

प्रस्ताव फॉर्म - हेल्थ क्यूब (URN: HLT/PROP/RTL/01)

फॉर्म भरने के लिए दिशानिर्देश (प्रस्तावक द्वारा भरा जाना है)

- कृपया सभी प्रश्नों के उत्तर पूरी तरह और सही-सही दें। यदि कोई प्रश्न लागू नहीं होता है, तो स्पष्ट रूप से “लागू नहीं” लिखें। बीमा अत्यधिक सद्भावना (Utmost Good Faith) का अनुबंध है, जिसमें बीमित व्यक्ति का दायित्व है कि सभी महत्वपूर्ण तथ्यों का खुलासा करे और प्रस्ताव फॉर्म में पूछे गए किसी भी प्रश्न के उत्तर में कोई भी महत्वपूर्ण तथ्य न छिपाए।
- प्रस्ताव फॉर्म भरते समय कृपया सभी महत्वपूर्ण तथ्यों का खुलासा करें। यदि प्रस्ताव फॉर्म/व्यक्तिगत विवरण/घोषणा या संलग्न दस्तावेजों में किसी भी प्रकार का असत्य या गलत विवरण, गलत प्रस्तुति, विवरण का अभाव, किसी महत्वपूर्ण तथ्य का छूट जाना या जानबूझकर न बताना पाया जाता है, तो बीमाकर्ता के विकल्प पर पॉलिसी शून्य और अमान्य हो सकती है। ऐसी स्थिति में बीमाकर्ता पॉलिसी को रद्द कर सकता है।
- यदि प्रस्ताव फॉर्म के संबंध में कोई संदेह या स्पष्टीकरण आवश्यक हो, तो कृपया कंपनी के कार्यालय या उसके एजेंट से संपर्क करें।
- बीमा कंपनी की जिम्मेदारी तब तक प्रारंभ नहीं होती जब तक प्रस्ताव को औपचारिक रूप से स्वीकार नहीं किया जाता और कंपनी द्वारा पूरा प्रीमियम प्राप्त नहीं हो जाता।

केवल आधिकारिक उपयोग हेतु

प्रस्ताव संख्या :

मध्यस्थ कोड:

शाखा :

मध्यस्थ का नाम:

सेल्स चैनल: डायरेक्ट / एजेंसी

सेल्स मैनेजर नाम एवं कोड:

प्रस्तावक ग्राहक जानकारी

कृपया सभी विवरण **बड़े अक्षरों (CAPITAL LETTERS)** में भरें

प्रस्तावक का नाम (कृपया नाम के प्रत्येक भाग के बाद एक स्पेस छोड़ें)

श्री / श्रीमती / सुश्री : _____

जन्म तिथि: DD / MM / YYYY लिंग: पुरुष महिला तृतीय लिंग

वैवाहिक स्थिति:

अविवाहित विवाहित तलाकशुदा विधवा

व्यवसाय: वेतनभोगी स्व-नियोजित गृहिणी सेवानिवृत्त अन्य (कृपया उल्लेख करें) _____

व्यवसाय / कार्य की प्रकृति: _____

GST नंबर (यदि लागू हो): 12345678912345

राष्ट्रीयता: भारतीय एनआरआई अन्य (कृपया उल्लेख करें) _____

शैक्षणिक योग्यता: मैट्रिक से कम मैट्रिक ग्रेजुएट पोस्ट-ग्रेजुएट अन्य _____

वार्षिक आय: 5 लाख से कम 5-10 लाख 10-20 लाख 20 लाख और अधिक

क्या आप दिव्यांग (differently abled) हैं? हाँ नहीं यदि हाँ – दिव्यांगता का प्रकार: _____ दिव्यांगता प्रतिशत: _____

PAN कार्ड नंबर: XXXXX1234X

आधार नंबर: XXXX-XXXX-0000

CKYC / ड्राइविंग लाइसेंस / वोटर आईडी / पासपोर्ट / मनरेगा कार्ड नंबर: _____

प्रस्तावक का फोटोग्राफ

पत्राचार पता:

लैंडमार्क: _____

शहर: _____ जिला: _____ राज्य: _____ पिनकोड: _____

लैंडलाइन नंबर (STD कोड सहित): 000-0000000000

मोबाइल: 0000000000

ई-मेल पता: _____स्थायी निवास पता: पत्राचार पते के समान

लैंडमार्क: _____ शहर: _____ जिला: _____

राज्य: _____ पिनकोड: _____

क्या आप या प्रस्तावित किसी भी आवेदक का संबंध PEP* या PEP के परिवार सदस्य/निकट संबंधी/सहयोगी से है?

