



PSA000101

పాలసీ/దరఖాస్తు సంఖ్య తేదీ / /

కార్యాలయ వినియోగం కోసం మాత్రమే

స్వీకరించినవారు _____

సంతకం

(దయచేసి పైన ఉద్యోగి వివరాలను బ్యాంక్ సిబ్బంది పేరు మరియు హోదా) పేర్కొనండి

స్వీకరించిన తేదీ & సమయం/ _____

అభ్యర్థనను పంపిన తేదీ & సమయం _____

స్వీకరించినట్లు
ముద్ర

దయచేసి మీ ఇటీవలి బ్యాంక్ ఖాతా వివరాలను మాకు అందించండి.

సంప్రదింపు వివరాలలో మార్పు

1) మొట్టెల్ 2) నివాస ఫో. భవిష్యత్తులో కమ్యూనికేషన్ ప్రయోజనం కోసం మేము మిమ్మల్ని సంప్రదించడానికి పైన పేర్కొన్న సంప్రదింపు నంబర్ని ఉపయోగించాలని మీరు కోరుకుంటే, దయచేసి ఈ ఫెల్డ్లో టిక్కెట్ పెట్టండి. ఇమెయిల్ _____సికెప్టెస్ నం. A) హామీ మొత్తం పెంపుదల కోసం అభ్యర్థన మీరు యుఎస్లో ఉంటూ అభ్యర్థన చేస్తున్నారా. అవును కాదు

(ఎంచుకున్న ప్లాన్లకు ఈ ఎంపిక అందుబాటులో ఉంది. మార్పులు తదుపరి పాలసీ వార్షికోత్సవం నుండి ప్రభావంలోకి వస్తాయి. దయచేసి మీ పాలసీ నిబంధనలు మరియు షరతులను చూడండి.) పైన పేర్కొన్న పాలసీకి సంబంధించి నా హామీ మొత్తాన్ని ఇంత మొత్తానికి పెంచవలసిందిగా నేను (పాలసీదారు) మిమ్మల్ని అభ్యర్థిస్తున్నాను _____

B) పాలసీ పునరుద్ధరణ కోసం అభ్యర్థన

పైన పేర్కొన్నట్లుంటే నా గడువు ముగిసిన పాలసీని పునరుద్ధరించాల్సిందిగా నేను (పాలసీదారు) మిమ్మల్ని అభ్యర్థిస్తున్నాను. నేను _____

(దయచేసి చెల్లింపు చేసిన చెక్కు/డీడి వివరాలను పేర్కొనండి) మొత్తాన్ని చెల్లించానని నిర్ధారిస్తున్నాను. _____

దయచేసి సముచితమైన ఫెల్డ్లో టిక్కెట్ పెట్టడం ద్వారా పాలసీ పునరుద్ధరణ/హామీ మొత్తం పెంపుదల కోసం "జీవిత బీమా పొందిన వ్యక్తి"కి సంబంధించి క్రింది ప్రశ్నలను పూర్తి చేయండి. (మీ పాలసీలో ప్రీమియం ఫండింగ్ ప్రయోజనం/ప్రీమియం రద్దు ఎంపిక ఉన్నట్లయితే, ప్రత్యేక ఫారమ్ని సమర్పించాల్సి ఉంటుంది).

1. ప్రతిపాదన తేదీకి మరియు ఈ ప్రకటన తేదీకి మధ్యలో మీ వృత్తిలో ఏదైనా మార్పు ఉందా? అవును కాదు
2. ప్రతిపాదన తేదీకి మరియు ఈ ప్రకటన తేదీకి మధ్యలో మీ నివాస స్థితిలో ఏదైనా మార్పు ఉందా? అవును కాదు
3. మీరు ఏవైనా ఇతర జీవిత బీమా పాలసీల కోసం దరఖాస్తు చేసుకున్నారా లేదా మీ జీవితానికై చేసిన పాలసీ గడువు ముగిసినప్పుడు దాన్ని పునరుద్ధరించడం కోసం చేసిన ఏదైనా ప్రతిపాదన/అభ్యర్థన ఎప్పుడైనా వాయిదా పడిందా, నిరాకరించబడిందా, ఉపసంహరించబడిందా లేదా అదనంగా ప్రీమియం చెల్లించినందున ఆమోదించబడిందా లేదంటే కనరా హాచ్‌ఎన్‌బిసి ఓరియెంటల్ బ్యాంక్ ఆఫ్ కామర్స్ లైఫ్ ఇన్సూరెన్స్ కంపెనీ లిమిటెడ్ లేదా మరేదైనా జీవిత బీమా కంపెనీలో అసలు ప్రతిపాదన పంపిన తర్వాత మీరు ఎప్పుడైనా జీవిత/ఆరోగ్య బీమా పాలసీ క్రింద క్లెయిమ్ చేసారా?

