

पॉलिसी सर्विसिंग (सेवाकार्य) निवेदन फॉर्म – 1 (गैर-मौद्रिक)



(नोट: 1. कृपया कर इस फॉर्म को बड़े अक्षरों (ब्लॉक लैटर्स) में भरें।

2. इस फॉर्म यदि किसी भी प्रकार का संशोधन/परिवर्तन किया जाता है तो उसे निष्पादक द्वारा प्रतिहस्ताक्षरित किया जाना चाहिए।

IRDAI पंजीकरण संख्या 128

पॉलिसी क्रमांक: 1. _____ 2. _____

3. _____ 4. _____

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

पॉलिसी धारक का नाम/प्रस्तावकर्ता/जीवन बीमाकर्ता: _____
(पहला नाम) (मध्य का नाम) (अंतिम नाम)

शीर्षक संशोधन : श्री श्रीमती मास्टर मिस डॉ. अन्य (यदि कोई हों)

नोट: कृपया कर पॉलिसी कार्यक्रम की प्रतिलिपि प्रस्तुत करें।

लिंग संशोधन: पुरुष महिला (जो भी उपयुक्त हो उस पर निशान लगाएं)

नोट: 1. कृपया कर पॉलिसी कार्यक्रम की प्रतिलिपि प्रस्तुत करें। 2. वैध प्रमाण भी जमा करें।

नाम संशोधन : जीवन बीमा नॉमनी / नामांकित व्यक्ति (जो भी उपयुक्त हो उस पर निशान लगाएं)

(पहला नाम) (मध्य का नाम) (अंतिम नाम)

नाम में परिवर्तन/संशोधन:

(आवश्यक दस्तावेज: पहचान पत्र की नोटरी से प्रमाणित प्रति (नए नाम के साथ)/यदि नाम पूरी तरह से अलग है तो राजपत्रित अधिकारी से अधिसूचना/महिलाओं के लिए विवाह प्रमाण पत्र, यदि दोनों नाम पूरी तरह से भिन्न हैं तो जीवन प्रमाण पत्र)

पता परिवर्तन/जीवन बीमा में संशोधन

संचार का पता स्थायी पता

- > विस्तृत पता: (फ्लेट नंबर/हाऊस नंबर, सड़क, क्षेत्र, शहर, जिला, राज्य और पिन कोड, सभी को ऊपर दिए क्षेत्रों में अवश्य भरें।
- > आवश्यक दस्तावेज: नया नोटरी से प्रमाणित पता अवश्य ही प्रस्तुत किया जाना चाहिए।

जीवन बीमा सम्पर्क विवरण

नया सम्पर्क नम्बर:

सम्पर्क नम्बर # 1: _____ वैकल्पिक नम्बर # 2: _____

ईमेल-आईडी: _____ वैकल्पिक ईमेल-आईडी: _____

नॉमिनी/नामित व्यक्ति को जोड़ना/संशोधन

नाम: श्री/श्रीमती/मिस: _____, _____, _____ उम्र: _____
प्रथम नाम मध्यनाम अंतिम नाम

(जीवन बीमा/प्रस्तावक) के साथ संबंध _____ पता: _____
(कृपया कर ऊपर लिखित में से जो भी सही हो उस को चिह्नित करें)

(नोट: यदि नामित (नामिनी)/लाभार्थी नाबालिक है तो कृपया कर नियुक्त व्यक्ति का विवरण प्रस्तुत करें।

लाभार्थी का नाम: _____, _____, _____ उम्र: _____
प्रथम नाम मध्यनाम अंतिम नाम

जीवन बीमित के साथ संबंध: _____ उम्र: _____
(नोट: 1. पॉलिसी में ऑन लाइन मामलों के ऐसे संशोधनों के लिए नामित को हटाना या परिवर्तित करने का प्रभार 100/- और 50/- लगेगा।

पेन नम्बर आधार नम्बर/यआईडी नम्बर (जो भी लागू हो उस को चिह्नित करें)

पेन नम्बर. / यूआईडी नम्बर.

नोट:

- > पेन नम्बर को जोड़ने के लिए पेन कार्ड की प्रतिलिपि अनिवार्य है।
- > यदि किसी वित्तीय वर्ष में ग्राहक का कुल वार्षिक प्रीमियम 50,000 रुपये या उससे अधिक होता है तो पेन दिया जाना चाहिए।
- > वार्षिक प्रीमियम का अर्थ यह है कि ग्राहक द्वारा धारित सभी पॉलिसियों का कुल वार्षिक प्रीमियम / वित्तीय वर्ष में भुगतान किए गए सभी अतिरिक्त भुगतान और वे सभी अन्य भुगतान जो ग्राहक ने पूरी वित्तीय वर्ष भर में किए हैं।
- > यूआईडी नम्बर अद्यतनीकरण के लिए आधार प्रमाण अनिवार्य हैं

बैंक खाता विवरण अद्यतन (सभी क्षेत्र भरना अनिवार्य है)

बैंक का नाम:

बैंक का पता:

बैंक की खाता संख्या:

बैंक खाता धारक का नाम:

11 अक्षरों का आईएफएससी कोड:

(नोट: 1. "बैंक पासबुक की प्रतिलिपि/कैंसिल चैक जिस पर नाम लिखा हो" यह अनिवार्य है।

2. यदि आप के खाते में जमा नहीं होता है या यदि लेन-देन में देरी होती है या उपरोक्त सभी कारणों के कारण बैंक द्वारा अधूरी/गलत जानकारी के कारण अस्वीकृत/अप्रभावित होता है तो श्रीराम जीवन बीमा किसी भी प्रकार से जिम्मेदार नहीं है।

पॉलिसीधारक की घोषणा

मैंने परिवर्तन अनुरोध फॉर्म के अर्थ और क्षेत्र को समझ लिया है और मेरे द्वारा प्रस्तुत परिवर्तन की सम्पूर्ण जिम्मेदारी ले ली है। पॉलिसी या व्यक्तिगत विवरण में किसी भी प्रकार का परिवर्तन पॉलिसी के नियम एवं शर्तों तथा प्रासांगिक निम्नांकन दिशानिर्देश के अधीन में है।

जीवन बीमा राशि/पॉलिसी धारक के हस्ताक्षर

संपत्ति-भोगी के हस्ताक्षर (अभिहस्तांकन 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।

नाम: _____

हस्ताक्षर:

पता: _____

दिनांक: _____ स्थान: _____

पॉलिसीधारक की प्रतिलिपि/स्वीकृत कॉपी



पॉलिसी संख्या:..... पॉलिसीधारक का नाम:

प्राप्त दस्तावेज़:

शाखा का नाम.....

शाखा संचालन कार्यकारी का नाम:

दिनांक: DD / MM / YYYY समय: AM / PM

प्रसंस्करण के लिए स्वीकृत/अस्वीकृत: हां/ना

शाखा की मुहर (यदि उपलब्ध हो)

बीओई/स्टाफ के हस्ताक्षर

केवल कार्यालय उपयोग हेतु



पॉलिसी संख्या:..... पॉलिसीधारक का नाम:

प्राप्त दस्तावेज़:

शाखा का नाम.....

शाखा का पता.....

शाखा संचालन कार्यकारी का नाम:

दिनांक: DD / MM / YYYY समय: AM / PM

प्रसंस्करण के लिए स्वीकृत/अस्वीकृत: हां/ना

शाखा की मुहर (यदि उपलब्ध हो)

बीओई/स्टाफ के हस्ताक्षर