

रिफंड/भुगतानों की डायरेक्ट क्रेडिट के लिए घोषणा

मैं घोषित करता/करती हूँ कि ऊपर दी गई जानकारी सत्य और सही है। मैं एतद्वारा एसबीआई लाइफ को ऊपर वर्णित खाते में किसी भी भुगतान/धनवापसी, यदि हो, को सीधे क्रेडिट करने के लिए अधिकृत करता/करती हूँ।

टिप्पणी : कृपया सुनिश्चित करें कि प्रदान किए गए बैंक के विवरण सही और पूर्ण हैं। कृपया ध्यान दें कि यदि आप द्वारा प्रदान किए गए किसी बैंक अकाउंट नंबर में कोई भुगतान इस आधार पर विफल होता है कि बैंक के दिए गए विवरण गलत हैं तो इसके लिए एसबीआई लाइफ जिम्मेदार नहीं होगी।

जहाँ सदस्य बैंक खाता धारक नहीं है, अधिकृत हस्ताक्षरी को नीचे दिए गए स्थान में फॉर्म पर हस्ताक्षर करना आवश्यक होता है।

क्रेडिट किए जानेवाले बैंक खाते के अधिकृत हस्ताक्षरी का नाम और हस्ताक्षर

5. प्लान के विवरण

कवर के विकल्प	प्रीमियम भुगतान अवधि	प्लान विकल्प	पॉलिसी अवधि	प्रीमियम बारंबारता
	एकल	<<लेवल/रिड्यूसिंग>> कवर <<एकल/संयुक्त>> जीवन	<<1 से 120 महीना>>	
आशवासित राशि* (₹)		मूल प्रीमियम (₹)	लागू कर (₹)	कुल प्रीमियम (लागू कर सहित) (₹)

एसबीआई लाइफ - ग्रुप माइक्रो शील्ड - एसपी के लिए - आशवासित राशि ₹1,000 से ₹2,00,000 तक उपलब्ध है।

*सभी एसबीआई लाइफ ग्रुप माइक्रो इश्योरेंस उत्पादों के लिए कुल आशवासित राशि प्रति समूह सदस्य ₹2,00,000 तक सीमित होगी।

6. लोन के विवरण

आशवासित राशि और पॉलिसी अवधि कम से कम बकाया लोन राशि और लोन अवधि के बराबर होने चाहिए जो पॉलिसी के आरंभ में अधिकतम ₹2,00,000 के अधीन है।

लोन अकाउंट नंबर

लोन ब्याज दर %

लोन श्रेणी/प्रकार

7. संयुक्त जीवन के विवरण

क्या इस प्लान के अंतर्गत संयुक्त जीवन कवर किया गया है? हाँ नहीं

सदस्य/संयुक्त जीवन का नाम श्री श्रीमती

प्राथमिक सदस्य के साथ रिश्ता

सदस्य आईडी/सदस्यता फॉर्म नंबर

जन्मतिथि D D M M Y Y Y Y लिंग : पुरुष स्त्री तृतीय पंथी व्यवसाय

संयुक्त सदस्य के पिता का नाम

संयुक्त सदस्य का आयु प्रमाण जन्म प्रमाणपत्र स्कूल/कॉलेज प्रमाणपत्र पैन कार्ड पासपोर्ट

ड्राइविंग लाइसेंस अन्य (यदि लागू हो)

पैन कार्ड* मेरे पास पैन कार्ड नहीं है और मैंने फॉर्म 60 जमा किया है।

*यदि इस प्रस्ताव के अंतर्गत वार्षिक प्रीमियम ₹50,000 से अधिक होता है तो कृपया पैन नंबर दें या फॉर्म 60 जमा करें।

8. नामिती (बीमित की मृत्यु के मामले में लाभार्थी)

पूरा नाम	आशवासित किए जा रहे जीवन से रिश्ता	आयु पिछले जन्मदिन के अनुसार (वर्ष)	प्रतिशत हिस्सेदारी (%)

9. अपॉइंटी के विवरण

(लागू जब नामिती अल्पवयस्क हो)

पूरा नाम	आशवासित किए जा रहे जीवन से रिश्ता	आयु पिछले जन्मदिन के अनुसार (वर्ष)

