

असाइनमेंट फॉर्म

केवल कार्यालयीन उपयोग हेतु
पॉलिसी नंबर:
क्लाइंट आईडी:

शाखा की मुहर



टिप्पणी: आईआरडीए/ सेबी/ आरबीआई के पास पंजीकृत फायनांशियल इंटरमीडियरी को किए जाने वाले असाइनमेंट के लिए असाइनमेंट फॉर्म की आवश्यकता नहीं होती. कृपया निम्नलिखित विवरणों के अनुसार असाइनमेंट को रजिस्टर करवाएँ.

असाइनर के विवरण

पॉलिसीधारक (असाइनर) का नाम: _____ (प्रथम नाम) _____ (मध्य नाम) _____ (अंतिम नाम)
प्लान का नाम: _____ यूआईएन क्र.: _____ प्रस्ताव/ पॉलिसी क्र.: _____
ई-इंश्योरेंस अकाउंट नं.: _____ ईमेल आईडी* _____
संपर्क क्र. *(ऑफिस) _____ / (निवास) _____ / (मोबाइल) _____ मोबाइल नंबर हो तो ज्यादा अच्छा
*यहाँ दिए गए संपर्क विवरणों को सभी भावी पत्राचारों के लिए अद्यतनीकृत किया जाएगा. नेशनल डू नॉट कॉल रजिस्टर के तहत दर्ज ग्राहकों के लिए यह प्रतिक्रिया वैध स्वीकृति के रूप में माना जाएगा.

असाइनी के विवरण

ओनर का नाम: _____ जन्म तिथि: _____ DD/MM/YYYY
जन्म स्थान: _____ लिंग: स्त्री/पुरुष: _____ ईमेल आईडी: _____
संपर्क नं. *(का.) _____ / (निवास) _____ / (मोबाइल) _____ मोबाइल नंबर हो तो ज्यादा अच्छा

निवास पता / पंजीकृत कार्यालय पता	पत्राचार का पता

असाइनी है: (कृपया एक पर चिन्ह लगाएँ)

व्यक्ति फर्म कंपनी अन्य (उल्लेख करें): _____

ओनर के साथ दूसरा व्यक्ति का रिश्ता: _____
(उदा. अभिभावक / दंपति / बच्चा / कर्जदाता / कर्जदार / गारंटर इ.)

असाइनमेंट के लिए कारण: _____
(उदा. आर्थिक विचार या 'प्यार व लगाव' इसका कारण हो सकता है जहाँ पर असाइनमेंट किसी निकट के पारिवारिक सदस्य को किया जाता है.)

संलग्न असाइनमेंट का प्रमाण: _____
(व्यक्ति (निकट पारिवारिक सदस्य के अलावा), फर्म, कंपनी और अन्य को असाइनमेंट के लिए लागू)

क्या असाइनमेंट किसी शर्त के अधीन है: हाँ नहीं यदि 'नहीं' तो असाइनमेंट को 'संपूर्ण' मना जाएगा.
यदि 'हाँ' तो कृपया शर्तों का कारन बताये: _____

(उदा. असाइनी की लिखित सहमति के बिना असाइनर को पॉलिसी में कोई बदलाव या प्रक्रिया करने का अधिकार नहीं होगा. शर्तों में दिए अनुसार XX वर्ष की समाप्ति पर असाइनमेंट अपने आप रद्द और कैन्सिल हो जाएगा तथा सभी अधिकार पुनः ओनर के पास आ जाएंगे.)

