



PSA000101

પોલિસી/અરજી નંબર

તારીખ

ફક્ત કાર્યાલયના ઉપયોગ માટે જ

આમના દ્વારા પ્રાપ્ત થયેલ છે \_\_\_\_\_

સહી

(કૃપા કરીને ઉપરના કર્મચારી  બેંક કર્મચારી  નામ અને હોદ્દાનો ઉલ્લેખ કરો)

પ્રાપ્ત કર્યાની તારીખ અને સમય/ \_\_\_\_\_

વિનંતીનો નિકાલ કર્યાની તારીખ અને સમય \_\_\_\_\_

પ્રાપ્ત  
કર્યાનો સ્ટેમ્પ

\*કૃપા કરીને તમારી નવનિતમ બેંક એકાઉન્ટ વિગતો અપડેટ કરો.\*

## સંપર્કની વિગતોમાં ફેરફાર

① મોબાઇલ ☎ ઘરનો ફોન નં. જો તમે ઇચ્છતા હોવ કે ભાવિ સંચાર માટે અમે ઉપરોક્ત ઉલ્લેખિત સંપર્ક નંબર પર તમારો સંપર્ક કરીએ, તો કૃપા કરીને આ બોક્સને ટિક કરો. 

✉ ઈમેલ \_\_\_\_\_

સીકેવાયસી નં. A) વીમાકૃત રકમમાં વધારો કરવા માટેની વિનંતી શું તમે યુ.એસ.માં રહીને વિનંતી કરી રહ્યા છો.  હા  નહીં(પસંદ કરેલી યોજનાઓ માટે વિકલ્પ ઉપલબ્ધ છે. આગામી પોલિસી વર્ષગાંઠથી ફેરફારો પ્રભાવમાં આવશે. (કૃપયા તમારી પોલિસીના નિયમો અને શરતોનો સંદર્ભ લો.)  
હું (પોલિસીધારક) આપને ઉપરોક્ત ઉલ્લેખિત પોલિસી માટે મારી વીમાકૃત રકમને વધારીને \_\_\_\_\_ કરવા માટે વિનંતી કરું છુંB) પોલિસીના રીવાઇવલ માટેની વિનંતી હું (પોલિસીધારક) આપને મારી ઉપરોક્ત ઉલ્લેખિત પોલિસીને રીવાઇવ કરવાની વિનંતી કરું છું કે જે મુદત વીતી જવાથી રદ થયેલી છે. હું \_\_\_\_\_  
રકમની ચુકવણી કરી દીધી હોવાની પુષ્ટિ કરું છું, (કૃપા કરીને જેના દ્વારા ચુકવણી થાય છે તે ચેક/ડીડીની વિગતોનો ઉલ્લેખ કરો) \_\_\_\_\_કૃપા કરીને યોગ્ય બોક્સ પર ટિક કરીને પોલિસી રીવાઇવલ/વીમાકૃત રકમમાં વધારો કરવા બદલ "જીવન વીમાદાર" માટેના નીચે આપેલા પ્રશ્ન પૂર્ણ કરો.  
(જો તમારી પોલિસી પ્રીમિયમ ફંડિંગ લાભ/પ્રીમિયમ જતું કરવાનો વિકલ્પ ધરાવતી હોય, તો એક અલગથી ફોર્મ સબમિટ કરવાની જરૂર પડશે).

- શું પ્રસ્તાવની તારીખ અને આ જાહેરાત કર્યાની તારીખ દરમિયાન તમારા ધંધા-રોજગારમાં કોઈ ફેરફાર થયો છે?  હા  નહીં
- શું પ્રસ્તાવની તારીખ અને આ જાહેરાત કર્યાની તારીખ દરમિયાન તમારા નિવાસી દરજ્જામાં કોઈ ફેરફાર થયો છે?  હા  નહીં
- શું તમે કોઈ અન્ય જીવન વીમા પોલિસીઓ માટે અરજી કરી છે અથવા તમારા જીવન પરની મુદત વીતી જવાથી રદ થયેલી પોલિસીના રીવાઇવલ માટે કોઈપણ પ્રસ્તાવ/વિનંતીને ક્યારેય મુલતવી રાખવામાં આવેલ છે, નકારવામાં આવેલ છે, પાછા ખેંચી લેવામાં આવેલ છે અથવા વધારાના પ્રીમિયમ પર સ્વીકારવામાં આવેલ છે, કે તમે ક્યારેય કેનેરા એચએસબીસી ઓરિએન્ટલ બેંક ઓફ કોમર્સ લાઇફ ઇન્શ્યોરન્સ કંપની લિમિટેડ અથવા કોઈપણ અન્ય જીવન વીમા કંપની દ્વારાના મૂળ પ્રસ્તાવની તારીખ પછી જીવન/સ્વાસ્થ્ય વીમા હેઠળ કોઈ દાવો કરેલો છે?

