POLICY SERVICE REQUEST FORM
पॉलिसी सर्विस अनुरोध प्रपत्र

Edelweiss Tokio life
zindagi unlimited

एडेलवाइज़ टोकियो लाइफ़ इन्श्योरेन्स कंपनी लिमिटेड । पंजीकरण संख्या 147 । CIN: U66010MH2009PLC197336
पंजीकृत कार्यालय: छठीं मंजिल, टॉवर 3, विंग 'बी', कोहिनूर सिटी, किरोल रोड, कुर्ला (पश्चिम), मुंबई 400070

Policy No. / पॉलिसी नंबर: E Date / दिनांक: D D M M Y Y Y Y

Name of the Policy Holder/ पॉलिसी धारक का नाम:_____ Tel. No. / फोन नंबर:_____

Address / पता:_____

_____ Pin Code / पिन कोड:_____

☐ Change in Name / नाम में परिवर्तन

☐ Life Assured / बीमित व्यक्ति ☐ Policy Holder / पॉलिसी धारक

Change in Name From / परिवर्तन से पहले वाला नाम:_____
First Name / प्रथम नाम Middle Name / मध्यम नाम Last Name / अंतिम नाम

Change in Name To / परिवर्तन के बाद वाला नाम:_____
First Name / प्रथम नाम Middle Name / मध्यम नाम Last Name / अंतिम नाम

- विवाह के कारण विवाहित महिला के नाम में परिवर्तन हुआ हो तो उनसे अनुरोध है कि वह इस प्रपत्र के साथ विवाह प्रमाणपत्र प्रस्तुत करें
- शेष अन्य, से अपेक्षा है कि वे राजपत्र अधिसूचना की सत्यापित प्रतियां लगाएं

Signature of the Policy Holder / पॉलिसी धारक के हस्ताक्षर

☐ Change in Correspondence Address / पत्राचार के पते में परिवर्तन

New Address /नया पता:_____

_____

City / District / शहर/ज़िला:_____ State / राज्य:_____ Pin Code / पिन कोड:_____

(Provide any of the following Address proofs along with this form) / (इस प्रपत्र के साथ पते के निम्नलिखित प्रमाणों में से कोई सा प्रस्तुत करें)

☐ Electricity Bill* / बिजली का बिल* ☐ Telephone Bill* / फोन का बिल* ☐ Passport / पासपोर्ट ☐ Bank Statement* / बैंक विवरण*

☐ Ration Card / राशन कार्ड ☐ Voter's Card / मतदाता कार्ड ☐ Driving License / ड्राइविंग लाइसेन्स

☐ Others / अन्य:_____

*(*बिजली का बिल/फोन का बिल/बैंक विवरण 3 महीने से पुराना न हो)*

Signature of the Policy Holder / पॉलिसी धारक के हस्ताक्षर

☐ Change in Contact Details / Email ID / संपर्क विवरण/ईमेल आईडी में परिवर्तन

New Mobile No. + / नया मोबाइल नंबर: + _____ - _____
Country Code / देश का कोड Mobile Number / मोबाइल नंबर

Landline No. / लैन्डलाइन नंबर: _____ - _____
Area Code / एरिया कोड Tel. Number / फोन नंबर

New Alternate Contact No./ नया वैकल्पिक संपर्क नंबर: _____ _____
Area Code / एरिया कोड Contact Number / संपर्क नंबर

New Email ID / नया ईमेल आईडी:_____

Signature of the Policy Holder / पॉलिसी धारक के हस्ताक्षर

☐ Change in Premium Payment Method / Billing Frequency / प्रीमियम भुगतान के तरीके में/ बिल की आवृत्ति में परिवर्तन

Premium payment Method / प्रीमियम के भुगतान का तरीका: ☐ DIRECT BILL / डायरेक्ट बिल ☐ ECS / ईसीएस ☐ CC Standing Instruction / सीसी स्थायी अनुदेश

(यदि ईसीएस का विकल्प लिया गया है तो ईसीएस मैन्डेट और निरस्त किए गए चैक की आवश्यकता होगी)
(यदि सीसीएसआई को चुना गया है तो सीसीएसआई फॉर्म और क्रेडिट कार्ड की फ्रंट कॉपी आवश्यक होगी)

Billing Frequency Required / बिल की आवृत्ति अपेक्षित है: ☐ Annual / वार्षिक ☐ Semi Annual / अर्ध वार्षिक ☐ Quarterly / तिमाही ☐ Monthly / मासिक

Signature of the Policy Holder / पॉलिसी धारक के हस्ताक्षर

Addition of Rider / राइडर जोड़ना

Total Premium / कुल प्रीमियम	Choice of Rider (Sum Assured in ₹) / चुना गया राइडर (बीमित धनराशि रुपयों(₹) में)							
	Critical Illness / गंभीर बीमारी	Accidental Death Benefit / दुर्घटना मृत्यु लाभ	Accidental Total and Permanent Disability / दुर्घटना के कारण समूची और स्थायी अपंगता	Hospital Cash Benefit / अस्पताल नकद लाभ	Term / अवधि	Payor Waiver Benefit* / भुगतान छूट का लाभ*	Waiver of Premium / प्रीमियम की छूट	
							Y	N

