

यूनिट लिंकड प्लान में, निवेश पोर्टफोलियो में निवेश का जोखिम पालिसी धारक द्वारा वहन किया जाता है (यूलिप पालिसी के लिए लागू)

FOR OFFICE USE ONLY - केवल कार्यालयीन प्रयोग हेतु

Ver 3.8

Customer I.D ग्राहक आईडी

Policy no. पालिसी संख्या

Proposal Number प्रस्ताव संख्या	NUP
------------------------------------	-----

For Existing Customer
वर्तमान ग्राहक के लिए

For Bancassurance Channel Only

बैंक एश्योरेंस चैनल के लिए केवल

साझेदार बैंक

बैंक शाखा कोड

Bank Partner

Bank Branch Code

ग्राहक खंड

एसपी प्रमाण-पत्र सं.

Customer Segment

SP Certificate No

AVIVA
Life InsuranceSECTOR ☐ Urban ☐ Rural ☐ Social ☐ NRI
सेक्टर ☐ शहरी ☐ ग्रामीण ☐ सामाजिक ☐ एनआई

Unique Village Code

गांव का विशिष्ट कोड

Product Name उत्पाद का नाम

PROPOSAL DEPOSIT DETAILS प्रस्ताव जमा करने का ब्यौरा

Cheque/DD No. चेक / डीडी संख्या

Voucher Number वाउचर संख्या

Amount राशि

Drawn on वसूल किया गया

स्टाफ

STAFF ☐

एचएनआई

HNI ☐

Proposal Form प्रस्ताव फार्म

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- In the event the Proposal is withdrawn by the Proposer before issuance of the Policy, the Company shall refund the application money after deduction of the expenses incurred on medical examination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.

टिप्पणियाँ:-

प्रस्तावक को पॉलिसी के विवरण से सन्तुष्ट होना चाहिए और उसे पॉलिसी की प्रमुख विशेषताओं की विवरणिका में पर विशेष ध्यान देना चाहिए।

पूर्ण किए गए प्रस्ताव की कंपनी द्वारा प्राप्त तथा आरंभिक भुगतान से, कंपनी की ओर से बीमा कराने की कोई जोखिम की ज़िम्मेदारी नहीं बनती है, तथा कंपनी तब तक ज़िम्मेदार नहीं होगी जब तक इसने जोखिम का बीमा न करा किया हो तथा पॉलिसी जारी न कर दी हो।

यूनिट उस दिन आवंटित की जाएंगी जिस दिन प्रस्ताव पूरे कर लिए जाते हैं और प्रीमियम के प्रति आवेदन राशि का समायोजन करते हुए पालिसी में परिणामित होता है (यूलिप पालिसी के लिए लागू)

इस प्रस्ताव के साथ आरामभिक राशि अवश्य होनी चाहिए और इसे किसी भी शाखा में नकद अथवा अविवा लाइफ इश्योरेंस अकाउंट प्रपोज़ल नंबर "....." को देय चेक अथवा डिमांड ड्राफ्ट अथवा कंपनी द्वारा स्वीकृत अन्य तरीके से जमा किया जा सकता है।

नकद राशि जमा किए जाने की स्थिति में, लौटाई जाने वाली राशि (यदि कोई हो) का भुगतान चेक द्वारा ही किया जाएगा।

बीमा अधिनियम, 1938, समय-समय पर यथा संशोधित, की धारा 45 के अनुसार, प्रस्तावकर्ता को पूरी और सटीक जानकारी देना आवश्यक है ताकि कंपनी इस प्रस्ताव पर हामीदारी दे सके ।

आयु का प्रमाण अनिवार्य है।

प्रस्ताव फार्म में यदि कोई सुधार/उपरिलेख/स्याही बदलाव किया गया है, तो ऐसी जगह पर प्रतिहस्ताक्षर करें ।

सलाहकार कंपनी के लिए आशयित नकद/धारक चेक को प्राप्त करने के लिए प्राधिकृत नहीं हैं ।

यदि पालिसी के जारी करने से पहले ही प्रस्तावकर्ता प्रस्ताव को वापस लेते हैं, तो कंपनी प्रस्तावकर्ता की चिकित्सा जाँच, यदि लागू हो, पर उपगत व्यय की कटौती करने के बाद उसे आवेदन राशि वापस कर देगी ।

यदि कोई विशेष भाग आपके लिए लागू नहीं होता है तो कृपया प्लागू नहीं या ब्लैंक लिखें और प्रस्ताव फार्म पूरा करें ।

अबीवा सत्यापन के उद्देश्य से आपसे संपर्क करेगी जो आपके संपर्क व्यौर की जाँच करने का आधार होगा ।

एनएवी क्रेडिट की तारीख/हामीदारी की तारीख/सत्यापन की तारीख, इनमें से जो भी बाद में हो, होगा ।

अनुलाभ निदर्शन इस आवेदन का अभिन्न भाग है । पालिसीधारक को इस पर हस्ताक्षर करना आवश्यक है ।

राइडर अनिवार्य नहीं हैं और अतिरिक्त लागत पर उपलब्ध हैं ।

1. Details of the First Life to be insured (Please complete in CAPITAL LETTERS)

पहला जीवन, जिसका बीमा किया जाना है, के विवरण (कृपया केवल स्पष्ट अक्षरों में भरें)

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.

पूरा नाम : पालिसी के प्रमाण-पत्र पर आपका नाम इस तरह दिखेगा । नाम के प्रत्येक भाग के बीच जगह छोड़ें ।

Title : Mr. / Mrs. / Ms. / Dr.
शीर्षक : श्री/श्रीमती/सुश्री/डॉ.

First Name पहला नाम

Middle Name मध्य का नाम

Surname उपनाम

Affix Photo
फोटो लगाएँ

1.2 Maiden Name (in case of married female life to be insured) पहला नाम ;यदि विवाहित महिला का जीवन बीमा करना हो

Title : Ms. / Dr. शीर्षक : सुश्री/डॉ.

First Name पहला नाम

Middle Name मध्य का नाम

Surname उपनाम

1.3 Father's Name पिता का नाम

Title : Mr. / Dr. शीर्षक : श्री/डॉ.

First Name पहला नाम

Middle Name मध्य का नाम

Surname उपनाम

1.4 Date of Birth जन्म तिथि

Date तिथि Month माह Year वर्ष

1.5 Gender लिंग

☐ Male☐ Female☐ महिला

1.6 Marital Status वैवाहिक स्थिति

☐ Unmarried☐ Widowed☐ विधवा (विधुर)☐ Married☐ Divorced☐ तलाक़शुदा

1.7 No. of Children बच्चों की संख्या

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3

Greater than 3

☐ 3 से अधिक ☐ NA

1.8 Nationality राष्ट्रियता-

☐ Indian

भारतीय

☐ Foreign National¹

विदेशी नागरिक

☐ Person of Indian Origin¹

भारतीय मूल के व्यक्ति

¹Specify Nationality

राष्ट्रीयता बताएँ

1.9 Residential Status

आवासीय स्थिति

☐

Residing in India

भारत में रहने वाले

☐

Not Residing in India¹

भारत में नहीं रहने वाले

¹Specify Country of residence _____

निवास का देश बताएँ

1.10 Communication Address

पत्राचार का पता

☐

Residence

आवास

☐

Permanent

स्थायी

☐

Office

कार्यालय

1.11 Current Residential Address

वर्तमान आवासीय पता

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

(कृपया पते के प्रत्येक भाग के बीच जगह छोड़ें)

Address

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

पता

(जहाँ जरूरी हो, वहाँ मार्फत, सुपुत्र/ सुपुत्री/पत्नी/पति/पिता दर्शाएँ)

Landmark

लैंडमार्क

Pin Code

पिन कोड

City/Village शहर / गांव

District जिला

State राज्य

Phone फोन

Mobile

मोबाइल

STD Code एसटीडी कोड

Phone No. फोन नंबर

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

यदि आप भारतीय हैं या भारतीय मूल के हैं लेकिन भारत में नहीं रहते हैं, तो कृपया एनआरआई प्रश्नावली भरें ।

1.12 Permanent Address

स्थायी पता

(IF DIFFERENT FROM CURRENT RESIDENTIAL ADDRESS)

यदि वर्तमान आवासीय पते से अलग हो तो

Address

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

पता

(जहाँ जरूरी हो, वहाँ मार्फत, सुपुत्र/ सुपुत्री/पत्नी/पति/पिता दर्शाएँ)

