

IN UNIT LINKED PLANS, THE INVESTMENT RISK IN INVESTMENT PORTFOLIO IS BORNE BY THE POLICYHOLDER

(APPLICABLE FOR ULIP POLICY)

યુનિટ લિન્કેડ પ્લાનમાં ઇન્વેસ્ટમેન્ટ પોર્ટફોલિઓમાં રોકાણ સંબંધિત જોખમ પોલીસીધારક દ્વારા નિર્માણ કરવામાં આવે છે (યુલિપ પોલિસી માટે લાગુ)

FOR OFFICE USE ONLY - માત્ર ઓફિસ ઉપયોગ માટે

ફોર્મ નંબર

Customer I.D નંબર આઈ ડી

Policy no. પોલિસી નંબર

Proposal Number સૂચિત નંબર	NUU
-------------------------------	-----

For Existing Customer

વર્તમાન ગ્રાહક માટે

Customer I.D નંબર આઈ ડી

Policy no. પોલિસી નંબર

Advisor સલાહકાર નંબર	Name સલાહકારનું નામ
-------------------------	---------------------

Advisor સલાહકાર નંબર	Number સલાહકારનો નંબર
-------------------------	-----------------------

For Bancassurance Channel Only

માત્ર બેંકસ્યુરેસ ચેનલ માટે

Bank Partner બેંક ભાગીદાર

Bank Branch Code બેંક શાખા કોડ

Customer Segment કસ્ટમર સેગમેન્ટ

SP Certificate No સેવિંગી સર્ટિફિકેટ નંબર



SECTOR સેક્ટર	Urban શહેરી	Rural ગ્રામીણ	Social સામાજિક	NRI એનઆરઆઈ
------------------	-------------	---------------	----------------	------------

Unique Village Code યુનિક વિલેજ કોડ	
--	--

Product Name ઉત્પાદનનું નામ

PROPOSAL DEPOSIT DETAILS દરખાસ્ત ઘાપણની વિગતો

Cheque/DD No. ચેક / ડીડી નંબર	
-------------------------------	--

Amount રકમ	
------------	--

Voucher Number નંબર

Date તારીખ

Drawn on ની તરફેણમાં

STAFF

HNI

Proposal Form દરખાસ્ત ફોર્મ

## 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.

## નોંધ:

દરખાસ્ત કરનારને ઉત્પાદનની વિગતોની સંતોષ થવો જોઈએ અને ઉત્પાદનના ચાવીરૂપ બ્રોચર તરફ ચોક્કસ ધ્યાન કેન્દ્રિત કરવું જોઈએ.

કંપનીની પૂર્ણ દરખાસ્તની સ્વીકૃતિ અને પ્રાથમિક ચુકવણી જોખમની જવાબદારીને લઈ કંપનીના ભાગરૂપે જવાબદારીનું સર્જન કરતા નથી, અને કંપની જોખમને અંદરસાઈ કરવામાં આવે તે સમયે તમા ઈચ્છુ કરવામાં આવેલ પોલિસી અંગે કોઈ જવાબદારી ધરાવશે નહીં.

દરખાસ્ત પૂર્ણ થાય તે દિવસે યુનિટની ફાળવણી કરવામાં આવશે અને પોલિસીને લગતા પરિણામો પ્રિન્ટિંગ અને લઈ અરજીના નાણાં પોલિસીમાં એક્સચેન્જ કરવામાં આવશે. (યુલિપ પોલિસી માટે લાગુપાત્ર)

આ લઘુપાત્રી ચુકવણી આ દરખાસ્ત સાથે હોવું જોઈએ અને તે રોકડ, ક્રોસ્ડ ચેક અથવા ડીમાન્ડ ડ્રાફ્ટની અવિવા ધાર્ણિ ઉત્પાદનના એક્સચેન્જ પ્રયોજન નંબરની તરફેણમાં ચુકવી શકાય છે.

રોકડ જમા કરવામાં આવે તેવા કેસમાં રિફન્ડ (જો હોય તો) તે ફક્ત ચેક મારફતે જ કરવામાં આવશે.

ઈન્સ્યુરન્સ પારો 1૯૩૮ની કલમ ૪૫ સમર્પાતરે ચુકવણીમાં આવેલ છે તે માટે કંપની આ દરખાસ્તને અંદરસાઈ કરી શકે તે માટે પ્રયોજન સંપૂર્ણ અને ચોક્કસ માહિતી આપે તે જરૂરી છે.

ઉંમરનો પુરાવો આપવો ફરજિયાત છે.

દરખાસ્ત ફોર્મમાં કૃપા કરી અલ્ટરનેશન્સ /ઓવરરાઈટિંગ /ઈન્ક ફેરફારની સિદ્ધિમાં પ્રતિ સહી કરવી જરૂરી છે.

કંપની માટે સલાહકાર રોકડ ભેરિયર ચેક ગ્રાહ કરવા માટે સલાહકાર અધિકૃતિ ધરાવતા નથી.

