वनहेल्थ 10.0

प्रस्ताव प्रपत्र

प्रस्ताव संख्या:_____

1. केवल कार्यालयीन उपयोग हेतु			
शाखा के माध्यम से प्राप्त पॉलिसियों के लिए			
शाखा का नाम (मध्यवर्ती)*		शाखा कोड (मध्यवर्ती)*	
शाखा/कार्यालय का मोबाइल नंबर (मध्यवर्ती)*		शाखा/कार्यालय का ईमेल पता (मध्यवर्ती)*	
मध्यवर्ती का नाम*		मध्यवर्ती का कोड*	
एसपी/बीक्यूपी/पीओएसपी/निर्दिष्ट व्यक्ति/अधिकृत सत्यापनकर्ता/अधिकृत विक्रयकर्ता का नाम*		एसपी/बीक्यूपी/पीओएसपी/निर्दिष्ट व्यक्ति/अधिकृत सत्यापनकर्ता/अधिकृत विक्रयकर्ता की कार्यात्मक पहचान/यूनिक आईडी*	
विक्रय चैनल का प्रकार		यदि पीओएसपी है, तो कृपया निम्नलिखित जानकारी दें:-* ए) पीओएसपी का पैन बी) पीओएसपी का आधार नंबर	
डिजिटल माध्यम से प्राप्त पॉलिसियों के लिए			
प्रधान अधिकारी का नाम*		प्रधान अधिकारी का मोबाइल/टेलीफ़ोन नंबर*	
प्रधान अधिकारी का ईमेल पता*			
प्रस्ताव प्राप्ति की तिथि			

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/पॉलिसीधारक 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***	दि.दि. मा.मा. व.व.व.व.		
व्यवसाय	☐ वेतनभोगी ☐ स्व-रोजगार ☐ पेशेवर ☐ अन्य (कृपया निर्दिष्ट करें).....				
शैक्षणिक योग्यता					
वार्षिक आय (रु. में)	☐< 3,00,000 ☐ 3,00,000 – 10,00,000 ☐10,00,001 – 25,00,000 ☐>25,00,000				
पत्राचार के लिए पता*					
		ग्राम पंचायत का नाम-			
शहर					
लैंडमार्क		**राज्य**		**पिन कोड**	
फोन नंबर एसटीडी कोड		**लैंडलाइन नंबर**		**मोबाइल नंबर***	
जीएसटी नंबर:	xxxxx (यदि प्रदान नहीं किया गया हो तो लागू नहीं)				
ईमेल आईडी*					
स्थायी पता					
शहर		**लैंडमार्क**			
राज्य		**पिन कोड**			
फोन नंबर एसटीडी कोड		**मोबाइल नंबर***			
क्या आप मैग्मा जनरल इन्श्योरेंस लिमिटेड के कर्मचारी हैं? हाँ, कर्मचारी आयडी:.....	**क्या आपके पास मैग्मा जनरल इन्श्योरेंस लिमिटेड के साथ कोई अन्य पॉलिसी है?** ☐ हाँ ☐ नहीं				

निवास की स्थिति:	☐ निवासी व्यक्ति ☐ गैर-निवासी भारतीय ☐ विदेशी नागरिक ☐ भारतीय मूल का व्यक्ति		
यदि आप किसी दिव्यांगता से ग्रस्त व्यक्ति हैं, तो कृपया नीचे दिए गए विवरण प्रदान करें, ताकि हम आपको आवश्यक सुगम्य सेवाएँ प्रदान कर सकें। **दिव्यांगता का प्रकार** **दिव्यांगता का प्रतिशत**			
पैन*/प्रपत्र 97		**पासपोर्ट नं**	
मतदाता पहचान पत्र		**ड्राइविंग लाइसेंस नं**	
आधार कार्ड नं		**केवायसी नं**	

केवाईसी प्रयोजन के लिए कृपया पहचान के प्रमाण, पते के प्रमाण और नवीनतम फोटो को साझा करें। पैन अनिवार्य है। विदेशी नागरिकता वाले व्यक्तियों, गैर-निवासी भारतीयों, और भारतीय मूल के व्यक्तियों के लिए आवश्यक दस्तावेज़ निम्न में से कोई एक हैं - (ए) पासपोर्ट (बी) ड्राइविंग लाइसेंस (सी) वोटर आईडी कार्ड, साथ ही भारत में विदेशी दूतावास या मिशन द्वारा जारी पत्र और उनके संबंधित देशों द्वारा जारी प्रासंगिक पहचान दस्तावेज़।

