

पॉलिसीच्या तपशीलात बदल झाल्याची विनंती

पॉलिसी क्रमांक

दिनांक

Barcode

प्रस्तावकर्त्याचं नाव

श्री/श्रीमती/कुमारी

पहिलं नाव

अडनाव

संपर्क क्रमांक

एसटीडी

निवासी

एसटीडी

कार्यालय

एक्सटेंशन

आयएसडी

मोबाइल

ई-मेल आयडी

सर्व रकाने भरणे सक्तीचे आहे. (तुमच्या विनंतीवर कार्यवाही करण्यासाठी किमान एक संपर्क क्रमांक सक्तीचा. वर दिलेला संपर्काचा तपशील भावी काळातील सर्व संपर्कासाठी अद्ययावत केला जाईल)

हप्त्या भरण्याच्या मुदतीत बदल

मासिक सहामाही वार्षिक (हा बदल हप्त्या भरण्याच्या पुढील तारखेपासून लागू होईल)

टीप: • हा बदल हप्त्या भरण्याच्या पुढील तारखेपासून लागू होईल • मासिक मुदतीसाठी, स्टॅंडिंग सूचना सक्तीच्या आहेत. कृपया एनएसीएच डायरेक्ट डेबिट फॉर्म भरा आणि ह्या फॉर्मसोबत सादर करा • हप्त्या भरण्याच्या मुदतीत बदल केला तर त्याचा हप्त्यावर परिणाम होऊ शकतो.

हप्त्या भरण्याच्या मुदतीत बदल

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

टीप: • जर डायरेक्ट डेबिट/ईसीएस (एनएसीएच) पेमेंटची निवड झाली तर मॅडेट भरणे आणि जवळील आयसीआयसीआय प्रुडेंशियल लाइफ इंशुरन्स शाखेत भरणे आवश्यक आहे.

विम्याची रकमेतील बदल (विमा रक्कम)

पासून रु. आवश्यक रु.

टीप: जर विमा रकमेत वाढ झाली तर ह्या फॉर्मसोबत वैयक्तिक आरोग्य घोषणा फॉर्म (पीडीआर) भरावा.

वार्षिक हप्त्यात बदल

पासून रु. आवश्यक रु.

टीप: • भरायच्या हप्त्यातील कोणताही बदल पॉलिसीच्या वर्धापनदिनाला करता येईल • हप्त्याच्या योगदानात बदल करता येईल, नियम आणि अटीच्या अधीन

पॉलिसी स्टेटमेंट/पावतीची विनंती

ई-वेलकम किट यूनिट स्टेटमेंट हप्त्या भरल्याचं प्रमाणपत्र इतर _____ (कृपया स्पष्ट करा)

पासून ते

ईसीएस प्रीफर्ड तारीख:

हप्त्या भरण्याची तारीख प्रीफर्ड अकाउंट हिट तारीख:

प्रीफर्ड देय तारीख तुमचा हप्त्या भरण्याची तारीख आणि पुढील 11 दिवस ह्यांमधील कोणतीही असू शकते.

कृपया नोंद घ्या:

- ही फक्त सेवेची विनंती आहे
- प्रीफर्ड अकाउंट हिट तारीख फक्त हप्त्या काढण्याच्या हेतूसाठी आहे
- अकाउंट हिट तारखेला लागू असलेली एनएव्ही तुमच्या पॉलिसी खात्यात वितरित केली जाईल
- पॉलिसीच्या कागदपत्रात सांगितलेल्या हप्त्याच्या देय तारखेनुसार पॉलिसीचे सर्व लाभ लागू होतील
- ईसीएस डेबिट संबंधी खात्याचा सर्व तपशील समान राहील (ईसीएस मॅडेटमध्ये पुरवल्यानुसार)

पॉलिसीधारकाची (प्रस्तावकर्ता) स्वाक्षरी: _____

असाइनी* / ट्रस्टीची* स्वाक्षरी: _____

(*पॉलिसीच्या अबसोल्यूट असाइनमेंटसाठी आवश्यक)

(#पॉलिसी जर एमडब्ल्यूपीए अंतर्गत असेल तर आवश्यक)

टीप: बदल विनंती करणाऱ्या फॉर्ममधील अर्थ आणि परिणाम मला कळते आहेत आणि मी सादर केलेल्या बदलांची संपूर्ण जबाबदारी घेतो. पॉलिसी/वैयक्तिक तपशील ह्यातील कोणताही बदल पॉलिसीतील नियम आणि अटीच्या व संबंधित करारात्मक मार्गदर्शिकांच्या अधीन.

