

Proposal Number प्रस्ताव संख्या	
RA आरएपी का नाम	
RAP Number आरएपी का क्रमांक	

Customer ID (for existing customer) ग्राहक आईडी	वर्तमान ग्राहक के लिए
--	-----------------------

Voucher Number वाउचर संख्या	
--------------------------------	--



PROPOSAL DEPOSIT DETAILS प्रस्ताव जमा करने का ब्यौरा

Cheque/DD No. चेक / डीडी संख्या	
Amount राशि	

Date तिथि	
Drawn on वसूल किया गया	

Proposal Form for *Aviva GSC Bima Laabh Yojana* सीएससी बिमा लाभ योजना के लिए प्रस्ताव अर्जी

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.
- In accordance with Section 45 of the Insurance Act 1938, as amended from time to time, the proposer is required to give full and accurate information to enable the Company underwrite this proposal
- Proof of age is mandatory

- प्रस्तावक को पॉलिसी के विवरण से सन्तुष्ट होना चाहिए और उसे पॉलिसी की प्रमुख विशेषताओं की विवरणिका में पर विशेष ध्यान देना चाहिए।
- पूर्ण किए गए प्रस्ताव की कंपनी द्वारा प्राप्ति तथा आरंभिक भुगतान से, कंपनी की ओर से बीमा कराने की कोई जोखिम की जिम्मेदारी नहीं बनती है, तथा कंपनी तब तक जिम्मेदार नहीं होगी जब तक इसने जोखिम का बीमा न करा किया हो तथा पॉलिसी जारी न कर दी हो।
- इस प्रस्ताव के साथ आरामभिक राशि अवश्य होनी चाहिए और इसे किसी भी शाखा में नकद अथवा अविवा लाइफ इश्योरेंस अकाउंट प्रपोज़ल नंबर "....." को देय चेक अथवा डिमांड ड्राफ्ट अथवा कंपनी द्वारा स्वीकृत अन्य तरीके से जमा किया जा सकता है।
- नकद राशि जमा किए जाने की स्थिति में, लौटाई जाने वाली राशि (यदि कोई हो) का भुगतान चेक द्वारा ही किया जाएगा। अथवा कंपनी द्वारा स्वीकृत अन्य तरीके से।
- बीमा अधिनियम, 1938, समय-समय पर यथा संशोधित, की धारा 45 के अनुसार, प्रस्तावकर्ता को पूरी और सटीक जानकारी देना आवश्यक है ताकि कंपनी इस प्रस्ताव पर हामीदारी दे सके।
- आयु का प्रमाण अनिवार्य है।

Details of the ☐ Life Assured ☐ Life Assured same as Proposer

विवरण

जीवन आश्वसित/बीमाकृत

प्रस्तावक के समान ही जीवन बीमाकृत

कृपया केवल स्पष्ट अक्षरों में भरें

Please complete in
CAPITAL LETTERS

Mr/Mrs/Miss/Ms श्री/श्रीमती/सुश्री	
Surname उपनाम	
Forenames पूर्व नाम	
Father's/Husband's Name पिता/पति का नाम	
Mailing Address पत्राचार का पता	
Village गांव	P.O. डाक खाना
Mandal/Taluka/Town तालुका/मण्डल/ शहर	District जिला
State राज्य	पिन कोड Pincode
Permanent Address स्थायी पता	
Village गांव	P.O. डाक खाना
Mandal/Taluka/Town तालुका/मण्डल/ शहर	District जिला
State राज्य	पिन कोड Pincode
Proof of Address पते का प्रमाण	
Gender लिंग	Male पुरुष <input type="checkbox"/> Female महिला <input type="checkbox"/>
Life Insured's Annual Income Rs. बीमारक्षित व्यक्ति की वार्षिक आय रु. —	Occupation पेशा
Date of Birth जन्म तिथि	dd mm yyyy तिथि माह वर्ष
Marital Status वैवाहिक स्थिति	Single अविवाहित <input type="checkbox"/> Married विवाहित <input type="checkbox"/> Widow(er) विधवा (विधुर) <input type="checkbox"/> Divorced तलाकशुदा <input type="checkbox"/>
Age Proof आयु का प्रमाण	School Certificate स्कूल/कॉलेज का प्रमाण पत्र <input type="checkbox"/> Voter ID/Ration Card मतदान पहचान पत्र/रेशन कार्ड <input type="checkbox"/> Others अन्य <input type="checkbox"/>

