FOR OFFICE USE	ONLY కేవలం ఆఫీ	న్ ఉపయోగం కోసమీ						
Proposal Number ప్రతిపాదన సంఖ్య	NGS		Customer ID (for existing o క్రైంట్ ఐడి: (ఇపృటికీ ఉన్న వినిం					
Adviser Name ಷಿವಾಷಿಲಟಸಾಷ್ಟ್ರಠಿಶಾಷ			Voucher Number			AVIVA		
Adviser Number			ವೋಚರ್ ಸಂಖ್ಯೆ					
೩ವಾಷಿಲಟಸಾವೃಟ್ನಾಶ PROPOSAL DEPO	L ISIT DETAILS =					fe Insurance		
	T DE IAILO	Jyang and a control and a control	Date ದಿನಾಂಕ					
Cheque/DD No. ಚೆಕ್/ಡಿಡಿ ಸಂ.			Drawn on					
Amount ಪೊತ್ತ			ಈ ದಿನ ಡ್ರಾ ಮಾಡಲಾಗಿದೆ					
Notes:		-	Grameen Suraks		rochure of the product.	rick, and the Company		
THE DIODOSEL O	onnis to dive full	i and accurate information a	duct and must pay specific atte payment does not create any ob id issued the policy. paid by cash, crossed cheque c her manner as may be approved ue or in any other manner as ma s required or misrepresents an d in accordance with section 45	iv illionitiation, the contract c	e to Aviva Life Insurance iny. an be cancelled immed	Account Proposal		
		ಪ್ರಸ್ತಾವನೆ ನಮೂನೆ						
సూచనలు:	24-16-22-2	X. XX,0X0 - X X10 - 0	(10/) 8 V 0 0 5 V 0 4	24 m 4 E h. 4 4 h h h h				
2 2	Ŭ.		క్పత్తి(ల)కి సంబంధించి కీలక వివరాలతో కూఁ పీసీందుకు కంపెనీ తరపున ఎటువంటి బాధ్యత తీసుకోబఁ		ము పాలసీని జారీ చేసిన సమయం చరకా	మాత్రం కంపెనీ ఎట్టువంటి బాదంత వహించరు		
· = -			ూపంలో బ్రాంచ్ ఆఫీస్ వద్దయినా లేదా కంపెనీ ఆషె	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·		- ·		
నగదు డిపాజిట్ల కోసం,	రిఫండ్లు(ఏపైనా ఉ	ంటే) చెక్కు ద్వారా మాత్రవే జరుగ	ఎనులేదా కంపెనీ ద్వారా సమ్మతించబడిన మరేదై:	రా పద్ధతిలోగానీ				
-	_	్రార్తి మరియు ఖచ్చితమైన సమాచ	వారం ఇవ్వకుండా తప్పిస్తే లేదా సమా	ాచారం తప్పుగా ఉంటే, పాలసీ ఒక	ప్పందం రద్దయినట్టుగా ప్రకట్	ించవచ్చు.		
వయసు ధృవీకరణ తష	ప్పనిసర.							
Life to be Ins			CAPITAL LETTERS) జీవితబీమా	చేయవలసినవారి వివరాలు కేవల	ం పెద్ద అక్షరాల్లోనే నింప	ಂಡಿ		
Summara		Mr/Mrs/Miss/Ms మిస్టర్/మిసెస్/వి	<u> బస్</u>					
Surname ఇంటి Forenames _{ముంద}								
Father's/Husban								
తండి / భర్త పేరు Mailing Addre	⊵ss [
పుట్టి నతేద్	,	Village గ్రామం P.O. పోస్టాఫీసు						
		Mandal/Taluka/Town తాలూకా / మండల్ / టౌస్ District జిల్లా						
	_	State రాష్ట్రం			్రోడ్ Pincode			
Permanent Addı	_	ຄ						
పుట్టి నతేద		Village గ్రామం		P.O. ప్రోస్టాఫీసు				
		Mandal/Taluka/Town ഈയ		District ಜಿಲ್ಲ್				
	_	State రాష్ట్రం	· / ωοαθ / ει λ		స్ట్ Pincode			
Proof of Addres	_				3 8 66 1 111222			
చిరునామా నిరూపణ	_							
Gender లింగం:	ు పురు	Male Female మ్మడు స్త్రీ	Life Insured's Annual Ir జీవిత బీమా చేయించుకునీ వ్యక్తి వార్తి	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	 Occupatic వృత్తి	ın		
		9						
Date of Birth పుట్టి నతేదీ		dd mm yyyy తేదీ నెల సంవత్సరం		Certificate	Widow(er) విధవ (భార్యావిహీనుడు) Others ఇతరత్రా	Divorced ລືຂາຮັບ ນ້ຳດໍລິລ໌ ສູ່ເຮຼົ່		
Policy Detail	s పాలసి వి	వరాలు						
Sum Assured(Rs హామీ ఇచ్చిన మొత్తం		Premiur ည်ညီလ	m (Rs. in figures) సుం (అంకెల్లో రూ.)	Preferred Mode of Payment Cas ఇష్టపడే చెల్లింపు నగడ	on Cheque D	emand Others orașt డ్రాఫ్ట్		
Policy Term (PT)	5 Years 5 సంవత్సరా			ఎద్ధతి				
పాలసీ వ్యవధి (పీటీ) Do you have Aadl	lhar Number Ye	es No If	yes please provide Aadhar Num	ber ·				
ఆధార్ నెంబరు			ర్ నెంబరు ఉంటే రాయండి	~				
Nomination	Details ನ್	్మినీ వివరాలు						
నామినీ పేరు				If Nominee is a Mino	or, please give appo	ointee details below.		
Name of the Nominee	ct 1938)			నామినీ మైనర్ అయితే, దయ Name of the Appointee	ುವೆಸಿ ನಿಯಮಿತ ವ್ಯಕ್ತಿ ವಿವರ್	బు తెలపండి		
(1938 బిమాచట్టం లోని 39 ລ Relationship to the	e బీమా చెయ్యబడే ´			నియమిత వ్యక్తి పేరు Relationship to the Minor				
Life to be Insured			7	పుట్టి నతేదీ				
Date of Birth పుట్టినతేదీ		dd mm yyyy		Date of Birth తేదీ		уууу _		
Address		కేదీ సెల సంవత్సరం		Address ವಿಳಾಸ	^{నల సంవత్సరం}	మీనరుతో ఉన్న బంధం		
చిరునామా				Signature				
				of the Appointee నియమిత వ్యక్తి సంతకం				

Declaration of Good Health of the life to be insured Yes □ No A. Are you in good health? 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? ☐ No Yes 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 Yes ☐ No E. Are you currently pregnant? (if applicable) ఆరోగ్యం బాగుందని ప్రకటన మీరు ఆరొగ్యం గా ఉన్నారా 🔲 అవును 🔲 కాదు మీకు ఎప్పుడైనా గుండి సంబంధ సమస్యలు, గుండి పోటు వచ్చాయా, ప్రావర్ టెన్షన్, షక్షవాతం, క్యాన్సర్, మధుమీహం, కిడ్మి సమస్యలు, మానసిక ఆనారొగ్యం, హెచ్ ఐవి ఇస్పెక్షన్ లీదా ఎయిడ్స్ వంటి సమస్యలు ఉన్నయా? అవును 🔲 కాదు ్రస్తుతం మామూలు అనారోగ్య పరిస్థితులు (ఉదా. జలుబు, ప్లూ) కాకుందా, మీరు దాక్టరు ద్వారా నిర్ధారించబడిన మందులు గానీ, నిర్ధారించబడినవి గానీ ఏవైనా మందులు లేదా [డగ్స్ తీసుకుంటున్నారా, లేదా మీరు గత ్ర ఏక్షలో ఎప్పుడైనా ఎలాంటి వైద్యపరమైన లేదా ప్రత్యేకమైన పరీక్ష (ఎక్క్-లేలు, గైనలాజికల్ పరీక్షలు, పాప్ స్మియర్, లేదా బ్లడ్ బెస్ట్లలకో సహాస్త్ర చేయవలసి పచ్చిన అనారోగ్యం, లోపాలు, అశక్తత లేదా గాయాల వంటి వాటితో బాధపద్ధారా, వాటికి కన్నట్లేషన్ లేదా చికిత్స తీసుకున్నారా? 🔲 ఆవును 🔲 కాద గత రెండేక్ల కాలంలో మీరు వరుసగా 7 రోజులపాటు పనికి వెళ్లలేనంతగా ఏదైనా అనారోగ్యం వచ్చిందా లేదా మీ సాధారణ విధి నిర్వహణ చేయదంలో ఏదైనా ఆరోగ్యవరమైన ఇబ్బందులు కలిగాయా? 🔲 అవును 🔲 కాదు

🔲 అవును 🔲 కాదు

DECLARATION

మీరు గర్భవతా?

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.

