FREE LOOK / PRE - ISSUANCE CANCELLATION FORM
ଫ୍ରି ଲୁକ୍ / ପ୍ରି-ଇସ୍ୟୁଆନ୍ସ କ୍ୟାନ୍ସେଲେସନ ଫର୍ମ

Edelweiss Tokio life
zindagi unlimited

ଏଡେଲୱାଇସ୍ ଟୋକିଓ ଲାଇଫ୍ ଇନ୍ସ୍ୟୁରାନସ କମ୍ପାନୀ ଲିମିଟେଡ୍ | ପଂଜୀକରଣ ନଂ 147 | CIN : U66010MH2009PLC197336
ପଞ୍ଜୀକୃତ କାର୍ଯ୍ୟାଳୟ: 6 ମହଲା, ଟାୱାର 3, ୱିଙ୍ଗ 'ବି', କୋହିନୋର ସିଟି, କିରୋଲ ରୋଡ, କୁର୍ଲା (ଡବ୍ଲୁ), ମୁମ୍ବାଇ 400070

Policy No / ପଲିସି ନଂ: _____ E Date / ତାରିଖ: D D M M Y Y Y Y

Name of the Policy Holder / ପଲିସିଧାରୀଙ୍କ ନାମ:_____ Tel. No / ଟେଲିଫୋନ୍ ନମ୍ବର _____

Address / ଠିକଣା:_____

_____ Pin Code / ପିନ୍ କୋଡ୍: _____

Pan Card number / ପାନ୍ କାର୍ଡ଼ ନମ୍ବର: _____ (ଯଦି ବାର୍ଷିକ ପ୍ରିମିୟମ ₹1 ଲକ୍ଷରୁ ଅଧିକ ବା ସମାନ ହୁଏ)

Please provide bank details for Direct transfer into account / ଆକାଉଣ୍ଟରେ ଡାଇରେକ୍ଟ ଟ୍ରାନ୍ସଫର ପାଇଁ ଦୟାକରି ବ୍ୟାଙ୍କ ବିବରଣୀ ପ୍ରଦାନ କରନ୍ତୁ।

Bank Name / ବ୍ୟାଙ୍କର ନାମ:

Bank Account Holder's Name / ବ୍ୟାଙ୍କର ଆକାଉଣ୍ଟଧାରୀଙ୍କ ନାମ

Bank Account Number / ବ୍ୟାଙ୍କ ଆକାଉଣ୍ଟ ନମ୍ବର:

11 Digit IFSC Code / 11 ସଂଖ୍ୟକ ଆଇଏଫ୍ଏସ୍ସି କୋଡ୍: (ଆପଣ ଏହି କୋଡ୍‌କୁ ଆପଣଙ୍କର ବ୍ୟାଙ୍କ ବା ଚେକ୍‌ରୁ ପାଇପାରିବେ)

** ଆପଣଙ୍କ ଦ୍ୱାରା ପ୍ରଦାନ କରାଯାଇଥିବା ଅସଂପୂର୍ଣ୍ଣ /ଭୁଲ୍ ସୂଚନା ହେତୁ ଆପଣଙ୍କ ଆକାଉଣ୍ଟକୁ କ୍ରେଡିଟ୍ ନହୋଇପାରୁଥିଲେ କିମ୍ବା ସଂଚାଳନଟି ବିଳମ୍ବିତ କିମ୍ବା କାର୍ଯ୍ୟକାରୀ ନହୋଇପାରିବା କ୍ଷେତ୍ରରେ ଏଡେଲୱାଇସ୍ ଟୋକିଓ ଲାଇଫ୍ ଇନ୍ସ୍ୟୁରାନସ ଦାୟୀ ରହିବ ନାହିଁ।*

☐ Free Look / ଫ୍ରି ଲୁକ୍

ମୁଁ ଉପର ବର୍ଣ୍ଣିତ ପଲିସି ଅଧିନରେ ଫ୍ରି ଲୁକ୍ ବିକଳ୍ପକୁ କାର୍ଯ୍ୟକାରୀ କରିବାକୁ ଇଚ୍ଛା ପ୍ରକାଶ କରୁଛି।

ମୁଁ ଏହି ଅନୁରୋଧକୁ ବିଚାର କରିବା ନିମନ୍ତେ ମୋର ମୂଳ ପଲିସି କାଗଜାତକୁ ଫେରସ୍ତ କରୁଅଛି ଏବଂ ପଲିସି ନଥିପତ୍ରର ଧାରାରେ ରହିଥିବା ଫ୍ରି ଲୁକ୍ ବାତିଲ୍‌କରଣ ନିମନ୍ତେ ପ୍ରଯୁଜ୍ୟ ଦେୟକୁ ବାଦ୍ ଦେଇ ପରିମାଣ ଫେରସ୍ତ କରିବା ପାଇଁ ଅନୁରୋଧ କରୁଛି।

