ONLY FOR REFERENCE, NOT FOR LOG-IN PURPOSES

SHRIRAM Life Insurance
YOUR PARTNER FOR PROSPERITY
associated with Sanlam group

శ్రీరాం జీవిత భీమా సంస్థ లిమిటెడ్

5వ అంతస్తు, రాంకి సెలీనియం, ఆంధ్రా బ్యాంక్ శిక్షణ కేంద్రము పక్కన, గచ్చిబౌలి, హైదరాబాదు - 500032

CP Ref# SA

లైఫ్ అష్యూర్డ్ యొక్క ఇటీవలి ఫోటోను అతికించండి (వయసు 5 సంవత్సరాలకంటే ఎక్కువగా ఉంటే)

ప్రపోజర్ ఇటీవలి ఫోటోను అతికించండి. (వార్షిక సగటు ప్రీమియం సంవత్సరానికి 10000 కంటే ఎక్కువగా ఉంటే)

(కార్యాలయ వినియోగానికి మాత్రమే)

ప్రపోజల్ సం: ______________________ పాలసీ సం: ______________________

కస్టమర్ ఐడీ: ______________________ ఇన్వర్డ్ తేదీ ______________________

డెప్. రసీదు సం.: ______________________ తేదీ: ______________________

ఏజెంట్ పేరు/కార్పొరేట్ ఏజెంట్ పేరు: ______________________ ఏజెంట్ కోడ్/ఐడీ: ______________________

కార్పొరేట్ ఏజెంట్ కోడ్ ఒ సీఓఆర్ నం: ______________________

ప్రపోజల్ ఫార్మ్ పూర్తి చేసేందుకు మార్గదర్శకాలు (దయచేసి పెద్ద అక్షరాలలో పూర్తి చేయండి)

- భీమా అనేది అత్యధిక విశ్వాసము కలిగిన ఒక ఒప్పందము. ఇందులో ప్రపోజల్ ఫార్మ్ లోని ప్రశ్నలకు స్పందనగా ఇన్స్యూరర్, ప్రపోజర్ మరియు లైఫ్ అష్యూర్డ్ ముగ్గురూ అన్ని విషయాలను వెల్లడి చేయవలసి ఉంటుంది మరియు ఏ రకమైన వాస్తవాలను కూడా దాచిపెట్టకూడదు. ఫార్మ్ పూర్తి చేసే ముందు, దయచేసి బ్రోచర్లను చదవండి, దాని వలన మీరు ఈ ఉత్పత్తి యొక్క అన్ని ప్రయోజనాలను నియమ నిబంధనలను పూర్తిగా అర్థం చేసుకోగలరు.
- అన్ని యూనిట్ లింక్డ్ పాలసీలు సంప్రదాయిక భీమా పాలసీలకు భిన్నంగా ఉంటాయి మరియు వివిధ రిస్క్ ఫాక్టర్లకు కట్టుబడి ఉంటాయి. యూనిట్ లింక్డ్ పాలసీలో మీరు ఎంచుకున్న పెట్టుబడి పోర్ట్ఫోలియోలో పెట్టుబడి రిస్క్ మీదే బాధ్యత.
- ఏవీ ఖాళీ వదలకుండా సంబంధించిన అన్ని కాలమ్స్ ను పూర్తి చేయండి మరియు వివరాలు మీకు వర్తించనప్పుడు లేదా అందుబాటులో లేని చోట 'నిల్' లేదా 'ఎన్ఏ' అని వ్రాయండి.

1. లైఫ్ అష్యూర్డ్ వివరాలు (ఎల్.ఏ):

(a) పేరు : శ్రీ / శ్రీమతి / కుమారి మొదటి పేరు మధ్య పేరు చివరి పేరు (ఇంటిపేరు)

(b) జాతీయత:	భారతీయుడు ☐ ఎన్ఆర్ఐ ☐ విదేశీయులు ☐ పీఐఒ ☐		
(c) వివాహ స్థితి:	వివాహితులు ☐ ఒంటరి ☐ వితంతువు ☐ విడాకులు తీసుకున్నారు ☐	(d) లింగము:	పురుషులు ☐ స్త్రీలు ☐ ట్రాన్స్జెండర్ ☐
(e) తండ్రి పేరు:	మొదటి పేరు మధ్య పేరు చివరి పేరు (ఇంటిపేరు)		
(f) తల్లి పేరు:	మొదటి పేరు మధ్య పేరు చివరి పేరు (ఇంటిపేరు)		
(g) పుట్టిన తేదీ: డీడీ / ఎంఎం / వైవైవైవై	(h) పుట్టిన ఊరు:	(I) విద్యార్హతలు:	
(j) వయసు రుజువు సబ్మిట్ చేయబడింది (నిర్దేశించండి): ఆధార్ కార్డు ☐ డ్రైవింగ్ లైసెన్స్ ☐ పాన్ కార్డు ☐ పాస్పోర్ట్ ☐ ఇతరములు అయితే తెలపండి: ______			
ఐడీ రుజువు: డాక్యుమెంట్ పేరు	చిరునామా రుజువు: డాక్యుమెంట్ పేరు	(k) ఆధార్ సం.	
(l) వృత్తి: (కొన్ని ప్రమాదకరమైన వృత్తుల కొరకు విడిగా ఒక అనుబంధం జతచేయాలి).		(m) పనుల స్వభావము:	
(n) ప్రస్తుత ఉద్యోగయజమాని పేరు: :		ఉద్యోగము కాలపరిమితి ______ సంవత్సరాలు:	
(o) పని ప్రదేశము:		(p) పాన్నం. :	
(q) లైఫ్ అష్యూర్డ్ వార్షిక ఆదాయము: (రూపాయలలో):		ఆదాయ వనరు:	
(r) మీరు విదేశీ జాతీయత కలిగినవారా లేదా ఎన్ఆర్ఐ లేదా భారతదేశము కాకుండా మరే ఇతర దేశపు నివాసి (ఐటీ ఉద్దేశాల కొరకు) అవును ☐ కాదు ☐ అవును అయితే, దయచేసి ఎఫ్ఏటీసీఏ ఫార్మ్ పూర్తి చేయండి.			
(s) ఏఎంఎల్ చట్టము ప్రకారము మీరు రాజకీయంగా క్రియాశీలంగా ఉన్న వ్యక్తా (పీఈపీ) – అవును ☐ కాదు ☐ అవును అయితే, దయచేసి అనుబంధం – పీఈపీ-01 పూర్తి చేయండి			

