CREDIT CARD AUTHORISATION FORM
ક્રેડિટ કાર્ડ અધિકૃતિ ફોર્મ

Edelweiss Tokio life
zindagi unlimited

એડલવાઈસ ટોકિયો લાઈફ ઈન્શ્યુરન્સ કંપની લિમિટેડ | નોંધણી નં. 147 | કોર્પોરેટ ઓળખ નંબર: U66010MH2009PLC197336
નોંધણીકૃત કાર્યાલય: 6ઠ્ઠો માળ, ટાવર 3, વિંગ 'બી', કોહિનૂર સિટી, કિરોલ રોડ, કુર્લા (પ), મુંબઈ– 400 070

હું અત્રે નિમ્નલિખિત વસૂલ કરવા માટે મારા ક્રેડિટ કાર્ડ ખાતામાંથી ડેબિટ કરવા માટે એડલવાઈસ ટોકિયો લાઈફ ઈન્શ્યુરન્સ કંપનીને અધિકૃતિ આપું છું.

☐ Renewal Premium / નવીનીકરણ પ્રીમિયમ

Policy No / પોલિસી નં: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐ E Date / તારીખ: DD MM YYYY

Name of the Policy Holder / પોલિસી ધારકનું નામ:_____ Tel. No / ફોન નં.:_____

Address / સરનામું:_____

_____ Pin Code / પિન કોડ:_____

Type of Card / કાર્ડનો પ્રકાર: ☐ Visa / વિઝા ☐ Master Card / માસ્ટર કાર્ડ ☐ Diners Card / ડાઈનર્સ કાર્ડ ☐ American Express / અમેરિકન એક્સપ્રેસ

Name of Credit Card Holder / ક્રેડિટ કાર્ડ ધારકનું નામ: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Credit Card Number / ક્રેડિટ કાર્ડ નંબર: ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ Credit Card Expiry Date / ક્રેડિટ કાર્ડ સમાપ્તિ તારીખ: MM YY

Issuing Bank / જારી કરનાર બેન્ક: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Payor's relationship with Policy Holder / પોલિસી ધારક સાથે ચુકવણી કરનારનો સંબંધ : ☐ Self / પોતે ☐ Parent / વાલી ☐ Spouse / જીવનસાથી ☐ Others, Specify / અન્યો, ચોખવટ કરો _____

Mode of Payment / ચુકવણીનું માધ્યમ : ☐ Annual / વાર્ષિક ☐ Semi Annual / અર્ધવાર્ષિક ☐ Quarterly / ત્રિમાસિક ☐ Monthly / માસિક

Note : Please attach a photocopy of the front side of your credit card. / **નોંધ:** કૃપયા તમારા ક્રેડિટ કાર્ડની આગળની બાજુની ફોટોકોપી જોડો.

જાહેરનામું:

1. હું કથિત પોલિસીનો પોલિસી ધારક છું.
2. ઉલ્લેખિત ક્રેડિટ કાર્ડ મારે નામે છે.
3. હું અત્રે સંમતિ આપું છું કે પ્રીમિયમની ચુકવણી કરીશ અને મારા દ્વારા પસંદગી કરાયેલી વીમા યોજના અને પોલિસી માટે લાગુ મુજબ પ્રીમિયમની રકમ મેં આપેલા ક્રેડિટ કાર્ડના ખાતામાંથી એડલવાઈસ ટોકિયો લાઈફ ઈન્શ્યુરન્સ કંપની લિમિટેડને ડેબિટ કરવાની અધિકૃતિ આપું છું.
4. નવીનીકરણ પ્રીમિયમના કિસ્સામાં આ વિનંતી ત્યાં સુધી લાગુ રહેશે જ્યાં સુધી એડલવાઈસ ટોકિયો લાઈફ ઈન્શ્યુરન્સને લેખિતમાં તેવું ન કરવાની સૂચના આપું.
5. હું સમજું અને સંમત છું કે વીમા યોજના ને પોલિસી હેઠળ જોખમ પ્રીમિયમની રકમ જમા થયા પછી જ એડલવાઈસ ટોકિયો લાઈફ ઈન્શ્યુરન્સ દ્વારા ગણતરીમાં લેવાશે અને તે પૂર્વે નહીં.
6. હું અત્રે સંમત અને સમર્થન આપું છું કે બેન્કે જારી કરેલું ક્રેડિટ કાર્ડ કોઈ પણ રીતે મારા દ્વારા ચૂકવવાની પ્રીમિયમની રકમ માટે ક્રેડિટ કાર્ડ ખાતામાંથી ડેબિટ કરવાની વિનંતી સ્વીકારીને એડલવાઈસ ટોકિયો લાઈફ ઈન્શ્યુરન્સ કે મારા વતી પણ એજન્ટ તરીકે કામ કરતી નથી.
7. હું અત્રે સંમત છું કે પોલિસી હેઠળ ચૂકવવાપાત્ર પ્રીમિયમ નહીં પ્રાપ્ત થાય તો પોલિસી ફ્રોક ઠરશે. જો નવીનીકરણ પ્રીમિયમ પ્રાપ્ત નહીં થાય તો પોલિસી લેપ્સ થઈ જશે. આ લેપ્સેશન કથિત પોલિસીના નિયમો અને શરતો દ્વારા શાસિત રહેશે.
8. હું સમજું અને સંમત છું કે મારું ક્રેડિટ કાર્ડ ખાતું સમાપ્ત થાય અથવા કોઈ પણ કારણસર મારા દ્વારા તે નવીનીકરણ નહીં કરાય તો કંપનીના નિર્દેશ અનુસાર મારા દ્વારા ચૂકવવાપાત્ર પ્રીમિયમની રકમ પ્રવર્તમાન અથવા તે સમયે કંપની દ્વારા ઉપલબ્ધ કરાયેલાં કોઈ પણ ચુકવણીનાં માધ્યમો મારફત કંપનીને ચૂકવીશ.

For Branch Office Use / ફક્ત શાખાની ઓફિસના ઉપયોગ માટે

Branch Name / શાખાનું નામ:_____

Staff Name / કર્મચારીનું નામ:_____

Staff Sign / કર્મચારીની સહી:_____

Date / તારીખ:_____ Time / સમય:_____ a.m./p.m. /સવારે / સાંજે

☐ Front side photocopy of credit card is attached./ ક્રેડિટ કાર્ડની આગળની બાજુની ફોટોકોપી જોડી છે.

Signature of the Credit Card Holder / ક્રેડિટ કાર્ડ ધારકની સહી

Signature of the Policy Holder / પોલિસી ધારકની સહી

કૃપયા નોંધી લો કે ક્રેડિટ કાર્ડની સ્થાયી સૂચના ડેબિટ તારીખના 15 દિવસ પૂર્વે લેખિત વિનંતી કરીને મારા દ્વારા પાછી ખેંચી શકાય છે.

July 2014/Ver 1/Guj

મળ્યાની પહોંચ

પોલિસી નં. માટે ક્રેડિટ કાર્ડ અધિકૃતિ માટે વિનંતીની પ્રાપ્તિ: _____ ના DD MM YYYY _____ વાગ્યે સવારે / સાંજે

Edelweiss Tokio life
zindagi unlimited

નોંધણીકૃત કાર્યાલય:
એડલવાઈસ ટોકિયો લાઈફ ઈન્શ્યુરન્સ કં. લિ.
6ઠ્ઠો માળ, ટાવર 3, વિંગ 'બી', કોહિનૂર સિટી, કિરોલ રોડ,
કુર્લા (પ), મુંબઈ 400 070. ટોલ ફ્રી નં.: 1800 212 1212
ફેક્સ નં.: +91 22 6117 7833
Email: care@edelweisstokio.in | www.edelweisstokio.in

શાખાનો સ્ટેમ્પ / સીલ