

Proposal Number പ്രോപ്പോസൽ നമ്പർ	NGS
Adviser Name ഉപദേശകന്റെ പേര്	
Adviser Number ഉപദേശകന്റെ നമ്പർ	

Customer ID (for existing customer) കസ്റ്റമർ ഐഡി (നിലവിലുള്ള ഉപഭോക്താവിന്)	
Voucher Number വാച്ചർ നമ്പർ.	

Date തീയതി	
Drawn on പിൻവലിക്കപ്പെട്ടത്	



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

അവീവ നയി ഗ്രാമീൺ വേണ്ടിയുള്ള പ്രപോസൽ ഫോം

ചുരിപ്പുകൾ ഉൾപ്പെടെ)ത്തിന്റെ വിശദാംശങ്ങളിൽ അഭ്യർത്ഥകൻ സംയുക്തനായിരിക്കണം കൂടാതെ ഉത്പന്ന(ങ്ങളുടെ)ത്തിന്റെ കീ വിചലുർസ് പ്രോപ്പർട്ടി പ്രത്യേകം ശ്രദ്ധിക്കുകയും വേണം പ്രതിത്തിയാക്കിയ അഭ്യർത്ഥനയ്ക്ക് കരാർ പ്രദാനം ചെയ്തെങ്കിലും കമ്പനി നൽകുന്ന റസിപ്റ്റ്, അപായ സാധ്യത ഏറ്റെടുക്കുവാനുള്ള ഒരു ബാധ്യതയും കമ്പനിക്ക് നൽകുന്നില്ല. അപായ സാധ്യത ഏറ്റെടുത്ത് പോളിസി നൽകുന്ന നമുക്ക് ആപോളോ കമ്പനിക്ക് ഇതിന്റെ ചുമതല ഉണ്ടായിരിക്കുന്നതല്ല. ഇവ ആപോളോ പ്രിൻസിപ്പിൾ ന്റെ ക്യാഷ്ഡോ ഡിമാന്റ് ചെക്കായോ ഡിമാന്റ് ഡ്രാഫ്തായോ, ശാഖ ഓഫീസ് നിലനിൽക്കുന്നിടത്ത് അവൈവ ലൈഫ് ഇൻഷുറൻസ് അക്കൗണ്ട് പ്രൊപോസൽ നമ്പർ സംരംഭസംരംഭസംരംഭസംരംഭം അടക്കാവുന്നതാണ് അല്ലെങ്കിൽ കമ്പനി അംഗീകരിച്ച മറ്റേതെങ്കിലും രീതികളിൽ അടക്കാവുന്നതാണ്.

ക്യാഷ് നീക്കലോടൊത്ത്, റിഫണ്ടിംഗ് (എലിജിബിൾ ഉറപ്പാക്കി) എന്നിവ ചെക്കുകൾ മുദ്രപേ മറ്റേതെങ്കിലും നിർവ്വഹിക്കേണ്ടത് അല്ലെങ്കിൽ ക്ഷേപി അംഗീകരിച്ച പോലെ മറ്റ് ഏതെങ്കിലും വിധത്തിൽ.

ലുപ്താർ കൃത്യമായ വിവരങ്ങൾ ആവശ്യപ്പെടുന്നത് പോലെ നൽകുന്നതിൽ പ്രൊപ്പോസർ വീഴ്ച വരുത്തുകയോ അല്ലെങ്കിൽ വിവരങ്ങൾ തെറ്റിദ്ധരിപ്പിക്കുന്ന രീതിയിലായാലോ, പോളിസി യുടെ കരാർശ്രേത നിയമസാധ്യതയില്ലാത്തതായി പ്രഖ്യാപിക്കാൻ ഇഷ്ടയുണ്ട്.

ഘരമ്പ്രവേശനയ്ക്കു ജാഹഗിര റ്റ യിലുപയോഗം

Life to be Insured Details (Please complete in CAPITAL LETTERS) ജീവിത രക്ഷാഭാഗ്യപദ്ധതിയിലേക്കുള്ള വിശദാംശങ്ങൾ (ഭവനായി വലിയ അക്ഷരത്തിൽ മാത്രം)

