



PSA000101

पॉलिसी/ अर्ज क्रमांक

तारीख / /

फक्त कार्यालयीन कामाकरिता

यादवारे मिळाले

स्वाक्षरी

(कृपया वरील कर्मचाऱ्याचा उल्लेख करा बँक कर्मचारी नाव आणि हुद्दा)

पोचपावतीची तारीख आणि वेळ/

विनंतीच्या माहितीपत्रकाची तारीख आणि वेळ

प्राप्त स्टॅम्प

कृपया आपल्या सध्याच्या बँकेतील खात्याचे तपशील आमच्यासोबत अद्यतनित करा.

संपर्क तपशीलामध्ये बदल

① मोबाईल

☎ घरचा फो.

जर आम्ही तुम्हाला वर दिलेल्या संपर्क क्रमांकावर संपर्क करावा असे वाटत असेल तर, भविष्यातील संप्रेषण हेतूसाठी कृपया रकान्यात टिक करा.

✉ ईमेल

सीकेवायसी नं.

A) विमा राशी वाढवण्यासाठी केलेली विनंती

जेव्हा तुम्ही आमच्यामध्ये असता तेव्हा तुम्ही विनंती करता. हो नाही

(निवडलेल्या प्लॅन्ससाठीच पर्याय उपलब्ध आहेत. बदल हे पॉलिसी वर्धापन दिनापासून परिणामकारक असतील. कृपया तुमच्या पॉलिसीच्या अटी आणि शर्ती पहा.) मी (पॉलिसीधारक) तुम्हाला विनंती करतो की, वरील उल्लेख केलेल्या पॉलिसीसाठी माझी हमी दिलेली विमा राशी वाढवा

B) पॉलिसीच्या पुनरुज्जीवनासाठी केलेली विनंती

मी (पॉलिसीधारक) तुम्हाला विनंती करतो की, माझी वरील उल्लिखित पॉलिसी पुन्हा चालू करा जी संपली आहे. मी रक्कम देय असल्याची पुष्टी करतो (कृपया ज्याद्वारे पेमेंट केले होते चेक/ डीडी च्या तपशीलाचा उल्लेख करा)

कृपया "जीवन विमासाठी" खालील प्रश्न पूर्ण करा तसेच पॉलिसीचे पुनरुज्जीवन/ विमा राशीमधील वाढीसाठी योग्य रकान्यात टिक करा. (आपल्या पॉलिसीमध्ये प्रीमियम फंडिंग बेनिफिट / प्रीमियम पर्यायाची माफी आहे, वेगळा फॉर्म भरणे आवश्यक आहे).

1. प्रस्ताव आणि या घोषणेची तारीख यांमध्ये तुमच्या व्यवसायात काही बदल झाला आहे का? हो नाही
2. प्रस्ताव आणि या घोषणेची तारीख यांमध्ये तुमच्या रहिवासी स्थितीत काही बदल झाला आहे का? हो नाही
3. तुम्ही आणखी कोणत्या जीवन विमा पॉलिसीसाठी अर्ज केला होता किंवा संपलेली पॉलिसी कधी स्थगित केली होती, नाकारली, मागे घेतली किंवा जास्तीच्या प्रीमियमला स्वीकारली किंवा कॅनरा एचएसबीसी बँक ऑफ कॉमर्स लाइफ इन्शुरन्स कंपनी लिमिटेड किंवा इतर लाइफ इन्शुरन्स कंपनी याद्वारे मूळ प्रस्तावाच्या तारखेला लाईफ/ हेल्थ इन्शुरन्स पॉलिसी अंतर्गत तुम्ही कधी दावा केला होता का? हो नाही

ही पॉलिसी जारी करण्यासाठी केलेला अर्ज म्हणजे प्रस्ताव.

उपरोक्त कोणत्याही प्रश्नांच्या संबंधित "होय" चिन्हांकित केले असल्यास कृपया संपूर्ण माहिती देणारे पत्रक जोडा जसे की; नवीन व्यवसायाचे स्वरूप, जीवन विमा पॉलिसीचे तपशील (जारी केलेले वर्ष, जीवन विमा कंपनीचे नाव, हमी दिलेली विमा राशी, वार्षिक उत्पन्न, कोणतेही अन्य रायडर असल्यास, स्वीकृती अटी (एसटीडी/ जास्तीच्या प्रीमियमला स्वीकारलेले); निवासी पत्यात बदल झालेला असल्यास नवीन पत्ता इ.

