

The Policy Servicing Department
Pramerica Life Insurance Limited
पॉलिसी सेवा विभाग

प्रमैरिका लाइफ इंश्योरेंस लिमिटेड

Policy No.:

पॉलिसी नंबर:

Date:

दिनांक:

Change in Premium Payment Frequency/प्रिमियम भुगतान की आवृत्ति में परिवर्तन

I wish to change my premium payment frequency to (Please tick as applicable):

मैं अपनी प्रिमियम भुगतान आवृत्ति का निम्न में से एक में बदलाव करना चाहता हूँ (जो लागू हो उस पर निशान लगाएं):

☐ Monthly/ मासिक ☐ Quarterly/ तिमाही ☐ Half Yearly/ छःमाही ☐ Annually/ वार्षिक

☐ Changes would be effective from the next Policy anniversary.

☐ बदलाव पॉलिसी की अगली वर्षगांठ से प्रभावी होंगे।

Updation of Bank Details/बैंक विवरण को अपडेट करना

Change in Bank Name:

बैंक के नाम में परिवर्तन:

Branch:

शाखा:

Change in Account No.:

खाता संख्या में परिवर्तन:

Change in MICR Code:

एमआउईसीआर कोड में परिवर्तन:

Reason For Change:

परिवर्तन का कारण:

Note: Please attach a cancelled cheque copy of new bank account along with this request.

टिप्पणी: इस अनुरोध के साथ नए बैंक खाते के चेक की रद्द प्रति संलग्न करें।

Declaration & Authorisation/घोषणा और अधिकार-पत्र

I/we agree that no request shall be treated as valid and effective unless received by Pramerica Life Insurance Limited (hereinafter referred to as "the Company") during the lifetime of the Life Insured and is finally accepted by the Company. Receipt of this form by a Life Associate/Life Consultant will not constitute receipt/acknowledgement by the Company.

मैं/हम इस बात से सहमत हूँ/हैं कि कोई भी अनुरोध तब तक वैध और प्रभावी नहीं माना जाएगा जब तक कि ऐसा अनुरोध प्रमैरिका लाइफ इंश्योरेंस लिमिटेड (जिसे इसमें आगे कंपनी कहा गया है) द्वारा बीमाकृत व्यक्ति के जीवनकाल के दौरान प्राप्त नहीं किया जाता और इसे कंपनी द्वारा स्वीकार नहीं कर लिया जाता। लाइफ एसोसिएट/लाइफ कंसल्टेंट द्वारा इस फार्म को प्राप्त करने के कृत्य को कंपनी द्वारा इसे स्वीकार/प्राप्त करना नहीं माना जाएगा।

I/we understand that (i) the Company may be unable to process this application if I/we fail to provide any further information requested by the Company and I/we fully understand the contents of this form and all information has been filled by me/us.

मैं/हम समझ गया हूँ/हैं कि (1) अगर मैं/हम कंपनी द्वारा इस संबंध में और सूचना मांगने पर इसे उपलब्ध कराने में विफल रहता हूँ/रहते हैं तो कंपनी हमारे आवेदन पर कार्यवाही करने में असमर्थ हो सकती है और मैं/हम इस फार्म की पूरी विषय-वस्तु के बारे में समझ गया हूँ/गए हैं और समस्त सूचनाएं मेरे/हमारे द्वारा भरी गई हैं।

Signature of the Life Insured

बीमाकृत व्यक्ति के हस्ताक्षर

on

Date:

दिनांक:

Signature of the Policy holder/Trustee

(If other than Insured)

पॉलिसी के मालिक/ट्रस्टी के हस्ताक्षर (अगर बीमाकृत व्यक्ति से इतर है)

on

Date:

दिनांक:

Signature of the Assignee

(in case of Absolute Assignment)

समनुदेशिती के हस्ताक्षर (पूर्ण समनुदेशन के मामले में)

on

Date:

दिनांक:

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/Trustee

पॉलिसीधारक/ट्रस्टी के अंगूठे का निशान/हस्ताक्षर

on

Date:

दिनांक:

Signature of the Assignee

(In case of Absolute Assignment of policy)

समनुदेशिती के हस्ताक्षर (पॉलिसी के पूर्ण समनुदेशन के मामले में)

on

Date:

दिनांक:

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 एतद्वारा घोषणा करता हूँ कि मैंने पॉलिसीधारक का _____ 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 and Address of the Declarant (PLEASE LEAVE A SPACE BETWEEN EACH PART OF THE NAME)
घोषक का नाम और पता (कृपया नाम के प्रत्येक भाग के बीच स्थान छोड़ें)

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

Address: पता:

City: शहर: State: राज्य: Pin Code: पिन कोड:

Date: दिनांक: Place: स्थान:

Note:
☐ Please submit the duly filled form at the nearest Company branch office or mail it to our communication address. For the details of the branch office location, visit www.pramericalife.in or call 1860 500 7070 (Local charges apply) or Dial - 011-48187070. You are requested to ask for the acknowledgement of this form the branch office and retain it for future reference

टिप्पणी:
☐ कृपया विधिवत रूप से भरे फार्म को नजदीकी कंपनी शाखा कार्यालय में जमा कराएं या हमारे पत्राचार के पते पर इसे ईमेल करें। शाखा कार्यालय की लोकेशन के विवरण के बारे में जानने के लिए www.pramericalife.in पर लॉगिन करें या 1860 500 7070 (स्थानीय शुल्क लागू) या डायल - 011-4818 7070 नंबर पर फोन करें। आपसे अनुरोध किया जाता है कि इस फार्म की पावती के लिए आप शाखा कार्यालय से पूछें और भावी संदर्भ के लिए इसे संभाल कर रखें।

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 कार्यालय एवं पत्राचार का पता: चौथी मंजिल, बिल्डिंग नं. 9, टॉवर-बी, साइबर सिटी, डी एल एफ सिटी फेज-3, गुडगांव - 122002, हरियाणा।
CIN: U66000HR2007PLC052028.

Contact Us: Customer Service Helpline 1860 500 7070 (Local charges apply) or Dial- 011- 4818 7070 | Email: contactus@pramericalife.in | Website: www.pramericalife.in
Fax: 0124 - 4697100/7200 | IRDAI Registration No. 140.

सम्पर्क करें: कस्टमर सर्विस हेल्पलाइन 1860 500 7070 (स्थानीय शुल्क लागू) या डायल - 011-4818 7070 | ई-मेल: contactus@pramericalife.in | वेबसाइट: www.pramericalife.in.
फैक्स: 0124 - 4697100/7200 | आई आर डी ए आई रजिस्ट्रेशन नंबर: 140