

જો ઉક્ત કોઈપણ / સર્વના ઉત્તર હા હોય તો કૃપા કરી ઈન્શ્યુરન્સ એક્ઝેટીસીએ ઘોષણામાં બધી વિગતો ભરો

2. નોમિની / એપોઈન્ટીની વિગતો (જો નોમિની સગીર હોય તો જ એપોઈન્ટીની વિગતો આવશ્યક છે)

| નોમિનીનું નામ | ટકાવારીમાં હિસ્સો | નોમિનીની જન્મતારીખ | નોમિનીની ઉંમર | મોબાઈલ નં. | ઈ-મેઈલ આઈડી | નોમિનીનું વર્તમાન સરનામું | નોમિનીનું કાયમી સરનામું | એપોઈન્ટીનું નામ | નોમિનીનો સંબંધ |
|---------------|-------------------|--------------------|---------------|------------|-------------|---------------------------|-------------------------|-----------------|----------------|
|               |                   |                    |               |            |             |                           |                         |                 |                |
|               |                   |                    |               |            |             |                           |                         |                 |                |
|               |                   |                    |               |            |             |                           |                         |                 |                |

| એપોઈન્ટીનું નામ | જન્મતારીખ | ઉંમર | લિંગ | નોમિની સાથે સંબંધ | એપોઈન્ટીનું સરનામું |
|-----------------|-----------|------|------|-------------------|---------------------|
|                 |           |      |      |                   |                     |
|                 |           |      |      |                   |                     |
|                 |           |      |      |                   |                     |

3. ઈન્ડિયાફર્સ્ટ લાઈફ સરળ જીવન બીમા પ્લાન માટે યોજનાની વિગતો UIN : 143N061V01

| ઈન્ડિયાફર્સ્ટ લાઈફ સરળ જીવન બીમા પ્લાન | યોજનાની મુદત | પ્રીમિયમ ચુકવણીની મુદત | હસાનું પ્રીમિયમ | પ્રીમિયમ માધ્યમ | કુલ પ્રીમિયમ | લીમિત રકમ* |
|----------------------------------------|--------------|------------------------|-----------------|-----------------|--------------|------------|
|                                        |              |                        |                 |                 |              |            |

\*રૂપા કરી ફક્ત રૂ. 5,00,000 અને રૂ. 50,00,000 વચ્ચે જ લીમિત રકમ પસંદ કરો.

પ્રીમિયમ સાતત્યતા: ☐ એકલ ☐ વાર્ષિક ☐ અર્ધવાર્ષિક ☐ ત્રિમાસિક ☐ માસિક (ફક્ત ઈસીએસ/ ડાયરેક્ટ ડેબિટ)

#કેન્સલ ચેક કોપી સાથે ઈસીએસ/ડીડી અને ડીડી મેન્ડેટ બેન્ક શાખા દ્વારા વેરિફાઈ કરવાનું રહેશે. નવીનીકરણ પ્રીમિયમ ચુકવણી વિકલ્પ: 1. #સ્થાયી સૂચના ☐ 2. ચેક ☐

નોંધ: પ્રથમ ત્રણ મહિનાનાં પ્રીમિયમ માસિક માધ્યમના વિકલ્પ માટે પ્રથમ હપ્તો તરીકે ચૂકવવાનાં રહેશે. પ્રથમ અથવા નવીનીકરણ પ્રીમિયમ સામે કરવામાં આવેલી કોઈપણ રોકડ/ ચેક/ડીડી ચુકવણી “ઈન્ડિયાફર્સ્ટ લાઈફ ઇન્સ્યુરન્સ કંપની લિ.” ત્યારે ત્યારે જ પ્રાપ્ત થઈ હોવાની માનવામાં આવશે જ્યારે તે તેનાં કોઈપણ કાર્યાલય કે તેની અધિકૃત બેન્કિંગ ભાગીદારો અથવા કલેક્શન પોઈન્ટ ખાતે પ્રાપ્ત થાય અને કંપની દ્વારા વિધિસર રીતે પ્રાપ્તિની રસીદ જારી કરવામાં આવે. ચેક ઈન્ડિયાફર્સ્ટ લાઈફ ઇન્સ્યુરન્સ કંપની લિ.ને નામે કાઢવાનો રહેશે. (પ્રથમ પ્રીમિયમ માટે અરજી નં. / નવીનીકરણ પ્રીમિયમ માટે પોલિસી નં. ચેકની પાછળ લખવાનો રહેશે). નોંધ: રોકડ/ ચેક/ ડીડીમાં ચુકવણી સ્વીકારવા માટે કલેક્શન પોઈન્ટ્સ/ સેન્ટર્સ સમયાંતરે કંપની દ્વારા નિર્દિષ્ટ અનુસાર રહેશે.

**થર્ડ પાર્ટી ચુકવણી:** હું અત્રે જાહેર કરું છું કે મારી પોલિસી હેઠળ મારા દ્વારા ઉપલબ્ધ ચુકવણી માધ્યમ મારું છે અને આ સંબંધમાં કોઈપણ નિવેદનમાં કોઈપણ બિનઅચૂકતા હોય તો તે માટે હું પોતે જ જવાબદાર રહીશ.

શું તમે કોઈ અન્ય સરળ જીવન બીમા પ્લાન યોજના ધરાવો છો? ☐ હા ☐ ના જો હા હોય તો રૂપા કરી સર્વ પોલિસીઓ માટે સંપૂર્ણ વિગતો આપો

| વીમો કઢાવવાનો છે તે/ પ્રસ્તાવકર્તાનું નામ | કંપનીનું નામ | પોલિસી/ પ્રસ્તાવ નં. | વાર્ષિક પ્રીમિયમ | રાઈડરો સહિત લીમિત રકમ | આરંભનું વર્ષ | વર્તમાન સ્થિતિ અને સ્વીકારના નિયમ                                                                                                                                                                                                        |
|-------------------------------------------|--------------|----------------------|------------------|-----------------------|--------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                           |              |                      |                  |                       |              | <div><input type="checkbox"/> સ્ટાન્ડર્ડ <input type="checkbox"/> રેટેડ અપ <input type="checkbox"/> નકારેલી</div> <div><input type="checkbox"/> મોફૂફ રાખેલી <input type="checkbox"/> લેપ્સ થયેલી <input type="checkbox"/> નકારેલી</div> |
|                                           |              |                      |                  |                       |              | <div><input type="checkbox"/> સ્ટાન્ડર્ડ <input type="checkbox"/> રેટેડ અપ <input type="checkbox"/> નકારેલી</div> <div><input type="checkbox"/> મોફૂફ રાખેલી <input type="checkbox"/> લેપ્સ થયેલી <input type="checkbox"/> નકારેલી</div> |

**સર્વ સરળ જીવન બીમા પ્લાન પોલિસીઓ માટે કુલ લીમિત રકમ**

જો જગ્યા અપૂરતા હોય તો વીમો કઢાવવાનો છે તેના દ્વારા સહી કરેલું સુસંગત વિગતો સાથેના વધારાના પત્રકો જોડી શકાશે.

શું તમે ક્યારેય ઈન્ડિયાફર્સ્ટ લાઈફ ઇન્સ્યુરન્સ કં. લિ. અને અન્ય વીમા કંપનીઓ પાસે જીવન બીમા પોલિસીઓ માટે અરજી કરી છે? ☐ હા ☐ ના

જો હા હોય તો રૂપા કરી અરજી કરેલા સર્વ પ્રસ્તાવ/ પોલિસીઓ માટે વર્તમાન સ્થિતિ અને સ્વીકારના નિયમો સાથે નીચે સંપૂર્ણ વિગતો આપો:

| વીમો કઢાવવાનો છે તે/ પ્રસ્તાવકર્તાનું નામ | કંપનીનું નામ | પોલિસી/ પ્રસ્તાવ નં. | વાર્ષિક પ્રીમિયમ | રાઈડરો સહિત લીમિત રકમ | આરંભનું વર્ષ | વર્તમાન સ્થિતિ અને સ્વીકારના નિયમ                                                                                                                                                                                                        |
|-------------------------------------------|--------------|----------------------|------------------|-----------------------|--------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                           |              |                      |                  |                       |              | <div><input type="checkbox"/> સ્ટાન્ડર્ડ <input type="checkbox"/> રેટેડ અપ <input type="checkbox"/> નકારેલી</div> <div><input type="checkbox"/> મોફૂફ રાખેલી <input type="checkbox"/> લેપ્સ થયેલી <input type="checkbox"/> નકારેલી</div> |
|                                           |              |                      |                  |                       |              | <div><input type="checkbox"/> સ્ટાન્ડર્ડ <input type="checkbox"/> રેટેડ અપ <input type="checkbox"/> નકારેલી</div> <div><input type="checkbox"/> મોફૂફ રાખેલી <input type="checkbox"/> લેપ્સ થયેલી <input type="checkbox"/> નકારેલી</div> |

જો જગ્યા અપૂરતા હોય તો વીમો કઢાવવાનો છે તેના દ્વારા સહી કરેલું સુસંગત વિગતો સાથેના વધારાના પત્રકો જોડી શકાશે.

4. લાભની ચુકવણીનું માધ્યમ (કોઈપણ એક માધ્યમ પસંદ કરો)

**પ્રસ્તાવકર્તા અને લીમિત માટે**  
પસંદ કરવામાં આવેલું માધ્યમ યોજનાના નિયમ અનુસાર પ્રસ્તાવકર્તાને ચૂકવવા ઉપયોગ કરાશે. જો નીચેનો કોઈ ઇલેક્ટ્રોનિક ચુકવણી વિકલ્પ પસંદ કરવામાં નહીં આવ્યો હોય તો કંપની કોઈપણ વૈકલ્પિક ચુકવણી વિકલ્પનો ઉપયોગ કરવાનો અનાધિત અધિકાર ધરાવે છે.

☐ ઈસીએસ ☐ ડાયરેક્ટ ડેબિટ (બેન્ક ઓફ બરોડા અને યુનિયન બેન્ક ઓફ ઈન્ડિયા) ☐ એનઈએફટી બેન્કનું નામ:   
અકાઉન્ટનો પ્રકાર ☐ કરન્ટ ☐ સેવિંગ્સ શાખાનું નામ:  બેન્ક અકાઉન્ટ નં.:

એમઆઈસીઆર:  (ઈસીએસ માધ્યમ માટે ફરજિયાત) આઈએફએસસી કોડ:  (એનઈએફટી માધ્યમ માટે ફરજિયાત)  
બેન્ક અકાઉન્ટ અનુસાર ગ્રાહકનું નામ:

**રૂપા કરી જો ઉકત કોઈપણ વિકલ્પ પસંદ કરવામાં નહીં આવ્યો હોય તો તમારા ચેકની કેન્સલ કોપી પૂરી પાડો**

**નોમિની 1 માટે--**  
પસંદ કરવામાં આવેલું માધ્યમ યોજનાના નિયમ અનુસાર નોમિનીને ચૂકવવા માટે કંપની દ્વારા ઉપયોગ કરાશે. જો નીચેનો કોઈપણ ઇલેક્ટ્રોનિક ચુકવણી વિકલ્પ પસંદ નહીં કરવામાં આવ્યો હોય તો કંપની કોઈપણ વૈકલ્પિક ચુકવણી વિકલ્પ ઉપયોગ કરવાનો અનાધિત અધિકાર ધરાવે છે.

☐ ડાયરેક્ટ ડેબિટ (બેન્ક ઓફ બરોડા અને યુનિયન બેન્ક ઓફ ઈન્ડિયા) ☐ એનઈએફટી બેન્કનું નામ:   
અકાઉન્ટનો પ્રકાર ☐ કરન્ટ ☐ સેવિંગ્સ શાખાનું નામ:  બેન્ક અકાઉન્ટ નં.:

આઈએફએસસી કોડ:  (એનઈએફટી માધ્યમ માટે ફરજિયાત)  
બેન્ક અકાઉન્ટ અનુસાર નોમિનીનું નામ:

**નોંધ:** એકથી વધુ નોમિનેશનના સંજોગોમાં રૂપા કરી સર્વ નોમિનીના બેન્ક અકાઉન્ટની વિગતો ઉમેરો

**એપોઈન્ટી માટે (નોમિની સગીર હોય તે કિસ્સામાં)--**  
પસંદ કરવામાં આવેલું માધ્યમ યોજનાના નિયમ અનુસાર એપોઈન્ટીને ચુકવણી કરવા માટે કંપની દ્વારા ઉપયોગ કરવામાં આવશે. ઉપરાંત કંપની ડાયરેક્ટ ડેબિટ માટે વિકલ્પ છતાં કિમાન્ડ ડ્રાફ્ટ / ચૂકવવાપાત્ર એટ પાર ચેક સહિત કોઈપણ વૈકલ્પિક ચુકવણી વિકલ્પનો ઉપયોગ કરવાનો અનાધિત અધિકાર ધરાવે છે.

☐ ડાયરેક્ટ ડેબિટ (બેન્ક ઓફ બરોડા) ☐ એનઈએફટી બેન્કનું નામ:   
બેન્ક અકાઉન્ટ નં.:  આઈએફએસસી કોડ:  એમઆઈસીઆર:

બેન્ક અકાઉન્ટ અનુસાર એપોઈન્ટીનું નામ:

**અસ્વીકાર:** જો કોઈપણ કારણ આપીને/ આપ્યા વિના મારા બેન્ક અકાઉન્ટમાં જમા નહીં થવાના કિસ્સામાં અથવા જો લેણદેણ વિલંબિત થાય અથવા અધૂરી/ બિનઅચૂક માહિતીના કારણસર બિલકુલ જમા નહીં કરી શકાય તો હું ઈન્ડિયાફર્સ્ટ લાઈફ ઇન્સ્યુરન્સ કં. લિ.ને જવાબદાર નહીં ધરીશ. ઉપરાંત કંપની ડાયરેક્ટ ડેબિટ વિકલ્પ અપનાવવા છતાં કિમાન્ડ ડ્રાફ્ટ/ ચૂકવવાપાત્ર એટ પાર ચેક સહિત કોઈપણ વૈકલ્પિક ચુકવણી વિકલ્પ ઉપયોગ કરવાનો અનાધિત અધિકાર ધરાવે છે.

5. વીમો કઢાવવાનો છે તેની આરોગ્યની ઘોષણા (ઘોષણા નહીં કરવી અથવા વાસ્તવિકતાનું ખોટું આલેખન કરવાથી દાવાની પતાવટ પર ઉચ્ચ પ્રભાવ પડી શકે છે)

a. ઊંચાઈ સેમીમાં:    / ફીટ  ઇંચ:   કિગ્રામાં વજન:

b. શું તમે કોઈ પણ જોખમી/ખતરનાક પ્રવૃત્તિમાં ભાગ લીધો છે કે લેવા માગો છો, જેમ કે, બલુનિંગ, માઉન્ટન સાઈક્લિંગ, મોટરબાઈક રેસિંગ, બોક્સિંગ, ગ્લાઈડિંગ, ડાઈવિંગ, ઘોડેસવારી, માર્શલ આર્ટ્સ, મોટર રેસિંગ, પર્વતારોહણ, પેરાશૂટિંગ, સેઈલિંગ, સ્કીઈંગ, વેઈટ લિફ્ટિંગ, વ્હાઈટ વોટર સ્પ્રિંગ, રેસલિંગ અને/અથવા લાઈસન્સડ સેવા પર ભાડું ચૂકવનાર પ્રવાસી તરીકે સિવાયનું ઉડાણ અથવા યાદીમાં નહીં હોય તેવી કોઈ અન્ય જોખમી/ખતરનાક પ્રવૃત્તિ. જો હા હોય તો કૃપા કરી તમારા સલાહકાર પૂરા પાડે તે વિશેષ પ્રશ્નોત્તરીમાં વિગતો પૂરી પાડો.

c. શું તમે નાણાકીય વર્ષમાં હાલમાં અથવા ભવિષ્યમાં છ મહિનાથી વધુ ભારતની બહાર રહેવા અથવા પ્રવાસ કરવા માગો છો? જો હા હોય તો કૃપા કરી મુલાકાત લેવાનો દેશ, મુલાકાતનો હેતુ અને મુદતની સંપૂર્ણ વિગતો પૂરી પાડો.

d. શું તમે છેલ્લા 12 મહિનામાં ઘૂમ્મણ કર્યું છે અથવા તમાકુનું કોઈ પણ સ્વરૂપ ઉપયોગ કર્યું છે? જો હા હોય તો કૃપા કરી કયા સ્વરૂપમાં તેનો સંકેત આપો:  
☐ સિગારેટ ☐ બીડી ☐ ચક્ષુગળું ☐ ગુટકા દિવસ દીઠ માત્રા

e. શું તમે શરાબનું કોઈ પણ સ્વરૂપ સેવન કર્યું છે? જો હા હોય તો કયો પ્રકાર? ☐ બિયર ☐ વાઈન ☐ હાર્ડ લિકર સપ્તાહ દીઠ માત્રા

f. શું તમે જાન્યુવી સ્થિતિઓ (જેમ જે, શરીર અને તાવ) સિવાય, ડોક્ટર દ્વારા મુકર્ર અથવા મુકર્ર નહીં કરાયું હોય તેવી કોઈ પણ ઔષધિ અથવા દવાઓ લઈ રહ્યા છો અથવા છેલ્લાં 5 વર્ષમાં કોઈ પણ બીમારી, વિકાર, વિકલાંગતા કે ઈજાથી પીડાયા છે, જેમાં કોઈ પણ સ્વરૂપનું તબીબી અથવા વિશિષ્ટ પરીક્ષણ (છાતીનો એક્સ-રે, ગાયનેકોલોજિકલ તપાસ, પેપ સ્મિયર અથવા લોહીનાં પરીક્ષણો), કન્સલ્ટેશન અથવા સર્જરીની આવશ્યકતા હોય?

g. શું તમને કોઈ પણ જન્મજાત/ જન્મે ખામી, પીઠ, કોરેક્ટર્સ, સ્નાયુઓ અથવા સાંધામાં દર્દ કે સમસ્યા, આર્થ્રાઈટિસ, ગાઉટ, તીવ્ર ઈજા કે અન્ય શારીરિક વિકલાંગતા છે અને છેલ્લા બે વર્ષ દરમિયાન લાગલગાટ ત્રણથી વધુ દિવસ કામ કરવામાં/ શાળામાં હાજરી આપવામાં અસક્ષમ હતા કે તમે હાલમાં કામ કરવામાં/ શાળામાં હાજરી આપવામાં અસક્ષમ છો? કૃપા કરી સામાન્ય ગર્ભાવસ્થાની અવગણના કરો.

h. શું તમે કોઈ પણ તબીબી બીમારીથી પીડાઓ અથવા પીડાઈ રહ્યા છો, જેમ કે, ડાયાબીટીસ, હાઈ બ્લડ પ્રેશર, કેન્સર, શ્વાસના રોગ (અસ્થમા સહિત), કિડની અથવા તિવરનો રોગ, સ્ટ્રોક, કોઈ લોહીના વિકાર, હૃદયની સમસ્યાઓ?

i. શું તમે હેપટાઈટિસ બી અથવા સી અથવા ટ્યુબરક્યુલોસિસ, સાઈકિયાટ્રિક વિકાર, ગમગીની, કોલાઈટિસ અથવા કોઈ અન્ય પેટની સમસ્યાઓ, થાઈરોઈડના વિકાર, પુનરુત્પાદક અવયવો, એચઆઈવી એઈડ્સ અથવા સંબંધિત ચેપ જેવી કોઈ પણ તબીબી બીમારીથી પીડાતા હતા કે ક્યારેય પીડાતા હતા?

j. શું તમે ગાંઠની વૃદ્ધિ, પ્રોસ્ટેટ વિકાર, ત્વચા અને લિમ્ફ ગ્રંથિઓના વિકાર, મલ્ટીપલ સ્કલેરોસિસ, ફેફસું, કંપારી, જૂઠાપણું, બળ્બે દેખાવું કે ચકકર, વાણીમાં વિકર, લકવો જેવી કોઈ પણ તબીબી બીમારીથી પીડાતા હતા અથવા પીડાયા હતા?

k. શું તમને એક્સ-રે, સીટી સ્કેન, મેમોગ્રામ, પેપ સ્મિયર વગેરે જેવી સર્જરી અથવા કોઈ પણ તબીબી તપાસની સલાહ અપાઈ છે/ તે કરાવ્યું છે?

l. શું તમે ક્યારેય ડ્રગ્સ/ નાર્કોટિક્સ અથવા શરાબનું વ્યસન હતું અથવા તમારું શરાબ/ તમાકુ સેવન ઓછું કરવા ડોક્ટર દ્વારા સલાહ આપવામાં આવી છે?

m. છેલ્લાં 3 વર્ષમાં તમે ઉપચાર કરાવ્યો છે, હાલમાં ઉપચાર કરાવી રહ્યા છો અથવા ડોક્ટર કે નિષ્ણાત પાસેથી ઉપચાર માટે સલાહ આપવામાં આવી છે અથવા કોઈ કાર્ડિયોલોજિકલ, રૅફિયોલોજી અથવા પેથોલોજિકલ પરીક્ષણો હેઠળ પસાર થયાં છો (રુટિન તપાસ સિવાય)?

n. શું તમારો વ્યવસાય કોઈ એવા ચોક્કસ જોખમ સાથે સંકળાયેલો છે, જેમાં તમે કોઈ પણ ઈજા અથવા બીમારીની શક્યતા હોય, જેમ કે, રસાયણની ફેક્ટરી, ખાણ, વિસ્ફોટક, કોરોઝિવ રસાયણો વગેરે?

o. શું છેલ્લા 1 વર્ષમાં તમારા વજનમાં 5 કિગ્રાથી વધુ ફેરફાર (વધ્યું/ ઘટ્યું) થયો છે? જો હા હોય તો વજન કેટલું વધ્યું (કિગ્રામાં)  અથવા ઓછું થયું  (કિગ્રામાં) લાભ/નુકસાન માટે કારણ

p. શું તમને ક્યારેય કોઈ પણ કોજદારી સજા/ પ્રવૃત્તિ/ ગુના માટે કસ્ટવાર ઠરાવવામાં આવ્યા છે?

q. શું તમે ઉપર ઉલ્લેખ કરાયો નથી તેવા કોઈ પણ અન્ય રોગ/ વિકારથી પીડાયા હતા/ પીડાઈ રહ્યા છો?

(જો ઉકત કોઈ પણ પ્રશ્ન સામે હા હોય તો કૃપા કરી અલગથી સંપૂર્ણ વિગતો અમને પૂરી પાડો (તારીખ, મુદત અને ઉપચાર, તબીબોનું નામ અને સરનામું સહિત)

વીમો કઢાવવાનો હોય તેવી ફક્ત મહિલાઓ માટે

a. શું તમે હાલમાં ગર્ભવતી છો? ☐ હા ☐ ના જો હા હોય તો સપ્તાહમાં મુદત  b. છેલ્લી પ્રસૂતિની તારીખ

c. કૃપા કરી ગર્ભાવસ્થા દરમિયાન કોઈ ગૂંચ હોય તો નોંધ કરો?

6. ઈન્શ્યુરન્સ રિપોઝિટરી

મોજૂદ ઈ-ઈન્શ્યુરન્સ અકાઉન્ટ (ઈ-આઈએ) ધારક કૃપા કરી આઈએ અને આઈઆર નામ પૂરું પાડો

|             |                      |
|-------------|----------------------|
| ઈ-આઈએ નંબર  | <input type="text"/> |
| આઈઆરનું નામ | <input type="text"/> |

નવું ઈ-ઈન્શ્યુરન્સ અકાઉન્ટ ખોલાવો- કૃપા કરી નિમ્નલિખિતમાંથી રિપોઝિટરી પસંદ કરો

| આઈઆર કોડ | આઈઆરનું નામ                                                     |
|----------|-----------------------------------------------------------------|
| 01.      | એનએસડીએલ ડેટાબેઝ મેનેજમેન્ટ લિમિટેડ <input type="checkbox"/>    |
| 02.      | સેન્ટ્રલ ઈન્શ્યુરન્સ રિપોઝિટરી લિમિટેડ <input type="checkbox"/> |
| 03.      | કાર્વી ઈન્શ્યુરન્સ રિપોઝિટરી લિમિટેડ <input type="checkbox"/>   |
| 04.      | કેમ્સ રિપોઝિટરી સર્વિસ લિમિટેડ <input type="checkbox"/>         |

7. શું તમને પોલિસી દસ્તાવેજની પ્રત્યક્ષ નકલ જોઈએ છે? ☐ હા ☐ ના ☐

8. સામાન્ય

મેં/અમે પ્રસ્તાવ કોર્મમાં લાભનું ઢ્રષ્ટાંત અને પ્રશ્નો સમજી લીધા છે અને હું/અમે તેમના સચ્ચાઈ, સંપૂર્ણતા અને અચૂક રીતે ઉત્તરો આપ્યા છે. હું/અમે વધુમાં જાહેર કરીએ છીએ કે મેં/અમે જોખમના વીમાકંઠમાં ઈન્ડિયાફર્ટ લાઈફ ઈન્શ્યુરન્સ કંપની લિમિટેડ (હવે પછી “કંપની”) તરીકે સંબોધિત કરાશે)ના નિર્ણયને અસર કરી શકે તેવી કોઈ પણ ભૌતિક વાસ્તવિકતા અથવા માહિતી છુપાવી નથી અને મારા/અમારા દ્વારા પ્રસ્તાવ કોર્મ, પૂર્તિના દસ્તાવેજોમાં પૂરી પાડવામાં આવેલી માહિતિ અને તબીબી પરીક્ષણના કિસ્સામાં તબીબી પરીક્ષકને પૂરી પાડવામાં આવેલી માહિતી મારી/અમારી અને કંપની વચ્ચે કરાવેલો આધાર બનશે અને જો છેતરપિંડી, ખોટું આલેખન અને માહિતી છુપાવવી કે ભૌતિક વાસ્તવિકતા છુપાવવાના કિસ્સામાં પોલિસી કરાર સમયાંતરે સુધારણા અનુસાર વીમા ધારા 1938ની કલમ 45 અનુસાર ગણવામાં આવશે. હું/અમે આરોગ્યની મારી વર્તમાન સ્થિતિ, ગત આરોગ્યનો ઇતિહાસ અને મારા/અમારા દ્વારા હાથ ધરાવતા કામના પ્રકાર સંબંધમાં કોઈ પણ માહિતી કંપનીને જાહેર કરવામાં કોઈ પણ ડોક્ટર, હોસ્પિટલ કે કંપની (ગત કે મોજૂદ)ને જાહેર કરવા અધિકૃતિ આપું છું અને નિર્દેશિત કરું છું. હું/અમે જોખમ અને વીમો આપવા આકલન કરવા માટે કંપની દ્વારા આવશ્યક હોઈ શકે તે અનુસાર સર્વ તબીબી પરીક્ષણો હેઠળ પસાર થવાની બાંધદારી આપીએ છીએ. હું/અમે વધુમાં સંમતિ આપીએ છીએ કે જો પ્રસ્તાવ સુપરત કરવાની તારીખ પછી અથવા પોલિસી જારી કરવા પૂર્વે (i) જોખમ વીમાકંઠ કરવામાં કંપનીના નિર્ણયને અસર કરી શકે તેવી મારી/અમારી વ્યવસાય, નાણાકીય સ્થિતિ, આરોગ્યની સ્થિતિમાં માહા ફેરફાર અથવા (ii) જો મારા/અમારા જીવન અથવા વીમો કઢાવવાનો છે તેણે કોઈ પણ વીમા કંપનીને બાંધદારીનો પ્રસ્તાવ અથવા પોલિસી પુનર્જીવિત કરવા માટે અરજી વધતા પ્રીમિયમે પાછી ખેંચાય અથવા પડતી, મોકૂફ કરાય, નંસારાય અથવા સ્વીકારાય અથવા પ્રસ્તાવિત સિવાય પૂર્વાધિકાર અથવા નિયમોને આધીન કરાય તો હું/અમે લેખિતમાં કંપનીને તેની જાણકારી આપીશું. જો મારા/અમારા ભાગે આવું કરવામાં નિષ્ફળ જઈએ તો આ બાંધદારી ફોર્ક ઇન્ડર અને પોલિસી સમયાંતરે સુધારણા અનુસાર વીમા ધારા 1938ની કલમ 45 અનુસાર હાથ ધરાશે. હું/અમે સમજીએ છીએ કે આ અરજી હેઠળ લાગુ રહ્યા મારી અરજીની મંજૂરી અને કંપની દ્વારા આવશ્યક પ્રીમિયમની પ્રાપ્તિ પછી લાગુ થશે. હું/અમે અત્રે જાહેર કરીએ છીએ કે પ્રીમિયમ પ્રિવેન્શન ઓફ મની લોન્ડરિંગ એક્ટ 2002 અથવા કોઈ પણ અન્ય લાગુ કાયદામાં આપવામાં આવેલી કોઈ પણ કોજદારી પ્રવૃત્તિઓ/ગુનાઓની પ્રાપ્તિએમાંથી ઊપજાવવામાં આવ્યું નથી. હું સમજું છું કે તબીબી પરીક્ષણ અથવા તેના હિસ્સા પછી મારા દ્વારા આ અરજી પાછી ખેંચી લેવામાં આવે તો કંપની જો કોઈ હોય તો, તબીબી પરીક્ષણ/ચકાસણી પર ઉદભવેલા ખર્ચને કાપ્યા પછી પ્રીમિયમ ડિપોઝિટ પરત કરશે.

કિફિટલ પોલિસી દસ્તાવેજ ઘોષણા:

મારી વિગતો સુપરત કરીને હું અત્રે ઈન્ડિયાફર્ટ લાઈફ અને તેના અધિકૃત પ્રતિનિધિઓને મારો સંપર્ક કરવા અને એસએમએસ/ઈમેઈલ/ફોન/પત્ર/વ્હોટ્સએપ અને/અથવા મારી નોંધણીકૃત ઈમેઈલ આઈડી/ ફોન નંબર પર સંદેશવ્યવહારના કોઈ પણ અન્ય ઇલેક્ટ્રોનિક માધ્યમ થકી માહિતી/ સંદેશવ્યવહાર મોકલવા અને અધિકૃતિ આપું છું. હું અત્રે સંમતિ આપું છું કે ઈન્ડિયાફર્ટ લાઈફ આઈઆરડીએઆઈ દ્વારા અધિકૃતિ અનુસાર સરકારી સંસ્થાઓ/ કાનૂની સંસ્થાઓ/ સંસ્થાઓ, પોલિસી જારી કરવા, ડેટા એનલાઈવિટિસ અને ઈન્ડિયાફર્ટ લાઈફ દ્વારા આવશ્યક હોઈ શકે તે અન્ય સંબંધિત યોગ્ય સૂચબાઓની પ્રવૃત્તિઓના હેતુથી થઈ પાર્ટી સેવા પ્રદાતાઓ અને ભાગીદારો અને સંલગ્નિતો સાથે મારો અંગત ડેટા/ માહિતી સંગ્રહ, આદાનપ્રદાન, પ્રક્રિયા અને ઉપયોગ કરી શકશે.

આ મંચ પર માહિતીની ઘોષણા મારી ઈચ્છાપૂર્વકની સંમતિ સાથે કરાઈ છે. હું વધુમાં પહેંચ અને સંમતિ આપું છું કે ઈન્ડિયાફર્ટ લાઈફ અહીં પૂરો પાડેલો ડેટાનો કોઈ પણ ભંગ, નુકસાન કે અનધિકૃત ઘોષણા માટે ઉત્તરદાયી નહીં રહેશે.

હું અત્રે એએમએ- ઈ-કેવાયસી વેરિફિકેશન સહિત પ્રસ્તાવ કોર્મમાં મારા દ્વારા પૂરી પાડવામાં આવ્યા મુજબ માહિતી સંબંધમાં યોગ્ય વિચારવિનિમય હાથ ધરવા અને જરૂરી વેરિફિકેશન હેતુઓ અને/અથવા પોલિસી સેવાના હેતુથી નિયામક આઈઆરડીએઆઈ દ્વારા અધિકૃતિ અનુસાર સરકારી સંસ્થાઓ/ કાનૂની પ્રશાસન/ સંસ્થાઓ સાથે ડેટા/માહિતી સંગ્રહ/આદાનપ્રદાન પણ કરવા પણ સંમતિ આપે છે.

“જરૂરોનું વિશ્લેષણ” પ્રક્રિયા થકી પસાર થયા પછી હું અત્રે સમર્થન આપું છું કે ભલામણ કરેલી યોજના અને તેની વિશિષ્ટતાઓ મારા સંતોષમાં સમજાવવામાં આવી છે અને તે મારી વર્તમાન વીમાની જરૂરો સાથે સુમેળ સાધે છે.

“હું/અમે અત્રે સેન્ટ્રલ કેવાયસી રેકૉર્ડસ રજિસ્ટ્રી પાસેથી સીકિવાયસી રેકૉર્ડ પ્રાપ્ત/ ડાઉનલોડ કરવા માટે કંપનીને સંમતિ આપું છું. હું/અમે અત્રે પાસપોર્ટ સેવા, પરિવહન સેવા, ભારતના ચૂંટણીપંચ જેવા નિયામક/ કાનૂની પ્રશાસન દ્વારા અધિકૃતિ અનુસાર સરકારી સંસ્થાઓ/ સંસ્થાઓ પાસેથી કેવાયસી વિગતો પ્રાપ્ત/ ડાઉનલોડ કરવા કંપનીને સંમતિ આપું છું.”

એનઆરઆઈ/પીઆઈઓ ઘોષણા: એનઆરઆઈ/પીઆઈઓ ઘોષણા: અરજી કોર્મમાં ઓટીપી થકી સંમતિ પૂરી પાડીને હું/અમે અત્રે સમર્થન આપીએ છીએ કે એનઆરઆઈ/પીઆઈઓની વિગતો મેં/અમે પ્રશ્નોત્તરીમાં પૂરી પાડી છે તે મારા/અમારા જ્ઞાન પ્રમાણે સાચી અને ગોળબર છે. પ્રણાલીમાં કથિત નંબર ફીડ કરીને હું અત્રે ઉકત ઘોષણાને તેની સંપૂર્ણતામાં પહેંચ આપું છું અને તે કંપની અને મારી વચ્ચે કાનૂની રીતે બંધનકારક કરાર નિર્માણ કરશે.

☐ હું અત્રે ઈન્ડિયાફર્ટ લાઈફ ઈન્શ્યુરન્સ કં. લિ.ને મારી વીમાની અરજી માટે કેવાયસી વેરિફિકેશનના હેતુથી સેન્ટ્રલ કેવાયસી રેકૉર્ડસ રજિસ્ટ્રી (સીઈઆરએસએઆઈ)/ થર્ડ પાર્ટી પાસેથી મારી કેવાયસી નોંધ લઈ શકશે અથવા હું અત્રે ઈન્ડિયાફર્ટ લાઈફ ઈન્શ્યુરન્સ કં. લિ.ને મારી વીમા પોલિસી જારી કરવા માટે તેમની સાથે કોપીરેટ એગ્રન્ટ તરીકે કામ કરતી બેન્ક પાસેથી મારી કેવાયસી વિગતો/સીકિવાયસી નંબર લઈ શકશે.

☐ હું અત્રે ઈન્ડિયાફર્ટ લાઈફ ઈન્શ્યુરન્સ કં. લિ.ને પોલિસી મુક્રણ, મોકલવું અને જ્યાં પણ આવશ્યક હોય ત્યાં સર્વ પોલિસી સર્વિસિંગના હેતુથી થર્ડ પાર્ટી સાથે કેવાયસી વિગતો સહિત મારી અંગત વિગતો આદાનપ્રદાન કરવા અધિકૃતિ આપું છું.

વીમો કઢાવવાનો છે તેની સહી અથવા અંગૂઠાનું નિશાન

**સહીની ખરાઈ (સિંગલ ફેક્ટર ખરાઈ):** ઓટીપી ઓથેન્ટિકેશન નંબર તમારા નોંધપાત્ર મોબાઇલ નંબર પર મોકલવામાં આવ્યો છે. પ્રણાલીમાં કથિત નંબર ફીડ કરીને તમે અત્રે તેની સંપૂર્ણતામાં ઘોષણાને પહોંચ આપો છું અને તે કંપની અને તમારી વચ્ચે કાનૂની રીતે બંધનકારક કરાર નિર્માણ કરશે.

**વીમા ધારા 1938ની કલમ 41, સમયાંતરે સુધારણા અનુસાર:** કોઈ પણ વ્યક્તિને પ્રત્યક્ષ અથવા અપ્રત્યક્ષ, ભારતમાં જીવન કે મિલકત સંબંધમાં જોખમના કોઈ પણ પ્રકારના સંબંધમાં વીમો કઢાવવા કે નવીનીકરણ કરવા કે ચાલુ કરવા, યોજના પર ચૂકવવાપાત્ર કમિશન કે દર્શાવવામાં આવેલાં પ્રીમિયમ પર કોઈ પણ રિબેટ સંપૂર્ણ કે હિસ્સામાં કોઈ પણ રિબેટ લેવા કોઈ પણ વ્યક્તિને આગ્રહ તરીકે મંજૂર કે ઓફર કરશે નહીં કે કોઈ વ્યક્તિ યોજના લે અથવા નવીનીકરણ કરાવે અથવા ચાલુ રાખે તેની સામે કોઈ રિબેટ સ્વીકારશે નહીં, સિવાય કે આવા રિબેટ વીમા કંપનીના પત્રક અથવા કોષ્ટકમાં મુશ્કિત અંતર્ગત મંજૂર કરાયા હોય. આ કલમની જોગવાઈઓનું પાલન કરવામાં કોઈ પણ વ્યક્તિ કસ્ટર કરશે તો દંડ માટે ઉત્તરદાથી બનશે, જે દસ લાખ રૂપિયા સુધી વધારી શકાય છે.

**વીમા ધારા 1938ની કલમ 45નો સારાંશ, સમયાંતરે સુધારણા અનુસાર:** જીવન વીમાની કોઈ પણ પોલિસી પોલિસીની તારીખથી, એટલે કે, પોલિસી જારી કર્યાની તારીખથી અથવા પોલિસી રિવાઈવલની તારીખથી અથવા પોલિસી રિવાઈવલની તારીખથી અથવા પોલિસી રિવાઈવલની તારીખથી, જે પણ પહેલા આવે ત્યારથી ત્રણ વર્ષની સમાપ્તિ પછી કોઈ પણ કારણોસર પોલિસી સામે પ્રશ્ન નહીં ઉઠાવી શકાશે. જીવન વીમાની પોલિસી ઠગાઈનું કારણ આપીને પોલિસી જારી કર્યાની તારીખથી અથવા જોખમ આરંભની તારીખથી અથવા પોલિસી રિવાઈવલની તારીખથી અથવા પોલિસી માટે રાઈડરની તારીખથી, જે પણ પહેલા આવે ત્યારથી ત્રણ વર્ષની અંદર પોલિસી સામે પ્રશ્ન ઉઠાવી શકાશે. આવો નિર્ણય જેની પર આધારિત હોય તે કારણો અને સમગ્રીઓ વીમિત, વીમિતના કાનૂની પ્રતિનિધિઓ અથવા નોમિનીઓ કે એસાઈનીઓને લેખિતમાં જાણ કરવાની રહેશે. કોઈ પણ વીમા કંપની છેતરપિંડીના કારણસર જીવન વીમા પોલિસી નકારી નહીં શકે જો વીમિત સિદ્ધ કરી શકે કે ગેરનિવેદન અથવા ભૌતિક વાસ્તવિકતાઓ છુપાવવામાં આવી તે તેના શ્રેષ્ઠ જ્ઞાન અને માન્યતા પ્રમાણે સાચી છે અથવા વાસ્તવિકતા અથવા આવું ગેરનિવેદન છુપાવવાનો અથવા ભૌતિક વાસ્તવિકતા દબાવવાનો, જે વીમા કંપનીના જ્ઞાનમાં હતી તે છુપાવવાનો જાણીબૂજીને હેતુ નહોતો એવું વીમિત સિદ્ધ કરે તો જીવન વીમા પોલિસી નામંજૂર નહીં કરી શકે. સિવાય કે છેતરપિંડીના કિસ્સામાં પોલિસીધારક જીવિત નહીં હોય તે સંજોગોમાં જૂઠાણું નકારવાની જવાબદારી લાભાર્થીઓ પર હોય. વીમા કંપની ગેરનિવેદન અથવા ભૌતિક વાસ્તવિકતા છુપાવી હોવાના કારણસર પોલિસી નકારાઈ હોય અને છેતરપિંડીનાં કારણસર નહીં તો નકારની તારીખ સુધી પોલિસી પર ભેગાં થયેલાં પ્રીમિયમ આવા નકારની તારીખથી નેઉ દિવસના સમયગાળામાં વીમિતને અથવા વીમિતના કાનૂની પ્રતિનિધિ અથવા નોમિની અથવા એસાઈનીને વીમા કંપની દ્વારા ચૂકવવામાં આવશે. આ કલમની સંપૂર્ણ વિગતો અને ‘પોલિસીની તારીખ’ની વ્યાખ્યા માટે કરીને સમયાંતરે સુધારણા અનુસાર વીમા ધારા 1938ની કલમ 45 જુઓ.

ગ્રાહકોને ઈન્ડિયાફર્સ્ટ લાઈફ ઈન્સ્યુરન્સના એડવાઈઝરો/કર્મચારીઓ/વીમા એજન્ટોને રોકડ અથવા બેરર સાધન થકી વીમાનું પ્રીમિયમ (આરંભિક અથવા રિન્યુઅલ) નહીં ચૂકવવાની સલાહ છે. ઈન્ડિયાફર્સ્ટ લાઈફ ઈન્સ્યુરન્સના એડવાઈઝરો/ કર્મચારીઓ/ વીમા એજન્ટો રોકડ અથવા બેરર સાધનમાં પ્રીમિયમ પ્રાપ્ત કરવા માટે અધિકૃતિ ધરાવતા નથી. કોઈ પણ ઈન્ડિયાફર્સ્ટ લાઈફ ઈન્સ્યુરન્સના એડવાઈઝરો/ કર્મચારીઓ/ વીમા એજન્ટોને રોકડ અથવા બેરર સાધન અપાતાં તે તમારા પોતાના જોખમે રહેશે અને કંપની કોઈ રીતે આ સંબંધમાં કોઈ પણ નુકસાન માટે જવાબદાર નહીં રહેશે. વીમા પ્રીમિયમના ચેક ફક્ત ઈન્ડિયાફર્સ્ટ લાઈફ ઈન્સ્યુરન્સ કંપની લિ. (પ્રથમ પ્રીમિયમ માટે પ્રસ્તાવ નં./રિન્યુઅલ પ્રીમિયમ માટે પોલિસી નં. ચેકની પાછળ લખવાનું આવશ્યક છે)ને નામે જ આપવા. ચેક દ્વારા કરવામાં આવતી ચુકવણી તે ઈન્ડિયાફર્સ્ટ લાઈફ ઈન્સ્યુરન્સના કોઈ પણ કાર્યાલય અથવા તેના અધિકૃત કલેક્શન સ્થળે પ્રાપ્ત થાય અને કંપની દ્વારા વિધિસર રસીદ જારી કરવામાં આવે ત્યારે જ તે પ્રાપ્ત થયો છે એવું ધારવામાં આવશે.

### 9. પ્રાદેશિક ભાષામાં અથવા નિરક્ષર વ્યક્તિઓ દ્વારા સહી માટે ઘોષણા

1. ફોર્મ ભરનારી વ્યક્તિ દ્વારા પ્રાદેશિક ભાષામાં ઘોષણા (જો પ્રસ્તાવ ફોર્મમાં હોય તેનાથી અલગ ભાષામાં ફોર્મ ભરાયું હોય/સહી કરાઈ હોય તે કિસ્સામાં).  
હું અત્રે નોંધ કરું છું કે ઈન્ડિયાફર્સ્ટ લાઈફ ઈન્સ્યુરન્સ કં. લિ.ના પ્રસ્તાવ ફોર્મના મુદ્દાઓ પ્રસ્તાવકર્તા/વીમિતને વાંચી સંભળાવ્યા અને સમજાવ્યા છે અને તે/તેણીએ તે સમજ્યા છે. હું જાહેર કરું છું કે મેં અહીં ઉપર જે પણ નોંધ કર્યું છે કે મારા શ્રેષ્ઠ જ્ઞાન અને માન્યતા પ્રમાણે સાચું અને અચૂક છે.

ઘોષણાકર્તાનું નામ: \_\_\_\_\_ સહી: \_\_\_\_\_ અથવા ઓટીપી વેરિફાઈડ ☐ વીમિત/પ્રસ્તાવકર્તા સાથે સંબંધ \_\_\_\_\_

ઘોષણાકર્તાનું સરનામું: \_\_\_\_\_

નોંધ: ઘોષણાકર્તાની ઓળખ આસાનીથી સ્થાપિત થવી જોઈએ અને તે/ તેણી કોઈ પણ ક્ષમતામાં વીમા કંપની સાથે જોડાયેલી નહીં હોવી જોઈએ.

2. જો વીમિત/પ્રસ્તાવકર્તા નિરક્ષર હોય તો તેના/તેણીના અંગૂઠાનું નિશાનને જેની ઓળખ આસાનીથી સ્થાપિત થઈ શકે પરંતુ વીમા કંપની સાથે જોડાયેલી નહીં હોય તેવી વ્યક્તિ દ્વારા પ્રમાણિત કરવાનું રહેશે અને આ ઘોષણા તેના દ્વારા કરવાની રહેશે.

“હું અત્રે ઘોષિત કરું છું કે મેં પ્રસ્તાવ ફોર્મના ઉક્ત પ્રશ્નો અને મુદ્દાઓ વીમિત/પ્રસ્તાવકર્તાને \_\_\_\_\_ ભાષામાં સમજાવ્યા છે અને વીમિત/પ્રસ્તાવકર્તાએ તેમાંના મુદ્દાઓ સંપૂર્ણ સમજી લીધા પછી ઉક્ત અંગૂઠાનું નિશાન લગાવ્યું છે.”

ઘોષણાકર્તાનું નામ: \_\_\_\_\_ સહી: \_\_\_\_\_ અથવા ઓટીપી વેરિફાઈડ ☐ વીમિત/પ્રસ્તાવકર્તા સાથે સંબંધ \_\_\_\_\_

ઘોષણાકર્તાનું સરનામું: \_\_\_\_\_

3. વિકલાંગતા સાથેની વ્યક્તિના અધિકૃત પ્રતિનિધિ દ્વારા ઘોષણા

હું \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ ના પુત્ર/ પુત્રી, પુખ્ત છું અને \_\_\_\_\_ ખાતે રહું છું, જે સાથે અત્રે નીચે મુજબ સત્યનિષ્ઠા સાથે ઘોષિત કરું છું કે:

પ્રસ્તાવકર્તા વિકલાંગતા સાથેની વ્યક્તિ છે અને તેને પ્રસ્તાવ ફોર્મ સંપૂર્ણ ભરવા સહાયની આવશ્યકતા છે. હું પ્રસ્તાવકર્તા વતી આ પ્રસ્તાવ ફોર્મ ભરવા માટે સક્ષમ કોર્ટ/પ્રશાસન દ્વારા ચોગ્ય અધિકૃતિ ધરાવું છું. મેં પ્રસ્તાવ ફોર્મના મુદ્દાઓ શ્રી/શ્રીમતી/કુમારી \_\_\_\_\_ ને વાંચી સંભળાવ્યા છે અને સંપૂર્ણ સમજી લીધા છે અને તે/ તેણીએ પ્રસ્તાવિત કરારનું મહત્વ સમજી લીધું છે. મેં સત્ચાઈપૂર્વક અને અચૂકતાથી પ્રસ્તાવ ફોર્મમાં પ્રસ્તાવકર્તા દ્વારા આપવામાં આવેલા જવાબો નોંધ્યા છે.

સત્યનિષ્ઠાપૂર્વક \_\_\_\_\_ ના રોજ.

અધિકૃત પ્રતિનિધિની સહી અથવા ઓટીપી વેરિફાઈડ ☐

અધિકૃત પ્રતિનિધિ સાથે સંબંધ

હું પ્રમાણિત કરું છું કે પ્રસ્તાવ ફોર્મમાંના મુદ્દાઓ મને સ્પષ્ટ રીતે સમજાવવામાં આવ્યા છે અને મેં તે સંપૂર્ણ સમજી લીધા છે. હું વધુમાં પ્રમાણિત કરું છું કે પ્રસ્તાવ ફોર્મમાંના જવાબો મારા દ્વારા પૂરી પાડવામાં આવેલી માહિતી અનુસાર નોંધ કરવામાં આવ્યા છે.

વીમો કઢાવવાનો છે તે વ્યક્તિની સહી અથવા અંગૂઠાનું નિશાન:

### 17. ઈન્ટરમિજિયરી વિગતો

ઈન્ટરમિજિયરીનું નામ \_\_\_\_\_ લાઈસન્સ નંબર \_\_\_\_\_

એજન્ટ/નિર્દિષ્ટ એજન્ટોની સહી

ઈન્ટરમિજિયરીની મુદ્રા

એજન્ટ/નિર્દિષ્ટ એજન્ટોની સહી \_\_\_\_\_ લાઈસન્સ કોડ \_\_\_\_\_

**IndiaFirst Life Insurance Company Ltd.,**

12th and 13th Floor, North [C] Wing, Tower 4, Nesco IT Park, Nesco Center,  
Western Express Highway, Goregaon (East), Mumbai - 400063,  
IRDAI Regd. No. 143 | CIN: U66010MH2008PLC183679.

**Tel:** +91 22 6165 8700 **Fax:** +91 22 6857 0600 **Toll Free:** 1800-209-8700

**E-mail:** customer.first@indiafirstlife.com

**Website:** www.indiafirstlife.com