वनहेल्थ 10.0

प्रस्ताव अर्ज

प्रस्ताव क्रमांक:_____

1. केवळ कार्यालयीन वापरासाठी			
शाखेमार्फत मिळवलेल्या पॉलिसींसाठी			
शाखेचे नाव (मध्यस्थ)*		शाखेचा कोड (मध्यस्थ)*	
शाखेचा/कार्यालयाचा मोबाईल क्रमांक (मध्यस्थ)*		शाखेचा/कार्यालयाचा ई-मेल पत्ता (मध्यस्थ)*	
मध्यस्थाचे नाव*		मध्यस्थाचा कोड*	
एसपी/बीक्यूपी/पीओएसपी/नियुक्त व्यक्ती/अधिकृत पडताळणी करणारी व्यक्ती/अधिकृत विक्री प्रतिनिधी यांचे नाव*		एसपी/बीक्यूपी/पीओएसपी/नियुक्त व्यक्ती/अधिकृत पडताळणी करणारी व्यक्ती/अधिकृत विक्री प्रतिनिधी यांची कार्यात्मक ओळख/ युनिक आयडी*	
विक्री चॅनलचा प्रकार		पीओएसपी असल्यास कृपया खालील माहिती सादर करा:* ए) पीओएसपीचा पॅन बी) पीओएसपीचा आधार	
डिजिटल पद्धतीने खरेदी केलेल्या पॉलिसीजसाठी			
प्रमुख अधिकाऱ्याचे नाव*		प्रमुख अधिकाऱ्याचा मोबाईल दूरध्वनी क्रमांक*	
प्रमुख अधिकाऱ्याचा ई-मेल पत्ता*			
प्रस्ताव रोजी प्राप्त झाला			

अर्ज भरण्यासंबंधी मार्गदर्शक सूचना (प्रस्तावकर्त्या व्यक्तीने भरण्याच्या अर्जासाठी)

कृपया सर्व पश्नांची उत्तरे पूर्ण आणि अचूकपणे द्या. हा प्रस्ताव आम्ही जारी करण्याची शक्यता असलेल्या कोणत्याही विमा पॉलिसीचा आधार असेल. तुम्ही विमा उतरवण्याचे प्रस्तावित असलेल्या सर्व व्यक्तींशी संबंधित सर्व महत्त्वाची माहिती दिलीच पाहिजे, ज्यांचा पॉलिसी जारी करण्याच्या आमच्या निर्णयावर किंवा पॉलिसीचे मूल्य, नियम व अटी, आणि वगळण्याचे मुद्दे यांवर परिणाम होऊ शकतो. प्रस्तावकर्त्या व्यक्तीने किंवा त्यांच्या वतीने काम करणाऱ्या व्यक्तीने) प्रस्तावाचा अर्ज/वैयक्तिक विवरण, घोषणापत्र आणि संबंधित कागदपत्रांमध्ये कोणतीही खोटी किंवा चुकीची विधाने, चुकीची माहिती दिल्याचे, एखाद्या महत्त्वाच्या माहितीचा तपशिल न देणे किंवा ती उघड न करणे, असे केल्याचे आढळल्यास, आमच्या निर्णयानुसार पॉलिसी रद्द केली जाऊ शकते.

एखादी विनंती केलेली किंवा इतर माहिती देण्यासाठी पुरेशी जागा नसल्यास, कृपया स्वतंत्र कागद जोडा. काही शंका असल्यास, कृपया आमच्या कंपनीच्या प्रतिनिधीची किंवा तुमच्या विमा सल्लागाराची मदत घ्या. आम्ही विम्याचा प्रस्ताव स्वीकारल्यास, तो पॉलिसीच्या नियम व अटींच्या अधीन असेल, आणि आम्हाला प्रीमियम पूर्ण आणि वेळेवर प्राप्त झाली नाही किंवा ती वसूल झाली नाही, किंवा पॉलिसी-पूर्व वैद्यकीय तपासणीच्या अटी पूर्ण केल्या नाहीत किंवा आम्ही प्रस्ताव स्वीकारला नाही, तर पॉलिसीअंतर्गत कोणतीही रक्कम देण्याचे आमचे कोणतेही दायित्व राहणार नाही.

** अशी खूण केलेले सर्व रकाने/तपशील भरणे बंधनकारक आहे.*

2. प्रस्तावकर्त्या व्यक्तीचा तपशील

कृपया हा फॉर्म तुमच्या स्वतःसाठी आणि विमा उतरवल्या जाणाऱ्या प्रत्येक व्यक्तीसाठी ठळक अक्षरात भरा.

प्रस्तावकर्त्याचे/ पॉलिसीधारकाचे नाव* (श्री/सुश्री/श्रीमती/अन्य)	(पहिले नाव)	(मधले नाव)	(आडनाव)		
वैवाहिक स्थिति	☐ अविवाहित	☐ विवाहित			
लिंग	☐ पुरुष ☐ स्त्री ☐ तृतीयपंथी				
राष्ट्रीयत्व*		**जन्म तारीख***	दि.दि. म.म. व.व.व.व.		
व्यवसाय	☐ पगारदार ☐ स्वयंरोजगार ☐ व्यावसायिक ☐ इतर (कृपया नमूद करा).....				
शैक्षिणक पात्रता					
वार्षिक मिळकत (रुपयात)	☐< 3,00,000 ☐ 3,00,000 – 10,00,000 ☐10,00,001 – 25,00,000 ☐>25,00,000				
पत्रव्यवहाराचा पत्ता*					
		ग्रामपंचायतीचे नाव-			
शहर					
लँडमार्क		**राज्य**		**पिन कोड**	
दूरध्वनी क्रमांक एसटीडी कोड		**लँडलाईन क्रमांक**		**मोबाईल क्रमांक***	
जीएसटी क्रमांक:	xxxxx (दिला नसल्यास लागू नाही)				
ई-मेल आयडी*					
कायमस्वरूपी पत्ता					
शहर		**लँडमार्क**			
राज्य		**पिन कोड**			
दूरध्वनी क्रमांक एसटीडी कोड		**मोबाईल क्रमांक***			
आपण मॅग्मा जनरल इन्शुरन्स लिमिटेडचे कर्मचारी आहात का? जर असल्यास, कर्मचारी आयडीः.....	**आपल्याकडे मॅग्मा जनरल इन्शुरन्स लिमिटेडची एखादी इतर पॉलिसी आहे का?** ☐ होय ☐ नाही				

निवासाची स्थिती	☐ निवासी व्यक्ति ☐ अनिवासी भारतीय ☐ परदेशी नागरिक ☐ भारतीय वंशाची व्यक्ती		
तुम्ही अपंगत्व असलेली व्यक्ती असल्यास, कृपया खालील तपशील द्या जेणेकरून आम्ही आपल्याला आवश्यक त्या सेवा देऊ शकू. **अपंगत्वाचा प्रकार** **अपंगत्वाची टक्केवारी**			
पॅन*/फॉर्म 97		**पासपोर्ट क्रमांक**	
मतदार ओळखपत्र		**ड्रायव्हिंग लायसन्स क्रमांक**	
आधार क्रमांक		**सीकेवायसी क्रमांक**	

कृपया केवायसीसाठी ओळखीचा पुरावा, पत्त्याचा पुरावा आणि अलीकडील छायाचित्र द्यावे. पॅन बंधनकारक आहे. परदेशी नागरिकत्व असलेल्या व्यक्ती, अनिवासी भारतीय (एनआरआयज) आणि भारतीय वंशाच्या व्यक्ती (पीआयओज) यांच्यासाठी आवश्यक कागदपत्रे खालीलपैकी कोणतेही एक: (ए) पासपोर्ट, (बी) ड्रायव्हिंग लायसन्स (सी) मतदार ओळखपत्र; व त्यासोबतच भारतात असलेल्या संबंधित देशाच्या दूतावासाने किंवा मिशनने जारी केलेली पत्रे आणि त्यांच्या संबंधित देशांनी जारी केलेली ओळख पटवणारी कागदपत्रे आवश्यक आहेत.

मी/आम्ही लागू असलेली केवायसीची प्रक्रिया पूर्ण करण्यासाठी, याद्वारे कंपनीला माझा/आमचा ओळखीचा/पत्त्याचा पुरावा, तसेच विमाधारक व्यक्तींचा ओळख/पत्ता यांचा ओळखीचा/पत्त्याचा पुरावा, यांची सेंट्रल केवायसी रजिस्ट्री, यूआयडीएआय किंवा इतर कोणत्याही अधिकृत माध्यमांद्वारे पडताळणी करण्यासाठी आणि त्याची माहिती मिळविण्यासाठी संमती देत आहे/आहोत.