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 ☐ एकाधिक व्यक्ति	**पॉलिसी अवधि**	☐ 1 साल ☐ 2 साल ☐ 3 साल ☐ 4 साल ☐ 5 साल
यदि फैमिली फ्लोटर* है, तो बीमा-सुरक्षित किए जाने वाले व्यक्तियों की संख्या: वयस्क: ____ बच्चे:___		**प्रीमियम भुगतान आवृत्ति**	☐ एकल प्रीमियम ☐ मासिक किस्त ☐ त्रैमासिक किस्त ☐ अर्ध-वार्षिक किस्त
चयनित क्षेत्र			

एकाधिक व्यक्ति के लिए, कृपया वैकल्पिक बीमा-सुरक्षा के लिए अनुलग्नक भरें

बीमा-राशि (लाख में)	☐ 3लाख ☐ 4लाख ☐ 5लाख ☐ 7.5लाख ☐ 10लाख ☐ 15लाख ☐ 20लाख ☐ 25लाख ☐ 30लाख ☐ 50लाख ☐ 1करोड़ ☐ 2करोड़ ☐ 3करोड़ ☐ असीमित

MAGMA
General Insurance Limited

<table>
<tr><td>समेकित कटौती विकल्प</td><td colspan="5">☐ हाँ ☐ नहीं (यदि हाँ, तो कृपया चुने गए एसआई के अनुसार निम्नांकित में से कोई कटौती योग्य विकल्प चुनें)
<table>
<tr><th>योजना एसआई</th><th>कटौती योग्य विकल्प</th></tr>
<tr><td>5लाख</td><td>☐25हजार ☐50हजार ☐1लाख ☐2लाख ☐3लाख ☐4लाख ☐5लाख</td></tr>
<tr><td>7.5लाख</td><td>☐25हजार ☐50हजार ☐1लाख ☐2लाख ☐3लाख ☐4लाख ☐5लाख</td></tr>
<tr><td>10लाख, 15लाख, 20लाख, 25लाख</td><td>☐25हजार ☐50हजार ☐1लाख ☐2लाख ☐3लाख ☐4लाख ☐5लाख ☐10लाख</td></tr>
<tr><td>30लाख, 50लाख</td><td>☐25हजार ☐50हजार ☐1लाख ☐2लाख ☐3लाख ☐4लाख ☐5लाख ☐10लाख</td></tr>
<tr><td>1 करोड़ और उससे ज़्यादा</td><td>☐25हजार ☐50हजार ☐1लाख ☐2लाख ☐3लाख ☐4लाख ☐5लाख ☐10लाख ☐15 लाख</td></tr>
</table></td></tr>
<tr><td>स्वैच्छिक सह-भुगतान</td><td colspan="2">☐ हाँ ☐ नहीं (यदि हाँ, तो कृपया निम्नांकित में से कोई विकल्प चुनें)
☐10% ☐20%</td><td colspan="2">अस्पताल नकद (रु. में)</td><td>☐500☐1000 ☐1500</td></tr>
<tr><td>मातृत्व हितलाभ

बीमा-राशियाँ</td><td>☐ विकल्प ए
☐1,00,000
☐ 2,00,000

☐ विकल्प बी
☐1,00,000
☐ 2,00,000</td><td>घर पर उपचार अतिरिक्त दैनिक नकद (यदि हाँ, तो रु. 1,000 प्रतिदिन)</td><td>☐ हाँ ☐ नहीं</td><td>अदेय व्यय बीमा-सुरक्षा</td><td>☐ हाँ ☐ नहीं</td></tr>
<tr><td>स्मार्ट फ्लेक्सी सेवर
(केवल एग्रीगेट डिडक्टिबल विकल्प चुने जाने पर उपलब्ध)</td><td>☐ हाँ ☐ नहीं</td><td>एयर एम्बुलेंस बीमा-सुरक्षा</td><td>☐ हाँ ☐ नहीं</td><td>अनिवार्य सह-भुगतान को हटाना</td><td>☐ हाँ ☐ नहीं</td></tr>
<tr><td>बाह्य रोगी बीमा-सुरक्षा</td><td>☐10,000 ☐20,000</td><td>स्विच ऑन स्विच ऑफ</td><td>☐ हाँ ☐ नहीं</td><td>ग्लोबल कवर</td><td>☐ हाँ ☐ नहीं</td></tr>
<tr><td>मोतियाबिंद के लिए बढ़ी हुई उप-सीमाएँ</td><td>☐ प्रति आँख प्रति वर्ष रु. 1,00,000 ☐ हर वर्ष 20% बीमा-राशि वृद्धि, अधिकतम प्रति आँख 50% बीमा-राशि तक</td><td>बढ़ी हुई बीमा-सुरक्षा</td><td>☐ हाँ ☐ नहीं</td><td>टिकाऊ उपकरण बीमा-सुरक्षा</td><td>☐ हाँ ☐ नहीं</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td>बीमा-राशि का असीमित अतिरिक्त रीचार्ज</td><td>☐ हाँ ☐ नहीं</td><td>बढ़ी हुई रोड एम्बुलेंस बीमा-सुरक्षा</td><td>☐ हाँ ☐ नहीं</td></tr>
<tr><td>सरोगेसी बीमा-सुरक्षा
(यदि यह बीमा-सुरक्षा चुनी जाती है तो कृपया</td><td>☐ हाँ ☐ नहीं</td><td>अंडाणु दाता बीमा-सुरक्षा (यदि यह बीमा-सुरक्षा चुनी जाती है तो कृपया प्रस्ताव प्रपत्र के अनुलग्नक में भरें)</td><td>☐ हाँ ☐ नहीं</td><td>सड़क दुर्घटना के लिए कक्ष पात्रता बीमा-सुरक्षा</td><td>☐ हाँ ☐ नहीं</td></tr>
</table>

प्रस्ताव प्रपत्र के अनुलग्नक में भरें)					
बोनस बूस्टर प्लस	☐ हाँ ☐ नहीं	**इनफिनिट बोनस बूस्टर**	☐ हाँ ☐ नहीं	**स्मार्ट नेटवर्क हितलाभ**	☐ हाँ ☐ नहीं
अनलिमिटेड केयर	☐ हाँ ☐ नहीं	**फ्यूचरिस्टिक कवर**	☐ जीवनसाथी (मातृत्व सहित) ☐ जीवनसाथी (मातृत्व सहित) ☐ जीवनसाथी (मातृत्व सहित) + बच्चे ☐ जीवनसाथी (मातृत्व सहित) + बच्चे ☐ बच्चे		
पूर्व-विद्यमान बीमारी की प्रतीक्षा अवधि में कमी	☐ 2 वर्ष तक कमी ☐ 1 वर्ष तक कमी ☐ 1 दिन तक कमी	**प्रथम तीस दिनों की प्रतीक्षा अवधि में कमी**	☐ 7 दिनों तक कमी ☐ 1 दिन तक कमी	**विशिष्ट बीमारी की प्रतीक्षा अवधि में कमी**	☐ 1 वर्ष तक कमी
रूम रेंट मॉडिफायर	☐ कोई भी कक्ष ☐ ट्विन शेयरिंग	**स्वास्थ्य-लाभ हितलाभ**	☐ हाँ ☐ नहीं	**'नो एक्टिव लाइन ऑफ ट्रीटमेंट' की छूट**	☐ हाँ ☐ नहीं
मॉडर्न ट्रीटमेंट मॉडिफायर	☐ रु. 1,00,000 ☐ बीमा-राशि तक	**मूल्य स्थाईकरण**	☐ हाँ ☐ नहीं	**बीमा-सुरक्षा अद्यतनीकरण**	☐ 20 लाख ☐ 50 लाख ☐ 1 करोड़
सबकुछ देय	☐ हाँ ☐ नहीं	**वार्षिक स्वास्थ्य जाँच** **बीमा-राशियाँ**	☐ हाँ ☐ नहीं विकल्प ए रु. 2,000 तक अथवा विकल्प बी रु. 3,000 तक अथवा विकल्प सी रु. 5,000 तक अथवा विकल्प डी रु. 7,500 तक अथवा विकल्प ई रु. 10,000 तक		

