

आरोग्य संजीवनी पॉलिसी, Raheja QBE General Insurance Company Limited**प्रस्ताव प्रपत्र (URN- RQBESA2021-08)****फॉर्म भरने के लिए दिशानिर्देश (प्रस्तावक द्वारा भरा जाना है)**

- कृपया सभी प्रश्नों के उत्तर पूर्ण रूप से और सही दें।
- जहाँ कोई प्रश्न लागू नहीं होता है, कृपया स्पष्ट रूप से लिखें कि यह लागू नहीं है।
- बीमा अत्यधिक सद्भावना का अनुबंध है, जिसमें बीमित व्यक्ति को सभी महत्वपूर्ण तथ्यों का खुलासा करना होता है और प्रस्ताव फॉर्म में पूछे गए प्रश्नों के उत्तर में कोई भी तथ्य छुपाना नहीं होता है।
- प्रस्ताव फॉर्म भरते समय सभी महत्वपूर्ण तथ्यों का खुलासा करें।
- यदि प्रस्ताव फॉर्म/व्यक्तिगत विवरण/घोषणा या संबंधित दस्तावेजों में कोई गलत या असत्य कथन, भ्रामक जानकारी, विवरण की कमी या तथ्य छुपाया गया हो, तो बीमाकर्ता के विकल्प पर पॉलिसी अमान्य हो सकती है।
- प्रस्ताव फॉर्म से संबंधित किसी भी संदेह या स्पष्टीकरण के लिए कृपया कंपनी के कार्यालयों या एजेंटों से संपर्क करें।
- कंपनी की जिम्मेदारी तब तक शुरू नहीं होती जब तक प्रस्ताव को औपचारिक रूप से स्वीकार नहीं किया जाता और पूरा प्रीमियम कंपनी को प्राप्त नहीं हो जाता।

केवल आधिकारिक प्रयोग के लिए

प्रस्ताव संख्या. :

शाखा :

बिक्री चैनल: *Direct/Agency*

मध्यस्थ संहिता :

मध्यस्थ का नाम :

बिक्री प्रबंधक का नाम और कोड :

प्रस्तावक/ग्राहक की जानकारी**कृपया सभी विवरण केवल बड़े अक्षरों में भरें****प्रस्तावक का नाम (नाम के प्रत्येक भाग के बाद एक खाली स्थान छोड़ें)****श्री/श्रीमती/कुमारी:** _____**जन्म तिथि:** दिन / माह / वर्ष लिंग: पुरुष ☐ महिला ☐ तीसरा लिंग ☐**वैवाहिक स्थिति:** ☐ अविवाहित ☐ विवाहित ☐ तलाकशुदा ☐ विधवा/विधुर**पेशा:** ☐ वेतनभोगी ☐ स्वरोजगार ☐ गृहिणी ☐ सेवानिवृत्त ☐ अन्य (कृपया स्पष्ट करें): _____प्रस्तावक का
फोटो

पेशा और कार्य/व्यवसाय का प्रकार: _____

राष्ट्रीयता: ☐ भारतीय ☐ अनिवासी भारतीय ☐ अन्य (कृपया स्पष्ट करें) _____

जीएसटी नंबर (यदि लागू हो): 2345678912345

शैक्षणिक योग्यता: ☐ मैट्रिक से कम ☐ मैट्रिक ☐ स्नातक ☐ स्नातकोत्तर ☐ अन्य _____

वार्षिक आय: ☐ ₹5 लाख से कम ☐ ₹5 - ₹10 लाख के बीच ☐ ₹10 - ₹20 लाख के बीच ☐ ₹20 लाख और उससे अधिक

क्या व्यक्ति दिव्यांग है? ☐ हाँ ☐ नहीं यदि हाँ, विकलांगता का प्रकार: : _____

विकलांगता प्रतिशत: _____

पैन कार्ड नंबर: XXXXX1234X

आधार नंबर: XXXX-XXXX-0000

सीकेवाईसी / ड्राइविंग लाइसेंस / चुनाव पहचान पत्र / पासपोर्ट / मनरेगा कार्ड संख्या: _____

