kotak life

కార్యాలయ వినియోగానికి మాత్రమే

దరఖాస్తు సంఖ్య: XXXXXXXXX

ఫారమ్ ఐడి: 30102069

కోటక్ ఆన్‌లైన్ (డిజిటల్) - ప్రతిపాదన ఫారం

"ఈ విధానంలో, పెట్టుబడి పోర్ట్‌ఫోలియోలో పెట్టుబడి రిస్క్ పాలసీదారుడిదే"

కార్యాలయ ఉపయోగానికి మాత్రమే

ప్రతిపాదన సంఖ్య: ______ ప్రతిపాదన రసీదు తేదీ: ది ది నె నె సం సం సం సం బ్రాంచ్ కోడ్: ______

క్రాస్ రిఫరెన్స్ నం: ______ క్లయింట్ ID (కొత్త ప్రతిపాదకుడు): ______ క్లయింట్ ID (బీమా చేయాల్సిన కొత్త జీవితం): ______

భీమా లక్ష్యం: ☐ హెచ్ ☐ నమ్మకం ☐ ఎం డబ్ల్యూ పి ☐ యజమాని ఉద్యోగి

వర్గం: ☐ గ్రామీణ ☐ అర్బన్ ☐ అసంఘటిత రంగం ☐ ఆర్థికంగా బలహీనులు/వెనుకబడిన తరగతులు ☐ ఇతరులు

ఈ ఫారమ్‌ను ప్రతిపాదకుడే స్వయంగా నింపాలి. బీమా అనేది అత్యంత నిజాయితీతో కూడిన ఒప్పందం, దీని ప్రకారం బీమాదారుడు, ప్రతిపాదకుడు మరియు బీమా చేయబడిన వ్యక్తి అన్ని ముఖ్యమైన వాస్తవాలను బహిర్గతం చేయాలి. ఒక వాస్తవం ముఖ్యమైనదా కాదా అనే దానిపై ఏదైనా సందేహం ఉంటే, వాస్తవాన్ని బహిర్గతం చేయాలి. ఈ ప్రతిపాదనలోని ప్రకటనలు వారంటీలను కలిగి ఉంటాయి కాబట్టి, పూర్తి మరియు ఖచ్చితమైన సమాచారాన్ని అందించాలి.

ఈ-కమ్యూనికేషన్ మరియు ఈ-పాలసీకి సమ్మతి

☐ ఎలక్ట్రానిక్ రూపంలో జారీ చేయబడే నా పాలసీ డాక్యుమెంట్‌తో పాటు, నా పాలసీ డాక్యుమెంట్ యొక్క భౌతిక కాపీని స్వీకరించడానికి నేను ఇందుమూలంగా ఎంచుకున్నాను.

☐ ప్రతిపాదన ఫారమ్‌లో నేను అందించిన ఇమెయిల్ చిరునామాకు లేదా ఏదైనా ఇతర ఎలక్ట్రానిక్ మార్గాల ద్వారా పాలసీకి సంబంధించిన అన్ని పత్రాలు మరియు ఇతర కమ్యూనికేషన్‌లను స్వీకరించడానికి నేను ఇందుమూలంగా నా సమ్మతిని ఇస్తున్నాను.

1. ప్రతిపాదకుడి వివరాలు (ప్రతిపాదకుడిలాగే ఉంటే, దయచేసి బీమా చేయవలసిన జీవిత వివరాలను పూరించండి)

1.1 ప్రస్తుత క్లయింట్ ID: ______ సెంట్రల్ - KYC (CKYC) సంఖ్య: ______ **VID నం.:** ______

1.2 పేరు: (మిస్టర్ / శ్రీమతి / మాస్టర్.) ఇంటి పేరు | మధ్య పేరు | మొదటి పేరు

1.3 పుట్టిన తేదీ: ది ది నె నె సం సం సం సం **1.4 లింగం:** ☐ పురుషుడు (మ) ☐ స్త్రీ (ఎఫ్) ☐ ట్రాన్స్‌జెండర్ (T)

1.5 వైవాహిక స్థితి: ______ **1.6** బీమా చేయవలసిన జీవితంతో సంబంధం ______

1.7 తల్లి పేరు: శ్రీమతి. ఇంటి పేరు | మధ్య పేరు | మొదటి పేరు

☐ **తండ్రి /** ☐ **జీవిత భాగస్వామి పేరు: (శ్రీమతి / శ్రీమతి)** ఇంటి పేరు | మధ్య పేరు | మొదటి పేరు

1.8 జాతీయత: ☐ నివాసి ☐ ప్రవాస భారతీయుడు ☐ భారత సంతతికి చెందిన వ్యక్తి ☐ విదేశీ జాతీయుడు

1.9 పౌరసత్వం: ☐ భారతదేశంలో ☐ ఇతరాలు (ISO 3166 దేశ కోడ్) ______

1.10 కాంటాక్ట్ నంబర్(లు): ______ ఈమెయిల్ ఐడి: ______

1.11 విద్య: ☐ ప్రొఫెషనల్ ☐ పోస్ట్-గ్రాడ్యుయేట్ ☐ గ్రాడ్యుయేట్ ☐ డిప్లొమా ☐ 12వ తరగతి ☐ 10వ తరగతి ☐ 10వ తరగతి కంటే తక్కువ

1.12 వృత్తి: ☐ ప్రొఫెషనల్ ☐ స్వయం ఉపాధి ☐ విద్యార్థి ☐ గృహిణి ☐ పదవీ విరమణ చేశారు ☐ జీతం పొందేవారు ☐ ప్రైవేట్ ☐ ప్రజా ☐ ప్రభుత్వం.