आरोग्य घोषणापत्र

4. प्रस्ताव आणि या घोषणेची तारीख यांमध्ये तुमच्या प्रकृतीमध्ये काही बदल झाला आहे का? हो नाही
 5. आपण शस्त्रक्रियेसाठी किंवा कोणत्याही विकारासाठी दाखल केले गेले आहेत किंवा सर्दी, ताप, खोकला याव्यतिरिक्त इतर आजारसाठी आपण वैद्यकीय चाचण्या/ उपचार/ किंवा कोणतीही आवर्ती वैद्यकीय स्थिती /लक्षणे यासाठी कोणत्या डॉक्टरचा सल्ला घेत आहात. हो नाही
 6. आपण कधी खाली दिलेल्या आजारांमधील कुठल्या आजारारवर तपासणी/ उपचार घेतले/ सल्ला/ किंवा केले आहे का? हो नाही
- | | | | |
|---|---|---|---|
| उच्च रक्तदाब/ उच्च रक्तदाब | <input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> नाही | छातीत दुखणे/ हृदयविकाराचा झटका | <input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> नाही |
| हृदयाचा कोणता आजार/ मधुमेहाची | <input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> नाही | एचआयव्हीची लागण/ एड्स किंवा एचआयव्ही | <input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> नाही |
| समस्या/ उच्च रक्त साखर/ मूत्रपिंडातील | <input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> नाही | नर्वससाठी सकारात्मक चाचणी, मानसोपचारतज्ञ किंवा | <input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> नाही |
| साखर स्ट्रोक/पक्षाघात | <input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> नाही | मानसिक विकार क्षय रोग किंवा फुफ्फुसाचा इतर आजार | <input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> नाही |
| यकृत समस्या/ कावीळ/ हिपॅटिटीस बी किंवा सी | <input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> नाही | मूत्रपिंड समस्या किंवा प्रजनन अवयवांचे आजार | <input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> नाही |
| कर्करोग/ गाठ किंवा वाढ, मूत्रशयाचा कुठलाही आजार | <input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> नाही | रक्त विकार (जसे की हेमोफिलिया, थॅलेसेमिया) | <input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> नाही |
7. विलंब झाल्यापासून पुनरुज्जीवनासाठी केलेल्या अर्जाच्या या तारखेपर्यंत तुमचा कधी अपघात झाला किंवा काही जखम झाली आहे का? हो नाही
 8. वर दिलेल्या 1 ते 7 प्रश्नांची उत्तरे "होय" असल्यास, कृपया खालील तपशील किंवा ज्यावर रीतसर स्वाक्षरी केली आहे असे समान स्वरूपाचे वेगळे पत्रक (आवश्यक असल्यास) संलग्न करा.



PSA000101

घटना/ निदान झाल्याची तारीख	निदान	तपासण्या पूर्ण झाल्या	उपचाराचे तपशील	वैद्य/ रुग्णालयाचे नाव, पत्ता आणि संपर्क क्रमांक	सद्यस्थिती (वर्तमान औषधांच्या समावेशासह)

9. कृपया 5 मध्ये दिल्याप्रमाणे अहवाल/ डिस्चार्ज सारांशच्या प्रती संलग्न करा.
10. विलंब झाल्यापासून पुनरुज्जीवनासाठी केलेल्या अर्जाच्या या तारखेपर्यंत तुम्ही 7 दिवसांपेक्षा जास्त दिवस प्रकृतीची समस्या असल्याने कामावर गेलेले नाही का? जर हे खरे असेल, तर कृपया तसे तपशील प्रदान करा हो नाही
11. तुम्ही आता गर्भवती आहात का? (फक्त स्त्रियांसाठी लागू) होय असल्यास कालावधी आठवड्यांमध्ये द्या हो नाही

