रजिस्ट्री सं० डी०-33004/99 REGD. NO. D. L.-33004/99

भारत का राजपत्र
The Gazette of India

असाधारण
EXTRAORDINARY

भाग III—खण्ड 4
PART III—Section 4

प्राधिकार से प्रकाशित
PUBLISHED BY AUTHORITY

सं. 39] नई दिल्ली, बुधवार, फरवरी 13, 2013/माघ 24, 1934
No. 39] NEW DELHI, WEDNESDAY, FEBRUARY 13, 2013/MAGHA 24, 1934

बीमा विनियामक और विकास प्राधिकरण

अधिसूचना

हैदराबाद, 7 फरवरी, 2013

बीमा विनियामक और विकास प्राधिकरण (बीमा दलाल) (दूसरा संशोधन) विनियम, 2013

फा. सं. बी.वि.वि.प्रा./वि./6/64/2013.—बीमा विनियामक और विकास प्राधिकरण अधिनियम, 1999 (1999 का 4) की धारा 14 और धारा 26 के साथ पठित बीमा अधिनियम, 1938 (1938 का 4) की धारा 114ए द्वारा प्रदत्त शक्तियों का प्रयोग करते हुए प्राधिकरण बीमा सलाहकार समिति के साथ परामर्श करने के बाद एतद्द्वारा निम्नलिखित विनियम बनाता है अर्थात् :-

1. संक्षिप्त नाम और प्रारंभ

(1) ये विनियम बीमा विनियामक और विकास प्राधिकरण (बीमा दलाल)(दूसरा संशोधन) विनियम, 2013 कहलाएँगे ।

(2) ये सरकारी राजपत्र में इनके प्रकाशन की तारीख से प्रभावी होंगे ।

2. आवेदन पर विचार

(i) खंड 9(3) निम्नलिखित के लिए प्रतिस्थापित किया जाएगा :-

"बीमा दलाल की ओर से बीमा व्यवसाय की अपेक्षा करने और प्राप्त करने के लिए जिम्मेदार किसी भी कर्मचारी को उपर्युक्त उप-विनियम (1) और (2) में उल्लिखित अपेक्षा पूरी करनी होगी । ऐसे कर्मचारियों की एक सूची इस विनियमावली की अनुसूची I के अंतर्गत दिये गये फार्म ई में प्राधिकरण को उपलब्ध कराने तथा प्राधिकरण द्वारा अभिस्वीकृत किये जाने की आवश्यकता होगी ।"

पूँजीगत आवश्यकता

(ii) विनियम 10(1) के बाद एक नया विनियम 10 (1अ) निम्नानुसार निविष्ट किया जाता है

10(1अ) बीमा दलाल प्रत्येक वर्ष 30 जून को अथवा उससे पहले अपनी पूँजी संरचना के संबंध में सूचना और शेयरधारिता का विवरण वार्षिक रूप से प्रस्तुत करेगा । इसके अलावा, पूँजी संरचना में कोई भी परिवर्तन 30 दिन के अंदर इस विनियम की अनुसूची I के अंतर्गत दिये गये फार्म ओ में सूचित किया जाएगा ।

लाइसेंस का नवीकरण

(iii) विनियम 13(4) के अंतर्गत *'फार्म बी'* शब्दों को *"इस विनियम की अनुसूची I के अंतर्गत दिये गये फार्म सी"* से प्रतिस्थापित किया जाता है ।

लाइसेंस प्रदान करने से अस्वीकृति को लागू करना

(iv) विनियम 15 के अंतर्गत *"विनियम 13(2)"* शब्दों को *"विनियम 14(2)"* से प्रतिस्थापित किया जाता है ।

लाइसेंस की अनुलिपि जारी करना

(v) विनियम 16(1) के अंतर्गत 'आवेदन' से पहले *"अनुसूची I में दिये गये निर्धारित फार्म में"* शब्द जोडे जाएँगे ।
विनियम 16(2) के अंतर्गत *"फार्म बी में"* शब्दों को *"इस विनियम की अनुसूची I के अंतर्गत दिये गये फार्म आर में"* से प्रतिस्थापित किया जाता है ।

जमा संबंधी अपेक्षाएँ

(vi) विनियम 22(1) के बाद एक नया *विनियम 22(1अ)* निम्नानुसार निविष्ट किया जाता है।
"इस प्रकार की मीयादी जमाराशि का विवरण इस विनियम की अनुसूची I के अंतर्गत दिये गये फार्म I में प्रस्तुत किया जाएगा"

खाता-बहियों, अभिलेखों, आदि का रखरखाव

(vii) विनियम 25(2) के अंतर्गत 'लेखा-परीक्षकों की रिपोर्ट' शब्दों के बाद निम्नलिखित शब्द जोडे जाते हैं । *'पैन, डीआइएन के संबंध में विवरण औरघोषणा सहित'*

प्राधिकरण को प्रकटीकरण

(viii) विनियम 28(1) के बाद एक नया विनियम 28(2) निम्नानुसार निविष्ट किया जाता है

'बीमा दलाल इस विनियम की अनुसूची I के अंतर्गत दिये गये संबंधित फार्मों मे (नीचे विनिर्दिष्ट रूप निम्नलिखित का प्रस्तुतीकरण रण करेगा'।

क. लेखा-परीक्षा की व्यवस्था फार्म डी में
ख. लाइसेंस प्रदान करने/नवीकरण करने/किसी कार्यालय को स्थापित करने या बंद करने के समय पंजीकृत और शाखा कार्यालयों के बारे में सूचना फार्म एफ में
ग. अन्य दलालों और सेवा प्रदाताओं के साथ स्थायी व्यवस्था फार्म जी में
घ. वर्ष की समाप्ति के दौरान व्यवसाय की व्याप्ति फार्म एच में
ङ. बीमा बैंक खातों की प्रस्तुति फार्म जे में
च. चालू व्यावसायिक क्षतिपूर्ति बीमा फार्म के में
छ. दावों का डेटा फार्म एल में
ज. पुनर्बीमा की बकाया शेषराशियाँ फार्म एम में
झ. पुनर्बीमा दलाली के लिए सुरक्षा अनुवीक्षण कार्यवाही फार्म एन में
ञ. निदेशक बोर्ड/साझेदारों और प्रबंधक-वर्ग का विवरण फार्म पी में
ट. दलालों का वित्तीय डेटा फार्म क्यू में
ठ. दलालों के व्यवसाय का विवरण फार्म एस में
ड. संगठन की संरचना फार्म टी में
ढ. पुनर्बीमा व्यवसाय का विवरण फार्म यू में

जे. हरिनारायण, अध्यक्ष

[विज्ञापन III/4/161/12/असा.]

अनुसूची 1 - फार्म ए

लाइसेंस प्रदान करने/लाइसेंस का नवीकरण करने के लिए आवेदन

अनुसूची 1 (फार्म ए)

महत्वपूर्ण अनुदेश :

बीमा विनियामक और विकास प्राधिकरण (बीमा दलाल) विनियमावली, 2002

लाइसेंस प्रदान करने/लाइसेंस का नवीकरण करने के लिए आवेदन

कृपया स्पष्ट अक्षरों में मुद्रित अथवा टाइप करें

ए	बी	सी	डी	ई	एफ	जी	एच	आई	जे	के	एल	एम	एन	ओ	पी	क्यू	आर	एस	टी	यू	वी	डब्ल्यू	एक्स	वाई	जेड

टिप्पणी :

1. यह महत्वपूर्ण है कि यह आवेदन फार्म भरने से पहले प्राधिकरण द्वारा बनाये गये विनियम ध्यानपूर्वक पढे जाएँ।

2. आवेदक प्राधिकरण को अवश्य विधिवत् भरा गया आवेदन फार्म सभी उपयुक्त, समर्थक दस्तावेजों के साथ प्रस्तुत करें।

3. लाइसेंस के लिए आवेदन पर तभी विचार किया जाएगा जब वह सभी प्रकार से पूर्ण हो।

4. आवेदक आवेदनपत्रों पर स्वयं हस्ताक्षर करें।

5. सूचना जहाँ विस्तृत रूप में देने की आवश्यकता हो, वहाँ अलग पत्रकों पर दी जाए जिन्हें आवेदन फार्म के साथ संलग्न किया जाना चाहिए।

6. यदि आवेदक स्वामित्व प्रतिष्ठान, फर्म अथवा कंपनी नहीं है, तो इस फार्म में माँगी गई सूचना अपेक्षाओं को उचित रूप से अपनाते हुए दी जाएगी।

वर्तमान लाइसेंस का विवरण *(यदि लागू हो)*

लाइसेंस सं. : ***केवल नवीकरण हेतु आवेदनों के लिए**

लाइसेंस जारी करने की तारीख :

लाइसेंस की श्रेणी :

0.1 आवेदक का नाम :

0.2 पंजीकृत/स्थायी पते का विवरण

पता 1 :
पता 2
पता 3 :
नगर :
जिला :
राज्य :
देश :
पिन कोड :

0.3 आवेदित श्रेणी **बीमा दलाल :**

04. पत्राचार के लिए पते का विवरण

पता 1 :
पता 2 :
पता 3 :
नगर :
जिला :
राज्य :
देश :
पिन कोड :

0.5 संपर्क का अन्य विवरण

टेलीफोन संख्या :
मोबाइल संख्या :
फैक्स संख्या :
ई-मेल आइडी :
वैकल्पिक ई-मेल आइडी (*ऐच्छिक)

2. संगठन की संरचना

2.1 आवेदक की स्थिति :
शेयर बाजार (ऐच्छिक) :
नवीनतम शेयर मूल्य (ऐच्छिक) :

2.2 स्थापना का दिनांक और स्थान
दिनांक :
स्थान :

2.3 व्यवसाय का विस्तार जैसा कि संस्था के बहिर्नियमों में वर्णित है
(संक्षेप में दिया जाए तथा केवल मुख्य उद्देश्यों एवं ज्ञापन और संस्था के अंतर्नियमों अथवा भागीदारी विलेख से प्राधिकृत चुकता पूँजी से युक्त स्कैन किये हुए पृष्ठ ही संलग्न किये जाएँ)

2.4 सभी शेयरधारकों की सूची (प्रत्यक्ष रूप से अथवा साझेदारों के साथ आवेदक के 5 प्रतिशत या उससे अधिक शेयर धारण करनेवाले-केवल लिमिटेड कंपनियों के लिए लागू)
शेयरधारिता की स्थिति की तारीख : (दिन-माह-वर्ष)

शेयरधारक का नाम	धारित शेयरों की संख्या	कंपनी की कुल चुकता पूँजी का प्रतिशत	विदेशी धारिता (हाँ / नहीं)
स्तंभ कूट	क	ख	ग

2.5 निदेशकों/साझेदारों/मालिकों का विवरण

नाम	योग्यता	बीमा दलाली सेवाओं और संबंधित क्षेत्रों में अनुभव	आवेदक फर्म/कंपनी में हिस्सा	अन्य कंपनियों में निदेशन

2.6 सहयोगी कंपनी / प्रतिष्ठानों द्वारा किये जानेवाले कार्यकलापों के नाम

कंपनी/फर्म का नाम	पता	किये जानेवाले कार्यकलाप का प्रकार	प्रवर्तकों/निदेशकों के हित का स्वरूप	आवेदक कंपनी का स्वरूप और हित

क्या सहयोगी कंपनियों/प्रतिष्ठानों का कोई एक या एक से अधिक व्यक्ति आवेदक के व्यवसाय में हितबद्ध हैं हाँ / नहीं :

2.7 आवेदक के प्रधान बैंकरों का नाम और पता

1. बैंकर का नाम

2. पता

पता 1 :

पता 2 :

पता 3 :

नगर :

जिला :

राज्य :

देश :

पिन कोड :

2.8 आवेदक के सांविधिक लेखा-परीक्षक का नाम और पता

1. सांविधिक लेखा-परीक्षक का नाम

2. पता

पता 1 :

पता 2 :

पता 3 :

नगर :

जिला :

राज्य :

देश :

पिन कोड :

3. व्यवसाय संबंधी सूचना

3.1 तीन वर्षीय व्यवसाय योजना प्रलेख कार्यकलापों और आय की पूर्वानुमानित मात्रा के साथ (प्रत्याशित सहित) जिसके लिए लाइसेंस माँगा गया है, विशिष्ट रूप से दिया जाना चाहिए ।

<<स्कैन किया हुआ व्यवसाय योजना प्रलेख संलग्न करें>>

3.2 कार्यात्मक दायित्वों को अलग से दर्शाते हुए संगठनात्मक चार्ट संलग्न किया जाना चाहिए ।

<<स्कैन किया हुआ प्रलेख अथवा प्रस्तुतीकरण संलग्न करें>>

3.3 प्रमुख प्रबंध कार्मिकों का विवरण

नाम	योग्यता	बीमा दलाली/बीमा के विशेष संदर्भ में अनुभव	नियुक्ति की तारीख	कार्य संबंधी क्षेत्र

3.4 आवेदक के पास उपलब्ध कार्यालय स्थान, उपस्कर और श्रमशक्ति जैसी मूलभूत सुविधाओं का विवरण

3.5 बीमा दलाली/बीमा परामर्श/जोखिम प्रबंध और अन्य सेवाओं में अनुभव का विवरण

(इतिहास, प्रमुख घटनाएँ और वर्तमान कार्यकलाप)(भारत के बाहर का अनुभव भी निर्दिष्ट किया जाए)

<<यदि अपेक्षित हो तो स्कैन किया हुआ दस्तावेज संलग्न करें>>

3.6 बीमाकर्ताओं के साथ पिछले तीन वर्षों के दौरान किया गया व्यवसाय तथा उन पुनर्बीमाकर्ताओं की सूची जिनके पास प्रबंध किये गये कुल पुनर्बीमा प्रीमियम के दस प्रतिशत से अधिक रखा गया।

क्रम सं.	नाम	प्रबंध किया गया प्रीमियम		प्रदत्त सेवा
		राशि	दलाल द्वारा प्रबंध किये गये कुल प्रीमियम का प्रतिशत	

3.7 कोई अन्य सूचना जो आवेदक द्वारा प्रदान की जानेवाली सेवाओं के स्वरूप से संबंधित मानी जाती हो

4. वित्तीय सूचना

4.1 पूँजीगत संरचना

लाख रुपये

पूँजीगत संरचना	पूर्ववर्ती वर्ष से पहले का वर्ष	पूर्ववर्ती वर्ष	चालू वर्ष
क) प्राधिकृत पूँजी			
ख) निर्गम पूँजी			
ग) चुकता पूँजी <<फार्म 10 देखें - कटौती योग्य वैधीकरण>>			
घ) निर्बंध प्रारक्षित निधियाँ (पुनर्मूल्यन प्रारक्षित निधियों को छोडकर)			
ङ) ग + घ (चुकता पूँजी + निर्बंध प्रारक्षित निधियाँ)			

टिप्पणी : 1. साझेदारी अथवा स्वामित्व वाले प्रतिष्ठानों के मामले में कृपया पूँजी में से आहरणों और/या साझेदारों/मालिकों को हुई हानियों को घटाकर निर्दिष्ट करें।

2. साझेदारी अथवा स्वामित्व वाले प्रतिष्ठानों के मामले में कृपया साझेदारों की वित्तीय स्थिति, साधन और निवल मालियत (नेट वर्थ) निर्दिष्ट करें।

