

वनप्रोटेक्ट प्रपोजल फॉर्म

1. केवल कार्यालयीन उपयोग के लिए

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

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 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 आपको 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।

2. प्रस्तावक के विवरण

कृपया अपने लिए तथा प्रत्येक प्रस्तावित बीमाकृत व्यक्ति के लिए यह प्रपत्र स्पष्ट अक्षरों में भरें।

प्रस्तावक का नाम* (श्री/सुश्री/श्रीमती/अन्य)	(पहला नाम)			(मध्य नाम)	(अंतिम नाम)
वैवाहिक स्थिति	<input type="checkbox"/> अविवाहित		<input type="checkbox"/> विवाहित		
लिंग	<input type="checkbox"/> पुरुष		<input type="checkbox"/> महिला		<input type="checkbox"/> इनमें से कोई नहीं
राष्ट्रीयता		जन्म तिथि*	D D M M Y Y Y Y		
आय का साधन	<input type="checkbox"/> वेतनभोगी		<input type="checkbox"/> स्व-रोजगार	<input type="checkbox"/> पेशेवर	<input type="checkbox"/> अन्य (कृपया निर्दिष्ट करें)
वार्षिक आय (₹. में)					
पत्राचार के लिए पता*					
लैंडमार्क:					
शहर:		राज्य:	पिन कोड:		
फोन नंबर एसटीडी कोड:		लैंडलाइन नंबर:	मोबाइल नंबर*:		
ईमेल आईडी:					
स्थायी पता					
लैंडमार्क:					
शहर:		राज्य:	पिन कोड:		
फोन नंबर एसटीडी कोड:		लैंडलाइन नंबर:	मोबाइल नंबर*:		
ईमेल आईडी:					
क्या आप मैग्मा जनरल इंश्योरेंस लिमिटेड कर्मचारी हैं?	क्या आपके पास मैग्मा जनरल इंश्योरेंस लिमिटेड के साथ कोई अन्य पॉलिसी है? <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं यदि हाँ, कर्मचारी आईडी :				
आवासीय स्थिति	<input type="checkbox"/> आवासीय व्यक्ति		<input type="checkbox"/> अनिवासी भारतीय	<input type="checkbox"/> विदेशी नागरिक	<input type="checkbox"/> भारतीय मूल के व्यक्ति

यदि आप किसी भी प्रकार के विकलांगता से ग्रस्त हैं, कृपया निम्नलिखित विवरण प्रदान करें ताकि हम आपको आवश्यक सुलभ सेवा प्रदान कर सकें।			
विकलांगता के प्रकार		विकलांगता का प्रतिशत	
पैन नं.*		पासपोर्ट नं.	
मतदाता पहचान पत्र		ड्राइविंग लाइसेंस नं.	
आधार नं.		केवाईसी नं.	

कृपया केवाईसी उद्देश्य के लिए पहचान पत्र और पते का प्रमाण साझा करें। यदि पैन प्रदान किया गया है, तो कृपया पासपोर्ट/मतदाता पहचान पत्र/ड्राइविंग लाइसेंस/आधार नंबर या कोई अन्य आधिकारिक रूप से वैध दस्तावेज साझा करें। विदेशी नागरिकता प्राप्त व्यक्ति, अनिवासी भारतीय (एनआरआई), एवं भारतीय मूल के व्यक्तियों (पीआईओ) के लिए आवश्यक दस्तावेज निम्नलिखित में से कोई एक है (ए) पासपोर्ट (बी) ड्राइविंग लाइसेंस (सी) मतदाता पहचान पत्र, इसके साथ भारत में स्थित विदेशी दूतावास अथवा मिशन द्वारा जारी किये गए पत्र एवं उनके अपने देशों द्वारा जारी किये गए प्रासंगिक पहचान दस्तावेज भी हैं।

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

3. योजना के विवरण*

प्रीमियम भुगतान आवृत्ति	<input type="checkbox"/> एकल प्रीमियम	<input type="checkbox"/> मासिक किस्त	<input type="checkbox"/> त्रैमासिक किस्त	<input type="checkbox"/> अर्ध-वार्षिक किस्त
योजना प्रकार	<input type="checkbox"/> सिक्वोर	<input type="checkbox"/> सपोर्ट प्लस	<input type="checkbox"/> शील्ड	
बकाया ऋण राशि (यदि समनुदेशन का विकल्प चुना गया है)		वित्तीय संस्थान से लिया गया ऋण (यदि समनुदेशन का विकल्प चुना गया है)		
ऋण का प्रकार (यदि समनुदेशन का विकल्प चुना गया है)		ऋण खाता संख्या (यदि समनुदेशन का विकल्प चुना गया है)		

