

अतिरिक्त तपशील - निवास/कर स्थितीसाठी सूचक

(अ) जन्मस्थान आणि जन्म देश

(ब) तुम्ही इतर कोणत्याही देशाचे नागरिक आहात का (दुहेरी/बहु)

(क) तुम्ही भारताव्यतिरिक्त इतर कोणत्याही देशाचे रहिवासी आहात का (कर हेतूसाठी)

(ड) तुमच्याकडे अमेरिकेचे ग्रीन कार्ड आहे का किंवा इतर कोणत्याही देशाचे असेच कोणतेही कार्ड आहे का ?

जर वरीलपैकी कोणत्याही/सर्व प्रश्नांचे उत्तर हो असेल, तर कृपया विमा एफएटसीए घोषणेमध्ये सर्व तपशील भरा.

2. विमा उतरवलेल्या व्यक्तीची माहिती (जर विमा उतरवलेल्या व्यक्तीचा प्रस्ताव देणाऱ्यापेक्षा वेगळा असेल तरच विभाग 2 भरा)

संपूर्ण नाव (नाव आणि अडनावामध्ये मोकळी जागा सोडा)

श्री सौ. श्रीमती कुमार

प हिल ना व

अ ड ना व

विद्यमान इंडियाफर्स्ट पॉलिसी मालक, कृपया पॉलिसी क्रमांक/क्लायंट आयडी प्रविष्ट करा.

विमाधारकाचा संपर्क पत्ता (ज्या पत्त्यावर पॉलिसी दस्तऐवज पाठवला जाईल)

ला इ न 1

ला इ न 2

लँ ड मा र्क

श ह र

रा ज्य

पिन कोड

कायमस्वरूपी पत्ता (वरील पत्त्यापेक्षा वेगळा असेल तर)

ला इ न 1

ला इ न 2

लँ ड मा र्क

श ह र

रा ज्य

पिन कोड

मोबाइल* + () लँडलाइन + ()

केंद्री कोड

*ह्या प्रस्तावासाठी/पॉलिसीसाठी एसएमएस आणि व्हॉट्सअॅपद्वारे सूचना प्राप्त करा

एसटीडी/आयएसडी

ईमेल आयडी*

*ई-मेलद्वारे संपर्क प्राप्त करा

जन्मतारीख: D D M M Y Y Y Y वय: वर्ष लिंग: पुरुष स्त्री तृतीयपंथी राष्ट्रीयत्व: भारतीय अनिवासी भारतीय

वैवाहिक स्थिती: अविवाहित विवाहित विधूर/विधवा घटस्फोटीत निवासी स्थिती: निवासी एनआरआय पीआयओ

शिक्षण: पोस्ट ग्रेज्यूएट ग्रेज्यूएट डिप्लोमा 12 वी उत्तीर्ण 10 वी उत्तीर्ण 10 वी पेक्षा कमी अशिक्षित

व्यवसाय: पगारदार व्यावसायिक स्वयंरोजगारप्राप्त विद्यार्थी गृहिणी रिटायर शेती व्यावसायिक

इतर (कृपया स्पष्ट करा)

कामाचं/कर्तव्याचं स्वरूप

पॅन: (फोटो जोडला आहे) हो नाही

पॅन: उत्पन्नाचा स्रोत वयाचा पुरावा (जीवन विमाधारक)

(प्रस्तावक)(जर पॅन नसेल तर कृपया फॉर्म 60 घ्या)

सेवेतील/बिझनेसमधील एकूण वर्षे

उत्पन्न (वार्षिक)

संस्थेचं/बिझनेसचं नाव:

अतिरिक्त तपशील - निवास/कर स्थितीसाठी सूचक

(अ) जन्मस्थान आणि जन्म देश

(ब) तुम्ही इतर कोणत्याही देशाचे नागरिक आहात का (दुहेरी/बहु)

(क) तुम्ही भारताव्यतिरिक्त इतर कोणत्याही देशाचे रहिवासी आहात का (कर हेतूसाठी)

(ड) तुमच्याकडे अमेरिकेचे ग्रीन कार्ड आहे का किंवा इतर कोणत्याही देशाचे असेच कोणतेही कार्ड आहे का ?

जर वरीलपैकी कोणत्याही/सर्व प्रश्नांचे उत्तर हो असेल, तर कृपया विमा एफएटसीए घोषणेमध्ये सर्व तपशील भरा.

3. नामनिर्देशित व्यक्ती/नियुक्त व्यक्तीची माहिती (जर विमाधारक आणि प्रस्तावक एकच असतील तर भरावी लागेल. नामनिर्देशित व्यक्ती अल्पवयीन असेल तरच नियुक्त व्यक्तीची माहिती आवश्यक आहे)

नॉमिनी व्यक्तीचे नाव	टक्केवारी शेअर	नॉमिनी व्यक्तीची जन्मतारीख	नॉमिनी व्यक्तीचे वय	मोबाईल क्रमांक	ईमेल-आयडी	नॉमिनी व्यक्तीचा सध्याचा पत्ता	नॉमिनी व्यक्तीचा कायमचा पत्ता	नॉमिनीशी नातं

नियुक्त व्यक्तीचे नाव	जन्मतारीख	वय	लिंग	नामनिर्देशित व्यक्तीशी नाते	नियुक्त व्यक्तीचा पत्ता

4. प्लॅनचा तपशील

	पॉलिसीची मुदत	प्रीमियम भरण्याची मुदत	हस्ता प्रीमियम	विमा रक्कम
इंडियाफर्स्ट प्लॅन				
इंडियाफर्स्ट टर्म रायडर				
इंडियाफर्स्ट वेवर ऑफ प्रीमियम रायडर				
पर्याय 1 पर्याय 2 पर्याय 3				—
इंडियाफर्स्ट लाइफ अॅक्सिडेंटल डेथ बेंनिफिट रायडर (एडीबी)				
इंडियाफर्स्ट लाइफ टोटल आणि पर्मानेंट डिसॅबिलिटी रायडर (टीपीडी)				

हप्त्याची वारंवारता: सिंगल वार्षिक सहामाही तिमाही मासिक (फक्त ईसीएस/डायरेक्ट डेबिट)

*ईसीएस/डीडी रद्द केलेल्या चेकसोबत आणि बँकेच्या ब्रँचकडून डीडी मॅडेटची पडताळणी व्हावी नूतनीकरण प्रीमियम पेमेंट पर्याय 1.*स्थायी सूचना 2. चेक

टीप: इंडियाफर्स्ट टर्म रायडर इंडियाफर्स्ट लाइफ लॉग गॅरंटीड इन्कम प्लॅन आणि इंडियाफर्स्ट लाइफ महाजीवन प्लस प्लॅनसाठी लागू आहे.

इंडियाफर्स्ट लाइफ स्मार्ट पे प्लॅन, इंडियाफर्स्ट लाइफ लॉग गॅरंटीड इन्कम प्लॅनसाठी इंडियाफर्स्ट लाइफ वेव्हर ऑफ प्रीमियम रायडर लागू आहे.

इंडियाफर्स्ट लाइफ गॅरंटीड बेंनिफिट प्लॅन, इंडियाफर्स्ट लाइफ महाजीवन प्लस प्लॅन, इंडियाफर्स्ट लाइफ फॉर्च्यून प्लस प्लॅन आणि इंडियाफर्स्ट लाइफ गॅरंटी ऑफ लाइफ ड्रीम्स प्लॅन.

मी माझ्या भविष्यातील प्रीमियमची भरपाई सर्वायवळ फायद्यातून करू इच्छितो. ☐ हो ☐ नाही (इंडियाफर्स्ट लाइफ स्मार्ट पे आणि इंडियाफर्स्ट लाइफ महाजीवन प्लस प्लॅनसाठी लागू)

इंडियाफर्स्ट लाइफ वेलथ मॅक्सिमायझर प्लॅन, इंडियाफर्स्ट लाइफ मनी बॅलन्स प्लॅन, युनिट प्लन्ससह इंडियाफर्स्ट लाइफ टर्म आणि युनिट लिंक्ड इन्शूरन्स प्लॅनसह इंडियाफर्स्ट लाइफ टर्मसाठी पर्याय निवडा.

मूल्य लाभ पर्याय: ☐ एकरकमी ☐ 5 वर्षासाठी उत्पन्न

सिस्टॅमॅटिक पार्शल विथड्रॉवल पर्याय ☐ नाही ☐ हो

(जर हो, तर पैसे काढण्याचे % _____ (0 ते 25% दरम्यान), वर्ष _____ ते वर्ष _____ पर्यंत वारंवारतेनुसार)

☐ वार्षिक ☐ सहामाही ☐ तिमाही ☐ मासिक)

पॉलिसीची पहिली 5 वर्षे पूर्ण झाल्यानंतर फक्त

इंडियाफर्स्ट लाइफ वेलथ मॅक्सिमायझर प्लॅनसाठी सिस्टॅमॅटिक पार्शल विथड्रॉवल पर्याय लागू आहे.

गुंतवणूक धोरण: ☐ स्वयं-व्यवस्थापित ☐ स्वयंचलित ट्रिगर आधारित गुंतवणूक धोरण (एटीबीआयएस)

☐ निधी हस्तांतरण धोरण ☐ वय आधारित गुंतवणूक धोरण ☐ स्मार्ट स्विच धोरण

एटीबीआयएस इंडियाफर्स्ट लाइफ मनी बॅलन्स प्लॅन आणि इंडियाफर्स्ट लाइफ वेलथ मॅक्सिमायझर प्लॅनसाठी लागू आहे.

