

श्रीराम लाइफ इन्शुरेंस कंपनी लिमिटेड

पाचवा मजला, रामकी सेलेनियम, आंध्रा बँक प्रशिक्षण केंद्रा शेजारी, गच्छीबोवली, हैदराबाद, ५०००३२

विमेच्छुकाचा फोटो लावा (वय 5 वर्षांपेक्षा अधिक असेल तर)

प्रस्तावकर्त्याचा फोटो लावा (जर एकूण वार्षिक हप्ता > 10000/- असेल तर)

(कार्यालयीन कामासाठी)

प्रस्ताव क्रमांक: _____ विमा क्रमांक: _____

ग्राहक आयडी: _____ प्राप्त तारीख: _____

वि.पावती क्र _____ तारीख: _____

एजेंटचे नाव/कॉर्पोरेट एजेंटचे नाव: _____ एजेंट कोड/आयडी: _____

कॉर्पोरेट एजेंट & कोर क्र: _____

प्रस्ताव अर्ज भरण्यासाठी सूचना (कृपया कॅपिटल अक्षरात लिहा)

- विमा हा विश्वासावर आधारित करार आहे ज्यात विमा कंपनी, प्रस्तावकर्ता आणि विमेच्छुक ह्यांना प्रस्ताव अर्जात सर्व तथ्य उघड करावी लागतात आणि दिलेल्या प्रश्नांच्या उत्तरात कुठलीही माहिती लपवता येत नाही. अर्ज भरण्यापूर्वी कृपया उत्पादनाचे माहितीपत्रक वाचा म्हणजे तुम्हाला उत्पादनाचे लाभ, आणि अटी व शर्ती समजतील.
- पारंपारिक विमा योजनांच्या तुलनेत यूनित लिंकड योजना वेगळ्या असतात आणि त्यांचे धोके पण वेगळे असतात. यूनित लिंकड योजनेत तुम्ही निवडलेल्या गुंतवणूक पोर्टफोलियोमधील धोक्याची जबाबदारी तुमची असते.
- सर्व माहिती भरा, काहीही रिकामे ठेवू नका. लागू नसल्यास किंवा माहिती उपलब्ध नसल्यास "नाही" किंवा "लागू नाही" लिहा.

1. विमेच्छुकाचे तपशील (एलए):

(a) नाव: श्री/श्रीमती/सुश्री	नाव	वडील/पतीचे नाव	आडनाव
(b) राष्ट्रीयता :	भारतीय <input type="checkbox"/>	एनआरआय <input type="checkbox"/>	परदेशी <input type="checkbox"/>
(c) वैवाहिक स्थिती :	विवाहित <input type="checkbox"/>	अविवाहित <input type="checkbox"/>	विधवा <input type="checkbox"/>
(d) लिंग:	पुरुष <input type="checkbox"/>	स्त्री <input type="checkbox"/>	किन्नर <input type="checkbox"/>
(e) वडिलांचे नाव :	नाव	वडील/पतीचे नाव	आडनाव
(f) आईचे नाव :	नाव	वडील/पतीचे नाव	आडनाव
(g) जन्मतारीख :	DD/MM/YYYY	(h) जन्मस्थान :	शिक्षण पात्रता:
(j) दिलेला वयाचा पुरावा : आधार क्र <input type="checkbox"/>	लायसेंस <input type="checkbox"/>	PAN कार्ड <input type="checkbox"/>	पासपोर्ट <input type="checkbox"/>
ओळखपत्र :	कागदपत्राचे नाव	पत्त्याचा पुरावा	कागदपत्राचे नाव
(k) आधार क्र			
(l) व्यवसाय :	(m) कामाचे स्वरूप:		
(काही धोकादायक कामांसाठी वेगळे परिशिष्ट भरावे लागते).			
(n) विद्यमान कंपनीचे नाव :	नोकरीचा अवधी: _____ वर्ष.		
(o) कामाचे ठिकाण :	(p) PAN क्र: _____		
(q) विमेच्छुकाचे वार्षिक उत्पन्न (रु) :	उत्पन्नाचे स्रोत:		
(r) तुम्ही परदेशी नागरिक किंवा NRI किंवा भारताव्यतिरिक्त इतर कुठल्याही देशाचे निवासी आहात का (आयकर कारणांसाठी) हो <input type="checkbox"/> नाही <input type="checkbox"/>	हो-असल्यास कृपया FATCA अर्ज भरा.		
(s) एमएल अधिनियमानुसार तुम्ही राजकारणाशी संबंधित व्यक्ती आहात का - हो <input type="checkbox"/> नाही <input type="checkbox"/> उत्तर हो असल्यास, कृपया परिशिष्ट: PEP-01 भरा.			

