



पॉलिसी/अर्ज क्रमांक

तारीख

फक्त कार्यालयीन वापरासाठी

द्वारे प्राप्त केले

स्वाक्षरी

(कृपया वरील कर्मचारी नमूद करा बँक कर्मचारी नाव व पद)

पावतीची तारीख आणि वेळ

विनंती पाठविण्याची तारीख व वेळ

स्टॅम्प
प्राप्त केले

* कृपया आपल्या नवीनतम बँक खात्याचे तपशील आमच्याशी अद्ययावत करा *

संपर्क तपशील बदला / अनिवार्य वैध स्वयं:साक्षात्कृत पुरावा सादर करणे¹

(कृपया लागू असल्यास टिक करा)

कार्यालय

चालू

कायम

संपर्काचा पत्ता म्हणून नवीन पत्ता
अद्यतनित करायचा?

हो

नाही

साठी लागू अद्यतन

पॉलिसीधारक

लाइफ अॅश्युअर्ड

नामांकित

नियुक्ती

अभिलेखक

पत्ता

शहर

राज्य

** देश

पिन कोड

① *मोबाइल

☎ निवासाचा फोन क्रमांक

भविष्यातील संप्रेषण उद्देशासाठी उपरोक्त संपर्क क्रमांकावर आम्ही आपल्याशी संपर्क साधावा अशी
आपली इच्छा असल्यास कृपया या रकान्यात टिक करा.

✉ * ईमेल

सीकेवाईसी क्र.

*- तपशील भरणे अनिवार्य आहे.

**- जर भारत सोडून वेगळा देश असेल तर कृपया आमच्या वेबसाइटवर एफएटीसीएव्हीसीआरएस प्रश्नावली सबमिट करा.

फंड वाटपा मध्ये बदल (फंड स्विच करणे)

आपण यूएस मधून विनंती करत आहात का.

हो

नाही

कृपया नवीन फंड वाटप टक्केवारी प्रविष्ट करा

प्रेषक	प्रती							
	इन्विटी फंड / इन्विटी II फंड	गोथ फंड / गोथ II फंड / गोथ प्लस फंड	बॅलेंन्स फंड / बॅलेंन्स II फंड / बॅलेंन्स प्लस फंड	डेबिट फंड / डेबिट प्लस फंड	लिक्विड फंड	एनएव्ही गॅरंटी फंड सिरीज 1	इंडिया मल्टी कॅप इन्विटी फंड	इमर्जिंग लीडर इन्विटी फंड
इन्विटी फंड / इन्विटी II फंड								
गोथ फंड / गोथ II फंड / गोथ प्लस फंड								
बॅलेंन्स फंड / बॅलेंन्स II फंड / बॅलेंन्स प्लस फंड								
डेबिट फंड / डेबिट प्लस फंड								
लिक्विड फंड								
एनएव्ही गॅरंटी फंड सिरीज 1								
इंडिया मल्टी कॅप इन्विटी फंड								
इमर्जिंग लीडर इन्विटी फंड								

साठी विनंती (लागू ✓ म्हणून चिन्हांकित करा)

परिपक्वता / सुरक्षा स्विच पर्याय

निवड करा

निवड रद्द करा

ऑटो फंड रिबॅलन्सिंग

निवड करा

निवड रद्द करा

पैसे काढण्यासाठीचा मैलाचा दगड

निवड करा

निवड रद्द करा



PSA000101

पद्धतशीर आंशिक पैसे काढणे

निवड करा

निवड रद्द करा

निरंतर स्वयं संरक्षण

निवड करा

निवड रद्द करा

प्रीमियम सुट्ट्या

निवड करा

निवड रद्द करा

सेटलमेंट पर्याय

निवड करा

निवड रद्द करा

जर सेटलमेंट पर्याय निवडला असेल तर कृपया पैसे काढण्याची वारंवारता निर्दिष्ट करा

मासिक

तिमाही

अर्ध वार्षिक

वार्षिक

*जर प्रीमियमच्या देय तारखेपासून 30 दिवस अगोदर विनंती सबमिट केली गेली नाही तर बदल केवळ पुढील प्रीमियमच्या देय तारखेपासून प्रभावी होतील.