फंडाचे पर्याय

फंडाची बेरीज 100% आहे			
इक्विटी 1 (SFIN: ULIF009010910EQUITY1FUND143)	वॅल्यू (SFIN: ULIF013010910VALUEFUND0143)	लिंक्ड 1 फंड (SFIN: ULIF014010910LIQUID1FND143)	
डेट 1 (SFIN: ULIF010010910DEBT01FUND143)	बॅलेंस्ड 1 (SFIN: ULIF011010910BALAN1FUND143)	इंडेक्स ट्रॅकर (SFIN: ULIF012010910INDTRAFUND143)	
डायव्हर्सिफिकेड असेट अलोकेशन फंड (SFIN: ULIF015080811DYAALLFUND143)		फ्लेक्सिबल इक्विटी (SFIN: ULIF02121/02/22FLEXCAPFND143)	
इक्विटी एलिफंट ऑपच्युनिटीज (SFIN: ULIF020280716EQUELITFEP143)		सरस्टेनेबल इक्विटी (SFIN: ULIF02221/02/22SUSTEQUFUND143)	
मॅक्रो ट्रेड्स फंड (SFIN: ULIF025010824MACREQUFND143)		मल्टी कॅप इक्विटी फंड (SFIN: ULIF026101024MULTIEQUFND143)	
लार्ज कॅप इक्विटी फंड (SFIN: ULIF027060125LARGEQUFND143)			

निधी हस्तांतरण धोरणासाठी, कृपया एक इक्विटी ओरिएंटेड फंड आणि एक डेट ओरिएंटेड फंड निवडा.

टीप: मासिक मोड पर्यायासाठी पहिल्या तीन महिन्यांचा प्रीमियम पहिला हप्ता म्हणून भरवावा लागेल (शुद्ध संरक्षण योजनांसाठी लागू नाही). पहिल्या किंवा नूतनीकरण प्रीमियमसाठी केलेले कोणतेही रोख/चेक/डीडी पेमेंट 'इंडियाफर्स्ट लाइफ इन्शूरन्स कंपनी लिमिटेड' ला वेळीच मिळाले आहे असे मानले जाते जेव्हा ते त्यांच्या कोणत्याही कार्यालयातून किंवा त्यांच्या अधिकृत बँकिंग भागीदारांकडून किंवा संकलन बिंदूकडून प्राप्त झाले असेल आणि कंपनीने अधिकृत छापील पावती जारी केल्यानंतर. धनादेश फक्त इंडियाफर्स्ट लाइफ इन्शूरन्स कंपनी लिमिटेडच्या नावे काढले पाहिजेत (पहिल्या प्रीमियमसाठी अर्ज क्रमांक/नूतनीकरण प्रीमियमसाठी पॉलिसी क्रमांक चेकच्या मागे लिहिलेला असावा).

टीप: रोख/चेक/डीडी मध्ये पेमेंट स्वीकारण्यासाठी संकलन बिंदू/केंद्र कंपनीने कोठेवेळी निर्दिष्ट केल्याप्रमाणे असतील.

तृतीय पक्ष पेमेंट: मी येथे घोषित करतो की माझ्या पालिसी अंतर्गत मी घेतलेला पेमेंट मोड माझा आहे आणि या संदर्भात कोणत्याही विधानात कोणतीही चूक असल्यास त्याची संपूर्ण जबाबदारी मी घेतो.

मान इंडियाफर्स्ट पॉलिसी मालक, कृपया पॉलिसी क्रमांक/क्लायंट आयडी प्रविष्टि करा. पॉलिसी क्रमांक क्लायंट आयडी

जर संपर्क पत्ता प्राथमिक जीवन विमाधारकाच्या सारखाच असेल तर निवडा.

ल्यास, दुय्यम जीवन विमाधारकाचा संपर्क पत्ता

प्रमस्वरूपी पत्ता (वरील पत्त्यापेक्षा वेगळा असेल तर)

[illegible]

तुम्ही राजकीय संपर्कातील व्यक्ती आहात का ? ☐ हो ☐ नाही

राजकीय संपर्कातील व्यक्ती (पीसीपी) म्हणजे अशा व्यक्ती ज्यांना परदेशात प्रमुख सार्वजनिक कार्ये सोपवण्यात आली आहेत किंवा सोपवण्यात आली आहेत, उदाहरणार्थ, राज्याचे किंवा सरकारचे प्रमुख, वरिष्ठ राजकारणी, वरिष्ठ सरकारी/न्यायिक/लष्करी अधिकारी, सरकारी मालकीच्या कंपन्यांचे वरिष्ठ अधिकारी, महत्त्वाचे राजकीय पक्षाचे अधिकारी इ., ज्यात त्यांचे कुटुंबातील सदस्य आणि जवळचे नातेवाईक यांचा समावेश आहे.

प्राथमिक जीवन विमाधारकाशी संबंध - **जोडीदार**

(अ) जन्मस्थान _____ आणि जन्म देश _____

(ब) तुम्ही इतर कोणत्याही देशाचे नागरिक आहात का (दुहेरी/बहु) ☐ हो ☐ नाही

(क) तुम्ही भारतव्यतिरिक्त इतर कोणत्याही देशाचे रहिवासी आहात का (कर हेतुसाठी) ☐ हो ☐ नाही

(ड) तुमच्याकडे अमेरिकेचे ग्रीन कार्ड आहे का किंवा इतर कोणत्याही देशाचे असेच कोणतेही कार्ड आहे का ? ☐ हो ☐ नाही

जर वरीलपैकी कोणत्याही/सर्व प्रश्नांचे उत्तर हो असेल, तर कृपया विमा एफएटसीए घोषणेमध्ये सर्व तपशील भरा.

प्रस्तावक आणि जीवन विमाधारकासाठी
 योजनेच्या अटीनुसार प्रस्तावकाला पैसे देण्यासाठी कंपनी निवडलेल्या पद्धतीचा वापर करेल. जर खालीलपैकी कोणताही इलेक्ट्रॉनिक पेआउट पर्याय निवडला नाही, तर कंपनी कोणताही पर्यायी पेआउट पर्याय वापरण्याचा अधिकार राखून ठेवते.

श्रीलंके की कोणताही पर्याय निवडल्यास कृपया तुमच्या चेकची रक्कम केलेली प्रत द्या.
नॉमिनी 1 साठी - _____
 योजनेच्या अटीनुसार कंपनी नॉमिनीला पैसे देण्यासाठी निवडलेल्या पद्धतीचा वापर करेल. जर खालीलपैकी कोणताही इलेक्ट्रॉनिक पेआउट पर्याय निवडला नाही, तर कंपनी कोणताही पर्यायी पेआउट पर्याय वापरण्याचा अधिकार राखून ठेवते.

टीप: अनेक वारस असतील तर कृपया त्यांच्या बँक खात्याचे तपशील द्या
नियुक्त व्यक्तीसाठी (जर नॉमिनी अल्पवयीन असेल तर) -

योगनेच्या अटीनुसार नियुक्त व्यक्तीला पैसे देण्यासाठी कंपनी निवडलेल्या पद्धतीचा वापर करेल. जर खालीलपैकी कोणताही इलेक्ट्रॉनिक पेआउट पर्याय निवडला गेला नाही, तर कंपनी कोणताही पर्यायी पेआउट पर्याय वापरण्याचा अधिकार राखून ठेवते.

अस्वीकरण: जर माझ्या बँक खात्यात कोणतेही कारण न देता/न देता पैसे जमा झाले नाहीत किंवा अपूर्ण/चुकीच्या माहितीमुळे व्यवहाराला उशीर झाला किंवा अजिबात जमा झाला नाही, तर मी ईडियाफॉर्स्ट लाइफ इन्शुरन्स कंपनी लिमिटेडला जबाबदार धरणार नाही. शिवाय, कंपनीने डायरेक्ट क्रेडिट पर्याय निवडला असला तरी डिमांड ड्राफ्ट/पेबल अ‍ॅट पार चेकसह कोणताही पर्याय पेमेंट पर्याय वापरण्याचा अधिकार राखून ठेवला आहे.

तुमच्या पालकांपैकी किंवा कोणत्याही भांडांपैकी कोणाका खालीलपैकी कोणत्याही आजाराने घासले आहे किंवा त्यांचा मृत्यू झाला आहे: हृदयरोग, मधुमेह, स्ट्रोक, उच्च रक्तदाब, वाढलेले कोलेस्ट्रॉल, कर्करोग किंवा कोणताही अनुवंशिक आजार? जर हो, तर कृपया खाली संपूर्ण माहिती द्या: ☐ हो ☐ नाही

कुटुंबातील सदस्य	वय	जीवीत असतील तर आजार आहे का	वय	मृत असतील तर मृत्यूचे नेमके कारण
वडील				
आई				
भाऊ/बहीण				

[illegible]

तुम्ही कधी इंडियाफर्स्ट लाइव इन्शुरन्स कंपनी लिमिटेड आणि इतर विमा कंपन्यांकडे जीवन विमा पॉलिसीसाठी अर्ज केला आहे का ? ☐ हो ☐ नाही

जर हो, तर कपया खाली संपर्न माहिती द्या, सध्याची स्थिती आणि लाग असलेल्या सर्व प्रस्ताव/धोरणांसाठी स्वीकृतीच्या अटी द्या.

विमा उतरवायच्या व्यक्तीचे नाव/प्रस्तावक	कंपनीचे नाव	पॉलिसी/प्रस्ताव क्रमांक	वार्षिक प्रीमियम	रायडर्ससह विमा रक्कम	सुरुवात वर्ष	वर्तमान स्थिती आणि स्वीकाराचे नियम
						☐ प्रमाणित ☐ रेट केलेले ☐ नाकारले ☐ पुढे ढकलले ☐ रद्द केले ☐ नाकारले
						☐ प्रमाणित ☐ रेट केलेले ☐ नाकारले ☐ पुढे ढकलले ☐ रद्द केले ☐ नाकारले

4

9b. जीवन विमा कंपन्यांकडे असलेल्या जीवन विमा पॉलिसी/अर्ज केलेल्या प्रस्तावांची माहिती (इंडियाफर्स्ट लाइफ इन्शुरन्स कंपनी लिमिटेड सोबतच्या विद्यमान पॉलिसीसह) (दुय्यम जीवन विमाधारकाचे तपशील (जर संयुक्त जीवन पर्याय निवडला असेल तर). फक्त इंडियाफर्स्ट लाइफ गॅरंटीड प्रोटेक्शन प्लस प्लॅनसाठी लागू)

तुम्ही कधी इंडियाफर्स्ट लाइफ इन्शुरन्स कंपनी लिमिटेड आणि इतर विमा कंपन्यांकडे जीवन विमा पॉलिसीसाठी अर्ज केला आहे का ? ☐ हो ☐ नाही

जर हो, तर कृपया खाली संपूर्ण माहिती द्या, सध्याची स्थिती आणि लागू असलेल्या सर्व प्रस्ताव/धोरणांसाठी स्वीकृतीच्या अटी द्या.