Surname കുടുംബപ്പേര്		Forenames പൂർവ്വനാമം		Father's/Husband's Name പിതാവിന്റെ/ഭർത്താവിന്റെ പേര്	
Mailing Address ആശയവിനിമയത്തിനുള്ള മേൽവിലാസം					
Village ഗ്രാമം		P.O. പി.ഒ.			
Mandal/Taluka/Town താലൂക്ക്/മണ്ഡൽ/നഗരം		District ജില്ല			
State സംസ്ഥാനം		പിൻ കോഡ് Pincode			
Permanent Address സ്ഥിരം മേൽവിലാസം					
Village ഗ്രാമം		P.O. പി.ഒ.			
Mandal/Taluka/Town താലൂക്ക്/മണ്ഡൽ/നഗരം		District ജില്ല			
State സംസ്ഥാനം		പിൻ കോഡ് Pincode			
Proof of Address മേഖലാസം തെളിയിക്കുന്ന രേഖ					
Gender ലിംഗം പുരുഷനോ, സ്ത്രീയോ		Life Insured's Annual Income Rs. ലൈഫ് അഷ്യർ ചെയ്യപ്പെട്ടയാളുടെ വാർഷിക വരുമാനം രൂപ:		Occupation തൊഴിൽ	
Male ☐		Female ☐			
Date of Birth ജനന തീയതി		Marital Status ഇനക്കാരനല്ല		Single ☐	
dd		mm		yy	
തീയതി		മാസം		വർഷം	
Age Proof പ്രായത്തിനുള്ള തെളിവ്		School Certificate സ്കൂൾ/കോളേജ് സർട്ടിഫിക്കറ്റ്		Married ☐	
				Widow(er) വിധവാ/വിധവ ☐	
				Divorced ☐	
				Voter ID/Ration Card ☐	
				Others മറ്റ് ☐	

Policy Details പോളിസി വിവരങ്ങൾ

Sum Assured (Rs. in figures)		Premium (Rs. in figures)		Preferred Mode of Payment		Cash ☐	Cheque ☐	Demand Draft ☐	Others ☐
നിശ്ചയിക്കപ്പെട്ട തുക (രൂപ അക്കങ്ങളിൽ)		പ്രീമിയം (രൂപ അക്കങ്ങളിൽ)		ഇഷ്ടപ്പെട്ട പേയ്മെന്റ് രീതി		പ്രീമിയം	ചെക്ക്	ഡിമാന്റ് ഡ്രാഫ്റ്റ്	മറ്റ്
Policy Term (PT)	5 Years ☐	10 Years ☐							
പോളിസി കാലാവധി	അഞ്ച് വർഷങ്ങൾ	പത്തു വർഷങ്ങൾ							
Do you have Aadhar Number	Yes ☐	No ☐	If yes please provide Aadhar Number :						
നിങ്ങളുണ്ട് ആധാർ നമ്പർ ഉണ്ടോ	അതെ	അല്ല	ഉണ്ടെങ്കിൽ ആധാർ നമ്പർ നൽകുക						

Nomination Details നാമനിർദ്ദേശ വിശദാംശങ്ങൾ

നോമിനിയുടെ പേര് Name of the Nominee (Under section 39 of the Insurance Act 1938) _____ (ഇൻഷുറൻസ് ആക്ട് 1938 ലെ സെക്ഷൻ 39 ന് വിധേയം) Relationship to the Life to be Insured _____ ഇൻഷുർ ചെയ്യപ്പെടേണ്ട ലൈവ്യാമായുള്ള ബന്ധം Date of Birth _____ ജനന തീയതി Address _____ വർഷം	If Nominee is a Minor, please give appointee details below. നാമനിർദ്ദേശം ചെയ്യപ്പെടുന്നയാൾ പ്രായപൂർത്തി ആകാത്തതായാണെങ്കിൽ, നിയുക്ത വ്യക്തിയുടെ വിശദാംശങ്ങൾ നൽകുക Name of the Appointee _____ രക്ഷാധികാരിയുടെ പേര് Relationship to the Minor _____ ജനന തീയതി Date of Birth _____ ജനന തീയതി Address _____ മേൽവിലാസം Signature _____ രക്ഷാധികാരിയുടെ ഒപ്പ്
--	--

Declaration of Good Health of the life to be insured

A. Are you in good health?	☐ Yes	☐ 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?	☐ Yes	☐ 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?	☐ Yes	☐ 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?	☐ Yes	☐ No
E. Are you currently pregnant? (if applicable)	☐ Yes	☐ No

