

2. प्रस्तावक का विवरण (यदि बीमित व्यक्ति प्रस्तावक से भिन्न है)

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

F I R S T L A S T

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

पॉलिसी नंबर क्लाइंट आईडी

प्रस्तावक का पता (वह पता जिस पर पॉलिसी दस्तावेज भेजा जाएगा)

ला इ न 2

ला इ न 2

भू मि चि न्ह

रा ज्य पिन कोड

स्थायी पता

ला इ न 2

ला इ न 2

भू मि चि न्ह

रा ज्य पिन कोड

मोबाइल* + () लैंडलाइन + ()

देश कोड *इस प्रस्ताव/पॉलिसी के लिए एसएमएस के माध्यम से अलर्ट प्राप्त करें एसटीडी/आईएसडी

ईमेल आईडी* ईमेल के माध्यम से सूचनाएं 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: पीजी और उससे अधिक स्नातक डिप्लोमा 12 वीं पास 10 वीं पास 10 वीं से कम निरक्षर

व्यवसाय: वेतनभोगी व्यावसायिक स्वानियोजित विद्यार्थी गृहिणी सेवानिवृत्त

अन्य (कृपया उल्लेख करें)

पहचान प्रमाण पता प्रमाण*

पैन: पैन (फोटोकॉपी संलग्न) हाँ नहीं

(पैन उपलब्ध न होने पर फॉर्म नं.60)

सीकेवाईसी संख्या:

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

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 (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

3. नामिती/अपॉइंटी का विवरण (अपॉइंटी का विवरण केवल तभी आवश्यक है जब नामिती नाबालिग हो)

नामिती का नाम	प्रतिशत हिस्सा	नामिती की जन्म तिथि	नामिती की आयु	टेलीफोन/मोबाइल नंबर	ईमेल-आईडी	नामिती का वर्तमान पता	नामिती का स्थायी पता	नामिती का संबंध

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

4. प्लान का विवरण

	पॉलिसी अवधि (वर्ष)	प्रीमियम भुगतान अवधि (वर्ष)	किस्त प्रीमियम (₹)	मृत्यु पर आशवासित राशि
इंडियाफर्स्ट लाइफ प्रोटेक्ट शील्ड प्लान				
				-

प्रीमियम बारंबारता: वार्षिक अर्ध वार्षिक त्रैमासिक मासिक (केवल ईसीएस/डायरेक्ट डेबिट).

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

ध्यान रखें: ध्यान रखें: पहले तीन महीने की प्रीमियम का मासिक विधा विकल्प के लिए पहली किस्त के रूप में भुगतान किया जाना चाहिए। पहली या नवीनीकरण प्रीमियम के प्रति किया गया कोई भी नकद/चेक/डीडी भुगतान इंडियाफर्स्ट लाइफ इश्योरेंस कंपनी लिमिटेड द्वारा अपने किसी कार्यालय या अपने अधिकृत बैंकिंग भागीदार या कलेक्शन पॉइंट को मिलने और कंपनी द्वारा आधिकारिक मुद्रित रसीद जारी किए जाने पर ही प्राप्त किया गया माना जाएगा। चेकों को केवल इंडियाफर्स्ट लाइफ इश्योरेंस कंपनी लिमिटेड के पक्ष में ही काटा 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 कलेक्शन पॉइंट/सेंटर्स को समय-समय पर कंपनी द्वारा निर्दिष्ट किया जाएगा।

तृतीय पक्ष भुगतान: मैं एतद द्वारा घोषणा करता/करती हूँ कि अपनी पॉलिसी के अंतर्गत जैसा कि मुझे मिली है, भुगतान की विधा मेरी है और मैं इस संबंध में किसी भी कथन की किसी भी अशुद्धि के लिए पूरी तरह से उत्तरदायी हूँ।

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

प्रस्तावक / आश्वासित जीवन के लिए

यचनलत डुड कल उडडडग कडनी दुरलर ड्ललन की शतरा के अनुसर डुरसरलवक की अदल करनर के ललए कलरु डलएगा. डलद नलचे दलए गल इलेक्ट्रलनल डुगतलन वलकल्डु डे से कलई डी नही चुनल डलतल हे, तल कडनी कलसी डी वैकललुक डुगतलन वलकल्डु कल उडडडग करनर कल अधलकर सुरशलत रखती हे.

☐ 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:

[illegible]

बैंक खाते के अनुसार ग्राहक का नाम:

नामिती 1 के लिए -

चर्यानिर्भर 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:

यदि उपरोक्त में से कोई भी विकल्प चुना जाता है तो कृपया अपने चेक की कैंसल्ड प्रति प्रदान करें

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 इंडियाफास्ट लाइफ इश्योरस क. लि. को जिम्मेदार नहीं ठहराऊंगा. इसके अलावा, कपनी 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।

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

6. आश्वासित किए जा रहे जीवन के लिए स्वास्थ्य घोषणा (तथ्यों का खुलासा न करना या गलत प्रस्तुतीकरण दावे के निपटान को अत्यधिक प्रभावित करेगा)*

मैं घोषणा करता हूँ कि मैं स्वस्थ हूँ, मैं एतद्वारा घोषणा करता हूँ कि, इस घोषणा की तिथि तक, मेरा मेडिकल स्थितियों से ग्रस्त होने या वर्तमान में ग्रस्त रहने का कोई इतिहास नहीं है, जैसे कि उच्च रक्तचाप, सीने में दर्द, दिल का दौरा या कोई अन्य हृदय रोग; स्ट्रोक, डायलिट आयरिशिक अर्द्ध या कोई अन्य सेरेब्रोवस्कुलर रोग; मधुमेह या कोई अन्य एंडोक्रिनल रोग; घुँव की बीमारी; पक्षाघात/एड्स या एड्स से संबंधित जटिलता; कोई कैन्सर या ल्यूकेम; अस्थमा या कोई अन्य श्वसन रोग; कोई मानसिक या तंत्रिका रोग; हेपेटाइटिस या कोई अन्य यकृत रोग; रक्त विकार; पापन और आंत के 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 सामान्य खांसी या जुकाम जैसी मामूली हानि को छोड़कर, लेकिन जो यहाँ तक सीमित नहीं है। 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 किसी भी प्रकार की दवा नहीं ली है या 7 दिनों से अधिक समय तक काम से अनुपस्थित नहीं रहा हूँ। महिला जीवन के लिए: मैं आगे घोषणा करती हूँ कि वर्तमान में मैं गर्भवती नहीं हूँ या गर्भावस्था के दौरान जटिलताओं या किसी अन्य कारण से गर्भपात, मृत गर्भ या सीजेरियन सेवशन का मेरा कोई इतिहास नहीं है, मैंने किसी जन्मजात विकार जैसे डाउन सिंड्रोम, जन्मजात हृदय रोग आदि के साथ बच्चे को जन्म नहीं दिया है और मुझे कभी भी स्तन, गर्भाशय, गर्भाशय ग्रीवा, अंडाशय या प्रजनन प्रणाली के किसी अन्य भाग की कोई बीमारी नहीं हुई है।

7. प्रस्तावक / आश्वसित किए जा रहे जीवन द्वारा घोषणा

मैं/हमने प्रस्ताव प्रपत्र में प्रश्नों को समझ लिया है और मैंने/हमने उनका उत्तर सत्य, पूर्ण और सही तरीके से दिया है, मैं/हम आगे घोषणा करते हैं कि मैंने/हमने कोई भी वस्तुनिष्ठ तथ्य या जानकारी नहीं छिपाई है जो जोखिम को कम करने में सहायता प्रदान करेगा/इन्होंने कंपनी लिमिटेड (जिसे आगे मफकंपनीफकहा जाएगा) के निष्पक्ष को प्रभावित कर सकती है, और प्रस्ताव प्रपत्र में मेरे/हमारे द्वारा दी गई जानकारी, पुरक दस्तावेज और मेडिकल जांच के मामले में मेडिकल परीक्षा को दो गई जानकारी पर मेरे/हमारे और कंपनी के बीच अनुबंध का आधार बनेगी और घोषणाओं और वस्तुनिष्ठ तथ्यों को दबाने के मामले में पॉलिसी अनुबंध पर समय-समय पर संशोधित बीमा अधिनियम, 1938 की धारा 45 के अनुसार कार्यवाई की जाएगी। मैं/हम किसी भी डॉक्टर, अस्पताल या नियोजता (भूतपूर्व और वर्तमान) को मेरे वर्तमान स्वास्थ्य की स्थिति, पिछले स्वास्थ्य इतिहास और मेरे/हमारे द्वारा किए गए कार्य के स्वरूप से संबंधित किसी भी जानकारी का खुलासा करने के लिए अधिकृत और निर्देशित करते हैं। मैं/हम जोखिम का आकलन करने और इंड्योरेंस प्रदान करने के लिए कंपनी द्वारा आवश्यक सभी मेडिकल जांच करवाना का वचन देते हैं। मैं/हम इस बात पर भी सहमत हैं कि यदि प्रस्ताव प्रस्तुत करने की तिथि के बाद लेकिन पॉलिसी जारी करने से पहले (अ) मेरे/हमारे व्यवसाय, वित्तीय स्थिति, स्वास्थ्य की स्थिति में कोई प्रतिकूल परिवर्तन होता है तो जोखिम की अंडरराइटिंग में कंपनी के निष्पक्ष को प्रभावित करेगा या (ब) यदि मेरे/हमारे जीवन या आवास/सिज जीवन पर किसी भी बीमार्त को दिया गया बीमा का प्रस्ताव या पॉलिसी के रिवाइजल के लिए आवेदन वापस ले लिया जाता है या छोड़ दिया जाता है, स्थिति कर दिया जाता है, अस्वीकार कर दिया जाता है या बड़े हुए प्रीमियम पर या लियन के अधीन या प्रस्तावित शर्तों के अलावा अन्य शर्तों पर स्वीकार किया जाता है, तो मैं/हम तुरंत कंपनी को लिखित रूप में इसकी सूचना दूंगा। मैं/हम समझते हैं कि इस आवेदन के तहत आवेदित कवर मेरे आवेदन के अनुमोदन और कंपनी द्वारा आवश्यक प्रीमियम की प्राप्ति के बाद शुरू होगा। मैं/हम एतद्वारा घोषणा करता हूँ/करते हैं कि प्रीमियम प्रवेश ऑफ मनी लॉन्डरिंग ऐक्ट 2002 या किसी अन्य लागू कानून के तहत सूचीबद्ध किसी भी आपराधिक गतिविधियों/अपराधों की राय से उत्पन्न नहीं हुआ है। मैं यह समझता/समझती हूँ कि यदि मैं मेडिकल परीक्षा या उसके किसी भाग के बाद इस आवेदन को वापस लेता/लेती हूँ, तो कंपनी मेडिकल परीक्षा/जांच पर हुए खर्च, यदि कोई हो, को कानूनी के बाद प्रीमियम जमा राशि वापस कर देगी।

डिजिटल पॉलिसी दस्तावेज़ घोषणा : मैं इंडियाफर्स्ट लाइफ इंश्योरेंस कंपनी लिमिटेड से ईमेल/लैंक के माध्यम से एसएमएस के ज़रिए सभी सूचनाएँ और पॉलिसी दस्तावेज़ प्राप्त करने के लिए अपनी सहमति देता हूँ.