2. प्रस्तावकर्त्याचे तपशील (विमेच्छुक आणि प्रस्तावकर्ता दोन वेगळ्या व्यक्ती असतील तरच भरा)

(a) नाव : श्री./श्रीमती./सुश्री	नाव	वडील/पतीचे नाव	आडनाव
(b) लिंग :	पुरुष <input type="checkbox"/>	स्त्री <input type="checkbox"/>	किन्नर <input type="checkbox"/>
(c) वैवाहिक स्थिती:	विवाहित <input type="checkbox"/>	अविवाहित <input type="checkbox"/>	विधवा <input type="checkbox"/>
(d) ओळखपत्र :	कागदपत्राचे नाव	(e) पत्त्याचा पुरावा	कागदपत्राचे नाव
(f) आधार क्र. No.			
(g) वडिलांचे नाव :	(h) प्रस्तावकर्ता आणि विमेच्छुकाचे नाते:		
(i) जन्मतारीख :	DD/MM/YYYY	(j) शिक्षण पात्रता :	
(k) वार्षिक उत्पन्न (रु) :	उत्पन्नाचे स्रोत :		(l) PAN क्र: _____
(m) विद्यमान कंपनीचे नाव :	नोकरीचा अवधी: _____ वर्ष.		
(n) व्यवसाय :	(o) कामाचे स्वरूप :		
(p) तुम्ही परदेशी नागरिक किंवा NRI किंवा भारताव्यतिरिक्त इतर कुठल्याही देशाचे निवासी आहात का (आयकर कारणांसाठी) हो <input type="checkbox"/> नाही <input type="checkbox"/>	हो-असल्यास कृपया FATCA अर्ज भरा.		

3. पत्ता

पत्ता	1. संपर्क पत्ता	2. कायमचा पत्ता (हा आणि संपर्क पत्ता एकच असेल तर बॉक्समध्ये चिन्ह करा. <input type="checkbox"/>)
घर क्र :		
मार्ग/क्षेत्र		
शहर/जिल्हा		
राज्य	पिन कोड:	पिन कोड:
संपर्क क्र :	पर्यायी क्र :	
ईमेल आयडी :	पर्यायी ईमेल आयडी :	

4. योजनेचे तपशील: नाव: _____

हस्ता	विमा रक्कम	हप्त्यांमधील अवधी	मुदत विम्याचा हस्ता	विम्याची मुदत	भरलेल्या रकमेचे तपशील (✓ करा)	चेक/डीडी क्र	चेक तारीख	बँकेचे नाव
					चेक <input type="checkbox"/> डीडी <input type="checkbox"/> रोख <input type="checkbox"/> डेबिट कार्ड <input type="checkbox"/> क्रेडिट कार्ड <input type="checkbox"/>			

5. (a) योजनेचे पर्याय: _____ (b) मुदतपूर्ती नंतर लाभ देण्याचा पर्याय: _____

मृत्यूनंतर लाभ देण्याचा पर्याय: _____ (d) शिक्षण आधार लाभ पर्याय: _____

* संबंधित पर्याय निवडा आणि तुम्ही निवडलेल्या योजनेत लागू असेल तरच (a), (b), (c) & (d) भरा.

