

REQUEST FOR CHANGE IN SIGNATURE हस्ताक्षर में परिवर्तन के लिए निवेदन

दिनांक : D D M M Y Y Y Y

पॉलिसी क्रमांक :

पॉलिसीधारक का नाम : श्री श्रीमती सुश्री

पॉलिसीधारक की
हाल की फोटो
तिर्यक हस्ताक्षर
सहित

पता :

संपर्क नंबर : निवास कार्यालय मोबाइल
S T D S T D

ईमेल आईडी :

मैं एतद्वारा घोषणा करता हूँ कि मैंने अपना हस्ताक्षर बदल दिया है और यहाँ नीचे दिए गए खानों में अपना नया हस्ताक्षर किया है। मैं आपसे निवेदन करता हूँ कि कृपया मेरा नया हस्ताक्षर अपने रेकॉर्ड्स में दर्ज करें, मैं यह भी कहता हूँ कि आगे से नीचे दिया गया हस्ताक्षर ही इस पॉलिसी के तहत मिलने वाले सभी भावी निवेदनों के लिए विचार में लिया जाना चाहिए।

पॉलिसीधारक का पुराना हस्ताक्षर (प्रस्ताव फॉर्म के अनुसार) : नया हस्ताक्षर 1 (बैंक के समक्ष हस्ताक्षर किया जाय) : नया हस्ताक्षर 2 (एसबीआई लाइफ अधिकारी के समक्ष हस्ताक्षर किया जाय) :

बैंक का नाम :

बैंक खाता नंबर :

बैंक खाताधारक की जन्म तिथि : D D M M Y Y Y Y

बैंक मुहर व सत्यापन : बैंक मुहर मैं प्रमाणित करता हूँ कि उपरोक्त विवरण बैंक रेकॉर्ड्स के अनुसार सही हैं। बैंक का नाम : हस्ताक्षर अनुक्रमांक : बैंक का हस्ताक्षर

बैंक सत्यापन के मामले में निम्नलिखित में से कोई भी एक दस्तावेज पेश किया जाना चाहिए। (चिन्ह लगाएँ ✓)

☐ पूर्व मुद्रित नाम से युक्त मूल कैंसल्ड चेक पन्ना ☐ स्व सत्यापित बैंक पासबुक प्रति पिछले माह तक के व्यवहारों सहित अद्यतनीकृत

फोटो पहचान के रूप में निम्नलिखित में से कोई भी एक दस्तावेज स्वीकार किया जाएगा और फॉर्म के साथ उसे एसबीआई लाइफ अधिकारी द्वारा सत्यापन के लिए मूल रूप में पेश किया जाना चाहिए। (चिन्ह लगाएँ ✓)

☐ ड्राइविंग लाइसेंस ☐ पासपोर्ट ☐ पैन कार्ड ☐ मतदाता पहचान पत्र ☐ आधार कार्ड ☐ सैन्य बल पहचान पत्र ☐ अन्य (कृपया उल्लेख करें) :

निवास प्रमाण के रूप में निम्नलिखित में से कोई भी एक दस्तावेज स्वीकार किया जाएगा और फॉर्म के साथ उसे एसबीआई लाइफ अधिकारी द्वारा सत्यापन के लिए मूल रूप में पेश किया जाना चाहिए। (चिन्ह लगाएँ ✓)

☐ ड्राइविंग लाइसेंस ☐ पासपोर्ट ☐ आधार कार्ड ☐ युटिलिटी बिल्स 2 माह से पुराने नहीं ☐ बैंक पास बुक/खाता ब्यौरा पिछले माह के व्यवहारों के साथ ☐ अन्य (कृपया उल्लेख करें) :

जब पॉलिसीधारक का हस्ताक्षर हिंदी या अंग्रेजी में नहीं होता, उस समय की जाने वाली घोषणा :

मैं एतद्वारा घोषित करता हूँ कि मैंने इस फॉर्म में दी गई जानकारी के बारे में पॉलिसीधारक को भाषा में समझाया है और यह कि पॉलिसीधारक ने मेरी उपस्थिति में वह जानकारी पूरी तरह से समझने के बाद फॉर्म पर अपना हस्ताक्षर किया है।

नाम :

पता :

घोषणाकर्ता व्यक्ति के हस्ताक्षर

(For office use only; to be filled in by the Branch)

I, confirm that I have verified the above mentioned documents.

Name: Designation:

SBI Life Employee Code: Branch:

Date: D D M M Y Y Y Y

Signature of SBIL official



Acknowledgement Slip

Toll Free No.: 1800 22 9090

Visit: www.sbilife.co.in • E-mail: info@sbilife.co.in

Received a request for against Policy No.:

on D D M M Y Y Y Y at am/pm.

Employee's Name & Sign:

Inward No.:

Branch Stamp / Seal