* Payor Waiver Benefit Rider /
*भुगतानकर्ता को भुगतान से छूट के लाभ का राइडर:

☐ On Death / मृत्यु पर ☐ On CI or ATPD / सीआई या एटीपीडी पर

☐ On Death, CI or ATPD / मृत्यु, सीआई या एटीपीडी पर

(यह तभी लागू है जब बीमित व्यक्ति और प्रस्तावक भिन्न हों)

Signature of the Policy Holder / पॉलिसी धारके के हस्ताक्षर

Top-Up Premium / टॉप–अप प्रीमियम

ए. अपने टॉप–अप प्रीमियम का फंड आवंटन भरें

Name of the Fund / फंड का नाम	Amount (₹) / धनराशि (₹)
Equity Large Cap Fund / इक्विटी लार्ज कैप फंड (SFIN:ULIF00118/08/11EQLARGECAP147)	
Equity Top 250 Fund / इक्विटी टॉप 250 फंड (SFIN:ULIF0027/07/11EQTOP250147)	
Bond Fund / बॉन्ड फंड (SFIN:ULIF00317/08/11BONDFUND147)	
Money Market Fund / मनी मार्केट फंड (SFIN:ULIF00425/08/11MONEYMARKET147)	
Price Earning Based Fund / प्राइस अर्निंग बेस्ड फंड (SFIN:ULIF00526/08/11PEBASED147)	
Managed Fund / मैनेज्ड फंड (SFIN:ULIF00618/08/11MANAGED147)	
TOTAL / कुल	

B. Top-Up Amount / **बी.** टॉप–अप धनराशि ☐ Minimum / न्यूनतम ☐ Maximum / अधिकतम

- टॉप–अप प्रीमियम पॉलिसी की शर्तों और निबंधनों के अधीन है
- बीमा किए जा सकने का प्रमाणपत्र विधिवत भरकर प्रस्तुत किया जाना अनिवार्य है और यह बीमा पत्र लिखने के मानदंडों के अधीन है
- ₹100,000/– से अधिक टॉप–अप धनराशि होने पर आय प्रमाण
- यदि प्रस्तावक के अलावा किसी और व्यक्ति द्वारा टॉप–अप का भुगतान किया गया है तो निम्नलिखित प्रलेख अपेक्षित हैं:–
  - भुगतानकर्ता का आईडी और पते का प्रमाण
  - भुगतानकर्ता की आय का प्रमाण
  - तृतीय पक्ष भुगतान हेतु घोषणा

Signature of the Policy Holder / पॉलिसी धारक के हस्ताक्षर

Changes in Sum Assured / बीमित धनराशि में परिवर्तन

☐ Increase / बढ़ाना ☐ Decrease/ घटाना

From ₹ / रूपए से : ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Required ₹ / रूपए अपेक्षित: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

नोट: बीमित धनराशि में परिवर्तन पॉलिसी की शर्तों और निबंधनों या कंपनी की बीमापत्र लिखे जाने के मार्गदर्शी सिद्धांतों के अनुसार बीमा किए जाने की योग्यता के प्रमाण के अधीन होगा.

Signature of the Policy Holder / पॉलिसी धारक के हस्ताक्षर

घोषणा: उपर्युक्त अनुरोध पर हस्ताक्षर करते समय, मैं, पॉलिसी धाकर एतद्द्वारा यह घोषणा करता/ती हूँ कि ऊपर दी गई जानकारी सत्य तथा सही है और मैं सभी शर्तों और निबंधनों के प्रति सहमत हूँ.

For Branch Office Use / शाखा कार्यालय के लिए
Branch Name / शाखा का नाम:_____
Staff Name / कर्मचारी का नाम:_____
Staff Sign / कर्मचारी के हस्ताक्षर:_____
Date / दिनांक:_____ Time / समय:_____ a.m./p.m. / पूर्वाह्न/अपराह्न
Place / स्थान:_____

Signature of the Policy Holder / पॉलिसी धारक के हस्ताक्षर

Date / दिनांक: D D M M Y Y Y Y Place / स्थान:_____

July 2014/Ver 1/Hin

पावती रसीद

दिनांक: D D M M Y Y Y Y को _____बजे पूर्वाह्न/अपराह्न पॉलिसी नंबर: _____के लिए _____का अनुरोध प्राप्त हुआ है.

Edelweiss Tokio life
zindagi unlimited

कॉर्पोरेट कार्यालय:
ऐडलवाइज़ टोकियो लाइफ़ इन्श्योरेन्स कं. लि.
छठीं मंजिल, टॉवर 3, विंग 'बी', कोहिनूर सिटी, किरोल रोड, कुर्ला (पश्चिम), मुंबई 400070. टोल फ्री नं. 1800 212 1212
फैक्स नंबर: +91 22 6117 7833
Email: care@edelweisstokio.in | www.edelweisstokio.in

शाखा की मोहर/सील