પોલિસી ઈચ્છુ અગાઉ દરખાસ્તકર્તા દ્વારા દરખાસ્ત પાછી ખેંચી લેવામાં આવે તે સિદ્ધિમાં કંપની જો લાગુ પડતો હોય તો દરખાસ્તકર્તાના તબીબી તપાસ પાછળ જે ખર્ચ થયો હોય તે માફ થઈ શકે અરજીના નાણાં રિફન્ડ કરશે.

જો ચોક્કસ વિશ્લેષ તમને લાગુ પડતો ન હોય તો કૃપા કરી "એનએ" અથવા "-" લખો અને દરખાસ્ત ફોર્મ સંપૂર્ણ ભરવાનું રહેશે.

દરખાસ્તની ચકાસણી માટે તમારી સંપર્ક લેખનાં આધારે અવિવા તમારો સંપર્ક કરશે.

એનએવી ક્રેડિટ તારીખ /અંદરસાઈ તારીખ / ચકાસણી તારીખ વૈકી જે ત્યારપછી આવતી હોય તેમાં એનએવી ત્યારપછી રહેશે.

લાભાનું ઉદાહરણ આ અરજીનો અભિગ્ર ભાગ છે. પોલિસીધારક દ્વારા તેના પર સહી કરવી જરૂરી છે.

રાઈડર્સ ફરજિયાત નથી અને વધારાના ખર્ચની ઉપલબ્ધ છે.

1. Details of the  
ઇવગતોLife Assured  
વીમાકૃત જીવનLife Assured same as Proposer  
દરખાસ્ત કરનાર તરીકે વીમાકૃત જીવનPlease complete in  
CAPITAL LETTERS)  
(ફક્ત કેપિટલ અક્ષરોમાં ભરવું)

## 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.

સંપૂર્ણ નામ આ પોલિસી સર્ટિફિકેટ પર તમારું નામ કેવી રીતે દર્શાવશે. કૃપા કરી નામના દરેક ભાગ વચ્ચે જગ્યા છોડો.

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

શિર્ષક શ્રી / શ્રીમતી / ડૉ.

First Name પ્રથમ નામ

Middle Name મિડલ નામ

Surname અટક

Affix Photo

ફોટો લગાવવો

## 1.2 Maiden Name (in case of married female life to be insured) પ્રથમ નામ (જો પરણિત મહિલાનો જીવન વીમો ઉત્તારવામાં આવે તો)

Title : Ms. / Dr. શિર્ષક શ્રીમતી / ડૉ.

First Name પ્રથમ નામ

Middle Name મિડલ નામ

Surname અટક

## 1.3 Father's Name પિતાનું નામ

Title : Mr. / Dr. શિર્ષક શ્રીમતી / ડૉ.

First Name પ્રથમ નામ

Middle Name મિડલ નામ

Surname અટક

## 1.4 Date of Birth જન્મ તારીખ

Date તારીખ

Month મહિનો

Year વર્ષ

## 1.5 Gender લિંગ

Male પુરુષ

Female મહિલા

## 1.6 Marital Status

Unmarried અપરણિત

Widow(er) વિધુર

## 1.7 No. of Children બાળકોની સંખ્યા

Greater than 3

1

2

3

NA

## 1.8 Nationality રાષ્ટ્રીયતા

Indian ભારતીય

Foreign National વિદેશી નાગરિકતા

Person of Indian Origin ભારતીય મૂળની વ્યક્તિ

Specify Nationality ચોક્કસ રાષ્ટ્રીયતા

## 1.9 Residential Status

નિવાસી દરજ્જો

☐

Residing in India

ભારતમાં વસવાટ

☐

Not Residing in India\*

ભારતમાં વસવાટ નહીં

'Specify Country of residence \_\_\_\_\_

વસવાટ કરતા હોય તે ચોક્કસ દેશ

## 1.10 Communication Address

સંપર્ક માટે સરનામું

☐

Residence

ઘર

☐

Permanent

કાયમી

☐

Office

ઓફિસ

## 1.11 Current Residential Address

વર્તમાન સરનામું

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

(કૃપા કરી સરનામાના દરેક ભાગ વચ્ચે જગ્યા છોડો)

Address

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

સરનામું

(કૃપા કરી જ્યાં પણ જરૂર પડે ત્યાં સી/ઓ, એસ/ઓ, ડબ્લ્યુ/ઓ, ડી/ઓ, એફ/ઓ)

Landmark

નજીકનું મહત્વનું સ્થળ

Pin Code

પીનકોડ

City/Village

શહેર/ગામ

District

જિલ્લો

State

રાજ્ય

Phone

ફોન

STD Code

એસ્ટીડી કોડ

Phone No.

ફોન નંબર

Mobile

મોબાઇલ

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

જો તમે ભારતીય હોય અથવા ભારતીય મૂળના નાગરિક હોય, ભારતમાં વસવાટ ન કરતા હોય તો કૃપા કરી એનઆરઆઈ પ્રશ્નાવલિ ભરો.

## 1.12 Permanent Address

(IF DIFFERENT FROM CURRENT RESIDENTIAL ADDRESS)

વર્તમાન સરનામું સિવાયનું અલગ સરનામું હોય તો

Address

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

સરનામું

(કૃપા કરી જ્યાં પણ જરૂર પડે ત્યાં સી/ઓ, એસ/ઓ, ડબ્લ્યુ/ઓ, ડી/ઓ, એફ/ઓ)

Landmark

નજીકનું મહત્વનું સ્થળ

Pin Code

પીનકોડ

City/Village

શહેર/ગામ

District

જિલ્લો

State

રાજ્ય

Phone

ફોન

STD Code

એસ્ટીડી કોડ

Phone No.

ફોન નંબર

Mobile

મોબાઇલ

## 1.13 Educational Qualification

શૈક્ષણિક લાયકાત

☐

Post Graduate

પોસ્ટગ્રાજુએટ

☐

Graduate

ગ્રાજુએટ

☐

Diploma

ડિપ્લોમા

☐

12th Pass

પોસ્ટ ૧૨ પાસ

☐

Below 12th

પોસ્ટ ૧૨ થી ઓછું

☐

Others (Specify)

અન્ય (ઉલ્લેખ કરો)

## 1.14 Occupation

વ્યવસાય

☐

Salaried

નોકરિયાત

☐

Business Owner

બ્યુઝનેસ ઓવર

☐

Self-employed

સ્વરોજગારી

☐

Student

વિદ્યાર્થી

☐

Housewife

ગૃહિણી

☐

Retired/Pensioner

નિવૃત્ત

☐

Agriculturist

ખેડૂત

☐

Others (Specify)

અન્ય (ઉલ્લેખ કરો)

If student (a) Course presently pursuing \_\_\_\_\_, (b) Name of Institution \_\_\_\_\_, (c) Duration of Course \_\_\_\_\_

જો વિદ્યાર્થી હોય તો કાલમાં તમે જે અભ્યાસ (અભ્યાસક્રમ) કરતા હોય તે... સંસ્થાનું નામ અભ્યાસનો સમયગાળો

## For Juvenile life: Number of Siblings

Total Sum Assured (Rs) Sibling 1

કિશોર અવસ્થાના જીવન માટે ભાઈ-બહેનની સંખ્યા

(લીમાની કુલ રકમ રૂપિયામાં)

Sibling 2

ભાઈ કે બહેન

Sibling 3

ભાઈ કે બહેન

## Work details of life to be insured

જેમનો જીવન વીમો ઉતારવામાં આવ્યો છે તેમના કાર્યની વિગતો

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

કચ્છનો ચોક્કસ પ્રકાર વિસ્તૃત માહિતી આપો જેમ કે ટ્રેડિંગ ઈન ફૂડ ગ્રેન/કરવેરા, ટેક્સ્ટાઇલ ટ્રેડિંગ/હિરા નિકાસનો કારોબાર વગેરે

## 1.16 Your Designation

તમારો હોદ્દો

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

If yes, please give details.

જો તમારો વ્યવસાય ચોક્કસ જોખમ સાથે સંકળાયેલ છે (જેમ કે કેમિકલ ફેક્ટરી, ખાણો, વિસ્ફોટક, સડો કરે તેવા કેમિકલ વગેરે), જો હા, તો કૃપા કરી વિગત આપો

YES

હા

NO

ના

## 1.18 Name of Organisation/Business

સંસ્થા / કારોબારનું નામ

Address

સરનામું

Landmark

નજીકનું મહત્વનું સ્થળ

Pin Code

પીનકોડ

City/Village

શહેર/ગામ

District

જિલ્લો

State

રાજ્ય

Phone

ફોન

STD Code

એસ્ટીડી કોડ

Phone No.

ફોન નંબર

Mobile

મોબાઇલ

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

જીવન વીમો ધરાવનારની વાર્ષિક આવક રૂપિયામાં :

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

જો કમાણી ન થાય તો માતા/જીવનસાથીની વાર્ષિક આવક રૂપિયામાં

## 1.20 E-mail ID

ઈમેલ આઈડી

## 1.21 Age proof

ઉંમરનો પુરાવો

☐

School/College Certificate

શાળા/કોલેજનું સર્ટિફિકેટ

☐

Municipal Records

મ્યુનિસિપલ રેકૉર્ડ

☐

Defence ID Card

સંરક્ષણ ઓળખ કાર્ડ

☐

Passport

પાસપોર્ટ

☐

Others (Specify)

અન્ય (ઉલ્લેખ કરો)

## 1.22 Income Tax PAN Number

આવક વેરા પીએનઆઈ નંબર



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

દરખાસ્તકર્તાની વિગતો (જો જીવન વીમો ઉતારવાથી અલગ હોય તો)

