

ईमेल आईडी*

*ईमेल के माध्यम से सूचनाएँ प्राप्त करें

जन्म तिथि: 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 ☐ 10 वीं पास ☐ 10वीं से कम ☐ अशिक्षित

व्यवसाय: ☐ वेतनभोगी ☐ व्यावसायिक ☐ स्वानियोजित ☐ विद्यार्थी ☐ गृहिणी ☐ सेवानिवृत्त ☐ कृषक

☐ अन्य

कार्य/कतव्यों 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)

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 आशवासित 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।

☐ 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 नामिती 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।

☐ 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 अपॉइंटी 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/सममूल्य 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 प्रतक 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 ☐ स्थगित	☐ रेटिंग बढ़ाई गई ☐ कालातीत	☐ अस्वीकृत ☐ निरस्त
						☐ मानक ☐ स्थगित	☐ रेटिंग बढ़ाई गई ☐ कालातीत	☐ अस्वीकृत ☐ 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।

<<

10ए. बीमित व्यक्ति की जीवनशैली से संबंधित प्रश्न और व्यक्तिगत चिकित्सा इतिहास (यदि 'हां' है, तो कृपया गतिविधि/बीमारी/रोग पर **गोल** करें)

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 बैलुनिंग, 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 भिन्न उड़ान भरना या कोई भी अन्य संकटपूर्ण/खतरनाक कार्यकलाप जो सूचीबद्ध नहीं है. यदि हाँ, तो कृपया विशेष प्रश्नावली में विवरण प्रदान करें जो आपके 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 लिकर प्रति सप्ताह मात्रा	☐ हाँ ☐ नहीं
एफ. क्या आप वर्तमान में छोटी बीमारियों (जैसे सर्दी और पल्स) 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/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.	☐ हाँ ☐ नहीं
एच. क्या आप डायबिटीज़, 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 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?	☐ 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' है, तो कृपया गतिविधि/बीमारी/रोग को **गोला** करें) यदि संयुक्त जीवन विकल्प चुना गया है। केवल इंडियाफर्स्ट लाइफ गारंटीड प्रोटेक्शन प्लान 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 बैलुनिंग, 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 भिन्न उड़ान भरना या कोई भी अन्य संकटपूर्ण/खतरनाक कार्यकलाप जो सूचीबद्ध नहीं है. यदि हाँ, तो कृपया विशेष प्रश्नावली में विवरण प्रदान करें जो आपके 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 लिकर प्रति सप्ताह मात्रा	☐ हाँ ☐ नहीं
एफ. क्या आप वर्तमान में छोटी बीमारियों (जैसे सर्दी और पल्स) 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/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.	☐ हाँ ☐ नहीं
एच. क्या आप डायबिटीज़, 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 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?	☐ 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 आंत्र 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