वैकल्पिक बीमा-सुरक्षा नाम	रिश्तों के लिए चुना गया
कोमा लाभ	<input type="checkbox"/> स्वयं <input type="checkbox"/> जीवनसाथी <input type="checkbox"/> बच्चा 1 <input type="checkbox"/> बच्चा 2 <input type="checkbox"/> माता-पिता/सास-ससुर 1 <input type="checkbox"/> माता-पिता/सास-ससुर 2 <input type="checkbox"/> भाई <input type="checkbox"/> बहन
जलना	<input type="checkbox"/> स्वयं <input type="checkbox"/> जीवनसाथी <input type="checkbox"/> बच्चा 1 <input type="checkbox"/> बच्चा 2 <input type="checkbox"/> माता-पिता/सास-ससुर 1 <input type="checkbox"/> माता-पिता/सास-ससुर 2 <input type="checkbox"/> भाई <input type="checkbox"/> बहन
हड्डियों का टूटना	<input type="checkbox"/> स्वयं <input type="checkbox"/> जीवनसाथी <input type="checkbox"/> बच्चा 1 <input type="checkbox"/> बच्चा 2 <input type="checkbox"/> माता-पिता/सास-ससुर 1 <input type="checkbox"/> माता-पिता/सास-ससुर 2 <input type="checkbox"/> भाई <input type="checkbox"/> बहन
अस्थायी संपूर्ण विकलांगता (सक्रिय आय वाले सदस्य के लिए विकल्प चुना जा सकता है)	<input type="checkbox"/> स्वयं <input type="checkbox"/> जीवनसाथी
दुर्घटनावश अस्पताल में भर्ती होने का खर्च (वैश्विक)	<input type="checkbox"/> स्वयं <input type="checkbox"/> जीवनसाथी <input type="checkbox"/> बच्चा 1 <input type="checkbox"/> बच्चा 2 <input type="checkbox"/> माता-पिता/सास-ससुर 1 <input type="checkbox"/> माता-पिता/सास-ससुर 2 <input type="checkbox"/> भाई <input type="checkbox"/> बहन
दुर्घटना बीमा नवीकरण प्रीमियम	<input type="checkbox"/> स्वयं <input type="checkbox"/> जीवनसाथी <input type="checkbox"/> बच्चा 1 <input type="checkbox"/> बच्चा 2 <input type="checkbox"/> माता-पिता/सास-ससुर 1 <input type="checkbox"/> माता-पिता/सास-ससुर 2 <input type="checkbox"/> भाई <input type="checkbox"/> बहन
ड्राइवर लाभ	<input type="checkbox"/> स्वयं <input type="checkbox"/> जीवनसाथी <input type="checkbox"/> बच्चा 1 <input type="checkbox"/> बच्चा 2 <input type="checkbox"/> माता-पिता/सास-ससुर 1 <input type="checkbox"/> माता-पिता/सास-ससुर 2 <input type="checkbox"/> भाई <input type="checkbox"/> बहन
पैतृक देखभाल लाभ	<input type="checkbox"/> स्वयं <input type="checkbox"/> जीवनसाथी
रक्त की खरीद	<input type="checkbox"/> स्वयं <input type="checkbox"/> जीवनसाथी <input type="checkbox"/> बच्चा 1 <input type="checkbox"/> बच्चा 2 <input type="checkbox"/> माता-पिता/सास-ससुर 1 <input type="checkbox"/> माता-पिता/सास-ससुर 2 <input type="checkbox"/> भाई <input type="checkbox"/> बहन
परिवार परिवहन	<input type="checkbox"/> स्वयं <input type="checkbox"/> जीवनसाथी <input type="checkbox"/> बच्चा 1 <input type="checkbox"/> बच्चा 2 <input type="checkbox"/> माता-पिता/सास-ससुर 1 <input type="checkbox"/> माता-पिता/सास-ससुर 2 <input type="checkbox"/> भाई <input type="checkbox"/> बहन
निवास/वाहन में संशोधन	<input type="checkbox"/> स्वयं <input type="checkbox"/> जीवनसाथी <input type="checkbox"/> बच्चा 1 <input type="checkbox"/> बच्चा 2 <input type="checkbox"/> माता-पिता/सास-ससुर 1 <input type="checkbox"/> माता-पिता/सास-ससुर 2 <input type="checkbox"/> भाई <input type="checkbox"/> बहन
साहसिक खेल - जोखिम बीमा-सुरक्षा आकस्मिक मृत्यु	<input type="checkbox"/> स्वयं <input type="checkbox"/> जीवनसाथी <input type="checkbox"/> बच्चा 1 <input type="checkbox"/> बच्चा 2 <input type="checkbox"/> भाई <input type="checkbox"/> बहन
साहसिक खेल - दुर्घटना मृत्यु (एडी) और स्थायी पूर्ण विकलांगता (पीटीडी) जोखिम बीमा-सुरक्षा	<input type="checkbox"/> स्वयं <input type="checkbox"/> जीवनसाथी <input type="checkbox"/> बच्चा 1 <input type="checkbox"/> बच्चा 2 <input type="checkbox"/> भाई <input type="checkbox"/> बहन
आपातकालीन एयर एम्बुलेंस शुल्क	<input type="checkbox"/> स्वयं <input type="checkbox"/> जीवनसाथी <input type="checkbox"/> बच्चा 1 <input type="checkbox"/> बच्चा 2 <input type="checkbox"/> माता-पिता/सास-ससुर 1 <input type="checkbox"/> माता-पिता/सास-ससुर 2 <input type="checkbox"/> भाई <input type="checkbox"/> बहन
ऋण सुरक्षित	<input type="checkbox"/> स्वयं <input type="checkbox"/> कमाऊ जीवनसाथी
आयातित दवा का परिवहन	<input type="checkbox"/> स्वयं <input type="checkbox"/> जीवनसाथी <input type="checkbox"/> बच्चा 1 <input type="checkbox"/> बच्चा 2 <input type="checkbox"/> माता-पिता/सास-ससुर 1 <input type="checkbox"/> माता-पिता/सास-ससुर 2 <input type="checkbox"/> भाई <input type="checkbox"/> बहन