ప్రతిపాదన అంటే ఈ పాలసీని మంజూరు చేయడం కోసం చేసుకున్న దరఖాస్తు.

పైన అడిగిన ప్రశ్నల్లో దేనికైనా "అవును" అనే ఫెల్డ్లో గుర్తు పెట్టిన పక్షంలో, దయచేసి కొత్త వృత్తి స్వభావం; జీవిత బీమా పాలసీల వివరాలు (మంజూరు చేసిన సంవత్సరం, జీవిత బీమా కంపెనీ పేరు, హామీ మొత్తం, వార్షిక ఆదాయం, అనుబంధాంశాలు ఏవైనా ఉంటే, ఆమోద నిబంధనలు (ప్రామాణికం/ అదనంగా ప్రీమియాన్ని చెల్లించినందున ఆమోదం); నివాస స్థితిని మార్చడం కోసం కొత్త చిరునామా మొదలైనట్లుంటే పూర్తి వివరాలను అందించడానికి అదనపు ఫీల్డ్ జత చేయండి.

ఆరోగ్య నిర్ధారణ

4. ప్రవోజల్ పంపిన అసలు తేదీ మరియు ఈ నిర్ధారణ అందించే తేదీ మధ్య మీ ఆరోగ్య పరిస్థితిలో ఏదైనా మార్పు ఉందా? అవును కాదు
5. మీరు శస్త్ర చికిత్స చేయించుకోవడం కోసం వైద్యుడిని సంప్రదించారా లేదా ఏదైనా వ్యాధి చికిత్స కోసం ఆసుపత్రిలో చేరారా లేదా ఏవైనా వైద్య పరీక్షలు / చికిత్స / వైద్యులను సంప్రదించడం వంటివి చేయమని వైద్యులు సలహా ఇచ్చారా / లేదంటే చిన్నపాటి దగ్గు, జలుబు లేదా జ్వరం వంటివి కాకుండా వేరే ఇతర రుగ్మత మాటిమాటికీ సంభవిస్తోందా/దానికి సంబంధించిన వ్యాధి లక్షణాలు కనిపిస్తున్నాయా? అవును కాదు
6. మీరు ఎప్పుడైనా క్రింది రుగ్మతల్లో దేనికైనా సంబంధించి వైద్య పరీక్షలు చేయించుకున్నారా/చికిత్స పొందారా లేదా మీకు అది ఉన్నట్లు నిర్ధారణ అయ్యిందా? అవును కాదు

హైపర్టెన్షన్/అధిక రక్తపోటు	<input type="checkbox"/> అవును <input type="checkbox"/> కాదు	ధాతి నొప్పి/గుండెపోటు	<input type="checkbox"/> అవును <input type="checkbox"/> కాదు
మరేదైనా గుండె జబ్బు/సమస్యలు	<input type="checkbox"/> అవును <input type="checkbox"/> కాదు	హెచ్ఐవి సంక్రమణ/ఎయిడ్స్ లేదా హెచ్ఐవికి పాజిటివ్ పరీక్ష	<input type="checkbox"/> అవును <input type="checkbox"/> కాదు
మధుమేహం/రక్తంలో అధిక చక్కెర/మూత్రంలో చక్కెర	<input type="checkbox"/> అవును <input type="checkbox"/> కాదు	నాడీ సంబంధ, సైకియాట్రిక్ లేదా మానసిక రుగ్మత	<input type="checkbox"/> అవును <input type="checkbox"/> కాదు
స్ట్రోక్/పక్షవాతం	<input type="checkbox"/> అవును <input type="checkbox"/> కాదు	క్షయ, లేదా ఏదైనా ఊపిరితిత్తి రోగం	<input type="checkbox"/> అవును <input type="checkbox"/> కాదు
కాలేయ సమస్యలు/కామెర్లు/హెపటైటిస్ B లేదా C	<input type="checkbox"/> అవును <input type="checkbox"/> కాదు	మూత్రపిండ సమస్యలు లేదా ప్రత్యుత్పత్తి అవయవాల రోగాలు	<input type="checkbox"/> అవును <input type="checkbox"/> కాదు
క్యాన్సర్/ట్యూమర్ లేదా వేరే రకం ఉబ్బుదల, సిస్టు	<input type="checkbox"/> అవును <input type="checkbox"/> కాదు	రక్త రుగ్మత (హీమోఫిలియా, తలస్సెమియా వంటివి)	<input type="checkbox"/> అవును <input type="checkbox"/> కాదు
7. మీరు గడువు తీరిన తేదీ నుండి పునరుద్ధరణ కోసం ఈ దరఖాస్తు చేసిన తేదీ మధ్య ఏదైనా ప్రమాదానికి గురయ్యారా లేదా మీకు గాయాలు తగిలాయా? అవును కాదు
8. పైన ఉన్న 1 నుండి 7 ప్రశ్నల్లో దేనికైనా అవును అని సమాధానం ఇచ్చినట్లయితే, దయచేసి దిగువ వివరాలను అందించండి లేదా అదే ఆకృతిలో విధిగా సంతకం చేసిన వేరే ప్రత్యేక ఫీల్డ్ను (అవసరమైతే) జత చేయండి.



