

1

(ए) जन्म स्थान _____ और जन्म का देश _____

(बी) क्या आप किसी अन्य देश के भी नागरिक हैं (दोहरी / एकाधिक) ☐ हाँ ☐ नहीं

(सी) क्या आप भारत से भिन्न किसी अन्य देश के निवासी (कर उद्देश्यों से) हैं? ☐ हाँ ☐ नहीं

(डी) क्या आप अमेरिका का ग्रीन कार्ड या किसी अन्य देश का ऐसा ही कोई कार्ड रखते हैं? ☐ हाँ ☐ नहीं

उपरोक्त में से किसी एक / सभी का उत्तर हाँ होने की स्थिति में, कृपया बीमा एफएटीसीए घोषणा में सभी विवरण भरें

पूरा नाम (प्रथम और अंतिम नाम के बीच खाली स्थान छोड़ें)										श्री ☐ श्रीमती ☐ सुश्री ☐ एमएक्स ☐									
प ह ला										अं ति म									
मौजूदा इंडियाफर्स्ट पॉलिसी मालिक, कृपया पॉलिसी नंबर/क्लाइंट आईडी दर्ज करें										पॉलिसी नंबर क्लाइंट आईडी									
आश्वासित जीवन का पत्राचार का पता (वह पता जिस पर पॉलिसी दस्तावेज़ भेजा जाएगा)																			
ला	इ	न	1																
ला	इ	न	2																
भू	मि	चि	न्ह																
श	ह	र																	
रा	ज्य			पिन कोड															

स्थायी पता (यदि उपरोक्त पते से भिन्न हो)																													
ला	ख	न	1																										
ला	ख	न	2																										
भू	मि	चि	न्ह																										
श	ह	र																											
रा	ज्य																												
																								पिन कोड					

मोबाइल* + () लैंडलाइन + ()
 देश कोड "इन प्रस्ताव/पॉलिसी के लिए एसएमएस और व्हाट्सएप के माध्यम से अलर्ट प्राप्त करें, एसटीडी/आईएसडी
 ईमेल आईडी*

डिजिटल के माध्यम से सुचारु रूप से प्राप्त करें

जन्म तिथि:	D M Y Y Y	आयु: __ वर्ष	लिंग: ☐ पुरुष ☐ महिला	☐ ट्रांसजेंडर	राष्ट्रीयता: ☐ भारतीय ☐ गैर भारतीय
वैवाहिक स्थिति:	☐ अविवाहित ☐ विवाहित	☐ विधुर ☐ तलाकशुदा	आवासीय स्थिति: ☐ निवासी ☐ एनआरआई ☐ पीआईओ		☐ अनारआई ☐ अशिक्षित
शिक्षा:	☐ स्नातकोत्तर ☐ स्नातक	☐ डिप्लोमा ☐ 12वीं पास	☐ 10 वीं पास	☐ 10वीं से कम	☐ कृषक
व्यवसाय:	☐ वेतनभोगी ☐ व्यावसायिक	☐ स्वानियोजित ☐ विद्यार्थी	☐ गृहिणी	☐ सेवानिवृत्त	
☐ अन्य	(कृपया उल्लेख करें)				

कार्य/कर्मियों की प्रकृति:		पैन	☐ हाँ ☐ नहीं
		(फोटोकॉपी संलग्न)	
पैन:		आय का स्रोत:	
		आयु प्रमाण (प्रस्तावक)	
(प्रस्तावक) (यदि पैन उपलब्ध नहीं है तो फॉर्म संख्या 60)			
संस्थान/व्यवसाय का नाम:		सेवा/व्यवसाय में कुल वर्ष:	
		आय (वार्षिक)	

अतिरिक्त विवरण – निवास / कर स्थिति के लिए संकेतक

(ए)	जन्म स्थान _____ और जन्म का देश _____		
(बी)	क्या आप किसी अन्य देश के भी नागरिक हैं (दोहरे / अनेक)	☐ हाँ	☐ नहीं
(सी)	क्या आप भारत के अलावा किसी अन्य देश के निवासी हैं (कर उद्देश्यों के लिए)	☐ हाँ	☐ नहीं
(डी)	क्या आपके पास अमेरिका का ग्रीन कार्ड या किसी अन्य देश का कोई समान कार्ड है	☐ हाँ	☐ नहीं
यदि उपरोक्त में से किसी/सभी का उत्तर हाँ है, तो कृपया बीमा एफएटीसीए घोषणा में सभी विवरण भरें			

[illegible]

अपॉइंटी का नाम	जन्म तिथि	आयु	लिंग	नामिती के साथ संबंध	अपॉइंटी का पता

इंडियाफर्स्ट _____ प्लान	पॉलिसी अवधि	प्रीमियम भुगतान अवधि	किस्त प्रीमियम	मृत्यु पर आश्वासित राशि
इंडियाफर्स्ट टर्म राइडर				
इंडियाफर्स्ट लाइफ वेवर ऑफ प्रीमियम राइडर ☐ विकल्प 1 ☐ विकल्प 2 ☐ विकल्प 3				—
इंडियाफर्स्ट लाइफ एक्सीडेंटल डेथ बेनिफिट राइडर (एडीबी)				
इंडियाफर्स्ट लाइफ टोटल एंड परमानेंट डिसेबिलिटी राइडर (टीपीडी)				
प्रीमियम आवृत्ति: ☐ एकल ☐ वार्षिक ☐ अर्धवार्षिक ☐ त्रैमासिक ☐ "मासिक (केवल ईसीएस/प्रत्यक्ष डेबिट).				

इसीएस/डीडी के साथ कैसलड चेक कॉपी और डीडी अनुदेश को बैंक शाखा द्वारा सत्यापित किया जाना चाहिए नवीनीकरण प्रीमियम भुगतान विकल्प: 1. स्थायी निर्देश ☐ 2. चेक ☐

ध्यान रखें: **इंडियाफर्स्ट टर्म राइडर** इंडियाफर्स्ट लाइफ लॉन्ग गारंटीड इन्कम प्लान और इंडियाफर्स्ट लाइफ महाजीवन प्लस प्लान के लिए लागू है।

इंडियाफर्स्ट लाइफ वेवर ऑफ प्रीमियम राइडर इंडियाफर्स्ट लाइफ स्मार्ट पे प्लान, इंडियाफर्स्ट लाइफ लॉन्ग गारंटीड इन्कम प्लान, इंडियाफर्स्ट लाइफ गारंटीड बेनिफिट प्लान, इंडियाफर्स्ट लाइफ महाजीवन प्लस प्लान, इंडियाफर्स्ट लाइफ फॉर्च्यून प्लान और इंडियाफर्स्ट लाइफ गारंटी ऑफ लाइफ ड्रीमस प्लान के लिए लागू है।