☐ होय ☐ नाही

3. योजनेचा तपशील*

पॉलिसीचा प्रकार	☐ वैयक्तिक ☐ फॅमिली फ्लोटर ☐ मल्टी-इंडिविज्युअल	**पॉलिसीचा कालावधी**	☐ 1 साल ☐ 2 साल ☐ 3 साल ☐ 4 साल ☐ 5 साल
जर फॅमिली फ्लोटर* असल्यास, समाविष्ट करण्याच्या व्यक्तींची संख्या: प्रौढ: ____ मुले:___		**हप्ता भरण्याची वारंवारिता**	☐ एकरकमी प्रीमियम ☐ मासिक हप्ता ☐ तिमाही हप्ता ☐ सहामाही हप्ता
निवडलेला झोन			

मल्टी-इंडिविज्युअलसाठी, कृपया वैकल्पिक संरक्षणाचे परिशिष्ट भरा:

विमा रक्कम (लाखात)	☐ 3लाख ☐ 4लाख ☐ 5लाख ☐ 7.5लाख ☐ 10लाख ☐ 15लाख ☐ 20लाख ☐ 25लाख ☐ 30लाख ☐ 50लाख ☐ 1कोटी ☐ 2कोटी ☐ 3कोटी ☐ अमर्याद

<table>
<tr><td>एकूण वजावटीचे पर्याय</td><td colspan="5">☐ होय ☐ नाही (होय असल्यास, निवडलेल्या विमा रकमेनुसार खालीलपैकी वजावटीचा पर्याय निवडा)
<table>
<tr><th>योजना विमा रक्कम</th><th>एकूण वजावट</th></tr>
<tr><td>5लाख
7.5लाख
10लाख, 15लाख, 20लाख, 25लाख
30लाख, 50लाख
1 कोटी आणि त्याहून अधिक</td><td>☐25हजार ☐50हजार ☐1लाख ☐2लाख ☐3लाख ☐4लाख ☐5लाख
☐25हजार ☐50हजार ☐1लाख ☐2लाख ☐3लाख ☐4लाख ☐5लाख
☐25हजार ☐50हजार ☐1लाख ☐2लाख ☐3लाख ☐4लाख ☐5लाख ☐10लाख
☐25हजार ☐50हजार ☐1लाख ☐2लाख ☐3लाख ☐4लाख ☐5लाख ☐10लाख
☐25हजार ☐50हजार ☐1लाख ☐2लाख ☐3लाख ☐4लाख ☐5लाख ☐10लाख
☐15 लाख</td></tr>
</table></td></tr>
<tr><td>स्वेच्छिक को-पेमेंट</td><td colspan="2">☐ होय ☐ नाही (असल्यास, खालीलपैकी पर्याय निवडा)
☐10% ☐20%</td><td>हॉस्पिटल कॅश (आयएनआर मध्ये)</td><td colspan="2">☐500☐1000 ☐1500</td></tr>
<tr><td>प्रसूती लाभ

विमा रक्कम</td><td>☐ पर्याय ए
☐1,00,000
☐ 2,00,000

☐ पर्याय बी
☐1,00,000
☐ 2,00,000</td><td>घरी उपचारांसाठी अतिरिक्त दैनंदिन रोख रक्कम (होय असल्यास, दररोज रु. 1,000)</td><td>☐ होय ☐ नाही</td><td>देय नसलेल्या खर्चांसाठी संरक्षण</td><td>☐ होय ☐ नाही</td></tr>
<tr><td>स्मार्ट फ्लेक्सी सेव्हर
(फक्त एकूण वजावट पर्याय निवडल्यास उपलब्ध)</td><td>☐ होय ☐ नाही</td><td>हवाई रुग्णवाहिका संरक्षण</td><td>☐ होय ☐ नाही</td><td>अनिवार्य को-पेमेंट रद्द करणे</td><td>☐ होय ☐ नाही</td></tr>
<tr><td>बाह्य रुग्ण संरक्षण</td><td>☐10,000 ☐20,000</td><td>स्विच-ऑन स्विच-ऑफ</td><td>☐ होय ☐ नाही</td><td>जागतिक संरक्षण</td><td>☐ होय ☐ नाही</td></tr>
<tr><td>मोतिबिंदूसाठी वाढीव उप-मर्यादा</td><td>☐ रु. 1,00,000 एका डोळ्यासाठी प्रति वर्ष
☐ दरवर्षी विमा रकमेत 20% वाढ, एका डोळ्यासाठी जास्तीत जास्त 50% विमा रकमेपर्यंत</td><td>वाढीव संरक्षण</td><td>☐ होय ☐ नाही</td><td>टिकाऊ उपकरणांसाठी संरक्षण</td><td>☐ होय ☐ नाही</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td>विमा रकमेचे अमर्यादित अतिरिक्त रिचार्ज</td><td>☐ होय ☐ नाही</td><td>वाढीव रस्ता रुग्णवाहिका संरक्षण</td><td>☐ होय ☐ नाही</td></tr>
<tr><td>सरोगसी संरक्षण (हे संरक्षण निवडल्यास कृपया प्रस्तावाच्या अर्जासोबतचे परिशिष्ट भरा)</td><td>☐ होय ☐ नाही</td><td>बिजांडातील दात्यासाठी संरक्षण (हे संरक्षण निवडल्यास कृपया प्रस्तावाच्या अर्जासोबतचे परिशिष्ट भरा)</td><td>☐ होय ☐ नाही</td><td>रस्ते अपघातासाठी रूम पात्रतेचे संरक्षण</td><td>☐ होय ☐ नाही</td></tr>
<tr><td>बोनस बूस्टर प्लस</td><td>☐ होय ☐ नाही</td><td>इन्फिनिट बोनस बूस्टर</td><td>☐ होय ☐ नाही</td><td>स्मार्ट नेटवर्क लाभ</td><td>☐ होय ☐ नाही</td></tr>
</table>

अमर्याद सेवा	☐ होय ☐ नाही	**फ्युचरिस्टिक संरक्षण**	☐ जोडीदार (प्रसूती लाभासह) ☐ जोडीदार (प्रसूती लाभाशिवाय) ☐ जोडीदार (प्रसूती लाभासह) + मुले ☐ जोडीदार (प्रसूती लाभाशिवाय) + मुले ☐ मुले		
अगोदरपासून असलेल्या आजारांचा प्रतीक्षा कालावधीत कपात	☐ 2 वर्षांपर्यंत कपात ☐ 1 वर्षांपर्यंत कपात ☐ 1 दिवसापर्यंत कपात	**पहिल्या 30 दिवसांच्या प्रतीक्षा कालावधीत कपात**	☐ 7 दिवसापर्यंत कपात ☐ 1 दिवसापर्यंत कपात	**विशिष्ट आजारांच्या प्रतीक्षा कालावधीत कपात**	☐ 1 वर्षापर्यंत कपात
रूम रेंट मॉडिफायर	☐ कोणतीही रूम ☐ ट्विन शेअरिंग	**आरोग्य सुधारणा लाभ (कॉनवेलन्स लाभ)**	☐ होय ☐ नाही	**'सक्रिय उपचार पद्धती नाही' या अटीतून सूट**	☐ होय ☐ नाही
मॉडर्न ट्रीटमेंट मॉडिफायर	☐ रु. 1,00,000 ☐ विमा रकमेपर्यंत	**किंमत स्थिर करणे**	☐ होय ☐ नाही	**संरक्षण अपग्रेड करणे**	☐20 लाख ☐ 50 लाख ☐ 1 कोटी
सर्व काही देय	☐ होय ☐ नाही	**वार्षिक आरोग्य तपासणी** **विमा रक्कम**	☐ होय ☐ नाही पर्याय ए: रु. 2,000 पर्यंत किंवा पर्याय बी: रु. 3,000 पर्यंत किंवा पर्याय सी: रु. 5,000 पर्यंत किंवा पर्याय डी: रु. 7,500 पर्यंत किंवा पर्याय ई: रु. 10,000 पर्यंत		

4. विमा संरक्षणात समाविष्ट केल्या जाणाऱ्या व्यक्तींचा तपशील

तपशील	**विमाधारक व्यक्ती 1**	**विमाधारक व्यक्ती 2**	**विमाधारक व्यक्ती 3**	**विमाधारक व्यक्ती 4**	**विमाधारक व्यक्ती 5**	**विमाधारक व्यक्ती 6**
शीर्षक						
नाव*						
लिंग (पुरुष/स्त्री/यापैकी नाही)						
उंची* (सेमी)						