टॉप-अप चे वाटप / प्रीमियमचे पुनर्निर्देशन

आपण यूपएस मधून विनंती करत आहात का. हो नाही

नूतनीकरण प्रीमियम

टॉप अप रक्कम

टॉप-अप प्रीमियम

प्रीमियम (रु.) _____

फंडाचे नाव

फंडाचे नाव	वाटप
इक्विटी फंड / इक्विटी II फंड	
ग्रोथ फंड / ग्रोथ II फंड / ग्रोथ प्लस फंड	
बॅलेंस फंड / बॅलेंस II फंड / बॅलेंस प्लस फंड	
डेबिट फंड / डेबिट प्लस फंड	
लिक्विड फंड	
एनएचडी गॅरंटी फंड सिरीज 1	
इंडिया मल्टी कॅप इक्विटी फंड	
इमर्जिंग लीडर इक्विटी फंड	
एकूण	100%

व्हीडे डीडी / चेक क्र / क्रेडिट कार्ड.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

विमा राशी कमी करा

आपण यूपएस मधून विनंती करत आहात का. हो नाही

पॉलिसी विमाराशी ला रु. _____ ते रु. _____ पर्यंत कमी करा.

टीप: निवडलेल्या योजनेमध्ये विमा राशी कमी होणे हा पर्याय उपलब्ध आहे. पुढील पॉलिसी वर्धापनानंतर बदल प्रभावी होतील. कृपया आपल्या पॉलिसीच्या नियम आणि अटींचा संदर्भ घ्या.

बँक खात्याच्या तपशीलात अद्यतन करा

मी विनंती करतो / करते की खाली नमूद केलेल्या तपशीलांनुसार माझ्या बँक खात्याचे अद्यतन करा

बँक खातेधारकाचे नाव:

बँकेचे नाव:

बँक शाखेचा पत्ता:

बँक खात्याचा प्रकार:

बचत

चालू

(निवडलेले खाते एनआरई आहे का: होय नाही एनआरई खाते असल्याच्या बाबतीत, कृपया समर्थक कागदपत्रे सबमिट करा की पॉलिसीचे सर्व प्रीमियम देय एनआरई खात्यातून केले गेले आहे आणि आमच्या वेबसाइटवर उपलब्ध असलेली FATCA/CRS प्रश्नावली सबमिट करा.)

बँक खाते क्रमांक:

एमआयसीआर कोड:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

(आपल्या चेक बुकवर उपलब्ध असलेला 9 अंकी क्रमांक. आपल्या रद्द केलेल्या चेकच्या प्रतीवर 9 अंकी क्रमांक '000' ने सुरू होत असल्यास 'योग्य' कोड प्रदान करणे आवश्यक आहे.)

आयएफएससी कोड:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

(आपल्या चेक बुकवर उपलब्ध असलेला 11 अंकी क्रमांक; जर तो रद्द केलेल्या चेकवर मुद्रित नसेल तर तो बँकेद्वारे प्रमाणित केला असला पाहिजे)

पॅन कार्ड क्रमांक:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------



या फॉर्मसह सबमिट केलेल्या सहाय्यक कागदपत्रांची यादी (लागू असल्याप्रमाणे टिक करा)

'रद्द केलेल्या' चेकची एक प्रत पासबुकची स्व-साक्षात्कृत प्रत
(खाते क्रमांक आणि खातेधारकाचे नाव 'मुद्रित केले असले पाहिजे') (पासबुकवर खाते क्रमांक आणि खातेधारकाचे नाव 'मुद्रित केले असले पाहिजे')
किंवा

बँक स्टेटमेंटची स्व-साक्षात्कृत प्रमाणित प्रत

(एनआरई देयकाच्या बाबतीत अनिवार्य; एनआरई खात्यातून भरलेल्या प्रीमियम देयक परावर्तीत व्यवहाराच्या बाबतीत दर्शविणारे विधान)