 हाँ नहीं यदि हाँ, कृपया विवरण दें (संबंध की प्रकृति और PEP द्वारा धारण किया गया पद):

* “राजनीतिक रूप से महत्वपूर्ण व्यक्ति” (PEPs) वे व्यक्ति होते हैं जिन्हें किसी विदेशी देश द्वारा प्रमुख सार्वजनिक पदों की ज़िम्मेदारी सौंपी जाती है, जिनमें राष्ट्राध्यक्ष या सरकार प्रमुख, वरिष्ठ राजनेता, वरिष्ठ सरकारी, न्यायिक या सैन्य अधिकारी, राज्य-स्वामित्व वाली कंपनियों के वरिष्ठ अधिकारी तथा प्रमुख राजनीतिक दलों के महत्वपूर्ण पदाधिकारी शामिल होते हैं।

NOMINEE DETAILS#

	पहला नामांकित व्यक्ति	दूसरा नामांकित व्यक्ति	तीसरा नामांकित व्यक्ति	चौथा नामांकित व्यक्ति
नामांकित व्यक्ति का नाम				
नामांकित व्यक्ति की जन्म तिथि	DD/MM/YYYY	DD/MM/YYYY	DD/MM/YYYY	DD/MM/YYYY
नामांकन का प्रतिशत	_____%	_____%	_____%	_____%
प्रस्तावक से संबंध				
मोबाइल नंबर				
ईमेल आईडी				
वर्तमान पता				
स्थायी पता				
बैंक विवरण				
खाता नंबर				
IFSC/MICR कोड				
बैंक का नाम				
खाता धारक का नाम				

प्रस्तावक की मृत्यु होने की स्थिति में, पॉलिसी के अंतर्गत देय कोई भी भुगतान, पॉलिसी की शर्तों और नियमों के अनुसार, ऊपर निर्दिष्ट नामांकित व्यक्ति को किया जाएगा।

पॉलिसी के अंतर्गत शामिल अन्य सभी व्यक्तियों के लिए, जब तक अलग से सूचित न किया जाए, प्रस्तावक ही नामांकित माना जाएगा।

यदि आप अधिक नामांकित व्यक्तियों को जोड़ना चाहते हैं, तो कृपया इस फॉर्म के साथ उनकी सूची संलग्न करें।

अभिभावी का विवरण (यह विवरण केवल तभी भरे जब नामांकित व्यक्ति नाबालिग हो)

अभिभावी का नाम*	जन्म तिथि	आयु	नामांकित व्यक्ति से संबंध
बैंक विवरण			
खाता नंबर		IFSC/MICR कोड	
बैंक का नाम		खाता धारक का नाम	

* नोट: नाबालिग को अभिभावी के रूप में घोषित नहीं किया जाना चाहिए।

बीमा उत्पाद / योजनाओं का विवरण

पॉलिसी का प्रकार	<input type="checkbox"/> व्यक्तिगत (Individual) <input type="checkbox"/> फैमिली फ्लोटर (Family Floater)
प्रस्तावित बीमाधारक	<input type="checkbox"/> स्वयं <input type="checkbox"/> पति/पत्नी <input type="checkbox"/> बच्चे <input type="checkbox"/> माता-पिता
योजना का प्रकार	<input type="checkbox"/> बेसिक प्लान <input type="checkbox"/> कॉम्प्रिहेंसिव प्लान <input type="checkbox"/> सुपर सेवर प्लान <input type="checkbox"/> आ ला कार्टे प्लान
आ ला कार्टे योजना में चुने गए ऐड-ऑन कवर	<input type="checkbox"/> सब-लिमिट वेवर <input type="checkbox"/> को-पे <input type="checkbox"/> सब-लिमिट वेवर एवं को-पे
चयनित सम बीमित (Sum Insured)	<input type="checkbox"/> 1 वर्ष <input type="checkbox"/> 2 वर्ष
प्रस्तावित पॉलिसी अवधि	DD / MM / YYYY
क्या आप अपनी पॉलिसी दस्तावेजों की भौतिक (हार्ड कॉपी) प्राप्त करना चाहते हैं? <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं	