2.1 Status	<input type="checkbox"/> Individual વ્યક્તિગત	<input type="checkbox"/> HUF	<input type="checkbox"/> Partnership ભાગીદાર	<input type="checkbox"/> Corporate કોર્પોરેટ	<input type="checkbox"/> Trust ટ્રસ્ટ	<input type="checkbox"/> Government Body સરકારી બોડી
2.2 Full Name of Proposer દરખાસ્તકર્તાનું સંપૂર્ણ નામ						
Title : Mr. / Mrs. / Ms. / Dr. શીર્ષક શ્રી/શ્રીમતી/શ્રી/ડૉ.		First Name પ્રથમ નામ				
		Middle Name મિધલ નામ				
		Surname અટક				
(Fill 3 - 8 only in case of Individual/HUF)						
2.3 Father's Name / Husband's Name પિતાનું નામ						
Title : Mr. / Dr. શીર્ષક શ્રી/ડૉ.		First Name પ્રથમ નામ				
Middle Name મિધલ નામ		Surname અટક				
2.4 Date of Birth જન્મ તારીખ	Gender લિંગ	Male પુરુષ	Female મહિલા	Marital Status વૈવાહિક દરજ્જો	Unmarried અપરિણીત	Married પરિણીત
Month મહિનો	Year વર્ષ			Widow(er) વિધુર	Divorced છુટાછેડા લીધેલ	No. of Children બાળકોની સંખ્યા
						Greater than 3 1 2 3
2.7 Nationality રાષ્ટ્રીયતા						
<input type="checkbox"/> Indian ભારતીય						
<input type="checkbox"/> Foreign National' વિદેશી નાગરિકતા						
<input type="checkbox"/> Person of Indian Origin' ભારતીય મૂળની વ્યક્તિ						
'Specify Nationality ચોક્કસ રાષ્ટ્રીયતા						
2.8 Residential Status નિવાસી દરજ્જો						
<input type="checkbox"/> Residing in India ભારતમાં વસવાટ						
<input type="checkbox"/> Not Residing in India' ભારતમાં વસવાટ નહીં						
'Specify Country of residence વસવાટ કરતા હોય તે ચોક્કસ દેશ						
2.9 Address of Proposer દરખાસ્તકર્તાનું સરનામું						
(PLEASE LEAVE A SPACE BETWEEN EACH PART OF THE ADDRESS) (કૃપા કરી સરનામાના દરેક ભાગ વચ્ચે જગ્યા છોડો)						
Address સરનામું						
Landmark નજીકનું મહત્વનું સ્થળ						
Pin Code પીનકોડ						
City/Village શહેર/ગામ						
District જિલ્લો						
State રાજ્ય						
Phone ફોન						
Mobile મોબાઈલ						
STD Code એસટીડી કોડ						
Phone No. ફોન નંબર						
E-mail ID ઈમેઈલ આઈડી						
2.10 Income Tax PAN Number આવક વેરા પીએન નંબર						
2.11 Relationship of Proposer with the Life to be Insured જીવન વીમાકર્તા કસ્ટોમાં આપે તેની સાથે સંબંધ						
2.12 Proposer's Details દરખાસ્તાની વિગતો						
Are you the owner of any insurance policies? હું તમે કોઈ વીમા પોલિસીઓનો માલિકી ધરાવો છો?						
<input type="checkbox"/> YES હા <input type="checkbox"/> NO ના						
Total annual premium (Rs. in figures) કુલ વાર્ષિક પ્રિમિયમ (રૂપિયા આંકડામાં)						
2.13 Are you paying premium for life Insurance policies on any other life. હું તમે અન્ય કોઈ જીવન અંગે જીવન વીમા પોલિસીઓ માટે પ્રિમિયમ ચુકવી રહ્યા છો						
<input type="checkbox"/> YES હા <input type="checkbox"/> NO ના						
If yes, Total annual premium (Rs. in figures) જો હા, તો કુલ વાર્ષિક પ્રિમિયમ (રૂપિયા આંકડામાં)						

## 3. Nomination/Beneficiary Details (To be completed only when the proposer and the life to be insured are the same)

નામાંકન/લાભાર્થીઓની વિગતો (જ્યારે દરખાસ્તકર્તા અને જીવન વીમો સમાન હોય ત્યારે જ પૂર્ણ કરવામાં આવે છે)

3.1 Name of the Nominee* /Beneficiary (*Under section 39 of the Insurance Act 1938) (વીમા કાયદો ૧૯૩૮ની કલમ ૩૯ હેઠળ)	First Nominee/Beneficiary પ્રથમ નોમિની/લાભાર્થીઓ	Second Nominee બીજી નોમિની	Third Nominee ત્રીજી નોમિની
3.2 Relationship to the Life to be Insured જીવન વીમાકર્તા કરવામાં આવે તેની સાથે સંબંધ			
3.3 Percentage of Entitlement અધિકાર કે હક્કની ટકાવારી			
3.4 Date of Birth જન્મ તારીખ	Date તારીખ	Date તારીખ	Date તારીખ
	Month મહિનો	Month મહિનો	Month મહિનો
	Year વર્ષ	Year વર્ષ	Year વર્ષ
3.5 Address સરનામું			

If the nominee specified above is any person other than your parent/spouse/child, give reasons for such nomination in the space provided below:

ઉપર દર્શાવવામાં આવેલ નોમિની તમારા માતાપિતા/જીવનસાથી/બાળક સિવાય હોય તો તેમનું નામાંકન શાં માટે કરવામાં આવે છે તેનું નીચે દર્શાવેલ જગ્યામાં ચોક્કસ કારણ આપો.