(कृपया इंडियाफर्स्ट लाइफ स्मार्ट प्लान, इंडियाफर्स्ट लाइफ लॉन्ग गारंटीड इन्कम प्लान, इंडियाफर्स्ट लाइफ गारंटीड बेंकिट प्लान, इंडियाफर्स्ट लाइफ महाजीवन प्लस प्लान और इंडियाफर्स्ट लाइफ गारंटी ऑफ लाइफ इन्स प्लान के लिए उपयुक्त विकल्प चुनें) मृत्यु हितलाभ विकल्प ☐ एकमुश्त ☐ आय ☐ () 5 वर्ष	
(कृपया इंडियाफर्स्ट लाइफ लिटिल चैंप प्लान के लिए उपयुक्त विकल्प चुनें) जोखिम से बीमासुरक्षा विकल्प ☐ मृत्यु से बीमासुरक्षा ☐ दुर्घटनावश मृत्यु से बीमासुरक्षा ☐ दुर्घटनावश विकलांगता से बीमासुरक्षा ☐ व्यापक बीमासुरक्षा कुल भुगतान संबंधी विकल्प 1) 101% ☐ 2) 102% ☐ 3) 105% ☐ 4) 107% ☐ 5) 110% ☐ 6) 115% ☐ 7) 120% ☐ 8) 125% ☐	
इंडियाफर्स्ट लाइफ गारंटी ऑफ लाइफ इन्स प्लान के लिए आय संबंधी विकल्प चुनें (नीचे दिए गए विकल्पों में से एक का चयन करें) ☐ तत्काल आय ☐ मध्यवर्ती आय ☐ स्थगित आय कृपया उचित आय संबंधी लाभ की आवृत्ति का चयन करें ☐ वार्षिक ☐ अर्धवार्षिक ☐ त्रैमासिक ☐ मासिक	
इंडियाफर्स्ट लाइफ गारंटी ऑफ लाइफ इन्स प्लान के लिए आय संबंधी विकल्प चुनें (नीचे दिए गए विकल्पों में से एक का चयन करें) ☐ तत्काल आय ☐ मध्यवर्ती आय ☐ स्थगित आय कृपया उचित आय संबंधी लाभ की आवृत्ति का चयन करें ☐ वार्षिक ☐ अर्धवार्षिक ☐ त्रैमासिक ☐ मासिक	
इंडियाफर्स्ट लाइफ लॉन्ग गारंटीड इन्कम प्लान के लिए कृपया उचित आय संबंधी लाभ की आवृत्ति का चयन करें ☐ वार्षिक ☐ अर्धवार्षिक ☐ त्रैमासिक ☐ मासिक	
(कृपया इंडियाफर्स्ट लाइफ गारंटीड हितलाभ प्लान के लिए उपयुक्त विकल्प का चयन करें) लाभ विकल्प ☐ एकमुश्त लाभ ☐ आय संबंधी लाभ	
यदि आय संबंधी लाभ का विकल्प चुना जाता है, तो कृपया नीचे दिए गए विवरणों का उल्लेख करें :- मासिक आय ₹ _____ जीएपी अवधि _____ आय संबंधी अवधि _____ (वर्ष में) (वर्ष में)	
इंडियाफर्स्ट लाइफ फॉर्थ्यून् प्लस प्लान के लिए कृपया गारंटीकृत उत्तरजीविता हितलाभ और नकद बोनस के लिए उचित विकल्प चुनें : ☐ भुगतान ☐ उपार्जन यदि भुगतान विकल्प चुना गया है, तो भुगतान की आवृत्ति _____	

कृपया **इंडियाफर्स्ट लाइफ सुपर प्रोटेक्शन प्लान** के लिए उपयुक्त विकल्प चुनें (नीचे दिए गए विकल्पों में से कोई एक चुनें)

☐ लाइफ विकल्प

☐ प्रीमियम वापसी का विकल्प

पेआउट विकल्प (नीचे दिए गए विकल्पों में से कोई एक चुनें)

☐ एकमुश्त

☐ एकमुश्त और लेवल इनकम,

एकमुश्त भुगतान की जाने वाली आश्वासित राशि का प्रतिशत चुनें _____ % (10% और 50% के बीच 10% के गुणक में चुनें)

अतिरिक्त लाभ/विकल्प

☐ प्रीमियम की माफी का लाभ (लाइफ विकल्प के साथ लागू)

☐ जॉइंट लाइफ विकल्प (लाइफ विकल्प के साथ लागू) *कृपया क्रमशः अनुभाग 5 और अनुभाग 10बी में विवरण भरें*

इंडियाफास्ट लाइफ वेल्थ मैक्सिमाइजर प्लान, इंडियाफास्ट लाइफ मनी बैलेंस प्लान और इंडियाफास्ट लाइफ टर्म विद यूनिट लिंक्ड इंश्योरेंस प्लान के लिए विकल्प चुनें
मूल्य हितलाभ विकल्प: ☐ एकमुश्त ☐ 5 वर्षों के लिए आय
व्यवस्थित आंशिक निकासी विकल्प: ☐ नहीं ☐ हाँ (यदि हाँ, तो निकासी का % _____ (0 से 25% के बीच), निम्नलिखित आवृत्ति में वर्ष _____ से वर्षतक _____)
व्यवस्थित आंशिक निकासी विकल्प केवल ☐ आवृत्ति में ☐ वार्षिक ☐ अर्धवार्षिक ☐ त्रैमासिक ☐ मासिक)
इंडियाफास्ट लाइफ वेल्थ मैक्सिमाइजर प्लान के लिए पहले 5 पॉलिसी वर्ष पूरे होने के बाद लागू होता है.
निवेश संबंधी रणनीतियाँ: ☐ स्व-प्रबंधित ☐ स्वचालित ट्रिगर आधारित निवेश रणनीति (एटीबीआईएस)
☐ फंड ट्रांसफर रणनीति ☐ आयु आधारित निवेश रणनीति ☐ स्मार्ट अदला-बदली रणनीति
एटीबीआईएस इंडियाफास्ट लाइफ मनी बैलेंस प्लान और इंडियाफास्ट लाइफ वेल्थ मैक्सिमाइजर प्लान के लिए लागू होता है
फंड संबंधी विकल्प

फंड का कुल योग 100% होना चाहिए			
इक्विटी1 (SFIN:ULIF009010910EQUITY1FUND143)	बैल्यू (SFIN:ULIF0130 0VALUEFUND0143)	लिक्विड 1 फंड (SFIN: ULIF014010910LIQUID1FND143)	
डेटा1 (SFIN:ULIF010010910DEBT01FUND143)	बैलेंसड1 (SFIN: ULIF011010910BALAN1FUND143)	इंडेक्स ट्रैकर (SFIN:ULIF012010910INDTRAFUND143)	
डायनमिक एसेट एलोकेशन फंड (SFIN:ULIF015080811DYAALLFUND143)		फ्लेक्सरी कैप इक्विटी (SFIN: ULIF02121/02/22FLEXCAPFND143)	
इक्विटी एलीट अपॉर्च्युनिटीज (SFIN:ULIF020280716EQUELITEOP143)		सस्टेनेबल इक्विटी (SFIN: ULIF02221/02/22SUSTEQUFND143)	
मैक्रो ट्रेड्स फंड (SFIN: ULIF025010824MACREQUFND143)			
मल्टी कैप इक्विटी फंड (SFIN: ULIF026101024MULTEQUFND143)			

फंड ट्रांसफर रणनीति के लिए, कृपया एक इक्विटी ऑरिएंटेड फंड और एक डेट ऑरिएंटेड फंड चुनें.
ध्यान रखें: पहले तीन महीने की प्रीमियम का मासिक विधा विकल्प के लिए पहली किस्त के रूप में भुगतान किया जाना चाहिए (प्योर प्रोटेक्शन न प्लान्स के लिए लागू नहीं). पहली या नवीनीकरण प्रीमियम के प्रति किया गया कोई भी नकद/चेक/डीडी भुगतान इंडियाफास्ट लाइफ इंश्योरेंस कंपनी लिमिटेड द्वारा अपने किसी कार्यालय या अपने अधिकृत बैंकिंग भागीदार या क्लेयरिंग पॉइंट को मिलने और कंपनी द्वारा आधिकारिक मुद्रित रसीद जारी किए जाने पर ही प्राप्त किया गया माना जाएगा. चेकों को केवल इंडियाफास्ट लाइफ इंश्योरेंस कंपनी लिमिटेड के पक्ष में ही कारा जाना चाहिए (चेक के पीछे पहली प्रीमियम के लिए आवेदन संख्या/नवीनीकरण प्रीमियम के लिए पॉलिसी संख्या लिखी जानी चाहिए).
ध्यान रखें: नकद/चेक/डीडी में भुगतान स्वीकार करने के लिए क्लेयरिंग पॉइंट/सेंटर्स को समय-समय पर कंपनी द्वारा निर्दिष्ट किया जाएगा.