6. (a) निवडलेले फंड (फक्त युलिप योजनेसाठी)

5 (b) ऑटो ट्रान्सफर पर्याय (फक्त युलिप योजनेसाठी)

फंडचे नाव	टक्के (%)	फंडचे नाव	टक्के (%)	हो <input type="checkbox"/>	हो असल्यास, खालील पैकी एक पर्याय निवडा
				नाही <input type="checkbox"/>	6 महिने <input type="checkbox"/> 12 महिने <input type="checkbox"/>

7. युलिपसाठी सेटलमेंट पर्याय: मुदतपूर्तीपर्यंत तुमचा विमा चालू ठेवला तर विमा धारक म्हणून तुम्हाला युनिट विथड्रॉ करता येतात. हे 5 वर्षांच्या आत कमाल 5 हप्त्यात, विथड्रॉ करताना असलेल्या एनएव्हीला करावे लागतील. तुम्हाला सेटलमेंट पर्याय निवडायचा आहे का? हो नाही

8. रायडरचे तपशील:

रायडरचे नाव	प्रस्तावित रक्कम	मुदत	रायडरचे नाव	प्रस्तावित रक्कम	मुदत

9. बँक खात्याचे तपशील: प्रस्तावकर्ता विमेच्छुक (स्वतःसाठी असल्यास)

खाते क्र	खात्याचा प्रकार:	बचत <input type="checkbox"/>	चालू <input type="checkbox"/>	खात्याची श्रेणी:	भारतीय <input type="checkbox"/>	NRE <input type="checkbox"/>	NRO <input type="checkbox"/>
बँकेचे नाव	शाखेचे नाव						
IFSC कोड	पुरावा: नाव असलेला निस्त चेक <input type="checkbox"/>			पासबुकची प्रत <input type="checkbox"/>			बँकेचे पत्र <input type="checkbox"/>

* NRE/NRO खाते असलेल्या विमाधारकांना बँकिंग नियमांप्रमाणे NEFT वापरून भरणा करता येत नाही

10. नामनिर्देशित व्यक्तीचे तपशील:

नाव: श्री/श्रीमती/सुश्री	नाव	वडील/पतीचे नाव	आडनाव
जन्म: DD/MM/YYYY	लिंग: पुरुष <input type="checkbox"/> महिला <input type="checkbox"/> किन्नर <input type="checkbox"/>	धारकाशी नाते: _____	मोबाइल # _____
नियुक्ताचे नाव: (नामनिर्देशित अल्पवयीन असल्यास)	नाव	वडील/पतीचे नाव	आडनाव
नियुक्त आणि नामनिर्देशिताचे नाते: _____	पत्रव्यवहारासाठी पत्ता: _____		
_____ नियुक्ताची सही:			

11. ह्या पूर्वी कुठल्याही विमा कंपनीने तुमच्या आयुर्विम्याचा अर्ज नामंजूर केला आहे किंवा विद्यमान विमा पुनरुज्जीवित करण्यास नकार दिला आहे किंवा रेट अप केले किंवा पोस्टफोन केले आहे का? हो नाही * हो असल्यास, कुठल्या कारणांसाठी?

विमा क्रमांक	कंपनीचे नाव	विम्याची रक्कम

12. विद्यमान आयुर्विमा/ इतर कंपनीमध्ये भरलेले आयुर्विम्याचे प्रस्ताव ह्याचे कृपया तपशील द्या?

(जागा पुरेशी नसेल तर वेगळा कागद लावा)

विमा क्रमांक	कंपनीचे नाव	विम्याची रक्कम	विम्याची तारीख	विम्याची स्थिती

13. कुटुंबाचा इतिहास: विमेच्छुकाच्या कुटुंबातील सदस्यांचे तपशील द्या

कुटुंबातील सदस्य	वय	कुटुंबातील सदस्याचे नाव	कुटुंबातील सदस्याचे आरोग्य (मृत असल्यास मृत्यूची तारीख, वय, कारण)
वडील			
आई			
पती/पत्नी			
* मुले (वैवाहिक स्थिती, रोजगार, शैक्षणिक तपशील)			
भाऊ			
बहिणी			

* विमेच्छुक "विधवा" असेल तरच मुलांची वैवाहिक स्थिती, रोजगार, शैक्षणिक तपशील द्यावे लागतील.