बीमित किए जाने वाले व्यक्तियों का विवरण

बीमित संख्या	पूरा नाम (पहला, मध्य, अंतिम)	लिंग (पुरुष/महिला/तृतीय लिंग)	जन्म तिथि (दि/माह/वर्ष)	प्रस्तावक से संबंध	लंबाई (फीट/इंच)	वज़न (किलोग्राम)	ABHA नंबर
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							
6.							

मैं सहमत हूँ कि ABHA के माध्यम से अपने चिकित्सीय अभिलेख (Medical Records) Raheja QBE / TPA के साथ साझा करूँ।

हाँ नहीं

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

विद्यमान अन्य स्वास्थ्य बीमा पॉलिसियों का विवरण

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

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

चिकित्सीय और जीवनशैली संबंधी जानकारी

अनुभाग A: जहाँ लागू हो, कृपया बीमित के लिए 'हाँ' पर टिक करें और विवरण अनुभाग B में दें।

चिकित्सीय इतिहास और जीवनशैली विवरण	प्रस्तावित 1	प्रस्तावित 2	प्रस्तावित 3	प्रस्तावित 4,5,6
क्या आप किसी बीमारी या रोग से पीड़ित रहे हैं?	हाँ/नहीं	हाँ/नहीं	हाँ/नहीं	हाँ/नहीं
क्या आप किसी बीमारी या चोट के लिए कोई दवा ले रहे हैं?	हाँ/नहीं	हाँ/नहीं	हाँ/नहीं	हाँ/नहीं
क्या आपको पिछले 3 वर्षों में किसी चोट/रोग के इलाज के लिए निदान या अस्पताल में भर्ती किया गया था?	हाँ/नहीं	हाँ/नहीं	हाँ/नहीं	हाँ/नहीं
क्या आप शराब का सेवन करते हैं?	हाँ/नहीं	हाँ/नहीं	हाँ/नहीं	हाँ/नहीं
क्या आप धूम्रपान करते हैं?	हाँ/नहीं	हाँ/नहीं	हाँ/नहीं	हाँ/नहीं
क्या आप तंबाकू/अन्य उत्पादों का उपयोग करते हैं?	हाँ/नहीं	हाँ/नहीं	हाँ/नहीं	हाँ/नहीं

अनुभाग B:

चिकित्सीय इतिहास और जीवनशैली विवरण	बीमित 1	बीमित 2	बीमित 3	बीमित 4	बीमित 5	बीमित 6
बीमारी या रोग का विवरण						
किसी बीमारी या चोट के लिए दवाओं का विवरण						
पिछले 3 वर्षों में किसी चोट/रोग के इलाज के लिए निदान/अस्पताल में भर्ती का विवरण						
शराब की मात्रा (सप्ताह में यूनिट में) (1 यूनिट = 30 मि.ली. हार्ड लिकर / 1 गिलास वाइन / 500 मि.ली. बीयर)	1 unit					
धूम्रपान (प्रतिदिन सिगरेट की संख्या)						
तंबाकू/अन्य उत्पाद प्रतिदिन पैकेट की संख्या या मात्रा बताएं (1 पैकेट = 5 ग्राम)						

सामान्यतः मिलने वाले चिकित्सक का नाम, योग्यताएँ और पता:

कृपया हमें बताएं कि क्या कभी आपके जीवन, गंभीर बीमारी स्वास्थ्य या व्यक्तिगत दुर्घटना के बीमा कवर को अस्वीकार किया गया है। हाँ/नहीं

