POLICY SERVICE REQUEST FORM
ਪਾਲਿਸੀ ਸੇਵਾ ਬੇਨਤੀ ਫਾਰਮ

Edelweiss Tokio life
zindagi unlimited

ਏਡਲਵਾਇਸ ਟੋਕੀਓ ਲਾਈਫ਼ ਇੰਸ਼ੋਰੈਂਸ ਕੰਪਨੀ ਲਿਮਿਟੇਡ | ਰਜਿ. ਨੰ. 147 | CIN: U66010MH2009PLC197336
ਰਜਿਸਟਰਡ ਦਫ਼ਤਰ: 6 ਮੰਜ਼ਿਲ, ਟਾਵਰ 3, ਵਿੰਗ 'ਏ', ਕੋਹੀਨੂਰ ਸਿਟੀ, ਕਿਰੋਲ ਰੋਡ, ਕੁਰਲਾ (ਵੈਸਟ), ਮੁੰਬਈ 400070

Policy No. / ਪਾਲਿਸੀ ਨੰ.: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐ E Date /ਤਾਰੀਖ਼: D D M M Y Y Y Y

Name of the Policy Holder/ ਪਾਲਿਸੀਧਾਰਕ ਦਾ ਨਾਮ:_____ Tel. No. / ਟੈਲੀਫ਼ੋਨ ਨੰ.: _____

Address / ਪਤਾ:_____

_____ Pin Code/ ਪਿਨ ਕੋਡ: _____

☐ Change in Name / ਨਾਮ ਦੀ ਬਦਲੀ

☐ Life Assured / ਬੀਮਿਤ ਵਿਅਕਤੀ ☐ Policy Holder / ਪਾਲਿਸੀ ਧਾਰਕ

Change in Name From / ਨਾਮ ਦੀ ਬਦਲੀ: _____

First Name / ਪਹਿਲਾਂ ਨਾਮ Middle Name / ਵਿਚਕਾਰਲਾ ਨਾਮ Last Name / ਅੰਤਿਮ ਨਾਮ

Change in Name To / ਨਾਮ ਦੀ ਬਦਲੀ: _____

First Name / ਪਹਿਲਾਂ ਨਾਮ Middle Name / ਵਿਚਕਾਰਲਾ ਨਾਮ Last Name / ਅੰਤਿਮ ਨਾਮ

- ਵਿਆਹੁਤਾ ਔਰਤ ਜਿਸਦਾ ਵਿਆਹ ਹੋਣ ਤੇ ਨਾਮ ਬਦਲ ਦਿੱਤਾ ਗਿਆ ਹੈ ਨੂੰ ਇਸ ਫਾਰਮ ਨਾਲ ਮੈਰਿਜ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ ਜਮ੍ਹਾਂ ਕਰਵਾਉਣ ਦੀ ਬੇਨਤੀ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ।
- ਹੋਰ ਦੂਜੇ ਵਿਅਕਤੀਆਂ ਲਈ ਗੈਜੇਟ ਨੋਟੀਫਿਕੇਸ਼ਨ ਦੀ ਤਸਦੀਕਸ਼ੁਦਾ ਕਾਪੀ ਜਮ੍ਹਾਂ ਕਰਵਾਉਣਾ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹੈ।

Signature of the Policy Holder / ਪਾਲਿਸੀਧਾਰਕ ਦੇ ਹਸਤਾਖ਼ਰ

☐ Change in Correspondence Address / ਸੰਚਾਰ ਦੇ ਪਤੇ ਦੀ ਬਦਲੀ

New Address / ਨਵਾਂ ਪਤਾ: _____

_____

City / District / ਸ਼ਹਿਰੀ/ਜ਼ਿਲ੍ਹਾ: _____ State / ਰਾਜ: _____ Pin Code / ਪਿਨ ਕੋਡ: _____

(Provide any of the following Address proofs along with this form) / (ਇਸ ਫਾਰਮ ਦੇ ਨਾਲ ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤਿਆਂ ਵਿੱਚੋਂ ਇੱਕ ਪਤਾ ਪ੍ਰਮਾਣ ਦਿਓ)

☐ Electricity Bill* / ਬਿਜਲੀ ਦਾ ਬਿੱਲ* ☐ Telephone Bill* / ਟੈਲੀਫ਼ੋਨ ਦਾ ਬਿੱਲ* ☐ Passport / ਪਾਸਪੋਰਟ ☐ Bank Statement* / ਬੈਂਕ ਦੀ ਸਟੇਟਮੈਂਟ*

☐ Ration Card / ਰਾਸ਼ਨ ਕਾਰਡ ☐ Voter's Card / ਵੋਟਰ ਕਾਰਡ ☐ Driving License / ਡਰਾਇਵਿੰਗ ਲਾਇਸੈਂਸ