वजन* (किलो)						
डोळ्यांच्या रिफ्रॅक्टिव्ह एरर निर्देशांक (डावा आणि उजवा डोळा)						
जन्म तारीख* (दी.दी. म.म. व.व.व.व.)						
प्रस्तावकर्त्या व्यक्तीशी नाते*	☐ स्वतः ☐ जोडीदार ☐ अपत्य 1 ☐ अपत्य 2 ☐ आई-वडील /सासू-सासरे 1 ☐ आई-वडील /सासू-सासरे 2 ☐ जावई ☐ सून ☐ नातू/नात ☐ भाऊ ☐ बहीण ☐ इतर	☐ स्वतः ☐ जोडीदार ☐ अपत्य 1 ☐ अपत्य 2 ☐आई-वडील /सासू-सासरे 1 ☐आई-वडील /सासू-सासरे 2 ☐ जावई ☐ सून ☐ नातू/नात ☐ भाऊ ☐ बहीण ☐ इतर	☐ स्वतः ☐ जोडीदार ☐ अपत्य 1 ☐ अपत्य 2 ☐आई-वडील /सासू-सासरे 1 ☐आई-वडील /सासू-सासरे 2 ☐ जावई ☐ सून ☐ नातू/नात ☐ भाऊ ☐ बहीण ☐ इतर	☐ स्वतः ☐ जोडीदार ☐ अपत्य 1 ☐ अपत्य 2 ☐आई-वडील /सासू-सासरे 1 ☐आई-वडील /सासू-सासरे 2 ☐ जावई ☐ सून ☐ नातू/नात ☐ भाऊ ☐ बहीण ☐ इतर	☐ स्वतः ☐ जोडीदार ☐ अपत्य 1 ☐ अपत्य 2 ☐ आई-वडील /सासू-सासरे 1 ☐ आई-वडील /सासू-सासरे 2 ☐ जावई ☐ सून ☐ नातू/नात ☐ भाऊ ☐ बहीण ☐ इतर	☐ स्वतः ☐ जोडीदार ☐ अपत्य 1 ☐ अपत्य 2 ☐आई-वडील /सासू-सासरे 1 ☐आई-वडील /सासू-सासरे 2 ☐ जावई ☐ सून ☐ नातू/नात ☐ भाऊ ☐ बहीण ☐ इतर
व्यवसाय (पगारदार/स्वयं-रोजगारित/व्यावसायिक/इतर)						
वैकल्पिक संरक्षण: गंभीर आजार संरक्षण	होय/नाही	होय/नाही	होय/नाही	होय/नाही	होय/नाही	होय/नाही
वैकल्पिक संरक्षण: वैयक्तिक अपघात संरक्षण	होय/नाही	होय/नाही	होय/नाही	होय/नाही	होय/नाही	होय/नाही
विमा रक्कम: वैयक्तिक अपघात संरक्षण	☐ 3लाख ☐ 4लाख ☐ 5लाख ☐ 7.5लाख ☐ 10लाख ☐ 20लाख ☐ 25लाख ☐ 30लाख ☐ 50लाख ☐ 75लाख ☐ 1कोटी ☐ 2कोटी ☐ 3कोटी ☐ 4कोटी ☐ 5कोटी	☐ 3लाख ☐ 4लाख ☐ 5लाख ☐ 7.5लाख ☐ 10लाख ☐ 20लाख ☐ 25लाख ☐ 30लाख ☐ 50लाख ☐ 75लाख ☐ 1कोटी ☐ 2कोटी ☐ 3कोटी ☐ 4कोटी ☐ 5कोटी	☐ 3लाख ☐ 4लाख ☐ 5लाख ☐ 7.5लाख ☐ 10लाख ☐ 20लाख ☐ 25लाख ☐ 30लाख ☐ 50लाख ☐ 75लाख ☐ 1कोटी ☐ 2कोटी ☐ 3कोटी ☐ 4कोटी ☐ 5कोटी	☐ 3लाख ☐ 4लाख ☐ 5लाख ☐ 7.5लाख ☐ 10लाख ☐ 20लाख ☐ 25लाख ☐ 30लाख ☐ 50लाख ☐ 75लाख ☐ 1कोटी ☐ 2कोटी ☐ 3कोटी ☐ 4कोटी ☐ 5कोटी	☐ 3लाख ☐ 4लाख ☐ 5लाख ☐ 7.5लाख ☐ 10लाख ☐ 20लाख ☐ 25लाख ☐ 30लाख ☐ 50लाख ☐ 75लाख ☐ 1कोटी ☐ 2कोटी ☐ 3कोटी ☐ 4कोटी ☐ 5कोटी	☐ 3लाख ☐ 4लाख ☐ 5लाख ☐ 7.5लाख ☐ 10लाख ☐ 20लाख ☐ 25लाख ☐ 30लाख ☐ 50लाख ☐ 75लाख ☐ 1कोटी ☐ 2कोटी ☐ 3कोटी ☐ 4कोटी ☐ 5कोटी
इन्स्टा संरक्षण पॉलिसीत नमूद केलेल्या आजारांसाठी संरक्षण 1. दमा 2. रक्तदाब, वैद्यकीय भाषेत हायपरटेन्शन 3. कोलेस्टेरॉल (हायपरलिपिडेमिया म्हणून ओळखले जाते 4. मधुमेह 5. लठ्ठपणा	☐ इन्स्टा 8 ☐ पहिले चार आजार (इन्स्टा 4)	☐ इन्स्टा 8 ☐ पहिले चार आजार (इन्स्टा 4)	☐ इन्स्टा 8 ☐ पहिले चार आजार (इन्स्टा 4)	☐ इन्स्टा 8 ☐ पहिले चार आजार (इन्स्टा 4)	☐ इन्स्टा 8 ☐ पहिले चार आजार (इन्स्टा 4)	☐ इन्स्टा 8 ☐ पहिले चार आजार (इन्स्टा 4)

6. पीटीसीए सह कोरोनरी आर्टीरी डिसीज 7. कोरोनरी आर्टीरी बायपास ग्राफ्ट 8. क्रॉनिक ऑब्स्ट्रक्टिव्ह पल्मोनरी डिसीज (सीओपीडी) संरक्षणाचा पर्याय 1. सर्व आजार (इन्स्टा 8) 2. पहिले चार आजार (इन्स्टा 4)						
ऑक्युपेशन केअर संरक्षण	☐ आयटी व्यावसायिक ☐ दुकान मालक	☐ आयटी व्यावसायिक ☐ दुकान मालक	☐ आयटी व्यावसायिक ☐ दुकान मालक	☐ आयटी व्यावसायिक ☐ दुकान मालक	☐ आयटी व्यावसायिक ☐ दुकान मालक	☐ आयटी व्यावसायिक ☐ दुकान मालक
आयुष्मान भारत आरोग्य खाते (एबीएचए) *"मी/आम्ही याद्वारे कंपनीला एबीएचएशी संलग्न माझे/आमचे वैद्यकीय रेकॉर्ड्स पडताळण्याची आणि मिळवण्याची संमती देत आहे/आहोत."*	☐ होय ☐ नाही	☐ होय ☐ नाही	☐ होय ☐ नाही	☐ होय ☐ नाही	☐ होय ☐ नाही	☐ होय ☐ नाही
'होय' असल्यास, कृपया एबीएचए क्रमांक नमूद करा. 'नाही' असल्यास, कृपया तुमचा एबीएचए क्रमांक तयार करा: https://fasttrack.magmainsurance.com/abha/index						
निवासाचा दर्जा	☐ निवासी भारतीय ☐ अनिवासी भारतीय	☐ निवासी भारतीय ☐ अनिवासी भारतीय	☐ निवासी भारतीय ☐ अनिवासी भारतीय	☐ निवासी भारतीय ☐ अनिवासी भारतीय	☐ निवासी भारतीय ☐ अनिवासी भारतीय	☐ निवासी भारतीय ☐ अनिवासी भारतीय

5. नामांकन

विमाधारक सर्व सदस्यांसाठी पॉलिसीधारक हाच नामनिर्देशित व्यक्ती असेल. खालील तपशील पॉलिसीधारकाच्या नामनिर्देशित व्यक्तीसाठी आहे*

नामनिर्देशित व्यक्तीचे नाव	पहिले	मधले	आडनाव
वय		**लिंग**	
नामनिर्देशित व्यक्तीचा ईमेल आयडी			
नामनिर्देशित व्यक्तीचा पत्ता (सध्याचा / कायमस्वरूपी)			
प्रस्तावकर्त्या व्यक्तीशी नाते		**जन्मतारीख**	दि.दि. म.म. व.व.व.व.
नामनिर्देशित व्यक्तीचा मोबाईल क्रमांक		**नामनिर्देशनाची टक्केवारी**	
नामनिर्देशित व्यक्तीचा कायमस्वरूपी पत्ता			

नामनिर्देशित व्यक्ती अल्पवयीन असल्यास, नियुक्त व्यक्तीचे नाव, पत्ता आणि अल्पवयीन व्यक्तीशी नाते:

नियुक्त व्यक्तीचे नाव	नामनिर्देशित व्यक्तीशी नाते	नियुक्त व्यक्तीचा संपर्क क्रमांक

नामनिर्देशित व्यक्तीचा बँकेचा तपशील:

ए) खातेदाराचे नाव (बँकेच्या नोंदीनुसार)			
बी) बँकेचे नाव		सी) बँकेच्या शाखेचे नाव	
डी) पता		ई) शाखेचे शहर	
एफ) खात्याचा प्रकार		जी) खाते क्रमांक	
एच) आयएफएससी कोड		आय) 9 अक्षरी एमआयसीआर कोड	

एकापेक्षा जास्त नामनिर्देशित व्यक्ती असल्यास कृपया अतिरिक्त नामनिर्देशित व्यक्तींचा तपशील आणि त्यांच्या नामनिर्देशनाचे प्रमाण (टक्केवारी) दर्शवणारे स्वतंत्र पत्र जोडावे.

