

सक्षम हेल्थ इश्योरेन्स – प्रस्ताव प्रपत्र

प्रस्ताव संख्या _____

यह प्रपत्र भरने के लिए दिशा-निर्देश

यह पॉलिसी विशेष रूप से विकलांग व्यक्तियों, मानसिक रूग्णता और एचआईवी/एड्स से पीड़ित व्यक्तियों के लिए तैयार की गई है।

ए. यदि दिव्यांगजन अधिकार अधिनियम, 2016 के अनुसार विकलांगता को प्रमाणित करने के लिए सरकार द्वारा नियुक्त मेडिकल बोर्ड द्वारा 40% या अधिक विकलांगता प्रमाणित की गई है तो दिव्यांगजन को बीमारकित किया जाएगा।

- कृपया सभी प्रश्नों का सही-सही और पूरा उत्तर दें।
- तारा चिन्ह (*) से चिह्नित स्थानों की जानकारी अनिवार्य है।
- इस पॉलिसी के अंतर्गत केवल भारतीय नागरिक ही बीमारकित हो सकते हैं।
- सभी बीमाकर्ताओं से इस उत्पाद के लिए केवल एक ही पॉलिसी खरीदी जा सकती है।
- ध्यान रखें: जब तक कि प्रस्ताव स्वीकार नहीं कर लिया जाता और प्रीमियम का भुगतान नहीं कर दिया जाता है, बीमा कंपनी द्वारा प्राप्त नहीं कर लिया जाता है तब तक बीमा के लिए प्रस्तावित बीमासुरक्षा बीमा-रक्षित नहीं है।

मध्यस्थ विवरण	
शाखा का नाम	शाखा कोड
मध्यस्थ का नाम	मध्यस्थ कोड
विक्रय चैनल प्रकार	यदि पीओएसपी है तो कृपया नीचे दी गई जानकारी प्रदान करें:- ए) पीओएसपी का पैन कार्ड नंबर बी) पीओएसपी का आधार कार्ड नंबर
मध्यस्थ संपर्क विवरण	प्रस्ताव प्राप्त हुआ

प्रस्तावक के विवरण

प्रस्तावक का नाम (श्री/सुश्री/श्रीमती/अन्य)			
	(पहला नाम)	(मध्य नाम)	(अंतिम नाम)
व्यवसाय	☐ बेतनभोगी ☐ स्व-रोजगार ☐ पेशेवर ☐ अन्य (कृपया निर्दिष्ट करें).....		
पेशा और व्यवसाय/कार्य की प्रकृति:			
संचार संबंधी पता			
	शहर:	राज्य:	पिन कोड:
लैंडमार्क			
फोन नंबर एसटीडी कोड	लैंडलाइन नंबर	मोबाइल नंबर*	ईमेल आईडी
लिंग	☐ पुरुष ☐ महिला ☐ अन्य		
आधार नं.	पैन नं. (प्रपत्र 60/61)		
एबीएचए नं.			

कृपया केवाईसी के उद्देश्य से आईडी और पते का प्रमाण दें। यदि पैन उपलब्ध कराया गया है, तो पासपोर्ट/मतदाता पहचान पत्र/डाइविंग लाइसेंस/आधार नंबर या कोई अन्य आधिकारिक रूप से मान्य दस्तावेज साझा करें।

मैं/हम कंपनी को मेरी/हमारी पहचान/पता प्रमाण के साथ-साथ बीमाधारक की पहचान/पता प्रमाण को केंद्रीय केवाईसी रजिस्ट्री या यूआईडीआई 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 संबंधी विवरण

पॉलिसी का प्रकार	व्यक्तिगत	पॉलिसी अवधि	☐ 1 साल
बीमा की अवधि	से: दि दि मा मा ज ज व व व तक: दि दि मा मा ज ज व व व	बीमा राशि	☐ 400000 ☐ 500000
चुनी गई बीमा सुरक्षा	☐ पूर्व-विद्यमान एचआईवी/एड्स ☐ पूर्व-विद्यमान विकलांगता ☐ पूर्व-विद्यमान एचआईवी/एड्स और पूर्व-विद्यमान विकलांगता		
चुने गए सह-भुगतान की छूट	☐ हाँ ☐ नहीं बीमा सुरक्षा की श्रेणी क्षतिपूर्ति		

व्यक्ति का विवरण जिसे बीमित किया जाना है

अनु. क्र.	बीमित व्यक्ति का नाम	राष्ट्रीयता	जन्म तिथि	आयु	लिंग	ऊंचाई	वजन	पूर्व-विद्यमान बीमारियाँ	व्यवसाय	वैवाहिक स्थिति	प्रस्तावक के साथ संबंध	एबीएचए नं.
1												