☐ Others / ਹੋਰ _____

*(*ਬਿਜਲੀ ਦਾ ਬਿੱਲ/ਟੈਲੀਫ਼ੋਨ ਦਾ ਬਿੱਲ/ਬੈਂਕ ਸਟੇਟਮੈਂਟ 3 ਮਹੀਨਿਆਂ ਤੋਂ ਜ਼ਿਆਦਾ ਪੁਰਾਣਾ ਨਹੀਂ ਹੋਣਾ ਚਾਹੀਦਾ)*

Signature of the Policy Holder / ਪਾਲਿਸੀਧਾਰਕ ਦੇ ਹਸਤਾਖ਼ਰ

☐ Change in Contact Details / Email ID / ਸੰਪਰਕ ਵੇਰਵੇ/ਈਮੇਲ ਆਈਡੀ ਦੀ ਬਦਲੀ

New Mobile No. + / ਨਵਾਂ ਮੋਬਾਇਲ ਨੰ.: + ☐☐☐☐☐ - ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Country Code / ਦੇਸ਼ ਦਾ ਕੋਡ Mobile Number / ਮੋਬਾਇਲ ਨੰਬਰ

Landline No. / ਲੈਂਡਲਾਈਨ ਨੰ.: ☐☐☐☐☐ - ☐☐☐☐☐☐☐☐

Area Code / ਏਰੀਆ ਕੋਡ Tel. Number / ਟੈਲੀਫ਼ੋਨ ਨੰਬਰ

New Alternate Contact No./ ਨਵਾਂ ਵਿਕਲਿਪ ਸੰਪਰਕ ਨੰ.: ☐☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Area Code / ਏਰੀਆ ਕੋਡ Contact Number / ਸੰਪਰਕ ਨੰਬਰ

New Email ID / ਨਵਾਂ ਈਮੇਲ ਆਈਡੀ: _____

Signature of the Policy Holder / ਪਾਲਿਸੀਧਾਰਕ ਦੇ ਹਸਤਾਖ਼ਰ

☐ Change in Premium Payment Method / Billing Frequency / ਪ੍ਰੀਮੀਅਮ ਭੁਗਤਾਨ ਵਿਧੀ/ਬਿਲਿੰਗ ਆਵਰਤੀ ਦੀ ਬਦਲੀ

Premium payment Method / ਪ੍ਰੀਮੀਅਮ ਭੁਗਤਾਨ ਵਿਧੀ: ☐ DIRECT BILL / ਡਾਇਰੈਕਟ ਬਿੱਲ ☐ ECS ☐ CC Standing Instruction / CC ਸਥਾਈ ਨਿਰਦੇਸ਼

(ਜੇਕਰ ECS ਦਾ ਵਿਕਲਪ ਚੁਣਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ECS ਆਦੇਸ਼ ਅਤੇ ਕੈਂਸਲ ਕੀਤੇ ਚੈਕ ਦੀ ਕਾਪੀ ਦੇਣਾ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹੋਵੇਗਾ)
(ਜੇਕਰ CCSI ਚੁਣਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ CCSI ਫਾਰਮ ਅਤੇ ਕ੍ਰੇਡਿਟ ਕਾਰਡ ਦੀ ਫਰੰਟ ਕਾਪੀ ਦੀ ਲੋੜ ਪਵੇਗੀ)

Billing Frequency Required / ਜ਼ਰੂਰੀ ਬਿਲਿੰਗ ਆਵਰਤੀ: ☐ Annual / ਸਲਾਨਾ ☐ Semi Annual / ਛਿਮਾਹੀ ☐ Quarterly / ਤਿਮਾਹੀ ☐ Monthly / ਮਾਸਿਕ

Signature of the Policy Holder / ਪਾਲਿਸੀਧਾਰਕ ਦੇ ਹਸਤਾਖ਼ਰ

☐ Addition of Rider / ਰਾਇਡਰ ਦਾ ਵਾਧਾ

Total Premium / ਕੁੱਲ ਪ੍ਰੀਮੀਅਮ	Choice of Rider (Sum Assured in ₹) / ਰਾਇਡਰ ਦੀ ਚੋਣ (ਰੁ. ਵਿੱਚ ਬੀਮਿਤ ਰਾਸ਼ੀ)							
	Critical Illness / ਗੰਭੀਰ ਰੋਗ	Accidental Death Benefit / ਐਕਸੀਡੈਂਟਲ ਡੈਥ ਬੈਨੀਫਿਟ	Accidental Total and Permanent Disability / ਐਕਸੀਡੈਂਟਲ ਸੰਪੂਰਨ ਅਤੇ ਸਥਾਈ ਆਪਾਹਿਜਤਾ	Hospital Cash Benefit / ਹਸਪਤਾਲ ਨਕਦ ਲਾਭ	Term / ਮਿਆਦ	Payor Waiver Benefit* / ਭੁਗਤਾਨ ਛੋਟ ਲਾਭ*	Waiver of Premium / ਪ੍ਰੀਮੀਅਮ ਦੀ ਛੋਟ	
							Y	N

