NOMINATION FORM
नामांकन प्रपत्र

Edelweiss Tokio life
zindagi unlimited

एडेलवाइस टोकियो लाईफ इन्शूरन्स कंपनी लिमिटेड | नोंदणी क्रमांक 147 | सीआयएन: U66010MH2009PLC197336
नोंदणीकृत कार्यालय: 6 वा मजला, टॉवर 3, विंग 'बी', कोहिनूर सिटी, किरोळ रोड, कुर्ला (प), मुंबई 400070

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

Name of the Policy Holder / पॉलिसीधारकाचे नाव: _____ Tel. No./ दूरध्वनी क्रमांक: _____

Address / पत्ता: _____

_____ Pin Code / पिन कोड: _____

Change in Nomination / Appointee / नामांकन / नियुक्त व्यक्तीत बदल

शेरा

1. प्रपत्र पॉलिसीधारकाने भरावे. नविन नामांकन केलेल्या व्यक्तीची नोंदणी करताना, अगोदर काही नामांकन केलेले असल्यास ते आपोआप रद्द होईल.
2. जर नामांकन केलेली व्यक्ती अल्पवयीन असेल तर खाली नियुक्त व्यक्तीचा तपशिल नमूद करावा. नामांकन केलेली व्यक्ती अल्पवयीन असताना विमित व्यक्तीचा मृत्यू झाल्यास नियुक्त व्यक्तीला मृत्यू लाभाच्या दाव्याचे पैसे स्वीकारण्याचा अधिकार आहे.
3. जर पॉलिसीधारक आणि विमित व्यक्ती ह्या दोन वेगळ्या व्यक्ती असतील तर नामांकन करता येणार नाही.
4. पॉलिसी नेमून दिल्यास, नामांकन आपोआप रद्द होईल.
5. नामांकनाच्या वैधतेच्या बाबतीत कंपनी कोणतेही मत व्यक्त करत नाही.

I, _____ as the Policy Holder under the above policy nominate following person(s), to whom the money secured by the policy shall be paid in event of my death. /
मी, _____ वरील पॉलिसीचा पॉलिसीधारक ह्या नात्याने खालील व्यक्तींचे नामांकन करत आहे ज्यांना माझा मृत्यू झाल्यास पॉलिसी अंतर्गत सुरक्षित पैसे दिले जावेत.

Name / नाव	Date of Birth / जन्मतारीख	Relationship / नाते	Communication Address / पत्रव्यवहाराचा पत्ता

Appointee Details (In case Nominee is a minor) / नियुक्त व्यक्तीचा तपशिल (नामांकन केलेली व्यक्ती अल्पवयीन असल्यास)

Name of the Appointee / नियुक्त व्यक्तीचे नाव: _____ Date of Birth / जन्मतारिख: D D M M Y Y Y Y

Address /पत्ता: _____

_____

Pin Code / पिन कोड: _____ Tel. No. / दूरध्वनी क्रमांक: _____

Relationship with Nominee / नामांकन केलेल्या व्यक्तीशी नाते: _____

Witness Name / साक्षिदाराचे नाव: _____

Witness Address / साक्षिदाराचा पत्ता: _____

Witness Signature / साक्षिदाराची स्वाक्षरी: _____ Date / दिनांक: D D M M Y Y Y Y Place / ठिकाण: _____

Signature of the Appointee / नियुक्त व्यक्तीची स्वाक्षरी

मी ह्याद्वारे घोषित करत आहे की वर देण्यात आलेली सर्व माहिती खरी आणि अचूक आहे आणि वर देण्यात आलेल्या सर्व अटी मला मान्य आहेत.

For Branch Office Use / फक्त शाखेच्या कार्यालयाच्या उपयोगासाठी

Branch Name / शाखेचे नाव: _____

Staff Name / कर्मचाऱ्याचे नाव: _____

Staff Sign / कर्मचाऱ्याची स्वाक्षरी: _____

Date / दिनांक: _____ Time / वेळ: _____ a.m./p.m. / सकाळी/सायंकाळी

Place / ठिकाण: _____

Signature of the Policy Holder / पॉलिसीधारकाची स्वाक्षरी

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

July 2014/Ver 1/Mar

पोचपावती

पॉलिसी क्रमांक: _____ साठी अधिक नामांकनासाठी/नामांकनात बदल करण्यासाठी विनंती दिनांक D D M M Y Y Y Y _____ सकाळी/सायंकाळी रोजी मिळाली.

Edelweiss Tokio life
zindagi unlimited

कॉर्पोरेट कार्यालय:
एडेलवाइस टोकियो लाईफ इन्शूरन्स कंपनी लिमिटेड
4 था मजला, टॉवर 3, विंग 'बी', कोहिनूर सिटी,किरोळ रोड,
कुर्ला (प), मुंबई 400070. टोल फ्री नं.: 1800 212 1212
फॅक्स नं: +91 22 6117 7833
Email: care@edelweisstokio.in | www.edelweisstokio.in

शाखेचा शिक्का / सिल