वैकल्पिक बीमा-सुरक्षा नाम	रिश्तों के लिए चुना गया
बच्चों के लिए वैवाहिक निधि	<input type="checkbox"/> स्वयं <input type="checkbox"/> जीवनसाथी
स्वास्थ्य लाभ (निश्चित राशि)	<input type="checkbox"/> स्वयं <input type="checkbox"/> जीवनसाथी <input type="checkbox"/> बच्चा 1 <input type="checkbox"/> बच्चा 2 <input type="checkbox"/> माता-पिता/सास-ससुर 1 <input type="checkbox"/> माता-पिता/सास-ससुर 2 <input type="checkbox"/> भाई <input type="checkbox"/> बहन
आय की हानि (सक्रिय आय वाले सदस्य के लिए विकल्प चुना जा सकता है)	<input type="checkbox"/> स्वयं <input type="checkbox"/> जीवनसाथी
विधवापन बीमा-सुरक्षा	<input type="checkbox"/> स्वयं <input type="checkbox"/> जीवनसाथी
बाल शिक्षा	<input type="checkbox"/> स्वयं <input type="checkbox"/> जीवनसाथी
उन्नत अस्थायी पूर्ण विकलांगता (सक्रिय आय वाले सदस्य के लिए यह विकल्प चुना जा सकता है)	<input type="checkbox"/> स्वयं <input type="checkbox"/> जीवनसाथी
आय में वृद्धि (सक्रिय आय वाले सदस्य के लिए यह विकल्प चुना जा सकता है)	<input type="checkbox"/> स्वयं <input type="checkbox"/> जीवनसाथी

4. बीमा-सुरक्षित किए जाने वाले बीमित व्यक्तियों के विवरण

विवरण	बीमाकृत व्यक्ति 1	बीमाकृत व्यक्ति 2	बीमाकृत व्यक्ति 3	बीमाकृत व्यक्ति 4	बीमाकृत व्यक्ति 5	बीमाकृत व्यक्ति 6	बीमाकृत व्यक्ति 7
नाम*	(पहला नाम)						
	(मध्य नाम)						
	(अंतिम नाम)						
बीमा राशि (लाख में)							
लिंग (पुरुष/महिला/इनमें से कोई नहीं)							
व्यवसाय श्रेणी** यदि लागू हो तो एकाधिक व्यवसाय श्रेणी सूचीबद्ध करें							
व्यवसाय का वर्णन करें, यदि आप नीचे दी गई सूची से व्यवसाय श्रेणी निर्धारित नहीं कर सकते हैं या आपका व्यवसाय नीचे सूचीबद्ध नहीं है							
आय का साधन*							
जन्म तिथि (दिन/माह/वर्ष)							
प्रस्तावक के साथ संबंध							
आयुष्मान भारत स्वास्थ्य खाता (एबीएचए) मैं/हम एतद् द्वारा कंपनी को मेरे/हमारे एबीएचए खाते से जुड़े मेडिकल रिकॉर्ड को सत्यापित करने और प्राप्त के लिए अपनी सहमति प्रदान करते हैं।	<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं						
यदि हाँ है, कृपया एबीएचए नं लिखें। यदि नहीं है, तो कृपया https://fasttrack.magmainsurance.com/abha/index पर एबीएचए नं बनायें।							
आप कब से बिना किसी रुकावट के बीमित है: (दिन/माह/वर्ष) कृपया उपरोक्त तिथि उल्लेखित पॉलिसी की आवश्यक प्रतियां प्रदान करें।							

टिप्पणी:-

- परिवार में पति/पत्नी, 2 आश्रित बच्चे, आश्रित माता-पिता/सास-ससुर, आश्रित भाई और आश्रित बहन शामिल हैं।
- गैर-कमाऊ आश्रित पति/पत्नी के लिए बीमा राशि, कमाऊ सदस्य की बीमा राशि के 50% तक सीमित है और आश्रित बच्चों, आश्रित माता-पिता/सास-ससुर के लिए 25% और आश्रित भाइयों, बहनों के लिए यह राशि कमाऊ सदस्य की बीमा राशि का 25% है।