पॉलिसी पुनरुज्जीवन/ हमी दिलेल्या विम्यामध्ये वाढ करण्यासाठीचा फॉर्म

या फॉर्ममध्ये विचारलेल्या सर्व प्रश्नांची उत्तरे मी/ आम्ही उत्तरे देताना प्रश्नांचे गांभीर्य आणि महत्त्व लक्षात ठेवून उत्तरे दिलेली आहेत असे मी/ आम्ही येथे नमूद करतो. माझ्या/ आमच्याद्वारे या फॉर्ममधील दिलेल्या सर्व प्रश्नांची उत्तरे योग्य आणि संपूर्ण असून मी/ आम्ही कोणतीही भौतिक माहिती किंवा तथ्य राखून ठेवलेली नाहीत असे मी/ आम्ही येथे नमूद करतो. मी/आम्ही पुढे घोषणा करतो की या पॉलिसीच्या फॉर्म मधील हमी दिलेल्या रकमेत वृद्धी/वाढ करणे हा देखील विम्याच्या करारनाम्याचा आधार असेल आणि या फॉर्ममध्ये कोणतेही असत्य विधान असल्यास, कंपनीने देणे असलेल्या लाभांमध्ये बदल करण्याचा अधिकार कंपनीकडे असेल तसेच आपण कंपनीस प्रदान करणे आवश्यक आहे अशी माहिती उघड न केल्यास, पॉलिसी अवैध मानली जाईल आणि पॉलिसी अंतर्गत दिलेले सर्व प्रीमियम कंपनीकडून परत मिळणार नाहीत.

पॉलिसीचे पुनरुज्जीवन पूर्ण होण्यापूर्वी एक वर्षाच्या आत पॉलिसी धारकाने जर, काही कारणास्तव आत्महत्या केली तर त्याच्या निधनाची तारीख नमूद केल्यावर मिळालेल्या फंडच्या व्यतिरिक्त कुठलेही फायदे मिळणार नाहीत.

कंपनीला माझ्या पॉलिसी अंतर्गत असलेल्या जोखमीचे मूल्यांकन यावेळी आणि त्यानंतर कधीही करू देण्यासाठी, मी माझ्या पूर्वीच्या आणि विद्यमान नियोक्ता(त्यांना डॉक्टर/रुग्णालये/कोणतीही विमा आणि जीवन विमा नसलेली कंपनी/किंवा संस्था किंवा जीवन विमा संघटना वैद्यकीय नोंदणीकर्ता यांना कंपनीस आणि कंपनीने कोणत्याही वैद्यकीय स्त्रोतास/कोणत्याही जीवन विमा आणि जीवन विमा नसलेल्या कंपनीस/ जीवन विमा संघटनेच्या वैद्यकीय नोंदणीकर्ता किंवा शासकीय अधिकारी यांना अशा प्रकारचे तपशील आणि माझ्या नोकरी/व्यवसायाच्या अशा प्रकारच्या नोंदी आवश्यकतेनुसार/संबंधित असतील असे वाटते तेव्हा प्रदान करण्यास अधिकृत करतो.हमी दिलेल्या विमा राशीचे पुनरुज्जीवन/ वाढ करण्यासाठी आवश्यक असणाऱ्या वैद्यकीय चाचण्या घेण्यासाठी मी कंपनी/ तिच्या एजंटला माझी संमती देत आहे. मला समजते या रक्ताच्या चाचणीत एचआयव्ही प्रतिपिंड चाचणीचा देखील समावेश असेल. कंपनीद्वारे केल्या जाणाऱ्या वैद्यकीय तपासणीची उत्तरे कंपनीच्या अधिकृत वैद्यकीय परीक्षकाला द्यायची आहेत आणि कंपनीद्वारे दिलेल्या प्रश्नावलीमध्ये विधानाचा भाग असल्याचे मानले जाईल आणि उत्तरे या अर्जात दिलेली आहेत. जोपर्यंत या अर्जाची लिखित स्वीकृती कंपनीकडून प्राप्त होत नाही तोपर्यंत माझी/ आपली पॉलिसी पुनरुज्जीवन/ हमी दिलेल्या विमा राशीमध्ये वाढ करण्यासाठी विचारात घेतली जाणार नाही. पॉलिसी पुनरुज्जीवन/ हमी दिलेल्या विमा राशीच्या फॉर्मवर लाईफ अॅश्युअर्ड आणि पॉलिसी धारकाची स्वाक्षरी असते कृपया हे लक्षात घ्या.

पॉलिसी सर्व्हिसिंग हेतू आणि अशा कारणास्तव मी/ आम्ही कंपनीला अधिकृत करतो की माझे केवायसी तपशील शोधा/ साठवा किंवा/ आणि (i) शासकीय आणि/ किंवा नियामक प्राधिकरण, (ii) विमा संग्रह (iii)सीईआरएसएआय/ युआयडीएआय (iv)पुर्नविवाहक/ गट कंपनी/ रुग्णालये किंवा निदान केंद्र/ इतर विमा कंपन्या किंवा तृतीय पक्षांना हमी देणे घेणे मुल्यांकनासाठी, दावा तपासणी/ ठराव, केवायसी प्रमाणीकरण, यापासून/ सोबत सामायिक करा.