विमा उतरवायच्या व्यक्तीचे नाव/प्रस्तावक	कंपनीचे नाव	पॉलिसी/प्रस्ताव क्रमांक	वार्षिक प्रीमियम	रायडर्ससह विमा रक्कम	सुरुवात वर्ष	वर्तमान स्थिती आणि स्वीकाराचे नियम		
						☐ प्रमाणित ☐ रेट केलेले ☐ नाकारले	☐ पुढे ढकलले ☐ रद्द केले ☐ नाकारले	
						☐ प्रमाणित ☐ रेट केलेले ☐ नाकारले	☐ पुढे ढकलले ☐ रद्द केले ☐ नाकारले	

जागा अपुरी असल्यास, विमाधारकाने स्वाक्षरी केलेल्या संबंधित तपशीलांसह अतिरिक्त पत्रके जोडली जाऊ शकतात.

<<

10a. विमा उतरवलेल्या व्यक्तीच्या जीवनशैलीचे प्रश्न आणि वैयक्तिक वैद्यकीय इतिहास (जर 'होय' असेल, तर कृपया क्रियाकलाप/आजार/रोग घेऊन लिहा

तथ्ये उघड न केल्याने दाव्याच्या निपट्यावर खूप परिणाम होईल.

a. उंची सेंमी मध्ये: / फूट इंच: वजन किलो मध्ये:	
b. तुम्ही बलूनिंग, मार्जंटन सायकलिंग, मोटारसायकल रेसिंग, बॉक्सिंग, ग्लायडिंग, डायव्हिंग, घोडेस्वारी, मार्शल आर्ट्स, मोटर रेसिंग, मार्जंटन क्लाइंबिंग, पॅराशूटिंग, सेलिंग, स्कीइंग, बेट लिफ्टिंग, व्हाईट वॉटर राफ्टिंग, कुस्ती आणि/किंवा परवानाधारक सेवेवर भाडे भरणाऱ्या प्रवासी म्हणून किंवा सूचीबद्ध नसलेल्या इतर कोणत्याही धोकादायक/धोकादायक क्रियाकलापाव्यतिरिक्त इतर कोणत्याही धोकादायक/धोकादायक क्रियाकलापांमध्ये भाग घेतला आहे का किंवा भाग घेण्याची तुमची योजना आहे का? जर हो, तर कृपया तुमचा सल्लागार प्रदान करेल अशा विशेष प्रश्नावलीमध्ये तपशील द्या.	☐ हो ☐ नाही
c. तुम्ही सध्या किंवा आर्थिक वर्षात सहा महिन्यांपेक्षा जास्त काळ भारताबाहेर राहण्याचा किंवा प्रवास करण्याचा विचार करत आहात का? जर हो, तर कृपया भेट द्यायच्या देशांची संपूर्ण माहिती, भेटीचा उद्देश आणि कालावधी द्या.	☐ हो ☐ नाही
d. गेल्या 12 महिन्यांत तुम्ही धूम्रपान केले आहे किंवा कोणत्याही प्रकारचा तंबाखू वापरला आहे का? जर हो, तर कृपया कोणत्या स्वरूपात ते सांगा: ☐ सिगारेट ☐ बीडी ☐ चढळणे ☐ गुटखा दररोज प्रमाण	☐ हो ☐ नाही
e. तुम्ही कोणत्याही प्रकारचे अल्कोहोल घेता का? जर हो, तर कोणत्या प्रकारचे? ☐ बिअर ☐ वाईन ☐ हार्ड लिक्वर दर आठवड्याला प्रमाण	☐ हो ☐ नाही
f. तुम्ही सध्या किरकोळ आजारं व्यतिरिक्त (उदा. सर्दी आणि फ्लू) कोणतेही औषध किंवा औषधे घेत आहात का, जे डॉक्टरांनी लिहून दिलेले आहेत किंवा लिहून दिलेले नाहीत, किंवा गेल्या 5 वर्षांच्या काळात तुम्हाला असा कोणताही आजार, विकार, अपंगत्व किंवा दुखापत झाली आहे का ज्यासाठी कोणत्याही प्रकारची वैद्यकीय किंवा विशेष तपासणी (छातीचा एक्स-रे, स्त्रीरोग तपासणी, पॅप स्मीअर किंवा रक्त चाचण्यांसह), सल्लामसलत, रुग्णालयात दाखल किंवा शस्त्रक्रिया आवश्यक आहे का?	☐ हो ☐ नाही
g. तुम्हाला जन्मजात/जन्मदोष, पाठ, मणक्याचे, स्नायू किंवा सांध्यातील वेदना किंवा समस्या, संधिवात, संधिरोग, गंभीर दुखापत किंवा इतर शारीरिक अपंगत्व आहे का आणि गेल्या दोन वर्षांत तुम्ही सलग तीन दिवसांपेक्षा जास्त काळ काम करू शकत नाही/शाळेत जाऊ शकत नाही किंवा सध्या तुम्ही काम करू शकत नाही/शाळेत जाऊ शकत नाही? कृपया सामान्य गर्भधारणेकडे दुर्लक्ष करा.	☐ हो ☐ नाही
h. तुम्हाला मधुमेह, उच्च रक्तदाब, कर्करोग, बसनाचे आजार (दम्यासह), मृत्रपिंड किंवा यकृताचे आजार, स्ट्रोक, कोणताही रक्त विकार, हृदयरोग यासारख्या कोणत्याही वैद्यकीय आजारांनी ग्रासले आहे का किंवा कधी झाला आहे का?	☐ हो ☐ नाही
i. तुम्हाला हेपेटायटीस बी किंवा सी, किंवा क्षयरोग, मानसिक विकार, नैराश्य, कोलायटिस किंवा पोटाच्या इतर कोणत्याही समस्या, थायरॉईड विकार, पुनरुत्पादक अवयव, एचआयव्ही एड्स किंवा संबंधित संसर्ग यासारख्या कोणत्याही वैद्यकीय आजारांनी ग्रासले आहे का किंवा तुम्हाला कधी झाला आहे का?	☐ हो ☐ नाही
j. तुम्हाला ट्यूमरची वाढ, प्रोस्टेट डिसऑर्डर, त्वचा किंवा लिम्फ ग्रंथींचा विकार, मल्टिपल स्क्वॅरोसिस, एपिलेप्सी, थरथरणे, बधीरपणा, दुहेरी दृष्टी किंवा चक्कर येणे, बोलण्यात दोष, अर्धांगवायू यासारख्या कोणत्याही वैद्यकीय आजारांनी ग्रासले आहे का किंवा कधी झाला आहे का?	☐ हो ☐ नाही
k. तुम्हाला कधी शस्त्रक्रिया करण्याचा सल्ला देण्यात आला आहे का किंवा एक्स-रे, सीटी स्कॅन, मॅमोग्राम, पॅप स्मीअर इत्यादी कोणत्याही वैद्यकीय तपासण्या झाल्या आहेत का?	☐ हो ☐ नाही
l. तुम्हाला कधी झ्रज/अंमली पदार्थांचे किंवा अल्कोहोलचे व्यसन लागले आहे का किंवा डॉक्टरांनी तुम्हाला अल्कोहोल/तंबाखूचे सेवन कमी करण्याचा सल्ला दिला आहे का?	☐ हो ☐ नाही
m. गेल्या 3 वर्षांत, तुमच्यावर उपचार झाले आहेत का, तुम्ही सध्या डॉक्टर किंवा तज्ज्ञांकडून उपचार घेत आहात किंवा तुम्हाला सल्ला देण्यात आला आहे का किंवा कोणत्याही हृदयरोग, रेडिओलॉजी किंवा पॅथॉलॉजिकल चाचण्या (नियमित तपासणी वगळता) केल्या आहेत का?	☐ हो ☐ नाही
n. तुमच्या व्यवसायात अशा कोणत्याही विशिष्ट धोक्यांचा समावेश आहे का ज्यामुळे तुम्हाला कोणत्याही दुखापती किंवा आजारचा धोका निर्माण होऊ शकतो, उदा. रासायनिक कारखाने, खाणी, स्फोटके, संशारक रसायने इ.	☐ हो ☐ नाही
o. गेल्या 1 वर्षात तुमचे वजन 5 किलोपेक्षा जास्त वाढले आहे का? जर हो, तर कृपया वजन वाढले आहे (किलोमध्ये) किंवा घटले आहे (किलोमध्ये) कमी होण्याचं/वाढण्याचं कारण	☐ हो ☐ नाही
p. तुम्हाला कधी कोणत्याही गुन्हेगारी दोषसिद्धी/क्रियाकलाप/गुन्हांसाठी शिक्षा झाली आहे का?	☐ हो ☐ नाही
q. तुम्हाला कधी वर उल्लेख न केलेला इतर कोणताही आजार/विकार झाला आहे का?	☐ हो ☐ नाही
r. पुनर्विमा कंपनीच्या पुष्टीकरणाच्या अधीन, अतिरिक्त माहिती	☐ हो ☐ नाही
s. पुनर्विमा कंपनीच्या पुष्टीकरणाच्या अधीन, अतिरिक्त माहिती	☐ हो ☐ नाही
t. पुनर्विमा कंपनीच्या पुष्टीकरणाच्या अधीन, अतिरिक्त माहिती	☐ हो ☐ नाही
u. पुनर्विमा कंपनीच्या पुष्टीकरणाच्या अधीन, अतिरिक्त माहिती	☐ हो ☐ नाही
v. पुनर्विमा कंपनीच्या पुष्टीकरणाच्या अधीन, अतिरिक्त माहिती	☐ हो ☐ नाही

10b. दुय्यम जीवनाचा विमा उतरवायचा असल्यास जीवनशैलीचे प्रश्न आणि वैयक्तिक वैद्यकीय इतिहास

(जर 'होय' असेल, तर कृपया क्रियाकलाप/आजार/रोग घेऊन टाका) जर जॉईंट लाइफ पर्याय निवडला असेल, फक्त इंडियाफर्स्ट लाइफ गॅरंटीड प्रोटेक्शन प्लस प्लॅनसाठी लागू

तथ्ये उघड न केल्याने दाव्याच्या निपट्यावर खूप परिणाम होईल.

a. उंची सेंमी मध्ये: / फूट इंच: वजन किलो मध्ये:	
b. तुम्ही बलूनिंग, मार्जंटन सायकलिंग, मोटारसायकल रेसिंग, बॉक्सिंग, ग्लायडिंग, डायव्हिंग, घोडेस्वारी, मार्शल आर्ट्स, मोटर रेसिंग, मार्जंटन क्लाइंबिंग, पॅराशूटिंग, सेलिंग, स्कीइंग, बेट लिफ्टिंग, व्हाईट वॉटर राफ्टिंग, कुस्ती आणि/किंवा परवानाधारक सेवेवर भाडे भरणाऱ्या प्रवासी म्हणून किंवा सूचीबद्ध नसलेल्या इतर कोणत्याही धोकादायक/धोकादायक क्रियाकलापाव्यतिरिक्त इतर कोणत्याही धोकादायक/धोकादायक क्रियाकलापांमध्ये भाग घेतला आहे का किंवा भाग घेण्याची तुमची योजना आहे का? जर हो, तर कृपया तुमचा सल्लागार प्रदान करेल अशा विशेष प्रश्नावलीमध्ये तपशील द्या.	☐ हो ☐ नाही
c. तुम्ही सध्या किंवा आर्थिक वर्षात सहा महिन्यांपेक्षा जास्त काळ भारताबाहेर राहण्याचा किंवा प्रवास करण्याचा विचार करत आहात का? जर हो, तर कृपया भेट द्यायच्या देशांची संपूर्ण माहिती, भेटीचा उद्देश आणि कालावधी द्या.	☐ हो ☐ नाही
d. गेल्या 12 महिन्यांत तुम्ही धूम्रपान केले आहे किंवा कोणत्याही प्रकारचा तंबाखू वापरला आहे का? जर हो, तर कृपया कोणत्या स्वरूपात ते सांगा: ☐ सिगारेट ☐ बीडी ☐ चढळणे ☐ गुटखा दररोज प्रमाण	☐ हो ☐ नाही
e. तुम्ही कोणत्याही प्रकारचे अल्कोहोल घेता का? जर हो, तर कोणत्या प्रकारचे? ☐ बिअर ☐ वाईन ☐ हार्ड लिक्वर दर आठवड्याला प्रमाण	☐ हो ☐ नाही
f. तुम्ही सध्या किरकोळ आजारं व्यतिरिक्त (उदा. सर्दी आणि फ्लू) कोणतेही औषध किंवा औषधे घेत आहात का, जे डॉक्टरांनी लिहून दिलेले आहेत किंवा लिहून दिलेले नाहीत, किंवा गेल्या 5 वर्षांच्या काळात तुम्हाला असा कोणताही आजार, विकार, अपंगत्व किंवा दुखापत झाली आहे का ज्यासाठी कोणत्याही प्रकारची वैद्यकीय किंवा विशेष तपासणी (छातीचा एक्स-रे, स्त्रीरोग तपासणी, पॅप स्मीअर किंवा रक्त चाचण्यांसह), सल्लामसलत, रुग्णालयात दाखल किंवा शस्त्रक्रिया आवश्यक आहे का?	☐ हो ☐ नाही
g. तुम्हाला जन्मजात/जन्मदोष, पाठ, मणक्याचे, स्नायू किंवा सांध्यातील वेदना किंवा समस्या, संधिवात, संधिरोग, गंभीर दुखापत किंवा इतर शारीरिक अपंगत्व आहे का आणि गेल्या दोन वर्षांत तुम्ही सलग तीन दिवसांपेक्षा जास्त काळ काम करू शकत नाही/शाळेत जाऊ शकत नाही किंवा सध्या तुम्ही काम करू शकत नाही/शाळेत जाऊ शकत नाही? कृपया सामान्य गर्भधारणेकडे दुर्लक्ष करा.	☐ हो ☐ नाही
h. तुम्हाला मधुमेह, उच्च रक्तदाब, कर्करोग, बसनाचे आजार (दम्यासह), मृत्रपिंड किंवा यकृताचे आजार, स्ट्रोक, कोणताही रक्त विकार, हृदयरोग यासारख्या कोणत्याही वैद्यकीय आजारांनी ग्रासले आहे का किंवा कधी झाला आहे का?	☐ हो ☐ नाही
i. तुम्हाला हेपेटायटीस बी किंवा सी, किंवा क्षयरोग, मानसिक विकार, नैराश्य, कोलायटिस किंवा पोटाच्या इतर कोणत्याही समस्या, थायरॉईड विकार, पुनरुत्पादक अवयव, एचआयव्ही एड्स किंवा संबंधित संसर्ग यासारख्या कोणत्याही वैद्यकीय आजारांनी ग्रासले आहे का किंवा तुम्हाला कधी झाला आहे का?	☐ हो ☐ नाही
j. तुम्हाला ट्यूमरची वाढ, प्रोस्टेट डिसऑर्डर, त्वचा किंवा लिम्फ ग्रंथींचा विकार, मल्टिपल स्क्वॅरोसिस, एपिलेप्सी, थरथरणे, बधीरपणा, दुहेरी दृष्टी किंवा चक्कर येणे, बोलण्यात दोष, अर्धांगवायू यासारख्या कोणत्याही वैद्यकीय आजारांनी ग्रासले आहे का किंवा कधी झाला आहे का?	☐ हो ☐ नाही
k. तुम्हाला कधी शस्त्रक्रिया करण्याचा सल्ला देण्यात आला आहे का किंवा एक्स-रे, सीटी स्कॅन, मॅमोग्राम, पॅप स्मीअर इत्यादी कोणत्याही वैद्यकीय तपासण्या झाल्या आहेत का?	☐ हो ☐ नाही
l. तुम्हाला कधी झ्रज/अंमली पदार्थांचे किंवा अल्कोहोलचे व्यसन लागले आहे का किंवा डॉक्टरांनी तुम्हाला अल्कोहोल/तंबाखूचे सेवन कमी करण्याचा सल्ला दिला आहे का?	☐ हो ☐ नाही
m. गेल्या 3 वर्षांत, तुमच्यावर उपचार झाले आहेत का, तुम्ही सध्या डॉक्टर किंवा तज्ज्ञांकडून उपचार घेत आहात किंवा तुम्हाला सल्ला देण्यात आला आहे का किंवा कोणत्याही हृदयरोग, रेडिओलॉजी किंवा पॅथॉलॉजिकल चाचण्या (नियमित तपासणी वगळता) केल्या आहेत का?	☐ हो ☐ नाही
n. तुमच्या व्यवसायात अशा कोणत्याही विशिष्ट धोक्यांचा समावेश आहे का ज्यामुळे तुम्हाला कोणत्याही दुखापती किंवा आजारचा धोका निर्माण होऊ शकतो, उदा. रासायनिक कारखाने, खाणी, स्फोटके, संशारक रसायने इ.	☐ हो ☐ नाही
o. गेल्या 1 वर्षात तुमचे वजन 5 किलोपेक्षा जास्त वाढले आहे का? जर हो, तर कृपया वजन वाढले आहे (किलोमध्ये) किंवा घटले आहे (किलोमध्ये) कमी होण्याचं/वाढण्याचं कारण	☐ हो ☐ नाही
p. तुम्हाला कधी कोणत्याही गुन्हेगारी दोषसिद्धी/क्रियाकलाप/गुन्हांसाठी शिक्षा झाली आहे का?	☐ हो ☐ नाही
q. तुम्हाला कधी वर उल्लेख न केलेला इतर कोणताही आजार/विकार झाला आहे का?	☐ हो ☐ नाही

10c. जर तुमचे उत्तर हो असेल, तर 10a(एफ) ते 10a(एन) मधील कोणत्याही प्रश्नांची माहिती येथे द्या.

प्रश्न क्रमांक.	प्रश्न क्रमांक 10a(एफ) ते 10a(एन) साठी आरोग्य स्थिती, निदानाची तारीख, लिहून दिलेले उपचार, लागू असल्यास डॉक्टरांचे नाव/पत्ता यासह संपूर्ण तपशील द्या.

10d. जर तुमचे उत्तर हो असेल, तर 10a(एफ) ते 10a(एन) मधील कोणत्याही प्रश्नांची माहिती येथे द्या.

प्रश्न क्रमांक.	प्रश्न क्रमांक 10a(एफ) ते 10a(एन) साठी आरोग्य स्थिती, निदानाची तारीख, लिहून दिलेले उपचार, लागू असल्यास डॉक्टरांचे नाव/पत्ता यासह संपूर्ण तपशील द्या.

10e. फक्त महिला विमाधारकासाठी

- a. तुम्ही सध्या गर्भवती आहात का ? ☐ हो ☐ नाही जर हो तर कालावधी आठवडे
- b. शेवटच्या प्रसूतीची तारीख | | |
- c. गर्भधारणेदरम्यान काही गुंतागुंती आहेत का ते सांगा ? >>

<< 11. आरोग्य विमा उतरवण्याची घोषणा – मर्यादित अंडररायटिंग

तथ्ये उघड न केल्याने दाव्याच्या निपटान्यावर खूप परिणाम होईल.

उंची सेंमी मध्ये: /फूट इंच: वजन किलो मध्ये:

अनुक्रम	प्रश्न	जीवन विमाधारक	
		हो	नाही
1.	तुम्ही सध्या किरकोळ आजारान्यतिरिक्त (उदा. सर्दी आणि फ्लू) कोणतेही औषध किंवा औषधे घेत आहात का, जे डॉक्टरांनी लिहून दिलेले आहेत किंवा लिहून दिलेले नाहीत, किंवा गेल्या 5 वर्षात तुम्हाला असा कोणताही आजार, विकार, अपंगत्व किंवा दुखापत झाली आहे का ज्यासाठी कोणत्याही प्रकारची वैद्यकीय किंवा विशेष तपासणी (छातीचा एक्स-रे, स्त्रीरोग तपासणी, पॅप स्मीअर किंवा रक्त चाचण्यांसह), सल्लामसलत, रुग्णालयात दाखल किंवा शस्त्रक्रिया आवश्यक आहे का ?		
2.	तुम्हाला जन्मजात/जन्मदोष, पाठ, मणक्याचे, स्नायू किंवा सांध्यातील वेदना किंवा समस्या, संधिवात, संघिरोग, गंभीर दुखापत किंवा इतर शारीरिक अपंगत्व आहे का आणि गेल्या दोन वर्षात तुम्ही सलग तीन दिवसांपेक्षा जास्त काळ काम करू शकत नाही/शाळेत जाऊ शकत नाही किंवा सध्या तुम्ही काम करू शकत नाही/शाळेत जाऊ शकत नाही ? कृपया सामान्य गर्भधारणेकडे दुर्लक्ष करा.		
3.	तुम्हाला मधुमेह, उच्च रक्तदाब, कर्करोग, श्वसनाचे आजार (दम्यासह), मूत्रपिंड किंवा यकृताचे आजार, स्ट्रोक, कोणताही रक्त विकार, हृदयरोग, हिपॅटायटीस बी किंवा सी, किंवा क्षयरोग, मानसिक विकार, नैराश्य, कोलायटिस किंवा इतर कोणत्याही पोटाच्या समस्या, थायरॉईड विकार, पुनरुत्पादक अवयव, एचआयव्ही एड्स किंवा संबंधित संसर्ग, ट्यूमरची वाढ, प्रोस्टेट डिसऑर्डर, त्वचा किंवा लसीका ग्रंथींचा विकार, मल्टिपल स्कलेरोसिस, अपस्मार, थरथर, बधीरपणा, दुहेरी दृष्टी किंवा चक्कर येणे, बोलण्यात दोष, अर्धांगवायू यासारख्या कोणत्याही वैद्यकीय आजारांनी ग्रासले आहे किंवा तुम्हाला कधी झाला आहे का ?		
4.	तुम्ही सध्या किंवा आर्थिक वर्षात सहा महिन्यांपेक्षा जास्त काळ भारताबाहेर राहण्याचा किंवा प्रवास करण्याचा विचार करत आहात का ? जर हो, तर कृपया भेट द्यायच्या देशांची संपूर्ण माहिती द्या, भेटीचा उद्देश आणि कालावधी द्या.		
5.	फक्त महिलांसाठी – तुम्हाला कधी स्तन/गर्भाशय/गर्भाशयाच्या आजाराने ग्रासले आहे का, किंवा सध्या गर्भवती आहात का ?		
6.	वर उल्लेख न केलेला इतर कोणताही आजार/विकार तुम्हाला कधी झाला आहे का ?		
7.	तुम्हाला कधी झूज/अंमली पदार्थांचे किंवा अल्कोहोलचे व्यसन लागले आहे का किंवा डॉक्टरांनी तुम्हाला अल्कोहोल/तंबाखूचे सेवन कमी करण्याचा सल्ला दिला आहे का ?		

>>

फक्त महिला विमाधारकासाठी

- a. तुम्ही सध्या गर्भवती आहात का ? ☐ हो ☐ नाही जर हो तर कालावधी आठवडे
- b. शेवटच्या प्रसूतीची तारीख | | |
- c. गर्भधारणेदरम्यान काही गुंतागुंती आहेत का ते सांगा ? >>

<< 12. आरोग्य विमा उतरवण्याची घोषणा – सरलीकृत अंडररायटिंग

तथ्ये उघड न केल्याने दाव्याच्या निपटान्यावर खूप परिणाम होईल.

उंची सेंमी मध्ये: /फूट इंच: वजन किलो मध्ये:

मी जाहीर करतो की माझी तब्येत चांगली आहे. मी येथे जाहीर करतो की, या घोषणेच्या तारखेपर्यंत, मला उच्च रक्तदाब, छातीत दुखणे, हृदयविकाराचा झटका किंवा इतर कोणत्याही हृदयरोगाचा इतिहास नाही, मला कधीही त्रास झाला नाही किंवा सध्याही झाला नाही ; स्ट्रोक, क्षणिक इस्केमिक अटॅक किंवा इतर कोणताही सेरेब्रोव्हस्कुलर रोग ; मधुमेह किंवा इतर कोणताही अंतःस्रावी आजार ; मूत्रपिंडाचा आजार ; एचआयव्ही/एड्स किंवा एड्सशी संबंधित गुंतागुंत ; कोणताही कर्करोग किंवा ट्यूमर ; दमा किंवा इतर कोणताही श्वसन रोग ; कोणताही मानसिक किंवा मज्जासंस्थेचा आजार ; हिपॅटायटीस किंवा इतर कोणताही यकृत रोग ; रक्त विकार ; पचन आणि आतड्यांचे विकार ; अर्धांगवायू, शारीरिक अपंगत्व किंवा हाडे, मणक्याचे किंवा स्नायूंचे इतर कोणतेही विकार ; वर उल्लेख न केलेला कोणताही इतर आजार, विकार किंवा अपंगत्व आणि सामान्य खोकला किंवा सर्दी यासारख्या किरकोळ दोष वगळता मी कधीही कोणत्याही आजारासाठी, आजारासाठी, आजारासाठी किंवा अपंगत्वासाठी शस्त्रक्रिया केलेली नाही. गेल्या 5 वर्षात, मला सलग 7 दिवसांपेक्षा जास्त काळ कोणत्याही प्रकारचे औषध मिळालेले नाही किंवा कोणत्याही आरोग्याच्या कारणास्तव 7 दिवसांपेक्षा जास्त काळ कामावर अनुपस्थित राहिलो नाही.

महिलांसाठी: मी पुढे जाहीर करते की सध्या मी गर्भवती नाही आणि मला कधीही स्तन, गर्भाशय, गर्भाशय, अंडाशय किंवा प्रजनन प्रणालीच्या इतर कोणत्याही भागाचा कोणताही आजार झालेला नाही.

>>

13. इन्शूरन्स रिपॉझिटरी

विद्यमान ई-विमा खाते (ई-आयए) धारक, कृपया ई-आयए आणि आयआर नाव द्या.

ई-आयए क्रमांक	
आयआर नाव	

नवीन ई-विमा खाते उघडा – कृपया खालीलपैकी रिपॉझिटरी निवडा

आयआर कोड	आयआर नाव
01.	एनएसडीएल डेटाबेस मॅनेजमेंट लिमिटेड ☐
02.	सेंट्रल इन्शूरन्स रिपॉझिटरी लिमिटेड ☐
03.	कार्बी इन्शूरन्स रिपॉझिटरी लिमिटेड ☐
04.	सीएमएस रिपॉझिटरी सर्व्हिस लिमिटेड ☐

14. तुम्हाला पॉलिसी डॉक्युमेंटची प्रत्यक्ष प्रत हवी आहे का ? ☐ हो ☐ नाही

15. प्रस्तावक/विमा उतरवलेल्या जीवनाची/दुय्यम जीवनाची विमा उतरवलेल्या व्यक्तीची घोषणा ?

मी/आम्हाला प्रस्ताव फॉर्ममधील प्रश्न समजले आहेत आणि मी/आम्ही त्यांची उत्तरे सत्यतेने, पूर्णपणे आणि योग्यरित्या दिली आहेत. मी/आम्ही पुढे घोषित करतो की मी/आम्ही इंडियाफर्स्ट लाइफ इन्शुरन्स कंपनी लिमिटेड (यापुढे ‘कंपनी’ म्हणून ओळखले जाईल) च्या जोखीम अंडररायटिंगच्या निर्णयावर परिणाम करणारी कोणतीही महत्त्वाची वस्तुस्थिती किंवा माहिती लपवून ठेवलेली नाही आणि मी/आम्ही प्रस्ताव फॉर्ममध्ये प्रदान केलेली माहिती, वैद्यकीय तपासणीच्या बाबतीत वैद्यकीय परीक्षकाला प्रदान केलेली पुरक कागदपत्रे आणि माहिती माझ्या/आमच्या आणि कंपनीमधील कराराचा आधार बनतील आणि फसवणूक आणि महत्त्वाच्या तथ्ये दडपण्याच्या बाबतीत पॉलिसी करार वेळोवेळी सुधारित केलेल्या विमा कायदा, 1938 च्या कलम 45 नुसार हाताळला जाईल. मी/आम्ही याद्वारे कोणत्याही डॉक्टर, रुग्णालय किंवा नियोजकाला (भूतकाळातील आणि वर्तमानातील) माझ्या सध्याच्या आरोग्य स्थिती, भूतकाळातील आरोग्य इतिहास आणि मी/आम्ही केलेल्या कामाच्या स्वरूपाशी संबंधित कोणतीही माहिती कंपनीला उघड करण्यास अधिकृत करतो आणि निर्देश देतो. जोखीम मूल्यांकन करण्यासाठी आणि विमा मंजूर करण्यासाठी कंपनीला आवश्यक असलेल्या सर्व वैद्यकीय चाचण्या घेण्याची मी/आम्ही जबाबदारी घेतो. मी/आम्ही पुढे सहमत आहोत की जर प्रस्ताव सादर करण्याच्या तारखेनंतर परंतु पॉलिसी जारी करण्यापूर्वी (i) माझ्या/आमच्या व्यवसायात, आर्थिक स्थितीत, आरोग्य स्थितीत प्रतिकूल बदल झाला जो कंपनीच्या अंडररायटिंग जोखमीच्या निर्णयावर परिणाम करेल किंवा (ii) जर माझ्या/आमच्या जीवनावर किंवा विमा उतरवलेल्या जीवनावर पॉलिसीच्या पुनरुज्जीवनासाठी कोणत्याही विमा कंपनीला केलेला हमीचा प्रस्ताव किंवा अर्ज मागे घेतला गेला किंवा वगळला गेला, पुढे ढकलला गेला, नाकारला गेला किंवा वाढीव प्रीमियमवर किंवा धारणाधिकाऱ्याच्या अधीन राहून किंवा प्रस्तावित केलेल्या व्यतिरिक्त इतर अटींवर स्वीकारला गेला, तर मी/आम्ही ते कंपनीला ताबडतोब लेखी स्वरूपात कळवू. माझ्या/आमच्याकडून असे करण्यात अयशस्वी झाल्यास हे आश्वासन अवैध ठरू शकते आणि पॉलिसीवर वेळोवेळी सुधारणा केलेल्या विमा कायदा, 1938 च्या कलम 45 नुसार कारवाई केली जाईल. मी/आम्हाला समजते की या अर्जाअंतर्गत अर्ज केलेला विमा संरक्षण माझ्या अर्जाच्या मंजुरीनंतर आणि कंपनीकडून आवश्यक प्रीमियम मिळाल्यानंतर सुरू होईल. मी/आम्ही, याद्वारे घोषित करतो की प्रीमियम मनी लॉडरिंग प्रतिबंधक कायदा 2002 किंवा इतर कोणत्याही लागू कायद्यांतर्गत सूचीबद्ध केलेल्या कोणत्याही गुन्हागारी कृती/गुन्हाभ्रमणून मिळालेल्या उत्पन्नातून निमाणे झालेला नाही. मला समजते की वैद्यकीय तपासणी किंवा त्याचा काही भाग झाल्यानंतर मी हा अर्ज मागे घेतल्यास, कंपनी वैद्यकीय चाचणी/तपासणीवर झालेला खर्च, जर असेल तर, वजा करून प्रीमियम ठेव परत करेल.

डिजिटल पॉलिसी कागदपत्रांची घोषणा:

माझे तपशील सादर करून, मी इंडियाफर्स्ट लाइफ आणि त्यांच्या अधिकृत प्रतिनिधींना माझ्याशी संपर्क साधण्यासाठी आणि माझ्या नोंदणीकृत ईमेल आयडी/फोन नंबरवर एसएमएस/ईमेल/फोन/पत्र/व्हॉट्सअॅप आणि/किंवा इतर कोणत्याही इलेक्ट्रॉनिक माध्यमाद्वारे माहिती/संदर्भ पाठविण्यास अधिकृत करतो. मी इंडियाफर्स्ट लाइफला पॉलिसी जारी करण्यासाठी, डेटा विश्लेषणे आणि इंडियाफर्स्ट लाइफला आवश्यक असलेल्या इतर संबंधित ड्यू डिलिजेंस क्रियाकलापांसाठी आयआरडीएआय, तृतीय पक्ष सेवा प्रदाते आणि भागीदार आणि सहयोगींनी अधिकृत केलेल्या सरकारी एजन्सी/वैधानिक अधिकारी/संस्थांसह माझा वैयक्तिक डेटा/माहिती संग्रहित करण्यास, सामायिक करण्यास, प्रक्रिया करण्यास, वापरण्यास संमती देतो.

या प्लॅटफॉर्मवर केलेली माहिती माझ्या जाणूनबुजून संमतीने उघड केली जात आहे. मी पुढे कबूल करतो आणि सहमत आहे की येथे प्रदान केलेल्या डेटाच्या कोणत्याही उल्लंघनासाठी, तोट्यासाठी किंवा अनधिकृत प्रकटीकरणासाठी इंडियाफर्स्ट लाइफ जबाबदार राहणार नाही.

मी याद्वारे कंपनीला प्रस्ताव फॉर्ममध्ये मी दिलेल्या माहितीच्या बाबतीत योग्य ती काळजी घेण्यास, ज्यामध्ये एमएल-ईकेव्हायसी पडताळणीचा समावेश आहे, आणि आवश्यक पडताळणीच्या उद्देशाने आणि/किंवा पॉलिसी सेवा उद्देशाने नियामक – आयआरडीएआय द्वारे अधिकृत केलेल्या सरकारी संस्था/वैधानिक अधिकारी/संस्थांसह डेटा/माहिती संग्रहित/शेअर करण्यास माझी संमती देतो.

‘नीड्स अॅनालिसिस’ प्रक्रियेतून गेल्यानंतर, मी येथे पुष्टी करतो की शिफारस केलेले उत्पादन आणि त्याची वैशिष्ट्ये माझ्या समाधानासाठी स्पष्ट केली गेली आहेत आणि ती माझ्या सध्याच्या विमा गरजांशी जुळते.

‘मी/आम्ही याद्वारे कंपनीला सेंट्रल केवायसी रेकॉर्ड रजिस्ट्रिकडून सीकेवायसी रेकॉर्ड मिळविण्यासाठी/डाउनलोड करण्यासाठी संमती देतो. मी/आम्ही याद्वारे कंपनीला पासपोर्ट सेवा, परिवहन सेवा, भारतीय निवडणूक आयोग यासारख्या नियामक/वैधानिक अधिकाऱ्यांनी अधिकृत केलेल्या सरकारी एजन्सी/संस्थांकडून केवायसी तपशील मिळविण्यासाठी/डाउनलोड करण्यासाठी संमती देतो.’’

एनआरआय/पीआयओ घोषणा: अर्ज फॉर्मवर ओटीपी द्वारे संमती देवून मी/आम्ही याद्वारे पुष्टी करतो की प्रभावलीमध्ये मी/आम्ही दिलेले एनआरआय/पीआयओ तपशील बरोबर आहेत आणि माझ्या/आमच्या माहितीनुसार आहेत. सिस्टममध्ये नमूद केलेला क्रमांक भरून, मी याद्वारे वरील घोषणा पूर्णपणे मान्य करतो आणि त्यामुळे कंपनी आणि माझ्यामध्ये कायदेशीररित्या बंधनकारक करार तयार होईल.

- ☐ मी याद्वारे इंडियाफर्स्ट लाइफ इन्शुरन्स कंपनी लिमिटेडला माझ्या विमा अर्जाच्या केवायसी पडताळणीसाठी सेंट्रल केवायसी रेकॉर्ड्स रजिस्ट्री (सीईआरएसएआय)/थर्ड पार्टीकडून माझे केवायसी रेकॉर्ड गोळा करण्यास अधिकृत करतो. किंवा मी याद्वारे इंडियाफर्स्ट लाइफ इन्शुरन्स कंपनी लिमिटेडला माझ्या विमा पॉलिसी जारी करण्यासाठी कॉर्पोरेट एजंट म्हणून काम करणाऱ्या बँकेकडून माझे केवायसी तपशील/सीकेवायसी क्रमांक गोळा करण्यास अधिकृत करतो.
- ☐ मी इंडियाफर्स्ट लाइफ इन्स. कंपनी लिमिटेडला, पॉलिसी प्रिंटिंग, डिस्पॅच आणि आवश्यकतेनुसार सर्व पॉलिसी सहईसिंगच्या उद्देशाने, केवायसी तपशीलांसह माझे वैयक्तिक तपशील तृतीय पक्षासोबत शेअर करण्यासाठी अधिकृत केले आहे.

विमा उतरवयाच्या व्यक्तीची स्वाक्षरी किंवा अंगठ्याचा ठसा

(जर अल्पवयीन असेल तर लागू नाही)

नाव: _____ स्थान: _____ दिनांक: _____

साक्षीदाराची स्वाक्षरी किंवा अंगठ्याचा ठसा

नाव: _____

दुय्यम जीवनाची स्वाक्षरी (जर जॉइंट लाइफ पर्याय निवडला असेल तर.

फक्त इंडियाफर्स्ट लाइफ गॅरंटीड प्रोटेक्शन प्लस प्लॅनसाठी लागू)

प्रस्तावकाची स्वाक्षरी किंवा अंगठ्याचा ठसा

(जर अल्पवयीन असेल तर लागू नाही)

नाव: _____ स्थान: _____ दिनांक: _____

साक्षीदाराची स्वाक्षरी किंवा अंगठ्याचा ठसा

नाव: _____

नाव: _____ स्थान: _____ दिनांक: _____

पता: _____

स्वाक्षरी प्रमाणीकरण (सिंगल फॅक्टर प्रमाणीकरण): तुमच्या नोंदणीकृत मोबाइल नंबरवर एक ओटीपी प्रमाणीकरण क्रमांक पाठवण्यात आला आहे. सिस्टममध्ये हा क्रमांक प्रविष्ट करून, तुम्ही वरील घोषणा पूर्णपणे मान्य करता आणि त्यामुळे कंपनी आणि तुमच्यामध्ये कायदेशीररित्या बंधनकारक करार तयार होईल.

विमा कायदा 1938 च्या कलम 41 मध्ये वेळोवेळी सुधारणा केल्याप्रमाणे: भारतातील जीवित किंवा मालमत्तेशी संबंधित कोणत्याही प्रकारच्या जोखमीच्या संदर्भात विमा घेण्यासाठी किंवा नूतनीकरण करण्यासाठी किंवा चालू ठेवण्यासाठी कोणत्याही व्यक्तीला प्रत्यक्ष किंवा अप्रत्यक्षपणे प्रलोभन म्हणून, पॉलिसीवर दर्शविलेल्या देय कमिशनच्या संपूर्ण किंवा अंशतः कोणत्याही सूट किंवा प्रीमियमची सूट देण्याची परवानगी कोणीही देऊ शकत नाही किंवा पॉलिसी काढणारी किंवा नूतनीकरण करणारी किंवा चालू ठेवणारी कोणतीही व्यक्ती कोणतीही सूट स्वीकारणार नाही. विमा कंपनीच्या प्रकाशित प्रॉस्पेक्टस किंवा टेबल्सनुसार परवानगी असलेल्या सूटशिवाय. या कलमाच्या तरतुदींचे पालन करण्यात कसूर करणाऱ्या कोणत्याही व्यक्तीला दहा लाख रुपयांपर्यंत दंड आकारला जाईल.

वेळोवेळी सुधारित केलेल्या विमा कायदा, 1938 च्या कलम 45 चा उतारा: पॉलिसीच्या तारखेपासून तीन वर्षांच्या मुदतीनंतर कोणत्याही कारणास्तव जीवन विम्याच्या पॉलिसीवर प्रश्नचिन्ह उपस्थित केले जाणार नाही. पॉलिसीच्या तारखेपासून तीन वर्षांच्या आत कधीही, फसवणुकीच्या आधारावर किंवा पॉलिसी जारी केलेल्या किंवा पुनरुज्जीवित केलेल्या किंवा रायडर जारी केलेल्या प्रस्तावात किंवा इतर दस्तऐवजात विमाधारकाच्या आयुर्मानाच्या अपेक्षेबद्दलच्या तथ्याचे कोणतेही विधान किंवा दडपशाही चुकीच्या पद्धतीने केली गेली आहे या आधारावर जीवन विम्याच्या पॉलिसीवर प्रश्नचिन्ह उपस्थित केले जाऊ शकते. विमा कंपनीला विमाधारक किंवा कायदेशीर प्रतिनिधी किंवा विमाधारकाच्या नामनिर्देशित व्यक्ती किंवा नियुक्त व्यक्तींना लेखी स्वरूपात कळवावे लागेल की असा निर्णय कोणत्या कारणांवर आणि साहित्यावर आधारित आहे. जर विमाधारक हे सिद्ध करू शकेल की चुकीचे विधान किंवा वस्तुस्थिती दडपण्यात आली आहे हे त्याच्या ज्ञान आणि श्रद्धेनुसार खरे होते किंवा वस्तुस्थिती दडपण्याचा कोणताही जाणूनबुजून हेतू नव्हता किंवा असे चुकीचे विधान किंवा दडपण्यात आले आहे हे विमा कंपनीच्या माहितीत आहे, तर कोणताही विमा कंपनी फसवणुकीच्या आधारावर जीवन विमा पॉलिसी नाकारणार नाही. फसवणुकीच्या बाबतीत, पॉलिसीधारक जिवंत नसल्यास, तो सिद्ध करण्याची जबाबदारी लाभार्थ्यांवर असते. चुकीच्या माहितीच्या आधारावर किंवा भौतिक वस्तुस्थिती दडपण्याच्या आधारावर पॉलिसी नाकारल्यास, फसवणुकीच्या आधारावर नाही तर, पॉलिसीवर नाकारल्याच्या तारखेपर्यंत गोळा केलेले प्रीमियम दिले जातील. या कलमातील काहीही विमा कंपनीला वयाचा पुरावा मागवण्यास प्रतिबंध करणार नाही, जर तो तसे करण्यास पात्र असेल, आणि कोणत्याही पॉलिसीवर प्रश्नचिन्ह उपस्थित केले जाणार नाही कारण पॉलिसीच्या अटी प्रस्तावात विमाधारकाचे वय चुकीचे नमूद केल्याच्या नंतरच्या पुराव्यावर समायोजित केल्या आहेत. कलमाच्या संपूर्ण तपशीलांसाठी आणि ‘पॉलिसीची तारीख’ च्या व्याख्येसाठी, कृपया वेळोवेळी सुधारित केलेल्या विमा कायदा, 1938 च्या कलम 45 चा संदर्भ घ्या.

ग्राहकांना सल्ला देण्यात येतो की त्यांनी इंडियाफर्स्ट लाइफ इन्शुरन्स सल्लागार/कर्मचारी/विमा एजंटना रोख किंवा वाहक साधनाद्वारे विमा प्रीमियम (प्रारंभिक किंवा नूतनीकरण) भरू नये. इंडियाफर्स्ट लाइफ इन्शुरन्स सल्लागार/कर्मचारी/विमा एजंटना रोख किंवा वाहक साधनाद्वारे प्रीमियम प्राप्त करण्यास अधिकृत नाही. कोणत्याही इंडियाफर्स्ट लाइफ इन्शुरन्स सल्लागार/कर्मचारी/विमा एजंटना रोख रक्कम किंवा वाहक कागदपत्रे देणे हे पूर्णपणे तुमच्या स्वतःच्या जोखमीवर आहे आणि या संदर्भात कोणत्याही नुकसानीसाठी कंपनी कोणत्याही प्रकारे जबाबदार राहणार नाही. विमा प्रीमियम चेक फक्त इंडियाफर्स्ट लाइफ इन्शुरन्स कंपनी लिमिटेडच्या नावे काढले पाहिजेत (पहिल्या प्रीमियमसाठी प्रस्ताव क्रमांक/नूतनीकरण प्रीमियमसाठी पॉलिसी क्रमांक चेकच्या मागे लिहिलेला असावा). इंडियाफर्स्ट लाइफ इन्शुरन्सच्या कोणत्याही कार्यालयाकडून किंवा त्यांच्या अधिकृत संकलन केंद्रांकडून चेक पेमेंट प्राप्त झाल्यानंतर आणि कंपनीकडून अधिकृत पावती जारी झाल्यानंतरच, इंडियाफर्स्ट लाइफ इन्शुरन्सला चेक पेमेंट मिळाले आहे असे मानले जाईल.

16. स्थानिक भाषेत किंवा अशिक्षित व्यक्तींसाठी स्वाक्षरीसाठी घोषणापत्र

1. फॉर्म भरणाऱ्या व्यक्तीने स्थानिक भाषेत घोषणापत्र (जर फॉर्म प्रस्ताव फॉर्मपेक्षा वेगळ्या भाषेत भरला असेल/स्वाक्षरी केली असेल तर)

मी येथे असे जाहीर करतो की मी इंडियाफर्स्ट लाइफ इन्शुरन्स कंपनी लिमिटेड कडून मिळालेल्या प्रस्ताव फॉर्ममधील मजकूर प्रस्तावक/आयुष्य विमाधारकाला वाचून दाखवला आहे आणि समजावून सांगितला आहे आणि त्याला/तिला ते समजले आहे.

घोषणाकर्त्याचे नाव: _____ स्वाक्षरी: _____ किंवा ओटीपी सत्यापित ☐ विमाधारक/प्रस्तावकाशी संबंध

घोषणाकर्त्याचा पता _____

टीप: घोषणाकर्त्याची ओळख सहजपणे स्थापित केली पाहिजे आणि तो/ती कोणत्याही प्रकारे विमा कंपनीशी जोडलेला नसावा.

2. जर विमाधारक/प्रोजेअर निरक्षर असेल, तर त्याच्या/तिच्या अंगठ्याचा ठसा अशा प्रतिष्ठित व्यक्तीने प्रमाणित केला पाहिजे ज्याची ओळख सहजपणे स्थापित करता येईल, परंतु विमा कंपनीशी त्याचा संबंध नाही आणि ही घोषणा त्यानेच करावी. ‘‘मी याद्वारे घोषित करतो की मी वरील प्रश्न आणि प्रस्ताव फॉर्ममधील मजकूर विमाधारकाला/प्रस्तावकर्त्याला _____ भाषेत पूर्णपणे स्पष्ट केला आहे आणि जीवन विमाधारकाने/प्रस्तावकर्त्याने त्यातील मजकूर पूर्णपणे समजून घेतल्यानंतर वर अंगठ्याचा ठसा उमटवला आहे.’’

घोषणाकर्त्याचे नाव: _____ स्वाक्षरी: _____ किंवा ओटीपी सत्यापित ☐ विमाधारक/प्रस्तावकाशी संबंध

घोषणाकर्त्याचा पता _____

3. अपंग व्यक्तीच्या अधिकृत प्रतिनिधीकडून घोषणापत्र

मी _____, _____ चा मुलगा/मुलगी, प्रौढ आणि _____ येथे

राहणारा, याद्वारे खालीलप्रमाणे गंभीर प्रतिज्ञापत्राद्वारे घोषित करतो: प्रस्तावकर्ता हा अपंग व्यक्ती आहे आणि त्याला प्रस्ताव फॉर्म भरण्यासाठी मदतीची आवश्यकता आहे. मला प्रस्तावकर्त्याच्या वतीने हा प्रस्ताव फॉर्म भरण्यासाठी सक्षम न्यायालय/प्राधिकरणाने योग्यरित्या अधिकृत केले आहे. मी श्री/श्रीमती/श्रीमती _____ यांना प्रस्ताव फॉर्ममधील मजकूर वाचून दाखवला आहे आणि पूर्णपणे समजावून सांगितला आहे आणि त्यांना/तिला प्रस्तावित कराराचे महत्त्व समजले आहे. मी प्रस्ताव फॉर्ममध्ये प्रस्तावकर्त्याने दिलेली उत्तरे सत्य आणि योग्यरित्या नोंदवली आहेत.