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**
शीर्षक						
नाम*						

लिंग (पुरुष/महिला/इनमें से कोई नहीं)						
ऊंचाई* (से.मी.)						
वजन* (कि.ग्रा.)						
नेत्र अपवर्तक त्रुटि सूचकांक (बायाँ और दायाँ नेत्र)						
जन्म तिथि* (दिन/माह/वर्ष)						
प्रस्तावक के साथ संबंध*	☐ स्वंय ☐ जीवनसाथी ☐ बच्चा 1 ☐ बच्चा 2 ☐ माता-पिता/ सास-ससुर 1 ☐ माता-पिता/ सास-ससुर 2 ☐ दामाद ☐ बहू ☐ पोता/ पोती/नाती/ नातिन ☐ भाई ☐ बहन ☐ अन्य	☐ स्वंय ☐जीवनसाथी ☐ बच्चा 1 ☐ बच्चा 2 ☐ माता-पिता/ सास-ससुर 1 ☐ माता-पिता/ सास-ससुर 2 ☐ दामाद ☐ बहू ☐ पोता/ पोती/नाती/ नातिन ☐ भाई ☐ बहन ☐ अन्य	☐ स्वंय ☐ जीवनसाथी ☐ बच्चा 1 ☐ बच्चा 2 ☐ माता-पिता/ सास-ससुर 1 ☐ माता-पिता/ सास-ससुर 2 ☐ दामाद ☐ बहू ☐ पोता/ पोती/नाती/ नातिन ☐ भाई ☐ बहन ☐ अन्य	☐ स्वंय ☐ जीवनसाथी ☐ बच्चा 1 ☐ बच्चा 2 ☐ माता-पिता/ सास-ससुर 1 ☐ माता-पिता/ सास-ससुर 2 ☐ दामाद ☐ बहू ☐ पोता/ पोती/नाती/ नातिन ☐ भाई ☐ बहन ☐ अन्य	☐ स्वंय ☐ जीवनसाथी ☐ बच्चा 1 ☐ बच्चा 2 ☐ माता-पिता/ सास-ससुर 1 ☐ माता-पिता/ सास-ससुर 2 ☐ दामाद ☐ बहू ☐ पोता/ पोती/नाती/ नातिन ☐ भाई ☐ बहन ☐ अन्य	☐ स्वंय ☐ जीवनसाथी ☐ बच्चा 1 ☐ बच्चा 2 ☐माता-पिता/सास-ससुर 1 ☐माता-पिता/सास-ससुर 2 ☐ दामाद ☐ बहू ☐ पोता/ पोती/नाती/ नातिन ☐ भाई ☐ बहन ☐ अन्य
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
वैकल्पिक बीमा-सुरक्षा: व्यक्तिगत दुर्घटना बीमा-सुरक्षा	हाँ/नहीं	हाँ/नहीं	हाँ/नहीं	हाँ/नहीं	हाँ/नहीं	हाँ/नहीं
बीमा-राशि व्यक्तिगत दुर्घटना बीमा-सुरक्षा	☐ 3लाख ☐ 4लाख ☐ 5लाख ☐ 7.5लाख ☐ 10लाख ☐ 20लाख ☐ 25लाख ☐ 30लाख ☐ 50लाख ☐ 75लाख ☐ 1करोड़ ☐ 2करोड़ ☐ 3करोड़ ☐ 4करोड़ ☐ 5करोड़	☐ 3लाख ☐ 4लाख ☐ 5लाख ☐ 7.5लाख ☐ 10लाख ☐ 20लाख ☐ 25लाख ☐ 30लाख ☐ 50लाख ☐ 75लाख ☐ 1करोड़ ☐ 2करोड़ ☐ 3करोड़ ☐ 4करोड़ ☐ 5करोड़	☐ 3लाख ☐ 4लाख ☐ 5लाख ☐ 7.5लाख ☐ 10लाख ☐ 20लाख ☐ 25लाख ☐ 30लाख ☐ 50लाख ☐ 75लाख ☐ 1करोड़ ☐ 2करोड़ ☐ 3करोड़ ☐ 4करोड़ ☐ 5करोड़	☐ 3लाख ☐ 4लाख ☐ 5लाख ☐ 7.5लाख ☐ 10लाख ☐ 20लाख ☐ 25लाख ☐ 30लाख ☐ 50लाख ☐ 75लाख ☐ 1करोड़ ☐ 2करोड़ ☐ 3करोड़ ☐ 4करोड़ ☐ 5करोड़	☐ 3लाख ☐ 4लाख ☐ 5लाख ☐ 7.5लाख ☐ 10लाख ☐ 20लाख ☐ 25लाख ☐ 30लाख ☐ 50लाख ☐ 75लाख ☐ 1करोड़ ☐ 2करोड़ ☐ 3करोड़ ☐ 4करोड़ ☐ 5करोड़	☐ 3लाख ☐ 4लाख ☐ 5लाख ☐ 7.5लाख ☐ 10लाख ☐ 20लाख ☐ 25लाख ☐ 30लाख ☐ 50लाख ☐ 75लाख ☐ 1करोड़ ☐ 2करोड़ ☐ 3करोड़ ☐ 4करोड़ ☐ 5करोड़

