



फार्म क्र. ३०० (स. शो./Rev2015) / FORM NO. 300 (Rev 2015)

स्वजीवन बीमा प्रस्ताव पत्र
(अवयस्कों के बीमा के लिए इसका उपयोग न करें)

PROPOSAL FOR INSURANCE ON OWN LIFE
(Not to be used for insurance on the lives of Minors)

(जीवन बीमा निगम अधिनियम, 1956 द्वारा संस्थापित) / (Established by the Life Insurance Corporation Act, 1956)

नवीनतम
पासपोर्ट
आकार फोटो
Latest
Passport
Size
Photo

आप एलआईसी पोर्टल के साथ पंजीकृत हैं : हाँ / नहीं / Are you registered with LIC Portal: Yes /No यदि हाँ, ग्राहक आईडी दें / If yes, give Customer - ID:	आवक सं. Inward No.	दिनांक Date
अगर नहीं तो, अपना ईमेल आईडी दें / If no, give your E-mail ID:		

अभिकर्ता द्वारा भरा जाये / To be filled by Agent:			कार्यालय के उपयोगार्थ / For Office use:		
मंडल : Division:	शाखा कार्यालय : Branch Office:	वि.अ /सी एल.आए.ए. संकेत क्र./उपदेशक और मोबाइल नंबर. D.O. / CLIA Code No / Mentor & Mobile No.:	प्रस्ताव सं. : Proposal no.:		
अभिकर्ता/एफ.एस.ई./डी.एस.ई./सुप. अभिकर्ता का नाम और मोबाइल नंबर. Agent's/FSE's/DSE's/Sup Agent's Name & Mobile No.:			पॉलिसी सं. : Policy no.:		
अभिकर्ता/एफ.एस.ई./डी.एस.ई./सुप. अभिकर्ता की संकेत सं. Agent's/FSE's/DSE's/Sup Agent's Code No.:			जमा राशि : Amount of Deposit:		
	अनुज्ञापि संख्या: Licence No.:	समाप्ति तिथि: Date of Expiry:	शा.का.सं. सं. : B O C No.:		
			दिनांक Date:		

(सभी उत्तर स्पष्ट लिखने चाहिये । उत्तर शब्दों में देने चाहिए । रेखा, बिन्दु या अन्य किसी प्रकार के रूप में उत्तर स्वीकार नहीं किए जायेंगे)
(All answers to be filled in legibly. Answers must be given in words. Strokes of the pen or dots or dashes will not be accepted as replies)

1.	पूरा नाम (कुल नाम प्रथम) एवं पत्राचार का पता । Full Name(Surname First) & Address to which communications are to be sent	बीमे का उद्देश्य : Object of Insurance:
	पता : Add.	राष्ट्रियता Nationality
	दूरभाष क्रमांक (एसटीडी सहित) / Tel.: (With STD Code):	जन्मस्थान : / Place of Birth
	घर : / Res.:	लिंग: पु <input type="checkbox"/> म <input type="checkbox"/> अ <input type="checkbox"/> Gender M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/>
	ई-मेल: / e-mail.	निकटतम वर्षगांठ पर आयु ____ Age (nearer birthday) ____ yrs
2क.(A)	स्थायी पता (अगर उल्लिखित से अलग हो) / Residential address, if different from above:	जन्म तिथि / Date of Birth:
	प्रस्तुत आयु-प्रमाण का स्वरूप Nature of Age-Proof submitted:	
	राक्षिप्त नाम / Short Name:	पिता का पूरा नाम (कुलनाम प्रथम) / Father's Full name (Surname First)
2ख.(B)	नामित व्यक्ति का पूरा नाम (कुलनाम प्रथम) एवं पता Nominee's Full name(Surname first) and address	आयु Age
	आयु	आप से सम्बन्ध / Relationship to yourself
	अगर नामित व्यक्ति अवयस्क है, तो नियुक्त व्यक्ति का पूरा नाम एवं पता If Nominee is a minor, appointee's full name and address	आयु
	नामित व्यक्ति के साथ सम्बन्ध Relationship to nominee	सहमति के स्वरूप में नियुक्त व्यक्ति के हस्ताक्षर Signature of Appointee as token of consent

नोट : यह प्रस्तावक के हित में है कि वह नामांकन सुविधा का उपयोग Note: It is in the interest of the proposer to avail of the facility of nomination

3.	योजना और अवधि Plan & Term	प्रस्तावित बीमा राशि Sum Proposed	अवधि राईडर बीमा राशि (यदि प्रस्तावित हो तो) Term Rider Sum Proposed (if required)	गंभीर बीमारी राईडर बीमा राशि (यदि प्रस्तावित हो तो) Critical Illness Rider Sum Proposed (if required)	क्या दुर्घटना हितलाभ चाहते हैं? Is Accident Benefit Rider required?	यदि पॉलिसी का प्रारम्भ किसी पिछली तिथि से चाहते हैं। तो तिथि व्यक्त करें। If policy is to be dated back, indicate date	जमा राशि Amount deposited
	भुगतान विधि (वार्षिक, अर्धवार्षिक, तिमाही, मासिक या. वे. व. यो.) Mode (Yearly, Half-yearly, Quarterly, Monthly or under SSS)			भुगतान प्राधिकारी सं. Paying Authority code		विभाग क्र. Dept No.	बैज अथवा वे. क्र. Badge or SR No
4क (A)	वर्तमान व्यवसाय / Present occupation			कार्य का यथार्थ स्वरूप / Exact nature of duties			
4ख (B)	वर्तमान नियोजक का नाम / Name of Present Employer			उसके साथ सेवा की अवधि / Length of service with him			
4ग (C)	क्या आप का व्यवसाय किसी विशेष जोखिम से संबंधित है? या आप किसी खतरनाक गतिविधियों में भाग लेते हैं? या आपके शौक किसी प्रकार से खतरनाक हो सकते हैं? यदि हाँ तो विवरण दें. Is your occupation associated with any specific hazard or do you take part in hazardous activities or have hobbies that could be dangerous in any way? If yes give details.						
4घ (D)	क्या आप राजनीतिक रूप से सज्ज व्यक्ति हैं? (आरबीआई निर्देशनों के अनुसार पीईपी) Are you a Politically Exposed Person? (PEP as per RBI Guidelines)						
5.	शैक्षणिक योग्यता Educational Qualification	वार्षिक आय ₹ Annual Income ₹	आय के साधन Sources of Income		क्या आप आयकर दाता हैं? Are you an Income-Tax Assessee?		
					पैन संख्या : PAN No: आधार कार्ड संख्या : Aadhar Card No:		
6.	यदि आप सेना के कर्मचारी हैं तो कृपया निम्न का उल्लेख करें: / If you are employed in the Armed Forces please state:						
	सेना की विंग जिससे आप संबंधित हैं Wing to which you belong	पद (रैंक) Rank therein	विगत स्वास्थ्य परीक्षा की तिथि Date of last Medical Examination	स्वास्थ्य परीक्षा के बाद स्वास्थ्य श्रेणी Medical category after Medical Examination	क्या आप कभी श्रेणी ए-1 के नीचे स्तर पर रहे हैं? अगर रहे हैं तो कब? Were you ever below A-1 category? If so, when?		
7.	क्या निम्न के किसी कार्यालय को या अन्य किसी बीमाकर्ता को आपका जीवन बीमा का कोई अन्य प्रस्ताव पत्र या आपके जीवन बीमा पॉलिसी के पुनर्जीवन से संबंधित कोई प्रार्थना-पत्र प्रस्तुत किया गया है? अगर हाँ तो विवरण दें। Is your life now being proposed for another assurance or an application for revival of a policy on your life or any other proposal under consideration in any office of the Corporation or to any other insurer? If yes, give details						
5क (A)	क्या निम्न के किसी कार्यालय को या अन्य किसी बीमाकर्ता को आपका जीवन बीमा का कोई प्रस्ताव पत्र (या जीवन बीमा पॉलिसी पुनर्जीवन से संबंधित) कोई प्रार्थना-पत्र कभी भी प्रस्तुत किया गया है: Has a proposal (or an application for revival of a policy) on your life made to any office of the Corporation or to any other insurer ever been:				उत्तर 'हाँ' या 'नहीं' में दीजिए Answer 'YES' or 'NO'	यदि उत्तर 'हाँ' है तो पूरा विवरण दीजिए If yes, give details	
	क) वापस ले लिया, संभाल, स्थगित या अस्वीकृत कर दिया गया है? a) Withdrawn, Deferred, Dropped or Declined?						
	ख) अतिरिक्त प्रीमियम या गलन के साथ स्वीकृत किया गया है? b) Accepted with Extra Premium or Lien?						
	ग) प्रस्तावित शर्तों के अतिरिक्त अन्य शर्तों पर स्वीकृत किया गया है? c) Accepted on terms other than those proposed?						
5ख (B)	क्या आपने पिछले वर्ष में कोई निम्न की पॉलिसी, स्वीकृत नहीं होने के कारण वापस की है? यदि हाँ तो विवरण दें. Have you during the past one year returned any policy of the Corporation as the same was not acceptable to you? If yes, give details:						

9. अपनी सभी पिछली पॉलिसियों का विवरण नीचे दीजिए (पिछले तीन वर्षों में समाप्त एवं कालातीत पॉलिसियों सहित)
Please give details of your previous insurance (including policies surrendered / lapsed during last 3 years)

पॉलिसी संख्या Policy number	बीमा कंपनियों पते सहित जहाँ से पिछली पॉलिसी/पॉलिसियाँ खरीदी गई हैं (यदि पिछली पॉलिसियाँ एलआईसी ऑफ इंडिया की हैं तो शाखा/मं का का नाम दें) Insurance Companies from where the previous policy/policies have been purchased with address (if previous policies are from LIC of India, give name of Branch/Divisional Office)	तालिका एवं अवधि Table & Term	मूल योजना का बीमाघन Sum Assured On Main Plan	अवधि बीमा राईडर बीमा राशि Term Assurance Rider Sum Assured	गंभीर बीमारी राईडर बीमा राशि Critical Illness Rider Sum Assured	दुर्घटना हितवाम राईडर की बीमा राशि Amount of Accident Benefit Rider taken	आरंभ तिथि Date of Commencement	क्या प्रस्तावित किये के अनुसार साधारण दर पर स्वीकृत यदि नहीं तो विवरण दें Whether accepted as proposed at ordinary rates? if not give details	चिकित्सा या निना चिकित्सा Medical Or Non Medical	क्या पूरे बीमा घन के लिए चकू है? Whether in force for full Sum Assured	यदि नहीं तो अन्तिम चुकता किया या आयोजना की तिथि If not, give due date of last Premium paid or date of surrender

विशेष : यदि पिछले तीन वर्षों के अन्दर कोई पॉलिसी कालातीत हो गई या चुकता पॉलिसी में परिवर्तित करा दी गई हो तो निम्न कोई नया प्रस्ताव पत्र स्वीकार नहीं करता है।
N.B.: Corporation does not entertain any fresh proposal for insurance where a policy has lapsed or has been converted into paid up policy within the last 3 years

10. पारिवारिक इतिवृत्त / Family History

पारिवारिक इतिवृत्त / Family History	जीवित / Living		मृत / Dead	
	आयु / Age	स्वास्थ्य स्थिति / State of Health	मृत्यु के समय आयु / Age at death	मृत्यु का कारण / Cause of death
पिता / Father				
माता / Mother				
भाई / Brothers जीवित / Living मृत / Dead				
बहनें / Sisters जीवित / Living मृत / Dead				
पत्नी/पति / Wife/Husband				
बच्चे / Children जीवित / Living मृत / Dead				

11. वैयक्तिक इतिवृत्त / Personal History

उत्तर 'हाँ' या 'नहीं' में दीजिए Answer 'YES' or 'NO'	यदि उत्तर 'हाँ' में हो तो पूरा विवरण दीजिए If 'Yes', please give full details
क) क्या आपने पिछले पाँच वर्षों के भीतर किसी ऐसी बीमारी के लिये जिसमें एक सप्ताह से अधिक समय तक उपचार की आवश्यकता रही हो, किसी चिकित्सक से परामर्श किया है? a) During the last five years did you consult a Medical Practitioner for any ailment requiring treatment for more than a week?	
ख) क्या आपको कभी सामान्य जाँच, देखभाल, उपचार या किसी प्रकार की शल्य चिकित्सा के लिए किसी अस्पताल या नर्सिंग होम में दाखिल किया गया है? b) Have you ever been admitted to any hospital or nursing home for general check up, observation, treatment or operation?	
ग) क्या आप पिछले पाँच वर्षों के दौरान स्वास्थ्य के आधार पर अपने कार्य से अनुपस्थित रहे हैं? c) Have you remained absent from place of work on grounds of health during the last 5 years?	
घ) क्या आप यकृत, पेट, हृदय, फेफड़े, गुर्दा, मस्तिष्क एवं स्नायुमण्डल संबंधित किसी रोगों से कभी पीड़ित रहे हैं या इस समय पीड़ित हैं? d) Are you suffering from or have you ever suffered from ailments pertaining to Liver, Stomach, Heart, Lungs, Kidney, Brain or Nervous system?	
ड) क्या आप मधुमेह, शय, उच्च या निम्न रक्त चाप, कैंसर, मिरगी, अंत्रवृद्धि, जलरोग, कोढ़ एवं किसी अन्य रोग से पीड़ित रहे हैं या इस समय पीड़ित हैं? e) Are you suffering from or have you ever suffered from Diabetes, Tuberculosis, High Blood Pressure, Low Blood Pressure, Cancer, Epilepsy, Hernia, Hydrocele, Leprosy or any other disease?	
च) क्या आपके शारीरिक बनावट में कोई त्रुटि या दोष है? f) Did you ever have any bodily defect or deformity?	
छ) क्या आप कभी दुर्घटनाग्रस्त हुए हैं या आपको चोट लगी है? g) Did you ever have any accident or injury?	