પ્રસ્તાવ એટલે આ પોલિસી જારી કરવા માટે કરવામાં આવેલી અરજી.

જો ઉપર આપેલા પ્રશ્નમાંથી કોઈની પણ સામે "હા" ચિહ્નિત કરવામાં આવે, તો તેવા કિસ્સામાં કૃપા કરીને નવા ધંધા-રોજગારનો પ્રકાર; જીવન વીમા પોલિસીઓની વિગતો (જારી કર્યાનું વર્ષ, જીવન વીમા કંપનીનું નામ, વીમાકૃત રકમ, વાર્ષિક આવક, રાઇડર જો કોઈ હોય તો, સ્વીકૃતિ શરતો (માનક/વધારાના પ્રીમિયમ સ્વીકારાયેલ); નિવાસી દરજ્જામાં ફેરફાર માટે નવું સરનામું વગેરે જેવી સંપૂર્ણ વિગતોને આપતું એક વધારાનું પત્રક જોડો.

## સ્વાસ્થ્ય જાહેરાત

- શું મૂળ પ્રસ્તાવની તારીખ અને આ જાહેરાત કર્યાની તારીખ દરમિયાન તમારા સ્વાસ્થ્યમાં કોઈપણ ફેરફાર થયો છે?  હા  નહીં
- શું તમે વાહકાપવાળી શસ્ત્રક્રિયા માટે કોઈપણ ડોક્ટર સાથે સલાહમસલત કરેલ છે અથવા કોઈપણ વિકાર માટે હોસ્પિટલમાં દાખલ થયેલા છો અથવા કોઈપણ તબીબી તપાસ/સારવાર/પરામર્શ કરાવવા માટે સલાહ મેળવેલી છે/અથવા સામાન્ય ઉઘરસ, શરદી, ફ્લૂ સિવાય કોઈપણ તબીબી સ્થિતિ માટે કોઈપણ પુનરાવર્તિત સ્થિતિ/લક્ષણો ધરાવો છો?
- શું તમારી નીચે આપેલી સ્થિતિઓમાંથી કોઈપણ માટે ક્યારેય તપાસ/સારવાર કરવામાં આવેલી છે અથવા તેનું નિદાન કરવામાં આવેલું છે?
 

ભારે માનસિક તાણ/ હાઈ બ્લડ પ્રેશર	<input type="checkbox"/> હા <input type="checkbox"/> નહીં	છાતીમાં દુખાવો/હૃદય રોગનો હુમલો	<input type="checkbox"/> હા <input type="checkbox"/> નહીં
હૃદયથી સંબંધિત બીજી કોઈ બીમારી/સમસ્યાઓ	<input type="checkbox"/> હા <input type="checkbox"/> નહીં	એચઆઈવીનો ચેપ/એડ્સ અથવા એચઆઈવી માટે સકારાત્મક પરીક્ષક	<input type="checkbox"/> હા <input type="checkbox"/> નહીં
ડાયાબીટીસ/રક્તમાં શર્કરાનું ઊંચું પ્રમાણ/પેશાબમાં શર્કરા	<input type="checkbox"/> હા <input type="checkbox"/> નહીં	મજ્જાતંતુ સંબંધિત, સાઇકોએટ્રિક અથવા માનસિક વિકાર	<input type="checkbox"/> હા <input type="checkbox"/> નહીં
આઘાત/લકવો	<input type="checkbox"/> હા <input type="checkbox"/> નહીં	ક્ષયરોગ અથવા ફેફસાં સંબંધિત કોઈપણ બીજી બીમારી	<input type="checkbox"/> હા <input type="checkbox"/> નહીં
લીવર સંબંધિત સમસ્યાઓ/કમળો/હીપેટાઇટિસ બી અથવા સી	<input type="checkbox"/> હા <input type="checkbox"/> નહીં	કિડની સમસ્યાઓ અથવા પ્રજનન અંગો સંબંધિત બીમારી	<input type="checkbox"/> હા <input type="checkbox"/> નહીં
કેન્સર/ગાંઠ અથવા વૃદ્ધિ/કોઈપણ પ્રકારનો ફોલો	<input type="checkbox"/> હા <input type="checkbox"/> નહીં	રક્તનો વિકાર (જેમ કે હીમોફિલિયા, થેલેસીમિયા)	<input type="checkbox"/> હા <input type="checkbox"/> નહીં
- શું તમે રદ થયાની તારીખથી રીવાઇવલ કરવા માટેની આ અરજીની તારીખ સુધીમાં કોઈપણ અકસ્માત કે ઈજાનો ભોગ બન્યા છો?  હા  નહીં
- જો ઉપર આપેલા 1 થી 7માંથી કોઈપણ પ્રશ્ન માટે પ્રતિસાદ હા હોય, તો કૃપા કરીને નીચે વિગતો પ્રદાન કરો અથવા નીચે આપ્યા સમાન સ્વરૂપમાં એક અલગથી પત્રક જોડો (જો જરૂરત પડે તો), જે યોગ્ય રીતે સહી કરેલું હોવું જોઈએ.



