

वनहेल्थ प्रपोजल फॉर्म

प्रस्ताव संख्या _____

1. केवल कार्यालयीन उपयोग के लिए

शाखा का नाम		शाखा कोड	
मध्यस्थ का नाम		मध्यस्थ कोड	
विक्रय चैनल प्रकार		यदि पीओएसपी है तो कृपया नीचे दी गई जानकारी प्रदान करें:-	
प्रस्ताव प्राप्त हुआ		ए) पीओएसपी का पैन कार्ड नंबर बी) पीओएसपी का आधार कार्ड नंबर	

प्रपत्र भरने के लिए दिशानिर्देश (इसे प्रस्तावक द्वारा भरा जाना है)

कृपया सभी प्रश्नों के उत्तर पूर्ण रूप से और सही-सही दें। यह प्रस्ताव हमारे द्वारा जारी की जाने वाली किसी भी बीमा पॉलिसी का आधार होगा। आपको बीमित किए जाने के लिए प्रस्तावित सभी व्यक्तियों से संबंधित सभी तथ्यों का प्रकटीकरण करना होगा, जो पॉलिसी जारी करने या इसके मूल्य, नियमों, शर्तों और अपवर्जनों के हमारे निर्णय को प्रभावित कर सकते हैं। प्रस्ताव प्रपत्र/व्यक्तिगत विवरण, घोषणा और संबंधित दस्तावेजों में किसी भी भौतिक विशेष में किसी भी असत्य या गलत कथन, गलत बयानी, गैर-वर्णन या गैर-प्रकटीकरण की स्थिति में या प्रस्तावक या उसकी ओर से कार्य करने वाले किसी भी व्यक्ति द्वारा किसी भी भौतिक जानकारी को रोके जाने की स्थिति में, पॉलिसी हमारे एकमात्र विवेक पर शून्य हो जाएगी।

यदि आपके द्वारा अनुरोध किए गए या अन्यथा जानकारी प्रदान करने के लिए पर्याप्त स्थान नहीं है, तो कृपया एक अलग पत्रक संलग्न करें। यदि आपको कोई संदेह है, तो कृपया हमारी कंपनी के प्रतिनिधि या अपने बीमा सलाहकार से सहायता लें। यदि हम बीमा के लिए कोई प्रस्ताव स्वीकार करते हैं, तो यह पॉलिसी के नियमों और शर्तों के अधीन होगा और यदि प्रीमियम हमें पूर्ण रूप से और समय पर प्राप्त नहीं होती है, या प्राप्त नहीं होती है या प्री-पॉलिसी मेडिकल चेक-अप पूरा नहीं होता है या प्रस्ताव हमारे द्वारा स्वीकार नहीं किया जाता है, तो पॉलिसी के अंतर्गत कोई भी भुगतान करने के लिए हमारा कोई उत्तरदायित्व नहीं होगा।

* से चिह्नित सभी स्थानों/विवरणों की पूर्ति अनिवार्य है।

2. प्रस्तावक के विवरण

कृपया अपने लिए तथा प्रत्येक प्रस्तावित बीमाकृत व्यक्ति के लिए यह प्रपत्र स्पष्ट अक्षरों में भरें।

प्रस्तावक का नाम*											
(श्री/सुश्री/श्रीमती/अन्य)	(पहला नाम)	(मध्य नाम)	(अंतिम नाम)								
वैवाहिक स्थिति	☐ अविवाहित	☐ विवाहित									
लिंग	☐ पुरुष	☐ महिला	☐ इनमें से कोई नहीं								
राष्ट्रीयता*	जन्म तिथि* <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>दि.</td><td>दि.</td><td>मा.</td><td>मा.</td><td>व.</td><td>व.</td><td>व.</td><td>व.</td></tr></table>			दि.	दि.	मा.	मा.	व.	व.	व.	व.
दि.	दि.	मा.	मा.	व.	व.	व.	व.				
व्यवसाय	☐ वेतनभोगी	☐ स्व-रोजगार	☐ पेशेवर	☐ अन्य (कृपया निर्दिष्ट करें)							
वार्षिक आय (₹ में)	☐ < 3,00,000	☐ 3,00,000 - 10,00,000	☐ 10,00,001 - 25,00,000	☐ >25,00,000							
पत्राचार के लिए पता*											
लैंडमार्क:											
शहर:	राज्य:	पिन कोड:									
फोन नंबर एसटीडी कोड:	लैंडलाइन नंबर:	मोबाइल नंबर*:									
ईमेल आईडी:											
स्थायी पता:											
लैंडमार्क:											
शहर:	राज्य:	पिन कोड:									
फोन नंबर एसटीडी कोड:	लैंडलाइन नंबर:	मोबाइल नंबर*:									
ईमेल आईडी:											
क्या आप मैग्मा जनरल इंश्योरेंस लिमिटेड कर्मचारी हैं?	यदि हाँ, कर्मचारी आईडी : _____										
क्या आपके पास मैग्मा जनरल इंश्योरेंस लिमिटेड के साथ कोई अन्य पॉलिसी है?	☐ हाँ ☐ नहीं										
आवासीय स्थिति	☐ आवासीय व्यक्ति	☐ अनिवासी भारतीय	☐ विदेशी नागरिक	☐ भारतीय मूल के व्यक्ति							
यदि आप किसी भी प्रकार के विकलांगता से ग्रस्त हैं, कृपया निम्नलिखित विवरण प्रदान करें ताकि हम आपको आवश्यक सुलभ सेवा प्रदान कर सकें।											

विकलांगता के प्रकार		विकलांगता का प्रतिशत	
पैन नं.		पासपोर्ट नं.	
मतदाता पहचान पत्र		ड्राइविंग लाइसेंस नं.	
आधार नं.		सीकेवाईसी नं.	

कृपया केवाईसी उद्देश्य के लिए पहचान पत्र और पते का प्रमाण साझा करें। यदि पैन प्रदान किया गया है, तो कृपया पासपोर्ट/मतदाता पहचान पत्र/ड्राइविंग लाइसेंस/आधार नंबर या कोई अन्य आधिकारिक रूप से वैध दस्तावेज साझा करें। विदेशी नागरिकता प्राप्त व्यक्ति, अनिवासी भारतीय (एनआरआई), एवं भारतीय मूल के व्यक्तियों (पीआईओ) के लिए आवश्यक दस्तावेज निम्नलिखित में से कोई एक है (ए) पासपोर्ट (बी) ड्राइविंग लाइसेंस (सी) मतदाता पहचान पत्र, इसके साथ भारत में स्थित विदेशी दूतावास अथवा मिशन द्वारा जारी किये गए पत्र एवं उनके अपने देशों द्वारा जारी किये गए प्रासंगिक पहचान दस्तावेज भी हैं।

मैं/हम कंपनी को मेरी/हमारी पहचान/पता प्रमाण के साथ-साथ बीमाधारक की पहचान/पता प्रमाण को केंद्रीय केवाईसी रजिस्ट्री या यूआईडीएआई या लागू केवाईसी करने के उद्देश्य से किसी अन्य अनुमत तरीके से सत्यापित करने और प्राप्त करने के लिए अपनी/हमारी सहमति देते हैं। ☐ हाँ ☐ नहीं

3. योजना के विवरण*

पॉलिसी का प्रकार	☐ व्यक्तिगत ☐ फैमिली फ्लोटर	पॉलिसी अवधि	☐ 1 साल ☐ 2 साल ☐ 3 साल
यदि फैमिली फ्लोटर** है, तो बीमा-सुरक्षित किए जाने वाले व्यक्तियों की संख्या:		प्रीमियम भुगतान आवृत्ति	☐ एकल प्रीमियम ☐ त्रैमासिक किस्त
वयस्क: बच्चे: (**अधिकतम 4 वयस्क और 3 बच्चे)			☐ मासिक किस्त ☐ अर्ध-वार्षिक किस्त
चयनित क्षेत्र:			