- *आय का साधन – वेतनभोगी/स्वरोजगार
- **व्यवसाय श्रेणीकरण
 - सामान्य (श्रेणी I):
 - छात्र, लेखाकार, डॉक्टर, वकील, आर्किटेक्ट, परामर्शदाता, इंजीनियर, शिक्षक, बैंकर, प्रशासनिक/सचिवीय और प्रबंधकीय कार्यों में लगे व्यक्ति, दुकानदार, मशीनरी का उपयोग न करने वाले दुकान सहायक, व्यापारिक यात्री, बिल्डर, ठेकेदार और इंजीनियर जो केवल अधीक्षण कार्यों में लगे हैं और समान प्रकृति के व्यवसायों/गतिविधियों में कार्यरत व्यक्ति।
 - भारी: (श्रेणी II):
 - वेतनभोगी ड्राइवर, खतरनाक सामान/रसायनों/अनाज से संबंधित व्यक्ति, लिफ्ट अटेंडेंट, मोटर ड्राइविंग प्रशिक्षक, वाहनों के कंडक्टर/क्लीनर। निर्माण कार्य में लगे व्यक्ति, भूगर्भशास्त्री, तेल कंपनियों के सर्वेक्षक, भारी उपकरण ऑपरेटर, सुरक्षा गार्ड, वानिकी, सिविल इंजीनियर, विमान के चालक दल, समुद्र में जाने वाले जहाज, अपतटीय कार्य, खेल संबंधी ड्यूटी, फिल्म शो और शूटिंग में संलग्न व्यक्ति और इन्हीं के समान प्रकृति के व्यवसायों/गतिविधियों में कार्यरत व्यक्ति।
 - बहुत भारी: (श्रेणी III):
 - भूमिगत खदानों, विस्फोटकों, मैगजीनों में काम करने वाले व्यक्ति, हार्ड-टेंशन आपूर्ति वाली विद्युत स्थापना में शामिल कर्मचारी, सर्कस कर्मचारी, पहियों या घोड़े पर सवार होकर रेसिंग करने, बिग गेम हंटिंग, पर्वतारोहण, शीतकालीन खेल, स्कीइंग, गुब्बारे में उड़ने, हैंड ग्लाइडिंग, रिवर राफ्टिंग, पोलो, फिल्म में स्टंटमैन जैसी गतिविधियों में लगे लोग और इसी तरह के जोखिम वाले व्यवसायों/गतिविधियों में लगे लोग।
 - सावधानी: (श्रेणी IV):
 - पुलिस बल, सशस्त्र बल, परमाणु ऊर्जा स्टेशन तथा किसी अन्य व्यवसाय में कार्यरत व्यक्ति।
 - बीमा राशि: 2.5 लाख, 5 लाख, 10 लाख, 15 लाख, 20 लाख, 25 लाख, 30 लाख, 40 लाख, 50 लाख, 75 लाख, 1 करोड़ से आगे 25 लाख के गुणकों में 10 करोड़ तक

5. नामांकन

पॉलिसीधारक सभी बीमित सदस्यों के लिए नामित व्यक्ति होता है। नीचे दिए गए विवरण पॉलिसीधारक के नामित व्यक्ति के लिए हैं।

नामांकित व्यक्ति का नाम	पहला नाम	मध्य नाम	अंतिम नाम
प्रस्तावक के साथ संबंध		जन्म तिथि	दि दि मा मा व व व व
नामांकित व्यक्ति का संपर्क नंबर		नामांकन का प्रतिशत	

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

नामिनी के बैंक का विवरण

ए)	खाताधारक(कों) का नाम (जैसा कि बैंक रिकॉर्ड में दर्शाया गया है)		
बी)	बैंक का नाम	सी)	बैंक शाखा का नाम
डी)	पता	ई)	शाखा का शहर
एफ)	खाता प्रकार	जी)	खाता सं.
एच)	आईएफएससी कोड	आई)	9 अंकों का एमआईसीआर कोड

एक से अधिक नामिनी की स्थिति में, कृपया अतिरिक्त नामिनी व्यक्तियों के नाम तथा नामिनी व्यक्तियों का प्रतिशत का उल्लेख करते हुए एक दस्तावेज संलग्न करें।

6. कोई अन्य व्यक्तिगत दुर्घटना पॉलिसी विवरण

क्या प्रस्तावक या प्रस्तावित व्यक्ति पहले से ही मैग्मा जनरल इश्योरेंस लिमिटेड या किसी अन्य बीमा कंपनी के साथ किसी अन्य व्यक्तिगत दुर्घटना बीमा पॉलिसी के अंतर्गत बीमित है या प्रस्तावित है? हाँ नहीं

यदि हाँ, तो कृपया नीचे पॉलिसी/आवेदन संख्या बताएं (कृपया लंबित प्रस्ताव के मामले में आवेदन संख्या का उल्लेख करें)

आप कब से बीमाकृत है?: दि दि मा मा व व व व

बीमित व्यक्ति का नाम (प्रथम, मध्य, अंतिम)	बीमाकर्ता का नाम	पॉलिसी संख्या/ आवेदन संख्या	बीमा की अवधि		बीमित राशि (रु.)	दावों के विवरण, यदि कोई हो
			से	तक		
			दिन/माह/वर्ष	दिन/माह/वर्ष		

7. चिकित्सा एवं विकलांगता (चिकित्सा अतीत)*

अनुभाग ए: क्या बीमा कराने के लिए प्रस्तावित किसी व्यक्ति को कभी निम्नलिखित में से किसी समस्या का सामना करना पड़ा है/पड़ रहा है? : कृपया जहाँ भी लागू हो, बीमित व्यक्ति के लिए हाँ पर निशान लगाएं और अनुभाग बी में विवरण प्रदान करें।	हाँ/नहीं	बीमाकृत व्यक्ति 1	बीमाकृत व्यक्ति 2	बीमाकृत व्यक्ति 3	बीमाकृत व्यक्ति 4	बीमाकृत व्यक्ति 5	बीमाकृत व्यक्ति 6	बीमाकृत व्यक्ति 7
--	----------	-------------------	-------------------	-------------------	-------------------	-------------------	-------------------	-------------------

1.	क्या आवेदकों में से कोई भी दौरा संबंधी विकार या किसी शारीरिक या मानसिक दोष/क्षति/अशक्तता/विकृति या किसी ऐसी स्थिति से पीड़ित है या वर्तमान में पीड़ित है, जो गतिशीलता/देखने/सुनने/बोलने को प्रभावित कर सकती है?	हाँ/नहीं	1	2	3	4	5	6	7
2.	मानसिक/मनोरोग संबंधी बीमारी, मिर्गी, स्ट्रोक/सीवीए या मस्तिष्क, तंत्रिकाओं या रीढ़ की हड्डी का कोई अन्य रोग।	हाँ/नहीं	1	2	3	4	5	6	7
3.	अंगों की विकृति, गठिया, गाउट, पक्षाघात या गतिशीलता को प्रभावित करने वाली कोई अन्य स्थिति, देखने, सुनने या बोलने संबंधी समस्याएं।	हाँ/नहीं	1	2	3	4	5	6	7
4.	क्या आवेदक के व्यवसाय में उसे शारीरिक श्रम या खतरनाक गतिविधियों में संलग्न होना, खतरनाक सामग्री को संभालना, ऊंचाई पर काम करना, केबिन क्रू के रूप में काम करना, समुद्र/नदी में चलने वाले जहाजों में, उच्च वोल्टेज के साथ काम करना, या सशस्त्र बलों का हिस्सा होना शामिल है?	हाँ/नहीं	1	2	3	4	5	6	7

अनुभाग बी: बीमारी/दवा/परीक्षण/सर्जरी/डायोप्टर ग्रेड का नाम और विवरण (उपरोक्त अनुभाग ए में हाँ के रूप में उत्तर दिए गए प्रश्नों के लिए)	अंतिम परामर्श की तिथि	डॉक्टर का नाम	अस्पताल का नाम और फोन नंबर
बीमित व्यक्ति 1:			
बीमित व्यक्ति 2:			
बीमित व्यक्ति 3:			
बीमित व्यक्ति 4:			
बीमित व्यक्ति 5:			
बीमित व्यक्ति 6:			
बीमित व्यक्ति 7:			

कोई अन्य विवरण:—

यदि आवश्यक हो तो कृपया अतिरिक्त पत्रक जोड़ें

अनुभाग सी: 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 पूर्ण मेडिकल रिपोर्ट (जहाँ भी लागू हो) की प्राप्ति, चिकित्सा बीमांकन और कंपनी द्वारा पूर्ण प्रीमियम राशि की वसूली के अधीन होगी और बीमा बीमा-सुरक्षा कंपनी द्वारा बीमांकन की तिथि से शुरू होगा।
- अपवर्जन/समावेशन सूची और अन्य पॉलिसी विवरण सांकेतिक हैं। पूरी सूची और विस्तृत विवरणों के लिए, कृपया पॉलिसी शब्दावली देखें।

8. भुगतान के विवरण

- भुगतान के विवरण: कृपया (✓) भुगतान विकल्प पर निशान लगाए प्रीमियम राशि (₹) _____ नकद चेक/एनईएफटी/डीडी भुगतान विकल्प डिजिटल भुगतान
 चेक/एनईएफटी/डीडी नंबर _____ चेक/एनईएफटी/डीडी तिथि

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

 बैंक _____
- प्रत्यक्ष बैंक हस्तांतरण के माध्यम से दावों/वापसी के भुगतान के लिए, कृपया निम्नलिखित विवरण प्रदान करें : (कृपया प्रस्ताव प्रपत्र के साथ एक निरस्त चेक संलग्न करें)
 खाता धारक का नाम _____
 बैंक का नाम _____ शाखा _____ शहर _____
 आईएफएससी कोड _____ खाता संख्या _____ खाता प्रकार _____

घोषणा:

“मैं/हम एतद् द्वारा घोषणा करता/करती/करते हैं और वचन देता/देती/देते हैं कि उपर्युक्त पॉलिसी के लिए प्रीमियम के रूप में मेरे/हमारे द्वारा भुगतान की गई राशि मेरी/हमारी वैध और घोषित आय के स्रोत से है।”

इलेक्ट्रॉनिक समाशोधन सेवा (डेबिट समाशोधन) अधिदेश प्रपत्र

प्रस्ताव संख्या _____ पॉलिसी: _____

प्रति,

मैग्मा जनरल इंश्योरेंस लिमिटेड, इक्विनाक्स बिज़नेस पार्क, टॉवर 3, आंबेडकर नगर, दूसरी मंज़िल, यूनिट नंबर 1बी और 2बी, एलबीएस मार्ग, कुर्ला (पश्चिम), मुंबई - 400 070, महाराष्ट्र, भारत
संदर्भ: इलेक्ट्रॉनिक समाशोधन सेवा के माध्यम से <बैंक का नाम> को धन/भुगतान भेजने के लिए ग्राहक को प्राधिकरण

ग्राहक जानकारी:

ए) खाताधारक(कों) का नाम (जैसा कि बैंक रिकॉर्ड में दर्शाया गया है)			
बी) बैंक का नाम		सी) बैंक शाखा का नाम	
डी) पता		ई) शाखा का शहर	
एफ) खाता प्रकार		जी) खाता सं.	
एच) लेजर संख्या/लेजर फोलियो संख्या		आई) 9 अंकों का एमआईसीआर कोड	

घोषणा:

मैं इलेक्ट्रॉनिक समाशोधन सुविधा का लाभ उठाना चाहता/चाहती हूँ और इसके द्वारा इलेक्ट्रॉनिक समाशोधन प्रणाली (ईसीएस) में भागीदारी के माध्यम से प्रस्ताव प्रपत्र संख्या _____ के माध्यम से लागू मेरी स्वास्थ्य बीमा पॉलिसी के लिए प्रीमियम डेबिट करने के लिए अपनी बिना शर्त सहमति व्यक्त करता/करती हूँ। मैं समझता/समझती हूँ और सहमत हूँ कि प्रीमियम राशि को इलेक्ट्रॉनिक समाशोधन प्रणाली (ईसीएस) में भागीदारी के माध्यम से डेबिट किया जाना चाहिए। पॉलिसी के अंतर्गत बीमित वरिष्ठतम सदस्य की आय सीमा में परिवर्तन, बीमाकर्ता द्वारा लागू प्रीमियम दरों में परिवर्तन, करों और समय-समय पर लागू अन्य वैधानिक शुल्कों के कारण मेरा खाता अलग हो सकता है।

(कृपया नवीनीकरण के समय लागू आय में परिवर्तन के कारण अनुमानित प्रीमियम विवरण के लिए विक्रय विवरणिका देखें)

मैं एतद् द्वारा घोषणा करता/करती हूँ कि दिए गए विवरण सही और पूर्ण हैं। मैं समझता/समझती हूँ और स्वीकार करता/करती हूँ कि लेन-देन इस प्रपत्र में मेरे द्वारा चुनी गई नियत तिथि पर प्रभावी होगा, बशर्ते कि पॉलिसी पर प्रीमियम का भुगतान किया जाए (बशर्ते वह दिन कार्य दिवस हो)। यदि अपूर्ण या गलत जानकारी के कारण लेन-देन में देरी होती है या बिल्कुल भी प्रभावी नहीं होता है, तो मैं/हम उपयोगकर्ता संस्थान को उत्तरदायी नहीं ठहराएँगे। मैंने/हमने उपयोगकर्ता संस्थान से/के माध्यम से इस ईसीएस डेबिट सेवा का लाभ उठाने के लिए लागू सभी नियम और शर्तें पढ़ ली हैं और योजना के अंतर्गत भागीदार के रूप में मुझसे/हमसे अपेक्षित जिम्मेदारी का निर्वहन करने के लिए सहमत हूँ।

मैं/हम इस ईसीएस डेबिट अधिदेश प्रपत्र को अपने साथ ले जाने वाले मैग्मा जनरल इंश्योरेंस लिमिटेड के प्रतिनिधि को इसे मेरे/हमारे बैंक द्वारा सत्यापित और निष्पादित करने के लिए अधिकृत करते हैं।

स्थान: _____ दिनांक:

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

आवेदक का हस्ताक्षर

क्या आप पॉलिसी की मुद्रित प्रति प्राप्त करना चाहते हैं हाँ नहीं

9. प्रस्तावक का इलेक्ट्रॉनिक बीमा विवरण

क्या आप इस पॉलिसी को ईआईए में जमा कराना चाहते हैं? (कृपया कोई एक चुनें)

नहीं, मेरे पास ईआईए नहीं है और मैं इसे खोलना नहीं चाहता/चाहती हूँ हाँ, इस पॉलिसी को मेरे ई-बीमा खाते में जमा करें

यदि हाँ, तो कृपया मौजूदा ई-बीमा खाता संख्या साझा करें _____

कृपया बीमा रिपोजिटरी का नाम चुनें (जिसके साथ आपने अपना खाता खोला है)

मेसर्स एनएसडीएल डाटाबेस मैनेजमेंट लिमिटेड मेसर्स कार्वी इंश्योरेन्स रिपोजिटरी लिमिटेड