14. विमेच्छुकाची वैयक्तिक वैद्यकीय माहिती (खालील प्रश्नांची हो/नाही उत्तरे द्या. योग्य बॉक्स (J) करा)

A. वजन (किलो):	B. उंची:	सेमी (किंवा)	फुट	इंच
C. तुम्ही धूम्रपान/तंबाखू/तपकीर वापरता का? हो <input type="checkbox"/> नाही <input type="checkbox"/> , प्रकार आणि तपशील द्या	D. तुम्ही मद्यपान करता का? हो <input type="checkbox"/> नाही <input type="checkbox"/> हो असल्यास, प्रकार आणि प्रति दिन संख्या:			
E. तुम्ही कधी अंमली पदार्थ, बांबिट्युटेट, मारिजुआना, झोपेच्या गोळ्या, कोकेन, स्टिम्युलेंट, इतर धोकादायक अंमली पदार्थ वापरले आहेत का? हो <input type="checkbox"/> नाही <input type="checkbox"/>	F. साहसी खेळ/कार्यात भाग घेता का, जे कुठल्याही प्रकारे धोकादायक आहे, जसे विमान चालवणे (प्रवासी म्हणून जाण्या व्यतिरिक्त), पर्वतारोहण, डायव्हिंग, रेसिंग इत्यादी? हो <input type="checkbox"/> नाही <input type="checkbox"/> (हो असल्यास, तपशील द्या)			

G. तुमची कधी दोषसिद्धी झाली आहे का किंवा न्यायालयात तुमच्या विरुद्ध खटला लंबित आहे का? हो नाही (हो असल्यास, तपशील द्या):

H. मागील पाच वर्षात तुम्हाला कुठल्याही आजारासाठी उपचार लागले किंवा रुग्णालयात भर्ती व्हावे लागले का? हो नाही हो असल्यास निदान आणि उपचाराचे तपशील द्या

I. मागील पाच वर्षात तुम्ही वैद्यकीय कारणांसाठी नोकरीवरून सुट्टी घेतली होती का? हो नाही हो असल्यास, तपशील द्या

J. तुम्हाला उपचार घ्यावे लागले असा अपघात किंवा इजा झाली होती का? हो नाही हो असल्यास, तपशील द्या:

K. तुम्हाला खालील पैकी कुठलाही रोग आधी झाला आहे का? हो/नाही लिहा.

1. हृदय, पोट, फुफ्फुस, यकृत, मूत्रपिंड, पचनप्रणाली/प्रजनन प्रणाली/मेंदू/मज्जासंस्था संबंधी रोग	2. हेपटायटिस बी किंवा सी, एचआयव्ही/एड्स किंवा इतर लैंगिक संबंधातून पसरणारे रोग ह्यांचे निदान झाले आहे का?
3. दमा, ब्रोन्काइटिस, श्वसनमार्गांचे रोग.	4. मधुमेह/उच्च किंवा निम्न रक्तदाब/स्ट्रोक/एपिलेप्सी/कर्करोग/कुष्ठरोग/टीबी/हर्निया
5. अॅनिमिया, रक्ताचे रोग, स्नायू/हाडांचे रोग.	6. इतर रोग/आजार ज्यासाठी उपचार घेतले आणि वर नमूद नाही.
7. डोळे, कान, नाक, घसा ह्याचा त्रास	8. रक्तात दोष किंवा व्यंग आहे का?

