

Proposal Number ಪ್ರಸ್ತಾವನೆ ಸಂಖ್ಯೆ	NGS
Adviser Name ಸಲಹೆಗಾರನ ಹೆಸರು	
Adviser Number ಸಲಹೆಗಾರನ ಸಂಖ್ಯೆ	

Customer ID (for existing customer) ಕಕ್ಷಿಗಾರರ ಗುರುತು ಅಸ್ತಿತ್ವದಲ್ಲಿರುವ ಗ್ರಾಹಕನಿಗಾಗಿ	
---	--

Voucher Number ವೋಚರ್ ಸಂಖ್ಯೆ	
--------------------------------	--



AVIVA
Life Insurance

PROPOSAL DEPOSIT DETAILS ಪ್ರಸ್ತಾವನೆ ಠೇವಣಿ ಮಾಹಿತಿಗಳು

Cheque/DD No. ಚೆಕ್ /ಡಿಡಿ ಸಂ.	
Amount ಮೊತ್ತ	

Date ದಿನಾಂಕ	
Drawn on ಈ ದಿನ ಡ್ರಾ ಮಾಡಲಾಗಿದೆ	

Proposal Form for Aviva Nayi Grameen Suraksha

Notes:

- The proposer should be satisfied with the details of the product and must pay specific attention to the Key Features brochure of the product.
- Receipt by the Company of the completed proposal and initial payment does not create any obligation on the part of the Company to underwrite the risk, and the Company shall not be liable until such time it has underwritten the risk and issued the policy.
- The initial payment must accompany this proposal and may be paid by cash, crossed cheque or demand draft made payable to Aviva Life Insurance Account Proposal Number "....." at the location of the Branch Office or in any other manner as may be approved by the Company.
- In case of cash deposits, refunds (if any) will be made by cheque or in any other manner as may be approved by the Company.
- If the proposer omits to give full and accurate information as required or misrepresents any information, the contract can be cancelled immediately by paying surrender value, if any, subject to misrepresentation being established in accordance with section 45 of Insurance Act, 1938.
- Proof of age is mandatory

ಅವಿವಾ ನಯೀ ಗ್ರಾಮೀಣ ಕ್ಯಾಗಿ ಪ್ರಸ್ತಾವನೆ ನಮೂನೆ

ಸೂಚನೆಗಳು:

ಉತ್ಪನ್ನ(ಗಳ) ವಿವರದೊಂದಿಗೆ ಪ್ರಸ್ತಾಪಕನ್ನು ತೃಪ್ತಿಯನ್ನು ಹೊಂದಬೇಕು ಮತ್ತು ಉತ್ಪನ್ನ(ಗಳ) ಪ್ರಮುಖ ಲಕ್ಷಣ ಕೈಪಿಡಿಗಿ ನಿರ್ದಿಷ್ಟ ಗಮನವನ್ನು ನೀಡಲೇಬೇಕು.
ಪೂರ್ಣಗೊಂಡ ಪ್ರಸ್ತಾವನೆ ಮತ್ತು ಪ್ರಾರಂಭಿಕ ಪಾವತಿಯ ಕಂಪೆನಿ ಮೂಲಕದ ಪತ್ರಸ್ವೀಕಾರವು ಅಪಾಯವನ್ನು ಅಂಡರ್‌ವೈಟ್ ಮಾಡಲು ಕಂಪೆನಿಯ ವತಿಯಿಂದ ಯಾವುದೇ ಬಾಧ್ಯತೆಯನ್ನು ಸೃಷ್ಟಿಸುವುದಿಲ್ಲ, ಮತ್ತು ಅಪಾಯವನ್ನು ಅಂಡರ್‌ವೈಟ್ ಮಾಡಿದ ಮತ್ತು ಪಾಲಿಸಿಯನ್ನು ನೀಡಿದ ಅಂತಹ ಸಮಯದ ತನಕ ಕಂಪೆನಿ ಬಾಧ್ಯಸ್ಥನಾಗಿರುವುದಿಲ್ಲ.
ಪ್ರಾರಂಭಿಕ ಪಾವತಿಯು ಈ ಪ್ರಸ್ತಾವನೆಯ ಸಂಗಡದೊಂದಿಗೆ ಇರಬೇಕು ಮತ್ತು ಅವಿವಾ ಲೈಫ್ ಇನ್‌ಶೂರೆನ್ಸ್ ಅಕೌಂಟ್ ಪ್ರಸ್ತಾವನೆ ಸಂಖ್ಯೆ-----ಗೆ ಪಾವತಿಸಬಲ್ಲ ಕ್ಯಾಶ್, ಕ್ರಾಸ್ಡ್ ಚೆಕ್ ಅಥವಾ ಡಿಮಾಂಡ್ ಡ್ರಾಫ್ಟ್ ಮೂಲಕ ಬ್ಯಾಂಕ್ ಕಚೇರಿಯ ಸ್ಥಳದಲ್ಲಿ ಅಥವಾ ಕಂಪೆನಿಯ ಮೂಲಕ ಅನುಮೋದಿತ ಇತರೆ ಯಾವುದೇ ಮಾಧ್ಯಮದಲ್ಲಿ ಪಾವತಿಸಬಹುದಾಗಿದೆ.
ಕ್ಯಾಶ್ ಠೇವಣಿಯ ಸನ್ನಿವೇಶದಲ್ಲಿ, (ಯಾವುದೇ) ರೀಫಂಡ್‌ಗಳನ್ನು ಚೆಕ್ ಮೂಲಕ ಮಾತ್ರ ಮಾಡಲಾಗುತ್ತದೆ.ಅಥವಾ ಕಂಪೆನಿಯ ಮೂಲಕ ಅನುಮೋದಿತ ಇತರೆ ಯಾವುದೇ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ.
ಪ್ರಸ್ತಾಪಕನು ಅಗತ್ಯವಾದ ಪೂರ್ಣ ಮತ್ತು ನಿಖರವಾದ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ನೀಡದಿದ್ದರೆ ಅಥವಾ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ತಪ್ಪಾಗಿ ನಿರೂಪಿಸಿದರೆ, ಪಾಲಿಸಿ ಒಪ್ಪಂದವನ್ನು ಶೂನ್ಯ ಮತ್ತು ಅನೂರ್ಜಿತ ಎಂದು ಘೋಷಿಸಬಹುದಾಗಿದೆ.