10. सदस्य की सहमति और अच्छे स्वास्थ्य की घोषणा

1. मैं एसबीआई लाइफ इश्योरेंस कंपनी लिमिटेड ('एसबीआई लाइफ' या 'कंपनी') द्वारा प्रदान किए जा रहे, जैसा कि यहाँ चुना गया है, एसबीआई लाइफ-ग्रुप माइक्रो शील्ड-एसपी का सदस्य बनना चाहूँगा/चाहूँगी और मैंने इस स्कीम के सभी नियमों व शर्तों को पूरी तरह से समझा है और सहमत हूँ।
2. मैं सहमत हूँ कि इस आवेदन के अनुसार जो इश्योरेंस कवर मुझे प्रदान किया जा सकता है वह <<XX महीने>> की अवधि तक कार्यरत रहेगा बशर्ते प्रीमियम लागू करों के साथ नियत दिनांक के अंदर या ग्रेस अवधि के अंदर अदा किए गए हों, यदि लागू हो।
3. मैं सहमत हूँ कि मास्टर पॉलिसीधारक ग्रुप प्रशासक के रूप में क्रिया करेगा।
4. मैं कोई भी अन्य व्यक्तिगत विवरण देने की घोषणा करता/करती हूँ जो प्रस्तावक/मास्टर पॉलिसीधारक/एसबीआई लाइफ को ग्रुप लाइफ इश्योरेंस प्लान के अंतर्गत मेरे लाइफ इश्योरेंस कवर के संबंध में आवश्यक हो सकता है और मेरे लाइफ इश्योरेंस कवर के बारे में किसी बदलाव की सूचना देने के लिए प्रस्तावक/मास्टर पॉलिसीधारक को अधिकृत करता/करती हूँ।
5. मैं समझता/समझती हूँ कि कर्ज की स्वीकृति (यदि लागू हो) का आकलन लाइफ इश्योरेंस कवर से स्वतंत्र होकर किया जाएगा।
6. मैं एतद्वारा समझता/समझती हूँ और सहमत हूँ कि कोई भी लाइफ इश्योरेंस कवर तब तक शुरू नहीं होगा जब तक जोखिम स्वीकार नहीं किया जाता और आवश्यक प्रीमियम एसबीआई लाइफ/मास्टर पॉलिसीधारक को अंतरित नहीं किया जाता और एसबीआई लाइफ लाइफ इश्योरेंस कवर के लिए इस आवेदन की स्वीकृति की लिखित स्वीकृति नहीं दे देती। मैं यह भी समझता/समझती हूँ और सहमत हूँ कि मुझे प्रदान किया गया लाइफ इश्योरेंस कवर मास्टर पॉलिसी धारकों के पक्ष में जारी मास्टर पॉलिसी अनुबंध द्वारा अधिशासित किया जाएगा।
7. मैं समझता/समझती हूँ कि कवर की अवधि के दौरान कवर किए गए बीमित सदस्य की मृत्यु के दुर्भाग्यपूर्ण मामले में या कवर किए गए बीमित सदस्यों में से किसी एक की पहले मृत्यु होने के मामले में (यदि संयुक्त जीवन पॉलिसी है) मृत्यु लाभ एकमुश्त रूप में अदा किया जाएगा और पॉलिसी निरस्त हो जाएगी। संयुक्त पॉलिसी में दोनों सदस्यों की एक साथ मृत्यु हो जाने के मामले में सिर्फ एक आश्वासित राशि देय होगी। संयुक्त जीवन के मामले में, मृत्यु लाभ का भुगतान होने के बाद (पहली मृत्यु या एक साथ मृत्यु पर) कवर समाप्त हो जाएगा।
8. किसी डॉक्टर, अस्पताल और/या नियोक्ता को कोई ज्ञान या जानकारी उजागर करने से रोकने के लिए लागू कोई कानून, उपयोग, प्रथा या परंपरा के प्रावधानों के बावजूद, उन्हें किसी भी समय कंपनी के सामने ऐसा ज्ञान या जानकारी प्रकट करने की स्वतंत्रता रहेगी।