డిక్రేషను

నేను ఇందుమూలముగా ప్రకటిస్తున్నది ఏమంటే

- ఎ) డ్రవేజల్ ఫారం అర్థం, పరిధి మరియు అందులో ఉన్న డ్రశ్నలు గురించి నాకు పూర్తిగా అర్థమైంది మరియు నా స్వీయసమ్మతిపై పూర్తి చేసిన డ్రవోజల్ని సమర్పిస్తున్నాను. అలాగే ఈ ద్రవోజల్ చేయమని ఎవరి ద్వారానూ నేను డ్రవేరిపించబడలేదని నిర్వారిస్తున్నాను.
- 2) స్టేటిమెంట్లు, డిక్లరేషన్లు జక్కడ జారీ చేయబడిన భౌతిక వాస్తవాలను నాకు మరియు కంపెనీకి మధ్య జరిగిన ఒప్పందం ఆధారంగా ఉంటాయి, మరియు ఒకవేళ ఇక్కదున్న స్టేటిమెంట్లు, డిక్లరేషన్లు, భౌతిక వాస్తవాలలో ఏదైనా అవాస్తవమని తేలిన యొదల, కంపెనీకి పాలసీ రద్దు చేసే హక్కు ఉంటుంది. ఒకవేళ అలా పాలసీ రద్దు జారీ చేయబడితే నేను చేసిన ఏవైనా చెల్లింపులను వదులుకోవాల్సి ఉంటుంది.
- (సి) నేను కంపెనీకి డ్రపోజల్ సమర్పించినప్పటి నుంచీ కంపెనీ రిస్కు గ్యారంటీతో పాలసీ జారీ చేసే వరకు,ఒకవేళ డ్రపోజల్ ఫారంలో ఇచ్చిన స్టేటిమెంట్లు, డిక్లరేషన్లు, భౌతిక వాస్తవాలలో ఎలాంటి మార్పు అయినా ఉంటే, నేను డ్రాతపూర్వకంగా కంపెనీకి తెలియజేస్తాను, ఒకవేళ అలా చేయడంలో విఫలమైతే కంపెనీ పాలసీని రద్దు చేయవచ్చు, నేను చేసిన ఏవైనా చెల్లింపులను వదులుకోవాల్సి ఉంటుంది.
- (డి) ఒకవేళ ఏదైనా భవిష్యత్తులో కట్టాల్సిన డ్రీమియంని లేదా కంపెనీకి బాకీ ఉన్న ఆశర చెల్లంపులని నేను ఎవరైనా సలహాదారుకి ఇచ్చినపుడు, ఆ మొత్తాలు కంపెనీకి అందకపోయినా, కంపెనీ ద్వారా సకాలంలో గుర్తించకపోయినా, దానికి కంపెనీ బాధ్యత వహించదు. కంపెనీ ద్వారా చెల్లింపుల రసీదు కోసండిమాందు చేయబడవచ్చు.
- ఇ) అవివా లైఫ్ ఇన్ఫూరెన్స్ ఏర్పాటు చేసిన ఏ వైద్యుడు, ఆసుపుత్రి, క్లినిక్, యజమాని, సంస్థ, లేదా ఏ ఇతర వ్యక్తి లేదా వ్యక్తులకు గానీ నా ఆరోగ్యం, నా వైద్య చరిత్ర,ఏదైనా ఆసుపుత్రిలో ఉండదం జరిగినా, ఏదైనా జబ్బు లేదా వ్యాధికి సలహా తీసుకున్నా, వ్యాధి నిర్వారణ, చికిత్స జరిగినా, నా వ్యక్తిగత సమాచారాన్ని అందించవచ్చునని నేను నిర్వారిస్తున్నాను.

ఈ డ్రమోజల్ క్రింద ఉన్న రిస్కుస్ మరియు ఆ తర్వాత ఎప్పుడైనా వచ్చే రిస్కుస్ అంచనా వేయడానికి కంపెనీకి తగిన వీలు కల్పిస్తూ, గతంలోనూ మరియు ఇప్పుడూ గల యజమాని (లు)/నా వ్యాపార సహచరులు, నా వైద్య నిపుణుడు/ ఆసుపుత్రివైద్యమూలం/ఏదైనా జీవిత మరియు జీవితేతర మీమా కంపెనీ/లేదా జీవిత మీమా అసోసియేషన్ లేదా మెడికల్ రిజిస్టరు, రీఇన్స్వూరర్, క్లయిమ్స్ ఇన్వెస్టిగేటర్లు, న్యాయపరమైన, మెడికో–లీగల్ ప్రొఫెషనల్స్, నా/మా ఉద్యోగ/వ్యాపార లేదా సందర్భోచితమని భావించబడిన నాకు సంబంధించిన ఇతర వివరాల రికార్డులతో కంపెనీకి కార్యకలాపాల మద్దతు లో సహకరించే థర్డ్ పార్టీ సర్వీసు ప్రొవైదర్లను నేను/మేము ఇందుమూలముగా ద్రమాణీకరిస్తున్నామ/ము. ఏ ఉత్పత్తులు మరియు సర్వీసులకి సంబంధించి అయినా ప్రొమోషనల్ మెటీరియల్ ఇవ్వదానికీ/ ఆఫర్ చేయదానికైనా అవీవా జీవిత మీమా కంపెనీ ఇండియా లిమిటెడ్ ద్వారా నా/మా గురించిన సమాచారం సేకరించవచ్చు మరియు ఉపయోగించుకోవచ్చు.

