



प्रस्ताव प्रपत्र – इंडियाफर्स्ट लाइफ गारंटीड रिटायरमेंट प्लान

नवीनतम फोटोग्राफ	केवल शाखा में बिक्री के लिए उपयोग हेतु एलजी/एजेंट कोड (बैंक के लिए एलजी कोड, एजेंसी के लिए एजेंट कोड लिखा जाएगा.) बीडीएम/आरएम कोड	शाखा कोड चैनल कोड	शाखा प्रबंधक कोड बीडीएम मोबाइल नंबर
महत्वपूर्ण दिशानिर्देश: यह फॉर्म प्रस्तावक द्वारा काली/नीली स्पाही से बड़े अक्षरों में भरा जाना चाहिए तथा नाम के प्रत्येक भाग के बीच एक स्थान खाली छोड़ना चाहिए. 2. यदि प्रस्तावक/आश्वासित किया जा रहा व्यक्ति एक अन्य कोड का उपयोग करके अपने फार्मों में अपूर्ण है, तो अपूर्ण कोड को अपूर्ण दिखाई देगा. (कोई वर्चुअल/डायरेक्ट एजेंसी/डायरैक्ट सेल्स/मार्केटिंग एसोसिएट, कोई अन्य (कृपया उल्लेख करें) _____ बैंकायोरेंस/एजेंसी/ब्रोकर/कॉर्पोरेट एजेंसी/डायरैक्ट सेल्स/मार्केटिंग एसोसिएट, कोई अन्य (कृपया उल्लेख करें))			

लिए घोषणा देखें या अशिक्षित/निरक्षर व्यक्तियों के लिए या यदि ओके कोई विकलांगता है जो आपको प्रस्ताव फॉर्म में सहमति/हस्ताक्षर प्रदान करने से रोकती है।) 3. फॉर्म भरने से पहले कृपया उत्पाद की विशेषताओं, लाभों, फायदों और नियमों और शर्तों को समझने के लिए बिक्री साहित्य पढ़ें। 4. यदि फॉर्म में दिया गया स्थान जानकारी देने के लिए पर्याप्त नहीं है, तो कृपया प्रस्तावक/आवासित किए जा रहे जीवन द्वारा हस्ताक्षरित अलग-अलग कागज संतल करें। 5. ईमेल आईडी, मोबाइल नंबर इत्यादि सहित सभी विवरण पूरा भरने से भरे जाने चाहिए। 6. यदि किसी भी भुगतान विधि से प्रीमियम प्रति ग्राहक ₹ 50000 या उससे अधिक है, तो पेन आई की एक प्रति और यदि किसी भी भुगतान के मोड से प्रीमियम प्रति ग्राहक ₹ 100000 या उससे अधिक है, तो आय प्रमाण प्रस्तुत करने प्रस्तुत करना होगा। 7. ग्राहकों को सलाह दी जाती है कि वे बकाया प्रीमियम (पार्ष्विक प्रीमियम सहित) को पूरा करने के लिए इंडियाफर्स्ट लाइफ बीमा सलाहकारों को प्रीमियम न वसूलें। ग्राहकों से निरुद्ध है कि वे प्रीमियम सभी जमा करने के लिए निकटतम इंडियाफर्स्ट लाइफ और बैंक ऑफ बड़ौदा बीमा शाखा में जाएँ। इंडियाफर्स्ट लाइफ इश्योरेंस सलाहकारों को किया गया प्रीमियम भुगतान ग्राहक के अपने जोखिम पर है। 8. चेक/डीडी के नकदीकरण का मतलब यह नहीं है कि पॉलिसी स्वीकृत हो गई है और कंपनी अंशरखाइटी (यदि कोई हो) के अधीन अनिवार्य आवश्यकताओं के लिए कॉल करने का अधिकार सुरक्षित रखती है। 9. प्रस्ताव फॉर्म में प्रश्नों का उत्तर देते समय और बीमा के संबंध में कोई अन्य जानकारी प्रदान करते समय, पॉलिसीधारक को प्रस्ताव फॉर्म में उपलब्ध प्रश्नों के संबंध में सभी महत्वपूर्ण तथ्यों का पूर्ण और स्पष्ट खुलासा करना चाहिए। यदि प्रस्ताव फॉर्म में प्रश्नों के उत्तर देते समय या उसके बाद किसी भी चरण में सभी महत्वपूर्ण तथ्यों का पूर्ण और स्पष्ट प्रकटीकरण नहीं किया जाता है, या घोषणाड़ी या गलत बयानी की स्थिति में, सभी महत्वपूर्ण तथ्यों-समय पर संशोधित बीमा अधिनियम 1938 की धारा 45 के अनुसार सभी अनुबंध को तुरंत रद्द कर देगा। 10. यदि प्रस्तावक और बीमित व्यक्ति दोनों अलग-अलग व्यक्ति हैं, तो प्रस्ताव फॉर्म पर दोनों द्वारा हस्ताक्षर किए जाएंगे। आवासित किया जा रहा जीवन केवल तभी हस्ताक्षर कर सकता है जब उसकी आयु 18 वर्ष या उससे अधिक हो।