मैं एतद्वारा सहमत हूँ कि लोन और कवर तथा मेरे द्वारा ऊपर बताए अनुसार चुने गए विकल्प के विवरणों सहित यह फॉर्म सही और पूर्ण है और यह मास्टर पॉलिसी में मेरे दाखिले का आधार बनेगा। मैं यह भी समझता/समझती हूँ कि एक बार कवर को स्वीकार किया जाता है तो इस जानकारी में कोई भी बदलाव करने की अनुमति नहीं होगी।

मैं एतद्वारा एसबीआई लाइफ को बीमित घटना होने के दिनांक पर मेरे द्वारा देय कोई भी बकाया लोन की शेष राशि के बराबर देय दावे की राशि का हिस्सा सीधे मास्टर पॉलिसी धारक को अदा करने के लिए अधिकृत करता/करती हूँ, शेष दावा राशि, यदि हो, मेरे नामित/लाभार्थी को देय होगी (जैसे लागू हो)।

टिप्पणी : (1) इस कवर के प्रति कोई भी भुगतान केवल तभी किया जाएगा जब दावा एसबीआई लाइफ द्वारा स्वीकार्य पाया जाता है। (2) यदि मास्टर पॉलिसीधारक को कोई भी बकाया लोन राशि देय नहीं है तो यह अधिकृत मास्टर पॉलिसीधारकों को देय बकाया राशियों के निपटारे के दिनांक से लैप्स, अप्रभावी, अप्रयोज्य और अवैध मानी जाएगी।

