POLICY SERVICE REQUEST FORM
પોલિસી સેવા વિનંતી ફોર્મ

Edelweiss Tokio life
zindagi unlimited

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

Policy No. / પોલિસી નં.: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐ E Date / તારીખ: D D M M Y Y Y Y

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

Address / સરનામું:_____

_____ Pin Code/ પિન કોડ:_____

☐ Change in Name / નામમાં ફેરબદલ

☐ Life Assured / વીમિત ☐ Policy Holder / પોલિસીધારક

Change in Name From / અગાઉનું નામ:_____
First Name / પ્રથમ નામ Middle Name / વચલું નામ Last Name / અટક

Change in Name To / ફેરબદલ નામ:_____
First Name / પ્રથમ નામ Middle Name / વચલું નામ Last Name / અટક

- લગ્નને લીધે નામ ફેરબદલ થયું હોય તેવી પરિણીત સ્ત્રીને આ ફોર્મ સાથે લગ્નનો દાખલો સુપરત કરવાની વિનંતી છે.
- સર્વ અન્યો માટે ગેઝેટ નોટિફિકેશનની એટેસ્ટેડ કોપીઓ સુપરત કરવાનું આવશ્યક છે.

Signature of the Policy Holder / પોલિસીધારકની સહી

☐ Change in Correspondence Address / પત્રવ્યવહારનું સરનામું

New Address / નવું સરનામું:_____

_____

City / District / શહેર/ જિલ્લો:_____ State / રાજ્ય:_____ Pin Code / પિન કોડ:_____

(Provide any of the following Address proofs along with this form) / (આ ફોર્મ સાથે કોઈ પણ નિમ્નલિખિત સરનામાના પુરાવા આપો)

☐ Electricity Bill* / વીજનું બિલ* ☐ Telephone Bill* / ફોન બિલ* ☐ Passport / પાસપોર્ટ ☐ Bank Statement* / બેન્ક નિવેદન*

☐ Ration Card / રેશન કાર્ડ ☐ Voter's Card / મતદાર ઓળખપત્ર ☐ Driving License / ડ્રાઈવિંગ લાઈસન્સ

☐ Others / અન્ય _____

*(*વીજ બિલ/ ફોન બિલ/ બેન્ક નિવેદન 3 મહિનાથી જૂનું ન હોવું જોઈએ)*

Signature of the Policy Holder / પોલિસીધારકની સહી

☐ Change in Contact Details / Email ID / સંપર્કની વિગતો / ઈમેઈલ આઈડીમાં ફેરબદલ

New Mobile No. + / નવો મોબાઈલ નં. + ☐☐☐☐☐ - ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐
Country Code / દેશનો કોડ Mobile Number / મોબાઈલ નંબર

Landline No. / લેન્ડલાઈન નં.: ☐☐☐☐☐ - ☐☐☐☐☐☐☐☐
Area Code / વિસ્તારનો કોડ Tel. Number / ફોન નંબર

New Alternate Contact No./ નવો વૈકલ્પિક સંપર્ક નં.: ☐☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐
Area Code / વિસ્તારનો કોડ Contact Number / સંપર્ક નંબર

New Email ID / નવી ઈમેઈલ આઈડી:_____

Signature of the Policy Holder / પોલિસીધારકની સહી

☐ Change in Premium Payment Method / Billing Frequency / પ્રીમિયમ ચુકવણી પદ્ધતિ/ બિલિંગ વારંવારતામાં ફેરબદલ

Premium payment Method /પ્રીમિયમ ચુકવણી પદ્ધતિ: ☐ DIRECT BILL / સીધું બિલ ☐ ECS / ઈસીએસ ☐ CC Standing Instruction / સીસી સ્થાયી સૂચના

(ઈસીએસ અપનાવાયું હોય તો ઈસીએસ મેન્ડેટ અને કેન્સલ્ડ ચેક આવશ્યક છે)
(સીસીએસઆઈ અપનાવ્યું હોય તો સીસીએસઆઈ ફોર્મ અને ક્રેડિટ કાર્ડની આગળના પાનાની કોપી આવશ્યક છે)

Billing Frequency Required / બિલિંગ વારંવારતા આવશ્યકતા: ☐ Annual / વાર્ષિક ☐ Semi Annual / અર્ધવાર્ષિક ☐ Quarterly / ત્રિમાસિક ☐ Monthly / માસિક