--

If Nominee is a Minor, please give details of the

a. Name of the Appointee

નિમણૂક મેળવનારનું નામ

b. Relationship to the Minor

સગીર સાથેનો સંબંધ

c. Date of Birth

જન્મ તારીખ

Date

Month

Year

d. Address

સરનામું

Signature of the Appointee

નિમણૂક મેળવનારની સહી

4. Details of the plan applied for

4.1 Name of the Plan

જાણતું નામ

Term of the Plan In years (if applicable)

જાણતી શરત વર્ષોમાં (જે લાગુ પડતું હોય તો)

4.2 Premium Paying Term in years (if applicable)

પ્રિમિયમ ચુકવણીની શરત વર્ષો

4.4 Annual Premium In Rs. (if applicable)

વાર્ષિક પ્રિમિયમ રૂપિયામાં (જે લાગુ પડતું હોય તો)

4.5 Cover Level (if applicable)

કવર લેવલ (જે લાગુ પડતું હોય તો)

4.6 Sum Assured In Rs. (if applicable)

વીમાકૃત રકમ (રૂપિયામાં)

4.7 Riders opted for Accidental Death Benefit / Accidental Death & Dismemberment Rider (if applicable)

રાઈડર્સ માટે પસંદગી અથવા અસ્માત મૃત્યુ અને અંગ વિચ્છેદ

4.8 Premium Frequency

પ્રિમિયમનું પ્રમાણ

4.9 Premium as per Frequency (in Rs.)

ફિક્સ વન્સી પ્રમાણે પ્રિમિયમ (રૂપિયામાં)

4.10 Indexation Option (if applicable)

સૂચીકરણ વિકલ્પ

4.11 Automatic Asset Allocation (if applicable)

ઓટોમેટીક એસેટ એલોકેશન

4.12 Type of Fund (if applicable)

ભંડોળનો પ્રકાર (જે લાગુ પડતું હોય તો)

4.13 Systematic Transfer Plan (if applicable)

સિસ્ટમેટીક ટ્રાન્સફર પ્લાન

4.14 Preferred Mode of Payment

પ્રિમિયમ માટે પસંદગીનો મોડ

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

શું તમે તમારા પોતાના નામનું બેંક ખાતું ધરાવો છો?

4.16 For Traditional Products only

ફક્ત પરંપરાગત ઉત્પાદનો માટે

2 of 5 1If you are an Indian or a Person of Indian Origin, not residing in India, please fill the NRI questionnaire.



## 5. Insurance Details વૃત્તિ અંગત બિમારો

5.1 Are you holding Life Insurance Policies (In-force/paid-up) in your own name ☒ YES ☐ NO

શું તમે તમારા નામની ઉપ નવીન પેઢી સીએ (ઈન-ફોર્સ/પીઈડ-બી)

**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 five policies exist, then give details of all the policies by attaching an addendum).**

જો હા, તો જેમનો વીમો ઉતારવામાં આવેલો છે તેમના અવનના માળખા(જો પાંચ કરતા વધારે પોલિસી ધરાવતા હોય તો પુરવણી જોડણ કરી તમામ પોલિસીની વિગતો આપો).

Name of the Insurer	Type of Policy	Term of Policy	Sum Assured/Paid-up Sum Assured	Year of Issue	Whether accepted at ordinary rates. If not, state the extra charge imposed	Riders Covered
વીમો ઊત્તારનાર કંપનીનું નામ	પોલિસીનો પ્રકાર	પોલિસીની શરત	વીમાની રકમ/ વીમાની પેઈડ અપ રકમ	વીમાનું વર્ષ	શું સામાન્ય દરોથી સ્વીકારવામાં આવે છે, જો ના તો લાદવામાં આવેલ વધારાના ચાર્જ દર્શાવો.	આરોહકોને આવરવામાં આવેલ

b. Total annual premium of Life Insurance Policies in your own name (Rs. Figures)															
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

તમારા પોતાના નામમાં લાઈફ ઈન્સ્યોરન્સ પોલિસીઓનું કુલ વાર્ષિક પ્રિમિયમ (રૂપિયા આંકડામાં)

c. Have you submitted any simultaneous proposal with us or any other Life Insurance Company which is under consideration?	YES	NO
---	-----	----

શું તમે અમને અથવા અન્ય લાઇફ ઈન્સ્યોરન્સ કંપની સમક્ષ એવી કોઈ દરખાસ્ત રજૂ કરી છે, જે વિચારણા હેઠળ હોય?

d. Has any application 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?

છુપન, અતોગ્ય અથવા ગંભીર બિમારીને આવસતી તામારી કોઈ દરખાસ્ત અથવા અરજીને શું ખાસ શસ્ત્રોને આધિન ઈન્કાર કરવા, મોકૂફ રાખવા અથવા સ્વીકારવામાં આવી દોય તેવી ઘટના બનેલ છે અથવા શું તમે ક્યારેય કોઈ અરજી પાછી ખેંચી છે.

