



AVIVA
Life Insurance

പ്രോപ്പോസൽ നമ്പർ Proposal Number	JS
ഉപദേശകന്റെ പേര് Adviser Name	
ഉപദേശകന്റെ നമ്പർ Adviser Number	
അടവുനിക്ഷേപ വിവരങ്ങൾ PROPOSAL DEPOSIT DETAILS	
ചെക്ക്/ഡിഡി നം. Cheque/DD No.	
സംഖ്യ Amount	
ക്സ്റ്റമർ ഐഡി (നിലവിലുള്ള ഉപഭോക്താവിന്) Customer ID (for existing customer)	
വാച്ചർ നമ്പർ. Voucher Number	
തീയതി Date	
പിൻവലിക്കപ്പെട്ടത് Drawn on	

അവീവ ജന്?സുരക്ഷാ വേണ്ടിയുള്ള പ്രൊപ്പോസൽ ഫോം
Proposal Form for Aviva Jana Suraksha

- [illegible]

Notes:

- The proposer should be satisfied with the details of the products and must pay specific attention to the "Additional Information" and "Your Commitment" sections in 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 only.
- If the proposer omits to give full and accurate information as required or misrepresents any information, the policy contract could be declared null and void.
- Proof of age is mandatory

ജീവിത രക്ഷാഭാഗ്യപദ്ധതിയിലേക്കുള്ള വിശദാംശങ്ങൾ (വലിയ അക്ഷരങ്ങളിൽ കൂടാതെ കറുത്ത മഷി കൊണ്ട് പൂർത്തിയാക്കുവാൻ താൽപര്യപ്പെടുന്നു)
Life to be Insured Details (Please complete in CAPITAL LETTERS and in BLACK INK)

കുടുംബപ്പേര് /Surname						
പൂർവ്വനാമം/Forenames						
പിതാവിന്റെ/ഭർത്താവിന്റെ പേര് Father's/Husband's Name						
നിലവിലെ വിലാസം /Present Address						
	ഗ്രാമം/Village			പി.ഒ./P.O.		
	താലൂക്ക്/ബോർഡ്/നഗരം/Taluka/Mandal/Town			ജില്ല/District		
	സംസ്ഥാനം/State			പിൻ കോഡ്/Pincode	<input type="text"/>	<input type="text"/>
സ്ഥിരം താമസ വിലാസം (മുകളിൽ നിന്നും വ്യത്യസ്തമെങ്കിൽ) Permanent Address (If different from above)						
	ഗ്രാമം/Village			പി.ഒ./P.O.		
	താലൂക്ക്/ബോർഡ്/നഗരം/Taluka/Mandal/Town			ജില്ല/District		
	സംസ്ഥാനം/State			പിൻ കോഡ്/Pincode	<input type="text"/>	<input type="text"/>
അനുബന്ധിക്കേണ്ടിതുള്ള മേഖല വിലാസം Address for Correspondence						
	നിലവിലെ വിലാസം Present Address			ജന്മസ്ഥലം/സ്ഥിര വിലാസം Permanent Address		
പുരുഷനോ, സ്ത്രീയോ Gender	പുരുഷൻ Male			സ്ത്രീ Female		
Date of Birth	<input type="text"/>					
ജനന തീയതി	ജനന തീയതി					
ഇന്ത്യക്കാരനോ Marital Status	വൈവാഹികനല്ല Single			വൈവാഹികൻ Married		
	<input type="text"/>			<input type="text"/>		
	വിവാഹിതൻ / വിവാഹിത Widow(er)			<input type="text"/>		
	വിവാഹിതൻ / വിവാഹിത Widow(er)			<input type="text"/>		

അഭ്യർത്ഥകന്റെ വിശദാംശങ്ങൾ (ഇൻഷുർ ചെയ്യപ്പെടേണ്ട ലൈഫിൽ നിന്ന് വ്യത്യസ്തമാണെങ്കിൽ)
Proposer's Details (If different from life to be insured)

കുടുംബപ്പേര്/Surname

പൂർവ്വനാമം/Forenames

പിതാവിന്റെ/ഭർത്താവിന്റെ പേര്
Father's/Husband's Name

നിലവിലെ വിലാസം
/Present Address

മണ്ഡലം/Village

പി.ഒ./P.O.

താലൂക്ക്/മണ്ഡലം/നഗരം/Taluka/Mandal/Town

ജില്ല/District

സംസ്ഥാനം/State

പിൻ കോഡ്/Pincode

Date of Birth

ജനന തീയതി

തീയതി/dd മാസം/mm വർഷം/yyyy

ഇൻഷുർ ചെയ്യപ്പെടേണ്ട
ലൈഫുമായുള്ള ബന്ധം
Relationship to the Life
to be insured

പിതാവ്
Father

ആമ്മ
Mother

ജീവിതപങ്കാളി
Spouse

നിയമ സംരക്ഷകൻ
Legal Guardian

മറ്റ്
Others

വാർഷിക വരുമാനം (രൂപ അക്കങ്ങളിൽ)
Income per annum (Rs. in figures)

പോളിസിയുടെ വിശദാംശങ്ങൾ
Policy Details

നിക്ഷേപിത തുക (രൂപ അക്കങ്ങളിൽ)
Sum Insured (Rs. in figures)

പ്രീമിയം (രൂപ അക്കങ്ങളിൽ)
Premium (Rs. in figures)

വർഷങ്ങളിൽ കാലാവധി
Term in years

5 Years

10 Years

പ്രീമിയം പ്രീമിയം
Premium frequency

സിംഗിൾ പ്രീമിയം
Single Premium

വാർഷിക പ്രീമിയം
Annual Premium

പ്രീമിയം പ്രീമിയം
Preferred Mode of Payment

സിംഗിൾ പ്രീമിയം
Cash

ചെക്ക്
Cheque

ഡിമാന്റ് ഡ്രാഫ്റ്റ്
Demand Draft

നാമനിർദ്ദേശ വിശദാംശങ്ങൾ (അഭ്യർത്ഥകനും ഇൻഷുർ ചെയ്യപ്പെടേണ്ട ലൈഫും സമാനമാകുമ്പോൾ പൂരിപ്പിക്കേണ്ടത്)
Nomination Details (To be completed only when the proposer and the life to be insured are the same)

നോമിനിയുടെ പേര്
(ഇൻഷുറൻസ് ആക്ട് 1938 ന്നു കീഴിൽ നൽകേണ്ടത്)
Name of the Nominee
(Under section 39 of the Insurance Act 1938)

ഇൻഷുർ ചെയ്യപ്പെടേണ്ട ലൈഫുമായുള്ള ബന്ധം
Relationship to the Life to be insured

Date of Birth

ജനന തീയതി

തീയതി/dd മാസം/mm വർഷം/yyyy

റേഡ്
Address

നാമനിർദ്ദേശം ചെയ്യപ്പെടുന്നയാൾ പ്രായപൂർത്തി ആകാത്തതാണെങ്കിൽ, നിയുക്ത വ്യക്തിയുടെ വിശദാംശങ്ങൾ നൽകുക
If Nominee is a Minor, please give appointee details below.
Appointee Details

രക്ഷാധികാരിയുടെ പേര്
Name of the Appointee

Date of Birth

ജനന തീയതി

തീയതി/dd മാസം/mm വർഷം/yyyy

ലൈഫുമായുള്ള ബന്ധം
Relationship to the Minor

മേൽവിലാസം
Address

രക്ഷാധികാരിയുടെ ഒപ്പ്
Signature of the Appointee

ഉമസ് നത്തസ്സറ വൃദ്ധനേഷതന
Declaration of good health

- അതെ ☐ അല്ല ☐
 YES ☐ NO ☐
- അതെ ☐ അല്ല ☐
 YES ☐ NO ☐

പ്രഖ്യാപനം

2) പ്രോപോസൽ ഫോമിച്ച് അർത്ഥവും സന്ദർഭവും, അതിലുള്ള ചോദ്യങ്ങളും ഞാൻ പൂർണ്ണമായി മനസ്സിലാക്കുന്നു. ഒപ്പം പൂർത്തീകരിച്ച് പ്രോപോസൽ എന്റെ സ്വന്തം വകയായി സമർപ്പിക്കുന്നു. അത് കൂടാതെ പ്രോപോസൽ ഉണ്ടാക്കുവാൻ ആരും എന്ന സാധ്യതയില്ലാത്തതുകൊണ്ട് ഞാൻ സ്ഥിരീകരിക്കുന്നു.

b) ഇതിൽ പറയുന്ന പ്രസ്താവനകൾ, പ്രഖ്യാപനങ്ങൾ ഭൗതിക വസ്തുതകൾ എന്തെയും കമ്പനി യുടെ തൽലക്ഷ്യമായ കരാറിന്റെ അടിസ്ഥാനത്തിലായിരിക്കും, അത് കൂടാതെ ഏതെങ്കിലും അനന്യമായ വസ്തുതകൾ, പ്രഖ്യാപനങ്ങൾ ഭൗതിക വസ്തുതകൾ അതിൽ അടങ്ങിയിട്ടുണ്ടെങ്കിൽ, കമ്പനിക്ക് പോളിസി, അഥവാ എടുത്തിട്ടുള്ളതുകൊണ്ട്, വ്യാപാര അപകടശല്യം, കൂടാതെ അടുത്ത പണത്തിൽ എനിക്ക് നൽകിപ്പോകും ഉണ്ടാകും.