Life to be Insured Details (Please complete in CAPITAL LETTERS) ವಿಮೆ ಬೇಕಾಗಿರುವ ವ್ಯಕ್ತಿಯ ವಿವರಗಳು (ದೊಡ್ಡ, ಸ್ಪಷ್ಟ ಅಕ್ಷರಗಳಲ್ಲಿ ಬರೆಯಿರಿ)

Surname ಕುಲನಾಮ Forenames ಮೊದಲಹೆಸರುಗಳು Father's/Husband's Name ತಂದೆಯ/ಗಂಡನ ಹೆಸರು Mailing Address ಪ್ರಸ್ತುತ ವಿಳಾಸ Permanent Address ಶಾಶ್ವತ ವಿಳಾಸ Proof of Address ವಿಳಾಸದ ಪುರಾವೆ Gender ಲಿಂಗ Date of Birth ಜನನ ದಿನಾಂಕ	Mr/Mrs/Miss/Ms ಶ್ರೀ. / ಶ್ರೀಮತಿ. / ಮಿಸ್.
	Village ಪಳ್ಳಿ P.O. ಪಿ.ಒ.
	Mandal/Taluka/Town ತಾಲೂಕು/ಮಂಡಲ/ಪಟ್ಟಣ District ತಾಲೂಕು
	State ರಾಜ್ಯ ಪಿನ್ ಕೋಡ್ Pincode
	Village ಪಳ್ಳಿ P.O. ಪಿ.ಒ.
	Mandal/Taluka/Town ತಾಲೂಕು/ಮಂಡಲ/ಪಟ್ಟಣ District ತಾಲೂಕು
State ರಾಜ್ಯ ಪಿನ್ ಕೋಡ್ Pincode	
Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> Life Insured's Annual Income Rs. _____ Occupation _____ ಪುರುಷ ಮಹಿಳೆ ಜನನ ದಿನಾಂಕ ಉದ್ಯೋಗ	
Marital Status Single <input type="checkbox"/> Married <input type="checkbox"/> Widow(er) <input type="checkbox"/> Divorced <input type="checkbox"/> ವೈವಾಹಿಕ ಸ್ಥಿತಿ ವಿವಾಹಿತ/ತೆ ವಿಧವಾ/ವಿಧವೆ ವಿಚ್ಛೇದಿತ	
Age Proof ವಯಸ್ಸಿನ ಪುರಾವೆ School Certificate <input type="checkbox"/> Voter ID/Ration Card <input type="checkbox"/> Others <input type="checkbox"/>	

Policy Details ಪಾಲಿಸಿಯ ವಿವರಗಳು

Sum Assured (Rs. in figures) <input type="text"/> ಆಶ್ವಾಸಿತ ಮೊತ್ತ (ರೂ. ಗಳಲ್ಲಿ ಅಂಕಗಳು)	Premium (Rs. in figures) <input type="text"/> ಪ್ರೀಮಿಯಂ (ರೂ. ಗಳಲ್ಲಿ ಅಂಕಗಳು)	Preferred Mode of Payment ಪಾವತಿಯ ವಿಧಾನ Cash <input type="checkbox"/> Cheque <input type="checkbox"/> Demand Draft <input type="checkbox"/> Others <input type="checkbox"/>
Policy Term (PT) ಪಾಲಿಸಿ ಕರಾರು (ಪಿಟಿ) 5 Years <input type="checkbox"/> 10 Years <input type="checkbox"/> 5 ವರ್ಷಗಳು 10 ವರ್ಷಗಳು		
Do you have Aadhar Number ನೀವು ಆಧಾರ ಸಂಖ್ಯೆಯನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದೀರಾ Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ಹೌದು ಇಲ್ಲ	If yes please provide Aadhar Number : <input type="text"/>	

Nomination Details ನಾಮನೇಷನ್ ವಿವರಗಳು

Name of the Nominee (Under section 39 of the Insurance Act 1938) (ವಿಮಾ ಕಾಯಿದೆ 1938 ರ ಸೆಕ್ಷನ್ 39 ರ ಅಡಿಯಲ್ಲಿ) Relationship to the Life to be Insured ಜೀವ ವಿಮೆ ಹೊಂದುವ ವ್ಯಕ್ತಿಯೊಂದಿಗೆ ಸಂಬಂಧ Date of Birth ಜನನ ದಿನಾಂಕ Address ವಿಳಾಸ	If Nominee is a Minor, please give appointee details below. Name of the Appointee ನಾಮನೇಷನ್ ಆಗಿರುವ ವ್ಯಕ್ತಿಯ ವಿವರ Relationship to the Minor ಜೀವ ವಿಮೆ ಹೊಂದುವ ವ್ಯಕ್ತಿಯೊಂದಿಗೆ ಸಂಬಂಧ Date of Birth ಜನನ ದಿನಾಂಕ Address ವಿಳಾಸ Signature of the Appointee ನಿಯೋಜಿತರ ಸಹಿ
---	--