2. ప్రపోజర్ వివరాలు (ప్రపోజర్ లైఫ్ టు బి అష్యూర్డ్ కాక ఇతరులు అయితే మాత్రమే పూర్తి చేయాలి)

(a) పేరు: శ్రీ / శ్రీమతి / కుమారి	మొదటి పేరు మధ్య పేరు చివరి పేరు (ఇంటిపేరు)		
(b) లింగము:	పురుషులు ☐ స్త్రీలు ☐ ట్రాన్స్జెండర్ ☐	(c) వివాహ స్థితి:	వివాహితులు ☐ ఒంటరి ☐ వితంతువు ☐ విడాకులు తీసుకున్నారు ☐
(d) ఐడీ రుజువు: డాక్యుమెంట్ పేరు	(e) చిరునామా రుజువు డాక్యుమెంట్ పేరు	(k) ఆధార్ సం.	
(g) తండ్రి పేరు:		(h) లైఫ్ అష్యూర్డ్ తో ప్రపోజర్ యొక్క బాంధవ్యము:	
(i) పుట్టిన తేదీ: డీడీ / ఎంఎం / వైవైవైవై	(j) విద్యార్హతలు:		
(k) వార్షిక ఆదాయము: (రూపాయలలో):	ఆదాయ వనరు:	(l) పాన్నం.:	
(m) ప్రస్తుత ఉద్యోగయజమాని పేరు:		ఉద్యోగము కాలపరిమితి ______ సంవత్సరాలు:	
(n) వృత్తి:		(o) పనుల స్వభావము:	
(p) మీరు విదేశీ జాతీయత కలిగినవారా లేదా ఎన్ఆర్ఐ లేదా భారతదేశము కాకుండా మరొక దేశములో నివాసము కలిగిన వారా? (ఐ.టీ. పనులకొరకు) అవును ☐ కాదు ☐. అవునుఅయితే, దయచేసిఎఫ్ఏటీసీఏఫార్మ్పూర్తిచేయండి.			

3. ప్రపోజర్ యొక్క చిరునామా (సొంత జీవితము సందర్భములో లైఫ్ టు బి అష్యూర్డ్)

చిరునామా	1. కమ్యూనికేషన్ చిరునామా	2. శాశ్వతచిరునామా (చిరునామా 1 లాంటిదే అయితే, బాక్స్ లో టిక్ చేయండి ☐)
ఇం.నం./ఫ్లాట్నం.		
వీధి/ప్రాంతము		
నగరము/జిల్లా		
రాష్ట్రము	పిన్ కోడ్ నం.	ఫ్లాట్నం.
సంప్రదింపు నం.		ప్రత్యామ్నాయ నం.
ఈమెయిల్ఐడీ:		ప్రత్యామ్నాయ ఈమెయిల్ ఐడీ

For Reference Only

4. ప్లాన్ వివరాలు: ప్లాన్ పేరు:

ప్రీమియం వాయిదా	ప్రపోస్ చేయబడిన మొత్తము	చెల్లింపు తరుచుదనము	ప్రీమియం చెల్లించే కాలపరిమితి	పాలసీ కాలపరిమితి	డిపాజిట్ చేయబడిన మొత్తము వివరాలు (టిక్ ✓ చేయండి)	చెక్/డీడీ నం	చెక్ తేదీ	బ్యాంక్ పేరు
					చెక్ ☐ డీడీ ☐ నగదు ☐ డెబిట్ కార్డు ☐ క్రెడిట్ కార్డు ☐			

5 (a) ప్లాన్ ఎంపికలు ________ (b). మెచ్యూరిటి బెనిఫిట్ పే అవుట్ ఎంపిక : ________

(c). డెత్ బెనిఫిట్ పే అవుట్ ఎంపిక: ________ (d). ఎడ్యుకేషన్ సపోర్ట్ బెనిఫిట్ ఎంపిక: ________.

*దయచేసి సంబంధిత ఎంపికలను ఎంచుకోండి మరియు మీరు ఎంచుకున్న ప్లాన్ క్రింద వర్తిస్తే (a), (b), (c) & (d) లలో మాత్రమే పూర్తి చేయండి.