(C) എന്റെ പ്രചോദനം കംപനിയിൽ സജ്ജീകൃതമായി മാത്രമേ കംപനി അധികൃതർ സാധാരണയായ ഉത്തരവാദിത്തം ഏറ്റെടുത്ത് പോളിസി പുറപ്പെടുവിക്കുന്നുവെന്നത് വരെ, പ്രചോദനം ഫോർമിൽ വരുത്തിയ ഏതെങ്കിലും കംപനിയുടെ, പ്രധാനപ്രവർത്തനം നടന്നിട്ടുള്ളതായിരിക്കണം, അതല്ല ഉടമസ്ഥനായ കമ്പനിയെ വിവരമറിയിക്കുകയും ചെയ്യും. അതിൽ പരാമർശിക്കപ്പെട്ട കമ്പനിക്ക് ചേർന്നിട്ടുള്ള, അഥവാ ഏതെങ്കിലും ഉടമസ്ഥനായ, ക്യാഷൻ അടയ്ക്കുന്നതിന് നിയമപരമായ അനുമതിയോടെ.

d) കർപ്പനീക്ക് കിട്ടാനുള്ള ഏതെങ്കിലും ഭാഗി പ്രീതിയാ അല്ലെങ്കിൽ മറ്റ് വീട്ടിലുകൾ ഒരു ഉപഭോക്താവ് രണ്ടുനേയാൻ ഞാൻ ഉന്നയിച്ചതെങ്കിൽ, പിന്നീട് തുകകൾ ലഭിക്കുന്നത് വരെ കർപ്പനി ഉത്തരവാദി ആയിരിക്കുന്നതുൾപ്പെടെ കർപ്പനി തീർപ്പുനിയായത സമയ പരിധിക്കുള്ളിൽ പണം രസീത് വേണ്ടി വ്യവസ്ഥ ഉന്നയിക്കുന്നു.

8) എന്റെ വ്യക്തിപരമായ വിവരങ്ങൾ ഏതെങ്കിലും ചികിത്സാ സംബന്ധിയായ ഉദ്യോഗസ്ഥരിൽ, ആശുപത്രി, ക്ലബ്ബ് ക്ലിനിക്, ഞാഴിച്ചുടക്ക, സ്ഥാപനം, അല്ലെങ്കിൽ മറ്റേതെങ്കിലും വ്യക്തിയോ വ്യക്തികളോ അവിവേകിതരോ ഇൻഷുറൻസ് നൽകാൻ ഇടയുണ്ട് എന്ന ഞാൻ സ്ഥിരീകരിക്കുന്നു. അതിൽ എന്റെ (ആരോഗ്യം, ചികിത്സാ സംബന്ധിയായ ചരിത്രം, എല്ലാവിധങ്ങളും ആശുപത്രിയിൽ കിടക്കേണ്ടി വന്നതിനെ കുറിച്ച്, ഉപദേശം, രോഗനിർദ്ദേശം, ചികിത്സ, പരീക്ഷണങ്ങളിലും വ്യത്യസ്ത എന്നതിനെ കുറിച്ചുള്ള ഏതെങ്കിലും അഥവാ എല്ലാ വിവരങ്ങളിലും ഉൾക്കൊള്ളാം. ഞാൻ എന്റെ പ്രഹോസസ് ഒൻപതാമത്സം ഉൾക്കൊള്ളാം. രോഗനിർദ്ദേശം (അനുജ്ഞാതീന) വരെ സമ്മതിക്കുകയാണ്.

Declaration

- 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, and I may forfeit any payments made.
- 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, and I may forfeit the payments made.
- d) If any future premium or other payment 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, institution, or any other person 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