पोहोचपावती

खालील बदलासाठी अर्ज प्राप्त झाल्याची पोहोचपावती:

- | | | | |
|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> ओळखीचा पुरावा | <input type="checkbox"/> हप्त्या भरण्याची वारंवारता | <input type="checkbox"/> हप्त्या भरण्याची मुदत | <input type="checkbox"/> विम्याची रक्कम (विमा रक्कम) |
| <input type="checkbox"/> वार्षिक हप्त्या | <input type="checkbox"/> पॉलिसी स्टेटमेंट/पावतीसाठी विनंती | <input type="checkbox"/> ईसीएस प्रीफर्ड तारीख | <input type="checkbox"/> पॉलिसी खंडित |
| <input type="checkbox"/> फोरक्लोजर रिवर्सलसाठी विनंती | <input type="checkbox"/> विमा संरक्षण चालू ठेवण्याचा पर्याय | <input type="checkbox"/> पॉलिसीतील तपशील देण्याची संमती | |

पॉलिसी क्रमांक

दिनांक

प्राप्त करणारे

शिक्का
आणि
वेळ

पॉलिसी खंडित

- मला पूर्ण माहीत आहे की पॉलिसी खंडित झाल्यानंतर पॉलिसीतील कोणत्याही लाभासाठी मी पात्र राहणार नाही. मला लागू शुल्कांच्या कपातीनंतर खंडित झालेल्या पॉलिसीची फंड किंमत मिळेल, त्यासाठी पॉलिसीचं पाचवें वर्ष पूर्ण झालेलं असावं.

फोरक्लोजर रिवर्सलची विनंती

- मी इथे विनंती करतो की माझ्या पॉलिसी क्रमांक चं नुतनीकरण करावं, जी मुदतीआधी बंद झाली होती

घोषणा:

- मला समजलं आहे की कंपनीने वरील पॉलिसीची फोरक्लोजर रिवर्सलची सद भावनेपोटी विनंती स्वीकारली आहे
- मी नियमित हप्ते भरण्याची आणि पॉलिसी चालू ठेवण्याची जबाबदारी घेतो, ज्यामुळे मला त्यातील लाभ मिळत राहातील
- मी संमती देतो आणि जबाबदारी घेतो की विनंती केलेल्या तारखेपासून किमान एक वर्षाच्या कालावधीमध्ये वरील पॉलिसी सरेंडर करणारी नाही. तसेच, मी संमती देतो आणि जबाबदारी घेतो की कोणत्याही वैयक्तिक संस्थेला एक वर्षासाठी वरील पॉलिसी देणार नाही
- मी संमती देतो आणि जबाबदारी घेतो की अ) सरेंडर ब) कोणत्याही वैयक्तिक संस्थेला पॉलिसी देणे ह्यासाठी विनंतीच्या तारखेपासून एका वर्षात मी कोणतीही विनंती सादर केली तर माझ्या विनंतीवर कार्यवाही करणे कंपनीला बंधनकारक राहणार नाही आणि त्यासाठी कंपनीला जबाबदार धरलं जाणार नाही

कव्हर कंटिन्यूअन्स ऑप्शन (सीसीओ) / ऑटोमॅटिक प्रीमियम पेमेंट (एपीपी)

- सीसीओ / एपीपीसाठी नोंदणी सीसीओ / एपीपी रद्द करणे

टीप:

- कव्हर कंटिन्यूअन्समुळे तुम्ही हप्ते भरणे थांबवले तरीही तुमचं विमा संरक्षण आणि रायडर कव्हर चालू ठेवू शकता. जर फंडाची किंमत किमान आवश्यकतेपर्यंत पोहोचली तर पॉलिसी मुदतीआधी बंद होईल आणि तुम्हाला सरेंडर मूल्य देण्यात येईल • कव्हर कंटिन्यूअन्स कालावधी दरम्यान मॉर्टॅलिटी आणि पॉलिसी प्रबंधन शुल्क यूनिट्स रद्द करून कपात करण्यात येईल • कव्हर कंटिन्यूअन्स पर्याय कार्यरत झाल्यावर ह्या पॉलिसीची भावी हप्ते स्वीकारले जाणार नाहीत.
- एपीपी कार्यरत केल्यानंतर यूनिट्स रद्द करून हप्ते गोळा केले जातील • जर मुदत 15 वर्षांपेक्षा कमी असेल तर एकदा आणि 15 वर्षांपेक्षा जास्त असेल तर दोनदा एपीपी उपलब्ध राहिल • एपीपी सुविधा फक्त इनवेस्टशिड कॅश (यू 28), इनवेस्टशिड लाइफ (यू 29), इनवेस्टशिड पेंशन (यू 30) आणि इनवेस्टशिड गोल्ड (यू 34) साठी उपलब्ध आहे • एपीपी सुविधेची नोंद केली असेल पण ती कार्यरत नसेल तर ती समाप्त करता येईल.

पॉलिसीचा तपशील देण्याची संमती

- मी/आम्ही माझ्या/आमच्या सर्व्हिसिंग एजंट्सना पॉलिसीचा तपशील देण्याची संमती देतो.
- मी/आम्ही माझ्या/आमच्या सर्व्हिसिंग एजंट्सना माझ्या/आमच्या पॉलिसीचा तपशील देऊ इच्छित नाही.

टीप: पॉलिसीच्या तपशीलात फंड किंमत, यूनित स्टेटमेंट आणि पोर्टफोलिओ स्टेटमेंटचा तपशील, बोनस रक्कम, इत्यादी सामावले आहेत.

घोषणा

जेव्हा प्रस्तावकर्ता अशिक्षित असेल किंवा अपंगत्वामुळे त्याला लिहिता येत नसेल अथवा प्रस्तावकर्त्याने स्थानिक भाषेत स्वाक्षरी केली असेल तर लागू टीप: सल्लागार/एजंट/कंपनीचा कर्मचारी वगळून इतर व्यक्तीने साक्ष घ्यावी.

मी (साक्षीदाराचं पूर्ण नाव) _____ (प्रस्तावकर्त्यासोबत नातं) _____ प्रौढ आहे आणि इथला निवासी आहे (पत्ता) _____

मी जाहीर करतो की मी फॉर्म वाचला आणि प्रस्तावकर्त्याला ह्या फॉर्ममधील मजकूर समजावून सांगितला आणि त्याला/तिला/ त्यांना तो कळला आहे.

साक्षीदाराची स्वाक्षरी

पॉलिसीधारकाची (प्रस्तावकर्ता) स्वाक्षरी: _____

असाइनी* / ट्रस्टीची* स्वाक्षरी: _____

(*पॉलिसीच्या अबसोल्यूट असाइनमेंटसाठी आवश्यक)

(#पॉलिसी जर एमडब्ल्यूपीए अंतर्गत असेल तर आवश्यक)

टीप: बदल विनंती करणाऱ्या फॉर्ममधील अर्थ आणि परिणाम मला कळले आहेत आणि मी सादर केलेल्या बदलांची संपूर्ण जबाबदारी घेतो. पॉलिसी/वैयक्तिक तपशील ह्यातील कोणताही बदल पॉलिसीतील नियम आणि अटीच्या व संबंधित करारात्मक मार्गदर्शिकेच्या अधीन.

फक्त कार्यालयीन वापरसाठी:

ER विनंती सादर करणारे C S CR CS

स्पार्क कॉल आयडी _____

दिनांक

स्कॅनिंग कॅबिनेट _____

प्राप्त करणारे _____

शेरा _____

शिक्का
आणि
वेळ

कृपया आमच्या कस्टमर सर्व्हिस सेंटर नंबर 1860-266-7766 वर कॉल करा (स्थानिक शुल्क लागू)

कॉल सेंटरची वेळ: सकाळी 10.00 ते सायंकाळी 7.00. सोमवार ते शनिवार (राष्ट्रीय सुट्टी वगळून)



संपर्काचा पत्ता

आयसीआयसीआय प्रुडेंशियल लाइफ इंशुरन्स कंपनी लिमिटेड, युनिट नं. 1ए आणि 2ए, रहेजा टिपको प्लाझा, राणी सती मार्ग, मालाड (पूर्व), मुंबई 400097.