मेसर्स सेंट्रल इंश्योरेन्स रिपोजिटरी लिमिटेड मेसर्स सीएएमएस रिपोजिटरी सर्विसेस लिमिटेड मेसर्स एसएचसीआईएल प्रोजेक्ट्स लिमिटेड (कृपया किसी एक का चयन करें)

या

मेरे पास कोई मौजूदा ई-बीमा खाता नहीं है और मैं एक नया ई-बीमा खाता खोलने का/की इच्छुक हूँ (कृपया प्रासंगिक दस्तावेजों के साथ इलेक्ट्रॉनिक बीमा खाता खोलने का प्रपत्र (ईआईए प्रपत्र) जमा करें)

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)

पहला नाम _____ मध्य नाम _____ अंतिम नाम _____

लिंग पुरुष महिला इनमें से कोई नहीं जन्म तिथि: दि. दि. मा. मा. व. व. व. व. पैन नं. _____

पते की पंक्ति 1 _____

पते की पंक्ति 2 _____

पते की पंक्ति 3 _____

पिनकोड _____ टेलिफोन नं. _____ मोबाइल नं. _____

संबंध _____ अन्य संबंध _____ ईमेल आईडी _____

यूआईडी _____ लैंडमार्क _____ राज्य _____

शहर _____ देश _____

10. 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: दि. दि. मा. मा. व. व. व. व.

प्रस्तावक के हस्ताक्षर: _____

स्थान: _____

प्रस्तावक 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) या मेरे ऊपर दिए गए मोबाइल नंबर पर एसएमएस के माध्यम से भेजे जा सकते हैं तथा इन्हें सभी प्रस्ताव प्रपत्रों में जोड़ा जा सकता है।

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।

मैं सभी पॉलिसी से संबंधित संचार अपने वॉट्सएप नंबर पर प्राप्त करना चाहता/चाहती हूँ

वॉट्सएप नंबर: _____

दिनांक: दि. दि. मा. मा. व. व. व. व.

प्रस्तावक के हस्ताक्षर: _____

स्थान: _____

प्रस्तावक का नाम: _____

3. स्थानीय भाषा संबंधी घोषणा

मैं एतद् द्वारा घोषणा करता/करती हूँ कि मैंने प्रस्तावक 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 प्रस्तावक को इसे उस भाषा में समझाया है, जो वह समझता/समझती है। इसे उनके द्वारा पूरी तरह से समझ लिया गया है और प्रस्तावक द्वारा दी गई जानकारी के अनुसार उत्तर दर्ज किए हैं। प्रस्तावक को उत्तरों को पढ़कर सुना दिया गया है, इन्हें प्रस्तावक द्वारा पूरी तरह से समझ लिया गया है और इनकी पुष्टि कर दी गई है।

घोषणाकर्ता का नाम: _____

प्रस्तावक के साथ संबंध: _____

घोषणाकर्ता के हस्ताक्षर: _____

स्थानीय भाषा में आवेदक के हस्ताक्षर: _____

दिनांक: दि. दि. मा. मा. व. व. व. व.

4. मध्यस्थ द्वारा 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 यह भी स्पष्ट किया है कि यदि इस प्रस्ताव प्रपत्र में कोई असत्य कथन/सूचना/उत्तर शामिल है/हैं/जिसमें परिशिष्ट, हलफनामे, कथन, प्रस्तुतियाँ, प्रस्तुत की गई/प्रस्तुत की जाने वाली बातें शामिल हैं, या यदि किसी भी महत्वपूर्ण तथ्य का खुलासा नहीं किया गया है, तो इस प्रस्ताव के अनुसरण में उसके पक्ष में जारी की गई पॉलिसी कंपनी द्वारा अमान्य मानी जाएगी और पॉलिसी के अंतर्गत भुगतान की गई सभी प्रीमियमों को कंपनी द्वारा जब्त किया जा सकता है।

लाइसेंस संख्या/आईडी (सलाहकार/कॉर्पोरेट एजेंट/ब्रोकर/संबंध अधिकारी)

दिनांक:

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

बीमा सलाहकार के हस्ताक्षर: _____

मैं (प्रस्तावक का नाम) पुष्टि करता/करती हूँ कि मैंने इस पॉलिसी के अंतर्गत उपलब्ध सभी सुविधाओं/लाभों को समझ लिया है।

प्रस्तावक के हस्ताक्षर _____

दिनांक:

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

5. 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.	मा.	व.	व.	व.	व.
-----	-----	-----	-----	----	----	----	----

प्रस्तावक के हस्ताक्षर: _____

6. पूर्ण समनुदेशन

इस पॉलिसी के अंतर्गत पॉलिसी प्रारंभ होने तिथि से कंपनी द्वारा देय कोई भी दावा सीधे वित्तीय संस्थान _____ द्वारा बनाए गए ऋण खाता संख्या _____ में जमा किया जाएगा। इस पॉलिसी के अंतर्गत किसी भी दावे के देय होने की स्थिति में, दावे की तिथि पर बीमित राशि की सीमा तक की राशि कंपनी द्वारा उपरोक्त ऋण खाते में जमा की जाएगी, जिसे बीमित व्यक्ति या बीमित व्यक्ति के नामित व्यक्ति या कानूनी उत्तराधिकारी को भुगतान किया गया माना जाएगा।

