

मुख्य विशेषता दस्तावेज़ सह प्रस्ताव प्रपत्र

इंडियाफर्स्ट लाइफ इश्योरेंस खाता प्लान (माइक्रो-बीमा उत्पाद) (UIN: 143N057V03)

मुख्य विशेषता दस्तावेज़ (केएफडी) - डिजिटल प्रारूप में साझा किया गया

प्लान का प्रकार	एक नॉन लिंकड, नॉन-पार्टिसिपेटिंग, इंडिविजुअल लाइफ माइक्रो इश्योरेंस सेविस् प्लान		
पॉलिसी अवधि	5 / 7 / 10 वर्ष		
प्रीमियम भुगतान अवधि	एकल प्रीमियम		
प्रीमियम	पॉलिसी अवधि (वर्ष)	न्यूनतम प्रीमियम (रु.)	अधिकतम प्रीमियम (रु.)
	5	1000	40,000
	7	715	28,570
	10	500	20,000
मृत्यु पर आश्वासित राशि	मृत्यु पर आश्वासित राशि लागू करों को छोड़कर भुगतान किए गए एकल प्रीमियम के एन गुना से निर्धारित की जाएगी. जहाँ एन नीचे दी गई तालिका के अनुसार पॉलिसी अवधि के आधार पर भिन्न होता है.		
	पॉलिसी अवधि	10 वर्ष	7 वर्ष
	आश्वासित राशि गुणक	N=10	N=7
परिपक्वता लाभ	पॉलिसी अवधि के अंत तक आश्वासित जीवन के जीवित रहने पर और बशर्ते कि पॉलिसी चालू हो, एकल प्रीमियम के प्रतिशत के रूप में परिपक्वता पर आश्वासित राशि, लागू कर और अतिरिक्त प्रीमियम, यदि कोई हो, को छोड़कर, देय होगी.		
मृत्यु लाभ	एकल प्रीमियम या परिपक्वता पर आश्वासित राशि का 125% या मृत्यु पर भुगतान की जाने वाली पूर्ण राशि में से जो अधिक हो. परिपक्वता पर आश्वासित राशि ऊपर परिपक्वता लाभ में परिभाषित की गई है. मृत्यु पर भुगतान की जाने वाली पूर्ण राशि, ऊपर उल्लिखित मृत्यु पर आश्वासित राशि है		
पॉलिसी ऋण	उपलब्ध समर्पण मूल्य के 80% तक ऋण प्रदान किए जाएंगे. न्यूनतम ऋण राशि रु.1000 होनी चाहिए.		
आत्महत्या बहिष्करण	पॉलिसी के तहत जोखिम शुरू होने की तारीख से 12 महीने के भीतर आत्महत्या के कारण मृत्यु होने की स्थिति में, पॉलिसीधारक के नामिती या लाभार्थी को मृत्यु की तारीख तक भुगतान किए गए कुल प्रीमियम का 80% (जो लागू करों और अतिरिक्त प्रीमियम, यदि कोई हो, को छोड़कर एकल प्रीमियम है) या मृत्यु की तारीख तक उपलब्ध समर्पण मूल्य जो भी अधिक हो, का हकदार होगा, बशर्ते पॉलिसी लागू हो.		
समर्पण	पॉलिसीधारक समर्पण मूल्य प्राप्त करने के बाद पॉलिसी अवधि के दौरान किसी भी समय पॉलिसी को समर्पित कर सकता है. समर्पण पर देय लाभ गारंटीशुदा समर्पण मूल्य (जीएसवी) या विशेष समर्पण मूल्य (एसएसवी) में से अधिक है.		
फ्री लुक अवधि	यदि आप अपनी पॉलिसी दस्तावेज़ प्राप्त होने के पहले 30 दिनों के भीतर किसी भी नियम और शर्तों से असहमत हैं, तो आप अपनी पॉलिसी लौटा सकते हैं, साथ ही इसके लिए अपने कारण भी बता सकते हैं. हम आनुपातिक जोखिम प्रीमियम, स्टाम्प ड्यूटी और चिकित्सा खर्च (यदि कोई हो) में कटौती करने के बाद आपका प्रीमियम वापस कर देंगे.		

जीएसवी कारक

जीएसवी कारक एकल प्रीमियम पर लागू होता है, जिसमें लागू कर, यदि कोई हो, अतिरिक्त प्रीमियम और राइडर प्रीमियम, यदि कोई हो, को छोड़कर भुगतान किया जाता है.

पॉलिसी समर्पण का वर्ष	पॉलिसी अवधि: 5 वर्ष	पॉलिसी अवधि: 7 वर्ष	पॉलिसी अवधि: 10 वर्ष
1	75%	75%	75%
2	75%	75%	75%
3	75%	75%	75%
4	90%	90%	90%
5	90%	90%	90%
6	NA	90%	90%
7	NA	90%	90%
8	NA	NA	90%
9	NA	NA	90%
10	NA	NA	90%

अस्वीकरण: कृपया उत्पाद के लाभों और अन्य विवरणों को समझने के लिए अपना पॉलिसी दस्तावेज़ पढ़ें.

प्रस्ताव फॉर्म – इलेक्ट्रॉनिक रूप से भरा जाना चाहिए

नवीनतम फोटो

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 अंशिक/निरक्षर व्यक्तियों के लिए या यदि आपको कोई विकलांगता है जो आपको प्रस्ताव प्रपत्र में समझति/हस्ताक्षर प्रदान करने से रोकती है तो घोषणा पढ़ें) 2. प्रपत्र भरने से पहले कृपया उत्पाद की विशेषताओं, लाभों, फायदों और नियमों व शर्तों को जानने के लिए बिक्री साहित्य पढ़ें जे. 3. ईमेल आईडी, मोबाइल नंबर आदि सहित सभी विवरणों पूरी तरह से भरा जाना चाहिए। 4. ग्राहकों को प्रीमियम की दरें रशियों (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 शाखा की शाखा में जाकर सीधे प्रीमियम जमा करें. इंडियाफर्स्ट लाइफ इंडोर्स के सलाहकारों को किया गया प्रीमियम का भुगतान ग्राहक के अपने जोड़िय पर होगा. 5. 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. 6. प्रस्ताव प्रपत्र में पूछे गए प्रश्नों का उत्तर देते समय और बीमा के संबंध में कोई अन्य जानकारी प्रदान करने के समय, पॉलिसीलाहक को प्रस्ताव प्रपत्र में उपलब्ध प्रश्नों के संबंध में सभी महत्वपूर्ण तथ्यों का पूर्ण और स्पष्ट प्रटीकरण करना चाहिए।

1. आश्वासित जीवन का विवरण (कृपया खंड 2 केवल तभी भरें जब आश्वासित जीवन प्रस्तावक से भिन्न हो)

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

श्री श्रीमती सुश्री एमएक्स

		F	I	R	S	T																								L	A	S	T			
--	--	---	---	---	---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---	---	---	---	--	--	--

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

[illegible]

1 1 N F 2

[illegible][illegible][illegible][illegible]

1 1 1 N 5 1

[illegible][illegible][illegible]

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

[illegible]

मोबाइल* + () लेडलाइन + ()

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: ☐ भारतीय ☐ गैर भारतीय

वैवाहिक स्थिति : ☐ अविवाहित ☐ विवाहित ☐ विधुर ☐ तलाकशुदा आवासीय स्थिति : ☐ निवासी ☐ एनआरआई ☐ पीआयओ

शिक्षा: ☐ पोस्ट ग्रेजुएट ☐ ग्रेजुएट ☐ डिप्लोमा ☐ 12वीं पास ☐ 10वीं पास ☐ 10वीं से कम ☐ अशिक्षित

व्यवसाय: ☐ वेतनभोगी ☐ व्यावसायिक ☐ स्वानियोजित ☐ विद्यार्थी ☐ गृहिणी ☐ सेवानिवृत्त ☐ कृषि

कार्य/कतव्य का प्रकृत: (फोटोकॉपी संलग्न) हा न

पैन: [] आय का स्रोत: [] आयु प्रमाण (आश्वासित जीवन) []

सीकेवाईसी नंबर:

संस्थान/व्यवसाय का नाम:	सेवा/व्यवसाय में — वर्ष	आय (वार्षिक)
-------------------------	----------------------------	--------------

अतिरिक्त विवरण - निवास / कर स्थिति के लिए संकेतक

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/नियुक्ति विवरण (बीमित किया जाने वाला जीवन और प्रस्तावक एक ही होने की स्थिति में भरा जाना चाहिए. नामांकित व्यक्ति अल्पवयस्क होने की स्थिति में ही नियुक्त व्यक्ति का विवरण आवश्यक है)

[illegible]

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

3. इंडियाफर्स्ट लाइफ इंश्योरेंस खाता प्लान (माइक्रो-बीमा उत्पाद) के लिए प्लान विवरण उत्पाद यूआईएन: UIN : 143N057V03

इंडियाफर्स्ट लाइफ इंश्योरेंस खाता प्लान (माइक्रो-बीमा उत्पाद)	पॉलिसी अवधि	प्रीमियम भुगतान अवधि	आशवासित राशि	एकल प्रीमियम	परिपक्वता लाभ
		एकल			

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

प्रस्तावक और आशवासित 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 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 अपॉइंटी का नाम:

अस्वीकरण: कोई भ 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 इंश्योरेंस 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.

5. क्या आपको पॉलिसी दस्तावेज की कागजी प्रति की आवश्यकता है?

हाँ ☐ नहीं ☐

6. आशवासित जीवन द्वारा स्वास्थ्य घोषणा – ओटीपी के माध्यम से पुष्टि की जानी चाहिए

मैं एतद्वारा घोषणा करता हूं कि मेरा स्वास्थ्य अच्छा है और मैं पिछले 2 वर्षों में किसी भी बीमारी / लक्षण / चिकित्सीय स्थिति से पीड़ित नहीं हूं और/ या पीड़ित नहीं रहा हूं जिसके लिए चिकित्सीय उपचार, चिकित्सीय जांच, सर्जरी या अस्पताल में भर्ती होने की आवश्यकता हो. मैं यह भी घोषणा करता हूं कि प्रस्ताव फॉर्म में उल्लिखित आयु सही है.

7. प्रस्तावक/बीमित किए जाने वाले जीवन/द्वितीयक जीवन बीमित द्वारा घोषणा

मैंने/हमने प्रस्ताव प्रपत्र में पूछे गए प्रश्नों को समझकर वनका 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, पूरा दस्तावेज और चिकित्सीय रूप से जांच किए जाने की स्थिति में चिकित्सीय जांचकर्ता 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 जांचें 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 एकदम 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 पुनर्चर्चन 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 बंदी हुई प्रीमियम पर या ग्राहणाधिकार के अधीन या प्रस्तावित शर्तों से भिन्न अन्य शर्तों पर स्वीकार किया जाता है, तो मैं/हम तुरंत इसकी कपी को लिखित रूप से सूचना देूंगा/देूंगी/देेंगे. 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 स्वीहकृति 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 आपराधिक कार्यकलाप/अपराध की आय जनित नहीं है. मैं/हम मानता/मानती हूँ/मानते हैं कि चिकित्सीय जांच या उसका कोई भाग करवाने के बाद मेरे/हमारे द्वारा यह आवेदन वापस लेने की स्थिति में, कंपनी चिकित्सीय परीक्षण/जांच पर हुए व्यय, यदि कोई हो, को काटने के बाद जमा प्रीमियम जमा वापस करेगी.

इंडियाल पॉलिसी दस्तावेज घोषणा:
मैं एतद्वारा ईमेल/ इन लिंक के माध्यम से इंडियाफर्स्ट लाइफ इंश्योरेंस कंपनी लिमिटेड द्वारा भेजे गए एसएमएस के जरिए सभी सूचनाएँ और पॉलिसी दस्तावेज प्राप्त करने के लिए अपनी सहमति देता/देती हूँ. अपना विवरण प्रस्तुत करके, मैं इंडियाफर्स्ट लाइफ और उसके अधिकृत प्रतिनिधियों को मुझसे संपर्क करने और एसएमएस/ईमेल/फोन/पत्र/व्हाट्सएप और/या सूचना के किसी अन्य इलेक्ट्रॉनिक मोड के माध्यम से मेरी पंजीकृत ईमेल आईडी/फोन नंबर पर सूचना/संदेश भेजने के लिए अधिकृत करता हूँ. मैं इंडियाफर्स्ट लाइफ को पॉलिसी जारी करने, डेटा एनालिटिक्स और अन्य संबंधित परिश्रम 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 द्वारा आवश्यक हो सकता है.

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

मैं कंपनी को प्रस्ताव फॉर्म में मेरे द्वारा प्रदान की गई जानकारी के संबंध में जिसमें एएमएल-ईकेवाईसी सत्यापन शामिल है, और 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 भी उचित कार्रवाई करने के लिए अपनी सहमति देता हूँ.

यदि 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.

इन्हें मैं/हम कंपनी को केंद्रीय केवाईसी रिकॉर्ड रजिस्ट्री से सीकेवाईसी रिकॉर्ड प्राप्त करने/डाउनलोड करने के लिए सहमति 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 सहमति देता हूँ/देते हैं.

एनआरआई/पीआईओ घोषणा: आवेदन पत्र पर ओटीपी के माध्यम से सहमति प्रदान कर, मैं/हम एतद द्वारा पुष्टि करता/करती हूँ/करते हैं कि प्रश्नावली में मेरे/हमारे द्वारा प्रदान किए गए एनआरआई/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 हैं और यह कंपनी और मेरे बीच कानूनी रूप से बाध्यकारी समझौता होगा.

☐ 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 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 व्यक्ति के हस्ताक्षर या अंगुठी का निशान

(नाबालिगों के मामले में लागू नहीं)

नाम: स्थान: तारीख:

गवाह के अंग्रेजी में हस्ताक्षर नाम:

प्रस्तावक के हस्ताक्षर अंगुठी का निशान

नाम: स्थान: तारीख:

पता:

हस्ताक्षर प्रमाणीकरण (एकल कारक प्रमाणीकरण): आपके पंजीकृत मोबाइल नंबर पर एक ओटीपी ऑथेंटिकेशन नंबर भेजा गया है. सिस्टम में उक्त संख्या को फीड करके, आप उपरोक्त घोषणा को पूरी तरह से स्वीकार करते हैं और इससे कंपनी और आपके बीच एक कानूनी रूप से बाध्यकारी समझौता बन जाएगा.

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 चूक 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 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 धोखाधड़ी 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 धोखाधड़ी के आधार पर जीवन बीमा पॉलिसी को अस्वीकार नहीं करेगा यदि जीवन बीमित द्वारा सिर 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. धोखाधड़ी 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 धोखाधड़ी 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.

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) में यह घोषणा करता हूं कि मैंने इंडियाफर्स्ट लाइफ इंश्योरेंस कंपनी लिमिटेड से प्रस्ताव फॉर्म की सामग्री को प्रस्तावक/बीमित व्यक्ति को पढ़कर सुनाया और समझाया है और उसने इसे समझ लिया है. मैं घोषणा करता हूं कि मैंने जो कुछ भी ऊपर कहा है वह मेरे सर्वोत्तम ज्ञान और विश्वास के अनुसार सत्य और सही है.

घोषणाकर्ता का नाम: _____

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

घोषणाकर्ता का पता: _____

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

2. यदि प्रस्तावक/बीमित व्यक्ति 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 प्रस्तावक/बीमित व्यक्ति को उपरोक्त प्रश्नों और प्रस्ताव प्रपत्र की विषय-वस्तु को _____ भाषा में पूरी तरह से समझा दिया है, और यह कि प्रस्तावक/बीमित व्यक्ति 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 ☐ प्रस्तावक/बीमित व्यक्ति 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 विकलांग 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 प्रस्तावक द्वारा 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 या ओटीपी सत्यापित ☐

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.

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

9. मध्यस्थ का विवरण

सेल्स पर्सन का नाम _____ श्री ☐ सुश्री ☐ एमएक्स ☐

पैन कार्ड नंबर: _____

मध्यस्थ का नाम _____ लाइसेंस संख्या _____

(पीओएस और व्यक्तिगत एजेंटों को छोड़कर सभी चैनलों के लिए लागू)

एजेंट / निर्दिष्ट एजेंटों के हस्ताक्षर _____

मध्यस्थ की मुहर _____

एजेंट / निर्दिष्ट एजेंटों का नाम _____ लाइसेंस कोड _____

इंडियाफर्स्ट लाइफ इंश्योरेंस कंपनी लिमिटेड, 12वीं और 13वीं मंजिल, उत्तर सी विंग, टॉवर 4, नेस्को आईटी पार्क, नेस्को सेंटर, वेस्टर्न एक्सप्रेस हाईवे, गोरगांव (पूर्व), मुंबई – 400063, 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
--	--

4