

जीवन बीमित की
नवीनतम फोटो
चिपकाएं (अगर
उम्र 5 वर्ष से
अधिक है)

प्रस्तावक की
नवीनतम फोटो
चिपकाएं (जहाँ कुल
वार्षिक प्रीमियम >
10000/- प्रति वर्ष है)

(केवल कार्यालय उपयोग के लिए)

प्रस्ताव सं.: _____ पॉलिसी सं.: _____

ग्राहक आईडी: _____ आवक तिथि: _____

डिप. रसीद सं.: _____ तिथि: _____

एजेंट का नाम / कॉर्पोरेट एजेंट का नाम: _____ एजेंट कोड / आईडी: _____

कॉर्पोरेट एजेंट कोड और सीओआर सं.: _____

प्रस्ताव प्रपत्र भरने के लिए दिशा-निर्देश (कृपया बड़े अक्षरों में भरें)

■ बीमा अत्यंत सद्भावना का अनुबंध है जो बीमाकर्ता, प्रस्ताव और जीवन बीमित से प्रस्ताव प्रपत्र में दिए गए प्रश्नों के उत्तर में सभी सारवान तथ्यों का खुलासा करने और किसी भी महत्वपूर्ण तथ्य को नहीं छिपाने की मांग करता है। इस प्रपत्र को भरने से पहले, उत्पाद विवरणिका पढ़ लें ताकि आप उत्पाद के लाभों और साथ ही नियमों और शर्तों को पूरी तरह से समझ लें।

■ सभी यूनिट लिंक्ड पॉलिसियां पारंपरिक बीमा पॉलिसियों से अलग हैं और विभिन्न जोखिम कारकों के अधीन हैं। यूनिट लिंक्ड पॉलिसी में आपके चुने हुए निवेश पोर्टफोलियो में निवेश जोखिम आपके द्वारा वहन किया जाता है।

■ कोई भी रिक्त कॉलम छोड़े बिना सभी संबंधित कॉलम भरें और जहाँ विवरण लागू नहीं होते हैं या उपलब्ध नहीं हैं, "नहीं" या "अनुपलब्ध" लिखें।

1. बीमित किए जाने वाले जीवन (एल.ए) का विवरण:

(क) नाम: श्री / श्रीमती / सुश्री प्रथम नाम मध्य नाम अंतिम नाम (उपनाम)

(ख) राष्ट्रियता: भारतीय एनआरआई विदेशी पीआईओ (ग) वैवाहिक स्थिति: विवाहित एकल विधवा तलाकशुदा (घ) लिंग: पुरुष स्त्री ट्रांसजेंडर

(ड) पिता का नाम: प्रथम नाम मध्य नाम अंतिम नाम (उपनाम)

(च) माता का नाम:

(छ) जन्म तिथि: दिन / माह / वर्ष (ज) जन्म स्थान: (झ) शैक्षणिक योग्यता:

(ञ) जमा किया गया आयु प्रमाणपत्र (उल्लेख करें): आधार कार्ड ड्राइविंग लाइसेंस पैन कार्ड पासपोर्ट यदि अन्य हैं तो उल्लेख _____

पहचान का प्रमाणपत्र: दस्तावेज का नाम पते का प्रमाणपत्र: दस्तावेज का नाम (ट) आधार सं. _____

(ठ) व्यवसाय: (ड) ड्युटी का स्वरूप:
(कुछ खतरनाक व्यवसायों के लिए एक अलग परिशिष्ट प्रस्तुत किया जाना चाहिए)

(ण) वर्तमान नियोक्ता का नाम: सेवा काल: _____ वर्ष

(त) कार्य स्थल का स्थान: (थ) पैन नंबर: _____

(द) जीवन बीमित की वार्षिक आय: (रु. में): आय का स्रोत: _____

(ध) क्या आप विदेशी नागरिक या एनआरआई या भारत के अलावा किसी अन्य देश के निवासी हैं (आई. कर प्रयोजनों के लिए) - हाँ नहीं यदि हाँ, तो एफएटीसीए प्रपत्र भरें।(न) क्या आप एएमएल अधिनियम के अनुसार राजनीतिक रूप से सक्रिय व्यक्ति (पीईपी) हैं, - हाँ नहीं यदि आपका उत्तर हाँ है, तो परिशिष्ट: पीईपी-०१ भरें।