क्या ग्राहक बैंक ऑफ़ बड़ौदा, इंडियाफर्स्ट लाइफ़ इश्योरेंस कंपनी लिमिटेड का कर्मचारी है? ☐ हाँ ☐ नहीं

1. प्रस्तावक/पॉलिसी मालिक का विवरण (यदि प्रस्तावक के समान है तो कृपया आशवासित जीवन का 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															
प्रस्तावक का संचार-संपर्क का पता (वह पता जिस पर पॉलिसी दस्तावेज़ भेजा जाएगा)																									
ला	क्ष	न	1																						
ला	क्ष	न	2																						
भू	मि	वि	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	वि	न्ह																																	
रा	ज्य																																			
																				श	ह	र														
																				पिन कोड																

मोबाइल* + () लैंडलाइन + ()
देश कोड * इस प्रस्ताव/पॉलिसी के लिए एसएसएफ के माध्यम से अलर्ट प्राप्त करें एसटीडी/आईएसडी

[illegible]

ईमेल के माध्यम से सूचनाएं प्राप्त करें

जन्म तिथि:

लिंग: ☐ पुरुष ☐ महिला ☐ ट्रांसजेंडर

राष्ट्रियता: ☐ 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
 व्यवसाय: ☐ वेतनभोगी ☐ व्यावसायिक ☐ स्वानियोजित ☐ विद्यार्थी ☐ गृहिणी ☐ सेवानिवृत्त
☐ अन्य आयु प्रमाण (प्रस्तावक)

आयः (वार्षिक) (प्रस्तुत)	आय का स्रोतः	पहचान प्रमाण (प्रस्तावक)	पता प्रमाण (प्रस्तावक)
-----------------------------	--------------	--------------------------	------------------------

[illegible]

क्या यह पॉलिसी स्वयं प्रस्तावित है ☐ हाँ ☐ नहीं बीमित किए जाने वाले जीवन के साथ संबंध

क्या आप राजनीतिक रूप से सुविदित व्यक्ति हैं? 1) प्रस्तावक ☐ हाँ ☐ नहीं 2) आश्वासित किया जा रहा जीवन ☐ हाँ ☐ नहीं

क्या आपकी कोई विकलांगता आपको प्रस्ताव प्रपत्र में सहमति/हस्ताक्षर प्रदान करने से रोकती है? ☐ हाँ ☐ नहीं

राजनीतिक रूप से संवेदनशील व्यक्ति (पीईसी) 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।