Declaration of Good Health of the life to be insured

A. Are you in good health?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
B. Have you ever had a heart condition, a stroke, hypertension, paralysis, cancer, diabetes, kidney disease, liver disease, mental illness, HIV infection or AIDS, high cholesterol, blood disorder, respiratory disorder, and nervous disorder?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
C. Are you currently taking any medication or drugs, other than for minor conditions, (eg. colds and flu), either prescribed or not prescribed by a doctor, or have you suffered from any illness, disorder, disability or injury during the past 5 years which has required any form of medical or specialised examination (including chest X-rays, gynaecological investigations, pap smear, or blood tests), consultation, hospitalisation or surgery or physician has not been consulted or treatment received for the same?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
D. Any illness that has caused you to be absent from work for a continuous period of 7 days or more in the last 2 years or has your health placed any restrictions on your normal daily activities?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
E. Are you currently pregnant? (if applicable)	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No

Declaration of Good Health of the life to be insured

	<input type="checkbox"/> ಹೌದು	<input type="checkbox"/> ಇಲ್ಲ
ನಿಮಗಿಂದಾದರೂ ಹೃದಯ ಸಂಬಂಧಿ ತೊಂದರೆ, ಪಾರ್ಶ್ವವಾಯು, ಪಕ್ಷಿಪಾತ, ಅರ್ಬುರ, ಮಧುಮೇಹ, ಮೂತ್ರಪಿಂಡ ವೈಫಲ್ಯ, ಯಕೃತ್ ವೈಫಲ್ಯ, ಮಾನಸಿಕ ಅಸ್ವಸ್ಥ್ಯ, ಎಚ್‌ಐವಿ ಸೋಂಕು ಅಧಿಕ ಕೊಲೆಕ್ಟಾಲ್, ರಕ್ತದ ಕಾಯಿಲೆ, ಉಸಿರಾಟದ ಅಸ್ವಸ್ಥತೆ ಮತ್ತು ನರದ ಕಾಯಿಲೆ ಅಥವಾ ಏಡ್ಸ್ ಇತ್ಯೇ?	<input type="checkbox"/> ಹೌದು	<input type="checkbox"/> ಇಲ್ಲ
ಡಾಕ್ಟರ್ ಮೂಲಕ ನೀಡಲಾದ ಅಥವಾ ಅಲ್ಲದ, ಚಕ್ರವೃತ್ತ ಸ್ಥಿತಿಗತಿಗಳಿಗೆ (ಉದಾ. ಶೀತ ಮತ್ತು ಜ್ವರ) ಹೊರತುಪಡಿಸಿ ಯಾವುದೇ ಮಧ್ಯ ಅಥವಾ ಔಷಧಿಗಳನ್ನು ನೀವು ಪ್ರಸ್ತುತವಾಗಿ ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳುತ್ತಿದ್ದೀರಾ, ಅಥವಾ ಕಳೆದ 5 ವರ್ಷಗಳಲ್ಲಿ ಯಾವುದೇ ರೂಪದ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಅಥವಾ ವಿಶೇಷ ಪರೀಕ್ಷೆ(ಎದೆ ಮತ್ತು ಎಕ್ಸ್-ರೇ, ಸ್ಪೀರೋಗ್ರಾಫಿಕ್ ತಪಾಸಣೆಗಳು, ಪ್ಯಾಪ್ ಸ್ಮಿಯರ್, ಅಥವಾ ರಕ್ತದ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳು ಜೀರಂವಂತೆ), ಭೇಟಿ ಅಥವಾ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಅಗತ್ಯವನ್ನು ಹೊಂದಿದ ಯಾವುದೇ ಕಾಯಿಲೆ, ಅಸ್ವಸ್ಥತೆ, ದೈಹಿಕ ಸ್ಥೂನ್ಯತೆ ಅಥವಾ ಗಾಯದಿಂದ ಬಳಲಿದ್ದೀರಾ?	<input type="checkbox"/> ಹೌದು	<input type="checkbox"/> ಇಲ್ಲ
ಕಳೆದ 2 ವರ್ಷಗಳಲ್ಲಿ 7 ದಿನಗಳ ಅಥವಾ ಹೆಚ್ಚಿನ ನಿರಂತರ ಸಮಯದ ತನಕ ಕೆಲಸದಿಂದ ರಜೆಯನ್ನು ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳಲು ಯಾವುದೇ ಕಾಯಿಲೆಯು ಕಾರಣವಾಗಿದೆಯೇ ಅಥವಾ ನಿಮ್ಮ ಸಾಮಾನ್ಯ ದೈನಂದಿನ ಚಟುವಟಿಕೆಗಳ ಮೇಲೆ ನಿಮ್ಮ ಆರೋಗ್ಯವು ಯಾವುದೇ ರೀತಿಯ ನಿರ್ಬಂಧವನ್ನು ಹೇರಿದೆಯೇ?	<input type="checkbox"/> ಹೌದು	<input type="checkbox"/> ಇಲ್ಲ
ನೀವು ಗರ್ಭಿಣಿಯೇ? (ಅನ್ವಯವಾಗುವಲ್ಲಿ)	<input type="checkbox"/> ಹೌದು	<input type="checkbox"/> ಇಲ್ಲ

DECLARATION

I hereby declare that:

a.

