

पॉलिसी विवरण में परिवर्तन हेतु अनुरोध



पॉलिसी क्रमांक

दिनांक

Barcode

प्रस्तावक का नाम

श्री/सुश्री/श्रीमती

प्रथम नाम

उपनाम

दूरभाष संख्या

एसटीडी

निवास

एसटीडी

कार्यालय

एक्सटेंशन

आईएसडी

मोबाइल

ई-मेल आईडी

सभी क्षेत्र अनिवार्य हैं. (आपका अनुरोध संसाधित करने के लिए कम से कम एक फोन नंबर अनिवार्य है. उपरोक्त संपर्क विवरण भविष्य में सभी संचार के लिए अद्यतन किए जाएंगे)

आधार अद्यतन करने के लिए अनुरोध और सहमति

आधार संख्या

मैं पुष्टि करता/करती हूँ कि मेरे द्वारा प्रदान की गई आधार संख्या सही है. मैं आईसीआईसीआई प्रूडेंशियल लाइफ इंश्योरेंस कंपनी लिमिटेड को सत्यापन और मेरी सभी बीमा पॉलिसियों में मेरी आधार संख्या अद्यतन करने के लिए यूआईडीएआई से अपने विवरण तक पहुँचने के लिए अधिकृत करता/करती हूँ.

प्रीमियम भुगतान आवृत्ति में परिवर्तन

मासिक अर्द्ध-वार्षिक वार्षिक (यह परिवर्तन प्रीमियम भुगतान की अगली तिथि से लागू होगा)

ध्यान दें : • यह परिवर्तन प्रीमियम भुगतान की अगली तिथि से लागू होगा. मासिक प्रकार के लिए स्थाई निर्देश अनिवार्य है. • कृपया एनएसीएच डायरेक्ट डेबिट फॉर्म भरें और उसे इस फॉर्म के साथ जमा करें. • प्रीमियम आवृत्ति में परिवर्तन का प्रीमियम में परिवर्तन पर प्रभाव पड़ेगा.

प्रीमियम भुगतान के प्रकार में परिवर्तन

चेक डायरेक्ट डेबिट/ईसीएस (एनएसीएच) बिल डेस्क बिल जंकशन

ध्यान दें : • यदि डायरेक्ट डेबिट/ईसीएस (एनएसीएच) के माध्यम से भुगतान का चयन किया जाता है, तो अधिदेश भरा और निकटतम आईसीआईसीआई प्रूडेंशियल लाइफ इंश्योरेंस शाखा में जमा किया जाना चाहिए.

बीमा राशि (बीमाकृत राशि) में परिवर्तन

से रु. आवश्यक रु.

ध्यान दें : बीमाकृत राशि में वृद्धि की स्थिति में, इस प्रपत्र के साथ व्यक्तिगत स्वास्थ्य घोषणा प्रपत्र (पीडीआर) जमा करना होगा.

वार्षिक प्रीमियम में परिवर्तन

से रु. आवश्यक रु.

ध्यान दें : • प्रीमियम में कोई भी परिवर्तन जिसका भुगतान करने की आवश्यकता है, केवल पॉलिसी वर्षगाँठ पर ही किया जा सकता है. • प्रीमियम अंशदान में परिवर्तन नियम और शर्तों के अधीन किया जा सकता है.

पॉलिसी विवरण/रसीद के लिए अनुरोध

ई-वेल्कम किट युनिट स्टेटमेंट प्रीमियम भुगतान प्रमाण-पत्र अन्य _____ (कृपया उल्लेख करें)

से तक

ईसीएस अधिमानित तिथि :

प्रीमियम देय तिथि अधिमानित खाता हिट तिथि:

अधिमानित देय तिथि आपकी प्रीमियम देय तिथि और अगले 11 दिनों के बीच कोई भी दिन हो सकता है.

कृपया ध्यान दें :

- यह केवल सर्विसिंग अनुरोध है
- अधिमानित खाता हिट तिथि केवल प्रीमियम डेबिट के उद्देश्य से है.
- खाता हिट तिथि पर लागू एनएवी पॉलिसी खाता को आवंटित की जाएगी.
- सभी पॉलिसी लाभ पॉलिसी दस्तावेज में उल्लेखित प्रीमियम देय तिथि के अनुसार लागू होंगे
- ईसीएस डेबिट से संबंधित सभी खाता विवरण वहीं रहेंगे (जैसा कि ईसीएस अधिदेश में प्रदान किया गया है)