YES ☐ NO ☐

e. Are you paying premium for life insurance policies on any other life. YES ☐ NO ☐ If yes, Total annual premium (Rs. in figures)

શું તમે અન્ય કોઈ જીવન અંગે જીવન વીમા પોલિસીઓ માટે પ્રિમિયમ ચૂકવી રહ્યા છો

#### 6. Declaration of Good Health of the life to be insured (if applicable)

જીવનના સારા સ્વાસ્થ્ય માટે વીમો કરવાની ધોષણા

в. Are you in good health?

એ) શું આપનું આરોગ્ય સારું છે?

☐ YES      ☐ NO  
 41                      42

**b. Have you ever had a heart condition, a stroke, hypertension, paralysis, cancer, diabetes, kidney disease, liver disease, mental illness, HIV infection or AIDS?**

બી) શું તમે દુયારેય હૃદય સંબંધિત સ્થિતિ, હૃદય રોગ, હાયપરટેન્શન, લકવો, કેન્સર, ગ્રાયાબિટીસ, કિડની નિષ્ફળ જવી, લિવર નિષ્ફળ જવું, નસિક બીમારી, એચઆઈવી ચેપ અથવા એઈડ્સ થયેલ છે?

☐ YES ☐ NO  
ඒ ඒ

c. Do you currently have, or are you receiving treatment for any symptoms, medical conditions or disabilities?

સી) શું તમે અત્યારે કોઈ પ્રકારના લક્ષણો, તબીબી સ્થિતિ અથવા અકસ્માતો માટે સારવાર મેળવી રહ્યો છો?

☐ YES ☐ NO  
 ٤ ٥

d. Have you been absent from work due to illness or injury for a continuous period of more than 10 days during the last one year?

ડી) છેલ્લા એક વર્ષમાં સતત ૧૦ દિવસ કરતાં વધુ સમય માટે માંદગી અથવા ઈજાને લીધે કામ પર ગેરહાજર રહ્યા છો?

☐ YES      ☐ NO  
 ٤٤                      ٤٤

e. Are you currently pregnant? (If applicable, for female life only)

ઈ) શું આપ સગર્ભા છો?

☐ YES ☐ NO  
 ٤٤ ٤٤

## 8. Declaration & Authorization ઘોષણા અને અધિકૃતિ

I/We declare that I/we have answered the question in the proposal form after being explained by the advisor of the Aviva Life Insurance Company India Ltd., (hereinafter referred to as "the Company") and have fully understood the nature of the question and the importance of disclosing all material information while answering such question. I/We further declare that the answers given by me/us to all the questions in the proposal form and the information given to the Medical Examiner of the company as to the state of health and habits of the life to be insured are true and complete in every respect and that I/we have not withheld any material information or suppressed any material fact. 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 Exclusion Sheet as published by the company that were handed over to me/us along with this proposal form.

I/We hereby authorise Aviva Life Insurance Company India Ltd. 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 1/2 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 reserve the right to accept, decline or offer alternate terms on my/our proposal for life insurance.

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 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 registrar 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 medial register, reinsurer, claims investigators, legal, medico-legal professionals, third party service providers engaged by the Company for providing operational support to the Company, such details and provide such records of my/our employment / business or other details as may be considered relevant.

I am also aware that this is so as the policy is sourced on the basis of limited health questions. 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.

(માસિક ધોરણે ડાયરેક્ટ ડેબિટ/ઈસીએસ મોડ સાથે ઉપલબ્ધ)

ઈન્ડસ્ટ્રીશન પ્રોડક્ટ્સ પાસતાં મુલ્યની ખરીદ શક્તિ છે અથવા મુનુ લાભ છે જે પોલિસીના સમયગાળા મારફતે અર્થપૂર્ણ બાકીની તમારી અચતો છે. કોઈપણ પ્રકારના આરોગ્ય પુરાવા વગર હોલસેલ પ્રાઈઝ ઈન્ડસ્ટ્રીમાં વધારો થાય તે પ્રમાણે ઈન્ફલેશન એડજસ્ટમેન્ટ દ્વારા તમે નિયમિત પ્રિમિયમ, વીમાફત રકમ અને રાઈડર બેનેફિટ વધારવાનો વિકલ્પ ધરાવો છો.

દરખાસ્તકર્તા અથવા તેમના પ્રતિનિધિ દ્વારા અવિવા બ્રાંચ ઓફિસ ખાતે જ રોકડ જમા કરાવી શકો છો. અવિવા બ્રાંચ ઓફિસ ખાતે જ રોકડની રસીદ આપવામાં આવશે.

જો આ સુવિધાઓ ઉપલબ્ધ હોય તો કૃપા કરી તમારા સલાહકાર સાથે તપાસો. જો હા, તો કૃપા કરી લાગુ પડે તે ડ્રાયરેક્ટ ડેબિટ ઈન્સ્ટ્રક્શન મેન્ડેટ, સંબંધિત ચાર્જ સ્વિપ અથવા ઈસીએસ મેન્ડેટ ફોર્મ પૂર્ણ કરો. ઈસીએસ હોય તો ચુકવણી ચેક અથવા રોકડની જ થવી જોઈએ.

