

SIGNATURE CHANGE FORM
ସ୍ୱାକ୍ଷର ପରିବର୍ତ୍ତନ ଫର୍ମ



ଏଡେଲୱାଇସ୍ ଟୋକିଓ ଲାଇଫ୍ ଇନ୍ସୁରାନ୍ସ କମ୍ପାନୀ ଲିମିଟେଡ୍ | ପଂଜୀକରଣ ନଂ 147 | CIN : U66010MH2009PLC197336
ପଞ୍ଜୀକୃତ କାର୍ଯ୍ୟାଳୟ: 6 ମହଲା, ଟାପ୍ପାର 3, ଝିଙ୍କ 'ବି', କୋହିନୋର ସିଟି, କିରୋଲି ରୋଡ୍, କୁର୍ଲା (ଡବ୍ଲୁ), ପୁୟାଇ 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: _____

I hereby declare that the below mentioned specimen boxes have my signatures provided on _____ day of _____, 20____ and the same is witnessed hereunder. The reason for changing my signature is _____. I further state that henceforth, the signature as appended below should be considered for all future requests/communications received for this policy. I also provide consent to be called for any verification with regard to change in signature.

ମୁଁ ଏତଦ୍ୱାରା ଘୋଷଣା କରୁଅଛି ଯେ ନିମ୍ନ ବର୍ଣ୍ଣିତ ସ୍ୱେସିମେନ୍ ବକ୍ସରେ ମୋର ସ୍ୱାକ୍ଷର ପ୍ରଦାନ କରିବା ତାରିଖଟି ହେଉଛି _____ ଦିନ _____, ମାସ, 20_____ ବର୍ଷ ଏବଂ ତାହା ନିମ୍ନ ପ୍ରକାରେ ପ୍ରଦାନ କରାଯାଇଛି। ମୋର ସ୍ୱାକ୍ଷର ପରିବର୍ତ୍ତନ କରିବା ପାଇଁ କାରଣଟି ହେଉଛି _____ ମୁଁ ପୁନଶ୍ଚ ଘୋଷଣା କରୁଅଛି ଯେ ଏହି ପଲିସି ପାଇଁ ଗ୍ରହଣ କରାଯାଉଥିବା ଏହା ପରଠାରୁ ସମସ୍ତ ଉଦ୍ଦେଶ୍ୟପୂର୍ଣ୍ଣ ଅନୁରୋଧ / ଯୋଗାଯୋଗ ପାଇଁ ନିମ୍ନ ବର୍ଣ୍ଣିତ ସ୍ୱାକ୍ଷରକୁ ବିବେଚନା କରାଯିବ। ମୁଁ ଆହୁରି ମଧ୍ୟ ଏହା ସ୍ୱୀକୃତି ପ୍ରଦାନ କରୁଅଛି ଯେ ସ୍ୱାକ୍ଷର ପରିବର୍ତ୍ତନ ସମ୍ବନ୍ଧିତ ଯେକୌଣସି ପ୍ରକାର ଯାଞ୍ଚ ପାଇଁ ଯଦି ମୋତେ ଡକାଯାଏ ମୁଁ ଉପସ୍ଥିତ ରହିବି।

Change in Signature / ସ୍ୱାକ୍ଷରରେ ପରିବର୍ତ୍ତନ

Old Signature (Mandatory) / ପୁରୁଣା ସ୍ୱାକ୍ଷର (ବାଧ୍ୟତାମୂଳକ)	New Signature / ନୂତନ ସ୍ୱାକ୍ଷର

Addition of New Specimen Signatures / ନୂତନ ସ୍ୱେସିମେନ୍ ସ୍ୱାକ୍ଷରର ସଂଯୋଗ

Old Signature (Mandatory) / ପୁରୁଣା ସ୍ୱାକ୍ଷର (ବାଧ୍ୟତାମୂଳକ)	New Signature 1 / ନୂତନ ସ୍ୱାକ୍ଷର 1	New Signature 2 / ନୂତନ ସ୍ୱାକ୍ଷର 2

Bank Attestation (To be filled by Bank Official) / ବ୍ୟାଙ୍କ ପ୍ରମାଣନ (ବ୍ୟାଙ୍କ ଅଧିକାରୀଙ୍କ ଦ୍ୱାରା ପୂରଣ କରାଯିବ)

Name of Bank Employee / ବ୍ୟାଙ୍କ କର୍ମଚାରୀଙ୍କ ନାମ : _____
Bank Employee Code / ବ୍ୟାଙ୍କ କର୍ମଚାରୀଙ୍କ କୋଡ୍ : _____
Name of Bank / ଶାଖାଙ୍କର ନାମ : _____
Branch Name / ଶାଖାର ନାମ : _____
Bank Employee Signature / ବ୍ୟାଙ୍କ କର୍ମଚାରୀଙ୍କ ସ୍ୱାକ୍ଷର : _____

Bank Seal / ବ୍ୟାଙ୍କର ସିଲ୍

For Office Use Only / କେବଳ କାର୍ଯ୍ୟାଳୟର ବ୍ୟବହାର ନିମନ୍ତେ

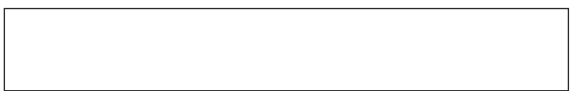
ମୁଁ ଏହା ସୁନିଶ୍ଚିତ କରୁଅଛି ଯେ କମ୍ପ୍ୟୁଟର ମୋର ସମ୍ମୁଖରେ ଏହି ଫର୍ମରେ ସ୍ୱାକ୍ଷର କରିଛନ୍ତି ଏବଂ ମୁଁ ତାହାକୁ ସ୍ୱୀକୃତି ପ୍ରଦାନ କରୁଅଛି।

Staff Name / କର୍ମଚାରୀଙ୍କ ନାମ : _____ Employee Code / କର୍ମଚାରୀଙ୍କ କୋଡ୍ : _____ Designation / ଛାବି : _____ Branch Name / ଶାଖାଙ୍କର ନାମ : _____ Signature / ସ୍ୱାକ୍ଷର : _____	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
--	--

ପଲିସି ନମ୍ବର _____ ପାଇଁ [D] [D] [M] [M] [Y] [Y] [Y] [Y] ଘଟିକା ସମୟ ପୂର୍ବାହ୍ନ/ଅପରାହ୍ନରେ ସ୍ୱାକ୍ଷର ପରିବର୍ତ୍ତନ ପାଇଁ ଏକ ଅନୁରୋଧ ଗ୍ରହଣ କରାଯାଇଛି।



କର୍ପୋରେଟ୍ ଅଫିସ୍:
ଏଡେଲୱାଇସ୍ ଟୋକିଓ ଲାଇଫ୍ ଇନ୍ସୁରାନ୍ସ କୋ.ଲି.
6 ମହଲା, ଟାପ୍ପାର 3, ଝିଙ୍କ 'ବି', କୋହିନୋର ସିଟି,
କିରୋଲି ରୋଡ୍, କୁର୍ଲା (ଡବ୍ଲୁ), ପୁୟାଇ 400070
ଟୋଲ୍ ଫ୍ରି ନଂ: 1800 212 1212 | ଫୋନ୍ ନଂ: +91 22 6117 7833
Email: care@edelweisstokio.in | www.edelweisstokio.in



ଶାଖାର ସ୍ଥାନ/ ସିଲ୍

July 2014/Ver 1/Ori