6. विद्यमान/मागील विम्याचा तपशील

प्रस्तावकर्त्या व्यक्ती किंवा प्रस्तावित विमाधारक व्यक्तींचा 'मॅग्मा जनरल इन्शुरन्स लिमिटेड' किंवा इतर कोणत्याही विमा कंपनीकडे आरोग्य विमा पॉलिसीअंतर्गत आधीच विमा उतरवलेला आहे का किंवा तसा प्रस्ताव सादर केला आहे का?

☐ होय ☐ नाही

'हो' असल्यास, कृपया खाली पॉलिसी/अर्ज क्रमांक नमूद करा (प्रस्ताव प्रलंबित असल्यास कृपया अर्ज क्रमांक नमूद करा).

आपण कधीपासून सलग विमा संरक्षण घेत आहात: दि.दि. म.म. व.व.व.व.

विमाधारक व्यक्तीचे नाव (पहिले, मधले, आडनाव)	विमा कंपनीचे नाव	पॉलिसी क्र./ अर्ज क्र.	विम्याचा कालावधी		विमा रक्कम (रु.)	दाव्याचा तपशील (असल्यास)
			पासून	पर्यंत		
			दि.दि. म.म. व.व.व.व.	दि.दि. म.म. व.व.व.व.		

तुम्हाला तुमच्या सध्याच्या विमा पॉलिसीचा 'पोर्टेबिलिटी' (हस्तांतरण) लाभ घ्यायचा असेल, तर वर दिलेल्या माहितीव्यतिरिक्त, कृपया सध्याच्या पॉलिसीशी संबंधित सर्व कागदपत्रे देखील आम्हाला (या प्रस्ताव अर्जासोबत जोडपत्र म्हणून) सादर करा.

7. वैद्यकीय आणि जीवनशैलीविषयक माहिती*

खालीलपैकी कोणत्याही प्रश्नाचे उत्तर 'हो' असल्यास, कृपया सर्व वैद्यकीय अहवाल/कागदपत्रे सादर करा.

विभाग ए: विमा संरक्षणासाठी प्रस्तावित असलेल्या कोणत्याही व्यक्तीला खालीलपैकी कोणताही आजार झाला आहे का किंवा सध्या आहे का? संबंधित विमाधारक व्यक्तीसाठी 'हो' अशी खूण करा आणि विभाग बी मध्ये तपशील द्या.	**हो/नाही**	**विमाधारक व्यक्ती 1**	**विमाधारक व्यक्ती 2**	**विमाधारक व्यक्ती 3**	**विमाधारक व्यक्ती 4**	**विमाधारक व्यक्ती 5**	**विमाधारक व्यक्ती 6**	**विमाधारक व्यक्ती 7**

1. उच्च रक्तदाबाचा (हायपरटेन्शन) इतिहास								
ए) कालावधी								
बी) औषधोपचार								
सी) औषधाचा डोस								
2. मधुमेहाचा (डायबेटिस मेलिटस) इतिहास								
ए) टाइप 1 किंवा टाइप 2								
बी) कालावधी								
सी) औषधोपचार								
डी) औषधाचा डोस								

	हो/नाही	विमाधारक व्यक्ती क्रमांक
3. हृदय आणि रक्ताभिसरण संस्थेशी संबंधित आजार/विकारः छातीत दुखणे, अँजायना, उच्च कोलेस्टेरॉल/लिपिड्स, हृदयाची धडधड, कंजेस्टिव्ह हार्ट फेल्युअर, कोरोनरी आर्टिरी डिसीज, हृदयविकाराचा झटका, बायपास शस्त्रक्रिया/अँजिओप्लास्टी, हृदयाच्या झडपांचे विकार/झडप बदलणे, पेसमेकर बसवणे, हुमटिक फिव्हर, जन्मतः हृदयविकार असणे, व्हेरिकोज व्हेन्स, थ्रोम्बोसिस, रक्ताचे आजार इत्यादी.	हो नाही	1 2 3 4 5 6 7
4. मूत्रसंस्थेचे आजार/विकारः लघवीतून रक्त येणे, वारंवार लघवी लागणे, लघवी करताना वेदना होणे/त्रास होणे, मूत्रपिंड आणि/किंवा मूत्राशयाचा संसर्ग, मूत्रसंस्थेत खडे होणे, मूत्रपिंड निकामी होणे, डायलिसिस किंवा मूत्रपिंड/मूत्रमार्ग किंवा प्रोस्टेट ग्रंथीचा इतर कोणताही आजार	हो नाही	1 2 3 4 5 6 7
5. मस्क्युलोस्केलेटल (स्नायू आणि अस्थिपंजाचे) आजार/विकारः सांधेदुखी/पाठदुखी, संधिवात, स्पॉन्डिलोसिस, सांधे बदलणे किंवा स्नायू/हाडे/सांधे/अस्थिबंध, कंडरा किंवा डिस्क्स (कण्याचा) यांचा इतर कोणताही विकार, गाउट, हर्निएटेड डिस्क, अवयव कापणे/ कृत्रिम अवयव	हो नाही	1 2 3 4 5 6 7
6. श्वसनसंस्थेचे आजार/विकारः धाप लागणे/श्वास घेण्यास त्रास होणे, क्षयरोग, दमा, ब्रॉंकायटिस, क्रॉनिक ऑब्स्ट्रक्टिव्ह पल्मोनरी डिसीज (सीओपीडी), दीर्घकाळचा खोकला, खोकल्यातून रक्त येणे, वगैरे किंवा फुप्फुस/श्वसनसंस्थेचा इतर कोणताही आजार	हो नाही	1 2 3 4 5 6 7
7. पचनसंस्थेचे आजार/विकारः कावीळ, दीर्घकाळचा अतिसार, आतड्यांमधून रक्तस्त्राव होणे/समस्या/पॉलिप्स, स्वादुपिंड, यकृत किंवा पित्ताशयाचे आजार, हेपटायटीस ए/बी/सी/इतर, कावीळ, सिऱ्होसिस, कारणाशिवाय वजन कमी होणे किंवा वाढणे, खाण्याची समस्या किंवा पचनसंस्थेशी संबंधित इतर कोणताही आजार	हो नाही	1 2 3 4 5 6 7
8. कर्करोग/ट्यूमर - सौम्य किंवा घातक ट्यूमर, कोणतीही वाढ/सिस्ट, कोणताही कर्करोग	हो नाही	1 2 3 4 5 6 7
9. मेंदू/मज्जासंस्था/मानसिक स्थिती/विकारः शुद्ध हरपणे, चक्कर येणे, भोवळ येणे, बधिरता/मुंग्या येणे, अशक्तपणा, अर्धांगवायू, डोक्याला इजा होणे, स्ट्रोक, मायग्रेन डोकेदुखी किंवा दीर्घकाळ टिकणारी तीव्र डोकेदुखी, स्लीप ॲप्निया, मल्टिपल स्क्लेरोसिस, फेफरे/अपस्मार किंवा मेंदू/मज्जासंस्थेशी संबंधित इतर कोणताही आजार, मानसिक आजार/मनोविकार	हो नाही	1 2 3 4 5 6 7
10. महिलांच्या प्रजनन संस्थेशी संबंधित स्थिती/विकारः ओटीपोटात वेदना होणे, मासिक पाळीत असामान्य रक्तस्त्राव होणे, पॅप स्मीअर चाचणीत असामान्य परिणाम येणे, एंडोमेट्रिओसिस, फायब्रॉइड, सिस्ट/फायब्रोडेनोमा, रक्तस्त्रावाचा विकार, ओटीपोटाचा संसर्ग किंवा स्त्रीरोग/स्तनाशी संबंधित इतर कोणताही सिस्ट/गाठी/ट्यूमर	हो नाही	1 2 3 4 5 6 7