5. द्वितीयक जीवन बीमित का विवरण – (यदि जॉइंट लाइफ विकल्प चुना जाता है), केवल इंडियाफर्स्ट लाइफ सुपर प्रोटेक्शन प्लान के लिए लागू

पूरा नाम (प्रथम और अंतिम नाम के बीच खाली स्थान छोड़ें)

प ह ला

श्री श्रीमती सुश्री एमएक्स

मौजूदा इंडियाफर्स्ट पॉलिसी मालिक, कृपया पॉलिसी नंबर/क्लाइंट आईडी दर्ज करें

पॉलिसी नंबर क्लाइंट आईडी

चुनिए, यदि पत्राचार का पता प्राथमिक आश्वसित जीवन के समान है

यदि नहीं तो सेकेंडरी आश्वसित जीवन का पत्राचार का पता

ला इ न 1

ला इ न 2

भू मि चि न्ह

श ह र

रा ज्य

पिन कोड

स्थायी पता (यदि उपरोक्त पते से भिन्न हो)

ला इ न 1

ला इ न 2

भू मि चि न्ह

श ह र

रा ज्य

पिन कोड

मोबाइल* + ()

देश कोड

लैंडलाइन + ()

इस प्रस्ताव/पॉलिसी के लिए एसएमएस और व्हाट्सएप के माध्यम से अलर्ट प्राप्त करें.

एस्टटीडी/आईएसटीडी

ईमेल आईडी*

*ईमेल के माध्यम से सूचनाएँ प्राप्त करें

जन्म तिथि: D D M M Y Y Y Y आयु: वर्ष

लिंग: पुरुष महिला ट्रांसजेंडर

राष्ट्रीयता: भारतीय गैर भारतीय

वैवाहिक स्थिति: अविवाहित विवाहित विधुर तलाकशुदा

आवासीय स्थिति: निवासी एनआरआई पीआईओ

शिक्षा: स्नातकोत्तर स्नातक डिप्लोमा 12वीं पास 10वीं पास 10वीं से कम अशिक्षित

व्यवसाय: वेतनभोगी व्यावसायिक स्वानियोजित विद्यार्थी गृहिणी सेवानिवृत्त कृषक

अन्य (कृपया उल्लेख करें)

कार्य/कर्तव्यों की प्रकृति:

पैन (फोटोकॉपी संलग्न) ☐ हाँ ☐ नहीं

पैन: आय का स्रोत: आयु प्रमाण (प्रस्तावक)

(प्रस्तावक) (यदि पैन उपलब्ध नहीं है तो फॉर्म संख्या 60)

संस्थान/व्यवसाय का नाम: सेवा/व्यवसाय में कुल वर्ष: आय (वार्षिक)

क्या आप राजनीतिक रूप से संवेदनशील व्यक्ति हैं? ☐ हाँ ☐ नहीं

राजनीतिक रूप से संवेदनशील व्यक्ति (पीईपी) वे व्यक्ति होते हैं जिन्हें किसी विदेशी देश में प्रमुख सार्वजनिक कार्य सौंपे गए हैं या सौंपे गए हैं, उदाहरण के लिए, राज्य या सरकार के प्रमुख, वरिष्ठ राजनेता, वरिष्ठ सरकारी/न्यायिक/सैन्य अधिकारी, राज्य के स्वामित्व वाले निगमों के वरिष्ठ अधिकारी, महत्वपूर्ण राजनीतिक दल के अधिकारी, आदि, जिनमें उनके परिवार के सदस्य और करीबी रिश्तेदार शामिल हैं.

प्राथमिक बीमित व्यक्ति के साथ संबंध –

अतिरिक्त विवरण – निवास / कर स्थिति के लिए संकेतक

(ए) जन्म स्थान और जन्म का देश

(बी) क्या आप किसी अन्य देश के भी नागरिक हैं (दोहरे / अनेक) ☐ हाँ ☐ नहीं

(सी) क्या आप भारत के अलावा किसी अन्य देश के निवासी हैं (कर उद्देश्यों के लिए) ☐ हाँ ☐ नहीं

(डी) क्या आपके पास अमेरिका का ग्रीन कार्ड या किसी अन्य देश का कोई समान कार्ड है ☐ हाँ ☐ नहीं

यदि उपरोक्त में से किसी/सभी का उत्तर हाँ है, तो कृपया बीमा एफएटीसीए घोषणा में सभी विवरण भरें

6. लाभ भुगतान मोड (केवल कोई एक मोड चुनें)

प्रस्तावक और आश्वसित के लिए

चयनित मोड का उपयोग कंपनी द्वारा प्लान की शर्तों के अनुसार प्रस्तावक को अदा करने के लिए किया जाएगा. यदि नीचे दिए गए इलेक्ट्रॉनिक भुगतान विकल्पों में से कोई भी नहीं चुना जाता है, तो कंपनी किसी भी वैकल्पिक भुगतान विकल्प का उपयोग करने का अधिकार सुरक्षित रखती है.

☐ ईसीएस ☐ डायरेक्ट क्रेडिट (बैंक ऑफ बड़ौदा और यूनियन बैंक ऑफ इंडिया) ☐ एनईएफटी बैंक का नाम:

खाता प्रकार ☐ चालू ☐ बचत शाखा का नाम: बैंक खाता संख्या:

एमआईसीआर: (ईसीएस मोड के लिए अनिवार्य) आईएफएससी कोड: (एनईएफटी मोड के लिए अनिवार्य)

बैंक खाते के अनुसार ग्राहक का नाम:

नामिती 1 के लिए -

चयनित मोड का उपयोग कंपनी द्वारा प्लान की शर्तों के अनुसार नामिती को भुगतान करने के लिए किया जाएगा. यदि नीचे दिए गए इलेक्ट्रॉनिक भुगतान विकल्पों में से कोई भी विकल्प नहीं चुना जाता है, तो कंपनी किसी भी वैकल्पिक भुगतान विकल्प का उपयोग करने का अधिकार सुरक्षित रखती है.

☐ ईसीएस ☐ डायरेक्ट क्रेडिट (बैंक ऑफ बड़ौदा और यूनियन बैंक ऑफ इंडिया) ☐ एनईएफटी बैंक का नाम:

खाता प्रकार ☐ चालू ☐ बचत शाखा का नाम: बैंक खाता संख्या:

एमआईसीआर: (ईसीएस मोड के लिए अनिवार्य) आईएफएससी कोड: (एनईएफटी मोड के लिए अनिवार्य)

बैंक खाते के अनुसार ग्राहक का नाम:

ध्यान दें: कई नामांकनों के मामले में, कृपया सभी नामितियों के बैंक खाते का विवरण जोड़ें.

अपॉइंटी के लिए (नामिती अल्पवयस्क होने के मामले में) -

चयनित मोड का उपयोग कंपनी द्वारा प्लान की शर्तों के अनुसार प्रस्तावक को भुगतान करने के लिए किया जाएगा. यदि नीचे दिए गए इलेक्ट्रॉनिक भुगतान विकल्पों में से कोई भी नहीं चुना जाता है, तो कंपनी किसी भी वैकल्पिक भुगतान विकल्प का उपयोग करने का अधिकार सुरक्षित रखती है.