I fully understand the meaning and scope of the Proposal Form and the questions in it and am submitting the completed proposal on my own accord, and I confirm that I have not been induced by anyone to make the proposal.

b.

The statements, declarations and material facts herein shall be the basis of a contract between me and the Company and if any untrue statement, declarations and material facts be contained herein, the Company shall have the right to cancel the policy, if issued.

c.

Should there be any change in any statements, declarations and material facts made in the Proposal Form from the time of my submission of the proposal to the Company, till the time the Company has underwritten the risk and issued the policy, I shall forthwith inform the Company in writing, failing which the Company may cancel the policy, if issued.

d.

If any future premium of other payments due to the Company are made by me through an adviser, then the Company shall not be liable unless the amounts are received and realised by the Company within the time the Company stipulates for receipt of the payments by the Company.

e.

I confirm that my personal information may be provided to Aviva Life Insurance by any medical practitioner, hospital and clinic, employer, in institution or any other persons or persons that may have any and all information about my health, medical history, and any hospitalization, advice, diagnosis, treatment, disease or ailment. I also consent to a personal medical investigation as part of my proposal.

In order to enable the company to assess the risk under my/our proposal and any time thereafter, I/we hereby authorise my/our past and present employer(s) business associates/mediical practitioner / hospital any medical source / any life and non-life insurance company /or organisation or Life Insurance Association’s medical register to release to the Company and the Company to release to any medical source / any life and non-life insurance company / or Life Insurance Association or medical register, reinsurer, claims investigators, legal, medico-legal professionals , third party service providers engaged by the company for providing, operational support to the company such records of my / our employment / business or other details as may be considered relevant. information about me/us may be collected and used by Aviva Life Insurance Company India Ltd. for the purpose of providing / offering me/us promotional material relating to any products and services.

In case for any reason this proposal has not been filled in by/us, I/We hereby declare that the contents of this application for insurance, have fully explained to me/us & I/we fully understood the significance of the proposed contract.

ಘೋಷಣೆ

ನಾನು ಇಲ್ಲಿ ಹೀಗೆಂದು ಘೋಷಿಸುತ್ತೇನೆ

ಎ) ಪ್ರಸ್ತಾವನೆ ನಮೂನೆಯ ಅರ್ಥ ಮತ್ತು ವ್ಯಾಪ್ತಿಯನ್ನು ಮತ್ತು ಅದರಲ್ಲಿನ ಪ್ರಶ್ನೆಗಳನ್ನು ನಾನು ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ತಿಳಿದಿದ್ದೇನೆ ಮತ್ತು ನನ್ನ ಸ್ವಂತ ಇಚ್ಛೆಯ ಮೇಲೆ ಪೂರ್ಣ ಪ್ರಸ್ತಾವನೆಯನ್ನು ನಾನು ಒಪ್ಪಿಸುತ್ತಿದ್ದೇನೆ, ಮತ್ತು ಪ್ರಸ್ತಾವನೆಯನ್ನು ಮಾಡಲು ನಾನು ಯಾರ ಮೂಲಕವೂ ಪ್ರೇರೇಪಿತಗೊಂಡಿಲ್ಲ ಎಂದು ನಾನು ದೃಢೀಕರಿಸುತ್ತೇನೆ.

ಬಿ) ಇಲ್ಲಿರುವ ಹೇಳಿಕೆಗಳು, ಘೋಷಣೆಗಳು ಮತ್ತು ವಸ್ತುಸ್ಥಿತಿಗಳು ನನ್ನ ಮತ್ತು ಕಂಪೆನಿಯ ನಡುವೆ ಒಪ್ಪಂದದ ಆಧಾರವಾಗಿದೆ ಮತ್ತು ಇಲ್ಲಿ ಯಾವುದೇ ನಿಜವಲ್ಲದ ಹೇಳಿಕೆ, ಘೋಷಣೆಗಳು ಮತ್ತು ವಸ್ತುಸ್ಥಿತಿಗಳು ಇದ್ದಲ್ಲಿ, ಯಾವುದೇ ಪಾಲಿಸಿಯನ್ನು ನೀಡಿದ್ದರೆ ಕಂಪೆನಿಯು ಅದನ್ನು ರದ್ದು ಮಾಡುವ ಹಕ್ಕನ್ನು ಹೊಂದಿರುತ್ತದೆ ಮತ್ತು ಮಾಡಲಾದ ಯಾವುದೇ ಪಾವತಿಯನ್ನು ನಾನು ಕಳೆದುಕೊಳ್ಳಬಹುದು.

