

**IN UNIT LINKED PLANS, THE INVESTMENT RISK IN INVESTMENT PORTFOLIO IS BORNE BY THE POLICYHOLDER (APPLICABLE FOR ULIP POLICY)**  
**ইউনিট লিঙ্কড প্লানে, বিনিয়োগ পোর্টফোলিওর ঝুঁকি পলিসিধারকএর (ইউলিপ পলিসির ক্ষেত্রে প্রযোজ্য)**

FOR OFFICE USE ONLY - কোম্পানি অফিসের ব্যবহারের জন্য

Ver 3.8

Customer I.D গ্রাহকের আইডি :

Policy no. পলিসি নম্বর

Proposal Number প্রস্তাবের নম্বর	NNU
-------------------------------------	-----

For Existing Customer

বর্তমান গ্রাহকের জন্য

For Bancassurance Channel Only

ব্যাঙ্কাসুরেন্স চ্যানেল অনলি ব্যাঙ্কের জন্য

সহযোগী

ব্যাঙ্ক শাখা কোড

Bank Partner

Bank Branch Code

গ্রাহক অংশ

এসপি সার্টিফিকেট নং

Customer Segment

SP Certificate No



SECTOR ☐ Urban ☐ Rural ☐ Social ☐ NRI  
 ক্ষেত্র ☐ শহুরে ☐ গ্রামীণ ☐ সামাজিক ☐ এন আর আই

Unique Village Code

বিশেষ গ্রামের কোড

Product Name প্রোডাক্টের নাম

PROPOSAL DEPOSIT DETAILS জমা প্রস্তাবনা বিবরণ

Cheque/DD No. চেক / ডিডি #	
Amount অর্থরাশি	

Voucher Number ভাউচার নং

Date তারিখ

Drawn on নামাঙ্কিত

কর্মী

এইচএনআই

STAFF ☐HNI ☐

Proposal Form প্রস্তাব ফর্ম

Notes:

- The proposer should be satisfied with the details of the product(s) and must pay specific attention to the Key Features brochure of the product(s).
- 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.
- Units shall be allocated on the day the proposal is completed and results into a policy by adjustment of application money towards premium. (Applicable For Ulip 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.
- 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.
- Please counter sign on alterations/overwriting/ink change, if any, made in the proposal form.
- The advisor is not authorised to collect cash/bearer cheque that is meant for the company
- In the event the Proposal is withdrawn by the Proposer before issuance of the Policy, the Company shall refund the application money after deduction of the expenses incurred on medical examination of the Proposer, if applicable.
- If a particular section is not applicable to you please write "NA" or "-" and proposal form has to be completely filled.
- Aviva shall contact you for the verification purposes, which is basis your Contactability.
- NAV would be the later of date of credit / date of underwriting / date of verification, whichever is later.
- Benefit illustration is an integral part of this application. This needs to be signed by the policyholder.
- Riders are not mandatory and are available at an extra cost.

নোটঃ

- প্রস্তাবক প্রোডাক্টের(গুলির) বিস্তারিত বিবরণ সম্পর্কে সন্তুষ্ট হবেন এবং প্রোডাক্টের(গুলির) বৈশিষ্ট্য পুস্তিকা বিশেষরূপে পড়বেন।
- সমগ্র প্রস্তাবনা এবং প্রাথমিক ভুগতান কোম্পানিতে জমা পড়লে কোম্পানির দায় জন্মাবে না বুকির দায়িত্ব নিতে, এবং পলিসি জারি করা এবং বুকির দায়িত্ব নেওয়া পর্যন্ত কোম্পানির দায় জন্মাবে না।
- প্রস্তাবনা সম্পূর্ণ হবার দিনই ইউনিট প্রদান করতে হবে এবং আবেদন অর্থ থেকে প্রিমিয়াম জমা করে পলিসিতে পরিবর্তন করতে হবে। (ইউলিপের জন্য প্রযোজ্য)
- এই প্রস্তাবনার সঙ্গে প্রাথমিক ভুগতান নগদে, ক্রস করা চেক বা ডিমাণ্ড ড্রাফটে Aviva Life Insurance Account Proposal Number \_\_\_\_\_ শাখা অফিস বা কোম্পানি মান্যতাপাণ্ড পদ্ধতিতে জমা করতে হবে।
- নগদ জমার ক্ষেত্রে, ফেরত (যদি থাকে) দেওয়া হবে শুধুমাত্র চেকে।
- বীমা আইন, ১৯৩৮ যা সময়ে সময়ে পরিশোধিত, অনুযায়ী প্রস্তাবকে সম্পূর্ণ এবং সঠিক তথ্য জমা দিতে হবে কোম্পানিকে প্রস্তাবনা গ্রহণ করার জন্য।
- বয়সের প্রমাণ আবশ্যিক
- প্রস্তাবনা ফর্মে, পরিবর্তন/ অতিরিক্ত লিখন/ কালির পরিবর্তনে প্রতিস্বাক্ষর করণ।
- পরামর্শদাতা কোম্পানির জন্য দেওয়া নগদ/ বিয়ারার চেক সংগ্রহ করতে মান্য নয়
- পলিসি জারির আগে প্রস্তাবক যদি প্রস্তাবনা ফেরত নিয়ে নেন, অথলে কোম্পানি আরেদন অর্থ প্রস্তাবকের চিকিতসাগত পরীক্ষার জন্য কৃত খরচ, যদি প্রযোজ্য হয়, কেটে নিয়ে ফেরত দেবে।
- যদি কোন বিশেষ ধারা আপনার জন্য প্রযোজ্য না হয় তাহলে প্রস্তাবনা ফর্মে প্রযোজ্য নয় বা --- লিখে প্রস্তাবনা ফর্ম সম্পূর্ণ পূরণ করণ।
- আপনার যোগাযোগ করার সময় অনুযায়ী অ্যাক্টিভ আপনার সঙ্গে যোগাযোগ করবে সত্যাপণের জন্য।
- এনএভি জমার দিন/ বুকি দায়িত্ব নেবার দিন/ সত্যাপণের দিনের শেষের দিন থেকে গণিত হবে।
- উপকারিতা প্রদর্শন এই আবেদনের একটি আন্তর্জাতিক অঙ্গ। পলিসিধারককে এতই স্বাক্ষর করতে হবে।
- রাইডারগুলি আবশ্যিক নয় এবং অতিরিক্ত অর্থের বিনিময়ে প্রাপ্য

## 1. Details of the ☒ Life Assured ☐ Life Assured same as Proposer

বিবরণ

বিমুক্ত জীবন

বিমুক্ত জীবন এবং প্রস্তাবক অভিন্ন

Please complete in CAPITAL LETTERS)

(অনুগ্রহ করে কেবলমাত্র বড় হাতের অক্ষরে পূরণ করুন)

### 1.1 Full Name : THIS IS HOW YOUR NAME WILL APPEAR ON THE POLICY CERTIFICATE. PLEASE LEAVE A SPACE BETWEEN EACH PART OF THE NAME.

সম্পূর্ণ নাম : এইভাবে আপনার নাম পলিসি সার্টিফিকেটে প্রদর্শিত হবে। দয়া করে নামের প্রতিটি অংশের মধ্যে স্পেস দেবেন

Title : Mr. / Mrs. / Ms. / Dr.

শ্রী/শ্রীমতী/কুমারী/ডঃ

First Name প্রথম নাম

Middle Name মধ্য নাম

Middle Name মধ্য নাম

Surname পদবি

Affix Photo  
ছবি লাগান

### 1.2 Maiden Name (in case of married female life to be insured) অবিবাহিত নাম (বিবাহিত মহিলাদের বীমা করার ক্ষেত্রে)

শ্রী/শ্রীমতী/ডঃ

Title : Ms. / Dr.

First Name প্রথম নাম

Middle Name মধ্য নাম

Surname পদবি

### 1.3 Father's Name পিতার নাম

Title : Mr. / Dr. শ্রী/শ্রীমতী/কুমারী/ডঃ

First Name প্রথম নাম

Middle Name মধ্য নাম

Surname পদবি

### 1.4 Date of Birth জন্ম তারিখ

Date তারিখ Month মাস Year বছর

### 1.5 Gender লিঙ্গ

☐ Male পুরুষ  
☐ Female মহিলা

### 1.6 Marital Status বৈবাহিক অবস্থা

☐ Unmarried অবিবাহিত  
☐ Widow(er) বিধবা (বিপত্নীক)  
☐ Married বিবাহিত  
☐ Divorced ডিভোর্স

### 1.7 No. of Children সন্তানের সংখ্যা

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3  
 Greater than 3 ☐ NA  
 ৩এর অধিক

### 1.8 Nationality জাতীয়তা

☐ Indian ভারতীয়

☐ Foreign National বিদেশী

☐ Person of Indian Origin ভারতীয় বংশোদ্ভূত

☐ Specify Nationality নাগরিকত্ব উল্লেখ করুন

## 1.9 Residential Status

বসবাসের অবস্থা

☐

Residing in India

ভারতে বসবাসকারী

☐Not Residing in India<sup>1</sup>

ভারতে বসবাসকারী নয়

<sup>1</sup>Specify Country of residence \_\_\_\_\_

বসবাসের দেশ উল্লেখ করুন

## 1.10 Communication Address

যোগাযোগের ঠিকানা

☐

Residence

বাসস্থান

☐

Permanent

স্থায়ী

☐

Office

অফিস

## 1.11 Current Residential Address

বর্তমান বসবাসের ঠিকানা

(PLEASE LEAVE A SPACE BETWEEN EACH PART OF THE ADDRESS)

(ঠিকানার প্রতি অংশের মধ্যে স্পেস ছাড়ুন)

Address

(Please include c/o, s/o, w/o, d/o, h/o, f/o wherever necessary)

ঠিকানা

(দয়া করে যেখানে প্রযোজ্য প্রযুক্তি/

পুত্র/স্ত্রী/কন্যা/স্বামী/পিতা লিখুন)

Landmark

ল্যান্ডমার্ক

Pin Code

পিন কোড

City/Village শহর/গ্রাম

District জেলা

State রাজ্য

Phone ফোন

Mobile

মোবাইল

STD Code এসটিডি কোড

Phone No. ফোন নং:

<sup>1</sup>If you are an Indian or a Person of Indian Origin, not residing in India, please fill the NRI questionnaire.