विमा घेतलेल्या व्यक्तीचे नाव

स्वाक्षरी/ विमा घेतलेल्या व्यक्तीच्या अंगठ्याचा ठसा (जर मूळ स्वाक्षरीमध्ये बदल असल्यास, माहिती विभागातील मुद्दा क्र. 7 पहा)

पॉलिसी धारक/ अभिहस्तांकित्तीचे नाव
(पॉलिसीच्या संपूर्ण जबाबदारीच्या उपरोक्त अभिहस्तांकित्तीचे तपशील आवश्यक आहेत)

स्वाक्षरी/ पॉलिसी धारकाच्या अंगठ्याचा ठसा/ अभिहस्तांकित्ती

तारीख

DD / MM / YYYY

(आवश्यक)

ठिकाण

(आवश्यक)



PSA000101

इलेक्ट्रॉनिक मोडद्वारे पेआउट

खाली दिलेल्या माहितीप्रमाणे माझे बँक खाते अद्यतनित करा अशी मी विनंती करतो

बँक खाते धारकाचे नाव:

बँकचे नाव:

बँक शाखेचा पत्ता:

बँक खाते प्रकार:

(एनआरईने निवडलेले होते ते खाते:)

एनआरई खात्याच्या प्रकारात, पॉलिसीकडे भरलेल्या प्रत्येक प्रीमियमसाठी ग्राहकाकडून प्रीमियमचा स्रोत प्राप्त करणे आवश्यक आहे, जर ग्राहकाने त्याचे संपूर्ण पैसे एनआरई खात्यात जमा केले असतील तर त्याने एनआरई आणि एनआरओ खात्यांमध्ये पैसे विभाजीत करावेत.

बँक खाते क्रमांक:

एमआयसीआर कोड:

(9 आकडी क्रमांक तुमच्या चेकबुकवर उपलब्ध आहे. जर रद्द झालेल्या चेकच्या प्रतिवर 9 आकडी क्रमांकाची सुरुवात '000' पासून होत असेल तर योग्य कोड प्रदान केला जाईल.)

आयएफएस्सी कोड:

(जर रद्द झालेल्या चेकवर हे मुद्रति केलेले नसेल तर बँकेद्वारे प्रमाणन असलेला 11 आकडी क्रमांक तुमच्या चेकबुकवर उपलब्ध आहे)

पॅन कार्ड क्रमांक:

(पॅन कार्डच्या स्वसाक्षात्कृत प्रतिसह प्रदान करणे आवश्यक आहे)*

नवीन विभाग 194 डीएनुसार वित्त विधेयक 2014 मध्ये सादर केले, कर कपातीच्या व्यवहारांसाठी पॅन कार्डचे तपशील आवश्यक आहेत. जर पॅनकार्डचे तपशील प्रदान केले नसतील तर ते 20% च्या उच्च दराने कर कपात आकर्षित करेल.

निवासी स्थिती¹

निवासी देश:

(निवासी नसलेल्यांची स्थिती आणि निवासी देश यांवर अवलंबून असते त्यासंदर्भातील दस्तऐवज प्रदान करणे आवश्यक आहे)

या फॉर्मसोबत सबमिट केलेल्या समर्थन देणार्या दस्तऐवजांची सूची (लागू केले म्हणून टिक करा)

चेक 'रद्द' केल्याची प्रत

पासबुकची स्वसाक्षात्कृत प्रत

(खाते क्रमांक आणि खाते धारकाचे नाव 'मुद्रित' केलेले असावे)

(खाते क्रमांक आणि खाते धारकाचे नाव पासबुकवर 'मुद्रित' केलेले असावे)

किंवा

बँक स्टेटमेंटची स्वसाक्षात्कृत प्रत

(एनआरई पेमेंटमच्या उपरोक्त; एनआरई खात्याद्वारे भरलेल्या प्रीमियमचे व्यवहार दर्शविणारे विधान)