PSA000101

సంఘటన/ వ్యాధి నిర్ధారణ తేదీ	వ్యాధి నిర్ధారణ	చేయించుకున్న వైద్య పరీక్షలు	చికిత్స వివరాలు	వైద్యుడు/ ఆసుపత్రి పేరు, చిరునామా & సంప్రదింపు నంబర్	ప్రస్తుత స్థితి (ప్రస్తుతం ఉపయోగిస్తున్న మందులతో సహా)

9. దయచేసి 5లో పేర్కొన్నవాటికి సంబంధించిన నివేదికలు/డిక్లార్మెంట్ల సారాంశం కాపీలను జత చేయండి.
10. మీరు గడువు తీరిన తేదీ నుండి ఈ దరఖాస్తు చేసిన తేదీ మధ్య ఆరోగ్య సమస్యల కారణంగా వరుసగా 7 రోజుల కంటే ఎక్కువ వ్యవధి పాటు పని చేయలేదా? చేయనట్లయితే, దయచేసి వివరాలను అందించండి అవును కాదు
11. మీరు ఇప్పుడు గర్భవతిగా ఉన్నారా? (స్త్రీలకు మాత్రమే వర్తిస్తుంది) అవును కాదు
అవును అయితే వ్యవధిని వారాలలో పేర్కొనండి _____

పాలసీ పునరుద్ధరణ/హామీ మొత్తం పెంపుదల ఫారమ్

నేను/మేము ప్రశ్నల స్వభావాన్ని మరియు ఆ ప్రశ్నలకు సమాధానం ఇచ్చేటప్పుడు పూర్తి సమాచారాన్ని జత చేయడం యొక్క ప్రాముఖ్యతను సంపూర్ణంగా అర్థం చేసుకున్న తర్వాతనే నేను/మేము ఈ ఫారమ్లోని ప్రశ్నలకు సమాధానమిచ్చానని/సమాధానమిచ్చామని తెలియజేస్తున్నాను/తెలియజేస్తున్నాము. ఇంకా, ఈ ఫారమ్లోని అన్ని ప్రశ్నలకు నేను/మేము అందించిన సమాధానాలు అన్ని విధాల వాస్తవమైనవి మరియు సంపూర్ణమైనవి మరియు నేను/మేము ముఖ్య సమాచారం ఏదీ అందించకుండా దాచలేదని లేదా ఏ వాస్తవాన్ని తెలపకుండా దాచలేదని తెలియజేస్తున్నాను/తెలియజేస్తున్నాము.

నేను/మేము ఇందుమూలంగా ఈ పాలసీ పునరుద్ధరణ/హామీ మొత్తం పెంపుదల ఫారమ్ కూడా బీమా ఒప్పందానికి ఆధారంగా పరిగణించబడుతుందని మరియు ఈ ఫారమ్లో ఏదైనా అవాస్తవ నిర్ధారణను అందించిన పక్షంలో, చెల్లించాల్సిన లబ్ధి మొత్తాలను తగ్గించే హక్కు కంపెనీకి ఉందని, అంతేకాకుండా ఏదైనా ముఖ్య వాస్తవాన్ని వెల్లడించని పక్షంలో, పాలసీ చెల్లించిందిగా పరిగణించబడుతుంది మరియు పాలసీ కోసం చెల్లించిన అన్ని ప్రీమియాలను కంపెనీ స్వాధీనం చేసుకుంటుందని నిర్ధారిస్తున్నాను/నిర్ధారిస్తున్నాము.