यदि हाँ, तो कृपया विवरण प्रदान करें: _____

इलेक्ट्रॉनिक बीमा खाता (eIA)	
क्या आप किसी बीमा रिपोज़िटरी के इलेक्ट्रॉनिक बीमा खाते (eIA) के माध्यम से इलेक्ट्रॉनिक पॉलिसी जारी करने का विकल्प चुनना चाहेंगे?*	<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं
यदि आपके पास पहले से eIA है, तो विवरण दें:	
a) बीमा रिपोज़िटरी का नाम	
b) eIA खाता संख्या	
c) eIA में दिखाए गए नाम	
यदि आपके पास eIA नहीं है, तो क्या आप खाता खोलना चाहेंगे?	
यदि हाँ, तो किसी एक बीमा रिपोज़िटरी का चयन करें:	<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/> CAMS रिपोज़िटरी सर्विसेज़ लिमिटेड <input type="checkbox"/> NSDL डेटा मैनेजमेंट लिमिटेड <input type="checkbox"/> कार्वि इंश्योरेंस रिपोज़िटरी लिमिटेड <input type="checkbox"/> सेंट्रल इंश्योरेंस रिपोज़िटरी लिमिटेड

दावा सेवाओं के लिए अपनी पसंदीदा थर्ड पार्टी एडमिनिस्ट्रेटर (TPA) चुनें

क्रमांक	TPA का नाम	कृपया किसी एक को चुनें
1.	मेडिअसिस्ट इंश्योरेंस टीपीए प्राइवेट लिमिटेड	<input type="checkbox"/>
2.	पैरामाउंट हेल्थ सर्विसेज़ एंड इंश्योरेंस टीपीए प्राइवेट लिमिटेड	<input type="checkbox"/>
3.	हेल्थ इंडिया इंश्योरेंस टीपीए सर्विस प्राइवेट लिमिटेड	<input type="checkbox"/>

भुगतान विवरण

भुगतान विकल्प	<input type="checkbox"/> चेक <input type="checkbox"/> डिमांड ड्राफ्ट <input type="checkbox"/> फंड ट्रांसफर <input type="checkbox"/> नकद <input type="checkbox"/> डेबिट कार्ड <input type="checkbox"/> क्रेडिट कार्ड <input type="checkbox"/> ASBA (ब्लॉकड अमाउंट द्वारा समर्थित आवेदन)	तारीख: दिन/महीना/वर्ष
बैंक का नाम		राशि (₹):
राशि (शब्दों में)		
खाता धारक का नाम:		
इंस्ट्रुमेंट नंबर:		इंस्ट्रुमेंट राशि:
UPI ID (यदि ASBA विकल्प चुना गया हो):		
GSTIN (यदि एक से अधिक GSTIN हैं, कृपया विवरण के साथ एक परिशिष्ट संलग्न करें)		PAN नंबर (यदि प्रीमियम 1 लाख और अधिक हो):
भुगतान आवृत्ति:	<input type="checkbox"/> मासिक <input type="checkbox"/> त्रैमासिक <input type="checkbox"/> अर्धवार्षिक <input type="checkbox"/> वार्षिक	

यदि प्रीमियम NEFT / ECS / RTGS के माध्यम से भुगतान किया गया है, तो कृपया रद्द किया गया चेक की एक प्रति प्रदान करें।

ECS के लिए सहमति

मैं इलेक्ट्रॉनिक क्लियरिंग सुविधा का उपयोग करना चाहता/चाहती हूँ और इसके माध्यम से अपनी स्वास्थ्य बीमा पॉलिसी के प्रीमियम को, प्रस्ताव पत्र संख्या xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx के अनुसार, इलेक्ट्रॉनिक क्लियरिंग सिस्टम (ECS) के तहत डेबिट करने के लिए अपनी बिना शर्त सहमति व्यक्त करता/करती हूँ।