আপনি ভারতীয় বা ভারতীয় বংশোদ্ভূত হয়ে যদি ভারতে না থাকেন তাহলে অনাবাসী ভারতীয় প্রশ্নাবলী পূরণ করুন।

## 1.12 Permanent Address

স্থায়ী ঠিকানা

(IF DIFFERENT FROM CURRENT RESIDENTIAL ADDRESS)

বর্তমান বসবাসকারী ঠিকানার থেকে ভিন্ন হলে

Address

(Please include c/o, s/o, w/o, d/o, h/o, f/o wherever necessary)

ঠিকানা

(দয়া করে যেখানে প্রযোজ্য প্রযুক্তি/

পুত্র/স্ত্রী/কন্যা/স্বামী/পিতা লিখুন)

Landmark

ল্যান্ডমার্ক

Pin Code

পিন কোড

City/Village শহর/গ্রাম

District জেলা

State রাজ্য

Phone ফোন

Mobile

মোবাইল

STD Code এসটিডি কোড

Phone No. ফোন নং:

## 1.13 Educational Qualification

শিক্ষাগত যোগ্যতা

☐

Post Graduate

শতকোষ

☐

Graduate

শতক

☐

Diploma

ডিপ্লোমা

☐

12th Pass

12 শ্রেণী পা

☐

Below 12th

12 শ্রেণীর নিচে

☐

Others (Specify)

অন্যান্য (উল্লেখ করুন)

## 1.14 Occupation

জীবিকা

☐

Salaried

বেতন

☐

Business Owner

পেশাদার

☐

Self-employed

স্ব-নিয়োজিত

☐

Student

ছাত্র

☐

Housewife

গৃহবধূ

☐

Retired/Pensioner

কৃষক

☐

Agriculturist

কৃষক

☐

Others (Specify)

অন্যান্য (উল্লেখ করুন)

If student (a) Course presently pursuing

ছাত্র/ছাত্রী হলে যে কোর্স বর্তমানে গ্রহণ করছেন

(b) Name of Institution

ইনস্টিটিউশনের নাম

(c) Duration of Course

কোর্সের সময়কাল

## 1.15 For Juvenile life: Number of Siblings

Total Sum Assured (Rs) Sibling 1

অপ্রাপ্তবয়স্ক জীবনের জন্য, তাই-বোন ভ্রাতৃসংখ্যা

(ভ্রাতৃ/বোন সংখ্যা টিক করুন) তাই-বোন ১

Sibling 2

তাই-বোন ২

Sibling 3

তাই-বোন ৩

## Work details of life to be insured

## 1.15 Exact Nature of Duties (Give Description e.g: Trading In Food Grain / Textiles, Driving Taxi / Business of Diamond Export etc.)

কর্মের পূর্ণ বর্ণনা দিন যথা: খাদ্যশস্যের/কাপড়ের ব্যবসা, ট্যাক্সি চালানো/হিরে রপ্তানির ব্যবসা ইত্যাদি।

## 1.16 Your Designation

আপনার পদ

## 1.17 Is your occupation associated with any specific hazard (e.g. Chemical factory, mines, explosives, corrosive chemicals etc.)

If yes, please give details.

আপনার কর্ম কি কোন বিশেষ ঝুঁকির সঙ্গে যুক্ত (যথা রাসায়নিক কারখানা, খনি, দাহ্য পদার্থ, ক্ষয়কারী কেমিক্যাল ইত্যাদি)

☐ YES

হ্যাঁ

☐ NO

না

## 1.18 Name of Organisation/Business

প্রতিষ্ঠান/ব্যবসার নাম

Address

ঠিকানা

Landmark

ল্যান্ডমার্ক

Pin Code

পিন কোড

City/Village শহর/গ্রাম

District জেলা

State রাজ্য

Phone ফোন

Mobile

মোবাইল

STD Code এসটিডি কোড

Phone No. ফোন নং:

## 1.19 Life Assured's Annual Income Rs. :

বীমাকৃতের বাৎসরিক আয় টাকাঃ

If not earning, Parent's/Spouse's Annual Income Rs.

যদি উপার্জনকারী না হয় তাহলে রোগী/স্বামী বা স্ত্রীর বাৎসরিক আয় টাকাঃ

## 1.20 E-mail ID

ইমেল আইডি

## 1.21 Age proof

বয়সের প্রমাণ

☐

School/College Certificate

স্কুল/কলেজ সার্টিফিকেট

☐

Municipal Records

মিউনিসিপ্যাল রেকর্ড

☐

Defence ID Card

রক্ষাকর্মী আইডি কার্ড

☐

Passport

পাসপোর্ট

☐

Others (Specify)

অন্যান্য (উল্লেখ করুন)

## 1.22 Income Tax PAN Number

আয়কর প্যান নং



যদি প্রযোজ্য হয়, দ্বিতীয় বীমাকৃতের বিবরণী (অনুগ্রহ করে কেবলমাত্র বড় হাতের অক্ষরে পূরণ করুন)

এনভাবে আপনার নাম পলিসি সার্টিফিকেটে প্রদর্শিত হবে। দয়া করে নামের প্রতিটি অংশের মধ্যে স্পেস দেবেন

**2.2 Maiden Name (in case of married female life to be insured)** অবিবাহিত নাম (বিবাহিত মহিলাদের বীমা করার ক্ষেত্রে)

**2.3 Father's Name** পিতার নাম

## বীমাকর্তার কর্মবিবরণী

କର୍ମେଓ ପଳ୍ଲୀ

আপনার পদ

2.15 Is your occupation associated with any specific hazard (e.g. Chemical factory, mines, explosives, corrosive chemicals etc.) ☐ YES ☐ NO  
If yes, please give details. ☐ हाँ ☐ नहीं

আপনার কর্ম কি কোন বিশেষ ঝুঁকির সঙ্গে যুক্ত (যথা রাসায়নিক কারখানা, খনি, দাহ্য পদার্থ, ক্ষয়কারী কেমিক্যাল ইত্যাদি) যদি হ্যাঁ হয় তাহলে অনগ্রহ করে বিবরণ প্রদান করুন

1.19 Life Assured's Annual Income Rs. :           If not earning, Parent's/Spouse's Annual Income Rs.

বীমাকর্তার বাৎসরিক আয় টাকাঃ যদি উপার্জনকারী না হয় তাহলে রোগী/ স্বামী বা স্ত্রীর বাৎসরিক আয় টাকাঃ

1.21 Age proof ☐ School/College Certificate ☐ Municipal Records ☐ Defence ID Card ☐ Passport ☐ Others (Specify) \_\_\_\_\_  
বয়সের প্রমাণ ☐ স্কুল/কলেজ সার্টিফিকেট ☐ মিউনিসিপ্যাল রেকর্ড ☐ বরফোর্স আইডি কার্ড ☐ পাসপোর্ট ☐ অন্যান্য (উল্লেখ করুন) \_\_\_\_\_

### 3. Details of the Proposer (if different from life to be insured)

প্রস্তাবকের বিস্তারিত বিবরণ (বীমাকৃতের থেকে ভিন্ন হলে)

3.1 Status

স্থিতি

☐

Individual

ব্যক্তি

☐

HUF

হিন্দু অবিভাজিত পরিবার

☐

Partnership

পার্টনারশিপ

☐

Corporate

কর্পোরেট

☐

Trust

ট্রাস্ট

☐

Government Body

সরকারী সংস্থা

3.2 Full Name of Proposer প্রস্তাবকের সম্পূর্ণ নাম

Title : Mr. / Mrs. / Ms. / Dr.

শিরোনাম শ্রী/ শ্রীমতী/ কুমারী/ ডাঃ

First Name প্রথম নাম

Middle Name মধ্য নাম

Surname পদবি

Affix Photo

ছবি লাগান

(Fill 3 - 8 only in case of Individual/HUF)

3.3 Father's Name / Husband's Name

তಂದেয় ঈশ্বর

Title : Mr. / Dr. শিরোনাম শ্রী/ ডাঃ

First Name প্রথম নাম

Middle Name মধ্য নাম

Surname পদবি

2.4 Date of Birth

শ্রী তারিখ

Date তারিখ Month মাস Year বছর

1.5 Gender

লিঙ্গ

☐

Male

পুরুষ

☐

Female

মহিলা

1.6 Marital Status

বৈবাহিক অবস্থা

☐

Unmarried

অবিবাহিত

☐

Widow(er)

বিধবা (বিপত্নীক)

☐

Married

বিবাহিত

☐

Divorced

ডিভোর্সি

1.7 No. of Children

☐

1

☐

2

☐

3

সন্তানের সংখ্যা

Greater than 3

৩এর অধিক

☐

NA

2.8 Nationality

জাতীয়তা

☐

Indian

ভারতীয়

☐

Foreign National<sup>1</sup>

বিদেশী

☐

Person of Indian Origin<sup>1</sup>

ভারতীয় বংশোদ্ভূত

<sup>1</sup>Specify Nationality

নাগরিকত্ব উল্লেখ করুন

2.9 Residential Status

বসবাসের অবস্থা

☐

Residing in India

ভারতে বসবাসকারী

☐

Not Residing in India<sup>1</sup>

ভারতে বসবাসকারী নয়

<sup>1</sup>Specify Country of residence

বসবাসের দেশ উল্লেখ করুন

3.10 Address of Proposer প্রস্তাবকের ঠিকানা

(PLEASE LEAVE A SPACE BETWEEN EACH PART OF THE ADDRESS) (ঠিকানার প্রতি অংশের মধ্যে স্পেস ছাড়ুন)

Address

ঠিকানা

Landmark

ল্যান্ডমার্ক

Pin Code

পিন কোড

City/Village শহর/গ্রাম

District জেলা

State রাজ্য

Phone ফোন

Mobile

মোবাইল

STD Code এসটিডি কোড

Phone No. ফোন নং:

E-mail ID ইমেইল আইডি

3.11 Relationship of Proposer with the Life to be Insured

3.12 Proposer's Details প্রস্তাবকের বিস্তারিত বিবরণ

Are you the owner of any insurance policies? আপনি কি কোন বীমার অধিকারী?

☐ YES

হ্যাঁ

☐ NO

না

Total annual premium মোট বাৎসরিক প্রিমিয়াম

(Rs. in figures) (টাকা)

Work details of proposer প্রস্তাবকের কর্মবিবরণী

3.13 Exact Nature of Duties কর্মের পশ্চ

3.14 Your Designation আপনার পদ

3.15 Is your occupation associated with any specific hazard (e.g. Chemical factory, mines, explosives, corrosive chemicals etc.)

☐ YES

হ্যাঁ

☐ NO

না

If yes, please give details.

আপনার কর্ম কি কোন বিশেষ ঝুঁকির সঙ্গে যুক্ত (যথা রাসায়নিক কারখানা, খনি, দাহ্য পদার্থ, ক্ষয়কারী কেমিক্যাল ইত্যাদি)

3.16 Name of Organisation/Business

প্রতিষ্ঠান/ব্যবসার নাম

Address

ঠিকানা

Landmark

ল্যান্ডমার্ক

Pin Code

পিন কোড

City/Village শহর/গ্রাম

District জেলা

State রাজ্য

Phone ফোন

Mobile

মোবাইল

STD Code এসটিডি কোড

Phone No. ফোন নং:

3.17 Annual Income Rs. : বাৎসরিক আয় টাকা:

E-mail ID ইমেইল আইডি

আপনি ভারতীয় বা ভারতীয় বংশোদ্ভূত হয়ে যদি ভারতে না থাকেন তাহলে অনাবাসী ভারতীয় প্রত্নাবলী পূরণ করুন।

'If you are an Indian or a Person of Indian Origin, not residing in India, please fill the NRI questionnaire.

3.19 Age proof ☐ School/College Certificate ☐ Municipal Records ☐ Defence ID Card ☐ Passport ☐ Others (Specify) \_\_\_\_\_  
বয়সের প্রমাণ স্কুল/কলেজ সার্টিফিকেট মিউনিসিপ্যাল রেকর্ড রক্ষাকর্মী আইডি কার্ড পাসপোর্ট অন্যান্য (উল্লেখ করুন) \_\_\_\_\_

3.20 Income Tax PAN Number \_\_\_\_\_  
আয়কর প্যান নং

3.21 Are you paying premium for life insurance policies on any other life. ☐ YES ☐ NO  
আপনি কি অন্য কোন জীবন বীমার প্রিমিয়াম প্রদান করছেন।  
If yes, Total annual premium (Rs. in figures) \_\_\_\_\_  
যদি হ্যাঁ, তবে মোট বাৎসরিক প্রিমিয়াম

4. Nomination Details (To be completed only when the proposer and the life to be insured are the same)  
মনোনয়ন বিবরণী (যখন প্রস্তাবক এবং বীমাকৃত একই ব্যক্তি তখনই পূরণ করতে হবে)

4.1 নমিনার নাম  
নিম্ন প্রদত্ত এক বীমাকৃত একই ব্যক্তি তাকেই পূরণ করতে হবে।  
Name of the Nominee  
(Under section 39 of the insurance Act 1938)

First Nominee প্রথম মনোনীত  
Second Nominee দ্বিতীয় মনোনীত  
Third Nominee তৃতীয় মনোনীত

4.2 Relationship to the Life to be Insured  
(বীমা আইন ১৯৩৮-এর ৩৯ ধারার অধীন)

4.3 Percentage of Entitlement  
অধিকারের শতাংশ

4.4 Date of Birth  
শ্র তারিখ

4.5 Address  
ঠিকানা

4.6 If the nominee specified above is any person other than your parent/spouse/child, give reasons for such nomination in the space provided below:  
আপনার পিতামাতা/স্বামী বা স্ত্রী/সন্তান ছাড়া অন্য কেউ মনোনীত হলে নিচে প্রদত্ত স্থানে কারণ দর্শান:

If Nominee is a Minor, please give details of the appointee (should be a Major)  
যদি মনোনীত অপ্রাপ্তবয়স্ক হন, তাহলে নিযুক্ত ব্যক্তির বিবরণ দিন (প্রাপ্তবয়স্ক হতে হবে)

a. Name of the Appointee  
নিযুক্ত ব্যক্তির নাম

b. Relationship to the Minor

c. Date of Birth  
শ্র তারিখ

d. Address  
ঠিকানা

Signature of the Appointee  
নিযুক্ত ব্যক্তির স্বাক্ষর

নোটঃ যুক্ত জীবনের ক্ষেত্রে, এই মনোনয়নগুলি কার্যকরী হবে যদি উভয়ের একইসঙ্গে মৃত্যু হয় বা শেষ ব্যক্তির মৃত্যু হলে।  
Note : In case of joint lives, this nomination shall be operative in the event of simultaneous death of both the lives insured or in the event of death of the last surviving life insured.

5. Details of the plan applied for  
আবেদনকৃত প্লানের বিবরণ

5.1 Name of the Plan প্লানের নাম

5.2 Term of the Plan In years (if applicable)  
প্লানের সময়কাল, বৎসরে (যদি প্রযোজ্য হয়)

5.3 Select Option (if applicable) ☐ Option A ☐ Option B ☐ Option C  
বিকল্প বেছে নিন (যদি প্রযোজ্য হয়) ক বিকল্প খ বিকল্প গ বিকল্প

5.4 Premium Paying Term In years (if applicable)  
প্রিমিয়াম প্রদানের সময়কাল, বৎসরে (যদি প্রযোজ্য হয়)

5.5 Select Category (if applicable) ☐ Smoker ☐ Non Smoker  
বিভাগ বেছে নিন (যদি প্রযোজ্য হয়) ধূমপায়ী অধূমপায়ী

5.6 Annual Premium In Rs. (if applicable)  
বার্ষিক প্রিমিয়াম টাকায় (যদি প্রযোজ্য হয়)

5.7 Cover Level (if applicable) ☐ Minimum ☐ Maximum ☐ Customer Defined (In figures) \_\_\_\_\_  
কভারেজ স্তর (যদি প্রযোজ্য হয়) ন্যূনতম সর্বাধিক গ্রাহক নির্দিষ্ট (সংখ্যায়)

5.8 Sum Assured In Rs. (if applicable)  
অর্থ নিশ্চিত টাকায় (যদি প্রযোজ্য হয়)

5.9 Riders opted for (if applicable) বেছে নেওয়া রাইডার (যদি প্রযোজ্য হয়)

Riders রাইডারগুলি	Sum Assured* (Rs.) অর্থ নিশ্চিত (টাকা)	Riders রাইডারগুলি	Sum Assured* (Rs.) অর্থ নিশ্চিত (টাকা)
<input type="checkbox"/> Aviva Accidental Death & Dismemberment অ্যাকসিডেন্টাল মৃত্যু এবং অঙ্গচ্ছেদ		<input type="checkbox"/> Aviva Accidental Death Benefit অ্যাকসিডেন্টাল মৃত্যুতে অর্থপ্রাপ্তি	
<input type="checkbox"/> Aviva Dread Disease অ্যাকসিডেন্টাল আশঙ্কাজনক অসুখ		<input type="checkbox"/> Aviva Comprehensive Health Benefit অ্যাকসিডেন্টাল সার্বিক স্বাস্থ্য সুবিধা	
<input type="checkbox"/> Aviva Term / Term Plus Rider অ্যাকসিডেন্টাল টার্ম/টার্ম প্লাস রাইডার		<input type="checkbox"/> Income / Family Income Benefit Rider আয়/পারিবারিক আয় সুবিধা রাইডার	
<input type="checkbox"/> Aviva Health Guard Rider অ্যাকসিডেন্টাল স্বাস্থ্য সুরক্ষা রাইডার		<input type="checkbox"/> Aviva Child Education Rider অ্যাকসিডেন্টাল শিশু শিক্ষা রাইডার	

(\*) Rider SA shall be not exceed the base sum assured or the maximum applicable limit for riders whichever is lower.



## 5.10 Premium Frequency

প্রিমিয়ামের নিয়মিততা

☐

Yearly

বর্ষিক

☐

Half-Yearly

ষাটমাসিক

☐

Quarterly

ত্রৈমাসিক

☐Monthly<sup>1</sup>

মাসিক

☐

Single Premium

একক প্রিমিয়াম

## 5.11 Premium as per Frequency (in Rs.)

নিয়মিততা অনুযায়ী প্রিমিয়াম (টাকায়)

5.12 Indexation<sup>2</sup> Option (if applicable)

সূচীকরণ বিকল্প (যদি প্রযোজ্য হয়)

☐

YES

☐

NO

হ্যাঁ

না

5.13 Automatic Asset Allocation<sup>3</sup> (if applicable)স্বয়ংক্রিয় ধন বন্টন<sup>3</sup> (যদি প্রযোজ্য হয়)☐

YES

☐

NO

#Incase you opt for the Automatic Asset Allocation Plan, you need to allocate your premium between the appropriate funds only.

আপনি যদি স্বয়ংক্রিয় ধনবন্টন প্ল্যান বেছে নেন, আপনাকে শুধুমাত্র আপনার প্রিমিয়াম সঠিক ফাণ্ডে বন্টন করে নিতে হবে

## 5.14 Type of Fund (if applicable)

বিভিন্ন প্রকার ফাণ্ড (যদি প্রযোজ্য হয়)

Balanced Fund-II

ব্যালান্সড ফাণ্ড-২

Protector Fund-II

প্রটেক্টর ফাণ্ড-২

Growth Fund-II

গ্রোথ ফাণ্ড-২

Index Fund-II

ইনডেক্স ফাণ্ড-২

Dynamic P/E Fund

ডায়নামিক পি/ই ফাণ্ড

Enhancer Fund-II

এনহ্যান্সার ফাণ্ড-২

Bond Fund-II

বন্ড ফাণ্ড-২

Infrastructure Fund

ইনফ্রাস্ট্রাকচার ফাণ্ড

PSU Fund

পিএসইউ ফাণ্ড

\* please mention the percentage of premium you would like to invest in each of the Unit Linked Funds (the total must be 100%) The minimum allocation in each selected fund must be 10%.

\* প্রতিটি ইউনিট লিঙ্কড ফাণ্ডে আপনি কত শতাংশ প্রিমিয়াম রাখতে চান তার উল্লেখ করুন (মোট ১০০% হবে) প্রতিটি নির্বাচিত ফাণ্ডে বর্ণ বন্টন ন্যূনতম ১০% হতে হবে।

5.15 Systematic Transfer Plan<sup>4</sup> (if applicable)

সিস্টেমেটিক ট্রান্সফার প্ল্যান

☐

YES

☐

NO

হ্যাঁ

না

If yes

যদি হ্যাঁ

Weekly

সাপ্তাহিক

Monthly

মাসিক

## 5.16 Preferred Mode of Payment

\*Debit/Credit Card should be held in the name of the proposer.

☐

Cheque

চেক

☐Cash<sup>5</sup>

নগদ

☐

Demand Draft

ডিমান্ড ড্রাফট

☐Direct Debit<sup>6</sup>

সরাসরি ডেবিট

☐Credit Card<sup>7</sup>

ক্রেডিট কার্ড

☐ECS<sup>8</sup>

ইসিএস

☐

EDC

ইডিসি

নির্বিচলিত ভূগতানের প্রারপ

পঞ্জাবকের নামে ডেবিট/ক্রেডিট কার্ড থাকতে হবে।

## 5.17 Are you the holder of bank account in your own name?

আপনি কি নিজের নামে ব্যাংক অ্যাকাউন্ট ধারক?

☐

YES

☐

NO

হ্যাঁ

না

If yes, give bank details (Mandatory incase of Direct Debit / Credit Card / ECS)

যদি হ্যাঁ, তাহলে ব্যাংকের বিবরণ দিন(সরাসরি ডেবিট/ক্রেডিট কার্ড/ আইসিএস-এর জন্য আবশ্যিক)

Bank Account Number ব্যাংক অ্যাকাউন্ট নম্বর

Credit Card Number ক্রেডিট কার্ড নম্বর

Bank Name ব্যাংকের নাম

Account Type ব্যাংক অ্যাকাউন্টের ধরন

☐ Saving Account

সঞ্চয় অ্যাকাউন্টের

☐ Current Account

কারেন্ট অ্যাকাউন্টের

☐ NRO/NRE

কমন্সই/এক্সটর

Address of Branch

শাখার ঠিকানা

MICR Code (9 digits)

## 5.18 For Traditional Products only

প্রচলিত প্রোডাক্টের ক্ষেত্রে মাত্র

Do you want back dating of the policy

আপনার পলিসি কি পূর্বের কোন দিন থেকে করতে চান

☐

YES

☐

NO

হ্যাঁ

না

If yes, Date of commencement

(within current Financial Year)

যদি হ্যাঁ, তবে প্রাথমিক তারিখ

(বর্তমান আর্থিক বছরের মধ্যে)

Date

তারিখ

Month

মাস

Year

বছর

<sup>1</sup>Monthly frequency is acceptable only through Direct Debit and Electronic Clearing System (ECS) mode of payment<sup>2</sup>Indexation protects the purchasing power of the maturity value or death benefit so that your savings remain a meaningful amount throughout the duration of the policy. You have the option of increasing the regular premium, sum insured and rider benefits by an inflation adjustment in line with the increase in the Wholesale Price Index, without any evidence of health.<sup>3</sup>Cash can only be deposited at Aviva Branch Office by the proposer or by his/her representative. Cash receipt will be issued only at Aviva Branch Office.<sup>4</sup>Please check with your advisor if these facilities are available. If yes, please complete the Direct Debit Instructions Mandate, relevant Charge Slip or ECS Mandate Form, as applicable. In case of ECS, initial payment must be made by cheque / cash.<sup>5</sup>Systematic Transfer Plan (STP) is available only on select products. Please refer to the key feature document of your selected product for more details. Opting for the STP option will provide you with a policy information and transaction login ID and Password to enable you to access your policy account on the web.

(মাসিক সংঘটনের হার সরাসরি ডেবিট/ইসিএস প্রণালীর জন্য উপলব্ধ)

সূচীকরণ ম্যাচিওরিটির অর্থ বা মূল্যে প্রাপ্ত অর্থের ত্রুটি ক্ষমতা সুরক্ষিত করে যাতে আপনার সঞ্চয় পলিসির সময়কালে অর্থপূর্ণ সঞ্চয় হিসাবে থাকে। আপনার নিয়মিত প্রিমিয়াম, বীমাকৃত রাশি এবং রাইডার সুবিধা বাড়াবার বিকল্প রয়েছে যার ফলে নিয়ন্ত্রণের মাধ্যমে যা স্বাস্থ্যের প্রমাণ ছাড়াই হবে এবং হোলসেল প্রাইস ইনডেক্সের হিসাবে হবে।

প্রস্তাবক বা তার প্রতিনিধি একমাত্র অ্যাকাউন্ট শাখায় নগদ জমা করতে পারেন। অ্যাকাউন্ট শাখাতেই একমাত্র নগদের পরিবর্তে রিসিট দেওয়া হবে।

আপনার পরামর্শদাতার সঙ্গে কথা বলে নিন এই সুবিধাগুলি উপলব্ধ কি না জানার জন্য। দয়া করে সরাসরি ডেবিট নির্দেশের ম্যাডেট, প্রয়োজনীয় চার্জ স্লিপ বা ইসিএস ম্যাডেট ফর্ম, যেখানে প্রযোজ্য পূরণ।

ইসিএসএর ক্ষেত্রে প্রাথমিক ভুগতান চেক বা নগদে করতে হবে।

সিস্টেমেটিক ট্রান্সফার প্ল্যান (এসটিপি) কিছু নির্দিষ্ট প্রোডাক্টের ক্ষেত্রেই উপলব্ধ। আপনার নির্দিষ্ট প্রোডাক্টের বৈশিষ্ট্য তথ্যাবলী দেখুন। এসটিপি বিকল্প নিলে আপনাকে পলিসি তথ্য এবং লগিং আইডি এবং

পাসওয়ার্ড প্রদান করা হবে যাতে আপনি ওয়েবসাইটে পলিসি অ্যাকাউন্টে লগ ইন করতে পারেন।

## 6. Family and personal details of the life to be insured

বীমাকৃতের পারিবারিক ও ব্যক্তিগত তথ্য

## Personal Details ব্যক্তিগত তথ্য

## 6.1 Your Height / Weight

	First Life প্রথম ব্যক্তি	Second Life দ্বিতীয় ব্যক্তি
Height (In cms) উচ্চতা (সেমিতে)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Weight (In kgs) ওজন (কিগ্রাতে)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Have you experienced any change in weight of more than 5 kgs in the past 1 year? গত ১ বছরে ৫ কিগ্রার বেশী ওজনে কি আপনার পরিবর্তন হয়েছে?	<input type="checkbox"/> YES হ্যাঁ	<input type="checkbox"/> YES হ্যাঁ
If yes, how many kgs of	Loss <input type="text"/> Gain <input type="text"/> হ্রাস বৃদ্ধি kgs.	Loss <input type="text"/> Gain <input type="text"/> হ্রাস বৃদ্ধি kgs.
Reason for the same তার কারণ	<input type="text"/>	

## 6.2 Health &amp; Activity Section স্বাস্থ্য এবং ত্রিমাকলাপ বিভাগ

If you answer YES to questions A,B,C (ii), D(ii), E,F, I (ii) &amp; I (iii) please provide us with further background information in the table provided below. The information given will allow us to come to a decision without having to delay your proposal for further queries.

প্রশ্ন ক, খ, গ(২) এবং ঘ(২), ঙ, চ ছ(৩)-এর ক্ষেত্রে যদি হ্যাঁ উত্তর দিয়ে থাকেন তাহলে তার বিষয়ে তথ্য নিচে দেওয়া টেবিলে প্রদান করুন। নিচে দেওয়া তথ্য আমাদের আপনার

