MAGMA General Insurance Limited

डबल सुरक्षा
प्रस्ताव नमुना

प्रस्ताव क्रमांक ______

1. केवळ कार्यालयीन वापरासाठी

शाखेचे नाव		शाखा कोड	
मध्यस्थाचे नाव		मध्यस्थ कोड	
विक्री माध्यम प्रकार		POSP असल्यास कृपया खालील माहिती द्याः- a) POSPचा PAN कार्ड क्रमांक: b) POSPचा आधार कार्ड क्रमांक:	
प्रस्ताव प्राप्त झाल्याची तारीख			

नमुना भरण्यासाठी मार्गदर्शक तत्वे (प्रस्तावकाने भरावीत)

कृपया सर्व प्रश्नांची पूर्ण आणि अचूक उत्तरे द्या. हा प्रस्ताव आम्ही जारी करू शकणाऱ्या कोणत्याही विमा पॉलिसीचा आधार असेल. पॉलिसी जारी करण्याच्या आमच्या निर्णयावर किंवा त्याची किंमत, अटी, नियम आणि अपवर्जनांवर परिणाम करू शकणाऱ्या सर्व विमाधारकांशी संबंधित तथ्यं तुम्ही उघड केली पाहिजेत. प्रस्ताव नमुना/वैयक्तिक विधान, घोषणा आणि संबंधित कागदपत्रांमधील कोणत्याही विशिष्ट सामग्रीमध्ये कोणतेही खोटे किंवा चुकीचे विधान, चुकीचे प्रतिनिधित्व, वर्णन न करणे किंवा उघड न करणे किंवा प्रस्तावकर्त्याने किंवा त्याच्या वतीने काम करणाऱ्या कोणत्याही व्यक्तीने कोणतीही महत्त्वाची माहिती रोखून ठेवल्यास, पॉलिसी आमच्या विवेकबुद्धीनुसार रद्द होईल.

तुमच्याकडे विनंतीनुसार किंवा अन्यथा माहिती देण्यासाठी पुरेशी जागा नसेल, तर कृपया एक वेगळे पत्रक जोडा. तुम्हाला काही शंका असेल, तर कृपया आमच्या कंपनीच्या प्रतिनिधीची किंवा तुमच्या विमा सल्लागाराची मदत घ्या. आम्ही विम्याचा प्रस्ताव स्वीकारला, तर तो पॉलिसीच्या अटी आणि नियमांच्या अधीन असेल आणि आम्हाला प्रीमियम पूर्ण आणि वेळेत मिळाला नाही, किंवा तो पूर्ण झाला नाही किंवा पॉलिसीपूर्वी वैद्यकीय तपासणी पूर्ण झाली नाही किंवा प्रस्ताव आमच्याकडून स्वीकारला गेला नाही तर पॉलिसी अंतर्गत कोणतेही पैसे देण्याची आमची जबाबदारी राहणार नाही.

***ने चिन्हांकित केलेले सर्व रकाने/तपशील अनिवार्य आहेत.**

2. प्रस्तावकाचा तपशील

कृपया स्वतःसाठी आणि प्रत्येक प्रस्तावित विमाधारक व्यक्तीसाठी हा नमुना मोठ्या अक्षरात भरा.

प्रस्तावकाचे नाव* (श्री./श्रीमती/श्रीमती/इतर)				
	(पहिले नाव)		(मधले नाव)	(आडनाव)
वैवाहिक स्थिती	❑ अविवाहित		❑ विवाहित	
लिंग	❑ पुरुष		❑ महिला	❑ यापैकी काहीही नाही
राष्ट्रीयत्व*		जन्मतारीख* D D M M Y Y Y Y		
व्यवसाय	❑ पगारदार	❑ स्वयंरोजगार	❑ व्यवसायिक	❑ अन्य (कृपया नमूद करा)...........................
वार्षिक उत्पन्न (₹ मध्ये)	❑ < 3,00,000	❑ 3,00,000 – 10,00,000	❑ 10,00,001 – 25,00,000	❑ >25,00,000
पत्रव्यवहाराचा पत्ता*				
ओळखीची खूण				
शहर:		राज्य:		पिन कोड:

फोन क्रमांक STD कोड ______ लँडलाइन क्रमांक. ______ मोबाइल क्रमांक* ______ ईमेल आयडी ______

कायमस्वरूपी पत्ता ______

शहर: ______ ओळखीची खूण ______ राज्य: ______ पिन कोड: ______

फोन क्रमांक. STD कोड ______ मोबाइल क्रमांक* ______ ग्रामपंचायतीचे नाव: ______

तुम्ही मॅग्मा जनरल इन्शुरन्स लिमिटेडचे कर्मचारी आहात का? ❑ हो ❑ नाही

तुमची मॅग्मा जनरल इन्शुरन्स लिमिटेडकडे इतर कोणतीही पॉलिसी आहे का? जर हो, तर कर्मचारी आयडी:.................

निवासी स्थिती ❑ निवासी व्यक्ती ❑ अनिवासी भारतीय ❑ परदेशी नागरिक ❑ भारतीय वंशाची व्यक्ती

तुम्हाला कोणतेही अपंगत्व असल्यास, कृपया खालील तपशील द्या जेणेकरुन आम्ही तुम्हाला आवश्यक सेवा प्रदान करु शकू.

अपंगत्वाचा प्रकार ______ अपंगत्वाची टक्केवारी ______

पॅन क्रमांक ______ पासपोर्ट क्रमांक ______ मतदार कार्ड क्रमांक ______

वाहन चालक परवाना क्रमांक ______ आधार क्रमांक ______ CKYC क्रमांक ______

KYC साठी कृपया ओळखपत्र आणि पत्त्याचा पुरावा द्या. पॅन कार्ड दिले असेल, तर कृपया पासपोर्ट / मतदार कार्ड / वाहन चालक परवाना / आधार क्रमांक किंवा इतर कोणतेही अधिकृतपणे वैध कागदपत्र द्या. परदेशी नागरिकत्व असलेल्या व्यक्ती, अनिवासी भारतीय (NRIs)) आणि भारतीय वंशाच्या व्यक्ती (PIOs) साठी आवश्यक कागदपत्रे a) पासपोर्ट b) वाहन चालक परवाना c) मतदार ओळखपत्र) मधील कोणतेही एक, भारतातील परदेशी दूतावास किंवा मिशनने जारी केलेले पत्र आणि त्यांच्या संबंधित देशांनी जारी केलेली संबंधित ओळखपत्रे आहेत.

मी/आम्ही याद्वारे कंपनीला माझी/आमची ओळख/पत्त्याचा पुरावा तसेच विमाधारकाची ओळख/पत्त्याचा पुरावा सेंट्रल KYC रजिस्ट्री किंवा UIDAI द्वारे किंवा लागू KYC करण्यासाठी इतर कोणत्याही परवानगी असलेल्या पद्धतींद्वारे पडताळणी करण्यासाठी आणि मिळविण्यासाठी माझी/आमची संमती देतो. ❑ हो ❑ नाही

3. योजनेची माहिती*

पॉलिसीचा प्रकार	❑ व्यक्तीगत ❑ फॅमिली फ्लोटर	**पॉलिसी कालावधी**	❑ 1 वर्ष ❑ 2 वर्ष ❑ 3 वर्ष
जर फॅमिली फ्लोटर** असेल, तर समाविष्ट करावयाच्या व्यक्तींची संख्या: प्रौढ: ___ मुले: ___	*(**जास्तीत जास्त 4 प्रौढ आणि 3 मुले)*	प्रीमियम भरण्याची वारंवारता	❑ एकदा प्रीमियम ❑ त्रैमासिक हप्ता ❑ मासिक हप्ता ❑ अर्धवार्षिक हप्ता
प्रति दिन विमा रक्कम	1,000 / 2,000 / 3,000 / 5,000 / 7,000 / 10,000 प्रति दिन		
कवच लागू होण्याचा निकष	30 दिवस / 60 दिवस / 90 दिवस / 120 दिवस / 180 दिवस		

वैकल्पिक कवचाचे नाव	**स्विकृत/अस्विकृत**
आजारपणातून बरे होण्याचा काळातील लाभ	❑ हो ❑ नाही
दैनंदिन निगा उपचार रोख रक्कम	❑ हो ❑ नाही
बालजन्म रुग्णालय रोख रक्कम	❑ हो ❑ नाही
विश्वव्यापी रुग्णालय रोख रक्कम	❑ हो ❑ नाही
सहयोगी लाभ	❑ हो ❑ नाही
रुग्णालयात भरतीपूर्व खर्च	❑ हो ❑ नाही
वजावटयोग्य आजारपण रुग्णालय रोख रक्कमेतील वाढ	❑ हो ❑ नाही
वजावटयोग्य आजारपणा रुग्णालय रोख रक्कमेतील कपात	❑ हो ❑ नाही
ICU लाभासाठी कमाल दिवसांमधील वाढ	❑ हो ❑ नाही
आरोग्य देखभाल लाभ	❑ हो ❑ नाही
पूर्व अस्तित्वातील रोग प्रतीक्षा कालावधीमधील कपात	❑ हो ❑ नाही
उल्लेखित आजार प्रतीक्षा कालावधीची कपात	❑ हो ❑ नाही

MAGMA General Insurance Limited

4. विमा उतरवलेल्या व्यक्तींची माहिती

तपशील		विमाधारक व्यक्ती 1	विमाधारक व्यक्ती 2	विमाधारक व्यक्ती 3	विमाधारक व्यक्ती 4	विमाधारक व्यक्ती 5	विमाधारक व्यक्ती 6	विमाधारक व्यक्ती 7
शीर्षक								
नाव*	(पहिले नाव)							
	(मधले नाव)							
	(आडनाव)							
लिंग (पुरुष/स्त्री/यापैकी काहीही नाही)								
उंची* (सेंमी)								
वजन* (किलो)								
डोळ्याचा अपवर्तक त्रुटी निर्देशांक (डावा आणि उजवा डोळा)								
जन्मतारीख* (DD MM YYYY)								
प्रस्तावकासोबतचे नाते*								
व्यवसाय (पगारदार/स्वयंरोजगार/व्यवसायिक/इतर)								
आयुष्मान भारत आरोग्य खाते (ABHA) "मी/आम्ही याद्वारे कंपनीला ABHA शी जोडलेले माझे/आमचे वैद्यकीय नोंदी सत्यापित करण्यासाठी आणि मिळविण्यासाठी माझी/आमची संमती देतो.		☐ हो ☐ नाही	☐ हो ☐ नाही	☐ हो ☐ नाही	☐ हो ☐ नाही	☐ हो ☐ नाही	☐ हो ☐ नाही	☐ हो ☐ नाही
"हो असेल, तर कृपया ABHA क्रमांक दर्शवा. नाही असेल, तर कृपया तुमचा ABHA क्रमांक तयार करा https://fasttrack.magmainsurance.com/abha/index								
विनाखंड आपण केव्हापासून सतत विमाधारक आहात?: D D M M Y Y Y Y								
कृपया वर उल्लेखित तारखेची पुष्टि करुन सुसंगत पॉलिसी प्रती पुरवा.								
दयापूर्वक लाभ विमा रक्कम (रु. 10 लाख/20 लाख आणि 25 लाखमधून निवडा)#								

#सर्व विमाधारकांना वैकल्पिक लाभ निवडल्यास तीच विमा रक्कम राहील

5. नामांकन

सर्व विमाधारक सदस्यांसाठी पॉलिसीधारक हा नामांकित व्यक्ती आहे. पॉलिसीधारकाच्या नामांकित व्यक्तीसाठी खाली तपशील दिले आहेत.

नामांकित व्यक्तीचे नाव	पहिले	मधले	आडनाव
प्रस्तावकर्त्याशी संबंध		जन्मतारीख D D M M Y Y Y Y	
नामांकित व्यक्तीचा संपर्क क्रमांक		नामांकनाची टक्केवारी	

जर नामनिर्देशित व्यक्ती अल्पवयीन असेल तर नियुक्त व्यक्तीचे नाव आणि पत्ता आणि अल्पवयीन व्यक्तीशी संबंध:

नियुक्त व्यक्तीचे नाव	नामनिर्देशित व्यक्तीशी संबंध	नियुक्त व्यक्तीचा संपर्क क्रमांक

नामनिर्देशित व्यक्तीचा बँक तपशील

a) खातेधारकाचे नाव (बँक नोंदीमध्ये दिसत असल्याप्रमाणे)

b) बँकेचे नाव

c) बँकेच्या शाखेचे नाव

d) पत्ता

e) शाखेचे शहर

f) खाते प्रकार

g) खाते क्रमांक

h) IFSC कोड

i) 9 अंकी MICR कोड

एकापेक्षा जास्त नामांकित व्यक्ती असल्यास, कृपया नामांकनाच्या टक्केवारीसह अतिरिक्त नामांकनांची माहिती देणारे पत्रक जोडा.

