

Date तिथि	
Drawn on वसूल किया गया	



Cheque/DD No. चैक / डीडी संख्या	
Amount राशि	

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

- 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 ज़िम्मेदारी नहीं बनती है, तथा कंपनी तब तक ज़िम्मेदार नहीं होगी जब तक इन्हें 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 अनियमित, 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 ।
- आय का प्रमाण अनिवार्य है।

Mr/Mrs/Miss/Ms	
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 जिलां
State राज्य	पिन कोड Pincode

Mr/Mrs/Miss/Ms							
Village गांव				P.O. डाक खाना			
Mandal/Taluka/Town तालुका/मण्डल/ शहर				District जिलां			
State राज्य				पिन कोड Pincode			

Village गांव				P.O. डाक खाना			
Mandal/Taluka/Town तालुका/मण्डल/ शहर				District जिलां			
State राज्य				पिन कोड Pincode			

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	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%; height: 30px;"> </td> <td style="width: 25%; height: 30px;"> </td> <td style="width: 25%; height: 30px;"> </td> <td style="width: 25%; height: 30px;"> </td> </tr> <tr> <td>dd तिथि</td> <td>mm माह</td> <td>yy वर्ष</td> <td>yy वर्ष</td> </tr> </table>						dd तिथि	mm माह	yy वर्ष	yy वर्ष	Marital Status वैवाहिक स्थिति <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 25%;">Single अविवाहित <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 25%;">Married विवाहित <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 25%;">Widow(er) विधवा (विधुर) <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 25%;">Divorced तलाकशुदा <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>		Single अविवाहित <input type="checkbox"/>	Married विवाहित <input type="checkbox"/>	Widow(er) विधवा (विधुर) <input type="checkbox"/>	Divorced तलाकशुदा <input type="checkbox"/>
dd तिथि	mm माह	yy वर्ष	yy वर्ष													
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 <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">School Certificate स्कूल / कॉलेज का प्रमाण पत्र <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 50%;">Voter ID/Ration Card मतदान प्रचान पत्र / रेशन कार्ड <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Others <input type="checkbox"/></td> <td>अन्य <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>					School Certificate स्कूल / कॉलेज का प्रमाण पत्र <input type="checkbox"/>	Voter ID/Ration Card मतदान प्रचान पत्र / रेशन कार्ड <input type="checkbox"/>	Others <input type="checkbox"/>	अन्य <input type="checkbox"/>								
School Certificate स्कूल / कॉलेज का प्रमाण पत्र <input type="checkbox"/>	Voter ID/Ration Card मतदान प्रचान पत्र / रेशन कार्ड <input type="checkbox"/>															
Others <input type="checkbox"/>	अन्य <input type="checkbox"/>															

Sum Assured (Rs. in figures) बीमारक्षित राशि रु. अंकों में	<input style="width: 100%;" type="text"/>	Premium (Rs. in figures) प्रीमियम रु. अंकों में	<input style="width: 100%;" type="text"/>	Preferred Mode of Payment भुगतान का तरीका माध्यम	Cash <input style="width: 50%;" type="text"/>	Cheque <input style="width: 50%;" type="text"/>	Demand <input style="width: 50%;" type="text"/>	Others <input style="width: 50%;" type="text"/>
					नकद	चेक	डिमांड ड्राफ्ट	अन्य

Policy Term (PT) पालिसी अवधि (पीटी)	5 Years <input style="width: 50%;" type="text"/>	10 Years <input style="width: 50%;" type="text"/>	
---	--	---	--

Do you have Aadhar Number क्या आपके पास आधार नंबर है	Yes <input style="width: 50%;" type="text"/>	No <input style="width: 50%;" type="text"/>	If yes please provide Aadhar Number :	<input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>
	हाँ	नहीं	यदि है, तो आधार नंबर बताएँ			

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

Relationship to the
 Life to be Insured
 बीमारक्षित व्यक्ति से संबंध

Date of Birth जन्म तिथि

--	--	--	--	--	--	--	--

तिथि dd माह /mm वर्ष /yyyy

Address पता

Name of the Appointee	_____								
नियुक्त व्यक्ति का नाम	_____								
Date of Birth जन्म तिथि	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>								
	तिथि dd माह /mm वर्ष /yyyy								
Address पता	_____								
Signature of the Appointee	_____								
नियुक्त व्यक्ति के हस्ताक्षर	_____								

Declaration of Good Health of the life to be insured बीमारक्षित 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, स्वांस 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 स्मियर 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

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/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.