PSA000101

ઘટના/નિદાન થયાની તારીખ	નિદાન	પૂર્ણ કરાયેલી તપાસો	સારવારની વિગતો	ડોક્ટર/હોસ્પિટલનું નામ, સરનામું અને સંપર્ક નંબર	વર્તમાન સ્થિતિ (વર્તમાનમાં જે પણ દવા લેતા હોય તે સહિત)

9. કૃપા કરીને 5માં ઉલ્લેખ કરેલા મુજબ અહેવાલો/રજા આપ્યાના સારાંશની નકલો જોડો.
10. શું તમે રદ થયાની તારીખથી આ અરજીની તારીખ સુધીમાં સ્વાસ્થ્ય સંબંધી કારણોને લીધે 7 દિવસથી વધુની સતત સમયાવધિ માટે કાર્યથી  હા  નહીં દૂર રહ્યા છો? જો હા, તો કૃપા કરીને વિગતો પ્રદાન કરો
11. શું તમે હમણાં ગર્ભવતી છો? (ફક્ત મહિલાઓ માટે જ લાગુ)  હા  નહીં  
જો હા હોય, તો સપ્તાહમાં સમયાવધિ \_\_\_\_\_

## પોલિસી રીવાઇવલ/વીમાકૃત રકમમાં વધારો કરવા માટેનું ફોર્મ

હું/અમે જાહેર કરું છું/કરીએ છીએ કે મેં/અમોએ પ્રશ્નોના પ્રકારને અને આવા પ્રશ્નોના જવાબ આપતી વખતે તમામ માહિતી જાહેર કરવાના મહત્વને પૂર્ણપણે સમજી લીધા પછી આ ફોર્મમાં પ્રશ્નોના જવાબ આપ્યા છે. હું/અમે વધુમાં જાહેર કરું છું/કરીએ છીએ કે આ ફોર્મમાં મારા/અમારા દ્વારા આપવામાં આવેલા જવાબો તમામ દૃષ્ટિએ સાચા અને સંપૂર્ણ છે અને તે એ કે મેં/અમે કોઈપણ મહત્વની માહિતી છુપાવી રાખી નથી કે કોઈપણ હકીકતને દબાવી રાખી નથી.

હું/અમે વધુમાં જાહેર કરું છું/કરીએ છીએ કે આ પોલિસી રીવાઇવલ/વીમાકૃત રકમમાં વધારો કરવા માટેનું ફોર્મ વીમાના કરારનો આધાર હશે અને જો આ ફોર્મ કોઈપણ અસત્ય વિધાન ધરાવતું હશે, તો કંપનીને જે ચૂકવવાપાત્ર હોઈ શકે છે એવા લાભોમાં પરિવર્તન કરવાનો અધિકાર રહેશે અને વધુમાં જો કોઈ મહત્વની હકીકત જાહેર કરવામાં આવી નહીં હોય, તો પોલિસીને રદબાતલ ગણવામાં આવી શકે છે અને પોલિસી હેઠળ ચૂકવવામાં આવેલા તમામ પ્રીમિયમ કંપની દ્વારા જપ્ત કરી દેવામાં આવી શકે છે.