मैं समझता/समझती हूँ और सहमत हूँ कि मेरी पॉलिसी के तहत सबसे वरिष्ठ सदस्य की आयु वर्ग में बदलाव, समाप्त हो रही पॉलिसी में दावों का इतिहास, बीमाकर्ता द्वारा लागू प्रीमियम दरों में परिवर्तन, कर और अन्य वैधानिक शुल्क जैसी कारणों से मेरे खाते से डेबिट होने वाली प्रीमियम राशि में अंतर हो सकता है। (नवीनीकरण के समय लागू आयु में बदलाव के कारण अनुमानित प्रीमियम विवरण के लिए कृपया बिक्री ब्रोशर देखें।)

मैं घोषणा करता/करती हूँ कि दिए गए विवरण सही और पूर्ण हैं। मैं समझता/समझती हूँ और स्वीकार करता/करती हूँ कि यह लेन-देन उस नियत तारीख को किया जाएगा जिसे मैंने इस फॉर्म में चुना है, बशर्ते कि प्रीमियम का भुगतान पॉलिसी पर किया गया हो (यदि वह दिन कार्यदिवस हो)। यदि जानकारी अधूरी या गलत होने के कारण लेन-देन में देरी होती है या यह पूरी तरह से प्रभावी नहीं होता है, तो मैं/हम उपयोगकर्ता संस्थान को जिम्मेदार नहीं ठहराएंगे।

मैं/हम उन सभी नियमों और शर्तों को पढ़ चुके हैं जो इस ECS डेबिट सेवा का लाभ लेने के लिए उपयोगकर्ता संस्थान से/के माध्यम से लागू होती हैं और सहमत हैं कि मैं/हम योजना के तहत प्रतिभागी के रूप में अपेक्षित जिम्मेदारियों का निर्वाह करेंगे।

मैं/हम Raheja QBE General Insurance Company Limited के प्रतिनिधि को, जो इस ECS डेबिट मंडेट फॉर्म को लेकर है, इसे मेरे/हमारे बैंक द्वारा सत्यापित और निष्पादित करने का अधिकार देते हैं।

स्थान:

तारीख: दिन/महीना/वर्ष

प्रस्तावक/अधिकृत प्रतिनिधि के हस्ताक्षर#

#केवल उन मामलों में लागू जहाँ प्रस्तावक विकलांग व्यक्ति है और उसने एक अधिकृत प्रतिनिधि नियुक्त किया है।

रिफंड प्रक्रिया के लिए बैंक खाता विवरण

चेक केवल प्रस्तावक के नाम पर जारी किया जाएगा।

यदि पॉलिसी रद्द की जाती है और प्रीमियम क्रेडिट कार्ड के माध्यम से भुगतान किया गया था, तो रिफंड राशि सीधे क्रेडिट कार्ड खाते में जमा की जाएगी या चेक के माध्यम से भुगतान किया जाएगा। यदि आप रिफंड/क्लेम की राशि सीधे अपने बैंक खाते में प्राप्त करना चाहते हैं, तो कृपया निम्नलिखित बैंक विवरण और रद्द किया गया चेक की एक प्रति प्रदान करें: (रद्द किया गया चेक उसी बैंक खाते का होना चाहिए जिसमें रिफंड सीधे जमा किया जाना है)।

खाता धारक का नाम	
बैंक का नाम	
शाखा का नाम	
बैंक खाता संख्या	
IFSC कोड	
MICR कोड	

सूचना: प्रस्तावक सहमत हैं और यह सुनिश्चित करते हैं कि बैंक खाता विवरण में किसी भी परिवर्तन के बारे में Raheja QBE General Insurance Company Limited को लिखित में सूचित करेंगे।

स्थान:

तारीख: दिन/महीना/वर्ष

प्रस्तावक/अधिकृत प्रतिनिधि के हस्ताक्षर#

#केवल उन मामलों में लागू जहाँ प्रस्तावक विकलांग व्यक्ति है और उसने एक अधिकृत प्रतिनिधि नियुक्त किया है।

