

अंतरण/समनुदेशन के लिए फॉर्म

(यह दस्तावेज़ मूल पॉलिसी दस्तावेज़ के साथ पॉलिसी दस्तावेज़ के 'एंडॉर्समेंट शीट' पर या गैर-अदालती स्टैम्प पेपर पर प्रदान किया जाना चाहिए)

मैं, केनरा एचएसबीसी ओरियंटल बैंक ऑफ़ कॉमर्स लाइफ़ इंश्योरेंस कंपनी लिमिटेड ("**कंपनी**") की ओर से जारी की गई जीवन बीमा पॉलिसी ("**पॉलिसी**") सं. का धारक
एतद्वारा यहाँ बताई गई शर्तों के अनुसार अपनी पॉलिसी के अंतर्गत मेरे अधिकारों और लाभों को
श्री/सुश्री/श्रीमती ("**अंतरिती/समनुदेशिती**") को अंतरित/समनुदेशित करता/करती हूँ.

समनुदेशन का प्रकार (जो लागू हो उसे टिक करें) पूर्णतया सशर्त

अंतरण/ समनुदेशन के कारण (किसी एक को टिक करें) a) प्रेमवश; b) मूल्यवान प्रतिफल के बदले में और

रु. के c) अन्य

कृपया अपना हाल का बैंक खाता विवरण हमें दें.*

अंतरिती/समनुदेशिती का विवरण (अगर अंतरिती/समनुदेशिती कोई निगमित निकाय हो, तो अधिकृत व्यक्ति का विवरण देना होगा)

नाम

पिता का नाम/पति का नाम

पता

टेलीफोन नंबर

*ईमेल आईडी

*मोबाइल नंबर

जन्म दिनांक DD/MM/YYYY लिंग पुरुष महिला धूम्रपान करने वाले हाँ नहीं

शिक्षा शिक्षित प्राथमिक विद्यालय माध्यमिक विद्यालय स्नातक स्नातकोत्तर व्यवसायी

वैवाहिक स्थिति अविवाहित विवाहित विधवा/विधुर तलाकशुदा

समनुदेशिती का व्यवसाय पद नाम

कंपनी का नाम व्यवसाय/काम की प्रवृत्ति

राष्ट्रीयता भारतीय विदेशी

निवास की स्थिति निवासी **गैर निवासी पीआईओ

**निवास का देश (गैर-निवास स्थिति के लिए देना आवश्यक और निवास के देश के आधार पर अन्य दस्तावेज़ एकत्र किए जा सकते हैं/आवश्यक हो सकते हैं)

क्या आप अमेरिका से अनुरोध कर रहे हैं? हाँ नहीं

सीकेवायसी नं

*- विवरण भरना आवश्यक है.

** - अगर निवास स्थिति, गैर-निवासी या भारत के अतिरिक्त कोई और निवास देश है, तो कृपया हमारी वेबसाइट पर उपलब्ध एफएटीसीए/सीआरएस प्रश्नोत्तरी सबमिट करें.

समनुदेशिती का बैंक खाता विवरण

बैंक का नाम

बैंक शाखा का पता

बैंक खाता प्रकार बचत चालू (क्या चुना गया खाता एनआरई* है: हाँ नहीं)

बैंक खाता संख्या एमआईसीआर कोड

आईएफएससी कोड **पैन कार्ड संख्या

*एनआरई खाता होने की स्थिति में, कृपया हमारी वेबसाइट पर उपलब्ध एफएटीसीए/सीआरएस प्रश्नोत्तरी सबमिट करें.

**-विवरण भरना आवश्यक है.

अंतरण/समनुदेशन के लिए फॉर्म

(यह दस्तावेज़ मूल पॉलिसी दस्तावेज़ के साथ पॉलिसी दस्तावेज़ के 'एंडॉर्समेंट शीट' पर या गैर-अदालती स्टैम्प पेपर पर प्रदान किया जाना चाहिए)

('रद्द किए गए' चेक की प्रतिलिपि (जिस पर खाता संख्या /खाता धारक का नाम 'मुद्रित' हो) या पासबुक की स्वप्रमाणित प्रतिलिपि (जिस पर खाता संख्या /खाता धारक का नाम 'मुद्रित' हो) या स्व-प्रमाणित बैंक खाता ब्यौरा सबमिट करें. एनआरई भुगतान की स्थिति में, या तो एनआरई खाते से प्रीमियम के भुगतान लेन-देन को बताने वाला बैंक विवरण या बैंक की ओर से इस प्रभाव की घोषणा आवश्यक है)