15. प्रस्तावक/बीमित किए जाने वाले जीवन /द्वितीयक जीवन बीमित द्वारा घोषणा

मैं/हम एतद्वारा घोषणा करते हैं कि मैंने/हमने इस प्रस्ताव फॉर्म की विषय-वस्तु को पूरी तरह से समझ लिया है, जिसे मुझे/हमें पूरी तरह से समझाया गया है. इसके अलावा, मैंने/हमने प्रस्तावित अनुबंध के उत्पाद की विशेषताओं और महत्व को पूरी तरह से समझ लिया है, जो दी गई सारी जानकारी पर आधारित है. मैंने/हमने प्रस्ताव प्रपत्र में पूछे गए प्रश्नों को समझकर उनका सत्यतापूर्वक, पूर्ण रूप से और सही-सही उत्तर दिया है. मैं/हम पुनः घोषणा करता/करती हूँ/करते हैं कि मैंने/हमने कोई भी ऐसा तथ्य या जानकारी नहीं छिपाई है जिससे जोखिम का बीमांकन करते हुए इंडियाफर्स्ट लाइफ इश्योरेंस कंपनी लिमिटेड (इसके बाद “कंपनी” कहा गया है) का निर्णय प्रभावित हो सकता है, और प्रस्ताव प्रपत्र में मेरे/हमारे द्वारा दी गई जानकारी, पूरक दस्तावेज और चिकित्सीय रूप से जाँच किए जाने की स्थिति में चिकित्सीय जाँचकर्ता को दी गई जानकारी मेरे/हमारे और कंपनी के बीच अनुबंध का आधार बनेगी और घोखाघड़ी और महत्वपूर्ण तथ्यों को छिपाने की स्थिति में पॉलिसी अनुबंध से समय-समय पर यथा संशोधित बीमा अधिनियम 1938 की धारा 45 के अनुसार व्यावहार किया जाएगा. मैं/हम किसी भी डॉक्टर, अस्पताल या नियोक्ता (भूतपूर्व और वर्तमान) को अपने वर्तमान स्वास्थ्य की स्थिति, स्वास्थ्य संबंधी पिछला इतिहास और मेरे/हमारे द्वारा किए गए कार्य की प्रकृति से संबंधित कोई भी जानकारी कंपनी को प्रकट करने के लिए अधिकृत और निर्देशित करता/करती हूँ/करते हैं. मैं/हम सभी चिकित्सीय जाँचें करवाने का वचन देता/देती हूँ/देते हैं जैसा कि जोखिम का आंकलन करने और बीमा प्रदान करने के लिए कंपनी द्वारा आवश्यक हो सकती है. मैं/हम इस बात से भी सहमत हूँ/हैं कि एकद प्रस्ताव पेश करने की तिथि के बाद लेकिन पॉलिसी जारी करने से पहले (i) मेरे/हमारे व्यवसाय, वित्तीय स्थिति, स्वास्थ्य की स्थिति में कोई प्रतिकूल परिवर्तन होता है जिससे जोखिम का बीमांकन करते हुए कंपनी का निर्णय प्रभावित होगा या (ii) यदि मेरे/हमारे जीवन या बीमित किए जाने वाले जीवन पर किसी बीमाकर्ता को दिया गया बीमा का प्रस्ताव या पॉलिसी के पुनर्वर्तन के लिए किया गया आवेदन वापस ले लिया जाता है या छोड़ दिया जाता है, स्थागित कर दिया जाता है, अस्वीकार कर दिया जाता है या बंदी हुई प्रीमियम पर या ग्रहणाधिकार के अधीन या प्रस्तावित शर्तों से भिन्न अन्य शर्तों पर स्वीकार किया जाता है, तो मैं/हम तुरंत इसकी कंपनी को लिखित रूप से सूचना दूँगा/दूँगी/देँगे. मेरी/हमारी ओर से ऐसा न करने पर यह बीमा अमान्य हो सकता है और पॉलिसी से समय-समय पर यथा संशोधित बीमा अधिनियम, 1938 की धारा 45 के अनुसार व्यवलहार किया जाएगा. मैं/हम मानता/मानती हूँ/मानते हैं कि इस आवेदन के अंतर्गत आवेदन की गई बीमासुरक्षा मेरे आवेदन की स्वीहृति और कंपनी द्वारा अपेक्षित प्रीमियम की प्राप्ति के बाद शुरू होगा. मैं/ हम, एतद द्वारा घोषणा करता/करती हूँ/करते हैं कि प्रीमियम धन शोधन निवारण अधिनियम 2002 या किसी अन्य लागू कानून के अंतर्गत सूचीबद्ध किसी भी आपराधिक कार्यकलाप/अपराध की आय जनित नहीं है. मैं/हम मानता/मानती हूँ/मानते हैं कि चिकित्सीय जाँच या उसका कोई भाग करवाने के बाद मेरे/हमारे द्वारा यह आवेदन वापस लेने की स्थिति में, कंपनी चिकित्सीय परीक्षण/जाँच पर हुए व्यय, यदि कोई हो, को काटने के बाद जमा प्रीमियम जमा वापस करेगी.

डिजिटल पॉलिसी दस्तावेज घोषणा:

अपना विवरण जमा करके, एतद्वारा मैं इंडियाफर्स्ट लाइफ और उसके अधिकृत प्रतिनिधियों को मुझसे संपर्क करने और एसएमएस/ईमेल/फोन/पत्र/व्हाट्सएप और/या संचार के किसी अन्य इलेक्ट्रॉनिक मोड के माध्यम से मेरी पंजीकृत ईमेल आईडी/फोन नंबर पर सूचना/पत्र भेजने के लिए अधिकृत करता हूँ. मैं इंडियाफर्स्ट लाइफ को पॉलिसी जारी करने, डेटा एनालिटिक्स और अन्य संबंधित सतर्कता गतिविधियों के प्रयोजनों के लिए आईआरडीएआई, तृतीय पक्ष सेवा प्रदाताओं और भागीदारों और सहयोगियों द्वारा अधिकृत सरकारी एजेंसियों/वैधानिक प्राधिकरणों/संस्थाओं के साथ मेरे व्यक्तिगत डेटा/सूचना को संग्रहीत करने, साझा करने, संसाधित करने, उपयोग करने की सहमति देता हूँ, जैसा कि इंडियाफर्स्ट लाइफ के लिए आवश्यक हो सकता है. इस प्लेटफॉर्म पर जानकारी का प्रदटीकरण भी प्रक्रिया से गुजरने के बाद, मैं पुष्टि करता/करती हूँ कि अनुशंसित उत्पाद और इसकी विशेषताओं को मेरी संतुष्टि के अनुसार समझाया गया है, और यह मेरी वर्तमान इश्योरेंस की आवश्यकताओं से मेल खाता है.

मैं/हम एतद द्वारा कंपनी को प्रस्ताव प्रपत्र में मेरे/हमारे द्वारा प्रदान किए गए अनुसार जानकारी के संबंध में, एएमएल-ईकेवाईसी सत्यापन सहित सम्यक तत्परता पूरा करने, और आवश्यक सत्यापन उद्देश्यों और/या पॉलिसी की सर्विसिंग के उद्देश्य से नियामक-आईआरडीएआई द्वारा अधिकृत सरकारी एजेंसियों/वैधानिक प्राधिकरणों/संस्थाओं के साथ डेटा /सूचना साझा करने/संग्रहीत करने के लिए भी अपनी सहमति देता/देती हूँ/देते हैं. “नीड एनेलिसिस” की प्रक्रिया से गुजरने के बाद, मैं पुष्टि करता/करती हूँ कि अनुशंसित उत्पाद और इसकी विशेषताओं को मेरी संतुष्टि के अनुसार समझाया गया है, और यह मेरी वर्तमान इश्योरेंस की आवश्यकताओं से मेल खाता है.

मैं/हम एतद द्वारा कंपनी को केंद्रीय केवाईसी रिकॉर्ड रजिस्ट्री से सीकेवाईसी रिकॉर्ड प्राप्त करने/डाउनलोड करने की सहमति देता/देती हूँ/देते हैं. मैं/हम एतद द्वारा कंपनी को नियामक द्वारा अधिकृत सरकारी एजेंसियों/संस्थाओं/सांविधिक प्राधिकरणों जैसे पासपोर्ट सेवा, परिवहन सेवा, भारत का निर्वाचन आयोग से केवाईसी विवरण प्राप्त करने/डाउनलोड करने की सहमति देते/देता/देती हूँ/देते हैं.

मैं इंडियाफर्स्ट लाइफ इश्योरेंस कं.लि. और उनके अधिकृत सेवा प्रदाताओं को अधिकृत करता हूँ कि वे इंडियाफर्स्ट लाइफ द्वारा इस प्रस्ताव की स्वीकृति के बारे में अपना निर्णय बताए जाने के बाद ही आरंभिक और नवीनीकरण प्रीमियम/प्रीमियमों के संग्रह के लिए सीधे या एनएसीएच द्वारा मेरे बैंक खाते से राशि डेबिट करें.

एनआरआई/पीआईओ घोषणा: आवेदन पत्र पर ओटीपी के माध्यम से सहमति प्रदान कर, मैं/हम एतद द्वारा पुष्टि करता/करती हूँ/करते हैं कि प्रश्नावली में मेरे/हमारे द्वारा प्रदान किए गए एनआरआई/पीआईओ विवरण मेरी/हमारी सर्वोत्तम जानकारी के अनुसार सही है. सिस्टम में उक्त नंबर दर्ज कर, मैं एतद द्वारा उपरोक्त घोषणा को पूरी तरह से स्वीकार करता/करती हूँ/करते हैं और यह कंपनी और मेरे बीच कानूनी रूप से बाध्यकारी समझौता होगा.

