

पॉलिसी सर्विसिंग (सेवाकार्य) फॉर्म – 2 (मौद्रिक रूप)



(नोट: यदि कई पॉलिसी नंबर उपलब्ध हैं तो उनका उल्लेख करें)

IRDAI पंजीकरण संख्या 128

पॉलिसी क्रमांक: 1. _____ 2. _____

3. _____ 4. _____

पॉलिसी धारक का नाम: _____
(पहला नाम) (मध्य का नाम) (अंतिम नाम)

मोबाइल नम्बर: _____ लैंड लाइन नम्बर घर/ऑफिस: _____
(मोबाइल नंबर अनिवार्य है)

ईमेल आईडी: _____ वैकल्पिक मेल आईडी: _____

बीमा राशि में कमी

मैं, दर्शायी गई नीति के अनुसार.....रूपये से रूपये..... की बीमा राशि को कम करना चाहता हूँ।

- मैं स्वीकार करता हूँ कि नियामक सीमा के अनुसार बीमा राशि में कमी कम होगी।
- मैं स्वीकार करता हूँ कि बीमा राशि को कम करने से पॉलिसी में मिलने वाले भविष्य के लाभ और प्रीमियम में बदलाव आएगा।
- सहमति पत्र के साथ आवश्यक पुष्टि के लिए नीति दस्तावेजों की आवश्यकता होगी।
- लगने वाले परिवर्तन शुल्क वसूले जाएंगे / पहले से इनका भुगतान करना होगा।

अनुवृद्धि का जोड़ अनुवृद्धि को हटाना

अनुवृद्धि का नाम: _____ के लिए दिनांक _____ से प्रभावी।

1. अनुवृद्धि का नाम एक बार हटाए जाने के बाद पुनः फिर से जोड़ा नहीं जाएगा।
 - मैं इस बात से सहमत हूँ कि अनुवृद्धि का नाम मिटाने पर बदला जाएगा और पॉलिसी के लाभों को भविष्य में प्रभावित करेगा।
 - अनुवृद्धि को हटाने के लिए शुल्क लागू होगा।
 - गम्भीर बीमारी एवं अतिरिक्त बीमा कवरेज के लिए अनुवृद्धि को पॉलिसी की अवधि के दौरान जोड़ा जा सकता है, परन्तु प्रीमियम भिन्न-भिन्न होगा।
2. अनुवृद्धि का जोड़ केवल तभी होगा जब जीवन बीमाकृत परिपक्वता को हासिल कर लेगा।
3. एक बार जब अनुवृद्धि को किसी पॉलिसी से हटा दिया जाता है। तो इसे बाद में जोड़ने के निवेदन हमारे द्वारा स्वीकार्य नहीं किए जाएंगे।

अन्य परिवर्तन

मौजूदा विवरण

नया विवरण

आयु स्वीकृति/आयु प्रमाण में बदलाव _____

- इस फार्म के साथ आयु प्रमाण को अवश्य जमा करें।

जन्म तिथि में परिवर्तन

जन्मतिथि में: ___ / ___ / ___ से बदलाव जन्मतिथि में: ___ / ___ / ___ तक बदलाव
D D M M Y Y Y Y D D M M Y Y Y Y

- आयु में परिवर्तन/संशोधन करने पर, निमांकन के आधार पर प्रीमियम में परिवर्तन किया जा सकता है।
- मैं इस बात को स्वीकार करता/करती हूँ कि जन्मतिथि में परिवर्तन से पॉलिसी में भविष्य के लाभों में परिवर्तन होगा।

* वैध जन्मतिथि प्रमाण पत्र की नोटरी से प्रमाणित की हुई प्रति अवश्य ही सम्मिलित की जानी चाहिए।

पॉलिसी अवधि में बढ़ोत्तरी/कमी

पॉलिसी अवधि में _____ से परिवर्तन पॉलिसी अवधि में _____ तक परिवर्तन

प्रीमियम आवृत्ति में परिवर्तन

पॉलिसी आवृत्ति में _____ से परिवर्तन पॉलिसी आवृत्ति में _____ तक परिवर्तन

नोट:

- अभिहस्तांकित पॉलिसी के लिए सम्पत्ति भोगी के हस्ताक्षर आवश्यक है।
- नियत दिनांक से 15 दिन पहले निवेदन को प्रस्तुत किया जाना चाहिए जिसे पीटीडी. कहते हैं। पॉलिसी में बदलाव पॉलिसी के लाभों को भविष्य में प्रभावित करेगा।
- लगने वाले परिवर्तन शुल्क वसूले जाएंगे / पहले से इनका भुगतान करना होगा।

पॉलिसीधारक की घोषणा

मैं ने परिवर्तन निवेदन फॉर्म के अर्थ और क्षेत्र को समझ लिया है तथा प्रदान किए गए परिवर्तन की पूर्ण जिम्मेदारी लेता/लेती हूँ।
पॉलिसी या व्यक्तिगत विवरण में किसी भी प्रकार का बदलाव पॉलिसी के नियमों और शर्तों तथा प्रासांगिक निम्नांकन के दिशानिर्देशों के अधीन है।

जीवन बीमा राशि/पॉलिसीधारक के हस्ताक्षर

निधि के सम्पत्ति-भोगी के हस्ताक्षर (परियोजना के मामले में)

दिनांक:

स्थान:

दिनांक:

स्थान:

पॉलिसी धारक के द्वारा फार्म न भरे जाने की स्थिति में घोषणा पत्र में पॉलिसी धारक के अंगूठे का छाप या क्षेत्रीय भाषा में हस्ताक्षर किया जाना है।

मैं एतद द्वारा घोषणा करता/करती हूँ कि मैं पॉलिसी धारक को से (कब से) जानता/जानती हूँ और मैंने पॉलिसी धारक को इस पॉलिसी सर्विसिंग फॉर्म की सम्पूर्ण सामग्री को भाषा में समझाया है और मुझे दिए गए उत्तर को सच्चाई से दर्ज किया है। मैं आगे यह भी घोषणा करता/करती हूँ कि मेरी उपस्थिति में पॉलिसीधारक ने अपने हस्ताक्षर किए/लगाए/अपने अंगूठे की छाप प्रदान की है।

घोषणाकर्ता का नाम एवं पता: _____

दिनांक: _____ स्थान: _____

हस्ताक्षर:

केवल कार्यालय उपयोग हेतु



पॉलिसी संख्या: पॉलिसीधारक का नाम:

.....

प्राप्त दस्तावेज:

शाखा का नाम.....

शाखा संचालन कार्यकारी का नाम:

दिनांक: DD / MM / YYYY

समय:

AM / PM

शाखा की मुहर (यदि उपलब्ध हो)

बीओई/स्टाफ के हस्ताक्षर

प्रसंस्करण के लिए स्वीकृत/अस्वीकृत: हां/ना

पॉलिसीधारक की प्रतिलिपि/स्वीकृत कॉपी

पॉलिसी संख्या: पॉलिसीधारक का नाम:

.....

प्राप्त दस्तावेज:

शाखा का नाम.....

शाखा का पता (नजदीकी सीमा-चिन्ह के साथ संक्षेप में)

.....

.....

शाखा संचालन कार्यकारी का नाम:

दिनांक: DD / MM / YYYY

समय:

AM / PM



शाखा की मुहर (यदि उपलब्ध हो)

बीओई/स्टाफ के हस्ताक्षर

प्रसंस्करण के लिए स्वीकृत/अस्वीकृत: हां/ना