జీవిత బీమా పొందిన వ్యక్తి ఏ కారణం చేతనైనా పాలసీ పునరుద్ధరణ నుండి ఒక సంవత్సరంలోపు ఆత్మహత్య చేసుకుంటే, మరణ సమాచారం అందుకున్న తేదీ నాటికి ఉన్న ఫండ్ విలువ మినహా ఈ పాలసీ క్రింద లబ్ధి మొత్తాలు ఏవీ చెల్లించబడవు.

నా పాలసీ వలన మరియు ఆ తర్వాత ఎప్పుడైనా కలిగే ప్రమాదాన్ని కంపెనీ అంచనా వేయడానికి, నేను ఇందుమూలముగా నా గత మరియు ప్రస్తుత యజమాని(లు) / వైద్యుడు / ఆసుపత్రి / ఏదైనా జీవిత బీమా మరియు జీవిత బీమాయేతర కంపెనీ / లేదా సంస్థ లేదా జీవిత బీమా సంస్థల వైద్య నివేదిక కలిగి ఉన్న వివరాలను మరియు నా ఉద్యోగం / వ్యాపారానికి సంబంధించి కలిగి ఉన్న నివేదికలు లేదా అవసరమయ్యే / సంబంధితంగా ఉన్నాయని పరిగణించే ఇతర వివరాలను కంపెనీకి అందించడానికి వారికి అధికారం ఇస్తున్నాను మరియు ఇవే వివరాలను ఏదైనా వైద్య మూలం / ఏదైనా జీవిత బీమా మరియు జీవిత బీమాయేతర కంపెనీ / లేదా జీవిత బీమా వైద్య నివేదిక లేదా ప్రభుత్వ అధికారులకు అందించడానికి కంపెనీకి అధికారం ఇస్తున్నాను. నేను నా పాలసీని పునరుద్ధరణ/హామీ మొత్తం పెంపుదల కోసం విశ్లేషించడానికి అవసరమయ్యే వైద్య పరీక్షలు నిర్వహించడానికి కంపెనీ లేదా దాని ఏజెంట్లకు నా సమ్మతి తెలియజేస్తున్నాను. వీటిలో భాగంగా హెచ్ఐవి ప్రతిరోధకాల వంటి రక్త పరీక్షలు చేయవచ్చని నేను అర్థం చేసుకున్నాను. కంపెనీ వైద్యపరమైన పరీక్షలు నిర్వహిస్తున్నప్పుడు, కంపెనీ అధికృత వైద్య పరిశీలకుడికి మరియు కంపెనీ అందించిన ప్రశ్నావళుల్లో తెలిపిన సమాధానాలు ఈ దరఖాస్తులో చేసిన నిర్ధారణలు మరియు తెలిపిన సమాధానాల్లో భాగంగా పరిగణించబడతాయని తెలియజేస్తున్నాను. కంపెనీ అందించే ఈ దరఖాస్తు యొక్క వాతపూర్వక ఆమోదాన్ని స్వీకరించే వరకు నా / మా పాలసీ పునరుద్ధరణ / హామీ మొత్తం పెంపుదల కోసం పరిగణించబడదని నేను / మేము అర్థం చేసుకున్నాను/చేసుకున్నాము. దయచేసి పాలసీ పునరుద్ధరణ/హామీ మొత్తం పెంపుదల ఫారమ్లో జీవిత బీమా చేసిన వ్యక్తి మరియు పాలసీదారు ఇద్దరూ సంతకం చేయాలని గుర్తుంచుకోండి.