☐ ईसीएस ☐ डायरेक्ट क्रेडिट (बैंक ऑफ बड़ौदा और यूनियन बैंक ऑफ इंडिया) ☐ एनईएफटी बैंक का नाम:

खाता प्रकार ☐ चालू ☐ बचत शाखा का नाम: बैंक खाता संख्या:

आईएफएससी कोड: (एनईएफटी मोड के लिए अनिवार्य)

बैंक खाते के अनुसार ग्राहक का नाम:

अस्वीकरण: कोई भी कारण बताए बिना या अधूरी/गलत जानकारी के कारण लेनदेन में देरी होने या बिल्कुल भी जमा न होने की स्थिति में, मैं इंडियाफर्स्ट लाइफ इंश्योरेंस कं. लि. को जिम्मेदार नहीं ठहराऊंगा. इसके अलावा, कंपनी प्रत्यक्ष क्रेडिट विकल्प चुनने के बावजूद डिमांड ड्राफ्ट/सम्मूल्य पर देय चेक सहित किसी भी वैकल्पिक भुगतान विकल्प का उपयोग करने का अधिकार सुरक्षित रखती है.

7. बीमित किए जाने वाले जीवन का पारिवारिक इतिहास (कृपया हाँ या नहीं पर सही का निशान लगाएँ)

क्या आपके माता-पिता या भाई या बहन में से कोई भी निम्नलिखित में से किसी भी स्थिति से पीड़ित रहा है या उसकी मृत्यु हुई है : हृदय की समस्या, डायबिटीज़, स्ट्रोक, हायपरटेंशन, बढ़ा हुआ कोलेस्ट्रॉल, कैंसर, या कोई वंशानुगत बीमारी? यदि हाँ, तो नीचे पूरा विवरण दें : ☐ हाँ ☐ नहीं

परिवार के सदस्य	आयु	यदि जीवित है, तो बीमारी, यदि कोई हो	आयु	यदि दिवंगत है, तो मृत्यु का सही कारण
पिता				
माता				
भाई/बहन				

8. प्रस्तावक का बीमा संबंधी विवरण (अल्पवयस्क जीवन और गृहिणियों पर लागू)

माता-पिता/पति का बीमा संबंधी विवरण – कुल बीमा राशि (₹.)

9ए. लाइफ इंश्योरेंस कंपनियों के साथ आवेदित लाइफ इंश्योरेंस पॉलिसियों/प्रस्तावों का विवरण (इंडियाफर्स्ट लाइफ इंश्योरेंस कं. लि. के साथ मौजूदा पॉलिसियों सहित)

क्या आपने कभी इंडियाफर्स्ट लाइफ इंश्योरेंस कंपनी लिमिटेड और अन्य बीमा कंपनियों को जीवन बीमा पॉलिसियों के लिए आवेदन किया है? ☐ हाँ ☐ नहीं

यदि हाँ, तो सभी प्रस्तावों/पॉलिसियों के लिए वर्तमान स्थिति और स्वीकृति की शर्तों के साथ कृपया नीचे पूरा विवरण दें

बीमित किए जाने वाले जीवन/प्रस्तावक का नाम	कंपनी का नाम	पॉलिसी/प्रस्ताव संख्या	वार्षिक प्रीमियम	राइडरों सहित बीमित राशि	प्रारंभ होने का वर्ष	वर्तमान स्थिति और स्वीकृति की शर्तें
						☐ मानक ☐ रेटिंग बढ़ाई गई ☐ अस्वीकृत ☐ स्थगित ☐ कालातीत ☐ निरस्त
						☐ मानक ☐ रेटिंग बढ़ाई गई ☐ अस्वीकृत ☐ स्थगित ☐ कालातीत ☐ निरस्त

जगह अपर्याप्त होने की स्थिति में बीमित किए जाने वाले जीवन द्वारा हस्ताक्षरित प्रासंगिक विवरणों के साथ अतिरिक्त प्रत्रक शामिल किया जा सकता है.

9बी. जीवन बीमा कंपनियों से ली गई जीवन बीमा पॉलिसियों/जीवन बीमा कंपनियों को आवेदन किए गए प्रस्तावों (इंडियाफर्स्ट लाइफ इंश्योरेंस कंपनी लिमिटेड की वर्तमान पॉलिसियों सहित) का का विवरण (द्वितीयक जीवन बीमित का विवरण (यदि संयुक्त जीवन का विकल्प चुना गया है)। केवल इंडियाफर्स्ट लाइफ गारंटीड प्रोटेक्शन प्लस प्लान के लिए लागू।

क्या आपने कभी इंडियाफर्स्ट लाइफ इंश्योरेंस कंपनी लिमिटेड और अन्य बीमा कंपनियों को जीवन बीमा पॉलिसियों के लिए आवेदन किया है? ☐ हाँ ☐ नहीं

यदि हाँ, तो सभी प्रस्तावों/पॉलिसियों के लिए वर्तमान स्थिति और स्वीकृति की शर्तों के साथ कृपया नीचे पूरा विवरण दें

बीमित किए जाने वाले जीवन/प्रस्तावक का नाम	कंपनी का नाम	पॉलिसी/प्रस्ताव संख्या	वार्षिक प्रीमियम	राइडरों सहित बीमित राशि	प्रारंभ होने का वर्ष	वर्तमान स्थिति और स्वीकृति की शर्तें
						☐ मानक ☐ रेटिंग बढ़ाई गई ☐ अस्वीकृत ☐ स्थगित ☐ कालातीत ☐ निरस्त
						☐ मानक ☐ रेटिंग बढ़ाई गई ☐ अस्वीकृत ☐ स्थगित ☐ कालातीत ☐ निरस्त

जगह अपर्याप्त होने की स्थिति में बीमित किए जाने वाले जीवन द्वारा हस्ताक्षरित प्रासंगिक विवरणों के साथ अतिरिक्त प्रत्रक शामिल किया जा सकता है.

तथ्यों का खुलासा न करना या गलत तरीके से प्रस्तुत करना दावे के निपटान को अत्यधिक प्रभावित करेगा