2. प्रस्तावक का विवरण (केवल तभी भरे जाने के लिए, यदि प्रस्तावक बीमित किए जाने वाले जीवन से भिन्न है)

(क) नाम: श्री / श्रीमती / सुश्री प्रथम नाम मध्य नाम अंतिम नाम (उपनाम)

(ख) लिंग: पुरुष स्त्री ट्रांसजेंडर (ग) वैवाहिक स्थिति: विवाहित एकल विधवा तलाकशुदा

(घ) पहचान का प्रमाण: दस्तावेज का नाम (ड) पते का प्रमाण: दस्तावेज का नाम (च) आधार सं. _____

(ज) पिता का नाम: (छ) जीवन बीमित के साथ प्रस्तावक का संबंध:

(ज) जन्म तिथि: दिन / माह / वर्ष (झ) शैक्षणिक योग्यता:

(ञ) वार्षिक आय: (रु. में): आय का स्रोत: (ट) पैन नंबर: _____

(ठ) वर्तमान नियोक्ता का नाम: सेवा काल: _____ वर्ष

(ड) व्यवसाय: (ड) ड्युटी का स्वरूप:

(ण) क्या आप विदेशी नागरिक या एनआरआई या भारत के अलावा किसी अन्य देश के निवासी हैं ((आई. कर प्रयोजनों के लिए) - हाँ नहीं यदि हाँ, तो एफएटीसीए प्रपत्र भरें।

3. प्रस्तावक का पता (स्वयं के जीवन की स्थिति में बीमित किया जाने वाला जीवन)।

पता	१. संचार का पता	२. स्थायी पता (यदि पता १ के समान है, तो खाने में निशान लगाएं)
डी.सं. / फ्लैट सं.:		
गली / क्षेत्र		
शहर / जिला		
राज्य	पिन कोड:	पिन कोड:
दूरभाषा सं.:		वैकल्पिक # दूरभाष सं.:
ईमेल आईडी:		वैकल्पिक ईमेल आईडी:

4. प्लान का विवरण: प्लान का नाम:

किश्त प्रीमियम	प्रस्तावित राशि	भुगतान आवृत्ति	प्रीमियम भुगतान की अवधि	पॉलिसी की अवधि	जमा की गई राशि का विवरण (निशान लगाएं)	चेक / डीडी सं.	चेक की तिथि	बैंक का नाम
					चेक <input type="checkbox"/> डीडी <input type="checkbox"/> नकद <input type="checkbox"/>			
					डेबिट कार्ड <input type="checkbox"/> क्रेडिट कार्ड <input type="checkbox"/>			

5 (क). प्लान विकल्प: _____ (ख) परिपक्वता लाभ भुगतान विकल्प: _____
 (ग). मृत्यु लाभ भुगतान विकल्प: _____ (घ)। शिक्षा सहायता लाभ विकल्प: _____.

* कृपया प्रसांगिक विकल्प चुनें और केवल (क), (ख), (ग) और (घ) में भरें, अगर आपके द्वारा चुने गए प्लान के अंतर्गत लागू होता है।

6 (क). चुने गए फंड (केवल यूलिप प्लान के लिए) (ख) स्वतः अंतरण विकल्प (केवल यूलिप प्लान)

फंड का नाम	प्रतिशत (%)	फंड का नाम	प्रतिशत (%)	हाँ <input type="checkbox"/>	यदि हाँ, तो नीचे दिए गए विकल्प से चुनें
				नहीं <input type="checkbox"/>	6 महीने <input type="checkbox"/> 12 महीने <input type="checkbox"/>

7. यूलिप के लिए भुगतान विकल्प: परिपक्वता की तिथि तक अपनी पॉलिसी जारी रखने पर, पॉलिसी धारक के रूप में आपके पास वापसी की तिथि को प्रचलित एनएवी पर 5 वर्षों के भीतर 5 किश्तों से अधिक नहीं किश्तों में यूनिट निकालने का विकल्प है। क्या आप भुगतान विकल्प का विकल्प चुनना चाहते हैं - पुष्टि करें (निशान लगाएं) हाँ नहीं

8. राइडर विवरण:

राइडर का नाम	प्रस्तावित राशि	बीमा सुरक्षा की अवधि	राइडर का नाम	प्रस्तावित राशि	बीमा सुरक्षा की अवधि

9. बैंक खाते का विवरण: प्रस्तावक बीमित किया जाने वाला जीवन (स्वयं के जीवन की स्थिति में)

बैंक खाता सं.	खाते का प्रकार: बचत <input type="checkbox"/> चालू <input type="checkbox"/>	खाते की श्रेणी: भारतीय <input type="checkbox"/> एनआरई <input checked="" type="checkbox"/> एनआरओ <input checked="" type="checkbox"/>
बैंक का नाम	बैंक शाखा का नाम	
आईएफएससी कोड	जमा किया गया प्रमाण: मुद्रित नाम के साथ रद्द किया गया चेक <input type="checkbox"/> बैंक पासबुक की प्रतिलिपि <input type="checkbox"/> बैंक का पत्र <input type="checkbox"/>	

* एनआरई / एनआरओ खातों वाले पॉलिसी धारकों के लिए वर्तमान बैंकिंग दिशा-निर्देशों के अंतर्गत एनईएफटी भुगतान की अनुमति नहीं है।

10. नामिति का विवरण:

नाम: श्री / श्रीमती / सुश्री	प्रथम नाम	मध्य नाम	अंतिम नाम (उपनाम)
जन्मतिथि: दिन / माह / वर्ष	लिंग: पुरुष <input type="checkbox"/> महिला <input type="checkbox"/>	ट्रांसजेंडर <input type="checkbox"/>	एलए के साथ संबंध: _____ मोबाइल # _____
नियुक्त व्यक्ति का नाम (यदि नामिति अल्पवयस्क है):	प्रथम नाम	मध्य नाम	अंतिम नाम (उपनाम)
नामिति के साथ नियुक्त व्यक्ति का संबंध: _____	संचार के लिए पता: _____		
नियुक्त व्यक्ति के हस्ताक्षर: _____			

11. क्या किसी भी बीमा कंपनी द्वारा पहले किसी भी जीवन बीमा पॉलिसी के लिए या मौजूदा पॉलिसी के पुनरुज्जीवन के लिए आपका आवेदन अस्वीकार या उच्च नियत या स्थगित किया गया है? हाँ नहीं यदि आपका उत्तर "हाँ" है, तो किन कारणों से? _____

पॉलिसी सं.	कंपनी का नाम	बीमित राशि

12. किसी भी जीवन बीमा कंपनी के साथ अपनी मौजूदा जीवन बीमा पॉलिसी का विवरण / एक साथ आवेदित किए गए प्रस्तावों का विवरण दें? (यदि स्थान पर्याप्त नहीं है, तो अलग पत्रक संलग्न करें।)

पॉलिसी सं.	कंपनी का नाम	बीमित राशि	पॉलिसी जारी किए जाने की तिथि	पॉलिसी की स्थिति

13. पारिवारिक इतिहास: बीमित किए जाने वाले जीवन के परिवार के सदस्यों का विवरण दें।

पारिवारिक सदस्य	यदि जीवित हैं, तो आयु	परिवार के सदस्य का नाम	परिवार के सदस्य की स्वास्थ्य स्थिति (यदि मृतक है, तो मृत्यु के समय उम्र, मृत्यु का वर्ष, मृत्यु का कारण या बीमारी का प्रकार प्रदान करें)
पिता			
माता			
पति या पत्नी			
* बच्चे (वैवाहिक स्थिति, रोजगार और शिक्षा का विवरण प्रदान करें)			
भाई			
बहनें			

* यदि "जीवन बीमित" "विधवा" होने की स्थिति में ही बच्चों की वैवाहिक स्थिति, रोजगार और शिक्षा का विवरण प्रदान किया जाना चाहिए।

14. बीमित किए जाने वाले जीवन का व्यक्तिगत चिकित्सीय इतिहास (निम्नलिखित का हाँ / नहीं उत्तर दें - संबंधित खाने में निशान (v) लगाएं)

क. वजन (कि.ग्रा. में):	ख. ऊंचाई: _____ से.मी. (या) _____ फिट _____ इंच
ग. क्या आप धूम्रपान करते हैं / किसी भी रूप में तम्बाकू खाते / सांस में लेते हैं? हाँ <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/> अगर उत्तर हाँ है, तो प्रति दिन प्रकार और मात्रा:	घ. क्या आप शराब का सेवन करते हैं? हाँ <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/> यदि हाँ, तो प्रति दिन प्रकार और मात्रा:
ड. क्या आप नशीले पदार्थों, बार्बिट्रेट्स, मारिजुआना, ट्रेन्क्विलाइज़र, कोकीन, उत्तेजक, शामक या किसी भी हानिकारक दवा का उपयोग करते रहे हैं? हाँ <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/>	च. क्या आप किसी भी साहसिक शौक / गतिविधियों में भाग लेते हैं जो किसी भी तरह से खतरनाक हो सकते हैं, जैसे कि विमानन (किराया भुगतान करने वाले यात्री के अलावा), पर्वतारोहण, गोताखोरी, या दौड़ का कोई भी रूप। हाँ <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/> (यदि हाँ, तो विवरण प्रदान करें)

छ. क्या आपको कभी दोषसिद्ध ठहराया गया है या क्या किसी भी अदालत में आपके विरुद्ध कोई आपराधिक मामला लंबित है? हाँ नहीं (यदि हाँ, तो विवरण प्रदान करें):

ज. क्या पिछले पांच (5) वर्षों के दौरान आपको कभी भी किसी भी बीमारी के लिए अस्पताल में भर्ती / उपचारित किया गया है? - हाँ नहीं यदि हाँ, तो निदान और किए गए उपचार का विवरण प्रदान करें:

झ. क्या आपने पिछले पांच (5) वर्षों के दौरान चिकित्सीय आधार पर अपनी सेवा से किसी भी अवकाश का लाभ लिया है? हाँ नहीं यदि हाँ, तो विवरण प्रदान करें:

ञ. क्या आप कभी भी किसी भी दुर्घटना या चोट का शिकार हुए हैं जिसके लिए किसी भी चिकित्सीय उपचार की आवश्यकता पड़ी थी? हाँ नहीं यदि हाँ, तो प्रासंगिक विवरण उल्लेख करें:

ट. जैसाकि नीचे उल्लेख किया गया है, क्या आप कभी भी किसी भी बीमारी से पीड़ित हुए हैं, "हाँ / नहीं" लिखें।

1. हृदय, पेट, फेफड़े, यकृत, गुर्दे, पाचन / प्रजनन / मस्तिष्क / तंत्रिका तंत्र से संबंधित बीमारियाँ।	2. क्या आपका हेपेटाइटिस बी या सी, एचआईवी / एड्स या किन्हीं भी यौन संचारित रोगों के लिए सकारात्मक परीक्षण किया गया है।
3. अस्थमा, ब्रॉकाइटिस या अन्य श्वसन विकार।	4. मधुमेह / उच्च (या) निम्न रक्तचाप / स्ट्रोक / मिर्गी / कैंसर / कुष्ठरोग / क्षय रोग / हनिया
5. रक्ताल्पता, रक्त विकार, मस्क्युलोस्केलेटल विकार	6. कोई अन्य बीमारी / व्याधि जिसके लिए उपचार की आवश्यकता है और उपर उल्लेखित नहीं है।
7. आँख, कान, नाक या गले का कोई भी विकार	8. क्या आपका कोई शारीरिक दोष या विकृति है?

यदि उपर्युक्त प्रश्नों में से किसी भी उत्तर "हाँ" के रूप में दिया जाता है तो विवरण प्रदान करें:

15. केवल महिला जीवन के लिए लागू

क. क्या आपको कभी भी कोई भी स्त्रीरोग संबंधी समस्याएं हुई हैं जिसके लिए उपचार की आवश्यकता है? हाँ नहीं यदि हाँ, तो निदान, निदान की तिथि और लिए गए उपचार सहित विवरण प्रदान करें _____

ख. क्या अतीत में आपका कोई भी अकाल प्रसव / गर्भपात हुआ है? हाँ नहीं (यदि हाँ, तो तिथि प्रदान करें _____)

ग. अंतिम प्रसव की तिथि: दिन/माह/वर्ष _____ घ. क्या आप वर्तमान में गर्भवती हैं हाँ नहीं यदि हाँ, गर्भावस्था के सप्ताहों की संख्या: _____

ड. पति का व्यवसाय: _____ और वार्षिक आय: _____

च. पति का बीमा विवरण:	पॉलिसी सं.	कंपनी का नाम	बीमित राशि	पॉलिसी की स्थिति

16. क्या आप बीमा संग्राहक के ई-बीमा खाता (ईआईई) के माध्यम से इलेक्ट्रॉनिक पॉलिसी जारी करने का विकल्प चुनना चाहेंगी?

