



## धी न्यु ईंडिया એસ્યોરન્સ કંપની લિમિટેડ

(ભારત સરકારનું ઉપક્રમ)

રજિસ્ટર્ડ અને મુખ્ય કાર્યાલય : ન્યુ ઈન્ડિયા એસ્યોરન્સ બિલ્ડિંગ, ૮૭, મહાત્મા ગાંધી માર્ગ, ફોર્ટ, મુંબઈ ૪૦૦ ૦૦૧

### વ્યક્તિગત અંગત અકસ્માત વીમા માટે પ્રસ્તાવ (ફક્ત ઓફિસના ઉપયોગ માટે)

ફોર્મ નં.

વીમાકર્તાની ઓફિસનું સરનામું અને કોડ :	
વિકાસ અધિકારીનું નામ અને કોડ	
એજન્ટ / બ્રોકરનું નામ અને કોડ	

#### (પ્રસ્તાવકર્તાએ ભરવાનું)

૧. (ક) પ્રસ્તાવકર્તાનું નામ : (ખ) વીમાદારનું નામ : (ગ) પ્રસ્તાવકર્તા અને વીમાદાર વચ્ચે સંબંધ	
૨. પ્રસ્તાવકર્તાનું સરનામું, પિનકોડ સાથે ફોન ફેક્સ ઈ-મેઈલ	
૩. (ક) વીમાદારનો ધંધો, વ્યવસાય અથવા વેપાર (ફરજોના પ્રકાર સહિત પૂરેપૂરું વર્ણન કરો) (ખ) તમારા / તેના વ્યવસાયમાં તમારે તેને /તમને શારીરિક શ્રમમાં રોકવાની જરૂર છે ? (ગ) તે પૈડાવાળાં વાહનો અથવા ઘોડેસવારી, શિકારી પ્રાણીઓના શિકાર, પર્વતારોહણ, શિયાળુ રમતો, સ્કેટિંગ અથવા બરફ હોકી, બલૂન અથવા પોલો અથવા તેવા પ્રકારની રમતોમાં ભાગ લે છે ? (ઘ) વીમાદારની લાભપ્રદ રોજગાર અન્ય સ્ત્રોત કુલ માંથી સરેરાશ માસિક આવક / નફાનું પત્રક બીડો	₹..... ₹..... ₹.....
૪. જન્મ તારીખ ..... વર્ષ (પૂરાં વર્ષમાં)	
૫. શારીરિક અશક્તતા / ખામી કોઈ હોય તો તેની વિગત	
૬. એલઆઈસી/વ્યક્તિગત અકસ્માત / જનતા અકસ્માત પોલિસી જેવી બીજી હાલની વીમાની વિગતો (જરૂર હોય, તો અલગ પાનું જોડો)	
૭. તમે કોઈ અકસ્માત પોલિસી હેઠળ કદી વળતર માટે દાવો કર્યો છે કે તે મેળવ્યું છે ? મેળવ્યું હોય તો પૂરેપૂરી વિગત આપો, વીમાકર્તાનું નામ, રકમ અને તારીખ	

૮.	(ક) વીમાની જરૂરી મૂળ રકમ જણાવો	કોષ્ટક :			
			ક		
			ખ		
			ગ		
			ઘ		
	(ખ) વીમાની મુદત જણાવો		તા.....થી તા.....	સુધી	
૯.	તમે તબીબી ખર્ચનું વિસ્તરણ મેળવવા ઈચ્છો છો ? (લાગુ ન પડતું હોય, તે છેકી નાખો)		હા / ના		
૧૦.	તમે કુટુંબને પેકેજથી આવરી લેવા ઈચ્છો છો ? (હા, હોય તો વિગત આપો.)		હા / ના		
નામ	સંબંધ	જન્મતારીખ	વ્યવસાય	વીમાની મૂળ રકમ	કોષ્ટક

**એસાઈન્મેન્ટ (સોંપણી)**

હું..... આથી મારું મૃત્યુ થવાના પ્રસંગે ધી ન્યુ ઈંડિયા એસ્યોરન્સ કં. લિ. એ ચૂકવવાપાત્ર નાણાં આથી શ્રી / શ્રીમતી / કુ. .... (નામ), જે વીમાદાર સાથે સંબંધની રૂએ ..... થાય છે તેને આથી સુપરત કરું છું. અને હું વધુમાં જાહેર કરું છું કે, આમાં નામ આપેલ એસાઈનીનું મૃત્યુ થતાં, પોલિસીમાં નામ આપેલાં બાળકોને બધા લાભ ચૂકવવાપાત્ર બનશે. હું વધુમાં જાહેર કરું છું કે તેમની રસીદ કંપનીની ચુકવણી માટે પૂરતી રહેશે.

સ્થળ :

તારીખ :

સહી

સાક્ષીની સહી

નામ :

સરનામું :

હું આથી જાહેર કરું છું કે, ઉપરના જવાબ મારી જાણ અને માન્યતા મુજબ સાચા છે. જોખમની આકારણીને અસર કરતી વિગતો મેં જણાવી છે. હું કબૂલ કરું છું કે આ પ્રસ્તાવ અને એકરાર મારા અને કંપની વચ્ચેના કરારનો આધાર બનશે.

સ્થળ :

તારીખ :

પ્રસ્તાવકર્તાની સહી

**રિબેટનો નિષેધ**

**(વીમા અધિનિયમ, ૧૯૩૮ની કલમ ૪૧)**

કોઈ વ્યક્તિ કોઈપણ વ્યક્તિને પોલિસી પર દર્શાવેલ પ્રીમિયમ પર કોઈ રિબેટ અથવા ચૂકવવાપાત્ર સંપૂર્ણ કે અંશતઃ કમિશનનું કોઈ રિબેટ ભારતમાં જીવન અથવા મિલકતને લગતા કોઈ પણ પ્રકારના વીમો લેવા અથવા રિન્યુ કરવા અથવા ચાલુ રાખવા કોઈ વ્યક્તિને લાલચ તરીકે પ્રત્યક્ષ કે પરોક્ષ રીતે આપશે નહિ કે આપવાનો પ્રસ્તાવ મૂકશે નહિ અથવા પોલિસી લેતી, રિન્યુ કરાવતી કે ચાલુ રાખતી કોઈ વ્યક્તિ વીમો ઉતારનારના પ્રસિદ્ધ થયેલા માહિતીપત્રક અથવા કોષ્ટકો અનુસાર મળતા હોય તેવા રિબેટ સિવાયનું કોઈ રિબેટ સ્વીકારશે નહિ.

૨. આ કલમની જોગવાઈનું પાલનમાં કસૂર કરનાર વ્યક્તિને રૂપિયા પાંચસો સુધીનો દંડ થઈ શકશે.