पत्राचार पता: _____

सीमाचिह्न: _____

शहर: _____ ज़िला: _____ राज्य: _____ पिन कोड: _____

लैंडलाइन नंबर (एसटीडी कोड सहित): 000-0000000000

मोबाइल: 0000000000

ईमेल पता: _____

स्थायी निवास पता: ☐ पत्राचार पते के समान

सीमाचिह्न: _____

शहर: _____ ज़िला: _____ राज्य: _____ पिन कोड: _____

राजनीतिक रूप से उजागर व्यक्ति (PEP*) घोषणा:

क्या आप या प्रस्तावित आवेदकों में से कोई PEP या PEP का पारिवारिक सदस्य/निकट संबंधी/सहयोगी है? ☐ हाँ ☐ नहीं

यदि हाँ, कृपया विवरण दें (संबंध की प्रकृति और PEP द्वारा धारण की गई स्थिति): _____

*राजनीतिक रूप से उजागर व्यक्ति" (Politically Exposed Persons" (PEPs)) वे व्यक्ति हैं जिन्हें किसी विदेशी देश द्वारा प्रमुख सार्वजनिक कार्यों के लिए नियुक्त किया गया है, जैसे कि राष्ट्राध्यक्ष या सरकार प्रमुख, वरिष्ठ राजनेता, वरिष्ठ सरकारी/न्यायिक /सैन्य अधिकारी, राज्य-स्वामित्व वाली कंपनियों के वरिष्ठ कार्यकारी और प्रमुख राजनीतिक दलों के अधिकारी।

नामांकित व्यक्ति का विवरण #

	प्रथम नामांकित व्यक्ति 1	द्वितीय नामांकित व्यक्ति 2	तृतीय नामांकित व्यक्ति 3	चतुर्थ नामांकित व्यक्ति 4
नामांकित व्यक्ति का नाम				
नामांकित व्यक्ति की जन्म तिथि	दिन / माह / वर्ष	दिन / माह / वर्ष	दिन / माह / वर्ष	दिन / माह / वर्ष
नामांकन का प्रतिशत	____%	____%	____%	____%
प्रस्तावक से संबंध				
मोबाइल नंबर				
ईमेल आईडी				
वर्तमान पता				
स्थायी पता				
बैंक विवरण				
खाता संख्या				
आईएफएससी/एमआईसीआर कोड				
बैंक का नाम				
खाता धारक का नाम				

टिप्पणी: प्रस्तावक की मृत्यु की स्थिति में, पॉलिसी के तहत देय कोई भी भुगतान ऊपर निर्दिष्ट नामांकित व्यक्ति को पॉलिसी की शर्तों और नियमों के अनुसार देय होगा। पॉलिसी के अंतर्गत शामिल अन्य सभी व्यक्तियों के लिए, प्रस्तावक ही नामांकित व्यक्ति होंगे, जब तक कि अलग से सूचित न किया गया हो।

#यदि आप अधिक नामांकित व्यक्ति जोड़ना चाहते हैं, तो कृपया इस फॉर्म के साथ सूची संलग्न करें।

अभिभावक का विवरण (केवल तब भरें जब नामांकित व्यक्ति नाबालिग हो)

अभिभावक का नाम*	जन्म तिथि	आयु	नामांकित व्यक्ति से संबंध
बैंक विवरण			
खाता संख्या		आईएफएससी/एमआईसीआर कोड	
बैंक का नाम		खाता धारक का नाम	

***टिप्पणी:** एक नाबालिग को अभिभावक के रूप में घोषित नहीं किया जाना चाहिए।

बीमित किए जाने वाले व्यक्तियों का विवरण

बीमित संख्या	पूरा नाम (प्रथम, मध्य, अंतिम)	लिंग (पुरुष/महिला/तीसरा)	जन्म तिथि (दिन/माह/वर्ष)	प्रस्तावक से संबंध	ऊँचाई (फीट/इंच)	वजन (किलोग्राम)	ABHA ID
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							
6.							
7.							