જો જીવન વીમાદાર પોલિસીના રીવાઇવલના એક વર્ષની અંતર્ગત કોઈપણ કારણસર આત્મહત્યા કરે છે, તો આ પોલિસી હેઠળ અવસાન વિશે સૂચિત કરવામાં આવ્યાની તારીખ રોજના ફંડ મૂલ્ય સિવાય અન્ય કોઈ લાભો ચૂકવવાપાત્ર રહેશે નહીં.

મારી પોલિસી હેઠળ જોખમનું મૂલ્યાંકન કરવા અને તેના પછી કોઈપણ સમયે તેમ કરવા કંપનીને સક્ષમ કરવા માટે, હું અહીં મારા ભૂતપૂર્વ અને વર્તમાનમાંના નિયોક્તા/નિયોક્તાઓના ડોક્ટર/હોસ્પિટલ/કોઈપણ જીવન અને બિન-જીવન વીમા કંપની/કે સંસ્થા અથવા જીવન વીમા સંગઠનના તબીબી નોંધપત્રકોને કંપનીને રિલીઝ કરવાની તથા કંપની દ્વારા તે કોઈપણ તબીબી સ્ત્રોત/ કોઈપણ જીવન અને બિન-જીવન વીમા કંપની/અથવા જીવન વીમા સંગઠનના તબીબી નોંધપત્રકોને સરકારી અધિકારીઓને, આવી વિગતો અને આવા મારા રોજગાર/વ્યવસાયના રેકોર્ડ કે અન્ય વિગતો જેમ જેમ આવશ્યક હોય તેમ/સંગત ગણવામાં આવે ત્યારે રિલીઝ કરવા અધિકૃત કરું છું. હું કંપની અથવા તેના એજન્ટોને રીવાઇવલ/વીમાકૃત રકમમાં વધારો કરવા માટે મારી પોલિસીની આકારણી કરવા તબીબી પરીક્ષણો હાથ ધરવાની મારી સંમતિ આપું છું. હું સમજું છું કે આમાં એચઆઈવી એન્ટિબોડીઝ સહિત લોહીના પરીક્ષણો સામેલ હોઈ શકે છે. હું જાહેર કરું છું કે કંપની દ્વારા તબીબી રૂપે તપાસવામાં આવતા, કંપની દ્વારા અધિકૃત તબીબી પરીક્ષકને આપેલા તથા કંપની દ્વારા પ્રદાન કરાયેલ પ્રશ્નાવલિઓમાંના જવાબોને વિધાનોના તેમ જ આ અરજીમાં આપેલા જવાબોના ભાગ તરીકે ગણવામાં આવશે. હું સમજું છું/અમે સમજીએ છીએ કે જ્યાં સુધી આ અરજીની કંપની દ્વારાની લેખિત સ્વીકૃતિ પ્રાપ્ત ન થાય ત્યાં સુધી મારી/અમારી પોલિસીને રીવાઇવલ/ વીમાકૃત રકમમાં વધારો કરવા માટે ધ્યાનમાં લેવામાં આવશે નહીં. કૃપા કરીને નોંધ કરો કે પોલિસી રીવાઇવલ/વીમાકૃત રકમમાં વધારો કરવાનું ફોર્મ જીવન વીમાદાર અને પોલિસીધારક એમ બન્ને દ્વારા સહી કરેલું હોવું જોઈએ.

હું/અમે અન્ડરરહિટિંગ મૂલ્યાંકન માટે, દાવાની તપાસ/પતાવટ, KYC પ્રમાણીકરણ, પોલિસી સર્વિસિંગ હેતુ અને તેના જેવા હેતુઓ માટે કંપનીને મારી કેવાયસી ની વિગતો (i) સરકારી અને/અથવા નિયમનકારી સત્તાધિકારી (ii) વીમા રિપોઝિટરીઝ (iii) સીઈઆરએસએઆઇ/યુઆઇડીએઆઇ (iv) રીઇન્શ્યુર્સ/ગ્રુપ કંપનીઓ/હોસ્પિટલ અથવા નિદાન કેન્દ્રો/અન્ય વીમા કંપનીઓ અથવા ત્રીજા પક્ષકારો પાસેથી/સાથે વિગતોને શેર કરવા અને/અથવા માંગવા/ સંગ્રહિત કરવા માટે અધિકૃત કરું છું/કરીએ છીએ.