यदि आपका कोई ईआईई है, तो विवरण प्रदान करें: हाँ नहीं

क) ईआईई सं.: _____ ख) बीमा संग्राहक का नाम: _____

ग) नाम जैसा कि ईआईई में दिखता है: _____ घ) यदि आपका ईआईई नहीं है, क्या आप खाता खोलना चाहती हैं? हाँ नहीं

यदि हाँ, तो कोई एक बीमा संग्राहक चुनें: सीएएमएस एनडीएमएल एसएचसीआईएल कार्वी सीआईआरएल

* सीएएमएस संग्र. - सीएएमएस बीमा संग्राहक एवं सेवाएं, एनडीएमएल - एनएसडीएल डेटा मैनेजमेंट लिमिटेड, एसएचसीआईएल - स्टॉक होलिंग कॉर्प ऑफ इंडिया लिमिटेड, और सीआईआरएल - सेंट्रल इन्स. रिप. लिमिटेड

प्रस्तावकर्ता / बीमित किए जाने वाले जीवन द्वारा घोषणा: चिकित्सीय जानकारी मांगने की सहमति देता / देती हूँ / देते हैं

मैं / हम एतद्वारा घोषित करता / करती हूँ / करते हैं कि मेरे / हमारे द्वारा दिए गए उपरोक्त वक्तव्य, उत्तर और / या विवरण मेरे / हमारे सर्वोत्तम ज्ञान के अनुसार सभी मामलों में सत्य और पूर्ण हैं। मैं / हम समझता / समझती हूँ / समझते हैं कि मेरे / हमारे द्वारा दी गई जानकारी बीमा पॉलिसी का आधार बनेगी और कि यह पॉलिसी बीमा कंपनी की बोर्ड द्वारा स्वीकृत बीमांकन नीति के अधीन है और पॉलिसी केवल प्रभावी प्रीमियम की पूरी प्राप्ति के बाद ही प्रभावी होगी। // हम पुनः घोषित करता / करती हूँ / करते हैं कि प्रस्ताव प्रस्तुत किए जाने के बाद लेकिन कंपनी द्वारा जोखिम स्वीकृति की सूचना से पहले मैं / हम बीमित किए जाने वाले जीवन / प्रस्तावक के व्यवसाय, वित्तीय स्वास्थ्य या सामान्य स्वास्थ्य में होने वाली किसी भी परिवर्तन की लिखित सूचना दूंगा / दूंगी / देंगे। मैं / हम घोषित करता / करती हूँ / करते हैं और कंपनी को किसी भी चिकित्सक से या किसी भी अस्पताल से जिन्होंने या जिसने किसी भी समय बीमित किए जाने वाले जीवन / प्रस्तावक की परिचर्या की है या किसी पूर्व या वर्तमान नियोक्ता से ऐसी किसी भी चीज से संबंधित, जो बीमित किए जाने वाले जीवन / प्रस्तावक के शारीरिक या मानसिक स्वास्थ्य को प्रभावित करता है, चिकित्सीय जानकारी मांगने जीवन और किसी भी बीमा कार्यालय से जानकारी मांगने, जिससे बीमित किए जाने वाले जीवन / प्रस्तावक पर बीमा के लिए आवेदन प्रस्ताव के बीमांकन और दावा निपटान के उद्देश्य से आवेदन किया गया है। मैं / हम कंपनी को किसी भी सरकारी और / या विनियामक प्राधिकारी से चिकित्सीय रिकॉर्ड सहित मेरे प्रस्ताव से संबंधित जानकारी साझा करने के लिए प्राधिकृत करता / करती हूँ / करते हैं। पुनश्च, जानकारी प्रस्ताव बीमांकन और दावा निपटान की भूमिका के उद्देश्य के लिए साझा की जा सकती है। मैं / हम एतद्वारा उपरोक्त पंजीकृत नंबर / ईमेल पते पर एसएमएस / ईमेल के माध्यम से केंद्रीय केवाईसी रजिस्ट्री से जानकारी प्राप्त करने की सहमति देता / देती हूँ / देते हैं।