6. (a).ఎంపికచేయబడిన నిధులు (యూలిప్ ప్లాన్స్ కొరకు మాత్రమే) (b). ఆటో ట్రాన్స్ఫర్ ఎంపిక (యూలిప్ ప్లాన్స్ కొరకు మాత్రమే)

నిధి పేరు	శాతము (%)	నిధి పేరు	శాతము (%)		అవును అయితే, క్రింది ఎంపికల నుండి ఎంచుకోండి
				అవును ☐	
				కాదు ☐	6 నెలలు ☐ 12 నెలలు ☐

7. యూలిప్'స్ కొరకు పరిష్కార ఎంపిక: మెచ్యూరిటి తేదీ వరకు మీరు మీ పాలసీని కొనసాగిస్తే, ఒక పాలసీదారుడిగా విత్డ్రాయల్ తేదీ నాటికి ఉన్న ఎన్ఏవీ ప్రకారము 5 సంవత్సరాలలో 5 వాయిదాలకు మించకుండా యూనిట్లను విత్డ్రా చేసుకునే అవకాశం మీకు ఉంటుంది. పరిష్కార ఎంపికను ఎంచుకునేందుకు మీరు అంగీకరిస్తున్నారా - ధృవీకరించండి (టిక్) అవును ☐ కాదు ☐

8. రైడర్ వివరాలు:

రైడర్ పేరు	ప్రపోస్ చేయబడిన మొత్తము	కవర్ కాలపరిమితి	రైడర్ పేరు	ప్రపోస్ చేయబడిన మొత్తము	కవర్ కాలపరిమితి

9. బ్యాంక్ ఖాతా వివరాలు: ప్రపోజర్ ☐ లైఫ్ అష్యూర్డ్ (సొంత జీవితము అయిన సందర్భములో) ☐

బ్యాంక్ ఖాతా నం		ఖాతా రకము: సేవింగ్స్ ☐ కరెంట్ ☐	ఖాతా వర్గము: భారతీయము ☐ ఎన్ఆర్ఈ ☒ ఎన్ఆర్ఓ ☒
బ్యాంక్ పేరు		బ్యాంక్ శాఖ పేరు	
ఐఎఫ్ఎస్సీ కోడ్		సబ్మిట్ చేయబడిన రుజువు: పేరు ముద్రించబడి ఉన్న రద్దుచేయబడినచెక్ ☐ బ్యాంక్పాస్బుక్కాపీ ☐ బ్యాంకర్ లేఖ ☐	

*ఎన్ఆర్ఈ/ఎన్ఆర్ఓ ఖాతాలు కలిగిన పాలసీదారుల కొరకు ప్రస్తుత బ్యాంకింగ్ మార్గదర్శకాల ప్రకారము నెఫ్ట్ చెల్లింపులు అనుమతించబడవు.

10. నామినీ వివరాలు:

పేరు:శ్రీ /శ్రీమతి/ఎంఎస్ - కుమారి మొదటి పేరు మధ్య పేరు చివరి పేరు (ఇంటిపేరు)

డీఓబీ: డీడీ / ఎంఎం / వైవైవైవై లింగము: పురుషుడు ☐ స్త్రీ ☐ ట్రాన్స్జెండర్ ☐ ఎల్ఏ తో బాంధవ్యము:________ మొబైల్ #________

అపాయింటీ పేరు (నామినీ మైనర్ అయితే): మొదటి పేరు మధ్య పేరు చివరి పేరు (ఇంటిపేరు)

నామినీతో అపాయింటీ యొక్క బాంధవ్యము:________ కమ్యూనికేషన్ కొరకు చిరునామా: ________

________ అపాయింటీ సంతకము:

11. మీ దరఖాస్తు ఏదైనా జీవిత బీమా పాలసీ లేదా ప్రస్తుతము ఉన్న పాలసీ యొక్క పునరుద్ధరణ కొరకు తిరస్కరించబడిందా లేదా ఏదైనా బీమా సంస్థచే రేటెడ్అప్ లేదా వాయిదావేయబడిందాఆ? అవును ☐ కాదు ☐ *మీ సమాధానము "అవును" అయితే, ఏ కారణము చేత?________

పాలసీ నం.	కంపెనీ పేరు	ఇన్స్యూర్ చేయబడిన మొత్తము

12. మీ ప్రస్తుత జీవిత బీమా పాలసీల వివరాలను/అదే సమయములో మరే ఇతర జీవిత బీమా కంపెనీలో దరఖాస్తు చేయబడిన ప్రపోజల్స్ వివరాలను అందజేయండి (ఒకవేళ చోటు చాలకపోతే, దయచేసి వేరొక షీట్ ను జతచేయండి)

పాలసీ నం.	కంపెనీ పేరు	ఇన్స్యూర్ చేయబడిన మొత్తము	పాలసీ ఇష్యూ చేయబడిన తేదీ	పాలసీ స్థితి

13. కుటుంబ చరిత్ర: దయచేసి లైఫ్ అష్యూర్డ్ యొక్క కుటుంబ సభ్యుల వివరాలను అందించండి.

కుటుంబ సభ్యుడు	జీవించి ఉంటే, వయసు	కుటుంబ సభ్యుని పేరు	కుటుంబ సభ్యుని ఆరోగ్య పరిస్థితి (మరణించి ఉంటే, మరణించిన సమయములో వయసు, మరణించిన సంవత్సరము, మరణానికి కారణము లేదా అనారోగ్య రకములను గురించిన వివరాలను అందజేయండి)
తండ్రి			
తల్లి			
జీవిత భాగస్వామి			
పిల్లలు (వివాహ స్థితి, ఉపాధి & విద్యాసంబంధ వివరాలను అందజేయండి)			
సోదరులు			
సోదరీమణులు			

* "లైఫ్ అష్యూర్డ్" వితంతువు అయినప్పుడు మాత్రమే పిల్లల వివాహ స్థితి, ఉపాధి & విద్యాసంబంధ వివరాలను అందించాలి.