Details of the Proposer (if different from life to be insured) प्रस्तावकर्ता के विवरण (यदि बीमारक्षित व्यक्ति से अलग हो)

Mr/Mrs/Miss/Ms श्री/श्रीमती/सुश्री	
Surname उपनाम	
Forenames पूर्व नाम	
Father's/Husband's Name पिता/पति का नाम	
Mailing Address पत्राचार का पता	
Village गांव	P.O. डाक खाना
Mandal/Taluka/Town तालुका/मण्डल/ शहर	District जिला
State राज्य	पिन कोड Pincode

Permanent Addressस्थायी पता

Villageगांव

P.O. डाक खाना

Mandal/Taluka/Townतालुका/मण्डल/ शहर

Districtजिला

Stateराज्य

पिन कोड Pincode

Proof of Addressपते का प्रमाण

Genderलिंग

Maleपुरुष

Femaleमहिला

Life Insured's Annual Income Rs.बीमारक्षित व्यक्ति की वार्षिक आय रु. —

Occupationपेशा

Date of Birthजन्म तिथि

ddतिथि

mmमाह

yyyyवर्ष

Marital Statusवैवाहिक स्थिति

Singleअविवाहित

Marriedविवाहित

Widow(er)विधवा (विधुर)

Divorcedतलाकशुदा

Age Proofआयु का प्रमाण

School Certificateस्कूल/कॉलेज का प्रमाण पत्र

Voter ID/Ration Cardमतदान पहचान पत्र/रेशन कार्ड

Othersअन्य

Relationship of the proposer to the life to be insured

Policy Detailsपालिसी का विवरण

Sum Assured (Rs. in figures)बीमारक्षित राशि रु. अंकों में

Premium (Rs. in figures)प्रीमियम रु. अंकों में

Preferred Mode of Paymentभुगतान का वरीय माध्यम

Cashनकद

Chequeचेक

Demandडिमांड ड्राफ्ट

Othersअन्य

Policy Term (PT)पालिसी अवधि (पीटी)

5 Years

10 Years

Do you have Aadhar Number क्या आपके पास आधार नंबर है

Yesहाँ

Noनहीं

If yes please provide Aadhar Number : यदि है, तो आधार नंबर बताएं

Nomination Detailsनामांकन का ब्यौरा

Name of the Nominee (Under section 39 of the Insurance Act 1938)नामिती का नाम (बीमा अधिनियम 1938 की धारा 39 के तहत)

Relationship to the Life to be Insuredबीमारक्षित व्यक्ति से संबंध

Date of Birthजन्म तिथि

Addressपता

If Nominee is a Minor, please give appointee details below. (यदि नामिती अवयस्क है, तो नियुक्त व्यक्ति के ब्यौरे नीचे दें)

Name of the Appointeenियुक्त व्यक्ति का नाम

Date of Birthजन्म तिथि

Addressपता

Signature of the Appointeenियुक्त व्यक्ति के हस्ताक्षर

Declaration of Good Health of the life to be insuredबीमारक्षित व्यक्ति के अच्छे स्वास्थ्य की घोषणा

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

क्या आप स्वस्थ हैं ?	<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं
क्या आपको कभी हृदय संबंधी बीमारी थी, हृदयाघात, अतितनाव, पक्षाघात, कैंसर, मधुमेह, गुर्दे की विफलता, यकृत की विफलता, मानसिक बीमारी, एचआईवी संक्रमण या एड्स उच्च कोलेस्ट्रॉल, रक्त संबंधी व्याधि, श्वास संबंधी व्याधि तथा तंत्रिका तंत्र संबंधी व्याधि था ?	<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं
क्या आप फिलहाल छोटी परेशानियों (जैसे सर्दी और फ्लू) के अलावा किसी डॉक्टर द्वारा बताई गई या न बताई गई, कोई दवाई या इलाज ले रहे हैं या क्या आप पिछले 5 वर्षों के दौरान किसी बीमारी, अक्षमता या चोट से पीड़ित थे जिसके लिए किसी चिकित्सा या विशेष जाँच (सीने का एक्स-रे, स्त्री रोग संबंधी जाँच पड़ताल, पैप स्मयर या खून की जाँच सहित), परामर्श या उपचार लिया गया था	<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं
पिछले 2 वर्षों में कोई बीमारी जिसके कारण आपको लगातार 7 दिनों या उससे अधिक की अवधि के लिए काम से छुट्टी लेना पड़ा हो या सेहत के कारण आपकी अपनी सामान्य दिनचर्या बाधित हुई हो	<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं
क्या आप गर्भवती हैं	<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं

घोषणा
मैं घोषित करता हूँ कि:
(क) मैं परस् ताव परपतर के अर्थ और कपेतर तथा इसमें निहित परश नों को अच्छी तरह समझता हूँ और मैं अपनी इच्छा से ,पूर्ण रूप से भरा हुआ यह परस् ताव किसी के बहकावे या परलोभन में आकार नहीं दे रहा हूँ ।
(ख) इसमें दिये गए बयान ,घोषणाएं और महत्वपूर्ण तथ्य,मेरे और कं पनी के बीच अनुबंध का आधार होंगे तथा यदि इसमें कोई असत य बयान,घोषणाएं और महत्वपूर्ण तथ्य होंगे ,तो कं पनी को पॉलिसी,यदि जारी की गई हो,को रद्द करने का अधिकार होगा और मुझे इस संबंध में मेरे द्वारा किए गए भुगतान से वंचित किया जा सकता है।
(ख) इसमें दिये गए बयान ,घोषणाएं और महत्वपूर्ण तथ्यों मे परिवरतन के कोई भी अथवा सभी जानकारी , कंपनी को लिखित में सचित करना अनिवार्य है वरना ,तो कं पनी को पॉलिसी,यदि जारी की गई हो,को रद्द करने का अधिकार होगा और मुझे इस संबंध में मेरे द्वारा किए गए भुगतान से वंचित किया जा सकता है।
(घ)यदि कं पनी को देय किसी भावी परीमियम अथवा राशियों का भुगतान मेरे द्वारा किसी सलहकार के जरिये किया जाता है ,तो कं पनी तब तक जिम्मेदार नहीं होगी जब तक कि रशियन उस समय सीमा के भीतर कंपनी द्वारा पराम और वसूल नहीं कर ली जाती है,जिसे कं पनी अपने द्वारा अपने भुगतानों को स्वीकार करने के लिए निर्धारित करती है।
(ङ) मैं पुर्णिकरता हूँ कि मेरे व्यक्तिगत विवरणों को किसी भी मेडिकल परैकटीशनर,अस्पताल एवं क्लीनिक,नियोक्ता,संस्था अथवा किसी अन्य व्यक्ति अथवा व्यक्तियों जिनके पास मेरे स्वास्थ्य,पूरवा चिकित्सा विवरण और अस्पताल में भर्ती होने ,सलाह,रोग-निदान,उपचार,रोग अथवा बीमारी के बारे में कोई भी अथवा सभी जानकारी हो,अथवा अविवा लाइफ इंश्योरेंस को दी जा सकती है। मैं अपने परस् ताव के भाग के रूप में व्यक्तिगत चिकित्सा जांच कि सहमति देता हूँ ।

