍ୟାଙ୍କ ବିବରଣୀଟି 3 ମାସରୁ ଅଧିକ ପୁରୁଣା ହୋଇନଥିବ)
Signature of the Policy Holder / ପଲିସିଧାରୀଙ୍କ ସ୍ୱାକ୍ଷର

Change in Contact Details / Email ID / ଯୋଗାଯୋଗ ବିବରଣୀ / ଇମେଲ୍ ଆଇଡିରେ ପରିବର୍ତନ

New Mobile No. + / ନୂଆ ମୋବାଇଲ୍ ନଂ + Country Code / ଦେଶର କୋଡ୍ Mobile Number / ମୋବାଇଲ୍ ନଂ Landline No. / ଲ୍ୟାଣ୍ଡଲାଇନ ନଂ Area Code / ଏରିଆ କୋଡ୍ Tel. Number / ଟେଲିଫୋନ ନଂ
New Alternate Contact No./ ନୂଆ ବିକଳ୍ପ ଯୋଗାଯୋଗ ନମ୍ବର: Area Code / ଏରିଆ କୋଡ୍ Contact Number / ଯୋଗାଯୋଗ ନଂ
New Email ID / ନୂଆ ଇମେଲ୍ ଆଇଡି: _____
Signature of the Policy Holder / ପଲିସିଧାରୀଙ୍କ ସ୍ୱାକ୍ଷର

Change in Premium Payment Method / Billing Frequency / ପ୍ରିମିୟମ ପରମ ପ୍ରଣାଳୀ / ବିଲିଂ ଫ୍ରିକ୍ୱେନ୍ସିରେ ପରିବର୍ତନ

Premium payment Method / ପ୍ରିମିୟମ ପରମ ପ୍ରଣାଳୀ: DIRECT BILL / ଡାଇରେକ୍ଟ ବିଲ୍ ECS / ଇସିଏସ୍ CC Standing Instruction / ସିସି ଷ୍ଟାଣ୍ଡିଂ ଇନ୍ସ୍ଟ୍ରକ୍ସନ୍
(ଇସିଏସ୍ ପାଇଁ ଯଦି ବଚ୍ଛାଦାୟୀ ଟେକ୍ସଟ୍ ଇଣ୍ଡସ୍ଟ୍ରି ନ୍ୟାନଟେର୍ସ ଓ ବାଟିଲ୍ ହୋଇଥିବା ଟେକ୍ସଟ୍ ପ୍ରଦାନ କରିବା ଉଚିତ୍)
(ସିସି ଷ୍ଟାଣ୍ଡିଂ ଇନ୍ସ୍ଟ୍ରକ୍ସନ୍ ପାଇଁ ଯଦି ବଚ୍ଛାଦାୟୀ ଟେକ୍ସଟ୍ ସିସି ଷ୍ଟାଣ୍ଡିଂ ଇନ୍ସ୍ଟ୍ରକ୍ସନ୍ ଫର୍ମ ଏବଂ କ୍ଲେଜିଟ୍ କାର୍ଡରୁ ଫ୍ରଷ୍ଟ୍ କପି ଦିଆଯିବା ଆବଶ୍ୟକ)
Billing Frequency Required / ଆବଶ୍ୟକ କରୁଥିବା ବିଲିଂ ଫ୍ରିକ୍ୱେନ୍ସି: Annual / ବାର୍ଷିକ Semi Annual / ଅର୍ଦ୍ଧବାର୍ଷିକ Quarterly / ତ୍ରୟମାସିକ Monthly / ମାସିକ
Signature of the Policy Holder / ପଲିସିଧାରୀଙ୍କ ସ୍ୱାକ୍ଷର

Addition of Rider / ରାଇଡରର ସଂଯୋଗୀକରଣ

Total Premium / ସମୁଦାୟ ପ୍ରିମିୟମ	Choice of Rider (Sum Assured in ₹) / ରାଇଡରର ପସନ୍ଦ (ବାମା ଅର୍ଥ ଟଙ୍କାରେ)						
	Critical Illness / ଗୁରୁତର ଅସୁସ୍ଥତା	Accidental Death Benefit / ଦୁର୍ଘଟଣାକଳିତ ମୃତ୍ୟୁ ଲାଭ	Accidental Total and Permanent Disability / ଦୁର୍ଘଟଣାରେ ସଂପୂର୍ଣ୍ଣ ତଥା ସ୍ଥାୟୀ ଅକ୍ଷମତା	Hospital Cash Benefit / ହସ୍ପିଟାଲ୍ କ୍ୟାସ୍ ବେନିଫିଟ୍	Term / ଚର୍ମ	Payor Waiver Benefit* / ପେୟର ୱାଏଭର ବେନିଫିଟ୍*	Waiver of Premium / ପ୍ରିମିୟମର ଛାଡ଼
							Y N