4.2 संसाधनों का अभिनियोजन

लाख रुपये

विवरण	पूर्ववर्ती वर्ष से पहले का वर्ष	पूर्ववर्ती वर्ष	चालू वर्ष
क) अचल परिसंपत्तियाँ			
ख) संयंत्र और मशीनरी			
ग) कार्यालय उपस्कर			
घ) निर्दिष्ट भाव वाले निवेश			
ङ) अनिर्दिष्ट भाव वाले निवेश			
च) चल परिसंपत्तियों का विवरण			
छ) अन्य			

सहयोगी कंपनियों/फर्मों में किये गये निवेशों, प्रदत्त ऋणों और अग्रिमों का विवरण जहाँ प्रवर्तकों/निदेशकों का हित है, अलग से दिया जाए ।

4.3 आय के प्रमुख स्रोत

<<नवीकरणों के लिए केवल - क) और ख) लागू, बाकी सभी के लिए लागू>>

विवरण राशि	पूर्ववर्ती वर्ष से पहले का वर्ष	पूर्ववर्ती वर्ष	प्रीमियम के प्रतिशत के रूप में प्राप्त
क) प्रत्यक्ष बीमा पारिश्रमिक			
ख) पुनर्बीमा पारिश्रमिक			
ग) परामर्श शुल्क			
घ) बीमा परामर्श कार्य			

ङ) निवेश कार्य च) अन्य

*चूंकि बीमा दलाल द्वारा प्राप्त पारिश्रमिक प्रत्येत जोखिम के लिए भिन्न-भिन्न हो सकता है, अतः कृपया वह दायरा निर्दिष्ट करें जिसके अंदर पारिश्रमिक प्राप्त किया गया है ।

4.4 कर से पहले आय और लाभ

कर से पहले आय / लाभ	चालू वर्ष से पूर्ववर्ती वर्ष के पहले का वर्ष	पूर्ववर्ती वर्ष	चालू वर्ष

4.5 लाभांश

विवरण	पूर्ववर्ती वर्ष से पहले का वर्ष	पूर्ववर्ती वर्ष	चालू वर्ष
क) राशि			
ख) प्रतिशत			

टिप्पणी : कृपया तीन वर्षों के लेखा-परीक्षित वार्षिक खाते संलग्न करें । जहाँ लेखा-परीक्षा न की गई रिपोर्टें प्रस्तुत की जाती हैं, वहाँ कारण दर्शाएँ ।

यदि पिछले लेखा-परीक्षित वार्षिक खातों के बाद न्यूनतम पूँजीगत आवश्यकता पूरी की गई है, तो किसी बाद की तारीख को समाप्त अवधि के लिए लेखा-परीक्षित खातों का विवरण भी प्रस्तुत किया जाना चाहिए ।

5. अन्य सूचना, यदि कोई हो

5.1 निपटाये गये और लंबित सभी मामलों का विवरण

विवाद का स्वरूप	पक्षकार का नाम	लंबित / निपटाया गया

5.2 यदि पिछले तीन वर्षों में आवेदक/स्वामी अथवा किसी भी साझेदार/निदेशक अथवा प्रमुख प्रबंधकीय कार्मिक द्वारा कोई आर्थिक अपराध किया गया हो तो उसका विवरण

6. दस्तावेजों की जाँच-सूची

दस्तावेजों (डाकुमेंट्स) की जाँच-सूची				
अपेक्षित दस्तावेज			अपलोड किये गये दस्तावेज (डाकुमेंट) का नाम	
✓	डॉकनेम 1	संलग्न करें	xxx.डॉक	हटाएँ
✓	डॉकनेम 2	संलग्न करें	xxx.जेपीजी	हटाएँ
	डॉकनेम 3	संलग्न करें		

7. शुल्क का भुगतान

वापस न करने योग्य रु. XX,XXX का शुल्क ('आवेदित श्रेणी' के उपर्युक्त खंड 0.3 में चयनित दलाल की श्रेणी के आधार पर) आईआरडीए को ऑनलाइन आवेदन फार्म प्रस्तुत करने पर आवेदक को प्रदर्शित किये गये

ई-भुगतान विकल्पों के माध्यम से अदा करने की आवश्यकता होगी ।

8. वचन-पत्र

8.1 क्या पहले कभी आवेदक से संबंधित किसी भी व्यक्ति को लाइसेंस देने से इनकार किया गया अथवा नहीं ।

व्यक्तियों के नाम	आवेदक के साथ संबंध	प्रशिक्षण का ब्योरा

इस उप-खंड के प्रयोजन के लिए अभिव्यक्ति "प्रत्यक्ष अथवा अप्रत्यक्ष रूप से संबद्ध" का अर्थ है, व्यक्ति के मामले में आवेदक का कोई रिश्तेदार तथा किसी फर्म अथवा कंपनी अथवा निगमित निकाय के मामले में आवेदक का कोई सहयोगी, सहायक, परस्पर संबद्ध उपक्रम अथवा समूह कंपनी है ।

8.2 आवेदक के प्रधान अधिकारी की योग्यता और अनुभव का विवरण

नाम	पता	योग्यता (बीमा दलाल की परीक्षा उत्तीर्ण करने सहित)	पहले का अनुभव (बीमा उद्योग सहित)	पिछला रोगजार	रोजगार संबंधी विवरण

8.3 उन कर्मचारियों की सूची जो बीमा व्यवसाय की अपेक्षा करने और प्राप्त करने के लिए जिम्मेदार होंगे

नाम	पता	पदनाम	योग्यता (बीमा दलाल की परीक्षा उत्तीर्ण करने सहित)	जिम्मेदारियों का विवरण

8.4 लाइसेंस के नवीकरण के लिए मीयादी जमाराशि का विवरण

बैंक का नाम	पता	मीयादी जमा (एफ.डी.) की संख्या	जमा के अंतर्गत धारित राशि	प्रारंभिक पूँजी की तुलना में प्रतिशत	परिपक्वता की तारीख

9. घोषणा

इस घोषणा पर दो निदेशकों, दो साझेदारों अथवा एकमात्र स्वामी द्वारा, जैसी स्थिति हो, हस्ताक्षर किये जाने चाहिए ।

मैं/हम इसके द्वारा लाइसेंस के लिए आवेदन करता हूँ /करती हूँ /करते हैं ।

मैंने /हमने बीमा विनियामक और विकास प्राधिकरण (बीमा दलाल) विनियमावली, 2002 पढी है तथा मैं/हम संतुष्ट हूँ/हैं कि मैं/हम बीमा दलाल के लाइसेंस हेतु आवेदन करने के लिए पात्र हूँ/हैं ।

मैं / हम कहता हूँ /कहती हूँ/कहते हैं कि मैंने / हमने उपर्युक्त प्रश्नों का उत्तर सत्यनिष्ठा से और पूर्णत: दिया है तथा वह सारी सूचना प्रस्तुत की है जो मेरे/ हमारे लाइसेंस के प्रयोजन के लिए उचित रूप से संगत मानी जा सकती है ।

मैं /हम यह घोषणा करता हूँ/करती हूँ/ करते हैं कि आवेदन फार्म में दी गई सूचना पूर्ण और सही है ।

मैं / हम वचन देता हूँ / देती हूँ/ देते हैं कि उक्त लाइसेंस की अवधि के दौरान प्रत्यक्ष या अप्रत्यक्ष रूप से किसी भी व्यक्ति को प्रलोभन के रूप में मेरे / हमारे द्वारा अर्जित पारिश्रमिक की पूर्ण राशि अथवा उसका भाग किसी भी छूट स्वरूप नहीं दूँगा/दूँगी /देंगे अथवा देने का प्रस्ताव नहीं करूँगा / करूँगी/ करेंगे ।

मैं / हम लाइसेंस को निरस्त करने अथवा उसका नवीकरण न करने के समय व्यवसाय के समापन (रन- ऑफ बिजनेस) को बहियों में अंकित करने का वचन देता हूँ / देती हूँ /देते हैं ।

मैं / हम घोषणा करता हूँ /करती हूँ /करते हैं कि मेरे/हमारे पास अधिनियम की धारा 42 के अधीन बीमा एजेंट का लाइसेंस नहीं है ।

के लिए और उनकी ओर से

आवेदक के डिजिटल हस्ताक्षर

आवेदक का नाम :

उपाधि / पदनाम

आवेदक के डिजिटल हस्ताक्षर

आवेदक का नाम :

उपाधि / पदनाम

निदेशक / साझेदार अथवा एकमात्र स्वामी निदेशक / साझेदार

स्थान

दिनांक : (दिन-माह-वर्ष)

भुगतान के विकल्प

क्रेडिट कार्ड डेबिट कार्ड नेट बैंकिंग

(i) "क्रेडिट कार्ड" अथवा "डेबिट कार्ड" का चयन करने पर आवेदक से निम्नलिखित विवरण माँगा जाता है :

कार्ड नंबर :

समाप्ति का दिनांक :

सीवीवी :

डेबिट कार्ड पर नाम :

<u>भुगतान करें</u>

(ii) "नेट बैंकिंग" का चयन करने पर आवेदक से निम्नलिखित विवरण माँगा जाता है :

निधियों का अंतरण कहाँ से :

<u>भुगतान करें</u>

फार्म बी

बीमा दलालों को लाइसेंस प्रदान करना

फार्म - आईआरडीए - बी

लाइसेंस

महत्वपूर्ण अनुदेश

विनियम 11 और 16 देखें

कृपया केवल सुवाच्य अक्षरों में ही लिखें अथवा टाइप करें

ए	बी	सी	डी	ई	एफ	जी	एच	आई	जे	के	एल	एम	एन	ओ	पी	क्यू	आर	एस	टी	यू	वी	डब्ल्यू	एक्स	वाई	जेड

लाइसेंस संख्या :

1. **बीमा अधिनियम, 1938 (1938 का 4) की धारा 42घ की उप-धारा (1) द्वारा प्रदत्त शक्तियों का प्रयोग करते हुए प्राधिकरण एतद्द्वारा उक्त अधिनियम के अंतर्गत ____________ को ____________ दलाल के रूप में कार्य करने के लिए लाइसेंस प्रदान करता है ।**
   (श्रेणी का विवरण लिखें)
2. **उक्त बीमा दलाल के लिए लाइसेंस का कूट ____________**
3. **उक्त लाइसेंस ________ से ________ तक विधिमान्य होगा ।**
4. **यह लाइसेंस उपर्युक्त अधिनियम, बीमा विनियामक और विकास प्राधिकरण अधिनियम, 1999 (1999 का 4) तथा बीमा विनियामक और विकास प्राधिकरण (बीमा दलाल) विनियमावली, 2002 के अधीन है एवं इसे किसी भी अन्य अधिनियम, नियमावली अथवा विनियमावली के अनुपालन के रूप में अथवा उसके अनुरूप होने के तौर पर नहीं माना जाएगा ।**

बीमा विनियामक और विकास प्राधिकरण
के लिए और उनकी ओर से
प्राधिकृत हस्ताक्षरकर्ता

दिनांक : (दिन-माह-वर्ष)

नाम :

स्थान :

फार्म सी

लाइसेंस के नवीकरण का प्रमाणपत्र

फार्म - आईआरडीए - सी

लाइसेंस के नवीकरण का प्रमाणपत्र

महत्वपूर्ण अनुदेश :

(बीमा दलाल) विनियमावली, 2002

कृपया केवल स्पष्ट अक्षरों में मुद्रित अथवा टाइप करें

ए	बी	सी	डी	ई	एफ	जी	एच	आई	जे	के	एल	एम	एन	ओ	पी	क्यू	आर	एस	टी	यू	वी	डब्ल्यू	एक्स	वाई	जेड

लाइसेंस संख्या :

1. मेसर्स ______________________ श्रेणी ______________ दलाल का लाइसेंस बीमा विनियामक और विकास प्राधिकरण (बीमा दलाल) विनियमावली, 2002 की धारा 13 तथा बीमा विनियामक और विकास प्राधिकरण अधिनियम, 1999 (1999 का 4) के अधीन एतद्द्वारा ____________ से ____________ तक की अवधि के लिए नवीकृत किया जाता है ।
2. हैदराबाद में __________ दिन ____________ दो हजार ____________ को जारी किया गया ।
3. यह लाइसेंस इस शर्त के अधीन जारी किया जाता है कि आवेदक बीमा अधिनियम, 1938, आईआरडीए अधिनियम, 1999, उसके अंतर्गत बनाये गये नियमों और विनियमों के सभी उपबंधों तथा प्राधिकरण द्वारा समय-समय पर जारी किये जानेवाले दिशा-निर्देशों, परिपत्रों और निदेशों का पालन करेगा ।

आदेशानुसार

बीमा विनियामक और विकास प्राधिकरण

के लिए और उनकी ओर से

प्राधिकृत हस्ताक्षरकर्ता

दिनांक : (दिन-माह-वर्ष)

नाम :

स्थान :

फार्म डी

बीमा दलाल के लिए लेखा-परीक्षा की व्यवस्था

फिल्टर और मानदंड

वर्ष : **प्रस्तुति की तारीख :**

दलाल : **प्रस्तुति के लिए नियत तारीख :**

क्रम सं.	सांविधिक लेखा-परीक्षक का नाम	सांविधिक लेखा- परीक्षक का पता	दलाल की लेखा-परीक्षा का लिए जिम्मेदार साझेदार का नाम	आंतरिक लेखा- परीक्षक का नाम (विनियम 27 देखें)	आंतरिक लेखा- परीक्षक का पता	योग्यताएँ (ड्राप- डाउन सामान्य योग्यताओं से चयन करें)	अनुभव (वर्षों की संख्या)	कर्मचारी जिसको लेखा- परीक्षक रिपोर्ट करता है	रिपोर्टिंग अवधि में हुए परिवर्तनों का विवरण, यदि कोई हो
	स्तंभ कूट	क	ख	ग	घ	ङ	च	छ	ज
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									

____________________ **के लिए और उनकी ओर से**

आवेदक के डिजिटल हस्ताक्षर

आवेदक का नाम :

उपाधि/पदनाम :

आवेदक के डिजिटल हस्ताक्षर

आवेदक का नाम :

उपाधि/पदनाम :

निदेशक/साझेदार अथवा एकमात्र स्वामी निदेशक / साझेदार

स्थान :

दिनांक : (दिन-माह-वर्ष)

TM

फार्म ई

बीमा अथवा पुनर्बीमा व्यवसाय की अपेक्षा करने और प्राप्त करने के लिए जिम्मेदार व्यक्तियों का विवरण

फिल्टर और मानदंड

वर्ष : प्रस्तुति की तारीख :

दलाल : प्रस्तुति के लिए नियत तारीख :

बीमा व्यवसाय

#	नाम	पता	सामान्य योग्यता (ड्रॉपडाउन से चयन करें)	बीमा संबंधी योग्यताएँ (ड्रॉप डाउन से चयन करें)	अनुभव (वर्षों की संख्या)	बीमा दलाल की परीक्षा उत्तीर्ण करने का वर्ष	प्राप्त प्रशिक्षण (प्रत्यक्ष)	किये गये व्यवसाय की श्रेणियाँ (ड्रॉप डाउन से चयन करें)	पदनाम (ड्रॉप डाउन से चयन करें)	कार्य	उक्त अवधि के दौरान परिवर्तनों का विवरण
	स्तंभ कूट	क	ख	ग	घ	ङ	च	छ	ज	झ	ञ
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											

पुनर्बीमा व्यवसाय

#	नाम	पता	सामान्य योग्यता (ड्रॉपडाउन से चयन करें)	बीमा संबंधी योग्यताएँ (ड्रॉप डाउन से चयन करें)	अनुभव (वर्षों की संख्या)	बीमा दलाल की परीक्षा उत्तीर्ण करने का वर्ष	प्राप्त प्रशिक्षण (संमिश्र)	किये गये व्यवसाय की श्रेणियाँ (ड्रॉप डाउन से चयन करें)	पदनाम (ड्रॉप डाउन से चयन करें)	कार्य	उक्त अवधि के दौरान परिवर्तनों का विवरण
	स्तंभ कूट	क	ख	ग	घ	ङ	च	छ	ज	झ	ञ
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											

________________ के लिए और उनकी ओर से

ावेदक के डिजिटल हस्ताक्षर

ावेदक का नाम :

पाधि/पदनाम :

ावेदक के डिजिटल हस्ताक्षर

ावेदक का नाम :

पाधि/पदनाम :

नदेशक/साझेदार अथवा एकमात्र स्वामी निदेशक / साझेदार

थान :

देनांक : (दिन-माह-वर्ष)

क

और शाखा कार्यालयों का विवरण

मानदंड

तिमाही :

प्रस्तुति की नियत तारीख :

प्रस्तुति की तारीख :

शाखा कार्यालय संबंधी विवरण

कार्यालय का पता	क्षेत्र का प्रकार	नगर	राज्य	प्रभारी व्यक्ति	दलाली करने वाले स्टाफ की संख्या	अन्य स्टाफ की संख्या	कार्यालय खोलने की तारीख	परिचालन में है या नहीं (हाँ / नहीं)	बंद करने की तारीख (यदि ज का उत्तर 'नहीं', तो बंद करने की तारीख अन्यथा शून्य
स्तंभ कूट	क	ख	ग	घ	ङ	च	छ	ज	झ
पंक्तियों की गणना करें									

पंजीकृत कार्यालय का विवरण।

#	कार्यालय का पता	क्षेत्र का प्रकार	राज्य	कार्यकलाप	प्रभारी व्यक्ति	दलाली का कार्य करनेवाले स्टाफ की संख्या	अन्य स्टाफ की संख्या	क्या प्रधान कार्यालय है (हाँ / नहीं)	क्या परिचालन में है या नहीं (हाँ / नहीं)
	स्तंभ कूट	क	ख	ग	घ	ङ	च	छ	ज
#	पंक्तियों की गणना करें								

के लिए और उनकी ओर से

आवेदक के डिजिटल हस्ताक्षर

आवेदक का नाम :

उपाधि/पदनाम :

आवेदक के डिजिटल हस्ताक्षर

आवेदक का नाम :

उपाधि/पदनाम :

निदेशक/साझेदार अथवा एकमात्र स्वामी निदेशक / साझेदार

स्थान :

दिनांक : (दिन-माह-वर्ष)

फार्म जी

अन्य बीमा दलालों अथवा सेवा प्रदाताओं के साथ स्थायी व्यवस्था

फिल्टर और मानदंड

वर्ष : प्रस्तुति की तारीख :

दलाल : प्रस्तुति के लिए नियत तारीख :

#	नाम	पता	व्यवस्था का विवरण	*क्या अन्यों के साथ कोई करार किया गया है ? हाँ / नहीं	क्या सेवा प्रदाता समूह कंपनियों से है/हैं ? हाँ /नहीं	पारिश्रमिक का आधार (ड्रापडाउन से चयन करें)	नवीनतम वित्तीय वर्ष के दौरान अदा की गई राशि
	स्तंभ कूट	क	ख	ग	घ	ङ	च
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							

*यदि स्तंभ 'ग' का उत्तर हाँ है, तो अन्यों के साथ किये गये करार की प्रति संलग्न करें

के लिए और उनकी ओर से

आवेदक के डिजिटल हस्ताक्षर

आवेदक का नाम :

उपाधि/पदनाम :

आवेदक के डिजिटल हस्ताक्षर

आवेदक का नाम :

उपाधि/पदनाम :

निदेशक/साझेदार अथवा एकमात्र स्वामी　　**निदेशक/साझेदार**

स्थान :

दिनांक : (दिन-माह-वर्ष)

फार्म एच

.. .. को समाप्त वर्ष के दौरान व्यवसाय का विस्तार

फिल्टर और मानदंड

वर्ष : प्रस्तुति की तारीख :

दलाल : प्रस्तुति के लिए नियत तारीख :

#	ग्राहक का नाम	ग्राहक के लिए बुक किये गये प्रत्यक्ष बीमे पर प्रीमियम			उस ग्राहक के व्यवसाय के संबंध में पुनर्बीमा दलाली करने पर प्रीमियम		
		अग्नि	नौवहन	विविध	अग्नि	नौवहन	विविध
	स्तंभ कूट	क	ख	ग	घ	ङ	च
1							
2							
3							
4							
5							
	सभी ग्राहकों का कुल योग						

टिप्पणी :

1. शीर्ष स्तर पर विद्यमान 5 ग्राहकों (विनियम 20 में दी गई परिभाषा के अनुसार) को सूचीबद्ध किया जाए ।
2. जहाँ दलाल ने व्यवसाय के 100 प्रतिशत को नहीं संभाला, वहाँ प्रीमियम इस दलाल के अंश के लिए दर्शाये जाने चाहिए । जहाँ प्रीमियम किस्तों में देय है, वहाँ रिपोर्टिंग अवधि के दौरान हिसाब में लिये गये कुल प्रीमियम को दर्शाना चाहिए ।

के लिए और उनकी ओर से

आवेदक के डिजिटल हस्ताक्षर

आवेदक का नाम :

उपाधि/पदनाम :

आवेदक के डिजिटल हस्ताक्षर

आवेदक का नाम :

उपाधि/पदनाम :

निदेशक/ साझेदार अथवा एकमात्र स्वामी निदेशक/साझेदार

स्थान :

दिनांक :

5696 GI/13—7

फार्म आई

मीयादी जमा विवरण

फिल्टर और मानदंड

वर्ष : | प्रस्तुति की तारीख :

दलाल : | प्रस्तुति के लिए नियत तारीख :

महत्वपूर्ण

**यदि दलालों ने मीयादी जमाराशियाँ एक से अधिक बैंकों में रखी हैं तो यह सूचना प्रत्येक मामले के लिए प्रस्तुत की जानी चाहिए ।

#	बैंक का नाम	पता	मीयादी जमा (एफ.डी.) सं.	जमा के रूप में अदा की गई राशि	एफ.डी. प्रारंभ होने की तारीख	एफ.डी. की अवधि समाप्त होने की तारीख	पूँजी की तुलना में एफ.डी. की राशि का अनुपात
	स्तंभ कूट	क	ख	ग	घ	ङ	च
1							

टिप्पणी :

1. पुष्टीकरण कि ग्रहणाधिकार (लियन) आईआरडीए के पक्ष में अंकित है । हाँ / नहीं
2. बैंक से इस आशय का पत्र प्राप्त किया गया है कि मूल राशि का विमोचन प्राधिकरण की अनुमति के बिना नहीं किया जाएगा । हाँ / नहीं
3. क्या मीयादी जमाराशि (एफ. डी.) किसी अनुसूचित बैंक में रखी गई है ? हाँ / नहीं
4. क्या लाइसेंस की अवधि कवर की गई है ? यदि नहीं, तो क्या लाइसेंस की पूरी अवधि में एफ.डी. रखने के लिए वचन-पत्र दिया गया है ? हाँ / नहीं
5. क्या विनियम 2(1)(ञ)(v) द्वारा कवर किया गया है ? हाँ / नहीं

क्या आप एफ. डी. के विवरण के लिए एक और अभिलेख जोड़ना चाहते हैं ? हाँ / नहीं

यदि हाँ, तो इसी स्क्रीन को पॉप्युलेट करें ।

#	बैंक का नाम	पता	मीयादी जमा (एफ.डी.) सं.	जमा के रूप में अदा की गई राशि	एफ.डी. प्रारंभ होने की तारीख	एफ.डी. की अवधि समाप्त होने की तारीख	पूँजी की तुलना में एफ.डी. की राशि का अनुपात
	स्तंभ कूट	क	ख	ग	घ	ङ	च
1							

टिप्पणी :

1. पुष्टीकरण कि ग्रहणाधिकार (लियन) आईआरडीए के पक्ष में अंकित है । हाँ / नहीं
2. बैंक से इस आशय का पत्र प्राप्त किया गया है कि मूल राशि का विमोचन प्राधिकरण की अनुमति के बिना नहीं किया जाएगा । हाँ / नहीं
3. क्या मीयादी जमाराशि (एफ. डी.) किसी अनुसूचित बैंक में रखी गई है ? हाँ / नहीं
4. क्या लाइसेंस की अवधि कवर की गई है ? यदि नहीं, तो क्या लाइसेंस की पूरी अवधि में एफ.डी. रखने के लिए वचन-पत्र दिया गया है ? हाँ / नहीं
5. क्या विनियम 2(1)(ञ)(v) द्वारा कवर किया गया है ? हाँ / नहीं

के लिए और उनकी ओर से

आवेदक के डिजिटल हस्ताक्षर

आवेदक का नाम :

उपाधि /पदनाम :

आवेदक के डिजिटल हस्ताक्षर

आवेदक का नाम :

उपाधि / पदनाम :

निदेशक / साझेदार अथवा एकमात्र स्वामी   निदेशक / साझेदार

स्थान :

दिनांक : (दिन-माह-वर्ष)

फार्म जे

बीमा दलालों के बीमा बैंक खाते

फिल्टर और मानदंड

वर्ष :

दलाल :

प्रस्तुति की तारीख : **प्रस्तुति की तारीख :**

प्रस्तुति के लिए नियत तारीख : **प्रस्तुति के लिए नियत तारीख :**

#	बैंक का नाम और पता	खाते का प्रकार	बैंक खाता संख्या	खाते का प्रयोजन	क्या विनियम 23(2)(ग) का पालन किया गया (हाँ / नहीं)	रिपोर्टिंग अवधि की समाप्ति पर खाते में शेष राशि
	स्तंभ कूट	क	ख	ग	घ	ङ
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						

के लिए और उनकी ओर से

आवेदक के डिजिटल हस्ताक्षर

आवेदक का नाम :

उपाधि / पदनाम :

आवेदक के डिजिटल हस्ताक्षर

आवेदक का नाम :

उपाधि / पदनाम :

निदेशक / साझेदार अथवा एकमात्र स्वामी **निदेशक / साझेदार**

स्थान :

दिनांक : (दिन-माह-वर्ष)

फार्म के

.. .. को प्रचलित व्यावसायिक क्षतिपूर्ति बीमा

फिल्टर और मानदंड

वर्ष :

दलाल :

प्रस्तुति की तारीख :

प्रस्तुति के लिए नियत तारीख :

#	पीआई कवर प्रदान करनेवाले बीमाकर्ता का नाम	पॉलिसी संख्या/ पृष्ठांकन संख्या	बीमे की अवधि (प्रारंभ होने की तारीख)	बीमे की अवधि (समाप्त होने की तारीख)	बीमा की गई राशियाँ : प्रति घटना (एओए)	बीमा की गई राशियाँ : पॉलिसी अवधि के लिए कुल (एओवाई)	क्षतिपूर्ति का आधार (किये गये दावों के आधार पर अथवा हानि होने के आधार पर)	कटौती योग्य	बीमे के लिए प्रीमियम	क्या विनियम 24, उप-विनियम (4) और (5) के लिए अपेक्षाओं का पालन किया गया है ? (हाँ /नहीं)	कृपया संबंधित प्रतिशत का उल्लेख करें
	स्तंभ कूट	क	ख	ग	घ	ङ	च	छ	ज	झ	ञ
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											

______________________ **के लिए और उनकी ओर से**

आवेदक के डिजिटल हस्ताक्षर

आवेदक का नाम :

उपाधि/पदनाम :

आवेदक के डिजिटल हस्ताक्षर

5696/13-8

आवेदक का नाम :

उपाधि/पदनाम :

निदेशक/साझेदार अथवा एकमात्र स्वामी निदेशक / साझेदार

स्थान :

दिनांक : (दिन-माह-वर्ष)

फार्म एल

बीमा दलालों के लिए दावों से संबंधित डेटा

फिल्टर और मानदंड

वर्ष :

दलाल :

तिमाही :

प्रस्तुति की तारीख :

प्रस्तुति के लिए नियत तारीख :

दावों का विवरण

#	कंपनी के ध्यान में आई ऐसी हर घटना के बारे में बताएँ जहाँ कंपनी ग्राहकों को हर्जाना या क्षतिपूर्ति अदा करने के लिए बाध्य हो सकती है चाहे वह व्यावसायिक क्षतिपूर्ति नीति से कवर होती है या नहीं, तथा निम्नलिखित सूचना दें	घटना की अवधि की तारीख	संबंधित ग्राहक का नाम	घटना का स्वरूप जो दावे के लिए कारण बन सकता है	दावे के आधार का संक्षिप्त वर्णन	दावे की सूचित अथवा अनुमानित राशि	क्या व्यावसायिक क्षतिपूर्ति पालिसी द्वारा कवर होता है	दावे के लिए दलाल द्वारा अपनी बहियों में किया गया प्रावधान	दावे की वर्तमान स्थिति
	स्तंभ कूट	क	ख	ग	घ	ङ	च	छ	ज
1									
2									
3									
4									
5									

दावों की गतिविधि

#	विवरण	कुल	
		दावों की संख्या	दावों की राशि
	स्तंभ कूट	क	ख
1	तिमाही के प्रारंभ में लंबित दावे		
2	तिमाही के दौरान दर्ज किये गये नये दावे		
3	तिमाही के दौरान निपटाये गये/बंद किये गये दावे		
4	तिमाही के दौरान अस्वीकृत दावे		
5	तिमाही के अंत में लंबित दावे	=1+2-3-4	=1+2-3-4

लंबित दावों की समय-स्थिति

#	लंबित दावे समय-खंडों में*	कुल	
		दावों की संख्या	दावों की राशि
	स्तंभ कूट	क	ख
1	1 महीने तक लंबित		
2	1 महीने से अधिक और 3 महीने तक लंबित		
3	3 महीने से अधिक और 6 महीने तक लंबित		
4	6 महीने से अधिक और 12 महीने तक लंबित		
5	1 वर्ष से अधिक लंबित		
	कुल लंबित	=1+2+3+4+5	=1+2+3+4+5

*पहली सूचना की तारीख से संगणित

निपटाये गये दावों की समय-स्थिति

#	निपटाये गये दावे समय-खंडों में**	कुल	
		दावों की संख्या	दावों की राशि
	स्तंभ कूट	क	ख
1	1 महीने तक निपटाये गये		
2	1 महीने से अधिक और 3 महीने तक निपटाये गये		
3	3 महीने से अधिक और 6 महीने तक निपटाये गये		
4	6 महीने से अधिक और 12 महीने तक निपटाये गये		
5	1 वर्ष से अधिक के लिए निपटाये गये		
	कुल निपटाये गये	=1+2+3+4+5	=1+2+3+4+5

**अंतिम अपेक्षा की प्राप्ति की तारीख से संगणित

लंबित प्रमुख दावे - 1 करोड़ से अधिक

#	ग्राहक का नाम	पॉलिसी संख्या	दावे की राशि	हानि की तारीख
	स्तंभ कूट	क	ख	ग
1				
2				
3				
4				
5				

के लिए और उनकी ओर से

आवेदक के डिजिटल हस्ताक्षर

आवेदक का नाम :

उपाधि/पदनाम :

आवेदक के डिजिटल हस्ताक्षर

आवेदक का नाम :

उपाधि/पदनाम :

निदेशक/साझेदार अथवा एकमात्र स्वामी निदेशक/साझेदार

स्थान :

दिनांक : (दिन-माह-वर्ष)

फार्म एम

.. ..*(वित्तीय वर्ष की समाप्ति - 31 मार्च) को* बकाया पुनर्बीमा शेष राशियाँ

फिल्टर और मानदंड

वर्ष : प्रस्तुति की तारीख :

दलाल : प्रस्तुति के लिए नियत तारीख :

#	विवरण	निम्नलिखित अवधि के लिए बकाया राशि				
		0-3 महीने	3-6 महीने	6-12 महीने	12 महीने से अधिक	कुल
	स्तंभ कूट	क	ख	ग	घ	ङ
1	सीडिंग कंपनियों को देय					
2	पुनर्बीमाकर्ताओं को देय					
3	सीडिंग कंपनियों से प्राप्य					
4	पुनर्बीमाकर्ताओं से प्राप्य					

के लिए और उनकी ओर से

आवेदक के डिजिटल हस्ताक्षर

आवेदक का नाम :

उपाधि/पदनाम :

आवेदक के डिजिटल हस्ताक्षर

आवेदक का नाम :

उपाधि/पदनाम :

निदेशक/साझेदार अथवा एकमात्र स्वामी **निदेशक/साझेदार**

स्थान :
दिनांक : (दिन-माह-वर्ष)

फार्म एन

पुनर्बीमा दलाली के लिए प्रतिभूति अनुवीक्षण कार्यवाही

फिल्टर और मानदंड

वर्ष : **प्रस्तुति की तारीख :**

दलाल : **प्रस्तुति के लिए नियत तारीख :**

#	कृपया दलाल के कार्यालय में अपनाई गई प्रतिभूति अनुवीक्षण प्रक्रियाओं तथा उस व्यक्ति की जानकारी दें जो दलाल द्वारा प्रयुक्त की जानेवाली प्रतिभूतियों का अनुमोदन करने के लिए जिम्मेदार है, एवं विशेष रूप से यह बताएँ कि-	क्या दलाल पुनर्बीमाकर्ताओं द्वारा प्रयुक्त वार्षिक खाते प्राप्त कर उनकी समीक्षा करता है ? (हाँ / नहीं)	(यदि पिछले स्तंभ में उत्तर 'हाँ' में दिया गया हो) संस्था के भीतर इस कार्य के लिए कौन जिम्मेदार है ?	अंतरराष्ट्रीय बाजारों में हो रही प्रगति के साथ चलने के लिए दलाल द्वारा अनुसरण की जा रही क्रियाविधि
	स्तंभ कूट	क	ख	ग

के लिए और उनकी ओर से

आवेदक के डिजिटल हस्ताक्षर

आवेदक का नाम :
उपाधि/पदनाम :

आवेदक के डिजिटल हस्ताक्षर

आवेदक का नाम :
उपाधि/पदनाम :

निदेशक/साझेदार अथवा एकमात्र स्वामी **निदेशक/साझेदार**

स्थान :
दिनांक : (दिन-माह-वर्ष)

फार्म ओ

बीमा दलाल के लिए पूँजी-विन्यास और शेयरधारकों का विवरण

फिल्टर और मानदंड

वर्ष : प्रस्तुति के लिए नियत तारीख :

दलाल : प्रस्तुति की तारीख :

	पूँजी-विन्यास		
#	**विवरण**	**राशि**	**प्रतिशत**
	स्तंभ कूट	**क**	**ख**
1	**प्राधिकृत पूँजी**		
2	**निर्गम पूँजी**		
3	**चुकता पूँजी**		
4	**पूनर्मूल्यन रिजर्व को छोडकर निर्बंध रिजर्व**		
5	***साझेदारों की निवल मालियत (नेट वर्थ)**		
6	***साझेदारों / मालिकों को आहरण**		
7	***साझेदारों / मालिकों को ऋण**		

	प्रत्यक्ष विदेशी निवेश का विवरण		
#	**शेयरधारक का नाम**	**कुल ईक्विटी शेयर पूँजी**	**प्रतिशत धारिता**
स्तंभ कूट	**क**	**ख**	**ग**
1	**भारतीय**		
	विदेशी		
	प्रत्यक्ष		
	अप्रत्यक्ष		

	शेयरधारकों का विवरण										
	(प्रत्यक्ष रूप से अथवा सहयोगियों के साथ आवेदक के 5 प्रतिशत और उससे अधिक धारिता वाले सभी शेयरधारकों की सूची प्रस्तुत करें - केवल लिमिटेड कंपनियों पर लागू)										
	शेयरधारक की श्रेणी (प्रत्यक्ष विदेशी/अप्रत्यक्ष विदेशी /भारतीय)	शेयरधारक का नाम	शेयरधारक का पता	कारोबार अथवा व्यवसाय	शेयरधारक की विशिष्ट पहचान (भारतीय : पैन नं.) (विदेशी : टैक्स आईडी)	रिपोर्टिंग अवधि के अंत में शेयरधारिता (संख्या)	रिपोर्टिंग अवधि के अंत में शेयरधारिता (राशि)	उक्त अवधि के दौरान शेयरधारिता में परिवर्तनों की तारीख	उक्त अवधि के दौरान शेयरधारिता में परिवर्तनों का विवरण	दलाल फर्म को ऋण और अग्रिम	दलाल फर्म में अन्य निवेश
	स्तंभ कूट	क	ख	ग	घ	ङ	च	छ	ज	झ	ञ

	एमओए के प्रारंभिक अभिदाता									
#	अभिदाता का नाम	अभिदाता का पता	कारोबार अथवा व्यवसाय	शेयरधारक की विशिष्ट पहचान (भारतीय : पैन नं..)(विदेशी : टैक्स आईडी)	रिपोर्टिंग अवधि के अंत में शेयरधारिता (संख्या)	रिपोर्टिंग अवधि के अंत में शेयरधारिता (राशि)	उक्त अवधि के दौरान शेयरधारिता में परिवर्तनों की तारीख	उक्त अवधि के दौरान शेयरधारिता में परिवर्तनों का विवरण	दलाल फर्म को ऋण और अग्रिम	दलाल फर्म में अन्य निवेश

	स्तंभ कूट	क	ख	ग	घ	ङ	च	छ	ज	झ
1										
2										
3										
4										
5										
6										

सहयोगी कंपनी वार								
सहयोगी कंपनी का नाम	सहयोगी कंपनी का पता	कारोबार अथवा व्यवसाय	शेयरधारक की विशिष्ट पहचान (भारतीय : पैन कार्ड)(विदेशी : टैक्स आईडी)	रिपोर्टिंग अवधि के अंत में शेयरधारिता (संख्या)	रिपोर्टिंग अवधि के अंत में शेयरधारिता (राशि)	उक्त अवधि के दौरान शेयरधारिता में परिवर्तनों की तारीख	उक्त अवधि के दौरान शेयरधारिता में परिवर्तनों का विवरण	विनियामक निकाय
स्तंभ कूट	क	ख	ग	घ	ङ	च	छ	ज

गी :

ल साझेदारी अथवा स्वामित्व वाले प्रतिष्ठानों के लिए लागू

______________ के लिए और उनकी ओर से

क के डिजिटल हस्ताक्षर

क का नाम :

णा :

1. मैं बीमा अधिनियम, 1938 की धारा 42(डी) की उप-धारा (5) के अंतर्गत विनिर्दिष्ट किसी भी अयोग्यता से ग्रस्त नहीं हूँ । हाँ/नहीं
2. मेरे पास एजेंसी/सर्वेक्षक/टीपीए का लाइसेंस नहीं है । हाँ/नहीं
3. मैं बीमा से संबंधित किसी भी अन्य संस्था में निदेशन/रोजगार नहीं रखता/रखती हूँ तथा ऐसी किसी संस्था का प्रतिनिधित्व नहीं करता/करती हूँ । हाँ/नहीं
4. मैंने आरओसी के पास फार्म-32 दायर किया है (*केवल निदेशकों के लिए लागू) हाँ/नहीं

पथपत्र की स्कैन की हुई प्रति संलग्न करें>>

प्रबंधन के प्रभारी व्यक्ति

व्यक्ति का नाम	पता (गली, मकान)	नगर	जिला	राज्य	पिन कोड	पदनाम	शेयरधारक की विशिष्ट पहचान (भारतीय : पैन नं.)(विदेशी : टैक्स आईडी)	कार्यों का स्वरूप	योग्यताएँ	अनुभव बीमा संबंधी अनुभव सहित	प्राप्त प्रशिक्षण का स्वरूप	प्राप्त प्रशिक्षण की अवधि
स्तंभ कूट	क	ख	ग	घ	ङ	च	छ	ज	झ	ञ	ट	ठ

____________ के लिए और उनकी ओर से

वेदक के डिजिटल हस्ताक्षर

वेदक का नाम :

ाधि/पदनाम :

वेदक के डिजिटल हस्ताक्षर

उपाधि/पदनाम :

आवेदक के डिजिटल हस्ताक्षर

आवेदक का नाम :

उपाधि/पदनाम :

निदेशक/साझेदार अथवा एकमात्र स्वामी निदेशक / साझेदार

स्थान :

दिनांक : (दिन-माह-वर्ष)

फार्म पी

निदेशक मंडल और प्रबंधन का विवरण

फिल्टर और मानदंड

वर्ष : प्रस्तुति की तारीख :

दलाल : प्रस्तुति के लिए नियत तारीख :

निदेशक मंडल/प्रधान अधिकारी का विवरण

#	व्यक्ति का नाम	पैन संख्या	पता (गली, मकान)	नगर	जिला	राज्य	पिन कोड	व्यवसाय	नियुक्ति/ समाप्ति की तारीख	यदि पद पर हैं तो पदनाम	पिछली रिपोर्ट के बाद की अवधि में परिवर्तन	अन्य संस्थाओं में निदेशन का विवरण (यदि कोई हो)
	स्तंभ कूट	क	ख	ग	घ	ङ	च	छ	ज	झ	ञ	ट
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												

निवेश संबंधी डेटा (सामूहिक निवेश)			
#	विवरण (हजार रुपये)	चालू वर्ष (चयन के अनुसार)	सांविधिक लेखा-परीक्षक से प्राप्त टिप्पणी (यदि कोई हो)
	स्तंभ कूट	क	ख
1	समूह कंपनियाँ		
2	ईक्विटी		
3	कर्ज		
4	समूह कंपनियों को प्रत्यक्ष या अप्रत्यक्ष रूप से दिये गये ऋण/अग्रिम		
5	अन्य		
	कुल	कुल योग (पंक्तियाँ)	

टिप्पणी

क्या उपर्युक्त रूप में दी गई सूचना के अलावा स्पष्ट रूप से घोषित करने के लिए दलाल फर्म के वित्तीय डेटा से संबंधित कोई अन्य जानकारी है ?

हाँ / नहीं

कृपया अनुबंधों और अनुलग्नकों के रूप में संबंधित दस्तावेज संलग्न करें ।

कार्रवाई

यदि हाँ, तो यह अपेक्षित है कि प्रणाली संबंधित दस्तावेज संलग्न करने के लिए उपयोगकर्ता को समर्थ बनाए

दस्तावेजों की जाँच-सूची

दस्तावेजों की जाँच-सूची

आवेदक का नाम :

उपाधि/पदनाम :

निदेशक/साझेदार अथवा एकमात्र स्वामी निदेशक / साझेदार

स्थान :

दिनांक : (दिन-माह-वर्ष)

फार्म क्यू

बीमा दलालों के लिए वित्तीय डेटा

फिल्टर और मानदंड

वर्ष : प्रस्तुति के लिए नियत तारीख :

दलाल : प्रस्तुति की तारीख :

आय संबंधी डेटा

#	विवरण (हजार रुपये)	राशि
	स्तंभ कूट	क
1	प्रत्यक्ष बीमा पारिश्रमिक	
2	पुनर्बीमा पारिश्रमिक	
3	परामर्श शुल्क	
4	बीमा परामर्श कार्य	
5	निवेश आय	
6	अन्य	
	कुल	कुल योग (पंक्तियाँ)

फार्म आर

लाइसेंस की अनुलिपि (डूप्लिकेट लाइसेंस)

महत्वपूर्ण अनुदेश :

विनियम 11 और 16 देखें

केवल स्पष्ट अक्षरों में मुद्रित अथवा टंकित करें

ए	बी	सी	डी	ई	एफ	जी	एच	आई	जे	के	एल	एम	एन	ओ	पी	क्यू	आर	एस	टी	यू	वी	डब्ल्यू	एक्स	वाई	जेड

लाइसेंस संख्या :

1. बीमा अधिनियम, 1938 (1938 का 4) की धारा 42डी की उप-धारा (1) द्वारा प्रदत्त शक्तियों का प्रयोग करते हुए प्राधिकरण एतद्द्वारा उपर्युक्त अधिनियम के अधीन

   ______________________ को ______________________ दलाल के रूप में

   (श्रेणी के विवरण का उल्लेख करें)

   कार्य करने के लिए लाइसेंस प्रदान करता है ।

2. उक्त बीमा दलाल के लिए लाइसेंस कूट ______________________ है ।

3. यह लाइसेंस ______________ से ______________ तक विधिमान्य होगा ।

4. यह लाइसेंस उक्त अधिनियम, बीमा विनियामक और विकास प्राधिकरण अधिनियम, 1999 (1999 का 4) तथा बीमा विनियामक और विकास प्राधिकरण (बीमा दलाल) विनियमावली, 2002 के अधीन है एवं इसे किसी अन्य अधिनियम, नियमावली अथवा विनियमावली के अनुपालन के अथवा उनके अनुरूप होने के तौर पर नहीं माना जाएगा ।

आदेशानुसार

बीमा विनियामक और विकास प्राधिकरण

के लिए और उनकी ओर से

प्राधिकृत हस्ताक्षरकर्ता

दिनांक : (दिन-माह-वर्ष)

नाम :

स्थान :

	अपेक्षित दस्तावेज		अपलोड किये गये दस्तावेज का नाम	
✓	डॉकनेम1	संलग्न करें	xxx.डॉक xxx.जेपीजी	हटा दें हटा दें

____________________ के लिए और उनकी ओर से

आवेदक के डिजिटल हस्ताक्षर

आवेदक का नाम :

उपाधि/पदनाम :

आवेदक के डिजिटल हस्ताक्षर

आवेदक का नाम :

उपाधि/पदनाम :

निदेशक/साझेदार अथवा एकमात्र स्वामी निदेशक / साझेदार

स्थान :

दिनांक : (दिन-माह-वर्ष)

नाम :

स्थान :

निदेशक 2 के डिजिटल हस्ताक्षर दिनांक :(दिन-माह-वर्ष)

नाम :

स्थान :