नामांकित व्यक्ति का विवरण

नाम	जन्म तिथि	आयु	बीमित व्यक्ति के साथ संबंध
1			

यदि नामांकित व्यक्ति अल्पवयस्क है, तो नियुक्त व्यक्ति का नाम और पता तथा अल्पवयस्क के साथ संबंध:

नियुक्त व्यक्ति का नाम	जन्म तिथि	आयु	बीमित व्यक्ति के साथ संबंध
1			

बीमित व्यक्ति का पिछला/मौजूदा स्वास्थ्य संबंधी विवरण:

क्या आप एचआईवी/एड्स से पीड़ित हैं?	☐ हाँ ☐ नहीं	यदि हाँ, तो कृपया अपने वर्तमान सीडी4 काउंट का हालिया प्रमाणपत्र संलग्न करें (पिछले 30 दिनों के भीतर का)
वर्तमान सीडी 4 काउंट		
क्या आपका सीडी4 काउंट पिछले 4 वर्षों में 500 से नीचे गया था?	☐ हाँ ☐ नहीं	यदि हाँ, तो कब और कितनी बार _____
क्या आप एचआईवी/एड्स से संबंधित/उत्पन्न/जुड़ी किसी अन्य बीमारी/रोग से पीड़ित हैं?	☐ हाँ ☐ नहीं	☐ हाँ ☐ नहीं
क्या आप नीचे दी गई सूचीबद्ध स्थितियों के अनुसार किसी भी विकलांगता से पीड़ित हैं:	☐ हाँ ☐ नहीं	यदि हाँ, तो कृपया विवरण दें :-.....
1. अंधता ☐		2. मांसपेशियों की दुर्बलता ☐
3. कम दृष्टि ☐		4. लंबे समय चली आ रही तंत्रिका संबंधी स्थितियाँ ☐
5. कुछ रोग से ठीक हुए व्यक्ति ☐		6. विशिष्ट सीखने की अक्षमताएँ ☐
7. श्रवण दोष (बहरापन और कम सुनाई देना) ☐		8. मल्टीपल स्क्लेरोसिस ☐
9. चलन संबंधी विकलांगता ☐		10. वाणी और भाषा संबंधी विकलांगता ☐
11. बौनापन ☐		12. थैलेसीमिया ☐
13. बौद्धिक विकलांगता ☐		14. हीमोफीलिया ☐
15. मानसिक बीमारी ☐		16. सिकल सेल रोग ☐
17. ऑटिज्म स्पेक्ट्रम विकार ☐		18. बहरापन/अंधापन सहित एकाधिक विकलांगताएँ ☐
19. सेरेब्रल पाल्सी ☐		20. एसिड अटैक पीड़ित ☐
21. पार्किंसंस रोग ☐		
क्या आप ऊपर बताई गई विकलांगता या एचआईवी एड्स के अलावा किसी अन्य पहले से चली आ रही बीमारी से पीड़ित हैं?	☐ हाँ ☐ नहीं	
यदि हाँ, तो कृपया विवरण दें और वर्षों की संख्या बताएँ, जितने वर्षों से आप पीड़ित हैं:		
क्या आपको किसी बीमारी/रोग की स्थिति के कारण कोई अन्य शारीरिक विकलांगता है?		
कोई अन्य पिछली चिकित्सीय जानकारी		

पिछले / मौजूदा स्वास्थ्य बीमा का विवरण				
पॉलिसी संख्या / आवेदन संख्या	बीमाकर्ता का नाम	बीमा राशि	बीमा की अवधि (से - तक)	पूर्ववर्ती वर्षों के दौरान दर्ज कराए गए दावे
क्या आपके पास एक या दूसरे बीमाकर्ता से ऐसी ही पॉलिसी है? ☐ हाँ ☐ नहीं यदि हाँ, तो कृपया नीचे दिए गए विवरण दें:				
पॉलिसी संख्या / आवेदन संख्या	बीमाकर्ता का नाम	बीमा राशि	बीमा की अवधि (से - तक)	पूर्ववर्ती वर्षों के दौरान दर्ज कराए गए दावे