सभी बीमित किए जाने वाले व्यक्तियों की ओर से घोषणा और वारंटी

- 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 केवल तब प्रभावी होगी जब प्रीमियम की पूरी राशि प्राप्त हो जाएगी।
- मैं/हम अपनी ओर से और सभी बीमित किए जाने वाले व्यक्तियों की ओर से घोषणा करते हैं कि मेरे द्वारा दी गई उपरोक्त जानकारी, उत्तर और/या विवरण मेरी/हमारी जानकारी के अनुसार सत्य और पूर्ण हैं, और मुझे/हमें इन अन्य व्यक्तियों की ओर से प्रस्ताव देने का अधिकार प्राप्त है। साथ ही, ऐसा कोई अन्य जानकारी नहीं है जो मेरे या अन्य बीमित व्यक्तियों के लिए बीमा आवेदन के संदर्भ में प्रासंगिक हो और जो आपको अभी तक प्रकट नहीं की गई हो।
- मैं/हम यह भी घोषणा करते हैं कि प्रस्ताव जमा करने के बाद लेकिन कंपनी द्वारा जोखिम स्वीकृति की सूचना देने से पहले, बीमित/प्रस्तावक के व्यवसाय या सामान्य स्वास्थ्य में किसी भी बदलाव की जानकारी मैं/हम लिखित रूप में सूचित करेंगे।
- मैं/हम कंपनी को अपने प्रस्ताव से संबंधित जानकारी, जिसमें चिकित्सीय 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 घोषणा करते हैं और सहमति देते हैं कि कंपनी किसी भी अस्पताल से, जिसने कभी बीमित/प्रस्तावक का उपचार किया हो, या किसी वर्तमान या पूर्व नियोक्ता से, बीमित/प्रस्तावक के शारीरिक और मानसिक स्वास्थ्य से संबंधित जानकारी प्राप्त कर सकती है, और किसी भी बीमा कंपनी से जानकारी मांग सकती है, जहां पर बीमित/प्रस्तावक के लिए बीमा आवेदन किया गया हो, केवल 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 'Raheja QBE General Insurance Company' के बीच अनुबंध का आधार होंगी, और मैं/हम और/या अन्य बीमित व्यक्ति 'Raheja QBE General Insurance Company' द्वारा निर्धारित शर्तों के अधीन पॉलिसी को स्वीकार करने के लिए सहमत हूँ।
7. मैं सहमति देता/देती हूँ और अधिकृत करता/करती हूँ कि 'Raheja QBE General Insurance Company' किसी भी अस्पताल/चिकित्सक से चिकित्सा जानकारी प्राप्त कर सकती है, जिसने कभी मेरे/मेरी देखभाल की हो या जो भविष्य में कर सकता है, किसी भी रोग या बीमारी के संबंध में, जो मेरे शारीरिक या मानसिक स्वास्थ्य को प्रभावित करती हो।
8. मैं/हम अपनी सहमति प्रदान करते हैं कि मेरी/हमारी (सभी बीमित) चिकित्सीय और व्यक्तिगत रिकॉर्ड/विवरण, जो मेरी/हमारी आयुष्मान भारत हेल्थ अकाउंट (ABHA) में उपलब्ध हैं, तक पहुँच प्राप्त की जा सकती है और इन्हें थर्ड पार्टी एडमिनिस्ट्रेटर, पुनर्बीमाकर्ता (यदि लागू हो), 'Raheja QBE General Insurance Company' के सेवा प्रदाता और/या किसी भी सरकारी और/या नियामक प्राधिकरण के साथ केवल मेरे/हमारे प्रस्ताव की अंडरराइटिंग, दावों की प्रामाणिकता जांच और/या लागू कानून/नियमों के अनुपालन के उद्देश्य से साझा किया जा सकता है।
9. मैं अपनी सहमति देता/देती हूँ कि 'Raheja QBE General Insurance Company' को BIMA ASBA सुविधा के तहत उक्त बीमा पॉलिसी के लिए लागू प्रीमियम को ब्लॉक करने और इस प्रस्ताव की स्वीकृति पर मेरे बैंक खाते से डेबिट करने के लिए अधिकृत किया जाता है। यदि प्रस्ताव स्वीकृत नहीं होता है, तो मैं सहमति देता/देती हूँ कि केवल चिकित्सा परीक्षण में हुए खर्चों को डेबिट किया जाए और शेष राशि अनब्लॉक की जाए। यदि प्रारंभिक प्रीमियम राशि ब्लॉक की गई प्रीमियम राशि से कम है, तो मैं अंतर की राशि का भुगतान करने के लिए सहमत हूँ।
10. मैं/हम घोषणा करते हैं कि इस बीमा कवर के लिए भुगतान किए गए प्रीमियम का स्रोत हमारे बैंक खाते से वैध फंड है।
11. मैं/हम सहमत हैं कि Raheja QBE हमें वेलकम कॉल, अंडरराइटिंग/सेवा कॉल या इस प्रस्ताव या Raheja QBE की किसी मौजूदा पॉलिसी से संबंधित किसी भी अन्य संचार के लिए संपर्क कर सकता है।