पॉलिसी धारक (प्रस्तावक) के हस्ताक्षर : _____

समनुदेशिती* / ट्रस्टी# का हस्ताक्षर: _____

(*पॉलिसी के पूर्ण समनुदेशन की स्थिति में आवश्यक)
(#एमडब्ल्यू पीए के अधीन कवर पॉलिसी की स्थिति में आवश्यक)

ध्यान दें : मैंने परिवर्तन अनुरोध प्रपत्र का अर्थ और दायरा समझ लिया है और मैं अपने द्वारा प्रस्तुत किए गए परिवर्तनों की पूरी ज़िम्मेदारी लेता/लेती हूँ. पॉलिसी/व्यक्तिगत विवरण में कोई भी परिवर्तन पॉलिसी के नियमों और शर्तों और प्रासंगिक जोखिम अंकन दिशानिर्देशों के अधीन है.

पावती पर्ची

यह निम्नांकित में परिवर्तन के लिए आवेदन की प्राप्ति अभिस्वीकृत करने के लिए है :

- आधार संख्या प्रीमियम भुगतान आवृत्ति प्रीमियम भुगतान का तरीका बीमा राशि (बीमाकृत राशि)
- वार्षिक प्रीमियम पॉलिसी विवरण/रसीद के लिए अनुरोध ईसीएस अधिमानित तिथि पॉलिसी समापन
- पूर्वसमापन प्रत्यावर्तन के लिए अनुरोध कवर निरंतरता विकल्प पॉलिसी विवरण साझा करने के लिए सहमति

पॉलिसी क्रमांक

दिनांक

मुहर व समय

द्वारा प्राप्त

पॉलिसी समापन

- मैं पूरी तरह से अवगत हूँ कि इसका समापन करने के बाद मुझे किसी भी पॉलिसी लाभ का अधिकार नहीं रहेगा। पाँचवा पॉलिसी वर्ष पूरा होने पर लागू शुल्कों की कटौती के बाद मुझे केवल समाप्त पॉलिसी फंड मूल्य प्राप्त होगा।

पूर्व-समापन प्रत्यावर्तन के लिए अनुरोध

- मैं एतद् द्वारा आपसे अपनी पॉलिसी क्रमांक जिसे अस्वीकार कर दिया गया है पुनरुज्जीवित करने के लिए अनुरोध करता/करती हूँ :

घोषणा:

- मैं समझता/समझती हूँ कि कंपनी ने उपरोक्त पॉलिसी के पूर्व-समापन प्रत्यावर्तन का मेरा अनुरोध पूरी तरह से सद्भावना के रूप में स्वीकार किया है।
- मैं प्रीमियम का नियमित भुगतान करने और पॉलिसी प्रभावी रखने का वचन देता/देती हूँ ताकि मैं इसके तहत लाभान्वित होता/होती रहूँ।
- मैं सहमत हूँ और वचन देता/देती हूँ कि मैं इस अनुरोध की तिथि से कम से कम एक वर्ष की अवधि तक उपरोक्त पॉलिसी अभ्यर्पित नहीं करूँगा/करूँगी। पुनश्च, मैं सहमत हूँ और वचन देता/देती हूँ कि उपरोक्त पॉलिसी एक वर्ष की अवधि तक किसी भी व्यक्ति को समनुदेशित नहीं करूँगा/करूँगी।
- मैं सहमत हूँ और समझता/समझती हूँ कि यदि मैं इस अनुरोध की तिथि से एक वर्ष के भीतर पॉलिसी (i) अभ्यर्पित या (ii) किसी भी व्यक्ति को समनुदेशित करने के लिए कोई अनुरोध प्रस्तुत करता/करती हूँ तो कंपनी मेरा अनुरोध संसाधित करने के किसी भी दायित्व के अधीन नहीं होगी और मेरे द्वारा इसके लिए कंपनी को उत्तरदायी नहीं ठहराया जाएगा।

बीमा-सुरक्षा निरंतरता विकल्प (सीसीओ) / स्वचलित प्रीमियम भुगतान (एपीपी)

- सीसीओ/एपीपी के लिए रजिस्टर करें डीसीओ/एपीपी का विलोप

ध्यान दें :

