

प्रस्ताव प्रपत्र - लोन गार्ड

प्रस्ताव संख्या: _____

केवल कार्यालयीन उपयोग के लिए

शाखा का नाम	_____	शाखा कोड	
मध्यस्थ का नाम	_____	मध्यस्थ कोड	
प्रस्ताव प्राप्त हुआ			

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 प्रस्तावित बीमाकृत 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।

प्रस्तावित सदस्य का विवरण

कृपया स्पष्ट अक्षरों में यह प्रपत्र भरें

नाम*		
(श्री/सुश्री/श्रीमती/अन्य)	(पहला नाम)	(अंतिम नाम)
आवेदक की स्थिति*	☐ प्राथमिक ऋणी	☐ सह-ऋणी
वैवाहिक स्थिति	☐ अविवाहित	☐ विवाहित
लिंग	☐ पुरुष	☐ महिला
राष्ट्रीयता*		जन्म तिथि*
व्यवसाय	☐ वेतनभोगी	☐ स्व-रोजगार
वार्षिक आय (रुपये में)	☐ < 3,00,000	☐ 3,00,000 – 10,00,000
पत्राचार के लिए पता*		
लैंडमार्क		
शहर:		राज्य:
पिन कोड:		
फोन नंबर	एसटीडी कोड:	मोबाइल नंबर*
ईमेल आईडी		
पैन नं. #		
आईडी प्रमाण प्रकार*	☐ पैन ☐ पासपोर्ट ☐ मतदाता पहचान पत्र ☐ ड्राइविंग लाइसेंस ☐ आधार कार्ड	
	☐ अन्य यदि अन्य हैं, तो कृपया निर्दिष्ट करें _____	

☐ 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।

यदि इस प्रस्ताव के अंतर्गत प्रीमियम 50,000 रुपए या उससे अधिक है तो यह अनिवार्य है।

ऋण का विवरण*

ऋण का प्रकार		ऋण की अवधि	
ऋण आरंभ होने की तिथि		ऋण की संवितरण तिथि	
ऋण की राशि		ऋण आरंभ होने की तिथि पर ईएम आई की राशि	

प्रस्ताव प्रपत्र - लोन गार्ड

योजना के विवरण*

पॉलिसी अवधि	☐ 1 साल ☐ 2 साल ☐ 3 साल ☐ 4 साल ☐ 5 साल	गंभीर बीमारी का कवर	☐ 1 स्टार ☐ 2 स्टार ☐ 3 स्टार ☐ 4 स्टार
जीएसटी सहित कुल प्रीमियम राशि			

नामांकन

नामांकित व्यक्ति का नाम

प्रथम

मध्य

अंतिम

बीमाधारक 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

समनुदेशन

मैं यह पॉलिसी उस वित्तीय संस्थान को समनुदेशित करने के लिए सहमत हूँ, जिससे ऋण, जिससे यह पॉलिसी जुड़ी है, लिया गया है।

स्वास्थ्य संबंधी घोषणा

1. कृपया पिछले 4 वर्षों में अपनी किसी भी स्वास्थ्य स्थिति का विवरण प्रदान करें जो आपकी रही है:

स्थिति का नाम:

क्या अस्पताल में भर्ती कराया गया था:

2. अच्छे स्वास्थ्य की घोषणा

मैं पुष्टि करता/करती हूँ कि मेरा स्वास्थ्य अच्छा है और वर्तमान में या पिछले 5 वर्षों से उच्च रक्तचाप, मधुमेह या किसी अन्य गंभीर बीमारी से पीड़ित नहीं हूँ या रहा/रही हूँ या दवा नहीं ले रहा/रही हूँ। मैं यह भी पुष्टि करता/करती हूँ कि मुझे कभी भी क्रिटिकल इलनेस कवरेज के लिए स्थगित या अस्वीकार नहीं किया गया है और मेरा कभी भी निम्नलिखित स्थितियों में से किसी के लिए रोगनिदान या चिकित्सीय देखभाल नहीं की गई है:

- स्ट्रोक (क्षणिक इस्केमिक अटैक सहित)
- हेपेटाइटिस बी या सी
- शराब की लत
- नशीली दवाओं का सेवन
- कैंसर या कोई ट्यूमर
- मेलेनोमा
- किडनी का असामान्य कार्य
- अल्जाइमर या सेनाइल डिमेंशिया
- पुनरावर्ती ह्युमन पेपिलोमा वायरस (एचपीवी) या यौन संचारित रोग (पिछले 5 वर्षों के भीतर)
- उपार्जित इम्यून डेफिशिएंसी सिंड्रोम (एड्स), एड्स से संबंधित जटिलता (एआरसी)। मानव प्रतिरक्षा ह्रास, संक्रमण (लक्षणात्मक या स्पष्टोन्मुख)
- तंत्रिका तंत्र का कोई भी रोग या विकार
- दिल का दौरा
- मधुमेह
- उच्च रक्तचाप

मैं, अधोहस्ताक्षरकर्ता, एतद द्वारा घोषणा करता/करती हूँ और आश्वासन देता/देती हूँ कि उपरोक्त कथन सत्य, सटीक और पूर्ण है। मैं कंपनी से इस प्रकार का बीमा करवाना चाहता/चाहती हूँ, जैसा कि इसमें वर्णित है, तथा मैं सहमत हूँ कि यह प्रस्ताव और इस विषय में की गई घोषणाएँ मेरे और कंपनी के बीच अनुबंध का आधार होंगी, तथा मैं कंपनी द्वारा निर्धारित शर्तों के अधीन पॉलिसी स्वीकार करने के लिए सहमत हूँ।

मैं सहमत हूँ कि प्रस्ताव/व्यक्तिगत विवरण, घोषणा और संबंधित दस्तावेजों में किसी भी महत्वपूर्ण विवरण में किसी भी असत्य या गलत कथन, गलत प्रस्तुतीकरण, अवर्णन या अप्रकटीकरण की स्थिति में, या इस पॉलिसी के अंतर्गत कोई लाभ प्राप्त करने के लिए मेरे या मेरी ओर से कार्य करने वाले किसी व्यक्ति द्वारा कोई महत्वपूर्ण जानकारी छिपाए जाने की स्थिति में, पॉलिसी कंपनी के विकल्प पर शून्य हो जाएगी।

बीमित व्यक्ति का नाम:

बीमित व्यक्ति के हस्ताक्षर:

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:

प्रस्ताविक बीमित के हस्ताक्षर: _____

स्थान: _____

प्रस्ताविक बीमित का नाम: _____

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

मैं सहमति देता/देती हूँ कि पॉलिसी दस्तावेज मुझे ईमेल _____ द्वारा (कृपया अपना ई-मेल आईडी प्रदान करें) _____ मैं एतद् द्वारा 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।

दिनांक:

प्रस्ताविक बीमित के हस्ताक्षर: _____

स्थान: _____

प्रस्ताविक बीमित का नाम: _____

3. स्थानीय भाषा संबंधी घोषणा

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

घोषणाकर्ता का नाम: _____

प्रस्ताविक बीमित के साथ संबंध: _____

घोषणाकर्ता के हस्ताक्षर: _____ स्थानीय भाषा में आवेदक के हस्ताक्षर: _____

दिनांक:

4. एएमएल दिशानिर्देश

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

दिनांक:

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. पब्लिक लिमिटेड कंपनी:

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 अधिनियम, 1938 की धारा 41 – छूट का निषेध

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