ए. से.मी. में लंबाई: / फीट इंच: वजन किलोग्राम में:	
बी. क्या आपने किसी संकटपूर्ण/खतरनाक कार्यकलाप में भाग लिया है या भाग लेने की योजना बना रहे हैं जैसे कि बैलूनिंग, माउंटेन साइकलिंग, मोटरबाइक रेसिंग, बॉक्सिंग, ग्लाइडिंग, डाइविंग, घुड़सवारी, मार्शल आर्ट, मोटर रेसिंग, माउंटेन क्लाइम्बिंग, पैराशूटिंग, नौकायन, स्कीइंग, वेट लिफ्टिंग, व्हाइट वाटर राफ्टिंग, कुश्ती और/या किसी लाइसेंस प्राप्त सेवा पर भाड़ा देने वाले यात्री से भिन्नि उड़ान भरना या कोई भी अन्य संकटपूर्ण/खतरनाक कार्यकलाप जो सूचीबद्ध नहीं है. यदि हाँ, तो कृपया विशेष प्रश्नावली में विवरण प्रदान करें जो आपको सलाहकार द्वारा उपलब्ध कराई जाएगी.	☐ हाँ ☐ नहीं
सी. क्या आप वर्तमान में या किसी वितीय वर्ष में छह महीने से अधिक समय तक भारत से बाहर रहने या यात्रा करने का मंशा रखते हैं? यदि हाँ, तो कृपया यात्रा किए जाने वाले देशों, यात्रा के उद्देश्य और अवधि का पूरा विवरण प्रदान करें	☐ हाँ ☐ नहीं
डी. क्या आपने पिछले 12 महीनों में धूम्रपान किया है या तम्बाकू के किसी भी रूप का उपयोग किया है? यदि हाँ, तो कृपया बताएँ कि किस रूप में : ☐ सिगरेट ☐ बीड़ी ☐ चबाना ☐ गुटका प्रतिदिन मात्रा	☐ हाँ ☐ नहीं
ई. क्या आप किसी भी प्रकार की शराब का सेवन करता/करती हैं/करते हैं? यदि हाँ, तो किस प्रकार की? ☐ बीयर ☐ वाइन ☐ हार्ड लिक्वर प्रति सप्ताह मात्रा	☐ हाँ ☐ नहीं
एफ. क्या आप वर्तमान में छोटी बीमारियों (जैसे सर्दी और फ्लू) के अलावा कोई दवा या औषधि ले रहे हैं, जो डॉक्टर द्वारा लिखी गई या नहीं लिखी गई है, या क्या आप पिछले 5 वर्षों के दौरान ऐसी किसी बीमारी, विकार, विकलांगता या चोट से पीड़ित रहे हैं, जिसके लिए किसी प्रकार की चिकित्सीय या विशेष जाँच (सीने के एक्स-रे, स्त्री रोग संबंधी जाँच, पैप स्मीयर या रक्त परीक्षण), परामर्श, अस्पताल में भर्ती या सर्जरी की आवश्यकता पड़ी है?	☐ हाँ ☐ नहीं
जी. क्या आपको कोई जन्मजात/जन्मा दोष, पीठ, रीढ़, मांसपेशियों या जोड़ में दर्द या समस्या, गठिया, गाउट, गंभीर चोट या अन्य शारीरिक विकलांगता है और क्या आप पिछले दो वर्षों के दौरान लगातार तीन दिनों से अधिक समय तक काम करने/स्कूल जाने में असमर्थ रहे हैं या क्या आप वर्तमान में काम करने/स्कूल जाने में असमर्थ हैं? कृपया सामान्य गर्भावस्था को नज़रअंदाज़ करें.	☐ हाँ ☐ नहीं
एच. क्या आप डायबिटीज, हायपरटेंशन, कैंसर, क्षसन रोग (अस्थमा सहित), किडनी या लीवर रोग, स्ट्रोक, किसी रक्त विकार, हृदय की समस्याओं जैसी किसी भी चिकित्सीय बीमारी से पीड़ित रहे हैं या कभी पीड़ित रहे थे?	☐ हाँ ☐ नहीं
आई. क्या आप हेपेटाइटिस बी या सी, या तपेदिक, मानसिक विकार, अवसाद, कोलाइटिस, या किसी अन्य पेट की समस्या, थायरॉयड विकार, प्रजनन अंग, एचआईवी एड्स या संबंधित संक्रमण जैसी किसी भी चिकित्सीय बीमारी से पीड़ित रहे हैं या कभी पीड़ित रहे थे?	☐ हाँ ☐ नहीं
जे. क्या आप ट्यूबर वृद्धि, प्रोस्टेट विकार, त्वचा या लसीका ग्रंथियों के विकार, मल्टीपल स्केलेरोसिस, मिर्गी, कंपन, सुन्नता, दोहरी दृष्टि या चक्कर आने, वाणी दोष, पक्षाघात जैसी किसी भी चिकित्सीय बीमारी से पीड़ित रहे हैं या कभी पीड़ित रहे थे?	☐ हाँ ☐ नहीं
के. क्या आपको कभी सर्जरी या एक्स-रे, सीटी स्कैन, मैमोग्राम, पैप स्मीयर आदि जैसी किसी चिकित्सीय जाँच की सलाह दी गई है या आपने करवाई है?	☐ हाँ ☐ नहीं
एल. क्या आप कभी नशीली दवाओं/नशीले पदार्थों या शराब की लत से पीड़ित रहे हैं या आपको डॉक्टर द्वारा शराब/तम्बाकू का सेवन कम करने की सलाह दी गई है?	☐ हाँ ☐ नहीं
एम. पिछले 3 वर्षों में, क्या आपका उपचार किया गया है, वर्तमान में आप किसी डॉक्टर या विशेषज्ञ से उपचार करवा रहे हैं या आपको उपचार की सलाह दी गई है या आपने कोई कार्डियोलॉजिकल, रेडियोलॉजी या पैथोलॉजिकल जाँच (नियमित जाँचों को छोड़कर) कराई है?	☐ हाँ ☐ नहीं
एन. क्या आपका व्यवसाय किसी विशेष खतरे से जुड़ा है जिससे आप किसी चोट या बीमारी के प्रति संवेदनशील बन जाते हैं, जैसे रासायनिक कारखाना, खदान, विस्फोटक, संक्षारक रसायन, आदि?	☐ हाँ ☐ नहीं
ओ. क्या पिछले 1 वर्ष में आपके वजन में 5 किलोग्राम से अधिक का परिवर्तन (बढ़ोतरी/घटोतरी) हुआ है? यदि हाँ, तो कृपया वजन में बढ़ोतरी (किलोग्राम में) या घटोतर (किलोग्राम में) का उल्लेख करें बढ़ोतरी/घटोतरी का कारण	☐ हाँ ☐ नहीं
पी. क्या आपको कभी किन्हीं आपराधिक दोषों/गतिविधियों/अपराधों के लिए दोषी ठहराया गया है?	☐ हाँ ☐ नहीं
क्यू. क्या आप कभी किसी अन्य बीमारी/विकार से पीड़ित रहे हैं/ पीड़ित हैं जिसका उल्लेख ऊपर नहीं किया गया है?	☐ हाँ ☐ नहीं
आर. अतिरिक्त जानकारी, पुनर्बीमाकर्ता की पुष्टि के अधीन	☐ हाँ ☐ नहीं
एस. अतिरिक्त जानकारी, पुनर्बीमाकर्ता की पुष्टि के अधीन	☐ हाँ ☐ नहीं
टी. अतिरिक्त जानकारी, पुनर्बीमाकर्ता की पुष्टि के अधीन	☐ हाँ ☐ नहीं
यू. अतिरिक्त जानकारी, पुनर्बीमाकर्ता की पुष्टि के अधीन	☐ हाँ ☐ नहीं
वी. अतिरिक्त जानकारी, पुनर्बीमाकर्ता की पुष्टि के अधीन	☐ हाँ ☐ नहीं

10बी. बीमित किए जाने वाले द्वितीयक जीवन की जीवनशैली से जुड़े प्रश्न और व्यक्तिगत चिकित्सीय इतिहास

(यदि 'हाँ', तो कृपया गतिविधि/बीमारी/रोग को **गोला** करें) यदि संयुक्त जीवन विकल्प चुना गया है। केवल इंडियाकॉर्ट लाइफ गारंटीड प्रोटेक्शन प्लान के लिए लागू

तथ्यों का खुलासा न करना या गलत तरीके से प्रस्तुत करना दावे के निपटान को अत्यधिक प्रभावित करेगा