* मैं / हम एतद्वारा प्रस्ताव / पॉलिसी के अंतर्गत नामित व्यक्ति / दावेदार को और किसी भी चिकित्सक, अस्पताल या नियोक्ता को अभी या भविष्य में किसी भी समय, जैसे और जब किसी भी दावे के प्रसंस्करण के लिए आवश्यक होगा, स्वास्थ्य या रोजगार से संबंधित किसी भी जानकारी का श्रीराम लाइफ इंश्योरेंस कंपनी लिमिटेड से खुलासा करने के लिए अधिकृत करता / करती हूँ / करते हैं।

गवाह के हस्ताक्षर:

स्थान: _____ दिनांक: ____/____/____

गवाह का नाम: _____

गवाह का पता: _____

गवाह की दूरभाष सं.: _____

प्रस्तावक के हस्ताक्षर / अंगूठे का निशान

स्थान: _____ दिनांक: ____/____/____

बीमित किए जाने वाले जीवन के हस्ताक्षर / अंगूठे का निशान

ध्यान दें: (अल्पवयस्क जीवन बीमित के हस्ताक्षर की आवश्यकता नहीं है)

स्थान: _____ दिनांक: ____/____/____

स्थानीय भाषा में हस्ताक्षर करने के लिए या अनपढ़ मामलों के लिए जीवन बीमित / प्रस्तावक से घोषणा

1. प्रपत्र भरने वाले व्यक्ति द्वारा घोषणा (यदि प्रस्तावक प्रपत्र से भिन्न भाषा में प्रपत्र भरा / हस्ताक्षरित किया जाता है) "मैं एतद्वारा घोषणा करता / करती हूँ कि मैंने प्रस्तावक को उपरोक्त प्रश्नों को पूरी तरह से समझाया है और मैंने प्रस्तावक द्वारा दिए गए उत्तरों को सत्यतापूर्व रिकॉर्ड किया है।"

घोषणाकर्ता का नाम: _____

घोषणाकर्ता का पता: _____

"मैं प्रमाणित करता / करती हूँ कि प्रपत्र और दस्तावेजों की सामग्री मुझे पूरी तरह से (नाम, पदनाम और व्यवसाय) श्री / श्रीमती: _____ द्वारा समझायी गयी है और मैंने प्रस्तावित अनुबंध का महत्व समझा लिया है।"

दिनांक: ____/____/____

उस व्यक्ति के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान जिसका जीवन बीमित किए जाने के लिए प्रस्तावित है

2. यदि प्रस्तावक निरक्षर है, तो उसके अंगूठे का निशान प्रतिष्ठित व्यक्ति द्वारा प्रमाणित किया जाना चाहिए, जिसकी पहचान आसानी से स्थापित की जा सकती है, लेकिन बीमा कंपनी से असंबद्ध होना चाहिए और यह घोषणा उसके द्वारा की जानी चाहिए।

"मैं एतद्वारा घोषित करता / करती हूँ कि मैंने प्रस्तावक को _____ भाषा में उपरोक्त प्रश्नों और प्रस्ताव प्रपत्र की सामग्रियों को पूरी तरह से समझाया है, और यह कि प्रस्तावितक ने इसकी सामग्री पूरी तरह से समझने के बाद उपरोक्त अंगूठे का निशान लगाया है।"

घोषणाकर्ता का नाम: _____

घोषणाकर्ता का पता: _____

दिनांक: ____/____/____

घोषणाकर्ता के हस्ताक्षर (अंग्रेजी में)

समय-समय पर यथा संशोधित बीमा अधिनियम, 1938 की धारा 41:

कोई भी व्यक्ति प्रत्यक्ष या अप्रत्यक्ष रूप से किसी भी व्यक्ति को भारत में जीवन या संपत्ति से संबंधित किसी भी प्रकार के जोखिम के संबंध में बीमा अनुबंध लेने, नवीकृत कराने या जारी रखने के लिए प्रलोभन के रूप में देय पूर्णतः या भागतः कमीशन में से किसी भी छूट या पॉलिसी पर दर्शाए गए प्रीमियम में से किसी भी छूट की अनुमति नहीं देगा या अनुमति देने का प्रस्ताव नहीं करेगा, और न ही पॉलिसी लेने या नवीकृत कराने या जारी रखने वाला कोई भी व्यक्ति किसी भी छूट को स्वीकार करेगा, सिवाय ऐसी छूटों के जैसा कि बीमाकर्ता की प्रकाशित विवरण पुस्तिका या तालिका के अनुसार अनुमत की जा सकती हैं। इस धारा के प्रावधानों का पालन करने में चूक करने वाला कोई भी व्यक्ति अर्थदंड के लिए उत्तरदायी होगा जो कि दस लाख रुपए तक विस्तारित हो सकता है।

समय-समय पर यथा संशोधित बीमा अधिनियम, 1938 की धारा 45:

- (1) जीवन बीमा की कोई भी पॉलिसी पॉलिसी की तिथि से, यानी पॉलिसी जारी करने की तिथि या जोखिम प्रारंभ होने की तिथि या पॉलिसी के पुनरुज्जीवन की तिथि या पॉलिसी के राइडर की तिथि से, जो भी बाद में हो, तीन वर्ष की समाप्ति के बाद किसी भी आधार पर प्रश्नगत नहीं की जाएगी।
- (2) जीवन बीमा पॉलिसी धोखाधड़ी के आधार पर पॉलिसी की तिथि से, यानी पॉलिसी जारी करने की तिथि या जोखिम प्रारंभ होने की तिथि या पॉलिसी के पुनरुज्जीवन की तिथि या पॉलिसी के राइडर की तिथि से, जो भी बाद में हो, तीन वर्ष के भीतर किसी भी समय प्रश्नगत की जा सकती है। बशर्ते कि बीमाकर्ता को लिखित में बीमित या बीमित के कानूनी प्रतिनिधि या नामिति व्यक्ति या समानुदेशिती को वे आधार या सामग्रियां सूचित करना होगा जिन पर ऐसा निर्णय आधारित है।
- (3) उप-धारा (2) में शामिल किसी भी बात के होते हुए भी, कोई भी बीमाकर्ता धोखाधड़ी के आधार पर जीवन बीमा पॉलिसी अस्वीकार नहीं करेगा, यदि बीमाकर्ता यह सिद्ध कर सकता है कि किसी महत्वपूर्ण तथ्य की गलत बयानी या दमन उसके सर्वोत्तम ज्ञान और विश्वास के अनुसार सत्य था या उस तथ्य को दबाने का जानबूझकर कोई इरादा नहीं था या यह कि महत्वपूर्ण तथ्य की ऐसी गलत बयानी या छिपाना बीमाकर्ता के ज्ञान के भीतर है: बशर्ते कि यदि पॉलिसीधारक जीवित नहीं है तो असत्य प्रमाणित करने का दायित्व लाभार्थियों पर आता है।
- (4) जीवन बीमा पॉलिसी इस आधार पर पॉलिसी की तिथि से, यानी पॉलिसी जारी करने की तिथि या जोखिम प्रारंभ होने की तिथि या पॉलिसी के पुनरुज्जीवन की तिथि या पॉलिसी के राइडर की तिथि से, जो भी बाद में हो, तीन वर्ष के भीतर किसी भी समय प्रश्नगत की जा सकती है, कि बीमित की जीवन की प्रत्याशा के लिए तथ्यात्मक सामग्री का कोई भी विवरण या दमन प्रस्ताव या अन्य दस्तावेज में गलत तरीके से दिया / किया गया था जिसके आधार पर पॉलिसी जारी की गई थी या पुनर्जीवित की गई थी या राइडर जारी किया गया था: बशर्ते कि बीमाकर्ता को लिखित में बीमित या बीमित के कानूनी प्रतिनिधि या नामिति व्यक्ति या समानुदेशिती को वे आधार या सामग्रियां सूचित करना होगा जिन पर पॉलिसी अस्वीकार करने का ऐसा निर्णय आधारित है: बशर्ते कि पुनः, महत्वपूर्ण सामग्री की गलत बयानी या छिपाने के आधार पर, न कि धोखाधड़ी के आधार पर पॉलिसी अस्वीकार किए जाने के मामले में, अस्वीकृति की तिथि तक पॉलिसी पर एकत्रित प्रीमियम का इस तरह के अस्वीकृति की तिथि से नब्बे दिनों की अवधि के भीतर बीमित या बीमित के कानूनी प्रतिनिधि या नामिति व्यक्ति या समानुदेशिती को भुगतान किया जाएगा।
- (5) इस खंड में कुछ भी बीमाकर्ता को किसी भी समय आयु का प्रमाण मांगने से नहीं रोकेगा यदि वह ऐसा करने का हकदार है, और किसी पॉलिसी को केवल इसलिए प्रश्नगत नहीं माना जाएगा क्योंकि पॉलिसी की शर्तों को अनुवर्ती प्रमाण के आधार पर समायोजित किया गया है कि जीवन बीमित की आयु प्रस्ताव में गलत तरीके से बताई गई थी।

