

अभिहस्तांतरण फॉर्म

केवळ कार्यालयीन वापरसाठी
पॉलिसी क्रमांक:
ग्राहक आयडी:

शाखा शिक्का



सूचना: आयआरडीए/सेबी/भारतीय रिझर्व्ह बँक येथे नोंदणीकृत असलेल्या आर्थिक इंटरमिजरीसाठी केलेल्या असाईनमेंट साठी असाईन फॉर्म आवश्यक नाही.

अभिहस्तांतरण करणाऱ्याचे नाव

पॉलिसीधारकाचे नाव(अभिहस्तांतरण): _____ (पहिले नाव) _____ (मधले नाव) _____ (आडनाव)

प्लॅनचे नाव: _____ यूआयएन क्र: _____ प्रस्ताव/पॉलिसी क्र: _____

इ-इन्शुरन्स खाते क्र: _____ इमेल आयडी* _____

संपर्क क्र.:(ऑफिस) _____ / (निवास) _____ / (मोबाईल) _____ मोबाईल क्रमांकास पसंती

*येथे दिले गेलेले संपर्क तपशील भविष्यातील संपर्कासाठी सुधारले जातील. ज्या ग्राहकांनी राष्ट्रीय डू नॉट कॉल रजिस्ट्रीअंतर्गत नोंदणी केली आहे, सदर प्रतिसाद वैध कृती म्हणवला जाईल

अभिहस्तांतरीत केलेल्याचे नाव

अभिहस्तांतरीत नाव: _____ जन्मतारीख: _____ DD/MM/YYYY

जन्मतिकाण: _____ लिंग: स्त्री/पुरुष: _____ इमेल आयडी: _____

संपर्क क्र.:(ऑफिस) _____ / (निवास) _____ / (मोबाईल) _____ मोबाईल क्रमांकास पसंती

निवासाचा पत्ता/नोंदणीकृत ऑफिसचा पत्ता	संपर्कासाठीचा पत्ता

असाईनी हा (एकावर खूप करा)

व्यक्ती फर्म कंपनी अन्य(विशद करा): _____

अभिहस्तांतरण करणाऱ्याचे अभिहस्तांतरीत केलेल्याशी नाते: _____

(उदा. पालक/जोडीदार/मूल/कर्जदाता/क्रेडीटर/जामीन इ.)

अभिहस्तांतरण कारण: _____

(उदा. कारण आर्थिक तरतूद किंवा जवळच्या कुटुंबियासाठी प्रेमपोटी असाईनमेंट दिली गेलेली असेल)

अभिहस्तांतरण जोडलेला पुरावा: _____

(व्यक्ती (जवळच्या कुटुंबियाव्यतिरिक्त), फर्म, कंपनी आणि अन्यांसाठी लागू)

अभिहस्तांतरण एखाद्या परिस्थितीशी संबंधित आहे का: हो नाही जर नाही असेल तर अभिहस्तांतरण संपूर्ण म्हणवली जाईल

हो असल्यास कृपया परिस्थिती विशद करा: _____

(असाईनरला असाईनीच्या लिखित परवानगीशिवाय पॉलिसीमध्ये कोणतेही बदल किंवा प्रक्रिया करण्याचा अधिकार नाही. परिस्थितीमध्ये नमूद केल्याप्रमाणे वर्ष संपल्यानंतर, असाईनमेंट आपोआप रद्दबातल होईल आणि सर्व अधिकार असाईनरकडे जातील)

अभिहस्तांतरण करणाऱ्यांच्या स्वाक्षऱ्या

तारीख: _____ DD/MM/YYYY

ठिकाण: _____

अभिहस्तांतरण करणाऱ्यांच्या/नियोक्त्यांच्या स्वाक्षऱ्या

तारीख: _____ DD/MM/YYYY

ठिकाण: _____

नियोक्त्याच्या तपशील (अभिहस्तांतरीत सज्जान नसल्यास)