প্রস্তাবের বিষয়ে অতিরিক্ত প্রশ্ন না করে সিদ্ধান্তে আসতে সাহায্য করবে।

	First Life প্রথম জীবন		Second Life দ্বিতীয় জীবন	
<b>A. Are you currently receiving any medical treatment or are you awaiting medical or surgical consultation, test or investigation? (You need not disclose matters relating to uncomplicated pregnancy, common colds, influenza, hay-fever or any minor ailment requiring a single consultation)</b> আপনি কি বর্তমানে কোন স্বাস্থ্য সংক্রান্ত সমস্যার জন্য চিকিৎসাধীন আছেন অথবা কোন চিকিৎসা বা অস্ত্রোপচার সংক্রান্ত পরামর্শ, পরীক্ষা অথবা অনুসন্ধানের জন্য প্রতীক্ষারত? আপনাকে জটিলতা ছাড়া গর্ভধারণ, সাধারণ সর্দি কাশি, ইনফ্লুয়েঞ্জা, হে ফিভার অথবা সামান্য অসুখ যার জন্য একবার মাত্র চিকিৎসকের পরামর্শ নিতে হয়েছে এমন ঘটনা সংক্রান্ত তথ্য প্রকাশ করতে হবে না।	Yes হ্যাঁ <input type="checkbox"/>	No না <input type="checkbox"/>	Yes হ্যাঁ <input type="checkbox"/>	No না <input type="checkbox"/>
<b>B. Have you ever had any medical or surgical treatment, including investigations, tests, scans or X-Ray for any of the following illnesses or medical conditions:</b> আপনার কি নিম্নলিখিত স্বাস্থ্য জনিত সমস্যার কোনটির জন্য কখনো অনুসন্ধান, পরীক্ষা, স্ক্যান বা এক্স-রে সহ কখনো কোন চিকিৎসা বা অস্ত্রোপচার করা হয়েছে:	Yes হ্যাঁ <input type="checkbox"/>	No না <input type="checkbox"/>	Yes হ্যাঁ <input type="checkbox"/>	No না <input type="checkbox"/>
<b>i. High blood pressure, angina, heart attack, stroke or any other disorder of heart or circulation?</b> উচ্চ রক্তচাপ, অ্যাঙ্গাইনা, হার্ট অ্যাটাক, স্ট্রোক বা হৃদপিণ্ড অথবা রক্ত সংবহন জনিত অন্য কোন অসুখ?	Yes হ্যাঁ <input type="checkbox"/>	No না <input type="checkbox"/>	Yes হ্যাঁ <input type="checkbox"/>	No না <input type="checkbox"/>
<b>ii. Any form of cancer, tumor or growth?</b> কোন ধরনের ক্যান্সার, টিউমার বা বৃদ্ধি?	Yes হ্যাঁ <input type="checkbox"/>	No না <input type="checkbox"/>	Yes হ্যাঁ <input type="checkbox"/>	No না <input type="checkbox"/>
<b>iii. Disorder of skin or lymph glands?</b> ত্বক অথবা লিম্ফা গ্রন্থির কোন অসুখ?	Yes হ্যাঁ <input type="checkbox"/>	No না <input type="checkbox"/>	Yes হ্যাঁ <input type="checkbox"/>	No না <input type="checkbox"/>
<b>iv. Diabetes, kidney or liver problem?</b> বহুমূত্র, কিডনি বা লিভার জনিত সমস্যা?	Yes হ্যাঁ <input type="checkbox"/>	No না <input type="checkbox"/>	Yes হ্যাঁ <input type="checkbox"/>	No না <input type="checkbox"/>
<b>v. Colitis or any other stomach, bowel or bladder problem?</b> কোলাইটিস অথবা অন্য কোন পাকস্থলী, অন্ত্র বা মূত্রাশয় জনিত সমস্যা?	Yes হ্যাঁ <input type="checkbox"/>	No না <input type="checkbox"/>	Yes হ্যাঁ <input type="checkbox"/>	No না <input type="checkbox"/>
<b>vi. Multiple sclerosis, epilepsy, tremor, numbness, double vision or giddiness?</b> মাল্টিপল স্কেলেরোসিস, মগীরোগ, কম্পন, অসাড় ভাব, দ্বৈত দৃষ্টি অথবা মাথা ঘোরা?	Yes হ্যাঁ <input type="checkbox"/>	No না <input type="checkbox"/>	Yes হ্যাঁ <input type="checkbox"/>	No না <input type="checkbox"/>
<b>vii. Mental or nervous illness (including depression) lasting for more than 3 months and/or requiring more than 10 consecutive days off work?</b> তিন মাসের বেশি সময়ের জন্য স্থায়ী এবং / অথবা যার জন্য একনাগাড়ে 10 দিনের বেশি কাজে অনুপস্থিত থাকতে হয়েছে এমন কোন মানসিক অথবা শরীর জনিত অসুখ (অবসাদ সহ)?	Yes হ্যাঁ <input type="checkbox"/>	No না <input type="checkbox"/>	Yes হ্যাঁ <input type="checkbox"/>	No না <input type="checkbox"/>
<b>viii. Asthma, bronchitis, pneumonia, TB or any other respiratory or lung disorder?</b> হাঁপানি, ব্রঙ্কাইটিস, নিউমোনিয়া, ফস্ফা রোগ অথবা অন্য কোন শ্বাস জনিত বা ফুসফুসের অসুখ?	Yes হ্যাঁ <input type="checkbox"/>	No না <input type="checkbox"/>	Yes হ্যাঁ <input type="checkbox"/>	No না <input type="checkbox"/>
<b>ix. Ulcer, chronic diarrhoea, hepatitis or jaundice?</b> আলসার, দীর্ঘস্থায়ী উদরাময়, হেপাটাইটিস অথবা জন্ডিস?	Yes হ্যাঁ <input type="checkbox"/>	No না <input type="checkbox"/>	Yes হ্যাঁ <input type="checkbox"/>	No না <input type="checkbox"/>
<b>x. Congenital disorder, anemia, bleeding or blood disorder?</b> জন্মগত অসুখ, রক্তাক্ততা, রক্তক্ষরণ অথবা রক্ত সংক্রান্ত রোগ?	Yes হ্যাঁ <input type="checkbox"/>	No না <input type="checkbox"/>	Yes হ্যাঁ <input type="checkbox"/>	No না <input type="checkbox"/>
<b>xi. Reproductive organ or prostate disorder?</b> প্রজনন অঙ্গ অথবা প্রোস্টেটের অসুখ?	Yes হ্যাঁ <input type="checkbox"/>	No না <input type="checkbox"/>	Yes হ্যাঁ <input type="checkbox"/>	No না <input type="checkbox"/>
<b>xii. Arthritis, gout or joint pain, muscle, bone fracture or disorder?</b> আর্থরাইটিস, বাত অথবা অস্থিসন্ধির বেদনা, পেশি, হাড় ভাঙ্গা অথবা অসুখ?	Yes হ্যাঁ <input type="checkbox"/>	No না <input type="checkbox"/>	Yes হ্যাঁ <input type="checkbox"/>	No না <input type="checkbox"/>
<b>xiii. AIDS or AIDS related complex or test indicating presence of HIV?</b> এইডস অথবা এইডস সংক্রান্ত জটিলতা অথবা পরীক্ষা যা এইচআইভি-র উপস্থিতি সূচিত করেছে?	Yes হ্যাঁ <input type="checkbox"/>	No না <input type="checkbox"/>	Yes হ্যাঁ <input type="checkbox"/>	No না <input type="checkbox"/>
<b>xiv. Any other illness, surgery or injury?</b> অন্য কোন অসুখ, অস্ত্রোপচার অথবা আঘাত?	Yes হ্যাঁ <input type="checkbox"/>	No না <input type="checkbox"/>	Yes হ্যাঁ <input type="checkbox"/>	No না <input type="checkbox"/>
<b>xv. Do you have any bodily deformities?</b> আপনার কি কোন অঙ্গবিকৃতি আছে?	Yes হ্যাঁ <input type="checkbox"/>	No না <input type="checkbox"/>	Yes হ্যাঁ <input type="checkbox"/>	No না <input type="checkbox"/>
<b>xvi. Do you have any health symptoms or complaints for which a physician has not been consulted or treatment received? eg: persistent fever, unexplained weight loss, loss of appetite, pain, swelling etc.?</b> আপনার কি কোন শারীরিক উপসর্গ অথবা সমস্যা আছে যার জন্য কোন চিকিৎসকের পরামর্শ নেওয়া হয়নি অথবা চিকিৎসা করা হয়নি? যেমন ঘন ঘন জ্বর, কারণ ছাড়া ওজন হ্রাস, ক্ষুধামান্দ্র, ব্যথা, স্ফীতি ইত্যাদি?	Yes হ্যাঁ <input type="checkbox"/>	No না <input type="checkbox"/>	Yes হ্যাঁ <input type="checkbox"/>	No না <input type="checkbox"/>

<b>F. Have you been required to take time off from work on health grounds?</b> স্বাস্থ্যের কারণে আপনাকে কি কর্মক্ষেত্র থেকে ছুটি নিতে হয়েছে কখনো।		<input type="checkbox"/> YES <small>হ্যাঁ</small> <input type="checkbox"/> NO <small>না</small>	<input type="checkbox"/> YES <small>হ্যাঁ</small> <input type="checkbox"/> NO <small>না</small>
<b>G. Apart from work, has your health placed any restrictions on your normal daily activities?</b> কর্মক্ষেত্র ছাড়া আপনারকে কি স্বাস্থ্যের কারণে দৈনন্দিন ক্রিয়াকলাপ নিয়ন্ত্রিত করতে হয়েছে?		<input type="checkbox"/> YES <small>হ্যাঁ</small> <input type="checkbox"/> NO <small>না</small>	<input type="checkbox"/> YES <small>হ্যাঁ</small> <input type="checkbox"/> NO <small>না</small>
<b>H. Do you have any history of criminal charges / proceeding against you and / or are there any criminal charges or proceeding pending against you currently or in the past and / or were you convicted in any criminal proceeding and/or are on bail / probation / suspended sentence? If yes pls provide detail including dates and reason and nature of charges.</b> আপনার বিরুদ্ধে ক্রিমিনাল অভিযোগ আগে হয়েছে বা বর্তমানে চলছে অথবা আপনি কি ক্রিমিনাল চার্জে অভিযুক্ত হয়েছেন বা জামিনে আছেন বা আপনার বিরুদ্ধে সাস্পেন্ডেড সেটেলস বর্তমান কি? যদি হ্যাঁ তাহলে তারিখ কারণ এবং অভিযোগের বর্ণনা দিন		<input type="checkbox"/> YES <small>হ্যাঁ</small> <input type="checkbox"/> NO <small>না</small>	<input type="checkbox"/> YES <small>হ্যাঁ</small> <input type="checkbox"/> NO <small>না</small>
<b>I. For Female Lives only:</b> কেবলমাত্র মহিলাদের জীবনের জন্য:			
<b>(i) Are you pregnant?</b> আপনি কি গর্ভবতী?		<input type="checkbox"/> YES <small>হ্যাঁ</small> <input type="checkbox"/> NO <small>না</small>	<input type="checkbox"/> YES <small>হ্যাঁ</small> <input type="checkbox"/> NO <small>না</small>
হ্যাঁ হলে, গর্ভাবস্থার সময়		If yes, number of weeks pregnant	
<b>(ii) Have you had, or do you have any complications of pregnancy at present or in the past?</b> আপনার কি বর্তমানে বা অতীতে গর্ভাবস্থা সংক্রান্ত কোন সমস্যা আছে বা ছিল?		<input type="checkbox"/> YES <small>হ্যাঁ</small> <input type="checkbox"/> NO <small>না</small>	<input type="checkbox"/> YES <small>হ্যাঁ</small> <input type="checkbox"/> NO <small>না</small>
<b>(iii) Have you had, or do you have any gynaecological problem?</b> আপনার কি স্ত্রীরোগ সংক্রান্ত কোন সমস্যা আছে বা ছিল?		<input type="checkbox"/> YES <small>হ্যাঁ</small> <input type="checkbox"/> NO <small>না</small>	<input type="checkbox"/> YES <small>হ্যাঁ</small> <input type="checkbox"/> NO <small>না</small>
<b>(iv)For married females, spouse insurance details (total sum insured in Rs.)</b> বিবাহিত মহিলাদের জন্য, স্বামীর বীমার বিবরণ দিন(সমগ্র বীমাকৃত রাশি টাকায়)		<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
<b>J. Are you or your Nominee a Politically Exposed Person (PEP)?</b> Politically Exposed Persons(PEP)are individuals who are or have been entrusted with prominent public functions, for example Heads/Ministers of Central/State government, Senior politicians , Senior government/Judicial /Military officers, Senior Executive of State owned Corporations, important political party officials & immediate family member of above persons(Spouse, Children, Parents and Siblings, In-laws) <b>আপনি বা আপনার মনোনীত ব্যক্তি কি রাজনৈতিক কার্যে লিপ্ত?</b> রাজনৈতিক কার্যে লিপ্ত বলতে তারা যারা সাধারণ সভা করতে নিযুক্ত, উদাহরণ স্বরূপ কেন্দ্র বা রাজ্য সরকারের প্রধান বা মন্ত্রী, বরিষ্ঠ রাজনৈতিক ব্যক্তি, বরিষ্ঠ সরকারি/আইনি/ সামরিক অফিসার, রক্ষিত্ব সংগঠন বরিষ্ঠ কর্মধিকারী বা উপরোক্ত ব্যক্তিদের তৎক্ষণিক পরিবারের সদস্যরা (স্বামী/স্ত্রী, সন্তান, পিতামাতা, ভাই বোন বা শ্বশুর শশুড়ি বা তাঁদের পরিবার)		<input type="checkbox"/> YES <small>হ্যাঁ</small> <input type="checkbox"/> NO <small>না</small>	
<b>K. If you hold any government card / ID which is specifically issued for economic and financially backward strata of the society like BPL /APL Card, MNREGA Card etc., please give details (please state NA or not applicable, if this is not applicable to you)</b> যদি সরকারি কার্ড/ পরিচয় পত্রের ধারক হন যা বিশেষত অর্থনৈতিক কারণে জারি করা হয়েছে সমাজের নিম্নবর্ণের জন্য যেমন বিপিএল/ এপিএল কার্ড, এমএনআরইজিএ কার্ড ইত্যাদি দয়া করে বিশদ বিবরণ দিনপ্রয়োজ্য নয় লিখুন যদি না হয়)			