☐ मैं/हम एतद द्वारा इंडियाफर्स्ट लाइफ इश्योरेंस कंपनी लिमिटेड को मेरे बीमा आवेदन के लिए केवाईसी सत्यापन के उद्देश्य से सेंट्रल केवाईसी रिकॉर्ड रजिस्ट्री (सीआईआरएसएआई) से अपना केवाईसी रिकॉर्ड प्राप्त करने के लिए अधिकृत करता/करती हूँ/करते हैं. या मैं/हम एतद द्वारा इंडियाफर्स्ट लाइफ इश्योरेंस कंपनी लिमिटेड को उस बैंक से अपना केवाईसी विवरण/सीकेवाईसी नंबर प्राप्त करने के लिए अधिकृत करता/करती हूँ, जो मेरी बीमा पॉलिसी जारी करने के लिए उनके साथ कंपैरिट एजेंट के रूप में काम कर रहा है.

☐ मैंने/हमने एतद द्वारा इंडियाफर्स्ट लाइफ इश्योरेंस कंपनी लिमिटेड को पॉलिसी के मुद्रण, प्रेषण और सभी पॉलिसी सर्विसिंग उद्देश्यों, जहाँ भी आवश्यकता हो, के लिए तृतीय पक्ष के साथ केवाईसी विवरण सहित अपना व्यक्तिगत विवरण साझा करने के लिए अधिकृत करता/करती हूँ.

बीमित किए जाने वाले जीवन के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

(अल्पवयस्क जीवन की स्थिति में लागू नहीं)

नाम: _____स्थान: _____दिनांक: _____

गवाह के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

नाम: _____

बीमित किए जाने वाले द्वितीयक जीवन के हस्ताक्षर (यदि संयुक्त जीवन विकल्प का चुना जाता है). केवल

इंडियाफर्स्ट लाइफ गारंटीड प्रोटेक्शन प्लस प्लान के लिए लागू)

(अल्पवयस्क जीवन की स्थिति में लागू नहीं)

नाम: _____स्थान: _____दिनांक: _____

गवाह के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

नाम: _____

प्रस्तावक के हस्ताक्षर अंगूठे का निशान

नाम: _____स्थान: _____दिनांक: _____

पता: _____

हस्ताक्षर प्रमाणीकरण (एकल कारक प्रमाणीकरण): आपके पंजीकृत मोबाइल नंबर पर एक ओटीपी प्रमाणीकरण संख्या भेजी गई है. सिस्टम में उक्त संख्या को दर्ज कर, आप उपरोक्त घोषणा को पूरी तरह से स्वीकार करते हैं और यह कंपनी और आपके बीच कानूनी रूप से बाध्यकारी अनुबंध सृजन करता है.

समय-समय पर यथा संशोधित बीमा अधिनियम 1938 की धारा 41: किसी भी व्यक्ति द्वारा, प्रत्यक्ष या अप्रत्यक्ष रूप से, किसी भी व्यक्ति को भारत में जीवन या संपत्ति से संबंधित किसी भी प्रकार के जोखिम के संबंध में कोई बीमा लेने या नवीकरण कराने या जारी रखने के लिए प्रलोभन के रूप में देय पूर्ण या आंशिक कमीशन पर कोई छूट या पॉलिसी में दर्शाई गई प्रीमियम पर कोई भी छूट नहीं दी जाएगी अथवा देने की पेशकश नहीं की जाएगी, न ही बीमा लेने या नवीकरण कराने या बीमा जारी रखने वाले किसी भी व्यक्ति द्वारा ऐसी छूट को छोड़कर कोई भी छूट स्वीकार की जाएगी जैसा कि बीमाकर्ता की प्रकाशित विवरणिकाओं या तालिकाओं के अनुसार अनुमत्ति हो सकती है. इस धारा के प्रावधानों का पालन करने में कोई भी चूक करने वाला कोई भी व्यक्ति अर्थदंड से दंडित किया जाएगा जो बदकर दस लाख रुपये तक हो सकता है.

