

Group Safeguard Insurance

समूह सुरक्षा विमा - नोंदणी प्रपत्र

विमाबद्ध व्यक्तीची माहिती

विमाबद्ध व्यक्तीचे नाव			
पिन कोडसह पत्ता			
मोबाइल क्रमांक		ईमेल आयडीडी	
जन्म दिनांक		लिंग	
नामानिर्देशित व्यक्तीचे नाव		विमाबद्ध व्यक्तीशी नाते*	
आधार क्र.		पॅन क्र.	
मंजूरीचा दिनांक		वितरण करण्याचा दिनांक*	
तुम्ही किंवा प्रस्तावित अर्जदारापैकी कोणतीही व्यक्ती पीईपी** किंवा पीईपी चे जवळचे नातेवाईक आहात का**?	होय <input type="checkbox"/>	नाही <input type="checkbox"/>	जर होय, तर कृपया तपशील द्या:
एलएएन क्रमांक / यूसीआयसी			
पॉलिसीधारक हा ज्या तारखेपासून कोणत्याही खंडाशिवाय भारतामध्ये अखंडपणे आरोग्य विमाछत्र प्राप्त करत होता ती तारीख.			

*राजकीयदृष्ट्या प्रभाव असणारी व्यक्ती (पीईपी) अशा व्यक्ती आहेत जे किंवा ज्यांना परदेशातील प्रमुख सार्वजनिक कार्ये सोपवण्यात आली आहेत, उदा., राज्ये/सरकारचे प्रमुख, वरिष्ठ राजकारणी, वरिष्ठ सरकारी/यायिक/लष्करी अधिकारी, सरकारी मालकीच्या पालिकेचे वरिष्ठ अधिकारी, महत्वाच्या राजकीय पक्षांचे अधिकारी इ.

(नामांकन* नमूद केले असल्यास अनिवार्य)

जोखिम विवरण

विम्याचा कालावधी:

पासून

मध्यरात्रीपर्यंत

विम्यासाठी प्रस्तावित असलेली व्यक्ती समुहाचा किंवा असोसिएशनचा किंवा कॉरपोरेट बॉडीचा भाग आहे का? होय नाही

छत्राचा तपशील:

समूह सुरक्षा विमा: वैशिष्ट्ये, लाभ, वगळणुका आणि दावा प्रक्रिया			
लाभ	समूह सुरक्षा विमा - 4148 - आयडीएफसी फर्स्ट बँकेचे कर्ज घेतलेले ग्राहक		
	विभाग	लाभ	विमा रक्कम
	A	अपघाती मृत्यू लाभ	
		कायमस्वरूपी संपूर्ण अपंगत्व (पीटीडी) लाभ	
	E	रुग्णालय दैनंदिन रोख लाभ	(15 दिवसांपर्यंत 1,000 प्रतिदिन)
		प्रीमियम (18% जीएसटी सह) - मुदत 1 वर्ष	<input type="checkbox"/> 150
		प्रीमियम (18% जीएसटी सह) - मुदत 2 वर्ष	<input type="checkbox"/> 300
	प्रीमियम (18% जीएसटी सह) - मुदत 3 वर्ष	<input type="checkbox"/> 450	
कव्हरेज	फक्त स्वतः		
वय	फक्त 18 वर्षे ते 65 वर्षे		

प्रतिक्षा कालावधी	30 दिवसांचा प्रारंभिक प्रतीक्षा कालवधी माफ केला गेला आहे	आधीच अस्तित्वात असलेले आजार	पहिल्या दिवसापासून आधीपासून अस्तित्वात असलेले आजार संरक्षित आहेत
दाव्याची प्रक्रिया	<p>रुग्णालय दैनंदिन रोख लाभ</p> <ul style="list-style-type: none"> लाभ सुरु होण्यासाठी किमान 24 तास रुग्णालयात दाखल करणे अनिवार्य आहे. प्रारंभिक प्रतीक्षा कालावधी लागू नाही पहिल्या दिवसापासून आधीपासून अस्तित्वात / निर्दिष्ट असलेले आजार संरक्षित आहेत. <p>o प्रदान केलेल्या सर्व लाभांसाठी संरक्षण हे प्रति वर्ष या आधारावर आहे.</p> <p>* रुग्णाला डिस्चार्ज दिल्यानंतर कोणत्याही आयडीएफसी फर्स्ट बँकेच्या शाखेला सर्व आवश्यक दाव्याच्या कारणदपत्रांसह 30 दिवसांच्या आत सूचित केले पाहिजे.</p>		
इतर सर्व लाभ पॉलिसीच्या मानक अटी आणि शर्तीनुसार असतील.			