अंतरणकर्ता/समनुदेशक के साथ अंतरिती/ समनुदेशिती का संबंध (रक्त संबंधी/जीवनसाथी/ऋणदाता को निर्दिष्ट करें): _____

पूर्व समनुदेशक/पिछले समनुदेशक (अगर पॉलिसी पहले समनुदेशित की जा चुकी है, तो लागू होगा):

नाम _____

राष्ट्रीयता _____ व्यवसाय _____ टेलीफोन नंबर _____

भविष्य की प्रीमियम समनुदेशिती द्वारा देय है

(ध्यान दें कि जब भविष्य की प्रीमियम का भुगतान अंतरिती/समनुदेशिती द्वारा किया जाता है, तो अंतरिती/समनुदेशिती को भुगतानकर्ता फॉर्म सहित आवश्यक दस्तावेज़ प्रदान करना होंगे)

हाँ नहीं

अंतरिती/समनुदेशिती के केवायसी के लिए सबमिट किए गए दस्तावेज़ों की सूची (उस स्थिति में जब समनुदेशिती कोई व्यक्ति हो, तो समनुदेशक को इस समनुदेशन फॉर्म के साथ समनुदेशन के केवायसी दस्तावेज़ सबमिट करना होंगे.)

पहचान का प्रमाण पासपोर्ट पैन कार्ड वोटर आईडी कार्ड अन्य _____

पता प्रमाण टेलीफोन बिल बिजली की बिल अन्य _____

आय का प्रमाण और/या वित्तीय स्रोतों का प्रमाण _____

(इस दस्तावेज़ के साथ सबमिट किए जाने वाले सभी समर्थित प्रमाण और दस्तावेज़ स्व-प्रमाणित होने के साथ ही भारत सरकार की ओर से निर्धारित राजपत्रित अधिकारी/हमारी कंपनी का अधिकृत कर्मचारी (हमारे कॉर्पोरेट एजेंट सहित)/ राष्ट्रीयकृत बैंक के शाखा प्रबंधक की ओर से भी प्रमाणित होने चाहिए.)

क्या अंतरिती/समनुदेशिती/अंतरिती/समनुदेशिती का नामिती राजनीतिक रूप से सक्रिय व्यक्ति हैं*?

हाँ नहीं

अगर हाँ, तो कृपया विवरण दें _____

[*राजनीतिक रूप से सक्रिय व्यक्ति (पीईपी) वे होते हैं, जो प्रमुख सार्वजनिक कार्यक्रमों में कार्यभार लेते हैं या ले चुके हैं, उदाहरण के लिए इनमें प्रमुख केंद्रीय मंत्री राज्य सरकार, वरिष्ठ राजनीतिज्ञ, वरिष्ठ सरकारी/न्यायिक सैन्य अधिकारी, राज्य के स्वामित्व वाली कॉर्पोरेशन के वरिष्ठ अधिकारी, महत्वपूर्ण राजनीतिक पार्टियों के अधिकारी और इन पदों पर रहे लोगों के सगे-संबंधी (जीवनसाथी, बच्चे, अभिभावक, भाई-बहन, ससुरालवाले और पीईपी के नज़दीक लोग) शामिल होते हैं.]

अंतरिती/समनुदेशिती का विवरण अगर समनुदेशन किसी व्यक्ति विशेष के पक्ष में है तो लागू और अनिवार्य होगा

नाम _____ अंतरिती/समनुदेशक के साथ नामिती का संबंध _____

नामिती का जन्म दिनांक _____ नामांकरण का प्रतिशत _____

नियुक्त व्यक्ति का नाम (नामिती के अवयस्क होने पर लागू होगा) _____

नामिती के साथ नियुक्त व्यक्ति का संबंध _____ नियुक्त व्यक्ति/अंतरिती के हस्ताक्षर _____

**अंतरिती/समनुदेशिती के स्वामित्व वाली पिछली जीवन बीमा पॉलिसियों का विवरण (उन पॉलिसियों सहित जो उनके नाम से समनुदेशित हैं)
[यदि आवश्यक हो, तो अतिरिक्त अनुलग्नकों का उपयोग किया जा सकता है]**

पॉलिसी संख्या/जीवन बीमा कंपनी जिसने पॉलिसी जारी की है	एकल/नियमित	वार्षिकीकृत प्रीमियम