మూల్యాంకన పూచీ, క్లెయిమ్ పరిశోధన / పరిష్కారం, కెవైసి ప్రామాణీకరణ, పాలసీ సేవా వినియోగం మరియు అటువంటి ప్రయోజనాల నిమిత్తం నా కెవైసి వివరాలను (i) ప్రభుత్వ రంగానికి సంబంధించిన మరియు/లేదా నియంత్రణాధికారికి, (ii) బీమా నిక్షేపస్థానాలకి (iii) సీఈఆర్ఎన్ఎస్ఎం/యుఐడిఎం (iv) మల్టీ బీమా ఇచ్చే వాళ్లు/గ్రూప్ కంపెనీలు/హాస్పిటల్ లేదా డయాగ్నోస్టిక్ కేంద్రాలు/ఇతర బీమా కంపెనీలు లేదా మూడవ పక్షాలకు అందజేసేందుకు/ భద్రపరచేందుకు లేదా/మరియు భాగస్వామ్యం చేసేందుకు నేను/మేము కంపెనీకి అధికారం ఇస్తున్నాను/ఇస్తున్నాము.

జీవిత హామీ పొందిన వ్యక్తి పేరు

జీవిత హామీ పొందిన వ్యక్తి సంతకం/వేలిముద్ర
(అసలుదానిలోని సంతకంలో మార్పు ఉన్న పక్షంలో,
సూచనల విభాగంలోని 7వ పాయింట్ను చూడండి)

పాలసీదారు/హక్కుల గ్రహీత పేరు
(పాలసీని సంపూర్ణంగా కేటాయించిన పక్షంలో అసైని వివరాలు అవసరం)

పాలసీదారు/ హక్కుల గ్రహీత సంతకం/వేలిముద్ర

తేదీ / /
(తప్పనిసరి)

స్థలం _____
(తప్పనిసరి)



PSA000101

ఎలక్ట్రానిక్ మోడల్ ద్వారా చెల్లింపు

దిగువ సమర్పించిన వివరాలకు అనుగుణంగా నా బ్యాంక్ ఖాతాను అప్డేట్ చేయాల్సిందిగా నేను ఇందుమూలంగా మిమ్మల్ని అభ్యర్థిస్తున్నాను

బ్యాంక్ ఖాతాదారు పేరు:

బ్యాంక్ పేరు:

బ్యాంక్ శాఖ చిరునామా:

బ్యాంక్ ఖాతా రకం:

సేవింగ్స్ కరెంట్

(ఎంచుకున్నది ఎన్ఆర్ఈ ఖాతానా:

అవును కాదు

ఎన్ఆర్ఈ ఖాతా అయిన పక్షంలో, వినియోగదారు వారి మొత్తం డబ్బును ఎన్ఆర్ఈ ఖాతాలోకి క్రెడిట్ చేయాలనుకున్నా లేదా డబ్బును ఎన్ఆర్ఈ & ఎన్ఆర్ఈ ఖాతాల మధ్య పంచాలనుకున్నా పాలసీలో చెల్లింపు ప్రతి ప్రీమియం కోసం వినియోగదారు నుండి ప్రీమియం మూలాన్ని తప్పనిసరిగా పొందాలి.)

బ్యాంక్ ఖాతా సంఖ్య:

ఎమ్ఐఎస్ఆర్ కోడ్:

(మీ చెక్కు పుస్తకంలో ఊడే 9 అంకెల సంఖ్య; రద్దయిన చెక్కులో ఉన్న 9 అంకెల సంఖ్య '000'తో ప్రారంభమవుతుంది, సరైన కోడ్ని అందించాల్సి ఉంటుంది)

ఐఎఫ్ఎస్సీ కోడ్:

(మీ చెక్కు పుస్తకంలో ఊడే 11 అంకెల సంఖ్య; రద్దయిన చెక్కులో ఇది ముద్రించిన ఊడకపోతే బ్యాంక్ నుండి ధృవీకరణ పొందాలి)

పాస్ కార్డ్ నంబర్:

(దానిలో పాటు స్వీయ ధృవీకరణ పాస్ కార్డ్ కావాలి కూడా తప్పనిసరిగా అందించాలి)*

*ఆర్థిక బిల్లు 2014లో కొత్తగా చేర్చిన సెక్షన్ 194DA ప్రకారం; చట్టంలోని 10 (10D) సెక్షన్ క్రింద మినహాయింపు లేనిని లావాదేవీలకు సంబంధించిన పన్ను తగ్గింపుల కోసం పాస్ కార్డ్ వివరాలు అవసరం. పాస్ వివరాలను అందించనట్లయితే 20% అధిక రేటులో పన్ను చెల్లింపాల్సి వస్తుంది.