ज) क्या आप निम्न में से किसी का उपयोग करते हैं, अथवा किया है? h) Do you use or have you ever used:					
(i) मद्यपान / Alcoholic drinks					
(ii) नशीले पदार्थ / Narcotics					
(iii) अन्य कोई मादक द्रव्य / Any other drugs					
(iv) किसी भी रूप में तम्बाकू / Tobacco in any form					
झ) सामान्यतः आपके स्वास्थ्य की स्थिति कैसी है? i) What has been your usual state of health ?					
झ) क्या आप या आप का पार्टनर/जीवन साथी को कभी हेपेटाइटिस बी या एड्स से संबंधित स्थिति में किसी चिकित्सकीय सलाह, इलाज या जाँच करने की आवश्यकता पड़ी है ? या वर्तमान में आप इन बीमारियों के लिए उपचार ले रहे हैं ? j) Have you or your partner / spouse ever required or at present availing / undergoing medical advice, treatment or tests in connection with Hepatitis B or AIDS related condition?					
12.	बिना चिकित्सा मामलों में कृपया सही ऊँचाई रोमी में एवं वजन कि. ग्रा. में लिखें (बिना जूते) In non-medical cases, please state exact Height in Cms, and Weight in Kgs. (without shoes)	कट (सेमी में) Height (in cms)	वजन (किग्रा में) Weight (in Kgs)		
महिला प्रस्तावको हेतु / FOR FEMALE PROPONENT					
13ग.(A)	क्या आप गर्भवती हैं? Are you pregnant now?	अंतिम प्रसव तिथि Date of last delivery	क्या आपको कभी गर्भपात या गर्भस्त्राव या सिजेरियन हुआ था? यदि हाँ तो विवरण दीजिए। Have you had any abortion or miscarriage or Cesarean section? If so, give details	पिछले मासिक धर्म की तिथि लिखिये। Date of last Menstruation	
13ग.(B)	पति का पूरा नाम / Husband's full name				
	उनका व्यवसाय / His Occupation				
	उनकी वार्षिक आय / His annual Income				
13ग.(C)	पति के बीमे से सम्बन्धित विवरण दीजिए / Details of Husband's Insurance				
	पॉलिसी संख्या Policy number	बीमा कंपनियों पते सहित जहाँ से पिछली पॉलिसी/पॉलिसियाँ खरीदी गई हैं (यदि पिछली पॉलिसियाँ एलआईसी ऑफ इंडिया की हैं तो शाखा/मं. का. का नाम दें) Insurance companies from where the previous policy/policies have been purchased with address (if previous policies are from LIC of India, give name of Branch / D.O.)	बीमा धन Sum Assured	तालिका एवं अवधि Table & Term	पॉलिसी की वर्तमान स्थिति Present status of the policy
14.	क्या आपने प्रस्तावित योजना के नियम तथा शर्तों को पूर्णतः समझ लिया है? Have you understood fully the terms & conditions of the plan you propose to take?		हाँ / नहीं Yes / No		
15.	क्या हमारे अभिकर्ता ने आपको प्रस्तावित योजना की नियम व शर्तें समझायी हैं ? Whether the terms & conditions of the proposed plan have been explained to you by the Agent?		हाँ / नहीं Yes / No		
16.	कृपया बेहतर सेवा देने हेतु निम्नलिखित जानकारी दें। / Please provide the following information to help us to serve you better आपके बैंक खाते का विवरण: / Bank Account details: _____				
	क) खाते का प्रकार-बचत / बालू. a) Type of Account-Saving / Current:	उ) आपके बैंक का नाम और पता e) Name and Address of your bank:			
	ख) आपके खाते का क्रमांक b) Your Account No.:				
	ग) बैंक अंकवाला एमआईसीआर: c) 9 Digit MICR:				
	घ) आईएफएस सी कोड: d) IFS Code:				
रद्द किए हुए धनादेश या धनादेश की एक छाया-- प्रति इस प्रपत्र के साथ संलग्न करें। / Attach a photocopy or cancelled cheque with the form.					

प्रस्तावक द्वारा घोषणा / DECLARATION BY THE PROPOSER

मैं _____ भारतीय जीवन बीमा निगम को प्राधिकार देता हूँ कि यूनिक आइडीएआई (यूआईडीएआई) से आधार के मेरे केवाईसी विवरण ले ले.

मैं _____ जिसे इसमें जीवन बीमा के लिए प्रस्तावित किया गया है, एतद्वारा घोषणा करता हूँ कि उपरोक्त प्रश्नों के उत्तर मेरे द्वारा प्रश्नों को पूरी तरह समझ लेने के बाद दिए गए हैं और वह सही है तथा प्रत्येक विवरण पूर्ण है और मैंने कोई सूचना छिपाई नहीं है। मैं एतद्वारा इस बात से सहमत हूँ और घोषणा करता/करती हूँ कि प्रकथन और यह घोषणा मेरे एवं भारतीय जीवन बीमा निगम के मध्य बीमा अनुबंध के आधार होंगे और यदि इसमें कोई असत्य कथन पाया जायेगा तो समय समय पर यथा बीमा कानून (संशोधन) अधिनियम, 2015 की धारा 45 के प्रावधानों के अनुसार कार्यवाही की जाएगी।