भुगतान के विकल्प

क्रेडिट कार्ड डेबिट कार्ड नेट बैंकिंग

(i) 'क्रेडिट कार्ड' अथवा 'डेबिट कार्ड' का चयन करने पर आवेदक से निम्नलिखित विवरण माँगा जाता है :

कार्ड की संख्या :

समाप्ति की तारीख :

सीवीवी :

क्रेडिट कार्ड पर नाम :

<u>भुगतान करें</u>

(ii) 'नेट बैंकिंग' का चयन करने पर आवेदक से निम्नलिखित विवरण माँगा जाता है :

निधि-अंतरण कहाँ से होगा :

<u>भुगतान करें</u>

लाइसेंस की अनुलिपि (डूप्लिकेट लाइसेंस) के लिए आवेदन

महत्वपूर्ण अनुदेश :

लाइसेंस की अनुलिपि के लिए आवेदन

कृपया केवल स्पष्ट अक्षरों में मुद्रित अथवा टंकित करें

ए	बी	सी	डी	ई	एफ	जी	एच	आई	जे	के	एल	एम	एन	ओ	पी	क्यू	आर	एस	टी	यू	वी	डब्ल्यू	एक्स	वाई	जेड

1. मैं /हम खेदसहित सूचित करता हूँ/करती हूँ/करते हैं कि मेरा / हमारा लाइसेंस सं.____________ जिसकी समाप्ति की तारीख ____________ है,
   1. खो गया है (खो जाने के विवरण तथा लाइसेंस के पाये जाने पर लौटाने के आशय से युक्त शपथपत्र)
   2. नष्ट किया गया है (हानि होने के विवरण तथा लाइसेंस के पाये जाने पर लौटाने के आशय से युक्त शपथपत्र)
   3. कटा-फटा है (मूल लाइसेंस वापस किया जाए)

   जो निम्नलिखित परिस्थितियों में हुआ है

2. शुल्क का भुगतान

1,000 रुपये का अप्रतिदेय शुल्क आईआरडीए को ऑनलाइन आवेदन फार्म प्रस्तुत करने पर आवेदक को दिखाये जानेवाले ई-भुगतान विकल्पों के माध्यम से अदा करना आवश्यक होगा ।

3. घोषणा

मैं इसके द्वारा विनियम 16 के अंतर्गत लाइसेंस की अनुलिपि के लिए आवेदन करता/करती हूँ ।

अत: मैं/हम प्राधिकरण से अनुरोध करता/करती हूँ/करते हैं कि कृपया ऊपर स्पष्ट की गई परिस्थितियों के आलोक में एक डूप्लिकेट लाइसेंस जारी करें ।

मैं, ____________ सत्यनिष्ठापूर्वक यह घोषित करता/करती हूँ और पुष्टि करता/करती हूँ कि उपर्युक्त विवरण मेरी अधिकतम जानकारी और विश्वास के अनुसार सही है ।

निदेशक 1 के डिजिटल हस्ताक्षर

दिनांक : (दिन-माह-वर्ष)

फार्म एस

बीमा दलालों के लिए व्यवसाय का डेटा

फिल्टर और मानदंड

वर्ष : तिमाही : प्रस्तुति की तारीख :

दलाल : प्रस्तुति के लिए नियत तारीख :

बीमाकर्ता-वार व्यवसाय के आंकड़े -गैर-जीवन

#	बीमाकर्ताओं का नाम	मरीन हल		मरीन कार्गो		मोटर		फायर		स्वास्थ्य		इंजीनियरिंग		लायबिलिटी		मिसिलेनियस		पॉलिसियों की कुल संख्या	कुल प्रीमियम
		पॉलिसियों की संख्या	प्रीमियम	पॉलिसियों की संख्या	प्रीमियम	पॉलिसियों की संख्या	प्रीमियम	पॉलिसियों की संख्या	प्रीमियम	पॉलिसियों की संख्या	प्रीमियम	पॉलिसियों की संख्या	प्रीमियम	पॉलिसियों की संख्या	प्रीमियम	पॉलिसियों की संख्या	प्रीमियम		
	स्तंभ कूट स्रोत/परिकलन	क	ख	ग	घ	ङ	च	छ	ज	झ	ञ	ट	ठ	ड	ढ	ण	त	थ	द
																		थ=क+ग+ङ+छ+झ+ट+ड	द=ख+घ+च+ज+ञ+ठ+ढ

बीमाकर्ता-वार प्रीमियम के आंकड़े -जीवन

		संबद्ध								असंबद्ध									
#	बीमाकर्ताओं का नाम	जीवन		स्वास्थ्य		पेंशन		वार्षिकी		जीवन		स्वास्थ्य		पेंशन		वार्षिकी		पॉलिसियों की कुल संख्या	कुल प्रीमियम
		पॉलिसियों की संख्या	प्रीमियम	पॉलिसियों की संख्या	प्रीमियम	पॉलिसियों की संख्या	प्रीमियम	पॉलिसियों की संख्या	प्रीमियम	पॉलिसियों की संख्या	प्रीमियम	पॉलिसियों की संख्या	प्रीमियम	पॉलिसियों की संख्या	प्रीमियम	पॉलिसियों की संख्या	प्रीमियम		
	स्तंभ कूट	क	ख	ग	घ	ङ	च	छ	ज	झ	ञ	ट	ठ	ड	ढ	ण	त	थ	द

	स्रोत/परिकलन																		
																		थ=क+ग+ङ+छ+झ+ट+ड	द=ख+घ+च+ज+ञ+ठ+ढ

बीमाकर्ता-वार प्रीमियम - जीवन+(अनुवृद्धियों के लिए)

#	बीमाकर्ताओं का नाम	संबद्ध								असंबद्ध								पॉलिसियों की कुल संख्या	
		स्वास्थ्य+रुग्णता		दुर्घटना+अशक्तता		मीयादी		अन्य (पीडब्ल्यूबी)		स्वास्थ्य+रुग्णता		दुर्घटना+अशक्तता		मीयादी		अन्य (पीडब्ल्यूबी)			
		पॉलिसियों की संख्या	प्रीमियम	पॉलिसियों की संख्या	प्रीमियम	पॉलिसियों की संख्या	प्रीमियम	पॉलिसियों की संख्या	प्रीमियम	पॉलिसियों की संख्या	प्रीमियम	पॉलिसियों की संख्या	प्रीमियम	पॉलिसियों की संख्या	प्रीमियम	पॉलिसियों की संख्या	प्रीमियम	पॉलिसियों की कुल संख्या	कुल प्रीमियम
	स्तंभ कूट स्रोत/परिकलन	क	ख	ग	घ	ङ	च	छ	ज	झ	ञ	ट	ठ	ड	ढ	ण	त	थ	द
																		थ=क+ग+ङ+छ+झ+ट+ड	द=ख+घ+च+ज+ञ+ठ+ढ

ग्राहक-वार व्यवसाय के आंकड़े (प्रदत्त प्रीमियम के आधार पर)-शीर्षस्थ 10 ग्राहक (गैर-जीवन)

#	ग्राहक का नाम	मरीन हल		मरीन कार्गो		मोटर		फायर		स्वास्थ्य		इंजीनियरिंग		लायबिलिटी		मिसिलेनियस		कुल पॉलिसियों	कुल प्रीमियम
		पॉलिसिय	प्रीमियम	पॉलिसिय	प्रीमियम	पॉलिसिय	प्रीमियम	पॉलिसिय	प्रीमियम	पॉलिसिय	प्रीमियम	पॉलिसिय	प्रीमियम	पॉलिसिय	प्रीमियम	पॉलिसिय	प्रीमियम		

		ी की संख्या	ा	ी की संख्या	ा	ी की संख्या	ा	ी की संख्या	ा	ी की संख्या	ा	ी की संख्या	ा	ी की संख्या	ा	ी की संख्या	ा	की संख्या	
	स्तंभ कूट स्रोत/परिकलन	क	ख	ग	घ	ङ	च	छ	ज	झ	ञ	ट	ठ	ड	ढ	ण	त	थ	द
																		थ=क+ग+ङ +छ+झ+ट+ड	द=ख+घ+च +ज+ञ+ठ+ढ

ग्राहक-वार व्यवसाय के आंकड़े (प्रदत्त प्रीमियम के आधार पर)-शीर्षस्थ 10 ग्राहक (जीवन)

#	ग्राहक का नाम	संबद्ध								असंबद्ध								पॉलिसियों की कुल संख्या	
		जीवन		स्वास्थ्य		पेंशन		वार्षिकी		जीवन		स्वास्थ्य		पेंशन		वार्षिकी		पॉलिसियों की कुल संख्या	कुल प्रीमियम
	स्तंभ कूट	क	ख	ग	घ	ङ	च	छ	ज	झ	ञ	ट	ठ	ड	ढ	ण	त	थ	द
	स्रोत/परिकलन																	थ=क+ग+ङ +छ+झ+ट+ड	द=ख+घ+च +ज+ञ+ठ+ढ

ग्राहक-वार व्यवसाय के आंकड़े (प्रदत्त प्रीमियम के आधार पर)-शीर्षस्थ 10 ग्राहक (जीवन - अनुवृद्धियाँ)

#	ग्राहक का नाम	संबद्ध								असंबद्ध								पॉलिसियों की कुल संख्या	
		स्वास्थ्य+रुग्णता		दुर्घटना+अशक्तता		मीयादी		अन्य (पीडब्ल्यूबी)		स्वास्थ्य+रुग्णता		दुर्घटना+अशक्तता		मीयादी		अन्य (पीडब्ल्यूबी)			
		पॉलिसियों की संख्या	प्रीमियम	पॉलिसियों की संख्या	प्रीमियम	पॉलिसियों की संख्या	प्रीमियम	पॉलिसियों की संख्या	प्रीमियम	पॉलिसियों की संख्या	प्रीमियम	पॉलिसियों की संख्या	प्रीमियम	पॉलिसियों की संख्या	प्रीमियम	पॉलिसियों की संख्या	प्रीमियम	पॉलिसियों की कुल संख्या	कुल प्रीमियम
	स्तंभ कूट स्रोत/परिकलन	क	ख	ग	घ	ङ	च	छ	ज	झ	ञ	ट	ठ	ड	ढ	ण	त	थ	द
																		थ=क+ग+ङ+छ+झ+ट+ड	द=ख+घ+च+ज+ञ+ठ+ढ

के लिए और उनकी ओर से

आवेदक के डिजिटल हस्ताक्षर

आवेदक का नाम :

उपाधि/पदनाम :

आवेदक के डिजिटल हस्ताक्षर

आवेदक का नाम :

उपाधि/पदनाम :

निदेशक/साझेदार अथवा एकमात्र स्वामी निदेशक/साझेदार

स्थान :

दिनांक : (दिन-माह-वर्ष)

फार्म एस (जीवन)

बीमा दलालों के लिए व्यवसाय के आंकड़े (जीवन बीमाकर्ता)

फिल्टर और मानदंड

वर्ष :	**तिमाही :**	**प्रस्तुति की तारीख :**
दलाल :	**प्रीमियम का प्रकार :**	**प्रस्तुति के लिए नियत तारीख :**

प्रत्यक्ष बीमा दलाली - जीवन व्यवसाय

#	वैयक्तिक व्यवसाय					सामूहिक व्यवसाय			
	व्यवसाय की श्रेणी	पॉलिसियों की संख्या	प्रीमियम राशि	दलाली से आय	दलाली का प्रतिशत	बीमाकृत जीवनों की संख्या	प्रीमियम राशि	दलाली से आय	दलाली का प्रतिशत
	स्तंभ कूट	क	ख	ग	घ	ङ	च	छ	ज
					घ=[ग/ख]*100				ज=[छ/च]*100
संबद्ध	जीवन								
	स्वास्थ्य								
	पेंशन								
	वार्षिकी								
असंबद्ध	जीवन								
	स्वास्थ्य								
	पेंशन								
	वार्षिकी								
अनुवृद्धियाँ	स्वास्थ्य+रुग्णता					लागू नहीं			
	दुर्घटना+अशक्तता					लागू नहीं			
	मीयादी					लागू नहीं			
	अन्य (पीडब्ल्यूबी)					लागू नहीं			
	कुल	0	0	0	0	0	0	0	0

****अन्य का अर्थ बैंकों को छोड़कर सभी कॉरपोरेट एजेंट हैं।**

के लिए और उनकी ओर से

आवेदक के डिजिटल हस्ताक्षर

आवेदक का नाम :

उपाधि/पदनाम :

आवेदक के डिजिटल हस्ताक्षर

आवेदक का नाम :

उपाधि/पदनाम :

निदेशक/साझेदार अथवा एकमात्र स्वामी निदेशक / साझेदार

स्थान :

दिनांक : (दिन-माह-वर्ष)

फार्म एस (गैर-जीवन)

बीमा दलालों के लिए व्यवसाय के आंकड़े (गैर-जीवन बीमाकर्ता)

फिल्टर और मानदंड

वर्ष : | तिमाही : | प्रस्तुति की तारीख :

दलाल : | प्रस्तुति के लिए नियत तारीख :

प्रत्यक्ष बीमा दलाली - गैर-जीवन व्यवसाय

#	व्यवसाय की श्रेणी	पालिसियों की संख्या	प्रीमियम की राशि	दलाली से आय	दलाली प्रतिशत
	स्तंभ कूट	क	ख	ग	घ
					घ=[ग/ख]*100
1	मरीन हल				
2	मरीन कार्गो				
3	मोटर				
4	फायर				
5	स्वास्थ्य				
6	इंजीनियरिंग				
7	लायबिलिटी				
8	मिसिलेनियस				

के लिए और उनकी ओर से

आवेदक के डिजिटल हस्ताक्षर

आवेदक का नाम :

उपाधि/पदनाम :

आवेदक के डिजिटल हस्ताक्षर

आवेदक का नाम :

उपाधि/पदनाम :

निदेशक/साझेदार अथवा एकमात्र स्वामी निदेशक / साझेदार

स्थान :

दिनांक : (दिन-माह-वर्ष)

5698/13-14

फार्म टी

बीमा दलाल के लिए समूह कंपनियों का विवरण

फिल्टर और मानदंड

वर्ष : दलाल : प्रस्तुति की तारीख :

फर्म का प्रकार : प्रस्तुति के लिए नियत तारीख :

#	संस्था का नाम	शेयरधारक की विशिष्ट पहचान (भारतीय : पैन कार्ड) (विदेशी : टैक्स आईडी)	पता	किये गये कार्यकलाप का प्रकार	प्रवर्तक/निदेशक के हित का स्वरूप	आवेदक कंपनी के साथ हित का स्वरूप
	स्तंभ कूट	क	ख	ग	घ	ङ
1						
2						
3						

के लिए और उनकी ओर से

आवेदक के डिजिटल हस्ताक्षर

आवेदक का नाम :

उपाधि/पदनाम :

आवेदक के डिजिटल हस्ताक्षर

आवेदक का नाम :

उपाधि/पदनाम :

निदेशक/साझेदार अथवा एकमात्र स्वामी निदेशक / साझेदार

स्थान :

दिनांक : (दिन-माह-वर्ष)

फार्म यू (पुनर्बीमा)

बीमा दलालों के पुनर्बीमा व्यवसाय का विवरण

प्रयोजन और उद्देश्य

इस फार्म का प्रयोजन जीवन और गैर-जीवन के लिए प्रस्तुत नये पुनर्बीमा व्यवसाय हेतु दलालों के लिए डेटा प्राप्त करना है ।

इस फार्म की आवृत्ति छमाही है ।

फिल्टर और मानदंड	
वर्ष	
दलाल	

पुनर्बीमा व्यवसाय

ध्यान दें

इस फार्म के सभी क्षेत्र अनिवार्य हैं ।

व्यवसाय की श्रेणी	पुनर्बीमा का विवरण						व्यवसाय का विवरण
	प्रकार	उप प्रकार	पुनर्बीमाकर्ता का नाम	पुनर्बीमाकर्ता हेतु यूआइएन	साख-श्रेणी-निर्धारण (क्रेडिट रेटिंग)	प्रीमियम राशि	दलाली से आय
व्यवसाय की श्रेणी	(समझौता/वैकल्पिक/पुनर्बीमा)	(कोटा शेयर/ सरप्लस/ ऑटो फैक/एक्सेस ऑफ लॉस /कैट एक्सेस ऑफ लॉस/स्टॉप लॉस/ इनवर्ड/आउटवर्ड)	कंपनी का नाम प्रविष्ट करें (उदाहरण जीआइसी/ अलायंज/न्यू इंडिया एश्यूरेंस … ..आदि)	पुनर्बीमाकर्ता का यूआइएन प्रविष्ट करें (आइआरडीए द्वारा यथाअनुमोदित)	पिछले पाँच वर्ष की अवधि के दौरान (स्टैंडर्ड एंड पूअर के पास) कम से कम बीबीबी की रेटिंग अथवा किसी अन्य अंतरराष्ट्रीय रेटिंग एजेंसी की समतुल्य रेटिंग	यह प्राप्त प्रीमियम राशि होनी चाहिए	
उपयोगकर्ता को ड्रॉप डाउन द्वारा विकल्प का चयन करना होगा	उपयोगकर्ता को ड्रॉप डाउन द्वारा विकल्प का चयन करना होगा	उपयोगकर्ता को ड्रॉप डाउन द्वारा विकल्प का चयन करना होगा	उपयोगकर्ता को ड्रॉप डाउन द्वारा विकल्प का चयन करना होगा	उपयोगकर्ता को ड्रॉप डाउन द्वारा विकल्प का चयन करना होगा	उपयोगकर्ता को ड्रॉप डाउन द्वारा विकल्प का चयन करना होगा	उपयोगकर्ता को प्रीमियम राशि भारतीय रुपयों में प्रविष्ट करनी होगी	उपयोगकर्ता को दलाली से आय भारतीय रुपयों में प्रविष्ट करनी होगी

के लिए और उनकी ओर से

आवेदक के डिजिटल हस्ताक्षर

आवेदक का नाम :

उपाधि/पदनाम :

आवेदक के डिजिटल हस्ताक्षर

आवेदक का नाम :

उपाधि/पदनाम :

निदेशक/साझेदार अथवा एकमात्र स्वामी   निदेशक / साझेदार

स्थान :

दिनांक : (दिन-माह-वर्ष)

INSURANCE REGULATORY AND DEVELOPMENT AUTHORITY

NOTIFICATION

Hyderabad, the 7th February, 2013

Insurance Regulatory and Development Authority (Insurance Brokers) (Second Amendment) Regulations, 2013

F. No. **IRDA/Reg/6/64/2013.**—In exercise of the powers conferred by section 114A of the Insurance Act, 1938 (4 of 1938) read with sections 14 and 26 of the Insurance Regulatory and Development Authority Act, 1999 (4 of 1999), the Authority in consultation with the Insurance Advisory Committee, hereby makes the following regulations, namely:-

1. Short title and commencement

(1) These regulations may be called the Insurance Regulatory and Development Authority (Insurance Brokers) (Second Amendment) Regulations, 2013

(2) They shall come into force on the date of their publication in the Official Gazette.

2. Consideration of Application

(i) Clause 9(3) shall be substituted for the following:-

"Any employee responsible for soliciting and procuring insurance business on behalf of an insurance broker shall also have to fulfill the requirement mentioned in sub-regulations (1) and (2) above, a list of such employees needs to be provided to the Authority in form E provided under Schedule I to these regulations and acknowledged by it."

Requirement of Capital

(ii) A new Regulation 10 (1A) is inserted after Regulation 10(1) as under

10(1A) an insurance broker shall provide information regarding its capital structure and details of shareholding annually on or before 30th June of every year. Further, any change in capital structure will be reported within 30 days in Form O provided under Schedule I to this regulation.

Renewal of license

(iii) Under regulation 13 (4) the words ***'Form B'*** is substituted with ***"Form C provided under Schedule I to this Regulation"***

Effect of refusal to grant license

(iv) Under Regulation 15, the words ***"Regulation 13(2)"*** is substituted with ***"Regulation 14(2)"***

Issue of a duplicate license

(v) Regulation 16(1) the word ***"in the prescribed form given in schedule I"*** **shall be added after** an application

Under Regulation 16 (2) the words ***"in Form B"*** is substituted with ***"in Form R provided under Schedule I to this regulation"***

Deposit Requirements

(vi) After Regulation 22(1), a new ***Regulation 22 (1A)*** is inserted as follows.

"Details of such fixed deposit shall be furnished in Form I provided under Schedule I to this regulation"

Maintenance of books of account, records, etc.

(vii) Under regulation 25 (2) after the words auditors report the following words is added ***'including details regarding PAN, DIN and declaration'***

Disclosure to the Authority

(viii) A new Regulation 28(2) is inserted after Regulation 28(1) as under

'An insurance broker shall furnish the following in respective forms (as specified below) provided under Schedule I to this regulation'.

a. *Audit arrangements in **Form D***
b. *information about registered and branch offices at the time of grant of license/ renewal/whenever an office is opened or closed in **Form F***
c. *the standing arrangement with other brokers or service providers in **Form G***
d. *spread of business during the year ending in **Form H***
e. *insurance Bank Accounts may be submitted in **Form J***
f. *professional Indemnity Insurance in force in **Form K***
g. *the claims data in **Form L***
h. *reinsurance balances outstanding in **Form M***
i. *security screening proceedings for reinsurance broking in **Form N***
j. *board of Directors/ Partners, and management details in **Form P***
k. *financial data of brokers in **Form Q***
l. *business particulars of brokers in **Form S***
m. *organization structure in **Form T***
n. *reinsurance business details in **Form U***

J. HARI NARAYAN, Chairman

[ADVT. III/4/161/12/Exty.]

569GI/13—15

SCHEDULE I- FORM A

APPLICATION FOR GRANT OF LICENCE/RENEWAL OF LICENCE

Schedule I (Form A)

Important Instructions:
Insurance Regulatory And Development Authority (Insurance Brokers) Regulations, 2002
APPLICATION FOR GRANT OF LICENCE/RENEWAL OF LICENCE

Please Print or Type Characters Only in Capital Letters

A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V	W	X	Y	Z

Note:

1. It is important that before this application form is filled in, the regulations made by the Authority are studied carefully.
2. Applicants must submit a duly completed application form together with all appropriate, supporting documents to the Authority.
3. Application for licence will be considered only if it is complete in all respects.
4. Applicants should sign the applications themselves.
5. Information which needs to be supplied in more details may be given on separate sheets which should be attached to the application form.
6. If the applicant is not a proprietary concern, firm or a company, the information called for in this Form shall be supplied by adapting the requirements suitably.

Current License Details (*If Applicable*)

License No. *Only for Renewal application

License Issue Date D D M M Y Y Y Y

License Category

0.1 **Name of the applicant**

0.2 **Registered/Permanent address details**

Address 1	
Address 2	
Address 3	
City	
District	
State	Andra Pradesh
Country	
Pin Code	

0.3 **Category Applied for** Insurance Broker

0.4 **Correspondence Address Details**

Address 1	
Address 2	
Address 3	
City	
District	
State	Andra Pradesh
Country	
Pin Code	

0.5 **Other Contact Details**

Telephone No

Mobile No

Fax No.

e-mail ID

Alternate e-mail ID (*optional)

2. Organization Structure

2.1 Status of applicant

Stock exchange (optional)

Latest Share Price (Optional)

2.2 Date & Place of incorporation

Date D D M M Y Y Y Y

Place

2.3 Scope of business as described in the Memorandum of Association
(To be given in brief and only attach scanned pages containing Main objects and authorized paid up capital from Memorandum and Articles of Association or Partnership Deed.)

2.4 List of All shareholders (holding 5% and above of applicant directly or along with associates-applicable only to limited companies)

Shareholding as on date D D M M Y Y Y Y

Name of Shareholder	No. of Shares held	% age of total paid up capital of the company	Foreign Holding (Yes/No)
Column Code	a	b	c

2.5 Particulars of Directors/Partners/ Propeitors

Name	Qualification	Experience in Insurance Broking services and related areas	Share in applicant firm /company	Directorship in other companies

2.6 Name of activities carried out by the associated company/concerns

Name of the company or firm	Address	Type of activity handled	Nature of interest of the promoters/directors	Nature and interest of applicant company

Whether any one or more persons of the associate companies/ concerns are interested in the applicant's business. Yes/No

2.7 Name and Address of the Principal bankers of the applicant

i Name of the banker

ii Address

Address 1

Address 2

Address 3

City

District

State Andra Pradesh

Country

Pin Code

2.8 Name and Address of the Statuatory Auditor of the applicant

i Name of the Statutory Auditor

3.4 Details of infrastructure like office space, equipment and manpower available with the applicant

3.5 Details of experience in insurance broking/ insurance consulting/risk management and other services:

(History, major events and present activities (Experience outside India may also be indicated):

<<Attach scanned document if required>>

3.6 Business handled during the last three years with insurers and list of reinsurers with whom more than ten percent of the total reinsurance premium handled, was placed.

56961/13-16

Sl. No. #	Name	Premium Handled		Service Rendered
		Amount	% of total premium handled by the broker	

3.7 Any other information considered relevant to the nature of services rendered by the applicant.

II **Address**

Address 1

Address 2

Address 3

City

District

State Andra Pradesh

Country

Pin Code

3. Business Information

3.1 Three years business plan document with projected volume of activities and income (including anticipated) for which licence sought is to be specifically given.

<<Attach scanned business plan document>>

3.2 Organisation Chart separately showing functional responsibilities to be enclosed.

<<Attach scanned document or presentation>>

3.3 Particulars of key management personnel

Name	Qualification	Experience with particular reference to Insurance Broking/insurance	Date of appointment	Functional Areas

4. Financial Information

4.1 Capital Structure

Rs in Lakhs

Capital Structure	Year prior to preceding year	Preceding year	Current Year
a) Authorized Capital			
b) Issue Capital			
c) Paid up Capital <<Refer Form 10 - Deductible validation>>			
d) Free reserves (excluding revaluation reserves)			
e) C+D (paid up + free reserves)			

Note:- 1. In case of partnership or proprietary concerns, please indicate capital minus drawings and/or loans to partners/ owners.

2. In case of partnership or proprietary concerns, please indicate the financial position, means and net worth of the partners.

4.2 Deployment of Resources

Rs in Lakhs

Particulars	Year prior to preceding year	Preceding year	Current Year
a) Fixed Assets			
b) Plant & Machinery			
c) Office Equipment			
d) Quoted Investments			
e) Unquoted Investments			
e) Details of Liquid Assets			
f) Others			

(Details of Investments, Loans & Advances made to Associate Companies/Firms where Promoters/Directors have an interest is to be separately given).

4.3 Major Source of Income

<<Applicable for renewals - a) and b) only,others applicable for all>>

Rs in Lakhs

Particulars	Year prior to preceding year	Preceeding Year	Remuneration received as percentage of premium
a) Direct insurance remuneration			
b) Reinsurance Remuneration			
c) Advisory fees			
d) Insurance Consultancy			
e) Investment Income			
f) Others			

• As remuneration received by the insurance broker may vary from risk to risk, please indicate range within which remuneration has been received.

4.4 Income and Profit before tax

Income Profit Before Tax	Year prior to the preceding year of current year	Preceeding Year	Current Year

4.5 Dividends

Particulars	Year prior to the preceding year of current year	Preceeding Year	Current Year
a) Amount			
b) Percentage			

Note : Please enclose three years audited annual accounts. Where unaudited reports are submitted, give reasons.
If minimum capital requirement has been met after last audited annual accounts, audited statement of accounts for the period ending on a later date should also be submitted.

5. Other Information, if any

5.1 Details of all settled and pending disputes:

Nature of Dispute	Name of the party	Pending/ settled

5.2 Details, if any of any economic offences by the applicant/ proprietor or any of the Partners/ Directors, or key managerial Personnel in the last three years.

6. Document Checklist

Document Checklist				
	Document Required		Uploaded Document Name	
✓	DocName1	Attach	xxx.doc	Remove
✓	DocName2	Attach	xxx.jpg	Remove
	DocName3	Attach		

7. Fee Payment

A non-refundable fee of Rs. Xx,xxx (depending on Broker Category selected in section 0.3 above "Category Applied For") will need to be paid to IRDA via the e-payment options displayed to applicant on submitting the online application form

8. Undertaking

8.1 Whether any person related to applicant has been refused for the License in the Past or Not .

Name of the Persons	Relationship with the Applicant	Training Details

For the purposes of this sub-clause, the expression "directly or indirectly connected" means a relative in the case of an individual, and in the case of a firm or a company or a body corporate, an associate, a subsidiary, an interconnected undertaking or a group company of the applicant

8.2 Qualfication and Experience details of the Principal Officer of the applicant

Name	Address	Qualification (including passing Insurance Broker Exam)	Prior Experience (including Insurance Industry)	Previous Employment	Employment Details

8.3 List of employees who will be responsible for soliciting and procuring insurance business

Name	Address	Designation	Qualification (including passing Insurance Broker	Details of the Responsibilities

8.4 Details of the fixed deposit for renewal of license

Name of the Bank	Address	F.D.Number	Amount Held in Deposit	Percentage to Initial Capital	Maturity Date

9. Declaration

THIS DECLARATION IS TO BE SIGNED BY TWO OF THE DIRECTORS, TWO OF THE PARTNERS OR THE SOLE PROPRIETOR AS THE CASE MAY BE.

I/We hereby apply for licence.

I/We have gone through the Insurance Regulatory and Development Authority (Insurance Brokers) Regulations, 2002 and am/are satisfied that I/ We am/ are eligible to apply for the insurance broker's licence.

I/We state that I/We have truthfully and fully answered the questions above and provided all the information which might reasonably be considered relevant for the purposes of my/our licence.

I/We declare that the information supplied in the application form is complete and correct.

I/We undertake that I/We shall not allow or offer to allow, either directly or indirectly, as an inducement to any person, any rebate of the whole or part of the remuneration earned by me/us during the licence period.

I/We undertake to service the run-off business on the books at the time of cancellation or non renewal of licence.

I/We declare that I/we do not possess an insurance agent licence under section 42 of the Act.