एतद्वारा ईमेल/ इन लिंक के माध्यम से इंडियाफस्ट लाइफ इंश्योरेंस कंपनी लिमिटेड द्वारा भेजे गए एसएमएस के जरिए सभी सूचनाएँ और पॉलिसी दस्तावेज प्राप्त करने के लिए अपनी सहमति देता/देती हूँ।

अधुना विवरण जमा करके, मैं इंडियाफर्स्ट लाइफ और उसके अधिकृत प्रतिनिधियों को मुझसे संपर्क करने और एएमएस/ईमेल/फोन/पत्र/व्हाट्सएप और/या पत्राचार 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 उचित गतिविधियों के प्रयोजनों के लिए आईआरडीएआई, तीसरे पक्ष के सेवा प्रदाताओं और/या दूसरों 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 द्वारा आवश्यक हो सकता है।

इस प्लेटफॉर्म पर की गई जानकारी का खुलासा मेरी सहमति से किया गया है। मैं आगे स्वीकार करता हूं और सहमत हूं कि इंडियागवर्नमेंट लाइफ यहां दिए गए डेटा के किसी भी उल्लंघन, हानि या अनधिकृत प्रकटीकरण के लिए उत्तरदायी नहीं होगा।

कंपनी को प्रस्ताव फॉर्म में मेरे द्वारा दी गई जानकारी के संबंध में उचित परिश्रम करने, जिसमें एएमएल-ईकेवाईसी सत्यापन शामिल है, तथा आवश्यक सत्यापन उद्देश्यों और/या पॉलिसी सर्विसिंग उद्देश्य के लिए नियामक - आईआरडीएआई द्वारा अधिकृत सरकारी एजेंसियों/वैधानिक प्राधिकरणों/संस्थाओं के साथ डेटा/सूचना को संग्रहीत/साझा करने के लिए अपनी सहमति देता हूँ।

एनआरआई/पीआईआई घोषणा: आवेदन फॉर्म पर ओटीपी के माध्यम से सहमति प्रदान करने में पुष्टि करता हूँ कि प्रश्रवली में मेरे/हमारे द्वारा प्रदान किए गए एनआरआई/पीआईआई विवरण सही हैं और मेरे सर्वोत्तम ज्ञान के अनुसार हैं। सिस्टम में उक्त संस्था को फीड करके, आप उपरोक्त घोषणा को पूरी तरह से स्वीकार करते हैं और यह कंपनी और आपके बीच एक कानूनी रूप से बाध्यकारी समझौता बनाएगा।

आश्वासित किए जा रहे जीवन के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

हस्ताक्षर प्रमाणीकरण (सिंगल फैक्टर प्रमाणीकरण): आपके पंजीकृत मोबाइल नंबर पर एक ओटीपी ऑथेंटिकेशन नंबर भेजा गया है। सिस्टम में उक्त संख्या को फीड करके, आप उपरोक्त घोषणा को उसकी संपूर्णता में स्वीकार करते हैं और यह कंपनी और आपके बीच एक कानूनी रूप से बाध्यकारी समझौता बनाएगा।

मामय-समय पर संशोधित बीमा अधिनियम 1938 की धारा 41: कोई भी व्यक्ति, भारत में जीवन या संपत्ति से संबंधित किसी भी प्रकार के जोखिम के संबंध में बीमा लेने, नवीनीकृत करने या जारी रखने के लिए किसी व्यक्ति को प्रत्यक्ष या अप्रत्यक्ष रूप से प्रलोभन के रूप में, देय कमीशन के पूरे या हिस्से की छूट या पॉलिसी पर दिखावा गए प्रीमियम की कोई छूट नहीं देगा या देने की पेशकश नहीं करेगा, न ही कोई व्यक्ति पॉलिसी लेने, नवीनीकृत करने या जारी रखने पर कोई छूट स्वीकार करेगा, सिवाय ऐसी छूट के जो बीमाकर्ता के प्रकाशित प्रॉस्पेक्टस या तालिकाओं के अनुसार दी जा सकती है। बशर्ते कि किसी बीमा एजेंट द्वारा अपने जीवन पर ली गई लाइफ इश्योरेंस पॉलिसी के संबंध में कमीशन की स्वीकृति को इस धारा-धारा के अर्थ के भीतर प्रीमियम की छूट की स्वीकृति नहीं माना जाएगा, यदि ऐसी स्वीकृति के समय इश्योरेंस 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 चुक करने वाला कोई भी व्यक्ति दस लाख रुपये तक के जुर्माने के लिए उत्तरदायी होगा.

समय-समय पर संशोधित बीमा अधिनियम, 1938 की धारा 45 का उद्धरण

जीवन बीमा की किसी भी पॉलिसी पर पॉलिसी की तारीख से तीन साल की समाप्ति के बाद किसी भी आधार पर प्रश्न नहीं उठाया जाएगा. जीवन बीमा की पॉलिसी पर पॉलिसी के दिनांक से तीन साल के भीतर किसी भी समय धोखाधड़ी के आधार पर या इस आधार पर प्रश्न किया जा सकता है कि बीमाधारक के जीवन की प्रत्याशा से संबंधित किसी तिथ्य का कोई कथन या उसका दमन प्रस्ताव या अन्य दस्तावेज में गलत तरीके से किया गया था जिसके आधार पर पॉलिसी जारी की गई थी या पुनर्जीवित की गई थी या रद्दकर जारी किया गया था. बीमाकर्ता को बीमाधारक या बीमाधारक के कानूनी प्रतिनिधियों या नामितियों या असाइनियों को लिखित रूप में बताया होगा कि ऐसा निर्णय किस आधार और सामग्री पर आधारित है. कोई भी बीमाकर्ता धोखाधड़ी के आधार पर जीवन बीमा पॉलिसी को अस्वीकार नहीं करेगा यदि बीमाधारक यह साबित कर सकता है कि गलत कथन या तथ्य का दमन उससे सर्वोच्च ज्ञान और विश्वास के अनुसार सत्य था या तथ्य को दबाने को कोई जानबूझकर शराद नहीं था (ऐसा गलत कथन या दमन बीमाकर्ता के ज्ञान में है). धोखाधड़ी के मामले में, यदि पॉलिसीधारक जीवित नहीं है, तो खंडन करने का दायित्व लाभार्थियों में है. गलत कथन या तथ्य के दमन के आधार पर पॉलिसी को अस्वीकार होने की स्थिति में, न कि धोखाधड़ी के आधार पर, अस्वीकृति की तिथि तक पॉलिसी पर एकत्र किए गए प्रीमियम का भुगतान किया जाएगा. इस खंड में कुछ भी बीमाकर्ता को किसी भी समय आयु का प्रमाण मांगने से नहीं रोकेंगे क्योंकि यदि वह ऐसा करने का हक्कर है, और कोई भी पॉलिसी केवल इसलिए प्रगत नहीं मानी जाएगी क्योंकि पॉलिसी की शर्तों का दमन प्रमाण्योजित किया जाता है कि प्रस्ताव में बीमित व्यक्ति की आयु गलत बताई गई थी. इस धारा के पूर्ण विवरण और 'पॉलिसी की तिथि' की परिभाषा के लिए, कृपया समय-समय पर यथा संशोधित बीमा अधिनियम, 1938 की धारा 45 देखें.

हकों को सलाह दी जाती है कि वे इंडियाफर्स्ट लाइफ इश्योरेंस सलाहकारों/कर्मचारियों/बीमा एजेंटों को नकद या बियरर के माध्यम से बीमा प्रीमियम (प्रारंभिक या नवीनीकरण) का भुगतान न करें. इंडियाफर्स्ट लाइफ इश्योरेंस सलाहकारों/कर्मचारियों/बीमा एजेंटों को नकद या बियरर इंस्ट्रुमेंट में प्रीमियम प्राप्त करने के लिए अधिकृत नहीं किया गया है. किसी भी इंडियाफर्स्ट लाइफ इश्योरेंस सलाहकार/कर्मचारी/बीमा एजेंट को नकद या बियरर इंस्ट्रुमेंट को सौंपना पूरी तरह से आपके अपने जोखिम है और कंपनी किसी भी तरह से इस संबंध में किसी भी नुकसान के लिए जिम्मेदार नहीं होगी. बीमा प्रीमियम चेक केवल इंडियाफर्स्ट लाइफ इश्योरेंस कंपनी लि. के पक्ष में बनाए जाने चाहिए (प्रथम प्रीमियम के लिए प्रस्ताव संख्या/नवीनीकरण प्रीमियम के लिए पॉलिसी संख्या चेक के पीछे लिखी जानी चाहिए). चेक द्वारा किया गया कोई भी भुगतान इंडियाफर्स्ट लाइफ इश्योरेंस द्वारा तभी प्राप्त माना जाएगा जब वह इंडियाफर्स्ट लाइफ इश्योरेंस के किसी कार्यालय या उसके अधिकृत कलेक्शन पॉइंट्स पर प्राप्त किया गया हो और कंपनी द्वारा आधिकारिक रसीद जारी की गई हो.