જીવન વીમાદારનું નામ

જીવન વીમાદારની સહી/અંગૂઠાની છાપ  
(મૂળ સહીમાં ફેરફાર થયો હોવાના કિસ્સામાં, સૂચનાઓના  
અનુભાગમાં મુદ્દા નં. 7નો સંદર્ભ લો)

પોલિસી ધારક/અસાઇનીનું નામ

(પોલિસી સંપૂર્ણપણે અસાઇન કરી હોવાના કિસ્સામાં અસાઇનીની વિગતો આવશ્યક)

પોલિસી ધારક/અસાઇનીની સહી/અંગૂઠાની છાપ

તારીખ DD / MM / YYYY  
(અનિવાર્ય)

સ્થળ \_\_\_\_\_  
(અનિવાર્ય)



PSA000101

ઇલેક્ટ્રિક મોડ દ્વારા ચુકવણી

હું અહીં આપને નીચે પૂરી પાડેલી વિગતો મુજબ મારા બેંક એકાઉન્ટને અપડેટ કરવાની વિનંતી કરું છું

બેંક એકાઉન્ટ ધારકનું નામ:

બેંકનું નામ:

બેંકની શાખાનું સરનામું:



બેંક એકાઉન્ટનો પ્રકાર:

 બચત

 ચાલુ

(શું પસંદ કરેલ એકાઉન્ટ એનઆરઈ છે: હા  નહીં )

એનઆરઈ એકાઉન્ટના કિસ્સામાં, કાં તો જો ગ્રાહક તેના સંપૂર્ણ નાણાંને એનઆરઈ એકાઉન્ટમાં જમા કરાવવા માંગતા હોય અથવા જો નાણાંને એનઆરઈ અને એનઆરઓ એકાઉન્ટની વચ્ચે વિભાજિત કરવાના હોય, તો પોલિસી તરફ ચુકવવામાં આવતા પ્રત્યેક પ્રીમિયમ માટે ગ્રાહક પાસેથી પ્રીમિયમની રકમનો સ્ત્રોત મેળવવામાં આવે તે અનિવાર્ય છે.)

બેંક એકાઉન્ટ નંબર:

એમઆઈસીઆર કોડ:

(તમારી ચેક બુક પર ઉપલબ્ધ 9 અંકનો નંબર. જો રદ કરેલા ચેકની નકલ પર ઉપલબ્ધ 9 અંકનો નંબર '000 થી પ્રારંભ થતો હોય, તો સાચો કોડ પ્રદાન કરવો આવશ્યક છે)

આઈએફએસસી કોડ:

(તમારી ચેક બુક પર ઉપલબ્ધ 11 અંકનો નંબર; જો રદ કરેલા ચેક પર આ પ્રિન્ટ કરેલો ન હોય, તો તેવા કિસ્સામાં બેંક દ્વારા પ્રમાણિત કરેલો હોવો આવશ્યક છે)

પેન કાર્ડ નંબર:

(પેન કાર્ડની સ્વ-પ્રમાણિત નકલની સાથોસાથ આને પ્રદાન કરવું અનિવાર્ય\*)

\*નાણાં ખરડા 2014માં રજૂ કરાયેલી નવી કલમ 194DA મુજબ, અધિનિયમની કલમ 10 (10D) હેઠળ મુક્તિ મેળવેલ નહીં હોય એવા વ્યવહારો માટેના કરવેરા કપાત બદલ પેન કાર્ડની વિગતો આવશ્યક છે. જો પેનની વિગતો પ્રદાન કરવામાં આવતી નથી, તો તે 20%ના વધુ ઉચ્ચ દરે કરવેરા કપાતને પાત્ર રહેશે.

નિવાસી દરજ્જો<sup>1</sup>

 નિવાસી

 બિન-નિવાસી

નિવાસસ્થાન જ્યાં આવેલું હોય તે દેશ: .....