ए. से.मी. में लंबाई: / फीट इंच: वजन किलोग्राम में:	
बी. क्या आपने किसी संकटपूर्ण/खतरनाक कार्यकलाप में भाग लिया है या भाग लेने की योजना बना रहे हैं जैसे कि बैलूनिंग, माउंटेन साइकलिंग, मोटरबाइक रेसिंग, बॉक्सिंग, ग्लाइडिंग, डाइविंग, घुड़सवारी, मार्शल आर्ट, मोटर रेसिंग, माउंटेन क्लाइम्बिंग, पैराशूटिंग, नौकायन, स्कीइंग, वेट लिफ्टिंग, व्हाइट वाटर राफ्टिंग, कुश्ती और/या किसी लाइसेंस प्राप्त सेवा पर भाड़ा देने वाले यात्री से भिन्नि उड़ान भरना या कोई भी अन्य संकटपूर्ण/खतरनाक कार्यकलाप जो सूचीबद्ध नहीं है. यदि हाँ, तो कृपया विशेष प्रश्नावली में विवरण प्रदान करें जो आपको सलाहकार द्वारा उपलब्ध कराई जाएगी.	☐ हाँ ☐ नहीं
सी. क्या आप वर्तमान में या किसी वितीय वर्ष में छह महीने से अधिक समय तक भारत से बाहर रहने या यात्रा करने का मंशा रखते हैं? यदि हाँ, तो कृपया यात्रा किए जाने वाले देशों, यात्रा के उद्देश्य और अवधि का पूरा विवरण प्रदान करें	☐ हाँ ☐ नहीं
डी. क्या आपने पिछले 12 महीनों में धूम्रपान किया है या तम्बाकू के किसी भी रूप का उपयोग किया है? यदि हाँ, तो कृपया बताएँ कि किस रूप में : ☐ सिगरेट ☐ बीड़ी ☐ चबाना ☐ गुटका प्रतिदिन मात्रा	☐ हाँ ☐ नहीं
ई. क्या आप किसी भी प्रकार की शराब का सेवन करता/करती हैं/करते हैं? यदि हाँ, तो किस प्रकार की? ☐ बीयर ☐ वाइन ☐ हार्ड लिक्वर प्रति सप्ताह मात्रा	☐ हाँ ☐ नहीं
एफ. क्या आप वर्तमान में छोटी बीमारियों (जैसे सर्दी और फ्लू) के अलावा कोई दवा या औषधि ले रहे हैं, जो डॉक्टर द्वारा लिखी गई या नहीं लिखी गई है, या क्या आप पिछले 5 वर्षों के दौरान ऐसी किसी बीमारी, विकार, विकलांगता या चोट से पीड़ित रहे हैं, जिसके लिए किसी प्रकार की चिकित्सीय या विशेष जाँच (सीने के एक्स-रे, स्त्री रोग संबंधी जाँच, पैप स्मीयर या रक्त परीक्षण), परामर्श, अस्पताल में भर्ती या सर्जरी की आवश्यकता पड़ी है?	☐ हाँ ☐ नहीं
जी. क्या आपको कोई जन्मजात/जन्मा दोष, पीठ, रीढ़, मांसपेशियों या जोड़ में दर्द या समस्या, गठिया, गाउट, गंभीर चोट या अन्य शारीरिक विकलांगता है और क्या आप पिछले दो वर्षों के दौरान लगातार तीन दिनों से अधिक समय तक काम करने/स्कूल जाने में असमर्थ रहे हैं या क्या आप वर्तमान में काम करने/स्कूल जाने में असमर्थ हैं? कृपया सामान्य गर्भावस्था को नज़रअंदाज़ करें.	☐ हाँ ☐ नहीं
एच. क्या आप डायबिटीज, हायपरटेंशन, कैंसर, क्षसन रोग (अस्थमा सहित), किडनी या लीवर रोग, स्ट्रोक, किसी रक्त विकार, हृदय की समस्याओं जैसी किसी भी चिकित्सीय बीमारी से पीड़ित रहे हैं या कभी पीड़ित रहे थे?	☐ हाँ ☐ नहीं
आई. क्या आप हेपेटाइटिस बी या सी, या तपेदिक, मानसिक विकार, अवसाद, कोलाइटिस, या किसी अन्य पेट की समस्या, थायरॉयड विकार, प्रजनन अंग, एचआईवी एड्स या संबंधित संक्रमण जैसी किसी भी चिकित्सीय बीमारी से पीड़ित रहे हैं या कभी पीड़ित रहे थे?	☐ हाँ ☐ नहीं
जे. क्या आप ट्यूबर वृद्धि, प्रोस्टेट विकार, त्वचा या लसीका ग्रंथियों के विकार, मल्टीपल स्केलेरोसिस, मिर्गी, कंपन, सुन्नता, दोहरी दृष्टि या चक्कर आने, वाणी दोष, पक्षाघात जैसी किसी भी चिकित्सीय बीमारी से पीड़ित रहे हैं या कभी पीड़ित रहे थे?	☐ हाँ ☐ नहीं
के. क्या आपको कभी सर्जरी या एक्स-रे, सीटी स्कैन, मैमोग्राम, पैप स्मीयर आदि जैसी किसी चिकित्सीय जाँच की सलाह दी गई है या आपने करवाई है?	☐ हाँ ☐ नहीं
एल. क्या आप कभी नशीली दवाओं/नशीले पदार्थों या शराब की लत से पीड़ित रहे हैं या आपको डॉक्टर द्वारा शराब/तम्बाकू का सेवन कम करने की सलाह दी गई है?	☐ हाँ ☐ नहीं
एम. पिछले 3 वर्षों में, क्या आपका उपचार किया गया है, वर्तमान में आप किसी डॉक्टर या विशेषज्ञ से उपचार करवा रहे हैं या आपको उपचार की सलाह दी गई है या आपने कोई कार्डियोलॉजिकल, रेडियोलॉजी या पैथोलॉजिकल जाँच (नियमित जाँचों को छोड़कर) कराई है?	☐ हाँ ☐ नहीं
एन. क्या आपका व्यवसाय किसी विशेष खतरे से जुड़ा है जिससे आप किसी चोट या बीमारी के प्रति संवेदनशील बन जाते हैं, जैसे रासायनिक कारखाना, खदान, विस्फोटक, संक्षारक रसायन, आदि?	☐ हाँ ☐ नहीं
ओ. क्या पिछले 1 वर्ष में आपके वजन में 5 किलोग्राम से अधिक का परिवर्तन (बढ़ोतरी/घटोतरी) हुआ है? यदि हाँ, तो कृपया वजन में बढ़ोतरी (किलोग्राम में) या घटोतर (किलोग्राम में) का उल्लेख करें बढ़ोतरी/घटोतरी का कारण	☐ हाँ ☐ नहीं
पी. क्या आपको कभी किन्हीं आपराधिक दोषों/गतिविधियों/अपराधों के लिए दोषी ठहराया गया है?	☐ हाँ ☐ नहीं
क्यू. क्या आप कभी किसी अन्य बीमारी/विकार से पीड़ित रहे हैं/ पीड़ित हैं जिसका उल्लेख ऊपर नहीं किया गया है?	☐ हाँ ☐ नहीं

10सी. यदि आपने 10ए(एफ) से 10ए(क्यू) के बीच किसी भी प्रश्न का उत्तर हां में दिया है, तो कृपया यहां विवरण दें

प्रश्न क्र.	10ए(एफ) से 10ए(क्यू) के लिए स्वास्थ्य स्थिति, निदान की तिथि, निर्धारित उपचार, डॉक्टर का नाम/पता, यदि लागू हो, सहित संपूर्ण विवरण प्रदान करें.

10डी. यदि आपने 10बी(एफ) से 10बी(क्यू) के बीच किसी भी प्रश्न का उत्तर हां में दिया है, तो कृपया यहां विवरण दें

प्रश्न क्र.	10बी(एफ) से 10बी(क्यू) के लिए स्वास्थ्य स्थिति, निदान की तिथि, निर्धारित उपचार, डॉक्टर का नाम/पता, यदि लागू हो, सहित संपूर्ण विवरण प्रदान करें.

10ई. केवल बीमित किए जाने वाले महिला जीवन के लिए

ए. क्या आप वर्तमान में गर्भवती हैं? ☐ हाँ ☐ नहीं यदि हाँ तो सप्ताह में अवधि बी. अंतिम बार प्रसव की तिथि

सी. कृपया गर्भावस्था के दौरान किसी भी जटिलता का वर्णन करें? >>

<< 11. बीमित किए जाने वाले जीवन के स्वास्थ्य की घोषणा – सीमित बीमांकन

तथ्यों को प्रकट न करने से दावे के निपटान पर बहुत अधिक प्रभाव पड़ेगा

से.मी. में लंबाई : / फीट इंच: वजन किलोग्राम में:

क्र. सं.	प्रश्न	बीमित किया जाने वाला जीवन	
		हाँ	नहीं
	मैं एतद द्वारा सहमत हूँ कि:--		
1	क्या आप वर्तमान में छोटी बीमारियों (जैसे सर्दी और फ्लू) के अलावा कोई दवा या औषधि ले रहे हैं, जो डॉक्टर द्वारा लिखी गई या नहीं लिखी गई है, या क्या आप पिछले 5 वर्षों के दौरान ऐसी किसी बीमारी, विकार, विकलांगता या चोट से पीड़ित रहे हैं, जिसके लिए किसी प्रकार की चिकित्सीय या विशेष जाँच (सीने के एक्स-रे, स्त्री रोग संबंधी जाँच, पैप स्मीयर या रक्त परीक्षण), परामर्श, अस्पताल में भर्ती या सर्जरी की आवश्यकता पड़ी है?		
2	क्या आपको कोई जन्मजात/जन्मना दोष, पीठ, रीढ़, मांसपेशियों या जोड़ में दर्द या समस्या, गठिया, गाउट, गंभीर चोट या अन्य शारीरिक विकलांगता है और क्या आप पिछले दो वर्षों के दौरान लगातार तीन दिनों से अधिक समय तक काम करने/स्कूल जाने में असमर्थ रहे हैं या क्या आप वर्तमान में काम करने/स्कूल जाने में असमर्थ हैं? कृपया सामान्य गर्भावस्था को नज़रअंदाज़ करें.		
3	क्या आप डायबिटीज़, हाइपरटेंशन, कैंसर, श्वसन रोग (अस्थमा सहित), किडनी या लीवर रोग, स्ट्रोक, किसी रक्त विकार, हृदय की समस्याओं, हेपेटाइटिस बी या सी, या तपेदिक, मानसिक विकार, अवसाद, कोलाइटिस, या किसी अन्य पेट की समस्या, थायरॉयड विकार, प्रजनन अंग, एचआईवी एड्स या संबंधित संक्रमण, ट्यूमर वृद्धि, प्रोस्टेट विकार, त्वचा या लसीका ग्रंथियों के विकार, मल्टीपल स्केलेरोसिस, मिर्गी, कंपन, सुन्नता, दोहरी दृष्टि या चक्कर आने, वाणी दोष, पक्षाघात जैसी किसी भी चिकित्सीय बीमारी से पीड़ित रहे हैं या कभी पीड़ित रहे थे?		
4	क्या आप वर्तमान में या किसी वित्तीय वर्ष में छह महीने से अधिक समय तक भारत से बाहर रहने या यात्रा करने का मंशा रखते हैं? यदि हाँ, तो कृपया यात्रा किए जाने वाले देशों, यात्रा के उद्देश्य और अवधि का पूरा विवरण प्रदान करें		
5	केवल महिलाओं के लिए-- क्या आप कभी स्तन/गर्भाशय/गर्भाशय ग्रीवा के किसी रोग से पीड़ित रही हैं या वर्तमान में पीड़ित हैं या वर्तमान में गर्भवती हैं?		
6	क्या आप कभी किसी अन्य बीमारी/विकार से पीड़ित रही हैं/हैं, जिसका उल्लेख ऊपर नहीं किया गया है?		
7	क्या आप कभी नशीली दवाओं/नशीले पदार्थों या शराब की लत से पीड़ित रहे हैं या आपको डॉक्टर द्वारा शराब/तम्बाकू का सेवन कम करने की सलाह दी गई है?		

>>

केवल महिला जीवन बीमा के लिए

ए. क्या आप वर्तमान में गर्भवती हैं? ☐ हाँ ☐ नहीं यदि हाँ तो सप्ताह में अवधि बी. अंतिम बार प्रसव की तिथि

सी. कृपया गर्भावस्था के दौरान किसी भी जटिलता का वर्णन करें? >>

<< 12. बीमित किए जाने वाले जीवन के स्वास्थ्य की घोषणा – सरलीकृत बीमांकन

तथ्यों को प्रकट न करने से दावे के निपटान पर बहुत अधिक प्रभाव पड़ेगा

से.मी. में लंबाई : / फीट इंच: वजन किलोग्राम में:

मैं घोषणा करता/करती हूँ कि मैं स्वस्थ हूँ, मैं एतद द्वारा घोषणा करता/करती हूँ कि, इस घोषणा की तिथि तक की स्थिति के अनुसार, मेरा निम्नलिखित का कोई इतिहास नहीं रहा है, उनसे कभी भी पीड़ित नहीं रहा/रही हूँ या वर्तमान में पीड़ित हूँ, जैसे कि हायपरटेंशन, सीने में दर्द, दिल का दौरा या कोई अन्य हृदय संबंधी स्थिति; स्ट्रोक, क्षणिक इस्केमिक अटैक या कोई अन्य मस्तिष्क संबंधी रोग; डायबिटीज या कोई अन्य अंतःस्त्रावी रोग; गुर्दे की बीमारी; एचआईवी/एड्स या एड्स से संबंधित जटिलता; कोई कैंसर या ट्यूमर; अस्थमा या कोई अन्य श्वसन रोग; कोई मानसिक या तंत्रिका संबंधी रोग; हेपेटाइटिस या कोई अन्य लिवर रोग; रक्त विकार; पाचन और ऑत्र विकार; पक्षाघात, शारीरिक विकलांगता या हड्डियों, रीढ़ या मांसपेशियों का कोई अन्य विकार; कोई अन्य रोग, विकार या विकलांगता, जिसका ऊपर उल्लेख नहीं किया गया है और जिसमें सामान्य खांसी या जुकाम जैसी मामूली दन्तर्बलता शामिल नहीं है लेकिन इन्हीं तक सीमित नहीं हैं. मैंने कभी भी किसी बीमारी, व्याधि, रोग या विकलांगता के लिए कोई शल्य प्रक्रिया नहीं करवाई है. पिछले 5 वर्षों में, मैंने लगातार 7 दिनों से अधिक समय तक किसी भी प्रकार की दवा नहीं ली है या किन्हीं स्वास्थ्य संबंधी कारणों से 7 दिनों से अधिक समय तक काम से अनुपस्थित नहीं रहा/रही हूँ.

महिला जीवन के लिए: मैं पुनः घोषणा करता/करती हूँ कि वर्तमान में मैं गर्भवती नहीं हूँ और मुझे कभी भी स्तन, गर्भाशय, गर्भाशय ग्रीवा, अंडाशय या प्रजनन प्रणाली के किसी अन्य भाग की कोई बीमारी नहीं हुई है.

>>

इंश्योरेंस रिपोजिटरी

मौजूदा ई-इंश्योरेंस अकाउंट (ई-आईए) धारक, कृपया ई आईए और आईआर नाम प्रदान करें

ई आईए नंबर	
आईआर नाम	

नया ई-इंश्योरेंस अकाउंट खोलें - कृपया नीचे से रिपोजिटरी चुनें

आईआर कोड	आईआर नाम	
01.	एनएसडीएल डेटाबेस मैनेजमेंट लिमिटेड	☐
02.	सेंट्रल इंश्योरेंस रिपोजिटरी लिमिटेड	☐
04.	कार्बी इंश्योरेंस रिपोजिटरी लिमिटेड	☐
05.	सीएएमएस रिपोजिटरी सर्विस लिमिटेड	☐

14. क्या आपको पॉलिसी दस्तावेज़ की कागजी प्रति की आवश्यकता है? ☐ हाँ ☐ नहीं

18. बीमित किए जाने वाले जीवन के व्यवसाय संबंधी विवरण

(कृपया क्रम सं. 1 या 2 में चुने गए अनुसार अपने वर्तमान व्यवसाय का सबसे अच्छा वर्णन करने वाले व्यवसाय प्रकारों में से किसी एक पर सही का निशान लगाएं)