6. विद्यमान/मागील विमा तपशील

प्रस्तावितकर्ता किंवा प्रस्तावित व्यक्ती, आधीच मॅग्मा जनरल इन्शुरन्स लिमिटेड किंवा इतर कोणत्याही विमा कंपनीच्या आरोग्य विमा पॉलिसी अंतर्गत विमा उतरवला आहे किंवा त्यासाठी प्रस्तावित आहे का? ☐ हो ☐ नाही

होय असेल, तर कृपया पॉलिसी/अर्ज क्रमांक खाली सूचित करा (प्रस्ताव प्रलंबित असल्यास कृपया अर्ज क्रमांक नमूद करा.)

तुम्ही कधीपासून सतत विमा उतरवला आहे?: D D M M Y Y Y Y

विमाधारकाचे नाव (नाव, मध्य, आडनाव)	विमा कंपनीचे नाव	पॉलिसी क्रमांक/अर्ज क्रमांक	विम्याचा कालावधी		विम्याची रक्कम (₹)	दाव्याचे तपशील, असतील तर
			पासून	पर्यंत		
			DD/MM/YYYY	DD/MM/YYYY		

तुम्हाला तुमच्या विद्यमान विमा पॉलिसीमधून पोर्टेबिलिटी लाभ घ्यायचा असेल, तर कृपया वरील माहिती व्यतिरिक्त विद्यमान पॉलिसीशी संबंधित सर्व पॉलिसी कागदपत्रे (या प्रस्ताव नमुन्याच्या परिशिष्ट म्हणून) आमच्याकडे सादर करा.

7. वैद्यकीय आणि जीवनशैली माहिती*

विभाग A: विमा उतरवण्यासाठी प्रस्तावित केलेल्या व्यक्तीपैकी कोणीही खालीलपैकी कोणत्याही आजाराने ग्रस्त आहे का: कृपया लागू असेल तिथे विमा उतरवलेल्या व्यक्तीसाठी 'होय' वर खूण करा आणि विभाग B मध्ये तपशील द्या	होय/नाही	विमाधारक व्यक्ती 1	विमाधारक व्यक्ती 2	विमाधारक व्यक्ती 3	विमाधारक व्यक्ती 4	विमाधारक व्यक्ती 5	विमाधारक व्यक्ती 6	विमाधारक व्यक्ती 7
1. उच्च रक्तदाब इतिहास								
a) कालावधी								
b) औषध								
c) मात्रा								
2. मधुमेह इतिहास								
a) प्रकार 1 किंवा प्रकार 2								
b) कालावधी								
c) औषध								
d) मात्रा								

MAGMA General Insurance Limited

		❑ हो ❑ नाही	विमाधारक व्यक्ती क्रमांक
3.	हृदय आणि रक्ताभिसरणाचे स्थिती/विकार: छातीत दुखणे, अँजायना, उच्च कोलेस्ट्रॉल/लिपिड्स, धडधडणे, रक्तसंचयित हृदय विकार, कोरोनरी धमनी रोग, हृदयविकाराचा झटका, बायपास शस्त्रक्रिया/अँजिओप्लास्टी, झडप विकार/बदली करणे, पेसमेकर घालणे, संधिवाताचा ताप, जन्मजात हृदयरोग, व्हेरिकोज व्हेन्स, थ्रोम्बोसिस, रक्त विकार इ.?	हो / नाही	1 2 3 4 5 6 7
4.	लघवीचे स्थिती/विकार: लघवीतून रक्त येणे, वारंवार लघवी होणे, वेदनादायक/कठीण लघवी होणे मूत्रपिंड आणि/किंवा मूत्राशयातील संसर्ग, मूत्रमार्गातील खडे, मूत्रपिंड निकामी होणे, डायलिसिस किंवा इतर कोणताही मूत्रपिंड/मूत्रमार्ग किंवा प्रोस्टेट रोग.	हो / नाही	1 2 3 4 5 6 7
5.	स्नायूंच्या कंबरेसंबंधी स्थिती/विकार: सांधे/पाठीचे दुखणे संधिवात, स्पॉन्डिलायसिस, सांधे बदलणे किंवा स्नायू/हाड/सांधे/अस्थिबंधन, टेंडन्स किंवा डिस्कचा इतर कोणताही विकार, संधिरोग, हर्निएटेड डिस्क, विच्छेदन/प्रोस्थेसिस	हो / नाही	1 2 3 4 5 6 7
6.	श्वसनाचे स्थिती/विकार: श्वास जड होणे/श्वास घेण्यास त्रास होणे, क्षयरोग, दमा, ब्रॉंकायटिस, क्रॉनिक ऑब्स्ट्रक्टिव्ह पल्मोनरी डिसीज COPD, जुनाट खोकला, रक्तयुक्त खोकला, इत्यादी किंवा इतर कोणताही फुफ्फुसाचा/श्वसन रोग.	हो / नाही	1 2 3 4 5 6 7
7.	`पचनाचे स्थिती/विकार: कावीळ, जुनाट अतिसार, आतड्यांमधील रक्तस्त्राव/समस्या/पॉलीप्स, स्वादुपिंडाचे आजार, यकृत किंवा पित्त मूत्राशय, हिपॅटायटीस A/B/C/इतर, कावीळ, सिरोसिस, अनाकलनीय वजन कमी होणे किंवा वाढणे, खाण्याचे विकार किंवा इतर कोणताही जठरांत्रीय आजार.	हो / नाही	1 2 3 4 5 6 7
8.	कर्करोग/ट्यूमर - सौम्य किंवा घातक ट्यूमर, कोणतीही वाढ/पुटी, कोणताही कर्करोग	हो / नाही	1 2 3 4 5 6 7
9.	मेंदू/मज्जासंस्था/मानसिक स्थिती/विकार: चेतना गमावणे, मूर्च्छा येणे, चक्कर येणे, सुन्न होणे/मुंग्या येणे, अशक्तपणा, अर्धांगवायू, डोक्याला दुखापत, स्ट्रोक, मायग्रेन डोकेदुखी किंवा तीव्र तीव्र डोकेदुखी, स्लीप ऍप्निया, मल्टिपल स्क्लेरोसिस, झटके/अपस्मार किंवा इतर कोणताही मेंदू/मज्जासंस्था रोग, मानसिक/मनोविकृती विकार.	हो / नाही	1 2 3 4 5 6 7
10.	महिलांची प्रजनन स्थिती/विकार: ओटीपोटात वेदना, असामान्य, मासिक पाळीत रक्तस्त्राव असामान्य PAP स्मीअर, एंडोमेट्रिओसिस, फायब्रॉइड, सिस्ट/फायब्रोएडीनोमा, रक्तस्त्राव विकार, ओटीपोटाचा संसर्ग किंवा इतर कोणतेही स्त्रीरोग/स्तनातील सिस्ट/गाठ/ट्यूमर	हो / नाही	1 2 3 4 5 6 7
11.	विमा उतरवण्यासाठी प्रस्तावित असलेली कोणतीही महिला गर्भवती आहे का, घरी गर्भधारणा चाचणीत पॉझिटिव्ह आली आहे का, किंवा दत्तक घेण्याच्या किंवा सरोगेट माता बनण्याच्या प्रक्रियेत आहे का?	हो / नाही	1 2 3 4 5 6 7
12.	चयापचय आणि अंतःस्रावी स्थिती/विकार: अधिवृक्क/पिट्यूटरी विकार, ल्युपस, स्क्लेरोडर्मा, थायरॉईड विकार, कोणताही स्वयंप्रतिकार/अनुवांशिक विकार	हो / नाही	1 2 3 4 5 6 7
13.	विमा उतरवण्याचा प्रस्ताव असलेली व्यक्ती कोणत्याही जीर्ण किंवा दीर्घकालीन वैद्यकीय स्थितीने ग्रस्त आहे का, किंवा इतर कोणतेही अपंगत्व, असामान्यता किंवा वारंवार होणारा आजार किंवा दुखापत आहे का किंवा सामान्य क्रिया करण्यास असमर्थ आहे का?	हो / नाही	1 2 3 4 5 6 7
14.	विमा उतरवण्याचा प्रस्ताव असलेली व्यक्ती तंबाखूजन्य पदार्थ/सिगारेट वापरते का किंवा दारू पिते का?	हो / नाही	1 2 3 4 5 6 7
15.	विमा उतरवण्यासाठी प्रस्तावित केलेल्या व्यक्तींपैकी कोणीही वंध्यत्वाशी संबंधित कोणत्याही आजाराने ग्रस्त आहे का?	हो / नाही	1 2 3 4 5 6 7
16.	विमा उतरवण्याचा प्रस्ताव असलेल्या कोणत्याही व्यक्तीने इतर कोणत्याही स्थिती किंवा लक्षणांसाठी/कोणत्याही मानसिक स्थितीसाठी/कोणत्याही रुग्णालयात दाखल/आजार/शस्त्रक्रियेसाठी/सध्या कोणत्याही स्थितीसाठी किंवा वैद्यकीय प्रक्रियांसाठी (निदान चाचणीसह) औषधे घेत असताना कोणत्याही डॉक्टर किंवा इतर आरोग्य सेवा प्रदात्याचा सल्ला घेतला आहे किंवा त्यांच्याकडून उपचार घेतले आहेत का?	हो / नाही	1 2 3 4 5 6 7
17.	`या विम्याचा प्रस्ताव करण्यापूर्वी तुम्हाला किंवा विम्यासाठी प्रस्तावित असलेल्या कोणत्याही व्यक्तीला खालीलपैकी कोणत्याही गंभीर आजाराचे निदान झाले आहे किंवा त्यांच्यावर शस्त्रक्रिया झाली आहे का - कर्करोग, हृदयविकाराचा झटका, कोरोनरी आर्टरी, बायपास ग्राफ्ट, हृदय झडप बदलणे/दुरुस्ती, कोमा, मूत्रपिंड निकामी होणे, स्ट्रोक, कोणताही प्रत्यारोपण, अर्धांगवायू, मल्टिपल स्क्लेरोसिस, मोटर न्यूरॉन रोग किंवा एचआयव्ही/एड्स?	हो / नाही	1 2 3 4 5 6 7
	अपघाती मृत्यु/PTD कवचासाठी		
18.	अर्जदारांपैकी कोणाला झटक्याचा विकार किंवा कोणताही शारीरिक किंवा मानसिक दोष/अशक्तपणा/बिघाड/विकृती किंवा हालचाल/दृष्टी/ऐकणे/भाषण प्रभावित करणारी कोणतीही स्थिती आहे का?		
19.	अर्जदाराच्या व्यवसायामुळे त्याला धोकादायक कामांमध्ये किंवा धोकादायक वस्तू हाताळण्यात किंवा उंचीवर काम करणे, केबिन क्रू म्हणून, उच्च व्होल्टेज असलेल्या समुद्र/नदीतील जहाजांमध्ये काम करणे किंवा सशस्त्र दलांचा भाग असणे आवश्यक आहे का?		

विभाग B: आजाराचे नाव आणि तपशील / औषध / चाचणी / शस्त्रक्रिया / डायोप्टर ग्रेड (वरील विभाग A मध्ये हो असे उत्तर दिलेल्या प्रश्नांसाठी)	शेवटच्या सल्ल्याची तारीख	डॉक्टरचे नाव	रुग्णालयाचे नाव आणि फोन क्रमांक	आजाराची माहिती
विमाधारक व्यक्ती 1:				
विमाधारक व्यक्ती 2:				
विमाधारक व्यक्ती 3:				
विमाधारक व्यक्ती 4:				
विमाधारक व्यक्ती 5:				
विमाधारक व्यक्ती 6:				
विमाधारक व्यक्ती 7:				

इतर कोणतेही तपशील:- -

आवश्यक असल्यास कृपया अतिरिक्त पत्रके जोडा.

विभाग C: महत्वाच्या टिपा:

1. या प्रस्ताव नमुन्यामध्ये किंवा तुमच्या वतीने पुरवलेल्या कोणत्याही पूरक माहिती नमुन्यामध्ये किंवा कागदपत्रांमध्ये तुम्ही आम्हाला दिलेली माहिती विमा देण्याचा आमचा निर्णय आणि तो कोणत्या अटींवर द्यावा यावर परिणाम करेल. शिवाय, आम्ही जारी केलेली कोणतीही पॉलिसी तुम्ही आम्हाला जे कळवले आहे त्यावर आधारित असेल. म्हणून तुमची उत्तरे सर्व बाबतीत पूर्ण आणि अचूक असणे महत्वाचे आहे.
2. या प्रस्तावातील प्रश्न संपूर्ण नसून सूचक आहेत. विमा उतरवण्याच्या जोखिमीशी संबंधित सर्व माहिती, जरी तो या प्रस्तावातील प्रश्नाचा विषय नसला तरीही तुम्ही आम्हाला प्रदान केली पाहिजे. कोणती माहिती द्यावी याबद्दल तुम्हाला शंका असल्यास, तुम्ही तुमच्या विमा सल्लागार/कंपनीशी संपर्क साधावा.
3. तुमच्या प्रस्तावाची स्वीकृती संपूर्ण वैद्यकीय अहवाल (लागू असेल तिथे), वैद्यकीय अंडररायटिंगच्या अधीन असेल आणि कंपनीकडून संपूर्ण प्रीमियम रक्कम वसूल झाल्यानंतर विमा संरक्षण सुरू होईल.
4. अपवर्जन/समावेशांची यादी आणि इतर पॉलिसी तपशील सूचक आहेत, संपूर्ण यादी आणि सर्वसमावेशक तपशीलांसाठी कृपया पॉलिसी शब्दांचा संदर्भ घ्या.