8. तीसरे व्यक्ति द्वारा की जाने वाली घोषणा जहाँ: ए) आश्वसित जीवन ने अपना अंगूठा लगाया है; या बी) आश्वसित जीवन ने स्थानीय भाषा में हस्ताक्षर किए हैं; या सी) आश्वसित जीवन ने आवेदन नहीं भरा है; या डी) यदि किसी व्यक्ति में कोई विकलांगता है जो प्रस्ताव फॉर्म में सहमति/हस्ताक्षर करने से रोकती है.

घोषणा को किसी प्रतिष्ठित व्यक्ति द्वारा सत्यापित किया जाना चाहिए जिसकी पहचान आसानी से स्थापित की जा सके, लेकिन किसी भी क्षमता में उसे बीमाकर्ता से जुड़ा नहीं होना चाहिए.

मैं एतद्वारा घोषणा करता हूँ कि मैंने आश्वसित जीवन को _____ भाषा में उपरोक्त प्रश्नों और प्रस्ताव फॉर्म की सामग्री को पूरी तरह से समझा दिया है, और आश्वसित जीवन ने इसकी सामग्री को पूरी तरह से समझने के बाद मेरे सामने अंगूठे का निशान लगाया है.

घोषणाकर्ता का नाम: _____ हस्ताक्षर: _____ आश्वसित जीवन के साथ संबंध _____

घोषणाकर्ता का पता: _____

विकलांग व्यक्ति के अधिकृत प्रतिनिधि द्वारा घोषणा:

मैं _____ पुत्र/पुत्री _____ वयस्क और निवासी _____ एतद द्वारा निम्नलिखित रूप में शपथपूर्वक घोषणा करता/करती हूँ:

प्रस्तावकविकलांग 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 पढ़कर पूरी तरह समझा दी है और उसने प्रस्तावित अनुबंध के महत्व को समझ लिया है. मैंने प्रस्तावकद्वारा 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 हूँ कि प्रस्ताव फॉर्म की विषय-वस्तु मुझे स्पष्ट रूप से समझा दी गई है और मैंने उन्हें पूरी तरह से समझ लिया है. मैं यह भी प्रमाणित करता हूँ कि प्रस्ताव फॉर्म में दिए गए उत्तर मेरे द्वारा दी गई जानकारी के अनुसार दर्ज किए गए हैं.

आश्वसित जीवन के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

हस्ताक्षर प्रमाणीकरण (एकल कारक प्रमाणीकरण): आपके पंजीकृत मोबाइल नंबर पर एक ओटीपी प्रमाणीकरण नंबर भेजा गया 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 निर्मित होगा.

9. मध्यस्थ का विवरण

मध्यस्थ का नाम _____ लाइसेंस संख्या _____

एजेंट / निर्दिष्ट एजेंटों के हस्ताक्षर

मध्यस्थ की मुहर

एजेंट / निर्दिष्ट एजेंटों का नाम _____ लाइसेंस कोड _____

हस्ताक्षर प्रमाणीकरण (एकल कारक प्रमाणीकरण): आपके पंजीकृत मोबाइल नंबर पर एक ओटीपी प्रमाणीकरण नंबर भेजा गया 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 निर्मित होगा.