_____ रोजी स्पष्टपणे पुरी केली

अधिकृत प्रतिनिधीची स्वाक्षरी किंवा पडताळणी ओटीपी ☐

अधिकृत प्रतिनिधीचे नाते

मी प्रमाणित करतो की प्रस्ताव फॉर्ममधील मजकूर मला स्पष्टपणे समजावून सांगण्यात आला आहे आणि मी तो पूर्णपणे समजून घेतला आहे. मी पुढे प्रमाणित करतो की प्रस्ताव फॉर्ममधील उत्तरे मी दिलेल्या माहितीनुसार नोंदवण्यात आली आहेत.

(जर जॉइंट लाइफ पर्याय निवडला असेल तर.

फक्त इंडियाफर्स्ट लाइफ गॅरंटीड प्रोटेक्शन प्लस प्लॅनसाठी)

ज्या व्यक्तीच्या जीवनाचा विमा उतरवण्याचा प्रस्ताव आहे त्याची स्वाक्षरी किंवा अंगठ्याचा ठसा:

दुय्यम जीवनाची हमी द्यावी लागणारी स्वाक्षरी किंवा अंगठ्याचा ठसा

17. विमा उतरवलेल्या व्यक्तीच्या व्यवसायाची माहिती

(कृपया अनुक्रमांक 1 किंवा 2 मध्ये निवडलेल्या तुमच्या सध्याच्या व्यवसायाचे सर्वोत्तम वर्णन करणाऱ्या व्यवसाय प्रकारांपैकी एकावर खूण करा)

कोड	व्यवसायाचा प्रकार	कोड	व्यवसायाचा प्रकार
01	पगारदार – प्रशासकीय कर्मचारी, लिपिक, कार्यकारी, लेखापाल	16	वीज लाईन कामगार
02	व्यावसायिक – डॉक्टर, चार्टर्ड अकाउंटंट/वकील – वकील/शिक्षक – व्याख्याते, प्राध्यापक	17	स्फोटके हाताळणारे – विध्वंस तज्ञ अग्निशमन दल
03	सेल्समन – काउंटर सेल्स स्टाफसह	18	मच्छीमार
04	किरकोळ/घाऊक विक्री दुकान मालक, कमिशन एजंट	19	5 स्टार व्यतिरिक्त हॉटेल उद्योग
05	निवृत्त/पेन्शनधारक	20	मर्चंट नेव्ही इतर
06	विद्यार्थी	21	खाणकाम, कोळसा खाणकाम करणारे, खाण अभियंते
07	गृहिणी	22	तेल रिग कामगार
08	शेती – मजूर, सफाई कामगार, देखभाल कामगार, माळी, फेरीवाला, गिरणी कामगार, कुली/कुली	23	ऑइल रिग कामगार
09	सशस्त्र दलातील कर्मचारी (लष्करी सेवा)	24	पोलीस
10	विमान वाहतूक – सर्व वैमानिकांचा समावेश आहे.	25	वेल सिकर/बोअरवेल ड्रिलर्स
11	लोहार, बॉयलर कामगार, भट्टी कामगार, वेल्डिंग कामगार मशीन ऑपरेटर	26	प्रिंट / मीडिया
12	विणकर, लिफ्ट ऑपरेटर, घरगुती नोकर, गवंडी, मेकॅनिक	27	व्यावसायिक क्रीडा व्यक्ती
13	बांधकाम/बांधकाम कामगार	28	सुरक्षा रक्षक
14	ड्रायव्हर – पाणी, खोल समुद्र	29	इतर (वरीलपैकी काहीही नाही)
15	ड्रायव्हर – रुग्णवाहिका, चिलखती वाहन, लॉरी इ.		

18. मध्यस्थाचा तपशील

मध्यस्थांचे नाव _____ लायसन्स क्रमांक _____
(वैयक्तिक एजंट वगळता सर्व चॅनेलसाठी लागू)

एजंट/निर्दिष्ट एजंटची स्वाक्षरी _____ मध्यस्थांचा शिक्षा _____

एजंट/निर्दिष्ट एजंटचे नाव _____ लायसन्स कोड _____

19. बँकेने जारी केलेले नो यूअर कस्टमर सर्टिफिकेट

आम्ही याद्वारे पुष्टी करतो की कडे आमच्या बँकेत बचत/चालू/मुदत ठेव करणारे क्रमांक आणि बँक ग्राहक आयडी आहे. आम्ही पुष्टी करतो की बँकासाठी 'तुमच्या ग्राहकाला जाणून घ्या' (केवायसी) नियमानुसार, या प्रस्ताव फॉर्ममध्ये ग्राहकाने नमूद केल्याप्रमाणे त्याची ओळख आणि पत्ता स्थापित करण्यासाठी आवश्यक कागदपत्रे आम्हाला मिळाली आहेत.

बँकेच्या अधिकृत स्वाक्षरीकर्त्याची स्वाक्षरी: _____

बँकेच्या अधिकृत स्वाक्षरीकर्त्याचं नाव: _____

बँकेच्या शाखेचं नाव: _____

बँकेचा शिक्षा

योजनेच्या अटीनुसार प्रस्तावकाला पैसे देण्यासाठी कंपनी वरील तपशीलांचा वापर करू शकते. पेमेंट पर्याय (खालीलपैकी कोणताही इलेक्ट्रॉनिक पेमेंट पर्याय निवडला नसल्यास चेक वापरला जाईल). शिवाय, डायरेक्ट क्रेडिटचा पर्याय असूनही, डिमांड ड्राफ्ट/पेएबल अँड पार चेकसह कोणताही पर्यायी पेमेंट पर्याय वापरण्याचा अधिकार कंपनी राखून ठेवते.

- इंडियाफर्स्ट लाइफ मनी बॅलन्स प्लॅनसाठी UIN 143L017V07* • इंडियाफर्स्ट टर्म रायडरसाठी UIN 143B001V02 • इंडियाफर्स्ट लाइफ प्लॅनसाठी UIN 143N007V03*
- इंडियाफर्स्ट लाइफ वेल्थ मॅक्झिमायझर प्लॅनसाठी UIN 143L029V05* • इंडियाफर्स्ट लाइफ कॅश बँक प्लॅनसाठी UIN 143N024V05* • इंडियाफर्स्ट लाइफ स्मार्ट पे प्लॅनसाठी UIN 143N051V04*
- इंडियाफर्स्ट लाइफ वेवर ऑफ प्रीमियम रायडरसाठी UIN 143B017V01 • इंडियाफर्स्ट लाइफ लॉग गॅरंटीड इंकम प्लॅनसाठी UIN 143N054V06* • इंडियाफर्स्ट लाइफ गॅरंटीड बेनिफिट प्लॅनसाठी UIN 143N056V07*
- इंडियाफर्स्ट लाइफ फॉर्च्युन प्लस प्लॅनसाठी UIN 143N065V03* • इंडियाफर्स्ट लाइफ महाजीवन प्लस प्लॅनसाठी UIN 143N059V03* • इंडियाफर्स्ट लाइफ गॅरंटी ऑफ लाइफ ड्रीम्स प्लॅनसाठी UIN 143N080V03*
- इंडियाफर्स्ट लाइफ इलिट टर्म प्लॅनसाठी UIN 143N070V01 • इंडियाफर्स्ट लाइफ टर्म विथ युनिट लिंक्ड इंशुरंस प्लॅनसाठी UIN 143L072V02* • इंडियाफर्स्ट लाइफ टर्म विथ यूलिप प्लससाठी UIN 143L073V02*
- इंडियाफर्स्ट लाइफ गॅरंटीड सिंगल प्रीमियम प्लॅनसाठी UIN 143N068V04* • इंडियाफर्स्ट लाइफ लिटील चॅप प्लॅनसाठी UIN 143N035V02 • इंडियाफर्स्ट लाइफ सुपर प्रोटेक्शन प्लॅनसाठी UIN (UIN: 143N075V01)*
- इंडियाफर्स्ट लाइफ टोटल अँड पर्मनंट डिसॅबिलिटी रायडर (यूलिप) साठी UIN 143A022V01 • इंडियाफर्स्ट लाइफ अॅक्सिडेंटल डेथ बेनिफिट रायडर (यूलिप) साठी UIN 143A020V01
- इंडियाफर्स्ट लाइफ अॅक्सिडेंटल डेथ बेनिफिट रायडरसाठी (ट्रेडिशनल) साठी UIN 143B019V01 • उडॅडियाफर्स्ट लाइफ टोटल अँड पर्मनंट डिसॅबिलिटी रायडर (ट्रेडिशनल) साठी UIN 143B021V01
- इंडियाफर्स्ट लाइफ अंशूअई इंकम फॉर माइलस्टोन्स प्लॅनसाठी UIN 143N101V01*

*इंडियाफर्स्ट लाइफ अॅक्सिडेंटल डेथ बेनिफिट रायडर (143A020V01) आणि इंडियाफर्स्ट लाइफ टोटल अँड पर्मनंट डिसॅबिलिटी रायडर (143A022V01) हे * चिन्हांकित उत्पादनासह उपलब्ध आहेत

*इंडियाफर्स्ट लाइफ अपघाती मृत्यू लाभ रायडर (143B019V01) आणि इंडियाफर्स्ट लाइफ टोटल अँड पर्मनंट डिसॅबिलिटी रायडर (143B021V01) *चिन्हांकित उत्पादनासह उपलब्ध आहेत.

इंडियाफर्स्ट लाइफ इन्शुरन्स कंपनी लिमिटेड,
12 वा आणि 13 वा मजला, नॉर्थ (सी) विंग, टावर 4, नेस्को आयटी पार्क,
नेस्को सेंटर, वेस्टर्न एक्सप्रेस हायवे, गोरेगाव (पूर्व), मुंबई – 400 063.
IRDA Reg. No. 143. CIN: U66010MH2008PLC183679.

टेलीफोन: +91 22 6165 8700 फॅक्स: +91 22 6857 0600 टोल फ्री: 1800-209-8700

ईमेल: customer.first@indiafirstlife.com वेबसाइट: www.indiafirstlife.com