**First Life**

Question No.	Please provide complete details for all the above questions answered "YES", mentioning exact nature of medical condition/illness/injury, dates, reason, cause, symptoms, diagnosis, treatment, results with name & address of the attending physician

**Second Life**

Question No.	Please provide complete details for all the above questions answered "YES", mentioning exact nature of medical condition/illness/injury, dates, reason, cause, symptoms, diagnosis, treatment, results with name & address of the attending physician

**প্রথম ব্যক্তি**

প্রশ্ন সংখ্যা	উপরোক্ত যে সকল ক্ষেত্রে উত্তর হ্যাঁ দিয়েছেন, তার সঠিক চরিত্র উলেখ করে সম্পূর্ণ বিবরণ দিন চিকিতসাগত অবস্থা/ অসুস্থতা/ আঘাত, তারিখ, কারণ, লক্ষণ, চিকিৎসা, ফলাফল, এবং চিকিৎসকের নাম ও ঠিকানা

**দ্বিতীয় ব্যক্তি**

প্রশ্ন সংখ্যা	উপরোক্ত যে সকল ক্ষেত্রে উত্তর হ্যাঁ দিয়েছেন, তার সঠিক চরিত্র উলেখ করে সম্পূর্ণ বিবরণ দিন চিকিতসাগত অবস্থা/ অসুস্থতা/ আঘাত, তারিখ, কারণ, লক্ষণ, চিকিৎসা, ফলাফল, এবং চিকিৎসকের নাম ও ঠিকানা

**Family history of the life to be Insured** সম্ভাব্য বীমাকৃতের পারিবারিক ইতিহাস

Please give details of family members of the life to be assured. Also, In case any of the family members are either suffering or have suffered or have died from heart disease, stroke, high blood pressure, diabetes mellitus, any form of eye disease, cancer, kidney disease, paralysis or any hereditary / familial disorders, any communicable disease such as tuberculosis, etc. or any other disease not mentioned above; mention the same in the following table.

দয়া করে সম্ভাব্য বীমাকৃতের পরিবারের সদস্যদের বিবরণ দিন। এছাড়াও যদি পরিবারের কোন সদস্য হৃদরোগ, স্ট্রোক, উচ্চ রক্ত চাপ, ডায়াবেটিস, চোখের অসুখ, ক্যান্সার, বৃক্কের অসুখ, প্যারালিসিস বা জীনগত/ পরিবারগত অসুস্থতা, ছোঁয়াচে রোগ যেমন টিবি ইত্যাদি বা উপরে উল্লিখিত নয় এমন কোন রোগে ভুগেছেন বা মারা গেছেন; তাহলে তা নীচের টেবিলে উলেখ করুন।

(KINDLY REFER TO THE ABOVE PARAGRAPH FOR FILLING THE TABLE) (দয়া করে উপরের অনুচ্ছেদ দেখে টেবিল পূরণ করুন)					
If Alive জীবিত			If Deceased মৃত		
Family member পরিবারের সদস্য	Health Status স্বাস্থ্যাবস্থা	বর্তমান বয়স	Current Age	Cause of Death মৃত্যুর কারণ	Age at Death মৃত্যুর সময় বয়স
Father পিতা					
Mother মাতা					
Brother(s)* ভাই*					
Sister(s)* বোন*					



দ্বিতীয় ব্যক্তি

**(KINDLY REFER TO THE ABOVE PARAGRAPH FOR FILLING THE TABLE) (দয়া করে উপরের অনুচ্ছেদ দেখে টেবিল পূরণ করুন)**

																First Life				Second Life			
<b>6.3 Do you have a family doctor (A family doctor is a doctor that you consult or have consulted regularly for medical ailments.)</b> আপনার কি পারিবারিক চিকিৎসক আছেন (পারিবারিক চিকিৎসক হলেন সেই চিকিৎসক যার সঙ্গে নিয়মিত স্বাস্থ্য বিষয়ক পরামর্শ নেন)																<input type="checkbox"/> YES হ্যাঁ		<input type="checkbox"/> NO না		<input type="checkbox"/> YES হ্যাঁ		<input type="checkbox"/> NO না	
যদি হ্যাঁ, তাহলে পারিবারিক চিকিৎসকের বিস্তারিত বিবরণ দিন <b>If yes, please give family doctor's details</b>																							
<b>6.4 Family Doctor's Details</b>																							
Address ঠিকানা																							
Landmark ল্যান্ডমার্ক														Pin Code পিন কোড									
City/Village শহর/গ্রাম						District জেলা						State রাজ্য											
Phone ফোন														Mobile মোবাইল									
STD Code এসটিডি কোড						Phone No. ফোন নং:																	

<p><b>7.1 Do you take part in any form of motor sport, climbing, diving, caving, flying private aircraft, sky diving, hang gliding etc.?</b>          হবি/ ভ্রমণ বিষয়ক তথ্য</p>	<p><b>First Life</b>          প্রথম ব্যক্তি</p> <p>YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>          হ্যাঁ না</p>	<p><b>Second Life</b>          দ্বিতীয় ব্যক্তি</p> <p>YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>          হ্যাঁ না</p>
<p>(If yes, please give details)          যদি হ্যাঁ তো বিস্তারিত বিবরণ দিন।</p>		
<p><b>7.2 Have you travelled abroad (other than Canada, Australia, New Zealand, USA, EU and GCC) in the last five years or have you any prospect of doing so as part of your current job? (If yes, please complete the Travel &amp; Residency Questionnaire)</b>          আপনি কি গত পাঁচ বছরে কার্যসূত্রে বিদেশ ভ্রমণ (কানাডা, অস্ট্রেলিয়া, নিউজিল্যান্ড, ইউএসএ, ইউরোপ এবং জিসিসি দেশগুলি ছাড়া) করেছেন বা কার্যসূত্রে করার কোন সম্ভাবনা আছে?</p>	<p>YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>          হ্যাঁ না</p>	<p>YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>          হ্যাঁ না</p>

	First Life প্রথম ব্যক্তি	Second Life দ্বিতীয় ব্যক্তি
8.1 Are you holding any life, health or critical illness insurance policies (In-force/paid-up) in your name or submitted any simultaneous proposal with us or any other life insurance company which is under consideration?	YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> হ্যাঁ না	YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> হ্যাঁ না
<p>If yes, give details of existing insurance cover of In-force/paid-up policies in the name of life to be insured. Please include policies from Aviva Life Insurance as well. (If more than two policies exist, then give details of all the policies by attaching an addendum).</p> <p>আপনি কি আপনার নামে আমাদের সঙ্গে বা অন্য কোন জীবন বীমা কোম্পানির কাছে জীবন, স্বাস্থ্য বা গুরুতর অসুস্থতার বীমা পলিসি ধারণ (কার্যকরী/ইতিমধ্যেই ভুগতানকৃত) অথবা প্রস্তাব জমা করেছেন?</p>		

<b>b. Total annual premium of Life Insurance Policies In your own name (Rs. Figures)</b>					
আপনার নামে জীবনবীমা পলিসির মোট প্রিমিয়াম (টাকা, সংখ্যায়)					

c. Have you ever made any claim on your critical illness or health policy other than for minor ailments from which you have fully recovered?

YES ☐ NO ☐ YES ☐ NO ☐  
হ্যাঁ না হ্যাঁ না

সামান্য অসুস্থতা এবং তারপর সম্পূর্ণ সুস্থতা ছাড়া আপনার গুরুতর অসুস্থতা বা স্বাস্থ্য পরিসি থেকে আপনি কি কখনো ক্রেম করেছেন?

(If yes, please give details)

যদি হ্যাঁ হয় তাহলে অনুগ্রহ করে বিবরণ প্রদান করুন।

d. Has your proposal or application for reinstatement you have made for life, health or critical illness cover been declined, postponed or accepted on special terms or have you ever withdrawn an application?

YES ☐ NO ☐ YES ☐ NO ☐  
হ্যাঁ না হ্যাঁ না

আপনার জীবন, স্বাস্থ্য বা গুরুতর অসুস্থতা কভারেজ পুনরুজ্জীবনের আবেদন কি অগ্রাহ্য হয়েছে বা বিশেষ শর্তে গ্রাহ্য হয়েছে বা আপনি কি কখনো আপনার আবেদন প্রত্যাহার করেছেন?

(If yes, please give details)

যদি হ্যাঁ হয় তাহলে অনুগ্রহ করে বিবরণ প্রদান করুন।

e. Are you paying premium for life insurance policies on any other life.

YES ☐ NO ☐ YES ☐ NO ☐  
হ্যাঁ না হ্যাঁ না

If yes, Total annual premium (Rs. in figures)

## 8.2 Family Insurance Details (To be completed if the Life to be insured is student or non-earning individual)

The following information is required only in respect of the life to be insured and not the proposer.