Landmark

लैंडमार्क

Pin Code

पिन कोड

City/Village शहर / गांव

District जिला

State राज्य

Phone फोन

Mobile

मोबाइल

STD Code एसटीडी कोड

Phone No. फोन नंबर

1.13 Educational Qualification

शैक्षिक योग्यता

☐

Post Graduate

स्नातकोत्तर

☐

Graduate

स्नातक

☐

Diploma

डिप्लोमा

☐

12th Pass

12वीं उत्तीर्ण

☐

Below 12th

12वीं से कम

☐

Others (Specify)

अन्य (उल्लेख करें)

1.14 Occupation

पेशा

☐

Salaried

वेतनभोगी

☐

Business Owner

व्यवसाय के स्वामी

☐

Self-employed

स्व-नियोजित

☐

Student

विद्यार्थी

☐

Housewife

गृहिणी

☐

Retired/Pensioner

सेवानिवृत्त / पेंशनभोगी

☐

Agriculturist

किसान

☐

Others (Specify)

अन्य (उल्लेख करें)

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

यदि विद्यार्थी हैं वर्तमान में अध्ययनरत पाठ्यक्रम _____ (b) संस्थान का नाम (C) पाठ्यक्रम की अवधि

Work details of life to be insured बीमा किए जाने वाले व्यक्ति के कार्य विवरण

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

कार्य की ठीक-ठीक प्रकृति ववरण दें जैसे खाद्यान्न/कपड़े का व्यापार, टैक्सी चलाना/डायमण्ड निर्यात का कारोबार आदि

1.16 Your Designation आपका पदनाम

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

If yes, please give details.

☐

YES

हाँ

☐

NO

नहीं

क्या आपके काम में कोई विशेष जोखिम है (जैसे रासायनिक कारखाना, खान, विस्फोटक, संक्षारक रसायन आदि) यदि हाँ, तो कृपया ब्यौरा बताएँ

1.18 Name of Organisation/Business

संगठन / व्यवसाय का नाम

Address

पता

Landmark

लैंडमार्क

Pin Code

पिन कोड

City/Village शहर / गांव

District जिला

State राज्य

Phone फोन

Mobile

मोबाइल

STD Code एसटीडी कोड

Phone No. फोन नंबर

1.19 Life Assured's Annual Income Rs. :

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

che:kj{f{kr O;fä dh okÆ"kd vk; #- &

;fn dekrS ugha gSa rks jksxh@iRuh ;k ifr dh okÆ"kd vk; #- &

1.20 E-mail ID

bZesy vkbZMh

1.21 Age proof

☐

School/College Certificate

आयु का प्रमाण स्कूल/कॉलेज का प्रमाण पत्र

☐

Municipal Records

नगर पालिका के अभिलेख

☐

Defence ID Card

रक्षा पहचान पत्र

☐

Passport

पार पत्र

☐

Others (Specify)

अन्य (उल्लेख करें)

1.22 Income Tax PAN Number

आय कर पीएन संख्या

2. Details of the Second Life to be insured (Please complete in CAPITAL LETTERS) if applicable

बीमारक्षित दूसरे व्यक्ति के विवरण, यदि लागू हों (कृपया केवल स्पष्ट अक्षरों में भरें)

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

पूरा नाम : पालिसी के प्रमाण-पत्र पर आपका नाम इस तरह दिखेगा । नाम के प्रत्येक भाग के बीच जगह छोड़ें।

Title : Mr. / Mrs. / Ms. / Dr. श्रीर्षक श्री/श्रीमती/सुश्री/डॉ.

First Name पहला नाम

Middle Name मध्य का नाम

Surname उपनाम

2.2 Maiden Name (in case of married female life to be insured) पहला नाम (यदि विवाहित महिला का जीवन बीमा करना हो)

Title : Mr. / Mrs. / Ms. / Dr. श्रीर्षक श्री/श्रीमती/सुश्री/डॉ.

First Name पहला नाम

Middle Name मध्य का नाम

Surname उपनाम

2.3 Father's Name पिता का नाम

Title : Mr. / Mrs. / Ms. / Dr. श्रीर्षक श्री/श्रीमती/सुश्री/डॉ.