घोषणा

मैं घोषित करता हूँ कि:

(क) मैं परस् ताव परपत् र के अर्थ और कपेट र 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 महत् वपूर्ण तथ्य,मेरे और कं पनी के बीच अनुबंध का आधार होंगे तथा यदि इसमें कोई असत् य बयान,घोषणाएं और महत् वपूर्ण 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 महत् वपूर्ण तथ्यों मे परिवर्तन के कोई भी अथवा सभी जानकारी , कं पनी 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 जिम् मेदार 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 भुगतनों को स्वीकार करने के लिए निर्धारित करती है।

(ड) मैं पुष्टि करता हूँ कि मेरे वयक्तिगत विवरणों को किसी भी मेडिकल परैकटीशनर,अस्पताल एवं क्लीनिक,नियोक्ता,संस्था अथवा किसी अन्य वयक्ति अथवा वयक्तियों 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 वयक्तिगत 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 एतद्द्वारा 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 और उसका इस्तेमाल कर सकती है ।

बीमा अधिनियम 1938 के तहत धारा 41 और 45

Section 41 & 45 of Insurance Act 1938

41. (1) No person shall allow or offer to allow, either directly or indirectly, as an inducement to any person to take or renew or continue an insurance in respect of any kind of risk relating to lives or property in India, any rebate of the whole or part of the commission payable or any rebate of the premium shown on the policy, nor shall any person taking out or renewing or continuing a policy accept any rebate, except such rebate as may be allowed in accordance with the published prospectuses or tables of the insurer:

Provided that acceptance by an insurance agent of commission in connection with a policy of life insurance taken out by himself on his own life shall not be deemed to be acceptance of a rebate of premium within the meaning of this sub-section if at the time of such acceptance the insurance agent satisfies the prescribed conditions establishing that he is a bona fide insurance agent employed by the insurer.

(2) Any person making default in complying with the provisions of this section shall be liable for a penalty which may extend to ten lakh rupees.

41 (1) कोई भी व्यक्ति, या तो सीधे या परोक्ष रूप से, किसी व्यक्ति को भारत में जीवन या संपत्ति से संबंधित जोखिम के बीमा की नावीनीकरण या जारी रखने के लिये प्रलोभन के रूप आदत का पूरा या भाग, या पालिसी पर दिखाई गई प्रीमियम पर छूट देने की अनुमति या अनुमति देने का प्रस्ताव नहीं दे सकता, न ही कोई व्यक्ति जो पालिसी निकाल रहा है या नवीनीकरण कर रहा है या जारी रख रहा है ऐसी छूट ले सकता है, सिवाय के ऐसी किसी छूट के जो बीमा कम्पनी के प्रकाशित सूचीपत्रों या तालिकाओं के अनुसार हो।

परन्तु बीमा एजेंट द्वारा अपने ही जीवन पर निकाली गई पालिसी के आदत की स्वीकृति को इस उपधारा के अर्थ में प्रीमियम की छूट नहीं समझा जायेगा, यदि ऐसी स्वीकृति के समय बीमा एजेंट कम्पनी द्वारा नियोजित शर्तों के अनुसार कम्पनी का सदाशायी बीमा एजेंट है।

(2) इस अनुच्छेद के प्रावधानों का उल्लंघन करने वाले व्यक्ति पर जुर्माना लग सकता है, जो कि दस लाख रूपयों तक हो सकता है।

45. (1) No policy of life insurance shall be called in question on any ground whatsoever after the expiry of three years from the date of the policy, i.e., from the date of issuance of the policy or the date of commencement of risk or the date of revival of the policy or the date of the rider to the policy, whichever is later.

(2) A policy of life insurance may be called in question at any time within three years from the date of issuance of the policy or the date of commencement of risk or the date of revival of the policy or the date of the rider to the policy, whichever is later, on the ground of fraud:

Provided that the insurer shall have to communicate in writing to the insured or the legal representatives or nominees or assignees of the insured the grounds and materials on which such decision is based.

(3) Notwithstanding anything contained in sub-section (2), no insurer shall repudiate a life insurance policy on the ground of fraud if the insured can prove that the mis-statement of or suppression of a material fact was true to the best of his knowledge and belief or that there was no deliberate intention to suppress the fact or that such mis-statement of or suppression of a material fact are within the knowledge of the insurer:

Provided that in case of fraud, the onus of disproving lies upon the beneficiaries, in case the policyholder is not alive.