నివాసించే స్థితి

నివాసించు

ప్రవాసుడు

(ప్రవాసులు అయిన పక్షంలో తప్పనిసరిగా అందించాలి & నివాసం ఉంటున్న దేశం ఆధారంగా, తదుపరిగా పత్రాలను కోరవచ్చు/అవసరం కావచ్చు)

నివాసం ఉంటున్న దేశం:

ఈ ఫారమ్లో పాటు సమర్పించిన సహాయక పత్రాల జాబితా (వర్తించే వాటికి టిక్కర్లు పెట్టండి)

"రద్దయిన" చెక్కు కాపీ

పాసు పుస్తకం యొక్క స్వీయ ధృవీకరణ కాపీ

(ఖాతా సంఖ్య మరియు ఖాతాదారు పేరు తప్పనిసరిగా 'ముద్రితమై ఉండాలి')

(పాసు పుస్తకంలో ఖాతా సంఖ్య మరియు ఖాతాదారు పేరు తప్పనిసరిగా 'ముద్రితమై ఉండాలి')

లేదా

బ్యాంక్ స్టేట్మెంట్ యొక్క స్వీయ ధృవీకరణ కాపీ

(ఎన్ఆర్ఈ చెల్లింపు అయితే తప్పనిసరిగా అందించాలి; ఎన్ఆర్ఈ ఖాతా నుండి చెల్లించిన ప్రీమియం లావాదేవీలను దూపుతున్న స్టేట్మెంట్)

- సమర్పించబడిన బ్యాంక్ ఖాతా వివరాలు అన్ని విధాలా వాస్తవమైనవని, సరైనవని మరియు సంపూర్ణమైనవని నేను ఇందుమూలంగా నిర్ధారిస్తున్నాను.
- ఈ ఫారమ్ని సమర్పించినంత మాత్రాన అభ్యర్థన అంగీకరించబడుతుందనే హామీ లేదని నేను అర్థం చేసుకుని, అంగీకరిస్తున్నాను.
- అసంపూర్ణ లేదా తప్పిన సమాచారాన్ని అందించిన కారణాల చేత లావాదేవీ ఆలస్యమైనా లేదా అస్సలు ప్రారంభం కాకపోయినా, దానికి నేను కంపెనీని ఏ విధంగానూ బాధ్యులుగా పరిగణించను.
- ఎలక్ట్రానిక్ చెల్లింపు సాధ్యం కాని సందర్భాలలో, వర్తించే చట్టాల ప్రకారం ఏదైనా ప్రత్యామ్నాయ చెల్లింపు ఎంపికను ఉపయోగించే హక్కు కంపెనీ కలిగి ఉంటుందని నేను అర్థం చేసుకుని, అంగీకరిస్తున్నాను.

వ్యవహారిక భాషలో నిర్ధారణ (ఈ ఫారమ్లో సంతకాన్ని వ్యవహారిక భాషలో పెట్టినట్లయితే/వేలిముద్ర వేసి ఉంటే, దీనిని పూరించాల్సి ఉంటుంది)

ప్రతిపాదకులు నిరక్షరాస్యులు లేదా వ్రాయడం వీలు పడని అంగవైకల్యం గలవారు అయితే లేదా ప్రతిపాదకులు తమ వ్యవహారిక భాషలో సంతకం చేసి ఉంటే వర్తిస్తుంది. ఈ ప్రకటన వర్తించినప్పటికీ సమర్పించకపోతే, మేము ఈ అభ్యర్థన ఫారమ్ను నిరాకరించాల్సి వస్తుంది. గమనిక: తప్పనిసరిగా బ్యాంక్ సేబ్బంది లేదా సంస్థ ప్రతినిధి కానివారు ప్రకటించాలి.

నేను ఈ ఫారమ్లోని విషయాలను పాలసీదారు అయిన శ్రీ/శ్రీమతి/కుమారి _____ కి _____ భాషలో వివరించానని మరియు

పాలసీదారు విషయాలను పూర్తిగా అర్థం చేసుకున్న తర్వాత నా సమక్షంలో వేలిముద్ర(లు) వేశారని/ఆంగ్లం కాకుండా ఇతర భాషలో సంతకం చేసారని ఇందుమూలంగా ప్రకటిస్తున్నాను.