പ്രകാശവുമ്പോൾ ബന്ധപ്പെട്ട് നൽകിയിട്ടില്ലെന്നു ഏതെങ്കിലും വിവരങ്ങൾ ഉൾക്കൊണ്ട് പരിശോധന ആവശ്യങ്ങളിൽ ഉൾപ്പെടെ എന്തെങ്കിലും വിധത്തിൽ കർഷണ ഉപയോഗിച്ചാകാം എന്നു അറിയാൻ സാധിക്കാതിരുന്നെന്ന്, കർഷണ അതിന്റെ അനുബന്ധങ്ങളും, തിരുവല്ലയിൽനിന്നു പിന്നെ മറ്റു ജനറം കർഷകർ ഉൾപ്പെടെയുള്ള എന്തെങ്കിലും പക്ഷികളെപ്പറ്റി അന്വേഷണ വിവരങ്ങൾ പങ്കിടാം. അന്വേഷണയാർജ്ജിത എന്തെങ്കിലും നിയമം, ഉപയോഗം, ആലോചന, അനുഗ്രഹം, അനുഗ്രഹം എന്നിവയ്ക്കും മറ്റും അവകാശങ്ങൾക്കും വിധേയമാണ്. കർഷണ യുദ്ധ ഭാഗത്തു് യഥാർത്ഥമായി പരിഗണിക്കാം എന്നു അനുഗ്രഹിക്കുന്ന എന്തെങ്കിലും വിധത്തിൽ സമ്പന്നമാവാൻ പാർശ്വഭാഗം നൽകാം. പ്രകാശവുമ്പോൾ ഒന്നു പ്രകാശവുമ്പോൾ ഉള്ള പരാമർശിച്ചിട്ടുള്ള മറ്റു കാര്യങ്ങളിൽ ബന്ധപ്പെട്ടതായാ കർഷണ പദ്ധതി വെച്ചു എന്തെങ്കിലും അനുയോജനമായ ചിഹ്നം ബന്ധപ്പെട്ട് കർഷണ ഒന്നു നീക്കം ചെയ്യാം.

I confirm that any information provided in relation to the proposal may be used by the Company in any manner including for purposes of medical verification of such information. The Company may also share such information with any persons including its affiliates, reinsurers and other third parties. Notwithstanding any law, usage, custom, privilege, or other rights available to me, the Company may make any independent verification of the facts as may be considered relevant by the Company from any source whatsoever. The Company may charge a fee in relation to any extraordinary costs as may be incurred by the Company in relation to processing of the proposal and other matters referred to in the proposal.

പോളിസി പോസ്റ്റല് വഴിയാണ് അയച്ചതെങ്കിൽ, അത് അയച്ച തിന് മൂന്ന് ബിസിനസ് ദിവസത്തിനുള്ളിൽ ലഭിക്കുന്നു എന്ന് ഞാൻ മനസ്സിലാക്കുകയും സമ്മതിക്കുകയും ചെയ്യുന്നു.

I understand and agree that if the policy is sent by post it shall be deemed to have been delivered and received in the ordinary course of the post within three (3) business days of posting.

അതെ ☐ അല്ല ☐
 YES ☐ NO ☐

--

അപേക്ഷകന്റെ ഒപ്പ്/പേരുവിടെ മൂദ്ര (ഇതരം ചേയ്യപ്പെടുന്ന കൈയിൽ നിന്ന് വ്യത്യസ്തനാണെങ്കിൽ)
Signature/Thumb impression of proposer (If other than Life to be Insured)

name /Place

(ജീവിത രക്ഷാഭാഗം അല്ലെങ്കിൽ പ്രപോസ്റ്റ് ക്വിട്ട് മാതൃഭാഷയിലോ അല്ലെങ്കിൽ അക്ഷരജ്ഞാനമില്ലാത്ത സാഹചര്യമാണെങ്കിൽ)

In case life to be insured or proposer signs in vernacular or is illiterate

പ്രതിക പൂരിപ്പിക്കുന്ന വ്യക്തിയുടെ പ്രഖ്യാപനം ഇൻഷുർ ചെയ്യപ്പെടുന്ന ലൈഫി/അജീ/ഇക്സ് അപെക്സ് പരിരക്ഷയുടെ ഉള്ളടക്കം പൂർണ്ണമായും വിഭജിക്കുക കൊടുത്തിട്ടുണ്ടെന്നും അല്ലെങ്കിൽ/അപെക്സ് ഇത് ശരിക്കും മനസ്സിലായിട്ടുണ്ടെന്നും ഓൺ പ്രഖ്യാപിക്കുന്നു. കുടുംബ ഇൻഷുർ ചെയ്യപ്പെടുന്ന ലൈഫി/അജീ/ഇക്സ് നൽകിയ മറുപടികൾ ഓൺ സന്ധ്യസമയത്ത് ഹെൽപ്പ്ഡെസ് ചെയ്തിട്ടുണ്ട്. പ്രഖ്യാപനകൾ രജിസ്ട്രാർ പ്രസിദ്ധീകരിക്കുക.

Declaration by the person filling in the form: I hereby declare that I have fully explained the questions in vernacular to the life to be insured/proposer and I have truthfully recorded the answers given by the life to be insured/proposer.

പുറപ്പെടുവിച്ച തീയത്ത്
Date of issue

നിയമാനുസൃതമായി പ്രതിജ്ഞ ചെയ്യുന്ന ആളുടെ പേരും മേൽവിലാസവും/Declarant's name & address:

നിയമാനുസൃതമായി പ്രതിജ്ഞ ചെയ്യുന്ന ആളുടെ ഒപ്പ്
/Signature of declarant