14. లైఫ్ అష్యూర్డ్ యొక్క వ్యక్తిగత వైద్య చరిత్ర. (సంబంధిత బాక్స్ లో అవును/కాదు-టిక్ (√) చేసి క్రింది వాటికి సమాధానాలు ఇవ్వండి)

A. బరువు(కేజీలలో) :	B. ఎత్తు: సెంమీ (లేదా) అడుగులు అంగుళాలు
C.మీరు ఏ రూపములో అయినా పొగాకును ధూమపానము/నమలడము/పీల్చుకోవడము చేస్తారా? అవును ☐ కాదు ☐ ఒకవేళ సమాధానము అవును అయితే, రోజుకు రకము & పరిమాణము:	D. మీరు మద్యము సేవిస్తారా? అవును ☐ కాదు ☐ అవును అయితే, రోజుకు రకము & పరిమాణము:
E. మీరు నార్కొటిక్స్, బార్బిట్యురేట్స్, మార్జువానా, మత్తుమందులు, కొకెయిన్, స్టిమ్యులెంట్స్, నిద్రమాత్రలు లేదా మరేవైనా ప్రమాదకరమైన డ్రగ్స్ ఉపయోగించారా? అవును ☐ లేదు ☐	F. మీరు ఏవియేషన్ (ఒక ఫేర్ చెల్లించే ప్రయాణీకుడిగా కాకుండా), పర్వతారోహణము, ఈత లేదా మరే ఇతర రకమైన రేసింగ్ మొదలైన ఏ విధంగా అయినా ప్రమాదకరంగా ఉండే ఏవైనా సాహసోపేతమైన హాబీలు/.పనులలో పాల్గొంటారా. అవును ☐ లేదు ☐ (అవును అయితే, దయచేసి వివరాలు అందించండి)

For Reference Only

ONLY FOR REFERENCE, NOT FOR LOG-IN PURPOSES

G. మీరు ఎప్పుడైనా దోషిగా నిలబెట్టబడ్డారా/న్యాయస్థానములో మీపై ఏదైనా కేసు పెండింగ్ లో ఉందా? అవును ☐ కాదు ☐ (అవును అయితే, దయచేసి వివరాలు అందించండి):

H. మీరు ఏదైనా అనారోగ్యము కొరకు ఆసుపత్రిలో చేరారా/చికిత్స తీసుకున్నారా? గత (5) సంవత్సరాలలో – అవును ☐ కాదు ☐ అవును అయితే, డయాగ్నోసిస్ వివరాలు మరియు తీసుకున్న చికిత్స వివరాలు అందించండి:

I. గత (5) సంవత్సరాలలో ఆరోగ్య కారణాల దృష్ట్యా మీరు మీ ఉద్యోగము నుండి సెలవు మంజూరు చేయించుకున్నారా? అవును ☐ కాదు ☐ (అవును అయితే, దయచేసి వివరాలు అందించండి):

J. మీరు ఏదైనా వైద్య చికిత్స అవసరమైన ప్రమాదానికి గురి అయ్యారా లేదా గాయాలు తగిలాయా ?అవును ☐ కాదు ☐ అవును అయితే, సంబంధిత వివరాలను తెలపండి:

K. మీరు ఎప్పుడైనా ఈ దిగువన పేర్కొనబడిన అనారోగ్యాలకు గురి అయ్యారా, “అవును/కాదు” వ్రాయండి.

1. గుండె, కడుపు, ఊపిరితిత్తులు, కాలేయము, మూత్రపిండాలు, జీర్ణక్రియ/పునరుత్పత్తి/మెదడు/నరాల వ్యవస్థకు సంబంధించిన అనారోగ్యాలు		2. మీకు హెపటైటిస్ బి లేదా సీ, హెచ్ఐవీ/ఎయిడ్స్ లేదా ఏదైనా లైంగిక సంపర్క వ్యాధులకు జరిపె పరీక్షలలో పాజిటివ్ ఫలితము వచ్చిందా?	
3. ఆస్తమా, బ్రాంకైటిస్ లేదా ఇతర శ్వాసకోశ అపక్రమతలు		4. మధుమేహము/అధిక(లేదా)తక్కువబీపీ/గుండెపోటు/మూర్ఛ/క్యాన్సర్/కుష్ఠు/క్షయ/.హెర్నియా	
5. రక్తహీనత, రక్త అపక్రమతలు, మస్క్యులోస్కెలిటల్ అపక్రమతలు		6..చికిత్స అవసరమైన మరియు పైన పేర్కొనబడని మరేదైనా అనారోగ్యము/అస్వస్థత	
7. కన్ను, ముక్కు లేదా గొంతుల అపక్రమతలు		8. మీకు ఏదైనా శారీరిక లోపము లేదా వైకల్యము ఉందా?	