ഉത്തമമായ ആരോഗ്യ പ്രസ്താവന

നിങ്ങൾ നല്ല ആരോഗ്യത്തിലാണോ?	☐ അതെ	☐ അല്ല
നിങ്ങൾക്ക് എന്നെങ്കിലും, ഒരു ഹൃദയാഘാതമോ, മസ്തിഷ്കഘാതമോ, ഉയർന്ന രക്തസമ്മർദ്ദമോ, തളർവാതം, കാൻസർ, പ്രമേഹം, വൃക്കരോഗം, തുടങ്ങിയവയോ, കൾഡ് വീക്കമോ, മാനസിക അസാസ്ഥ്യമോ, എച്ച്ഐവി രോഗബാധയോ, എയ്ഡ്സോ, ഉയ്യിട്ടുമാ, കൊളമ്പ്സ്ട്രോൾ, രക്തം ഡിസോർഡർ, ശ്വാസകോശ ഡിസോർഡർ ഒപ്പം ആത്മവിശ്വാസക്കുറവ് ഡിസോർഡർ ?	☐ അതെ	☐ അല്ല
നിങ്ങൾ നിലവിൽ ഏതെങ്കിലും ലഘു അവസ്ഥകൾക്ക് (ഉദാഹരണം, ജലദോഷം ഒപ്പം പനി) വേണ്ടി, ഒന്നുകിൽ വൈദ്യൻ നിർദ്ദേശിച്ചത് അല്ലെങ്കിൽ നിർദ്ദേശിക്കാത്തതുമായ, ചികിത്സാ അല്ലെങ്കിൽ മരുന്നുകൾ എടുക്കുന്നുണ്ടോ, അല്ലെങ്കിൽ നിങ്ങൾ കഴിഞ്ഞ അഞ്ച് വർഷത്തിനിടയിൽ ഏതെങ്കിലും രോഗം, ഡിസോർഡേർ, വൈകല്യം അല്ലെങ്കിൽ പരിക്ക് അനുഭവിച്ചിട്ടുണ്ടോ, ഉണ്ടെങ്കിൽ അവയുടെമുന്നെ തോന്നിയ ഏതെങ്കിലും രൂപത്തിൽ മെഡിക്കൽ അല്ലെങ്കിൽ പ്രത്യേക പരിശോധന (നേഞ്ച് എക്സ്റേ, ലൈനേജാലോഗികൾ അന്വേഷണങ്ങൾ, പ്ലാപ് വർറായി, അല്ലെങ്കിൽ രക്തപരിശോധന ഉൾപ്പെടെ), വിദഗ്ദ്ധാഭിപ്രായം അല്ലെങ്കിൽ ചികിത്സാ ലഭിച്ചിട്ടുണ്ടോ	☐ അതെ	☐ അല്ല
നിങ്ങൾ കഴിഞ്ഞ രണ്ടു വർഷത്തിനിടയിൽ ഏതെങ്കിലും അസ്വഖത്തത്തുടർന്ന് ഏതു ദിവസം അല്ലെങ്കിൽ അതിലധികമോ തുടർച്ചയായി തൊഴിലില്ലാത്ത മാറി നിൽക്കാൻ കാരണമാകുകയോ അല്ലെങ്കിൽ നിങ്ങളുടെ ആരോഗ്യം നിങ്ങളുടെ ദൈനംദിന പ്രവർത്തനങ്ങളിൽ ഏതെങ്കിലും പരിമിതികൾ വരുത്തിയിട്ടുണ്ടോ?	☐ അതെ	☐ അല്ല
നിങ്ങൾ ഗർഭിണിയാണോ? ബാധകമാണെങ്കിൽ	☐ അതെ	☐ അല്ല

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 nderstood the significance of the proposed contract.

