प्रस्ताव प्रपत्र – कंपल्सरी पर्सनल एक्सिडेंट

MAGMA General Insurance Limited

प्रस्ताव संख्या :

*प्रस्ताव, किसके लिए : ☐ नया प्रस्ताव ☐ रोल-ओवर ☐ नवीनीकरण ☐ पृष्ठांकन

प्रस्तावित बीमा-सुरक्षा का प्रकार : मालिक – ड्राइवर के लिए स्टैंड-अलोन कंपल्सरी पर्सनल एक्सिडेंट

बीमा अवधि : ☐☐ ☐☐ बजे से दि दि मा मा व व व व की मध्य रात्रि तक दि दि मा मा व व व व (1 वर्ष तक)

मध्यस्थ कोड : मध्यस्थ नाम:

आधार संख्या : पैन संख्या :

1. प्रस्तावक के विवरण : (वाहन का पंजीकृत मालिक)

पूरा नाम : श्रीमान/सुश्री/मे. पहला नाम मध्य नाम अंतिम नाम

पता :

शहर : राज्य: देश : पिन कोड :

टेलीफोन नंबर (आर) : मोबाइल नंबर : *जन्मतिथि: दि दि मा मा व व व व *लिंग : ☐ पुरुष ☐ महिला *कार्य/व्यवसाय :

ईमेल आईडी:

वैवाहिक स्थिति : ☐ एकल ☐ विवाहित ☐ तलाकशुदा ☐ विधवा/विधुर शैक्षणिक योग्यता

पैन संख्या : आधार संख्या: माता का प्रथम नाम :

राष्ट्रीयता: ☐ भारतीय ☐ गैर-भारतीय, यदि गैर-भारतीय हैं, तो कृपया देश का नाम निर्दिष्ट करें

क्या आप या प्रस्तावित आवेदकों में से कोई भी पीईपी* या पीईपी* का निकट संबंधी/सहयोगी है? ☐ हाँ ☐ नहीं यदि हाँ, तो कृपया ''राजनीतिक रूप से उजागर व्यक्तियों'' (पीईपी) के विवरण साझा करें :

*(पीईपी) ऐसे व्यक्ति होते हैं, जिन्हें किसी विदेशी देश द्वारा प्रमुख सार्वजनिक कार्य सौंपे जाते हैं, जिनमें राष्ट्राध्यक्ष या शासन प्रमुख, वरिष्ठ राजनेता, वरिष्ठ शासकीय या न्यायिक या सैन्य अधिकारी, राज्य के स्वामित्व वाले निगमों के वरिष्ठ अधिकारी और महत्वपूर्ण राजनीतिक दल के पदाधिकारी शामिल होते हैं.

संगठन का प्रकार : ☐ निगम ☐ शासन ☐ गैर-शासकीय संगठन ☐ समिति ☐ न्यासी ☐ साझेदारी
☐ प्राइवेट लिमिटेड कंपनी ☐ पब्लिक लिमिटेड कंपनी ☐ अन्य, कृपया निर्दिष्ट करें

2. नामांकित व्यक्ति के विवरण

नाम: श्रीमान/सुश्री/मे. पहला नाम मध्य नाम अंतिम नाम

संबंध : आयु वर्ष अवयस्क व्यक्ति के मामले में अभिभावक का नाम

पता

शहर : राज्य: पिन कोड : टेलीफोन नंबर (आर) :

मोबाइल नंबर : *जन्मतिथि: दि दि मा मा व व व व ईमेल आईडी:

क्या चालक में कोई दृष्टि या श्रवण संबंधी दोष है या उसमें कोई शारीरिक दुर्बलता है? हाँ ☐ नहीं ☐

यदि हाँ, तो कृपया ऐसी दुर्बलता के विवरण दें

आवश्यक बीमा-सुरक्षा के बारे में

मालिक चालक के लिए कंपल्सरी पर्सनल एक्सिडेंट कवर.