For on behalf of

Digital Signature of Applicant

Name of Applicant

Title/Designation

Digital Signature of Applicant

Name of Applicant

Title/Designation

Director/Partner or Sole Proprietor Director/Partner

Place

Date D D M M Y Y Y Y

Payment Options

Credit Card Debit Card Net Banking

(i) On selecting "Credit Card" or "Debit Card", the applicant is asked for the following details:

Card Number

Expiration Date Month Year

CVV

Name on Debit Card

Make Payment

(ii) On selecting "Net Banking", the applicant is asked for the following details:

Transfer funds from

Make Payment

FORM B

GRANT OF LICENSE TO THE INSURANCE BROKERS

FORM - IRDA – B

LICENCE

Important Instructions:
See regulations 11 & 16

Please Print or Type Characters Only in Capital Letters

A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V	W	X	Y	Z

License No.

1. In exercise of the powers conferred by sub-section (1) of section 42D of the Insurance Act, 1938 (4 of 1938) the Authority hereby grants a licence to

______________________ to act as ____________________________________ broker
(Mention details of category)
under that Act.

2. Licence Code for the insurance brol ________________________

3. This licence shall be valid from __________ to __________

4. This licence is subject to the Act, Insurance Regulatory and Development Authority Act, 1999 (4 of 1999) and Insurance Regulatory and Development Authority (Insurance Brokers) Regulations, 2002 and shall not be construed to be in compliance with or in conformity to any other Act, rules or regulations.

By Order

For and on behalf of

Insurance Regulatory and Development Authority

Authorized Signatory

Date D D M M Y Y Y Y

Name

Place

FORM C

CERTIFICATE OF RENEWAL OF LICENCE

FORM - IRDA – C

CERTIFICATE OF RENEWAL OF LICENCE

Important Instructions:

(Insurance Brokers) Regulations,2002

Please Print or Type Characters Only in Capital Letters

A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V	W	X	Y	Z

License No. ____________

1 The Licence of M/S ______________________________ Category ____________ Broker is hereby renewed under section 13 of Insurance Regulatory and Development Authority (Insurance Brokers) Regulations, 2002 and Insurance Regulatory and Development Authority Act, 1999(4 of 1999) for the period __________ to __________.

2 Issued at Hyderbad on __________________ day of _____________, Two Thousand______________.

3 This Licence is issued subject to the condition that the applicant shall comply with all provisions of the Insurance Act, 1938, IRDA Act, 1999, the Rules and Regulations made thereunder and the Guidelines,Circulars & Direction issued by the Authority from time to time.

By Order

For and on behalf of

Insurance Regulatory and Development Authority

Authorized Signatory

Date | D | D | M | M | Y | Y | Y | Y |

Name ____________

Place ____________

FORM D

Audit Arrangements for an Insurance Broker

Filters and Parameters

Year		Submission On	
Broker		Submission Due Date	

#	Name of the Statutory Auditor	Address of the Statutory Auditor	Name of partner responsible for audit of the broker	Name of Internal Auditor (refer Regulation 27)	Address of Internal Auditor	Qualifications (Pick from Dropdown general qualifications)	Experience (No Of Years)	If an employee, to whom does the internal auditor report?	Particulars of changes, if any, during the reporting period:
	Column Code	a	b	c	d	e	f	g	h
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									

For on behalf of

Digital Signature of Applicant

Name of Applicant

Title/Designation

Digital Signature of Applicant

Name of Applicant

Title/Designation

Director/Partner or Sole Proprietor Director/Partner

Place

Date | D | D | M | M | Y | Y | Y | Y |

FORM E

Particulars of persons responsible for soliciting and procuring of insurance or reinsurance business

Filters and Parameters

Year		Submission On	
Broker		Submission Due Date	

Insurance Business

#	Name	Address	General qualification (Pick From Drop Down)	Insurance Qualifications (Pick from Drop Down)	Experience (No Of Years)	Insurance Broker Exam - Year of Passing	Training Received (Direct)	Classes of Business handled (Pick From dropdown)	Designation (Pick From Dropdown)	Function	Particulars of changes during the period
	Column Code	a	b	c		d	e	f	g	h	i
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											

Reinsurance Business

#	Name	Address	General qualification (Pick From Drop Down)	Insurance Qualifications (Pick from Drop Down)	Experience (No Of Years)	Insurance Broker Exam Year of Passing	Training Received (Composite)	Classes of Business handled	Designation (Pick From Drop Down)	Functions	Particulars of changes during the period
	Column Code	a	b	c		d	e	f	g	h	i
1											
2											
3											
4											
5											
6											

For on **behalf of**

Digital Signature of Applicant

Name of Applicant

Title/Designation

Digital Signature of Applicant

Name of Applicant

Title/Designation

Director/Partner or Sole Proprietor Director/Partner

Place

FORM F

Particulars of registered and branch offices

Filters and Parameters

Year	Quarter	Submission Due Date
Broker		Submission On

Branch Office Details

#	Address of office	Area Type	City	State	Person in Charge	No. of broking staff	No. of other staff	Date of Opening of Office	Whether in operation or not (Yes/No)	Date of Closure (IF h = 'No' THEN Date of Closure ELSE Blank)
	Column Code	a	b	c	d	e	f	g	h	i
#	*count (Rows)*									

Registered Office Details

#	Address of office	Area Type	State	Activities	Person in Charge	No. of broking staff	No. of other staff	Whether a head office (Yes/No)	Whether in operation or not (Yes/No)
	Column Code	a	b	c	d	e	f	g	h
#	*count (Rows)*								

For on behalf of

Digital Signature of Applicant

Name of Applicant

Title/Designation

Digital Signature of Applicant

Name of Applicant

Title/Designation

Director/Partner or Sole Proprietor Director/Partner

Place

Date D D M M Y Y Y Y

FORM G

Standing arrangements with other insurance brokers or service providers

Filters and Parameters

Year		Submission On	
Broker		Submission Due Date	

#	Name	Address	Particulars of arrangement	*Any agreement entered into with others? Yes/No	Whether service provider is/are from group companies - Yes/No?	Basis of Remuneration (Please select from the dropdown)	Amount paid during the latest financial year
	Column Code	a	b	c	d	e	f
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							

** If ANS to column 'c' is YES, please attach copy of agreement entered with others*

For on behalf of

Digital Signature of Applicant

Name of Applicant

Title/Designation

Digital Signature of Applicant

Name of Applicant

Title/Designation

Director/Partner or Sole Proprietor Director/Partner

Place

Date D D M M Y Y Y Y

FORM H

Spread Of Business During The Year Ending

Filters and Parameters		
Year		Submission On
Broker		Submission Due Date

#	Name Of The Client	Premium On Direct Insurance Booked for the Client			Premium On Reinsurance Broking In Respect Of That Client's Business		
		Fire	Marine	Miscellaneous	Fire	Marine	Miscellaneous
	Column Code	a	b	c	d	e	f
1							
2							
3							
4							
5							
	Total Of All Clients						

Note:

1 The top 5 clients (as defined in regulation20) should be listed.

2 Where the Broker did not handle 100% of the business, the premiums should be shown for this broker's share. Where the premium is payable in installments, the total premium accounted during the reporting period should be shown.

For on behalf of

Digital Signature of Applicant

Name of Applicant

Title/Designation

Digital Signature of Applicant

Name of Applicant

Title/Designation

Director/Partner or Sole Proprietor Director/Partner

Place

Date D D M M Y Y Y Y

FORM I

Fixed Deposit Details

Filters and Parameters		
Year		Submission On
Broker		Submission Due Date

Important

**** This information has to be provided for each case in case brokers has kept fixed deposites in more than one bank**

#	Name of the Bank	Address	F.D Number	Amount Held in Deposit	FD Start date	FD End date	FD Amount to Initial Capital Ratio
	Column Code	a	b	c	d	e	f
1							

Note:

1. Confirmation that Lien is marked in favour of IRDA	Yes/No
2. Letter obtained from bank stating that the principal amount shall not be released without permission of authority	Yes/No
3. Whether FD is kept in scheduled bank?	Yes/No
4. Whether license period covered, if not then undertaking given to maintain FD throughout the license period?	Yes/No
5. Whether covered by regulation 2 (1) (J)(V)?	Yes/No

Do You want to add another record for FD details? Yes / No

If Yes populate same screen

#	Name of the Bank	Address	F.D Number	Amount Held in Deposit	FD Start date	FD End date	FD Amount to Initial Capital Ratio
	Column Code	a	b	c	d	e	f
1							

Note:

1. Confirmation that Lien is marked in favour of IRDA	Yes/No
2. Letter obtained from bank stating that the principal amount shall not be released without permission of authority	Yes/No
3. Whether FD is kept in scheduled bank?	Yes/No
4. Whether license period covered, if not then undertaking given to maintain FD throughout the license period?	Yes/No
5. Whether covered by regulation 2 (1) (J)(V)?	Yes/No

For on behalf of

Digital Signature of Applicant

Name of Applicant

Title/Designation

Digital Signature of Applicant

Name of Applicant

Title/Designation

Director/Partner or Sole Proprietor Director/Partner

Place

Date | D | D | M | M | Y | Y | Y | Y |

FORM J

Insurance Bank Accounts of Insurance Brokers

Filters and Parameters

Year		Submission On	Submission On
Broker		Submission Due Date	Submission Due Date

#	Name and address of the Bank	Type of Account	Bank A/C No.	Purpose of Account	Whether Reg 23(2) (C) complied with (Yes/No)	Balance in account as at end of reporting period
	Column Code	a	b	c	d	e
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						

For on behalf of

Digital Signature of Applicant

Name of Applicant

Title/Designation

Digital Signature of Applicant

Name of Applicant

Title/Designation

Director/Partner or Sole Proprietor Director/Partner

Place

Date | D | D | M | M | Y | Y | Y | Y |

FORM K

Professional Indemnity Insurance In Force As At

Filters and Parameters

Year		Submission On	
Broker		Submission Due Date	

#	Name of Insurer providing PI Cover	Policy No/Endorsement No.	Period of Insurance: (From Date)	Period of Insurance: (To Date)	Sums Insured: Per Event (AOA)	Sums Insured: In Aggregate for the Policy Period (AOY)	Basis of Indemnity (On claims made basis or on loss occurring basis)	Deductible:	Premium for the cover:	Whether requirements for the Regulation 24,sub-regulation (4) and (5) are complied with ? (Yes/No)	Please State The Relevant Percentages
	Column Code	a	b	c	d	e	f	g	h	i	j
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											

For on behalf of

Digital Signature of Applicant

Name of Applicant

Title/Designation

Digital Signature of Applicant

Name of Applicant

Title/Designation

Director/Partner or Sole Proprietor Director/Partner

Place

Date D D M M Y Y Y Y

FORM L

Claims Data for Insurance Brokers

Filters and Parameters

Year		Submission On	
Broker		Submission Due Date	
Quarter			

Claims Details

#	Please state every event that has come to the company's notice where the company may become liable to pay damages or compensation to clients, whether covered by the professional indemnity policy or not, giving the following information	Date of period of occurrence.	Name of client concerned	Nature of event likely to give rise to a claim	Brief description of basis of claim	Intimated or estimated amount of claim	Whether covered by professional indemnity policy:	Amount provided by the broker in its books for the claim	Present status of claim.
	Column Code	a	b	c	d	e	f	g	h
1									
2									
3									
4									
5									

Claims Movement

#	Particulars	Total	
		No. of Claims	Claim Amount
	Column Code	a	b
1	Claims pending at the beginning of the quarter		
2	New Claims registered during the quarter		
3	Claims settled/closed during the quarter		
4	Claims rejected during the quarter		
5	Claims pending at the end of the quarter	=1+2-3-4	=1+2-3-4

Aging of pending claims

#	Pending claims aging buckets *	Total	
		No. of Claims	Claim Amount
	Column Code	a	b
1	Pending for upto 1 month		
2	Pending for greater than 1 month and upto 3 months		
3	Pending for greater than 3 months and upto 6 months		
4	Pending for greater than 6 months and upto 12 months		
5	Pending for more than 1 year		
	Total Pending	=1+2+3+4+5	=1+2+3+4+5

* Reckoned from date of first intimation

Aging of settled claims

#	Settled claims aging buckets **	Total	
		No. of Claims	Claim Amount
	Column Code	a	b
1	Settled for upto 1 month		
2	Settled for greater than 1 month and upto 3 months		
3	Settled for greater than 3 months and upto 6 months		
4	Settled for greater than 6 months and upto 12 months		
5	Settled for more than 1 years		
	Total Settled	=1+2+3+4+5	=1+2+3+4+5

** Reckoned from the date of receipt of last requirement

Major Claims Pending - Above 1 Crore

#	Name of Client	Policy No	Claim Amount	Date of loss
	Column Code	a	b	c
1				
2				
3				
4				
5				

For on behalf of

Digital Signature of Applicant

Name of Applicant

Title/Designation

Digital Signature of Applicant

Name of Applicant

Title/Designation

Director/Partner or Sole Proprietor Director/Partner

Place

Date D D M M Y Y Y Y

FORM M

Reinsurance balances outstanding as at--- *(End of Financial Year - 31st March)*

Filters and Parameters

Year		**Submission On**
Broker		**Submission Due Date**

#	Description	Amount outstanding for a period of				
		0-3 Months	3-6 Months	6-12 Months	Over 12 Months	Total
	Column Code	a	b	c	d	e
1	Due to ceding companies					
2	Due to reinsurers					
3	Due from ceding companies					
4	Due from Reinsurers					

For on behalf of

Digital Signature of Applicant

Name of Applicant

Title/Designation

Digital Signature of Applicant

Name of Applicant

Title/Designation

Director/Partner or Sole Proprietor Director/Partner

Place

Date D D M M Y Y Y Y

FORM N

Security screening proceedings for reinsurance broking

Filters and Parameters

Year

Submission On

Broker

Submission Due Date

#	Please state the security screening procedures adopted in the brokers office and the person responsible to approve the securities to be used by the broker, and in particular, stating	Whether the broker obtains and reviews the annual accounts of reinsurers used by it, (Yes / No)	*(If answered 'Yes' for previous column)* Who within the organization is responsible for this function?	Procedure followed by the broker to keep abreast of developments in the international markets:
	Column Code	a	b	c
1				
2				
3				
4				

For on behalf of

Digital Signature of Applicant

Name of Applicant

Title/Designation

Digital Signature of Applicant

Name of Applicant

Title/Designation

Director/Partner or Sole Proprietor Director/Partner

Place

Date D D M M Y Y Y Y

5696/1/23-20

FORM O

Capital Structure and shareholders details for an Insurance broker

Filters and Parameters

Year		Submission Due Date	
Broker		Submission On	

Capital Structure

#	Particulars	Amount	Percentage
	Column Code	a	b
1	Authorized capital		
2	Issue Capital		
3	Paid Up Capital		
4	Free reserve excluding re-valuation reserve		
5	* Net worth of partners		
6	* Drawing to partners / owners		
7	* Loans to partners / owners		

FDI Details

#	Shareholder Name	Total Equity Share Capital	% Holding
Column	a	b	c
1	Indian		
2	Foreign		
	Direct		
	Indirect		

Shareholder Details

(Provide list of All shareholders holding 5% and above of applicant directly or along with associates-applicable only to limited companies)

#	Category of Shareholder (Foreign Direct/Foreign Indirect / Indian)	Name of the shareholder	Address of the shareholder	Business or Profession	Shareholders Unique ID (Indian : PAN No) (Foreign : Tax ID)	Shareholding as at end of reporting period (Number)	Shareholding as at end of reporting period (Amount)	Date of changes in shareholding during the period	Particulars of changes in shareholding during the period	Loans and Advances to the Broker Firm	Other Investments in the Broker Firm
	Column Code	a	b	c	d	e	f	g	h	i	j
1											
2											
3											
4											
5											
6											

Initial Subscribers of MoA

#	Name of the Subscriber	Address of the subscriber	Business or Profession	Shareholders Unique ID (Indian : PAN No) (Foreign : Tax ID)	Shareholding as at end of reporting period (Number)	Shareholding as at end of reporting period (Amount)	Date of changes in shareholding during the period	Particulars of changes in shareholding during the period	Loans and Advances to the Broker Firm	Other Investments in the Broker Firm
	Column Code	a	b	c	d	e	f	g	h	i
1										
2										
3										
4										
5										

7										

<<Add Rows>>

Associate Company Wise

#	Name of the associate company	Address of the associate company	Business or Profession	Shareholders Unique ID (Indian : PAN No) (Foreign : Tax ID)	Shareholding as at end of reporting period (Number)	Shareholding as at end of reporting period (Amount)	Date of changes in shareholding during the period	Particulars of changes in shareholding during the period	Regulatory body
	Column Code	a	b	c	d	e	f	g	h
	Source/Calculation								

Note:

** Applicable to only partnership or proprietary concerns*

For on behalf of

Digital Signature of Applicant

Name of Applicant

Title/Designation

Digital Signature of Applicant

Name of Applicant

Title/Designation

Director/Partner or Sole Proprietor Director/Partner

Place

Date D D M M Y Y Y Y

FORM P

Board of Directors and management details

Filters and Parameters

Year		**Submission On**	
Broker		**Submission Due Date**	

Details of the Board of Director/ Principal Officer

#	Name of the person	PAN No.	Address (Street, House)	City	District	State	Pincode	Profession	Appointment/ Cessation Date	Designation if holding position	Particulars of changes during the period since the last report	Details of Directorship in other entities (if any)
	Column Code	a	b	c	d	e	f	g	h	i	j	k
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												

claration:

am not sufferring from any of the disqualifications specified under sub-section (5) of section 42D of the Insurance Act 1938.	Yes/No
am not holding Agency/Surveyor/TPA license	Yes/No
do not hold directorship/employment in/or represent any other insurance related entity	Yes/No
have filed FORM - 32 with ROC (*only applicable for directors)	Yes/No

Attach scanned copy of affidavit.>>

Persons in Charge of Management

#	Name of the person	Address (Street, House)	City	District	State	Pincode	Designation	Shareholders Unique ID (Indian : PAN No) (Foreign : Tax ID)	Nature of Functions	Qualifications	Experience including Insurance experience	Nature of training received	Duration of training received
	Column Code	a	b	c	d	e	f	g	h	i	j	k	l
1													
2													
3													
4													
5													
6													
7													

For on behalf of

Digital Signature of Applicant

Name of Applicant

Title/Designation

Digital Signature of Applicant

Name of Applicant

Title/Designation

Director/Partner or Sole Proprietor Director/Partner

Place

Date D D M M Y Y Y Y

Form Q

Financial data for Insurance Brokers

Filters and Parameters

Year		**Submission Due Date**	
Broker		**Submission On**	

Income Data

#	Description (Rs. In Thousands)	Amount
	Column Code	a
1	Direct Insurance remuneration	
2	Reinsurance remuneration	
3	Advisory fees	
4	Insurance consultancy	
5	Investment Income	
6	Others	
	Total	*sum (rows)*

Investment Data (Investment in groups)

#	Description (Rs. In Thousands)	Current year (As per selection)	Remarks from Statutory Auditor (if Any)
	Column Code	a	b
1	Group Companies		
2	Equity		
3	Debt		
4	Loans/ Advances given directly or indirectly to group companies		
5	Others		
	Total	*sum (rows)*	

Note

Is there any other information relevant to the financial data of broking firm over an above captured in above forms to be declared explicitely ? Yes /No

Please attach relevant documents as annexures and enclosures

Action

If **Yes**, system should enable user to attach relevant documents

Document Checklist

Document Checklist				
	Document Required		Uploaded Document Name	
✓	DocName1	Attach	xxx.doc	Remove
			xxx.jpg	Remove

For on behalf of

Digital Signature of Applicant

Name of Applicant

Title/Designation

Digital Signature of Applicant

Name of Applicant

Title/Designation

Director/Partner or Sole Proprietor Director/Partner

Place

Date | D | D | M | M | Y | Y | Y | Y |

FORM R

DUPLICATE LICENSE

FORM - IRDA – R
DUPLICATE LICENSE

Important Instructions:
See regulations 11 & 16

Please Print or Type Characters Only in Capital Letters

A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V	W	X	Y	Z

License No.

1. In exercise of the powers conferred by sub-section (1) of section 42D of the Insurance Act, 1938 (4 of 1938) the Authority hereby grants a licence to ________________ to act as ________________ broker (Mention details of category) under that Act.

2. Licence Code for the insurance broker is ________________

3. This licence shall be valid from ________ to ________

4. This licence is subject to the Act, Insurance Regulatory and Development Authority Act, 1999 (4 of 1999) and Insurance Regulatory and Development Authority (Insurance Brokers) Regulations, 2002 and shall not be construed to be in compliance with or in conformity to any other Act, rules or regulations.

By Order

For and on behalf of

Insurance Regulatory and Development Authority

Authorized Signatory

Date | D | D | M | M | Y | Y | Y | Y |

Name

Place

56961/13—21

APPLICATION FOR DUPLICATE LICENSE

Appliation Duplicate License

Important Instructions:
APPLICATION FOR DUPLICATE LICENCE

Please Print or Type Characters Only in Capital Letters

A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V	W	X	Y	Z

1. I regret to inform you that my/ our licence no. ______ expiry date ______ has been

1. lost (Affidavit giving details of loss and return license on finding the same)
2. destroyed (Affidavit giving details of loss and return license on finding the same)
3. mutilated (Return original license)

by the following circumstances

2. Fee Payment

A non-refundable fee of Rs. 1,000 will need to be paid to IRDA via the e-payment options displayed to applicant on submitting the online application form.

3. Declaration

I hereby apply for the duplicate license under regulation 16.

I/ We , therefore request the Authority to kindly issue a duplicate licence in light of the circumstances explained above.

I, ... solemnly declare and confirm that the particulars given above are true to the best of my knowledge and belief.

Digital Signature of Director 1

Date | D | D | M | M | Y | Y | Y | Y |

Name

Place

Digital Signature of Director 2

Date | D | D | M | M | Y | Y | Y | Y |

Name

Place

Payment Options

Credit Card Debit Card Net Banking

(i) On selecting "Credit Card" or "Debit Card", the applicant is asked for the following details:

Card Number

Expiration Date Month Year

CVV

Name on Debit Card

(ii) On selecting "Net Banking", the applicant is asked for the following details:

Transfer funds from ICICI

Make Payment

5696/13-22

FORM S

Business Data for Insurance Brokers

Filters and Parameters

Year		**Quarter**		**Submission On**	
Broker				**Submission Due Date**	

Insurer Wise Business Figures - Non-Life

#	Name of Insurers	Marine Hull		Marine Cargo		Motor		Fire		Health		Engineering		Liability		Misc		Total No. Of Policies	Total Premium
	Column Code	a	b	c	d	e	f	g	h	i	j	k	l	m	n	o	p	q	r
	Source/Calculation	No. of Policies	Premium	No. of Policies	Premium	No. of Policies	Premium	No. of Policies	Premium	No. of Policies	Premium	No. of Policies	Premium	No. of Policies	Premium	No. of Policies	Premium	q=a+c+e+g+i+k+m	=b+d+f+h+j+l+n+
1																			
2																			
3																			
4																			

Insurer wise Premium Figures - Life

#	Name of Insurers	Linked								Non - Linked								Total No. Of Policies	
		Life		Health		Pension		Annuity		Life		Health		Pension		Annuity		Total No. Of Policies	Total Premium
	Column Code	a	b	c	d	e	f	g	h	i	j	k	l	m	n	o	p	q	r
	source /calculation	No. of Policies	Premium	No. of Policies	Premium	No. of Policies	Premium	No. of Policies	Premium	No. of Policies	Premium	No. of Policies	Premium	No. of Policies	Premium	No. of Policies	Premium	q=a+c+e+g+i+k+m	=b+d+f+h+j+l+n+

InsurerWise Premium - Life - (For Riders)

#	Name of Insurers	Linked								Non-Linked								Total No. Of Policies	
		Health + sickness		Accident+ disability		Term		Others (PWB)		Health + sickness		Accident+ disability		Term		Others (PWB)		Total No. Of Policies	Total Premium
	Column Code	a	b	c	d	e	f	g	h	i	j	k	l	m	n	o	p	q	r
	source /calculation	No. of Policies	Premium	No. of Policies	Premium	No. of Policies	Premium	No. of Policies	Premium	No. of Policies	Premium	No. of Policies	Premium	No. of Policies	Premium	No. of Policies	Premium	q=a+c+e+g+i+k+m	=b+d+f+h+j+l+n+

Client Wise Business Data (Based on Premium serviced) - Top 10 Clients (Non-Life)

#	Client Name	Marine Hull		Marine Cargo		Motor		Fire		Health		Engineering		Liability		Misc		Total No. Of Policies	Total Premium
	Column Code	a	b	c	d	e	f	g	h	i	j	k	l	m	n	o	p	q	r
	Source/Calculation	No. of Policies	Premium	No. of Policies	Premium	No. of Policies	Premium	No. of Policies	Premium	No. of Policies	Premium	No. of Policies	Premium	No. of Policies	Premium	No. of Policies	Premium	q=a+c+e+g+i+k+m	=b+d+f+h+j+l+n+
1																			
2																			
3																			
4																			

Client Wise Business Data (Based on Premium serviced) - Top 10 Clients (Life)

#	Client Name	Linked								Non-Linked								Total No. Of Policies	
		Life		Health		Pension		Annuity		Life		Health		Pension		Annuity		Total No. Of Policies	Total Premium
	Column Code	a	b	c	d	e	f	g	h	i	j	k	l	m	n	o	p	q	r
	source /calculation	No. of Policies	Premium	No. of Policies	Premium	No. of Policies	Premium	No. of Policies	Premium	No. of Policies	Premium	No. of Policies	Premium	No. of Policies	Premium	No. of Policies	Premium	[illegible]k+m	=b+d+f+h+j+l+n+

Client Wise Business Data (Based on Premium serviced) - Top 10 Clients (Life - Riders)

#	Client Name	Linked								Non-Linked								Total No. Of Policies	
		Health + sickness		Accident+ disability		Term		Others (PWB)		Health + sickness		Accident+ disability		Term		Others (PWB)		Total No. Of Policies	Total Premium
	Column Code	a	b	c	d	e	f	g	h	i	j	k	l	m	n	o	p	q	r
	Source /calculation	No. of Policies	Premium	No. of Policies	Premium	No. of Policies	Premium	No. of Policies	Premium	No. of Policies	Premium	No. of Policies	Premium	No. of Policies	Premium	No. of Policies	Premium	q=a+c+e+g+i+k+m	=b+d+f+h+j+l+n+

For on behalf of

Digital Signature of Applicant

Name of Applicant

Title/Designation

Digital Signature of Applicant

Name of Applicant

Title/Designation

Director/Partner or Sole Proprietor Director/Partner

Place

Date D D M M Y Y Y Y

FROM 5 (LIFE)

Business Data for Insurance Brokers (Life Insurers)

Filters and Parameters				
Year	2005	Quarter	Q2	Submission On
Broker		Type Of Premium		Submission Due Date

Direct Insurance Broking -Life Business									
		Individual Business				Group Business			
#	Line of Business	No. of policies	Premium Amount	Brokerage Income	Brokerage %	No. of lives covered	Premium Amount	Brokerage Income	Brokerage %
	Column Code	a	b	c	d = (c/b)*100	e	f	g	h = (g/f)*100
Linked	Life								
	Health								
	Pension								
	Annuity								
Non Linked	Life								
	Health								
	Pension								
	Annuity								
Riders	Health + Sickness					NA			
	Accident + Disability					NA			
	Term					NA			
	Other (PWB)					NA			
	Total	0	0	0	0	0	0	0	0

** Others represents all corporate agents other than banks.

For on behalf of

Digital Signature of Applicant

Name of Applicant

Title/Designation

Digital Signature of Applicant

Name of Applicant

Title/Designation

Director/Partner or Sole Proprietor Director/Partner

Place

Date D D M M Y Y Y Y

FROM S (NON-LIFE)

Business Data for Insurance Brokers (Non Life Insurers)

Filters and Parameters

Year	2005	**Quarter**	Q2	**Submission On**
Broker				**Submission Due Date**

Direct Insurance Broking- Non Life Business

#	Line of Business	No. of policies	Premium Amount	Brokerage Income	Brokerage %
	Column Code	a	b	c	d = (c/b)*100
1	Marine Hull				
2	Marine Cargo				
3	Motor				
4	Fire				
5	Health				
6	Engineering				
7	Liability				
8	Misc				

For on behalf of

Digital Signature of Applicant

Name of Applicant

Title/Designation

Digital Signature of Applicant

Name of Applicant

Title/Designation

Director/Partner or Sole Proprietor Director/Partner

Place

Date D D M M Y Y Y Y

FORM T

Details of Group companies for an Insurance Broker

Filters and Parameters

Year		**Broker**		**Submission On**
Type of Firm				**Submission Due Date**

#	Name of Concern	Shareholders Unique ID (Indian : PAN No) (Foreign : Tax ID)	Address	Type of activity handled	Nature of Interest of Promoter/ Director	Nature Of interest with applicant company
	Column Code	a	b	c	d	e
1						
2						
3						

For on behalf of

Digital Signature of Applicant

Name of Applicant

Title/Designation

Digital Signature of Applicant

Name of Applicant

Title/Designation

Director/Partner or Sole Proprietor Director/Partner

Place

Date D D M M Y Y Y Y

FROM U (Reinsurance)

Reinsurance Business Details of Insurance Brokers

Filters and Parameters

Year [ ]

Broker [ ]

Reinsurance Business

Note

All fields of this form are mandatory

Class Of Business	Reinsurance Details						Business Details
	Type	Sub Type	Name Of Reinsurer	UIN for Reinsurer	Credit Rating	Premium Amount	Brokerage Income
Class Of Business	(Treaty / Facultative /Retrocessions)	(Quota Share /Surplus / Auto Fac /Excess Of Loss/ CAT Excess Of Loss/Stop Loss/Inward /Outward)	Enter the Name of Company(Example GIC/ Allianz/ New India Assurance ...etc)	Enter UIN of the Reinsurer (As Approved by IRDA)	A rating of at least BBB (with Standard & Poor) or equivalent rating of any other international rating agency over a period of the past five years	This should be the realized premium amount	
User will be to select option via drop down	User will be to select option via drop down	User will be to select option via drop down	User will be to select option via drop down	User will be to select option via drop down	User will be to select option via drop down	User To Enter Premium amount in INR	User to enter Brokerage income in INR

For on behalf of

Digital Signature of Applicant

Name of Applicant

Title/Designation

Digital Signature of Applicant

Name of Applicant

Title/Designation

Director/Partner or Sole Proprietor Director/Partner

Place

Date D D M M Y Y Y Y

Printed by the Manager, Government of India Press, Ring Road, Mayapuri, New Delhi-110064
and Published by the Controller of Publications, Delhi-110054.