अंतरणकर्ता/समनुदेशक और अंतरिती/समनुदेशिती की ओर से घोषणा

मैं समझता/समझती हूँ कि कंपनी की ओर से स्थानांतरण/समनुदेशन के इस दस्तावेज़ के प्राप्त होने के दिनांक से बीमा अधिनियम, 1938 (संशोधन के अनुसार) के खंड 38 के अंतर्गत सूचना के रूप में माना जाना चाहिए और यहाँ नामित अंतरिती/समनुदेशिती को पॉलिसी के अंतर्गत अंतरिती/समनुदेशिती के लाभ के अधीन माना जाए और लागू कानून के अनुसार अंतरण/समनुदेशन की दिनांक पर उन्हें सभी उत्तरदायित्व और निष्पक्षता के अधीन माना जाए, जिसके अधीन मैं था/थी. मैं आगे पुष्टि करता/करती हूँ कि मैं विवाहित महिला के संपत्ति अधिकार, 1874 के खंड 6 के अंतर्गत आने वाली पॉलिसी का अंतरण/समनुदेशन नहीं कर रहा/रही हूँ.

मैं घोषणा करता/करती हूँ कि मैं अपनी स्वयं की इच्छा से पॉलिसी को स्थानांतरित/समनुदेशित कर रहा/रही हूँ और पुष्टि करता/करती हूँ कि स्थानांतरण/समनुदेशन मेरे पॉलिसीधारक के हित, सार्वजनिक हित में प्रामाणिक है और व्यवसाय के उद्देश्य से नहीं है. मैं समझता/समझती हूँ कि किसी भी जानकारी के असत्य पाए जाने की स्थिति में कंपनी इस स्थानांतरण/समनुदेशन को अस्वीकार कर सकती है. मैं एतद्वारा कंपनी को अपने रिकॉर्ड में अंतरण/समनुदेशन को पंजीकृत करने के बाद अंतरिती/समनुदेशिती को पॉलिसी दस्तावेज़ भेजने और भविष्य में होने वाले सभी संचार अंतरणकर्ता/समनुदेशक और अंतरिती/समनुदेशिती दोनों को भेजने के लिए अधिकृत करता/करती हूँ.

मैं समझता/समझती हूँ कि सशर्त समनुदेशन की स्थिति में ऐसा होता है. मैं, समनुदेशिती के रूप में, पॉलिसी के अभ्यर्पण पर ऋण पाने का अधिकारी नहीं रहूँगा/रहूँगी. मैं एतद्वारा घोषणा करता/करती हूँ कि पॉलिसी के अंतर्गत अंतरणकर्ता/समनुदेशक को मिलने वाला लाभ मान्य और कंपनी के ओर से पर्याप्त रूप से मिलेगा.

मैं/हम कंपनी को मेरा/हमारे केवायसी विवरण जोखिम अंकन का मूल्यांकन करने, दावे की जाँच/निपटान करने, केवायसी प्रमाणन, पॉलिसी संबंधी सेवा देने के उद्देश्य और ऐसे दूसरे उद्देश्यों के लिए लेने/संग्रहित करने और/या (i) सरकारी और/या नियामक संस्था, (ii) बीमा संग्राहक (iii) सीईआरएएआई/यूआईडीएआई (iv) बीमाकर्ता/समूह कंपनियाँ/अस्पताल या नैदानिक केंद्र/अन्य बीमा कंपनियों या तृतीय पक्षों से/के साथ साझा करने के लिए अधिकृत करता/करती/करते हूँ/हैं.

अंतरणकर्ता/समनुदेशक के हस्ताक्षर/अंगूठे का निशान
नाम, पद और आधिकारिक सील (अगर समनुदेशिती कंपनी/बैंक है)

अंतरिती/समनुदेशिती के हस्ताक्षर/अंगूठे का निशान
नाम, पद और आधिकारिक सील (अगर समनुदेशिती कंपनी/बैंक है)

अंतरण/समनुदेशन के लिए फॉर्म

(यह दस्तावेज़ मूल पॉलिसी दस्तावेज़ के साथ पॉलिसी दस्तावेज़ के 'एंडॉर्समेंट शीट' पर या गैर-अदालती स्टैम्प पेपर पर प्रदान किया जाना चाहिए)

दिनांक / /

फॉर्म को मातृभाषा में हस्ताक्षरित किए जाने पर / अंगूठे का निशान लगाए जाने पर घोषणा