वित्तीय संस्थान और/या बीमित व्यक्ति द्वारा उपरोक्त तरीके से ऐसी राशि प्राप्त होने पर, बीमित व्यक्ति और वित्तीय संस्थान पॉलिसी के अंतर्गत कंपनी को सभी दायित्वों से पूर्ण रूप से मुक्त कर देंगे और यह दायित्व निम्नांकित हस्ताक्षरकर्ता और बीमित व्यक्ति के उत्तराधिकारियों, निष्पादकों, प्रशासकों, वारिसों या कानूनी प्रतिनिधियों, जैसा भी मामला हो, पर बाध्यकारी होगा।

दिनांक:

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

प्रस्तावक के हस्ताक्षर: _____

7. 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.	मा.	मा.	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 _____

8. विकलांगता की घोषणा

मैं एतद्वारा घोषणा करता/करती हूँ कि प्रस्तावक ने मुझे यह घोषणा प्रस्तुत करने के लिए विधिवत अधिकृत किया है और मैंने प्रस्तावक को प्रस्ताव प्रपत्र की विषय-वस्तु और मैग्मा जनरल इंश्योरेंस लिमिटेड से स्वास्थ्य बीमा लेने से संबंधित सभी अन्य दस्तावेजों के बारे में पूरी तरह से समझा दिया है। मैं इसे पूरी तरह से समझता/समझती हूँ और दर्ज किए गए उत्तर प्रस्तावक द्वारा दी गई जानकारी के अनुसार हूँ। सभी उत्तर स्पष्ट कर दिए गए हैं, प्रस्तावक द्वारा समझ लिए गए हैं और उनकी पुष्टि कर दी गई है।

मैं एतद्वारा घोषणा करता/करती हूँ कि मैंने प्रस्तावक को प्रस्ताव प्रपत्र की विषय-वस्तु और मैग्मा जनरल इंश्योरेंस लिमिटेड से स्वास्थ्य बीमा लेने से संबंधित सभी अन्य दस्तावेजों के बारे में पूरी तरह से समझा दिया है। मैं इसे पूरी तरह से समझता/समझती हूँ और दर्ज किए गए उत्तर उनके द्वारा प्रदान किये गए जानकारी के अनुसार हूँ। सभी उत्तर स्पष्ट कर दिए गए हैं, मेरे द्वारा समझ लिए गए हैं और उनकी पुष्टि कर दी गई है। मेरे द्वारा उत्तरों को स्पष्ट किया गया है, मैंने पूरी तरह से समझा है और उनकी पुष्टि की है।

नाम _____ हस्ताक्षर _____ दिनांक: _____

11. 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 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.	दि.	मा.	मा.	व.	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 पूर्ण किये गए बीमा प्रस्ताव हमारे पास प्रस्तुत करना और न ही किसी पॉलिसी के लिए कोई भुगतान करना, किसी पॉलिसी को जारी करने हेतु हमें सहमत होने के लिए बाध्य करता है, जिसका निर्णय सदैव हमारे एकमात्र और पूर्ण विवेक पर होगा। यदि हम बीमा का प्रस्ताव स्वीकार करते हैं, तो यह पॉलिसी की शर्तों के अधीन होगा और यदि हमें प्रीमियम का पूर्ण भुगतान और समय पर भुगतान प्राप्त नहीं होता है या वसूल नहीं होता है तो हमारी कोई जिम्मेदारी नहीं होगी।

प्राप्तकर्ता के हस्ताक्षर और कार्यालय की मुहर _____

मैग्मा जनरल इंश्योरेंस लिमिटेड (तत्कालीन मैग्मा एचडीआई जनरल इंश्योरेंस कंपनी लिमिटेड) | www.magmainurance.com | ईमेल: customercare@magmainurance.com | टोल फ्री नं.: 1800 266 3202 | पंजीकृत कार्यालय: इकिनाक्स बिज़नेस पार्क, टॉवर 3, आंबेडकर नगर, दूसरी मंज़िल, यूनिट नंबर 1बी और 2बी, एलबीएस मार्ग, कुर्ला (पश्चिम), मुंबई - 400 070, महाराष्ट्र, भारत | CIN: U66000MH2009PLC460693 | IRDAI Reg. No. 149 | वनप्रोटेक्ट | प्रोडक्ट UIN: MAGPAIP25036V012425 | ऊपर प्रदर्शित किए गए ट्रेड लोगो मैग्मा वेंचर्स प्राइवेट लिमिटेड और मैग्मा जनरल इंश्योरेंस लिमिटेड द्वारा इनका इस्तेमाल लाइसेंस के अंतर्गत किया गया है। हमारी वेबसाइट पर MIRA से चैट करें या वॉट्सएप नंबर 7208976789 पर "Hi" करें। (PFAS.ver25.11.25)