સિસ્ટેમેટીક ટ્રાન્સફર પ્લાન (એસટીપી) ચોક્કસ ઉત્પાદનોમાં જ પાલબધ્ધ છે, કૃપા કરીને તમારા પસંદ કરવામાં આવેલ ચોક્કસને લેગતા દસ્તાવેજની ચાવીરૂપ વિશેષતાને તપાસો અથવા વધુ માહિતી મેળવો. એસટીપીના વિકલ્પની પસંદગી તમને પોલિસીની માહિતી અને ટ્રાન્ઝેક્શન લોગીન આઈડી સાથે પૂરા પાડવામાં આવશે તથા ટ્રાન્ઝેક્શન લોગીન આઈડી તથા પાસવર્ડ તમને વેબસાઈટ પર તમારા પોલિસી ખાતામાં એક્સેસ કરવામાં મદદરૂપ બનશે.

**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 adviser 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.

\*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.

હું અમે જાહેર કરી છીએ કે હું અમે આ દરખાસ્તમાં પ્રત્યેક જવાબ આપ્યા છે, તે અવિવા લાઈફ ઇન્સ્યોરન્સ કંપની ઈન્ડિયા લિમિટેડ (અહીં “કંપની” તરીકે ખ્યાતમાં લેવામાં આવેલ છે) અને પ્રત્યેક પ્રકારને સંપૂર્ણ રીતે સમજવામાં આવેલ છે તેમ જ આ પ્રકારના પ્રત્યેક જવાબો અપાતી વખતે તમામ માહિતી સામગ્રીને જાહેર કરવી મહત્વની છે. જ્યારે વીમાને લગતા આરોગ્ય તથા ટેપોને લઈ કંપનીના તબીબી તપાસકર્તાને દરખાસ્ત તથા માહિતી આપવામાં અપાતી રહી છે તે હું/અમે દરખાસ્તમાં તમામ પ્રત્યેક મારા/અમારા દ્વારા જવાબો આપવામાં આવ્યા છે તે ખરા અને સંપૂર્ણ છે. આ સાથે મારા/અમારા દ્વારા કોઈપણ માહિતી સામગ્રી અથવા કોઈપણ હકીકત સામગ્રીને દબાવવા કે ગુપ્ત રાખવામાં અપાતી નથી.

વીમાકૃત જીવનના આરોગ્યને લઈ કોઈપણ ફેરફાર અંગે કંપની સૂચિત કરવાની હું અમે જવાબદારી લઉં છું/લઈ છીએ અથવા આ દરખાસ્ત પર સહી કરી મારી/તેમના/તેણીના વ્યવસાયને લઈ અનુગામી છે અને કંપની દ્વારા તે અગાઉ જોખમની સ્વીકૃત કરે છે.

હું/અમે પ્રમાણિત કરી છીએ કે હું/અમે બેનિફિટ ઈલ્યુક્ટ્રેશનને વાંચ્યું છે અને યોગ્ય રીતે સમજ્યા છીએ તેમ જ કંપની દ્વારા પ્રકાશિત સાહિત્યનું વેચાણ કરે છે, જે આ દરખાસ્ત ફોર્મ સાથે મને/અમને આપવામાં આવેલ છે.

આ સાથે હું/અમે લેબોરેટરી ટેસ્ટ્સ, કાર્ડિયાક, રેડિઓલોજીકલ તપાસો તથા અન્ય તબીબી તપાસો કે જેમાં બેકટેરિયાલ વાઈરલ કુગજન્ય ચેપ સહિત લોહી તપાસ સાથે તબીબી તપાસ મારફતે મારી/અમારી આરોગ્યની સ્થિતિનું સ્ક્રીનિંગ/પ્રોફિ/પુન:પ્રોફિ કરવા કંપનીને અધિકૃત કરી છીએ. આ સાથે હું/અમે ઈએલઆઈએસએ પદ્ધતિ દ્વારા એચઆઈવી વી ટેસ્ટમાંથી પસાર થવા મારી/અમારી સંમતિ આપું છું/આપી છીએ. આ ટેસ્ટ તપાસના ઉદ્દેશથી જ કરવામાં આવે છે તે બાબત અંગે હું/અમે વાકેફ છું/છીએ અને એચઆઈવી/એઈડ્સ માટે માન્ય નથી. આ ટેસ્ટના પરિણામોને આધારે કંપની જીવન વીમા માટે મારી અમારી દરખાસ્ત અંગે વૈકલ્પિક શરતોને સ્વીકારવા, ઈન્કાર કરવા અથવા ઓફર કરવાનો અધિકાર અનામત રાખે છે. હું/અમે એવી સમજણ ધરાવી છીએ કે મારી અમારી રિસ્ક પ્રોફાઈલનું યોગ્ય મૂલ્યાંકન કંપનીની નિર્ધારિત નીતિ પ્રમાણે કરવામાં આવેલ છે અને હું/અમે આ માટે અમારી સહમતિ આપી છીએ.