1.13 సంస్థ/వ్యాపారం పేరు ______ **1.13 ఎ) వార్షిక ఆదాయం (₹)** ______

1.13 బి) సంస్థ/వ్యాపారం యొక్క స్వభావం ______ **1.13c) మొత్తం సేవా సంవత్సరాలు / వ్యాపారం (సంవత్సరాలు)** ______

1.14 వయస్సు రుజువు: ☐ డ్రైవింగ్ లైసెన్స్ నెం. ______ ☐ పాన్ ______ ☐ పాస్‌పోర్ట్ నం. ______

1.15 చిరునామా & గుర్తింపు రుజువు: ☐ డ్రైవింగ్ లైసెన్స్ నెం. ______ లైసెన్స్ గడువు తేదీ: ది ది నె నె సం సం సం సం పాన్ ______

☐ పాస్‌పోర్ట్ నం. ______ పాస్‌పోర్ట్ గడువు తేదీ: ది ది నె నె సం సం సం సం ☐ NREGA జాబ్ కార్డ్ ☐ ఓటరు గుర్తింపు కార్డు ☐ ఇతరులు

1.16 కమ్యూనికేషన్ చిరునామా: ______

నగరం ______ రాష్ట్రం ______ పిన్ ______

1.17 శాశ్వత చిరునామా (పైన పేర్కొన్న వాటికి భిన్నంగా ఉంటే): ______

నగరం ______ రాష్ట్రం ______ పిన్ ______

1.17 ఎ) బీమా రిపోజిటరీ పేరు ______ **1.18 ఇ-ఇన్సూరెన్స్ ఖాతా (eIA) నం. (అందుబాటులో ఉంటే)** ______

1.19 మీకు eIA లేకపోతే, ఏదైనా ఒక బీమా రిపోజిటరీని ఎంచుకోండి: ☐ సివిఎమ్ఎస్ఆర్ఆర్ ☐ ఎన్‌డిఎంఎల్ ☐ కార్వీ ☐ సిడిఎస్ఎల్

అదనపు వివరాలు - నివాసం / పన్ను స్థితి కోసం సూచిక: 1.19 ఎ) పుట్టిన ప్రదేశం మరియు దేశం: ___ స్థలం ___ ___ దేశం ___

1.19 బి) మీరు ఏదైనా ఇతర దేశ పౌరులా (ద్వంద్వ / బహుళ) / మీరు భారతదేశం కాకుండా మరే ఇతర దేశంలో (పన్ను ప్రయోజనాల కోసం) నివాసితారా / మీకు US గ్రీన్ కార్డ్ లేదా మరే ఇతర దేశానికి ఇలాంటి కార్డు ఉందా? అవును ☐ లేదు ☐ **అవును అయితే, దయచేసి బీమా FATCA డిక్లరేషన్‌లో అన్ని వివరాలను పూరించండి.**

1.20 GSTIN నం ______ **1.21 ABHA నం** ______

లింక్ ఇన్సూరెన్స్ ఉత్పత్తులు ఒప్పందం యొక్క మొదటి ఐదు సంవత్సరాలలో ఎటువంటి లిక్విడిటీని అందించవు. ఐదవ సంవత్సరం చివరి వరకు లింక్ ఇన్సూరెన్స్ ఉత్పత్తులలో పెట్టుబడి పెట్టిన డబ్బును పాలసీదారుడు పూర్తిగా లేదా పాక్షికంగా సరెండర్ చేయలేరు లేదా ఉపసంహరించుకోలేరు.

ఈ ఫారమ్ < > ద్వారా సంతకం చేయబడి ఆన్‌లైన్‌లో సమర్పించబడింది మరియు భౌతిక సంతకం అవసరం లేదు.

2. జీవిత బీమా వివరాలు (ప్రతిపాదకుడికి భిన్నంగా ఉంటే):

2.1 పేరు: (మిస్టర్ / శ్రీమతి / మాస్టర్.) ఇంటి పేరు | మధ్య పేరు | మొదటి పేరు

2.2. క్లయింట్ ఐడి (KL) యొక్క ప్రస్తుత క్లయింట్ అయితే):   **2.3 పుట్టిన తేదీ**

2.4 లింగం: ☐ పురుషుడు (మ) ☐ స్త్రీ (ఎఫ్) ☐ ట్రాన్స్‌జెండర్ (T) **2.5 వైవాహిక స్థితి:**   **2.6 జాతీయత**

2.7 పౌరసత్వం   2.8 కాంటాక్ట్ నంబర్(లు):   2.9 ఇమెయిల్ ఐడి:

2.10 వృత్తి: ☐ ప్రొఫెషనల్ ☐ స్వయం ఉపాధి ☐ విద్యార్థి ☐ గృహిణి ☐ పదవీ విరమణ చేశారు ☐ జీతం పొందేవారు
☐ ప్రైవేట్ ☐ ప్రజా ☐ ప్రభుత్వం.

2.11 సంస్థ/వ్యాపారం పేరు   2.12 సంస్థ/వ్యాపారం యొక్క స్వభావం

2.13 వార్షిక ఆదాయం   **2.14 మొత్తం సర్వీస్ / వ్యాపారంలో సంవత్సరాలు (సంవత్సరాలు)**   **2.15 వయస్సు రుజువు:** ☐ డ్రైవింగ్ లైసెన్స్ నం.

☐ జనన ధృవీకరణ పత్రం ☐ పాన్ ☐ పాస్‌పోర్ట్ నం.   పాస్‌పోర్ట్ గడువు తేదీ:

2.16 చిరునామా & గుర్తింపు రుజువు: ☐ డ్రైవింగ్ లైసెన్స్ నం.   లైసెన్స్ గడువు తేదీ:   పాన్

☐ పాస్‌పోర్ట్ నం.   పాస్‌పోర్ట్ గడువు తేదీ:   ☐ NREGA జాబ్ కార్డ్   ☐ ఓటరు గుర్తింపు కార్డు

☐ ఇతరులు

2.17 కమ్యూనికేషన్ చిరునామా:

నగరం   రాష్ట్రం   పిన్

2.18 శాశ్వత చిరునామా (పైన పేర్కొన్న వాటికి భిన్నంగా ఉంటే):