- मी/आम्ही आयसीआयसीआय लोम्बार्ड जनरल इन्शुरन्स कं.लि.द्वारे (आयआरडीए नोंदणी क्र.115) अंडरराइट करण्यात आलेल्या समूह संरक्षण विमा पॉलिसीमध्ये माझ्या/आमच्या नोंदणीसाठी माझी/आमची संमती देतो.
- मी/आम्ही पॉलिसीच्या अटीचे व शर्तीचे पालन करण्यासाठी आणि विमाकारासोबतच्या पॉलिसीमधील माझ्या नोंदणीसंबंधात, आवश्यक असल्याप्रमाणे, माझ्या व्यक्तिगत तपशीलाची देवाणघेवाण करण्यासाठी माझी संमती प्रदान करण्यासाठी सहमती दर्शवितो.
- मी याद्वारे पुष्टी देतो की नामनिर्देशित व्यक्ती अल्पवयीन नाही (म्हणजे 18 वर्षे वयाची).
- मी/आम्ही ह्याद्वारे घोषित करतो की मी/आम्ही ग्रुप हॉस्पि शीलड उत्पादनाची सर्व वैशिष्ट्ये, लाभ, वगळणुका आणि दावा प्रक्रिया वाचलेल्या आहेत आणि मी सदरचा स्वेच्छेने स्वीकार करण्यास इच्छुक आहे.
- मी/आम्ही, निम्न स्वाक्षरीकर्ता ह्याद्वारे घोषित करतो की वरील विधाने व तपशील सत्य, अचूक व पूर्ण आहे आणि मी/आम्ही घोषित करतो आणि मान्य करतो की हे अधिकथन आणि वर देण्यात आलेली उत्तरे ही वचनमूलक मानता येतील आणि सदर हे मी/आम्ही आणि विमा कंपनी ह्यांच्यामधील कराराचा आधार असेल.
- मी याद्वारे पुष्टी देतो की मला याची जाणीव आहे की या उत्पादनासाठी नावनोंदणी पूर्णपणे ऐच्छिक आहे आणि मास्टर पॉलिसी धारकाकडून इतर कोणत्याही सुविधेचा लाभ घेण्यासाठी माझ्याशी लिंकड (संबंधित/संलग्न) नाही.
- मी ह्याद्वारे पुष्टी करतो की माझ्या विमा छत्राप्रतीचा प्रीमियम हा माझा जोडीदार, पालक, मुले, भावंडे किंवा नियोक्ता वगळता, कोणतीही त्रयस्थ पक्षकार संस्था/(व्यक्ती) ह्यांच्याद्वारे प्रदान करण्यात येणार नाही..
- मी/आम्ही याद्वारे कंपनीला माझी/आमची ओळख/पत्त्याचा पुरावा सेंट्रल केवायसी रजिस्ट्री किंवा यूआयडीएआय द्वारे किंवा केवायसी करण्याच्या उद्देशाने किंवा इतर कोणत्याही पद्धतीद्वारे सत्यापित करण्यासाठी आणि प्राप्त करण्यासाठी माझी/आमची संमती देतो/देते.
- मी/आम्ही याद्वारे घोषित करतो आणि पुष्टी करतो की विमा हप्त्या कायदेशीररित्या मिळवलेल्या उत्पन्नाच्या स्रोतांमधून भरला गेला आहे आणि त्यानंतरचे प्रीमियम्स जर असतील तर, कायदेशीररित्या घोषित आणि मूल्यमापन केलेल्या उत्पन्नाच्या स्रोतातून भरले जातील.

विमाबद्ध व्यक्तीची स्वाक्षरी:

तारीख:

विमाबद्ध व्यक्तीचे नाव:

स्थळ:

डिस्क्लेमर: हे एक समूह उत्पादन आहे आणि उरवलेले लाभ हे समूह प्रशासकाने त्याच्या सभासदांसाठी निवडलेले आहेत.