

नई पॉलिसी जारी करने के लिए निधि अंतरण हेतु आवेदन

इस प्रपत्र का उपयोग युनिट लिंक्ड इश्योरेन्स पॉलिसियों (युलिप) में युनिटों के बदलाव के लिए नहीं होना चाहिए. प्रपत्र जमा करते समय कृपया पॉलिसीधारक (प्रस्तावक) के स्व-सत्यापित फोटो पहचान साक्ष्य की प्रति प्रदान करें. शाखा के स्वविवेक के आधार पर सत्यापन के लिए अतिरिक्त प्रलेखों की आवश्यकता हो सकती है.

पॉलिसी क्रमांक _____

प्रस्तावक/समनुदेशिती का नाम _____ श्री/सुश्री/श्रीमती प्रथम नाम उपनाम

संपर्क संख्या _____ एसटीडी निवास एसटीडी कार्यालय एक्स. आईएसडी मोबाइल

ई-मेल आईडी _____

निधि अंतरण के विवरण

निधियों के अंतरण का कारण : (कृपया निशान लगाएँ)

अन्य पॉलिसी के लिए टॉप अप पुनर्विनीकरण प्रीमियम अन्य पॉलिसी का जारी होना*

*किसी नई पॉलिसी का जारी होना केवल पूर्व-प्रचलन एवं फ्रीलुक धन-वापसी के लिए लागू है, बशर्ते दोनों पॉलिसियों के लिए खोल अभिकर्ता वही हो.

धन-वापसी चेक पुनः जमा करवाने की स्थिति में, कृपया निम्नांकित विवरण दें :

चेक नं. _____ चेक राशि _____

बैंक का नाम एवं शाखा _____

ए. आवेदन/पॉलिसी क्र. (जहाँ से निधि अंतरण किया जाएगा)	बी. आवेदन/पॉलिसी क्र. (जहाँ पर निधि अंतरण किया जाएगा)	राशि (₹)

कोई शेष राशि देय होने की स्थिति में, हम इसका अंतरण कॉलम बी में उल्लेखित आवेदन क्रमांक को करेंगे. यदि आप हमसे शेष राशि की धन-वापसी चाहते हैं, तो कृपया निम्नांकित विकल्प पर निशान लगाएँ :

देय शेष राशि की धन-वापसी

कृपया ध्यान रखें :

- किसी नई पॉलिसी के जारी करने के लिए पुनः जमा कराए गए धन-वापसी चेक या निधि अंतरण की अनुमति मिससेलिंग/सरेडर/पार्शियल सरेडर रीफंड के लिए नहीं है.
- जहाँ भी लागू हो, कृपया सही आवेदन/पॉलिसी क्रमांक का उल्लेख करें.
- उस पॉलिसी में पर्याप्त निधि उपलब्ध होना चाहिए, जहाँ से निधि अंतरित की जाएगी.
- आवेदन/पॉलिसी उसी ग्राहक की होनी चाहिए या उसे किसी भी भूमिका में उपस्थित होना चाहिए.

अस्वीकरण :

मैं एतद् द्वारा घोषित करता/करती हूँ कि मैंने इस प्रपत्र की विषय-वस्तुओं को पढ़ और समझ लिया है. मैंने इसके पश्चात कंपनी को संबंधित खानों में निशानों के स्वरूप में मेरे द्वारा बताए गए लेनदेन करने हेतु आवेदन किया है. मैं यह समझता/समझती हूँ और सहमत होता/होती हूँ कि मेरे द्वारा आवेदन किए अनुसार उपरोक्त लेनदेन करने में, यह समझा जाएगा कि कंपनी ने सबकुछ मेरे निर्देशानुसार किया है और इस संबंध में उसका कोई उत्तरदायित्व नहीं होगा. मैं यह भी समझता/समझती हूँ और सहमत होता/होती हूँ कि इस लेनदेन का मतलब किसी भी तरह से यह नहीं है कि कंपनी ने कथित आवेदन के अंतर्गत जोखिम स्वीकार किया है या पॉलिसी कंपनी द्वारा जारी रहती है.

प्रस्तावक/समनुदेशिती के हस्ताक्षर*

*संपूर्ण समनुदेशन की स्थिति में.

घोषणा :

यह तब लागू है जब प्रस्तावक निरक्षर हो या ऐसी अपंगता से पीड़ित हो, जिसके कारण लिखने पर प्रतिबंध हो या प्रस्तावक ने मातृभाषा में हस्ताक्षर किए हों. टिप्पणी : इसकी गवाही कंपनी के एडवाइजर/एजेन्ट/कर्मचारी के अलावा किसी अन्य व्यक्ति द्वारा दी जाना आवश्यक है.

मैं (गवाह का पूरा नाम) _____ (प्रस्तावक से संबंध) _____ (वयस्क एवं) _____ का/की उत्तराधिकारी (पता) _____ एतद् द्वारा _____ घोषित करता/करती हूँ कि मैंने इस प्रपत्र की विषयवस्तु को पढ़ लिया है और इसे प्रस्तावक को समझा दिया गया है और उसने/उन्होंने इसे समझ लिया है.

गवाह के हस्ताक्षर

केवल कार्यालयीन उपयोग के लिए :

स्पार्क कॉल आईडी _____ दिनांक |D|D| |M|M| |Y|Y|Y|Y|
स्केनिंग केबिनेट _____ प्राप्तकर्ता _____
टिप्पणियाँ _____

मोहर एवं समय

निधियों के अंतरण के लिए आवेदन की प्राप्ति

आवेदन/पॉलिसी क्र. _____
पॉलिसी धारक का नाम _____
शाखा का नाम _____
दिनांक |D|D| |M|M| |Y|Y|Y|Y|

मुद्रा