First Name पहला नाम

Middle Name मध्य का नाम

Surname उपनाम

2.4 Date of Birth जन्म तिथि

Date तिथि

Month माह

Year वर्ष

Gender लिंग

Male पुरुष

Female महिला

Marital Status वैवाहिक स्थिति

Unmarried अविवाहित

Widow(er) विधवा (विधुर)

Married फोकफर

Divorced तलाकशुदा

No. of Children बच्चों की संख्या

1

2

3

Greater than 3 3 से अधिक

NA

2.8 Nationality राष्ट्रीयता

Indian भारतीय

Foreign National¹ विदेशी नागरिक

Person of Indian Origin¹ भारतीय मूल के व्यक्ति

Specify Nationality राष्ट्रीयता बताएँ

2.9 Residential Status आवासीय स्थिति

Residing in India भारत में रहने वाले

Not Residing in India¹ भारत में नहीं रहने वाले

Specify Country of residence निवास का देश बताएँ

2.10 Educational Qualification शैक्षिक योग्यता

Post Graduate स्नातकोत्तर

Graduate स्नातक

Diploma डिप्लोमा

12th Pass 12वीं उत्तीर्ण

Below 12th 12वीं से कम

Others (Specify) अन्य (उल्लेख करें)

2.11 Occupation पेशा

Salaried वेतनमोची

Business Owner व्यवसाय के स्वामी

Self-employed स्व-नियोजित

Student विद्यार्थी

Housewife गृहिणी

Retired/Pensioner सेवानिवृत्त / पेंशनमोची

Agriculturist किसान

Others (Specify) अन्य (उल्लेख करें)

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

यदि विद्यार्थी हैं वर्तमान में अध्ययनरत पाठ्यक्रम (b) संस्थान का नाम (C) पाठ्यक्रम की अवधि

Work details of life to be insured

बीमा किए जाने वाले व्यक्ति के कार्य विवरण

2.13 Exact Nature of Duties

कार्य की ठीक-ठीक प्रकृति

2.14 Your Designation

आपका पदनाम

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

If yes, please give details.

क्या आपके काम में कोई विशेष जोखिम है (जैसे रासायनिक कारखाना, खान, विस्फोटक, संक्षारक रसायन आदि) यदि हों, तो कृपया ब्यौरा बताएँ

2.15 Name of Organisation/Business संगठन / व्यवसाय का नाम

Address पता

Landmark लैंडमार्क

Pin Code पिन कोड

City/Village शहर

District जिला

State राज्य

Phone फ़ोन

STD Code एसटीडी कोड

Phone No. फ़ोन

Mobile मोबाइल

1.19 Life Assured's Annual Income Rs. : बीमारक्षित व्यक्ति की वार्षिक आय रु.

If not earning, Parent's/Spouse's Annual Income Rs. यदि कमाते नहीं हैं तो रोगी/पत्नी या पति की वार्षिक आय रु.

1.20 E-mail ID ईमेल आईडी

1.21 Age proof आयु का प्रमाण

School/College Certificate स्कूल/कॉलेज का प्रमाण पत्र

Municipal Records स्कूल/कॉलेज का प्रमाण पत्र

Defence ID Card रक्षा पहचान पत्र

Passport पार पत्र

Others (Specify) अन्य (उल्लेख करें)

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

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

प्रस्तावकर्ता के विवरण (यदि बीमारक्षित व्यक्ति से अलग हो)

3.1 Status

स्थिति

☐

Individual

व्यक्ति

☐

HUF

एचयूएफ

☐

Partnership

साझेदारी

☐

Corporate

कापरेट

☐

Trust

न्यास

☐

Government Body

सरकारी निकाय

3.2 Full Name of Proposer

प्रस्तावकर्ता का पूरा नाम

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

श्री/श्री/श्री/श्री/श्री/डॉ.

First Name

पहला नाम

Middle Name

मध्य का नाम

Surname

उपनाम

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

3.3 Father's Name / Husband's Name

पिता का नाम

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

श्री/श्री/श्री/श्री/श्री/डॉ.

First Name

पहला नाम

Middle Name

मध्य का नाम

Surname

उपनाम

2.4 Date of Birth

जन्म तिथि

Gender

लिंग

☐

Male

पुरुष

☐

Female

महिला

Marital

Status

वैवाहिक स्थिति

☐

Unmarried

अविवाहित

☐

Widow(er)

विधवा (विधुर)