बीमित व्यक्ति का नाम	बीमित व्यक्ति की आयु	नामित व्यक्ति का नाम	नामित व्यक्ति की आयु/जन्मतिथि	बीमाधारक के साथ संबंध

संचार पता

फ्लैट/भवन: सड़क/गली/सेक्टर क्षेत्र

तालुका/गांव/जिला/शहर : राज्य : देश : पिन कोड :

जीएसटीआईएन नंबर टेलीफोन नंबर (आर) : मोबाइल नंबर :

ईमेल आईडी :

स्टैंड-अलोन सीपीए के अंतर्गत बीमा-सुरक्षित किए जाने वाले वाहनों की संख्या :

प्रत्येक वाहन के लिए पंजीकरण के विवरण

क्रमांक	आरटीओ कोड – नाम	निर्माता – मॉडल प्रकार	पंजीकरण की तिथि
1			
2			

3. पिछला बीमा विवरण :

पूर्व बीमाकर्ता का नाम :
पॉलिसी/बीमा-सुरक्षा नोट संख्या :
क्या किसी बीमा कंपनी द्वारा कभी :
1) प्रस्ताव को अस्वीकार किया गया है
2) निरस्त किया गया है गया और नवीनीकरण से इनकार किया गया है
3) प्रीमियम में वृद्धि की आवश्यकता पड़ी है
4) विशेष या अतिरिक्त शर्तें लागू करनी पड़ी है

बीमा-सुरक्षा का प्रकार :
बीमा अवधि : दि दि मा मा व व व व से दि दि मा मा व व व व तक
पिछले 5 वर्षों में दर्ज दावे

वर्ष	1	2	3	4	5
दावों का प्रकार (ओडी/टीपी)					
दावों की संख्या					
राशि					

मोटर वाहन के उपयोग के बारे में

क्या वाहन का उपयोग केवल अपने परिसर तक ही सीमित है? हाँ ☐ नहीं ☐

क्या वाहन का उपयोग व्यवसायिक उद्देश्य के लिए किया जाता है? हाँ ☐ नहीं ☐

क्या वाहन की रूपरेखा दृष्टिहीन/विकलांग/मानसिक रूप से विकलांग व्यक्तियों के उपयोग के लिए तैयार की गई है, और क्या वह आरटीए द्वारा विधिवत अनुमोदित है? हाँ ☐ नहीं ☐

वाहन का औसत दैनिक उपयोग क्या होगा?
☐ 50 किलोमीटर से कम; ☐ 50 से 100 किलोमीटर के बीच; ☐ 101 से 250 किलोमीटर के बीच; ☐ 251 किलोमीटर से अधिक.

वाहन सामान्यत: कहां चलाया जाएगा? *(यदि आवश्यक हो तो कृपया एकाधिक पर निशान लगाएँ)*
☐ एक्सप्रेस वे; ☐ राष्ट्रीय राजमार्ग; ☐ राज्य राजमार्ग; ☐ शहर की सड़कें; ☐ शहर/गाँव की सड़कें; ☐ निजी सड़कें

क्या निम्नलिखित देशों में भौगोलिक क्षेत्र का विस्तार आवश्यक है? हाँ ☐ नहीं ☐

यदि हाँ, तो कृपया उन देशों को चिन्हित करें, जिनके लिए विस्तार आवश्यक है.
☐ बांग्लादेश ☐ भूटान ☐ मालदीव ☐ नेपाल ☐ पाकिस्तान ☐ श्रीलंका

UIN: IRDAN149RP0034V01201819

4. इलेक्ट्रॉनिक बीमा विवरण :

क्या आप चाहते हैं कि यह पॉलिसी ईबीमा में जमा हो? हाँ ☐ नहीं ☐ यदि हाँ, तो कृपया प्रस्ताव प्रपत्र के अंत में अनुलग्नक 1 देखें तथा आपसे तदनुसार विवरण प्रदान करने का अनुरोध है.

5. भुगतान के विवरण :

प्रत्यक्ष निधि अंतरण/ईएफटी अधिदेश प्रपत्र: (कृपया प्रस्ताव प्रपत्र के साथ वास्तविक खाली निरस्त चेक संलग्न करें)

आदाता का नाम (बैंक अभिलेखों के अनुसार) _____ आदाता खाता संख्या: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

बैंक का नाम _____ खाते का प्रकार : बचत ☐ चालू ☐

आईएफएससी कोड ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ चेक/एनईएफटी/डीडी नंबर राशि ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ में रक्कम (₹ मध्ये) _____

बैंक का नाम _____ चेक/एनईएफटी/डीडी दिनांक दि दि मा मा व व व व

जमा पर्ची संख्या ☐☐☐☐☐☐☐☐☐ क्रेडिट कार्ड संख्या ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ समापन तिथि दि दि मा मा व व व व

जारीकर्ता बैंक _____ कुल प्रीमियम (जीएसटी सहित) ₹ _____

निधि स्रोत : ☐ व्यवसाय : ☐ वेतनभोगी : ☐ अन्य (कृपया निर्दिष्ट करें) _____

स्थानीय भाषा में प्रस्तुत घोषणा–पत्र

मैं एतद् द्वारा घोषणा करता/करती हूँ कि मैंने प्रस्तावक को प्रस्ताव प्रपत्र और **मैग्मा जनरल इंश्योरेन्स लिमिटेड** से बीमा प्राप्त करने से अनुषंगी सभी अन्य दस्तावेज़ों की विषय–वस्तु उसकी समझ में आने वाली भाषा में पूरी तरह समझा दी है. प्रस्तावक ने इन्हें पूरी तरह समझ लिया है और उत्तरों को प्रस्तावक द्वारा दी गई जानकारी के अनुसार दर्ज किया गया है. प्रस्तावक को उत्तरों को पढ़कर सुनाया गया है, जिन्हें उसने पूरी तरह समझ लिया है और उनकी पुष्टि की है.