পারিবারিক বীমার বিবরণ (যদি সম্ভাব্য বীমাকারী ছাত্রছাত্রী হন বা অনুপার্জনকারী হন তাহলে সম্পূর্ণ করুন) নিম্নলিখিত তথ্যগুলি শুধুমাত্র সম্ভাব্য বীমাকৃতের বিষয়ে এবং প্রস্তাবকের বিষয়ে নয়।

	First Life					Second Life				
	Name of the company	Policy Number/s	Sum Assured	Status	Year of Issue	Name of the company	Policy Number/s	Sum Assured	Status	Year of Issue
Father										
Mother										
Spouse										
Brother/Sister										
Brother/Sister										
Brother/Sister										

	প্রথম ব্যক্তি					দ্বিতীয় ব্যক্তি				
	কোম্পানির নাম	পলিসি সংখ্যা	সর্বমোট নির্দিষ্ট অর্থ	অবস্থান	জারিকার বছর	কোম্পানির নাম	পলিসি সংখ্যা	সর্বমোট নির্দিষ্ট অর্থ	অবস্থান	জারিকার বছর
পিতা										
মাতা										
স্ত্রী/স্বামী										
ভাই/বোন										
ভাই/বোন										
ভাই/বোন										

## 9. Declaration & Authorization

- I/We declare and confirm that all the replies to the questions in the proposal, the details furnished in the enclosed questionnaires and the reports of any medical examination are provided to the best of my/our knowledge and I/we have fully understood the nature of the questions and importance of disclosing all material information while answering such questions. I / We are aware that the policy is sourced on the basis of limited health questions and I/ We declare that no material information required by Aviva Life Insurance Company India Limited (hereinafter referred to as "the Company") to assess the risks on my/our life is withheld with me/us.
- I/We undertake to notify the Company of any change in the state of health of the life to be insured or as to my/his/her occupation subsequent to the signing of this proposal and before the acceptance of the risk by the Company.
- I/we also certify that I/we have read and understood the Benefits Illustrations and the sales literature as published by the Company that were handed over to me/us along with this proposal form.
- I/We hereby authorise the Company to conduct screening/confirmation/reconfirmation of my/our health status through medical examinations which may include Laboratory tests, Cardiac, Radiological investigations and other medical tests including blood tests to detect bacterial/viral/fungal infections. I/We hereby give my/our consent to undergo HIV ½ test by ELISA method. I/We am aware that this test is only for screening purpose and not confirmatory for HIV/AIDS. Based on the results of these test, the Company reserves the right to accept, decline or offer alternate terms on my/our proposal for life insurance. I/We understand that these tests are being conducted as per the Company's underwriting policy for assessing my/our risk profile and I/We are hereby giving our consent for the same.
- In order to enable the Company to assess the risk under this proposal and any time thereafter, I/We hereby authorize the past and present employer(s)/ business associates of mine, my medical practitioner/ hospital/ medical source/ any life and non-life Insurance Company/ organization or Life Insurance Association to release to the Company the records of employment/ business or other details of mine as may be considered relevant for acceptance or otherwise of the proposal.
- In order to enable the Company to assess the risk under my/our proposal and any time thereafter, solely for the purpose of issuance and administration of the policy resulting from this proposal I/We agree and declare that the Company may without any reference to me/us (or to my/our beneficiary, as the case may be) disclose any information contained in the proposal, the annexure, in the reports of any medical examination / laboratory tests or in the documents submitted by me / or procured by the Company to any other insurer or to any reinsurer, to any claims investigator or any service provider engaged by the Company. Likewise the Company may make available copies of the proposal form, annexures, reports of any medical examination laboratory tests or any documents submitted by me/us (or, as the case may be, by my/our



beneficiary) or procured by the Company to any insurer to any claims investigator or any service provider engaged by the Company for servicing the policies. So also the Company may without any reference to me/us (or, as the case may be, to my/our beneficiary) furnish to any court / tribunal or other authority any such information or proposal, annexure, reports or documents as may be required of the Company or as may be considered necessary by the Company.

- 7 I/ We declare that the deposit towards the first premium and the renewal premium to be paid under the Policy are from legally assessed source of Income. In case the premium is paid from any other account other than my /our own, I/we shall ensure that such payment is permitted under Section 80C/80CCC of the Income Tax Act, 1961. I/We declare that in case I/we are found guilty of any offence relating to Anti Money Laundering law, the Company will be in within the rights to cancel the policy issued pursuant to this proposal & forfeit all the premium.
- 8 I/ We hereby understand and agree that Fraud or Misrepresentation would be dealt with in accordance with the provisions of Section 45 of Insurance Act, 1938 as amended from time to time.
- 9 I/We agree and confirm to the use of electronic medium, including email, as a mode for communication from and to the Company.
- 10 In case, for any reason this proposal has not been filled in by me, 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. This proposal form shall be a part of the life insurance policy contract, in case of its acceptance by the Company.

#### ঘোষণা ও অধিকার পত্র

আমি/আমরা ঘোষণা করছি ও নিশ্চিত করছি যে প্রস্তাবের সমস্ত প্রাথমিক উত্তর, তথ্য বিবরণ এবং চিকিত্সাগত পরীক্ষার রিপোর্ট আমার/আমাদের জ্ঞাতনুসারে প্রদান করা হয়েছে এবং আমি/আমরা প্রাপ্ত সম্পূর্ণ বুঝেছি এবং প্রদেয় তথ্যের গুরুত্ব অনুধাবন করেছি। আমি/আমরা জানি যে পলিসি তৈরী হয়েছে নিয়ন্ত্রিত পরশের ভিত্তিতে এবং আমি/আমরা ঘোষণা করছি যে অ্যাক্টিভ লাইফ ইন্সিউরেন্স কোম্পানি ইন্ডিয়া লিমিটেড (এর ফর থেকের দ্য কোম্পানি বলে উল্লিখিত) দ্বারা আমার/আমাদের জীবনের উপর প্রযুক্ত কোন তথ্য আমি/আমরা লুকিয়েছি।

আমি/আমরা এই প্রস্তাব স্বাক্ষর করার পর এবং কোম্পানির বীমা জারি করার আগে বীমার জন্য প্রস্তাবিত জীবনের ক্ষেত্রে স্বাস্থ্যের অবস্থার হেরফের হলে বা কর্মে পরিবর্তন হলে কোম্পানিকে জানাবার দায়িত্ব গ্রহণ করছি। আমি/আমরা আরও সম্মতি জানাচ্ছি যে আমি/আমরা কোম্পানির দ্বারা প্রকাশিত তথ্যপুস্তিকা এবং বিক্রয় পুস্তিকা, যা আমাকে/আমাদের প্রস্তাব ফর্মের সঙ্গে দেওয়া হয়েছিল, তা পড়েছি এবং বুঝেছি। আমি/আমরা এতদ্বারা কোম্পানিকে দায়িত্ব প্রদান করছি চিকিত্সাগত পরীক্ষা, যাতে গবেষণাগারের পরীক্ষা, কার্ডিয়াক, রেডিওলজিক্যাল তথ্য অন্বেষণ এবং রক্ত পরীক্ষা সহ অন্যান্য পরীক্ষার মাধ্যমে ব্যাকটেরিয়াল/অইরাল/ফঙ্গাল সংক্রমণ ধরতে ক্লিনিং/নিদ্রাতা/পুনর্নিদ্রাতা সম্পর্কে। এলিসা পদ্ধতির মাধ্যমে এইচআইভি পরীক্ষার জন্যও আমি/আমরা অনুমতি প্রদান করছি। আমি/আমরা অবগত আছি যে এটি শুধুমাত্র ক্লিনিং-এর জন্য এবং এইচআইভি/এইডস নিশ্চিত করার জন্য নয়। এই পরীক্ষাগুলির ফলাফলের ভিত্তিতে জীবন বীমার আমার/আমাদের প্রস্তাব গ্রহণ, বর্জন বা পরিবর্তিত শর্ত প্রদান করতে কোম্পানির অধিকার থাকবে। আমি/আমরা বুঝেছি যে এই পরীক্ষাগুলি আমার/আমাদের বুকিং প্রোগ্রামে বিশেষণ করার জন্য কোম্পানির পলিসি অনুযায়ী হচ্ছে এবং আমি/আমরা এই বিষয়ে সম্মতি প্রদান করছি।

কোম্পানিকে এই প্রস্তাবের অধীনে বুকিং বিশেষণ করার জন্য বা পরবর্তীকালে কখনো করার জন্য, আমি/আমরা এতদ্বারা আমার/আমাদের পূর্বতন বা বর্তমান নিয়োগকর্তা/ব্যবসায়িক সহযোগী, চিকিত্সক/হাসপাতাল/চিকিত্সাগত উৎস/জীবন বীমা বা সাধারণ বীমা কোম্পানি/সংস্পর্গ বা জীবন বীমা অ্যাসোসিয়েশনকে বর্তমান কোম্পানিকে আমার কর্ম তথ্য/ব্যবসা বা অন্যান্য বিবরণ যা শেয়ার করার মতো প্রস্তাবনা উল্লিখিত পদ্ধতিতে দিতে সম্মত হচ্ছি।

কোম্পানিকে আমার/আমাদের প্রস্তাবনার অধীনে বুকিং বিশেষণ করার জন্য বা পরবর্তীকালে যে কোন সময় করার জন্য শুধুমাত্র এই প্রস্তাবের ফলাফল হিসাবে পলিসি জারি করা বা কার্যকর করার জন্য আমি/আমরা ঘোষণা করছি এবং সম্মত হচ্ছি যে কোম্পানি আমাকে/আমাদের না জানিয়ে (বা আমার/আমাদের লাভার্থী) এই প্রস্তাব, তার সংলগ্ন, চিকিত্সাগত পরীক্ষা/গবেষণাগারের পরীক্ষা বা আমার/আমাদের দ্বারা জমা করা তথ্য অন্য কোন বীমাকারী বা পুনর্বীমাকারী, দাবী অনুসন্ধানকারী বা কোম্পানি দ্বারা নিয়োজিত অন্য কোন পরিষেবা প্রদানকারীর কাছে প্রকাশ করতে দিতে সম্মত হচ্ছি। একইভাবে আমার/আমাদের (বা ক্ষেত্র বিশেষে আমার/আমাদের লাভার্থী) দ্বারা জমা করা প্রস্তাবনা ফর্ম, সংলগ্ন, চিকিত্সাগত পরীক্ষা, গবেষণাগারের পরীক্ষার রিপোর্ট বা কোন তথ্য বা কোম্পানি দ্বারা সংগৃহীত কোন তথ্য যে কোন বীমাকারী, কোম্পানি দ্বারা নিয়োজিত দাবী অনুসন্ধানকারী বা পরিষেবা প্রদানকারীকে প্রকাশ করতে দিতে পারে। একইভাবে এই ধরনের যে কোন তথ্য বা প্রস্তাব, সংলগ্ন, রিপোর্ট বা ডকুমেন্ট যা কোর্ট/ট্রাইব্যুনালে বা অন্য কোন অধিকারী দ্বারা চাওয়া হয়েছে তা কোম্পানি আমাকে/আমাদের না জানিয়ে (বা আমার/আমাদের লাভার্থী) দিতে পারে। আমি/আমরা ঘোষণা করছি যে পলিসির অধীনে আইনত আয়ের উৎস থেকে প্রথম প্রিমিয়াম বা পুনর্বীকরণের জন্য জমা দেওয়া প্রিমিয়াম প্রদান করা হবে। যদি আমার/আমাদের নিজের ছাড়া অন্য কোন অ্যাক্ট থেকে প্রিমিয়াম জমা করা হয় আমি নিশ্চিত করব যে তা আয়কর আইন, ১৯৬১র অধীনে ৮০সি/৮০সিএসি ধারার অধীনে প্রাপ্য। আমি/আমরা ঘোষণা করছি যে যদি হাওয়ালা আইনের প্রতিনিধিত্ব কোন দুরূহের জন্য আমাকে/আমাদের দোষী সাব্যস্ত করা হয় তাহলে কোম্পানির অধিকার থাকবে।

