

ग्रुप पॉलिसियों के लिए सरेंडर फॉर्म

केवल कार्यालय उपयोग हेतु/

प्राप्तकर्ता

हस्ताक्षर

प्राप्ति की तिथि और समय

मास्टर पॉलिसी संख्या:

और

COI संख्या

कृपया अपना नवीनतम बैंक खाता विवरण हमारे पास अद्यतन कराएं।

पॉलिसी सरेंडर करना

मैं, _____ अपनी ऊपर उल्लिखित
पॉलिसी निम्नलिखित कारणों से सरेंडर करना चाहता/चाहती हूँ

मैं एतद्वारा अनुरोध करता हूँ कि यथा लागू सरेंडर मूल्यों का भुगतान किया जाए। मैं इस फॉर्म के साथ इंश्योरेंस का मूल सर्टिफिकेट भी संलग्न कर रहा/रही हूँ।

ऋण बंद होने की तारीख: _____ (GLPP एवं ग्रुप सिक्योर के मामले में भरना अनिवार्य है)

इंश्योरेंस कंपनी द्वारा जारी इंश्योरेंस का मूल सर्टिफिकेट इस फॉर्म के साथ अनिवार्य दस्तावेज के रूप में संलग्न किया जाना अनिवार्य है।

यदि सदस्य अपने खाते में डायरेक्ट ट्रांसफर कराने का इच्छुक हो तो सदस्य का खाता विवरण चाहिए:

मास्टर पॉलिसी संख्या- GL000001 & GL000002, के अंतर्गत सरेंडर के अनुरोध की स्थिति में संबंधित चैनल के खाते के विवरण की आवश्यकता होगी।

खाता संख्या :

बैंक का नाम :

शाखा का विवरण :

IFSC कोड :

PAN नं.:

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |

बीमित व्यक्ति का नाम

| |
|--|
| |
|--|

बीमित सदस्य के हस्ताक्षर/अंगूठे का निशान

दिनांक

| |
|--|
| |
|--|

बैंक की मुहर सहित अधिकृत हस्ताक्षरकर्ता के हस्ताक्षर (अनिवार्य)

टिप्पणी: कृपया अपना अनुरोध संबंधित बैंक शाखा के माध्यम से भेजें।

यदि इस फॉर्म पर स्थानीय भाषा में हस्ताक्षर किए जाते हैं/अंगूठा लगाया जाता है तो घोषणा:

मैं एतद्वारा घोषणा करता हूँ कि मैंने इस फॉर्म की विषय-वस्तु पॉलिसीधारक श्री/श्रीमती/सुश्री _____ को _____ भाषा में समझा दी है और यह कि पॉलिसीधारक ने इस विषयवस्तु को पूरी तरह से समझने के बाद मेरी मौजूदगी में अंगूठे का निशान लगाया है/अंग्रेजी के अलावा किसी अन्य भाषा में हस्ताक्षर किए हैं।

घोषणा करने वाले का नाम _____ हस्ताक्षर _____ तारीख _____ स्थान _____

मैं/हम कंपनी को अंडरराइटिंग मूल्यांकन, दावा अन्वेषण/निपटान, केवाईसी प्रमाणीकरण, पॉलिसी सर्विसिंग प्रयोजन और इस प्रकार के प्रयोजनों के लिए अपने केवाईसी विवरण फॉर्म को (i) सरकारी और/अथवा नियामक प्राधिकरण, (ii) इंश्योरेंस रिपोजिटरीज (iii) सीईआरएसएआई/यूआईडीएआई (iv) रीडिशोरर्स/गुप कंपनी/हॉस्पिटल अथवा निदान केंद्रों/अथवा तीसरे पक्षों से मांगने/स्टोर करने अथवा/और शेयर करने के लिए अधिकृत करता हूँ/करते हैं।

निर्देश एवं अस्वीकरण:

- कृपया विवरण केवल हिन्दी में भरें।
- विषय-वस्तु की व्याख्या करते समय किसी भी प्रकार की असहमति की स्थिति में, अंग्रेजी संस्करण मान्य होगा।
- डिस्ट्रीब्यूटर ऐप के माध्यम से अनुरोध लिए जाने की स्थिति में मूल फॉर्म को वापिस ग्राहक को प्रस्तुत कर दिया जाए।

कैनरा एचएसबीसी ओरियंटल बैंक ऑफ कॉमर्स लाइफ इंश्योरेंस कंपनी लिमिटेड (आईआरडीएआई पंजी. सं. 136), पॉलिसी सर्विसेज डिपार्टमेंट दूसरी मंजिल, ऑर्किड बिजनेस पार्क, सेक्टर- 48, सोहना रोड, गुरुग्राम-122018, हरियाणा, भारत। पंजीकृत कार्यालय: यूनिट नं. 208, दूसरी मंजिल, कंचनजंगा बिल्डिंग, 18 बाराखंबा रोड, नई दिल्ली-110001, कॉर्पोरेट पहचान संख्या- U66010DL2007PLC248825, फोन नंबर: 1800-103-0003 / 1800-180-0003/ +91 0124 4535099 (फैक्स)/ईमेल: customerservice@canarahsbclife.in, वेबसाइट: www.canarahsbclife.com