किसी प्रचलित कानून, रीति रिवाज, रस्म या प्रथा के कारण चिकित्सक, अस्पताल और/या नियोजक को गोपनीयता के आधार पर मेरे स्वास्थ्य या नौकरी से संबंधित किसी जानकारी या सूचना के प्रकट करने पर प्रतिबन्ध होते हुए भी मैं मेरे उत्तराधिकारी, वसीयती प्रबंधकर्ता, कारिन्दा/मुख्तार, अभ्यर्थी अथवा अन्य कोई व्यक्ति, जिनके किसी प्रकार के भी हित मुझे जारी की जाने वाली पॉलिसी संविदा में निहित है, एतद्वारा सहमति देते हैं कि ऐसे व्यक्ति या संस्थान जिनके पास इस प्रकार की कोई सूचना हो, वे भारतीय जीवन बीमा निगम को ऐसी सभी सूचना देने के लिए स्वतंत्र होंगे।

पुनः मैं इस बात से भी सहमत हूँ कि प्रस्ताव किए जाने की तिथि के बाद किंतु प्रथम प्रीमियम रसीद जारी होने से पूर्व यदि 1) मेरे व्यवसाय में कोई परिवर्तन हो जाता है या मेरी आर्थिक स्थिति अथवा मेरे या मेरे परिवार के किसी व्यक्ति के स्वास्थ्य से सम्बन्धित कोई प्रतिकूल परिस्थिति उत्पन्न हो जाती है अथवा यदि 2) मेरा कोई बीमा प्रस्ताव या पॉलिसी का पुनर्चलन कराने के लिए निगम के किसी कार्यालय को प्रस्तुत किया गया कोई आवेदन पत्र वापस ले लिया जाता है या रद्द, स्थगित या अस्वीकृत कर दिया जाता है या अतिरिक्त प्रीमियम या गहन (लीन) के आधार पर स्वीकृत किया जाता है अथवा प्रस्तावित प्रीमियम के अलावा अन्य शर्तों पर स्वीकार किया जाता है तो मैं बीमा स्वीकार किए जाने संबंधी शर्तों पर पुनः विचार करने के संबंध में निगम को लिखित रूप से तत्काल सूचना प्रेषित करूंगा/करूंगी। मेरी अज्ञानता किसी चूक के कारण समय समय पर बीमा कानून (संशोधन) अधिनियम, 2015 की धारा 45 के प्रावधानों के अनुसार इस संविदा पर कार्यवाही की जाएगी।

_____ authorize LIC of India to take my KYC details of Aadhaar from the Unique Identification Authority of India (UIDAI).

_____ the person whose life is herein being proposed to be assured, do hereby declare that the foregoing statements and answers have been given by me after fully understanding the questions and the same are true and complete in every particular and that I have not withheld any information and I do hereby agree and declare that these statements and this declaration shall be the basis of the contract of assurance between me and the Life Insurance Corporation of India and that if any untrue averment be contained therein the said contract shall be dealt with as per provisions of Section 45 of the Insurance Laws (Amendment) Act, 2015.

Notwithstanding the provision of any law, usage, custom or convention for the time being in force prohibiting any doctor, hospital and/or employer from divulging any knowledge or information about me concerning my health or employment on the grounds of secrecy, I, my heirs, executors, administrators and assignees or any other person or persons, having interest of any kind whatsoever in the policy contract issued to me, hereby agree that such authority having such knowledge or information, shall at any time be at liberty to divulge any such knowledge or information to the Corporation.

And I further agree that if after the date of submission of the proposal but before the issue of First Premium Receipt (i) any change in my occupation or any adverse circumstances connected with my financial position or the general health of myself or that of any members of my family occurs or (ii) if a proposal for assurance or an application for revival of a policy on my life made to any office of the Corporation has been withdrawn or dropped, deferred or accepted at an increased premium or subject to a lien or on terms other than as proposed I shall forthwith intimate the same to the Corporation in writing to reconsider the terms of acceptance of assurance. Any omission on my part to do so shall render this contract to be dealt with as per provisions of Section 45 of the Insurance Laws (Amendment) Act, 2015.

स्थान / Dated at _____ दिनांक / on the _____ माह / day of _____ 20 _____

साक्षी के हस्ताक्षर
Signature of Witness _____
नाम / Name _____
व्यवसाय / Occupation _____
पता / Address _____

बीमे के लिए प्रस्तावित व्यक्ति के
हस्ताक्षर या अंगूठा निशान
Signature or Thumb impression of the person
whose life is proposed to be assured

- प्रश्न भरने वाले व्यक्ति का घोषणापत्र (प्रस्तावपत्र की भाषा से अगर अलग भाषा में प्रश्न पूर्ण किया है या हस्ताक्षर किया है तो:)
"मैं एतद्वारा घोषित करता हूँ कि मैंने प्रस्तावक को उपरोक्त प्रश्न भली भाँति समझा दिये हैं और उनके द्वारा दिये गये उत्तरों को सही लिखा हूँ"
Declaration by the person filling in the form (In case form is filled up / signed in a language different from that of the Proposal Form)
"I hereby declare that I have fully explained the above questions to the proposer and I have truthfully recorded the answers given by the proposer."

घोषणाकर्ता का नाम / Name of the Declarant: _____
घोषणाकर्ता का पता / Address of the Declarant: _____

हस्ताक्षर / Signature

"मैं यह प्रमाणित करता हूँ कि श्री/ श्रीमती (नाम, पद, व्यवसाय):
ने इस प्रश्न तथा दस्तावेज में दी गयी बातें मुझे पूर्ण रूपसे समझाई है और प्रस्तावित करार के सभी परिणाम मैंने समझ लिए हैं।
"I certify that the contents of the form and documents have been fully explained to me by
(Name, Designation, occupation) Mr. / Mrs.:
and I have understood the significance of the proposed contract.

बीमे के लिए प्रस्तावित व्यक्ति के
हस्ताक्षर या अंगूठा निशान
Signature or thumb impression of the person
whose life is proposed to be assured

- यदि प्रस्तावक अनपढ़ है तो प्रस्तावक की अंगूठा निशानी, किसी ऐसे प्रतिष्ठित व्यक्ति द्वारा जिसकी पहचान सरलता से हो सकती है और जो निगम से संबंधित न हो, प्रमाणित की जानी चाहिए तथा उसे यह घोषणा भी करनी चाहिए।
"मैं एतद्वारा घोषित करता हूँ कि मैंने प्रस्तावक और/या बीमार्थी को प्रस्तावपत्र के प्रश्न और अन्य विषय वस्तु का अर्थ _____ भाषा में पूर्णतः समझा दिया है और प्रस्तावक/बीमार्थी ने उन्हे भलीभाँति समझने के बाद ही प्रस्तावपत्र पर अपना अंगूठा निशान लगाया है।"

In case the Proposer is illiterate, his/her thumb impression should be attested by a person of standing whose identity can easily be established, but unconnected with the Corporation and this declaration should be made by him

"I hereby declare that I have fully explained the above questions and contents of the proposal form to the proposer/Life to be Assured in _____ language and that the proposer/Life to be Assured has affixed his thumb impression above after fully understanding the contents thereof."

घोषणाकर्ता का नाम / Name of the Declarant: _____
घोषणाकर्ता का पता / Address of the Declarant: _____

हस्ताक्षर / Signature

- (1) किसी भी जीवन बीमा पॉलिसी पर, पॉलिसी की तिथि से अर्थात् पॉलिसी के निर्गमित किए जाने की तिथि से या जोखिम के प्रारंभ होने की तिथि से या पॉलिसी के पुनर्जीवित होने की तिथि से या पॉलिसी में राईडर जोड़े जाने की तिथि से, इनमें से जो भी पश्चात्कर्ता हो, तीन वर्ष के पश्चात् किसी आधार पर, चाहे जो भी हो, आक्षेप नहीं किया जाएगा।
- (2) किसी जीवन बीमा पॉलिसी पर पॉलिसी के निर्गमित किए जाने की तिथि से या जोखिम प्रारंभ होने की तिथि से या पॉलिसी के पुनर्जीवित होने की तिथि से या पॉलिसी में राईडर जोड़े जाने की तिथि से, इनमें से जो भी पश्चात्कर्ता हो, कपट के आधार पर तीन वर्ष के भीतर किसी भी समय आक्षेप किया जा सकता। परन्तु बीमाकर्ता को लिखित में बीमाकृत या उसके विधिक प्रतिनिधियों या नामनिर्देशितियों या बीमाकृत के सम्बन्धितियों को, वे आधार और तथ्य, जिन पर ऐसा विनिश्चय आधारित है; संसूचित करने होंगे।
स्पष्टीकरण 1 - इस उपधारा के प्रयोजनों के लिए "कपट" पद से बीमाकृत द्वारा या उसके अधिकर्ता द्वारा बीमाकर्ता को धोखा देने या बीमाकर्ता को जीवन बीमा पॉलिसी निर्गमित करने के आशय से निम्नलिखित में से किया गया कोई कृत्य अभिप्रेत है:-
(क) उस आशय के तथ्य के रूप में जो सत्य नहीं हैं और जिसे बीमाकृत सत्य होने का विश्वास नहीं करता है।
(ख) बीमाकृत द्वारा तथ्य की जानकारी और विश्वास रखते हुए तथ्य का सक्रिय छिपाव;
(ग) कोई अन्य कृत्य जो धोखा देने के क्षम हो; और
(घ) ऐसा कोई कृत्य या लोप जिसे विधि विशेष रूप से कपटपूर्ण घोषित करें।
स्पष्टीकरण 2 - ऐसे तथ्यों के बारे में मात्र मौन रहना, जिनसे बीमाकर्ता द्वारा जोखिम के निर्धारण के प्रभावित होने की संभावना हो तब तक कपट नहीं है, जब तक कि मामले की परिस्थितियाँ ऐसी न हों कि यदि उन पर ध्यान दिया जाए तो बीमाकृत या उसके अधिकर्ता का यह कर्तव्य है कि वह बोलने से मौन रहे या जब तक कि उसका मौन रहना स्वतः ही बोलने के समतुल्य न हो।
- (3) उपधारा (2) में किसी बात के होते हुए भी, कोई बीमाकर्ता कपट के आधार पर किसी जीवन बीमा पॉलिसी को निराकृत नहीं करेगा, यदि बीमाकृत यह साबित कर सकता है कि सारवान् तथ्य का मिथ्या कथन करना या छिपाया जाना उसकी सर्वोत्तम जानकारी और विश्वास के अनुसार सही था या यह कि उस तथ्य को छिपाए जाने का कोई विमर्शित आशय नहीं था या यह कि सारवान् तथ्य का ऐसा मिथ्या कथन या छिपाया जाना बीमाकर्ता की जानकारी में था।
परन्तु कपट की दशा में, यदि पॉलिसीधारक जीवित नहीं है तो झूठ को ना साबित करने का भार हिताधिकारियों पर होता है।
स्पष्टीकरण : कोई व्यक्ति, जो बीमा की संविदा की याचना करता है या बातचीत करता है, संविदा करने के प्रयोजन के लिए बीमाकर्ता का अधिकर्ता समझा जाएगा।
- (4) किसी जीवन बीमा पॉलिसी पर, पॉलिसी निर्गमित करने की तिथि से या जोखिम के प्रारंभ होने की तिथि से या पॉलिसी के पुनर्जीवित होने की तिथि से या पॉलिसी में राईडर जोड़े जाने की तिथि से, इनमें से जो भी पश्चात्कर्ता हो, इस आधार पर कि बीमाकृत के जीवन की प्रत्याशा के बारे में सारवान् तथ्य के किसी कथन को छिपाने का कथन प्रस्ताव में या अन्य दस्तावेज पर गलत ढंग से किया गया था जिस पर पॉलिसी जारी की गई थी या पुनर्जीवित की गई थी या राईडर जारी किया था, तीन वर्ष के भीतर किसी भी समय आक्षेप किया जा सकता।
परन्तु बीमाकर्ता को बीमाकृत या बीमाकृत के विधिक प्रतिनिधियों या नामनिर्देशितियों या सम्बन्धितियों को वे आधार और सामग्री, जिन पर जीवन बीमा की पॉलिसी को निराकृत करने का ऐसा विनिश्चय आधारित है, लिखित में संसूचित करनी पड़ेगी।
परन्तु यह और कि मिथ्या कथन या सारवान् तथ्य को छिपाने के आधार पर पॉलिसी के निराकरण की दशा में, न कि कपट के आधार पर, निराकरण की तिथि तक पॉलिसी पर संगृहीत प्रीमियम बीमाकृत या विधिक प्रतिनिधियों या नामनिर्देशितियों या सम्बन्धितियों को ऐसे निराकरण की तिथि से नब्बे दिन की अवधि के भीतर संदत्त किया जाएगा।
स्पष्टीकरण - इस उपधारा के प्रयोजनों के लिए तथ्य का मिथ्या कथन या छिपाया जाना तब तक सारवान् नहीं समझा जाएगा जब तक बीमाकर्ता द्वारा वचनबद्ध किए गए जोखिम पर उसका सीधा संबंध न हो, बीमाकर्ता पर यह दर्शित करने का भार है कि क्या बीमाकर्ता उक्त तथ्य से अवगत था कि बीमाकृत को कोई जीवन बीमा पॉलिसी निर्गमित नहीं की गई थी।
- (5) इस धारा की किसी बात से बीमाकर्ता किसी भी समय आयु का सबूत उस दशा में मांगने से निवारित नहीं होगा यदि वह ऐसा करने का हकदार हो और किसी भी पॉलिसी को केवल इस कारण प्रश्नगत किया गया नहीं समझा जाएगा कि पॉलिसी के निबन्धन के बाद में यह साबित किए जाने पर कि जिस व्यक्ति के जीवन का बीमा किया गया है उसकी आयु प्रस्थापना में गलत बताई गई थी, ठीक कर ली गई है।
- (1) No policy of life insurance shall be called in question on any ground whatsoever after the expiry of three years from the date of the policy, i.e., from the date of issuance of the policy or the date of commencement of risk or the date of revival of the policy or the date of the rider to the policy, whichever is later.
- (2) A policy of life insurance may be called in question at any time within three years from the date of issuance of the policy or the date of commencement of risk or the date of revival of the policy or the date of the rider to the policy, whichever is later, on the ground of fraud :
Provided that the insurer shall have to communicate in writing to the insured or the legal representatives or nominees or assignees of the insured the grounds and the materials on which such decision is based.
Explanation I - For the purpose of this sub section, the expression "fraud" means any of the following acts committed by the insured or by his agent, with the intent to deceive the insurer or to induce the insurer to issue a life insurance policy :
(a) The suggestion, as a fact of that which is not true and which the insured does not believe to be true;
(b) The active concealment of a fact by the insured having knowledge or belief of the fact ;
(c) Any other act fitted to deceive ; and
(d) Any such act or omission as the law specially declares to be fraudulent.
Explanation II - Mere silence as to facts likely to affect the assessment of the risk by the insurer is not fraud, unless the circumstances of the case are such that regard being had to them, it is the duty of the insured or his agent, keeping silence to speak, or unless his silence is, in itself, equivalent to speak.
- (3) Notwithstanding anything contained in sub-section (2), no insurer shall repudiate a life insurance policy on the ground of fraud if the insured can prove that the mis-statement of or suppression of a material fact was true to the best of his knowledge and belief or that there was no deliberate intention to suppress the fact or that such mis-statement of or suppression of a material fact are within the knowledge of the insurer:
Provided that in case of fraud, the onus of disproving lies upon the beneficiaries, in case the policyholder is not alive.
Explanation: A person who solicits and negotiates a contract of insurance shall be deemed for the purpose of the formation of the contract, to be agent of the insurer.
- (4) A policy of life insurance may be called in question at any time within three years from the date of issuance of the policy or the date of commencement of risk or the date of revival of the policy or the date of the rider to the policy, whichever is later, on the ground that any statement of or suppression of a fact material to the expectancy of the life of the insured was incorrectly made in the proposal or other document on the basis of which the policy was issued or revived or rider issued:
Provided that the insurer shall have to communicate in writing to the insured or the legal representatives or nominees or assignees of the insured the grounds and materials on which such decision to repudiate the policy of life insurance is based:
Provided further that in case of repudiation of the policy on the ground of misstatement or suppression of a material fact, and not on ground of fraud, the premiums collected on the policy till the date of repudiation shall be paid to the insured or the legal representatives or nominees or assignees of the insured within a period of ninety days from the date of such repudiation.

Explanation – For the purposes of this sub-section, the mis-statement of or suppression of fact shall not be considered material unless it has a direct bearing on the risk undertaken by the insurer, the onus is on the insurer to show that had the insurer been aware of the said fact no life insurance policy would have been issued to the insured.

- (5) Nothing in this section shall prevent the insurer from calling for proof of age at any time if he is entitled to do so, and no policy shall be deemed to be called in question merely because the terms of the policy are adjusted on subsequent proof that the age of the life insured was incorrectly stated in the proposal.

बीमा कानून (संशोधन) अधिनियम 2015 की धारा 41 / SECTION 41 OF THE INSURANCE LAWS (AMENDMENT) ACT, 2015

1. किसी भी व्यक्ति को, प्रत्यक्ष या अप्रत्यक्ष रूप से, किसी अन्य व्यक्ति को प्रलोभन के तौर से, बीमा लेने, नवीनीकरण करने या भारत में किसी जान व माल के जोखिम से संबंधित बीमे को जारी रखने के लिए कमीशन का पूरा अथवा कुछ भाग या पॉलिसी पर दिखाए गए प्रीमियम पर कुछ छूट देने की अनुमति नहीं है। न ही किसी व्यक्ति को बीमा लेने, उसका नवीनीकरण करने अथवा पॉलिसी को जारी रखने के लिए कोई भी छूट लेने की अनुमति है, सिवाय वह छूट के जो बीमाकर्ता के प्रकाशित विवरणिका या तालिकाओं के तहत स्वीकार्य है।

तथापि एक बीमा अभिकर्ता द्वारा अपने ही जीवन पर लिए गए जीवन बीमा पॉलिसी पर मिले कमीशन को, इस उप धारा के अंतर्गत, प्रीमियम में छूट नहीं माना जाएगा यदि उस पॉलिसी के स्वीकृति के दौरान, वह अपने आप को बीमाकर्ता के यथार्थ बीमा अभिकर्ता के रूप में प्रमाणित कर दें।

2. ऐसा कोई व्यक्ति, जो इस धारा के उपबंधों के अनुपालन में व्यतिक्रम करेगा, शास्ति के लिए, जो दस लाख रुपये तक की हो सकती है, दायी होगा।

- 1) No person shall allow or offer to allow, either directly or indirectly, as an inducement to any person to take out or renew or continue an insurance in respect of any kind of risk relating to lives or property in India, any rebate of the whole or part of the commission payable or any rebate of the premium shown on the policy, nor shall any person taking out or renewing or continuing a policy accept any rebate, except such rebate as may be allowed in accordance with the published prospectus or tables of the insurer.

Provided that acceptance by an insurance agent of commission in connection with a policy of life insurance taken out by himself on his own life shall not be deemed to be acceptance of a rebate of premium within the meaning of this sub-section if at the time of such acceptance the insurance agent satisfies the prescribed conditions establishing that he is a bonafide Insurance Agent employed by the insurer.

- 2) Any person making default in complying with the provisions of this section shall be liable for a penalty which may extend to ten lakh rupees.