(4) A policy of life insurance may be called in question at any time within three years from the date of issuance of the policy or the date of commencement of risk or the date of revival of the policy or the date of the rider to the policy, whichever is later, on the ground that any statement of or suppression of a fact material to the expectancy of the life of the insured was incorrectly made in the proposal or other document on the basis of which the policy was issued or revived or rider issued:

Provided that the insurer shall have to communicate in writing to the insured or the legal representatives or nominees or assignees of the insured the grounds and materials on which such decision to repudiate the policy of life insurance is based:

Provided further that in case of repudiation of the policy on the ground of misstatement or suppression of a material fact, and not on the ground of fraud, the premiums collected on the policy till the date of repudiation shall be paid to the insured or the legal representatives or nominees or assignees of the insured within a period of ninety days from the date of such repudiation.

(5) Nothing in this section shall prevent the insurer from calling for proof of age at any time if he is entitled to do so, and no policy shall be deemed to be called in question merely because the terms of the policy are adjusted on subsequent proof that the age of the life insured was incorrectly stated in the proposal.

For a complete text of Section 45 please refer to Insurance Act, 1938 as amended from time to time.

45 (1) जीवन बीमा नीति के किसी भी नीति के सम्बन्ध में किसी प्रकार का प्रश्न बिमा पालिसी की दिनांक से तीन वर्ष बाद किसी भी स्थिती में नहीं उठाया जाएगा, अर्थात्, पालिसी के निर्गत होने की तिथि से या जोखिम की प्रारम्भ की तिथि से या नीति के पुनरुद्धार की तिथि से, या पालिसी के अनुवृद्धी के दिनांक से, जो भी बाद में हो।

(2) जीवन बीमा नीति के किसी भी नीति के सम्बन्ध में किसी प्रकार का प्रश्न बीमा पालिसी की दिनांक से तीन वर्ष के अंदर उठाया जा सकेगा अर्थात्, पालिसी के निर्गत होने की तिथि से या जोखिम की प्रारम्भ की तिथि से या नीति के पुरुद्धर की तिथि से, या पालिसी के अनुवृद्धी के दिनांक से, जो भी पहले हो।

बशर्ते की, बीमा कंपनी लिखित में बीमाकृत व्यक्ति या बीमाकृत व्यक्ति के कानूनी प्रतिनिधि, प्रत्याशियों या समनुदेशिती को उक्त निर्णय के आधार एवं कारण से अवगत कराये।

(3) उप-धारा (२) में किसी बात के होते हुए, कोई बीमा कंपनी किसी जीवन बीमा पालिसी को धोखाधड़ी के आधार पर अस्वीकार नहीं कर सकता, यदि बीमा कृत व्यक्ति यह सिद्ध कर सके की अशुद्ध वर्णन या किसी तथ्य का दमन उसके जानकारी में सत्य एवं सही नहीं है व जान बूझकर किसी तथ्य को छिपाने की उसकी कोई मंशा नहीं है या अशुद्ध वर्णन या किसी तथ्य का दमन जानकारी में नहीं है।

(4) जीवन बीमा नीति के किसी भी नीति के सम्बन्ध में किसी प्रकार का प्रश्न बीमा पालिसी की दिनांक से तीन वर्ष के अंदर उठाया जा सकेगा अर्थात्, पालिसी के निर्गत होनी के तिथि से या जोखिम की प्रारम्भ की तिथि से या नीति के पुनरुद्धार की तिथि से, या पालिसी के अनुवृद्धी के दिनांक से, जो भी बाद में हो, इस आधार पर की आयु-संभावितता के सम्बन्ध में किये गए कोई कथन या किसी महत्वपूर्ण तथ्य का दमन असत्य रूप से प्रस्ताव में या अन्य दस्तावेजों में किये गए, जिसपर की पालिसी जारी की गयी या पुनरुद्धार किया गया या राइडर जारी की गयी।

बशर्ते की, बीमा कंपनी लिखित में बीमाकृत व्यक्ति या बीमाकृत व्यक्ति के कानूनी प्रतिनिधि, प्रत्याशियों या समनुदेशिती को जीवन बीमा पालिसी के अस्वीकार करने से सम्बन्धित आधारों एवं कारणों से अवगत कराये।

आगे, बशर्ते की, किसी भी पालिसी को धोखाधड़ी के आधार पर नहीं, अपितु अशुद्ध वर्णन या किसी महत्वपूर्ण तथ्य के दमन के आधार पर अस्वीकार करने की दशा में, जो भी प्रीमियम पालिसी में पालिसी के अस्वीकार किये जाने के दिनांक तक एकत्रित किये गए हैं, को बीमाकृत व्यक्ति या उसके विधिक प्रतिनिधि या प्रत्याशी या समनुदेशिती को अस्वीकृत करने की तिथि से ९० दिन के भीतर वापस करना होगा।