असाइनर का हस्ताक्षर

असाइनी/ अपॉइंटी का हस्ताक्षर

दिनांक _____ DD/MM/YYYY

दिनांक _____ DD/MM/YYYY

स्थान: _____

स्थान: _____

अपॉइंटी के विवरण (असाइनी के अल्पवयस्क होने के मामले में भरे जाने हेतु)

नाम: _____ जन्म तिथि: _____ लिंग: पु. / स्त्री: _____

असाइनी के साथ रिश्ता: _____

निवास का पता / पंजीकृत कार्यालय का पता: _____

मैं अधिकार अपॉइंटमेंट के लिए अपनी सहमति देता हूँ

अपॉइंटी का हस्ताक्षर

महत्वपूर्ण

- किसी पॉलिसी का असाइनमेंट पॉलिसी में किए गए किसी नामांकन को अपने आप रद्द कर देगा, जिसमें एचडीएफसी स्टैंडर्ड लाइफ इंश्योरेंस कं. लि. के पक्ष में असाइनमेंट अपवाद है.
- यह असाइनमेंट तब तक प्रभावी नहीं होगा जब तक यह असाइनमेंट फॉर्म पूर्ण करके कंपनी को न दिया गया हो, साथ ही मूल पॉलिसी बॉण्ड भी हो. यदि असाइनी वयस्क है तो कृपया पहचान का प्रमाण और पते का प्रमाण जमा कराएँ.
- ऐसे मामलों के लिए जहाँ असाइनमेंट किसी व्यक्ति या हमारे चैनल पार्टनर्स के अलावा किसी वित्तीय संस्थान के पक्ष में है तो असाइनर को एंडोर्समेंट शीट के किसी एक कोने पर लगी कंपनी की मुहर पर प्राधिकृत हस्ताक्षरी का हस्ताक्षर लेना चाहिए.
- जिन मामलों में असाइनी कमजूर है वहाँ दूसरे के हस्ताक्षर की जरूरत होगी.
- पॉलिसी सर्विसिंग प्रभार यथा प्रयोजनीय लगाया जाएगा. कृपया विवरणों के लिए अपने पॉलिसी दस्तावेज को पढ़ें.

ग्राहक पुष्टि प्रति (असाइनमेंट फॉर्म)

पॉलिसी क्र.: _____

पॉलिसी धारक का नाम: _____

प्रीमियम कैलेंडर देखें, प्रीमियम का ऑनलाइन भुगतान करें, फंड मूल्य में चढ़ाव- उतार पर नजर रखें, अपना वार्षिक प्रीमियम व्यौरा मुद्रित करें और बहुत कुछ सुविधाएँ! विजिट करें www.hdfclife.com और माय अकाउंट के लिए आज ही रजिस्टर करवाएँ!

कॉल करें 1860-267-9999 पर (लोकल शुल्क लागू). कोई कंट्री कोड उदा. के लिए +91 या 00 पहले नहीं लगाएँ. सभी 7 दिन सुबह 9 से रात 9 बजे तक उपलब्ध। एसएमएस करें SERVICE 5676727 पर (शुल्क लागू)।
ईमेल - service@hdfclife.com | विजिट करें - www.hdfclife.com यथे

शाखा की मुहर

पॉलिसी दस्तावेज पर एंडोर्समेंट

मैं/हम _____, उपरोक्त असाइनर्स, _____
(असाइनमेंट का कारण)का विचार करते हुए, एक मुनाफा स्वामी के नाते एतद्वारा _____, असाइनी के पक्ष में
एचडीएफसी स्टैंडर्ड लाइफ इंश्योरेंस कंपनी लिमिटेड द्वारा आशवासित रशि तथा अन्य सारे धन , लाभों तथा उसके तहत मिलने वाली लाभ का आश्वासन देते हुए दी गई इंश्योरेंस पॉलिसी
नं. _____ में मेरे/अपने अधिकारों, पद और रूचि को असाइन करते हैं, जो मुझसे _____ (रिश्ते का उल्लेख करें) के रूप
में संबंधित हैं, और यह पूर्णतया निम्नलिखित शर्त पर है:

यादि _____ दिवस _____ 20_____.

स्थान: _____

पॉलिसीधारक (असाइनर) गवाह

हस्ताक्षर

हस्ताक्षर

हस्ताक्षर

नाम: _____

पता: _____