

POLICY SERVICE REQUEST FORM
காப்புறுதிச் சேவை வேண்டுகோள் படிவம்



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

Policy No / காப்புறுதி எண்: <input type="text"/>	E	Date / தேதி: <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name of the Policy Holder / காப்பீட்டுதாரரின் பெயர்: _____		Tel. No / தொ.பே. எண்: _____					
Address / முகவரி: _____		Pin Code / அஞ்சல் குறியீடு: _____					

Change in Name / பெயர் மாற்றம்

Life Assured / ஆயுள் காப்பீடு அளிக்கப்பட்டவர் Policy Holder / காப்பீட்டுதாரர்

Change in Name From / இந்தப் பெயரிலிருந்து பெயர் மாற்றம் _____

First Name / முதற்பெயர் _____ Middle Name / நடுப்பெயர் _____ Last Name / இறுதிப்பெயர் _____

Change in Name To / இந்தப் பெயருக்கு பெயர் மாற்றம் _____

First Name / முதற்பெயர் _____ Middle Name / நடுப்பெயர் _____ Last Name / இறுதிப்பெயர் _____

- திருமணம் காரணமாக பெயர் மாற்றம் செய்துகொண்டுள்ள திருமணமாகிய பெண்கள், இப்படிவத்துடன் கூடவே அவர்களின் திருமணச் சான்றிதழைச் சமர்ப்பிக்குமாறு கேட்டுக்கொள்ளப்படுகின்றனர்.
- மற்ற அனைவரும், சான்றொப்பமிடப்பட்ட அரசிதழ் ஆணையின் நகல்களைச் சமர்ப்பிக்க வேண்டியது அவசியமாகும்.

Signature of the Policy Holder / காப்புறுதிதாரரின் கையொப்பம்

Change in Correspondence Address / கடிதத் தொடர்பு முகவரியில் மாற்றம்

New Address / புதிய முகவரி: _____

City / District / நகரம் / மாவட்டம்: _____ State / மாநிலம்: _____ Pin Code / அஞ்சல் குறியீடு: _____

(Provide any of the following Address proofs along with this form) / (இப்படிவத்துடன் பின்வரும் ஏதேனும் முகவரிச் சான்றுகளை அளிக்கவும்)

Electricity Bill* / மின்சாரக் கட்டணப் பட்டி* Telephone Bill* / தொலைபேசிக் கட்டணப் பட்டி* Passport / பாஸ்போர்ட் வங்கி அறிக்கை Bank Statement* / வங்கி கணக்கு அறிக்கை*

Ration Card / ரேஷன் கார்டு Voter's Card / வாக்காளர் அட்டை Driving License / ஓட்டுநர் உரிமம்

Others / மற்றவை _____

(*மின்சாரக் கட்டணப் பட்டி/தொலைபேசிக் கட்டணப் பட்டி/வங்கி அறிக்கை 3 மாதங்களுக்கு முந்தையதாக இருக்கக் கூடாது)

Signature of the Policy Holder / காப்புறுதிதாரரின் கையொப்பம்

Change in Contact Details / Email ID / தொடர்பு விவரங்கள் / மின்னஞ்சல் முகவரியில் மாற்றம்

New Mobile No. + / புதிய கைபேசி எண்: + - Landline No. / லேண்டலைன் எண்: -

Country Code / நாட்டின் குறியீடு _____ Mobile Number / கைபேசி எண் _____ Area Code / பகுதி குறியீடு _____ Tel. Number / தொ.பே. எண் _____

New Alternate Contact No./ புதிய மாற்றுத் தொடர்பு எண்: _____

Area Code / பகுதி குறியீடு _____ Contact Number / தொடர்பு எண் _____

New Email ID / புதிய மின்னஞ்சல் முகவரி: _____

Signature of the Policy Holder / காப்புறுதிதாரரின் கையொப்பம்

Change in Premium Payment Method / Billing Frequency / பிரீமியத்தைச் செலுத்துவதற்கான முறையில் / பில்லிங் காலமுறையில் மாற்றம்

Premium payment Method / பிரீமியத் தொகை செலுத்தும் முறை: DIRECT BILL / டைரக்ட் பில் ECS / ஈசிஎஸ் CC Standing Instruction / இஇ நிலையான அறிவுறுத்தல்

(ஈசிஎஸ்க்காக தேர்வு செய்தால், ஈசிஎஸ் ஆணை மற்றும் இரத்து செய்யப்பட்ட காசோலை அவசியம் தேவை)
(CCSI -க்காக தேர்வு செய்தால், CCSI படிவம் மற்றும் கிரெடிட் கார்டின் முன்பக்க நகல் அவசியம் தேவை)

Billing Frequency Required / தேவைப்படும் பில்லிங் காலமுறை: Annual / வருடாந்திரம் Semi Annual / அரைவாண்டு Quarterly / காலாண்டு Monthly / மாதாந்திரம்

Signature of the Policy Holder / காப்புறுதிதாரரின் கையொப்பம்

Addition of Rider / ரைடர் சேர்ப்பு

Total Premium / மொத்த பிரீமியம்	Choice of Rider (Sum Assured in ₹) / ரைடரின் தேர்வு (காப்புறுதி செய்யப்பட்ட தொகை, ரூபாயில்)						
	Critical Illness / தீவிர உடல்நலக்குறைவு	Accidental Death Benefit / விபத்து மரண நன்மை	Accidental Total and Permanent Disability / விபத்து மொத்த மற்றும் தற்காலிக ஊனம்	Hospital Cash Benefit / மருத்துவமனை ரொக்க நன்மை	Term / வரையறை	Payor Waiver Benefit* / தொகை செலுத்துநர் உரிமைவிடுப்பு நன்மை*	Waiver of Premium / பிரீமியத்தின் உரிமை விடுப்பு
							Y N