मैं ABHA के माध्यम से Raheja QB/ TPA के साथ अपने चिकित्सा रिकॉर्ड साझा करने के लिए सहमत हूँ: ☐ हाँ ☐ नहीं

कृपया आधिकारिक वेबसाइट <https://healthid.ndhm.gov.in/register> पर जाकर अपना ABHA नंबर बनाएं और हमारे साथ साझा करें।

मौजूदा अन्य स्वास्थ्य बीमा पॉलिसियों का विवरण

क्या आपके पास Raheja QBE General Insurance Company Limited की मौजूदा स्वास्थ्य बीमा पॉलिसी है या आप किसी अन्य स्वास्थ्य बीमा पॉलिसी के अंतर्गत बीमित हैं? ☐ हाँ ☐ नहीं (यदि हाँ, तो कृपया नीचे दी गई तालिका में विवरण प्रदान करें)

बीमित व्यक्ति का नाम	पॉलिसी नंबर	बीमा की अवधि	बीमित राशि	पॉलिसी अवधि के दौरान दावा किया गया (हाँ/नहीं)

बीमा उत्पाद/योजनाओं का विवरण

चयनित बीमित राशि (Sum Insured): 50,000 to 10,00,000 (गुणकों में of 50,000)

योजना का प्रकार: ☐ व्यक्तिगत ☐ परिवार फ्लोटर

अवधि: 1 वर्ष पॉलिसी अवधि: _____ से _____ तक

क्या आप अपनी पॉलिसी दस्तावेजों की भौतिक प्रति प्राप्त करना चाहते हैं? ☐ हाँ ☐ नहीं

चिकित्सा और जीवनशैली की जानकारी

जहाँ लागू हो, बीमित व्यक्ति के लिए 'हाँ' पर टिक करें और विवरण सेक्शन B में दें:

अनुभाग A:

चिकित्सा इतिहास और जीवनशैली विवरण	हाँ/नहीं	बीमित संख्या
क्या आप किसी बीमारी या रोग से पीड़ित हैं	हाँ/नहीं	1/2/3/4/5/6/7
क्या आप किसी बीमारी या चोट के लिए दवाओं पर हैं?	हाँ/नहीं	1/2/3/4/5/6/7
क्या आपको पिछले 3 वर्षों में किसी चोट/बीमारी के इलाज के लिए अस्पताल में भर्ती किया गया है?	हाँ/नहीं	1/2/3/4/5/6/7
क्या आप शराब का सेवन करते हैं?	हाँ/नहीं	1/2/3/4/5/6/7
क्या आप धूम्रपान करते हैं?	हाँ/नहीं	1/2/3/4/5/6/7
क्या आप तंबाकू/अन्य उत्पादों का उपयोग करते हैं?	हाँ/नहीं	1/2/3/4/5/6/7

अनुभाग B:

चिकित्सा इतिहास और जीवनशैली विवरण	बीमित 1	बीमित 2	बीमित 3	बीमित 4	बीमित 5	बीमित 6	बीमित 7
बीमारी या रोग का विवरण							
किसी बीमारी या चोट के लिए दवाओं का विवरण							
पिछले 3 वर्षों में इलाज/अस्पताल में भर्ती का विवरण							
शराब की मात्रा प्रति सप्ताह (1 यूनिट = 30ml हार्ड लिंकर / 1 गिलास वाइन / 500ml बीयर)	1 यूनिट	1 यूनिट	1 यूनिट	1 यूनिट	1 यूनिट	1 यूनिट	1 यूनिट

धूमपान (प्रति दिन सिगरेट की संख्या)							
तंबाकू/अन्य उत्पाद (प्रति दिन पैकेट की संख्या, 1 पैकेट = 5 ग्राम)							

दावे की सेवाओं के लिए अपनी पसंदीदा तृतीय पक्ष प्रशासक (TPA) चुनें

क्रम संख्या	TPA का नाम	कोई एक चुनें
1.	मेडिअसिस्ट इंश्योरेंस टीपीए प्राइवेट लिमिटेड	☐
2.	पैरामाउंट हेल्थ सर्विसेज एंड इंश्योरेंस टीपीए प्राइवेट लिमिटेड	☐
3.	हेल्थ इंडिया इंश्योरेंस टीपीए सर्विस प्राइवेट लिमिटेड	☐

इलेक्ट्रॉनिक बीमा खाता (eIA)

क्या आप बीमा रिपॉजिटरी के **e-Insurance Account (eIA)** के माध्यम से इलेक्ट्रॉनिक पॉलिसी जारी करना चाहेंगे?

☐ हाँ ☐ नहीं

यदि आपके पास पहले से eIA है, तो विवरण दें:

a) बीमा रिपॉजिटरी का नाम

b) eIA खाता संख्या:

eIA में दर्ज नाम

यदि आपके पास eIA नहीं है, तो क्या आप खाता खोलना चाहेंगे?
यदि हाँ, तो कोई एक बीमा रिपॉजिटरी चुनें:
☐ हाँ ☐ नहीं

☐ CAMS रिपॉजिटरी सर्विसेज लिमिटेड

☐ एनएसडीएल डेटा मैनेजमेंट लिमिटेड

☐ कार्वी इंश्योरेंस रिपॉजिटरी लिमिटेड

☐ सेंट्रल इंश्योरेंस रिपॉजिटरी लिमिटेड

भुगतान विवरण

भुगतान विकल्प	☐ चेक ☐ डिमांड ड्राफ्ट ☐ फंड ट्रांसफर ☐ नकद ☐ डेबिट कार्ड ☐ क्रेडिट कार्ड ☐ ASBA (आवेदन समर्थित अवरुद्ध राशि)	दिनांक: दिन/माह/वर्ष
बैंक का नाम		राशि (रु.):
राशि (शब्दों में)		
खाता धारक का नाम:		

उपकरण संख्या:		उपकरण राशि:
UPI ID (यदि ASBA विकल्प चुना गया है):		
GSTIN (यदि एक से अधिक GSTIN हैं, तो कृपया विवरण के साथ परिशिष्ट संलग्न करें)		पैन नंबर (यदि प्रीमियम ₹1 लाख या उससे अधिक है):
भुगतान की आवृत्ति:	☐ मासिक ☐ त्रैमासिक ☐ अर्धवार्षिक ☐ वार्षिक	

कृपया रद्द किया गया चेक प्रदान करें यदि प्रीमियम NEFT / ECS / RTGS के माध्यम से भुगतान किया गया है।

ईसीएस (ECS) के लिए सहमति

मैं इलेक्ट्रॉनिक क्लियरिंग सुविधा का लाभ उठाना चाहता हूँ और इसके माध्यम से अपने स्वास्थ्य बीमा पॉलिसी के प्रीमियम को डेबिट करने के लिए अपनी बिना शर्त सहमति व्यक्त करता हूँ, जो प्रस्ताव फॉर्म संख्या xxxxxxxxxxxxxxx के तहत आवेदन की गई है, इलेक्ट्रॉनिक क्लियरिंग सिस्टम (ECS) में भागीदारी के माध्यम से।

मैं समझता हूँ और सहमत हूँ कि मेरे खाते से डेबिट की जाने वाली प्रीमियम राशि समय-समय पर बदल सकती है, जैसे कि पॉलिसी के अंतर्गत बीमित सबसे वरिष्ठ सदस्य की आयु वर्ग में परिवर्तन, समाप्त हो रही पॉलिसी के दावे का इतिहास, बीमाकर्ता द्वारा लागू प्रीमियम दरों में बदलाव, कर और अन्य वैधानिक शुल्कों के कारण। (कृपया नवीनीकरण के समय आयु परिवर्तन के कारण अनुमानित प्रीमियम विवरण के लिए बिक्री पुस्तिका देखें) दरों में बदलाव, कर और अन्य वैधानिक शुल्कों के कारण।

मैं यह घोषित करता हूँ कि दिए गए विवरण सही और पूर्ण हैं। मैं समझता हूँ और स्वीकार करता हूँ कि लेन-देन उस नियत तिथि पर किया जाएगा जिसे मैंने इस फॉर्म में चुना है, बशर्ते कि वह दिन कार्य दिवस हो। यदि लेन-देन में देरी होती है या गलत/अपूर्ण जानकारी के कारण प्रभावी नहीं होता है, तो मैं उपयोगकर्ता संस्था को जिम्मेदार नहीं ठहराऊँगा। मैंने इस ईसीएस डेबिट सेवा का लाभ उठाने के लिए लागू सभी नियम और शर्तें पढ़ी हैं और योजना के तहत प्रतिभागी के रूप में अपेक्षित जिम्मेदारी निभाने के लिए सहमत हूँ।

