



पॉलिसी/आवेदन संख्या

दिनांक / /

केवल कार्यालयीन उपयोग के लिए

प्राप्तकर्ता

हस्ताक्षर

(कृपया उपरोक्त कर्मचारी का उल्लेख करें बैंक कर्मचारी नाम एवं पदनाम)

प्राप्ति दिनांक एवं समय/

अनुरोध प्रेषण दिनांक एवं समय

प्राप्तकर्ता
का स्टैम्प

कृपया हमें अपने नवीनतम बैंक खाते की जानकारी दें.

संपर्क जानकारी में परिवर्तन (स्वयं-प्रमाणित मान्य साक्ष्य जमा कराना अनिवार्य है)¹

(कृपया जो भी लागू हो उसे चुनें)

कार्यालय

वर्तमान

स्थायी

नए पते को संचार के पते के रूप में अद्यतित करें?

हां नहीं

अद्यतन इसके लिए लागू पॉलिसी धारक बीमित व्यक्ति नामांकित व्यक्ति

नियुक्त व्यक्ति अभिहस्तांकित (असाइनी)

पता

शहर राज्य

**देश पिन कोड

① *मोबाइल

☎ घर का फोन नंबर

यदि आप चाहते हैं कि हम भविष्य में संचार के उद्देश्य से उपरोक्त संपर्क नंबर पर आपसे संपर्क करें, तो कृपया यह बॉक्स चुनें.

✉ *ईमेल.

सीकेवायसी सं.

*जानकारी अनिवार्य रूप से भरी जानी चाहिए.

**यदि देश भारत न हो, तो कृपया हमारी वेबसाइट पर उपलब्ध एफएटीसीए/सीआरएस प्रश्नावली भरकर जमा करें.

हस्ताक्षर में परिवर्तन

में, पत्नी/पुत्री/पुत्र निवासी
एतदद्वारा

सत्यनिष्ठा से पुष्टि करती/करता हूं और एतद् अंतर्गत घोषणा करती/करता हूं:-

1. मैं कथन करती/करता हूं कि मैं केनरा एचएसबीसी ओरिएंटल बैंक ऑफ कॉमर्स लाइफ इंश्योरेंस कंपनी लिमिटेड में उपरोक्त उल्लिखित आवेदन/पॉलिसी संख्या की/का पॉलिसी धारक /अभिहस्तांतरिती (असाइनी) हूं.
2. मैं कथन करती/करता हूं कि यहां उल्लिखित मेरा नाम और पता सही है.
3. मैं एतदद्वारा पुष्टि करती/करता हूं कि मैंने अपने हस्ताक्षर में परिवर्तन किए हैं और मुझे भविष्य में अपने सभी संचार के लिए आपके दस्तावेजों में अपने हस्ताक्षर अद्यतित करना है.

पुराने हस्ताक्षर
(कृपया बॉक्स के भीतर हस्ताक्षर करें)

नए हस्ताक्षर
(कृपया बॉक्स के भीतर हस्ताक्षर करें)

पॉलिसी धारक / अभिहस्तांतरिती (असाइनी) का नाम

दिनांक / /

मैं इसके साथ अपने हस्ताक्षर में परिवर्तन के साक्ष्य का (के) दस्तावेज जमा कर रही/रहा हूं.

जिस बैंक में मेरा खाता है उसके द्वारा पृष्ठांकित हस्ताक्षर का नमूना

/ स्वयं-प्रमाणित पहचान पत्र की प्रतिलिपि (जैसे कि पासपोर्ट, ड्राइविंग लाइसेंस, पैन कार्ड, मतदाता परिचय पत्र, आदि)

मैं एतदद्वारा पुष्टि करती/करता हूं कि इस पत्र में दी गई जानकारी सत्य और सही है. अपने दस्तावेजों में मेरे हस्ताक्षर परिवर्तित करने के लिए आवश्यक कार्यवाही करें.

इसकी पुष्टि दिन माह को बजे की गई



पॉलिसी धारक के नमूना हस्ताक्षर

पॉलिसी धारक के हस्ताक्षर/अंगूठे का निशान

बैंक खाता जानकारी में परिवर्तन

मैं एतदद्वारा अनुरोध करती/करता हूँ कि नीचे दी गई जानकारी के अनुसार मेरे बैंक खाते को अद्यतित किया जाए

बैंक खाता धारक का नाम:

बैंक का नाम:

बैंक शाखा का पता:

बैंक खाते का प्रकार: बचत चालू

(क्या चयनित खाता एनआरई है : हां नहीं एनआरई खाते की स्थिति में, कृपया यह दिखाने के लिए सहायक दस्तावेज़ जमा करें कि पॉलिसी की प्रीमियम का पूरा भुगतान एनआरई खाते से किया गया था और हमारी वेबसाइट पर उपलब्ध एफएटीसीए/सीआरएस प्रश्नावली जमा करें।)

बैंक खाता संख्या:

एमआईसीआर कोड:

(आपकी चेक बुक पर दी गई 9 अंकों की संख्या, यदि रद्द किए गए चेक की प्रतिलिपि पर दी गई 9 अंकों की संख्या 000 से प्रारंभ होती है तो सही कोड दिया जाना आवश्यक है)

आईएफएससी कोड:

(आपकी चेक बुक पर दी गई 11 अंकों की संख्या, यदि रद्द किए गए चेक पर यह संख्या मुद्रित न हो तो बैंक के द्वारा पुष्टिकरण आवश्यक है)

पैन कार्ड संख्या:

इस फॉर्म के साथ जमा किए गए सहायक दस्तावेज़ों की सूची (जो भी लागू हो उसे के रूप में चुनें) /

'रद्द किए गए' चेक की प्रतिलिपि
(खाता संख्या और खाता धारक का नाम 'मुद्रित' होना चाहिए)

पासबुक की स्वयं-प्रमाणित प्रतिलिपि
(पासबुक पर खाता संख्या और खाता धारक का नाम 'मुद्रित' होना चाहिए)

या

बैंक विवरण की स्वयं-प्रमाणित प्रतिलिपि

(एनआरई भुगतान की स्थिति में अनिवार्य; विवरण में एनआरई खाते से भुगतान किए गए प्रीमियम के लेन-देन को दर्शाया गया है)

- मैं एतदद्वारा घोषणा करती/करता हूँ कि यहां दी गई बैंक खाते की जानकारी हर तरह से सत्य, सही और पूर्ण है।
- मैं समझती/समझता और सहमति देती/देता हूँ कि इस फॉर्म को जमा करने का मतलब यह नहीं है कि अनुरोध को स्वीकार कर लिया जाएगा।
- यदि अधूरी या गलत जानकारी के चलते किसी भी कारण से लेन-देन में विलंब होता है या वह बिल्कुल भी प्रभावी नहीं होता है, तो मैं कंपनी को किसी भी रूप में दोषी नहीं ठहराऊंगी/ठहराऊंगा।
- मैं समझती/समझता और सहमति देती/देता हूँ कि, ऐसी परिस्थितियों में जहां इलेक्ट्रॉनिक भुगतान संभव नहीं है, कंपनी को अधिकार है कि वह लागू कानूनों के अनुसार किसी भी वैकल्पिक भुगतान विकल्प का उपयोग करे।
- मैं/हम कंपनी को अधिकृत करती हूँ/करता हूँ/करते हैं कि वह जोखिम के आकलन, दावे की जांच-पड़ताल/निपटान, केवायसी प्रमाणीकरण, पॉलिसी सेवा के प्रयोजन और ऐसे अन्य प्रयोजनों के लिए (i) सरकारी और/या विनियामक प्राधिकरण, (ii) बीमा कोषों (iii) सीईआरएसएआई/यूआईडीएआई (iv) पुनर्बीमा/समूह कंपनियों/अस्पताल या निदान केंद्रों/अन्य बीमा कंपनियों या तृतीय पक्षों से मेरी केवायसी की जानकारी मांग सकती है/संग्रहित कर सकती है और/या साझा कर सकती है।

स्थानीय भाषा में घोषणा (तब भरा जाना चाहिए यदि इस फॉर्म पर स्थानीय भाषा में हस्ताक्षर किए गए हों/अंगूठे का निशान लगाया गया हो)

मैं एतदद्वारा घोषणा करती/करता हूँ कि मैंने श्री/श्रीमती/कु _____ को _____ भाषा में इस फॉर्म की जानकारी समझा दी है और यह कि पॉलिसी धारक ने इस फॉर्म की जानकारी को पूरी तरह से समझने के बाद मेरी उपस्थिति में अंगूठे का निशान लगाया है / अंग्रेज़ी के अलावा किसी अन्य भाषा में हस्ताक्षर किए हैं।

घोषणाकर्ता का नाम _____ घोषणाकर्ता के हस्ताक्षर _____ दिनांक _____ स्थान _____



निर्देश और अस्वीकरण:

- उत्पाद के हिसाब से खास अनुरोधों या फंड की अनुमति केवल तब होती है, जबकि ऐसा पॉलिसी के संगत नियमों और शर्तों के तहत लागू होता है. कृपया अधिक जानकारी के लिए पॉलिसी के नियम और शर्तें देखें. अतिरिक्त दस्तावेज के फॉर्मेट हमारी वेबसाइट से डाउनलोड किए जा सकते हैं.
- हमारी कंपनी के किसी भी कार्यालय पर इस फॉर्म की प्राप्ति पर अनुरोधों की प्रक्रिया प्रारंभ कर दी जाएगी.
- अपनी पॉलिसी के लिए ऑनलाइन सेवा के विभिन्न विकल्पों के लाभ पाने के लिए अभी हमारी वेबसाइट पर पंजीयन करें.
- डिस्ट्रीब्यूटर ऐप से अनुरोध मिलने पर ग्राहक को मूल फॉर्म वापस दे दिया जाएगा.
- कृपया फॉर्म केवल हिंदी में भरें.
- किसी भी तरह के भाषागत विरोध में, अंग्रेजी भाषा का संस्करण मान्य होगा.