विभाग D: कौटुंबिक डॉक्टरांची माहिती:

नाव:	संपर्क क्रमांक.:

8. रक्कम भरल्याचा तपशील

1. रक्कम भरल्याचा तपशील: कृपया (✓) वर टिक करा GST सह एकूण प्रीमियम रक्कम (₹) ________ ❑ रोख ❑ चेक/ NEFT/DD पेमेंट पर्याय ❑ डिजिटल पेमेंट
   चेक/ NEFT/DD क्रमांक ________ चेक/ NEFT/DD तारीख D D M M Y Y Y Y बँक ________
2. थेट बँक हस्तांतरणाद्वारे दावे/परतावा भरण्यासाठी, कृपया खालील तपशील द्या: (कृपया प्रस्ताव नमुन्यासोबत रद्द केलेला चेक जोडा)
   खातेधारकाचे नाव ________
   बँकेचे नाव ________ शाखा ________ शहर ________
   खात्याचा प्रकार ________ IFSC कोड ________ खाते क्रमांक ________

घोषणापत्र:

"मी/आम्ही याद्वारे घोषित करतो आणि वचन देतो की मी/आम्ही वरील पॉलिसीसाठी प्रीमियम म्हणून भरलेली रक्कम माझ्या/आमच्या कायदेशीर आणि घोषित उत्पन्नाच्या स्रोताबाहेर आहे."

MAGMA General Insurance Limited

इलेक्ट्रॉनिक क्लिअरिंग सेवा (डेबिट क्लिअरिंग) आदेश नमुना

प्रस्ताव क्रमांक____________________ पॉलिसी:________________________________

प्रति,

मॅग्मा जनरल इन्शुरन्स लिमिटेड, डेव्हलपमेंट हाऊस, 24 पार्क स्ट्रीट, कोलकाता - 700 016

संदर्भ: इलेक्ट्रॉनिक क्लिअरिंग सेवेद्वारे <बँक नाव> ला निधी/पेमेंट पाठवण्यासाठी ग्राहकाचे अधिकारपत्र.

a) खातेधारकाचे नाव (बँकेच्या नोंदींमध्ये दिसत असल्याप्रमाणे)			
b) बँकेचे नाव		c) बँकेच्या शाखेचे नाव	
d) पत्ता		e) शाखेचे शहर	
f) खाते प्रकार		g) खाते क्रमांक	
h) खाते क्रमांक/लेजर फोलिओ क्रमांक		i) 9 अंकी MICR कोड	

उद्घोषणा:

मला इलेक्ट्रॉनिक क्लिअरिंग सुविधेचा लाभ घ्यायचा आहे आणि मी इलेक्ट्रॉनिक क्लिअरिंग सिस्टीम (ECS) मध्ये सहभागी होऊन प्रस्ताव नमुना क्रमांक ______________ द्वारे माझ्या आरोग्य विमा पॉलिसीसाठी प्रीमियम डेबिट करण्यास माझी बिनशर्त संमती व्यक्त करतो. मी समजतो आणि सहमत आहे की पॉलिसी अंतर्गत विमा उतरवलेल्या सर्वात ज्येष्ठ सदस्याच्या वयोमर्यादित बदल, विमा कंपनीने लागू केलेल्या प्रीमियम दरांमध्ये बदल, कर आणि वेळोवेळी लागू होणाऱ्या इतर वैधानिक आकारणीमुळे माझ्या खात्यातून डेबिट करावयाची प्रीमियम रक्कम बदलू शकते.

(नूतनीकरणाच्या वेळी लागू असलेल्या वयातील बदलामुळे अंदाजे प्रीमियम तपशीलांसाठी कृपया पॉलिसी कागदपत्रे पाहा)

मी, इथे घोषित करतो की दिलेली माहिती बरोबर आणि पूर्ण आहे. मी समजतो आणि स्वीकारतो की हा व्यवहार मी या नमुन्यामध्ये निवडलेल्या देय तारखेला पॉलिसीवरील प्रीमियम भरण्याच्या अधीन असेल (जर तो दिवस कामाचा दिवस असेल तर). जर अपूर्ण किंवा चुकीच्या माहितीमुळे व्यवहार विलंबित झाला किंवा अजिबात प्रभावी झाला नाही, तर मी/आम्ही वापरकर्ता संस्थेला जबाबदार धरणार नाही. मी/आम्ही वापरकर्ता संस्थेकडून/माध्यमातून ही ECS डेबिट सेवा मिळविण्यासाठी लागू असलेल्या सर्व अटी आणि नियम वाचले आहेत आणि योजनेअंतर्गत सहभागी म्हणून माझ्याकडून अपेक्षित असलेली जबाबदारी पार पाडण्यास सहमत आहे.

मी/आम्ही याद्वारे मॅग्मा जनरल इन्शुरन्स लिमिटेडच्या हा ECS डेबिट मॅन्डेट नमुना घेऊन येणाऱ्या प्रतिनिधीला माझ्या/आमच्या बँकेकडून पडताळणी करून घेण्यासाठी आणि अंमलात आणण्यासाठी अधिकृत करतो.

स्थान:________________ दिनांक: D D M M Y Y Y Y अर्जदाराची स्वाक्षरी

तुम्हाला पॉलिसीची प्रत्यक्ष प्रत मिळवायची आहे का? ❑ हो ❑ नाही

9. प्रस्तावकाचे इलेक्ट्रॉनिक विमा तपशील

तुम्हाला ही पॉलिसी eIA मध्ये जमा करायची आहे का? (कृपया कोणतेही एक निवडा)

❑ नाही, माझ्याकडे eIA नाही आणि मी ते उघडू इच्छित नाही ❑ हो, ही पॉलिसी माझ्या ई-इन्शुरन्स खात्यात जमा करा

हो असेल, तर कृपया विद्यमान ई-इन्शुरन्स खाते क्रमांक द्या________________________

कृपया विमा रिपोझिटरीचे नाव निवडा (ज्यांच्याकडे तुम्ही तुमचे खाते उघडले आहे)

❑ मे. NSDL डाटाबेस मॅनेजमेंट लिमिटेड ❑ मेसर्स कार्वी इन्शुरन्स रिपॉझिटरी लिमिटेड

❑ मेसर्स सेंट्रल इन्शुरन्स रिपॉझिटरी लिमिटेड ❑ मेसर्स CAMS रिपॉझिटरी सर्व्हिसेस लिमिटेड

❑ मेसर्स SHCIL प्रोजेक्ट्स लिमिटेड (कृपया कोणतेही एक निवडा) किंवा

❑ माझ्याकडे सध्या ई-विमा खाते नाही आणि मला नवीन ई-विमा खाते तयार करायचे आहे (कृपया संबंधित कागदपत्रांसह इलेक्ट्रॉनिक विमा खाते उघडण्याचा नमुना (eIA नमुना) सादर करा)

माझा CKYC क्रमांक (सेंट्रल नो युवर कस्टमर रजिस्ट्री क्रमांक) (उपलब्ध असल्यास) आहे: ________________________

प्रतिनिधी तपशील (प्रस्तावक आणि प्राथमिक विमाधारकांव्यतिरिक्त इतर कोणत्याही व्यक्तीसाठी eIA उघडायचे असेल तरच)

पहिले नाव ____________________ मधले नाव ____________________ आडनाव ____________________

लिंग ❑ पुरुष ❑ महिला ❑ यापैकी काहीही नाही जन्मतारीख* D D M M Y Y Y Y PAN क्रमांक

पत्ता ओळ 1

पत्ता ओळ 2

पत्ता ओळ 3

पिन कोड टेलिफोन क्रमांक मोबाईल क्रमांक

नाते ____________________ अन्य नाते ____________________ ईमेल आयडी ____________________

UID ____________________ ओळखीची खूण ____________________ राज्य ____________________

शहर ____________________ देश ____________________

10. उद्घोषणा

1. घोषणापत्र

- मी माझ्या वतीने आणि विमा उतरवण्यासाठी प्रस्तावित केलेल्या सर्व व्यक्तींच्या वतीने घोषित करतो की, मी दिलेली वरील विधाने, उत्तरे आणि/किंवा तपशील माझ्या माहितीनुसार सर्व बाबतीत खरे आणि पूर्ण आहेत आणि मी या इतर व्यक्तींच्या वतीने प्रस्तावित करण्यास अधिकृत आहे.
- मी समजतो की मी दिलेली माहिती विमा पॉलिसीचा आधार असेल, ती विमा कंपनीच्या मंडळाने मंजूर केलेल्या अंडररायटिंग पॉलिसीच्या अधीन असेल आणि आकारण्यायोग्य प्रीमियम पूर्ण भरल्यानंतरच पॉलिसी लागू होईल.
- मी पुढे घोषित करतो की प्रस्ताव सादर केल्यानंतर परंतु कंपनीने जोखीम स्वीकारल्याची माहिती देण्यापूर्वी मी विमा उतरवलेल्या व्यक्तीच्या/प्रस्ताविकाच्या व्यवसायात किंवा सामान्य आरोग्यात होणारा कोणताही बदल लेखी स्वरूपात कळवीन.
- मी जाहीर करतो की मी कंपनीला अशा कोणत्याही डॉक्टर किंवा रुग्णालयाकडून वैद्यकीय माहिती मागण्यास संमती देतो ज्याने/ज्यांनी कधीही विमा उतरवलेल्या व्यक्ती/प्रस्तावितकर्त्याची किंवा कोणत्याही भूतकाळातील किंवा वर्तमान नियोक्त्याकडून विमा उतरवलेल्या व्यक्ती/प्रस्तावितकर्त्याच्या शारीरिक किंवा मानसिक आरोग्यावर परिणाम करणाऱ्या कोणत्याही गोष्टीबद्दल वैद्यकीय माहिती मागितली आहे आणि प्रस्ताव आणि/किंवा दाव्याचे निराकरण करण्यासाठी विमा उतरवलेल्या व्यक्ती/प्रस्तावकर्त्याच्या विम्यासाठी अर्ज केलेल्या कोणत्याही विमा कंपनीकडून माहिती मागितली आहे.
- मी कंपनीला माझ्या प्रस्तावाशी संबंधित माहिती, ज्यामध्ये विमाधारक/प्रस्तावकर्त्याचे वैद्यकीय नोंदी समाविष्ट आहेत, त्या प्रस्ताव आणि/किंवा दाव्यांच्या निपटारा अंडररायटिंगच्या एकमेव उद्देशाने आणि कोणत्याही सरकारी आणि/किंवा नियामक प्राधिकरणासह सामायिक करण्यास अधिकृत करतो.

दिनांक: D D M M Y Y Y Y प्रस्तावकाची स्वाक्षरी:____________________

स्थान: ____________________ प्रस्तावकाचे नाव:____________________

2. इलेक्ट्रॉनिक पॉलिसी पूर्तता आणि सेवा पत्र व्यवहारांसाठी अधिकृतता (कृपया काळजीपूर्वक वाचा आणि स्वाक्षरी करण्यापूर्वी प्रत्येकावर एक खूण करा)

मी याद्वारे संमती देतो की पॉलिसी कागदपत्रे मला ____________________ या ईमेल पत्त्यावर (कृपया तुमचा ई-मेल आयडी आम्हाला द्या) किंवा वर दिलेल्या माझ्या मोबाईल क्रमांकावर एसएमएसद्वारे पाठवता येतील.

मी याद्वारे मॅग्मा जनरल इन्शुरन्स लिमिटेड ("कंपनी") ला कंपनीच्या प्रस्तावित किंवा विद्यमान पॉलिसीच्या संदर्भात वेळोवेळी स्वागत कॉल, सेवा कॉल किंवा इतर कोणताही संवाद (इलेक्ट्रॉनिक किंवा अन्यथा) करण्यास आणि लागू कायद्याच्या तरतुदींच्या अधीन राहून संमती देतो आणि अधिकृत करतो.