अतिरिक्त विवरण – निवास/कर स्थिति के लिए संकेतक

(ए) जन्म स्थान और 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

☐ लाइफ एन्युटी	☐ 100% खरीद मूल्य की वापसी के साथ लाइफ एन्युइटी
☐ एन्युइटी की निश्चित अवधि	☐ 5 वर्ष ☐ 10 वर्ष ☐ 15 वर्ष और उसके बाद के जीवन के लिए
☐ डेफर्ड लाइफ एन्युइटी जहां आस्थगन अवधि 5 से 10 वर्ष है	☐ डेफर्ड लाइफ एन्युइटी जिसमें खरीद मूल्य की वापसी के साथ जहां आस्थगन अवधि 5 से 10 वर्ष है
डेफर्ड अवधि	☐ 5 वर्ष ☐ 6 वर्ष ☐ 7 वर्ष ☐ 8 वर्ष ☐ 9 वर्ष ☐ 10 वर्ष
☐ गंभीर बीमारी के निदान पर खरीद मूल्य की वापसी के साथ लाइफ एन्युइटी	
☐ लाइफ एन्युइटी आंशिक रूप से खरीद मूल्य की वापसी के साथ	☐ वृद्धिशील लाइफ एन्युइटी ☐ वृद्धिशील लाइफ एन्युइटी खरीद मूल्य की वापसी के साथ
☐ जीवन भर के लिए संयुक्त जीवन अंतिम सर्वाइवर एन्युइटी	☐ 100% खरीद मूल्य की वापसी के साथ जीवन भर के लिए संयुक्त जीवन अंतिम सर्वाइवर एन्युइटी

6. क्या आपको पॉलिसी दस्तावेज की कागजी प्रति की आवश्यकता है? हाँ ☐ नहीं ☐

7. प्रस्तावक/बीमित किए जाने वाले जीवन 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 हैं. 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 इंश्योरेंस 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 धोखाधड़ी और महत्वपूर्ण तथ्यों को छिपाने की स्थिति में पॉलिसी अनुबंध से समय-समय पर यथा संशोधित बीमा अधिनियम 1938 की धारा 45 के अनुसार व्यवहार 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 यकद 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 पुनर्चलन के लिए किया गया आवेदन वापस ले लिया जाता है या छोड़ दिया जाता है, स्थगित कर दिया जाता है, अस्वीकार कर दिया जाता है या बढ़ी 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 देगा/देगी/देगे. 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 व्यवहार किया जाएगा. मैं/हम मानता/मानती हूँ/मानते हैं कि इस आवेदन के अंतर्गत आवेदन की गई बीमासुरक्षा मेरे आवेदन की स्वीकृति 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 अपराधिक कार्यकलाप/अपराध की आय जनित नहीं है. मैं/हम समझते हैं कि इंडियाफर्स्ट लाइफ इंश्योरेंस कंपनी लिमिटेड ने अपनी आधिकारिक वेबसाइट में उल्लिखित कुछ बैंकों और वित्तीय संस्थानों के साथ गठजोड़ किया है. यदि मेरा/हमारा ऐसे किसी बैंक या वित्तीय संस्थान में खाता है, तो मैं/हम बैंक या वित्तीय संस्थान को उनके पास उपलब्ध मेरे/हमारे केवाईसी दस्तावेजों की प्रति इंडियाफर्स्ट लाइफ इंश्योरेंस कंपनी लिमिटेड को प्रदान करने के लिए अधिकृत करते हैं. मैं/हम घोषणा करते हैं कि प्रस्ताव फॉर्म में उल्लिखित आशवासित जीवन की जन्म तिथि और वित्तीय स्थिति मेरे ज्ञान के अनुसार सही और प्रथम है. यदि प्रकट की गई जानकारी गलत या गलत तरीके से प्रस्तुत की गई पाये जाती है, तो दावे के साथ समय-समय पर संशोधित बीमा अधिनियम 1938 की धारा 45 के अनुसार कार्रवाई की जाएगी.

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 प्रकटीकरण मेरी सहमति से किया गया है. मैं यह भी पुष्टि करता/करती हूँ और सहमत हूँ कि इंडियाफर्स्ट लाइफ यहाँ दिए गए डेटा के किसी भी उल्लंघन, हानि या अनधिकृत प्रकटीकरण के लिए उत्तरदायी नहीं होगा.

एमएमएल-ईकेवाईसी घोषणा: मैं कंपनी को प्रस्ताव फॉर्म में मेरे द्वारा दी गई जानकारी के संबंध में उचित सतर्कता बरतने और आवश्यक सत्यापन उद्देश्यों के लिए विनियामक जैसे कि आईआरडीएआई/लाइफ काउंसिल/कानून प्रवर्तन एजेंसियों द्वारा अधिकृत सरकारी एजेंसियों/वैधानिक प्राधिकरणों/संस्थाओं के साथ डेटा साझा करने के लिए अपनी बिना शर्त सहमति देता हूँ.

“नीड एलिमिस” 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 इंश्योरेंस 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/हम एतद द्वारा इंडियाफर्स्ट लाइफ इंश्योरेंस कंपनी लिमिटेड को मेरे बीमा आवेदन के लिए केवाईसी सत्यापन के उद्देश्य से सेंट्रल केवाईसी रिकॉर्ड रजिस्ट्री (सीईआरएसएआई) से अपना केवाईसी रिकॉर्ड प्राप्त करने के लिए अधिकृत करता/करती हूँ/करते हैं. या मैं/हम एतद द्वारा इंडियाफर्स्ट लाइफ इंश्योरेंस 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 कॉर्पोरेट एजेंट के रूप में काम कर रहा है.

☐ मैंने/हमने एतद द्वारा इंडियाफर्स्ट लाइफ इंश्योरेंस 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

प्रस्तावक के हस्ताक्षर अंगूठे का निशान

(अल्पवयस्क जीवन की स्थिति में लागू नहीं)

नाम: _____ स्थान: _____ दिनांक: _____

नाम: _____ स्थान: _____ दिनांक: _____

गवाह के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

नाम:

पता:

हस्ताक्षर प्रमाणीकरण (सिंगल फैक्टर प्रमाणीकरण): आपके पंजीकृत मोबाइल नंबर पर एक ओटीपी प्रमाणीकरण संख्या भेजी गई है. सिस्टम में उक्त संख्या को फीड करके, आप बिना शर्त और पूरी तरह से पॉलिसी की शर्तों को स्वीकार करते हैं और इसे पूरी तरह से स्वीकार करते हैं और इससे कंपनी और आपके बीच एक कानूनी रूप से बाध्यकारी समझौता बन जाएगा.

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 अनुमन्य हो सकती है. बशर्ते कि किसी बीमा एजेंट द्वारा अपने जीवन पर ली गई लाइफ इंश्योरेंस पॉलिसी के संबंध में कमीशन की स्वीकृति को इस उप-धारा के अर्थ के भीतर प्रीमियम की छूट की स्वीकृति नहीं माना जाएगा, यदि ऐसी स्वीकृति के समय बीमा एजेंट निर्धारित शर्तों को पूरा करता है जो यह स्थापित करती हैं कि वह बीमाकर्ता द्वारा नियोजित एक वास्तविक बीमा एजेंट है. इस धारा के प्रावधानों का पालन करने में कोई भी चूक करने वाला कोई भी व्यक्ति अर्धदंड से दंडित किया जाएगा जो बढ़कर दस लाख रुपये तक हो सकता है.

बीमा अधिनियम 1938 की धारा 45, समय-समय पर यथा संशोधित:

समय-समय पर संशोधित बीमा अधिनियम, 1938 की धारा 45 के प्रावधान, उपरोक्त अनुबंध के लिए लागू हैं. अधिक जानकारी के लिए कृपया हमारी वेबसाइट www.indiafirstlife.com देखें.

ग्राहकों को इंडियाफर्स्ट लाइफ इंश्योरेंस सलाहकारों/कर्मचारियों/बीमा एजेंटों को नकद या धारक लिखत के रूप में प्रीमियम प्राप्त करने के लिए अधिकृत नहीं किया गया है. किसी भी इंडियाफर्स्ट लाइफ इंश्योरेंस सलाहकार/कर्मचारी/बीमा एजेंट को नकदी 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 इंश्योरेंस 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 इंश्योरेंस 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.

8. 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 यह घोषणा करता हूँ कि मैंने प्रस्ताव फॉर्म की सामग्री और इंडियाफर्स्ट लाइफ इंश्योरेंस कंपनी लिमिटेड से इंश्योरेंस पॉलिसी प्राप्त करने के लिए प्रासंगिक सभी अन्य दस्तावेजों को प्रस्तावक/बीमित व्यक्ति को पढ़कर सुनाया है और समझाया है तथा उसने इसे समझ लिया है. मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने जो कुछ भी ऊपर कहा है वह मेरे सर्वोत्तम ज्ञान और विचार के अनुसार सत्य और सही है.