अच्छे स्वास्थ्य की घोषणा

1. मैं घोषित करता/करती हूँ कि वर्तमान में मेरा मानसिक और शारीरिक स्वास्थ्य अच्छा है।
2. मैं यह भी घोषित करता/करती हूँ कि मैं किसी शारीरिक विकार/विकृति से ग्रस्त नहीं हूँ और मैं अपनी नियमित गतिविधियाँ स्वतंत्र रूप से करता/करती हूँ।
3. मैं डायबिटीज, हायपरटेंशन (हाई ब्लड प्रेशर), मिर्गी, या ट्यूबरकुलोसिस या किसी पुरानी बीमारी या आनुवंशिक विकारों से ग्रस्त कभी नहीं रहा या वर्तमान में ग्रस्त नहीं हूँ, मैं हेपेटाइटिस बी, हेपेटाइटिस सी या एचआईवी के लिए पॉजिटिव नहीं रहा/रही हूँ और मुझे अलकोहल, नार्कोटिक ड्रग्स या तंबाकू सेवन के संबंध में कभी उपचारित या अस्पताल में दाखिल नहीं किया गया है। पिछले 3 वर्षों के दौरान, मुझे किसी भी बीमारी या रोगों के लिए अस्पताल में भर्ती नहीं कराया गया है।
4. मैं यह भी घोषणा करता/करती हूँ कि मैंने पहले या वर्तमान में क्रिटिकल रोग* के लिए कोई उपचार नहीं लिया है, न ही वर्तमान में कोई उपचार ले रहा/रही हूँ न ही मुझे मेडिकल परीक्षण कराने की सलाह दी गई है या किसी उपचार चर्चा का पालन करने का सुझाव दिया गया है।
*क्रिटिकल इलनेस की व्याख्या निम्नलिखित में से किसी एक के रूप में की जाती है : 1. कैंसर से ग्रस्त रहे हैं या हैं, 2. किसी हृदय रोग के लिए उपचार की सलाह दी गई है या उपचार ले रहे हैं, 3. पिछले 12 महीनों के दौरान संपूर्ण एनेस्थीशिया देकर कोई बड़ी सर्जरी करवाई है, 4. बड़ा अंग प्रत्यारोपण करवाया है, 5. मेडिकल रूप से छाती/हृदय की सर्जरी करवाने की सलाह दी गई है या घोषणा के दिनांक से छह महीनों के अंदर संपूर्ण एनेस्थीशिया की आवश्यकता वाली सर्जरी की गई है, 6. गुर्दे और/या लीवर फेल्योर हुआ है, 7. स्ट्रोक, लकवा या मानसिक रोग से ग्रस्त रहे हैं या हैं, 8. फेफड़े या मस्तिष्क या लीवर के किसी पुराने, असाध्य रोग से ग्रस्त हो चुके हैं या हैं, 9. एड्स या यौन रोगों से ग्रस्त रह चुके हैं या हैं।
5. केवल महिलाओं के लिए, मैं वर्तमान में गर्भवती नहीं हूँ।
6. मैं यह समझता/समझती हूँ एवं इससे सहमत हूँ जब तक जोखिम स्वीकृत न हो जाए और मास्टर पॉलिसी द्वारा आवश्यक बीमा शुल्क एसबीआई लाइफ को भुगतान न कर दिया जाए तथा एसबीआई लाइफ अपनी लिखित स्वीकृति इस प्रस्ताव पत्र के बारे में आपको सूचित न करें। तब तक कोई इश्योरेंस कवर आरंभ नहीं होगा। मैं यह भी समझता/समझती हूँ एवं सहमत हूँ कि जो इश्योरेंस कवर मुझे दिया जाएगा वह मास्टर पॉलिसी अनुबंध, जो ग्रुप मास्टर पॉलिसीधारक के पक्ष में जारी किया गया है, उससे ही नियंत्रित होगा।
7. किसी वर्तमान नियम, व्यवहार, रिवाज या रीति में चिकित्सक/अस्पताल और/या नियोक्ता के गोपनीयता के आधार पर मेरे स्वास्थ्य या नियुक्ति के विषय में बताने पर प्रतिबंध के बावजूद मैं, मेरे वारिस, निष्पादक, व्यवस्थापक अथवा कोई और व्यक्ति या समूह जिनका मुझे प्रदान किए गए इश्योरेंस कवर में हित हो, एतद्वारा सहमत हूँ कि ऐसे प्राधिकारी, जिसे मेरे बारे में कोई ज्ञान या जानकारी हो, कभी भी कंपनी के समक्ष प्रकट करने के लिए स्वतंत्र होगा।
8. मैं यह समझता/समझती तथा मानता/मानती हूँ कि इस उत्पाद में मिलने वाले कुल लाभ, इस उत्पाद में वर्णित सीमा से अधिक नहीं होंगे यद्यपि इसके लिए कितने भी प्रस्ताव पत्र क्यों न भरे जाएँ, मैं यह घोषणा करता/करती हूँ तथा मानता/मानती हूँ कि पूर्वोक्त घोषणा सारी बातों को समझने के बाद की गई है और यह मेरी जानकारी के अनुसार पूर्णतः सत्य है। मैंने ऐसी कोई जानकारी नहीं छिपाई है जो मुझे, एसबीआई लाइफ इश्योरेंस कंपनी लिमिटेड के समूह बीमा का सदस्य बनाने के निर्णय को प्रभावित करे। मैं इस बात से राजी हूँ कि यह फार्म, उक्त घोषणा के साथ, ग्रुप/समूह बीमा में मेरी सदस्यता का आधार बनेगा तथा यदि इसमें कोई बात असत्य हुई तो मैं/मेरे वारिस/निष्पादक/व्यवस्थापक तथा संपत्ति-भागी (असाइनी) इस समूह-बीमा के लाभों के हकदार नहीं होंगे। मैं इस बात से भी राजी हूँ ऐसी किसी बीमारी, दुर्घटना या मृत्यु दावा के लिए कंपनी उत्तरदायी नहीं होगी, जिनके कारण मेरे बीमा आवेदन के पूर्व जानकारी में थे तथा उपरोक्त बयानों में नहीं बताए गए अथवा छिपाए गए हों। मैं समझता/समझती हूँ/हम समझते हैं और सहमत हूँ/हैं कि वस्तुनिष्ठ तथ्य के अप्रकटीकरण के मामले में या धोखाधड़ी के मामले में उक्त अनुबंध के साथ समय-समय पर यथा संशोधित बीमा कानून 1938 की धारा 45 के प्रावधानों के अनुसार बर्ताव किया जाएगा।

11. स्वास्थ्य या अन्यथा से संबंधित कोई अन्य वस्तुनिष्ठ तथ्य

प्राथमिक सदस्य : _____
संयुक्त सदस्य : _____

12. अतिरिक्त घोषणा जब सदस्यता फॉर्म पर ग्रुप सदस्य (या प्रस्तावक) के अलावा किसी अन्य व्यक्ति द्वारा हस्ताक्षर किया जाता है या ग्रुप सदस्य (या प्रस्तावक) अंग्रेजी से देशी भाषा में हस्ताक्षर करता है/ग्रुप सदस्य (या प्रस्तावक) निरक्षर है

मैं एतद्वारा घोषणा करता/करती हूँ कि मुझे सदस्यता फॉर्म की सामग्रियाँ और अन्य सभी दस्तावेजों को पढ़कर सुनाया गया है और समझाया गया है जिनके सहारे एसबीआई लाइफ इश्योरेंस कंपनी लिमिटेड से एसबीआई लाइफ-ग्रुप माइक्रो शील्ड-एसपी ग्रुप सदस्य को दिया जाएगा और यह कि उसने घोषित किया है कि उसने इन्हें पूरी तरह से समझ लिया है।

मैं एतद्वारा घोषित करता/करती हूँ कि मैंने ग्रुप सदस्य को उन प्रश्नों के उत्तर पूरी तरह से समझाए हैं जो ग्रुप इश्योरेंस कवर के लिए आधार बनेंगे और मैंने ग्रुप सदस्य को यह भी समझाया है कि यदि कोई गलत बयानी की जाती है या वस्तुनिष्ठ जानकारी छिपाई जाती है या यदि कोई असत्य कथन कहा जाता है या धोखाधड़ी के मामले में, उक्त अनुबंध के साथ समय-समय पर यथा संशोधित बीमा कानून 1938 की धारा 45 के प्रावधानों के अनुसार व्यवहार किया जाएगा और ग्रुप सदस्य ने सदस्यता फॉर्म में हर प्रश्न का पूर्ण और सही जानकारी देने का महत्व और सदस्यता फॉर्म में हर घोषणा के महत्व को पूरी तरह से समझा है।

मैं एतद्वारा घोषित करता/करती हूँ कि मैंने इस फॉर्म की सामग्री ग्रुप सदस्य को _____ भाषा में समझाई है।

मैं यह भी घोषणा करता/करती हूँ कि मैंने ग्रुप सदस्य द्वारा दिए गए जवाबों को सत्य और सही रूप से दर्ज किया है और यह कि सदस्य ने मेरी मौजूदगी में सामग्रियों को पूरी तरह से समझने के बाद अपना हस्ताक्षर किया है/अंगूठा लगाया है।

(कृपया केवल काली स्याही से हस्ताक्षर करें/
बाएँ हाथ के अंगूठा का निशान लगाएँ)

घोषणा करने वाले व्यक्ति के हस्ताक्षर

घोषणा करने वाले व्यक्ति का नाम और पता

दिनांक :

पता : _____

रियायतों की निषिद्धता : समय-समय पर यथासंशोधित बीमा अधिनियम 1938 की धारा 41 के अनुसार :

कोई भी व्यक्ति भारत के किसी भी व्यक्ति को, जीवन या संपत्ति से संबंधित किसी भी प्रकार के जोखिम के लिए बीमा करवाने या इसका नवीनीकरण करवाने या बीमा पॉलिसी जारी रखने के लिए, प्रत्यक्ष या अप्रत्यक्ष रूप से न तो कोई प्रलोभन दे सकता है, न ही देय कमीशन से सम्पूर्ण या आंशिक रूप में कोई छूट दे सकता है, न ही पॉलिसी में दर्शाए गए प्रीमियम पर किसी तरह की छूट दे सकता है, न ही बीमा पॉलिसी लेने वाला या इसका नवीनीकरण करवाने या इसे जारी रखने वाला कोई भी व्यक्ति किसी तरह की छूट स्वीकार कर सकता है, बशर्ते प्रकाशित विवरण पुस्तिका या बीमाकर्ता की तालिका के अनुसार इस तरह की छूट की अनुमति दी गई हो।

किसी भी व्यक्ति द्वारा इस धारा के प्रावधानों का अनुपालन करने में चूक करने पर वह जुर्माने का पात्र होगा जो दस लाख रूपए तक हो सकता है।