పై ప్రశ్నలలో దేనికైనా “అవును” సమాధానము అయితే, వివరాలను అందించండి:

15. మహిళా లైవ్స్ కొరకు వర్తించేవి మాత్రమే

a. మీకు ఎప్పుడైనా చికిత్స అవసరము అయిన గైనకాలాజికల్ సమస్యలు ఉండినవా ? అవును ☐ కాదు ☐ అవును అయితే, డయాగ్నోసిస్, డయాగ్నోసిస్ తేదీ మరియు తీసుకున్న చికిత్సతో సహా వివరాలను అందించండి ______

b. గతములో మీకు ఎప్పుడైనా మిస్క్యారేజ్/అబార్షన్లు అయ్యాయా? అవును ☐ కాదు ☐ (అవును అయితే, దయచేసి తేదీని అందించండి ______

c. చివరి ప్రసవము తేదీ: డీడీ / ఎంఎం / వైవైవైవై d. ప్రస్తుతము మీరు గర్భవతా? అవును ☐ కాదు ☐ అవును అయితే, గర్భధారణ వారాల సంఖ్య:______

e. భర్త వృత్తి:______ & వార్షిక ఆదాయము:______

	పాలసీ నం.	ఇన్స్యూరర్ పేరు	అష్యూర్ చేయబడిన మొత్తము	పాలసీ స్థితి
f. భర్త బీమా వివరాలు:				

16. ఒక బీమా రెపాసిటరీ యొక్క ఈ-బీమా ఖాతా (ఈఐఏ) ద్వారా మీరు ఎలెక్ట్రానిక్ పాలసీ బీమా ను ఎంచుకుంటారా? అవును ☐ కాదు ☐

మీకు ఈఐఏ ఖాతా ఉంటే వివరాలను అందించండి:

a) ఈఐఏ నం: ______ b) బీమా రెపాసిటరీ పేరు: ______

c) ఈఐఏ లో ఉన్న విధంగా పేరు: ______ d) మీకు ఈఐఏ లేకపోతే , మీరు ఒక ఖాతా తెరవాలని అనుకుంటారా? అవును ☐ కాదు ☐

అవును అయితే ఒక బీమా రెపాసిటరీని ఎంచుకోండి:సీఏఎంఎస్ ☐ ఎన్డీఎంఎల్ ☐ ఎస్హెచ్సీఐఎల్ ☐ కార్వీ ☐ సీఐఆర్ఎల్ ☐

సీఏఎంఎస్ రెప్ - సీఏఎంఎస్ బీమా రెప్ ౽ సేవలు, ఎన్డీఎంఎల్ - ఎన్ఎస్డీఎల్ డేటా మేనేజ్మెంట్ లి., ఎస్హెచ్సీఐఎల్ -. స్టాక్ హోల్డింగ్ కార్పొరేషన్ ఆఫ్ ఇండియా, & సీఐఆర్ఎల్ – సెంట్రల్ ఇన్స్యూరెన్స్ రెప్. లి.

ప్రపోజర్/ లైఫ్ అష్యూర్డ్ చే ప్రకటన:

పైన పేర్కొనబడిన వాక్యాలు, సమాధానాలు మరియు/లేదా నేను అందించిన వివరాలు వాస్తవాలను మరియు నా పరిజ్ఞానము మేరకు అన్ని విధాలుగా సంపూర్ణమైనవి అని నేను/మేము ధృవీకరిస్తున్నాము. నేను అందించిన సమాచారము బీమా పాలసీ యొక్క ఆధారము అవుతుంది అని మరియు ఆ పాలసీ బీమా కంపెనీ యొక్క ఆమోదించబడిన అండర్రైటింగ్ పాలసీకి కట్టుబడి ఉంటుంది అని మరియు చార్జ్ చేయబడిన ప్రీమియం పూర్తిగా అందుకోబడిన తరువాత మాత్రమే అమలులోకి వస్తుంది అని నేను/మేము అర్థం చేసుకున్నాము. అంతేకాకుండా, ప్రపోజల్ సబ్మిట్ చేయబడిన తరువాత కాని కంపెనీ యొక్క రిస్క్ అంగీకారము తెలియజేయబడక ముందే అష్యూర్ చేయబడవలసిన లైఫ్/ప్రపోజర్ యొక్క వృత్తి, ఆర్థిక పరిస్థితి లేదా సాధారణ ఆరోగ్యములలో ఏవైనా మార్పులు ఉంటే నేను/మేము తెలియజేస్తాము అని ప్రకటిస్తున్నాను. అష్యూర్ చేయబడవలసిన లైఫ్/ప్రపోజర్ కు ఏ సమయములో అయినా చికిత్స అందించిన ఏ వైద్యుడి నుండైనా లేదా ఆసుపత్రి నుండి వైద్య సంబంధ సమాచారాన్ని అయినా లేదా గత లేదా ప్రస్తుత ఉద్యోగ యజమాని నుండి అష్యూర్ చేయబడవలసిన లైఫ్/ప్రపోజర్ యొక్క శారీరిక లేదా మానసిక ఆరోగ్యాన్ని ప్రభావితము చేసే ఏ విషయాన్నైనా అందుకొనుటకు, మరియు ప్రపోజల్ అండర్రైటింగ్ మరియు క్లెయిమ్స్ సెటిల్మెంట్ కొరకు అష్యూర్ చేయబడవలసిన లైఫ్/ప్రపోజర్ పై బీమా కొరకు దరఖాస్తు చేయబడిన ఏదైనా బీమా కార్యాలయము నుండి సమాచారాన్ని అందుకొనుటకు నేను/మేము ధృవీకరిస్తున్నాము మరియు కంపెనీకి సమ్మతి తెలియజేస్తున్నాము. ప్రభుత్వము మరియు/లేదా రెగ్యులేటరీ అధికారి నుండి వైద్య రికార్డులతో సహా నాకు సంబంధించిన ఏదైనా సమాచారాన్ని షేర్ చేయుటకు నేను/మేము ఆథరైజ్ చేస్తున్నాము. అంతేకాకుండా, ఆ సమాచారము ప్రపోజల్ అండర్రైటింగ్ మరియు క్లెయిమ్స్ సెటిల్మెంట్ ఉద్దేశాల కొరకు షేర్ చేయబడవచ్చు. పైన నమోదు చేయబడిన నంబర్/ఈమెయిల్ చిరునామాలపై ఎస్ఎంఎస్/ఈమెయిల్ ద్వారా సెంట్రల్ కేవైసీ రిజిస్ట్రీ నుండి సమాచారాన్ని అందుకొనుటకు నేను/మేము సమ్మతిని తెలియజేస్తున్నాము.
*“ఏదైనా క్లెయిమ్ ను ప్రక్రియపరచుట కొరకు ఆరోగ్యము లేదా ఉద్యోగము గురించి ప్రస్తుతము లేదా భవిష్యత్తులో ఎప్పుడైనా సమాచారాన్ని శ్రీరాం జీవిత బీమా కం. లి. కు వెల్లడించేందుకు నేను/మేము ఈ ప్రపోజల్/పాలసీ ప్రకారముగా ఉన్న నామినీ/క్లెయిమెంట్ మరియు ఏ వైద్యుడు, ఆసుపత్రి లేదా ఉద్యోగ యజమానికి అధికారాన్ని ఇస్తున్నాము.