ಸಿ) ಕಂಪೆನಿಗೆ ಪ್ರಸ್ತಾವನೆಯನ್ನು ಒಪ್ಪಿಸಿದ ಸಮಯದಿಂದ, ಕಂಪೆನಿಯು ಅಪಾಯವನ್ನು ಅಂಡರ್‌ರೈಟ್ ಮಾಡಿದ ಮತ್ತು ಪಾಲಿಸಿಯನ್ನು ನೀಡಿದ ಸಮಯದ ತನಕ, ಯಾವುದೇ ಹೇಳಿಕೆಗಳು, ಘೋಷಣೆಗಳು ಮತ್ತು ವಸ್ತುಸ್ಥಿತಿಗಳಲ್ಲಿ ಯಾವುದೇ ಬದಲಾವಣೆಗಳಿದ್ದರೆ, ನಾನು ಕೂಡಲೇ ಬರವಣಿಗೆಯ ರೂಪದಲ್ಲಿ ಕಂಪೆನಿಗೆ ತಿಳಿಸುತ್ತೇನೆ, ಇದನ್ನು ಮಾಡಲು ವಿಫಲವಾದರೆ ಕಂಪೆನಿಯು ಪಾಲಿಸಿಯನ್ನು ನೀಡಿದ್ದರೆ ಅದನ್ನು ರದ್ದುಗೊಳಿಸಬಹುದು ಮತ್ತು ಮಾಡಲಾದ ಪಾವತಿಯನ್ನು ನಾನು ಕಳೆದುಕೊಳ್ಳಬಹುದಾಗಿದೆ.

ಡಿ)ಒರ್ವ ಸಲಹೆಗಾರನ ಮೂಲಕ ಯಾವುದೇ ಭವಿಷ್ಯದ ಪ್ರೀಮಿಯಂ ಅಥವಾ ಇತರೆ ಪಾವತಿಯನ್ನು ನನ್ನ ಮೂಲಕ ಮಾಡಲಾಗಿದ್ದರೆ, ಕಂಪೆನಿಯು ಮೊತ್ತವನ್ನು ಪಡೆದದ್ದು ಮತ್ತು ಕಂಪೆನಿಯ ಮೂಲಕ ಪಾವತಿಯ ರಸೀದಿಗಾಗಿ ನಿಗದಿ ಮಾಡಿದ ಸಮಯದ ಒಳಗೆ ಕಂಪೆನಿಯು ಇದನ್ನು ಅಂತಿಮಗೊಳಿಸಿರುವ ಸನ್ನಿವೇಶವನ್ನು ಹೊರತುಪಡಿಸಿ ಇತರ ಸನ್ನಿವೇಶದಲ್ಲಿ ಕಂಪೆನಿಯು ಭಾದ್ಯತೆಯನ್ನು ಹೊಂದುವುದಿಲ್ಲ.

ಇ) ಯಾವುದೇ ವೈದ್ಯ, ಆಸ್ಪತ್ರೆ, ಮತ್ತು ಕ್ಲಿನಿಕ್, ನೌಕರ, ಸಂಸ್ಥೆ, ಅಥವಾ ಯಾವುದೇ ಇತರೆ ವ್ಯಕ್ತಿ ಅಥವಾ ಮಾಹಿತಿ ಯಾವುದೇ ಮಾಹಿತಿ ಇರುವ ವ್ಯಕ್ತಿಯ ಮೂಲಕ ನನ್ನ ವೈಯಕ್ತಿಕ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಮತ್ತು ನನ್ನ ಆರೋಗ್ಯ, ವೈದ್ಯಕೀಯ ಇತಿಹಾಸ, ಮತ್ತು ಯಾವುದೇ ಆಸ್ಪತ್ರೆ ದಾಖಲು, ಸಲಹೆ, ರೋಗನಿರ್ಣಯ, ಚಿಕಿತ್ಸೆ, ಕಾಯಿಲೆ ಅಥವಾ ಬೇನೆಯ ಬಗೆಗಿನ ಎಲ್ಲಾ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಅವಿವಾ ಜೀವ ವಿಮೆಗೆ ಒದಗಿಸಬಹುದು ಎಂದು ನಾನು ದೃಢೀಕರಿಸುತ್ತೇನೆ. ನನ್ನ ಪ್ರಸ್ತಾವನೆಯ ಭಾಗವಾಗಿ ನಾನು ವೈಯಕ್ತಿಕ ವೈದ್ಯಕೀಯ ತಪಾಸಣೆಗೆ ಕೂಡಾ ಸಮ್ಮತಿಯನ್ನು ನೀಡುತ್ತೇನೆ.