(5) इस उप-धारा में ऐसी कोई बात बीमा कंपनी, जो की आयु प्रमाण मांगने की पात्र हो, को आयु प्रमाण किसी भी समय मांगने से प्रतिबंधित नहीं करती है एवं किसी भी पालिसी पर संदेह केवल इस आधार पर करना की पालिसी के शर्त अनुवर्ती प्रमाण पर समायोजित की गयी है कि बीमित व्यक्ति की आयु प्रस्ताव में असत्य बताया गया है।

धारा 45 के सम्पूर्ण मूलपाठ के लिये समय समय पर संशोधित (बीमा अधिनियम, 1938) को पढ़ें।

दिनांक
Date

स्थान
Place

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

Vernacular Declaration (to be handwritten by the life to be insured/proposer) देशी भाषा में घोषणा (बीमारक्षित व्यक्ति / प्रस्तावकर्ता द्वारा लाथ से लिखा जाना है)

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."

बीमारक्षित व्यक्ति / प्रस्तावकर्ता को नीचे दिए गए बॉक्स में निम्नलिखित घोषणा भरनी होगी –

मैं/हम एतद्द्वारा यह घोषणा करता / करती हूँ/करते हैं कि बीमा के इस आवेदन की बातों को मेरे/हमारे द्वारा पूरी तरह समझ लिया गया है और मैंने/हमने प्रस्ताव संविदा के महत्व को पूरी तरह समझ लिया है ।

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

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).

फार्म भरने वाले व्यक्ति द्वारा घोषणा (यदि हस्ताक्षर देशी भाषा में किया गया है, अंगूठे की छाप लगाई गई है, तथा / या यदि प्रस्ताव प्रस्तावक द्वारा नहीं भरा गया है)

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

मैं एतद्द्वारा घोषणा करता / करती हूँ कि मैंने बीमा रक्षा किए जाने वाले व्यक्ति / प्रस्तावक को नए प्लान के बारे में पूरी तरह समझा दिया है और यह कि उसने इसे अच्छी तरह समझ लिया है और मैंने

बीमा रक्षा किए जाने वाले व्यक्ति / प्रस्तावक द्वारा दिए गए उत्तरों को सत्यनिष्ठा से दर्ज किया है ।

घोषणा करने वाले के हस्ताक्षर

Signature of declarant*

बीमा रक्षा किए जाने वाले व्यक्ति / प्रस्तावक के हस्ताक्षर

Signature of Adviser

सलाहकार के हस्ताक्षर

*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.
देशी भाषा में हस्ताक्षर करने / अंगूठे का छाप लगाने के मामले में, यह घोषणा ऐसे व्यक्ति द्वारा की जानी चाहिए जिनकी पहचान आसानी से की जा सकती है लेकिन जो अवीवा लाइफ इश्योरेंस कंपनी इंडिया लि. से जुड़ा न हो ।

(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"/> हाँ NO <input type="checkbox"/> नहीं
2. What proof of identity have you seen of the Life Insured? आपने बीमारक्षित व्यक्ति की पहचान पत्र का कौन सा प्रमाण देखा Driving License <input type="checkbox"/> ड्राइविंग लाइसेंस Voter ID Card <input type="checkbox"/> मतदान पहचान पत्र Others please specify <input type="text"/> अन्य उल्लेख करें	YES <input type="checkbox"/> हाँ NO <input type="checkbox"/> नहीं
3. Are you satisfied with the responses given by the proposer on proposal form including the DGH section? क्या आप डीजीएच भाग सहित, प्रस्ताव फार्म पर प्रस्तावकर्ता द्वारा दी गई प्रतिक्रिया से संतुष्ट हैं?	YES <input type="checkbox"/> हाँ NO <input type="checkbox"/> 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? Income Tax Return <input type="checkbox"/> आय कर विवरणी Form 16 <input type="checkbox"/> फार्म 16 Property/Land Holding Detail <input type="checkbox"/> संपत्ति / पूर्ण स्वामित्व के ब्यौरे Others please specify <input type="text"/> अन्य उल्लेख करें	YES <input type="checkbox"/> हाँ NO <input type="checkbox"/> नहीं
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"/> हाँ NO <input type="checkbox"/> 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"/> हाँ NO <input type="checkbox"/> नहीं
<div></div>	
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 । <div></div>	

Adviser Name
सलाहकार का नाम

Adviser Code
सलाहकार की संख्या

Date
तारीख

Signature of Adviser
सलाहकार के हस्ताक्षर

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

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

Insurance is the subject matter of the solicitation.

Registered Office: 2nd floor Prakashdeep Building 7 Tolstoy Marg New Delhi 110001 India.
Corporate Identity Number (CIN): U66010DL2000PLC107880 IRDA of India Registration No. : 122

Sundeepp Press/NGSK/March 2014