SIGNATURE CHANGE FORM
स्वाक्षरी बदल 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:_____

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.

मी ह्याद्वारे घोषित करत आहे की खाली नमूद केलेल्या नमुना चौकटीत दिनांक _____ ,_____, 20___ रोजी दिलेली माझी स्वाक्षरी आहे आणि ती येथे साक्षांकित करण्यात आली आहे. माझ्या स्वाक्षरीत बदल होण्याचे कारण आहे: _____ मी अधिक नमूद करत आहे की येथूनपुढे ह्या पॉलिसीसाठी स्वीकारल्या जाणाऱ्या भविष्यातील सर्व विनंत्या/पत्रव्यवहारासाठी खाली नमूद केल्याप्रमाणे स्वाक्षरीचा विचार केला जावा. स्वाक्षरीतील बदलासाठी पडताळणी करण्यासाठी संपर्क साधला जाण्यास देखील मी संमती देत आहे.

☐ **Change in Signature / स्वाक्षरीतील बदल**

Old Signature (Mandatory) / जुनी स्वाक्षरी (बंधनकारक)	New Signature / नवी स्वाक्षरी

☐ **Addition of New Specimen Signatures / नविन नमुना स्वाक्षरी समाविष्ट करणे**

Old Signature (Mandatory) / जुनी स्वाक्षरी (बंधनकारक)	New Signature 1 / नवी स्वाक्षरी 1	New Signature 2 / नवी स्वाक्षरी 2

Bank Attestation (To be filled by Bank Official) / बँकेचे प्रमाणिकरण (बँकेच्या अधिकाऱ्याने भरावे)

Name of Bank Employee / बँकेच्या कर्मचाऱ्याचे नाव :_____

Bank Employee Code / बँकेच्या कर्मचाऱ्याचा कोड :_____

Name of Bank / बँकेचे नाव :_____

Branch Name / शाखेचे नाव :_____

Bank Employee Signature / बँक कर्मचाऱ्याची स्वाक्षरी :_____

Bank Seal / बँकेचा शिक्का

For Office Use Only / फक्त कार्यालयीन वापरासाठी

मी खात्रीपूर्वक नमूद करत आहे की ग्राहकाने माझ्या समक्ष ह्या प्रपत्रावर स्वाक्षरी केली आहे आणि मी ते प्रमाणित करत आहे.

Staff Name / कर्मचाऱ्याचे नाव :_____

Employee Code / कर्मचाऱ्याचा कोड :_____

Designation / हुद्दा :_____

Branch Name / शाखेचे नाव :_____

Signature / स्वाक्षरी :_____

For Branch Office Use / फक्त शाखेच्या कार्यालयाच्या उपयोगासाठी

Branch Name / शाखेचे नाव: _____

Staff Name / कर्मचाऱ्याचे नाव: म_____

Staff Sign / कर्मचाऱ्याची स्वाक्षरी:_____

Date / दिनांक:_____ Time / वेळ: _____

a.m./p.m. / सकाळी/सायंकाळी

July 2014/Ver 1/Mar

पोचपावती

पॉलिसी क्रमांक:_____साठी स्वाक्षरी बदलाची विनंती 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