

ગ્રૂપ પોલિસીઓ માટે પોલિસી સરેન્ડર કરવાનું ફોર્મ

ફક્ત કાર્યાલયના ઉપયોગ માટે જ /

પ્રાપ્તિકર્તા

.....

હસ્તાક્ષર

.....

રસીદની તારીખ અને સમય

માસ્ટર પોલિસીનો નં.:

અને

COI નં.

કૃપા કરી આપના બેંક ખાતાની તાજેતરની વિગતો અમને પૂરી પાડો.

પોલિસી સરેન્ડર કરવી

હું, _____, મારી ઉપર ઉલ્લેખિત પોલિસીને
અહીં જણાવેલ કારણોસર _____ સરેન્ડર કરવા માંગું છું.

આથી હું આપને લાગુ થતી સરેન્ડર વેલ્યુ (સોંપણી-મૂલ્ય) પરત કરવાની વિનંતી કરું છું. હું આ ફોર્મ સાથે વીમાનું મૂળ પ્રમાણપત્ર પણ બીડી રહ્યો છું.

લોન બંધ કર્યાની તારીખ: _____ (GLPP અને ગ્રૂપ સીક્યોરના કિસ્સામાં ભરવું અનિવાર્ય)

આ ફોર્મ સાથે અનિવાર્ય દસ્તાવેજ તરીકે વીમા કંપની દ્વારા જારી કરવામાં આવેલ વીમાનું મૂળ પ્રમાણપત્ર બીડવું જરૂરી છે.

સભ્ય જો તેના/તેણીના ખાતામાં ડાયરેક્ટ ટ્રાન્સફર મેળવવા માંગતા હોય તો, તેમની ખાતાની વિગતો આપવી જરૂરી છે:

માસ્ટર પોલિસી નં. GL000001 અને GL000002, હેઠળ સરેન્ડરની વિનંતી કર્યાના કિસ્સામાં સંબંધિત ચેનલના ખાતાની વિગતો જરૂરી છે.

ખાતા નંબર:
બેંકનું નામ:
શાખાની વિગતો:
IFSC કોડ:
PAN ક્રમાંક:

વીમો ઉતરાવનાર સભ્યનું નામ

તારીખ

--

--

વીમો ઉતરાવનાર સભ્યના હસ્તાક્ષર/અંગૂઠાની છાપ

બેંકના અધિકૃત હસ્તાક્ષરકર્તાની સહી સાથે બેંકનો સિક્કો (અનિવાર્ય)

નોંધ: કૃપા કરીને આપની વિનંતીને સંબંધિત બેંકની શાખા મારફતે મોકલો.

આ ફોર્મમાં જો માતૃભાષામાં હસ્તાક્ષર કરવામાં આવ્યાં હોય/અંગૂઠાની છાપ લગાવવામાં આવી હોય તો, જાહેરનામું:

આથી હું અહીં જાહેર કરું છું કે, મેં આ ફોર્મનું લખાણ પોલિસીધારક શ્રી/શ્રીમતી/સુશ્રી _____ ને
_____ ભાષામાં સમજાવી છે અને પોલિસીધારકે આ લખાણને સંપૂર્ણપણે સમજી લીધું બાદ મારી હાજરીમાં
અંગૂઠાની છાપ લગાવી છે/અંગ્રેજી સિવાયની ભાષામાં હસ્તાક્ષર કર્યાં છે.

ઉદ્દેશ્યકર્તાનું નામ _____ હસ્તાક્ષર _____ તારીખ _____ સ્થળ _____

વીમાકરણના મૂલ્યાંકન, દાવાની તપાસ/પતાવટ, KYCનું પ્રમાણીકરણ, પોલિસી સર્વિસિંગના હેતુ અને તેના જેવા અન્ય હેતુઓ માટે હું/અમે મારી/અમારી KYCની વિગતો (i) સરકારી અને/અથવા નિયમનકારી સત્તા, (ii) ઇન્શ્યોરન્સ રીપોઝિટરી (iii) CERSAI/UIDAI (iv) પુનર્વામા કંપની/શ્રૂપ કંપનીઓ/હોસ્પિટલ અથવા નૈદાનિક કેન્દ્રો/અન્ય વીમા કંપનીઓ અથવા થર્ડ પાર્ટીઓ પાસેથી માંગવા/સંગ્રહિત કરવા/તેમની સાથે આદાનપ્રદાન કરવા કંપનીને અધિકૃત કરું છું/કરીએ છીએ.

સૂચના અને અસ્વીકરણ:

- કૃપા કરીને ફક્ત ગુજરાતીમાં વિગતો ભરો.
- અર્થઘટન કરવામાં કોઈ વિસંગતીના કિસ્સામાં આ દસ્તાવેજની અંગ્રેજી આવૃત્તિ માન્ય ગણાશે.
- ડિજિટાઇઝેશનની એપ મારફતે જો વિનંતી સ્વીકારવામાં આવી હોય તો મૂળ ફોર્મ ગ્રાહકને પરત કરવામાં આવશે.

કેનેરા એચએસબીસી ઓરિએન્ટલ બેંક ઓફ કોમર્સ લાઇફ ઇન્શ્યોરન્સ કંપની લિમિટેડ, (આઈઆરડીએઆઈ રજિ. નં. 136) પોલિસી સર્વિસિંગ વિભાગ બીજા માળ, ઓર્કિડ બિઝનેસ પાર્ક, સેક્ટર-48, સોહના રોડ, ગુરૂગ્રામ-122018, હરિયાણા, ભારત, રજિસ્ટર્ડ ઓફિસ: યુનિટ નં. 208, 2જો માળ, ક્યુનજંગા બિલ્ડીંગ, 18 બારાખંબા રોડ, નવી દિલ્હી-110001, કોર્પોરેટ ઓળખ નંબર : U66010DL2007PLC248825. કોલ કરો: 1800-103-0003/1800-180-0003/+91 0124 4535099 (ફેક્સ)/ઈ-મેઇલ: customerservice@canarahsbclife.in, વેબસાઇટ : www.canarahsbclife.com.