* Payor Waiver Benefit Rider / On Death / On CI or ATPD /
 * ପେୟର ୱାଏଭର ବେନିଫିଟ୍ ରାଇଡର: ମୃତ୍ୟୁ କ୍ଷେତ୍ରରେ ସିଆଇ ବା ଏଟିପିଡି କ୍ଷେତ୍ରରେ
 On Death, CI or ATPD /
 ମୃତ୍ୟୁ କ୍ଷେତ୍ରରେ, ସିଆଇ ବା ଏଟିପିଡି

(ଯେତେବେଳେ ବାମାଧାରକ ଓ ପ୍ରସ୍ତାବକ ଭିନ୍ନ ଭିନ୍ନ ହୋଇଥିବେ ସେତେବେଳେ କେବଳ ଏହା ପ୍ରଯୁଜ୍ୟ ହେବ)

Signature of the Policy Holder / ପଲିସିଧାରୀଙ୍କ ସ୍ୱାକ୍ଷର

Top-Up Premium / ଟପ୍ ଅପ୍ ପ୍ରିମିୟମ

କ. ଆପଣଙ୍କର ଟପ୍ ଅପ୍ ପ୍ରିମିୟମର ଫଣ୍ଡ ଆବଶ୍ୟକ ପୂରଣ କରନ୍ତୁ

B. Top-Up Amount / Minimum / Maximum /
 ଖ. ଟପ୍ ଅପ୍ ପରିମାଣ ସର୍ବନିମ୍ନ ସର୍ବାଧିକ

Name of the Fund / ଫଣ୍ଡର ନାମ	Amount (₹) / ପରିମାଣ(₹)
Equity Large Cap Fund / ଇକ୍ୱିଟି ଲାର୍ଜ କ୍ୟାପ୍ ଫଣ୍ଡ (SFIN:ULIF00118/08/11EQLARGECAP147)	
Equity Top 250 Fund / ଇକ୍ୱିଟି ଟପ୍ 250 ଫଣ୍ଡ (SFIN:ULIF0027/07/11EQTOP250147)	
Bond Fund / ବଣ୍ଡ ଫଣ୍ଡ (SFIN:ULIF00317/08/11BONDFUND147)	
Money Market Fund / ମନି ମାର୍କେଟ୍ ଫଣ୍ଡ (SFIN:ULIF00425/08/11MONEYMARKET147)	
Price Earning Based Fund / ପ୍ରାଇଭ୍ ଅର୍ଣ୍ଣି ବେସ୍ଡ୍ ଫଣ୍ଡ (SFIN:ULIF00526/08/11PEBASED147)	
Managed Fund / ମ୍ୟାନେଜ୍ଡ୍ ଫଣ୍ଡ (SFIN:ULIF00618/08/11MANAGED147)	
TOTAL / ସମୁଦାୟ	

- ଏହି ପଲିସିର ସର୍ତ୍ତ ଓ ବ୍ୟବସ୍ଥାବଳୀ ଅନୁଯାୟୀ ଟପ୍ ଅପ୍ ପ୍ରିମିୟମ ନିର୍ଦ୍ଧାରଣ କରାଯିବ।
- ଇନ୍‌ସୁରାନ୍ସିଫର୍ ଭିଏବିଏ ଲାଭରେ ପୂରଣ ହୋଇଥିବା ପ୍ରମାଣ ପତ୍ର ଦାଖଲ କରାଯିବା ବାଧ୍ୟତାମୂଳକ ଏବଂ ତାହା ଅଣ୍ଡରରାଇଟିଂ ନିୟମ ଅନୁଯାୟୀ ହେବା ଆବଶ୍ୟକ।
- ଯଦି ଟପ୍ ଅପ୍ ପରିମାଣ ₹1,00,000 ଠାରୁ ଅଧିକ ହୋଇଥାଏ ତେବେ ଆୟ ପ୍ରମାଣପତ୍ର।
- ପ୍ରସ୍ତାବକଙ୍କ ବ୍ୟତୀତ ଯଦି ଅନ୍ୟ କୌଣସି ବ୍ୟକ୍ତିଙ୍କ ଦ୍ୱାରା ଟପ୍ ଅପ୍ ପ୍ରଦାନ କରାଯାଇଥାଏ ତେବେ ନିମ୍ନପ୍ରକାର ନଥିପତ୍ର ରହିବା ଆବଶ୍ୟକ।
 - ପ୍ରଦାତାଙ୍କର ଆଇଡି ଓ ଠିକଣା ପ୍ରମାଣ ପତ୍ର
 - ପ୍ରଦାତାଙ୍କର ଆୟ ପ୍ରମାଣ ପତ୍ର
 - ଆର୍ଡ଼ ପାର୍ଟି ପେମେଣ୍ଟ ପାଇଁ ଘୋଷଣାମାମା