Signature of the Policy Holder / પોલિસીધારકની સહી

Addition of Rider / રાઈડરનો ઉમેરો

Total Premium / કુલ પ્રીમિયમ	Choice of Rider (Sum Assured in ₹) / રાઈડરની પસંદગી (રૂપિયામાં વીમિત રકમ)							
	Critical Illness / ગંભીર બીમારી	Accidental Death Benefit / અકસ્માતી મૃત્યુ લાભ	Accidental Total and Permanent Disability / અકસ્માતી કુલ અને કાયમી વિકલાંગતા	Hospital Cash Benefit / હોસ્પિટલ રોકડ લાભ	Term / મુદત	Payor Waiver Benefit* / ચુકવણીકર્તા માફી લાભ*	Waiver of Premium / પ્રીમિયમની માફી	
							Y	N

* Payor Waiver Benefit Rider / *ચુકવણીકર્તા લાભ રાઈડર:

☐ On Death / મૃત્યુ પર ☐ On CI or ATPD / સીઆઈ અથવા એટીપીડી પર

☐ On Death, CI or ATPD / મૃત્યુ, સીઆઈ અથવા એટીપીડી પર

(વીમિત અને પ્રસ્તાવકર્તા અલગ અલગ હોય તો જ લાગુ)

Signature of the Policy Holder / પોલિસીધારકની સહી

Top-Up Premium / ટોપ-અપ પ્રીમિયમ

એ. તમારા ટોપ–અપ પ્રીમિયમની ફંડ ફાળવણી ભરો

Name of the Fund / ફંડનું નામ	Amount (₹) /રકમ (₹)
Equity Large Cap Fund / ઈક્વિટી લાર્જ કેપ ફંડ (SFIN:ULIF00118/08/11EQLARGECAP147)	
Equity Top 250 Fund / ઈક્વિટી ટોપ 250 ફંડ (SFIN:ULIF0027/07/11EQTOP250147)	
Bond Fund / બોન્ડ ફંડ (SFIN:ULIF00317/08/11BONDFUND147)	
Money Market Fund / મની માર્કેટ ફંડ (SFIN:ULIF00425/08/11MONEYMARKET147)	
Price Earning Based Fund / પ્રાઈસ અર્નિંગ બેઝ્ડ ફંડ (SFIN:ULIF00526/08/11PEBASED147)	
Managed Fund / મેનેજ્ડ ફંડ (SFIN:ULIF00618/08/11MANAGED147)	
TOTAL / કુલ	

B. Top-Up Amount / **બી.** ટોપ–અપ રકમ: ☐ Minimum / લઘુતમ ☐ Maximum / મહત્તમ

- ટોપ–અપ પ્રીમિયમ પોલિસીનાં નિયમો અને શરતોને આધીન છે.
- વીમાક્ષમતાનો દાખલો સંપૂર્ણ ભરીને સુપરત કરવાનું ફરજિયાત છે અને તે વીમાંકન નિયમોને આધીન રહેશે.
- જો ટોપ–અપ રકમ `1,00,000થી વધુ હોય તો આવકનો પુરાવો.
- જો ટોપ–અપ પ્રસ્તાવકર્તા સિવાયની વ્યક્તિ દ્વારા ચૂકવાય તો નિમ્નલિખિત દસ્તાવેજો આવશ્યક રહેશે:
  - ચુકવણીકર્તાની ઓળખ અને સરનામાનો પુરાવો
  - ચુકવણીકર્તાનો આવકનો પુરાવો
  - તૃતીય પક્ષની ચુકવણી માટે જાહેરનામું

Signature of the Policy Holder / પોલિસીધારકની સહી

Changes in Sum Assured / વીમિત રકમમાં ફેરબદલ

☐ Increase/વધારો ☐ Decrease/ ઘટાડો

From ₹ /પરથી ₹ : _____ Required ₹ / આવશ્યક ₹: _____

નોંધ: વીમિત રકમમાં ફેરબદલ કંપની વીમાંકન માર્ગદર્શિકા અનુસાર પોલિસીનાં નિયમો અને શરતો અથવા વીમાક્ષમતાના પુરાવાને આધીન કરાશે.

Signature of the Policy Holder / પોલિસીધારકની સહી

જાહેરનામું: ઉક્ત વિનંતી માટે સહી કરીને હું, પોલિસીધારક અત્રે જાહેર કરું છું કે ઉક્ત આપેલી સર્વ માહિતી સાચી અને ખરી છે અને હું સર્વ નિયમો અને શરતોનું પાલન કરવા સંમત છું.

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

Place / સ્થળ:_____

Signature of the Policy Holder / પોલિસીધારકની સહી

Date / તારીખ: D D M M Y Y Y Y Place / સ્થળ:_____

July 2014/Ver 1/Guj

મળ્યાની પહોંચ

પોલિસી નં. _____ માટે વિનંતીની પ્રાપ્તિ:_____ ના D D M M Y Y Y Y _____ 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