ఒకవేళ ఏదైనా కారణం చేత ఈ ప్రతిపాదనని సేను నింపకన్నక్షై, ఖీ బుగ్లో శ్రీస్తాహేక్షాజ;అస్యూజక్షీ ఖ్యాగ్ల్లోప్ట్లో ఎకారాకాస్యూశాళాల బ్యాప్డ్లో కాజుత్వత్తీష్ట్ర కారుణం చేత ఈ ప్రతిపాదనని సేను నింపకన్నక్ష్మ, ఖీ బుగ్లో శ్రీస్తూహేక్షాజ;ఆస్యూజక్షీ ఖ్యాగ్ల్లోప్ట్లో ఎకారాక్ష్మాలు ఉమాష్ట్రాడ్లు కారణం చేత ఈ ప్రతిపాదనని సేను నింపకన్నక్ష్మ, ఖీ బుగ్లో శ్రీస్తూహేక్ష్మ జాతా మూహ్హామ్హాత్లు అమాష్ట్రాడ్లు కారణం చేత ఈ ప్రతిపాదనని సేను నింపకన్నక్ష్మ, ఖీ బుగ్లో శ్రీస్తూ కాజాకార్లు కార్హాడ్లు కార

Date Place ශ්‍ර ඵ	
යිල් සිත්ත විශාංජාජාව impression of the following in th	
ernacular Declaration (to be handwritten by the life to be insured/proposer) బతీమాదారు/ప్రపోజర్ ఈ త్రింద ఇవ్వబడిన దీక్షరేషన్ని ఈ త్రింద ఇవ్వబడిన జాక్సులో నింపాలి:	
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 propo జీవితవీమాదారు/పపోజర్ ఈ త్రింద ఇవ్వబడిన డిక్లరేషన్ని ఈ త్రింద ఇవ్వబడిన బాక్కులో నింపాలి: ఈ బీమా దరఖాస్తులోని వివరాలన్నీ నాకు/మాకు చక్కగా వివరించారని మరియు ప్రతిపాదిత ఒప్పందం యొక్క ప్రాముఖ్యతను సేను/మీము పూర్తిగా అర్ధం చేసుకున్నామని సేను/వే	
Signature/Thumb impression of Life to b	o Inquired
Signature/Thumb impression of Life to b జీవిత బీమా చేయించుకునే వ్యక్తి సంతకం/బొటగ	
eclaration by the person filling in the form (in case of signature in vernacular language, thumb impression and/or in c	ase the proposal has
ot been filled in by the proposer). త్రాన్ని నింపి వ్యక్తిచే ప్రకటన (సంతకం వ్యవహారిక భాషల్ ఉంటే, బొటన పేలి ముద్ర మరియు లేదా ప్రతిపాదనని ప్రతిపాదకుడు నింపని పక్షంలో).	
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 sai recorded the answers given by the life to be insured/proposer.	me and I have truthfully
Declarants* Name and Address ప్రతిపాదన పత్రంలోని అంశాలను బీమా చేయించుకునే వ్యక్తికి లేదా ప్రతిపాదకుడికి సేను పూర్తిగా వివరించానని మరియు అతను/ఆమె వాటిని పూర్తిగా ఆర్ధం చేసుకున్నారని మరియ కార్డ్ కార్డ్ కార్	యు బీమా చేయించుకుసే
వ్యతి/ప్రతిపాదకుడు ఇచ్చిన సమాధానాలను సత్యవంతంగా రికార్డు చేసానని సీను ఈ సందర్భంగా ప్రకటిస్తున్నాను ప్రకటన కర్త పేరు మరియు చిరునామా	
సిన్ కోడ్ Pincode Signature of declarant* Signature of Adviser	
ప్రకటనకర్త సంతకం 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 Ir	nsurance Company India Ltd.
కవీళ సంతకం ప్రాంతీయభాషలో చేసినా/వీలిముద్ర, పేసినా అవీవా లైఫ్ ఇన్నూరెస్స్ కంపెనీ ఇండియా లిమిటెడ్ తో ఆమసంధానం కాకుండా గుర్తింపు సులువుగా తెలుసుకోగలిగే వ్యక్తిచేత ఈ డిక్షరేషన్ ను ఇప్పించాలి.	