स्थान:_____ कंपनी की मुहर _____ प्रस्तावक के हस्ताक्षर_____

दिनांक: दि दि मा मा व व व व नाम _____ पदनाम _____

बीमा मध्यस्थ द्वारा प्रस्तुत घोषणा–पत्र

बीमा मध्यस्थ का पैन नंबर: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ **बीमा मध्यस्थ का आधार नंबर:** ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

मैं, _____ (पूरा नाम), एक बीमा परामर्शदाता/कॉर्पोरेट एजेंट के निर्दिष्ट व्यक्ति/दलाल के अधिकृत कर्मचारी/संबंध अधिकारी के रूप में अपनी क्षमता से, एतद् द्वारा घोषणा करता/करती हूँ कि मैंने प्रस्तावक को इस प्रस्ताव प्रपत्र की सभी विषय–वस्तु, इस प्रस्ताव प्रपत्र में दिए गए प्रश्नों की प्रकृति सहित, जिसमें इस प्रस्ताव पत्र में दिए गए प्रश्नों के लिए उसके द्वारा प्रस्तुत विवरण, जानकारी और जवाब शामिल हैं, या इसमें मांगी गई कोई भी जानकारी शामिल है, समझा दी है जो कंपनी और प्रस्तावक के बीच बीमा अनुबंध का आधार बनेगी, यदि यह प्रस्ताव कंपनी द्वारा पॉलिसी जारी करने के लिए स्वीकार कर लिया जाता है. मैंने आगे स्पष्ट किया है कि यदि इस प्रस्ताव प्रपत्र में कोई असत्य विवरण/जानकारी/जवाब शामिल है/हैं, जिसमें प्रस्तुत किए गए/प्रस्तुत किए जाने वाले परिशिष्ट, शपथपत्र, विवरण, निवेदन शामिल हैं, या यदि किसी भी महत्वपूर्ण तथ्य को छिपाया गया है, तो इस प्रस्ताव के अंतर्गत उसके पक्ष में जारी की गई पॉलिसी को कंपनी द्वारा अमान्य और शून्य माना जा सकता है और पॉलिसी के अंतर्गत भुगतान की गई संभी प्रीमियम कंपनी द्वारा जब्त की जा सकती है.

लाइसेंस नं./पहचान पत्र (परामर्शदाता/कॉर्पोरेट एजेंट/दलाल/संबंध अधिकारी)

दिनांक : दि दि मा मा व व व व बीमा परामर्शदाता के हस्ताक्षर: _____

अशक्तता संबंधी घोषणा–पत्र

मैं एतद् द्वारा घोषणा करता/करती हूँ कि मुझे प्रस्तावक द्वारा यह घोषणा–पत्र देने के लिए विधिवत अधिकृत किया गया है और मैंने प्रस्तावक को प्रस्ताव प्रपत्र और मैग्मा जनरल इंश्योरेन्स लिमिटेड से मोटर इंश्योरेन्स प्राप्त करने से अनुषंगी सभी अन्य दस्तावेज़ों की विषय–वस्तु को पूरी तरह समझा दिया है. प्रस्तावक ने इन्हें पूरी तरह समझ लिया है और उत्तरों को प्रस्तावक द्वारा दी गई जानकारी के अनुसार दर्ज किया गया है. प्रस्तावक ने भी उत्तरों की व्याख्या की है, जिन्हें उसने पूरी तरह समझ लिया है और उनकी पुष्टि की है.