- मी अशा प्रकारे घोषित करतो की प्रस्तुत केलेले बँक खाते तपशील सर्व बाजूंनी सत्य, बरोबर आणि पूर्ण आहेत.
- मी हे समजू शकतो आणि सहमत आहे की हा फॉर्म जमा करणे म्हणजे विनंती स्वीकारली जाईल असा याचा अर्थ नाही.
- जर व्यवहारास विलंब झाला असेल आणि काही अपूर्ण, चूकीच्या माहितीमुळे ते पूर्ण झाले नाही, तर मी कंपनीला कोणत्याही प्रकारे जबाबदार धरणार नाही.
- मी हे समजू शकतो आणि सहमत आहे की काही परिस्थितीमध्ये इलेक्ट्रॉनिक देय पूर्ण झाले नाही, तर कंपनीला इतर कोणत्याही प्रकारे देय स्वीकारण्याचा अधिकार आहे.

वर्णनात्मक घोषणापत्र (जर या फॉर्ममध्ये वर्णनात्मक स्वाक्षरी केलेली असेल/ अंगठ्याचा ठसा उमटवला असेल)

जेव्हा प्रस्तावक अशिक्षित असेल किंवा अपंगत्वामुळे पीडित असेल तेव्हा ज्या लिखित स्वरूपावर मर्यादित आहे किंवा प्रस्तावकाने स्थानिक भाषेत स्वाक्षरी केली आहे. जर ही घोषणा लागू झाली आणि पूर्ण न झाल्यास आम्ही या विनंती फॉर्मची मर्यादा नाकारू शकतो. नोंद: बँकेच्या कर्मचार्यांव्यतिरिक्त किंवा कंपनीच्या प्रतिनिधीव्यतिरिक्त कोणासही घोषित केले जावे.

या फॉर्मची सर्व सामग्री पॉलिसीधारकासाठी आहे श्री/ श्रीमती/कुमारी _____

_____ भाषा आणि त्या पॉलिसीधारकाने अंगठ्याचा ठसा दिला असेल/इंग्रजी भाषेव्यतिरिक्त इतर कोणत्या भाषेत स्वाक्षरी माझ्या उपस्थितीत सर्व सामग्री समजून घेऊन केली असेल.

तारीख: _____

ठिकाण: _____ घोषित करणार्याचे नाव _____ घोषित करणार्याची स्वाक्षरी _____



PSA000101

सूचना आणि अस्वीकरण:

- विमा राशीच्या वाढीमध्ये/ पुनरुत्थानाच्या विनंतीसाठी आपण भरलेला फॉर्म सर्व पद्धतीने भरलेला पाहिजे
- विनंत्याची प्रक्रिया सुरु केली जाईल आपल्या कोणत्याही कंपनीच्या कार्यालयात या फॉर्मची पावती मिळेल. या फॉर्मच्या पावतीवर आपल्या कंपनीच्या मिळाल्याची पावती असेल ती आपल्याला पाठवली जाईल. भविष्यातील संदर्भासाठी पावती स्लिप जपून ठेवा.
- योग्य निर्णय घेण्याचा अधिकार कंपनीने राखून ठेवला आहे पॉलिसी सुधारित अटी व शर्तीनुसार पुनरुज्जीवित केली जाऊ शकते किंवा कंपनीच्या दिशानिर्देशानुसार स्थगित करून नाकारली जाऊ शकते
- या फॉर्मच्या व्यतिरिक्त, गरज असल्यास विमा धारकाने कंपनीद्वारे निर्दिष्ट डायग्नोस्टिक सेंटर येथे त्याच्या/ तिच्या खर्चाने काही वैद्यकीय चाचण्या घेतल्या पाहिजेत. विमा राशीच्या पुनरुज्जीवन / वाढीसाठीच्या कंपनीच्या निर्णयाकडे दुर्लक्ष करून अशा वैद्यकीय खर्चाची परतफेड कंपनीकडून केली जाणार नाही.
- पॉलिसी ही युनिट लिंकड प्लॅन असल्यास, विद्यमान निधी वाटपानुसार युनिट खरेदी केले जातील. NAV ची प्रभावी तारीख ही सर्व प्रलंबित प्रीमियम मिळाल्यानंतर व्याज (असल्यास) किंवा पुनरुज्जीवन अनुप्रयोगावरील अंडररायटिंग निर्णय प्राप्त होण्याची तारीख असेल जे नंतर असेल व्यवसायाच्या दिवशी 3.00 वाजण्यापूर्वी प्राप्त झालेल्या विनंतीसाठी त्याच दिवशी एनएव्ही लागू होईल. 3.00 वाजता प्राप्त झाल्यास पुढील व्यवसाय दिवस लागू होईल.
- ऑटो व्हेस्टिंग विभागच्या जागी जर विमाधारकाने बहुमत प्राप्त केले असेल तर तुम्ही एकदाका पॉलिसी सर्व्हिसिंग फॉर्म ऑटो व्हेस्टिंग ततुमच्या वेबसाइटवर उपलब्ध असल्याप्रमाणे आवश्यक दस्तऐवजांसह सबमिट केला की विनंती प्रक्रिया केली जाईल.
- स्वाक्षरी/र्या मध्ये बदल झाल्यास कृपया पुढील अतिरिक्त आवश्यकता द्या
 - आमच्या वेबसाइटवर उपलब्ध असल्याप्रमाणे पॉलिसी सर्व्हिसिंग फॉर्म सी ची आवश्यकता आहे. (जुन्या आणि नवीन स्वाक्षरी असणे आवश्यक आहे)
 - स्वाक्षरीच्या पडताळणीचा पुरावा-पॅन कार्ड / पासपोर्ट / ड्रायव्हिंगचा परवाना / बँकेद्वारे अधिकृत स्वाक्षरी ज्यामध्ये आपण निर्दिष्ट प्राधिकरणाने योग्यरित्या सत्यापित केलेले खाते आहे.
- a) मूळ दस्तऐवज / प्रति प्रतीची प्रतिलिपी करण्यासाठी नामित प्राधिकरण
 - भारत सरकार / आमच्या कंपनीच्या (आमच्या कॉर्पोरेट एजंट्ससह) / राष्ट्रीयकृत बँकेच्या शाखा व्यवस्थापकाद्वारे निर्दिष्ट केलेल्या राजपत्रित अधिकारी.
- टॉप-अपच्या विनंत्यांवर प्रतिबंध आहेत विम्यामध्ये वाढ किंवा घट, फंडमधील बदल, फंड स्विच आणि पुनर्निर्देशन, धोरणे पुनरुज्जीवित कोणत्याही विनंतीमुळे यूपस मध्ये असताना पॉलिसी वैशिष्ट्य ग्राहक प्रीमियम बदलते. इतर कोणत्याही पॉलिसी सर्व्हिसिंग विनंतीची मर्यादा घालण्याचा अधिकार आम्ही लागू यूपस कायद्यांचे आधारे राखून ठेवतो. पुढील माहितीसाठी आमच्या कॉल सेंटरला कॉल करा.
- केवळ पॉलिसीच्या संबंधित अटी व शर्तीनुसार लागू असल्यासच उत्पादन विशिष्ट विनंत्या/ निधीची परवानगी असेल. कृपया नियम व अटी पाहून पॉलिसीच्या तपशीलाची शिफारस करा.
- आपल्या पॉलिसीची ऑनलाइन सेवेवर भरपूर पर्यायांचे फायदे मिळवण्यासाठी आमच्या वेबसाइटवर नोंदणी करा.
- Distributor Appद्वारे प्राप्त झालेल्या विनंतीनुसार मुळ फॉर्म हा ग्राहकाला सबमिट केला जाईल.
- कृपया फॉर्म केवळ मराठीमध्ये भरा.
- भाषेची व्याख्या करताना कोणताही मतभेद झाल्यास इंग्रजी आवृत्ती रुढ होईल.

कॅनरा एचएसबीसी बँक ऑफ कॉमर्स लाइफ इन्शुरन्स कंपनी लिमिटेड (IRDAI Regn. No. 136)

अधिकृत कार्यालय: युनिट नं. 208, 2 रा मजला, कंचेजुंगा इमारत, 18 बाराखंबा रोड, नवी दिल्ली- 110001,

इंडिया कॉर्पोरेट ऑफीस: 2 रा मजला, ऑर्चिड बिझनेस पार्क, सेक्टर- 48, सोहना रोड, गुरुग्राम-122018, हरियाणा, इंडिया

कॉर्पोरेट आयडेंटिटी नं.: U66010DL2007PLC248825



1800-103-0003/1800-180-0003 (BSNL/MTNL) यावर टोल फ्री कॉल करा



आम्हाला customerservice@canarahsbclife.in यावर ईमेल करा.



9779030003 यावर संदेश पाठवा



आमच्या www.canarahsbclife.com या वेबसाइट ला भेट द्या.