

सरल सुरक्षा बीमा, मैग्मा जीआईएल- प्रस्ताव प्रपत्र



कृपया प्रत्येक व्यक्ति के लिए अलग प्रपत्र जमा करें।

आश्रित बच्चों की स्थिति में प्रस्ताव प्रस्तावक द्वारा भरा जा सकता है।

(जब तक कि प्रस्ताव स्वीकार नहीं कर लिया जाता और प्रीमियम का भुगतान नहीं कर दिया जाता है, बीमा के लिए प्रस्तावित व्यक्ति बीमारक्षित नहीं है/हैं)

1. मध्यस्थ का नाम																					
2. मध्यस्थ का कोड																					
3. विक्रय चैनल का प्रकार																					
4. यदि पीओएसपी है तो कृपया नीचे दी गई जानकारी प्रदान करें:																					
पीओएसपी का पैन कार्ड नंबर											पीओएसपी का आधार कार्ड नंबर										
5. बीमित व्यक्ति का नाम (जिसके पक्ष में पॉलिसी जारी की जानी है)																					
6. बीमित व्यक्ति का पता																					
7. फोन नंबर																					
8. ईमेल आईडी																					
9. बैंक खाता सं.																					

10. (ए) व्यवसाय; पेशा, व्यापार या व्यवसाय: (कृपया ड्यूटी की प्रकृति के साथ पूरा विवरण दें)																				
(बी) क्या आप मुख्य रूप से प्रशासनिक कार्य में कार्यरत हैं।	☐ हाँ										☐ नहीं									
(सी) क्या अपने पेशे के लिए आपको शारीरिक श्रम करना पड़ता है।	☐ हाँ										☐ नहीं									
(डी) क्या आप निम्न में से किसी में संलग्न हैं:																				
i) पहियों या घोड़े की पीठ पर रेंसिंग	☐ हाँ										☐ नहीं									
ii) बड़े हिंसक जानवरों का शिकार	☐ हाँ										☐ नहीं									
iii) पर्वतारोहण	☐ हाँ										☐ नहीं									
iv) शीतकालीन खेल, स्कीइंग या आइस हॉकी	☐ हाँ										☐ नहीं									
v) बैलूनिंग या पोलो या इसी तरह के खेल	☐ हाँ										☐ नहीं									
vi) कोई अन्य साहसिक खेल	☐ हाँ										☐ नहीं									
(ई) आपकी औसत मासिक आय क्या है																				
i) लाभकारी नियोजन	रु. _____																			
ii) अन्य स्रोत	रु. _____																			
iii) कुल	रु. _____																			
11. जन्म तिथि	दि. दि. मा. मा. व. व. व. व.																			
12. लंबाई (से.मी. में)																				
13. वजन (कि.ग्रा. में)																				
14. क्या आप निम्नलिखित में से किसी से पीड़ित रहे हैं या पीड़ित हैं: (यदि निम्नलिखित में से किसी भी प्रश्न का उत्तर 'हाँ' है तो पूरा विवरण दिया जाना चाहिए)																				
(ए) कोई शारीरिक दोष या दुर्बलता	☐ हाँ										☐ नहीं									
(बी) गठिया या अर्थराइटिस या मधुमेह, पक्षाघात	☐ हाँ										☐ नहीं									
(सी) दौरे या किसी भी प्रकार की या कोई अन्य लंबे समय से चली आ रही बीमारी	☐ हाँ										☐ नहीं									
(डी) कोई अन्य विकलांगता	☐ हाँ										☐ नहीं									
15. क्या यह बीमा प्रस्ताव निम्नलिखित के अतिरिक्त है:																				
(ए) कोई अन्य दुर्घटना पॉलिसी? [जिसमें किसी सामूहिक व्यक्तिगत दुर्घटना पॉलिसी/क्रेडिट कार्ड योजनाओं के अंतर्गत बीमारक्षित होना भी शामिल है] (यदि हाँ, तो प्रत्येक कंपनी का नाम और बीमा राशि बताएँ।)	☐ हाँ										☐ नहीं									
(बी) कोई अन्य कर्मचारी योजना (यदि हाँ, तो प्रत्येक कंपनी का नाम और बीमा राशि बताएँ।)	☐ हाँ										☐ नहीं									
16. क्या किसी कंपनी ने																				
i) आपको पॉलिसी जारी करने से मना किया है?	☐ हाँ										☐ नहीं									
ii) आपका बीमा जारी रखने से मना किया है?	☐ हाँ										☐ नहीं									
iii) आपकी पॉलिसी के नवीनीकरण के लिए आमंत्रित नहीं किया है?	☐ हाँ										☐ नहीं									
iv) कोई प्रतिबंध या विशेष शर्तें आरोपित की हैं? (यदि हाँ, तो कृपया विवरण प्रस्तुत करें)	☐ हाँ										☐ नहीं									

17.	क्या आपने कभी किसी दुर्घटना पॉलिसी के अंतर्गत क्षतिपूर्ति का दावा किया है/प्राप्त किया है? (यदि हाँ, तो कृपया विवरण प्रस्तुत करें)	☐ हाँ ☐ नहीं
18.	आपके द्वारा चुनी गई बीमा सुरक्षा का विवरण:	रु. _____
	(i) *मूल बीमा सुरक्षा बीमा राशि (अधिकतम दायित्व) (*दुर्घटनावश मृत्यु, स्थायी पूर्ण विकलांगता और स्थायी आंशिक विकलांगता) (ii) वैकल्पिक बीमा सुरक्षा ए) अस्थायी पूर्ण विकलांगता** बी) दुर्घटना के कारण अस्पताल में भर्ती*** सी) शिक्षा अनुदान**** (25 वर्ष तक की आयु तक मूल बीमा राशि का **0.2%, मूल बीमा राशि का ***10% या वास्तविक व्यय जो भी कम हो, सभी आश्रित बच्चों के लिए प्रति बच्चा मूल बीमा राशि का 10%****)	
19.	क्या आप अपने परिवार के सदस्यों (केवल जीवनसाथी, बच्चे और आश्रित माता-पिता) को बीमारक्षित करना चाहते हैं?	☐ हाँ ☐ नहीं
20.	बीमा की अवधि	1 साल

यदि मद 19 का उत्तर "हाँ" है, तो निम्नलिखित विवरण प्रस्तुत करें और प्रत्येक वयस्क व्यक्ति के लिए अलग प्रस्ताव प्रपत्र का उपयोग करें जिसे बीमित किया जाना है।
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

परिवार के सदस्यों का नाम	बीमित व्यक्ति से संबंध और आयु	पेशा या व्यवसाय	वार्षिक आय	मूल बीमा-सुरक्षा बीमा राशि	वैकल्पिक बीमा सुरक्षा		
					कुल अस्थायी विकलांगता	दुर्घटना के कारण अस्पताल में भर्ती	शिक्षा अनुदान

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	
प्रस्तावक के साथ संबंध	जन्म तिथि
नामांकित व्यक्ति का संपर्क नंबर	

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

स्वतः नवीनीकरण:

आपके द्वारा नवीनीकरण प्रीमियम के भुगतान पर पॉलिसी नवीनीकृत हो जाएगी। हालाँकि, हम पॉलिसी लेते समय या पहले की पॉलिसियों की प्रचलन अवधि के दौरान किसी भी समय धोखाधड़ी, गलत बयानी या किसी भी महत्वपूर्ण तथ्य को छिपाने या खराब नैतिक जोखिम के आधार पर पॉलिसी का नवीनीकरण नहीं करने का विकल्प चुन सकते हैं।

भुगतान के विवरण

1. भुगतान के विवरण: कृपया (✓) भुगतान विकल्प पर निशान लगाए जीएसटी सहित कुल प्रीमियम राशि (रु.) _____	
नकद ☐ चेक/एनईएफटी/डीडी भुगतान विकल्प ☐ डिजिटल भुगतान ☐	
चेक/एनईएफटी/डीडी नंबर	
चेक/एनईएफटी/डीडी तिथि	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
आईएफएससी कोड	
खाता संख्या	खाता प्रकार

“मैं/हम एतद 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 बीमा विवरण

या 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. प्रोटीन ईगोव टेक्नोलॉजीज लिमिटेड ☐ मे. कार्वी इश्योरेन्स रिपोजिटरी लिमिटेड
☐ मे. सेंट्रल इश्योरेन्स रिपोजिटरी लिमिटेड ☐ मे. सीएमएस रिपोजिटरी सर्विसेस 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)

नाम श्री/सुश्री/श्रीमती																															
	पहला नाम									मध्य नाम									अंतिम नाम												
*जन्म तिथि:										*लिंग:	☐ महिला	☐ पुरुष	पैन नं.:																		
फ्लैट/भवन:																															
रोड/स्ट्रीट/सेक्टर:																															
तालुका/गांव/जिला/शहर:																															
राज्य:															शहर:																
देश:															टेलीफोन नंबर (निवास):																
संबंध:															अन्य संबंध:																
मोबाईल नं.:															ईमेल आईडी:																
यूआईडी:																															

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:

स्थान: _____

प्रस्तावक का नाम: _____

प्रस्तावक के हस्ताक्षर:

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 एतद्वारा मैग्मा 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:

स्थान: _____

प्रस्तावक का नाम: _____

प्रस्तावक के हस्ताक्षर:

3. स्थानीय भाषा संबंधी घोषणा

मैं एतद् द्वारा घोषणा करता/करती हूँ कि मैंने प्रस्तावक को मैग्मा जनरल इंश्योरेन्स 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: _____

दिनांक:

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

स्थान: _____

--

घोषणाकर्ता के हस्ताक्षर:

--

स्थानीय भाषा में आवेदक के हस्ताक्षर:

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
----	----	----	----	---	---	---	---

स्थान: _____

--

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।

दिनांक:

स्थान: _____

प्रस्तावक के हस्ताक्षर:

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:

स्थान: _____

प्रस्तावक के हस्ताक्षर:

6. एएमएल दिशानिर्देश

1. मैं/हम इस बात की पुष्टि करता/करती/करते हूँ कि भविष्य में भुगतान की जाने वाली सभी प्रीमियम वास्तविक स्रोतों से हैं और इनका भुगतान अपराध संबंधी आय से नहीं किया गया है, और ऐसी प्रीमियम 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:

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): _____

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

- 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।
- 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 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। यदि हम प्रस्ताव स्वीकार नहीं करते हैं, तो हम आपको सूचित करेंगे और आपसे प्राप्त भुगतान को प्री-पॉलिसी स्वास्थ्य जांच के लिए शुल्क, यदि कोई हो, को बिना ब्याज के काटने के बाद वापस कर देंगे।

प्राप्तकर्ता के हस्ताक्षर और कार्यालय की मुहर

नियम और शर्तें:

- कंपनी का दायित्व तब तक शुरू नहीं होता है, जब तक कि यह प्रस्ताव कंपनी द्वारा स्वीकार नहीं कर लिया जाता और प्रीमियम प्राप्त नहीं हो जाती है।