कुठल्याही प्रश्नाचे उत्तर "हो" असेल तर तपशील द्या:

15. फक्त महिला विमेच्छुकांसाठी

a. तुम्हाला कधी स्त्रीरोगांसाठी उपचार घ्यावा लागला आहे का? हो नाही हो असल्यास, निदान, निदानाची तारीख, उपचाराचे तपशील द्या _____

b. भूतकाळात तुमचा गर्भपात झाला आहे का? हो नाही (हो असल्यास, तारीख द्या)

c. अंतिम प्रसूतीची तारीख: DD/MM/YYYY

d. तुम्ही सध्या गर्भवती आहात का? हो नाही हो असल्यास, किती आठवडे:

e. पतीचा व्यवसाय: _____ & वार्षिक उत्पन्न _____

f. पतीच्या विम्याचे तपशील:	विमा क्रमांक	विमा कंपनीचे नाव	विम्याची रक्कम	विम्याची स्थिती

16. विमा रेपोसिटरी मधील इ-विमा खाते (ईआयए) वापरून तुम्हाला इलेक्ट्रॉनिक विमा हवा आहे का? हो नाही
ईआयए असल्यास, तपशील भरा:

a) ईआयए क्रं: _____ b) विमा रेपोसिटरीचे नाव: _____

c) ईआयएमध्ये असलेले नाव: _____ d) ईआयए नसेल तर तुम्हाला खाते उघडायचे आहे का? हो नाही

हो असल्यास, एक विमा रेपोसिटरी निवडा: CAMS NDML SHCIL KARVY CIRL

*CAMS Rep - CAMS विमा प्रतिनिधी & सेवा, NDML - NSDL डेटा मॅनेजमेंट लि., SHCIL - स्टॉक होल्डिंग कार्पोरेशन ऑफ इंडिया लि., & CIRL - सेंट्रल इन्स. रेप. लि..

प्रस्तावकर्ता/विमेच्छुक ह्यांचा जाहीरनामा:

मी/आम्ही जाहीर करतो की वरील विधाने, उत्तरे आणि मी/आम्ही दिलेली माहिती माझ्या/आमच्या विश्वासानुसार सर्व बाबतीत खरी आणि पूर्ण आहे. मी/आम्ही समजतो की मी/आम्ही दिलेल्या माहितीच्या आधारावर विमा दिला जाईल आणि हा विमा विमाकंपनीच्या बोर्डने मंजूर केलेल्या अंडररायटिंग धोरणाच्या अधीन आहे, आणि देय हमा पूर्ण भरल्यावर विमा लागू होईल. मी/आम्ही पुढे जाहीर करतो की प्रस्ताव सादर केल्यानंतर कंपनीने विमा मंजूर करण्यापूर्वी विमेच्छुक/प्रस्तावकर्त्यांच्या व्यवसाय, आर्थिक आरोग्य किंवा साधारण आरोग्य ह्यात बदल झाला तर आम्ही कंपनीला लिखित रूपात माहिती देऊ. मी/आम्ही जाहीर करतो आणि परवानगी देतो की कंपनी अशा कुठल्याही डॉक्टर किंवा हॉस्पिटल मधून कधीही विमेच्छुक/प्रस्तावकर्त्यांची माहिती घेऊ शकते जिथे त्याचा उपचार झाला आहे किंवा विमेच्छुक/प्रस्तावकर्त्यांच्या शारीरिक/मानसिक आरोग्याविषयी तिच्या/त्याच्या भूतकाळातील किंवा विद्यमान कंपनीकडून माहिती घेऊ शकते, किंवा अशा कुठल्याही विमा कंपनीकडून माहिती घेऊ शकते जिथे विमेच्छुक/प्रस्तावकर्त्यांनी विम्यासाठी अर्ज केला आहे. माझ्या/आमच्या प्रस्तावातील माहिती, ज्यात वैद्यकीय माहिती समाविष्ट आहे, सरकार किंवा नियामक अधिकार्यांना देण्याची परवानगी मी/आम्ही कंपनीला देतो. ह्या व्यतिरिक्त ही माहिती प्रस्ताव अन्वयित करायला आणि दावे निकालात काढायला वापरली जाईल. वर नोंदणीकृत केलेल्या क्रमांकावर/ईमेल अॅड्रेस वर केंद्रीय केवायसी रजिस्ट्री कडून एसएमएस/ईमेल रूपात माहिती प्राप्त करण्याची मी/आम्ही परवानगी देतो.