11. विमा घेण्याचे प्रस्तावित असलेली एखादी महिला गरदोर आहे का, तिची घरी केलेली प्रेग्नन्सी टेस्ट पॉझिटिव्ह आली आहे का, किंवा ती दत्तक घेण्याच्या किंवा सरोगेट बनण्याच्या प्रक्रियेत आहे का?	हो नाही	1 2 3 4 5 6 7
12. चयापचय आणि एन्डोक्राईनचा विकार/आजारः ॲड्रेनल/पिच्युटरी ग्रंथींचे विकार, ल्युपस, स्क्लेरोडर्मा, थायरॉईडचे विकार, कोणताही ऑटोइम्यून (रोगप्रतिकारक शक्तीशी संबंधित) किंवा अनुवांशिक विकार.	हो नाही	1 2 3 4 5 6 7
13. विमा घेण्याचे प्रस्तावित व्यक्तीला कोणताही जुनाट किंवा दीर्घकालीन आजार आहे का, किंवा एखादे अपंगत्व, शारीरिक असाधारणता, वारंवार होणारा आजार किंवा ईजा झाली आहे का, अथवा ती व्यक्ती सामान्य कामकाज करू शकत नाही असे आहे का?	हो नाही	1 2 3 4 5 6 7
14. विमा घेण्याचे प्रस्तावित असलेली व्यक्ती तंबाखूची उत्पादने/सिगारेटचे यांचा वापर करते का किंवा मद्यपान करते का?	हो नाही	1 2 3 4 5 6 7
15. विमा घेण्याचे प्रस्तावित असलेल्या व्यक्तीला वंध्यत्वाशी संबंधित कोणतीही समस्या आहे का?	हो नाही	1 2 3 4 5 6 7
16. विमा घेण्याचे प्रस्तावित असलेल्या व्यक्तीने कोणत्याही आजारासाठी किंवा लक्षणांसाठी/मानसिक स्थितीसाठी डॉक्टर किंवा आरोग्य सेवा देणाऱ्या व्यक्तीचा सल्ला घेतला आहे का किंवा उपचार घेतले आहेत काय/रुग्णालयात दाखल व्हावे लागले आहे का/काही आजार किंवा शस्त्रक्रिया झाली आहे का/सध्या एखाद्या आजारासाठी किंवा वद्यकीय पद्धतीसाठी काही औषधोपचार घेत आहे का (निदानात्मक चाचण्यांसह).	हो नाही	1 2 3 4 5 6 7
17. या विम्याचा प्रस्ताव देण्यापूर्वी, तुम्हाला किंवा विमा घेण्याचे प्रस्तावित असलेल्या व्यक्तीला खालीलपैकी कोणत्याही गंभीर आजाराचे निदान झाले आहे का किंवा त्यासाठी शस्त्रक्रिया झाली आहे का? - कर्करोग, हृदयविकाराचा झटका, कोरोनरी आर्टिरी, बायपास ग्राफ्ट, हृदयाच्या झडपेचे प्रत्यारोपण/दुरुस्ती, कोमा, मूत्रपिंड निकामी होणे, स्ट्रोक, कोणत्याही अवयवाचे प्रत्यारोपण, अर्धांगवायू, मल्टिपल स्क्लेरोसिस, मोटर न्यूरॉन डिसीज किंवा एचआयव्ही/एड्स.	हो नाही	1 2 3 4 5 6 7
वैयक्तिक अपघात विमा संरक्षणासाठी		
18. अर्जदारांपैकी एखाद्या व्यक्तीला फेफऱ्याचा आजार झाला आहे का किंवा सध्या आहे का? किंवा कोणताही शारीरिक किंवा मानसिक दोष/ बिघाड/ कमजोरी/ व्यंग किंवा हालचाल/ दृष्टी/ श्रवणशक्ती/ बोलण्यावर परिणाम होऊ शकतो अशी कोणतीही स्थिती आहे का?		
19. अर्जदाराच्या व्यवसायात धोकादायक कामे करणे, धोकादायक पदार्थ हाताळणे, उंचावर काम करणे, केबिन क्रू म्हणून काम करणे, समुद्र/नदीवरील जहाजांवर काम करणे, उच्च दाबाच्या विद्युत प्रवाहाशी संबंधित काम करणे किंवा सशस्त्र दलांचा भाग असणे यांसारख्या गोष्टींचा समावेश आहे का?		

विभाग बीः आजार/औषध/चाचणी/शस्त्र क्रिया/डायॉएर ग्रेडचे नाव आणि तपशील (वरील विभाग ए मध्ये हो असे उत्तर दिलेल्या प्रश्नांसाठी)	**शेवटच्या कन्सल्टेशनची तारीख**	**डॉक्टरांचे नाव**	**रुग्णालयाचे नाव आणि दूरध्वनी क्रमांक**
विमाधारक व्यक्ती 1:			
विमाधारक व्यक्ती 2:			
विमाधारक व्यक्ती 3:			
विमाधारक व्यक्ती 4:			
विमाधारक व्यक्ती 5:			
विमाधारक व्यक्ती 6:			
विमाधारक व्यक्ती 7:			

इतर काही तपशील:----------

कृपया आवश्यक असल्यास अतिरिक्त कागद जोडावेत.

विभाग सी: महत्त्वाच्या सूचना:

1. या प्रस्तावाच्या अर्जावर किंवा इतर कोणतेही पुरवणी माहिती प्रपत्र किंवा तुम्ही दिलेले किंवा तुमच्या वतीने दिलेले दस्तऐवज यावर तुम्ही दिलेल्या माहितीचा विमा देण्यासंबंधी आमच्या निर्णयावर आणि विमा देण्याच्या अटींवर परिणाम होईल. त्याचप्रमाणे, आम्ही जारी केलेली कोणतीही पॉलिसी तुम्ही आम्हाला दिलेल्या माहितीवर आधारित असेल. त्यामुळे, तुमची उत्तरे सर्व दृष्टीने पूर्ण आणि अचूक असणे महत्त्वाचे आहे.
2. या प्रस्तावातील प्रश्न हे केवळ सूचक स्वरूपाचे आहेत, ते सर्वसमावेशक नाहीत. तुम्ही विमा उतरवल्या जाणाऱ्या जोखमीशी संबंधित सर्व माहिती, मग ती माहिती या प्रस्तावातील एखाद्या प्रश्नाचा विषय नसला तरीही तुम्ही आम्हाला ती देणे आवश्यक आहे. कोणती माहिती द्यावी याबद्दल तुम्हाला काही शंका असल्यास, तुम्ही तुमच्या विमा सल्लागाराशी/कंपनीशी संपर्क साधावा.
3. तुमचा प्रस्ताव स्वीकारला जाणे हे पूर्णपणे वैद्यकीय अहवाल (जेथे लागू असेल तेथे) प्राप्त होणे आणि वैद्यकीय जोखीम-मूल्यमापन यांवर अवलंबून असेल; आणि कंपनीला प्रीमियमची पूर्ण रक्कम प्राप्त झाल्यानंतरच विमा संरक्षण सुरू होईल.
4. वगळण्याचे मुद्दे/समाविष्ट करण्याच्या मुद्यांची यादी आणि पॉलिसीचा इतर तपशील सूचक स्वरूपाचा आहे; संपूर्ण यादी आणि सविस्तर माहितीसाठी कृपया पॉलिसीचे शब्दांकन पहावे.

विभाग डी: कुटुंबाच्या डॉक्टरांचा तपशील:

नाव	
संपर्क क्रमांक	

8. पैसे भरण्यासंबंधी (पेमेंटचा) तपशील

1. **पैसे भरण्यासंबंधी (पेमेंटचा) तपशीलः कृपया पैसे भरण्याच्या पर्यायासमोर खूण करा ( )** प्रीमियमची रक्कम (रु.) _____

☐ रोख ☐ धनादेश/एनईएफटी/डीडी पैसे भरण्याचा पर्याय ☐ डिजिटल पेमेंट
धनादेश/एनईएफटी/डीडी क्रमांक _____
धनादेश/एनईएफटी/डीडीची दिनांक दि.दि. म.म. व.व.व.व. बँक_____

2. **थेट बँक ट्रान्सफरद्वारे दाव्याची/रिफंडची रक्कम मिळवण्यासाठी, कृपया खालील तपशील द्यावा*: (कृपया प्रस्ताव अर्जासोबत रद्द केलेला धनादेश जोडावा)**

बँकेचे नाव _____शाखा_____शहर_____
आयएफएससी कोड_____खाते क्रमांक_____
खात्याचा प्रकार_____

घोषणा:
"मी/आम्ही याद्वारे घोषित करत आहोत की आणि याचा स्वीकार करतो की, वर नमूद केलेल्या पॉलिसीसाठी प्रीमियमची रक्कम म्हणून मी/आम्ही भरलेली रक्कम ही माझ्या/आमच्या कायदेशीर आणि घोषित केलेल्या उत्पन्नाच्या स्त्रोतातून देण्यात आली आहे."