(બિન-નિવાસી દરજ્જા બદલ પ્રદાન કરવું અનિવાર્ય અને નિવાસસ્થાન જ્યાં આવેલું હોય તે દેશના આધારે વધુ દસ્તાવેજની માંગણી/આવશ્યકતા થઈ શકે છે)

આ ફોર્મની સાથોસાથ સબમિટ કરવામાં આવેલા દસ્તાવેજોની સૂચી (લાગુ થયા મુજબ ટિક કરો)

‘રદ કરેલા’ ચેકની એક નકલ

(એકાઉન્ટ નંબર અને એકાઉન્ટ ધારકનું નામ ‘પ્રિન્ટ થયેલું’ હોવું જોઈએ)

પાસબુકની સ્વ-પ્રમાણિત નકલ

(એકાઉન્ટ નંબર અને એકાઉન્ટ ધારકનું નામ પાસબુક પર ‘પ્રિન્ટ થયેલું’ હોવું જોઈએ)

અથવા

બેંક સ્ટેટમેન્ટની સ્વ-પ્રમાણિત નકલ

(એનઆરઈ ચુકવણીમાં અનિવાર્ય; એનઆરઈ એકાઉન્ટમાંથી ચુકવવામાં આવેલા પ્રીમિયમના વ્યવહારોને પ્રતિબિંબિત કરતું સ્ટેટમેન્ટ)

- હું અહીં જાહેર કરું છું કે પૂરી પાડવામાં આવેલી બેંક એકાઉન્ટની વિગતો તમામ દૃષ્ટિએ સાચી, યોગ્ય અને સંપૂર્ણ છે.
- હું સમજું છું અને સંમત થાઉં છું કે આ ફોર્મના સબમિશનનો અર્થ વિનંતી સ્વીકારી લેવામાં આવશે એવો થતો નથી.
- જો અપૂર્ણ અથવા અયોગ્ય માહિતીને લીધે કોઈપણ કાણોસર વ્યવહાર વિલંબિત થાય છે અથવા તે જરાય પણ પ્રભાવમાં આવ્યો નથી, તો હું કોઈપણ રીતે કંપનીને જવાબદાર માનીશ નહીં.
- હું સમજું છું અને સંમત થાઉં છું કે, કોઈપણ સંજોગોમાં કે જ્યાં ઇલેક્ટ્રિક ચુકવણી શક્ય નથી, કંપની કોઈપણ વૈકલ્પિક ચુકવણી વિકલ્પનો ઉપયોગ કરવાનો અધિકાર અનામત રાખે છે.

પ્રાદેશિક ભાષામાં ઘોષણા (જો આ ફોર્મમાં પ્રાદેશિક ભાષામાં સહી કરેલ હોય/અંગૂઠો લગાવેલ હોય તો ભરવું)

પ્રસ્તાવકર્તા જ્યારે નિરક્ષિત છે અથવા એવી વિકલાંગતાથી પીડાતા હોય કે જેના લીધે લખવું પ્રતિબંધિત છે અથવા પ્રસ્તાવકર્તાએ પ્રાદેશિક ભાષામાં જાહેરનામાં પર સહી કરી હોય ત્યારે લાગુ. જો આ જાહેરનામું લાગુ થાય છે અને પરિપૂર્ણ કરવામાં આવતું નથી, તો અમે આ વિનંતી ફોર્મને નામંજૂર કરવા માટે ફરજરૂપ થઈશું. નોંધ: બેંકના કર્મચારી અથવા કંપનીના પ્રતિનિધિ સિવાયની કોઈ વ્યક્તિ દ્વારા આ જાહેર થયેલું હોવું આવશ્યક છે.

હું અહીં જાહેર કરું છું કે મેં આ ફોર્મની સામગ્રીઓને પોલિસીધારક શ્રી/શ્રીમતી/કુ\_\_\_\_\_ને \_\_\_\_\_ને

ભાષામાં સમજાવી છે અને તે એ કે પોલિસીધારકે તેમાંના સમાવિષ્ટોને પૂર્ણપણે સમજ્યા પછી મારી હાજરીમાં અંગૂઠાની છાપ લગાવી/અંગ્રેજી સિવાયની અન્ય ભાષામાં સહી કરી છે.