मैं/हम Raheja QBE General Insurance Company Ltd. के प्रतिनिधि को अधिकृत करता/करते हैं कि वह इस ईसीएस डेबिट मांडेट फॉर्म को मेरे/हमारे बैंक द्वारा सत्यापित और निष्पादित करवा सके।

स्थान:

तिथि: DD/MM/YYYY

प्रस्तावक/अधिकृत प्रतिनिधि के हस्ताक्षर #

केवल तब लागू होता है जब प्रस्तावक एक दिव्यांग व्यक्ति हो और उसने एक अधिकृत प्रतिनिधि नियुक्त किया हो।

रिफंड प्रक्रिया के लिए बैंक खाता विवरण

चेक केवल प्रस्तावक के नाम पर जारी किया जाएगा।

पॉलिसी रद्द होने की स्थिति में, यदि प्रीमियम क्रेडिट कार्ड के माध्यम से भुगतान किया गया था, तो रिफंड राशि सीधे क्रेडिट कार्ड खाते में जमा की जाएगी या रिफंड चेक के माध्यम से भुगतान किया जाएगा। यदि आप रिफंड/क्लेम को सीधे अपने बैंक खाते में क्रेडिट करने का विकल्प चुनते हैं, तो कृपया निम्नलिखित बैंक विवरण और रद्द किए गए चेक की प्रति प्रदान करें:

(रद्द किया गया चेक उसी बैंक खाते का होना चाहिए जिसमें रिफंड सीधे क्रेडिट किया जाना है।)

खाता धारक का नाम	
बैंक का नाम	
शाखा का नाम	
बैंक खाता संख्या	
आईएफएससी कोड	
एमआईसीआर कोड	

नोट: प्रस्तावक सहमत है और यह सुनिश्चित करता है कि बैंक खाता विवरण में किसी भी परिवर्तन की जानकारी Raheja QBE General Insurance Company Ltd को लिखित रूप में दी जाएगी।

स्थान:

तिथि: DD/MM/YYYY

प्रस्तावक/अधिकृत प्रतिनिधि के हस्ताक्षर[#]

[#] केवल तब लागू होता है जब प्रस्तावक एक दिव्यांग व्यक्ति हो और उसने एक अधिकृत प्रतिनिधि नियुक्त किया हो।

सभी प्रस्तावित बीमित व्यक्तियों की ओर से घोषणा और वारंटी

1. मैं/हम यह समझते हैं कि मेरे द्वारा प्रदान की गई जानकारी बीमा पॉलिसी का आधार बनेगी, यह बीमा कंपनी की बोर्ड द्वारा अनुमोदित अंडरराइटिंग नीति के अधीन है और पॉलिसी तभी प्रभावी होगी जब देय प्रीमियम की पूरी राशि प्राप्त हो जाएगी।
2. मैं/हम अपनी ओर से और सभी प्रस्तावित बीमित व्यक्तियों की ओर से यह घोषणा करते हैं कि ऊपर दिए गए कथन, उत्तर और/या विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सही और पूर्ण हैं और मैं/हम इन अन्य व्यक्तियों की ओर से प्रस्ताव करने के

लिए अधिकृत हैं। और ऐसी कोई अन्य जानकारी नहीं है जो मेरे या अन्य बीमित व्यक्तियों के बीमा आवेदन से संबंधित हो और जिसे आपको प्रकट नहीं किया गया हो।