इलेक्ट्रॉनिक क्लिअरिंग सर्व्हिस (डेबिट क्लिअरिंग) मॅन्डेट फॉर्म

प्रस्ताव क्रमांक_____ पॉलिसी:_____

प्रति,
मॅग्मा जनरल इन्शुरन्स लि., इक्विनॉक्स बिझनेस पार्क, टॉवर 3, आंबेडकर नगर, 2रा मजला, युनिट क्रमांक 1बी आणि 2बी, एलबीएस मार्ग, कुर्ला (पश्चिम), मुंबई - 400070, महाराष्ट्र, भारत.
संदर्भः इलेक्ट्रॉनिक क्लिअरिंग सर्व्हिसद्वारे <बँकेचे नाव> कडे निधी/देयके हस्तांतरित करण्यासाठी ग्राहकाद्वारा अधिकार.

ग्राहकाची माहिती:

ए) खातेदाराचे/खातेदारांची नावे (बँकेच्या रेकॉर्डनुसार)			
बी) बँकेचे नाव		सी) बँकेच्या शाखेचे नाव	
डी) पत्ता		ई) शाखेचे शहर	
एफ) खात्याचा प्रकार		जी) खाते क्रमांक	
एच) लेजर क्रमांक/लेजर फोलिओ क्रमांक		आय) 9-आकडी एमआयसीआर कोड	

घोषणा:
माझी इलेक्ट्रॉनिक क्लिअरिंग सुविधा वापरण्याची इच्छा आहे आणि याद्वारे, प्रस्ताव क्रमांक _____ अन्वये अर्ज केलेल्या माझ्या आरोग्य विमा पॉलिसीची प्रीमियमची रक्कम इलेक्ट्रॉनिक क्लिअरिंग यंत्रणेद्वारे (ईसीएस) माझ्या खात्यातून वजा केली जाण्यास मी माझी बिनशर्त संमती देत आहे. मला हे माहित आहे आणि मी त्यास सहमत आहे की, पॉलिसीअंतर्गत विमा उतरवलेल्या सर्वात ज्येष्ठ सदस्याच्या वयोगटातील बदल, विमा कंपनीने लागू केलेल्या प्रीमियमच्या दरांमधील बदल, तसेच वेळोवेळी लागू होणारे कर आणि इतर वैधानिक शुल्क यांमुळे माझ्या खात्यातून वजा केल्या जाणाऱ्या प्रीमियमच्या रकमेत बदल होऊ शकतो.
(कृपया नूतनीकरणाच्या वेळी लागू असलेल्या वयातील बदलामुळे प्रीमियमच्या रकमेत होणाऱ्या संभाव्य बदलांसंबंधी कृपया पॉलिसीचे दस्तऐवज पहावेत)
मी याद्वारे घोषित करत आहे की, दिलेली माहिती अचूक आणि पूर्ण आहे. मला हे माहित आहे आणि मी हे मान्य करत आहे की, या अर्जात मी निवडलेल्या प्रीमियम भरण्याच्या तारखेला (तो कामकाजाचा दिवस असल्यास) पॉलिसीची प्रीमियम भरण्याच्या अधीन राहून व्यवहार पूर्ण केले जातील. अपूर्ण किंवा चुकीच्या माहितीमुळे व्यवहार करण्यास विलंब झाल्यास किंवा व्यवहार पूर्ण न झाल्यास, मी/आम्ही संबंधित संस्थेला जबाबदार धरणार नाही. संबंधित संस्थेद्वारा ही डेबिट सेवा घेण्यासाठी लागू असलेल्या सर्व नियम व अटी मी/आम्ही वाचल्या आहेत आणि या योजनेतील सहभागी म्हणून माझ्यावर/आमच्यावर सोपवलेली जबाबदारी पार पाडण्यास मी/आम्ही सहमत आहे/आहोत.
त्याचप्रमाणे , हे ईसीएस डेबिट मॅन्डेट फॉर्म घेऊन येणाऱ्या मॅग्मा जनरल इन्शुरन्स लिमिटेडच्या प्रतिनिधीला, माझ्या/आमच्या बँकेकडून त्याची पडताळणी करून ते अंमलात आणण्यासाठी मी/आम्ही याद्वारे अधिकार देत आहे/आहोत.

_____ ठिकाण:_____ दिनांक: _____
अर्जदाराची स्वाक्षरी

तुम्हाला पॉलिसीची छापील प्रत हवी आहे का? ☐ हो ☐ नाही

9. प्रस्तावकर्त्या व्यक्तीचा इलेक्ट्रॉनिक विम्याचा तपशील

तुम्हाला ही पॉलिसी eIA मध्ये जमा करायची आहे का? (कृपया कोणतेही एक निवडा)
☐ नाही, माझ्याकडे eIA नाही आणि मला ते उघडायचे नाही.
☐ हो, ही पॉलिसी माझ्या ई-विमा खात्यात जमा करा.
होय असल्यास, कृपया विद्यमान ई-विमा खाते क्रमांक शेअर करा. _____

कृपया विमा रिपॉझिटरीचे नाव निवडा (तुम्ही ज्याच्यासोबत तुमचे खाते उघडले आहे)
☐ मेसर्स NSDL डेटाबेस मनेजमेंट लिमिटेड
☐ मेसर्स कार्वी इन्शुरन्स रिपॉझिटरी लिमिटेड
☐ मेसर्स सेंट्रल इन्शुरन्स रिपॉझिटरी लिमिटेड

☐ मेसर्स CAMS रिपॉझिटरी सर्व्हिसेस लिमिटेड
☐ मेसर्स एसएचसीआयएल प्रोजेक्टस लिमिटेड (कृपया कोणताही एक पर्याय निवडा)
किंवा
माझ्याकडे सध्या कोणतेही ई-विमा खाते नाही आणि मला नवीन ई-विमा खाते उघडण्यात रस आहे. (कृपया संबंधित कागदपत्रांसह इलेक्ट्रॉनिक विमा खाते उघडण्याचा अर्ज (ईआयए फॉर्म) सादर करा.)

माझा CKYC क्रमांक (सेंट्रल नो युवर कस्टमर रजिस्ट्री नंबर) (उपलब्ध असल्यास) आहे: _____

प्रतिनिधिक तपशील (जर प्रस्तावक आणि प्राथमिक विमाधारकांव्यतिरिक्त इतर कोणत्याही व्यक्तीसाठी eIA उघडायचे असेल तरच)
पहिले नाव:----------
मधले नाव:----------
शेवटचे नाव:----------
लिंग:----------
जन्मतारीख:----------
PAN:----------
पत्ता ओळ 1:.....
पत्ता ओळ 2:----------
पत्ता ओळ 3:----------
पिनकोड:----------
टेलिफोन नंबर.:----------
मोबाइल नंबर.:----------
नातेवाईक:----------
इतर नातेवाईक:----------
ईमेल Id:----------
UID:----------
लँडमार्क:----------
राज्य:----------
शहर:----------
देश:----------

10. घोषणा

1. घोषणा
- मी याद्वारे माझ्या वतीने आणि ज्या व्यक्तींचा विमा उतरवायचा आहे त्या सर्वांच्या वतीने जाहीर करत आहे की, मी दिलेली वरील विधाने, उत्तरे आणि/किंवा तपशील माझ्या सर्वोत्कृष्ट माहितीनुसार सर्व बाबतीत खरी आणि पूर्ण आहेत आणि या इतर व्यक्तींच्या वतीने प्रस्ताव सादर करण्याचे मला अधिकार आहेत.
- मला माहित आहे की, मी दिलेली माहिती विमा पॉलिसीचा आधार असेल, ती विमा कंपनीच्या मंडळाने मंजूर केलेल्या अंडररायटिंग धोरणाच्या अधीन असेल आणि आकारण्यात आलेले प्रीमियम पूर्णपणे भरल्यानंतरच पॉलिसी अंमलात येईल.

- मी अधिक घोषित करत आहे की, प्रस्ताव सादर केल्यानंतर परंतु कंपनीद्वारा जोखीम स्वीकारल्याचे कळविण्यापूर्वी, विमा उतरवल्या जाणाऱ्या व्यक्तीच्या किंवा प्रस्तावकर्त्या व्यक्तीच्या व्यवसायात किंवा सामान्य आरोग्यात काही बदल झाल्यास मी त्याची लेखी माहिती कळवेन.
- मी घोषित करत आहे की, विमा उतरवल्या जाणाऱ्या व्यक्तीवर किंवा प्रस्तावकर्त्या व्यक्तीवर कोणत्याही वेळी उपचार करणाऱ्या कोणत्याही डॉक्टरांकडून किंवा रुग्णालयाकडून किंवा विमा उतरवल्या जाणाऱ्या व्यक्तीच्या किंवा प्रस्तावकर्त्या व्यक्तीच्या शारीरिक किंवा मानसिक आरोग्यावर परिणाम करणाऱ्या कोणत्याही गोष्टींबाबत त्यांच्या कोणत्याही भूतकाळातील किंवा सध्याच्या नियोक्त्याकडून वैद्यकीय माहिती मिळवण्यासाठी मी कंपनीला संमती देत आहे. तसेच, प्रस्ताव स्वीकारण्याबाबतचा निर्णय आणि/किंवा दावा निकाली काढण्यासाठी, विमा उतरवल्या जाणाऱ्या व्यक्तीसाठी किंवा प्रस्तावकर्त्या व्यक्तीसाठी कोणत्याही विमा कंपनीकडे विम्यासाठी अर्ज केला असल्यास, प्रस्तावाचे मूल्यांकन करण्यासाठी आणि/किंवा दावा निकाली काढण्यासाठी त्या कंपनीकडून माहिती मिळवण्यासही मी संमती देत आहे.
- मी कंपनीला प्रस्तावाचे मूल्यांकन करण्यासाठी आणि/किंवा दावा निकाली काढण्यासाठी विमाधारक/ प्रस्तावकर्त्या व्यक्तीच्या वैद्यकीय रेकॉर्डससह माझ्या प्रस्तावाशी संबंधित माहिती कोणत्याही सरकारी आणि/किंवा नियामक प्राधिकाऱ्यांना देण्याचे अधिकार देत आहे.