તારીખ: \_\_\_\_\_

સ્થળ: \_\_\_\_\_ ઘોષણા કરનારનું નામ \_\_\_\_\_ ઘોષણા કરનારની સહી \_\_\_\_\_



PSA000101

સૂચના અને અસ્વીકરણ:

1. અમે રીવાઇવલ/વીમાકૃત રકમમાં વધારો કરવા માટેની તમારી વિનંતી પર વિચાર કરીએ તે માટે ફોર્મ તમામ દૃષ્ટિએ પૂર્ણ રીતે ભરેલું હોવું જોઈએ.
2. અમારી કંપનીના કાર્યાલયો પૈકી કોઈપણ ખાતે આ ફોર્મ પ્રાપ્ત થવા પર, વિનંતીઓ પર પ્રક્રિયાકરણ કરવાનું પ્રારંભ કરવામાં આવશે. અમારી કંપનીના કાર્યાલયો પૈકી કોઈપણ ખાતે આ ફોર્મ પ્રાપ્ત થવા પર, સ્વીકૃતિ કાપતી તમને મોકલવામાં આવશે. કૃપા કરીને ભાવિ સંદર્ભ માટે એ સ્વીકૃતિ કાપતીને જાળવી રાખજો.
3. કંપની યોગ્ય નિર્ણય લેવાનો અધિકાર અનામત રાખે છે અને પોલિસી કદાચ સુધારેલા નિયમો અને શરતો પર રીવાઇવ થઈ શકે છે અથવા કંપનીની માર્ગદર્શિકા મુજબ તેને નકારવામાં કે મુલતવી રાખવામાં આવી શકે છે.
4. આ અરજી ફોર્મ સિવાય, જો આવશ્યક હોય, તો જીવન વીમાદારે કંપની દ્વારા નિર્દિષ્ટ નિદાન કેન્દ્ર ખાતે તેના/તેણીના પોતાના ખર્ચે અમુક તબીબી પરીક્ષણો પણ કરાવવા પડી શકે છે. રીવાઇવલ/વીમાકૃત રકમમાં વધારો કરવા માટેની અરજી પરના કંપનીના નિર્ણયને ધ્યાનમાં લીધા વિના, કંપની દ્વારા આવા તબીબી ખર્ચનું રિફંડ આપવામાં આવશે નહીં.
5. જો પોલિસી કોઈ યુનિટ લિંક્ડ પ્લાન છે, તો મોજૂદ ફંડ ફાળવણી અનુસાર યુનિટ ખરીદવામાં આવશે. વ્યાજ (જો કોઈ હોય, તો)ની સાથોસાથ તમામ બાકી પ્રીમિયમની પ્રાપ્તિની તારીખ એનએવીની પ્રભાવિત તારીખ અથવા રીવાઇવલ અરજી પરના અન્ડરરાઇટિંગ નિર્ણય માટેની તારીખ, જે પણ પછીથી હોય તે હશે. વ્યવસાયના દિવસોએ બપોરે 3.00 વાગ્યા પહેલાં પ્રાપ્ત થયેલી વિનંતી માટે, તે જ દિવસની એનએવી લાગુ થશે. જો બપોરે 3.00 વાગ્યા પછી પ્રાપ્ત થઈ હોય, તો તમામ આવશ્યકતાઓ પૂર્ણ થઈ હોવાની શરતે આગલા વ્યવસાય દિવસની લાગુ થશે.
6. ઓટો વેસ્ટિંગ કલમની બદલામાં, જો જીવન વીમાદાર પુખ્ત વયના હોય, તો નીચે ઉલ્લેખ કરાયેલા દસ્તાવેજ/દસ્તાવેજોમાંની નમૂના સહીને મેળવ્યા પછી વિનંતી પર પ્રક્રિયા કરવામાં આવશે.
7. સહીઓ ફેરફાર થવાના કિસ્સામાં, કૃપયા નીચે આપેલી વધારાની આવશ્યકતા/આવશ્યકતાઓ પૂરી પાડો:
  - આવશ્યક પોલિસી સર્વિસિંગ ફોર્મ સી (તેમાં જૂની અને નવી સહી સામેલ કરેલી હોવી જોઈએ)