तारीख: दिन/महीना/वर्ष

स्थान:

प्रस्तावक/अधिकृत प्रतिनिधि के हस्ताक्षर#

#केवल उन मामलों में लागू जहाँ प्रस्तावक विकलांग व्यक्ति है और उसने एक अधिकृत प्रतिनिधि नियुक्त किया है।

मध्यस्थ घोषणा

मैं, _____ (पूरा नाम), अपने पद के रूप में एक बीमा सलाहकार/कॉर्पोरेट एजेंट का निर्दिष्ट व्यक्ति/ब्रोकरेज के अधिकृत कर्मचारी/रिलेशनशिप ऑफिसर, यह घोषणा करता/करती हूँ कि मैंने इस प्रस्ताव फॉर्म की सभी सामग्री, इसमें शामिल प्रश्नों की प्रकृति सहित, प्रस्तावक को समझा दी है। इसमें प्रस्तावक द्वारा इस फॉर्म में दिए गए कथन, जानकारी और उत्तर शामिल हैं। मैं यह भी समझा चुका/चुकी हूँ कि इस फॉर्म में दी गई जानकारी या विवरण (चाहे वह अंश, शपथ पत्र, कथन या प्रस्तुतियाँ हों) कंपनी और प्रस्तावक के बीच बीमा अनुबंध का आधार बनेगी यदि कंपनी इस प्रस्ताव को पॉलिसी जारी करने के लिए स्वीकार करती है।

मैंने आगे यह भी स्पष्ट किया कि यदि इस प्रस्ताव फॉर्म/सहायक दस्तावेजों में कोई असत्य कथन/जानकारी/उत्तर शामिल है, तो कंपनी को उन लाभों को बदलने का अधिकार होगा जो देय हो सकते हैं। इसके अलावा, यदि कोई महत्वपूर्ण तथ्य का खुलासा नहीं किया गया है, तो इस प्रस्ताव के तहत प्रस्तावक के पक्ष में जारी की गई पॉलिसी को कंपनी शून्य और अमान्य मान सकती है और पॉलिसी के तहत सभी भुगतान किए गए प्रीमियम कंपनी के पास जब्त किए जा सकते हैं।

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

तारीख: दिन/महीना/वर्ष

स्थान:

बीमा एजेंट / मध्यस्थ के हस्ताक्षर

घोषणा जब प्रस्ताव फॉर्म किसी अन्य व्यक्ति द्वारा भरा गया हो / प्रस्तावक स्थानीय भाषा में हस्ताक्षर करता हो / प्रस्तावक निरक्षर हो

मैं यह घोषणा करता/करती हूँ कि मैंने इस प्रस्ताव फॉर्म और 'Raheja QBE General Insurance Company Limited' से बीमा पॉलिसी लेने से संबंधित सभी अन्य दस्तावेजों की सामग्री प्रस्तावक को पढ़कर समझाई है और प्रस्तावक ने पुष्टि की 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 उत्तरों की पूरी जानकारी दी है जो बीमा अनुबंध का आधार बनते हैं, और मैंने इस फॉर्म की सामग्री प्रस्तावक को ऐसी भाषा में समझाई है जिसे मैं जानता/जानती हूँ। मैंने प्रस्तावक द्वारा दिए गए उत्तरों को सत्य और सही रूप में रिकॉर्ड किया है और प्रस्तावक ने मेरी उपस्थिति में फॉर्म पर अपनी अंगूठा छाप लगाई है, जिसके बाद उसने सामग्री को पूरी तरह समझा। आगे, यह घोषणा पॉलिसी जारी होने या जोखिम स्वीकार करने की पुष्टि नहीं करती।