3. मैं/हम आगे यह घोषणा करते हैं कि प्रस्ताव जमा करने के बाद लेकिन कंपनी द्वारा जोखिम स्वीकार करने से पहले बीमित जीवन/प्रस्तावक के व्यवसाय या सामान्य स्वास्थ्य में कोई परिवर्तन होने पर मैं/हम लिखित रूप में सूचित करेंगे।
4. मैं/हम कंपनी को मेरी प्रस्ताव से संबंधित जानकारी, जिसमें चिकित्सा रिकॉर्ड शामिल हैं, केवल प्रस्ताव अंडरराइटिंग और/या दावा निपटान के उद्देश्य से और किसी भी सरकारी और/या नियामक प्राधिकरण के साथ साझा करने के लिए अधिकृत करते हैं।
5. मैं/हम यह घोषणा और सहमति देते हैं कि कंपनी किसी भी अस्पताल से चिकित्सा जानकारी प्राप्त कर सकती है जिसने कभी बीमित जीवन/प्रस्तावक का इलाज किया हो या किसी पिछले या वर्तमान नियोक्ता से जो बीमित जीवन/प्रस्तावक के शारीरिक और मानसिक स्वास्थ्य को प्रभावित करता हो, और किसी भी बीमा कंपनी से जानकारी प्राप्त कर सकती है जहाँ बीमित जीवन/प्रस्तावक के लिए बीमा आवेदन किया गया हो, प्रस्ताव अंडरराइटिंग और/या दावा निपटान के उद्देश्य से।
6. मैं सहमत हूँ कि यह प्रस्ताव और घोषणाएँ मेरे और/या अन्य बीमित व्यक्तियों और रहेजा क्यूबीई जनरल इंश्योरेंस कंपनी लिमिटेड के बीच अनुबंध का आधार होंगे और मैं/हम और/या अन्य बीमित व्यक्ति पॉलिसी स्वीकार करने के लिए सहमत हैं, Raheja QBE General Insurance Company Ltd द्वारा निर्धारित शर्तों के अधीन होगी।
7. मैं सहमति और अनुमति देता हूँ कि Raheja QBE General Insurance Company Ltd किसी भी अस्पताल/चिकित्सक से चिकित्सा जानकारी प्राप्त कर सकती है जिसने कभी या भविष्य में किसी बीमारी या रोग के संबंध में मेरा इलाज किया हो, जो मेरे शारीरिक या मानसिक स्वास्थ्य को प्रभावित करता हो।
8. मैं/हम अपनी सहमति देते हैं कि मेरी/हमारी (सभी बीमित) चिकित्सा और व्यक्तिगत रिकॉर्ड/विवरण, जो मेरी/हमारी आयुष्मान भारत स्वास्थ्य खाता (ABHA) में उपलब्ध हैं, तक पहुँच प्राप्त करें और उन्हें तृतीय पक्ष प्रशासकों, पुनर्बीमाकर्ता (यदि लागू हो), Raheja QBE General Insurance Company Ltd के सेवा प्रदाताओं और/या किसी सरकारी और/या नियामक प्राधिकरण के साथ साझा करें, केवल मेरे/हमारे प्रस्ताव के अंडरराइटिंग और/या मेरे/हमारे द्वारा दर्ज किए गए दावों की प्रामाणिकता की जाँच करने और/या लागू कानून/नियमों का पालन करने के उद्देश्य से।
9. मैं यहाँ अपनी सहमति देता हूँ कि 'Raheja QBE General Insurance Company Ltd' को बीमा पॉलिसी के लिए देय प्रीमियम को BIMA ASBA सुविधा के तहत ब्लॉक करने और इस प्रस्ताव को स्वीकार करने पर मेरे बैंक खाते से डेबिट करने के लिए अधिकृत किया जाए। यदि प्रस्ताव स्वीकार नहीं किया जाता है, तो मैं केवल चिकित्सा परीक्षण पर हुए खर्चों को डेबिट करने और शेष राशि को अनब्लॉक करने के लिए सहमति देता हूँ। यदि प्रारंभिक प्रीमियम की ब्लॉक की गई राशि एकत्र किए जाने वाले प्रीमियम से कम है, तो मैं अंतर प्रीमियम राशि का भुगतान करने के लिए सहमत हूँ।
10. मैं/हम यह घोषणा करते हैं कि इस बीमा कवर को प्राप्त करने के लिए भुगतान किया गया प्रीमियम हमारे बैंक खाते से वैध धनराशि से है।

11. मैं/हम सहमत हूँ कि Raheja QBE द्वारा स्वागत कॉल / अंडरराइटिंग / सेवा कॉल या इस प्रस्ताव या Raheja QBE की मौजूदा पॉलिसी के संबंध में किसी अन्य संचार के लिए संपर्क किया जाए।

तिथि: DD/MM/YYYY

स्थान:

बीमा एजेंट / मध्यस्थ के हस्ताक्षर #

केवल तभी लागू होता है जब प्रस्तावक एक विकलांग व्यक्ति हो और जिसने एक अधिकृत प्रतिनिधि नियुक्त किया हो।

