

आंशिक आहरण/ व्यवस्थित आहरण/ रद्द करने का प्रपत्र

पॉलिसी धारक का नाम	:	_____
पॉलिसी संख्या	:	_____
तारीख	:	_____
संपर्क नम्बर	:	_____
ईमेल पता	:	_____

कृपया उपरोक्त पॉलिसी के लिए फ्रीलुक अभ्यर्पण आंशिक विद्व्रावल व्यवस्थित विद्व्रावल के संबंध में कार्यवाही करें। मैंने जिस पॉलिसी दस्तावेज को प्राप्त किया है, उसमें उल्लिखित मानक नियम और शर्तों के अनुसार, मुझे लागू होने वाले रद्द करने से संबंधित प्रभारों की जानकारी है। कृपया मेरी पॉलिसी को _____ के तौर पर रद्द कर दें।
कृपया कारणों का उल्लेख करें: _____

<p>मैं आंशिक आहरण राशि प्राप्त करना चाहूंगा/गी। यूलिप के लिए लागू (संबंधित बाक्स पर सही का निशान लगाएं)</p>	<p><input type="checkbox"/> नियम और शर्तों के अनुसार न्यूनतम आंशिक आहरण राशि।</p> <p><input type="checkbox"/> पॉलिसी के उपलब्ध अधिकतम आंशिक आहरण राशि दर्ज करें (नियम और शर्तों के अनुसार उस पॉलिसी वर्ष की शुरुआत पर फंड वैल्यू का %)</p> <p><input type="checkbox"/> अन्य</p> <p>राशि: <input type="text" value="राशि दर्ज करें"/></p>
---	--

<p>मैं व्यवस्थित आहरण राशि प्राप्त करना चाहूंगा/गी। यूलिप के लिए लागू (संबंधित बाक्स पर सही का निशान लगाएं)</p>	<p><input type="checkbox"/> नियम और शर्तों के अनुसार लागू न्यूनतम आंशिक व्यवस्थित आहरण राशि (कम से कम रुपये 2000 के अधीन)</p> <p><input type="checkbox"/> नियम और शर्तों के अनुसार अधिकतम व्यवस्थित आंशिक आहरण राशि दर्ज करें (नियम और शर्तों के अनुसार उस पॉलिसी वर्ष की शुरुआत पर फंड मूल्य का %)</p> <p><input type="checkbox"/> अन्य</p> <p>राशि: <input type="text" value="राशि दर्ज करें"/></p> <p>आहरण की बारम्बारता : _____</p>
---	---

नोट:

- * यदि आंशिक/ व्यवस्थित आंशिक आहरण राशि जिसे आपके द्वारा प्राप्त किया गया है (विकल्प: राशि) आंशिक / व्यवस्थित आंशिक आहरण अनुरोध के लिए प्रसंस्करण करने के लिए उपयुक्त नहीं है, तो उक्त पॉलिसी के लिए अधिकतम उपयुक्त आंशिक / व्यवस्थित आंशिक आहरण राशि (यदि कोई है) का भुगतान आपको किया जाएगा।
- * ऐसी स्थिति जहां पर पॉलिसी को समनुदेशित किया गया है, और यदि आंशिक / व्यवस्थित आंशिक आहरण राशि को समनुदेशिती को अदा किया जाना है, तो पृष्ठांकन प्रपत्र के साथ समनुदेशिती की सहमति को प्रस्तुत करना अनिवार्य होगा।

पॉलिसी धारक/ दावाकर्ता के हस्ताक्षर: _____

तारीख:

हस्ताक्षर: _____

<input type="checkbox"/> बैंक	कृपया बैंक को मेरे पंजीकृत डाक पते _____ या _____ शाखा में भेज दें।
<input type="checkbox"/> एनईएफटी	<ol style="list-style-type: none"> 1. बैंक: _____ 2. शाखा का पता: _____ 3. खाते का प्रकार: बचत/ चालू/ कैंश क्रेडिट / एनआरआई 4. खाता संख्या: _____ 5. आईएफएससी कोड: _____ 6. माईआईसीआर कोड: _____

मैंने इस आशय से निम्नलिखित दस्तावेजों को संलग्न किया है (* अनिवार्य)
 क. * रद्द किया गया सीटीएस (बैंक ट्रान्केशन सिस्टम) अनुपालक बैंक लीफ
 ख. * पैन कार्ड की प्रति
 ग. पासबुक की प्रति (यदि रद्द किया गया बैंक उपलब्ध नहीं है)

