

FORM FOR CHANGE OF NOMINATION

नामांकन के बदलाव हेतु फॉर्म

नियम और शर्तें :

- 1) नामांकन का पंजीकरण एसबीआई लाइफ इंश्योरेंस कंपनी लिमिटेड को इस नामांकन की सूचना एवम् फॉर्म की प्राप्ति पर ही किया जाएगा.
- 2) सभी पिछले नामांकन और/या अपॉइंटी इस फॉर्म के क्रियान्वयन पर अपने आप निरस्त हो जाएंगे और इस नामांकन के पंजीकरण के बाद होने वाला नामांकन ही प्रभावी होगा.
- 3) एक से ज्यादा नामांकी होने के मामले में सभी नामितियों से एक संयुक्त डिस्चार्ज वाउचर लिया जाएगा और उसके अनुसार दावे की धन राशि अदा की जाएगी.
- 4) यदि नामांकन किसी अल्पवयस्क के पक्ष में है तो किसी व्यक्ति अपॉइंटी को नामित किया जाना चाहिए. कृपया अपॉइंटी फॉर्म भरें.
- 5) पॉलिसी के असाइनमेंट पर मौजूदा नामांकन अपने आप निरस्त हो जाएगा.
- 6) नामांकन की वैधता को लेकर कंपनी कोई राय व्यक्त नहीं करती है.

दिनांक : पॉलिसी क्रमांक : पॉलिसीधारक का नाम : पता : संपर्क नंबर :

निवास

कार्यालय

मोबाइल

ईमेल आईडी :

सभी क्षेत्रों को भरना अनिवार्य है (आपके निवेदन की प्रक्रिया के लिए कम से कम एक संपर्क नंबर अनिवार्य है. ऊपर वर्णित संपर्क नंबर को भावी पत्राचार के लिए अद्यतनीकृत किया जाएगा)

नामांकन की सूचना

प्रति

एसबीआई लाइफ इंश्योरेंस कंपनी लिमिटेड,

शाखा _____

माननीय महोदय,

संदर्भ : पॉलिसी नंबर के लिए नामांकी में बदलाव के लिए सूचना

मैं एतद्वारा सूचित करता हूँ कि अब मैंने निम्नलिखित को ऐसे व्यक्ति के रूप में नामांकित किया है जिसे उपरोक्त पॉलिसी द्वारा सुरक्षित धन मेरी मृत्यु के मामले में अदा किया जाना चाहिए.

मैं यह भी पुष्टि करता हूँ कि यह नामांकन मेरे द्वारा किए गए और उपरोक्त पॉलिसी के लिए पाठ/अनुशंसाओं के माध्यम से नामित पहले के सभी नामांकनों को अपने आप निरस्त कर देगा.

नाम	जन्म तिथि*	बीमित के साथ रिश्ता	पत्राचार का पता

*यदि नामांकी अल्पवयस्क है तो "अपॉइंटी विवरण" फॉर्म भी अनिवार्यतः भरा जाना चाहिए.

मैंने इस फॉर्म के शीर्ष पर दिए गए सभी नियमों और शर्तों को पढ़ और समझ लिया है.

कृपया इस सूचना और मूल पॉलिसी दस्तावेज की प्राप्ति की पुष्टि करें और अपनी बुक्स में नामांकन पंजीकृत करने के बाद पॉलिसी दस्तावेज लौटा दें.

आपका विश्वासपात्र,

#पॉलिसीधारक का हस्ताक्षर
या अंगूठे का निशान

पॉलिसी दस्तावेज पर नामांकी के लिए अनुमोदन

मैं _____ एतद्वारा निम्नलिखित को ऐसे व्यक्ति के रूप में नामांकित करता हूँ जिसे इस पॉलिसी द्वारा सुरक्षित धन मेरी मृत्यु के मामले में अदा किया जाना चाहिए. यह नामांकन मेरे द्वारा किए गए और उपरोक्त पॉलिसी के लिए पाठ/अनुशंसाओं के माध्यम से नामित पहले के सभी नामांकनों को अपने आप निरस्त कर देगा.

नाम	जन्म तिथि	बीमित के साथ रिश्ता	पत्राचार का पता

गवाह का हस्ताक्षर

#पॉलिसीधारक का हस्ताक्षर
या अंगूठे का निशान

गवाह का नाम और पता _____

#अंग्रेजी से इतर भाषा में हस्ताक्षर करने या अंगूठे का निशान लगाने के मामले में नीचे दी गई इतर भाषा घोषणा भरी जानी चाहिए.

जब पॉलिसीधारक का हस्ताक्षर हिंदी या अंग्रेजी में नहीं होता, या वह अंगूठे का निशान लगाता है, उस समय की जाने वाली घोषणा :

मैं एतद्वारा घोषित करता हूँ कि मैंने इस फॉर्म की सामग्री के बारे में पॉलिसीधारक को _____ भाषा में समझाया है और पॉलिसीधारक ने मेरी उपस्थिति में वह सामग्री पूरी तरह से समझने के बाद फॉर्म पर अपना हस्ताक्षर किया/अंगूठे का निशान लगाया है.

नाम : पता : व्यवसाय : संपर्क नंबर :

घोषणाकर्ता व्यक्ति के हस्ताक्षर