

2. प्रस्तावकाचे तपशील (जीवन विमाधारक आणि प्रस्तावक एकच असल्यास कृपया तपशील भरावे)

3. नामनिर्देशित/नेमणूक केलेल्या व्यक्तीचे नाव (नामनिर्देशित व्यक्ती अज्ञात असल्यासच नेमणूक केलेल्या व्यक्तीचे तपशील आवश्यक आहेत)

नॉमिनी व्यक्तीचे नाव	टक्केवारी शेअर	नॉमिनी व्यक्तीची जन्मतारीख	नॉमिनी व्यक्तीचे वय	मोबाईल क्रमांक	ईमेल-आयडी	नॉमिनी व्यक्तीचा सध्याचा पत्ता	नॉमिनी व्यक्तीचा कायमचा पत्ता	नॉमिनीशी नातं

नियुक्त व्यक्तीचे नाव	जन्मतारीख	वय	लिंग	नॉमिनी व्यक्तीशी नाते	नियुक्त व्यक्तीचा पत्ता

4. प्लॅनचा तपशील

	पॉलिसीचा कालावधी (वर्षे)	प्रीमियम भरण्याचा कालावधी (वर्षे)	हप्त्याचा प्रीमियम (रुपये)	विम्याची रक्कम
इंडियाफर्स्ट लाइफ सरल बचत बिमा प्लॅन				
इंडिया फर्स्ट वेवर ऑफ प्रीमियम रायडर ☐ पर्याय 1 ☐ पर्याय 2 ☐ पर्याय 3				-

डेथ बेंफिट पर्याय ☐ एकरकमी ☐ इंकम (5 वर्षे) **हप्त्याची वारंवारता:** ☐ वार्षिक ☐ सहामाही ☐ तिमाही ☐ मासिक (फक्त ईसीएस/डायरेक्ट डेबिट).
*ईसीएस/डीडी रद्द केलेल्या चेकसोबत आणि बँकेच्या ब्रँचकडून डीडी मॅडेटी पडताळणी व्हावी. नूतनीकरण प्रीमियम पेमेंट पर्याय 1, *स्थायी सूचना ☐ 2. चेक ☐

नोंद: मासिक पद्धतीच्या पर्यायासाठी पहिल्या तीन महिन्यांचा प्रीमियम पहिला हप्ता म्हणून भरावा लागेल. पहिल्या किंवा नूतनीकरण प्रीमियमसाठी केलेले कोणतेही रोख/चेक/डीडी पेमेंट इंडियाफर्स्ट लाइफ इन्शुरन्स कंपनी लिमिटेडला त्यांच्या कोणत्याही कार्यालयातून किंवा त्यांच्या अधिकृत बँकिंग भागीदारांकडून किंवा संकलन केंद्रातून प्राप्त झाले असेल आणि कंपनीने अधिकृत छापील पावती जारी केल्यानंतर मिळाले आहे असे मानले जाते. धनादेश फक्त इंडियाफर्स्ट लाइफ इन्शुरन्स कंपनी लिमिटेडच्या नावे काढले पाहिजेत (पहिल्या प्रीमियमसाठी अर्ज क्रमांक/नूतनीकरण प्रीमियमसाठी पॉलिसी क्रमांक चेकच्या मागे लिहिलेला असावा). टीप: रोख/चेक/डीडी मध्ये पेमेंट स्वीकारण्यासाठी संकलन केंद्र/केंद्र कंपनीने वेळोवेळी निर्दिष्ट केल्याप्रमाणे असतील.

तृतीय पक्ष पेमेंट: मी येथे घोषित करतो की माझ्या पॉलिसी अंतर्गत मी घेतलेला पेमेंट मोड माझा आहे आणि या संदर्भात कोणत्याही विधानात कोणतीही चूक असल्यास त्याची संपूर्ण जबाबदारी मी घेतो.

5. लाभ देयक पद्धत (फक्त एकच पद्धत निवडा)

प्रस्तावक आणि जीवन विमाधारकासाठी
योजनेच्या अटीनुसार प्रस्तावकाला पैसे देण्यासाठी कंपनी निवडलेल्या पद्धतीचा वापर करेल. जर खालीलपैकी कोणताही इलेक्ट्रॉनिक पेआउट पर्याय निवडला नाही, तर कंपनी कोणताही पर्यायी पेआउट पर्याय वापरण्याचा अधिकार राखून ठेवते.
☐ ईसीएस ☐ डायरेक्ट क्रेडिट (बँक ऑफ बडोदा आणि युनियन बँक ऑफ इंडिया) ☐ एनईएफटी बँकेचे नाव:
खात्याचा प्रकार ☐ चालू ☐ बचत शाखेचं नाव: बँक खाते क्रमांक:
एमआयसीआर: (ईसीएस मोडसाठी अनिवार्य) आयएफएससी कोड: (एनईएफटी मोडसाठी अनिवार्य)
बँक खात्यानुसार ग्राहकाचे नाव:
वरीलपैकी कोणताही पर्याय निवडल्यास कृपया तुमच्या चेकची रद्द केलेली प्रत द्या.

नॉमिनी 1 साठी-
योजनेच्या अटीनुसार कंपनी नॉमिनीला पैसे देण्यासाठी निवडलेल्या पद्धतीचा वापर करेल. जर खालीलपैकी कोणताही इलेक्ट्रॉनिक पेआउट पर्याय निवडला नाही, तर कंपनी कोणताही पर्यायी पेआउट पर्याय वापरण्याचा अधिकार राखून ठेवते.
☐ डायरेक्ट क्रेडिट (बँक ऑफ बडोदा आणि युनियन बँक ऑफ इंडिया) ☐ एनईएफटी बँकेचे नाव:
खात्याचा प्रकार ☐ चालू ☐ बचत शाखेचं नाव: बँक खाते क्रमांक:
आयएफएससी कोड: (एनईएफटी मोडसाठी अनिवार्य)
बँक खात्यानुसार नॉमिनीचे नाव:
टीप: अनेक वारस असतील तर कृपया त्यांच्या बँक खात्याचे तपशील द्या

नियुक्त व्यक्तीसाठी (जर नॉमिनी व्यक्ती अल्पवयीन असेल तर) -
योजनेच्या अटीनुसार नियुक्त व्यक्तीला पैसे देण्यासाठी कंपनी निवडलेल्या पद्धतीचा वापर करेल. जर खालीलपैकी कोणताही इलेक्ट्रॉनिक पेआउट पर्याय निवडला गेला नाही, तर कंपनी कोणताही पर्यायी पेआउट पर्याय वापरण्याचा अधिकार राखून ठेवते.
☐ डायरेक्ट क्रेडिट (बँक ऑफ बडोदा आणि युनियन बँक ऑफ इंडिया) ☐ एनईएफटी बँकेचे नाव:
खात्याचा प्रकार ☐ चालू ☐ बचत शाखेचं नाव: बँक खाते क्रमांक:
आयएफएससी कोड: (एनईएफटी मोडसाठी अनिवार्य)
बँक खात्यानुसार नियुक्त व्यक्तीचे नाव:

अस्वीकरण: जर माझ्या बँक खात्यात कोणतेही कारण न देता/न देता पैसे जमा झाले नाहीत किंवा अपूर्ण/चुकीच्या माहितीमुळे व्यवहाराला उशीर झाला किंवा अजिबात जमा झाला नाही, तर मी इंडियाफर्स्ट लाइफ इन्शुरन्स कंपनी लिमिटेडला जबाबदार धरणार नाही. शिवाय, कंपनीने डायरेक्ट क्रेडिट पर्याय निवडला असला तरी डिमांड ड्राफ्ट/पेएबल अँट पार चेकसह कोणताही पर्यायी पेमेंट पर्याय वापरण्याचा अधिकार राखून ठेवला आहे.

6. जीवनविमाधारकासाठी आरोग्याबाबतची घोषणा (माहिती घोषित न केल्यास किंवा चुकीची माहिती देण्यात आल्यास दावा समायोजनावर त्याचा गंभीर परिणाम होईल)*

☐ मी जाहीर करतो की माझी तब्येत चांगली आहे. मी येथे जाहीर करतो की, या घोषणेच्या तारखेपर्यंत, मला उच्च रक्तदाब, छातीत दुखणे, हृदयविकाराचा झटका किंवा इतर कोणत्याही हृदयरोगाचा इतिहास नाही, मला कधीही त्रास झाला नाही किंवा सध्याही झाला नाही; स्ट्रोक, क्षणिक इस्केमिक अटॅक किंवा इतर कोणताही सेरेब्रोव्हस्कुलर रोग; मधुमेह किंवा इतर कोणताही अंतःस्रावी आजार; मूत्रपिंडाचा आजार; एचआयव्ही/एड्स किंवा एड्सशी संबंधित गुंतागुंत; कोणताही कर्करोग किंवा ट्यूमर; दमा किंवा इतर कोणताही श्वसन रोग; कोणताही मानसिक किंवा मज्जासंस्थेचा आजार; हिपॅटायटीस किंवा इतर कोणताही यकृत रोग; रक्त विकार; पचन आणि आतड्यांचे विकार; अर्धांगवायू, शारीरिक अपंगत्व किंवा हाडे, मणक्याचे किंवा स्नायूंचे इतर कोणतेही विकार; वर उल्लेख न केलेला कोणताही इतर आजार, विकार किंवा अपंगत्व आणि सामान्य खोकला किंवा सर्दी यासारख्या किरकोळ दोष वगळता मी कधीही कोणत्याही आजारासाठी, आजारासाठी, आजारासाठी किंवा अंगवात्सासाठी शस्त्रक्रिया केलेली नाही. मागील 5 वर्षांमध्ये, सलग 7 दिवसांपेक्षा जास्त काळासाठी कोणत्याही स्वरूपातील औषधोपचार मी घेतलेला नाही किंवा कामावर 7 दिवसांपेक्षा जास्त कामावर गैरहजर राहिलेला नाही.
महिलांसाठी: मी हे घोषित करते की सध्या मी गर्भवती नाही किंवा गर्भधारणेदरम्यान गुंतागुंतीमुळे किंवा इतर कोणत्याही कारणांमुळे गर्भपात, गर्भपात किंवा सिझेरियन सेव्हनचा माझा इतिहास नाही. मी डाउन सिंड्रोम, जन्मजात हृदयरोग इत्यादी कोणत्याही जन्मजात विकाराने ग्रस्त मुलाला जन्म दिलेला नाही आणि मला कधीही स्तन, गर्भाशय, सर्विक्स, अंडाशय किंवा प्रजनन प्रणालीच्या इतर कोणत्याही भागाचा आजार झालेला नाही.

7. इन्शुरन्स रिपॉझिटरी

विद्यमान ई-विमा खाते (ई-आयए) धारक, कृपया ई-आयए आणि आयआर नाव द्या.

ई आयए क्रमांक		आयआर नाव	
---------------	----------------------	----------	----------------------

नवीन ई-विमा खाते उघडा - कृपया खालीलपैकी रिपॉझिटरी निवडा

आयआर कोड	आयआर नाव		
01	एनएसडीएल डेटाबेस मॅनेजमेंट लिमिटेड	☐	02 सेंट्रल इन्शुरन्स रिपॉझिटरी लिमिटेड ☐
04	कार्वी इन्शुरन्स रिपॉझिटरी लिमिटेड	☐	05 सीएएमएस रिपॉझिटरी सर्व्हिस लिमिटेड ☐

तुम्हाला पॉलिसी डॉक्युमेंटची प्रत्यक्ष प्रत हवी आहे का? हो ☐ नाही ☐ तुमच्याकडे विद्यमान पॉलिसी आहे का? असल्यास कृपया तपशील द्या.

8. प्रस्तावक/विमा उतरवलेल्या व्यक्तीची घोषणा ?

मी/आम्हाला प्रस्ताव फॉर्ममधील प्रश्न समजले आहेत आणि मी/आम्ही त्यांची उत्तरे सत्यतेने, पूर्णपणे आणि योग्यरित्या दिली आहेत. मी/आम्ही पुढे घोषित करतो की मी/आम्ही इंडियाफर्स्ट लाइफ इन्शुरन्स कंपनी लिमिटेड (यापुढे ‘कंपनी’ म्हणून ओळखले जाईल) च्या जोखीम अंडररायटिंगच्या निर्णयावर परिणाम करणारी कोणतीही महत्वाची वस्तुस्थिती किंवा माहिती लपवू न ठेवलेली नाही आणि मी/आम्ही प्रस्ताव फॉर्ममध्ये प्रदान केलेली माहिती, वैद्यकीय तपासणीच्या बाबतीत वैद्यकीय परीक्षकाला प्रदान केलेली पूरक कागदपत्रे आणि माहिती माझ्या/आमच्या आणि कंपनीमधील कराराचा आधार बनतील आणि फसवणूक आणि महत्वाच्या तथ्ये दडपण्याच्या बाबतीत पॉलिसी करार वेळोवेळी सुधारित केलेल्या विमा कायदा, 1938 च्या कलम 45 नुसार हाताळला जाईल. मी/आम्ही याद्वारे कोणत्याही डॉक्टर, रुग्णाच्या किंवा नियोक्त्याला (भूतकाळातील आणि वर्तमानातील) माझ्या सध्याच्या आरोग्य स्थिती, भूतकाळातील आरोग्य इतिहास आणि मी/आम्ही केलेल्या कामाच्या स्वरूपाशी संबंधित कोणतीही माहिती कंपनीला उघड करण्यास अधिकृत करतो आणि निर्देश देतो. जोखीम मूल्यांकन करण्यासाठी आणि विमा मंजूर करण्यासाठी कंपनीला आवश्यक असलेल्या सर्व वैद्यकीय चाचण्या घेण्याची मी/आम्ही जबाबदारी घेतो. मी/आम्ही पुढे सहमत आहोत की जर प्रस्ताव सादर करण्याच्या तारखेनंतर परंतु पॉलिसी जारी करण्यापूर्वी (i) माझ्या/आमच्या व्यवसायात, आर्थिक स्थितीत, आरोग्य स्थितीत प्रतिकूल बदल झाला जो कंपनीच्या अंडररायटिंग जोखमीच्या निर्णयावर परिणाम करेल किंवा (ii) जर माझ्या/आमच्या जीवनावर किंवा विमा उतरवलेल्या जीवनावर पॉलिसीच्या पुनरुज्जीवनासाठी कोणत्याही विमा कंपनीला केलेला हमीचा प्रस्ताव किंवा अर्ज मागे घेतला गेला किंवा वगळला गेला, पुढे ढकलला गेला, नाकारला गेला किंवा वाढीव प्रीमियमवर किंवा धारणाधिकार्याच्या अधीन राहून किंवा प्रस्तावित केलेल्या व्यतिरिक्त इतर अटीवर स्वीकारला गेला, तर मी/आम्ही ते कंपनीला ताबडतोब लेखी स्वरूपात कळवू. माझ्या/आमच्याकडून असे करण्यात अयशस्वी झाल्यास हे आभासन अवैध ठरू शकते आणि पॉलिसीवर वेळोवेळी सुधारणा केलेल्या विमा कायदा, 1938 च्या कलम 45 नुसार कारवाई केली जाईल. मी/आम्हाला समजते की या अर्जांतर्गत अर्ज केलेला विमा संरक्षण माझ्या अर्जाच्या मंजुरीनंतर आणि कंपनीकडून आवश्यक प्रीमियम मिळाल्यानंतर सुरू होईल. मी/आम्ही, याद्वारे घोषित करतो की प्रीमियम मनी लॉडजिंग प्रतिबंधक कायदा 2002 किंवा इतर कोणत्याही लागू कायदांतर्गत सूचीबद्ध केलेल्या कोणत्याही गुन्हेगारी कृती/गुन्हांमधून मिळालेल्या उत्पन्नातून निर्माण झालेला नाही. मला समजते की वैद्यकीय तपासणी किंवा त्याचा काही भाग झाल्यानंतर मी हा अर्ज मागे घेतल्यास, कंपनी वैद्यकीय चाचणी/तपासणीवर झालेला खर्च, जर असेल तर, वजा करून प्रीमियम ठेव परत करेल.

डिजिटल पॉलिसी कागदपत्रांची घोषणा:

माझे तपशील सादर करून, मी इंडियाफर्स्ट लाइफ आणि त्यांच्या अधिकृत प्रतिनिधींना माझ्याशी संपर्क साधण्यासाठी आणि माझ्या नोंदणीकृत ईमेल आयडी/फोन नंबरवर एसएमएस/ईमेल/फोन/पत्र/व्हॉट्सअॅप आणि/किंवा इतर कोणत्याही इलेक्ट्रॉनिक माध्यमाद्वारे माहिती/संवाद पाठविण्यास अधिकृत करतो. मी इंडियाफर्स्ट लाइफला पॉलिसी जारी करण्यासाठी, डेटा विश्लेषणे आणि इंडियाफर्स्ट लाइफला आवश्यक असलेल्या इतर संबंधित ड्यू डिलिजेंस क्रियाकलापांसाठी आयआरडीएआय, तृतीय पक्ष सेवा प्रदाते आणि भागीदार आणि सहयोगींनी अधिकृत केलेल्या सरकारी एजन्सी/वैधानिक अधिकारी/संस्थांसह माझा वैयक्तिक डेटा/माहिती संग्रहित करण्यास, सामायिक करण्यास, प्रक्रिया करण्यास, वापरण्यास संमती देतो.

या प्लॅटफॉर्मवर केलेली माहिती माझ्या जाणूनबुजून संमतीने उघड केली जात आहे. मी पुढे कबूल करतो आणि सहमत आहे की येथे प्रदान केलेल्या डेटाच्या कोणत्याही उल्लंघनासाठी, तोट्यासाठी किंवा अनधिकृत प्रकटीकरणासाठी इंडियाफर्स्ट लाइफ जबाबदार राहणार नाही.

मी/आम्ही याद्वारे कंपनीला प्रस्ताव फॉर्ममध्ये मी दिलेल्या माहितीच्या बाबतीत योग्य ती काळजी घेण्यास, ज्यामध्ये एमएल-ईकेव्हायसी पडताळणीचा समावेश आहे, आणि आवश्यक पडताळणीच्या उद्देशाने आणि/किंवा पॉलिसी सेवा उद्देशाने नियामक – आयआरडीएआय द्वारे अधिकृत केलेल्या सरकारी संस्था/वैधानिक अधिकारी/संस्थांसह डेटा/माहिती संग्रहित/शेअर करण्यास माझी संमती देतो.

एनआरआय/पीआयओ अस्वीकरण: अर्ज फॉर्मवर ओटीपी द्वारे संमती देऊन मी येथे खात्री देतो की प्रशस्तीमध्ये मी/आम्ही दिलेले एनआरआय/पीआयओ तपशील बरोबर आहेत आणि माझ्या माहितीनुसार खरे आहेत. सिस्टममध्ये हा क्रमांक भरून तुम्ही वरील घोषणा पूर्णपणे मान्य करता आणि त्यामुळे कंपनी आणि तुमच्यामध्ये कायदेशीररित्या बंधनकारक करार तयार होईल.

- ☐ मी याद्वारे इंडियाफर्स्ट लाइफ इन्शुरन्स कंपनी लिमिटेडला माझ्या विमा अर्जाच्या केवायसी पडताळणीसाठी सेंट्रल केवायसी रेकॉर्ड्स रजिस्ट्री (सीईआरएसएआय)/थर्ड पार्टीकडून माझे केवायसी रेकॉर्ड गोळा करण्यास अधिकृत करतो. किंवा मी याद्वारे इंडियाफर्स्ट लाइफ इन्शुरन्स कंपनी लिमिटेडला माझ्या विमा पॉलिसी जारी करण्यासाठी कॉर्पोरेट एजंट म्हणून काम करणाऱ्या बँकेकडून माझे केवायसी तपशील/सीकेवायसी क्रमांक गोळा करण्यास अधिकृत करतो.
- ☐ मी इंडियाफर्स्ट लाइफ इन्स. कंपनी लिमिटेडला, पॉलिसी प्रिंटिंग, डिस्पंच आणि आवश्यकतेनुसार सर्व पॉलिसी सव्हिसिंगच्या उद्देशाने, केवायसी तपशीलांसह माझे वैयक्तिक तपशील तृतीय पक्षासोबत शेअर करण्यासाठी अधिकृत केले आहे.

विमा उतरवायच्या व्यक्तीची स्वाक्षरी किंवा अंगठ्याचा ठसा

(जर अल्पवयीन असेल तर लागू नाही)

नाव: _____ स्थान: _____ दिनांक: _____

साक्षीदाराची स्वाक्षरी किंवा अंगठ्याचा ठसा _____ नाव: _____

दुय्यम जीवनाची स्वाक्षरी (जर जॉईंट लाइफ पर्याय निवडला असेल तर. फक्त इंडियाफर्स्ट लाइफ गॅरंटीड प्रोटेक्शन प्लान प्लॅनसाठी लागू)

साक्षीदाराची स्वाक्षरी किंवा अंगठ्याचा ठसा _____ नाव: _____

साक्षीदाराची स्वाक्षरी किंवा अंगठ्याचा ठसा _____ नाव: _____

साक्षीदाराची स्वाक्षरी किंवा अंगठ्याचा ठसा _____ नाव: _____

स्वाक्षरी प्रमाणीकरण (सिंगल फॅक्टर प्रमाणीकरण): तुमच्या नोंदणीकृत मोबाइल नंबरवर एक ओटीपी प्रमाणीकरण क्रमांक पाठवण्यात आला आहे. सिस्टममध्ये हा क्रमांक प्रविष्ट करून, तुम्ही वरील घोषणा पूर्णपणे मान्य करता आणि त्यामुळे कंपनी आणि तुमच्यामध्ये कायदेशीररित्या बंधनकारक करार तयार होईल.

विमा कायदा 1938 च्या कलम 41 मध्ये वेळोवेळी सुधारणा केल्याप्रमाणे: भारतातील जीवित किंवा मालमत्तेशी संबंधित कोणत्याही प्रकारच्या जोखमीच्या संदर्भात विमा घेण्यासाठी किंवा नूतनीकरण करण्यासाठी किंवा चालू ठेवण्यासाठी कोणत्याही व्यक्तीला प्रत्यक्ष किंवा अप्रत्यक्षपणे प्रलोभन म्हणून, पॉलिसीवर दर्शविलेल्या देय किंमशनच्या संपूर्ण किंवा अंशतः कोणत्याही सूट किंवा प्रीमियमची सूट देण्याची परवानगी कोणीही देऊ शकत नाही किंवा पॉलिसी काढणारी किंवा नूतनीकरण करणारी किंवा चालू ठेवणारी कोणतीही व्यक्ती कोणतीही सूट स्वीकारणार नाही, विमा कंपनीच्या प्रकाशित प्रॉस्पेक्टस किंवा टेबल्सनुसार परवानगी असलेल्या सूटशिवाय. या कलमाच्या तरतुदींचे पालन करण्यात कसूर करणाऱ्या कोणत्याही व्यक्तीला दहा लाख रुपयांपर्यंत दंड आकारला जाईल.

वेळोवेळी सुधारित केलेल्या विमा कायदा, 1938 च्या कलम 45 चा उतारा: पॉलिसीच्या तारखेपासून तीन वर्षांच्या मुदतीनंतर कोणत्याही कारणास्तव जीवन विम्याच्या पॉलिसीवर प्रश्नचिन्ह उपस्थित केले जाणार नाही. पॉलिसीच्या तारखेपासून तीन वर्षांच्या आत कधीही, फसवणुकीच्या आधारावर किंवा पॉलिसी जारी केलेल्या किंवा पुनरुज्जीवित केलेल्या किंवा रायडर जारी केलेल्या प्रस्तावात किंवा इतर दस्तऐवजात विमाधारकाच्या आयुर्मानाच्या अपेक्षेबद्दलच्या तथ्याचे कोणतेही विधान किंवा दडपशाही चुकीच्या पद्धतीने केली गेली आहे या आधारावर जीवन विम्याच्या पॉलिसीवर प्रश्नचिन्ह उपस्थित केले जाऊ शकते. विमा कंपनीला विमाधारक किंवा कायदेशीर प्रतिनिधी किंवा विमाधारकाच्या नामनिर्देशित व्यक्ती किंवा नियुक्त व्यक्तींना लेखी स्वरूपात कळवावे लागेल की असा निर्णय कोणत्या कारणांवर आणि साहित्यावर आधारित आहे. जर विमाधारक हे सिद्ध करू शकेल की चुकीचे विधान किंवा वस्तुस्थिती दडपण्यात आली आहे हे त्याच्या ज्ञान आणि श्रद्धेनुसार खरे होते किंवा वस्तुस्थिती दडपण्याचा कोणताही जाणूनबुजून हेतू नव्हता किंवा असे चुकीचे विधान किंवा दडपण्यात आले आहे हे विमा कंपनीच्या माहितीत आहे, तर कोणताही विमा कंपनी फसवणुकीच्या आधारावर जीवन विमा पॉलिसी नाकारणार नाही. फसवणुकीच्या बाबतीत, पॉलिसीधारक जिवंत नसल्यास, तो सिद्ध करण्याची जबाबदारी लाभाध्यावर असते. चुकीच्या माहितीच्या आधारावर किंवा भौतिक वस्तुस्थिती दडपण्याच्या आधारावर पॉलिसी नाकारल्यास, फसवणुकीच्या आधारावर नाही तर, पॉलिसीवर नाकारल्याच्या तारखेपर्यंत गोळा केलेले प्रीमियम दिले जातील. या कलमातील काहीही विमा कंपनीला वयाचा पुरावा मागवण्यास प्रतिबंध करणार नाही, जर तो तसे करण्यास पात्र असेल, आणि कोणत्याही पॉलिसीवर प्रश्नचिन्ह उपस्थित केले जाणार नाही कारण पॉलिसीच्या अटी प्रस्तावात विमाधारकाचे वय चुकीचे नमूद केल्याच्या नंतरच्या पुराव्यावर समायोजित केल्या आहेत. कलमाच्या संपूर्ण तपशीलांसाठी आणि ‘पॉलिसीची तारीख’ च्या व्याख्येसाठी, कृपया वेळोवेळी सुधारित केलेल्या विमा कायदा, 1938 च्या कलम 45 चा संदर्भ घ्या. ग्राहकांना सल्ला देण्यात येतो की त्यांनी इंडियाफर्स्ट लाइफ इन्शुरन्स सल्लागार/कर्मचारी/विमा एजंटना रोख किंवा वाहक साधनाद्वारे विमा प्रीमियम (प्रारंभिक किंवा नूतनीकरण) भरू नये. इंडियाफर्स्ट लाइफ इन्शुरन्स सल्लागार/कर्मचारी/विमा एजंटना रोख किंवा वाहक साधनाद्वारे प्रीमियम प्राप्त करण्यास अधिकृत नाही. कोणत्याही इंडियाफर्स्ट लाइफ इन्शुरन्स सल्लागार/कर्मचारी/विमा एजंटना रोख रक्कम किंवा वाहक कागदपत्रे देणे हे पूर्णपणे तुमच्या स्वतःच्या जोखमीवर आहे आणि या संदर्भात कोणत्याही नुकसानीसाठी कंपनी कोणत्याही प्रकारे जबाबदार राहणार नाही. विमा प्रीमियम चेक फक्त इंडियाफर्स्ट लाइफ इन्शुरन्स कंपनी लिमिटेडच्या नावे काढले पाहिजेत (पहिल्या प्रीमियमसाठी प्रस्ताव क्रमांक/नूतनीकरण प्रीमियमसाठी पॉलिसी क्रमांक चेकच्या मागे लिहिलेला असावा). इंडियाफर्स्ट लाइफ इन्शुरन्सच्या कोणत्याही कार्यालयाकडून किंवा त्यांच्या अधिकृत संकलन केंद्रांकडून चेक पेमेंट प्राप्त झाल्यानंतर आणि कंपनीकडून अधिकृत पावती जारी झाल्यानंतरच, इंडियाफर्स्ट लाइफ इन्शुरन्सला चेक पेमेंट मिळाले आहे असे मानले जाईल.

3

9. स्थानिक भाषेत किंवा अशिक्षित व्यक्तींसाठी स्वाक्षरीसाठी घोषणापत्र

1. फॉर्म भरणाऱ्या व्यक्तीने स्थानिक भाषेत घोषणापत्र (जर फॉर्म प्रस्ताव फॉर्मपेक्षा वेगळ्या भाषेत भरला असेल/स्वाक्षरी केली असेल तर) मी येथे असे जाहीर करतो की मी इंडियाफर्स्ट लाईफ इन्शुरन्स कंपनी लिमिटेड कडून मिळालेल्या प्रस्ताव फॉर्ममधील मजकूर प्रस्तावक/ विमाधारकाला वाचून दाखवला आहे आणि त्याला/तिला तो समजला आहे. मी घोषित करतो की मी येथे वर जे काही सांगितले आहे ते माझ्या माहितीनुसार आणि श्रद्धेनुसार खरे आणि बरोबर आहे.
- घोषणाकर्त्याचे नाव: _____ स्वाक्षरी: _____ किंवा ओटीपी सत्यापित ☐ विमाधारक/प्रस्तावकाशी संबंध _____
- घोषणाकर्त्याचा पत्ता: _____
- टीप: घोषणाकर्त्याची ओळख सहजपणे स्थापित केली पाहिजे आणि तो/ती कोणत्याही प्रकारे विमा कंपनीशी जोडलेला नसावा.
2. जर विमाधारक/प्रपोजर निरक्षर असेल, तर त्याच्या/तिच्या अंगठ्याचा ठसा अशा प्रतिष्ठित व्यक्तीने प्रमाणित केला पाहिजे ज्याची ओळख सहजपणे स्थापित करता येईल, परंतु विमा कंपनीशी त्याचा संबंध नाही आणि ही घोषणा त्यानेच करावी.
- ‘‘मी याद्वारे घोषित करतो की मी वरील प्रश्न आणि प्रस्ताव फॉर्ममधील मजकूर विमाधारकाला/प्रस्तावकाला _____ भाषेत पूर्णपणे स्पष्ट केला आहे आणि जीवन विमाधारकाने/प्रस्तावकाला त्यातील मजकूर पूर्णपणे समजून घेतल्यानंतर वर अंगठ्याचा ठसा उमटवला आहे.’’
- घोषणाकर्त्याचे नाव: _____ स्वाक्षरी: _____ किंवा ओटीपी सत्यापित ☐ विमाधारक/प्रस्तावकाशी संबंध _____
- घोषणाकर्त्याचा पत्ता: _____
3. अपंग व्यक्तीच्या अधिकृत प्रतिनिधीकडून घोषणापत्र
- मी _____ चा मुलगा/मुलगी, प्रौढ आणि _____ येथे राहणारा, याद्वारे खालीलप्रमाणे गंभीर प्रतिज्ञापत्राद्वारे घोषित करतो:
- प्रस्तावकर्ता हा अपंग व्यक्ती आहे आणि त्याला प्रस्ताव फॉर्म भरण्यासाठी मदतीची आवश्यकता आहे. मला प्रस्तावककर्त्याच्या वतीने हा प्रस्ताव फॉर्म भरण्यासाठी सक्षम न्यायालय/प्राधिकरणाने योग्यरित्या अधिकृत केले आहे. मी श्री/श्रीमती/श्रीमती _____ यांना प्रस्ताव फॉर्ममधील मजकूर वाचून दाखवला आहे आणि पूर्णपणे समजावून सांगितला आहे आणि त्यांना/तिला प्रस्तावित कराराचे महत्त्व समजले आहे. मी प्रस्ताव फॉर्ममध्ये प्रस्तावकाला दिलेली उत्तरे सत्य आणि योग्यरित्या नोंदवली आहेत
- _____ रोजी स्पष्टपणे पुरी केली
- _____ अधिकृत प्रतिनिधीची स्वाक्षरी किंवा पडताळणी ओटीपी ☐

अधिकृत प्रतिनिधीचे नाते

मी प्रमाणित करतो की प्रस्ताव फॉर्ममधील मजकूर मला स्पष्टपणे समजावून सांगण्यात आला आहे आणि मी तो पूर्णपणे समजून घेतला आहे. मी पुढे प्रमाणित करतो की प्रस्ताव फॉर्ममधील उत्तरे मी दिलेल्या माहितीनुसार नोंदवण्यात आली आहेत.

जीवन विमाधारकाची स्वाक्षरी किंवा अंगठ्याचा ठसा

10. मध्यस्थाचा तपशील

मध्यस्थांचे नाव _____ लायसन्स क्रमांक _____

_____ मध्यस्थांचा शिक्का

एजंट/निर्दिष्ट एजंटची स्वाक्षरी _____

एजंट/निर्दिष्ट एजंटची स्वाक्षरी _____ लायसन्स कोड _____