

Registration No.: _____
पंजीकरण नंबर: _____

Assignment / समनुदेशक

Assignment / समनुदेशक

Pramerica Life Insurance Limited in favour of:

जारी पॉलिसी को नीचे दिए समनुदेशिती के पक्ष में हस्तांतरित करता हूँ/करते हैं:

1) Name of the Assignee: (PLEASE LEAVE A SPACE BETWEEN EACH PART OF THE NAME)

समनुदेशिती का नाम: (कृपया प्रत्येक नाम के बीच स्थान छोड़े)

2) Status:

2) Status:

Banks/Financial institution ☐ Relative of the assignor ☐ Others (Please specify) _____
 बैंक / वित्तीय संस्थान समनुदेशक का संबंधी अन्य (कृपया उल्लेख करें)

If Assignee is a Relative or Others: यदि सतनुदेशिती संबंधी या अन्य है:

i) Relationship with Assignor: समनुदेशक से संबंध: _____

ii) Occupation: ☐ Salaried ☐ Agriculturist ☐ Housewife ☐ Student ☐ Retired/Pensioner
व्यवसाय: ☐ वेतनभोगी ☐ किसान ☐ गृहणी ☐ छात्र ☐ सेवानिवृत्त / पेंशनर

Business Owner (please specify) _____ ☐ Self Employed (please specify) _____
 कारोबारी (कृपया उल्लेख करें) स्व-नियोजित (कृपया उल्लेख करें)

Others (please specify) अन्य (कृपया उल्लेख करें)

iii) Identity Proof: ☐ Passport ☐ PAN Card ☐ Voter's Identity Card
 पहचान का प्रमाण: ☐ पासपोर्ट ☐ पेन कार्ड ☐ मतदाता पहचान पत्र

Others (please specify) अन्य (कृपया उल्लेख करें)जज

iv) Address Proof: ☐ Telephone Bill ☐ Ration Card ☐ Electricity Bill
पते का प्रमाण: टेलीफोन बिल राशन कार्ड बिजली का बिल

Others (please specify)/अन्य (कृपया उल्लेख करें) _____

v) Income Proof: ☐ Form 16 ☐ Moderated P&L A/c ☐ ITR
आय का प्रमाण: फार्म 16 मध्यम लाभ एवं हानि खाता आईटीआर

Others (please specify)/ अन्य (कृपया उल्लेख करें)

3) Assignee Address: (PLEASE LEAVE A SPACE BETWEEN EACH PART OF THE ADDRESS)

समनुदेशिता का पता: (कृपया पते के प्रत्येक भाग के बीच स्थान छोड़ें)

City: _____ State: _____
शहर: _____ राज्य: _____

STD Code एसटीडी कोड				Landline Number लैंडलाइन फोन नंबर				Mobile मोबाइल				Pin Code पिन कोड			

4) Premium payment change:

प्रीमियम भूगतान प्रभार:

Please tick whichever is applicable

जो लागू हों उस पर सही का निषान लगाएं

☐ Going forward, the premium for the policy shall be paid by the assignee
इससे आगे पॉलिसी के प्रीमियम का भुगतान समनुदेशिती द्वारा किया जाएगा।

☐ There will be no change in premium payable.
प्रीमियम अदाकर्ता में कोई बदलाव नहीं होगा।

Assignor's signature _____ on _____

समनदेष्टक के हस्ताक्षर _____

Date:

D	D	M	M	Y	Y	Y	Y
---	---	---	---	---	---	---	---

दिनांक:

Assignor's signature _____ on _____

समनदेष्टी के हस्ताक्षर _____

Date:

D	D	M	M	Y	Y	Y	Y
---	---	---	---	---	---	---	---

(Stamp and counter signature by authorised signatory if assignor or assignee is other than individual)

(अगर समनदेशक या समनदेशिनी व्यक्ति से इतर है तो अधिकृत हस्ताक्षरकर्ता की मोहर और प्रमि-हस्ताक्षर)

Declaration (in case this form is filled by a person other than the Policy holder or signed in vernacular)
घोषणा (उस मामले में, जिसमें यह फार्म पॉलिसीधारक से इतर व्यक्ति द्वारा भरा जाता है या मातृभाषा में हस्ताक्षर किए जाते हैं)

I hereby declare that the contents in this form have been fully explained to me and that whatever is stated herein above has been recorded as per the information provided by me.

मैं एतद्वारा घोषणा करता हूँ कि इस फार्म की विषय-वस्तु के बारे में मुझे बता दिया गया है और ऊपर जो कुछ भी कहा गया है, उसे मेरे द्वारा दी गई सूचना के अनुसार दर्ज कर लिया गया है।

Thumb Impression/Signature of the Policy holder

पॉलिसीधारक/के अंगूठे का निशान/हस्ताक्षर

I hereby declare that I have explained the contents of this form to the Policy holder in _____ language and I have correctly recorded the information provided to me and I further declare that the Policy holder has signed/affixed his/her thumb impression in my presence.