తేదీ: _____

స్థలం: _____ వాంగ్మూలకర్త పేరు _____ వాంగ్మూలకర్త సంతకం _____



PSA000101

సూచనలు & నిరాకరణ:

- మీరు పునరుద్ధరణ/హామీ మొత్తం పెంపుదల కోసం చేసిన అభ్యర్థనను మేము పరిగణించాలంటే ఫారమ్‌ని అన్ని విధాలా సంపూర్ణంగా పూరించాలి.
- ఈ ఫారమ్‌ను మా కంపెనీకి చెందిన ఏదైనా కార్యాలయంలో సమర్పించిన తర్వాత అభ్యర్థనలను ప్రాసెస్ చేయడం ప్రారంభమవుతుంది. మా కంపెనీ కార్యాలయంలో ఈ ఫారమ్ అందిన తర్వాత, మీకు స్వీకరణ రసీదు పంపబడుతుంది. దయచేసి భవిష్యత్తులో సూచన కోసం రసీదుని భద్రపరచండి.
- పాలసీ విషయంలో తగిన నిర్ణయం తీసుకునే హక్కు కంపెనీకి ఉంటుంది, అలాగే సవరించిన నిబంధనలు మరియు షరతుల ప్రకారం పాలసీని పునరుద్ధరించవచ్చు లేదా కంపెనీ మార్గదర్శకాల ప్రకారం నిరాకరించవచ్చు లేదా వాయిదా వేయవచ్చు.
- ఈ దరఖాస్తు ఫారమ్‌లో పేర్కొన్నవి కాకుండా, అవసరమైతే జీవిత బీమా పొందిన వ్యక్తి కంపెనీ నిర్దేశించిన వ్యాధి నిర్ధారణ కేంద్రంలో అతను/ఆమె స్వంత ఖర్చులతో కోన్ని వైద్య పరీక్షలు చేయించుకోవాలి. పునరుద్ధరణ/హామీ మొత్తం పెంపుదల కోసం చేసుకున్న దరఖాస్తుపై కంపెనీ తీసుకునే నిర్ణయంతో సంబంధం లేకుండా అటువంటి వైద్య పరీక్షలకు అయ్యే ఖర్చులను కంపెనీ వాపసు ఇవ్వదు.
- పాలసీ యూనిట్ లింక్డ్ ఫ్లాన్ అయితే, ప్రస్తుతం ఉన్న ఫండ్ కేటాయింపు ప్రకారం యూనిట్‌లు కొనుగోలు చేయబడతాయి. వడ్డీతో సహా (ఏదైనా ఉంటే) మొత్తం పెండింగ్‌లో న్న ప్రీమియాన్ని స్వీకరించిన తేదీ లేదా పునరుద్ధరణ దరఖాస్తుపై పూచీకత్తు నిర్ణయం తీసుకున్న తేదీ ఈ రెండింటిలో ఏది తరువాత ఆ తేదీ ఎన్‌ఎన్‌ఎ ప్రభావవంతమయ్యే తేదీగా పరిగణించబడుతుంది. ఒక పని దినంలో 3.00 పి.ఎమ్ కంటే ముందుగా స్వీకరించిన అభ్యర్థనకు, అదే రోజు ఎన్‌ఎన్‌ఎ వర్తిస్తుంది. 3.00 పి.ఎమ్ తర్వాత స్వీకరించినట్లయితే, అన్ని ఆవశ్యకాలను పూర్తి చేయడానికి లోబడి తదుపరి పని దినం వర్తిస్తుంది.
- ఆల్ వెస్టింగ్ నిబంధనకు బదులుగా, జీవిత హామీ పొందిన వ్యక్తి చట్టపరంగా మేజర్ అయ్యి ఉంటే, ఫారమ్‌లో అందించినట్లుగా సంబంధిత పత్రాలతో పాటుగా మా వెబ్‌సైట్‌లో అందుబాటులో ఉన్న ఆల్ వెస్టింగ్ పాలసీ సేవ ఫారమ్‌ను మీరు సమర్పించాక ఆభ్యర్థన ప్రాసెస్ చేయబడుతుంది.
- సంతకాలలో మార్పు ఉన్నట్లయితే, దయచేసి ఈ అదనపు ఆవశ్యకము/లను అందించండి :
 - మా వెబ్‌సైట్‌లో అందుబాటులో ఉన్న విధంగా రిక్వీసిట్ పాలసీ సర్వీసింగ్ ఫారమ్ సి (పాత మరియు కొత్త సంతకం ఉండాలి)