दिनांक: दि दि मा मा व व व व हस्ताक्षर:: _____

घोषणा :

मैं/हम एतद् द्वारा घोषणा करता/करती हूँ/करते हैं कि इस प्रस्ताव पत्र में मेरे/हमारे द्वारा दिए गए कथन मेरी/हमारी सर्वोत्तम जानकारी और विश्वास के अनुसार सत्य हैं और मैं/हम एतद् द्वारा सहमत हूँ/हैं कि यह घोषणा मेरे/हमारे और मैग्मा जनरल इंश्योरेन्स लिमिटेड के बीच अनुबंध का आधार बनेगी. मैं/हम यह भी घोषणा करता/करती हूँ/करते हैं कि इस प्रस्ताव प्रपत्र को जमा करने के बाद किए गए किसी भी संशोधन या परिवर्तन की सूचना मैग्मा जनरल इंश्योरेन्स लिमिटेड को तुरंत दी जाएगी. मैं/हम एतद् द्वारा वन पेज मोटर इंश्योरेन्स पॉलिसी भौतिक रूप में प्राप्त करने के लिए सहमत हूँ/हैं, जिसे वेबसाइट www.magmainsurance.com पर उपलब्ध विस्तृत नियमों और शर्तों के साथ पढ़ा जा सकेगा. हो ☐ नाही ☐ .

मैं/हम आगे पुष्टि करते हैं कि पूर्व निरीक्षण रिपोर्ट के अनुसार मौजूदा क्षति, यदि कोई हो, मेरे साथ विधिवत साझा किया गया है और इसके लिए मेरी सहमति प्राप्त कर ली गई है. मैं/हम एतद् द्वारा पुष्टि करता/करती हूँ कि भविष्य में भुगतान की जाने वाली सभी प्रीमियमें वास्तविक स्रोतों से हैं और इनका भुगतान अपराध की आय से नहीं किया गया है तथा ऐसी प्रीमियमें मेरी/हमारी आय से अनुपातहीन नहीं हैं. मैं/हम समझते हैं कि कंपनी को निधि के स्रोतों को प्रमाणित करने के लिए दस्तावेजों की मांग करने और बीमा पॉलिसी को निरस्त करने का अधिकार है, यदि मैं/हम भारत में धन–शोधन रोकथाम कानून के प्रत्यक्ष या अप्रत्यक्ष रूप से नियंत्रित करने वाले किसी भी कानून के अंतर्गत किसी भी सक्षम न्यायालय द्वारा दोषी पाए जाते हैं. मेरे पास यहाँ उल्लेखित वाहन के लिए एक वैध और प्रभावी पीयूसी और/या फिटनेस प्रमाण–पत्र है, जैसा लागू हो, और मैं पॉलिसी अवधि के दौरान इसका नवीनीकरण करवाने का वचन देता/देती हूँ. व्हाट्सअप नंबर: _____ वर पॉलिसीशी संबंधित सर्व पत्रव्यवहार मिळवू इच्छितो आणि लागू कायद्याच्या तरतुदींच्या अधीन राहून स्वागत कॉल, सेवा कॉल किंवा इतर कोणताही पत्रव्यवहार (इलेक्ट्रॉनिक किंवा अन्यथा) करण्याची परवानगी देतो.

इस पॉलिसी की प्रमुख विशेषताओं, इस प्रस्ताव के नियमों और शर्तों को मुझे/हमें _____ भाषा में समझा दिया गया है, और मैं/हम उनसे सहमत हूँ.

मैं/हम एतद् द्वारा कंपनी को मेरी/हमारी पहचान/पते के प्रमाण के साथ–साथ केंद्रीय केवाईसी रजिस्ट्री या यूआईडीएआई या लागू केवाईसी करने के उद्देश्य से किसी अन्य अनुमत तरीके के माध्यम से बीमाधारक की पहचान/पते के प्रमाण को सत्यापित करने और प्राप्त करने के लिए अपनी/अपनी सहमति देते हैं.

स्थान _____ दिनांक दि दि मा मा व व व व प्रस्तावक के हस्ताक्षर _____

अनुच्छेद 41 बीमा कानून (संशोधन) अधिनियम, 2015 – छूट का निषेध

1. कोई भी व्यक्ति, भारत में जीवन या संपत्ति से संबंधित किसी भी प्रकार के जोखिम के संबंध में बीमा लेने, उसका नवीनीकरण करवाने या उसे जारी रखने के लिए किसी व्यक्ति को प्रत्यक्ष या अप्रत्यक्ष रूप से प्रलोभन के रूप में, देय कमीशन के पूरे या उसके किसी हिस्से पर कोई छूट या पॉलिसी पर प्रदर्शित प्रीमियम पर कोई छूट नहीं देगा या देने की पेशकश नहीं करेगा, न ही पॉलिसी लेने, उसका नवीनीकरण करवाने या उसे जारी रखने वाला कोई भी व्यक्ति, बीमाकर्ता के विवरणिका या तालिकाओं के अनुसार दी गई छूट के अलावा कोई छूट स्वीकार करेगा.
2. यदि कोई व्यक्ति उप–विनियम (1) का अनुपालन करने में विफल रहता है, तो उसे अर्थदंड देना होगा, जो रु. दस लाख तक हो सकता है.