*मी/आम्ही प्रस्तावातील/विम्यातील नामनिर्देशित व्यक्ती/दावेदार आणि सर्व डॉक्टर, हॉस्पिटल, आणि मी/आम्ही काम केलेल्या कंपन्यांकडून माझ्या/आमच्या आरोग्याविषयी, नोकरीविषयी माहिती, आता किंवा भविष्यात कधीही दावा निकालात काढण्यासाठी, मागण्याची परवानगी देतो.

साक्षीदाराची सही:

स्थान: _____ तारीख: ____/____/____

साक्षीदाराचे नावे: _____

साक्षीदाराचा पत्ता: _____

साक्षीदाराचा दूरध्वनी: _____

सूचना: (विमेच्छुक अल्पवयीन असेल तर सही अनिवार्य नाही)

स्थान: _____ तारीख: ____/____/____

प्रस्तावकर्त्यांची सही/अंगठ्याचा ठसा

तारीख: ____/____/____

विमेच्छुकाची सही/अंगठ्याचा ठसा

भाषेत सही असेल किंवा निरक्षर असल्यास विमाधारक/प्रस्तावकर्त्यांचा जाहीरनामा:

1. अर्ज भरणाऱ्या व्यक्तीने घायाचा जाहीरनामा (प्रस्ताव अर्ज ज्या भाषेत आहे त्यापेक्षा वेगळ्या भाषेत अर्ज भरला/सही गेली असेल तर) "मी जाहीर करतो/करते की वरील प्रश्न मी प्रस्तावकर्त्यांला पूर्णपणे समजावून सांगितले आहेत आणि त्यांनी दिलेली उत्तरे मी प्रामाणिकपणे लिहिली आहे."

जाहिरकर्त्यांचे नाव: _____

जाहिरकर्त्यांचा पत्ता: _____

"मी प्रमाणित करतो/करते की अर्ज आणि कागदपत्रे मला श्री/श्रीमती _____ (नाव, पद, व्यवसाय) ह्यांनी संपूर्णपणे समजावून सांगितले आहे आणि मला ह्या प्रस्तावित कराराचे महत्त्व कळले आहे."

तारीख: ____/____/____

ज्या व्यक्तीचा आयुर्विमा काढण्याचा प्रस्ताव आहे त्याची सही किंवा अंगठ्याचा ठसा

2. प्रस्तावकर्ता निरक्षर असेल तर त्याच्या अंगठ्याच्या ठशाचे साक्षांकन अशा व्यक्तीने करावे जो विमा कंपनीशी संबंधित नाही आणि ज्याची ओळख सोप्या पद्धतीने करता येईल, आणि हा जाहीरनामा त्या व्यक्तीने करावा.

"मी जाहीर करतो की प्रस्तावातील वरील सर्व प्रश्न आणि मजकूर मी _____ भाषेत समजावून सांगितले आहे, आणि प्रस्तावकर्त्यांने ते संपूर्णपणे समजून त्यावर अंगठ्याचा ठसा दिला आहे."

जाहिरकर्त्यांचे नाव _____

जाहिरकर्त्यांचा पत्ता _____

तारीख: ____/____/____

जाहिरकर्त्यांची सही (इंग्रजीत)

विमा अधिनियम 1938, कलम 41, वेळोवेळी बदलल्यानुसार:

कुठलीही व्यक्ती प्रत्यक्ष किंवा अप्रत्यक्षपणे भारतातील मालमत्तेशी किंवा आयुष्याशी संबंधित कोणत्याही प्रकारच्या जोखिमेसाठी एखादा विमा उतरवून घेण्यास किंवा सुरु ठेवण्यास किंवा पुनरुज्जीवीत करण्यास प्रलोभन म्हणून देय कमिशनमधील कसलाही पूर्णतः किंवा अंशतः वाटा किंवा विम्यात दर्शवलेल्या हप्त्यातील वाटा मान्य करणारा नाही किंवा मान्य करण्याचा प्रस्ताव देणारा नाही. तसेच विमा खरेदी करणारी, पुनरुज्जीवीत करणारी किंवा सुरु ठेवणारी कोणतीही व्यक्ती विमा कंपनीच्या माहितीपत्रकात आणि तक्त्यात दिलेल्या सूटी व्यतिरिक्त इतर कुठलीही सूट स्वीकार करणारा नाही. या कलमातील तरतुदींचे पालन न करणारी व्यक्ती दंडास पात्र राहिल आणि दंडाची रक्कम दहा लाखापर्यंत असू शकते.

विमा अधिनियम 1938, कलम 45, वेळोवेळी बदलल्यानुसार:

(1) कुठल्याही आयुर्विमाच्या तारखेनंतर तीन वर्षे पूर्ण झाल्यावर त्याच्या विरुद्ध प्रश्न उभे करता येणार नाही. विम्याची तारीख म्हणजे विमा जारी केला ती तारीख, किंवा जोखीम सुरु झाली ती तारीख, किंवा विमा पुनरुज्जीवीत केला ती तारीख किंवा विम्यातील रायडरची तारीख, जी नंतरची असेल ती.

(2) कुठल्याही आयुर्विमाची तारीख, किंवा जोखीम सुरु झाल्याची तारीख किंवा विमा पुनरुज्जीवीत केल्याची तारीख किंवा विम्यातील रायडरची तारीख ह्यातील जी नंतरची असेल त्या तारखेनंतर तीन वर्षे पूर्ण होण्यापूर्वी त्याच्या विरुद्ध प्रश्न उभे करता येतील. मात्र त्यासाठी विमा कंपनीने विमाधारक, त्याचे कायदेशीर प्रतिनिधी, नामनिर्देशित व्यक्ती ह्यांना ह्या निर्णयाच्या कारणांबद्दल लिखित स्वरूपात माहिती घ्यायला हवी.

(3) उपविभाग (2) मध्ये काहीही नमूद असले तरीही, जर विमाधारकाने हे सिद्ध केले की चुकीचे विधान किंवा लपवलेले तथ्य हे विमाधारकाच्या ज्ञानानुसार आणि विश्वासानुसार खरे होते आणि तथ्य लपवण्याचा जाणीवपूर्वक प्रयत्न नव्हता किंवा लपवलेले तथ्य किंवा चुकीचे विधान हे विमा कंपनीला माहिती होते, तर कुठलीही विमा कंपनी फसवणूक झाली म्हणून आयुर्विमा नाकारू शकत नाही. मात्र विमा धारकाचा मृत्यू झाल्यास व फसवणूक झाल्यास, त्याचे खंडन करण्याची जबाबदारी ही लाभाधर्तीची असते.

(4) कुठल्याही आयुर्विमाची तारीख, किंवा जोखीम सुरु झाल्याची तारीख किंवा विमा पुनरुज्जीवीत केल्याची तारीख किंवा विम्यातील रायडरची तारीख ह्यातील जी नंतरची असेल त्या तारखेनंतर तीन वर्षे पूर्ण होण्यापूर्वी विमाधारकाच्या अपेक्षित आयुष्याशी संबंधित कुठलेही विधान किंवा तथ्य प्रस्तावात किंवा विमा पुनरुज्जीवीत करण्यासाठी, रायडर जारी करण्यासाठी वापरलेल्या इतर कागदपत्रात लपवले गेले तर त्याच्या विरुद्ध प्रश्न उभे करता येतील. मात्र त्यासाठी विमा कंपनीने विमाधारक, त्याचे कायदेशीर प्रतिनिधी, नामनिर्देशित व्यक्ती ह्यांना ह्या निर्णयाच्या कारणांबद्दल लिखित स्वरूपात माहिती घ्यायला हवी. चुकीचे विधान किंवा तथ्य लपवले म्हणून विमा रद्द केला (फसवणूक म्हणून नाही), तर रद्द करण्याच्या तारखेपर्यंत भरलेले सर्व हप्ते हे विमाधारकाला, त्याच्या कायदेशीर प्रतिनिधीला किंवा नामनिर्देशित व्यक्तीला रद्द करण्याच्या 90 दिवसांच्या आत परत केले पाहिजे.