Signature of the Policy Holder / ପଲିସିଧାରୀଙ୍କ ସ୍ୱାକ୍ଷର

Changes in Sum Assured / ବାମା ଅର୍ଥରେ ପରିବର୍ତ୍ତନ

Increase / ବୃଦ୍ଧି Decrease / ହ୍ରାସ

From ₹ / ଠାରୁ ₹ : Required ₹ / ଆବଶ୍ୟକ ₹ :

ବ୍ରହ୍ମବ୍ୟ : ବାମା ଅର୍ଥର ପରିବର୍ତ୍ତନ ବିଷୟରେ ପଲିସିର ସର୍ତ୍ତ ଓ ବ୍ୟବସ୍ଥାବଳୀ ଉପରେ ନିର୍ଭର କରିବ କିମ୍ବା ଅଣ୍ଡରରାଇଟିଂ ଗାଇଡ୍ ଲାଇନ୍‌ସରେ କମ୍ପାନୀ ଅନୁଯାୟୀ ଇନ୍‌ସୁରାନ୍ସିଫର୍ ପ୍ରମାଣ ପତ୍ରରେ ହେବ।

Signature of the Policy Holder / ପଲିସିଧାରୀଙ୍କ ସ୍ୱାକ୍ଷର

ଘୋଷଣାମାମା: ଉପରୋକ୍ତ ଅନୁରୋଧରେ ସ୍ୱାକ୍ଷର ମୁଦ୍ରାବଦ୍ଧ ନୂଆ ପଲିସିଧାରୀ ଏଡ୍‌ଭାନ୍ସ ଘୋଷଣା କରୁଅଛନ୍ତି ଯେ ଉପରୋକ୍ତ ମତେ ପ୍ରଦାନ କରାଯାଇଥିବା ସମସ୍ତ ସୂଚନାଗୁଡ଼ିକ ସତ୍ୟ ଓ ନିର୍ଭୁଲ୍ ଅଟେ ଏବଂ ନୂଆ ପଲିସିଧାରୀ ଏଡ୍‌ଭାନ୍ସ ଘୋଷଣା କରୁଅଛନ୍ତି।

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: Place / ସ୍ଥାନ: _____

ପ୍ରାପ୍ତିସ୍ୱୀକାର ସ୍ଲିପ୍

ପଲିସି ନମ୍ବର _____ ପାଇଁ ଯଦିକା ସମୟ ପୂର୍ବାହ୍ନ/ଅପରାହ୍ନରେ _____ ପାଇଁ ଏକ ଅନୁରୋଧ ଗ୍ରହଣ କରାଯାଇଛି।



କର୍ପୋରେଟ୍ ଅଫିସ୍:
 ଏଡେଲୱାଇସ୍ ଟୋକିଓ ଲାଇଫ୍ ଇନ୍‌ସୁରାନ୍ସିଫର୍ କୋ.ଲି.
 ୧ ମହଲା, ଟାଉର ୩, ଷିଙ୍ଗ୍ 'ବି', କୋହିନୋର ସିଟି,
 କିରୋଲି ରୋଡ୍, କୁଲି (ଡିଏଲ୍), ପୁସାଲ 400070
 ଟୋଲ୍ ଫ୍ରି ନଂ: 1800 212 1212 | ଫୋନ୍ ନଂ: +91 22 6117 7833
 Email: care@edelweisstokio.in | www.edelweisstokio.in

ଶାଖାର ଷ୍ଟାମ୍ପ/ ସିଲ୍