मैं एतद्वारा घोषणा करता/करती हूँ कि मैंने इस फॉर्म की सामग्री पॉलिसीधारक श्री/श्रीमती/सुश्री _____ को _____ भाषा में समझा दी है और यह कि पॉलिसीधारक ने इसकी सामग्री को अच्छी तरह से समझने के बाद मेरी उपस्थिति में अंगूठे का निशान लगाया/अंग्रेज़ी के अतिरिक्त किसी दूसरी भाषा में हस्ताक्षर किए हैं।

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

गवाह (कृपया ध्यान दें कि गवाह को वयस्क और अनुबंध के योग्य होना चाहिए)

अंतरणकर्ता/समनुदेशक और अंतरिती/समनुदेशिती इस दस्तावेज़ का पालन किया है और अंतरणकर्ता/समनुदेशक और अंतरिती/समनुदेशिती ने मेरी उपस्थिति में उपरोक्त बताई गई दिनांक और स्थान पर हस्ताक्षर किए हैं/अंगूठे का निशान लगाया है।

गवाह के हस्ताक्षर _____ पूरा नाम _____ गवाह का पता _____

दिनांक / /

निर्देश:

- आंशिक समनुदेशन की स्थिति में, कृपया आंशिक समनुदेशन दस्तावेज़ परिशिष्ट में पूरा विवरण दें।
- अगर आपकी पॉलिसी में ऑटो वेस्टिंग परिच्छेद लागू होता है और बीमित व्यक्ति वयस्क हो गया है, तो अनुरोध केवल निम्न दस्तावेज़ों में से किसी में उल्लिखित नमूना हस्ताक्षर प्रदान करने पर ही प्रोसेस किया जाएगा, पैन कार्ड/पासपोर्ट/डाइविंग लाइसेंस
- मैं इस बात को समझता/समझती हूँ और सहमत हूँ कि इस फॉर्म को सबमिट करने का तात्पर्य यह नहीं है कि अनुरोध स्वीकार कर लिया गया है।
- कृपया फॉर्म केवल हिंदी में भरें।
- भाषा को समझने में होने वाली किसी भी असहमति की स्थिति में, अंग्रेज़ी संस्करण माना जाएगा।
- टॉप-अप करने, बीमित राशि को बढ़ाने या कम करने, फंड में परिवर्तन करने (फंड स्विच और रीडायरेक्शन सहित), पॉलिसी का पुनःप्रवर्तन करने के अनुरोधों, ऐसा कोई भी अनुरोध जिससे प्रीमियम या पॉलिसी सुविधा में बदलाव हो, जबकि ग्राहक अमेरिका में हो, को लेकर प्रतिबंध हैं। हम लागू अमेरिकी कानूनों के आधार पर किसी भी अन्य पॉलिसी सर्विसिंग अनुरोध को प्रतिबंधित करने का अधिकार सुरक्षित रखते हैं। कृपया आगे की जानकारी के लिए हमारे कॉल सेंटर से संपर्क करें।

पृष्ठ 4 में से 4

पॉलिसी/आवेदन संख्या

/ /

केवल कार्यालयीन उपयोग हेतु

इसके द्वारा प्राप्त किया गया _____

हस्ताक्षर

(कृपया उपरोक्त कर्मचारी के बारे में उल्लिखित करें) बैंक स्टाफ नाम और पद)

रसीद का दिनांक और समय _____

अनुरोध भेजने का दिनांक और समय _____

प्राप्त होने का स्टैम्प

केनरा एचएसबीसी ओरियंटल बैंक ऑफ़ कॉमर्स लाइफ़ इंश्योरेंस कंपनी लिमिटेड (IRDAI Regn. No. 136), पॉलिसी सर्विसिंग डिपार्टमेंट दूसरी मंज़िल, ऑफ़िस बिज़नेस पार्क, सेक्टर-48, सोहना रोड, गुरुग्राम- 122018, हरियाणा, भारत पंजीयन कार्यालय : यूनिट नं. 208, दूसरी मंज़िल, कंचनजंघा बिल्डिंग, 18 बाराखंबा रोड, नई दिल्ली - 110 001, कॉर्पोरेट पहचान सं.- U66010DL2007PLC248825, फ़ोन नंबर 1800-180-0003, 1800-103-0003(टेली)/ +91 0124 4535099 (फैक्स) / ईमेल: customerservice@canarahsbclife.in, वेबसाइट : www.canarahsbclife.com.

पृष्ठ 4 में से 4