बीचस्थ घोषणा

मैं, _____ (पूरा नाम), एक बीमा सलाहकार / कॉर्पोरेट एजेंट के निर्दिष्ट व्यक्ति / ब्रोकर के अधिकृत कर्मचारी / रिलेशनशिप अधिकारी के रूप में यह घोषणा करता/करती हूँ कि मैंने इस प्रस्ताव फॉर्म की सभी सामग्री, जिसमें इसमें निहित प्रश्नों की प्रकृति शामिल है, प्रस्तावक को समझाई है, जिसमें उसके द्वारा दिए गए कथन, जानकारी और उत्तर शामिल हैं। मैंने समझाया है कि इस प्रस्ताव फॉर्म में दिए गए प्रश्नों के उत्तर या मांगी गई कोई भी जानकारी कंपनी और प्रस्तावक के बीच बीमा अनुबंध का आधार बनेगी, यदि कंपनी इस प्रस्ताव को स्वीकार करती है और पॉलिसी जारी करती है।

मैंने आगे यह भी समझाया है कि यदि इस प्रस्ताव फॉर्म / परिशिष्टों / हलफनामों / विवरणों / प्रस्तुतियों में कोई असत्य कथन / जानकारी / उत्तर शामिल है या प्रदान किया गया है / प्रदान किया जाना है, तो कंपनी को उन लाभों को बदलने का अधिकार होगा जो देय हो सकते हैं और यदि किसी महत्वपूर्ण तथ्य का खुलासा नहीं किया गया है, तो इस प्रस्ताव के आधार पर जारी की गई पॉलिसी को कंपनी द्वारा शून्य और अमान्य माना जा सकता है और पॉलिसी के तहत भुगतान किए गए सभी प्रीमियम कंपनी को जब्त किए जा सकते हैं।

लाइसेंस नंबर / आईडी (बीमा एजेंट / बीमा मध्यस्थ) :

तिथि: DD/MM/YYYY

स्थान:

बीमा एजेंट / मध्यस्थ के हस्ताक्षर

घोषणा जब प्रस्ताव फॉर्म प्रस्तावक के अलावा किसी अन्य व्यक्ति द्वारा भरा जाता है / प्रस्तावक स्थानीय भाषा में हस्ताक्षर करता है / प्रस्तावक निरक्षर है

मैं यह घोषणा करता/करती हूँ कि मैंने इस प्रस्ताव फॉर्म और 'Raheja QBE General Insurance Company Limited' से बीमा पॉलिसी प्राप्त करने से संबंधित सभी अन्य दस्तावेजों की सामग्री प्रस्तावक को पढ़कर सुनाई और समझाई है तथा प्रस्तावक ने पुष्टि की है कि उसने इसे समझ लिया है और वह इसके सभी नियम और शर्तों का पालन करने के लिए सहमत है।

मैं यह घोषणा करता/करती हूँ कि मैंने प्रस्तावक को उन प्रश्नों के उत्तर पूरी तरह समझाए हैं जो बीमा अनुबंध का आधार बनते हैं और इस फॉर्म की सामग्री भी प्रस्तावक को उसकी ज्ञात भाषा में समझाई है, कि मैंने प्रस्तावक द्वारा दिए गए उत्तरों को सही और सटीक रूप से दर्ज किया है और प्रस्तावक ने मेरी उपस्थिति में प्रस्ताव फॉर्म पर अपना अंगूठे का निशान लगाया है, सामग्री को पूरी तरह समझने के बाद। आगे, यह घोषणा पॉलिसी जारी करने या जोखिम स्वीकार करने की पुष्टि नहीं करती है।

मैं यह भी कहता/कहती हूँ कि फॉर्म और दस्तावेजों की सामग्री मुझे पूरी तरह समझाई गई है और मैंने प्रस्तावित अनुबंध के महत्व को पूरी तरह समझ लिया है।

स्थान

तिथि: DD/MM/YYYY

हस्ताक्षर / अंगूठे का निशान: प्रस्तावक के अधिकृत प्रतिनिधि का नाम और हस्ताक्षर#

केवल तब लागू होता है जब प्रस्तावक एक दिव्यांग व्यक्ति हो और उसने एक अधिकृत प्रतिनिधि नियुक्त किया हो।