ಈ ಪ್ರಸ್ತಾವನೆಯು ಅಡಿಯಲ್ಲಿನ ಮತ್ತು ತದನಂತರದ ಯಾವುದೇ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಅಪಾಯಗಳನ್ನು ಅಂದಾಜು ಮಾಡಲು ಕಂಪೆನಿಯನ್ನು ಸಕ್ರಿಯಗೊಳಿಸಲು, ನಾನು/ನಾವು ನನ್ನ ಹಿಂದಿನ ಮತ್ತು ಪ್ರಸ್ತುತ ನೌಕರ(ರು)/ವ್ಯವಹಾರ ಸಹವರ್ತಿಗಳನ್ನು, ನನ್ನ ವೈದ್ಯರು/ಆಸ್ಪತ್ರೆ/ವೈದ್ಯಕೀಯ ಮೂಲ/ ಯಾವುದೇ ಜೀವ ಅಥವಾ ಅಜೀವ ವಿಮಾ ಕಂಪೆನಿ/ ಅಥವಾ ಜೀವ ವಿಮೆ ಅಸೋಸಿಯೇಶನ್ ಅಥವಾ ಮೆಡಿಕಲ್ ರೆಜಿಸ್ಟ್ರಾರ್, ಮರುವಿಮಾದಾರ, ಕ್ಲೇಮ್‌ಗಳ ತನಿಖೆಗಾರರು, ಕಾನೂನು, ವೈದ್ಯಕೀಯ-ಕಾನೂನು ವೃತ್ತಿಪರರು, ನನ್ನ/ನಮ್ಮ ಉದ್ಯೋಗ/ವ್ಯವಹಾರ ಅಥವಾ ಸೂಕ್ತವೆಂದು ಪರಿಗಣಿಸಲಾದ ನನ್ನ ಇತರೆ ಮಾಹಿತಿಗಳನ್ನೊಳಗೊಂಡ ದಾಖಲೆಗಳನ್ನು ಕಾರ್ಯಾಚರಣೆಯ ಬೆಂಬಲವನ್ನು ಒದಗಿಸಲು ಕಂಪೆನಿಯ ಮೂಲಕ ಎಂಗೆಲ್ ಮಾಡಲಾದ ಮೂರನೇ ಪಕ್ಷದ ಸೇವಾ ಪೂರೈಕೆದಾರರನ್ನು ನಾನು ಇಲ್ಲಿ ಅಧೀಕೃತಗೊಳಿಸುತ್ತೇನೆ/ಅಧೀಕೃತಗೊಳಿಸುತ್ತೇವೆ. ಯಾವುದೇ ಉತ್ಪನ್ನಗಳು ಮತ್ತು ಸೇವೆಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಪ್ರಚಾರದ ವಸ್ತುವನ್ನು ನನಗೆ/ನಮಗೆ ಒದಗಿಸುವ/ನೀಡುವ ಉದ್ದೇಶಕ್ಕಾಗಿ ಅವಿವಾ ಜೀವ ವಿಮೆ ಕಂಪೆನಿ ಇಂಡಿಯಾ ಲಿಮಿಟೆಡ್ ನನಗೆ/ನಮಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಸಂಗ್ರಹಿಸಬಹುದು ಮತ್ತು ಬಳಕೆ ಮಾಡಬಹುದು. ಮತ್ತು ಬಳಕೆ ಮಾಡಬಹುದು.

ಈ ಪ್ರಸ್ತಾವನೆ ನನ್ನ ಮೂಲಕ ಭರ್ತಿಮಾಡಲ್ಪಟ್ಟಿಲ್ಲದ ಪಕ್ಷದಲ್ಲಿ, ವಿಮೆಗಾಗಿ ಈ ಅಪ್ಲಿಕೇಶನ್‌ನಲ್ಲಿನಿರುವ ವಿಷಯಗಳನ್ನು, ನನಗೆ/ನಮಗೆ ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ವಿವರಿಸಲಾಗಿದೆ ಮತ್ತು ನಾನು/ನಾವು ಪ್ರಸ್ತುತ ಕಾಂಟ್ರಾಕ್ಟ್‌ನ ಪ್ರಾಮುಖ್ಯತೆಯನ್ನು ಅರಿತಿದ್ದೇನೆ/ಅರಿತಿದ್ದೇವೆ.

Signature/Thumb impression of Life to be Insured

ಜೀವ ವಿಮೆ ಮಾಡಬೇಕಾಗಿರುವ ವ್ಯಕ್ತಿಯ ಸಹಿ/ಹೆಚ್ಚೆಚ್ಚಿನ ಗುರುತು

Date

ದಿನಾಂಕ

Place

ಸ್ಥಳ

Vernacular Declaration (to be handwritten by the life to be insured/proposer)

ದೇಶೀಯ ಭಾಷೆಯಲ್ಲಿ ಘೋಷಣೆ (ಜೀವ ವಿಮೆಹೊಂದಿದ/ಪ್ರಸ್ತಾಪಕನ ಮೂಲಕ ಹಸ್ತಲಿಖಿತವಾಗಬೇಕು)

The Life to be insured / proposer should fill in the following declaration in the box given below:

"I/we hereby declare that the contents of this application for insurance, have been fully explained to me/us & I/we have fully understood the significance of the proposed contract."

ವಿಮೆಯನ್ನು ಹೊಂದಬೇಕಾದ ವ್ಯಕ್ತಿ/ಪ್ರಸ್ತಾಪಕ ಕೆಳಗಿನ ಘೋಷಣೆಗಳನ್ನು ಕೆಳಗೆ ಕೊಟ್ಟಿರುವ ಬಾಕ್ಸ್ ನಲ್ಲಿ ಭರ್ತಿಮಾಡಬೇಕು:

ವಿಮೆಗಾಗಿ ಈ ಅಪ್ಲಿಕೇಶನ್‌ನಲ್ಲಿನಿರುವ ವಿಷಯಗಳನ್ನು, ನನಗೆ/ನಮಗೆ ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ವಿವರಿಸಲಾಗಿದೆ ಮತ್ತು ನಾನು/ನಾವು ಪ್ರಸ್ತಾಪಿತ ಕಾಂಟ್ರಾಕ್ಟ್‌ನ ಪ್ರಾಮುಖ್ಯತೆಯನ್ನು ಅರಿತಿದ್ದೇನೆ/ಅರಿತಿದ್ದೇವೆ.

Signature/Thumb impression of Life to be Insured

ಜೀವ ವಿಮೆ ಮಾಡಬೇಕಾಗಿರುವ ವ್ಯಕ್ತಿಯ ಸಹಿ/ಹೆಚ್ಚೆಚ್ಚಿನ ಗುರುತು

Declaration by the person filling in the form (in case of signature in vernacular language, thumb impression and/or in case the proposal has not been filled in by the proposer).

ನಮೂನೆಯಲ್ಲಿ ಭರ್ತಿಮಾಡುವ ವ್ಯಕ್ತಿಯ ಮೂಲಕ ಘೋಷಣೆ (ದೇಶೀಯ ಭಾಷೆಯಲ್ಲಿ ಸಹಿ ಇದ್ದ ಸನ್ನಿವೇಶದಲ್ಲಿ, ಹೆಚ್ಚೆಚ್ಚಿನ ಗುರುತು ಮತ್ತು/ಅಥವಾ ಪ್ರಸ್ತಾಪಕನ ಮೂಲಕ ಪ್ರಸ್ತಾವನೆ ಭರ್ತಿಮಾಡಿದ್ದರ ಸನ್ನಿವೇಶದಲ್ಲಿ).

I hereby declare that I have fully explained the contents of the proposal form to the life to be insured/proposer and that he/she has fully understood the same and I have truthfully recorded the answers given by the life to be insured/proposer.

Declarant's* Name and Address

ವಿಮೆಯನ್ನು ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳುವ ವ್ಯಕ್ತಿ/ಪ್ರಸ್ತಾಪಕನಿಗೆ ಪ್ರಸ್ತಾವನೆ ನಮೂನೆಯಲ್ಲಿನ ವಿಷಯಗಳನ್ನು ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ವಿವರಿಸಿದ್ದೇನೆ ಮತ್ತು ಅವನು/ಅವಳು ಇದರ ಬಗ್ಗೆ ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ತಿಳಿದುಕೊಂಡಿದ್ದಾರೆ ಮತ್ತು ವಿಮೆಯನ್ನು ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳುವ ವ್ಯಕ್ತಿ/ಪ್ರಸ್ತಾಪಕನ ಮೂಲಕ ನೀಡಲಾದ ಉತ್ತರಗಳನ್ನು ನಿಜವಾಗಿ ನಾನು ರೆಕಾರ್ಡ್ ಮಾಡಿಕೊಂಡಿದ್ದೇನೆ ಎಂದು ನಾನು ಇಲ್ಲಿ ಘೋಷಿಸುತ್ತೇನೆ

ಘೋಷಣಾಕಾರನ ಹೆಸರು ಮತ್ತು ವಿಳಾಸ

ಪಿನ್ ಕೋಡ್ Pincode

Signature of declarant*

ಘೋಷಣಾಕಾರನ ಸಹಿ

Signature of Adviser

ಸಲಹೆಗಾರನ ಸಹಿ

*In case of signature in vernacular or thumb impression this declaration should be made by a person of standing whose identity can easily be established, but unconnected with Aviva Life Insurance Company India Ltd.

*ಒಂದು ವೇಳೆ ಸಹಿಯು ಪ್ರಾದೇಶಿಕ ಭಾಷೆಯಲ್ಲಿದ್ದರೆ/ ಹೆಚ್ಚೆಚ್ಚಿನದರೆ ಈ ಘೋಷಣೆಯು ತನ್ನ ಗುರುತು ಸುಲಭದಲ್ಲಿ ಗುರುತಿಸಲ್ಪಡುವಂಥಾ, ಅವಿವಾಜೀವಿಮಾ ಕಂಪೆನಿ ಇಂಡಿಯಾ ಲಿಮಿಟೆಡ್‌ಗೆ ಸಂಬಂಧಪಡದ ಒಬ್ಬ ಬೇರೆ ವ್ಯಕ್ತಿಯಿಂದ ಘೋಷಿಸಲ್ಪಡಬೇಕು.

(For office use only) (ಕಛೇರಿ ಬಳಕೆಗಾಗಿ ಮಾತ್ರ)