UIN: IRDAN149RP0034V01201819

प्रस्ताव प्रपत्र – कंपल्सरी पर्सनल एक्सिडेंट

MAGMA General Insurance Limited

इलेक्ट्रॉनिक बीमा संबंधी विवरण – **अनुलग्नक 1**

क्या आप इस पॉलिसी को ई–बीमा खाता में जमा करवाना चाहते हैं? (कृपया किसी एक का चयन करें)

☐ नहीं, मेरा ई–बीमा खाता नहीं है और मैं ई–बीमा खाता नहीं खोलना चाहता/चाहती हूँ ☐ हाँ, इस पॉलिसी को मेरे ई–बीमा खाते में जमा करें

यदि हाँ है, तो कृपया वर्तमान ई–बीमा खाता संख्या प्रदान करें _____

कृपया इंश्योरेन्स रिपॉजिटरी के नाम का चयन करें (जिसमें आपने अपना खाता खोला है)

☐ मेसर्स एनएसडीएल डेटाबेस मैनेजमेंट लिमिटेड ☐ मेसर्स कार्वी इंश्योरेन्स रिपॉजिटरी लिमिटेड

☐ मेसर्स सेंट्रल इंश्योरेन्स रिपॉजिटरी लिमिटेड ☐ मेसर्स सीएमएस रिपॉजिटरी सर्विसेज लिमिटेड (कृपया किसी एक का चयन करें) या

☐ मेरा वर्तमान में कोई ई–बीमा खाता नहीं है और मैं नया ई–बीमा खाता खोलना चाहता/चाहती हूँ. (कृपया संबंधित दस्तावेज़ों के साथ इलेक्ट्रॉनिक बीमा खाता खोलने का फ़ॉर्म (ई–आईए फ़ॉर्म) जमा करें.)

मेरा सीकेवाईसी नंबर (केंद्रीय ग्राहक पहचान रजिस्ट्री नंबर) है (यदि उपलब्ध हो): _____

प्रतिनिधि का विवरण (केवल तभी जब ई–बीमा खाता प्रस्तावक और मुख्य बीमित व्यक्ति के अलावा किसी अन्य व्यक्ति के लिए खोला जाना हो)

नाम
श्रीमान/सुश्री/मे. | पहला नाम | मध्य नाम | अंतिम नाम

*जन्म तिथी: दि दि मा मा व व व व *लिंग ☐ पुरुष ☐ स्त्री पैन

फ्लैट/भवन:

सड़क/गली/सेक्टर स्थान

तालुका/गांव/जिला/शहर : पिन कोड

राज्य: शहर

देश: टेलीफोन नंबर (घर):

संबंध अन्य संबंध

मोबाइल नंबर ईमेल आईडी _____

UID:

इलेक्ट्रॉनिक पॉलिसी के निष्पादन एवं सेवा संचार के लिए प्राधिकरण (कृपया ध्यान से पढ़कर हस्ताक्षर करने से पहले प्रत्येक के सामने सही का निशान लगाएँ)

मैं एतद् द्वारा सहमति देता/देती हूँ कि पॉलिसी दस्तावेज़ मुझे _____
पर ई–मेल आईडी (कृपया हमें अपना ई–मेल आईडी उपलब्ध करवाएँ) या ऊपर दिए गए मेरे मोबाइल नंबर पर एसएमएस के माध्यम से भेजा जा सकता है.

मैं/हमे एतद् द्वारा मैग्मा जनरल इंश्योरेन्स लिमिटेड (''कंपनी'') को कंपनी की प्रस्तावित या मौजूदा पॉलिसी के संबंध में समय–समय पर वेलकम कॉल्स, सर्विस कॉल्स और अन्य किसी भी प्रकार की सूचना का आदान–प्रदान (इलेक्ट्रॉनिक या अन्य) करने की सहमति देता/देती हूँ/देते हैं और अधिकृत करता/करती हूँ/करते हैं, जो लागू कानून के प्रावधानों के अधीन होगा. मैं/हम अपने व्हाट्सएप नंबर पर पॉलिसी से संबंधित सभी सूचनाएँ प्राप्त करना चाहता/चाहती हूँ/चाहते हैं.

व्हाट्सएप नंबर:

स्थान: _____

दिनांक: दि दि मा मा व व व व

प्रस्तावकर्त्याचे नाव: _____

प्रस्तावक के हस्ताक्षर

UIN: IRDAN149RP0034V01201819