योजना	☐ सपोर्ट	☐ सिक्वोर	☐ सपोर्ट प्लस	☐ शील्ड	☐ प्रीमियम
बीमा राशि (लाख में)	☐ 2 लाख ☐ 3 लाख	☐ 2 लाख ☐ 3 लाख ☐ 4 लाख	☐ 2 लाख ☐ 3 लाख ☐ 4 लाख ☐ 5 लाख	☐ 5 लाख ☐ 7.5 लाख ☐ 10 लाख	☐ 10 लाख ☐ 15 लाख ☐ 20 लाख ☐ 25 लाख
	☐ 4 लाख ☐ 5 लाख	☐ 5 लाख ☐ 7.5 लाख ☐ 10 लाख ☐ 15 लाख ☐ 20 लाख ☐ 25 लाख	☐ 7.5 लाख ☐ 10 लाख ☐ 15 लाख ☐ 20 लाख ☐ 25 लाख ☐ 30 लाख ☐ 50 लाख	☐ 15 लाख ☐ 20 लाख ☐ 25 लाख ☐ 30 लाख ☐ 50 लाख ☐ 1 करोड़	☐ 30 लाख ☐ 50 लाख ☐ 1 करोड़ ☐ 2 करोड़ ☐ 3 करोड़
कुल कटौती योग्य विकल्प	☐ हाँ ☐ नहीं (यदि हाँ, तो कृपया नीचे दिए गए कटौती योग्य विकल्पों में से चुनें)				
सपोर्ट प्लान	बीमाकृत राशि	कटौती योग्य			
	☐ 2 लाख ☐ 3 लाख	☐ 1 लाख ☐ 2 लाख ☐ 3 लाख			
	☐ 4 लाख	☐ 1 लाख ☐ 2 लाख ☐ 3 लाख ☐ 4 लाख			
	☐ 5 लाख	☐ 1 लाख ☐ 2 लाख ☐ 3 लाख ☐ 4 लाख ☐ 5 लाख			
सिक्वोर प्लान	☐ 2 लाख ☐ 3 लाख	☐ 25 लाख ☐ 50 हजार ☐ 75 हजार ☐ 1 लाख ☐ 2 लाख ☐ 3 लाख			
	☐ 4 लाख	☐ 25 लाख ☐ 50 हजार ☐ 75 हजार ☐ 1 लाख ☐ 2 लाख ☐ 3 लाख ☐ 4 लाख			
	☐ 5 लाख	☐ 25 लाख ☐ 50 हजार ☐ 75 हजार ☐ 1 लाख ☐ 2 लाख ☐ 3 लाख ☐ 4 लाख ☐ 5 लाख			
	☐ 7.5 लाख	☐ 25 लाख ☐ 50 हजार ☐ 75 हजार ☐ 1 लाख ☐ 2 लाख ☐ 3 लाख ☐ 4 लाख ☐ 5 लाख			
	☐ 10 लाख	☐ 25 लाख ☐ 50 हजार ☐ 75 हजार ☐ 1 लाख ☐ 2 लाख ☐ 3 लाख ☐ 4 लाख ☐ 5 लाख ☐ 10 लाख			
	☐ 10 लाख से ऊपर	☐ 25 लाख ☐ 50 हजार ☐ 75 हजार ☐ 1 लाख ☐ 2 लाख ☐ 3 लाख ☐ 4 लाख ☐ 5 लाख ☐ 10 लाख			
सपोर्ट प्लान	बीमाकृत राशि	कटौती योग्य			
	☐ 2 लाख ☐ 3 लाख	☐ 1 लाख ☐ 2 लाख ☐ 3 लाख			
	☐ 4 लाख	☐ 1 लाख ☐ 2 लाख ☐ 3 लाख ☐ 4 लाख			
	☐ 5 लाख	☐ 1 लाख ☐ 2 लाख ☐ 3 लाख ☐ 4 लाख ☐ 5 लाख			
	☐ 7.5 लाख	☐ 2 लाख ☐ 3 लाख ☐ 4 लाख ☐ 5 लाख			
	☐ 10 लाख ☐ 15 लाख ☐ 20 लाख ☐ 25 लाख	☐ 2 लाख ☐ 3 लाख ☐ 4 लाख ☐ 5 लाख ☐ 10 लाख			
शील्ड प्लान	☐ 5 लाख	☐ 1 लाख ☐ 2 लाख ☐ 3 लाख ☐ 4 लाख ☐ 5 लाख			
	☐ 7.5 लाख	☐ 2 लाख ☐ 3 लाख ☐ 4 लाख ☐ 5 लाख			
	☐ 10 लाख ☐ 15 लाख ☐ 20 लाख ☐ 25 लाख	☐ 2 लाख ☐ 3 लाख ☐ 4 लाख ☐ 5 लाख ☐ 10 लाख			
	☐ 30 लाख ☐ 50 लाख	☐ 3 लाख ☐ 4 लाख ☐ 5 लाख ☐ 10 लाख			
	☐ 1 करोड़	☐ 5 लाख ☐ 10 लाख ☐ 15 लाख			

प्रीमियम प्लान	☐ 10 लाख ☐ 15 लाख	☐ 2 लाख ☐ 3 लाख ☐ 4 लाख ☐ 5 लाख ☐ 10 लाख
	☐ 20 लाख ☐ 25 लाख	
	☐ 30 लाख ☐ 50 लाख	☐ 3 लाख ☐ 4 लाख ☐ 5 लाख ☐ 10 लाख
	☐ 1 करोड़ ☐ 2 करोड़	☐ 5 लाख ☐ 10 लाख ☐ 15 लाख
	☐ 3 करोड़	

स्वैच्छिक सह-भुगतान	☐ हाँ ☐ नहीं (यदि हाँ, कृपया नीचे दिए गए विकल्पों में से चुनें) ☐ 10% ☐ 20%	अस्पताल नकद वैकल्पिक कवर	☐ हाँ ☐ नहीं
बोनस बूस्टर	☐ हाँ ☐ नहीं	मातृत्व लाभ वैकल्पिक बीमा-सुरक्षा	☐ हाँ ☐ नहीं
अस्पताल में भर्ती होने से पहले और बाद में बढ़ाई गई बीमा-सुरक्षा	☐ हाँ ☐ नहीं	विश्वव्यापी आपातकालीन अस्पताल में भर्ती वैकल्पिक बीमा-सुरक्षा	☐ हाँ ☐ नहीं
गैर-देय व्यय बीमा-सुरक्षा	☐ हाँ ☐ नहीं	क्षेत्रवार सह-भुगतान छूट	☐ हाँ ☐ नहीं
अनिवार्य सह भुगतान को हटाना	☐ हाँ ☐ नहीं	पूर्व-विद्यमान बीमारी की प्रतीक्षा अवधि में कमी	☐ हाँ ☐ नहीं
बाह्य रोगी बीमा-सुरक्षा	☐ हाँ ☐ नहीं	वैश्विक बीमा-सुरक्षा	☐ हाँ ☐ नहीं
समान बीमारियों के लिए रिचार्ज लाभ (सहायता योजना के लिए उपलब्ध नहीं)	☐ हाँ ☐ नहीं	स्मार्ट फ्लेक्सी सेवर (यह केवल तभी उपलब्ध है जब समेकित कटौती योग्य विकल्प चुना गया हो; प्रीमियम योजना के साथ उपलब्ध नहीं है)	☐ हाँ ☐ नहीं
बोनस बूस्टर प्लस	☐ हाँ ☐ नहीं	इनफिनिट बोनस बूस्टर	☐ हाँ ☐ नहीं
प्रति दावा कटौती योग्य	☐ हाँ ☐ नहीं	कुछ बीमारियों के लिए प्रतीक्षा अवधि में कमी	☐ हाँ ☐ नहीं
कटौती योग्य राशि (यदि प्रति दावा कटौती योग्य चुना गया है तो टिक करें) कटौती योग्य - केवल सिक्वोर प्लान के लिए 25 हजार, 75 हजार, 1 लाख उपलब्ध है	☐ 10,000 ☐ 20,000 ☐ 25,000 ☐ 50,000 ☐ 75,000 ☐ 1,00,000		
मातृत्व के लिए 1 साल की प्रतीक्षा अवधि	☐ हाँ ☐ नहीं	सरोगेसी कवर (यदि इस कवर का चुनाव किया गया है तो कृपया प्रस्ताव प्रपत्र के अनुलग्नक को भरें)	☐ हाँ ☐ नहीं
स्मार्ट नेटवर्क की सुविधा	☐ हाँ ☐ नहीं	सुपर सेवर पैक	☐ हाँ ☐ नहीं
फ्यूचरिस्टिक कवर	☐ हाँ ☐ नहीं	कमरे का किराया संशोधक (केवल सिक्वोर प्लान के लिए)	☐ कोई भी कमरा ☐ ट्रिन शेयरिंग