फ्री लुक अवधि:

पॉलिसीधारक के पास पॉलिसी दस्तावेज की प्राप्ति की तिथि से पॉलिसी के नियमों और शर्तों की समीक्षा करने के लिए 15 दिनों की अवधि है और जहाँ बीमित इनमें से किन्हीं भी नियमों या शर्तों से असहमत है, उसके पास अपनी आपत्ति का कारण बताते हुए पॉलिसी वापस करने का विकल्प है।
यूलिप प्लान में - पॉलिसीधारक ऐसी राशि का हकदार होगा जो कम से कम गैर-आवृत्त प्रीमियम, प्लस यूनिटों के निरस्तीकरण द्वारा लगाए गए शुल्कों प्लस निरस्त किए जाने की तिथि को फंड वैल्यू ऋण चिकित्सीय परीक्षण पर बीमित द्वारा उठाए गए खर्च, यदि कोई हो, और स्टाम्प शुल्क प्रभारों के बराबर होगी।
अन्य प्लान - पॉलिसीधारक बीमा सुरक्षा की अवधि के लिए आनुपातिक जोखिम प्रीमियम और कंपनी द्वारा बीमित की चिकित्सीय जांच पर उठाए गए व्यय, अगर कोई हो और स्टाम्प शुल्क प्रभारों की कटौती के अधीन भुगतान किए गए प्रीमियम की वापसी का हकदार होगा।
* 30 दिन, यदि व्यापार दूरस्थ विपणन के माध्यम से प्राप्त किया जाता है (दूरस्थ विपणन ई-मेल, टेलीफोनिक कॉल और निजी बातचीत को छोड़कर किसी भी अन्य विधा के माध्यम से कोई भी बिक्री अपरिहार्य बनाता है)

एजेंट / निर्दिष्ट व्यक्ति (एसपी) सिफारिश

मैंने विचारशील पृष्ठताछ से प्रस्ताव में दी गई जानकारी का सत्यापन किया है और अपने सर्वोत्तम ज्ञान और विश्वास के अनुसार जानकारी को सही पाया है। मुझे लगता है कि बीमा के लिए प्रस्तावित जीवन बीमा योग्य है। मैं स्वीकृति के लिए प्रस्ताव की अनुशंसा करता / करती हूँ।

अंग्रेजी में एजेंट / निर्दिष्ट व्यक्ति के हस्ताक्षर

अधिकृत आधिकारी (बी.एम. के समकक्ष) के हस्ताक्षर

एजेंट / निर्दिष्ट व्यक्ति का नाम _____

एजेंट / निर्दिष्ट व्यक्ति की दूरभाष संख्या _____

निर्दिष्ट व्यक्ति की प्रमाणपत्र संख्या (केवल निर्दिष्ट व्यक्ति के लिए लागू) _____

एजेंट / निर्दिष्ट व्यक्ति की ईमेल आईडी: _____

दिनांक: ____/____/____ और स्थान: _____

नोट: अगर एजेंट द्वारा पॉलिसी अपने जीवन पर ली जा रही है, तो तत्काल वरिष्ठ / रिपोर्टिंग या प्रबंधक के पद के समकक्ष को बीमाकर्ता को जीवन बीमा के प्रस्ताव पर विचार करने की सिफारिश करते हुए पॉलिसी प्रस्ताव पत्र पर विधिवत हस्ताक्षर करना चाहिए

* एसपी का मतलब कॉर्पोरेट एजेंट व्यवसाय के अंतर्गत "निर्दिष्ट व्यक्ति" है।