Reason for Free Look /ଫ୍ରି ଲୁକ୍‌ର କାରଣ:_____

☐ Pre - Issuance Cancellation / ପ୍ରି-ଇସ୍ୟୁଆନ୍ସ କ୍ୟାନ୍ସଲେସନ

ମୁଁ ଉପରବର୍ଣ୍ଣିତ ପ୍ରସ୍ତାବଟିକୁ ବାତିଲ୍ କରିବା ପାଇଁ ଇଚ୍ଛା ପ୍ରକାଶ କରୁଛି।

Reason for Pre-Issuance Cancellation / ପ୍ରି ଇସ୍ୟୁଆନ୍ସ ବାତିଲକରଣର କାରଣ:_____

Discharge Receipt / ଡିସ୍‌ଚାର୍ଜ ରସିଦ୍

ମୁଁ ଏତଦ୍‌ଦ୍ୱାରା ପେଆଉଟ୍ ପରିମାଣ ଗ୍ରହଣ କରିବା ପାଇଁ ସହମତି ପ୍ରକାଶ କରୁଛି ଏବଂ ଏହା ଘୋଷଣା କରୁଅଛି ଯେ ଏହି ଫର୍ମରେ ପ୍ରଦାନ କରାଯାଇଥିବା ସମସ୍ତ ସର୍ତ୍ତ ଓ ସୂଚନାବଳୀଗୁଡ଼ିକୁ ମୁଁ ବୁଝିଅଛି ଓ ଏଥିସହ ସହମତ ଅଟେ।

For Branch Office Use / ଶାଖା କାର୍ଯ୍ୟାଳୟର ବ୍ୟବହାର ନିମନ୍ତେ

Branch Name/ଶାଖାର ନାମ: _____

Staff Name/କର୍ମଚାରୀଙ୍କ ନାମ: _____

Staff Sign/କର୍ମଚାରୀଙ୍କ ସ୍ୱାକ୍ଷର: _____

Date/ତାରିଖ: _____ Time/ସମୟ: _____

a.m./p.m./ ପୂର୍ବାହ୍ନ/ଅପରାହ୍ନ

Place/ସ୍ଥାନ:_____

ଦୟାକରି 1ଟଙ୍କାର ରେଭିନ୍ୟୁ ଷ୍ଟାମ୍ପ ଲଗାନ୍ତୁ।

Signature of the Policy Holder
(Affix Stamp & Sign across the stamp)
ପଲିସିଧାରୀଙ୍କ ସ୍ୱାକ୍ଷର
(ଷ୍ଟାମ୍ପ ଲଗାନ୍ତୁ ଓ ଏହା ଉପରେ ସ୍ୱାକ୍ଷର କରନ୍ତୁ)

Date /ତାରିଖ: D D M M Y Y Y Y Place/ସ୍ଥାନ:_____

July 2014/Ver 1/Ori

ପ୍ରାପ୍ତିସ୍ୱୀକାର ସ୍ଲିପ୍

ପଲିସି ନମ୍ବର _____ ପାଇଁ D D M M Y Y Y Y _____ ଘଟିକା ସମୟ ପୂର୍ବାହ୍ନ/ଅପରାହ୍ନରେ _____ ପାଇଁ ଏକ ଅନୁରୋଧ ଗ୍ରହଣ କରାଯାଇଛି।

Edelweiss Tokio life
zindagi unlimited

କର୍ପୋରେଟ୍ ଅଫିସ୍:
ଏଡେଲୱାଇସ୍ ଟୋକିଓ ଲାଇଫ୍ ଇନ୍ସ୍ୟୁରାନ୍ସ କୋ.ଲି.
6 ମହଲା, ଟାୱାର 3, ୱିଙ୍ଗ୍ 'ବି', କୋହିନୋର ସିଟି,
କିରୋଲ ରୋଡ୍, କୁର୍ଲା (ଡବ୍ଲୁ), ମୁମ୍ବାଇ 400070
ଟୋଲ୍ ଫ୍ରି ନଂ: 1800 212 1212 | ଫ୍ୟାକ୍ସ ନଂ: +91 22 6117 7833
Email: care@edelweisstokio.in | www.edelweisstokio.in

ଶାଖାର ଷ୍ଟାମ୍ପ/ ସିଲ୍