मला माझ्या व्हाट्सअॅप क्रमांकावर पॉलिसीशी संबंधित सर्व सूचना हव्या आहेत.

वॉट्सअप क्रमांक:____________________

दिनांक: D D M M Y Y Y Y प्रस्तावकाची स्वाक्षरी:____________________

स्थान: ____________________ प्रस्तावकाचे नाव:____________________

MAGMA General Insurance Limited

3. **प्रादेशिक भाषेतील घोषणापत्र**

मी इथे घोषित करतो की मी मॅग्मा जनरल इन्शुरन्स लिमिटेडकडून आरोग्य विमा मिळविण्यासाठी प्रस्ताव नमुन्यामधील मजकूर आणि इतर सर्व कागदपत्रे प्रस्तावकाला त्याला/तिला समजेल अशा भाषेत पूर्णपणे स्पष्ट केली आहेत. ती त्याला/तिला पूर्णपणे समजली आहेत आणि प्रस्तावकाने दिलेल्या माहितीनुसार उत्तरे नोंदवण्यात आली आहेत. प्रस्तावकाला उत्तरे वाचून दाखवण्यात आली आहेत, पूर्णपणे समजली आहेत आणि पुष्टी करण्यात आली आहे.

घोषणाकर्त्याचे नाव: ______________________________

प्रस्तावकासोबत नाते: ______________________________

घोषणाकर्त्याची स्वाक्षरी: ______________________________ अर्जदाराची प्रादेशिक भाषेतील स्वाक्षरी: ______________________

दिनांक: D D M M Y Y Y Y

4. **मध्यस्थाद्वारे घोषणापत्र**

मी, ______________________________ (पूर्ण नाव) कॉर्पोरेट एजंटचा विमा सल्लागार/विशिष्ट व्यक्ती/ब्रोकर/रिलेशनशिप ऑफिसरचा अधिकृत कर्मचारी या नात्याने, इथे घोषित करतो की मी या प्रस्ताव नमुन्यामधील सर्व मजकुराची माहिती, या प्रस्ताव नमुन्यामध्ये समाविष्ट असलेल्या प्रश्नांचे स्वरूप, प्रस्तावकाला स्पष्ट केली आहे, ज्यामध्ये या प्रस्ताव नमुन्यामध्ये त्याने/तिने सादर केलेल्या विधाने, माहिती आणि इथे समाविष्ट असलेल्या प्रश्नांना दिलेली उत्तरे किंवा इथे मागितलेली कोणतीही माहिती हा प्रस्ताव कंपनीने पॉलिसी जारी करण्यासाठी स्वीकारला तर कंपनी आणि प्रस्तावकामधील विमा कराराचा आधार बनेल. मी पुढे स्पष्ट केले आहे की जर या प्रस्ताव नमुन्यामध्ये कोणतेही खोटे विधान/माहिती/उत्तर समाविष्ट असेल/असतील/ज्यात परिशिष्ट(टे), शपथपत्र, विधाने, सादरीकरणे, सादर करावयाची/द्यायची असतील, किंवा कोणत्याही महत्त्वाच्या वस्तुस्थितीचा खुलासा करण्यात आला नसेल, तर या प्रस्तावानुसार त्याच्या/तिच्या नावे जारी केलेली पॉलिसी कंपनी रद्दबातल मानू शकते आणि पॉलिसी अंतर्गत भरलेले सर्व प्रीमियम कंपनीद्वारे जप्त केले जाऊ शकतात.

परवाना क्रमांक/आयडी (सल्लागार/कॉर्पोरेट एजंट/दलाल/संबंध अधिकारी)

दिनांक: D D M M Y Y Y Y विमा सल्लागाराची स्वाक्षरी: ______________________

मी [प्रस्ताविकाकर्त्याचे नाव] पुष्टी करतो की मला या पॉलिसीच्या अंतर्गत उपलब्ध असलेल्या सर्व वैशिष्ट्यांची/लाभांची माहिती आहे.

प्रस्तावकाची स्वाक्षरी: ______________________

दिनांक: D D M M Y Y Y Y

5. **प्रस्तावकाची घोषणा**

(कोणत्याही कारणास्तव, प्रस्ताव आणि इतर जोडलेली कागदपत्रे प्रस्तावकाने भरली नाहीत तर प्रमाणपत्र). प्रस्ताव नमुना आणि जोडलेली कागदपत्रे यांची सामग्री मला पूर्णपणे समजावून सांगण्यात आली आहे आणि मला प्रस्तावित कराराचे महत्त्व पूर्णपणे समजले आहे. प्रस्ताव नमुना माझ्या सूचनेनुसार ______________ ने भरला आहे आणि मला तो योग्य असल्याचे आढळले आहे.

दिनांक: D D M M Y Y Y Y विमा सल्लागाराची स्वाक्षरी: ______________________

6. **AML मार्गदर्शक सूचना**

1. मी/आम्ही याद्वारे पुष्टी करतो की भविष्यात भरलेले/देय असलेले सर्व प्रीमियम हे खऱ्या स्रोतांमधून आहेत आणि गुन्ह्यातून मिळालेल्या उत्पन्नातून भरलेले नाहीत आणि असे प्रीमियम माझ्या/आमच्या उत्पन्नाच्या प्रमाणात नाहीत. मी/आम्हाला समजते की कंपनीला निधीचे स्रोत स्थापित करण्यासाठी कागदपत्रे मागवण्याचा आणि भारतातील आर्थिक अफरातफर प्रतिबंधक कायद्याला प्रत्यक्ष किंवा अप्रत्यक्षपणे नियंत्रित करणाऱ्या कोणत्याही कायद्यांतर्गत कोणत्याही सक्षम न्यायालयाने दोषी आढळल्यास विमा पॉलिसी रद्द करण्याचा अधिकार आहे.

दिनांक: D D M M Y Y Y Y विमा सल्लागाराची स्वाक्षरी: ______________________

तुम्ही किंवा प्रस्ताव अर्जदारांपैकी कोणीही PEPs* किंवा PEPs* चे जवळचे नातेवाईक/सहकारी आहात का? ☐ हो ☐ नाही

हो असल्यास, कृपया "राजकीयदृष्ट्या संपर्कात आलेल्या व्यक्ती" (PEPs) यांची माहिती द्या:

*(PEPs) म्हणजे अशा व्यक्ती ज्यांना परदेशाने प्रमुख सार्वजनिक कार्ये सोपवली आहेत, ज्यामध्ये राज्ये किंवा सरकार प्रमुख, वरिष्ठ राजकारणी, वरिष्ठ सरकारी किंवा न्यायिक किंवा लष्करी अधिकारी, सरकारी मालकीच्या कंपन्यांचे वरिष्ठ अधिकारी आणि महत्त्वाचे राजकीय पक्ष अधिकारी यांचा समावेश आहे, महत्वाचे राजकीय पक्ष पदाधिकारी इ.