  - સહીનો સહાયક પુરાવો-પેન કાર્ડ/પાસપોર્ટ/ડ્રાઇવિંગ લાઇસન્સ/તમે જેમાં એકાઉન્ટ ધરાવતા હોય તે બેંક દ્વારા અધિકૃત સહી કે જે નિયુક્ત સત્તાધિકારી દ્વારા યોગ્ય રીતે પ્રમાણિત કરવામાં આવેલી હોય
- a) મૂળ દસ્તાવેજ/દસ્તાવેજોની નકલોને પ્રમાણિત કરવા માટે નિયુક્ત સત્તાધિકારી
  - ભારત સરકાર દ્વારા નિર્દિષ્ટ કર્યા મુજબનો રાજપત્રિત અધિકારી/અમારી કંપનીના અધિકૃત કરાયેલા કર્મચારીઓ (અમારા કોર્પોરેટ એજન્ટ સહિત) / રાષ્ટ્રીયકૃત બેંકના શાખા સંચાલક.
8. ટોપ-અપ, વીમાકૃત રકમમાં વધારો કે ઘટાડો કરવાની, ફંડ્સ (ફંડ સ્વિચ અને રીડાયરેક્શન સહિત)માં ફેરફારો, પોલિસીઓના રીવાઇવલની વિનંતીઓ, એવી કોઈપણ વિનંતીઓ કે જેના પરિણામે ગ્રાહક જ્યારે યુ.એસ.માં હોય ત્યારે પ્રીમિયમ કે પોલિસીની સુવિધામાં ફેરફાર થાય છે તેના પર પ્રતિબંધો છે. અમે લાગુ પડતા યુ.એસ. કાયદાના આધારે કોઈપણ અન્ય પોલિસી સર્વિસિંગની વિનંતીઓને પ્રતિબંધિત કરવાનો અધિકાર અનામત રાખીએ છીએ. કૃપા કરીને વધુ માહિતી માટે અમારા કોલ સેન્ટરનો સંપર્ક કરો.
9. ઉત્પાદન વિશિષ્ટ વિનંતીઓ/ફંડની ફક્ત ત્યારે જ પરવાનગી મળશે, જો તે પોલિસીના જે-તે સંબંધિત નિયમો અને શરતો હેઠળ લાગુ હોય છે. કૃપા કરીને વિગતો માટે પોલિસીના નિયમો અને શરતોનો સંદર્ભ લો. વધારાના દસ્તાવેજોકરણ માટે ફોર્મ અમારી વેબસાઇટ પરથી ડાઉનલોડ કરી શકાશે.
10. તમારી પોલિસીની ઓન-લાઇન સર્વિસિંગ મેળવવા માટેના વિવિધ વિકલ્પોના ફાયદા ઉઠાવવા માટે હમણાં જ અમારી વેબસાઇટ પર નોંધણી કરાવો.
11. ડિસ્ટ્રિબ્યુટર એપ્લિકેશન દ્વારા વિનંતી લેવામાં આવી હોવાના કિસ્સામાં, મૂળ ફોર્મ ગ્રાહકને પાછું સબમિટ કરવામાં આવશે.
12. કૃપયા ફોર્મ ફક્ત ગુજરાતી માં ભરો.
13. ભાષાનું અર્થઘટન કરવામાં કોઈપણ મતભેદ હોવાના કિસ્સામાં, અંગ્રેજી સંસ્કરણ માનવામાં આવશે.

કેનેરા એચએસબીસી ઓરિએન્ટલ બેંક ઓફ કોમર્સ લાઇફ ઇન્શ્યોરન્સ કંપની લિમિટેડ (IRDAI Regn. No. 136)

રજિસ્ટર્ડ ઓફિસ: યુનિટ નં. 208, 2જો માળ, કંચનજગા બિલ્ડિંગ, 18 બારાખમ્બા રોડ, નવી દિલ્હી - 110001

કોર્પોરેટ ઓફિસ: 2જો માળ, ઓર્ચિડ બિઝનેસ પાર્ક, સેક્ટર- 48, સોહના રોડ, ગુડગ્રામ - 122018, હરિયાણા, ભારત

કોર્પોરેટ ઓળખાણ નં.: U66010DL2007PLC248825



1800-103-0003/1800-180-0003 (BSNL/MTNL) પર ટોલ-ફ્રી કોલ કરો



અમને customerservice@canarahsbclife.in પર ઈમેલ કરો



9779030003 પર એસએમએસ કરો



અમારી વેબસાઇટ www.canarahsbclife.com પર અમારી મુલાકાત લો