* Payor Waiver Benefit Rider / *ਪੇਅਰ ਵੇਵਰ ਬੈਨੀਫਿਟ ਰਾਇਡਰ: ☐ On Death / ਮੌਤ ਤੇ ☐ On CI or ATPD / CI ਜਾਂ ATPD ਤੇ ☐ On Death, CI or ATPD / ਮੌਤ CI ਜਾਂ ATPD ਤੇ

(ਕੇਵਲ ਉਦੋਂ ਲਾਗੂ ਜਦੋਂ ਬੀਮਿਤ ਵਿਅਕਤੀ ਅਤੇ ਪ੍ਰਸਤਾਵਕ)

Signature of the Policy Holder / ਪਾਲਿਸੀਧਾਰਕ ਦੇ ਹਸਤਾਖ਼ਰ

☐ Top-Up Premium / ਟਾੱਪ-ਅਪ ਪ੍ਰੀਮੀਅਮ

A.ਆਪਣੇ ਟਾੱਪ-ਅਪ ਪ੍ਰੀਮੀਅਮ ਫੰਡ ਦੀ ਵੰਡ ਭਰੋ

Name of the Fund / ਫੰਡ ਦਾ ਨਾਮ	Amount (₹) /ਰਾਸ਼ੀ (₹)
Equity Large Cap Fund / ਇਕਵਿਟੀ ਲਾਰਜ ਕੈਪ ਫੰਡ (SFIN:ULIF00118/08/11EQLARGECAP147)	
Equity Top 250 Fund / ਇਕਵਿਟੀ ਟਾੱਪ 250 ਫੰਡ (SFIN:ULIF0027/07/11EQTOP250147)	
Bond Fund / ਬਾਂਡ ਫੰਡ (SFIN:ULIF00317/08/11BONDFUND147)	
Money Market Fund / ਮਨੀ ਮਾਰਕਿਟ ਫੰਡ (SFIN:ULIF00425/08/11MONEYMARKET147)	
Price Earning Based Fund / ਪ੍ਰਾਇਸ ਅਰਨਿੰਗ ਬੇਸ ਫੰਡ (SFIN:ULIF00526/08/11PEBASED147)	
Managed Fund / ਮੈਨੇਜ ਫੰਡ (SFIN:ULIF00618/08/11MANAGED147)	
TOTAL / ਕੁੱਲ	

B. Top-Up Amount / **B.**ਟਾੱਪ-ਅਪ ਦੀ ਰਾਸ਼ੀ: ☐ Minimum / ਨਿਊਨਤਮ ☐ Maximum / ਅਧਿਕਤਮ

- ਟਾੱਪ-ਅਪ ਪ੍ਰੀਮੀਅਮ ਪਾਲਿਸੀ ਦੇ ਨਿਯਮਾਂ ਅਤੇ ਸ਼ਰਤਾਂ ਦਾ ਵਿਸ਼ਾ ਹੈ ।
- ਬੀਮੇ ਦਾ ਸਹੀ ਢੰਗ ਨਾਲ ਭਰਿਆ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ ਜਰੂਰੀ ਹੈ ਅਤੇ ਇਹ ਜ਼ੋਖ਼ਿਮ ਅੰਕਣ ਨਿਯਮਾਂ ਦਾ ਵਿਸ਼ਾ ਹੋਵੇਗਾ।
- ਜੇਕਰ ਟਾੱਪ-ਅਪ ਰਾਸ਼ੀ ₹ 100,000/- ਤੋਂ ਵੱਧ ਹੈ, ਤਾਂ ਆਮਦਨ ਦਾ ਪ੍ਰਮਾਣ ਜਰੂਰੀ ਹੈ।
- ਜੇਕਰ ਪ੍ਰਸਤਾਵਕ ਤੋਂ ਇਲਾਵਾ ਟਾੱਪ-ਅਪ ਦਾ ਭੁਗਤਾਨ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਜਰੂਰੀ ਹਨ:
  - ਭੁਗਤਾਨਕਰਤਾ ਦੀ ਆਈਡੀ ਅਤੇ ਪਤੇ ਦਾ ਪ੍ਰਮਾਣ
  - ਭੁਗਤਾਨਕਰਤਾ ਦੀ ਆਮਦਨ ਦਾ ਪ੍ਰਮਾਣ
  - ਤੀਜੀ ਪੱਖੀ ਭੁਗਤਾਨ ਦੀ ਘੋਸ਼ਣਾ