कोड	व्यवसाय प्रकार	कोड	व्यवसाय प्रकार
01	वैतनभोगी-प्रशासनिक कर्मचारी, लिपिक, कार्यकारी, लेखाकार	16	बिजली की लाइन कर्मकार
02	व्यावसायिक - चिकित्सक, सनदी लेखाकार/अधिवक्ता-वकील/शिक्षक-व्याख्याता, प्रोफेसर	17	विस्फोटक हैंडलर - विध्वंस विशेषज्ञ
03	सेल्समैन - काउंटर सेल्स स्टाफ सहित	18	अग्निशमनकर्ता
04	रिटेल/होल सेल दुकान का स्वामी, कमीशन एजेंट	19	मछुआरा
05	सेवानिवृत्त/पेंशनभोगी	20	5 स्टार के अलावा होटल उद्योग
06	विद्यार्थी	21	व्यापारी जहाज अन्य
07	गृहिणी	22	खनन, कोयला खनिक, खनन इंजीनियर
08	कृषि-मजदूर, सफाईकर्मी, रख-रखाव कर्मचारी, माली, फेरीवाला, मिल कर्मचारी, पोर्टर/कुली	23	ऑयल रिग कर्मकार
09	सशस्त्र बल कर्मी (सैन्य सेवा)	24	पुलिस
10	विमानन- इसमें सभी पायलट शामिल हैं	25	कुआँ खोदने वाले/बोरवेल ड्रिलर
11	लोहार, बॉयलर कर्मचारी, भट्टी कर्मचारी, वेल्डिंग कर्मचारी, मशीन ऑपरेटर	26	युद्ध से जुड़ा प्रिंट/मीडिया
12	बुनकर, लिफ्ट ऑपरेटर, घरेलू नौकर, राजमिस्त्री, मैकेनिक	27	व्यावसायिक खिलाड़ी
13	निर्माण/भवन निर्माण कर्मकार	28	सुरक्षा गार्ड
14	गोताखोर-समुद्र, गहरे समुद्र	29	अन्य (इनमें से कोई नहीं)
15	चालक-एम्बुलेंस, बख्तरबंद वाहन, लॉरी आदि		

19. मध्यस्थ का विवरण

मध्यस्थ का नाम _____ लाइसेंस संख्या _____
(व्यक्तिगत एजेंटों को छोड़कर सभी चैनलों के लिए लागू)

एजेंट / निर्दिष्ट एजेंटों के हस्ताक्षर

मध्यस्थ की मुहर

एजेंट / निर्दिष्ट एजेंटों का नाम _____ लाइसेंस कोड _____

20. बैंक द्वारा जारी किया गया अपने ग्राहक को जानें प्रमाणपत्र

हम एतद द्वारा पुष्टि करते हैं कि हमारे बैंक में बचत/चालू/सावधि जमा ऋण खाता संख्या और बैंक ग्राहक आईडी रखता है. हम पुष्टि करते हैं कि हमें बैंकों के लिए अपने ग्राहक को जानें (केवाईसी) मानदंडों के अनुसार, इस प्रस्ताव प्रपत्र में ग्राहक द्वारा उल्लेखानुसार उसकी पहचान और पता स्थापित करने के लिए आवश्यक दस्तावेजी साक्ष्य मिले हैं.

बैंक से अधिकृत हस्ताक्षरकर्ता के हस्ताक्षर : _____

बैंक से अधिकृत हस्ताक्षरकर्ता का नाम : _____

बैंक शाखा का नाम : _____

कंपनी द्वारा उपर्युक्त विवरण का योजना की शर्तों के अनुसार प्रस्तावक को भुगतान करने के लिए उपयोग किया जा सकता है. भुगतान विकल्प (यदि नीचे दिए गए इलेक्ट्रॉनिक भुगतान विकल्पों में से किसी भी विकल्प को नहीं चुना जाता है तो चेक का उपयोग किया जाएगा). इसके अलावा, कंपनी प्रत्यक्ष क्रेडिट के विकल्प के बावजूद डिमांड ड्राफ्ट/सममूल्य पर चेक सहित किसी भी वैकल्पिक भुगतान विकल्प का उपयोग करने का अधिकार सुरक्षित रखती है.

- इंडियाफर्स्ट लाइफ मनी बैलेंस प्लान के लिए UIN 143L017V07* • इंडियाफर्स्ट टर्म राइडर के लिए UIN 1438001V02 • इंडियाफर्स्ट लाइफ प्लान के लिए UIN 143N007V03*
- इंडियाफर्स्ट लाइफ वेल्थ मैक्सिमाइजर प्लान के लिए UIN 143L029V05* • इंडियाफर्स्ट टर्म राइडर के लिए UIN 1438001V02 • इंडियाफर्स्ट लाइफ स्मार्ट पे प्लान के लिए UIN 143N051V04*
- इंडियाफर्स्ट लाइफ वेवर ऑफ प्रीमियम राइडर के लिए UIN 1438017V01 • इंडियाफर्स्ट लाइफ कैश बैंक प्लान के लिए UIN 143N024V05* • इंडियाफर्स्ट लाइफ गारंटीड बेनिफिट प्लान के लिए UIN 143N056V7*
- इंडियाफर्स्ट लाइफ फॉर्च्यून प्लस प्लान के लिए UIN 143N065V03* • इंडियाफर्स्ट लाइफ लॉन्ग गारंटीड इन्कम प्लान के लिए UIN 143N054V06* • इंडियाफर्स्ट लाइफ गारंटी ऑफ लाइफ ड्रीम्स प्लान के लिए UIN 143N080V03*
- इंडियाफर्स्ट लाइफ एलीट टर्म प्लान के लिए UIN 143N070V01 • इंडियाफर्स्ट लाइफ महाजीवन प्लस प्लान के लिए UIN 143N059V03* • यूलिप प्लस के साथ इंडियाफर्स्ट लाइफ टर्म के लिए UIN 143L073V02*
- इंडियाफर्स्ट लाइफ गारंटीड सिंगल प्रीमियम प्लान के लिए UIN 143N068V04* • यूनिट लिंक्ड इश्योरेंस प्लान के साथ इंडियाफर्स्ट लाइफ टर्म के लिए UIN 143L072V02* • इंडियाफर्स्ट लाइफ सुपर प्रोटेक्शन प्लान के लिए (UIN: 143N075V01)*
- इंडियाफर्स्ट लाइफ टोटल एंड परमानेंट डिसेबिलिटी राइडर (यूलिप) के लिए UIN 143A022V01 • इंडियाफर्स्ट लाइफ एक्सिडेंटल डेथ बेनिफिट राइडर (यूलिप) के लिए UIN 143A020V01
- इंडियाफर्स्ट लाइफ एक्सिडेंटल डेथ बेनिफिट राइडर (पारंपरिक) के लिए UIN 143B019V01 • इंडियाफर्स्ट लाइफ टोटल एंड परमानेंट डिसेबिलिटी राइडर (पारंपरिक) के लिए UIN 1438019V01

*इंडियाफर्स्ट लाइफ एक्सिडेंटल डेथ बेनिफिट राइडर (143A020V01) और इंडियाफर्स्ट लाइफ टोटल एंड परमानेंट डिसेबिलिटी राइडर (143A022V01) * उल्लेखनीय उत्पाद के साथ उपलब्ध हैं.

"इंडियाफर्स्ट लाइफ एक्सिडेंटल डेथ बेनिफिट राइडर (143B019V01) और इंडियाफर्स्ट लाइफ टोटल एंड परमानेंट डिसेबिलिटी राइडर (143B021V01) "उल्लेखनीय उत्पाद के साथ उपलब्ध हैं.

इंडियाफर्स्ट लाइफ इश्योरेंस कंपनी लिमिटेड,
12वीं और 13वीं मंजिल, उत्तर सी विंग, टॉवर 4, नेस्को आईटी पार्क, नेस्को सेंटर,
वेस्टर्न एक्सप्रेस हाईवे, गोरेगांव (पूर्व), मुंबई - 400063,
आईआरडीएआई पंजी. संख्या 143. CIN: U66010MH2008PLC183679.

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

ई-मेल: customer.first@indiafirstlife.com

वेबसाइट: www.indiafirstlife.com