 - సంతకం ధృవీకృత రుజువు-పాస్ కార్డ్/పాస్‌పోర్ట్/డ్రైవింగ్ లైసెన్స్/ మీరు ఖాతా కలిగి ఉన్న బ్యాంక్‌కు చెందిన నిర్దిష్ట అధికారి ధృవీకరించిన సంతకం
- a) అసలు పత్రము(ల) కాపీలు ధృవీకరించడానికి అధికారం గల నిర్దిష్ట అధికారి
 - భారతదేశ ప్రభుత్వం ద్వారా నియమితులైన గెజిటెడ్ అధికారి / మా సంస్థలోని అధికృత సిబ్బంది (మా కార్పొరేట్ ఏజెంట్‌లతో సహా) / జాతీయ బ్యాంక్ ట్రాంట్ మేనేజర్.
- వినియోగదారు యుఎస్‌ఎలో ఉన్నప్పుడు టాప్-అప్‌లు, హామీ మొత్తం పెంపుదల లేదా తగ్గుదల, నిధులు మరియు పాలసీల పునరుద్ధరణ, అలాగే ప్రీమియం లేదా పాలసీ వికేషంకాలు మారేలా చేసే ఏదైనా అభ్యర్థనలపై నియంత్రణలు ఉన్నాయి. దయచేసి మరింత సమాచారం కోసం మా కాల్ సెంటర్ సిబ్బందిని సంప్రదించండి. వర్తించే యుఎస్ చట్టాలకు లోబడి వేరే ఏదైనా ఇతర పాలసీ సేవ అభ్యర్థనను నియంత్రించే హక్కును మేము కలిగి ఉన్నాము. దయచేసి మరింత సమాచారం కోసం మా కాల్ సెంటర్‌కు కాల్ చేయండి.
- పాలసీలోని సంబంధిత నిబంధనలు & షరతుల క్రింద వర్తించే పక్షంలో మాత్రమే ఉత్పత్తి ఆధారిత అభ్యర్థనలు/ఫండ్‌లు అనుమతించబడతాయి. దయచేసి వివరాల కోసం పాలసీ నిబంధనలు మరియు షరతులను చూడండి. అదనపు డాక్యుమెంటేషన్ ఫార్మాట్‌లను మా వెబ్‌సైట్ నుండి డౌన్‌లోడ్ చేసుకోవచ్చు.
- మీ పాలసీ ఆన్-లైన్ సేవలకు సంబంధించిన వివిధ ఎంపికల ప్రయోజనాలను పొందడానికి మా వెబ్‌సైట్‌లో ఇప్పుడే నమోదు చేసుకోండి.
- డిస్ట్రిబ్యూటర్ యాప్ ద్వారా అభ్యర్థనను స్వీకరించినట్లయితే, అసలైన ఫారమ్ కస్టమర్‌కి తిరిగి సమర్పించబడుతుంది.
- దయచేసి ఫారమ్‌ను తెలుగు లో మాత్రమే పూరించండి.
- ఇందులోని అంశాల భాషాంతరీకరణలో ఏవైనా వైరుధ్యాలు ఉంటే, ఇంగ్లీష్ భాషలోనిది పరిగణనలోకి తీసుకోబడుతుంది.

కెనరా హాన్‌ఎస్‌బీసీ ఓరియంటల్ బ్యాంక్ ఆఫ్ కామర్స్ లైన్ ఇన్సూరెన్స్ కంపెనీ లిమిటెడ్ (IRDAI Regn. No. 136)

సమాధి త కార్యాలయం: యూనిట్ నం. 208, 2వ అంతస్తు, కాంచనజంగ్ బిల్డింగ్, 18 బరాఖంబా రోడ్, న్యూఢిల్లీ - 110001,

భారతదేశం కార్పొరేట్ కార్యాలయం: 2వ అంతస్తు, ఆర్కిడ్ బిజినెస్ పార్క్, సెక్టార్-48, నోచర్ల రోడ్, గురుగ్రామ్-122018, హర్యానా, ఇండియా

కార్పొరేట్ గుర్తింపు నం.: U66010DL2007PLC248825



టోల్ ఫ్రీ 1800-103-0003/1800-180-0003 (BSNL/MTNL)



మాకు customerservice@canarahsbclife.inలో ఇమెయిల్ చేయండి



9779030003కి ఎస్ఎమ్ఎస్ చేయండి



మా వెబ్‌సైట్ www.canarahsbclife.comని సందర్శించండి