नियुक्त करण्यासाठी/नियुक्त केलेल्या व्यक्तीत वाढ करण्यासाठी फॉर्म

ICICI PRUDENTIAL LIFE INSURANCE

पॉलिसी क्रमांक _____ **दिनांक** D D M M Y Y Y Y

पॉलिसीचं नाव _____

प्रपोजरचं नाव _____
श्री/सौ/श्रीमती पहिलं नाव अडनाव

पत्ता _____

_____

शहर _____ पिन/झिप कोड _____

राज्य _____ देश _____

संपर्क क्रमांक
एसटीडी निवासी एसटीडी कार्यालय एक्सटेंशन आयएसडी मोबाइल

ई-मेल आयडी _____

सर्व रकाने भरणे सक्तीचे आहे. (विनंतीवर कार्यवाही होण्यासाठी किमान एक संपर्क क्रमांक आवश्यक. वर दिलेला संपर्काचा तपशील भावी संपर्कासाठी नोंदवून घेण्यात येत आहे)

टिप:

इथे दिलेला मजकूर पॉलिसीच्या मागे छापला जाऊ शकतो किंवा पॉलिसी जारी झालेली असताना विमा धारकाला एखादी व्यक्ती नियुक्त करायची असेल तर हा फॉर्म भरावा.

मी, _____ श्री/श्रीमती _____

ह्यांना नियुक्त करत असून त्यांचा पत्ता आहे: _____ ते विवाहित/अविवाहित आहेत आणि त्यांचा जन्मदिनांक आहे: _____ ह्यांनी नियुक्त व्यक्ती ह्या नात्याने वारसदार 18 वर्षाखालील असेल तेव्हा पॉलिसीमधील विम्याची रक्कम स्वीकारावी.

दिनांक _____ महिना _____ 20 _____ रोजी जारी करण्यात येत आहे.

वरील नियुक्तीच्या संमतीसाठी मी खाली सही देत आहे.

_____
विमा धारकाची सही

_____
नियुक्त केलेल्या व्यक्तीची सही

विमा धारकाने मातृभाषेत सही केली असेल किंवा अंगठ्याचा ठसा उमटवला असेल तर जारी करायचं प्रमाणपत्र

मी प्रमाणित करतो की ह्या फॉर्ममधील समावेशक बाबी श्री/श्रीमती _____ ह्यांना नियुक्त करण्यासाठी वाचून दाखवल्या आहेत आणि स्पष्ट समजावून सांगितल्या आहेत आणि त्यांना त्या समजल्या आहेत आणि येथे संमती देतो की नियुक्त व्यक्तीची नियुक्ती त्याच्या/ तिच्या खास विनंतीनुसार करण्यात येत आहे. मी येथे प्रमाणित करतो की येथे केलेली मातृभाषेतील सही/ अंगठ्याचा ठसा श्री/श्रीमती _____ ह्यांचा आहे, ज्यांना मी समावेशक बाबी समजावून सांगितल्यानंतर त्यांनी माझ्या समक्ष सही केली आहे/अंगठ्याचा ठसा उमटवला आहे.

मी जाहीर करतो की येथे दिलेली माहिती माझ्या ज्ञानानुसार आणि विश्वासानुसार सत्य आणि बरोबर आहे.

नाव _____
श्री/सौ/श्रीमती पहिलं नाव अडनाव

पत्ता _____

_____

लँडमार्क _____ पिन कोड _____

_____
साक्षीदाराची सही

फक्त कार्यालयीन कामासाठी

स्पार्क कॉल आयडी _____ **दिनांक** D D M M Y Y Y Y

स्कॅनिंग कॅबिनेट _____ **प्राप्त करणारे** _____

शेरा _____

शिक्का आणि वेळ

पोहोच पावती

पॉलिसी क्रमांक _____ **दिनांक** D D M M Y Y Y Y

प्रपोजरचं नाव _____

शाखेचं नाव _____

प्राप्त करणारे _____

शिक्का आणि वेळ