दिनांक: दि.दि. म.म. व.व.व.व. प्रस्तावकर्त्या व्यक्तीची स्वाक्षरीः _____

ठिकाण: _____ प्रस्तावकर्त्या व्यक्तीचे नावः _____

2. इलेक्ट्रॉनिक पद्धतीद्वारे पॉलिसीची पूर्तता आणि सेवा-संबंधी पत्रव्यवहाराचे अधिकार

मी याद्वारे संमती देत आहे की, मला पॉलिसीची कागदपत्रे _____ (कृपया आम्हाला तुमचा ई-मेल आयडी द्या) या ई-मेलवर किंवा वर दिलेल्या माझ्या मोबाइल क्रमांकावर एसएमएसद्वारे पाठवावीत.

___ मी याद्वारे मॅग्मा जनरल इन्शुरन्स लिमिटेडला (''कंपनी'')च्या प्रस्तावित किंवा विद्यमान पॉलिसीच्या संदर्भात लागू कायद्याच्या तरतुदींच्या अधीन राहून, वेळोवेळी स्वागत कॉल, सेवा कॉल किंवा इतर कोणताही पत्रव्यवहार (इलेक्ट्रॉनिक किंवा अन्यथा) करण्यास संमती देतो आणि अधिकृत करतो.

मला पॉलिसीशी संबंधित सर्व पत्रव्यवहार माझ्या व्हॉट्सॲप क्रमांकावर मिळावेत अशी माझी इच्छा आहे.

व्हॉट्सॲप क्रमांकः _____

दिनांक: दि.दि. म.म. व.व.व.व. प्रस्तावकर्त्या व्यक्तीची स्वाक्षरीः _____

ठिकाण: _____ प्रस्तावकर्त्या व्यक्तीचे नावः _____

3. स्थानिक घोषणापत्र

मी येथे घोषित करतो की मी प्रस्ताव फॉर्ममधील मजकूर आणि मॅग्मा जनरल इन्शुरन्स लिमिटेडकडून विमा मिळविण्याशी संबंधित इतर सर्व कागदपत्रे प्रस्तावकर्त्याला त्याला/तिला समजेल अशा भाषेत पूर्णपणे स्पष्ट केली आहेत. ती त्याला/तिला पूर्णपणे समजली आहे आणि प्रस्तावकर्त्याने दिलेल्या माहितीनुसार उत्तरे नोंदवण्यात आली आहेत. प्रस्तावकाला उत्तरे वाचून दाखवली आहेत, आणि त्याला/तिला ती पूर्णपणे समजली आहेत आणि त्याने/तिने त्याची पुष्टी केली आहेत.

घोषणा करणाऱ्या व्यक्तीचे नाव:_____

प्रस्तावकर्त्या व्यक्तीशी नाते: _____

घोषणा करणाऱ्या व्यक्तीची स्वाक्षरीः _____ अर्जदाराची स्थानिक भाषेतील स्वाक्षरीः _____

दिनांक: _____

4. मध्यस्थाचे घोषणापत्र

मी, _____ (पूर्ण नाव) कॉर्पोरेट एजंट/ब्रोकर/आयएमएफ/वेब ॲग्रिगेटर्स यांचा एसपी/पीओएसपी/बीक्यूपी/नियुक्त व्यक्ती/अधिकृत पडताळणी करणारी व्यक्ती/अधिकृत

विक्री प्रतिनिधी या नात्याने, येथे घोषित करतो की मी या प्रस्ताव अर्जातील सर्व मजकुराची माहिती, या प्रस्ताव फॉर्ममध्ये समाविष्ट असलेल्या प्रश्नांचे स्वरूप, प्रस्तावकर्त्याला स्पष्ट केली आहे, ज्यामध्ये या प्रस्ताव अर्जामध्ये त्याने/तिने सादर केलेले विधान(ने), माहिती आणि येथे समाविष्ट असलेल्या प्रश्नांना दिलेले प्रतिसाद किंवा येथे मागितलेले कोणतेही तपशील, जर हा प्रस्ताव कंपनीने पॉलिसी जारी करण्यासाठी स्वीकारला, तर कंपनी आणि प्रस्तावकर्त्यामधील विमा कराराचा आधार बनतील. मी पुढे स्पष्ट केले आहे की जर या प्रस्ताव अर्जामध्ये कोणतेही खोटे विधान/माहिती/उत्तर समाविष्ट असेल/असतील/ज्यात परिशिष्ट, शपथपत्रे, विधाने, सादरीकरणे, सादर करावयाची/देयायची असतील, किंवा कोणत्याही महत्त्वाच्या वस्तुस्थितीचा खुलासा करण्यात आला नसेल, तर या प्रस्तावानुसार त्याच्या/तिच्या नावे जारी केलेली पॉलिसी कंपनी रद्दबातल मानू शकते आणि पॉलिसी अंतर्गत भरलेले सर्व प्रीमियम कंपनीला जप्त केले जाऊ शकतात.

कामकाजात्मक/युनिक आयडी (एसपी/पीओएसपी/बीक्यूपी/डीपी/एव्ही/एएसपी): _____

शाखेचा मोबाईल/दूरध्वनी क्रमांकः _____ शाखेचा ई-मेल पत्ता: _____

दिनांक: दि.दि. म.म. व.व.व.व. विमा सल्लागाराची स्वाक्षरी: _____

मी [प्रस्तावकर्त्या व्यक्तीचे नाव] याची खात्री देत आहे की, मला या पॉलिसीअंतर्गत उपलब्ध असलेली सर्व वैशिष्ट्ये/फायदे समजले आहेत.
प्रस्तावकर्त्या व्यक्तीची स्वाक्षरीः _____
दिनांक: _____

5. प्रस्तावकर्त्या व्यक्तीचे घोषणापत्र
(प्रस्तावकर्त्या व्यक्तीने कोणत्याही कारणास्तव स्वतः प्रस्ताव आणि संबंधित कागदपत्रे न भरल्यास, त्याबाबतचे प्रमाणपत्र). मला प्रस्ताव अर्जातील मजकूर आणि संबंधित कागदपत्रे पूर्णपणे समजावून सांगण्यात आली आहेत आणि मला प्रस्तावित कराराचे महत्त्व पूर्णपणे समजले आहे. माझ्या सूचनेनुसार _____ यांनी प्रस्ताव अर्ज भरला आहे आणि मला बरोबर असल्याचे माझ्या निदर्शनास आहे आहे.
दिनांक: दि.दि. म.म. व.व.व.व.
प्रस्तावकर्त्या व्यक्तीची स्वाक्षरीः _____
दिनांक: _____

6. **एएमएल संबंधी मार्गदर्शक तत्त्वे**

1. मी/आम्ही याद्वारे पुष्टी करतो की भविष्यात भरलेले/देय असलेले सर्व प्रीमियम हे खऱ्या स्रोतांमधून आहेत आणि गुन्ह्यातून मिळालेल्या उत्पन्नातून भरलेले नाहीत आणि असे प्रीमियम माझ्या/आमच्या उत्पन्नाच्या प्रमाणाबाहेर नाहीत. मला/आम्हाला समजते की भारतातील मनी लॉंडरिंग प्रतिबंधक कायद्याला प्रत्यक्ष किंवा अप्रत्यक्षपणे नियंत्रित करणाऱ्या कोणत्याही कायद्यांतर्गत कोणत्याही सक्षम न्यायालयाने मला/आम्हाला दोषी आढळल्यास निधीचे स्रोत स्थापित करण्यासाठी कागदपत्रे मागवण्याचा आणि विमा पॉलिसी रद्द करण्याचा कंपनीला अधिकार आहे.

दिनांक: दि.दि. म.म. व.व.व.व. प्रस्तावकर्त्या व्यक्तीची स्वाक्षरीः _____

तुम्ही किंवा प्रस्तावातील कोणताही अर्जदार हे पीईपीज* किंवा पीईपीजचे* 'निकटचे सहकारी' किंवा 'कुटुंबातील सदस्य' आहात का?