एंटी-मनी लॉन्ड्रिंग विनियमों के अनुपालन के लिए घोषणा

मैं यह घोषणा करता/करती हूँ कि इस प्रस्ताव के अनुरूप प्रीमियम राशि मेरे/हमारे आय के कानूनी रूप से घोषित और आकलित स्रोतों से भुगतान की गई है और किसी अपराध से संबंधित आय से नहीं है, जो मनी लॉन्ड्रिंग रोकथाम अधिनियम, 2002 और उसके तहत बनाए गए नियमों के किसी अपराध से संबंधित हो।

मैं समझता/समझती हूँ कि "Raheja QBE General Insurance Company Limited" को दस्तावेज और जानकारी मांगने का अधिकार है ताकि धन के स्रोत की पुष्टि की जा सके और यह भी अधिकार है कि प्रस्ताव को अस्वीकार किया जाए या बीमा अनुबंध को एकतरफा समाप्त किया जाए और/या प्रीमियम राशि जब्त की जाए, यदि मुझे किसी मान्यता प्राप्त प्रतिबंध सूची में पाया जाता है या मैंने किसी कानून के प्रावधान का उल्लंघन किया है।

मैं/हम अपनी सहमति देते हैं कि Raheja QBE General Insurance Company Limited ('कंपनी') को मेरी/हमारी पहचान/पते का प्रमाण और बीमित व्यक्ति की पहचान/पते का प्रमाण केंद्रीय KYC रजिस्ट्री या UIDAI या किसी अन्य माध्यम से सत्यापित और प्राप्त करने की अनुमति दी जाए, KYC करने के उद्देश्य से।

स्थान

तिथि: DD/MM/YYYY

प्रस्तावक/अधिकृत प्रतिनिधि के हस्ताक्षर #

केवल तब लागू होता है जब प्रस्तावक एक दिव्यांग व्यक्ति हो और उसने एक अधिकृत प्रतिनिधि नियुक्त किया हो।

कृपया इस आवेदन के साथ एक 'पहचान प्रमाण' और एक 'पते का प्रमाण' दस्तावेज़ संलग्न करें।

निम्नलिखित दस्तावेज़ स्वीकार किए जाते हैं:

पहचान प्रमाण	पते का प्रमाण
पासपोर्ट	बैंक खाता विवरण जिसमें आवासीय पता हो (बीमा प्रारंभ तिथि से छह महीने से अधिक पुराना नहीं)
पैन कार्ड	बैंक खाता विवरण जिसमें आवासीय पता हो (बीमा प्रारंभ तिथि से छह महीने से अधिक पुराना नहीं)
ड्राइविंग लाइसेंस	बिजली का बिल
मतदाता पहचान पत्र	राशन कार्ड
मान्यता प्राप्त सार्वजनिक प्राधिकरण का पत्र	वैध लीज़ एग्रीमेंट और बीमा प्रारंभ तिथि से पूर्व तीन महीने की किराया रसीद
	नियोक्ता का प्रमाण पत्र
	मान्यता प्राप्त सार्वजनिक प्राधिकरण का पत्र

वैधानिक चेतावनी

छूट पर प्रतिबंध (बीमा अधिनियम 1938 की धारा 41 के तहत)

- कोई भी व्यक्ति सीधे या परोक्ष रूप से किसी व्यक्ति को भारत में जीवन या संपत्ति से संबंधित किसी भी प्रकार के जोखिम के लिए बीमा लेने, नवीनीकरण करने या जारी रखने के लिए किसी भी प्रकार की कमीशन या प्रीमियम पर छूट की पेशकश या अनुमति नहीं देगा, न ही कोई व्यक्ति पॉलिसी लेने, नवीनीकरण करने या जारी रखने के लिए ऐसी छूट स्वीकार करेगा, सिवाय उन छूटों के जो बीमाकर्ता के प्रकाशित प्रॉस्पेक्टस या तालिकाओं के अनुसार अनुमत हैं।
- इस धारा के प्रावधानों का पालन करने में किसी भी व्यक्ति द्वारा चूक करने पर उस पर ₹10 लाख तक का जुर्माना लगाया जा सकता है।