घोषणाकर्ता का नाम: _____ हस्ताक्षर: _____ या ओटीपी सत्यापित ☐

बीमित किए जाने वाले जीवन/प्रस्तावक के साथ संबंध _____

घोषणाकर्ता का पता: _____

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: _____ या ओटीपी सत्यापित ☐

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/आशवासित जीवन एक विकलांग व्यक्ति है और उसे प्रस्ताव फॉर्म भरने में सहायता की आवश्यकता है. मैं सक्षम न्यायालय/प्राधिकरण द्वारा प्रस्तावक/आशवासित जीवन की ओर से यह प्रस्ताव फॉर्म भरने के लिए विधिवत अधिकृत हूँ. मैंने श्री/श्रीमती/सुश्री _____ को प्रस्ताव फॉर्म का विषय पढ़कर सुनाया है और उसे पूरी तरह से समझाया है और उन्होंने प्रस्तावित अनुबंध के महत्व को समझ लिया है. मैंने एन्युइटेड द्वारा दिए गए उत्तरों को प्रस्ताव फॉर्म में सत्यनिष्ठा से और सही ढंग से दर्ज किया है.

_____ को _____ में सत्यनिष्ठा से पुष्टि की गई _____ अधिकृत प्रतिनिधि के हस्ताक्षर _____ या ओटीपी सत्यापित ☐

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.

9. 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.

10. मध्यस्थ का विवरण

मध्यस्थ का नाम लाइसेंस संख्या

एजेंट / निर्दिष्ट एजेंटों के हस्ताक्षर

मध्यस्थ की मुहर

एजेंट / निर्दिष्ट एजेंटों का नाम लाइसेंस कोड

यूआईएन: इंडियाफर्स्ट लाइफ गारंटीड रिटायरमेंट प्लान 143N026V02

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

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	बेतनभोगी-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	स्टील/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		

गोपनीय रिपोर्ट (पूर्ण प्रस्ताव प्रपत्र प्राप्त करने के बाद सेल्स कर्मचारियों द्वारा पूरी की जानी है)

ध्यान दें: यदि आशवासित जीवन सलाहकार से संबंधित है, तो इस रिपोर्ट पर अधिकृत हस्ताक्षरकर्ता द्वारा प्रति हस्ताक्षर किया जाना चाहिए

- क्या आप प्रस्तावक/आशवासित जीवन से मिले हैं? ☐ हाँ ☐ नहीं
- क्या आप प्रस्तावित आशवासित जीवन से संबंधित हैं? यदि हाँ, तो कृपया आवेदक के साथ अपने संबंध बताएं ☐ हाँ ☐ नहीं
- क्या आप प्रस्तावित आशवासित जीवन की वित्तीय स्थिति से संतुष्ट हैं? ☐ हाँ ☐ नहीं
आशवासित जीवन की अनुमानित वार्षिक आय क्या है? _____
- क्या आशवासित जीवन बिना किसी मानसिक विकार (या) शारीरिक विकलांगता के अच्छे स्वास्थ्य में लग रहा है? ☐ हाँ ☐ नहीं
- क्या प्रस्तावित आशवासित जीवन की उपस्थिति आवेदन में बताई गई आयु के अनुरूप है? ☐ हाँ ☐ नहीं
- क्या प्रस्तावक इनमें से कोई है: ☐ न्यायाधीश ☐ संसद सदस्य ☐ राज्य विधान सभा का सदस्य ☐ राजनीतिक दल का राष्ट्रीय/राज्य स्तरीय पदाधिकारी

(*यदि लागू हो तो बिन्दु लगाएँ, डिफॉल्ट मान नहीं है)

अन्य टिप्पणियाँ: _____

लाइसेंस प्राप्त सलाहकार के हस्ताक्षर

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

एजेंट/निर्दिष्ट एजेंटों का नाम _____

मध्यस्थ लाइसेंस नं. _____

लाइसेंस कोड _____

स्थान: _____ दिनांक: _____

सलाहकार कोड:

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

अनुदेश फॉर्म – डायरेक्ट डेबिट/एनएसीएच

सेवा में

शाखा प्रबंधक,

बैंक का नाम

दिनांक

बैंक शाखा का नाम और पता

संदर्भ: डायरेक्ट डेबिट (डीडी) / एनएसीएच के माध्यम से इंडियाफर्स्ट लाइफ इंश्योरेंस प्रीमियम का भुगतान करने का प्राधिकार

माननीय महोदय/महोदया,

मैं/हम अधोहस्ताक्षरी इंडियाफर्स्ट लाइफ इंश्योरेंस कंपनी लिमिटेड/उनके अधिकृत सेवा प्रदाता को मेरे/हमारे बैंक खाते एनएसीएच/डायरेक्ट डेबिट से मेरे/हमारे लाइफ इंश्योरेंस प्रीमियम के भुगतान के लिए, नीचे दिए गए विवरण के अनुसार, डेबिट करने के लिए अधिकृत करते हैं.

☐ डायरेक्ट डेबिट

आवेदन सं./पॉलिसी सं.	राशि (₹) (शब्दों में)	राशि	आवृत्ति (अर्थात वार्षिक/अर्धवार्षिक/ तिमाही/मासिक)	आरंभ तिथि	समाप्ति तिथि

खाताधारक का नाम

(जैसा कि बैंक रिकॉर्ड में दर्शाया गया है)

खाता सं.

खाता प्रकार

☐ बचत

☐ चालू

(चालू खाते के मामले में, आपकी स्वामित्व वाली फर्म/कंपनी की मुहर लगाना अनिवार्य है)

एमआईसीआर कोड (ईसीएस भुगतान के मामले में लागू)

(बैंक द्वारा जारी चेक बुक पर 9 अंकों का कोड. एमआईसीआर कोड के सत्यापन के लिए आपको कैसलड चेक संलग्न करने का अनुरोध किया जाता है)

आईएफएससी कोड (गैर ईसीएस भुगतान के मामले में लागू) (यदि चेक बुक पर छपा है)

मोबाइल नंबर

ईमेल आईडी

भुगतान मोड को एनएसीएच/डायरेक्ट डेबिट में बदलने या एनएसीएच/डीडी मैट्रिट को निष्क्रिय करने का अनुरोध देय तिथि से 35 दिन पहले प्रस्तुत किया जाना चाहिए या यह अगली प्रीमियम देय तिथि से प्रभावी होगा.

ऑटो डेबिट के लिए घोषणा

- यदि अपूर्ण या गलत जानकारी के कारण लेन-देन में देरी होती है या वह बिल्कुल भी प्रभावी नहीं होता है, तो मैं/हम इस तरह की देरी या मेरी पॉलिसी में क्रेडिट न होने के लिए कंपनी को जिम्मेदार नहीं ठहराएंगे.
- इसके अलावा, मैं/हम समझते हैं और सहमत हैं कि मेरे/हमारे खाते से डेबिट की जाने वाली प्रीमियम राशि करों और अन्य वैधानिक शुल्कों के कारण अलग हो सकती है जो समय-समय पर लागू हो सकते हैं. मैं/हम यह भी स्वीकार करते हैं कि लेन-देन नियत दिनांक (बशर्ते वह कार्य दिवस हो) पर पॉलिसी से प्रभावी होगा.
- ईसीएस/डायरेक्ट डेबिट अनादर के मामले में, मैं/हम इंडियाफर्स्ट लाइफ इंश्योरेंस को देय प्रीमियम की वसूली के लिए उल्लिखित बैंक के साथ मेरे/हमारे बैंक खाते को फिर से डेबिट करने के लिए अधिकृत करते हैं.
- मैं इंडियाफर्स्ट लाइफ इंश्योरेंस कंपनी लिमिटेड और उनके अधिकृत सेवा प्रदाताओं को प्रीमियम भुगतान के संग्रह के लिए सीधे या एनएसीएच द्वारा मेरे बैंक खाते से डेबिट करने के लिए अधिकृत करता/करती हूँ.
- मैं/हम डायरेक्ट डेबिट सुविधा का लाभ उठाने के लिए यहां बताए गए खाते में पर्याप्त शेष राशि बनाए रखने के लिए सहमत हूँ.
- मैं/हम बैंक को डीडी अनुदेश सत्यापन के लिए शुल्क के रूप में मेरे खाते से राशि डेबिट करने के लिए अधिकृत करते हैं, यदि कोई लागू हो.