केवल स्वास्थ्य परीक्षा सम्बन्धित बीमों के लिए / FOR MEDICAL CASES ONLY

“मैं प्रमाणित करता हूँ कि प्रस्तावक/बीमार्थी ने यह स्वीकार किया है कि इस फार्म के प्रश्न सं. 13 तथा उसके बाद के प्रश्नों के सभी उत्तर सही सही लिखे गये हैं और तदुपरोक्त अपने हस्ताक्षर किये / अपना अंगूठा निशान लगाया।”

"I certify that the proposer / life to be assured has / have signed / put his/her thumb impression(s) in my presence after admitting that all the answers to the question number 13 and onwards of this proposal form have correctly recorded".

स्वास्थ्य परीक्षक के समक्ष बीमार्थी का हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान
Signature/thumb impression of the life to be Assured before Medical Examiner

प्रस्तावक के हस्ताक्षर या अंगूठा निशान
Signature or Thumb impression of the Proposer

नोट : हस्ताक्षर करना या अंगूठा निशान लगाना स्वास्थ्य परीक्षक की उपस्थिति में ही होना चाहिए।

N.B. Signature or thumb impression should be Affixed in the presence of Medical Examiner.

स्वास्थ्य परीक्षक के हस्ताक्षर
Signature of the Medical Examiner

ई-इन्श्योरेंस एकाउन्ट से सम्बंधित अतिरिक्त प्रश्न / ADDITIONAL QUESTIONS FOR e-INSURANCE ACCOUNT

**ई-इन्श्योरेंस एकाउन्ट खोलने के लिए प्रस्ताव का परिशिष्ट
ADDENDUM TO PROPOSAL FOR OPENING e-INSURANCE ACCOUNT**

शाखा कोड/मंडल कोड:
Branch code/Division code:

1. प्रस्ताव संख्याएं / Proposal No(s): _____

2. क्या आपका पहले से ई-इन्श्योरेंस एकाउन्ट है: हाँ/हाँ नहीं / Do you already have an e-Insurance account. Yes/No

3. (अ) क्या आप पॉलिसी इलेक्ट्रॉनिक प्रारूप में चाहते हैं? हाँ/हाँ नहीं (a) Whether you want policy in electronic format? Yes/No

(ब) यदि हाँ तो क्या आप हमारे माध्यम से ईआईए खाता खोलना चाहते हैं उस बीमा रिपोजिटरी का चुनाव जिसमें ई-बीमा खाता खुलवाए जाने की आवश्यकता है (निम्नलिखित बीमा रिपोजिटरी में से किसी एक पर निशान लगाएं) (b) If yes and if you wish to open an eIA account through us. Select the preferred insurance repository in which e-insurance account needs to be opened. (please tick against any one of the following Insurance Repository)

NSDL Data Base Management Limited	<input type="checkbox"/>
Central Insurance Repository Limited	<input type="checkbox"/>
SHCIL Projects Limited	<input type="checkbox"/>
Karvy Insurance Repository Limited	<input type="checkbox"/>
CAMS Repository Services Limited	<input type="checkbox"/>

4. क्या आप अपने पुरानी गई बीमा रिपोजिटरी में अपनी वर्तमान पॉलिसियों को ई-बीमा में बदलवाना चाहते हैं. यदि हाँ, तो कृपया पॉलिसी संख्याएं लिखें. Do you wish to convert your existing policies for e-Insurance for the above preferred Insurance Repository. If yes, please mention policy number(s): _____

5. प्राधिकृत प्रतिनिधि का विवरण (अनिवार्य) / Authorized Representative Details (Mandatory)

नाम: / Name: _____

जन्म तिथि: / Date of Birth: _____ लिंग: / Gender: _____ ईआईए आवेदक से संबंध: / Relationship with eIA applicant: _____

पु. म. अ. ईमेल आईडी: / Email ID: _____

म. फ. ट. मोबाईल नंबर: / Mobile No: _____

पता जो ईआईए आवेदक का पता हो, यदि इससे भिन्न हो तो पता लिखें: / Address: Same as eIA applicant If different, please state the address: _____

शहर / City: _____ राज्य / State: _____ देश: / Country: _____ पिन कोड: / Pin code: _____

मैं प्राधिकृत प्रतिनिधि को उसकी नियुक्ति के बारे में सूचित करना चाहता हूँ. (निशान लगाएं)
I wish to notify Authorized Representative about his/her appointment (please tick)

ईआईए हेतु प्राधिकृत प्रतिनिधि का विवरण

प्राधिकृत प्रतिनिधि ई-इन्श्योरेंस एकाउन्ट (ईआईए) के -यासी की तरह होता है और उसे ईआईए धारक द्वारा प्रतिनियुक्त किया जाना होता है। प्राधिकृत प्रतिनिधि वह व्यक्ति होता है जो कि ईआईए धारक द्वारा नियुक्त किया जाता है जो ईआईए धारक की मृत्यु या ईआईए तक पहुँचने में अक्षम होने पर, ईआईए खाते तक पहुँच सके। प्राधिकृत प्रतिनिधि केवल ई-इन्श्योरेंस एकाउन्ट तक पहुँच सकता है और वह बीमा पॉलिसियों के पोर्टफोलियो को जान सकता है।

घोषणा

बीमा विनियामक और विकास प्राधिकरण और बीमा रिपोजिटरी के नियम और जो विनियम ई-इन्श्योरेंस एकाउन्ट से संबंधित हैं जो कि वर्तमान में प्रवृत्त हैं वे मेरे द्वारा पढ़ लिए गए हैं और मैंने उन्हें समझ लिया है तथा मैं इनका पालन करने के लिए सहमत हूँ तथा इस ई-इन्श्योरेंस एकाउन्ट हेतु समय समय पर प्रवृत्त नियमों से आबद्ध रहने के लिए सहमत हूँ। मैं एतद्द्वारा यहाँ घोषित करता हूँ कि यहाँ दिए गए विवरण सत्य हैं और सही हैं तथा मैं अधिकतम जानकारी तथा विश्वास के अनुसार पूर्ण हूँ। इस आवेदन के साथ प्रस्तुत किए गए प्रलेख/दस्तावेज असली हैं तथा मैं समय समय पर किसी सरकारी या सांविधिक प्राधिकरण द्वारा जारी किसी भी अधिनियम, नियम, विनियम, किसी संविधान या विधायन या किसी अधिसूचना, निर्देशों के विपरीत यह आवेदन नहीं कर रहा हूँ। मैं बीमा रिपोजिटरी को प्राधिकार देता हूँ कि वह मेरे द्वारा दिए गए संपर्क विवरणों पर ई-मेल और एसएमएस के जरिए मेरी दस्तावेजों और मेरे खाते सम्बंधी जानकारी भेज सकती है। मैंने जिससे ई-पॉलिसी ली है उस बीमा कंपनी द्वारा कोई भी भौतिक पॉलिसियां जारी किए जाने की स्थिति में, ई-इन्श्योरेंस एकाउन्ट में दिये गए खाते का पता ही भौतिक पॉलिसियों में दिए गए पते की बजाय मान्य होगा। मैं यह समझता हूँ कि हर भौतिक/ई-पॉलिसी से संबंधित संसार इन्श्योरेंस रिपोजिटरी में लिखाए गए पते पर भेजा जाएगा। इस प्रपत्र में दी गई जानकारी में परिवर्तन होने पर उसकी जानकारी रिपोजिटरी को देने के लिए मैं सहमत हूँ और देश होने की स्थिति में उक्त रिपोजिटरी तब जिम्मेदार न होगी यदि वह उक्त अद्यतनीकरण न किए गए पते पर कार्य करती है। इसके अलावा, यदि मैं बीमा कंपनी में विवरणों को अद्यतनीकृत करता हूँ तो मैं प्राधिकार देता हूँ कि ई-इन्श्योरेंस एकाउन्ट में अद्यतनीकरण किए जाने के लिए वह आपको प्रस्तुत करे और उक्त अद्यतनीकरण सभी उन पॉलिसियों पर लागू होगा जो कि मेरे उक्त खाते में हैं/आने वाले समय में हों। मैं रिपोजिटरी को प्राधिकार देता हूँ कि वह किसी भी बीमा कंपनी को यह जानकारी दे सके कि मैं बीमा कवर लेने आया था।