હું/અમે બાબત અંગે પછા જાતું છું કે આ પોલિસી મર્યાદિત આરોગ્ય પ્રત્યેક સોર્સ છે.

આ પ્રસ્તાવ હેઠળ રહેલા જોખમના મૂલ્યાંકન માટે, તેમજ તે પછીના પછા કોઈ પછા સમયે મૂલ્યાંકન માટે કંપનીને સક્ષમ બનાવવા માટે, હું/અમે આ સાથે જ વર્તમાન અને ભૂતકાળના એમ્બોયર(રો)/મારા બિઝનેસ સહયોગીઓ, મારા મેડિકલ પ્રેક્ટિશનર/હોસ્પિટલ/મેડિકલ સોર્સ અને કોઈપણ લાઈફ તથા નોન લાઈફ ઇન્સ્યોરન્સ કંપની/અથવા લાઈફ ઇન્સ્યોરન્સ એસોસિએશન કે પછી મેડિકલ રજીસ્ટર, રીઈન્સ્યોરર, કલેઈમ ઈન્વેસ્ટીગેટર્સ, મેડિકો લીગલ પ્રોફેશનલ્સ, કંપનીને ઓપરેશનલ સપોર્ટ પુરો પાડવા કંપની દ્વારા રખાતા થર્ડ પાર્ટી સેવા પ્રદાતાઓને મારા/અમારા એમ્બોયમેન્ટ/બિઝનેસ અથવા મારી અન્ય વિગતો જેને કંપની મહત્વપૂર્ણ અને જરૂરી મનતી હોય.

કૃપા કરી તમારા સ્ક્રીન માટે યોગ્ય સમયને નિર્ધાર કરો.

at you:

☐ 9 AM - 12 PM

☐ 12 PM - 4 PM

☐ 4 PM - 7 PM

Signature\* / thumb impression\* of the life to be insured

જીવન વીમા ઉપરના સહી અથવા છે તેમની સહી/થમ્બપ્રિન્ટ નિર્ધાર

Date: \_\_\_\_\_ Place: \_\_\_\_\_  
તારીખ DD MM YYYY સ્થળ

Signature\* / thumb impression\* of the proposer  
(if different from the life to be insured)

દરખાસ્ત કરનારની સહી અથવા છે તેમની સહી/થમ્બપ્રિન્ટ નિર્ધાર (જો વીમા ઉપરના સહી અથવા છે તેમની સહી/થમ્બપ્રિન્ટ નિર્ધાર)

Date: \_\_\_\_\_ Place: \_\_\_\_\_  
તારીખ DD MM YYYY સ્થળ

## 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).

વ્યક્તિ દ્વારા ફોર્મમાં કરવામાં આવતી ઘોષણા આ સાથે હું ઘોષણા કરું છું કે વીમાકૃત/દરખાસ્ત કરનાર સમક્ષ જીવન વીમા અંગે દરખાસ્ત ફોર્મમાં સમાવિષ્ટ માહિતી મારા દ્વારા વિગતવાર રીતે રજૂ કરવામાં આવી છે અને તેઓ તે અંગે સંપૂર્ણ સમજ ધરાવે છે અને જીવન વીમા રજૂ કરનાર/દરખાસ્તકર્તા દ્વારા જે જવાબો આપવામાં આવ્યા તેને મારા દ્વારા ખરી રીતે નોંધવામાં આવેલ છે. ઘોષણાના ઓળખ પૂરાવા જોડવામાં આવેલ છે.

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.

આ સાથે હું ઘોષણા કરું છું કે વીમાકૃત/દરખાસ્ત કરનાર સમક્ષ જીવન વીમા અંગે દરખાસ્ત ફોર્મમાં સમાવિષ્ટ માહિતી મારા દ્વારા વિગતવાર રીતે રજૂ કરવામાં આવી છે અને તેઓ તે અંગે સંપૂર્ણ સમજ ધરાવે છે અને જીવન વીમા રજૂ કરનાર/દરખાસ્તકર્તા દ્વારા જે જવાબો આપવામાં આવ્યા તેને મારા દ્વારા ખરી રીતે નોંધવામાં આવેલ છે. ઘોષણાના ઓળખ પૂરાવા જોડવામાં આવેલ છે.

ઘોષણાકર્તાનું નામ અને સરનામું  
Declarant's Name and Address

Pin Code

Signature of declarant

ઘોષણાકર્તાની સહી

Signature of Advisor

સલાહકાર/એસોશિયેટની સહી

સ્થાનિક ભાષામાં હાથથી લખાયેલ ઘોષણા  
Handwritten Vernacular Declaration


Signature of life to be insured/proposer

જીવન વીમા ઉપરના સહી/દરખાસ્તકર્તાની સહી

Aviva Life Insurance Company India Ltd. Aviva Tower, Sector Road, Opp. Golf Course, DLF Phase-V, Sector 43, Gurgaon 122 003 Haryana  
Registered Office: 2nd Floor Prakashdeep Building 7 Tolstoy Marg New Delhi 110 001

SP/NNU/Jan, 2015, Ver 3.5