नाव: _____ जन्मतारीख: _____ लिंग: स्त्री/पुरुष: _____

अभिहस्तांतरीत नाते: _____

निवासाचा पत्ता/नोंदणीकृत ऑफिसचा पत्ता: _____

मी याद्वारे अपॉईटमेंटला अनुमती देतो/ते

नियोक्त्याच्या स्वाक्षरी

महत्वाचे

- एचडीएफसी स्टॅंडर्डलाईफ इन्शुरन्स कंपनी लि.यांसाठी केलेल्या असाईनमेंट व्यतिरिक्त पॉलिसीमध्ये जर कोणतेही नॉमिनेशन केलेले असेल तर पॉलिसी असाईनमेंटद्वारे ते आपोआप रद्द होईल.
- ही अभिहस्तांतरण अभिहस्तांतरण फॉर्म योग्य रित्या पूर्ण केल्याशिवाय आणि दिल्याशिवाय सोबत कंपनीला मूल पॉलिसी करार दिल्याशिवाय लागू होणार नाही. जर असाईनी सज्जान असेल तर कृपया ओळखीचा आणि पत्त्याचा पुरावा सादर करावा.
- ज्या केसेसमध्ये असाईनमेंट आमच्या चॅनेल भागीदारांव्यतिरिक्त, व्यक्तीच्या किंवा आर्थिक संस्थेच्या नावे असेल, तर अभिहस्तांतरण ने अधिकृत स्वाक्षरीकर्त्याची कंपनीच्या सीलवर स्वाक्षरी घेतली पाहिजे.
- असाईनी जर सज्जान नसेल तर अपॉईटीची स्वाक्षरी आवश्यक असेल.
- पॉलिसी सेवा शुल्क लागू असेल त्याप्रमाणे आकारले जाईल. अधिक तपशीलासाठी तुमचे पॉलिसी दस्तावेज पहा.

ग्राहक पावती प्रत (असाईनमेंट फॉर्म)

पॉलिसी क्र: _____

पॉलिसीधारकाचे नाव: _____

प्रिमीयम कॅलेंडर पहा, प्रिमीयम ऑनलाईन भरा, फंड मूल्यातील चढउतारावर लक्ष ठेवा, आपले वार्षिक प्रिमीयम स्टेटमेंट प्रिंट करा आणि बरंच काही. भेट द्या www.hdfclife.com येथे आणि आजच माय अकाउंटसाठी रजिस्टर करा.

कॉल करा 1860-267-9999 (स्थानिक शुल्क लागू) कोणत्याही देशाचा कोड जसे +91 किंवा 00 लावू नका. स.9 ते रात्री 9 पर्यंत 7 ही दिवस उपलब्ध-एसएमएस करा SERVICE आणि पाठवा 5676727 येथे (शुल्क लागू). इमेल - service@hdfclife.com भेट द्या www.hdfclife.com येथे

शाखा शिक्का

पॉलिसी दस्तावेजावरील पृष्ठांकन

मी/आम्ही _____, उपरोल्लिखित असाईनर्स,
_____ साठी (असाईनमेंटचे कारण) याद्वारे लाभार्थी मालक
_____ या नावे असाईन करतो, असाईनी ज्याचे माझ्याशी/आमच्याशी _____ नाते आहे (नाते नमूद
करा) एचडीएफसी स्टँडर्ड लाईफ इन्शुरन्स कंपनी लिमिटेड यांनी आश्वस्त केलेल्या रकमेसह आणि इतर अन्य रकम, लाभ आणि फायदे यांसह विमा पॉलिसी क्र. मधील माझे/आमचे सर्व हक्क, व्याज खालील
पूर्ण परिस्थितीमध्ये/तशी झाल्यास दिले जावेत तारखेस _____ दिवशी _____ 20 ____.

ठिकाण: _____
पॉलिसीधारक (असाईनर)

साक्ष

स्वाक्षरी

स्वाक्षरी

नाव: मममममममममममममममममम
पत्ता: