

शाखा का नाम _____

मध्यस्थ का नाम _____

प्रस्ताव प्राप्त हुआ

दि.	दि.	म.	म.	व.	व.	व.	व.
-----	-----	----	----	----	----	----	----

शाखा कोड	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 12.5%; height: 20px;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table>										
मध्यस्थ कोड	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 12.5%; height: 20px;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table>										
आरएम का नाम											

कृपया सभी प्रश्नों का पूरा और सही-सही उत्तर दें, जो लागू नहीं होता है, उसका कृपया स्पष्ट रूप से उल्लेख करें। 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 तो पॉलिसी के अंतर्गत कोई भी भगतान करने के लिए हमारा कोई उत्तरदायित्व नहीं होगा।

कपया यह प्रपत्र स्पष्ट अक्षरों में भरें।

[illegible]

प्रस्तावक का व्यापार या व्यवसाय

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

 व्यवसाय का क्षेत्र

--

 शहरी

--

 ग्रामीण

प्रस्तावक का प्रकार ☐ व्यक्तिगत ☐ साझेदारी फर्म ☐ कंपनी ☐ सरकार ☐ अन्य (कृपया उल्लेख करें)

वार्षिक आय (रुपए में)

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

फर्म की चुकता पूँजी (लाख रुपए में)

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

पैन नंबर* जीएसटी नंबर

क्या आप इनकम टैक्स रिटर्न दाखिल करते हैं? हाँ ☐ नहीं ☐

पत्राचार के लिए पता*

शहर:

 राज्य:

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

पत्राचार के लिए पता*

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

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 ☐

बीमा सुरक्षा का विस्तार: यह पॉलिसी भारत में हुई बीमारियों या लगी चोटों के लिए अस्पताल में भर्ती होने के खर्चों को बीमा-रक्षित करती है। अस्पताल में भर्ती होने से पहले 30 दिनों तक और अस्पताल में भर्ती होने के बाद 60 दिनों तक का चिकित्सा व्यय भी स्वीकार्य है। इस पॉलिसी के अंतर्गत किसी विशेष बीमित व्यक्ति और/या उसके परिवार के सभी आश्रित सदस्यों के लिए बीमा राशि पॉलिसी में निर्धारित अनुसार होगी।

प्रमुख अपवर्जन: पहले से चली आ रही बीमारियाँ, पहले 30 दिनों के दौरान होने वाली बीमारियाँ, चशमे/कॉन्टेक्ट लेंस का खर्च, दंत चिकित्सा, एड्स, गर्भावस्था और पॉलिसी के पहले वर्ष के दौरान कुछ निर्दिष्ट बीमारियाँ। बहिष्करणों की विस्तृत जानकारी के लिए, कृपया पॉलिसी दस्तावेज़ देखें।

एड ऑन: इसके अलावा कुछ वैकल्पिक एक्सटेंशन उपलब्ध हैं, जिनका इस प्रस्ताव प्रपत्र के संबंधित अनुभाग में विवरण दिया गया है।

ध्यान दें: जगह पर्याप्त न होने पर, अतिरिक्त पत्रक जोड़ें।

बीमा की अवधि से दि. दि. म. म. व. व. व. तक दि. दि. म. म. व. व. व.

 बीमा-रक्षित व्यक्तियों की कुल संख्या

चुनी गई मूल बीमा सुरक्षा (एक या अधिक का चयन करें)	☐ अंतः रोगी देखभाल	☐ अस्पताल नकदी	☐ बाह्य रोगी बीमा सुरक्षा
वैकल्पिक एक्सटेंशन बीमा सुरक्षा	☐ पहले से चली आ रही बीमा सुरक्षा ☐ अस्पताल में भर्ती होने से पहले और बाद के खर्च ☐ घरेलू बीमा सुरक्षा ☐ मातृत्व बीमा सुरक्षा	☐ एम्बुलेंस बीमा सुरक्षा ☐ आयुष उपचार ☐ स्वास्थ्य जाँच ☐ अन्य (कृपया उल्लेख करें) _____	
यदि आप प्रीमियम में परिणामी कमी के साथ पॉलिसी के अंतर्गत बीमा सुरक्षा के अपवर्जन का लाभ उठाना चाहते हैं, तो कृपया उल्लेख करें।	☐ कमरे के किराए की सीमा ☐ कमरे की श्रेणी की सीमा ☐ दुर्घटनावश अस्पताल भर्ती बीमा सुरक्षा ☐ अन्य (कृपया उल्लेख करें) _____		
क्या बीमित किए जाने के लिए प्रस्तावित सभी सदस्य एक समूह या संघ या कॉर्पोरेट निकाय का हिस्सा हैं? हाँ ☐ नहीं ☐			

कृपया निम्नलिखित प्रारूप में व्यक्तियों की सूची प्रदान करें जिन्हें बीमित किया जाना है।

नाम	कर्मचारी के साथ संबंध/स्वयं	जन्म तिथि	आयु (वर्षों में)	लिंग	बीमा राशि	चली आ रही बीमारी, यदि कोई हो

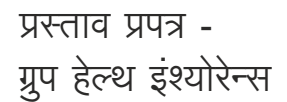
कृपया ध्यान रखें: आश्रितों का नाम प्रत्येक कर्मचारी के नाम के ठीक नीचे लिखा जाना चाहिए।

पिछली नीति और दावा विवरण

बीमा की अवधि		बीमाकर्ता का नाम	पॉलिसी संख्या	बीमा सुरक्षा का विवरण	कुल प्रीमियम (रुपये)	दावों की कुल राशि (भुगतान + बकाया)
से	तक					
दि. दि. म. म. व. व. व.	दि. दि. म. म. व. व. व.					
दि. दि. म. म. व. व. व.	दि. दि. म. म. व. व. व.					
दि. दि. म. म. व. व. व.	दि. दि. म. म. व. व. व.					

महत्वपूर्ण टिप्पणियाँ:

- 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।
- 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।
- आपके प्रस्ताव की स्वीकृति कंपनी द्वारा पूर्ण प्रीमियम राशि की वसूली के अधीन होगी।
- अपवर्जन/समावेशन सूची और अन्य पॉलिसी विवरण सांकेतिक हैं। पूरी सूची और विस्तृत विवरणों के लिए, कृपया पॉलिसी शब्दावली देखें।



कृपया भुगतान का तरीका विकल्प पर टिक करें ☐ नकद ☐ चेक/एनईएफटी/डीडी भुगतान विकल्प ☐ डिजिटल भुगतान	
चेक/एनईएफटी/डीडी नंबर <table border="1" style="display: inline-table; width: 150px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table>	चेक/एनईएफटी/डीडी तिथि <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table>
बैंक का नाम <table border="1" style="display: inline-table; width: 150px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table>	राशि आकड़ों में (रु.) <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table>
राशि शब्दों में (रु.)	

बैंक का नाम		शाखा _____
शहर		
आईएफएससी कोड		
खाता संख्या		
खाता का प्रकार		

- 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/हम एतद द्वारा यह भी घोषणा करता/करती हूँ/करते हैं और वचन देता/देती हूँ/देते हैं कि उपर्युक्त प्रस्ताव के लिए प्रीमियम के रूप में भुगतान की गई राशि का स्रोत मेरी/हमारी वैध और घोषित आय है।
- 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।

एएमएल दिशानिर्देश

1. 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.	म.	म.	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): -----

बीमा अधिनियम, 1938 की धारा 41 - छूट का निषेध

- 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 अर्धदंड देना होगा, जो दस लाख रुपए तक हो सकता है।



पावती (केवल कार्यालयीन उपयोग के लिए)

प्रस्ताव संख्या _____

दिनांक

दि.	दि.	म.	म.	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।

प्राप्तकर्ता के हस्ताक्षर और कार्यालय की मुहर

एनईएफटी/ईएफटी अधिदेश प्रपत्र

ग्राहक का विवरण

ग्राहक का नाम																					
पता																					
शहर:											राज्य:										
पिन कोड:						लैंडलाइन:															
पैन कार्ड नंबर																					
पैन कार्ड धारक का नाम																					
खाते का विवरण:																					
बैंक का नाम																					
खाता संख्या																					
शाखा का नाम																					
भुगतानकर्ता का नाम																					
खाता संख्या																					
खाते का प्रकार																					
बैंक रिकॉर्ड के अनुसार नाम																					
आईएफएससी कोड																					
रद्द किए गए चेक की प्रति: - हाँ/नहीं*																					

(कृपया चेक पर मुद्रित भुगतानकर्ता के नाम और पैन कार्ड की प्रति के साथ एक खाली रद्द किए गए चेक की प्रति संलग्न करें)

यदि रद्द किए गए चेक पर ग्राहक का नाम/खाता, कोई/आईएफएससी कोड उपलब्ध नहीं है, तो बैंक के हस्ताक्षर और मुहर और ग्राहक के हस्ताक्षर के साथ एनईएफटी अधिदेश प्रपत्र अनिवार्य है।
 मैं एतद द्वारा घोषणा करता/करती हूँ कि ऊपर दिए गए विवरण सही और पूर्ण हैं। यदि अपूर्ण या गलत जानकारी के कारण लेनदेन में देरी होती है या बिल्कुल भी नहीं होता है, तो मैं उपयोगकर्ता संस्थान को जिम्मेदार नहीं ठहराऊँगा/ठहराऊँगी।

आदाता के हस्ताक्षर और मुहर

द्वारा सत्यापित

(बैंक अधिकारी की मुहर और अधिकृत हस्ताक्षर)

आरटीजीएस/एनईएफटी के माध्यम से भुगतान संबंधी नियम व शर्तें

- ग्राहकों द्वारा अधिदेश प्रपत्र में दिए गए विवरणों को अंतिम माना जाएगा और मैग्मा जनरल इश्योरेन्स लिमिटेड उसमें दिए गए किसी भी विवरण के प्रति सत्यापन के लिए जिम्मेदार नहीं होगा।
- संबंधित ग्राहक(ग्राहकों) के लिए आरटीजीएस/एनईएफटी सुविधा मैग्मा जनरल इश्योरेन्स लिमिटेड को अधिदेश प्रपत्र मिलने के 15 दिनों के भीतर और/या ऐसी अवधि के भीतर प्रभावी होगी, जैसा कि मैग्मा जनरल इश्योरेन्स लिमिटेड द्वारा आरटीजीएस/एनईएफटी सुविधा को सक्रिय करने के लिए उचित रूप से आवश्यक हो सकती है।
- ग्राहक इस बात से सहमत है कि आरटीजीएस/एनईएफटी सुविधा के अंतर्गत, आरटीजीएस/एनईएफटी सुविधा से संबंधित लागू नियमों में बदलाव के कारण या मैग्मा जनरल इश्योरेन्स लिमिटेड की ओर से किसी भी गलती/निष्क्रियता/विफलता के बिना या मैग्मा जनरल इश्योरेन्स लिमिटेड के नियंत्रण से परे किसी भी कारक के कारण भुगतान की क्रेडिट के दिन ग्राहक के खाते में भुगतान न होने का जोखिम हो सकता है।
- ग्राहक बिना किसी देरी या आपत्ति के मैग्मा जनरल इश्योरेन्स लिमिटेड और उसके एजेंटों की क्षतिपूर्ति करने और मैग्मा जनरल इश्योरेन्स लिमिटेड और उसके एजेंट को किन्हीं और सभी दावों, क्षतियों, हानियों, लागतों और व्ययों (वकील की फीस सहित) से हर समय हानिरहित रखने के लिए सहमत है, जो मैग्मा जनरल इश्योरेन्स लिमिटेड को अन्य बातों के अलावा, उपरोक्त खंडों में बताए गए कारणों में से किसी एक से उत्पन्न होने वाले या उसके संबंध में प्रत्यक्ष या अप्रत्यक्ष रूप से भुगतान पड़ सकता है या उठाना पड़ सकता है।
- ग्राहक इस बात से सहमत है कि आरटीजीएस/एनईएफटी सुविधा के माध्यम से किए गए लेन-देन पर आवक आरटीजीएस/एनईएफटी शुल्क लग सकता है, जो यदि ग्राहक के बैंक द्वारा लगाया जाता है, तो ग्राहक द्वारा वहन किया जाएगा।
- मैग्मा जनरल इश्योरेन्स लिमिटेड इसमें वर्णित किन्हीं नियमों व शर्तों में किसी भी समय संशोधन या अनुपूरण करने का पूर्ण विवेकाधिकार रखता है और नियमों व शर्तों को लागू करने के लिए जहाँ भी संभव हो, ऐसे परिवर्तनों के लिए दस दिनों की पूर्व सूचना देने का प्रयास करेगा। नई सेवाओं का उपयोग कर, या ऐसी अवधि पूरा होने पर, जो भी पहले हो, ग्राहक को परिवर्तित नियमों व शर्तों को स्वीकार करने वाला माना जाएगा।
- दस्तावेजों या बैंक विवरण या किसी अन्य जानकारी को प्रस्तुत करना भर किसी भी तरह से कंपनी द्वारा दायित्व की स्वीकृति को दर्शाता या व्यक्त या इंगित नहीं करता है।
- इन नियमों व शर्तों के अंतर्गत सूचना हाथ से या ई-मेल द्वारा या मैग्मा जनरल इश्योरेन्स लिमिटेड की वेबसाइट www.magmainsurance.com पर या ग्राहक के अंतिम पते पर डाक द्वारा भेजकर लिखित रूप से दी जा सकती है।
- ये नियम व शर्तें भारत के कानूनों द्वारा नियंत्रित होंगी और इन नियमों व शर्तों के चलते उत्पन्न होने वाली कोई भी कानूनी कार्यवाही या कार्यवाही भारत में मुंबई स्थित न्यायालयों या न्यायाधिकरणों में संस्थित की जाएगी।
- मैं/हम आगे किसी भी अतिरिक्त राशि, जो किसी भी कारण से किसी भी समय मेरे खाते में अतिरिक्त जमा हो गई है, मैग्मा जनरल इश्योरेन्स लिमिटेड से ऐसी अतिरिक्त क्रेडिट के बारे में ऐसी सूचना या किसी अन्य स्रोत के माध्यम से ग्राहक की जानकारी में आने वाली अतिरिक्त क्रेडिट की ऐसी सूचना की प्राप्ति के 7 दिनों के भीतर चाहे मैग्मा जनरल इश्योरेन्स लिमिटेड द्वारा मांगी गई हो या नहीं, वापस करने का भी वचन देता/देती हूँ/देते हैं।
- मैं/हम इस बात से सहमत हूँ/हैं कि मेरा/हमारा दावा भुगतान मैग्मा जनरल इश्योरेन्स लिमिटेड द्वारा अपने बैंकों से पुष्टि प्राप्त करने की तिथि से जमा किया जाएगा, यह सुविधा किसी भी पक्ष द्वारा प्रतिसंहारित न किए जाने तक जारी रहेगी और मैग्मा जनरल इश्योरेन्स लिमिटेड द्वारा अपने बैंकों को जारी किया गया कोई भी प्रासंगिक क्रेडिट निर्देश यह निर्देश पूरा होने तक वैध रहेगा, भले ही नोटिस अवधि समाप्त हो गई हो, बशर्त कि ग्राहक की नोटिस अवधि समाप्त होने से पहले मैग्मा जनरल इश्योरेन्स लिमिटेड द्वारा ऐसा क्रेडिट अनुरोध किया गया हो।
- (कृपया इस संबंध में दिए गए विवरणों के सत्यापन के लिए एक खाली रद्द किया गया चेक या चेक की फोटोप्रति संलग्न करें)