मैं पुनःसहमत हूँ कि मेरे द्वारा दी गई किसी गलत जानकारी या फिर किसी महत्वपूर्ण बात को छिपाने पर मेरा ई-इन्श्योरेंस एकाउन्ट समाप्त हो जाएगा और आगे यह कार्य न करेगा। मैं एतद्द्वारा प्राधिकार देता हूँ कि इन्श्योरेंस रिपोजिटरी/इन्श्योरेंस कंपनी हर रूप, मन:स्थिति या तरीके से संबंधित बीमा कंपनियों को और/या उसके प्राधिकृत एजेंटों को और प्रतिनियुक्तों को सभी परिवर्तनों/इस जानकारी में किए गए अद्यतनीकरणों सहित जो कि समय समय पर मेरे द्वारा किए गए हैं उन सहित मैं जिनका लेनदेन कर सकता हूँ/मैंने जो लेनदेन किए हैं उनके बारे में मेरे द्वारा दी गई जानकारी उजागर कर सकती है, बता, भेज सकती है। मैं एतद्द्वारा सहमत हूँ कि इस आवेदन के संबंध में प्राधिकृत पक्षों द्वारा जो भी अतिरिक्त जानकारी/प्रलेखन अपेक्षित हो वह उन्हें उपलब्ध करवाया जा सकता है। मैं एतद्द्वारा पुष्टि करता हूँ कि यह एक विशेष ई-इन्श्योरेंस एकाउन्ट खोलने का आवेदन है और मैंने इसी इन्श्योरेंस रिपोजिटरी को या अन्य किसी बीमा रिपोजिटरी को पहले ई-इन्श्योरेंस एकाउन्ट खोलने के लिए आवेदन नहीं किया है। मेरे द्वारा केवाईसी प्रलेखों सहित दिए गए विवरणों के बारे में मुझे पता है और एतद्द्वारा मैं सहमत देता हूँ कि मेरी पसंद की उपर्युक्त पसंदीदा बीमा रिपोजिटरी में मेरा ई-इन्श्योरेंस एकाउन्ट खोला जाए।

Authorized Representative Details for the eIA

An Authorized Representative is like a trustee to the e-Insurance Account(eIA) and has to be deputed by eIA holder. An Authorized Representative is a person appointed by eIA holder who can access eIA in the event of the eIA holder's demise or in his incapacity to access the eIA. The Authorized Representative can only access the e-Insurance Account and know the portfolio of insurance policies.

Declaration

The rules and regulations of Insurance Regulatory and Development Authority & Insurance Repository pertaining to an e-Insurance Account which are in force now have been read by me and I have understood the same and I agree to abide by and to be bound by the rules as are in force from time to time for such e-Insurance Account. I hereby declare that the particulars given herein are true, correct and complete to the best of my knowledge and belief, the documents submitted along with this application are genuine and I am not making this application for the purpose of contravention of any Act, Rules, Regulations or any statute or legislation or any Notifications, Directions issued by any governmental or statutory authority from time to time. I authorise the Insurance Repository to send any policy and account related information through e-mail and SMS on the contact details given by me. In case of any physical policies being issued by the Insurance Company from whom I obtained an e-policy, the address in the e-Insurance Account shall override the address provided for the physical policies. I understand that all the communication relating to any physical/e-policy will be sent to the address registered with the Insurance Repository. I agree to inform the Repository of any changes in the details mentioned in this form and in case of delay the said repository shall not be liable in case it acts on the said information which has not been updated. Further, in case I update the details with the Insurance Company, I authorise them to submit the same to you for update in the e-Insurance Account and the said update will be applicable to all policies of any insurer that I hold/will hold in the said account. I authorise the Repository to pass on the information to any Insurance Company that I have approached for availing of insurance cover. I further agree that any false/misleading information given by me or suppression of any material fact will render my e-Insurance Account liable for termination and further action. I hereby authorise the Insurance Repository/ Insurance Company to disclose, share, remit in any form, mode or manner, all/any of the information provided by me to the respective Insurance Companies and / or to their authorised agents and representatives in which I may transact/have transacted including all changes/updates to such information as and when provided by me. I hereby agree to provide any additional information/documentation that may be required by the Authorised Parties, in connection with this application. I hereby confirm that this is a unique e-Insurance Account opening application and I have not applied to the same Insurance Repository or any other Insurance Repository for an e-Insurance Account in the past. I am aware the details furnished by me, including KYC documents and I hereby give my consent for opening e-Insurance Account with the above preferred Insurance Repository of my choice.

ईआईए धारक का नाम: / Name of eIA Holder: _____

हस्ताक्षर: / Signature: _____

कार्यालय प्रयोग हेतु
अ. ई-इन्श्योरेंस एकाउन्ट नंबर
ब. इन्श्योरेंस रिपोजिटरी

FOR OFFICE USE
A. e-Insurance account number
B. Insurance Repository

उपर्युक्त सत्यापित है और ई-इन्श्योरेंस एकाउन्ट नंबर ठीक तरह से एनबी मॉड्यूल में डाला गया है।
Verified the above and e-Insurance account number correctly keyed in NB Module

(शाखा अधिकारी के हस्ताक्षर) / (Signature of Branch Official)