- बीमा-सुरक्षा की निरंतरता आपको प्रीमियम का भुगतान करना बंद करने के बावजूद अपनी जीवन बीमा-सुरक्षा और हितलाभ बीमा-सुरक्षा जारी रखने का विकल्प देती है। यदि फंड का मूल्य न्यूनतम आवश्यकता तक पहुँच जाएगा, तो पॉलिसी का पूर्व-समापन हो जाएगा और आपको अभ्यर्पण मूल्य का भुगतान किया जाएगा। • बीमा-सुरक्षा की निरंतरता की अवधि के दौरान मृत्यु और पॉलिसी प्रबंधन शुल्क युनिटों के निरस्तीकरण के माध्यम से काटा जाएगा। • एक बार बीमा-सुरक्षा की निरंतरता का विकल्प सक्रिय हो जाने के बाद इस पॉलिसी के लिए भावी प्रीमियम स्वीकार नहीं की जाएँगी।
- एपीपी के सक्रियण पर, प्रीमियम युनिटों के निरस्तीकरण के माध्यम से एकत्र किया जाएगा। • यदि अवधि 15 वर्ष से कम है तो एक बार, और यदि अवधि 15 वर्ष से अधिक हो तो दो बार एपीपी का लाभ लिया जा सकता है। • एपीपी सुविधा केवल इनवेस्टशील्ड कैश (यू 28), इनवेस्टशील्ड लाइफ (यू 29), इनवेस्टशील्ड पेंशन (यू 30) और इनवेस्टशील्ड गोल्ड (यू 34) में उपलब्ध है। • एपीपी सुविधा का केवल तभी विलोपन किया जा सकता है, यदि इसका पंजीकरण किया गया है, लेकिन सक्रियण नहीं।

पॉलिसी विवरण साझा करने के लिए सहमति

- मैं/हम अपने सर्विसिंग एजेंट से पॉलिसी विवरण साझा करने की सहमति प्रदान करता/करती हूँ/करते हैं।
- मैं/हम अपने सर्विसिंग एजेंट से अपना पॉलिसी विवरण साझा नहीं करना चाहता/चाहती हूँ/चाहते हैं।

ध्यान दें : पॉलिसी विवरण में फंड मूल्य, युनिट स्टेटमेंट और पोर्टफोलियो स्टेटमेंट विवरण, बोनस राशि इत्यादि शामिल हैं।

घोषणा

प्रस्तावक के निरक्षर या ऐसी अक्षमता से पीड़ित होने पर लागू, जिसके कारण लेखन प्रतिबंधित है या प्रस्तावक ने स्थानीय भाषा में हस्ताक्षर किया है। ध्यान दें : कंपनी के सलाहकार/अभिकर्ता/कर्मचारी के अलावा किसी अन्य व्यक्ति द्वारा देखा जाना चाहिए।

मैं (गवाह का पूरा नाम) _____ (प्रस्तावक के साथ संबंध) _____

वयस्क और (पता) _____ का निवासी एतद् द्वारा घोषणा करता/करती हूँ कि मैंने प्रस्तावक के लिए इस फॉर्म की सामग्री को पढ़ा और बताया है और उसने/उन्होंने इसे समझ लिया है।

गवाह के हस्ताक्षर

पॉलिसी धारक (प्रस्तावक) के हस्ताक्षर : _____

समनुदेशिनी* /ट्रस्टी# का हस्ताक्षर: _____

(*पॉलिसी के पूर्ण समनुदेशन की स्थिति में आवश्यक)

(#एम्डब्ल्यू पीए के अधीन कवर पॉलिसी की स्थिति में आवश्यक)

ध्यान दें : मैंने परिवर्तन अनुरोध प्रपत्र का अर्थ और दायरा समझ लिया है और मेरे द्वारा प्रस्तुत किए गए परिवर्तनों की पूरी ज़िम्मेदारी लेता/लेती हूँ। पॉलिसी/व्यक्तिगत विवरण में कोई भी परिवर्तन पॉलिसी के नियमों और शर्तों और प्रासंगिक जोखिम अंकन दिशा-निर्देशों के अधीन है।

केवल कार्यालय उपयोगार्थ:

ER अनुरोध C S CR CS द्वारा प्रस्तुत

स्पार्क कॉल आईडी _____

दिनांक

स्कैनिंग कैबिनेट _____

द्वारा प्राप्त किया गया _____

टिप्पणियाँ _____

मुहर व समय

कृपया हमारे ग्राहक सेवा नंबर 1860-266-7766 पर फोन करें (स्थानीय शुल्क लागू)
कॉल सेंटर समय : 10.00 बजे सुबह से 7.00 शाम तक सोमवार से शनिवार (राष्ट्रीय छुट्टियों को छोड़कर)



पत्राचार का पता

आईसीआईसीआई प्रूडेंशियल लाइफ इंश्योरेंस कंपनी लिमिटेड, युनिट नंबर 1ए व 2ए, रहेजा टिपको प्लाजा, रानी सती मार्ग, मलाड (पूर्व), मुंबई 400097. COMP/DOC/Dec/2018/312/1856.