నగరం   రాష్ట్రం   పిన్

2.19 GSTIN నం.   2.20 ABHA నం

3. ప్రణాళిక వివరాలు

3.1 ప్లాన్ ఆప్షన్: ☐ మాగ్జిమైజర్ ☐ జనాదరణ పొందుతున్న స్టార్ ☐ రిటైర్ రిచ్

	ప్లాన్ / రైడర్ పేరు	పాలసీ / రైడర్ వ్యవధి (సంవత్సరాలు)	పాలసీ / రైడర్ ప్రీమియం చెల్లింపు వ్యవధి (సంవత్సరాలు)	ప్రీమియం ఫ్రీక్వెన్సీ	హామీ మొత్తం (రూ.)	వాయిదా ప్రీమియం (రూ.)
3.2 ప్రాథమిక ప్రయోజనం						
3.3 ఆప్షనల్ రైడర్ బెనిఫిట్						
					మొత్తం ప్రీమియం	

4. ఫండ్ వివరాలు

దయచేసి మీరు ఎంచుకోవాలనుకుంటున్న ఏదైనా ఒక పెట్టుబడి వ్యూహ ఎంపికను ఎంచుకోండి: ☐ స్వీయ-నిర్వహణ వ్యూహం ☐ వయస్సు ఆధారిత వ్యూహం

వయస్సు ఆధారిత వ్యూహాన్ని ఎంచుకుంటే, దయచేసి మీ రిస్క్ ఆకలిని (ఏదైనా) ఎంచుకోండి: ☐ దూకుడు ☐ మధ్యస్థం ☐ సంప్రదాయవాది

స్వీయ నిర్వహణ వ్యూహాన్ని ఎంచుకుంటే, దయచేసి మీ నిధి కేటాయింపును క్రింద సూచించండి (మొత్తం 100% కి సమానంగా ఉండాలి)

నిధులు	క్లాసిక్ అవకాశాలు	ఫ్రంట్‌లైన్ ఈక్విటీ	సమతుల్య	డైనమిక్ బాండ్	డైనమిక్ గిల్ట్	మనీ మార్కెట్	డైనమిక్ ఫ్లోటింగ్ రేట్	కోటక్ మిడ్ క్యాప్ అడ్వాంటేజ్	కోటక్ నిఫ్టీ 500 మల్టీక్యాప్ మొమెంటం క్వాలిటీ 50 ఇండెక్స్ ఫండ్	మొత్తం
కేటాయింపు %										

గమనిక: సెగ్రిగేటెడ్ ఫండ్ ఐడెంటిఫికేషన్ నంబర్ (SFIN) కోసం, దయచేసి ఉత్పత్తి బ్రోచర్ / కరపత్రం / బెనిఫిట్ ఇలస్ట్రేషన్ చూడండి / దాని కోసం బీమా సంస్థ వెబ్‌సైట్‌ను సందర్శించండి.

5. ప్రతిపాదన డిపాజిట్ చెల్లింపు వివరాలు

5.1 మోడ్: ☐ డెబిట్ / క్రెడిట్ కార్డ్ ☐ నెట్ బ్యాంకింగ్ ☐ చెక్కు/డిడి ☐ నగదు*   ఇతరులు

చెక్కు/డిడి నం.   తేదీ:   మొత్తం (రూ.):

(బ్యాంక్ మరియు బ్రాంచ్ పేరు) పై డ్రా చేయబడింది   ఐఎఫ్ఎస్సి కోడ్:

*(మీరు ప్రీమియంలను నగదు రూపంలో చెల్లించాలని ఎంచుకుంటే, సమీపంలోని కోటక్ లైఫ్ ఇన్సూరెన్స్ బ్రాంచ్‌లో మాత్రమే చెల్లించాలని మీకు సలహా ఇవ్వబడుతుంది)

6. ప్రయోజనాలు / వాపసుల ప్రత్యక్ష క్రెడిట్ కోసం బ్యాంక్ వివరాలు

6.1 బ్యాంక్ పేరు & బ్రాంచ్:   **6.2 ఖాతా రకం:** ☐ ప్రస్తుత ☐ పొదుపులు

6.3 ఖాతా సంఖ్య: **6.4 ఖాతాదారుడి పేరు:**

MICR కోడ్:   ఐఎఫ్ఎస్సి:   చెక్కు కాపీ జతపరచబడింది: ☐ అవును ☐ లేదు

గమనిక: బ్యాంక్ వివరాలలో మార్పు గురించి KLIకి తెలియజేయాల్సిన బాధ్యత క్లయింట్ తీసుకుంటారు. ఈ పాలసీ కింద ఉత్పన్నమయ్యే క్లెయిమ్‌లు పైన పేర్కొన్న బ్యాంక్ ఖాతా ద్వారా మాత్రమే పరిష్కరించబడతాయి.

7. నామినీ వివరాలు (ప్లాన్ రైజింగ్ స్టార్ ఆప్షన్ ఎంచుకోబడితే నామినీ వివరాలను నమోదు చేయండి)

7.1 పేరు: (మిస్టర్ / శ్రీమతి / మాస్టర్.) ఇంటి పేరు | మధ్య పేరు | మొదటి పేరు

7.2 పుట్టిన తేదీ:   లింగం: ☐ పురుషుడు (మ) ☐ స్త్రీ (ఎఫ్) ☐ ట్రాన్స్‌జెండర్ (T)

7.3 బీమా చేయవలసిన జీవితంతో సంబంధం

7.4 కమ్యూనికేషన్ చిరునామా:

నగరం   రాష్ట్రం   పిన్

7.5 జాతీయత ☐ భారతీయుడు ☐ ఎన్ఆర్ఐ/పిఐఓ ☐ ఇతరులు

ఈ ఫారమ్ <   > ద్వారా సంతకం చేయబడి ఆన్‌లైన్‌లో సమర్పించబడింది మరియు భౌతిక సంతకం అవసరం లేదు.

8. నియామక వివరాలు (నామినీ 18 సంవత్సరాల కంటే తక్కువ వయస్సు ఉంటే, నియామకం తప్పనిసరి. నియామకం 18 సంవత్సరాల కంటే ఎక్కువ వయస్సు కలిగి ఉండాలి)

8.1 పేరు: (మిస్టర్ / శ్రీమతి / మాస్టర్.) ఇంటిపేరు మధ్య పేరు మొదటి పేరు

8.2 పుట్టిన తేదీ: రి రి | నె నె | సం సం సం సం లింగం: ☐ పురుషుడు (ము) ☐ స్త్రీ (ఎఫ్) ☐ ట్రాన్స్‌జెండర్ (T)

8.3 బీమా చేయవలసిన జీవితంతో సంబంధం

8.4 కమ్యూనికేషన్ చిరునామా:

నగరం రాష్ట్రం పిన్

9. బీమా చేయబడే ప్రతిపాదకుడు & జీవితం గురించి అదనపు సమాచారం || బీమా చేయబడే జీవితం గురించి ఆరోగ్య వివరాలు

		జీవితానికి బీమా చేయాలి	ప్రతిపాదకుడు
ఎ)	దోషిగా నిర్ధారిమీకు భారతదేశంలో లేదా విదేశాలలో ఏదైనా క్రిమినల్ చర్యల కింద ఁంచబడిన చరిత్ర ఉందా?	☐ అవును ☐ లేదు	☐ అవును ☐ లేదు
బీ)	మీరు రాజకీయంగా బహిర్గతమయ్యే వ్యక్తినా (వీరు కేంద్ర లేదా రాష్ట్ర ప్రభుత్వ అధిపతులు/మంత్రులు, సీనియర్ రాజకీయ నాయకులు, సీనియర్ ప్రభుత్వ, న్యాయ లేదా సైనిక అధికారులు, ప్రభుత్వ సంస్థల సీనియర్ కార్యనిర్వాహకులు, ముఖ్యమైన రాజకీయ పార్టీ అధికారులు మరియు పైన పేర్కొన్న వ్యక్తుల కుటుంబ సభ్యులు వంటి ప్రముఖ ప్రజా కార్యక్రమాలను నిర్వహిస్తున్న వ్యక్తులు?	☐ అవును ☐ లేదు	☐ అవును ☐ లేదు
సీ)	పైన నిర్వచించిన విధంగా మీరు రాజకీయంగా బహిర్గతమయ్యే వ్యక్తికి దగ్గరి బంధువా?	☐ అవును ☐ లేదు	☐ అవును ☐ లేదు

'అవును' అయితే దయచేసి వివరాలు ఇవ్వండి:

10. బీమా చేయబడే జీవిత ఆరోగ్య వివరాలు

ఎత్తు: సెం.మీ. లేదా అడుగులు అంగుళాలు **బరువు:** కిలోలు

10.1	మీరు-(ఎ) రోజుకు 10 సిగరెట్లు, బీడీలు కంటే ఎక్కువ తాగుతారా?	☐ అవును ☐ లేదు
	(బి) రోజుకు 5 పొచ్‌ల కంటే ఎక్కువ పొగాకు నములుతున్నారా?	☐ అవును ☐ లేదు
	(సి) రోజుకు 2 పెగ్గుల కంటే ఎక్కువ ఆల్కహాల్ ఏదైనా రూపంలో తీసుకుంటారా?	☐ అవును ☐ లేదు
	(డి) ఏదైనా మాదకద్రవ్యాలను (వైద్య/వినోద ప్రయోజనాల కోసం)/సిగార్లు, ఇ-సిగరెట్లు, పాన్ మసాలా, గుట్కా సేవించండి.	☐ అవును ☐ లేదు
10.2	వైద్య/ఆరోగ్య కారణాల వల్ల మీ బీమా దరఖాస్తు లేదా పునఃస్థాపన దరఖాస్తు ఎప్పుడైనా తిరస్కరించబడిందా, వాయిదా వేయబడిందా లేదా అదనపు ప్రీమియం లేదా సవరించిన నిబంధనలతో అంగీకరించబడిందా?	☐ అవును ☐ లేదు
10.3	మీరు ఎప్పుడైనా HIV/AIDS సంక్రమణతో బాధపడుతున్నారా లేదా చికిత్స చేయబడ్డారా?	☐ అవును ☐ లేదు

11. బీమా చేయబడే జీవిత వైద్య చరిత్ర

11.1	మీరు రక్తపోటు, కొలెస్ట్రాల్, డయాబెటిస్, స్ట్రోక్, ఛాతీ నొప్పి, హృదయ/కొరోనరీ ఆర్టరీ వ్యాధికి సంబంధించిన ఏదైనా వ్యాధి, రుగ్మత లేదా పరిస్థితితో బాధపడుతున్నారా లేదాఏ రకమైన గుండె జబ్బులు ఉన్నాయా?(అధిక లేదా తక్కువ రక్తపోటుతో సహా, గుండె జబ్బులలో రుమాటిక్ గుండె జబ్బులు ఉంటాయి)	☐ అవును ☐ లేదు
11.2	మీరు శ్వాసకోశ వ్యవస్థ, జీర్ణవ్యవస్థ లేదా జెనిటోయూరినరీ వ్యవస్థకు సంబంధించిన ఏదైనా వ్యాధి/అనారోగ్యంతో బాధపడుతున్నారా? (ఆస్తమా, బ్రోన్కైటిస్, పల్మనరీ టీబీ, ఊపిరితిత్తుల/గొంతు, మూత్రపిండాలు/మూత్ర నాళం యొక్క కాలిక్యులస్, మూత్రపిండాల రుగ్మతలు, మూత్ర సంబంధిత ఇన్ఫెక్షన్లు, అల్సర్లు, మూలవ్యాధులు, పిత్తాశయం లేదా ప్రేగు వ్యాధులు మొదలైనవి)	☐ అవును ☐ లేదు
11.3	మీరు ఏదైనా మానసిక, నాడీ, పుట్టుకతో వచ్చే వ్యాధి లేదా ఏదైనా శారీరక వైకల్యం / వైకల్యం లేదా పైన పేర్కొనబడని ఏదైనా ఇతర వ్యాధితో బాధపడుతున్నారా? (మూర్ఛ, నిరాశ, అంధత్వం, చెవుడు, మ్యూటిజం మొదలైనవి)	☐ అవును ☐ లేదు
11.4	మీరు ఏదైనా వైద్య ప్రిస్క్రిప్షన్ / శ్రద్ధలో ఉన్నారా లేదా గత 3 సంవత్సరాలలో ఉన్నారా; మీరు వరుసగా 5 రోజులు ఆసుపత్రిలో చేరారా లేదా ఏదైనా అనారోగ్యం కారణంగా వరుసగా 10 రోజులు పనికి దూరంగా ఉన్నారా?	☐ అవును ☐ లేదు
11.5	మీరు ప్రస్తుతం గర్భవతిగా ఉన్నారా లేదా గతంలో ఏదైనా గర్భధారణ సంబంధిత సమస్యలతో బాధపడుతున్నారా లేదా గర్భాశయ ద్వారం, రొమ్ము లేదా గర్భాశయానికి సంబంధించిన ఏదైనా వ్యాధితో బాధపడుతున్నారా?	☐ అవును ☐ లేదు
11.6	మీ తల్లిదండ్రులు/తోబుట్టువులు/జీవిత భాగస్వామిలో ఎవరైనా 60 ఏళ్లలోపు క్యాన్సర్, గుండె జబ్బులు/రక్తపోటు/స్ట్రోక్ (గుండె జబ్బులలో కార్డియోమయోపతి కూడా ఉంటుంది) డయాబెటిస్, హెపటైటిస్ బీ, కిడ్నీ డిజార్డర్ లేదా ఏదైనా ఇతర జన్యు/కుటుంబ వ్యాధి (మల్టిపుల్ స్క్లెరోసిస్, మస్క్యులార్ డిస్ట్రోఫీ, మోటార్ న్యూరాన్ వ్యాధి, పార్కిన్సన్స్/అల్జీమర్స్ వ్యాధి మొదలైనవి) వంటి ఏవైనా వ్యాధులతో బాధపడుతున్నారా లేదా మరణించారా?	☐ అవును ☐ లేదు

12. బీమా చేయబడే జీవిత భాగస్వామి / ప్రతిపాదకుడి ప్రకటన

ప్రతిపాదన ఫారమ్‌లోని ప్రశ్నల స్వభావాన్ని మరియు అటువంటి ప్రశ్నలకు సమాధానమిచ్చేటప్పుడు అన్ని సమాచారాన్ని వెల్లడించడం యొక్క ప్రాముఖ్యతను పూర్తిగా అర్థం చేసుకున్న తర్వాత నేను/మేము వాటికి సమాధానమిచ్చామని నేను/మేము ప్రకటిస్తున్నాము.
ప్రతిపాదన ఫారమ్‌లోని అన్ని ప్రశ్నలకు నేను/మేము ఇచ్చిన సమాధానాలు అన్ని విధాలుగా నిజమైనవి మరియు పూర్తి అని మరియు నేను/మేము ఎటువంటి భౌతిక సమాచారాన్ని దాచలేదని లేదా ఏదైనా వాస్తవాన్ని అణిచిపెట్టలేదని కూడా నేను/మేము ఇందుమూలంగా ప్రకటిస్తున్నాము.
ఈ ప్రతిపాదన ఫారమ్‌పై సంతకం చేసిన తర్వాత మరియు కంపెనీ రిస్క్‌ను అంగీకరించే ముందు, బీమా చేయబడుతున్న వ్యక్తి ఆరోగ్య స్థితిలో లేదా అతని/ఆమె వృత్తిలో ఏదైనా మార్పు లేదా అతని/ఆమె ప్రస్తుత పాలసీలు లేదా ప్రతిపాదనలకు సంబంధించిన ఏదైనా నిర్ణయాలను కోటక్ మహీంద్రా లైఫ్ ఇన్సూరెన్స్ కంపెనీ లిమిటెడ్ ("కంపెనీ")కి తెలియజేస్తానని/మేము హామీ ఇస్తున్నాము.
నా ఆరోగ్యం లేదా వైద్య చరిత్ర, ఉద్యోగం, వ్యాపారం, ఆదాయం లేదా కంపెనీకి మరియు కంపెనీకి వెల్లడించాల్సిన అవసరం ఉన్న లేదా సంబంధితంగా పరిగణించబడే ఇతర వివరాల రికార్డులు లేదా జ్ఞానం ఉన్న ఏదైనా సంస్థ, సంస్థ లేదా వ్యక్తి ఈ ప్రతిపాదన ఫారమ్ లేదా ఫలిత పాలసీకి సంబంధించి ఏదైనా సంస్థ, సంస్థ లేదా వ్యక్తికి వెల్లడించడానికి నేను ఇందుమూలంగా తిరిగి మార్చలేని అధికారం ఇస్తున్నాను.
పాలసీని పొందడానికి కంపెనీ అండర్ రైటింగ్ పాలసీ ప్రకారం అవసరమైన విధంగా HIV యాంటీబాడీలతో కూడిన రక్త పరీక్షలతో సహా అన్ని వైద్య పరీక్షలు చేయించుకోవడానికి నేను అంగీకరిస్తున్నాను. అంతేకాకుండా, నేను శారీరకంగా పరీక్షించబడిన సందర్భంలో, కంపెనీ తరపున పనిచేసే వైద్య పరీక్షకుడికి నేను ఇచ్చిన సమాధానాలు ఈ ప్రతిపాదన ఫారమ్‌లో సరిగ్గా చేర్చబడినట్లు పరిగణించబడతాయని నేను అర్థం చేసుకున్నాను. ఈ ప్రతిపాదనను పాలసీగా మార్చిన సందర్భంలో, కంపెనీ చేసిన వైద్య ఖర్చులను నా నుండి తిరిగి పొందే హక్కు కంపెనీకి ఉంది.
ఈ ప్రతిపాదన ఫారమ్‌లో నేను/మేము చేసిన ప్రకటనలు/సమర్పణలు (దానికి సంబంధించిన ఏవైనా అనుబంధం(లు) / అన్ని ప్రకటనలు, అఫిడవిట్‌లు మరియు ఇతర ప్రకటనలతో సహా) మరియు/లేదా అటువంటి సమాచారాన్ని అందించడానికి నా అధికారం ఉన్న మరియు దీని కింద నా ప్రాణానికి ఉన్న ప్రమాదాన్ని అంచనా వేయడానికి కంపెనీ ఆధారపడిన ఏ వ్యక్తి నుండి అయినా కంపెనీ కోరిన ఏదైనా సమాచారం అని నేను/మేము ప్రకటిస్తున్నాము. ప్రతిపాదన ఫారమ్ నాకు/మాకు మరియు కంపెనీకి మధ్య బీమా ఒప్పందానికి ఆధారం అవుతుంది.
నేను/మేము మోసం/తప్పుడు ప్రాతినిధ్యం వహించినట్లయితే, బీమా చట్టం, 1938లోని సెక్షన్ 45 ప్రకారం కాలానుగుణంగా సవరణలు చేస్తూ కంపెనీ పాలసీని వెంటనే రద్దు చేస్తుందని నేను/మేము అంగీకరిస్తున్నాము.
ఈ ఒప్పందం బీమా చట్టం, 1938, IRDA చట్టం, 1999 మరియు దాని కింద రూపొందించబడిన నిబంధనల ప్రకారం నిర్వహించబడుతుందని మరియు ఈ ప్రతిపాదన ఫారమ్‌ను కంపెనీ వ్రాతపూర్వకంగా ఆమోదించే వరకు ఒప్పందం ప్రారంభం కాదని నేను/మేము అర్థం చేసుకున్నాము. బీమా చేయబడే వ్యక్తి మైనర్ అయితే. ఈ బీమా ప్రతిపాదన బీమా చేయబడే వ్యక్తి ప్రయోజనం కోసమేనని నేను/మేము ప్రకటిస్తున్నాము మరియు ధృవీకరిస్తున్నాము.
అన్ని ప్రీమియంలు విశ్వసనీయ వనరుల నుండి చెల్లించబడతాయని మరియు మనీలాండరింగ్ నిరోధక చట్టం, 2002లో జాబితా చేయబడిన ఏదైనా నేరానికి సంబంధించిన నేరం ద్వారా వచ్చిన ఆదాయం నుండి ఎటువంటి ప్రీమియంలు చెల్లించబడవని నేను/మేము ఇందుమూలంగా ధృవీకరిస్తున్నాము/చెల్లించబడును.
KLI తో అందుబాటులో ఉన్న మరియు/లేదా ఇతరత్రా పొందిన ఈ ప్రతిపాదన ఫారమ్‌లో ఉన్న వ్యక్తిగత మరియు/లేదా సున్నితమైన వ్యక్తిగత డేటా లేదా KYC పత్రం మరియు వైద్య/ఆరోగ్య సమాచారంతో సహా కానీ వీటికే పరిమితం కాకుండా, జీవిత బీమా చేయబడిన వ్యక్తి(లు) మరియు/లేదా ప్రతిపాదకుడి యొక్క ఏదైనా సమాచారాన్ని సేకరించి ఉపయోగించడానికి నేను/మేము ఇందుమూలంగా కోటక్ మహీంద్రా లైఫ్ ఇన్సూరెన్స్ కంపెనీ లిమిటెడ్ ("KLI")కి అంగీకరిస్తున్నాము, సమ్మతిని తెలియజేస్తున్నాము మరియు అధికారం ఇస్తున్నాము. చట్టబద్ధమైన/నియంత్రణ/ప్రభుత్వ సంస్థలు, వ్యక్తులు, సంస్థలు, సంస్థలు, రీఇన్సూరర్లు, ఆడిటర్లు, దర్యాప్తు సంస్థలు, సర్వీస్ ప్రొవైడర్లు, పరిశ్రమ సంఘాలు/సమాఖ్యలు మొదలైన వాటితో సహా కానీ వీటికే పరిమితం కాకుండా, అటువంటి డేటా మరియు సమాచారాన్ని ఏదైనా సంస్థతో భాగించడానికి/భాగస్వామ్యం చేయడానికి/బహిర్గతం చేయడానికి మరియు/లేదా ధృవీకరించడానికి నేను/మేము KLIకి స్పష్టంగా అంగీకరిస్తున్నాము, సమ్మతిని తెలియజేస్తున్నాము మరియు అధికారం ఇస్తున్నాము; సబ్జెక్ట్ జీవిత బీమా కవర్‌కు KLI సముచితమని భావించే ఏ రూపంలోనైనా లేదా పద్ధతిలో మరియు అండర్‌రైటింగ్, కవర్ జారీ, క్లెయిమ్ దర్యాప్తు/ప్రాసెసింగ్/చెల్లింపు/సెటిల్‌మెంట్, మార్కెటింగ్ లేదా ప్రమోషనల్ కమ్యూనికేషన్‌లు, విలువ ఆధారిత సేవలు, రిస్క్ నిర్వహణ కార్యకలాపాలు, పాలసీ సర్వీసింగ్ మొదలైన వాటితో సహా కానీ వీటికే పరిమితం కాకుండా.

☐ పై ప్రకటనను నేను అంగీకరిస్తున్నాను

ఈ ఫారమ్ < > ద్వారా సంతకం చేయబడి ఆన్‌లైన్‌లో సమర్పించబడింది మరియు భౌతిక సంతకం అవసరం లేదు.

13. ఆన్‌లైన్ లావాదేవీ హక్కుల ప్రకటన

నేను KLI వెబ్ సైట్ - www.kotaklife.com లో రిజిస్ట్రేషన్ నిబంధనలు మరియు షరతులను చదివాను మరియు వాటిని అంగీకరిస్తున్నాను.
నా యూజర్ నేమ్ మరియు పాస్‌వర్డ్ పొందడానికి నేను www.kotaklife.com లో రిజిస్టర్ చేసుకోవాలని నాకు అర్థమైంది.
www.kotaklife.com వెబ్ సైట్ ద్వారా నా యూజర్‌నేమ్ మరియు పాస్‌వర్డ్‌తో నిర్వహించబడే అన్ని లావాదేవీలు నాకు కట్టుబడి ఉంటాయని నేను అంగీకరిస్తున్నాను
నా దరఖాస్తును కోటక్ లైఫ్ ఇన్సూరెన్స్ ఆమోదించినట్లయితే, పైన పేర్కొన్న ప్రతిపాదన నంబర్‌కు లావాదేవీ హక్కులు నాకు లభిస్తాయని నేను అర్థం చేసుకున్నాను.

☐ పై ప్రకటనను నేను అంగీకరిస్తున్నాను

14. ఫారమ్ నింపే వ్యక్తి ద్వారా ప్రకటన (ఒక లేఖరి ఫారమ్ నింపినప్పుడు లేదా స్థానిక భాషలలో సంతకం చేసినప్పుడు లేదా వైకల్యం ఉన్న వ్యక్తి ద్వారా అధికారం పొందిన ప్రతినిధి ద్వారా ఫారమ్ నింపినప్పుడు మాత్రమే వర్తిస్తుంది)

☐ స్క్రైబ్ / స్థానిక భాషలు ☐ వైకల్యం

__________________________ (పూర్తి పేరు) అనే నేను ప్రతిపాదకుడికి వివరించాను, ప్రశ్నలకు సమాధానాలు కంపెనీ మరియు ప్రతిపాదకుడి మధ్య బీమా ఒప్పందానికి ఆధారం అని. బీమా చేయబడిన వ్యక్తి నా సమక్షంలో తన ఎడమ బొటనవేలి ముద్రను వేసుకున్నాడని కూడా నేను ధృవీకరిస్తున్నాను.

చిరునామా ______

______ గ్రామం / జిల్లా ______ లాండ్‌మార్క్ ______

నగరం ______ రాష్ట్రం ______ పిన్ ______

స్థలం ______ టెలిఫోన్ నం. ______ తేదీ ______

జీవిత బీమా చేయించుకునే వ్యక్తి/ప్రతిపాదకుడినైన నేను, ప్రతిపాదన ఫారం మరియు పత్రాలలోని విషయాలను నాకు పూర్తిగా వివరించినట్లు ప్రకటిస్తున్నాను.

లేఖరి సంతకం	ప్రతిపాదకుడి సంతకం/ ఎడమ బొటనవేలి ముద్ర	లైఫ్ అడ్వైజర్/కార్పొరేట్ ఏజెంట్ యొక్క పేర్కొన్న వ్యక్తి/ బ్రోకర్ యొక్క అధీకృత ఉద్యోగి / రిలేషన్‌షిప్ ఆఫీసర్ సంతకం)

1938 బీమా చట్టంలోని సెక్షన్ 41: (1) భారతదేశంలోని ప్రాణాలకు లేదా ఆస్తికి సంబంధించిన ఏదైనా రకమైన రిస్కుకు సంబంధించి బీమా తీసుకోవడానికి లేదా పునరుద్ధరించడానికి లేదా కొనసాగించడానికి ప్రత్యక్షంగా లేదా పరోక్షంగా ప్రేరేపణగా, చెల్లించాల్సిన కమిషన్ మొత్తం లేదా కొంత భాగానికి ఏదైనా రాయితీని లేదా పాలసీలో చూపిన ప్రీమియం యొక్క ఏదైనా రాయితీని ఏ వ్యక్తి కూడా అనుమతించకూడదు లేదా అనుమతించకూడదు, లేదా పాలసీని తీసుకునే లేదా పునరుద్ధరించే లేదా కొనసాగించే ఏ వ్యక్తి కూడా ఎటువంటి రాయితీని అంగీకరించకూడదు, బీమా సంస్థ ప్రచురించిన ప్రాస్పెక్టస్‌లు లేదా పట్టికల ప్రకారం అనుమతించబడే రాయితీ తప్ప.

1938 బీమా చట్టంలోని సెక్షన్ 45: పైన పేర్కొన్న ఒప్పందంలో బీమా చట్టం, 1938లోని సెక్షన్ 45లోని నిబంధనలు వర్తిస్తాయి. పూర్తి పాఠం కోసం దయచేసి మా వెబ్‌సైట్‌లో సెక్షన్ 45ని చూడండి లేదా మా మధ్యవర్తిని సంప్రదించండి లేదా సమీపంలోని శాఖను సందర్శించండి. https://www.kotaklife.com/assets/images/uploads/why_kotak/section38_39_45_of_insurance_act_1938.pdf

గమనిక: బీమా సంస్థ వెబ్ సైట్ https://www.kotaklife.com లో అందుబాటులో ఉన్న సంబంధిత బ్రోచర్(లు)లో పేర్కొన్న విధంగా ప్రతిపాదిత ప్లాన్ యొక్క ఉత్పత్తి లక్షణాలు, ప్రయోజనాలు & ప్రమాద కారకాలు, ఛార్జీల నిర్మాణం, నిబంధనలు మరియు షరతులను ప్రతిపాదకుడు చదివి అర్థం చేసుకోవాలని సూచించబడింది.

కార్యాలయ వినియోగానికి మాత్రమే తనిఖీ చేసినవారు

సేల్స్ మేనేజర్ పేరు	సేల్స్ అసోసియేట్ పేరు	ప్రమోషన్ కోడ్	బో పేరు
సేల్స్ మేనేజర్ ID	సేల్స్ అసోసియేట్ ఐడి	భాగస్వామి కోడ్	శాఖ పేరు
దిది నెల సంవత్సరం	దిది నెల సంవత్సరం	దిది నెల సంవత్సరం	దిది నెల సంవత్సరం
సేల్స్ మేనేజర్ సంతకం	సేల్స్ అసోసియేట్ సంతకం	సంతకం	బో సంతకం

లైఫ్ అడ్వైజర్ / కార్పొరేట్ ఏజెంట్ / బ్రోకర్ / రిలేషన్‌షిప్ ఆఫీసర్ ద్వారా ఏజెంట్ యొక్క గోప్య నివేదిక & ప్రకటన