এই প্রস্তাবের অধীনে জারি করা পলিসি বাতিল করার এবং প্রিমিয়াম অধিগ্রহণ করার।

আমি/আমরা বুঝেছি এবং সম্মত হচ্ছি যে জালিয়াতি বা মিথ্যাকথন বীমা আইন, ১৯৩৮-এর ধারা ৪৫ যা সময়ে সময়ে পরিবর্তিত, অনুযায়ী ব্যবস্থা নেওয়া হবে।

আমি/আমরা সম্মত হচ্ছি এবং নিশ্চিত করছি যে কোম্পানি যোগাযোগের মাধ্যম হিসাবে ইমেইল সহ ইলেক্ট্রনিক মাধ্যম ব্যবহার করতে পারে। যদি, যে কোন কারণে এই প্রস্তাব আমার দ্বারা সম্পূর্ণ না করা হয়, আমি/আমরা এতদ্বারা ঘোষণা করছি যে এই বীমা আবেদনের যাবতীয় বিবরণ আমার/আমাদের কাছে সম্পূর্ণভাবে ব্যাখ্যা করা হয়েছে এবং আমি/আমরা এই প্রস্তাবিত চুক্তির গুরুত্ব সম্পর্কে ওয়াকিবহাল।

এই প্রস্তাবনা ফর্মটি যদি কোম্পানি গ্রহণ করে তাহলে আমাদের জীবন বীমা চুক্তির অঙ্গ হিসাবে ধরা হবে।

Please tick the suitable timings to contact you:

☐ 9 AM - 12 PM সকাল নটা থেকে বারোটা

☐ 12 PM - 4 PM দুপুর বারোটা থেকে বিকেল চারটা

☐ 4 PM - 7 PM বিকেল চারটা থেকে সন্ধ্যা সাতটা

First Life প্রথম ব্যক্তি

আপনাকে যোগাযোগ করার সঠিক সময়ে টিক দিন

Second Life দ্বিতীয় ব্যক্তি

Signature\* / thumb impression\* of the life to be insured  
সম্ভাব্য বীমাকৃতের স্বাক্ষর/ বুড়ো আঙুলের ছাপ

Signature\* / thumb impression\* of the life to be insured  
সম্ভাব্য বীমাকৃতের স্বাক্ষর/ বুড়ো আঙুলের ছাপ

Signature\* / thumb impression\* of the proposer  
(if different from the life to be insured)  
প্রস্তাবকের স্বাক্ষর/ বুড়ো আঙুলের ছাপ (যদি বীমাকৃতের থেকে ভিন্ন হন)

Date: \_\_\_\_\_ Place: \_\_\_\_\_  
তারিখ DD MM YYYY স্থান

Date: \_\_\_\_\_ Place: \_\_\_\_\_  
তারিখ DD MM YYYY স্থান

Date: \_\_\_\_\_ Place: \_\_\_\_\_  
তারিখ DD MM YYYY স্থান

#### 10. 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).

ফর্ম পূরণকারীর ঘোষণা (যদি স্বাক্ষর নিজ ভাষায় করা হয়, বুড়ো আঙুলের ছাপ এবং/অথবা প্রস্তাবক যদি নিজে প্রস্তাবনা ফর্ম পূরণ না করেন)

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.

আমি এতদ্বারা ঘোষণা করছি যে প্রস্তাবিত বীমাকৃত/প্রস্তাবককে এই প্রস্তাবনা ফর্মের বিবরণ আমি সম্পূর্ণ ব্যাখ্যা করেছি এবং তিনি তা সম্পূর্ণ বুঝেছেন এবং আমি সত্যাপিতভাবে তাঁর দেওয়া প্রতিটি উত্তর রেকর্ড করেছি। ঘোষণাকারীর পরিচিতি প্রমাণপত্র সংযোজিত।

ঘোষণাকারীর নাম এবং ঠিকানা

Declarant's Name and Address

Enclose identity proof of the declarant.

Signature of declarant  
ঘোষণাকারীর স্বাক্ষর

মাতৃভাষায় হস্তলিখিত ঘোষণা

Handwritten Vernacular Declaration

Signature of Advisor  
উপদেষ্টা/এসপি-র স্বাক্ষর

Signature of life to be insured/proposer  
যার জীবন বীমা করা হবে/প্রস্তাবকের স্বাক্ষর

## 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.

41(1) শুধুমাত্র মুদ্রিত পুস্তিকা বা বীমাকারীর কাছে থাকা টেবিলে উল্লিখিত ছাড় ছাড়া কোন ব্যক্তিই প্রত্যক্ষ বা পরোক্ষভাবে ভারতে অবস্থিত সম্পত্তি বা জীবন সম্পর্কিত ঝুঁকির উপর করা বীমা গ্রহণ করতে বা নবীকরণ করতে বা চালু রাখতে প্রাপ্য কমিশনের সমগ্র বা আংশিক ছাড় দিতে বা পলিসিতে উল্লিখিত প্রিমিয়াম ভুগতানে ছাড় দিতে বা দেবার প্রস্তাব দিতে মান্যতা দেবেন না, এবং কোন ব্যক্তিই পলিসি নিতে বা চালু রাখতে বা নবীকরণ করতে ছাড় গ্রহণ করবেন না।  
অবশ্য কোন বীমা এজেন্টের নিজের জীবনবীমার উপর প্রাপ্য কমিশন এই অনুধারার সংজ্ঞা অনুযায়ী প্রিমিয়ামের উপর ছাড় হিসাবে গণ্য করা হবে না যদি বীমা করার সময় বীমা এজেন্ট যদি মান্যতাপ্রাপ্ত বীমা এজেন্ট হিসাবে গণ্য হন।

(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.

(2) এই ধারার অন্যথা হলে দশ লক্ষ টাকা পর্যন্ত জরিমানা হতে পারে।

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

45 (1) পলিসির দিন থেকে তিন বছর পর, অর্থাৎ পলিসি চালু হবার দিন থেকে বা ঝুঁকি শুরু হবার দিন থেকে বা পলিসি নবীকরণের দিন থেকে বা পলিসির উপর রাইডার স্থাপনের দিন থেকে, যেটি পরে হবে, কোন জীবন বীমার উপর কোন পরিপ্রেক্ষিতেই প্রশ্ন তোলা যাবে না।

(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.

(2) পলিসির দিন থেকে তিন বছরের মধ্যে, অর্থাৎ পলিসি চালু হবার দিন থেকে বা ঝুঁকি শুরু হবার দিন থেকে বা পলিসি নবীকরণের দিন থেকে বা পলিসির উপর রাইডার স্থাপনের দিন থেকে, যেটি পরে হবে, কোন জীবন বীমার উপর কোন পরিপ্রেক্ষিতেই প্রশ্ন তোলা যাবে।

শর্ত হল বীমাকারী লিখিত ভাবে বীমাকৃত বা তার আইনি প্রতিনিধিকে বা প্রত্যাশীকে বা হস্তান্তরিতকে কারণ সহ অবহিত করবে।

(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

(3) অনুধারা (২)-এর ব্যতিরেকে, কোন বীমাকারী কোন জীবনবীমা পলিসি জালিয়াতির জন্য খণ্ডন করতে পারবেন না যদি বীমাকৃত প্রমাণ করতে পারেন যে ভুল তথ্য প্রদান বা তথ্যগোপন করা ইচ্ছাকৃত নয় এবং বীমাকৃতের জ্ঞানানুসারেই প্রদত্ত।

শর্তসাপেক্ষ যে জালিয়াতির ক্ষেত্রে সর্বিধাভোগীর উপর দায়িত্ব থাকবে তা ভুল প্রমাণ করার যদি বীমাকৃত জীবিত না থাকেন

(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.

(4) পলিসির দিন থেকে তিন বছরের মধ্যে, অর্থাৎ পলিসি চালু হবার দিন থেকে বা ঝুঁকি শুরু হবার দিন থেকে বা পলিসি নবীকরণের দিন থেকে বা পলিসির উপর রাইডার স্থাপনের দিন থেকে, যেটি পরে হবে, কোন জীবন বীমার উপর কোন পরিপ্রেক্ষিতেই প্রশ্ন তোলা যাবে যদি বীমাকৃতের জীবন সম্ভাবনা সম্পর্কে কোন ভুল বিবৃতি দেওয়া বা তথ্য গোপন করা হয়, যার ভিত্তিতে পলিসি তৈরী বা রাইডার জারি করা হয়েছেঃ

শর্ত হল বীমাকারী লিখিত ভাবে বীমাকৃত বা তার আইনি প্রতিনিধিকে বা প্রত্যাশীকে বা হস্তান্তরিতকে কারণ সহ অবহিত করবেঃ

আরও শর্ত হল যদি পলিসি খণ্ডন করা হয় ভুল বিবৃতি প্রদান বা তথ্যগোপনের ভিত্তিতে এবং জালিয়াতির ভিত্তিতে নয়, সে ক্ষেত্রে খণ্ডনের দিন পর্যন্ত সংগৃহীত প্রিমিয়াম বীমাকৃত বা তার আইনি প্রতিনিধি বা তার প্রত্যাশী বা হস্তান্তরিতকে খণ্ডনের নব্বই দিনের মধ্যে ফেরত দেবে।

(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

(5) এই ধারার কোন কিছুই বীমাকারীকে বীমাকৃতের বয়সের প্রমাণ দেখাতে বারণ করবে না, যদি তিনি তা করতে মান্য থাকেন এবং ভুল বয়স বিবৃতি হলে পলিসির ধারা পরিবর্তন করা হলে তার উপর কোন প্রশ্ন করা যাবে না।

ধারা ৪৫এর বিষয় বিবরণের জন্য সময়ে সময়ে বীমা আইন, ১৯৩৮ দেখুন