मैं एतद्द्वारा घोषणा करता हूँ कि मैंने पॉलिसीधारक को भाषा में इस फार्म की विषय-वस्तु के बारे में बता दिया है और मैंने मुझे मुहैया
कराई गई सूचना सही-सही दर्ज कर ली है और मैं यह भी घोषणा करता हूँ कि पॉलिसीधारक ने मेरे सामने अपने हस्ताक्षर किए हैं/अंगूठे का निशान लगाया है।

Signature of the Declarant filling the form

फार्म भरने वाले घोषक के हस्ताक्षर

Name of Declarant: (PLEASE LEAVE A SPACE BETWEEN EACH PART OF THE NAME)

घोषक का नाम और पता: (कृपया प्रत्येक नात के बीच स्थान छोड़ें)

Title: Mr/Mrs/Ms/Dr.	First name	Middle name	Surname
श्री / श्रीमती / सुश्री / डॉ.	पहला नाम	मध्य नाम	उपनाम

Address of Declarant (PLEASE LEAVE A SPACE BETWEEN EACH PART OF THE ADDRESS)

घोषक का पता (कृपया प्रत्येक नात के बीच स्थान छोड़ें)

[illegible]

City: _____ State: _____
शहर: _____ राज्य: _____

STD Code एसटीडी कोड	Landline Number लैंडलाइन फोन नंबर	Mobile मोबाइल	Pin Code पिन कोड
------------------------	--------------------------------------	------------------	---------------------

Date:

D	D	M	M	Y	Y	Y	Y
---	---	---	---	---	---	---	---

 Place: _____
दिनांक: _____ राज्य: _____

Instructions / निर्देश

- ☐ All alterations/modifications made need to be countersigned by the Policy holder and assignee
- ☐ Only one policy may be assigned under one request form
- ☐ All information shall be entered in block letters and all fields are mandatory
- ☐ For the purpose of this form assignor shall mean the Policy holder and assignee shall mean the person in whose favour the policy is to be assigned
- ☐ Assignment of the Policy shall automatically cancel any nomination made in the Policy except for assignment in favour of Pramerica Life Insurance Limited
- ☐ Partial assignment of the Policy is not permitted
- ☐ The Company expresses no opinion as to the legality or validity of the assignment
- ☐ Where assignee is a minor, the natural/legal guardian shall sign on behalf of the minor
- ☐ All witnesses should be competent to contract
- ☐ The Policy document together with a deed of assignment, if any, should accompany this form and should be delivered to the Company. Failure to notify the Company as herein, will make the assignment inoperative and will not confer upon the assignee or assignee's legal representatives any priority of claims
- ☐ Subject to the terms and conditions of the assignment, the Company shall, from the date of receipt of the notice in the manner described, recognise the assignee named in the notice as the only person entitled to the benefit under the policy as applicable
- ☐ किए गए सभी बदलावों/करेक्शन पर बीमाकृत व्यक्ति और समनुदाशती के प्रति—हस्ताक्षर होने जरूरी हैं।
- ☐ एक आवेदन फार्म में केवल एक पॉलिसी समनुदेशित की जा सकती है।
- ☐ सभी सूचनाएं बड़े अक्षरों में भरी जाए और सभी फील्ड अनिवार्य हैं।
- ☐ इस फार्म में समनुदेशक का तात्पर्य पॉलिसीधारक से है और समनुदेशिती का तात्पर्य उस व्यक्ति से होगा जिसके पक्ष में पॉलिसी समनुदेशित की गई है।
- ☐ प्रमेरिका लाइफ इश्योरेंस लिमिटेड के पक्ष में किए गए समनुदेशन को छोड़ कर पॉलिसी में किया गया कोई भी नामांकन पॉलिसी के समनुदेशन से स्वतः रद्द हो जाएगा।
- ☐ पॉलिसी का आंशिक समनुदेशन नहीं किया जा सकता।
- ☐ समनुदेशन की मान्यता और वैधता के संबंध में कंपनी कोई राय व्यक्त नहीं करती है।
- ☐ यदि समनुदेशिती नाबालिग है तो स्वभाविक/कानूनी संरक्षक नाबालिग की ओर से हस्ताक्षर करेगा।
- ☐ सभी गवाह संपर्क करने के लिए समर्थ होने चाहिए।
- ☐ समनुदेशन विलेख, यदि कोई हो, सहित पॉलिसी दस्तावेज, इस फार्म के साथ कंपनी को प्रस्तुत किया जाना चाहिए। सूचित करने में विफल रहने पर कंपनी समनुदेशन को निष्क्रिय बना देगी और समनुदेशिती या समनुदेशिती के कानूनी प्रतिनिधि को दावे की कोई प्राथमिकता प्रदान नहीं की जाएगी।
- ☐ समनुदेशन की शर्तों एवं निबंधनों के अधिधीन, कंपनी तय तरीके से सूचना प्राप्त करने की तारीख से पॉलिसी के तहत यथा लागू लाभों के हकदार एकमात्र व्यक्ति के रूप में सूचना में नामजद समनुदेशिती को मान्यता देगी।

Pramerica Life Insurance Limited

प्रमेरिका लाइफ इंश्योरेंस लिमिटेड

Registered Office and Communication Address : 4th Floor, Building No-9,Tower-B Cyber City, DLF City Phase III, Gurgaon - 122002, Haryana.
CIN: U66000HR2007PLC052028

पंजीकृत और पत्राचार का पता: चौथी मंजिल, नं 9 टावर बी, साइबर सिटी, डी एल एफ सिटी फेज़-3, गुडगाँव-122002, हरियाणा.
CIN: U66000HR2007PLC052028

Contact Us: Customer Service Helpline: 1860 500 7070 (Local charges apply) or Dial-011-4818 7070 | Email: contactus@pramericalife.in | www.pramericalife.in
Fax: 0124 - 4697100/7200 | IRDAI Registration Number: 140.

सम्पर्क करें: ग्राहक सेवा हेल्पलाइन: 1860 500 7070 (स्थानीय शुल्क लागू) या डायल-011-48187070 | ई-मेल: contactus@pramericalife.in | वेबसाइट: www.pramericalife.in
फैक्स: 0124 - 4697100/7200 | आई आर डी ए आई रजिस्ट्रेशन नंबर: 140.