సాక్షి సంతకము:

ప్రపోజర్ యొక్క సంతకము/బొటనవేలి ముద్ర

ప్రదేశము: తేదీ:____/____/____

ప్రదేశము: తేదీ:____/____/____

సాక్షి పేరు: ______

సాక్షి చిరునామా: ______

సాక్షి ఫోన్ నంబరు: ______

లైఫ్ అష్యూర్డ్ యొక్క సంతకము/బొటనవేలి ముద్ర

గమనిక: (మైనర్ లైఫ్ అష్యూర్డ్ సంతకము అవసరము లేదు)

ప్రదేశము: తేదీ:____/____/____

For Reference Only

లైఫ్ అష్యూర్డ్/ప్రపోజర్ నుండి ప్రాంతీయ భాషలో లేదా లేదా నిరక్షరాస్యుల విషయములో సంతకము చేయుటకు ప్రకటన:

1.ఫార్మ్ ను పూర్తి చేసే వ్యక్తిచే ప్రకటన (ఒకవేళ ప్రపోజల్ ఫార్మ్ లో ఉన్నదానికంటే భిన్నంగా పూర్తిచేయబడి ఉన్నా/సంతకము చేయబడి ఉన్నా) "నేను పై ప్రశ్నలను ప్రపోజర్ కు పూర్తిగా వివరించానని మరియు ప్రపోజర్ ఇచ్చిన సమాధానాలను నేను నిజాయితీగా రికార్డ్ చేశానని ప్రకటిస్తున్నాను".

ప్రకటించేవారి పేరు: _ ____

ప్రకటించే వారి చిరునామా: ____

ఫార్మ్ మరియు డాక్యుమెంట్లలోని విషయాలన్నిటిని శ్రీ/శ్రీమతి ______________________________ (పేరు, పదవి మరియు వృత్తి) ద్వారా నాకు పూర్తిగా వివరించబడ్డాయని మరియు పోజల్ ఒప్పందము యొక్క ప్రాముఖ్యతను నేను పూర్తిగా అర్థంచేసుకున్నానని ధృవీకరిస్తున్నాను.

తేదీ: _____/_____/______

ఎవరి జీవితము అష్యూర్డ్ చేయాలని ప్రపోజ్ చేయబడిందో, వారి సంతకము/బొటనవేలి ముద్ర

2. ప్రపోజర్ నిరక్షరాస్యులు అయితే, అతని/ఆమె బొటనవేలి ముద్రను సులభంగా గుర్తించబడగలిగే ఒక వ్యక్తి, కాని బీమా కంపెనీతో సంబంధము లేని వ్యక్తి అటెస్ట్ చేయాలి మరియు ఈ ప్రకటనను అతను చేయాలి.

"ప్రపోజల్ ఫార్మ్ లో ఉన్న పై ప్రశ్నలను నేను ________________ భాషలో పూర్తిగా వివరించానని మరియు ఆ ప్రపోజర్ ఆ విషయాలను పూర్తిగా అర్థం చేసుకున్నాక బొటనవేలి ముద్రను వేశారని నేను ఇందుమూలముగా ధృవీకరిస్తున్నాను"

డిక్లరెంట్ పేరు ____

డిక్లరెంట్ చిరునామా ____

____

తేదీ: _____/_____/______

డిక్లరెంట్ సంతకము (ఆంగ్లములో)

సమయానుసారముగా సవరించబడిన బీమా చట్టము, 1938 యొక్క సెక్షన్ 41 ప్రకారము:

ఏ వ్యక్తి కూడా ప్రత్యక్షంగా కాని పరోక్షంగా కాని జీవితాలు లేదా భారతదేశములోని ఆస్తులకు, చెల్లించబడవలసిన కమిషన్ లోమొత్తము లేదా భాగముపై రాయితీ లేదా పాలసీపై చూపించబడిన ప్రీమియంలపై ఏదైనా రాయితీకి సంబంధించిన ఏ రకమైన రిస్క్ కు సంబంధించి ఒక వ్యక్తిని బీమా ఒప్పందాన్ని తీసుకొనుటకు, పునరుద్ధరించుటకు, లేదా కొనసాగించుటకు లేదా ఒక పాలసీని తీసుకొంటున్న లేదా పునరుద్ధరిస్తున్న లేదా కొనసాగిస్తున్న ఏ వ్యక్తిని కూడా ఇన్స్యూరర్ యొక్క ప్రాస్పెక్టస్ లేదా టేబుల్స్ లో ప్రచురించబడిన ప్రకారము అనుమతించబడే రాయితీలు మినహా మరే ఇతర రాయితీలను అంగీకరించుటకు ప్రలోభపరచేందుకు అనుమతించరు లేదా అనుమతించుటకు ఆఫర్ చేయరు. ఈ సెక్షన్ యొక్క నిబంధనలను అనుసరించుటలో విఫలము అయ్యే ఏ వ్యక్తికి అయినా పది లక్షల రూపాయల వరకు ఉండే అవకాశము ఉన్న జరిమానా విధించబడుతుంది.