इंस्टा कवर पॉलिसी में सूचीबद्ध बीमारियों के लिए बीमा-सुरक्षा 1. अस्थमा 2. रक्तचाप, जिसे चिकित्सकीय रूप से हाइपरटेंशन कहा जाता है 3. कोलेस्ट्रॉल, जिसे हाइपरलिपिडेमिया कहा जाता है 4. डायबिटीज़ 5. मोटापा 6. पीटीसीए सहित कोरोनरी आर्टरी डिज़ीज़ 7. कोरोनरी आर्टरी बायपास ग्राफ्ट 8. क्रॉनिक ऑब्सट्रक्टिव पल्मोनरी डिज़ीज़ (सीओपीडी) बीमा-रक्षित करने का विकल्प 1. सभी बीमारियाँ (इंस्टा 8) 2. पहली चार बीमारियाँ (इंस्टा 4)	☐ इंस्टा 8 ☐ पहली चार बीमारियाँ (इंस्टा 4)	☐ इंस्टा 8 ☐ पहली चार बीमारियाँ (इंस्टा 4)	☐ इंस्टा 8 ☐ पहली चार बीमारियाँ (इंस्टा 4)	☐ इंस्टा 8 ☐ पहली चार बीमारियाँ (इंस्टा 4)	☐ इंस्टा 8 ☐ पहली चार बीमारियाँ (इंस्टा 4)	☐ इंस्टा 8 ☐ पहली चार बीमारियाँ (इंस्टा 4)
ऑक्युपेशन केयर कवर	☐ आईटी प्रोफेशनल ☐ दुकान मालिक	☐ आईटी प्रोफेशनल ☐ दुकान मालिक	☐ आईटी प्रोफेशनल ☐ दुकान मालिक	☐ आईटी प्रोफेशनल ☐ दुकान मालिक	☐ आईटी प्रोफेशनल ☐ दुकान मालिक	☐ आईटी प्रोफेशनल ☐ दुकान मालिक
आयुष्मान भारत हेल्थ अकाउंट (एबीएचए) *"मैं/हम एतद् द्वारा कंपनी को मेरे/हमारे एबीएचए से लिंक चिकित्सा अभिलेखों को सत्यापित करने और प्राप्त करने हेतु अपनी सहमति देता/देते हूँ/हैं।"*	☐ हाँ ☐ नहीं	☐ हाँ ☐ नहीं	☐ हाँ ☐ नहीं	☐ हाँ ☐ नहीं	☐ हाँ ☐ नहीं	☐ हाँ ☐ नहीं
यदि हाँ, तो कृपया एबीएचए नंबर बताएं। यदि नहीं, तो कृपया अपना एबीएचए नंबर यहाँ बनाएं https://fasttrack.magmainsurance.com/abha/index						
निवास की स्थिति	☐निवासी भारतीय ☐गैर-निवासी भारतीय	☐निवासी भारतीय ☐गैर-निवासी भारतीय	☐निवासी भारतीय ☐गैर-निवासी भारतीय	☐निवासी भारतीय ☐गैर-निवासी भारतीय	☐निवासी भारतीय ☐गैर-निवासी भारतीय	☐निवासी भारतीय ☐गैर-निवासी भारतीय

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	प्रथम	मध्य	अंतिम
आयु		**लिंग**	
नामांकित की ईमेल आईडी			
नामांकित का पता (वर्तमान/स्थायी)			
प्रस्तावक के साथ संबंध		**जन्म तिथि**	दि.दि. मा.मा. व.व.व.व.
नामांकित का मोबाइल नंबर		**नामांकन का प्रतिशत**	
नामांकित का स्थायी पता			

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 का बैंक विवरण

ए) खाताधारक(धारकों) का नाम (जैसा बैंक रिकॉर्ड में दर्ज है)			
बी) बैंक का नाम		सी) बैंक शाखा का नाम	
डी) पता		ई) शाखा शहर	
एफ) खाते का प्रकार		जी) खाता संख्या	
एच) आईएफएससी कोड		आई) 9 अंकों का एमआईसीआर कोड	

एक से अधिक नामांकित होने की स्थिति में, कृपया अतिरिक्त नामांकित का विवरण नामांकन के प्रतिशत सहित एक पत्रक में संलग्न करें।

6. मौजूदा/पिछला बीमा विवरण

क्या प्रस्तावक या प्रस्तावित व्यक्ति पहले से ही मैग्मा एचडीआई जनरल इन्श्योरेंस 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**		
			दि.दि. मा.मा. व.व.व.व.	दि.दि. मा.मा. व.व.व.व.		