क्या आप : एनआरआई निवासी हैं

मैंने इस आशय से दस्तावेजों की एक सूची संलग्न की है (अनिवार्य)

- संलग्न एनआरआई प्रश्नावली
- पासपोर्ट की प्रति- निवास के देश का साक्ष्य
- पैन कॉपी
- टीआरसी - कर आवास प्रमाणपत्र, जिसे भारत के बाहर ऐसे अन्य देश से प्राप्त किया गया है जो अनिवासी पॉलिसीधारक के न्यायाधिकार कर कार्यालय से प्राप्त किया गया है।
- पॉलिसीधारक की ओर से उसके निवास की स्थिति और निवास की स्थिति के संबंध में पॉलिसीधारक की ओर से घोषणा
- पता- भारतीय और साथ ही विदेशी
बैंक नाम, शाखा और नाम और पता

कृपया ध्यान दें:

- * उपरोक्त सभी दस्तावेज/ब्यौरा जीवन बीमा पॉलिसी के अंतर्गत भुगतान के प्राप्तकर्ता के नाम में होने चाहिए। यह प्रस्तावक, जीवन बीमाकृत, या लाभभोगी हो सकता है।
- * उपरोक्त मानक दस्तावेज हैं जिनकी आवश्यकता है। निवास के देश और कर कानून के लागू होने के अनुसार, अतिरिक्त आवश्यकताएं हो सकती हैं, क्योंकि टीडीएस प्रमाणपत्र और सीए प्रमाणपत्र हर मामले में अलग अलग होंगे।
- * पैन नम्बर उपलब्ध न होने की स्थिति में, टीडीएस 30% तक हो सकता है। इसलिए ग्राहक के लिए पैन कार्ड की प्रति प्रदान करना लाभदायक होगा।
- * अनिवासी पॉलिसीधारक की स्थिति में, भारतीयों के लिए धारा 194 डीए के अंतर्गत उपलब्ध 100000/- रुपये की उच्चतम सीमा लागू नहीं होती है।
- * अनिवासी व्यक्ति के लिए भुगतान के प्रसंस्करण में समस्त अपेक्षित जानकारी की प्राप्ति की तारीख से 6-9 दिन का समय लगेगा। इसलिए, पॉलिसीधारक को समयसीमा के भीतर दस्तावेज के प्रबंधन के बारे में समय के बारे में सूचित किया जाना चाहिए।

घोषणा और प्राधिकार

मैं _____ पॉलिसी के धारक के रूप में यह घोषणा और अभिपुष्टि करता/करती हूं कि अनुरोध प्रपत्र में दिए गए ब्यौरे सत्य और सही हैं, जबकि मौजूदा अनुरोध पर केवल तभी कार्यवाही की जाएगी जब बीमा कम्पनी के लिए यथापेक्षित समस्त जानकारी /दस्तावेजों को प्रस्तुत कर दिया जाएगा और कम्पनी द्वारा उन्हें प्राप्त कर लिया जाता है।

मैं/हम एतद्वारा यह घोषित करता/करती/करते हैं कि उपरोक्त ब्यौरे के अनुसार इस पॉलिसी के नियमों और शर्तों को परिवर्तित किया जा सकता है जिसमें यह समझ और समझौता निहित है कि इस अनुरोध की एक प्रति उक्त पॉलिसी के साथ संलग्न की जाएगी और उसका हिस्सा बनेगी।

मैं एगोन लाइफ इंश्योरेंस कम्पनी लिमिटेड (बीमा कम्पनी) की क्षतिपूर्ति करने पर सहमत हूं यदि मेरे द्वारा किसी गलत / अशुद्ध पॉलिसी लाभ को प्राप्त किया जाता है।

अस्वीकरण

अनुरोध को एनएवी एप्लीकेशन से संबंधित आईआरडीआई के लागू दिशानिर्देशों के अनुरोध कार्यवाही की जाएगी।

“फार्मेट की विषय-सामग्री को समझने से संबंधित किसी असहमति की स्थिति में, आईआरडीआई परिपत्र संख्या: आईआरडीआई/लाइफ/लाइफ काउंसिल/2013/73 दिनांक 29 अप्रैल 2014 के अनुसार हिन्दी/ अंग्रेजी में मुद्रित फार्मेट (जैसी भी स्थिति हो) को लागू माना जाएगा।”