मैं यह भी घोषणा करता/करती हूँ कि मुझे इस फॉर्म और दस्तावेजों की सामग्री पूरी तरह समझा दी गई है और मैंने प्रस्तावित अनुबंध के महत्व को पूरी तरह समझ लिया है।

स्थान

तारीख: दिन/महीना/वर्ष

प्रस्तावक/अधिकृत प्रतिनिधि के हस्ताक्षर#

#केवल उन मामलों में लागू जहाँ प्रस्तावक विकलांग व्यक्ति है और उसने एक अधिकृत प्रतिनिधि नियुक्त किया है।

मनी लॉन्ड्रिंग विरोधी नियमों के अनुपालन के लिए घोषणा

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

मैं समझता/समझती हूँ कि “Raheja QBE General Insurance Company Limited” को मेरे/हमारे फंड स्रोत की पुष्टि के लिए दस्तावेज़ और जानकारी मांगने का अधिकार है और यदि मैं/हम किसी मान्यता प्राप्त प्रतिबंध सूची में नामित पाए जाते हैं या किसी कानून का उल्लंघन करते हैं, तो कंपनी को उक्त प्रस्ताव को अस्वीकार करने, बीमा अनुबंध को एकतरफा समाप्त करने और/या प्रीमियम राशि जब्त करने का अधिकार है।

मैं/हम 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, UIDAI या किसी अन्य माध्यम से सत्यापित और प्राप्त करने के लिए सहमति प्रदान करते हैं, ताकि KYC प्रक्रिया पूरी की जा सके।

स्थान

तारीख: दिन/महीना/वर्ष

प्रस्तावक/अधिकृत प्रतिनिधि के हस्ताक्षर#

#केवल उन मामलों में लागू जहाँ प्रस्तावक विकलांग व्यक्ति है और उसने एक अधिकृत प्रतिनिधि नियुक्त किया है।

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 PAN कार्ड ड्राइवर का लाइसेंस मतदाता पहचान पत्र मान्यता प्राप्त सार्वजनिक प्राधिकरण से पत्र	टेलीफोन/मोबाइल बिल, बीमा प्रारंभ होने की तारीख से छह महीने से पुराना नहीं होना चाहिए बैंक खाता विवरण जिसमें आवासीय पता हो, बीमा प्रारंभ होने की तारीख से छह महीने से पुराना नहीं होना चाहिए बिजली बिल राशन कार्ड वैध पट्टा समझौता साथ में पिछले 3 महीनों का किराया रसीद नियोक्ता का प्रमाण पत्र मान्यता प्राप्त सार्वजनिक प्राधिकरण से पत्र

कानूनी चेतावनी

रिबेट का निषेध (बीमा अधिनियम 1938 की धारा 41 के तहत)

- कोई भी व्यक्ति सीधे या अप्रत्यक्ष रूप से किसी भी व्यक्ति को यह प्रेरित करने के लिए कि वह किसी जीवन या संपत्ति से संबंधित किसी भी प्रकार के जोखिम के लिए भारत में बीमा ले या नवीनीकरण करे या जारी रखे, पूरे या आंशिक आयोग की किसी भी छूट या पॉलिसी पर दिखाए गए प्रीमियम की किसी भी छूट की पेशकश नहीं कर सकता और न ही कोई व्यक्ति जो पॉलिसी ले रहा है, उसका नवीनीकरण कर रहा है या जारी रख रहा है, कोई छूट स्वीकार कर सकता है, सिवाय उन छूटों के जो बीमाकर्ता की प्रकाशित प्रस्तावना या तालिकाओं के अनुसार अनुमत हों।
- इस खंड के प्रावधानों का पालन न करने वाला कोई भी व्यक्ति दस लाख रुपये तक के दंड के लिए उत्तरदायी होगा।