कंपनी को इस प्रस्ताव के तहत तथा उसके बाद किसी समय, जोखिम का मूल्यांकन करने के लिए, मैं / हम एतद्वारा अपने विगत व वर्तमान के नियोक्ता (नियोक्ताओं) / कारोबारी सहयोगियों, अपने चिकित्सक / अस्पताल / चिकित्सा स्रोत / अपनी जीवन तथा जीवन-इतर बीमा कंपनी / या जीवन बीमा एसोसिएशन या चिकित्सा रजिस्टर, पुनः बीमाकर्ता, दावे की जाँच करने वाले व्यक्तियों, विधिक, चिकित्सा-विधिक पेशेवरों, कंपनी द्वारा प्रचालनात्मक समर्थन प्रदान के लिए नियुक्त तृतीय पक्षकार के सेवा प्रदाताओं इस बात के लिए प्राधिकृत करता / करती हूँ / करते हैं कि अवीवा लाइफ इंश्योरेंस कंपनी इंडिया लिमिटेड किसी उत्पाद या सेवा से संबंधित प्रचार सामग्री के उद्देश्य से मेरे / हमारे नियोजन / कारोबार के ऐसे अभिलेख या मेरे/हमारे बारे में संगत मानी गई जानकारी प्राप्त कर सकती है औ उसका इस्तेमाल कर सकती है ।

DECLARATION

I hereby declare that:

- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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/medical 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.

बीमा रक्षा किए जाने वाले व्यक्ति के हस्ताक्षर* / अंगूठे की छाप*
Signature/Thumb impression of Life to be Insured

Date
दिनांक

Place
स्थान

Declaration by RAP (Rural Authorised Person) आरएपी द्वारा घोषणा (ग्रामीण अधिकृत व्यक्ति)

Signature of RAP आरएपी के हस्ताक्षर

(For office use only) केवल कार्यालयीन प्रयोग हेतु

CUSTOMER INFORMATION REPORT ग्राहक सूचना रिपोर्ट

	पहला व्यक्ति First Life
1. Did you personally meet the life to be insured? क्या आपने बीमारक्षित व्यक्ति से निजी तौर पर मुलाकात की	YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> हाँ नहीं
2. What proof of identity have you seen of the Life Insured? आपने बीमारक्षित व्यक्ति की पहचान पत्र का कौन सा प्रमाण देखा	YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> हाँ नहीं
Driving License <input type="checkbox"/> ड्राइविंग लाइसेंस	Voter ID Card <input type="checkbox"/> मतदान पहचान पत्र
Others please specify _____ अन्य उल्लेख करें	
3. Are you satisfied with the responses given by the proposer on proposal form including the DGH section? क्या आप डीजीएच भाग सहित, प्रस्ताव फॉर्म पर प्रस्तावकर्ता द्वारा दी गई प्रतिक्रिया से संतुष्ट हैं?	YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> हाँ नहीं
4. Proof of Income: Are you satisfied with the income declaration made by the Life Insured आय का प्रमाण a. If yes, what proofs of income have you checked? क्या आप बीमारक्षित व्यक्ति द्वारा की गई आय की घोषणा से संतुष्ट हैं? यदि हाँ, तो आय के प्रमाणस्वरूप किस प्रमाण की जाँच की गई?	YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> हाँ नहीं
Income Tax Return <input type="checkbox"/> आय कर विवरणी	Form 16 <input type="checkbox"/> फॉर्म 16
Property/Land Holding Detail <input type="checkbox"/> संपत्ति / पूर्ण स्वामित्व के ब्यौरे	Others please specify _____ अन्य उल्लेख करें
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? क्या बीमित व्यक्ति के पेशे, जीवन शैली, वित्तीय या सामाजिक स्थिति या अन्य परिस्थितियों में आप ऐसी कोई बात महसूस करते हैं जिसे हमीदार को बताना चाहिए? If Yes, please give details यदि हाँ, तो कृपया ब्यौरा बताएँ	YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> हाँ नहीं
6. Is the nominee dependent of the proposer? If No, please give details क्या नामिती प्रस्तावकर्ता पर आश्रित है? यदि नहीं, तो कृपया ब्यौरा बताएँ	YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> हाँ नहीं
<input type="text"/>	
a. Give details of the insurable interest that exist between the proposer and the nominee. प्रस्तावकर्ता और नामिती के बीच विद्यमान बीमा योग्य हितों के विवरण दें ।	
<input type="text"/>	