

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

शाखा प्रबंधक कोड

चैनल कोड

बीडीएम मोबाइल नंबर

Bancassurance/ Agency/ Broker/ Corporate Agency/ Direct Sales/ Marketing Associate, Any Others (pls specify)

फोटोग्राफ

महत्वपूर्ण दिशा-निर्देश: 1. यह प्रपत्र प्रस्तावक द्वारा काली/नीली स्याही से बड़े अक्षरों में भरा जाना चाहिए या इलेक्ट्रॉनिक रूप से भरा जाना चाहिए और नाम के प्रत्येक भाग के बीच एक स्थान खाली छोड़ दी जानी चाहिए. 2. यदि प्रस्तावक/बीमित किया जाने वाला जीवन पढ़ने या भाषा समझने में असमर्थता के कारण प्रपत्र नहीं भर सकता है, तो सलाहकार/हमारे कर्मचारी/बीमा मध्यस्थ के अलावा किसी अन्य व्यक्ति की सहायता ली जा सकती है. (स्थानीय भाषा में हस्ताक्षर करने या अशिक्षित/निरक्षर व्यक्तियों के लिए या यदि आपको कोई विकलांगता है जो आपको प्रस्ताव प्रपत्र में सहमति/हस्ताक्षर प्रदान करने से रोकती है तो घोषणा पढ़ें.) 3. प्रपत्र भरने से पहले कृपया उत्पाद की विशेषताओं, लाभों, फायदों और नियमों व शर्तों को जानने के लिए बिक्री साहित्य पढ़ लें. 4. प्रपत्र में दी गई जगह विवरण प्रदान करने के लिए पर्याप्त नहीं होने की स्थिति में, प्रस्तावक/बीमित किए जाने वाले जीवन द्वारा हस्ताक्षरित अलग-अलग पत्रक संलग्न करें. 5. ईमेल आईडी, मोबाइल नंबर आदि सहित सभी विवरणों पूरी तरह से भरा जाना चाहिए. 6. ग्राहकों को प्रीमियम की देय राशियों (प्रारंभिक प्रीमियम सहित) का भुगतान करने के लिए इंडियाफर्स्ट लाइफ के बीमा सलाहकारों को प्रीमियम न देने की सलाह दी जाती है. ग्राहकों से अनुरोध है कि निकटतम इंडियाफर्स्ट लाइफ, बैंक ऑफ बड़ौदा और यूनियन बैंक ऑफ इंडिया की शाखा में जाकर सीधे प्रीमियम जमा करें. इंडियाफर्स्ट लाइफ इश्योरेंस के सलाहकारों को किया गया प्रीमियम का भुगतान ग्राहक के अपने जोखिम पर होगा. 7. चेक/डिमांड ड्राफ्ट के नकदीकरण का मतलब यह नहीं है कि पॉलिसी स्वीकृत हो गई है और कंपनी बीमांकन (यदि कोई हो) के अधीन अतिरिक्त आवश्यकताओं की मांग करने का अधिकार सुरक्षित रखती है. 8. प्रस्ताव प्रपत्र में पूछे गए प्रश्नों का उत्तर देते समय और बीमा के संबंध में कोई अन्य जानकारी प्रदान करते समय, पॉलिसीधारक को प्रस्ताव प्रपत्र में उपलब्ध प्रश्नों के संबंध में सभी महत्वपूर्ण तथ्यों का पूर्ण और स्पष्ट प्रतीकरण करना चाहिए. 9. यदि प्रस्तावक और बीमित किया जाने वाला जीवन दो अलग-अलग व्यक्ति हैं, तो प्रस्ताव प्रपत्र पर दोनों द्वारा हस्ताक्षर किए जाएंगे. बीमित/प्रस्तावक किया जाने वाला जीवन 18 वर्ष या उससे अधिक की आयु का होने पर ही हस्ताक्षर कर सकता है.

क्या ग्राहक बैंक ऑफ बड़ौदा, यूनियन बैंक ऑफ इंडिया, इंदेना, ईविजया, इंडियाफर्स्ट लाइफ इश्योरेंस कं.लि.का कर्मचारी है या कोई व्यक्तिगत एजेंट या उनका पारिवारिक सदस्य है?

हाँ

नहीं

कर्मचारी कोड

1. आश्वासित जीवन का विवरण (प्रस्तावक के समान)

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

अं ति म

मौजूदा इंडियाफर्स्ट पॉलिसी मालिक, कृपया पॉलिसी नंबर/क्लाइंट आईडी दर्ज करें पत्राचार का पता (जिस पते पर पॉलिसी दस्तावेज भेजा जाएगा)

पॉलिसी नंबर

क्लाइंट आईडी

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* + () लैंडलाइन + ()

देश कोड

*इस प्रस्ताव/पॉलिसी के लिए एसएमएस के माध्यम से अलर्ट प्राप्त करें

एसटीडी/आईएसडी

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:

वैवाहिक स्थिति: अविवाहित विवाहित विधुर तलाकशुदा

शिक्षा: पीजी और अधिक स्नातक डिप्लोमा 12वीं पास 10वीं पास 10वीं से कम अशिक्षित

व्यवसाय: वेतनभोगी व्यावसायिक स्वानियोजित विद्यार्थी गृहिणी सेवानिवृत्त अन्य (कृपया उल्लेख करें)

उद्योग का प्रकार: आभूषण आयात/निर्यात माइनिंग शिपिंग स्कैप डीलिंग रियल एस्टेट कृषि स्टॉक ब्रोकिंग अन्य (कृपया उल्लेख करें)

संस्थान का प्रकार: सरकारी प्रा. लिमिटेड पब्लिक लिमिटेड पार्टनर/मालिक ट्रस्ट एचयूएफ सोसायटी

संस्थान/व्यवसाय का नाम: सेवा/व्यवसाय में कुल वर्ष:

कर्तव्यों की सटीक स्वरूप: वार्षिक आय: आय का स्रोत: पहचान प्रमाण

पैन: पैन (फोटोकापी संलग्न) हाँ नहीं पता प्रमाण*

क्या आप राजनीतिक रूप से सुविधित व्यक्ति हैं? हाँ नहीं सीकेवाईसी संख्या:

राजनीतिक रूप से संवेदनशील व्यक्ति (पीडीपी) 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

2. 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	मोबाइल नंबर	ईमेल-आईडी	नामिती का वर्तमान पता	नामिती का स्थायी पता	अपॉइंटी का नाम	नामिती का संबंध

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

3. इंडियाफर्स्ट लाइफ सरल जीवन बीमा प्लान के लिए प्लान विवरण यूआईएन: 143N061V01

इंडियाफर्स्ट लाइफ सरल जीवन बीमा प्लान	प्लान अवधि	प्रीमियम भुगतान अवधि	आश्वासित राशि	प्रीमियम मोड	कुल प्रीमियम	आश्वासित राशि"

*Please choose Sum Assured between Rs. 5,00,000 and Rs. 50,00,000 only

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

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

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 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 पॉइंटों/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.

क्या आपके पास कोई अन्य सरल जीवन बीमा प्लान पॉलिसी है? ☐ हाँ ☐ नहीं यदि हाँ, तो कृपया सभी पॉलिसियों के लिए नीचे पूर्ण विवरण दें

आश्वासित जीवन/ प्रस्तावक का नाम	कंपनी का नाम	पॉलिसी/ प्रस्ताव संख्या	वार्षिक प्रीमियम	राइडर्स सहित बीमित राशि	आरंभ का वर्ष	वर्तमान स्थिति और स्वीकृति की शर्तें
						☐ मानक ☐ रेटेड अप ☐ नकारी गई ☐ स्थगित ☐ समाप्त ☐ अस्वीकृत
						☐ मानक ☐ रेटेड अप ☐ नकारी गई ☐ स्थगित ☐ समाप्त ☐ अस्वीकृत

सभी सरल जीवन बीमा प्लान पॉलिसियों के लिए कुल आश्वासित राशि

यदि स्थान अपर्याप्त है, तो आश्वासित जीवन द्वारा हस्ताक्षरित संबंधित विवरण वाली अतिरिक्त शीट जोड़ी जा सकती हैं.

क्या आपने कभी इंडियाफर्स्ट लाइफ इश्योरेंस कं. लि. और अन्य बीमाकर्ताओं के साथ लाइफ इश्योरेंस पॉलिसियों के लिए आवेदन किया है? ☐ हाँ ☐ नहीं

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

आश्वासित जीवन/ प्रस्तावक का नाम	कंपनी का नाम	पॉलिसी/ प्रस्ताव संख्या	वार्षिक प्रीमियम	राइडर्स सहित बीमित राशि	आरंभ का वर्ष	वर्तमान स्थिति और स्वीकृति की शर्तें
						☐ मानक ☐ रेटेड अप ☐ नकारी गई ☐ स्थगित ☐ समाप्त ☐ अस्वीकृत
						☐ मानक ☐ रेटेड अप ☐ नकारी गई ☐ स्थगित ☐ समाप्त ☐ अस्वीकृत

यदि स्थान अपर्याप्त है, तो आश्वासित जीवन द्वारा हस्ताक्षरित संबंधित विवरण वाली अतिरिक्त शीट जोड़ी जा सकती हैं.

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

प्रस्तावक और आश्वासित जीवन

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:

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

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) ☐ एनईएफटी बैंक का नाम:

बैंक खाता संख्या: आईएफएससी कोड: एमआईसीआर:

(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 इश्योरेंस 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.

१. से.मी. में लंबाई: / फीट: वजन: किलोग्राम में: बी. क्या आपने किसी संकटपूर्ण/खतरनाक कार्यक्रम/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 कार्यक्रम 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 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	☐ 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 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 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/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 नजरअंदाज करें.	☐ हाँ ☐ नहीं
क. क्या आप डायबिटीज, हायपरटेंशन, कैंसर, हृसन 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 मशीनी दवाओं/मशीनें पढ़ाई 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 खतर से जुड़ा है जिससे आप किसी चोट या बीमारी के प्रति संवेदनशील बन जाते हैं, जैसे रासायनिक कारखाना, खदान, विस्फोटक, संश्लेषण 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 घटोतरी (किलोग्राम में) का उल्लेख करें बढ़ोतरी/घटोतरी का कारण	☐ हाँ ☐ नहीं
पी. क्या आपको कभी किन्हीं आपराधिक दोषों/गतिविधियों/अपराधों के लिए छोटी 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

केवल महिला आश्वसित जीवन के लिए

सी. कृपया गर्भावस्था के दौरान कोई जटिलताएँ हुई हों तो बताएँ?

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

ई आईए संख्या	
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	कार्वी इंश्योरेंस रिपोजिटरी लिमिटेड	☐
05	सीएमएस रिपोजिटरी सर्विस लिमिटेड	☐

8. सामान्य

(हमने) प्रस्ताव प्रपत्र में छुट्टे हुए प्रश्नों को समाप्त लिया है और मैंने उनका उत्तर सच, पूर्ण और सहजी तरीके से दिया है। मैं/हम आगे घोषणा करते हैं कि मैंने/हमने कोई भी ऐसा महत्वपूर्ण तथ्य या जानकारी नहीं छिपाई है जो जांचित्वा को कम करने में संश्लेषकार लाइन ऑपरेशन के किसी लिस्टिंग अंतर्गत "कंपनी" कहा जाएगा) के निर्यात को प्रभावित कर सकती है, और परस्पर जाना जाता है मेरे/हमारे द्वारा दी गई जानकारी मेरे/हमारे और कंपनी की अन्य अनुबंध का आधार बनेगी, शोखांडी, नालत परिष्करण और नालत बाजार और महत्वपूर्ण तथ्यों को छिपाने के मामले में पॉलिटी अनुरोध पर समय-समय पर संशोधित बिना अभिलेखन, १९३८ की धारा ४५ के अनुसार कार्रवाई की जाएगी, मैं/हम किसी भी नियोजक (भूतपूर्व और वर्तमान) को मेरे और मेरे/हमारे द्वारा किए गए कार्य की प्रकृति से संबंधित कोई भी जानकारी कंपनी को प्रकट करने के लिए अधिकृत और निर्देशित करने दें; मैं/हम इस बात पर भी सहमत हूं कि यदि प्रस्ताव असंस्तुत करने के दिनांक के पश्चात्, लेकिन पॉलिटी जारी करने से पहले (क) मेरे/हमारे व्यवसाय, वित्तीय स्थिति में कोई प्रतिकूल परिवर्तन होता है, जो जांचित्व की अवधि के दौरान में कंपनी के निर्यात को प्रभावित करता था (कब) यह किसी बीमाकर्ता को दिया गया आधार का प्रस्ताव वापस ले लिया जाता था या छोड़ दिया जाता है, रथगति कर दिया जाता है, अस्थिरकर कर दिया जाता है, अस्थिरकर कर दिया जाता है या ग्राहकों/प्रदाता के लिए या प्रस्तावित कल्याण के अलावा अन्य कारणों पर स्वीकार कर लिया जाता है। तो मैं/हम लिखित रूप में कंपनी को आवंटित झझकी सूचना दोगें, ऐसा करने पर मैंने/हमारी ओर से यह आभासन अग्रणी हो सकता है और पॉलिटीसी पर समय-समय पर संशोधित बिना अभिलेखन, १९३८ की धारा ४५ के अनुसार कार्रवाई की जाएगी, मैं/हम समझे हैं कि इनमें आवेदन के तहत आवेदित कर मेरे आवेदन के अनुविधान और कंपनी द्वारा अपेक्षित प्राप्तिम की प्राप्ति के बाद शुरू होगा। मैं/हम, एलटद्धार घण्टा करते हैं कि प्रिमियम प्रिवेशन आफ मैन ऑन-डॉन्डरिंग एक्ट २००७ या किसी अन्य लागू कानून के तहत सूचीबद्ध किसी भी आपराधिक गतिविधियों/अपराधों की आय से उत्पन्न नहीं हुआ है, मैं/हम मानता/मानती हूं/मानते हैं कि चिकित्सकी जाँच या उसका कोई भाग करवाने के बाद मेरे/हमारे द्वारा यह आवेदन वापस लेने की स्थिति में, कंपनी चिकित्सकीय परीक्षण/जाँच पर एक स्पष्ट, और साथ ही, को कानूने के बाद जमा प्रिमियम जमा वापस करी।

डिजिटल पॉलिसी दस्तावेज घोषणा :

महामा विवरण जमा करके, एतद्वारा मैं इंडियाफार्म लाइफ और उसके अधिकृत प्रतिनिधियों को मुझसे संपर्क करने और एसएमएस, ईमेल/फोन/पत्र/हालासुप 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 इंडियाफार्म लाइफ को पॉलिसी जारी करके, डेटा पॉलिटेक्स और अन्य संबंधित सक्तर्ता गतिविधियों के प्रयोजनों के लिए आईआरडीआईआई, 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 इंडियाफार्म 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 इंडियाफास्ट 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 प्रदान की गई जानकारी के संबंध में जिसमें एमएल-ईकेवाईसी सत्यापन शामिल है, और आवश्यक सत्यापन उद्देश्यों और/या पॉलिसी सर्विसिंग उद्देश्य के लिए नियामक - आईआरडीएआई द्वारा अधिकृत सरकारी जेंसियों/वैधानिक प्राधिकरणों/संस्थाओं के साथ डेटा/सूचना को संग्रहीत/साझा करने के लिए एनी उचित कार्यवाई करने के लिए अपनी सहमति देता हूँ.

अब प्रकट की गई जानकारी गलत पाई जाती है तो दावे को समय-समय पर संशोधित बीमा अधिनियम 1938 की धारा 45 के अनुसार उस पर कार्रवाई की जाएगी. "नीड एनैलिसिस" 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 कंपनी को/केन्द्रीय केवाईसी रिकार्ड रजिस्ट्री से सीकेवाईसी रिकार्ड प्राप्त करने/डाउनलोड करने के लिए सहमतित देते हैं, मैं/हम कंपनी को पासपोर्ट सेवा, परिवहन सेवा, भारत के चुनाव आयोग जैसे नियामक/वैधानिक प्राधिकरणों द्वारा अधिकृत सरकारी एजेंसियों/संस्थाओं से केवाईसी विवरण प्राप्त करने/डाउनलोड करने के लिए सहमतित देता हूँ/देते हूँ।"

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

मैं/हम एतद द्वारा इंडियाफर्स्ट लाइफ इंश्योरेंस कंपनी लिमिटेड को मर 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 इंडियाफास्ट 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.

ब्रीमित किए जाने वाले 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.

समय-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 दिखाए 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 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 इंश्योरेंस 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 ब्रूक करने वाला कोई भी व्यक्ति दस लाख रुपये तक के जुर्माने के लिए उत्तरदायी होगा.

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 घोखाधड़ी 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 पुनर्चलित 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 घोखाधड़ी के आधार पर जीवन बीमा पॉलिसी को अस्वीकार नहीं करेगा यदि जीवन बीमित द्वारा सित 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. घोखाधड़ी की स्थिति में, यदि पॉलिसीधारक जीवित नहीं है, तो खंडन करने का दायित्व लाभार्थियों पर होता है. यदि पॉलिसी को गलत विवरण या तथ्य छिपाने के आधार पर निरस्त किया जाता है, न कि घोखाधड़ी 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 इंश्योरेंस 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 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.

9. 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 इंडियाफर्स्ट लाइफ इंश्योरेंस कं. लि.से प्रस्ताव फॉर्म की सामग्री को प्रस्तावक/आश्वासित जीवन को पढ़कर सुनाया और समझाया है और उसने इसे समझ लिया है.

घोषणाकर्ता का नाम: _____ हस्ताक्षर: _____ या ओटीपी सत्यापित ☐ बीमित व्यक्ति/प्रस्तावक के साथ संबंध _____

घोषणाकर्ता का पता: _____

नोट: घोषणाकर्ता की पहचान आसानी से स्थापित होनी चाहिए और उसे किसी भी क्षमता में बीमाकर्ता से जुड़ा नहीं होना चाहिए.

2. यदि आश्वासित जीवन /प्रस्तावक निरक्षर है, तो उसके अंगूठे का निशान किसी प्रतिष्ठित व्यक्ति द्वारा सत्यापित किया जाना चाहिए, जिसकी पहचान आसानी से स्थापित की जा सके, लेकिन बीमाकर्ता से उसका कोई संबंध न हो और यह घोषणा उसके द्वारा की जानी चाहिए.

“डुम्रें एतद्वारा घोषणा करता हूँ कि मैंने आश्वासित जीवन/प्रस्तावक को प्रस्ताव फॉर्म के उपरोक्त प्रश्नों और सामग्रियों को _____भाषा में पूरी तरह से समझा दिया है, और आश्वासित जीवन/प्रस्तावक ने इसकी सामग्री को पूरी तरह से समझने के बाद ही अंगूठे का निशान लगाया है.”

घोषणाकर्ता का नाम: _____ हस्ताक्षर: _____ या ओटीपी सत्यापित ☐ बीमित व्यक्ति/प्रस्तावक के साथ संबंध _____

घोषणाकर्ता का पता: _____

3. विकलांग व्यक्ति के अधिकृत प्रतिनिधि द्वारा घोषणा

मैं _____ का पुत्र/पुत्री _____, वयस्क हूँ और _____, मैं रहता/रहती हूँ, एतद्वारा निम्नलिखित रूप में पूरी सत्यनिष्ठा के साथ घोषणा करता/करती हूँ:

प्रस्तावक एक विकलांग व्यक्ति है और प्रस्ताव फॉर्म को पूरा करने में सहायता की आवश्यकता है. मैं प्रस्तावक की ओर से इस प्रस्ताव फॉर्म को भरने के लिए सक्षम न्यायालय/प्राधिकरण द्वारा विधिवत अधिकृत हूँ. मैंने श्री/श्रीमती/सुश्री _____ को प्रस्ताव फॉर्म की सामग्री पढ़कर सुनाई है और पूरी तरह से समझा दी है और उन्होंने प्रस्तावित अनुबंध के महत्व को समझ लिया है. मैंने प्रस्तावक द्वारा दिए गए उत्तरों को प्रस्ताव फॉर्म में सत्यनिष्ठा से और सही ढंग से दर्ज किया है.

सत्यनिष्ठा से पुष्टि पुष्टि करने का स्थान _____ दिनांक _____

अधिकृत प्रतिनिधि के हस्ताक्षर या ओटीपी सत्यापित ☐

अधिकृत प्रतिनिधि का संबंध

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

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

10. मध्यस्थ का विवरण

मध्यस्थ का नाम _____ लाइसेंस संख्या. _____

एजेंट / निर्दिष्ट एजेंटों के हस्ताक्षर _____ मध्यस्थ की मुहर _____

एजेंट / निर्दिष्ट एजेंटों का नाम _____ लाइसेंस कोड _____