సమయానుసారముగా సవరించబడిన బీమా చట్టము, 1938 యొక్క సెక్షన్ 45 ప్రకారము:

(1)ఏ జీవిత బీమా పాలసీ కూడా పాలసీ తేదీ నుండి మూడు సంవత్సరాల కాలపరిమితి ముగిసే వరకు అంటే పాలసీ జారీ చేయబడిన తేదీ నుండి, లేదా రిస్క్ ప్రారంభము అయిన తేదీ నుండి కాని లేదా పాలసీ యొక్క పునరుద్ధరణ తేదీ నుండి లేదా పాలసీకి రైడర్ చేరిక తేదీ నుండి, ఏది తరువాత అయితే అది, ఏ కారణము చేత కూడా కాల్ చేయదు.

(2)ఏ జీవిత బీమా పాలసీ అయినా పాలసీ తేదీ నుండి మూడు సంవత్సరాల కాలపరిమితి లోపల అంటే పాలసీ జారీ చేయబడిన తేదీ నుండి, లేదా రిస్క్ ప్రారంభము అయిన తేదీ నుండి కాని లేదా పాలసీ యొక్క పునరుద్ధరణ తేదీ నుండి లేదా పాలసీకి రైడర్ చేరిక తేదీ నుండి, ఏది తరువాత అయితే అది, ఏ సమయములో అయినా మోసము జరిగిన కారణాన కాల్ చేయబడవచ్చు, అయితే ఈ నిర్ణయము తీసుకోబడిన నేపథ్యాలు మరియు అంశాలను ఇన్స్యూరర్ వ్రాతపూర్వకముగా ఇన్స్యూర్డ్, ఇన్స్యూర్డ్ యొక్క లీగర్ రిప్రజెంటేటివ్స్ లేదా నామినీలు లేదా అసైనీలకు తెలియజేయాలి.

(3)అయినప్పటికీన్నీ, సబ్-సెక్షన్ (2) లో చెప్పబడిన దాని ప్రకారము, ఒకవేళ ఇన్స్యూరర్ ఒక అంశానికి సంబంధించిన మిస్-స్టేట్మెంట్ లేదా ఏవైనా వాస్తవాల అణచివేత తన పరిజ్ఞానము మరియు నమ్మకము మేరకు వాస్తవమేనని మరియు ఆ వాస్తవాలను ఉద్దేశపూరితంగా అణచివేయబడలేదని లేదా అలాంటి మిస్-స్టేట్మెంట్లు అణచివేత ఇన్స్యూరర్ పరిజ్ఞాన పరిధిలోనే జరిగింది అని రుజువు చేయగలిగితే ఏ ఇన్స్యూరర్ కూడా మోసము ఆధారంగా ఏ జీవిత బీమా పాలసీని ఖండించలేరు. అయితే మోసము సందర్భములో, పాలసీదారుడు జీవించి లేకపోతే, అబద్ధాలను ఖండించే బాధ్యత లబ్ధిదారులపై ఉంటుంది.

(4)ఏ జీవిత బీమా పాలసీ అయినా పాలసీ తేదీ నుండి మూడు సంవత్సరాల కాలపరిమితి లోపల అంటే పాలసీ జారీ చేయబడిన తేదీ నుండి, లేదా రిస్క్ ప్రారంభము అయిన తేదీ నుండి కాని లేదా పాలసీ యొక్క పునరుద్ధరణ తేదీ నుండి లేదా పాలసీకి రైడర్ చేరిక తేదీ నుండి, ఏది తరువాత అయితే అది, ఏ సమయములో అయినా ప్రపోజల్ లో ఇన్స్యూర్డ్ యొక్క జీవితము ఎక్స్పెక్టెన్సీకి సంబంధించిన ఏదైనా వాక్యము అణచివేయబడింది లేదా తప్పుగా చేయబడింది లేదా దాని ఆధారంగా మరొక పాలసీ ఇష్యూ చేయబడింది లేదా పునరుద్ధరించబడింది లేదా రైడర్ ఇష్యూ చేయబడ్డారు అనే కారణంగా కాల్ చేయబడవచ్చు. అయితే ఈ నిర్ణయము తీసుకోబడిన నేపథ్యాలు మరియు అంశాలను ఇన్స్యూరర్ వ్రాతపూర్వకముగా ఇన్స్యూర్డ్, ఇన్స్యూర్డ్ యొక్క లీగర్ రిప్రజెంటేటివ్స్ లేదా నామినీలు లేదా అసైనీలకు తెలియజేయాలి. అంతే మోసము ఆధారంగా కాకుండా మిస్స్టేట్మెంట్ లేదా వాస్తవాల అణచివేత ఆధారంగా పాలసీ ఖండించబడితే, ఖండించబడిన తేదీ వరకు సేకరించబడిన ప్రీమియంలు ఇన్స్యూర్డ్ లేదా ఇన్స్యూర్డ్ యొక్క లీగల్ రిప్రజెంటేటివ్స్ లేదా నామినీస్ లేదా అసైనీస్ కు అలాంటి ఖండన జరిగిన తొంభై రోజులలోపల చెల్లించబడాలి.