మీరు లైఫ్ టు అష్యూర్డ్ / ప్రతిపాదకుడితో సంబంధం కలిగి ఉన్నారా? అవును ☐ లేదు ☐

a) నేను చివరిగా ______ న ప్రపోజర్‌ను (వ్యక్తిగతంగా) కలిశాను, చివరిగా ______ న లైఫ్ టు బి అష్యూర్డ్‌ను (వ్యక్తిగతంగా) కలిశాను. నేను, (పూర్తి పేరు) లైఫ్ అడ్వైజర్ / కార్పొరేట్ ఏజెంట్ యొక్క నిర్దిష్ట వ్యక్తి/బ్రోకర్/రిలేషన్‌షిప్ ఆఫీసర్ యొక్క అధీకృత ఉద్యోగిగా, గత ______ సంవత్సరాల నుండి లైఫ్ టు బి అష్యూర్డ్ / ప్రపోజర్ నాకు తెలుసు అని ప్రకటిస్తున్నాను. నేను బీమా అవసరాన్ని అంచనా వేసాను మరియు తదనుగుణంగా ప్రొడక్ట్ ఫీచర్లు, ప్రయోజనాలు, ఛార్జీలు, ప్రీమియం చెల్లింపు వ్యవధి, పదవీకాలం మొదలైన వాటిని ప్రపోజర్ మరియు లైఫ్ టు బి అష్యూర్డ్‌కు వివరించాను. పాలసీ మొత్తం కాలానికి ప్రపోజర్ యొక్క ఆర్థిక పరిస్థితి మరియు బీమా మరియు ప్రీమియం చెల్లింపు సామర్థ్యంతో బీమా చేయబడిన జీవితానికి సంబంధించి నాకు ఎటువంటి సమస్య కనిపించలేదు మరియు ఎటువంటి అనారోగ్యం లేదా శారీరక / మానసిక వైకల్యం లేకుండా ప్రాథమికంగా జీవిత ఆరోగ్యం బాగుందని కూడా కనుగొన్నాను. జీవిత బీమా పొందిన వ్యక్తి మరియు/లేదా ప్రతిపాదకుడు రాజకీయంగా బహిర్గతమయ్యే వ్యక్తి (PEP) కాదని కూడా నేను ప్రకటిస్తున్నాను.

పైన వెల్లడించిన వాస్తవాలు నాకు తెలిసినంత వరకు మరియు నమ్మకం మేరకు నిజమైనవి మరియు సరైనవని నేను ఇందుమూలంగా ప్రకటిస్తున్నాను మరియు ఈ రిస్కును KLI అండర్‌రైట్ చేయాలని ప్రతిపాదిస్తున్నాను. ఈ ప్రతిపాదన ఫారమ్‌లో ఉన్న ప్రశ్నల స్వభావంతో సహా ఈ ప్రతిపాదన ఫారమ్‌లోని అన్ని విషయాలను నేను ప్రతిపాదకుడికి వివరించానని నేను ఇందుమూలంగా ప్రకటిస్తున్నాను. పాలసీ జారీ కోసం KLI ఈ ప్రతిపాదనను అంగీకరిస్తే, ఇక్కడ ఉన్న ప్రశ్నలకు లేదా ఇక్కడ కోరిన ఏవైనా వివరాలకు ఈ ప్రతిపాదన ఫారమ్‌లో అతను/ఆమె సమర్పించిన స్టేట్‌మెంట్(లు), సమాచారం మరియు ప్రతిస్పందన(లు) KLI మరియు ప్రతిపాదకుడి మధ్య బీమా ఒప్పందానికి ఆధారం అవుతాయని కూడా నేను వివరించాను. ప్రతిపాదకుడితో నా పరస్పర చర్య మరియు/లేదా నాకు అందించిన పత్రాలు మరియు రికార్డుల ఆధారంగా, నాకు ఎటువంటి సమాచారం లేదు, అంటే బీమా చేయబడిన వ్యక్తి లేదా బీమా చేయబడిన వ్యక్తి అందించిన ఏదైనా స్టేట్‌మెంట్(లు), సమాచారం మరియు ప్రతిస్పందన(లు) అసంపూర్ణంగా లేదా అసత్యంగా ఉన్నాయని సూచిస్తుంది.

తేదీ: ______

లైసెన్స్ నం. ______
ఏజెంట్ ID: ______
సంప్రదించండి: ______
స్థలం: ______

(లైఫ్ అడ్వైజర్/కార్పొరేట్ ఏజెంట్ యొక్క పేర్కొన్న వ్యక్తి/ బ్రోకర్ యొక్క అధీకృత ఉద్యోగి/రిలేషన్‌షిప్ ఆఫీసర్‌కు వర్తించే సంతకం & స్టాంప్)

మీ సూచన కోసం

1. ఇది ప్రతిపాదన ఫారమ్ అందుకున్నట్లు లైఫ్ అడ్వైజర్/కార్పొరేట్ ఏజెంట్ యొక్క నిర్దేశిత వ్యక్తి/బ్రోకర్ యొక్క అధీకృత ఉద్యోగి/రిలేషన్‌షిప్ ఆఫీసర్ ద్వారా అందిన రసీదు. ఇది కోటక్ మహీంద్రా లైఫ్ ఇన్సూరెన్స్ కంపెనీ లిమిటెడ్ జారీ చేసిన రసీదు కాదు.
2. కోటక్ మహీంద్రా లైఫ్ ఇన్సూరెన్స్ కంపెనీ లిమిటెడ్, దాని బ్రాంచ్ ఆఫీసులో పూర్తి చేసిన ప్రతిపాదన ఫారమ్‌ను నగదు/చెక్/డిమాండ్ డ్రాఫ్ట్‌తో స్వీకరించిన తర్వాత ప్రతిపాదన డిపాజిట్ రసీదు (PDR) జారీ చేస్తుంది.
3. మీ PDR అందకపోతే లేదా ఏదైనా స్పష్టత కోసం, దయచేసి సమీపంలోని KLI శాఖను సంప్రదించండి.
4. మరింత సహాయం కోసం, 9321003007 కు వాట్సాప్ చేయండి

ఈ ఫారమ్ < > ద్వారా సంతకం చేయబడి ఆన్‌లైన్‌లో సమర్పించబడింది మరియు భౌతిక సంతకం అవసరం లేదు.

కోటక్ మహీంద్రా లైఫ్ ఇన్సూరెన్స్ కంపెనీ లిమిటెడ్.ఐఆర్‌డిఎఐ రెగ్.
నెం.: 107, CIN: U66030MH2000PLC128503, Regd. కార్యాలయం: 8 వ అంతస్తు, ప్లాట్ #సి-12, జి-బ్లాక్, బికెసి, బాంద్రా (ఇ) ముంబై-400 051.
www.kotaklife.com