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 करवाएँ।

7. चिकित्सा एवं जीवनशैली संबंधी जानकारी*

यदि नीचे दिए गए किसी भी प्रश्न का उत्तर हाँ है, तो कृपया सभी चिकित्सा अभिलेख जमा करें।

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	**बीमाकृत व्यक्ति संख्या**
3. हृदय और परिसंचरण संबंधी स्थितियाँ/विकार: सीने में दर्द, एंजाइना, हाई कोलेस्ट्रॉल/लिपिड, पल्पिटेशन, कंजेस्टिव हार्ट फेलियर, कोरोनरी आर्टरी डिसीज़, हार्ट अटैक, बायपास सर्जरी/एंजियोप्लास्टी, वाल्व डिसऑर्डर/रिप्लेसमेंट, पेसमेकर लगाना, रुमेटिक फीवर, कॉन्जेनिटल हार्ट कंडिशन, वैरिकोज़ वेन्स, थ्रोम्बोसिस, रक्त विकार, आदि।	हाँ नहीं	1 2 3 4 5 6 7
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	हाँ नहीं	1 2 3 4 5 6 7
5. मस्क्युलोस्केलेटल स्थितियाँ/विकार: जोड़/पीठ दर्द, गठिया, स्पोंडिलोसिस, जोड़ प्रतिस्थापन या मांसपेशियों/हड्डियों/जोड़ों/स्नायुबंधन, टेंडन या डिस्क, गाउट, हर्नियेटेड डिस्क, विच्छेदन/कृत्रिम अंग का कोई अन्य विकार	हाँ नहीं	1 2 3 4 5 6 7
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	हाँ नहीं	1 2 3 4 5 6 7

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	हाँ नहीं	1 2 3 4 5 6 7
8. कैंसर/ट्यूमर : सौम्य या घातक ट्यूमर, कोई ग्रोथ/सिस्ट, कोई कैंसर	हाँ नहीं	1 2 3 4 5 6 7
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, दौरे/मिर्गी या कोई अन्य मस्तिष्क/तंत्रिका तंत्र रोग, मानसिक/मनोरोग संबंधी विकार	हाँ नहीं	1 2 3 4 5 6 7
10. महिला प्रजनन संबंधी स्थितियाँ/विकार : पैल्विक दर्द, असामान्य मासिक धर्म रक्तस्राव, असामान्य पीएपी स्मीयर, एंडोमेट्रियोसिस, फाइब्रॉएड, सिस्ट/फाइब्रोएडीनोमा, रक्तस्राव विकार, पैल्विक संक्रमण या कोई अन्य स्त्री रोग/स्तन सिस्ट/गांठ/ट्यूमर	हाँ नहीं	1 2 3 4 5 6 7
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?	हाँ नहीं	1 2 3 4 5 6 7
12. चयापचय और अंतःस्रावी स्थितियाँ/विकार : एड्रेनल/पिट्यूटरी विकार, ल्यूपस, स्क्लेरोडर्मा, थायरॉयड विकार, कोई भी स्वप्रतिरक्षी/आनुवांशिक विकार	हाँ नहीं	1 2 3 4 5 6 7
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?	हाँ नहीं	1 2 3 4 5 6 7
14. क्या बीमा हेतु प्रस्तावित व्यक्ति तम्बाकू उत्पाद/सिगरेट का सेवन करता/करती है या शराब पीता/पीती है?	हाँ नहीं	1 2 3 4 5 6 7
15. क्या बीमा हेतु प्रस्तावित कोई भी व्यक्ति बांझपन से संबंधित किसी भी स्थिति से पीड़ित है?	हाँ नहीं	1 2 3 4 5 6 7
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?	हाँ नहीं	1 2 3 4 5 6 7
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, कोरोनेरी आर्टरी, बायपास ग्राफ्ट, हार्ट वाल्व रिप्लेसमेंट/रिपेयर, कोमा, किडनी की विफलता, स्ट्रोक, कोई प्रत्यारोपण, पक्षाघात, मल्टीपल स्क्लेरोसिस, मोटर न्यूरॉन रोग या एचआईवी/एड्स?	हाँ नहीं	1 2 3 4 5 6 7
व्यक्तिगत दुर्घटना बीमा-सुरक्षा के लिए		
18. क्या आवेदकों में से कोई भी दौरा संबंधी विकार या किसी शारीरिक या मानसिक दोष/क्षति/अशक्तता/विकृति या किसी ऐसी स्थिति से पीड़ित है या वर्तमान में पीड़ित है, जो गतिशीलता/देखने/सुनने/बोलने को प्रभावित कर सकती है?		
19. क्या आवेदक के व्यवसाय में उसे शारीरिक श्रम या खतरनाक गतिविधियों में संलग्न होना, खतरनाक सामग्री को संभालना, ऊंचाई 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
बीमाकृत व्यक्ति 1:			
बीमाकृत व्यक्ति 2:			
बीमाकृत व्यक्ति 3:			
बीमाकृत व्यक्ति 4:			
बीमाकृत व्यक्ति 5:			
बीमाकृत व्यक्ति 6:			
बीमाकृत 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 दस्तावेज़ 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 संपूर्ण चिकित्सा रिपोर्ट (जहाँ भी लागू हो) की प्राप्ति और चिकित्सीय जोखिमांकन के अधीन होगी, और बीमा सुरक्षा कंपनी द्वारा पूर्ण प्रीमियम राशि प्राप्त होने के बाद शुरू होगी।
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 नंबर	