4. बीमा-सुरक्षित किए जाने वाले बीमित व्यक्तियों के विवरण

विवरण		बीमाकृत व्यक्ति 1	बीमाकृत व्यक्ति 2	बीमाकृत व्यक्ति 3	बीमाकृत व्यक्ति 4	बीमाकृत व्यक्ति 5	बीमाकृत व्यक्ति 6	बीमाकृत व्यक्ति 7
नाम*	(पहला नाम)							
	(मध्य नाम)							
	(अंतिम नाम)							
लिंग (पुरुष/महिला/इनमें से कोई नहीं)								
ऊंचाई* (से.मी.)								
वजन* (कि.ग्रा.)								
नेत्र अपवर्तक त्रुटि सूचकांक (बायाँ और दायाँ नेत्र)								
जन्म तिथि*								
प्रस्तावक के साथ संबंध*								
व्यवसाय (वेतनभोगी/स्व-रोजगार/पेशेवर/अन्य)								
वैकल्पिक बीमा-सुरक्षा: गंभीर बीमारी बीमा-सुरक्षा		☐ हाँ ☐ नहीं	☐ हाँ ☐ नहीं	☐ हाँ ☐ नहीं	☐ हाँ ☐ नहीं	☐ हाँ ☐ नहीं	☐ हाँ ☐ नहीं	☐ हाँ ☐ नहीं
वैकल्पिक बीमा-सुरक्षा: व्यक्तिगत दुर्घटना बीमा-सुरक्षा		☐ हाँ ☐ नहीं	☐ हाँ ☐ नहीं	☐ हाँ ☐ नहीं	☐ हाँ ☐ नहीं	☐ हाँ ☐ नहीं	☐ हाँ ☐ नहीं	☐ हाँ ☐ नहीं
व्यक्तिगत दुर्घटना कवर के लिए बीमाकृत राशि		☐ 2 लाख	☐ 2 लाख	☐ 2 लाख	☐ 2 लाख	☐ 2 लाख	☐ 2 लाख	☐ 2 लाख
		☐ 3 लाख	☐ 3 लाख	☐ 3 लाख	☐ 3 लाख	☐ 3 लाख	☐ 3 लाख	☐ 3 लाख
		☐ 4 लाख	☐ 4 लाख	☐ 4 लाख	☐ 4 लाख	☐ 4 लाख	☐ 4 लाख	☐ 4 लाख
		☐ 5 लाख	☐ 5 लाख	☐ 5 लाख	☐ 5 लाख	☐ 5 लाख	☐ 5 लाख	☐ 5 लाख
		☐ 7.5 लाख	☐ 7.5 लाख	☐ 7.5 लाख	☐ 7.5 लाख	☐ 7.5 लाख	☐ 7.5 लाख	☐ 7.5 लाख
		☐ 10 लाख	☐ 10 लाख	☐ 10 लाख	☐ 10 लाख	☐ 10 लाख	☐ 10 लाख	☐ 10 लाख
		☐ 20 लाख	☐ 20 लाख	☐ 20 लाख	☐ 20 लाख	☐ 20 लाख	☐ 20 लाख	☐ 20 लाख
		☐ 25 लाख	☐ 25 लाख	☐ 25 लाख	☐ 25 लाख	☐ 25 लाख	☐ 25 लाख	☐ 25 लाख
		☐ 30 लाख	☐ 30 लाख	☐ 30 लाख	☐ 30 लाख	☐ 30 लाख	☐ 30 लाख	☐ 30 लाख
		☐ 50 लाख	☐ 50 लाख	☐ 50 लाख	☐ 50 लाख	☐ 50 लाख	☐ 50 लाख	☐ 50 लाख
		☐ 75 लाख	☐ 75 लाख	☐ 75 लाख	☐ 75 लाख	☐ 75 लाख	☐ 75 लाख	☐ 75 लाख
		☐ 1 करोड़	☐ 1 करोड़	☐ 1 करोड़	☐ 1 करोड़	☐ 1 करोड़	☐ 1 करोड़	☐ 1 करोड़
वैकल्पिक बीमा-सुरक्षा: कोविड-19* के लिए घरेलू देखभाल		☐ 10000	☐ 10000	☐ 10000	☐ 10000	☐ 10000	☐ 10000	☐ 10000
		☐ 15000	☐ 15000	☐ 15000	☐ 15000	☐ 15000	☐ 15000	☐ 15000
		☐ 20000	☐ 20000	☐ 20000	☐ 20000	☐ 20000	☐ 20000	☐ 20000
		☐ 25000	☐ 25000	☐ 25000	☐ 25000	☐ 25000	☐ 25000	☐ 25000

विवरण	बीमाकृत व्यक्ति 1	बीमाकृत व्यक्ति 2	बीमाकृत व्यक्ति 3	बीमाकृत व्यक्ति 4	बीमाकृत व्यक्ति 5	बीमाकृत व्यक्ति 6	बीमाकृत व्यक्ति 7
इन्स्टा कवर	☐ इन्स्टा 8	☐ इन्स्टा 8	☐ इन्स्टा 8	☐ इन्स्टा 8	☐ इन्स्टा 8	☐ इन्स्टा 8	☐ इन्स्टा 8
पॉलिसी में सूचीबद्ध रोगों के लिए कवरेज 1. अस्थमा 2. रक्तचाप जिसे चिकित्सकीय भाषा में हाइपरटेंशन कहा जाता है 3. कोलेस्ट्रॉल जिसे हाइपर लिपिडिमिया कहा जाता है 4. डायबिटीज 5. मोटापा 6. पीटीसीए के साथ कोरोनरी आर्टरी रोग 7. कोरोनरी आर्टरी बाईपास ग्राफ्ट 8. क्रॉनिक ऑब्स्ट्रक्टिव पल्मोनरी डिजीज (सीओपीडी) कवर हेतु विकल्प 1. सभी बीमारियाँ (इन्स्टा 8) 2. पहली चार बीमारियाँ (इन्स्टा 4)	☐ पहली चार बीमारियाँ (इन्स्टा 4)	☐ पहली चार बीमारियाँ (इन्स्टा 4)	☐ पहली चार बीमारियाँ (इन्स्टा 4)	☐ पहली चार बीमारियाँ (इन्स्टा 4)	☐ पहली चार बीमारियाँ (इन्स्टा 4)	☐ पहली चार बीमारियाँ (इन्स्टा 4)	☐ पहली चार बीमारियाँ (इन्स्टा 4)
आयुष्मान भारत स्वास्थ्य खाता (एबीएचए) मैं/हम एतद् द्वारा कंपनी को मेरे/हमारे एबीएचए खाते से जुड़े मेडिकल रिकॉर्ड को सत्यापित करने और प्राप्त के लिए अपनी सहमति प्रदान करते हैं।	☐ हाँ ☐ नहीं	☐ हाँ ☐ नहीं	☐ हाँ ☐ नहीं	☐ हाँ ☐ नहीं	☐ हाँ ☐ नहीं	☐ हाँ ☐ नहीं	☐ हाँ ☐ नहीं
यदि हाँ है, कृपया एबीएचए नं लिखें. यदि नहीं है, तो कृपया https://fasttrack.magmainsurance.com/abha/index पर एबीएचए नं बनायें।							

*25,000 का विकल्प केवल प्रीमियम प्लान के साथ उपलब्ध है

5. नामांकन

पॉलिसीधारक सभी बीमित सदस्यों के लिए नामित व्यक्ति होता है। नीचे दिए गए विवरण पॉलिसीधारक के नामित व्यक्ति के लिए हैं।

नामांकित व्यक्ति का नाम	पहला नाम	मध्य नाम	अंतिम नाम
प्रस्तावक के साथ संबंध		जन्म तिथि	दि दि मा मा व व व व
नामांकित व्यक्ति का संपर्क नंबर		नामांकन का प्रतिशत	

यदि नामित व्यक्ति अवयस्क है, तो नियुक्त व्यक्ति का नाम और पता तथा अवयस्क के साथ संबंध:

नियुक्त व्यक्ति का नाम	नामित व्यक्ति के साथ संबंध	नियुक्त व्यक्ति का संपर्क नंबर

नॉमिनी के बैंक का विवरण

ए)	खाताधारक(कों) का नाम (जैसा कि बैंक रिकॉर्ड में दर्शाया गया है)	
बी)	बैंक का नाम	एफ) खाता प्रकार
सी)	बैंक शाखा का नाम	जी) खाता सं.
डी)	पता	एच) आईएफएससी कोड
ई)	शाखा का शहर	आई) 9 अंकों का एमआईसीआर कोड

एक से अधिक नॉमिनी की स्थिति में, कृपया अतिरिक्त नॉमिनी व्यक्तियों के नाम तथा नॉमिनी व्यक्तियों का प्रतिशत का उल्लेख करते हुए एक दस्तावेज संलग्न करें।

6. मौजूदा/पिछला बीमा विवरण

क्या प्रस्तावक या प्रस्तावित व्यक्ति पहले से ही मैग्मा एचडीआई जनरल इंश्योरेंस कंपनी लिमिटेड या किसी अन्य बीमा कंपनी के साथ स्वास्थ्य बीमा पॉलिसी के अंतर्गत बीमित है या प्रस्तावित है? ☐ हाँ ☐ नहीं

यदि हाँ, तो कृपया नीचे पॉलिसी/आवेदन संख्या बताएं (कृपया लंबित प्रस्ताव के मामले में आवेदन संख्या का उल्लेख करें)

आप कब से लगातार बीमाकृत है ? : दि. दि. मा. मा. व. व. व. व.

बीमित व्यक्ति का नाम (प्रथम, मध्य, अंतिम)	बीमाकर्ता का नाम	पॉलिसी संख्या/ आवेदन संख्या	बीमा की अवधि		बीमित राशि (रु.)	दावों के विवरण, यदि कोई हो
			से	तक		
			दिन/माह/वर्ष	दिन/माह/वर्ष		

यदि आप अपनी मौजूदा बीमा पॉलिसी से पोर्टेबिलिटी लाभ प्राप्त करना चाहते हैं, तो कृपया ऊपर दी गई जानकारी के अलावा हमें पोर्टेबिलिटी प्रपत्र (इस प्रस्ताव प्रपत्र के अनुलग्नक के रूप में) और मौजूदा पॉलिसी से संबंधित सभी पॉलिसी दस्तावेज भी जमा करवाएं।

7. चिकित्सा और जीवनशैली संबंधी जानकारी*

अनुभाग ए: क्या बीमा कराने के लिए प्रस्तावित किसी व्यक्ति को कभी निम्नलिखित में से किसी समस्या का सामना करना पड़ा है/पड़ रहा है?: कृपया जहाँ भी लागू हो, बीमित व्यक्ति के लिए “हाँ” पर निशान लगाएं और अनुभाग बी में विवरण प्रदान करें।	हाँ/नहीं	बीमाकृत व्यक्ति 1	बीमाकृत व्यक्ति 2	बीमाकृत व्यक्ति 3	बीमाकृत व्यक्ति 4	बीमाकृत व्यक्ति 5	बीमाकृत व्यक्ति 6	बीमाकृत व्यक्ति 7
1. उच्च रक्तचाप का अतीत								
ए) अवधि								
बी) दवा								
सी) खुराक								
2. मधुमेह का अतीत								
ए) टाइप 1 या टाइप 2								
बी) अवधि								
सी) दवा								
डी) खुराक								

	हाँ/नहीं	बीमित व्यक्ति सं.
3. हृदय और परिसंचरण संबंधी स्थितियाँ/विकार : सीने में दर्द, एंजाइना, हाई कोलेस्ट्रॉल/लिपिड, पल्पिटेशन, कंजैस्टिव हार्ट फेलियर, कोरोनरी आर्टरी डिस्सीज़, हार्ट अटैक, बायपास सर्जरी/एंजियोप्लास्टी, वाल्व डिस्ऑर्डर/रिप्लेसमेंट, पेसमेकर लगाना, रुमेटिक फीवर, कॉन्जैनिटल हार्ट कंडिशन, वैरिक्ज वेन्स, थ्रोम्बोसिस, रक्त विकार, आदि।		
4. मूत्र संबंधी स्थितियाँ/विकार : पेशाब में खून आना, बार-बार पेशाब आना, पेशाब करने में दर्द/कठिनाई, किडनी और/या मूत्राशय में संक्रमण, मूत्र प्रणाली में पथरी, गुर्दे की खराबी, डायलिसिस या कोई अन्य किडनी/मूत्र मार्ग या प्रोस्टेट रोग		
5. मस्कुलोस्केलेटल स्थितियाँ/विकार : जोड़/पीठ दर्द, गठिया, स्पोण्डिलोसिस, जोड़ प्रतिस्थापन या मांसपेशियों/हड्डियों/जोड़ों/स्नायुबंधन, टेंडन या डिस्क, गाउट, हर्नियेटेड डिस्क, विच्छेदन/कृत्रिम अंग का कोई अन्य विकार		
6. श्वसन संबंधी स्थितियाँ/विकार : सांस लेने में तकलीफ/कठिनाई, टीबी, अस्थमा, ब्रोंकाइटिस, क्रॉनिक ऑब्सट्रक्टिव पल्मोनरी डिजीज (सीओपीडी), पुरानी खांसी, खून की खांसी आदि या कोई अन्य फेफड़े/श्वसन संबंधी रोग		
7. पाचन संबंधी स्थितियाँ/विकार : पीलिया, पुराना दस्त, आंतों से खून बहना/समस्याएं/पॉलीप्स, अग्न्याशय, यकृत या पित्ताशय के रोग, हेपेटाइटिस ए/बी/सी/अन्य, पीलिया, सिरोसिस, अस्पष्ट रूप से वजन घटना या बढ़ना, खाने संबंधी विकार या कोई अन्य गैस्ट्रो इंटेस्टाइनल स्थिति		
8. कैंसर/ट्यूमर : सौम्य या घातक ट्यूमर, कोई ग्रोथ/सिस्ट, कोई कैंसर		

	हाँ/नहीं	बीमित व्यक्ति सं.
9. मस्तिष्क/तंत्रिका तंत्र/मनोरोग संबंधी स्थितियाँ/विकार : चेतना का खोना, बेहोशी, चक्कर आना, सुन्न होना/झुनझुनी, कमजोरी, लकवा, सिर में चोट, स्ट्रोक, माइग्रेन सिरदर्द या पुराना गंभीर सिरदर्द, स्लीप एपनिया, मल्टीपल स्क्लेरोसिस, दौरै/मिर्गी या कोई अन्य मस्तिष्क/तंत्रिका तंत्र रोग, मानसिक/मनोरोग संबंधी विकार		
10. महिला प्रजनन संबंधी स्थितियाँ/विकार : पैल्विक दर्द, असामान्य मासिक धर्म रक्तस्राव, असामान्य पीएपी स्मीयर, एंडोमेट्रियोसिस, फाइब्रॉइड, सिस्ट/फाइब्रोएडीनोमा, रक्तस्राव विकार, पैल्विक संक्रमण या कोई अन्य स्त्री रोग/स्तन सिस्ट/गांठ/ट्यूमर		
11. क्या बीमा हेतु प्रस्तावित कोई महिला गर्भवती है, घरेलू गर्भावस्था परीक्षण में उसकी रिपोर्ट सकारात्मक आई है, या वह गोद लेने या सरोगेट बनने की प्रक्रिया में है?		
12. चयापचय और अंतःस्रावी स्थितियाँ/विकार : एड्रेनल/पिट्यूटरी विकार, ल्यूपस, स्क्लेरोडर्मा, थायरॉयड विकार, कोई भी स्वप्रतिरक्षी/आनुवांशिक विकार		
13. क्या बीमा हेतु प्रस्तावित व्यक्ति किसी क्रोनिक या दीर्घकालीन चिकित्सा स्थिति से पीड़ित है, या उसे कोई अन्य विकलांगता, असामान्यता या बार-बार होने वाली बीमारी या चोट है या वह सामान्य गतिविधियाँ करने में असमर्थ है?		
14. क्या बीमा हेतु प्रस्तावित व्यक्ति तम्बाकू उत्पाद/सिगरेट का सेवन करता/करती है या शराब पीता/पीती है?		
15. क्या बीमा हेतु प्रस्तावित कोई भी व्यक्ति बांझपन से संबंधित किसी भी स्थिति से पीड़ित है?		
16. क्या किसी व्यक्ति ने बीमा कराने का प्रस्ताव दिया है और उसने किसी अन्य स्थिति या लक्षण(णों)/किसी मनोरोग संबंधी स्थिति के लिए किसी डॉक्टर या अन्य स्वास्थ्य सेवा प्रदाता से परामर्श लिया है या उपचार प्राप्त किया है/कोई मनोरोग स्थितियाँ/किसी अस्पताल में भर्ती हुआ है/बीमारी/शल्य चिकित्सा करवाई है/वर्तमान में किसी स्थिति या चिकित्सा प्रक्रिया (निदान परीक्षण सहित) के लिए दवा ले रहा/रही है?		
17. क्या आप या बीमा हेतु प्रस्तावित किसी भी व्यक्ति को इस बीमा-सुरक्षा के लिए प्रस्तावित करने से पहले निम्नलिखित गंभीर बीमारियों में से किसी के लिए निदान किया गया है या सर्जरी हुई है - कैंसर, हार्ट अटैक, कोरोनरी आर्टरी, बायपास ग्राफ्ट, हार्ट वाल्व रिप्लेसमेंट/रिपेयर, कोमा, किडनी की विफलता, स्ट्रोक, कोई प्रत्यारोपण, पक्षाघात, मल्टीपल स्क्लेरोसिस, मोटर न्यूरोन रोग या एचआईवी/एड्स?		
18. व्यक्तिगत दुर्घटना कवर के लिए क्या आवेदकों में से कोई भी मिर्गी सम्बंधित विकार, शारीरिक या मानसिक विकार/विकलांगता/अशक्तता/विकृति या किसी ऐसी स्थिति से पीड़ित रहे है या वर्तमान में पीड़ित है जो उनके चलने/देखने/सुनने/बोलने की क्षमता को प्रभावित कर सकती है?		
19. क्या आवेदक के पेशे में उसे शारीरिक श्रम या खतरनाक गतिविधियों में शामिल होना, खतरनाक सामग्री को संभालना, उंचाई पर काम करना, केबिन क्रू के रूप में काम करना, समुद्र/नदी में चलने वाले जहाजों में, उच्च वोल्टेज के साथ काम करना, या सशस्त्र बलों का हिस्सा होना शामिल है?		

अनुभाग बी : बीमारी/दवा/परीक्षण/सर्जरी/डायोप्टर ग्रेड का नाम और विवरण (उपरोक्त अनुभाग ए में हाँ के रूप में उत्तर दिए गए प्रश्नों के लिए)	अंतिम परामर्श की तिथि	डॉक्टर का नाम	अस्पताल का नाम और फोन नंबर	बीमारी का विवरण
बीमित व्यक्ति 1:				
बीमित व्यक्ति 2:				
बीमित व्यक्ति 3:				
बीमित व्यक्ति 4:				
बीमित व्यक्ति 5:				
बीमित व्यक्ति 6:				
बीमित व्यक्ति 7:				

कोई अन्य विवरण:-

यदि आवश्यक हो तो कृपया अतिरिक्त पत्रक जोड़ें।

अनुभाग सी : महत्वपूर्ण टिप्पणियाँ :

1. इस प्रस्ताव प्रपत्र या किसी पूरक सूचना प्रपत्र या आपके द्वारा या आपकी ओर से दिए गए दस्तावेज में आप हमें जो जानकारी देते हैं, वह बीमा की पेशकश करने के हमारे निर्णय और इसकी पेशकश की शर्तों को प्रभावित करेगी। इसके अलावा, हम जो भी पॉलिसी जारी करेंगे, वह आपके द्वारा हमें बताई गई जानकारी पर आधारित होगी। इसलिए यह महत्वपूर्ण है कि आपके उत्तर सभी मामलों में पूर्ण और सटीक हों।
2. इस प्रस्ताव में पूछे गए प्रश्न संपूर्ण नहीं बल्कि सांकेतिक हैं। आपको हमें बीमा किए जाने वाले जोखिम से संबंधित सभी जानकारी देनी होगी, भले ही यह इस प्रस्ताव में किसी प्रश्न का विषय न हो। यदि आपको इस बात पर कोई संदेह है कि कौन सी जानकारी दी जानी चाहिए, तो आपको अपने बीमा सलाहकार/कंपनी से संपर्क करना चाहिए।
3. आपके प्रस्ताव की स्वीकृति पूर्ण मेडिकल रिपोर्ट (जहां भी लागू हो) की प्राप्ति, मेडिकल अंडरराइटिंग के अधीन होगी और बीमा कवरेज कंपनी द्वारा पूर्ण प्रीमियम के संग्रह के बाद शुरू होगा।
4. अपवर्जन/समावेशन सूची और अन्य पॉलिसी विवरण सांकेतिक हैं। पूरी सूची और विस्तृत विवरणों के लिए, कृपया पॉलिसी शब्दावली देखें।

अनुभाग डी : पारिवारिक चिकित्सक के विवरण :

नाम:	संपर्क नम्बर:
------	---------------

8. भुगतान के विवरण

1. भुगतान के विवरण: कृपया (✓) लगाएँ जीएसटी सहित कुल प्रीमियम राशि (₹) _____ ☐ नकद ☐ चेक/एनईएफटी/डीडी भुगतान विकल्प ☐ डिजिटल भुगतान
- चेक/एनईएफटी/डीडी नंबर _____ चेक/एनईएफटी/डीडी तिथि दि. दि. मा. मा. व. व. व. व. बैंक _____
2. प्रत्यक्ष बैंक हस्तांतरण के माध्यम से दावों/वापसी के भुगतान के लिए, कृपया निम्नलिखित विवरण प्रदान करें : (कृपया प्रस्ताव प्रपत्र के साथ एक निरस्त चेक संलग्न करें)
- खाता धारक का नाम _____
- बैंक का नाम _____ शाखा _____ शहर _____
- खाता प्रकार _____ आईएफएससी कोड _____ खाता संख्या _____

घोषणा:

“मैं/हम एतद् द्वारा घोषणा करता/करती/करते हैं और वचन देता/देती/देते हैं कि उपर्युक्त पॉलिसी के लिए प्रीमियम के रूप में मेरे/हमारे द्वारा भुगतान की गई राशि मेरी/हमारी वैध और घोषित आय के स्रोत से है।”

इलेक्ट्रॉनिक समाशोधन सेवा (डेबिट समाशोधन) अधिदेश प्रपत्र

प्रस्ताव संख्या _____ पॉलिसी: _____

प्रति,

मैग्मा जनरल इंश्योरेंस लिमिटेड, इक्विनाक्स बिज़नेस पार्क, टॉवर 3, आंबेडकर नगर, दूसरी मंज़िल, यूनिट नंबर 1बी और 2बी, एलबीएस मार्ग, कुर्ला (पश्चिम), मुंबई - 400 070, महाराष्ट्र, भारत

संदर्भ: इलेक्ट्रॉनिक समाशोधन सेवा के माध्यम से <बैंक का नाम> को धन/भुगतान भेजने के लिए ग्राहक को प्राधिकरण

ग्राहक जानकारी:

ए) खाताधारक(कों) का नाम (जैसा कि बैंक रिकॉर्ड में दर्शाया गया है)	
बी) बैंक का नाम	सी) बैंक शाखा का नाम
डी) पता	ई) शाखा का शहर
एफ) खाता प्रकार	जी) खाता सं.
एच) लेजर संख्या/लेजर फोलियो संख्या	आई) 9 अंकों का एमआईसीआर कोड

घोषणा:

मैं इलेक्ट्रॉनिक समाशोधन सुविधा का लाभ उठाना चाहता/चाहती हूँ और इसके द्वारा इलेक्ट्रॉनिक समाशोधन प्रणाली (ईसीएस) में भागीदारी के माध्यम से प्रस्ताव प्रपत्र संख्या _____ के माध्यम से लागू मेरी स्वास्थ्य बीमा पॉलिसी के लिए प्रीमियम डेबिट करने के लिए अपनी बिना शर्त सहमति व्यक्त करता/करती हूँ। मैं समझता/समझती हूँ और सहमत हूँ कि प्रीमियम राशि को इलेक्ट्रॉनिक समाशोधन प्रणाली (ईसीएस) में भागीदारी के माध्यम से डेबिट किया जाना चाहिए। पॉलिसी के अंतर्गत बीमित वरिष्ठतम सदस्य की आयु सीमा में परिवर्तन, बीमाकर्ता द्वारा लागू प्रीमियम दरों में परिवर्तन, करों और समय-समय पर लागू अन्य वैधानिक शुल्कों के कारण मेरा खाता अलग हो सकता है।

(कृपया नवीनीकरण के समय लागू आयु में परिवर्तन के कारण अनुमानित प्रीमियम विवरण के लिए पॉलिसी दस्तावेज़ देखें)

मैं एतद् द्वारा घोषणा करता/करती हूँ कि दिए गए विवरण सही और पूर्ण हैं। मैं समझता/समझती हूँ और स्वीकार करता/करती हूँ कि लेन-देन इस प्रपत्र में मेरे द्वारा चुनी गई नियत तिथि पर प्रभावी होगा, बशर्ते कि पॉलिसी पर प्रीमियम का भुगतान किया जाए (बशर्ते वह दिन कार्य दिवस हो)। यदि अपूर्ण या गलत जानकारी के कारण लेन-देन में देरी होती है या बिल्कुल भी प्रभावी नहीं होता है, तो मैं/हम उपयोगकर्ता संस्थान को उत्तरदायी नहीं ठहराएँगे। मैंने/हमने उपयोगकर्ता संस्थान से/के माध्यम से इस ईसीएस डेबिट सेवा का लाभ उठाने के लिए लागू सभी नियम और शर्तें पढ़ ली हैं और योजना के अंतर्गत भागीदार के रूप में मुझसे/हमसे अपेक्षित जिम्मेदारी का निर्वहन करने के लिए सहमत हूँ।

मैं/हम इस ईसीएस डेबिट अधिदेश प्रपत्र को अपने साथ ले जाने वाले मैग्मा जनरल इंश्योरेंस लिमिटेड के प्रतिनिधि को इसे मेरे/हमारे बैंक द्वारा सत्यापित और निष्पादित करने के लिए अधिकृत करते हैं।

स्थान: _____ दिनांक: दि. दि. मा. मा. व. व. व. व.

आवेदक का हस्ताक्षर

क्या आप पॉलिसी की मुद्रित प्रति प्राप्त करना चाहते हैं ☐ हाँ ☐ नहीं

9. प्रस्तावक का इलेक्ट्रॉनिक बीमा विवरण

क्या आप इस पॉलिसी को ईआईए में जमा कराना चाहते हैं? (कृपया कोई एक चुनें)

☐ नहीं, मेरे पास ईआईए नहीं है और मैं इसे खोलना नहीं चाहता/चाहती हूँ ☐ हाँ, इस पॉलिसी को मेरे ई-बीमा खाते में जमा करें

यदि हाँ, तो कृपया मौजूदा ई-बीमा खाता संख्या साझा करें _____

कृपया बीमा रिपोजिटरी का नाम चुनें (जिसके साथ आपने अपना खाता खोला है)

- ☐ मेसर्स प्रोटीन ईगोव टेक्नोलॉजीज़ लिमिटेड
 ☐ मेसर्स कार्वी इश्योरेन्स रिपोजिटरी लिमिटेड
☐ मेसर्स सेंट्रल इश्योरेन्स रिपोजिटरी लिमिटेड
 ☐ मेसर्स सीएएमएस रिपोजिटरी सर्विसेस लिमिटेड
☐ मेसर्स एसएचसीआईएल प्रोजेक्ट्स लिमिटेड (कृपया किसी एक का चयन करें) या

☐ मेरे पास कोई मौजूदा ई-बीमा खाता नहीं है और मैं एक नया ई-बीमा खाता खोलने का/की इच्छुक हूँ (कृपया प्रासंगिक दस्तावेजों के साथ इलेक्ट्रॉनिक बीमा खाता खोलने का प्रपत्र (ईआईए प्रपत्र) जमा करें)

मेरा सीकेवाईसी नंबर (सेंट्रल नो योर कस्टमर रजिस्ट्री नंबर) है (यदि उपलब्ध हो): _____

प्रतिनिधि के विवरण (केवल तभी, जब ईआईए प्रस्तावक और प्राथमिक बीमित व्यक्ति के अलावा किसी अन्य व्यक्ति के लिए खोला जाना हो)

पहला नाम _____ मध्य नाम _____ अंतिम नाम _____

लिंग ☐ पुरुष ☐ महिला ☐ इनमें से कोई नहीं जन्म तिथि: दि. दि. मा. मा. व. व. व. व. पैन नं. _____

पते की पंक्ति 1 _____

पते की पंक्ति 2 _____

पते की पंक्ति 3 _____

पिनकोड _____ टेलिफोन नं. _____ मोबाइल नं. _____

संबंध _____ अन्य संबंध _____ ईमेल आईडी _____

यूआईडी _____ लैंडमार्क _____ राज्य _____

शहर _____ देश _____

10. घोषणाएँ

1. घोषणाएँ

- मैं अपनी ओर से तथा बीमा हेतु प्रस्तावित सभी व्यक्तियों की ओर से घोषणा करता/करती हूँ कि मेरे द्वारा दिए गए उपरोक्त कथन, उत्तर और/या विवरण मेरी सर्वोत्तम जानकारी के अनुसार सभी प्रकार से सत्य और पूर्ण हैं तथा मैं इन अन्य व्यक्तियों की ओर से प्रस्ताव करने के लिए प्राधिकृत हूँ।
- मैं समझता/समझती हूँ कि मेरे द्वारा दी गई जानकारी बीमा पॉलिसी का आधार बनेगी, यह बीमाकर्ता की बोर्ड द्वारा अनुमोदित बीमांकन नीति के अधीन है तथा यह पॉलिसी प्रीमियम के पूर्ण भुगतान के बाद ही लागू होगी।
- मैं यह भी घोषणा करता/करती हूँ कि मैं प्रस्ताव प्रस्तुत किए जाने के बाद, लेकिन कंपनी द्वारा जोखिम स्वीकृति की सूचना दिए जाने से पहले, बीमित किए जाने वाले व्यक्ति/प्रस्तावक के व्यवसाय या सामान्य स्वास्थ्य में होने वाले किसी भी परिवर्तन की लिखित रूप में सूचना दूंगा/दूंगी।
- मैं घोषणा करता/करती हूँ कि मैं कंपनी को किसी भी डॉक्टर या अस्पताल से, जिसने/जिसने कभी भी बीमित व्यक्ति/प्रस्तावक का इलाज किया है, या किसी भी पास्टर या वर्तमान नियोक्ता से, किसी भी ऐसी बात के संबंध में चिकित्सा जानकारी मांगने की अनुमति देता/देती हूँ, जो बीमित व्यक्ति/प्रस्तावक के शारीरिक या मानसिक स्वास्थ्य को प्रभावित करती है, और किसी भी बीमाकर्ता से, जिसके पास बीमित व्यक्ति/प्रस्तावक के बीमा के लिए आवेदन किया गया है, प्रस्ताव के बीमांकन और/या दावा निपटान के उद्देश्य से जानकारी मांगने की अनुमति देता/देती हूँ।
- मैं कंपनी को मेरे प्रस्ताव से संबंधित जानकारी, जिसमें बीमाधारक/प्रस्तावक के मेडिकल रिकॉर्ड भी शामिल हैं, को केवल प्रस्ताव के बीमांकन और/या दावों के निपटान के उद्देश्य से तथा किसी भी सरकारी और/या नियामक प्राधिकरण के साथ साझा करने के लिए अधिकृत करता/करती हूँ।

दिनांक: दि. दि. मा. मा. व. व. व. व.

प्रस्तावक के हस्ताक्षर: _____

स्थान: _____

प्रस्तावक का नाम: _____

2. इलेक्ट्रॉनिक पॉलिसी पूर्ति और सेवा संचार के लिए अधिकरण (कृपया ध्यानपूर्वक पढ़ें और हस्ताक्षर करने से पहले प्रत्येक के सामने सही का निशान लगाएँ)

मैं सहमति देता/देती हूँ कि पॉलिसी दस्तावेज मुझे ईमेल _____ द्वारा (कृपया अपना ई-मेल आईडी प्रदान करें) या मेरे ऊपर दिए गए मोबाइल नंबर पर एसएमएस के माध्यम से भेजे जा सकते हैं तथा इन्हें सभी प्रस्ताव प्रपत्रों में जोड़ा जा सकता है।

मैं एतद् द्वारा मैग्ना जनरल इश्योरेन्स लिमिटेड ("कंपनी") को समय-समय पर कंपनी की प्रस्तावित या मौजूदा पॉलिसी के संबंध में स्वागत कॉल, सेवा कॉल या कोई अन्य संचार (इलेक्ट्रॉनिक या अन्यथा) करने के लिए सहमति देता/देती हूँ और अधिकृत करता/करती हूँ और लागू कानून के प्रावधानों के अधीन हूँ।

मैं सभी पॉलिसी से संबंधित संचार अपने वॉट्सएप नंबर पर प्राप्त करना चाहता/चाहती हूँ।

वॉट्सएप नंबर: _____

दिनांक: दि. दि. मा. मा. व. व. व. व.

प्रस्तावक के हस्ताक्षर: _____

स्थान: _____

प्रस्तावक का नाम: _____

3. स्थानीय भाषा संबंधी घोषणा

मैं एतद् द्वारा घोषणा करता/करती हूँ कि मैंने प्रस्तावक को मैग्मा जनरल इंश्योरेंस लिमिटेड से स्वास्थ्य बीमा प्राप्त करने के लिए प्रस्ताव प्रपत्र और अन्य सभी दस्तावेजों की विषय-वस्तु पूरी तरह से समझा दी है। मैंने प्रस्तावक को इसे उस भाषा में समझाया है, जो वह समझता/समझती है। इसे उनके द्वारा पूरी तरह से समझ लिया गया है और प्रस्तावक द्वारा दी गई जानकारी के अनुसार उत्तर दर्ज किए हैं। प्रस्तावक को उत्तरों को पढ़कर सुना दिया गया है, इन्हें प्रस्तावक द्वारा पूरी तरह से समझ लिया गया है और इनकी पुष्टि कर दी गई है।

घोषणाकर्ता का नाम: _____

प्रस्तावक के साथ संबंध: _____

घोषणाकर्ता के हस्ताक्षर: _____

स्थानीय भाषा में आवेदक के हस्ताक्षर: _____

दिनांक:

दि.	दि.	मा.	मा.	व.	व.	व.	व.
-----	-----	-----	-----	----	----	----	----

4. मध्यस्थ द्वारा घोषणा

मैं, _____ (पूरा नाम) एक बीमा सलाहकार/कॉर्पोरेट के निर्दिष्ट व्यक्ति/ब्रोकर के एजेंट/अधिकृत कर्मचारी/संबंध अधिकारी के रूप में मेरी क्षमता में, एतद् द्वारा घोषणा करता/करती हूँ कि मैंने प्रस्तावक को इस प्रस्ताव प्रपत्र की सभी विषय-वस्तु, जिसमें इस प्रस्ताव प्रपत्र में शामिल प्रश्नों की प्रकृति शामिल है, के बारे में विस्तार से बता दिया है, जिसमें इस प्रस्ताव प्रपत्र में उसके द्वारा प्रस्तुत कथन, जानकारी और इसमें शामिल प्रश्नों के उत्तर या इसमें मांगी गई कोई भी जानकारी शामिल है, जो कंपनी और प्रस्तावक के बीच बीमा अनुबंध का आधार बनेगी, यदि यह प्रस्ताव पॉलिसी जारी करने के लिए कंपनी द्वारा स्वीकार कर लिया जाता है। मैंने आगे यह भी स्पष्ट किया है कि यदि इस प्रस्ताव प्रपत्र में कोई असत्य कथन/सूचना/उत्तर शामिल है/हैं/जिसमें परिशिष्ट, हलफनामे, कथन, प्रस्तुतियाँ, प्रस्तुत की गई/प्रस्तुत की जाने वाली बातें शामिल हैं, या यदि किसी भी महत्वपूर्ण तथ्य का खुलासा नहीं किया गया है, तो इस प्रस्ताव के अनुसरण में उसके पक्ष में जारी की गई पॉलिसी कंपनी द्वारा अमान्य मानी जाएगी और पॉलिसी के अंतर्गत भुगतान की गई सभी प्रीमियमों को कंपनी द्वारा जब्त किया जा सकता है।

लाइसेंस संख्या/आईडी (सलाहकार/कॉर्पोरेट एजेंट/ब्रोकर/संबंध अधिकारी)

दिनांक:

दि.	दि.	मा.	मा.	व.	व.	व.	व.
-----	-----	-----	-----	----	----	----	----

बीमा सलाहकार के हस्ताक्षर: _____

मैं (प्रस्तावक का नाम) पुष्टि करता/करती हूँ कि मैंने इस पॉलिसी के अंतर्गत उपलब्ध सभी सुविधाओं/लाभों को समझ लिया है।

प्रस्तावक के हस्ताक्षर: _____

दिनांक:

दि.	दि.	मा.	मा.	व.	व.	व.	व.
-----	-----	-----	-----	----	----	----	----

5. प्रस्तावक द्वारा घोषणा

(प्रमाणन, जहाँ किसी कारण से प्रस्ताव और अन्य संबंधित दस्तावेज प्रस्तावक द्वारा नहीं भरे गए हों।) प्रस्ताव प्रपत्र और संबंधित दस्तावेजों की विषय-वस्तु मुझे पूरी तरह समझा दी गई है और मैं प्रस्तावित अनुबंध के महत्व को पूरी तरह समझ गया/गई हूँ। प्रस्ताव प्रपत्र को _____ द्वारा मेरे निर्देशानुसार भरा गया है और मैंने इसे सही पाया है।

दिनांक:

दि.	दि.	मा.	मा.	व.	व.	व.	व.
-----	-----	-----	-----	----	----	----	----

प्रस्तावक के हस्ताक्षर: _____

6. एएमएल दिशानिर्देश

- मैं/हम इस बात की पुष्टि करता/करती/करते हैं कि भविष्य में भुगतान की जाने वाली सभी प्रीमियमों वास्तविक स्रोतों से हैं और इनका भुगतान अपराध संबंधी आय से नहीं किया गया है, और ऐसी प्रीमियमों मेरी/हमारी आय से अधिक नहीं हैं। मैं/हम समझता/समझती/समझते हैं कि कंपनी को धन के स्रोतों को प्रमाणित करने के लिए दस्तावेज मांगने और बीमा पॉलिसी को रद्द करने का अधिकार है, अगर मैं/हम भारत में मनी लॉन्ड्रिंग की रोकथाम कानून को प्रत्यक्ष या अप्रत्यक्ष रूप से नियंत्रित करने वाले किसी भी कानून के अंतर्गत किसी भी सक्षम न्यायालय द्वारा दोषी पाए जाते हैं।

दिनांक:

दि.	दि.	मा.	मा.	व.	व.	व.	व.
-----	-----	-----	-----	----	----	----	----

प्रस्तावक के हस्ताक्षर: _____

क्या आप या प्रस्तावित आवेदकों में से कोई भी पीईपी* या पीईपी* का करीबी रिश्तेदार/सहयोगी है?

☐ हाँ ☐ नहीं

यदि हाँ, तो कृपया "राजनीतिक रूप से उजागर व्यक्तियों" (पीईपी) का विवरण साझा करें:

*(पीईपी) वे व्यक्ति होते हैं जिन्हें किसी बाहरी देश द्वारा प्रमुख सार्वजनिक कार्य सौंपे गए हैं, जिनमें राष्ट्र या सरकार के प्रमुख, वरिष्ठ राजनेता, वरिष्ठ सरकारी या न्यायिक या सैन्य अधिकारी, राज्य के स्वामित्व वाले निगमों के वरिष्ठ अधिकारी और महत्वपूर्ण राजनीतिक दल के पदाधिकारी शामिल हैं।

2. अतिरिक्त जानकारी:

 राष्ट्रीयता: भारतीय ☐ गैर-भारतीय ☐ यदि आप गैर-भारतीय हैं, तो कृपया अपने देश का उल्लेख करें: _____

3. संगठन का प्रकार: (जहाँ कोई संगठन प्रस्तावक है, वहाँ लागू। यदि प्रस्तावक व्यक्ति, एकल स्वामी या एचयूएफ है, तो कृपया विकल्प चुनें)

(i) निगम	(ii) ट्रस्ट	(iii) सरकार	(iv) भागीदारी/एलएलपी	(v) गैर-सरकारी संगठन
(vi) सहकारी समितियाँ	(vii) सोसायटी	(viii) प्राइवेट लिमिटेड कंपनी	(ix) पब्लिक लिमिटेड कंपनी	(x) अन्य, कृपया निर्दिष्ट करें _____

4. प्रीमियम भुगतान के लिए धन का स्रोत:

व्यवसाय: _____ वेतनभोगी: _____ अन्य (कृपया निर्दिष्ट करें): _____

7. क्रेडिट स्कोर सहमति

मैं मैग्मा जनरल इंश्योरेंस लिमिटेड को मेरी क्रेडिट रिपोर्ट प्राप्त करने के लिए एक निजी और सुरक्षित सेवा के माध्यम से कंपनी द्वारा नामित क्रेडिट स्कोरिंग एजेंसी को यह जानकारी भेजने के लिए अधिकृत करता हूँ और मैं दोनों संस्थाओं की सहमति शर्तों से सहमत हूँ।

मैं मैग्मा जनरल इंश्योरेंस लिमिटेड को मेरे क्रेडिट रिपोर्ट से प्राप्त जानकारी के उपयोग के लिए अधिकृत करता हूँ ताकि मुझे व्यक्तिगत उत्पाद प्रदान किए जा सकें।

 दिनांक:

दि.	दि.	मा.	मा.	व.	व.	व.	व.
-----	-----	-----	-----	----	----	----	----

प्रस्तावक के हस्ताक्षर: _____

8. विकलंगता की घोषणा

मैं एतद्वारा घोषणा करता/करती हूँ कि प्रस्तावक ने मुझे यह घोषणा प्रस्तुत करने के लिए विधिवत अधिकृत किया है और मैंने प्रस्तावक को प्रस्ताव प्रपत्र की विषय-वस्तु और मैग्मा जनरल इंश्योरेंस लिमिटेड से स्वास्थ्य बीमा लेने से संबंधित सभी अन्य दस्तावेजों के बारे में पूरी तरह से समझा दिया है। मैं इसे पूरी तरह से समझता/समझती हूँ और दर्ज किए गए उत्तर प्रस्तावक द्वारा दी गई जानकारी के अनुसार हैं। सभी उत्तर स्पष्ट कर दिए गए हैं, प्रस्तावक द्वारा समझ लिए गए हैं और उनकी पुष्टि कर दी गई है।

 नाम _____ हस्ताक्षर _____ दिनांक:

दि.	दि.	मा.	मा.	व.	व.	व.	व.
-----	-----	-----	-----	----	----	----	----

11. सामान्य जानकारी

1. सावधानी

आप अपने और बीमा हेतु प्रस्तावित प्रत्येक व्यक्ति के संबंध में जोखिम की धारणा से संबंधित सभी तथ्यों का पूर्ण और स्पष्ट प्रकटीकरण करने के लिए बाध्य हैं, जो पॉलिसी जारी करने के हमारे निर्णय या इसे जारी करने की शर्तों को प्रभावित करेंगे और आपको हमारे सामने कोई भी जानकारी गलत तरीके से प्रस्तुत नहीं करनी चाहिए। यह दायित्व पॉलिसी जारी होने तक जारी रहता है और इस प्रस्ताव प्रपत्र को जमा करने के साथ समाप्त नहीं होता है। इसलिए, यदि पॉलिसी जारी होने से पहले यहाँ दी गई जानकारी में कोई बदलाव होता है या नई जानकारी सामने आती है, तो आपको बिना देरी किए हमें लिखित रूप में इसकी सूचना देनी चाहिए। यदि अनुरोध के अनुसार या अन्यथा अतिरिक्त जानकारी प्रदान करने के लिए पर्याप्त स्थान नहीं है, तो कृपया विधिवत हस्ताक्षरित एक अतिरिक्त पत्रक संलग्न करें। यदि प्रकटीकरण दायित्वों का उल्लंघन किया जाता है तो ऐसे उल्लंघन से कोई भी जारी की गई पॉलिसी अमान्य हो सकती है।

बीमा कानून (संशोधन) अधिनियम, 2015 के अनुच्छेद 41 के अंतर्गत छूटों की निषिद्धता

1. किसी भी व्यक्ति को भारत में जीवन या संपत्ति से संबंधित किसी भी प्रकार के जोखिम के संबंध में बीमा लेने, उसका नवीनीकरण करने या उसे जारी रखने के लिए किसी व्यक्ति को प्रत्यक्ष या अप्रत्यक्ष रूप से प्रलोभन के रूप में देय कमीशन के पूरे या उसके हिस्से पर कोई छूट या पॉलिसी पर दर्शाई गई प्रीमियम पर कोई छूट देने या उसे देने की पेशकश करने की अनुमति नहीं होगी, और न ही पॉलिसी लेने या उसे जारी रखने वाले किसी भी व्यक्ति द्वारा ऐसी छूट को छोड़कर, जो बीमाकर्ता की प्रकाशित विवरणिका या तालिकाओं के अनुसार दी जा सकती है, कोई छूट स्वीकार की जाएगी।
2. यदि कोई व्यक्ति उप-विनियम (1) का अनुपालन करने में विफल रहता है, तो उसे अर्थदंड देना होगा, जो दस लाख रुपए तक हो सकता है।

पावती

 प्रस्ताव संख्या _____ दिनांक:

दि.	दि.	मा.	मा.	व.	व.	व.	व.
-----	-----	-----	-----	----	----	----	----

हम आपके प्रस्ताव एवं रु. _____ की राशि, दिनांक _____ के चेक/एनईएफटी/डिमांड ड्राफ्ट/अन्य, जो _____ पर देय है/नकद द्वारा प्राप्त होने को सधन्यवाद स्वीकार करते हैं।

न तो पूर्ण किये गए बीमा प्रस्ताव हमारे पास प्रस्तुत करना और न ही किसी पॉलिसी के लिए कोई भुगतान करना, किसी पॉलिसी को जारी करने हेतु हमें सहमत होने के लिए बाध्य करता है, जिसका निर्णय सदैव हमारे एकमात्र और पूर्ण विवेक पर होगा। यदि हम बीमा का प्रस्ताव स्वीकार करते हैं, तो यह पॉलिसी की शर्तों के अधीन होगा और यदि हमें प्रीमियम का पूर्ण भुगतान और समय पर भुगतान प्राप्त नहीं होता है या वसूल नहीं होता है तो हमारी कोई जिम्मेदारी नहीं होगी।

प्राप्तकर्ता के हस्ताक्षर और कार्यालय की मुहर _____

मैग्मा जनरल इंश्योरेंस लिमिटेड (तत्कालीन मैग्मा एचडीआई जनरल इंश्योरेंस कंपनी लिमिटेड) | www.magmainsurance.com | ईमेल: customercare@magmainsurance.com | टोल फ्री नं.: 1800 266 3202 | पंजीकृत कार्यालय: इकिनॉक्स बिज़नेस पार्क, टॉवर 3, आंबेडकर नगर, दूसरी मंज़िल, यूनिट नंबर 1बी और 2बी, एलबीएस मार्ग, कुर्ला (पश्चिम), मुंबई - 400 070, महाराष्ट्र, भारत | CIN: U66000MH2009PLC460693 | IRDAI Reg. No. 149 | वन हेल्थ | प्रोडक्ट UIN: MAGHLIP25038V062425 | ऊपर प्रदर्शित किए गए ट्रेड लोगो मैग्मा वेंचर्स प्राइवेट लिमिटेड और मैग्मा जनरल इंश्योरेंस लिमिटेड द्वारा इनका इस्तेमाल लाइसेंस के अंतर्गत किया गया है। हमारी वेबसाइट पर MIRA से चैट करें या वॉट्सएप नंबर 7208976789 पर "Hi" करें। (PFAS.ver25.11.25)