SIGNATURE CHANGE FORM
हस्ताक्षर परिवर्तन 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: _____

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.

मैं एतद्द्वारा यह घोषणा करता हूँ कि नीचे दिए नमूने के खानों में मैंने दिनांक _____ ,_____, 20___को हस्ताक्षर किए हैं और इसका साक्ष्य नीचे दिया गया है. अपने हस्ताक्षर परिवर्तित करने का कारण है कि._____ मैं यह और कहता हूँ कि अब के बाद इस पॉलिसी हेतु जो भी अनुरोध/पत्राचार किया जाए उस संबंध में जो हस्ताक्षर नीचे दिए गए हैं उन पर ही विचार किया जाए. मैं यह सहमति भी देता/ती हूँ कि हस्ताक्षर में परिवर्तन होने की स्थिति में सत्यापन करने के लिए मुझे बुलाया जाए.

☐ **Change in Signature / हस्ताक्षर में परिवर्तन**

Old Signature (Mandatory) / पहले वाले हस्ताक्षर (अनिवार्य)	New Signature / नए हस्ताक्षर

☐ **Addition of New Specimen Signatures / नए हस्ताक्षर नमूनों को जोड़ना**

Old Signature (Mandatory) / पहले वाले हस्ताक्षर (अनिवार्य)	New Signature 1 / नये हस्ताक्षर 1	New Signature 2 / नए हस्ताक्षर 2

Bank Attestation (To be filled by Bank Official) / बैंक सत्यापन (बैंक के अधिकारी द्वारा भरा जाए)

Name of Bank Employee / बैंक कर्मचारी का नाम : _____
Bank Employee Code / बैंक कर्मचारी का कोड : _____
Name of Bank / बैंक का नाम : _____
Branch Name / शाखा का नाम : _____
Bank Employee Signature / बैंक कर्मचारी के हस्ताक्षर : _____

Bank Seal / बैंक की सील

For Office Use Only / कार्यालय प्रयोग के लिए मात्र

मैं यह पुष्टि करता/ती हूँ कि ग्राहक ने इस प्रपत्र पर मेरी उपस्थिति में हस्ताक्षर किए हैं और मैं इन्हें अधिप्रमाणित करता हूँ.

Staff Name / कर्मचारी का नाम : _____
Employee Code / कर्मचारी का कोड : _____
Designation / पदनाम : _____
Branch Name / शाखा का नाम : _____
Signature / हस्ताक्षर : _____

For Branch Office Use / शाखा कार्यालय के प्रयोगार्थ
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

July 2014/Ver 1/Hin

पावती रसीद

दिनांक D D M M Y Y Y Y को_____बजे पूर्वाह्न/अपराह्न पॉलिसी नंबर:_____ के संबंध में हस्ताक्षर परिवर्तित करने का अनुरोध प्राप्त हुआ.

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