Signature of the Policy Holder / ਪਾਲਿਸੀਧਾਰਕ ਦੇ ਹਸਤਾਖ਼ਰ

☐ Changes in Sum Assured / ਬੀਮਿਤ ਰਾਸ਼ੀ ਦੀ ਬਦਲੀ

☐ Increase / ਵਧਾਉਣਾ ☐ Decrease/ ਘਟਾਉਣਾ

From ₹ / ਤੋਂ ₹ : ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Required ₹ / ਜਰੂਰੀ ₹: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

ਨੋਟ: ਬੀਮਿਤ ਰਾਸ਼ੀ ਦੀ ਬਦਲੀ ਪਾਲਿਸੀ ਦੇ ਨਿਯਮਾਂ ਅਤੇ ਸ਼ਰਤਾਂ ਜਾਂ ਲਿਖਤੀ ਨਿਰਦੇਸ਼ਾਂ ਤਹਿਤ ਕੰਪਨੀ ਦੇ ਬੀਮੇ ਦੇ ਪ੍ਰਮਾਣ ਦਾ ਵਿਸ਼ਾ ਹਨ।

Signature of the Policy Holder / ਪਾਲਿਸੀਧਾਰਕ ਦੇ ਹਸਤਾਖ਼ਰ

ਘੋਸ਼ਣਾ: ਉਪਰੋਕਤ ਬੇਨਤੀ ਤੇ ਹਸਤਾਖ਼ਰ ਮੈਂ, ਪਾਲਿਸੀਧਾਰਕ ਇਸ ਦੁਆਰਾ ਘੋਸ਼ਣਾ ਕਰਦਾ/ਕਰਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਉੱਪਰ ਦਿੱਤੀ ਸਾਰੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸੱਚੀ ਅਤੇ ਸਹੀ ਹੈ ਅਤੇ ਮੈਂ ਸਾਰੇ ਨਿਯਮਾਂ ਅਤੇ ਸ਼ਰਤਾਂ ਤੇ ਸਹਿਮਤੀ ਪ੍ਰਗਟ ਕਰਦਾ/ਕਰਦੀ ਹਾਂ।

For Branch Office Use / ਬਰਾਂਚ ਦਫ਼ਤਰ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਲਈ

Branch Name / ਬਰਾਂਚ ਦਾ ਨਾਮ: _____

Staff Name / ਸਟਾਫ਼ ਦਾ ਨਾਮ: _____

Staff Sign / ਸਟਾਫ਼ ਦੇ ਹਸਤਾਖ਼ਰ: _____

Date / ਤਾਰੀਖ਼: _____ Time /ਸਮਾਂ: _____ a.m./p.m.

Place / ਸਥਾਨ: _____

Signature of the Policy Holder / ਪਾਲਿਸੀਧਾਰਕ ਦੇ ਹਸਤਾਖ਼ਰ

Date / ਤਾਰੀਖ਼: DD MM YYYY Place / ਸਥਾਨ: _____

July 2014/Ver 1/Pun

ਰਸੀਦ ਦੀ ਸਲਿੱਪ

DD MM YYYY ਨੂੰ_____ a.m/p.m ਤੇ ਪਾਲਿਸੀ ਨੰ. _____ ਦੀ ਪਾਲਿਸੀ ਸੇਵਾ ਬੇਨਤੀ ਫਾਰਮ ਦੀ ਬੇਨਤੀ ਪ੍ਰਾਪਤ ਹੋਈ ।

Edelweiss Tokio life
zindagi unlimited

ਕੋਰਪੋਰੇਟ ਦਫ਼ਤਰ:
ਏਡਲਵਾਇਸ ਟੋਕੀਓ ਲਾਈਫ਼ ਇੰਸ਼ੋਰੈਂਸ ਕੰਪਨੀ ਲਿਮਿਟੇਡ
6 ਮੰਜ਼ਿਲ, ਟਾਵਰ 3, ਵਿੰਗ 'ਏ', ਕੋਹੀਨੂਰ ਸਿਟੀ, ਕਿਰੋਲ ਰੋਡ, ਕੁਰਲਾ (ਵੈਸਟ), ਮੁੰਬਈ 400070.
ਟੋਲ ਫ੍ਰੀ ਨੰ.: 1800 212 1212, ਫੈਕਸ ਨੰ.: +91 22 6117 7833
Email: care@edelweisstokio.in | www.edelweisstokio.in

ਬਰਾਂਚ ਦੀ ਮੋਹਰ