

पॉलिसी पृष्ठांकन प्रपत्र

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

प्रीमियम बारम्बारता में परिवर्तन *

मासिक: (केवल ईसीएस मोड)	<input type="checkbox"/>
अर्धवार्षिक:	<input type="checkbox"/>
वार्षिक:	<input type="checkbox"/>
त्रैमासिक:	<input type="checkbox"/>

प्रीमियम भुगतान विधि में परिवर्तन

ईसीएस	<input type="checkbox"/> ऑफ्ट आउट
-------	-----------------------------------

नामिति को शामिल करना (फाइलिंग के लिए अधिकतम ५ नामिति विकल्प पत्रक उपबलध होने चाहिए)

में _____ (पॉलिसी धारक) एतदद्वारा निम्नलिखित व्यक्ति(यों) को अपने नामिति के रूप में नामित करता/करती हूँ जो मेरी मृत्यु की स्थिति में इस पॉलिसी द्वारा सुरक्षित धनराशि को प्राप्त करेंगा (करेंगे) ताकि कंपनी की ओर से वैध उन्मोचन किया जा सके:

नाम	जन्मतिथि	बीमाकृत के साथ रिश्ता	संचार का पता

नियुक्त व्यक्ति का ब्यौरा

केवल तभी भरा जाए जब नामिति अवयस्क है

में एतदद्वारा निम्नलिखित व्यक्ति को ऐसे व्यक्ति के रूप में नियुक्त करता/करती हूँ जो मेरी मृत्यु होने की स्थिति में, नामिति के अवयस्क होने की अवधि के दौरान पॉलिसी द्वारा सुरक्षित धनराशि को प्राप्त करेगा/करेगी। उपरोक्त नियुक्ति की सहमति स्वरूप में यहां नीचे हस्ताक्षर करता/करती हूँ:

नाम	जन्मतिथि	बीमाकृत व्यक्ति के साथ रिश्ता	संचार पता

पॉलिसी धारक के हस्ताक्षर : _____

नियुक्त व्यक्ति के हस्ताक्षर : _____

तारीख:

D	D	M	M	Y	Y	Y	Y
---	---	---	---	---	---	---	---

स्थान: _____

टॉप अप

राशि (रूपये) _____
डीडी/ चैक नम्बर . _____
नोट: सिवाए आईमैक्स को छोड़कर, सभी उत्पादों के लिए न्यूनतम टॉप राशि 5000/- रूपये है। आईमेक्स की स्थिति में यह 10,000/- रूपये है। *50,000/- या अधिक के लिए कृपया अपने पैन कार्ड की प्रति उपलब्ध कराएं।

 फंड स्विच/ प्रीमियम रिडायरेक्शन

(कृपया प्रत्येक पॉलिसी के लिए अलग अनुरोध प्रपत्र का प्रयोग करें और कृपया अनुरोध प्रपत्र को हमारी स्थानीय शाखा कार्यालय में प्रस्तुत करें)

शाखा का नाम: _____
शाखा में प्राप्त करने की तारीख: _____
प्राप्तकर्ता: _____ समय: _____

फंड स्विच

मैं अनुरोध करना चाहूंगा/चाहूंगी कि मेरी उपरोक्त पॉलिसी संख्या के लिए मौजूदा फंड को निम्नानुसार अनुपातिक रूप से निवेश कर दिया जाए:

प्रतिशत (कुल=100%)	से (मौजूदा फंड का नाम)	को (वांछित फंड का नाम)

प्रीमियम रिडायरेक्शन

मैं यह अनुरोध करना चाहूंगा/चाहूंगी कि उपरोक्त उल्लिखित पॉलिसी संख्या के भावी प्रीमियमों को निम्नलिखित अनुपात में निवेश किया जाए:

प्रतिशत (कुल=100%)	(वांछित फंड का नाम)

मैं पुष्टि करता/करती हूँ कि मैंने इस आवेदन को प्रस्तुत करने से पहले सभी संबंधित पॉलिसी उपबन्धों* को पढ़ और समझ लिया है।

पालिसीधारक के हस्ताक्षर: _____

दिनांक:

D	D	M	M	Y	Y	Y	Y
---	---	---	---	---	---	---	---

स्थल: _____

समनुदेशिती के हस्ताक्षर
(यदि पॉलिसी को समनुदेशित किया जाता है)

घोषणा और प्राधिकार

मैं/हम अनुरोध करता/करते है/हैं कि इस पॉलिसी के नियम और शर्तों को उक्त ब्यौरे के अनुसार परिवर्तित किया जाए जिसमें यह समझ और समझौता शामिल है कि इस अनुरोध की एक प्रति को उक्त पॉलिसी के साथ संलग्न किया जाएगा और इसे उसका हिस्सा माना जाएगा।

मैं/हम समझता/समझते है/हैं कि (i) कम्पनी द्वारा इस आवेदन पर कोई कार्यवाही नहीं की जा सकेगी, यदि मैं /हम कम्पनी द्वारा अनुरोध की गई कोई और अधिक जानकारी को प्रदान करने में असमर्थ रहता /रहते हूँ/हैं, और (ii) मुझे /हमें, मेरे /हमारे बारे में कम्पनी द्वारा धारित किसी व्यक्तिगत जानकारी को तक पहुंच प्राप्त करने और किसी गलती को ठीक करने का अनुरोध करने का अधिकार है।

अस्वीकरण

अनुरोध पर एनएवी एप्लीकेशन के संबंध में लागू आईआरडीएआई दिशानिर्देशों के अनुसार कार्यवाही की जाएगी।

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

किसी भी अनुरोध को मान्य और प्रभावी तब तक नहीं माना जाएगा जब तक कि उसे एगोन लाइफ इंश्योरेंस कम्पनी लिमिटेड (यहां के बाद "कम्पनी" के रूप में उल्लिखित) को बीमाकृत व्यक्ति के जीवनकाल में प्राप्त नहीं किया जाता है और उसे अंततः कम्पनी द्वारा स्वीकार नहीं कर लिया जाता है। इस प्रपत्र की एजेन्ट द्वारा जारी रसीद/अभिस्वीकृति कम्पनी द्वारा जारी रसीद /अभिस्वीकृति नहीं होगी (नोट)।