- मी याद्वारे जाहीर करतो की प्रस्तुत केलेल्या बँक खात्याचे तपशील सर्व बाजूनी सत्य, बरोबर आणि पूर्ण आहेत.
- मी समजतो आणि सहमत आहे की या फॉर्मचे सबमिशन करण्याचा अर्थ असा होत नाही की विनंती स्वीकारली गेली आहे.
- जर अपूर्ण किंवा चुकीच्या माहितीमुळे व्यवहारास विलंब झाल्यास किंवा कोणत्याही कारणास्तव व्यवहार होऊ न शकल्यास तर या परिस्थितीत मी कोणत्याही प्रकारे कंपनीला जबाबदार धरणार नाही.
- मी समजतो आणि सहमत आहे की एखाद्या परिस्थितीत इलेक्ट्रॉनिक देयक शक्य नसेल तर लागू कायदानुसार कोणत्याही वैकल्पिक देयक पर्यायाचा वापर करण्याचा अधिकार कंपनीकडे सुरक्षित असेल.
- मी/आम्ही कंपनीला जामीनाच्या मूल्यमापनासाठी, दावा तपासणी/हिशेबपूर्ती, केवायसी प्रमाणीकरण, पॉलिसी पुरविण्याचा हेतू आणि अशा हेतूसाठी (i) शासकीय आणि/किंवा नियामक प्राधिकरण, (ii) विमा संग्रहण (iii) सीईआरएएसआय/युआयडीएआय (iv) विमाकर्ते/रुग्णालये किंवा निदान केंद्रे/अन्य विमा कंपन्या किंवा तृतीय पक्षांच्याकडील/यांच्यासह माझे केवायसी तपशील सामायिक करण्यासाठी किंवा/आणि माझे केवायसी तपशील मागण्यास/संचयित करण्यास अधिकृत करतो.

पॉलिसीधारकाची स्वाक्षरी / अभिलेखक

पॉलिसीधारकाची स्वाक्षरी /
अंगठ्याचा छाप

अभिलेखकर्त्याची स्वाक्षरी / अंगठ्याचा छाप
(पॉलिसीचे परिपूर्ण अभिलेख परिस्थितीत आवश्यक असल्यास)

पॉलिसीधारकाचे नाव / अभिलेखक: _____

मी समजतो की विनंतीसह पुढे जाण्यासाठी अतिरिक्त दस्तऐवजांची आवश्यकता असू शकते. लागू असल्याप्रमाणे अतिरिक्त दस्तऐवज सबमिट करण्यास मी सहमत आहे. मी या पॉलिसी सर्व्हिसिंग विनंतीचा अर्थ आणि व्याप्ती व्यवस्थितपणे समजून घेतला आहे आणि मी माझ्या स्वतःच्या इच्छेने पूर्ण फॉर्म सबमिट करीत आहे.

स्थानिक भाषेतील घोषणापत्र (हा फॉर्म स्थानिक भाषेत स्वाक्षरी केली असेल / अंगठ्याचा छाप लावला असेल तर भरावा)

मी घोषित करतो की मी या फॉर्ममधील सर्व सामग्री पॉलिसीधारकांना श्री/श्रीमती/कुमारी _____
यांना समजावून सांगितले आहे आणि पॉलिसीधारकाने _____ इंग्रजी भाषेव्यतिरिक्त केलेली स्वाक्षरी/ उमटवलेला
अंगठ्याचा ठसा हा फॉर्ममधील सर्व सामग्री लक्षात घेऊन माझ्या उपस्थितीत केलेला आहे.

घोषणाकर्त्याचे नाव _____ घोषणाकर्त्याची स्वाक्षरी _____ तारीख _____ ठिकाण _____

सूचना आणि अस्वीकरण:

- उत्पादन विशिष्ट विनंत्या / निधीची परवानगी तेव्हाच असेल जेव्हा ते पॉलिसीच्या संबंधित अटी व शर्तीनुसार लागू असेल. कृपया तपशीलासाठी धोरणाच्या नियम आणि अटीचा संदर्भ घ्या. अतिरिक्त दस्तऐवजासाठी स्वरूप आमच्या वेबसाइटवरून डाउनलोड केले जाऊ शकतात.
- आमच्या कंपनीच्या कोणत्याही कार्यालयात हा फॉर्म प्राप्त झाल्यानंतर विनंत्यांची प्रक्रिया सुरू केली जाईल. युनिट लिंकड पॉलिसीच्या बाबतीत, पॉलिसीच्या फंडावर प्रभाव पाडणार्या विनंत्यांसाठी, जर व्यवसाय दिवसात 3:00 वाजेच्या अगोदर अर्ज प्राप्त झाला असेल तर त्याच दिवसाची एनएव्ही लागू होईल. जर 3:00 वाजे नंतर अर्ज प्राप्त झाला तर पुढील व्यावसायिक दिवसाची एनएव्ही लागू होईल.
- तुमच्या पॉलिसीच्या ऑनलाइन सेवांच्या असलेल्या बर्‍याच पर्यायांचा लाभ मिळवण्यासाठी आमच्या वेबसाइटवर आता नोंदणी करा.
- टॉप अपच्या विनंतीवर निर्बंध आहेत, विमा रक्कम वाढवणे किंवा कमी करणे, फंडमधील बदल (फंड स्वीच आणि पुनर्निर्देशनासह), पॉलिसी पुनरुज्जीवित करणे, ग्राहक युएसमध्ये असताना प्रीमियम आणि पॉलिसी वैशिष्ट्यांमध्ये विनंतीप्रमाणे बदल होईल. यूएस कायदानुसार लागू असलेल्या इतर कोणत्याही पॉलिसी सेवा विनंतीस प्रतिबंधित करण्याचा अधिकार आम्ही राखून ठेवतो. पुढील माहितीसाठी कृपया आमच्या कॉल सेंटरला संपर्क करा.
- डिस्ट्रीब्युटर अॅपद्वारे विनंती स्वीकारलेली असल्यास मूळ फॉर्म पुन्हा ग्राहकाकडे सबमिट करा.
- कृपया फॉर्म केवळ मराठीमध्ये भरा.
- भाषेचे स्पष्टीकरण करताना होणार्या मतभेदांच्या वेळेस इंग्रजी आवृत्तीचे वर्चस्व असेल.

SFIN (सेग्रीगेटेड फंड इंडेक्स नंबर) : इक्विटी फंड ULIF00116/06/08EQUITYFUND136, इक्विटी II फंड ULIF00607/01/10EQUITYIIFUND136, ग्रोथ फंड ULIF00216/06/08GROWTHFUND136, ग्रोथ II फंड ULIF00707/01/10GROWTHIIFUND136, ग्रोथ प्लस फंड ULIF00913/09/10GROWTHPLFUND136, बॅलंस फंड ULIF00316/06/08BLNCEDFUND136, बॅलंस II फंड ULIF00807/01/10BLNCIDIIFUND136, बॅलंस प्लस फंड ULIF01013/09/10BLNCIDPLFUND136, डेबिट फंड ULIF00409/07/08INDEBTFUND136, डेबिट प्लस फंड ULIF01115/09/10DEBTPLFUND136, लिक्विड फंड ULIF00514/07/08LIQUIDFUND136, NAV गॅरंटी फंड सिरीज 1 ULIF01215/04/11NAVGFUND136 इंडिया मल्टी-कॅप इक्विटी फंड ULIF01816/08/16IMCAPEQFND136 1 ULIF01215/04/11NAVGFUND136 इंडिया मल्टी-कॅप इक्विटी फंड ULIF01816/08/16IMCAPEQFND136, पेन्शन ग्रोथ फंड ULIF01405/11/15PENSGROFND136, इमर्जिंग लिडर्स इक्विटी फंड ULIF02020/12/17EMLEDEQFND136.

कॅनरा एचएसबीसी बँक ऑफ कॉमर्स लाईफ इन्शुरन्स कंपनी लिमिटेड (आयआरडीएआय नोंदणी क्र.136), पॉलिसी सेवा विभाग 2रा मजला, ऑर्चर्ड बिझनेस पार्क, सेक्टर-48, सोहना रोड, गुरुग्राम-122018, हरयाणा, भारत नोंदणीकृत कार्यालय : युनिट क्र.208, 2रा मजला, कांचेनजुंगा बिल्डिंग, 18 बाराखंबा रोड, नवी दिल्ली- 110001, कॉर्पोरेट ओळख क्र.- U66010DL2007PLC248825, संपर्क: 1800-103-0003 / 1800-180-0003 / +91 0124 4535099 (फॅक्स) / ईमेल: customerservice@canarahsbclife.in, वेबसाइट: www.canarahsbclife.com