പ്രഖ്യാപനം

ഞാൻ ഇതിനാൽ ഇത് പ്രഖ്യാപിക്കുന്നു

- a) പ്രോപോസൽ ഫോമില് അർത്ഥവും സന്ദർഭവും, അതിലുള്ള ചോദ്യങ്ങളും ഞാൻ പൂർണ്ണമായി മനസ്സിലാക്കുന്നു ഒപ്പം പൂർത്തീകരിച്ച് പ്രോപോസൽ എന്റെ സന്താന വകയായി സമർപ്പിക്കുന്നു, അത് കൂടാതെ പ്രോപോസൽ ഉണ്ടാക്കുവാൻ ആരും എന്നെ സാധ്യീനിച്ചിട്ടില്ല എന്ന് ഞാൻ സ്ഥിരീകരിക്കുന്നു.
- b) ഇതിൽ പറയുന്ന പ്രസ്താവനകൾ, പ്രഖ്യാപനങ്ങൾ ഭൗതിക വസ്തുതകൾ എന്റെയും കമ്പനീ യുടെ തമ്മിലുണ്ടായ കരാറിന്റെ അടിസ്ഥാനത്തിലായിരിക്കും, അത് കൂടാതെ ഏതെങ്കിലും അസത്യമായ പ്രസ്താവന, പ്രഖ്യാപനങ്ങൾ ഭൗതിക വസ്തുതകൾ അതിൽ അടങ്ങിയിട്ടുണ്ടെങ്കിൽ, കമ്പനീക്ക് പോളിസി, അഥവാ എടുത്തിട്ടുണ്ടെങ്കിൽ, റദ്ദാക്കാൻ അവകാശമുണ്ട്, കൂടാതെ അടച്ച് പണത്തിൽ എനിക്ക് നഷ്ടപരിഹാരം ഉണ്ടാകാം.
- c)എന്റെ പ്രപോസല് കമ്പനിയിൽ സമർപ്പിക്കുന്ന കാലം മുതൽ കമ്പനീ അപകട സാധ്യതയുടെ ഉത്തരവാദിത്തം ഏറ്റെടുത്ത് പോളിസി പുറപ്പെടുവിപ്പിക്കുന്നത് വരെ, പ്രപോസല് ഫോമിൽ വരുത്തിയ ഏതെങ്കിലും പ്രസ്താവനകൾ, പ്രഖ്യാപനങ്ങൾ പിന്നെ ഭൗതിക വസ്തുതകളിൽ ഏതെങ്കിലും മാറ്റമുണ്ടെങ്കിൽ, ഞാൻ ഉടനെ തന്നെ രേഖാമൂലം കർപനിയെ വിവരമറിയിക്കുകയും ചെയ്യും, അതിൽ പരാജയപ്പെട്ടാൽ കമ്പനീ ക്ക് പോളിസി, അഥവാ എടുത്തിട്ടുണ്ടെങ്കില്, റദ്ദാക്കാൻ അവകാശമുണ്ട്, കൂടാതെ അടച്ച് പണത്തില് എനിക്ക് നഷ്ടപരിഹാരം ഉണ്ടാകാം.
- d) കർപനിക്ക് കിട്ടാനുള്ള ഏതെങ്കിലും ഭാവി പ്രീമിയം അല്ലെങ്കിൽ മറ്റ് വീട്ടിലുകൾ ഒരു ഉപദേശ്വാര് മുഖേനയാണ് ഞാൻ ഉന്നയിച്ചതെങ്കിൽ, പിന്നീട് തുകകൾ ലഭിക്കുന്നത് വരെ കർപനി ഉത്തരവാദി ആയിരിക്കുന്നതല്ല ഒപ്പം കർപനി തിരിച്ചറിയാതെ സമയ പരിധിക്കുള്ളിൽ പണം രസീത് വേണ്ടി വ്യവസ്ഥ ഉന്നയിക്കുന്നു.
- e) എന്റെ വ്യക്തിപരമായ വിവരങ്ങൾ ഏതെങ്കിലും ചികിത്സാ സംബന്ധിയായ ഉദ്യോഗസ്ഥർ, ആശുപത്രി, ഒപ്പം ക്ലിനിക്, തൊഴിലുടമ, സ്ഥാപനം, അല്ലെങ്കിൽ മറ്റേതെങ്കിലും വ്യക്തിയോ വ്യക്തികളോ അറിവ ജീവിതം ഇൻഷുറൻസ് നൽകാൻ ഇടയുണ്ട് എന്ന് ഞാൻ സ്ഥിരീകരിക്കുന്നു, അതിൽ എന്റെ ആരോഗ്യം, ചികിത്സാ സംബന്ധിയായ ചരിത്രം, എപ്പോഴെങ്കിലും ആശുപത്രിയിൽ കിടക്കേണ്ടി വന്നതിനെ കുറിച്ച്, ഉപദേശം, രോഗനിർണയം, ചികിത്സ, രോഗം അല്ലെങ്കിൽ വല്ലായ്മ എന്നതിനെ കുറിച്ചുള്ള ഏതെങ്കിലും അഥവാ എല്ലാ വിവരങ്ങളും ഉണ്ടാകാം. ഞാൻ എന്റെ പ്രപോസല് ന്റെ ഭാഗമായി ഒരു സങ്കാര്യ മെഡിക്കൽ അന്വേഷണത്തിന് വരെ സമ്മതിക്കുകയാണ്.