हां, मैंने/हमने अनुदेश में नामित बैंक का एक कोरा कैसलड चेक प्रमाणपत्र संलग्न किया है

यह प्रमाणित किया जाता है कि हमारे रिकॉर्ड के अनुसार, ऊपर दिए गए अनुदेश के बैंक खाते के विवरण सही हैं और बैंक खाताधारक के हस्ताक्षर सत्य हैं.

बैंक स्टाम्प

अधिकृत बैंक अधिकारी के हस्ताक्षर

डीडी अनुदेश को बैंक शाखा द्वारा सत्यापित किया जाना चाहिए और उस पर 'हस्ताक्षर सत्यापित स्टाम्प' के साथ-साथ 'निश्चित नमूना हस्ताक्षर संख्या' होनी चाहिए

एनएसीएच/डीडी एक स्वचालित सुविधा है जो आपके प्रीमियम देय तिथि पर आपके द्वारा निर्दिष्ट बैंक खाते से आपके प्रीमियम को डेबिट करती है, किसी अवकाश के मामले को छोड़कर.

पॉलिसीधारक के हस्ताक्षर

प्राथमिक खाताधारक के हस्ताक्षर

(यदि प्राथमिक खाताधारक पॉलिसीधारक से अलग है)

संयुक्त खाताधारक 1 का हस्ताक्षर

संयुक्त खाताधार 2 का हस्ताक्षर

एनएसीएच अनुदेश

यूपएमआरएन

दिनांक

चिन्ह लगाएँ

बनाएँ

संशोधित करें

रद्द करें

प्रायोजक बैंक कोड

युटिलिटी कोड

इंडियाफर्स्ट लाइफ इंश्योरेंस कंपनी लिमिटेड

डेबिट करना (चिन्ह लगाएँ)

एसबी/सीए/सीसी/एसबी-एनआई/एसबी-एनआरओ/अन्य

बैंक खाता संख्या

बैंक के साथ

ग्राहक के बैंक का नाम

आईएफएससी

एमआईसीआर

रुपये राशि

आवृत्ति

☐ मासिक

☐ तिमाही

☐ अर्ध-वार्षिक

☐ वार्षिक

☒ जब भी प्रस्तुत किया जाए

डेबिट प्रकार

☐ निश्चित राशि

☒ अधिकतम राशि

आवेदन संख्या/लोन अकाउंट संख्या

मोबाइल नंबर

पॉलिसी नं.

ईमेल आईडी

मैं उस बैंक द्वारा अनुदेश प्रक्रिया शुल्क के डेबिट के लिए सहमत हूँ जिसे मैं बैंक के शुल्कों की नवीनतम अनुसूची के अनुसार अपने खाते से डेबिट करने के लिए अधिकृत कर रहा हूँ.

अवधि

से

तक

या

☒ रद्द होने तक

हस्ताक्षर प्राथमिक खाताधारक

खाताधारक के हस्ताक्षर

खाताधारक के हस्ताक्षर

1. बैंक रेकॉर्ड में नाम

2. बैंक रेकॉर्ड में नाम

3. बैंक रेकॉर्ड में नाम

यह पुष्टि करने के लिए है कि घोषणा को मेरे/हमारे द्वारा ध्यानपूर्वक पढ़ा, समझा और बनाया गया है. मैं उपयोगकर्ता इकाई/कॉर्पोरेट को मेरे खाते से डेबिट करने के लिए अधिकृत कर रहा हूँ.

मैंने समझ लिया है कि मैं उपयोगकर्ता इकाई/कॉर्पोरेट या उस बैंक को रद्दीकरण/संशोधन अनुरोध को उचित रूप से सूचित करके इस अधिदेश को रद्द/संशोधित करने के लिए अधिकृत हूँ जहाँ मैंने डेबिट को अधिकृत किया है.