

## کوٹک سمپورن بیمہ مائیکرو انشورنس پلان - تجویز فارم

KSB : درخواست نمبر

فارم ID نمبر: 10103020

صرف دفتری استعمال کے لیے

پروپوزل نمبر	تجویز کی رسید کی تاریخ	DDMMYYYY
برانچ کوڈ	کراس حوالہ نمبر	
کلانٹ ID (نئے صارفین کے لیے)	دیگر زمرے <input type="checkbox"/> معاشی طور پر کمزور / پسماندہ طبقے <input type="checkbox"/> غیر منظم سیکٹر <input type="checkbox"/> B. شہری <input type="checkbox"/> دیہی <input type="checkbox"/> A. وہ زمرہ جس سے تجویز کنندہ تعلق رکھتا ہے:	

ای مواصلات اور ای پالیسی کے لیے رضامندی

میں بذریعہ بذریعہ اپنی پالیسی دستاویز کی ایک فزیکل کاپی وصول کرنے کا انتخاب کرتا/کرتی ہوں؛ اپنی پالیسی دستاویز کے علاوہ جو الیکٹرانک شکل میں جاری کی جائے گی۔

میں تجویز کے فارم میں یا کسی دوسرے الیکٹرانک ذرائع کے ذریعے میرے ذریعہ فراہم کردہ ای میل پتے پر پالیسی سے متعلق تمام دستاویزات اور دیگر مواصلات وصول کرنے کے لئے اپنی رضامندی دیتا ہوں۔

### فارم پُر کرنے کی ہدایات

(1) براہ کرم تمام سوالات کے جوابات دیں۔ (2) انشورنس ایک ایسا معاہدہ ہے جو مکمل دیانتداری پر مبنی ہوتا ہے، جس کے تحت تجویز کنندہ اور بیمہ کروانے والے شخص پر لازم ہے کہ وہ تمام اہم معلومات ظاہر کرے۔ اگر کسی بات کے متعلق شک ہو کہ آیا وہ اہم ہے یا نہیں، تو اسے ظاہر کرنا چاہیے۔ چونکہ اس تجویز میں دیے گئے بیانات ضمانت کے طور پر ہوتے ہیں، اس لیے مکمل اور درست معلومات فراہم کرنا ضروری ہے۔

1. لائف ٹو بی بیمہ شدہ تفصیلات (تجویز کنندہ کے مختلف ہونے کی صورت میں براہ کرم تجویز کنندہ کا ضمیمہ پُر کریں):

1.1 نام: (جناب/محترمہ/ڈاکٹر)	خاندانی نام	پہلا نام	درمیانی نام
1.2 کلانٹ ID	تاریخ پیدائش 1.3	جنس 1.4	فرانسجنٹ <input type="checkbox"/> عورت <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/>
(اگر KLI موجودہ کلانٹ)	DDMMYYYY	1.6 قومیت	
1.5 ازدواجی حیثیت	1.8 پیشہ:	1.9 موبائل نمبر:	
1.7 پہلا نام	(صرف شادی شدہ خواتین کی صورت میں)		
1.10 مواصلات کا پتہ			
شہر	زیاست	پن	
1.11 مستقل پتہ (اگر منکرہ بالا سے مختلف ہو)			
شہر	زیاست	پن	
1.12 شناختی ثبوت: <input type="checkbox"/> ID ووٹر <input type="checkbox"/> NREGA <input type="checkbox"/> طرف سے جاری کردہ جاب کارڈ <input type="checkbox"/> ڈرائیونگ لائسنس <input type="checkbox"/> PAN کارڈ <input type="checkbox"/> دیگر <input type="checkbox"/>	(بڑا کریم وضاحت کریں)		

تجویز کنندہ بیمہ شدہ زندگی

- (a) کیا آپ کے پاس بھارت یا بیرون ملک کسی بھی مجرمانہ کارروائی کے تحت سزا کی کوئی تاریخ ہے؟  ہاں  نہیں  ہاں  نہیں
- (b) کیا آپ کوئی سیاسی طور پر نمایاں شخصیت ہیں؟ (ایسے افراد جو اہم عوامی عہدوں پر فائز ہوں، جیسے کہ مرکزی یا ریاستی حکومت کے سربراہان/وزراء، سینئر سیاستدان، اعلیٰ سرکاری، عدالتی یا فوجی افسران، سرکاری کمپنیوں کے اعلیٰ منتظمین، اہم سیاسی جماعتوں کے عہدیداران، اور ان افراد کے قریبی اہل خانہ)؟  ہاں  نہیں  ہاں  نہیں
- (c) کیا آپ مندرجہ بالا تعریف کے مطابق کسی سیاسی طور پر نمایاں شخصیت کے قریبی رشتہ دار ہیں؟  ہاں  نہیں  ہاں  نہیں

اگر 'ہاں' تو براہ کرم تفصیلات فراہم کریں (براہ کرم اضافی شیٹ منسلک کریں جہاں جگہ کافی نہیں ہے):

1.13 ID ای میل

2. لائسنس فیس کی تفصیلات

پالیسی کی مدت (سال)	پریمیم ادائیگی کا آپشن	کور کی رقم/بیمہ شدہ رقم (روپے)	پریمیم رقم (روپے)
5	غیر شادی شدہ		

3. پروپوزل ٹپازٹ کی ادائیگی کی تفصیلات

3.1 ک کی طرف سے ادا کردہ رقم پُریمیم	3.2 ڈی ڈی چیک/یک	3.3 تاریخ	3.4 بینک اور شاخ کا نام جس پر چیک جاری کیا گیا ہے	3.5 IFSC

4. فوائد/ریفرنسز کے براہ راست کریڈٹ کے لیے بینک کی تفصیلات

4.1 بینک کا نام	4.2 برانچ	4.3 اکاؤنٹ نمبر	4.4 اکاؤنٹ ہولڈر	4.5 MICR	4.6 IFSC	4.7 چیک کاپی منسلک ہاں <input type="checkbox"/> نہ <input type="checkbox"/>

نوٹ: کلانٹ بینک کی تفصیلات میں تبدیلی کے بارے میں KLI کو مطلع کرنے کی ذمہ داری قبول کرتا ہے۔ اس پالیسی کے تحت پیدا ہونے والے دعوے (موت کے دعوے کے علاوہ) صرف منکرہ بالا بینک اکاؤنٹ کے ذریعے طے کیے جائیں گے۔

پہلا نام \_\_\_\_\_ درمیانی نام \_\_\_\_\_ نام: (مسٹر/محترمہ/ڈاکٹر) 5.1

تاریخ 5.3 % \_\_\_\_\_ شہر کی فیصد 5.2

عورت  مرد  سن 5.4

جاڑے گا ایک می سے تعلق ہی گدنز 5.5

موصلات ہی پتہ 5.6

شہر \_\_\_\_\_ پن \_\_\_\_\_ روڈ/سٹ \_\_\_\_\_

ID ای میل 5.8 \_\_\_\_\_ موبائل نمبر 5.7

نوٹ: ایک سے زیادہ نامزدگیوں کا اضافی نامزد فارم پُر کریں

6. تقرری کی تفصیلات

پہلا نام \_\_\_\_\_ درمیانی نام \_\_\_\_\_ نام: (مسٹر/محترمہ/ڈاکٹر) 6.1

نامزد سے تعلق 6.4 \_\_\_\_\_ عورت  مرد  جنس 6.3

موصلات ہی پتہ 6.5

شہر \_\_\_\_\_ پن \_\_\_\_\_ روڈ/سٹ \_\_\_\_\_

ID ای میل 6.7 \_\_\_\_\_ موبائل نمبر 6.6

7. لاتیہ قصہ نمکیب ید نامزد/مقرر ک رنے والے ک

شاخ 7.2 \_\_\_\_\_ ایڈریس کا نام 7.1

اکاؤنٹ ہولڈر کا نام 7.4 \_\_\_\_\_ اکاؤنٹ نمبر 7.3

چیک کا پی ایم سڈلک ہاں 7.7 \_\_\_\_\_ ک وڈ MICR 7.5

نوٹ: کلینٹ بینک کی تفصیلات میں تبدیلی کے بارے میں KLI کو مطلع کرنے کی ذمہ داری قبول کرتا ہے۔ اس پالیسی کے تحت پیدا ہونے والے موت کے دعووں کا تصفیہ صرف متذکرہ بالا بینک اکاؤنٹ کے ذریعے کیا جائے گا۔

8. بیمہ شدہ زندگی کی رضامندی اور صحت مند ہونے کا اعلان

میں نے یہ بھی اعلان کرتا ہوں کہ میں نے سوالات کو مکمل طور پر سمجھنے کے بعد تمام سوالات کے جوابات دے دیئے ہیں، میرے ذریعے دینے گئے جوابات پر لحاظ سے سچے اور مکمل ہیں اور میں نے کسی بھی مادی معلومات کو روکا نہیں ہے یا کسی بھی حقیقت کو دیا یا نہیں ہے۔ میں کوٹک مہندرا لائف انشورنس کمپنی لمیٹڈ ("کمپنی") کو اپنی صحت یا پیشے کی حالت میں کسی بھی تبدیلی یا اس تجویز فارم پر دستخط کرنے کے بعد اور کمپنی کے ذریعے خطرے کی قبولیت سے پہلے اپنی موجودہ پالیسیوں یا تجاویز کے بارے میں کسی بھی فیصلے کے بارے میں مطلع کرنے کا وعدہ کرتا ہوں۔ میں سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ معاہدہ انشورنس ایکٹ، 1938 ک شیا، IRDA، 1999 اور اس کے تحت بنائے گئے ضوابط کی دفعات کے تحت چلایا جائے گا اور یہ معاہدہ اس وقت تک شروع نہیں ہوگا جب تک کہ کمپنی کی جانب سے اس تجویز فارم کی تحریری قبولیت موصول نہیں ہو جاتی۔ میں اس بات کی تصدیق کرتا/کرتی ہوں کہ تمام پریمیز ہونفائیڈ ذرائع سے ادا کیے جائیں گے اور منی لائٹرننگ کی روک تھام کے ایکٹ، 2002 میں درج کسی بھی جرم سے متعلق جرم کی آمدنی میں سے کوئی پریمیز ادا نہیں کیا جائے گا/گی۔ میں/ہم اس بات کی تصدیق کرتے ہیں کہ میں/ہم مصنوعات کی خصوصیات، فوائد اور خطرے کے عوامل، چارجز کا ڈھانچہ، مجوزہ منصوبے کی شرائط و ضوابط کو پڑھنے اور سمجھنے کے بعد اس تجویز کا فارم جمع کروا رہا/رہی ہوں جیسا کہ متعلقہ بروشر (بروشرز) میں بیان کیا گیا ہے اور میں/ہم اس تجویز کا فارم جمع کروا رہے ہیں اس منصوبے کے بارے میں اپنی تقیم کی تصدیق کرتے ہوئے مناسب طور پر تسلیم شدہ سیلز عکاسی جمع کروا رہا/رہی ہوں۔ میں اعلان کرتا/کرتی ہوں کہ میری صحت اچھی ہے اور مجھے کوئی جسمانی عیب، خرابی یا معذوری نہیں ہے۔ میں مزید اعلان کرتا ہوں کہ میں اپنی تمام معمول کی سرگرمیاں آزادانہ طور پر انجام دیتا ہوں، جس کی میری کوئی تاریخ نہیں ہے، میں کبھی شکار نہیں ہوا ہوں، میں فی الحال مبتلا نہیں ہوں، اور نہ ہی مجھے کوئی موصول ہوا ہے، اور نہ ہی میں فی الحال کوئی علاج حاصل کرنے کی توقع کرتا ہوں، نہ ہی اسپتال میں داخل ہوا ہوں، اور نہ ہی میں کسی بیماری یا بیماری کے لئے اسپتال میں داخل ہونے کی توقع کرتا ہوں۔ میں لگاتار 10 دن سے زیادہ کام سے غیر حاضر نہیں رہا ہوں یا کسی بیماری، چوٹ یا خرابی کی شکایت کی وجہ سے پچھلے ایک سال میں لگاتار 5 دن سے زیادہ اسپتال میں نہیں گزارا ہے۔ میں/ہم مزید اعلان کرتے ہیں کہ اس تجویز کے فارم میں میرے/ہمارے ذریعے دینے گئے بیانات/گزارشات (بشمول کوئی ضمیمہ/تمام اعلانات، حلف نامے اور دیگر بیانات) اور/یا کمپنی کی طرف سے میری طرف سے مجاز کسی بھی شخص سے ایسی معلومات فراہم کرنے کے لئے طلب کی گئی کوئی بھی معلومات، جس پر کمپنی نے اس تجویز کے فارم کے تحت میری زندگی پر خطرے کا اندازہ کرنے کے لئے انحصار کیا ہے، میرے/ہمارے اور کمپنی کے مابین انشورنس کے معاہدے کی بنیاد بنائے گی۔ میں/ہم مزید اتفاق کرتے ہیں، میرے/ہمارے ذریعے دھوکہ دہی/غلط بیانی کی صورت میں، انشورنس ایکٹ، 1938 کے سیکشن 45 اور اس میں وقتاً فوقتاً ترمیم کے مطابق کمپنی کی جانب سے پالیسی کو فوری طور پر منسوخ کر دیا جائے گا۔

تاریخ \_\_\_\_\_

جگہ \_\_\_\_\_

دستخط / بیمہ شدہ زندگی کے بائین انگوٹھے کا نشان \_\_\_\_\_

اگر تجویز کنندہ بیمہ شدہ زندگی سے مختلف ہو تو تجویز کنندہ کے دستخط / بائین انگوٹھے کا نشان \_\_\_\_\_

9. فارم میں بھرنے والے شخص کی طرف سے اعلامیہ (صرف اس صورت میں قابل اطلاق ہے جہاں کسی کاتب کے ذریعے فارم پُر کیا جاتا ہے یا مقامی زبان میں دستخط کیے جاتے ہیں)

میں، \_\_\_\_\_ (پورا نام) نے تجویز کنندہ کو وضاحت کی ہے کہ سوالات کے جوابات کمپنی اور تجویز کنندہ کے درمیان انشورنس کے معاہدے کی بنیاد بناتے ہیں۔ میں اس بات کی بھی تصدیق کرتا/کرتی ہوں کہ بیمہ شدہ زندگی نے میری موجودگی میں اپنے دائیں انگوٹھے کے نشان پر دستخط کیے لگائے ہیں۔

پتہ \_\_\_\_\_

گاہوں/ڈسٹرکٹ \_\_\_\_\_

شہر \_\_\_\_\_ پن \_\_\_\_\_ روڈ/سٹ \_\_\_\_\_

میں، لائف ٹوبیشورڈ اعلان کرتا ہوں کہ تجویز کے فارم اور دستاویزات میں موجود مواد کو مجھے مکمل طور پر سمجھا دیا گیا ہے اور میں مجوزہ معاہدے کی اہمیت کو پوری طرح سمجھ گیا ہوں۔

کاتب کے دستخط \_\_\_\_\_

تجویز کنندہ کے دستخط / بائین انگوٹھے کا نشان \_\_\_\_\_

کارپوریٹ ایجنٹ یا MI ایجنٹ/بروکر کے مجاز ملازم/ریلیشن شپ اوگر سر کے لائف ایڈوائزر // مخصوص شخص کے دستخط \_\_\_\_\_

10. فارم بھرنے والے شخص کی طرف سے اعلامیہ (صرف اس صورت میں قابل اطلاق ہے جب کسی معذور شخص کے ذریعے باضابطہ طور پر مجاز نمائندے کے ذریعے فارم پُر کیا گیا ہو)

میں، \_\_\_\_\_ کے حوالے سے مواد EIA روا طبواوض و طئ/ارش، تاز یواتسد یس یل اپ، ہراف کے ز یوجت وک ہدنک ز یوجت ین (مان اروپ) کی وضاحت کی ہے،

پتہ \_\_\_\_\_

گاہوں/ڈسٹرکٹ \_\_\_\_\_

شہر \_\_\_\_\_ پن \_\_\_\_\_ روڈ/سٹ \_\_\_\_\_

تاریخ \_\_\_\_\_

تجویز کنندہ سے تعلق \_\_\_\_\_

ٹیلیفون نمبر \_\_\_\_\_

جگہ \_\_\_\_\_

1. بیمہ شدہ ہونے والی زندگی/تجویز کنندہ اعلان کرتا ہے کہ تجویز کے فارم میں موجود مواد مجھے مکمل طور پر سمجھا دیا گیا ہے

**انشورنس ایکٹ، 1938 کی دفعہ 41 جس میں وقتاً فوقتاً ترمیم کی جاتی ہے:** (1) کوئی بھی شخص کسی بھی شخص کو براہ راست یا بالواسطہ طور پر بھارت میں زندگیوں یا جائیداد سے متعلق کسی بھی قسم کے خطرے کے سلسلے میں انشورنس لینے یا تجدید کرنے یا جاری رکھنے کی ترغیب کے طور پر، قابل ادائیگی کمیشن کے پورے یا حصے کی کسی بھی چھوٹ یا پالیسی پر دکھائے جانے والے پریمیم کی کسی بھی چھوٹ کی اجازت یا پیش کش نہیں کرے گا، اور نہ ہی کوئی شخص پالیسی لینے یا تجدید کرنے یا جاری رکھنے کے علاوہ کسی بھی چھوٹ کو قبول کرے گا، سوائے اس طرح کی چھوٹ کے جس کی انشورنس کمپنی کے شائع شدہ پراسپیکٹس یا ٹیبلز کے مطابق اجازت دی جاسکتی ہے: (2) اس سیکشن کی دفعات کی تعمیل میں ٹیفالٹ کرنے والا کوئی بھی شخص جرمانے کا ذمہ دار ہوگا جو دس لاکھ روپے تک بڑھ سکتا ہے۔

**انشورنس ایکٹ، 1938 کی دفعہ 45 جیسا کہ وقتاً فوقتاً ترمیم کی گئی ہے:** انشورنس ایکٹ، 1938 کی دفعہ 45 کی دفعات مذکورہ معاہدے میں لاگو ہیں۔ براہ کرم ہماری ویب سائٹ پر یا تو سیکشن 45 سے رجوع کریں یا ہمارے ٹالٹ سے رابطہ کریں یا مکمل متن کے لئے قریب ترین برانچ ملاحظہ کریں۔

[https://www.kotaklife.com/assets/images/uploads/why\\_kotak/section38\\_39\\_45\\_of\\_insurance\\_act\\_1938.pdf](https://www.kotaklife.com/assets/images/uploads/why_kotak/section38_39_45_of_insurance_act_1938.pdf)

میں،  
میں، اعلان کرتا ہوں کہ میں نے اس تجویز فارم کے تمام مندرجات کی وضاحت کی ہے، بشمول اس تجویز فارم میں موجود سوالات کی نوعیت تجویز کنندہ کو۔ میں نے یہ بھی وضاحت کی ہے کہ اس تجویز کے فارم میں اس کے ذریعہ جمع کردہ بیان(بیانات)، معلومات اور جوابات(سوالات) جو یہاں موجود ہیں یا یہاں طلب کی گئی کوئی تفصیلات کمپنی اور تجویز کنندہ کے مابین انشورنس کے معاہدے کی بنیاد بنیں گی، اگر یہ تجویز کمپنی کے ذریعہ پالیسی جاری کرنے کے لئے قبول کی جاتی ہے۔

ہیں ہے، جس سے پتہ چلتا ہے کہ یہ تجویز جو یہاں موجود ہے ذمہ دار اور/یا دوسرے ذمہ داروں کے ساتھ ہم پری بات چیت کی بنیاد پر جو مجھے فراہم کیے گئے ہیں، میرے پاس کوئی معلومات نہ  
کے ذمہ دار یا ذمہ داروں کی طرف سے فراہم کردہ کوئی بھی بیان، معلومات اور جواب نامکمل یا غلط ہے۔

لائسنس نمبر \_\_\_\_\_

ایجنٹ ID \_\_\_\_\_

ایجنٹ/ریلشن شپ MI لائف ایڈوائزر/کارپوریٹ ایجنٹ/بروکر

ایجنٹ/ریلشن شپ MI/ریگوریشن/جی ایس ای/پراکٹس ایجنٹ/ریلشن شپ

آفس (سر)

آفس (سر)

جگہ \_\_\_\_\_

لائف ایڈوائزر / کارپوریٹ ایجنٹ کے مخصوص فرد یا مائیکرو انشورنس  
(ایجنٹ / بروکر کے مجاز ملازم / ریلشن شپ افسر کے دستخط)

تاریخ DD MM YYYY

ٹیلیفون نمبر \_\_\_\_\_

\*دیرس ایک یو وصول یک زیتہ جو ینئ

(جانے یک یہ پر کاونڈ ٹرشیک کے بے رانچ انڈ شورڈس لائف کونڈیک یبیکر صرف یگیدائئ نقد یبہ یک وئ)

نمہ بر درخواست

یڈ یائ جنشیا

خیتہ ار

D	D	M	M	Y	Y	Y	Y
---	---	---	---	---	---	---	---

(سریآف شپ شنیلیر / بروکر / جنشیا ٹیک آرپور / ٹوانڈ زری لائف)

جس ہے، یک موصول زیتہ جو یک انڈ شورڈس لائف سٹہ کے ڈیڈیم یک مین انڈ شورڈس لائف مہندرا کونڈیک سے مدتہ / جناب نے ہم

₹ سٹہ کے

ی، یوئ موصول عے یڈر کے نمہ بر ٹرافٹ ملڈیڈ / کیچ یگیدائئ یک

خیتہ ار

D	D	M	M	Y	Y	Y	Y
D	D	M	M	Y	Y	Y	Y

ٹرا

نکیب

شاخ

خیتہ ار

نام

نمہ

(نمہ تخط اور نام کا سریآف شپ شنیلیر / ملازم مجاز کے بروکر / فرم مخصوص کے جنشیا ٹیک آرپور / ٹوانڈ زری لائف)

یو وصول یک زیتہ جو ینئ صرف ہی ہے۔ سدک تاجا ایک اسد تامل پر طور کے یو وصول یک رقم کے مقصد اور یک س ای میپر یڈیڈ جدا سے یہ نمہ اور ہے ینئ نہ دیرس یک رقم یک وئ ہی کہ ینئ کونڈ کر مہ راہ\* یک رت ینئ ظاہر ک و آغاز کے خطرے کے مہیب ای مہنطور یک زیتہ جو پر طور یبہ یک س دیرس ہی ہے۔ دیرس کیا یک

یچاہی جانے ب ناڈے ینم حق کے "ڈیڈیم یک مین انڈ شورڈس لائف فدرامہن کونڈیک ای" انڈ شورڈس لائف کونڈیک اور عے چاہ ہونا (کروسٹ) شدہ بورک و ٹرافٹ ٹس ملڈیڈ / کیچ یبہ ہم\*\*

## آپ کی رہنمائی کے لیے:

1. یہ تصدیق ہے کہ لائف ایڈوائزر / کارپوریٹ ایجنٹ کا مخصوص فرد / بروکر کا مجاز ملازم / ریلیشن شپ آفیسر نے پروپوزل فارم وصول کیا ہے۔ یہ کوٹک مہندرا لائف انشورنس کمپنی لمیٹڈ کی جانب سے جاری کردہ رسید نہیں ہے۔
2. کوٹک مہندرا لائف انشورنس کمپنی لمیٹڈ مکمل شدہ پروپوزل فارم کے ساتھ نقدی / چیک / ڈیمانڈ ڈرافٹ موصول ہونے پر اپنی برانچ آفس سے پروپوزل ڈپازٹ رسید (PDR) جاری کرے گی۔
3. اگر آپ کو PDR موصول نہ ہو یا کسی وضاحت کی ضرورت ہو تو براہ کرم قریبی کوٹک لائف انشورنس برانچ سے رابطہ کریں۔
4. مزید معاونت کے لیے پیوآڈ س ا کریں: 9321003007۔



کوٹک مہندرا لائف انشورنس کمپنی لمیٹڈ  
CIN: U66030MH2000PLC128503 رجسٹریشن نمبر: 107،  
، G-بلاک، BKC، باندرہ (ایسٹ)، C-12 رجسٹرڈ دفتر: 8ویں منزل، پلاٹ نمبر  
400051 - ممبئی