समय-समय पर यथा संशोधित बीमा अधिनियम, 1938 की धारा 45 का उद्धरण: जीवन बीमा की किसी भी पॉलिसी पर पॉलिसी की तिथि से तीन वर्ष की समाप्ति के बाद किसी भी आधार पर सवाल नहीं उठाया जाएगा. जीवन बीमा की किसी पॉलिसी पर पॉलिसी की तिथि से तीन वर्ष के भीतर किसी भी समय घोखाघड़ी के आधार पर या इस आधार पर सवाल उठाया जा सकता है कि जवन बीमित के जीवन की प्रत्याशा से संबंधित किसी तथ्य का प्रस्ताव या अन्य दस्तावेज में कोई भी कथन या उसका दमन गलत तरीके से किया गया था जिसके आधार पर पॉलिसी जारी की गई थी या पुनर्वर्तित की गई थी या राइडर जारी किया गया था. बीमाकर्ता को जीवन बीमित या जीवन बीमित के कानूनी प्रतिनिधियों या नामांकित व्यक्तियों या समनुदेशितियों को लिखित रूप से उन आधारों और सामग्रियों के बारे में बताना होगा जिन पर ऐसा निर्णय आधारित है. कोई भी बीमाकर्ता घोखाघड़ी के आधार पर जीवन बीमा पॉलिसी को अस्वीकार नहीं करेगा यदि जीवन बीमित द्वारा सित्र किया जा सकता है कि तथ्य का गलत कथन या दमन उसकी सर्वोत्तम जानकारी और विश्वास के अनुसार सत्य था या तथ्य को दबाने की कोई जानबूझकर मंशा नहीं थी या ऐसा गलत कथन या दमन बीमाकर्ता की जानकारी में है. घोखाघड़ी की स्थिति में, यदि पॉलिसीधारक जीवित नहीं है, तो खंडन करने का दायित्व लामार्थियों पर होता है. यदि पॉलिसी को गलत विवरण या तथ्य छिपाने के आधार पर निरस्त किया जाता है, न कि घोखाघड़ी के आधार पर, तो निरस्तीकरण की तिथि तक पॉलिसी पर मिली प्रीमियमों का भुगतान किया जाएगा. इस खंड में कुछ भी बीमाकर्ता को किसी भी समय आयु का प्रमाण मांगने से नहीं रोकेगा यदि वह ऐसा करने का अधिकारी है, और किसी भी पॉलिसी को केवल इसलिए प्रश्नगत नहीं माना जाएगा क्योंकि पॉलिसी की शर्तों को बाद में इस बात के प्रमाण के आधार पर समायोजित किया गया है कि प्रस्ताव में बीमित किए जाने वाले जीवन की आयु गलत बताई गई थी. इस खंड के पूर्ण विवरण और 'पॉलिसी की तिथि' की परिभाषा के लिए, कृपया समय-समय पर यथा संशोधित बीमा अधिनियम, 1938 की धारा 45 देखें.

ग्राहकों को इंडियाफर्स्ट लाइफ इश्योरेंस सलाहकारों/कर्मचारियों/बीमा एजेंटों को नकद या धारक लिखत के माध्यम से बीमा प्रीमियम (प्रारंभिक या नवीनीकरण) का भुगतान नहीं करने की सलाह दी जाती है. इंडियाफर्स्ट लाइफ इश्योरेंस सलाहकारों/कर्मचारियों/बीमा एजेंटों को नकद या धारक लिखत सौंपना पूरी तरह से आपके अपने जोखिम पर है और कंपनी किसी भी तरह से इस संबंध में किसी भी नुकसान के लिए उत्तरदायी नहीं होगी. बीमा प्रीमियम के चेक केवल इंडियाफर्स्ट लाइफ इश्योरेंस कंपनी लिमिटेड के पक्ष में ही जारी किए जाने चाहिए (प्रथम प्रीमियम के लिए प्रस्ताव संख्या/नवीनीकरण प्रीमियम के लिए पॉलिसी संख्या चेक के पीछे लिखी जानी चाहिए). किया गया कोई भी चेक भुगतान इंडियाफर्स्ट लाइफ इश्योरेंस कंपनी लिमिटेड द्वारा अपने किसी कार्यालय या कलेक्शन पॉइंट को मिलने और कंपनी द्वारा आधिकारिक मुद्रित रसीद जारी किए जाने पर ही प्राप्त किया गया माना जाएगा.