8. भुगतान के विवरण

1. **भुगतान विवरण : कृपया भुगतान विकल्प को चिन्हित करें ( )** प्रीमियम राशि (रु.) _____

☐ 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)**
   बैंक का नाम _____शाखा_____शहर_____
   आईएफएससी कोड_____खाता संख्या_____
   खाता प्रकार_____

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 इन्श्योरेंस लिमिटेड, इक्विनॉक्स बिजनेस पार्क, टावर 3, आंबेडकर नगर, २री मंज़िल, युनिट नंबर 1बी और 2बी, एलबीएस मार्ग, कुर्ला (वेस्ट), मुंबई - 400070, 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 दस्ताऐवज 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 हैं।
मैं/हम इस ईसीएस डेबिट अधिदेश प्रपत्र को अपने साथ ले जाने वाले मैग्मा जनरल इन्श्योरेंस लिमिटेड के प्रतिनिधि को इसे मेरे/हमारे बैंक द्वारा सत्यापित और निष्पादित करने के लिए अधिकृत करते हैं।

_____ स्थान:_____ दिनांक: _____
आवेदक का हस्ताक्षर

क्या आप पॉलिसी की भौतिक 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)
☐ मे. एनएसडीएल डाटाबेस मैनेजमेंट लिमिटेड
☐ मे. कार्वी इन्श्योरेंस रिपोजिटरी लिमिटेड
☐ मे. सेंट्रल इन्श्योरेंस रिपोजिटरी लिमिटेड
☐ मे. सीएएमएस रिपोजिटरी सर्विसेस लिमिटेड
☐ मे. एसएचसीआईएल प्रोजेक्ट्स लिमिटेड (कृपया कोई एक चुनें)
या
मेरे पास कोई मौजूदा ई-बीमा खाता नहीं है और मैं एक नया ई-बीमा खाता खोलने का/की इच्छुक हूं (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:----------
जन्म तिथि:----------
पैन:----------
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.व. प्रस्तावक के हस्ताक्षर: _____

स्थान: _____ प्रस्तावक का नाम: _____

2. इलेक्ट्रॉनिक पॉलिसी पूर्ति और सेवा संचार के लिए अधिकरण

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/हम एतद् द्वारा मैग्मा जनरल इन्श्योरेंस लिमिटेड को (''कंपनी'') की प्रस्तावित या मौजूदा पॉलिसी के संबंध में समय-समय पर वेलकम कॉल्स, सर्विस कॉल्स और अन्य किसी भी प्रकार की सूचना का आदान-प्रदान (इलेक्ट्रॉनिक या अन्य) करने की सहमति देता/देती हूँ/देते हैं और अधिकृत करता/करती हूँ/करते हैं, जो लागू कानून के प्रावधानों के अधीन होगा।

मैं/हम अपने वॉट्सएप (अन्य ऐप) नंबर पर पॉलिसी से संबंधित सभी सूचनाएँ प्राप्त करना चाहता/चाहती हूँ/चाहते हैं।

वॉट्सएप नंबर: _____

दिनांक: दि.दि. मा.मा. व.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 इन्श्योरेंस 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: _____

4. मध्यस्थ द्वारा घोषणा

मैं, _____ (पूरा नाम) कॉर्पोरेट एजेंट/ब्रोकर/आईएमएफ़/वेब एग्रीगेटर के एसपी/पीओएसपी/बीक्यूपी/निर्दिष्ट व्यक्ति/अधिकृत सत्यापनकर्ता/अधिकृत विक्रयकर्ता 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।
कार्यात्मक/यूनिक आईडी (एसपी/पीओएसपी/बीक्यूपी/डीपी/एवी/एएसपी):
शाखा का मोबाइल/फ़ोन नंबर: _____ शाखा का ईमेल पता: _____

