

## 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

## अभिहस्तांतरित केलेल्याचे नाव

अभिहस्तांतरित 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 अभिहस्तांतरित 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 (अभिहस्तांतरित सज्जान नसल्यास)

नाव: \_\_\_\_\_ जन्मतारीख: \_\_\_\_\_ लिंग: स्त्री/पुरुष: \_\_\_\_\_

अभिहस्तांतरित 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](http://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](mailto:service@hdfclife.com) भेट द्या [www.hdfclife.com](http://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 स्टॅंडर्ड 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: