

विम्याचे अभिहस्तांकन

अनिवार्य विभाग: हे रकाने रिकामे असल्यास हा फॉर्म स्विकारला जाणार नाही. (अभिहस्तांकितद्वारे भरला जावा)

बोनसचा विकल्प निवडा* - a) नगदी b) देय रकमेत भर c) प्रिमियम समायोजन

*(सममूल्य नॉन-लिक उत्पादनांसाठीच लागू आहे आणि युलिप, मुदती विमा आणि नॉन पार्टिसिपेटिंग प्लान यांना लागू नाही)

➔ अभिहस्तांकित/ विमाधारक/आदाता एक राजकिय क्षेत्रातील व्यक्ती आहे का*? होय / नाही (कृपया खूण करा).

*राजकारणातील व्यक्ती(पीडपी)या अशा व्यक्ती असतात ज्यांना प्रमुख सार्वजनिक कामांची जबाबदारी दिलेली आहे उदा. केंद्र/राज्य सरकारचे प्रमुख/मंत्री, वरिष्ठ राजकारणी, वरिष्ठ सरकारी/न्यायिक/सैनिकी अधिकारी, सरकारी मालकीच्या संस्थांचे वरिष्ठ कार्यकारी, महत्वाच्या राजकिय पक्षांचे अधिकारी आणि वरिल व्यक्तींचे जवळचे नातलग (जीवनसाथी, मुले, आईवडील, भावंडे, सासू-सासरे).

कृपया लक्ष द्या: विमाधारक जर कंपनी असेल तर कंपनीचा शिक्का आणि प्राधिकृत हस्ताक्षरकर्त्याची स्वाक्षरी आवश्यक आहे.

| | |
|--|---|
| <p>वर उल्लेख केल्याप्रमाणे मी या द्वारे विम्याचे अधिकार अभिहस्तांकितला अभिहस्तांकित करतो.</p> <p>.....</p> <p>अभिहस्तांकनकर्ता/ प्राधिकृत हस्ताक्षरकर्त्याची सही (कंपनी किंवा बँक असल्यास शिक्क्यासह)</p> <p>दिनांक: <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p>स्थळ: _____</p> | <p>मी याद्वारे अभिहस्तांकन फॉर्ममध्ये दिलेल्या अटी आणि प्रपोजल फॉर्मच्या जाहीरनाम्यासोबत विम्याच्या अभिहस्तांकितस संमती देतो आणि विम्याच्या सर्व अटी व नियमांचे पालन करण्याचे मान्य करतो. मला हे समजते की कंपनी वर जाहीर केल्याप्रमाणे प्रकट केलेल्या उद्देशासाठी माहितीचा उपयोग वापर करू शकते किंवा प्रकट करू शकते. मी विद्यमान विमाधारकाकडून मूळ विमा बाँड प्राप्त झाला असल्याची पावती देतो</p> <p>जर मी वरील प्रिमियम समायोजन/ नगदी बोनसचा विकल्पाची निवड केली असेल व अभिहस्तांकनकर्ता विम्याचे हप्ते देणे चालू ठेवतो तर याद्वारे अभिहस्तांकनकर्त्याला बोनस भुगतान करण्याचे मला कळले आहे आणि मी यांस संमती देतो.</p> <p>.....</p> <p>अभिहस्तांकितची स्वाक्षरी/ अधिकृत स्वक्षरीकर्ता (कंपनी किंवा बँकच्या बाबतीत शिक्क्यासह)</p> <p>दिनांक: <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p>स्थळ: _____</p> |
|--|---|

साक्षीदाराचा तपशील:

साक्षीदार स्वाक्षरी (1)

नाव: _____

पत्ता: _____

साक्षीदार स्वाक्षरी (2)

नाव: _____

पत्ता: _____

विनंतीसोबत जोडलेले दस्तावेज-

- मूळ विमा पॅक
- स्वयं अधिप्राप्त उत्पन्न दस्तावेज (जर वार्षिक प्रिमियम \geq ₹ 1, 00,000 आहे)
- स्वयं साक्षांकित छायाचित्रासहित ओळखपत्र(व्यक्तिगत)/ओळखपत्र(व्यक्तिगताहून इतर) ची प्रत- प्रिमियम रकमेवर अवलंबून नाही
- पॅन कार्डची स्वयं साक्षांकित प्रत/ पॅन नंबर नसल्यास तसा जाहिरनामा
- स्वयं साक्षांकित रहिवासी प्रमाणाची प्रत (जर वार्षिक प्रिमियम \geq ₹ 10,000 आहे)
- केवायसी (तुमच्या ग्राहकास जाणा) प्रकटीकरण प्रारूप (जर अभिहस्तांकित व्यक्तीगत पेक्षा इतर असेल उदा. ट्रस्ट, पार्टनरशीप/प्राइवेट लिमिटेड)

टिप: सर्व आवश्यक दस्तावेजांसोबत पूर्ण भरलेला आणि हस्ताक्षर केलेला फॉर्म सादर केल्यावरच अभिहस्तांकनाची विनंती पूर्ण असल्याचे समजले जाईल.

D/201411/Mar/V1/CM5