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: _____

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: _____
दिनांक: _____

6. एएमएल दिशानिर्देश

1. मैं/हम इस बात की पुष्टि करता/करती/करते हैं कि भविष्य में भुगतान की जाने वाली सभी प्रीमियमें वास्तविक स्रोतों से हैं और इनका भुगतान अपराध संबंधी आय से नहीं किया गया है, और ऐसी प्रीमियमें 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* के 'करीबी सहयोगी' या 'परिवार के सदस्य' है?

☐ हाँ ☐ नहीं

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

* राजनीतिक रूप से उजागर व्यक्ति (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. पॉलिसीधारक का प्रकार/प्रस्तावक का प्रकार:

(i) व्यक्तिगत
(ii) कॉर्पोरेशन
(iii) ट्रस्ट (दर्पण आईडी: .....)
(iv) सरकार
(v) भागीदारी/एलएलपी
(vi) गैर-सरकारी संगठन
(vii) सहकारी समितियाँ
(viii) सोसायटी
(ix) प्राइवेट लिमिटेड कंपनी
(x) पब्लिक लिमिटेड कंपनी
(xi) अन्य, कृपया निर्दिष्ट करें----------

3. फंड का स्रोत:

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

8. दिव्यांगता घोषणा

"मैं < > (प्रस्तावक का नाम) प्रमाणित करता/करती हूँ कि प्रस्ताव प्रपत्र मेरे द्वारा प्रदान की गई जानकारी के अनुसार भरा गया है। मैं < > (प्रतिनिधि का पूरा नाम), जो मेरे < > (प्रस्तावक के साथ संबंध) हैं, एक वयस्क हैं और < >(पता) पर निवास करते हैं, को मेरी सहायता करने और यह प्रस्ताव प्रपत्र भरने तथा मेरी ओर से आवश्यक घोषणाएँ देने हेतु अपने प्रतिनिधि के रूप में कार्य करने के लिए अधिकृत करता/करती हूँ।

प्रस्तावक के हस्ताक्षर: _____

मैं < > (प्रतिनिधि का नाम) एतद् द्वारा प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने प्रस्ताव प्रपत्र और मैग्मा जनरल इन्श्योरेंस के साथ इस बीमा पॉलिसी को प्राप्त करने के लिए आवश्यक अन्य सभी दस्तावेज़ों की विषय-वस्तु प्रस्तावक को पढ़कर सुनाई और समझाई है, और उन्होंने इसे समझ लिया है। मैं घोषणा करता/करती हूँ कि यहाँ उल्लिखित तथ्य मेरी जानकारी और विश्वास के अनुसार सत्य और सही हैं।

प्रतिनिधि के हस्ताक्षर: _____

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। इस अनुच्छेद के प्रावधानों का पालन करने में चूक करने वाला कोई भी व्यक्ति एक दंड के लिए उत्तरदायी होगा, जो दस लाख रुपये तक हो सकता है।

2. बशर्ते कि किसी बीमा अभिकर्ता द्वारा अपने स्वयं के जीवन, स्वास्थ्य या संपत्ति से संबंधित जोखिमों के संबंध में स्वयं द्वारा ली गई किसी भी श्रेणी के बीमा व्यवसाय की पॉलिसी के संबंध में कमीशन की स्वीकृति को इस उप-धारा के अर्थ में प्रीमियम की छूट की स्वीकृति नहीं माना जाएगा, यदि ऐसी स्वीकृति के समय बीमा अभिकर्ता निर्धारित शर्तों को पूरा करता है जो यह प्रमाणित करती हैं कि वह बीमाकर्ता द्वारा नियुक्त एक वास्तविक बीमा अभिकर्ता 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 बीमा हेतु किसी पूर्णकृत प्रस्ताव का, और न ही किसी अपेक्षित पॉलिसी हेतु किसी भुगतान का हमारे पास जमा होना हमें पॉलिसी जारी करने के लिए सहमत होने हेतु बाध्य करता है, जिसका निर्णय हमेशा हमारे एकमात्र और पूर्ण विवेक पर होगा। 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 उसे वसूल नहीं किया जाता है, तो हमारा कोई उत्तरदायित्व नहीं होगा।

प्राप्तकर्ता के हस्ताक्षर और कार्यालय की मुहर