☐ हो ☐ नाही

होय असल्यास, कृपया 'राजकारणातील महत्त्वाची व्यक्ती' (पीईपीज) संबंधी माहिती द्याः

* 'राजकारणातील महत्त्वाची व्यक्ती' (पीईपीज) म्हणजे अशी व्यक्ती जिच्यावर परदेशात महत्त्वाची सार्वजनिक क्षेत्रातील पदाची जबाबदारी सोपविण्यात आली आहे किंवा सांभाळत आहे; यामध्ये राज्याचे प्रमुख/सरकारी क्षेत्रातील प्रमुख व्यक्ती, राजकारणी वरिष्ठ व्यक्ती, सरकारी/न्यायालयीन/लष्करी क्षेत्रातील वरिष्ठ अधिकारी, सरकारी महामंडळांचे वरिष्ठ अधिकारी, राजकीय पक्षांचे महत्त्वाचे पदाधिकारी इत्यादींचा समावेश होतो.

2. पॉलिसीधारकाचा/प्रस्तावकर्त्याचा प्रकारः

(i) व्यक्ती
(ii) कॉर्पोरेशन
(iii) ट्रस्ट (दर्पण आईडी: .....)
(iv) सरकार
(v) भागीदारी/एलएलपी
(vi) गैर-सरकारी संस्था
(vii) सहकारी संस्था
(viii) सोसायटी
(ix) प्रायव्हेट लिमिटेड कंपनी
(x) पब्लिक लिमिटेड कंपनी
(xi) इतर असल्यास, कृपया स्पष्ट करा----------

3. निधीचे स्त्रोत:
व्यवसाय: ---------- वेतनी:---------- इतर (कृपया स्पष्ट करा):----------

8. अपंगत्वासंबंधी घोषणापत्र

"मी < > (प्रस्तावकर्त्या व्यक्तीचे नाव) प्रमाणित करत आहे की, प्रस्तावाचा अर्ज मी दिलेल्या माहितीनुसार भरण्यात आला आहे. मी < > (प्रतिनिधीचे संपूर्ण नाव) यांना जे माझे < > (प्रस्तावकर्त्या व्यक्तीशी नाते) आहेत, प्रौढ व्यक्ती, राहणार < >(पत्ता) यांना माझी प्रतिनिधी म्हणून काम करण्याचे आणि मला हा प्रस्ताव अर्ज भरण्यास मदत करण्याचे व माझ्या वतीने आवश्यक घोषणापत्र देण्याचे अधिकार देत आहे.

प्रस्तावकर्त्या व्यक्तीची स्वाक्षरी: _____

मी < > (प्रतिनिधीचे नाव) याद्वारे प्रमाणित करत आहे की, मी प्रस्तावकर्त्या व्यक्तीला प्रस्ताव अर्जातील मजकूर आणि मॅग्मा जनरल इन्शुरन्स यांचेकडून ही विमा पॉलिसी घेण्यासाठी आवश्यक असलेली इतर सर्व कागदपत्रे वाचून दाखविली व समजावून सांगितली आहेत आणि त्यांना ती समजली आहेत. मी हे घोषित करत आहे की, यात नमूद केलेली सर्व वस्तूस्थिती निदेशक माहिती माझ्या माहितीनुसार आणि समजुतीनुसार खरी व अचूक आहेत.'

प्रतिनिधीची स्वाक्षरीः _____

11. सर्वसामान्य माहिती

1. खबरदारीची सूचना

ज्याचा पॉलिसी जारी करण्याच्या आमच्या निर्णयावर किंवा ती जारी करण्याच्या नियम व अटींवर होऊ शकतो अशी तुमच्या आणि विमा उतरवल्या जाणाऱ्या प्रत्येक व्यक्तीच्या संदर्भातील महत्त्वाच्या जोखमीच्या स्वीकारण्याशी संबंधित सर्व वस्तूस्थिती दर्शक माहिती देणे आणि ती स्पष्टपणे उघड करणे तुमच्यावर बंधनकारक आहे आणि तुम्ही आम्हाला कोणतीही चुकीची माहिती देता कामा नये. पॉलिसी जारी करेपर्यंत ही जबाबदारी

कायम राहते आणि हा प्रस्ताव अर्ज सादर केल्यानंतर ती संपत नाही. त्यामुळे, येथे दिलेल्या माहितीत काही बदल झाल्यास किंवा पॉलिसी जारी केली जाण्यापूर्वी काही नवीन माहिती समोर आल्यास, तुम्ही कोणताही विलंब न करता आम्हाला त्याबद्दल लेखी स्वरूपात कळविणे आवश्यक आहे. विनंती केलेली किंवा इतर अतिरिक्त माहिती देण्यासाठी पुरेशी जागा उपलब्ध नसल्यास, कृपया अतिरिक्त पान जोडून त्यावर योग्य प्रकारे स्वाक्षरी करावी. अशा प्रकारे माहिती उघड करण्याच्या जबाबदारीच्या संदर्भात काही उल्लंघन केल्यास, अशा प्रकारच्या उल्लंघनाच्या कृतीमुळे जारी केलेली कोणतीही पॉलिसी रद्द ठरू शकते.

विमा कायदा (सुधारणा) कायदा, 2015 च्या कलम 41 अंतर्गत सवलतींवर प्रतिबंध

1. भारतातील जीवित किंवा मालमत्तेशी संबंधित कोणत्याही प्रकारच्या जोखमीच्या संदर्भात, विमा काढण्यासाठी किंवा नूतनीकरण करण्यासाठी किंवा चालू ठेवण्यासाठी कोणत्याही व्यक्तीला प्रत्यक्ष किंवा अप्रत्यक्षपणे प्रलोभन म्हणून, दिल्या जाणाऱ्या कमिशनचा संपूर्ण किंवा अंशतः सवलत किंवा पॉलिसीवर दाखवलेल्या प्रीमियमची सवलत देऊ नये किंवा देण्याचा प्रयत्न करू नये. तसेच, कोणतीही व्यक्ती पॉलिसी घेताना किंवा नूतनीकरण करताना अशी सवलत विमा कंपनीच्या प्रकाशित निवेदने किंवा दरपत्रकानुसार मान्य असलेल्या सवलतीखेरीज अशी कोणतीही सवलत स्वीकारू नये. या कलमातील तरतुदींचे पालन करण्यात कोणत्याही व्यक्तीने कसूर केल्यास, त्याला दहा लाख रुपयांपर्यंत दंड होऊ शकतो.

2. विमा एजंटने स्वतःचे जीवन, आरोग्य किंवा मालमत्ता यांच्याशी संबंधित जोखमींसाठी स्वतःच्या कोणत्याही श्रेणीच्या विमा व्यवसायाच्या संबंधित घेतलेल्या कोणत्याही प्रकारच्या विमा पॉलिसीच्या संदर्भात कमिशन स्वीकारणे, हे असे कमिशन स्वीकारताना त्या विमा एजंटने स्वतः विमा कंपनीने नेमणूक केलेला एक कायदेशीर विमा एजंट म्हणून कार्यरत असल्याचे सिद्ध करणाऱ्या विहित अटींची पूर्तता केल्यास, हे या उप-कलमाच्या अर्थानुसार प्रीमियममधील सवलत स्वीकारणे मानले जाणार नाही.

पोचपावती

प्रस्ताव क्रमांक दिनांक दिदि मम ववयव

आम्हाला याद्वारे आपला प्रस्ताव आणि ---------- या बँकेच्या नावे काढलेल्या रोख/धनादेश/एनईएफटी/डिमांड ड्राफ्ट/इतर ---------- द्वारे रु. ---------- इतकी रक्कम दिनांक ---------- रोजी, प्राप्त झाली आहे, व त्याबद्दल आम्ही आभारी आहोत.

आमच्याकडे विम्यासाठी पूर्ण भरलेला प्रस्ताव सादर करणे किंवा अपेक्षित पॉलिसीसाठी कोणतेही शुल्क भरणे याचा अर्थ आम्ही पॉलिसी जारी करण्यास बांधील आहोत असा होत नाही; आणि पॉलिसी जारी करण्याचा निर्णय हा कायम व पूर्णपणे आमच्याच अखत्यारीत असेल. आम्ही विम्याचा प्रस्ताव स्वीकारल्यास, तो पॉलिसीच्या नियम व अटींच्या अधीन असेल; आणि आम्हाला प्रीमियमची पूर्ण रक्कम वेळेवर प्राप्त झाली नाही किंवा ती वसूल झाली नाही, तर आमची कोणतीही जबाबदारी राहणार नाही.

स्वीकारणाऱ्या व्यक्तीची स्वाक्षरी आणि कार्यालयाचा शिक्का
