

संपूर्ण समनुदेशन के मामले में अनापत्ति प्रमाण-पत्र



प्रति,
आईसीआईसीआई प्रूडेन्शियल लाइफ़ इश्योरेन्स कंपनी,

दिनांक
D D M M Y Y Y Y

प्रिय महोदय,

मैं/हम _____ आईसीआईसीआई प्रूडेन्शियल लाइफ़ इश्योरेन्स कंपनी लिमिटेड
द्वारा _____ के जीवन पर जारी पॉलिसी क्रमांक के संपूर्ण
समनुदेशिती हूँ/हैं.

मुझे/हमें उपरोक्त पॉलिसी पर समनुदेशक _____ द्वारा निम्नांकित लेनदेन करने पर
कोई आपत्ति नहीं है.

लेनदेन के विवरण	इस समय	इसके आगे	उ.न.
1. व्यक्तिगत विवरणों (नाम/पता/संपर्क नंबर) में परिवर्तन	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. बदलाव (वर्तमान निवेशों के निधि अनुपात में परिवर्तन)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. प्रीमियम पुनर्निर्देश (भावी निवेशों के निधि अनुपात में परिवर्तन)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. टॉप अप (वार्षिक प्रीमियम के अतिरिक्त निवेश)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. बीमाकृत राशि में वृद्धि (मृत्यु लाभ में वृद्धि)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. बीमाकृत राशि में कमी (मृत्यु लाभ में कमी)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. भावी प्रीमियमों में वृद्धि	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. भावी प्रीमियमों में कमी	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. प्रीमियम भुगतान प्रकार में परिवर्तन	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. प्रीमियम भुगतान आवृत्ति में परिवर्तन	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. 6 माह बाद कालातीत पॉलिसी का पुनः प्रवर्तन	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. कोई अन्य _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

समनुदेशिती का/के नाम एवं हस्ताक्षर

समनुदेशिती की मोहर
(कॉर्पोरेट समनुदेशिती के लिए आवश्यक)

दिनांक :
D D M M Y Y Y Y

स्थान : _____

अनापत्ति प्रमाण-पत्र की प्राप्ति की स्वीकृति

पॉलिसी क्रमांक _____

समनुदेशिती का नाम _____

मूल पॉलिसी धारक का नाम _____

स्थान _____

DD / MM / YYYY

मोहर

प्राप्तकर्ता _____