प्रस्तावक का इलेक्ट्रॉनिक बीमा विवरण	
मुझे _____ से संबंधित जानकारी चाहिए – महत्वपूर्ण प्रारूप ☐ हाँ ☐ नहीं	ई-प्रारूप (इलेक्ट्रॉनिक) किसी भी समय जब भी लागू हो ☐ हाँ ☐ नहीं
अपना इश्योपर्स रिपोजिटरी चुनें (ई-प्रारूप चुनने वालों के लिए)	
(ए) एनएसडीएल डेटा मैनेजमेंट लिमिटेड	
(बी) सीडीएसएल इश्योरेन्स रिपोजिटरी लिमिटेड	
(सी) कार्वी इश्योरेन्स रिपोजिटरी लिमिटेड	
(डी) सीएएमएस रिपोजिटरी सर्विसेस लिमिटेड	
मेरे पास ई बीमा खाता है और संख्या _____ है	
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/अन्य)	(पहला नाम) (मध्य नाम) (अंतिम नाम)												
लिंग	☐ पुरुष ☐ महिला ☐ अन्य	जन्म तिथि: <table><tr><td>दि</td><td>दि</td><td>मा</td><td>स</td><td>व</td><td>व</td></tr></table>		दि	दि	मा	स	व	व				
दि	दि	मा	स	व	व								
पते की पंक्ति 1	पैन नं. <table><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>												
पते की पंक्ति 2													
पते की पंक्ति 3													
	पिनकोड :												
टेलिफोन नंबर	मोबाइल नंबर												
संबंध	अन्य संबंध												
ईमेल आईडी	यूआईडी												
लैंडमार्क	राज्य												
शहर	देश												

प्रीमियम भुगतान का विवरण	
प्रीमियम भुगतानकर्ता का नाम:	
प्रीमियम भुगतान की आवृत्ति:	मासिक/त्रैमासिक/अर्धवार्षिक
प्रीमियम की राशि: ₹	चेक ☐ डीडी ☐ डेबिट कार्ड/क्रेडिट कार्ड
लिखित का प्रकार:	नकद/चेक/डेबिट कार्ड/क्रेडिट कार्ड/अन्य: कृपया उल्लेख करें:
दिनांक (दिन/माह/वर्ष):	चेक नं.
बैंक का नाम:	बैंक का खाता संख्या:
आईएफएससी कोड:	शाखा का नाम:

चेक केवल प्रस्तावक के नाम पर जारी किया जाएगा।

पॉलिसी निरस्त होने की स्थिति में, यदि प्रीमियम का भुगतान क्रेडिट कार्ड के माध्यम से किया गया था, तो धनवापसी की राशि सीधे क्रेडिट कार्ड खाते में जमा कर दी जाएगी या चेक के माध्यम से धनवापसी का भुगतान किया जाएगा। यदि आप अपने बैंक खाते में धनवापसी/दावा सीधे जमा करने का विकल्प चुनते हैं, तो कृपया निम्नलिखित बैंक विवरण और रद्द किए गए चेक की एक प्रति उपलब्ध कराएँ: (रद्द किया गया चेक उसी बैंक खाते का होना चाहिए जिसमें धनवापसी सीधे जमा की जानी है।)

खाताधारक का नाम	
चेक नंबर	
बैंक का नाम	
शाखा का नाम	
चेक दिनांक	
चेक की राशि ₹	
बैंक खाते के अनुसार नाम	
बैंक का खाता संख्या	
आईएफएससी कोड	
एमआईसीआर कोड	

ध्यान रखें: प्रस्तावक बैंक खाता के विवरण में किसी भी बदलाव के बारे में <<मैग्मा जनरल इश्योरेन्स लिमिटेड>> को लिखित रूप से सूचित करने के लिए सहमत हैं।

यदि ईसीएस का चयन किया गया है, तो कृपया हमारी शाखाओं में उपलब्ध स्थायी अधिदेश प्रपत्र जमा करें।

स्थान:
दिनांक:

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

प्रस्तावक के हस्ताक्षर: _____

एजेंट की 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 बताया है कि यदि इस प्रस्ताव प्रपत्र में कोई असत्य कथन/सूचना/जवाब है/हैं, जिसमें प्रस्तुत किए गए/प्रस्तुत किए जाने वाले परिशिष्ट, शपथपत्र, कथन, प्रस्तुतियाँ शामिल हैं, तो कंपनी को देय लाभों में बदलाव करने का अधिकार होगा जो देय हो सकते हैं और इसके अलावा यदि कोई भी महत्वपूर्ण तथ्य छिपाया गया है, तो इस प्रस्ताव के अंतर्गत उसके पक्ष में जारी की गई पॉलिसी को कंपनी द्वारा शून्य और अमान्य माना जा सकता है और पॉलिसी के अंतर्गत भुगतान की गई सभी प्रीमियमों को कंपनी के पक्ष में जब्त किया जा सकता है।

दिनांक:

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

स्थान: _____

एजेंट के हस्ताक्षर: _____

लाइसेंस संख्या _____

बीमा कराने के लिए प्रस्तावित सभी व्यक्तियों की ओर से घोषणा और वारंटी

- 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/हम घोषणा करता/करती हूँ/करते हैं और आगे कंपनी को किसी भी अस्पताल से चिकित्सीय जानकारी प्राप्त करने जिसने कभी भी बीमित किए जाने वाले व्यक्ति/प्रस्तावक का उपचार किया हो या किसी भी पिछले या वर्तमान नियोक्ता से किसी भी ऐसी चीज से सरोकार रखनेवाली जानकारी प्राप्त करने जो बीमित किए जाने वाले व्यक्ति/प्रस्तावक के शारीरिक और मानसिक स्वास्थ्य को प्रभावित करती हो और किसी भी बीमा कंपनी से जानकारी प्राप्त करने की सहमति देता/देती हूँ/देते हैं जिससे बीमित किए जाने वाले व्यक्ति/प्रस्तावक के जीवन पर बीमा के लिए प्रस्ताव का बीमांकन और/या दावा निपटान के उद्देश्य से आवेदन किया गया हो।
- मैं/हम कंपनी को प्रस्ताव के बीमांकन और/या दावा निपटान के एकमात्र उद्देश्य से और किसी भी सरकारी और/या नियामकीय प्राधिकरण के पास अपने चिकित्सीय रिकॉर्ड सहित अपने प्रस्ताव से संबंधित जानकारी साझा करने के लिए अधिकृत करता/करती हूँ/करते हैं।
- मैं/हम आदतों और बीमारियों के लिए प्रीमियम लोडिंग (यदि कोई हो) से अवगत हूँ/हैं जैसा कि ऊपर घोषित/उल्लेख किया गया है।
- मैं/हम एतद् द्वारा समूह बीमा के अंतर्गत बीमारक्षित सभी व्यक्तिगत सदस्यों के केवाईसी विवरणों का रिकॉर्ड रखने, और किसी भी समय आवश्यकतानुसार कंपनी को लाभार्थियों का विवरण प्रदान करना सुनिश्चित करने के लिए सहमत हूँ/हैं।

स्थानीय भाषा में घोषणा

** जहाँ प्रस्तावक निरक्षर है या किसी विकलांगता से पीड़ित है, जिसके कारण लेखन प्रतिबंधित है या जहाँ प्रस्तावक ने स्थानीय भाषा में हस्ताक्षर किए हैं वहाँ लागू होता है। (ध्यान रखें : नीचे की गई घोषणा को कंपनी के सलाहकार/कर्मचारी के अलावा किसी अन्य व्यक्ति द्वारा देखा जाना चाहिए)।

मैं/हम प्रमाणित करता/करती हूँ/करते हैं कि मेरे/हमारे द्वारा आवेदन किए गए उत्पाद और प्रस्ताव प्रपत्र की विषय-वस्तु मुझे/हमें स्पष्ट रूप से समझाई गई है और मैंने/हमने उन्हें पूरी तरह से समझ लिया है। मैं/हम आगे प्रमाणित करता/करती हूँ/करते हैं कि प्रस्ताव प्रपत्र में उत्तर मेरे/हमारे द्वारा प्रदान की गई जानकारी के अनुसार दर्ज किए गए हैं। मैं, (गवाह का पूरा नाम) _____ (प्रस्तावक से संबंध) _____ वयस्क और (शहर) _____ का निवासी हूँ और _____ में रहता/रहती हूँ/हैं, एतद् द्वारा प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने प्रस्ताव प्रपत्र की विषयवस्तु और मैम्मा जनरल इंश्योरेंस लिमिटेड से बीमा पॉलिसी प्राप्त करने के लिए प्रासंगिक सभी अन्य दस्तावेजों को प्रस्तावक/प्राथमिक बीमित व्यक्ति को पढ़ कर समझाया है और उसने/उन्होंने इसे समझ लिया है। मैं/हम घोषणा करता/करती हूँ कि मैंने/हमने इसमें ऊपर जो कुछ भी कहा है वह मेरे सर्वोत्तम ज्ञान और विश्वास के अनुसार सत्य और सही है।

दिनांक:

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

स्थान: _____

गवाह के हस्ताक्षर _____

प्रस्तावक/प्राथमिक बीमित व्यक्ति के हस्ताक्षर/अंगूठे का निशान _____

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	व	व	व
----	----	----	---	---	---

प्रस्तावक के हस्ताक्षर: _____



6. एमएल दिशानिर्देश

1. मैं/हम इस बात की पुष्टि करता/करती/करते हैं 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 लामू। 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 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 अर्धदंड देना होगा, जो दस लाख रुपए तक हो सकता है।



पावती

प्रस्ताव संख्या _____

दिनांक:

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

हम आपको 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 _____