(5) विमा कंपनी कुठल्याही वेळी, त्यांना हक्क असेल तर, वयाचा दाखला मागू शकते, आणि नंतर जर असे सिद्ध झाले की प्रस्तावात विमा धारकाचे वय चुकीचे लिहिले होते व परिणामतः विम्याच्या अटी आणि शर्ती बदलल्या तर त्याला विम्यासंबंधी प्रश्न उभे केले असे धरले जाणार नाही.

निशुल्क वापर अवधी:

विमा डॉक्युमेंट प्राप्त झाल्यानंतर विम्याच्या अटी आणि शर्तीचे पुनरावलोकन करण्यासाठी विमाधारकाला 15 दिवस दिले जातील. जर विमाधारक कुठल्याही अटी किंवा शर्तीशी सहमत नसेल तर त्याच्या असहमतीचे कारण सांगून तो विमा रद्द करू शकतो. युलिप योजनेत-विमाधारकाला किमान न वाटलेला हप्ता अधिक यूनित रद्द केल्याचे शुल्क अधिक रद्द करण्याच्या तारखेला असलेले फंड मूल्य वजा विमा धारकाच्या वैद्यकीय चाचणीसाठी कंपनीने केलेला खर्च आणि मुद्रांक शुल्क एवढी रक्कम दिली जाईल. इतर योजने-विमाधारकाला त्याने भरलेला हप्ता परत मिळेल, पण त्यातून विमा अवधीचा हप्ता, विमा धारकाच्या वैद्यकीय चाचणीसाठी कंपनीने केलेला खर्च आणि मुद्रांक शुल्क वजा केले जाईल.

* 30 दिवस, जर डिस्टन्स मार्केटिंग वापरून ग्राहक मिळाला असेल तर (ईमेल, टेलिफोन, व वैयक्तिक संपर्काव्यतिरिक्त इतर पद्धतीने संपर्क साधून विक्री म्हणजे डिस्टन्स मार्केटिंग)

एजेंट/विशिष्ट व्यक्तीची शिफारस

मी प्रस्तावातील माहितीबद्दल चौकशी केली आणि माझ्या ज्ञान आणि विश्वासानुसार ही माहिती खरी आहे. माझ्या मते ज्या व्यक्तीसाठी हा आयुर्विमा आहे तिचा विमा काढता येईल. हा प्रस्ताव स्वीकार करावा अशी मी शिफारस करतो.

एजेंट/विशिष्ट व्यक्तीची इंग्रजीत सही

प्राधिकृत अधिकार्यांची सही (बीएम समान)

एजेंट/विशिष्ट व्यक्तीचे नाव _____

एजेंट/विशिष्ट व्यक्ती संपर्क क्रमांक _____

विशिष्ट व्यक्ती प्रमाणपत्र क्रमांक (विशिष्ट व्यक्तीसाठी) _____

एजेंट/विशिष्ट व्यक्ती ईमेल आयडी: _____

तारीख: ____/____/____ स्थान: _____

सूचना: जर एजेंट स्वतःचा आयुर्विमा घेत असेल तर त्याच्या वरिष्ठानी किंवा मॅनेजर पदासमान पद असलेल्या अधिकार्यांने प्रस्ताव अर्जावर सही केली पाहिजे, आणि विमा कंपनीला आयुर्विमाचा हा प्रस्ताव स्वीकार करण्याची शिफारस केली पाहिजे.

*कॉर्पोरेट एजेंट व्यावसायात एसपी म्हणजे "विशिष्ट व्यक्ती"