16. स्थानीय भाषा में हस्ताक्षर करने या अशिक्षित व्यक्तियों के लिए घोषणा

1. प्रपत्र भरने वाले व्यक्ति द्वारा स्थानीय भाषा में घोषणा (यदि प्रस्ताव प्रपत्र की भाषा से भिन्न भाषा में प्रपत्र को भरा/हस्ताक्षरित किया गया है) मैं एतद द्वारा अभिकथन करता/करती हूँ कि मैंने इंडियाफर्स्ट लाइफ इश्योरेंस कंपनी लिमिटेड से प्रस्ताव प्रपत्र की विषयवस्तु को प्रस्तावक/बीमित किए जाने वाले जीवन को पढ़कर सुनाया और समझाया है और उसने इसे समझ लिया है

घोषणाकर्ता का नाम: _____हस्ताक्षर: _____बीमित किए जाने वाले जीवन/प्रस्तावक के साथ संबंध _____

घोषणाकर्ता का पता: _____

ध्यान रखें: घोषणाकर्ता की पहचान आसानी से स्थापित की जानी चाहिए और वह किसी भी क्षमता से बीमाकर्ता से जुड़ा नहीं होना चाहिए

2. यदि बीमित किया जाने वाला जीवन/प्रस्तावक अशिक्षित है, तो उसके अंगूठे का निशान किसी प्रतिष्ठित व्यक्ति द्वारा सत्यापित किया जाना चाहिए. जिसकी पहचान आसानी से स्थापित की जा सकती है, लेकिन जो बीमाकर्ता से असंबद्ध हो और यह घोषणा उसके द्वारा की जानी चाहिए. मैं एतद द्वारा घोषणा करता/करती हूँ कि मैंने बीमित किए जाने वाले जीवन/प्रस्तावक को उपरोक्त प्रश्नों और प्रस्ताव प्रपत्र की विषय-वस्तु को _____ भाषा में पूरी तरह से समझा दिया है, और यह कि बीमित किए जाने वाले जीवन/प्रस्तावक ने इसकी विषय-वस्तु को पूरी तरह से समझने के बाद ही ऊपर अंगूठे का निशान लगाया है.

घोषणाकर्ता का नाम: _____हस्ताक्षर: _____बीमित किए जाने वाले जीवन/प्रस्तावक के साथ संबंध _____

घोषणाकर्ता का पता: _____

3. विकलांग व्यक्ति के अधिकृत प्रतिनिधि द्वारा घोषणा मैं _____पुत्र/पुत्री _____वयस्क और निवासी _____, एतद द्वारा निम्नलिखित रूप में

शपथपूर्वक घोषणा करता/करती हूँ: प्रस्तावक विकलांग व्यक्ति है और उसे प्रस्ताव प्रपत्र भरने में सहायता की आवश्यकता है. मैं सक्षम न्यायालय/प्राधिकरण द्वारा प्रस्तावक की ओर से यह प्रस्ताव प्रपत्र भरने के लिए विधिवत अधिकृत हूँ. मैंने श्री/श्रीमती/सुश्री _____को प्रस्ताव प्रपत्र की विषय-वस्तु में _____पुत्र/पुत्री _____वयस्क और निवासी _____को प्रस्ताव प्रपत्र की विषय-वस्तु पढ़कर पूरी तरह समझा दी है और उसने प्रस्तावित अनुबंध के महत्व को समझ लिया है. मैंने प्रस्तावक द्वारा दिए गए उत्तरों को प्रस्ताव प्रपत्र में सत्यनिष्ठा से और सही ढंग से दर्ज किया है.

_____को _____में सत्यनिष्ठा से पुष्टि की गई _____अधिकृत प्रतिनिधि के हस्ताक्षर _____

अधिकृत प्रतिनिधि का संबंध

मैं प्रमाणित करता/करती हूँ कि प्रस्ताव प्रपत्र की विषय-वस्तु मुझे स्पष्ट रूप से समझा दी गई है और मैंने उन्हें पूरी तरह से समझ लिया है. मैं आगे प्रमाणित करता/करती हूँ कि प्रस्ताव प्रपत्र में दिए गए उत्तर मेरे द्वारा दी गई जानकारी के अनुसार दर्ज किए गए हैं.

(यदि संयुक्त रूप का विकल्प चुना गया है.

केवल इंडियाफर्स्ट लाइफ गारंटीड प्रोटेक्शन प्लस प्लान के लिए लागू)

जिस व्यक्ति का जीवन बीमाकृत करने का प्रस्ताव है, उसके हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान :

बीमित किए जाने वाले द्वितीयक जीवन के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

17. 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		

18. 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 _____

19. 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 : _____

बैंक की मुहर

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 143B019V01
- इंडियाफर्स्ट लाइफ एश्योर्ड इनकम फॉर माइलस्टोन्स प्लान के लिए UIN 143N101V01#

*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