2. **अतिरिक्त माहिती:**

राष्ट्रीयत्व: भारतीय ☐ अ-भारतीय ☐ अ-भारतीय असल्यास, कृपया देश नमूद करा:-------------------------------

3. **संस्थेचा प्रकार:** (जेव्हा एखादी संस्था प्रस्तावक असते तेव्हा लागू. प्रस्तावक वैयक्तिक, एकल मालक किंवा HUF असल्यास, कृपया पर्याय X निवडा)

(i) महामंडळे	(ii) विश्वस्त	(iii) सरकार	(iv) भागीदारी / LLP	(v) बिगर-सरकारी संस्था
(vi) सहकारी संस्था	(vii) सोसायटी	(viii) प्रायव्हेट लिमिटेड कंपनी	(ix) पब्लिक लिमिटेड कंपनी	(x) इतर, कृपया नमूद करा-----------------------------------

4. **प्रीमियम भरण्यासाठी निधीचा स्रोत:**

व्यवसाय: ------------------------------------ पगारदार: -- इतर (कृपया निर्दिष्ट करा): --------------------------------------

7. **क्रेडिट स्कोअर संमती**

मी मॅग्मा जनरल इन्शुरन्स लिमिटेडला माझा क्रेडिट रिपोर्ट मिळविण्यासाठी ही माहिती कंपनीने नियुक्त केलेल्या क्रेडिट स्कोअरिंग एजन्सीला खाजगी आणि सुरक्षित सेवेद्वारे पाठविण्यास अधिकृत करतो आणि मी दोन्ही संस्थांच्या संमती अटींशी सहमत आहे.

मी मॅग्मा जनरल इन्शुरन्स लिमिटेडला माझ्या क्रेडिट रिपोर्ट्समधील माहितीचा वापर वैयक्तिक उत्पादने देण्यासाठी करण्यास अधिकृत करतो.

नाव: ______________________________ स्वाक्षरी: ______________________ दिनांक: ________________

11. **सर्वसाधारण माहिती**

1. **खबरदारी**

पॉलिसी जारी करण्याच्या आमच्या निर्णयावर किंवा ती जारी केलेल्या अटींवर प्रभाव पाडणाऱ्या तुमच्या आणि विमा उतरवण्याच्या प्रस्तावित प्रत्येक व्यक्तीच्या संबंधातील जोखीम गृहीत धरण्याशी संबंधित सर्व तथ्यांचा पूर्ण आणि स्पष्ट खुलासा करणे तुम्हाला बंधनकारक आहे आणि तुम्ही आम्हाला कोणतीही माहिती चुकीची सादर करू नये. पॉलिसी जारी होईपर्यंत ही जबाबदारी सुरू राहते आणि हा प्रस्ताव नमुना सादर करून ती संपत नाही. म्हणून, जर इथे दिलेल्या माहितीत काही बदल झाला किंवा पॉलिसी जारी होण्यापूर्वी नवीन माहिती समोर आली, तर तुम्ही आम्हाला विलंब न करता लेखी कळवावे. विनंतीनुसार किंवा अन्यथा अतिरिक्त माहिती देण्यासाठी पुरेशी जागा नसल्यास, कृपया योग्यरित्या स्वाक्षरी केलेले अतिरिक्त पत्रक जोडा. प्रकटीकरणाच्या दायित्वांचे उल्लंघन झाले तर अशा उल्लंघनामुळे जारी केलेली कोणतीही पॉलिसी रद्द होऊ शकते.

विमा कायदा (सुधारणा) कायदा, 2015 च्या कलम 41 अंतर्गत सवलतींवर बंदी

1. भारतातील जीवित किंवा मालमत्तेशी संबंधित कोणत्याही प्रकारच्या जोखिमीच्या संदर्भात विमा काढण्यासाठी किंवा नूतनीकरण करण्यासाठी किंवा चालू ठेवण्यासाठी कोणत्याही व्यक्तीला प्रत्यक्ष किंवा अप्रत्यक्षपणे प्रलोभन म्हणून परवानगी देणार नाही किंवा पॉलिसीवर दर्शविलेल्या प्रीमियमच्या देय कमिशनच्या संपूर्ण किंवा अंशतः सूट किंवा कोणतीही सूट देण्याची परवानगी देणार नाही किंवा पॉलिसी काढणारी किंवा चालू ठेवणारी कोणतीही व्यक्ती विमा कंपनीच्या प्रकाशित माहितीपत्रक किंवा कोष्टकांनुसार परवानगी असलेल्या सूटीशिवाय कोणतीही सूट स्वीकारणार नाही.
2. कोणत्याही व्यक्तीने वरील उप-नियम (1) चे पालन केले नाही, तर त्याला दहा लाख रुपयांपर्यंत दंड भरावा लागेल.

पोचपावती

प्रस्ताव क्रमांक ______________________________ दिनांक: D D M M Y Y Y Y

रु______________________ दिनांक______________________ रोजी काढलेल्या ______________________ च्या रकमेचा रोख/चेक/ NEFT/डिमांड ड्राफ्ट/इतर ______________________ द्वारे तुमचा प्रस्ताव आणि रक्कम मिळाल्याबद्दल आम्ही आभारी आहोत.

विम्याचा पूर्ण प्रस्ताव आमच्याकडे सादर करणे किंवा मागितलेल्या कोणत्याही पॉलिसीसाठी कोणतेही पैसे देणे आम्हाला पॉलिसी जारी करण्यास सहमती देण्यास भाग पाडत नाही, तो निर्णय आमच्या पूर्णपणे आणि सर्वस्वी विवेकबुद्धीनुसार असेल. आम्ही विम्याचा प्रस्ताव स्वीकारला तर तो पॉलिसीच्या अटी आणि नियमांच्या अधीन असेल आणि आम्हाला प्रीमियम पूर्ण आणि वेळेत मिळाला नाही किंवा तो वसूल झाला नाही तर आमची कोणतीही जबाबदारी राहणार नाही. आम्ही प्रस्ताव स्विकारला नाही तर, आम्ही तुम्हाला कळवू.

प्राप्तकर्त्याची स्वाक्षरी आणि कार्यालयीन शिक्का ______________________________