(5)ఈ సెక్షన్ లో ఏ అంశము కూడా ఏ సమయములో అయినా వయసు రుజువు కొరకు కాల్ చేసేందుకు నివారించదు, ఒకవేళ అతను అలా చేయుటకు అర్హత కలిగి ఉంటే మరియు ప్రపోజల్ లో ఇన్స్యూర్డ్ యొక్క వయసు సరిగ్గా పేర్కొనబడలేదు అనే కారణంగా పాలసీ నిబంధనలు సవరించబడిన కారణంగా ఏ పాలసీ కాల్ చేయబడదు.

ఫ్రీ లుక్ పీరియడ్:

పాలసీదారుడు పాలసీ డాక్యుమెంట్ అందుకున్న 15 రోజుల కాలము వరకు పాలసీ యొక్క నియమ నిబంధనలను సమీక్షించుటకు సమయము కలిగి ఉంటారు మరియు ఇన్స్యూర్డ్ ఈ నియమ నిబంధనలలో దేనినైనా అంగీకరించకపోతే, అతను తన అభ్యంతరానికి కారణాలను తెలుపుతూ పాలసీని తిరిగి ఇచ్చే అవకాశము కలిగి ఉన్నారు.

యూలిప్ ప్లాన్ లో - పాలసీదారుడు నాన్-ఆలొకేటెడ్ ప్రీమియం ప్లస్ యూనిట్ల రద్దు ద్వారా విధించబడిన చార్జెస్ ప్లస్ రద్దు తేదీనాటికి ఫండ్ విలువ లెస్ వైద్య పరీక్ష కొరకు ఇన్స్యూరర్ కు అయిన ఖర్చులను తీసివేసి, ఒకవేళ ఉంటే, మరియు స్టాంప్ డ్యూటీ చార్జెస్ కు కనీసము సమానమైన మొత్తానికి హక్కు కలిగి ఉంటారు.

ఇతర ప్లాన్స్ లో – పాలసీదారుడు చెల్లించబడిన ప్రీమియం యొక్క రీఫండ్ కు హక్కు కలిగి ఉంటారు, అయితే కవర్ చేయబడిన పీరియడ్ కొరకు నిష్పత్తిలో రిస్క్ ప్రీమియం మినహాయింపు మరియు పరీక్ష కొరకు ఇన్స్యూరర్ కు అయిన ఖర్చులను తీసివేసి, ఒకవేళ ఉంటే, మరియు స్టాంప్ డ్యూటీ చార్జెస్ కూడా మినహాయించబడతాయి.

*30 రోజులు, ఒకవేళ వ్యాపారము డిస్టెన్స్ మార్కెటింగ్ ద్వారా చేయబడి ఉంటే (డిస్టెన్స్ మార్కెటింగ్ అనేది ఈమెయిల్స్, టెలిఫోనిక్స్ కాల్స్ మరియు వ్యక్తిగత ఇంటరాక్షన్ ద్వారా మినహా మరే ఇతర విధానము ద్వారా అమ్మకాలు)

ఏజెంట్ యొక్క/ స్పెసిఫైడ్ పర్సన్ (ఎస్పీ) సిఫారసు

ప్రపోజల్ లో ఇవ్వబడిన సమాచారాన్ని వివేకవంతమైన విచారణల ద్వారా నేను తనిఖీ చేశాను మరియు నా పరిజ్ఞానము మరియు నమ్మకము మేరకు అవి వాస్తవమేనని తెలుసుకున్నాను. బీమా కొరకు ప్రపోస్ చేయబడిన లైఫ్ ఇన్స్యూరబుల్ అని నేను అభిప్రాయపడుతున్నాను. ఈ ప్రపోజల్ ను అంగీకారము కొరకు నేను సిఫారసు చేస్తున్నాను.

ఆంగ్లములో ఏజెంట్/ఎస్పీ సంతకము

అధీకృత అధికారి సంతకము (బీ.ఎం. కు సమానమైన)

ఏజెంట్/ స్పెసిఫైడ్ వ్యక్తి పేరు ____

ఏజెంట్/ స్పెసిఫైడ్ వ్యక్తి సంప్రదింపు నంబరు______________________________________

స్పెసిఫైడ్ వ్యక్తి ధృవీకరణ పత్రము సంఖ్య (స్పెసిఫైడ్ వ్యక్తికి మాత్రమే వర్తిస్తుంది)_ ________________________

ఏజెంట్/ స్పెసిఫైడ్ వ్యక్తి ఈమెయిల్ ఐడీ: ____

తేదీ: _______/______/_______ & ప్రదేశము :_________________________________

గమనిక: ఒకవేళ పాలసీని ఏజెంట్ అతని/ఆమె సొంత జీవితానికి తీసుకుంటే, అప్పుడు తక్షణ పై అధికారి/రిపోర్టింగ్ లేదా మేనేజర్ హోదాకు సమానమైన హోదాలో ఉన్న వ్యక్తి, లైఫ్ ఇన్స్యూరెన్స్ కొరకు ప్రపోజల్ ను పరిగణించమని ఇన్స్యూరర్ కు సిఫారసు చేస్తూ ప్రపోజల్ ఫార్మ్ పై సంతకము చేయాలి.

*ఎస్పీ అంటే కార్పొరేట్ ఏజెంట్ బిజినెస్ లో "స్పెసిఫైడ్ పర్సన్"

For Reference Only