For office use only) ຣີລວວ ອຊີລີ ຜ່ວນກາດ ຮີລ່ມ CUSTOMER INFORMATION REPORT ລີກີໝັກໄຕກປ ກໍລັກຕາປາດ ກໍລີດີຮ້	
To be filled by Adviser	మొదటి వ్యక్తి 1
ಅಕ್ಷ್ಯಜರ್ಜಿ ದ್ವರ್ ನಿಂಪಿಜದ್ 1. Did you personally meet the life to be insured?	First Life అవును కాదు
ಜೆವಿತಶಿಮ್ ವೆಯದಲಿವಿನ ವಾರಿನಿ ಮಿರು ವ್ಯಕ್ತಿಗತಂಗ್ ಶರಿಕ್ <i>ರಾ</i> ? 2. What proof of identity have you seen of the Life Insured?	YES NO
జీవితబ్యాదారుని గుర్తించే సాక్ష్యం మీరు ఏం చూశారు?	అవును _{కాద్లు} YES NO
Driving License Voter ID Card Aadhar Card Others please specify	YES NO
Are you satisfied with the responses given by the proposer on proposal form including the DGH section?	అవును కాదు
డీజీహెచ్ విభాగంతో సహా డ్రపోజల్ ఫారం మీద డ్రపోజరు డ్రతిస్పందించిన డ్రతిస్పందనలతో మీరు సంతృప్తి చెందారా?	YES NO
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? జీవితమీమాదారు ద్వారా ఇవ్మబడిన ఆదాయ ప్రకటనకి మీదు సంశృప్తి చెందారా? ఒకవేళ అలా సంతృప్తి చెందితే, ఆదాయానికి సంబంధించిన ఏ ఆధారాలను మీదు పరిశీలించారు?	YES NO NO 80 NO
Income Tax Return Form 16 Property/Land Holding Detail Others please specify	<u> </u>
ఆడాయ పమ్మ రిటర్న్ ఫారం 16 ఆస్త్రిల్యాండ్ హోల్డింగ్ వివరం ఇతరత్రా వివరించండి 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	YES NO అవును _{కాదు}
జీవితపీమా చేయదలిచిన షక్షిత్తి జీవితంలో ఆశది వృత్తి, జీవనశైలి, అర్థిక లేదా సామాజిక స్థాయి లేదా ఇతర పరిస్థితులు వేటి గురించైనా ప్రాయోజకులు (అందరిరైటర్) శెలుసుకోవలసిన అవసరం ఉందని మీరు భావిస్తున్నారా? ఒకవిళ సమాధానం అవును అయిన పెక్షంలో దయచేసి వివరాలు ఇవ్వగలరు	
6. Is the nominee dependent of the proposer? ద్రపోజర్ఫ్ వారి నామినీ ఆధారపడి ఉందా?	
If No, please give details ఒనీపేళ సమాధానం కాదు అయిన పక్షంలో దయచేసి వివరాలు ఇవ్వగలరు	YES NO అవును కాదు
a. Give details of the insurable interest that exist between the proposer and the nominee. ్రపిజిక్కి అతడి నామినీకి మధ్య గల బీమా చేయదగిన పస్తువు వివరాలు ఇవ్వండి.	

I hereby declare that the foregoing statements are true and correct to the best of my knowledge and belief. నా అత్యక్షమ జ్ఞానం, విశ్వాసం మేరకు ముందు తెలిపిన విషయాలన్నీ వాస్తవం, సత్యం అని నేను ఇందుమూలముగా ద్రకటిస్తున్నాను.

Adviser Name	Adviser Code	Date	Signature of Adviser
సలహాదారు పేరు	సలహాదారు సెంబర్	తేదీ	సలహాదారు సంతకం

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.

Sundeep Pr

Insurance is the subject matter of the solicitation. Corporate Identity Number (CIN): U66010DL2000PLC107880 IRDA of India Registration No. : 122 అభ్యర్థన చేయబడిన అసలు విషయం బీమా

Sundeep Press/NGSK/March 2014