കമ്പനി യെ ഈ പ്രപോസല് ന്റെ കീഴിലും കൂടാതെ അതിന് ശേഷം എപ്പോൾ വേണമെങ്കിലും വരുന്ന അപകട സാധ്യതകളെ വിലയിർത്താൻ പ്രാപ്തമാക്കാനായി, ഞാൻ / ഞങ്ങൾ ഇതിനാൽ കമ്പനിയായിച്ച് ഏർപ്പെടുത്തിയ എന്റെ കഴിഞ്ഞകാലത്തെയും ഇന്നത്തെയും തൊഴിലുടമ (ങ്ങൾ) / വ്യവസായ പങ്കാളികൾ, എന്റെ വൈദ്യസംബന്ധിയായ തൊഴിൽ നടത്തുന്നവർ / ആശുപത്രി / വൈദ്യസംബന്ധിയായ സ്രോതസ്സ് / ഏതെങ്കിലും ജീവിതമുള്ളതും ജീവിതമില്ലാത്തതും ആയ ഇൻഷുറൻസ് കർപനി / അല്ലെങ്കിൽ ജീവിതം രക്ഷാഭാഗം സംഘടന അഥവാ വൈദ്യസംബന്ധിയായ പട്ടിക, റി ഇൻഷുറേർ, അവകാശം അന്വേഷിക്കുന്നവർ, നിയമം, മെഡിക്കോലീഗൽ ഉദ്യോഗസ്ഥർ, മുന്നാം കക്ഷി സേവന ദാതാക്കൾ അധികാരപ്പെടുത്തുന്നു. അവ കമ്പനിയുടെ പ്രവർത്തനത്തിന് വേണ്ടി പിന്തുണ നൽകുന്നതിനു ഉപകാരപ്പെടുന്നു കൂടാതെ എന്റെ / നമ്മുടെ തൊഴിൽ / വ്യവസായം അല്ലെങ്കിൽ എന്നെ കുറിച്ചുള്ള മറ്റ് വിശദാംശങ്ങളും, അത്തരം രേഖകളും പ്രസക്തമായ പരിഗണിക്കാം എന്നുമാവാം. എനിക്ക് / ഞങ്ങൾക്ക് ഏതെങ്കിലും ഉല്ലാസങ്ങളും സേവനങ്ങളും ബന്ധപ്പെട്ട പ്രൊമോഷണൽ മെറ്റീരിയൽ അർപ്പിക്കുന്നതിന്റെ / നല്ലുന്നതിന്റെ ആവശ്യത്തിനായി എന്ന / ഞങ്ങളെ കുറിച്ചുള്ള വിവരങ്ങൾ അറിവ ജീവിതം ഇൻഷുറൻസ് കർപനി ഇന്ത്യ ലിമിറ്റഡ് ശേഖരിക്കുകയും ഉപയോഗിക്കുകയും ചെയ്യേക്കാം. ഏതെങ്കിലും കാരണത്താൽ ഈ അഭ്യർത്ഥന എനിക്ക് പൂർത്തിയാക്കുവാൻ കഴിയാത്ത സാഹചര്യത്തിൽ, ഇൻഷുറൻസിനു വേണ്ടിയുള്ള ഈ അപേക്ഷയുടെ ഉള്ളടക്കം പൂർണ്ണമായും എനിക്ക്/ഞങ്ങൾക്ക് വിശദമാക്കിത്തന്നുവെന്നും ഈ നിർദ്ദിശ്കരണിന്റെ പ്രാധാന്യം എനിക്ക്/ഞങ്ങൾക്ക് ശരിക്കും മനസ്സിലായെന്നും ഞാൻ/ഞങ്ങൾ ഇതിനാൽ പ്രഖ്യാപിക്കുന്നു.

Signature/Thumb impression of Life to be Insured
 ഇൻഷുർ ചെയ്യുന്ന ലൈഫിന്റെ ഒപ്പ്/പെരുവിരൽ മുദ്ര

Date തീയതി

Place സ്ഥലം

Adviser Name
ഉപദേശകന്റെ പേര്

Adviser Code
ഉപദേശകന്റെ നമ്പർ

Date
തീയതി

Signature of Adviser
ഉപദേശകന്റെ യുടെ ഒപ്പ്

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.
ഇൻഷുറൻസ് അഭ്യർത്ഥനയുടെ വിഷയമാണ്

Sundeeep Press/NGSK/March 2014