ग्राहक के हस्ताक्षर और मुहर

मैग्मा जनरल इश्योरेन्स लिमिटेड (तत्कालीन मैग्मा एचडीआई जनरल इश्योरेन्स कंपनी लिमिटेड) | www.magmainsurance.com | ईमेल: customercare@magmainsurance.com | टोल फ्री नं.: 1800 266 3202 | पंजीकृत कार्यालय: इक्विनाक्स बिजनेस पार्क, टावर 3, आंबेडकर नगर, 2री मंज़िल, युनिट नंबर 1बी और 2बी, एल.बी.एस. मार्ग, कुर्ला (वेस्ट), मुंबई - 400070, महाराष्ट्र, भारत। | CIN: U66000MH2009PLC460693 | IRDAI Reg. No. 149 | ग्रुप हेल्थ इश्योरेन्स | प्रोडक्ट UIN: MAGHLGP21234V022021 | ऊपर प्रदर्शित किए गए ट्रेड लोगो मैग्मा वेंचर्स प्राइवेट लिमिटेड और मैग्मा जनरल इश्योरेन्स लिमिटेड द्वारा इनका इस्तेमाल लाइसेंस के अंतर्गत किया गया है। | हमारी वेबसाइट पर MIRA से चैट करें या वॉट्सएप नंबर 7208976789 पर "Hi" करें। (PF.GHI.ver10.02.25)