* Payor Waiver Benefit Rider / On Death / On CI or ATPD /
 * தொகை செலுத்துநர் உரிமைவிடுப்பு நன்மை ரைடர்: மரணத்தின் மீது CI அல்லது ATPD இன் மீது
 On Death, CI or ATPD /
 இறப்பு, CI அல்லது ATPD இன் மீது

(காப்புறுதி வழங்கப்பட்டவர் மற்றும் முன்மொழிபவர் இருவரும் வேறுபட்டவர்களாக இருக்கும் போது மட்டுமே பொருந்தும்)

Signature of the Policy Holder / காப்புறுதிதாரரின் கையொப்பம்

Top-Up Premium / தொகைக்கூட்டல் பிரீமியம்

அ. உங்கள் தொகைக்கூட்டல் பிரீமியத்தின் ஃபண்டு ஒதுக்கீட்டை நிரப்பவும்

B. Top-Up Amount / Minimum / Maximum /
 ஆ. தொகைக்கூட்டல் தொகை: குறைந்தபட்சம் அதிகபட்சம்

Name of the Fund / ஃபண்டின் பெயர்	Amount (₹) / தொகை(₹)
Equity Large Cap Fund / ஈக்குவிட்டி லார்ட் கேப் ஃபண்டு (SFIN:ULIF00118/08/11EQLARGECAP147)	
Equity Top 250 Fund / ஈக்குவிட்டி டாப் 250 ஃபண்டு (SFIN:ULIF0027/07/11EQTOP250147)	
Bond Fund / பாண்ட ஃபண்டு (SFIN:ULIF00317/08/11BONDFUND147)	
Money Market Fund / மணி மார்க்கெட் ஃபண்டு (SFIN:ULIF00425/08/11MONEYMARKET147)	
Price Earning Based Fund / பிரைஸ் ஏர்னிங் பேஸ்டு ஃபண்டு (SFIN:ULIF00526/08/11PEBASED147)	
Managed Fund / மேனேஜ்டு ஃபண்டு (SFIN:ULIF00618/08/11MANAGED147)	
TOTAL / மொத்தம்	

- தொகைக்கூட்டல் பிரீமியம் என்பது இக்காப்புறுதியின் நிபந்தனைகள் மற்றும் வரையறைகளுக்கு உட்பட்டதாகும்.
- காப்பீடு செய்யத்தக்க சான்றிதழை முழுமையாக நிரப்பிச் சமர்ப்பிக்க வேண்டியது கட்டாயமாகும், மேலும் அது காப்புறுதி விண்ணப்பக் கணிப்பு விதிமுறைகளுக்கு உட்பட்டதாக இருக்கும்.
- தொகைக்கூட்டல் தொகை ₹ 100,000/ க்கும் அதிகமாக இருந்தால், வருமானச் சான்றிதழ் சமர்ப்பிக்கப்பட வேண்டும்.
- முன்மொழிபவர் அல்லாது வேறொரு நபர் தொகைக்கூட்டலைச் செலுத்தினால், பின்வரும் ஆவணங்கள் அவசியமாகும்:
 - தொகை செலுத்துபவரின் அடையாளம் மற்றும் முகவரிச் சான்று
 - தொகை செலுத்துபவரின் வருமானச் சான்று
 - மூன்றாம் தரப்பினர் வழங்குத்தொகைக்கான அறிவிப்பு

Signature of the Policy Holder / காப்புறுதிதாரரின் கையொப்பம்

Changes in Sum Assured / காப்புறுதி அளிக்கப்பட்ட தொகையில் மாற்றங்கள்

Increase / அதிகரிப்பு Decrease / குறைவு

From ₹ / இறந்த தொகையில் இருந்து, ₹: Required ₹ / தேவைப்படும் ₹:

குறிப்பு: காப்புறுதி அளிக்கப்பட்ட தொகையில் உள்ள மாற்றமானது, காப்புறுதியின் நிபந்தனைகள் மற்றும் வரையறைகளுக்கு அல்லது நிறுவனத்தின் காப்புறுதி விண்ணப்பக் கணிப்பு வழிகாட்டுதல்களுக்கு இணங்கிய காப்பீடு செய்யத்தக்க தன்மையின் சான்றுக்கு உட்பட்டதாகும்.

Signature of the Policy Holder / காப்புறுதிதாரரின் கையொப்பம்

பிரகடனம்: மேற்கண்ட வேண்டுகோளில் கையொப்பமிடுவதன்பேரில், காப்புறுதி உரிமையாளரான நான், மேலே வழங்கப்பட்டுள்ள அனைத்து தகவல்களும் சரியானவை மற்றும் துல்லியமானவை என்பதையும், அனைத்து நிபந்தனைகள் மற்றும் வரையறைகளையும் ஏற்றுக்கொள்கிறேன் என்றும் இதன்மூலம் அறிவிக்கிறேன்.

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: _____

Signature of the Policy Holder / காப்புறுதிதாரரின் கையொப்பம்

Date / தேதி: Place / இடம்: _____

ஒப்புக்கை இரசீது

காப்புறுதி எண் _____ க்கான _____ க்கான ஒரு வேண்டுகோள்



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

கிளையின் முத்திரை / சீல்