अप्रकटीकरण : समय-समय पर यथासंशोधित बीमा अधिनियम 1938 की धारा 45 का सारांश :

किसी भी जीवन बीमा पॉलिसी पर पॉलिसी की तारीख से तीन वर्ष समाप्त होने के बाद किसी भी आधार पर प्रश्न खड़ा नहीं किया जा सकता। पॉलिसी के दिनांक से तीन वर्ष के अंदर किसी भी समय पॉलिसी पर धोखाधड़ी के आधार पर या इस आधार पर सवाल उठाया जा सकता है कि प्रस्ताव या अन्य दस्तावेज में बीमित के जीवन की प्रत्याशा का कोई कथन या किसी वस्तुनिष्ठ जानकारी को दमन गलत तरीके से किया गया है जिसके आधार पर पॉलिसी जारी या पुनर्जीवित की गई थी या राइडर जारी किया गया था। बीमाकर्ता को बीमित या उसके विधिक प्रतिनिधियों या नामितियों या असाइनियों को लिखित रूप में उन आधारों और जानकारियों से अवगत कराना होगा जिस पर ऐसा निर्णय आधारित हो।

कोई भी बीमाकर्ता धोखाधड़ी के आधार पर जीवन बीमा पॉलिसी को रद्द नहीं करेगा यदि बीमित प्रमाणित कर सके कि गलत बयानी या वस्तुनिष्ठ तथ्य का दमन उसकी श्रेष्ठ जानकारी और विश्वास के अनुसार सत्य था या इस तथ्य को दबाने के लिए जानबूझकर कोई प्रयास नहीं किया गया था या यह कि ऐसा गलत कथन या छिपाव बीमाकर्ता की जानकारी में है। पॉलिसीधारक के जीवित नहीं रहने पर, धोखाधड़ी के मामले में झूठ को गलत साबित करने का दायित्व लाभार्थियों पर होता है।

धोखाधड़ी के आधार पर नहीं लेकिन गलत बयानी या वस्तुनिष्ठ तथ्य को छिपाने के आधार पर पॉलिसी को रद्द करने के मामले में निरस्तीकरण की दिनांक तक पॉलिसी पर जुटाए गए प्रीमियमों को अदा कर दिया जाएगा।

इस धारा में कोई भी बात बीमाकर्ता को किसी भी समय आयु का प्रमाण माँगने से नहीं रोकेगी यदि उसे ऐसा करने का अधिकार हो, और किसी भी पॉलिसी पर प्रश्नचिन्ह केवल इसलिए नहीं लगाया जाएगा क्योंकि पॉलिसी की शर्तों को, प्रस्ताव में बीमित व्यक्ति द्वारा अपनी आयु गलत दर्शाने के कारण समायोजित करना पड़ा था।

धारा के संपूर्ण विवरणों और 'पॉलिसी की दिनांक' की व्याख्या के लिए कृपया समय-समय पर यथासंशोधित बीमा अधिनियम 1938 की धारा 45 पढ़ें।

मैं एतद्वारा सहमत हूँ कि इस घोषणा सहित यह फॉर्म प्रस्तावित इश्योरेंस प्लान को जारी करने का आधार बनाएगा; सारी जानकारी पूरी समझ और जानकारी के साथ दी गई है और जानकारी मेरे श्रेष्ठ ज्ञान के अनुसार पूर्ण व सत्य है।

(कृपया केवल काली स्याही से हस्ताक्षर करें/
बाएँ हाथ के अंगूठा का निशान लगाएँ)

गवाह का हस्ताक्षर/बाएँ अंगूठे का निशान

(कृपया केवल काली स्याही से हस्ताक्षर करें/
बाएँ हाथ के अंगूठा का निशान लगाएँ)

प्राथमिक सदस्य या प्रस्तावक का हस्ताक्षर/बाएँ हाथ के
अंगूठे का निशान (यदि सदस्य नाबालिग है)

(कृपया केवल काली स्याही से हस्ताक्षर करें/
बाएँ हाथ के अंगूठा का निशान लगाएँ)

संयुक्त सदस्य का हस्ताक्षर/बाएँ हाथ के अंगूठे का निशान

नाम : _____

पता : _____

दिनांक :

स्थान : _____