

FREE LOOK / PRE - ISSUANCE CANCELLATION FORM

ஃப்ரீலுக் / வெளியிடுவதற்கு முன்னர் இரத்து செய்வதற்கான படிவம்



எடெல்வீஸ் டோக்கியோ லைஃப் இன்சூரன்ஸ் கம்பெனி லிமிடெட் | பதிவுபெற்றது எண். 147 | கார்பரேட் அடையாள எண்: U66010MH2009PLC197336
பதிவு அலுவலகம்: 6வது தளம், டவர் 3, விங் ஆ, கோஹிநூர் சிட்டி, கிரோல் ரோடு, குர்லா (மே), மும்பை 400070

Policy No / காப்புறுதி எண்: E Date / தேதி:

Name of the Policy Holder / காப்பீட்டுதாரரின் பெயர்: _____ Tel. No / தொ.பே. எண்: _____

Address / முகவரி: _____

Pin Code / அஞ்சல் குறியீடு: _____

Pan Card number / (வருடந்திர பிரீமியத் தொகை ₹ 1 இலட்சத்தை விட அதிகமாகவோ அல்லது அதற்குச் சமமாகவோ இருந்தால்) பான் கார்டு எண்

Please provide bank details for Direct transfer into account / கணக்கிலுள்ள டைரக்ட் டிரான்ஸ்ஃப்ரர் செய்வதற்கான வங்கி விவரங்களை அளிக்கவும்

Bank Name / வங்கியின் பெயர்:

Bank Account Holder's Name / வங்கிக் கணக்குதாரரின் பெயர்:

Bank Account Number / வங்கிக் கணக்கு எண்:

11 Digit IFSC Code / (இலக்க ஐந்து இலக்க குறியீடு: _____) (இலக்க ஐந்து இலக்க குறியீடு: _____) (இலக்க ஐந்து இலக்க குறியீடு: _____) (இலக்க ஐந்து இலக்க குறியீடு: _____)

* உங்கள் கணக்கில் வரவு வைக்கப்படவில்லை எனில் அல்லது முழுமையற்ற/தவறான தகவல்கள் வழங்கப்பட்டதன் காரணமாக பரிவர்த்தனை தாமதமானால் அல்லது செயலாக்கப்படவில்லை என்றால், எடெல்வீஸ் டோக்கியோ லைஃப் இன்சூரன்ஸ் கம்பெனி லிமிடெட் நிறுவனம் பொறுப்பேற்காது. அத்தகையதொரு சூழ்நிலையில், வழங்குத்தொகையானது ஒரு காசோலை வாயிலாக வழங்கப்படும்.

Free Look / ஃப்ரீலுக்

மேலே குறிப்பிடப்பட்டுள்ள காப்புறுதியின் கீழுள்ள ஃப்ரீலுக் விருப்பத்தேர்வை நான் பயன்படுத்திக்கொள்ள விரும்புகிறேன்.

இந்த வேண்டுகோளை நீங்கள் பரிசீலனை செய்ய இயலாதவதற்காகவும், காப்புறுதி ஆவணத்தின் ஃப்ரீலுக் இரத்துக்கான உட்பிரிவில் குறிப்பிடப்பட்டுள்ளவாறு பொருந்துகின்ற கட்டணங்களைக் கழித்தப் பிறகு மீதமுள்ள தொகையைத் திருப்பித் தருவதற்காகவும், அசல் காப்புறுதி ஆவணத்தை நான் திருப்பிக் கொடுக்கிறேன்.

Reason for Free Look / ஃப்ரீலுக்குக்கான காரணம்: _____

Pre - Issuance Cancellation / வெளியிடுவதற்கு முன்னர் இரத்து செய்தல்

மேலே குறிப்பிடப்பட்டுள்ள முன்மொழிவை இரத்து செய்ய விரும்புகிறேன்.

Reason for Pre-Issuance Cancellation / வெளியிடுவதற்கு முன்னர் இரத்து செய்வதற்கான காரணம்: _____

Discharge Receipt / விடுவிக்கும் இரசீது

வழங்கல் தொகையை ஏற்றுக்கொள்வதற்கு நான் இதன் மூலம் ஒப்புக்கொள்கிறேன் மற்றும் இப்படிவத்தில் வழங்கப்பட்டுள்ள அனைத்து நிபந்தனைகளையும் தகவல்களையும் நான் புரிந்துகொண்டு ஒப்புக்கொள்கிறேன்.

For Branch Office Use / கிளை அலுவலகப் பயன்பாட்டிற்கானது

Branch Name / கிளையின் பெயர்: _____

Staff Name / ஊழியர் பெயர்: _____

Staff Sign / ஊழியர் கையொப்பம்: _____

Date / தேதி: _____ Time / நேரம்: _____

a.m./p.m. / காலை/மாலை

Place/இடம்: _____

தயவுசெய்து
₹ 1 வருவாய்
முத்திரை
வில்லையை
ஒட்டவும்

**Signature of the Policy Holder
(Affix Stamp & Sign across the stamp)**

காப்புறுதிதாரரின் கையொப்பம்
(முத்திரை வில்லையை ஒட்டி, முத்திரை வில்லையின்
குறுக்கே கையொப்பமிடவும்)

Date / தேதி: Place/இடம்: _____

ஒப்புக்கொள்ளல் இரசீது

காப்புறுதி எண் _____ க்கான _____ க்கான ஒரு வேண்டுகோள் அன்று காலை/மாலை _____
மணிக்கூ பெற்றுக்கொள்ளப்பட்டது



கார்ப்பொரேட் அலுவலகம்:
எடெல்வீஸ் டோக்கியோ லைஃப் இன்சூரன்ஸ் கம்பெனி லிமிடெட்
6வது தளம், டவர் 3, விங் ஆ, கோஹிநூர் சிட்டி,
கிரோல் ரோடு, குர்லா (மே), மும்பை 400070
கட்டணமில்லா எண்: 1800 212 1212
தொலைநகல் எண்: +91 22 6117 7833
Email: care@edelweisstokio.in | www.edelweisstokio.in

கிளையின் முத்திரை / சீல்