CUSTOMER INFORMATION REPORT ಗ್ರಾಹಕ ಮಾಹಿತಿ ವರದಿ

To be filled by Adviser

ಸಲಹೆಗಾರನ ಮೂಲಕ ಭರ್ತಿಮಾಡಬೇಕು

	First Life
1. Did you personally meet the life to be insured? ಜೀವ ವಿಮೆ ಹೊಂದಬೇಕಾದ ವ್ಯಕ್ತಿಯನ್ನು ನೀವು ನೇರವಾಗಿ ಭೇಟಿಯಾಗಿದ್ದೀರಾ?	ಹೌದು YES <input type="checkbox"/> ಇಲ್ಲ NO <input type="checkbox"/>
2. What proof of identity have you seen of the Life Insured? ಜೀವ ವಿಮೆ ಹೊಂದಬೇಕಾದ ವ್ಯಕ್ತಿಯಲ್ಲಿ ಗುರುತಿನ ಯಾವ ಪುರಾವೆಯನ್ನು ನೀವು ನೋಡಿದ್ದೀರಾ? Driving License <input type="checkbox"/> Voter ID Card <input type="checkbox"/> Aadhar Card <input type="checkbox"/> Others please specify _____ ಡ್ರೈವಿಂಗ್ ಲೈಸೆನ್ಸ್ ವೋಟರ್ ಐಡಿ ಕಾರ್ಡ್ ಆಧಾರ್ ಕಾರ್ಡ್ ಇತರೆ ಹೆಸರಿಸಿ	ಹೌದು YES <input type="checkbox"/> ಇಲ್ಲ NO <input type="checkbox"/>
3. Are you satisfied with the responses given by the proposer on proposal form including the DGH section? ಡಿಜಿಟಲ್ ವಿಭಾಗವನ್ನು ಸೇರ್ಪಡಿಸಿ ಪ್ರಸ್ತಾವನೆ ನಮೂನೆ ಮೇಲೆ ಪ್ರಸ್ತಾಪಕನ ಮೂಲಕ ನೀಡಲಾದ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆಗೆ ನೀವು ತೃಪ್ತಿ ಹೊಂದಿದ್ದೀರಾ?	ಹೌದು YES <input type="checkbox"/> ಇಲ್ಲ NO <input type="checkbox"/>
4. Proof of Income: Are you satisfied with the income declaration made by the Life Insured a. If yes, what proofs of income have you checked? ಆದಾಯ ತೆರಿಗೆ ಪರಿಶೀಲನೆ ಜೀವ ವಿಮೆ ಮಾಡಿದ ವ್ಯಕ್ತಿಯ ಮೂಲಕ ಮಾಡಲಾದ ಆದಾಯದ ಘೋಷಣೆಯೊಂದಿಗೆ ನೀವು ತೃಪ್ತಿಹೊಂದಿದ್ದೀರಾ? ಹೌದು ಎಂದಾದರೆ ಆದಾಯದ ಯಾವ ಪುರಾವೆಯನ್ನು ನೀವು ಪರಿಶೀಲಿಸಿದ್ದೀರಾ? Income Tax Return <input type="checkbox"/> Form 16 <input type="checkbox"/> Property/Land Holding Detail <input type="checkbox"/> Others please specify _____ ಆದಾಯ ತೆರಿಗೆ ಪರಿಶೀಲನೆ ನಮೂನೆ 16 ಆಸ್ತಿ/ಜಮೀನು ಹಿಡುವಳಿ ಮಾಹಿತಿ ಇತರೆ (ಹೆಸರಿಸಿ)	YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ಹೌದು ಇಲ್ಲ
5. Is there anything in the life to be insured's occupation, life style, financial or social position or other circumstances that you feel the underwriter should be aware of? If Yes, please give details ವಿಮೆಯನ್ನು ಹೊಂದಬೇಕಾದ ವ್ಯಕ್ತಿಯ ಉದ್ಯೋಗ, ಜೀವನಶೈಲಿ, ಹಣಕಾಸು ಅಥವಾ ಸಾಮಾಜಿಕ ಸ್ಥಾನಮಾನ ಅಥವಾ ಇತರೆ ಸಂದರ್ಭಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಒಪ್ಪಂದದಾರನಿಗೆ ಯಾವುದೇ ಮಾಹಿತಿಯು ಅರಿವಿರಬೇಕಾಗಿದೆ ಎಂದು ನೀವು ಭಾವಿಸುತ್ತೀರಾ? ಹೌದಾದಲ್ಲಿ ದಯವಿಟ್ಟು ವಿವರಗಳನ್ನು ನೀಡಿ	YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ಹೌದು ಇಲ್ಲ
6. Is the nominee dependent of the proposer? ನಾಮಿನಿಯು ಪ್ರಸ್ತಾಪಕನ ಮೇಲೆ ಅವಲಂಬಿತವಾಗಿದ್ದಾನೆಯೇ? If No, please give details ಇಲ್ಲ ಎಂದಾದಲ್ಲಿ ದಯವಿಟ್ಟು ವಿವರಗಳನ್ನು ನೀಡಿ	YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ಹೌದು ಇಲ್ಲ

a. Give details of the insurable interest that exist between the proposer and the nominee.

ಪ್ರಸ್ತಾಪಕ ಮತ್ತು ನಾಮಿನಿ ನಡುವೆ ಅಸ್ತಿತ್ವದಲ್ಲಿರುವ ವಿಮಾಸಕ್ತಿಯ ಮಾಹಿತಿಗಳನ್ನು ನೀಡಿ.

I hereby declare that the foregoing statements are true and correct to the best of my knowledge and belief.

ಮೇಲ್ಕಂಡ ಹೇಳಿಕೆಗಳು ನನ್ನ ಅರಿವು ಮತ್ತು ನಂಬಿಕೆಯ ಅತ್ಯುತ್ತಮಕ್ಕೆ ನಿಜವಾಗಿದೆ ಮತ್ತು ಸರಿಯಾಗಿದೆ ಎಂದು ನಾನು ಇಲ್ಲಿ ಘೋಷಿಸುತ್ತೇನೆ.

Adviser Name
ಸಲಹೆಗಾರನ ಹೆಸರು

Adviser Code
ಸಲಹೆಗಾರನ ಸಂಖ್ಯೆ

Date
ದಿನಾಂಕ

Signature of Adviser
ಸಲಹೆಗಾರನ ಸಹಿ

A Joint Venture between Dabur Invest Corp and Aviva International Holdings Limited

Aviva Life Insurance Company India Ltd. Aviva Tower Sector Road Opp Golf Course DLF Phase V Sector 43 Gurgaon-122003 Haryana India
Tel. + 91 (0)124 270 9000 Fax +91(0)124 257 1209
www.avivaindia.com

Registered Office: 2nd floor Prakashdeep Building 7 Tolstoy Marg New Delhi 110001 India.

Corporate Identity Number (CIN): U66010DL2000PLC107880 IRDA of India Registration No. : 122

Insurance is the subject matter of the solicitation.

ವಿಮೆಯು ಕೋರಿಕೆಯ ವಿಷಯ ವಿಚಾರವಾಗಿದೆ

Sundee Press/NGSK/March 2014