☐

Married

विवाहित

☐

Divorced

तलाकशुदा

No. of Children

बच्चों की संख्या

☐

1

☐

2

☐

3

Greater than 3

3 से अधिक

☐

NA

2.8 Nationality

राष्ट्रियता

☐

Indian

भारतीय

☐

Foreign National¹

विदेशी नागरिक

☐

Person of Indian Origin¹

भारतीय मूल के व्यक्ति

¹Specify Nationality

राष्ट्रियता बताएँ

2.9 Residential Status

आवासीय स्थिति

☐

Residing in India

भारत में रहने वाले

☐

Not Residing in India¹

भारत में नहीं रहने वाले

¹Specify Country of residence

निवास का देश बताएँ

3.10 Address of Proposer

प्रस्तावकर्ता का पता

Address

पता

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

पालिसी के प्रमाण-पत्र पर आपका नाम इस तरह दिखेगा। नाम के प्रत्येक भाग के बीच जगह छोड़ें।

City/Village

शहर

District

जिला

State

राज्य

Phone

फोन

STD Code

एसटीडी कोड

Phone No.

फोन नंबर

Mobile

मोबाइल

E-mail ID

ईमेल आईडी

3.12 Proposer's Details

प्रस्तावकर्ता के विवरण

Are you the owner of any insurance policies? क्या आपके नाम कोई बीमा पालिसी है

YES

हाँ

NO

नहीं

Total annual premium कुल वार्षिक प्रीमियम

(Rs. in figures) (रु. अंकों में)

Work details of proposer

प्रस्तावकर्ता के कार्य संबंधी विवरण

3.13 Exact Nature of Duties

कार्य की ठीक-ठीक प्रकृति

3.14 Your Designation

आपका पदनाम

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

If yes, please give details.

क्या आपके काम में कोई विशेष जोखिम है (जैसे रासायनिक कारखाना, खान, विस्फोटक, संक्षारक रसायन आदि)

यदि हाँ, तो कृपया ब्यौरा बताएँ

YES

हाँ

NO

नहीं

3.16 Name of Organisation/Business

संगठन / व्यवसाय का नाम

Address

पता

City/Village

शहर

District

जिला

State

राज्य

Phone

फोन

STD Code

एसटीडी कोड

Phone No.

फोन नंबर

Mobile

मोबाइल

3.17 Annual Income Rs. : वार्षिक आय रु.

E-mail ID

ईमेल आईडी

यदि आप भारतीय हैं या भारतीय मूल के हैं लेकिन भारत में नहीं रहते हैं, तो कृपया एनआरआई प्रश्नावली भरें।

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

3.19

Age proof
आयु का प्रमाण

☐ School/College Certificate
स्कूल/कॉलेज का प्रमाण पत्र

☐ Municipal Records
नगर पालिका के अभिलेख

☐ Defence ID Card
रक्षा पहचान पत्र

☐ Passport
पार पत्र

☐ Others (Specify) _____
अन्य (उल्लेख करें)

3.20

Income Tax PAN Number

आय कर पीएन संख्या

3.21

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

क्या आप किसी दूसरे व्यक्ति की जीवन बीमा पालिसी के प्रीमियम का भुगतान कर रहे हैं

☐ YES
हाँ

☐ NO
नहीं

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

यदि हाँ, तो कुल वार्षिक प्रीमियम

4. Nomination Details (To be completed only when the proposer and the life to be insured are the same)

नामांकन का ब्यौरा (यदि बीमारक्षित व्यक्ति और प्रस्तावकर्ता एक हो तो भरें)

4.1

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

First Nominee पहला नामिती

Second Nominee दूसरा नामिती

Third Nominee तीसरा नामिती

4.2

Relationship to the Life to be Insured
बीमा रक्षित व्यक्ति से संबंध

4.3

Percentage of Entitlement
हकदारिता का प्रतिशत

4.4

Date of Birth
जन्म तिथि

Date
तिथि

Month
माह

Year
वर्ष

Date
तिथि

Month
माह

Year
वर्ष

Date
तिथि

Month
माह

Year
वर्ष

4.5

Address पता

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:

यदि उपर्युक्त नामिती आपके माता पिता/पत्नी या पति/बच्चों के अलावा कोई अन्य व्यक्ति है, तो नीचे दी गई जगह में ऐसे नामांकन का कारण बताएँ –

If Nominee is a Minor, please give details of the appointee (should be a Major)

(यदि नामिती अवयस्क है, तो नियुक्त व्यक्ति के ब्यौरे नीचे दें) (वयस्क होना आवश्यक)

a.

Name of the Appointee

b.

c.

Date of Birth

Date
तिथि

Month
माह

Year
वर्ष

d.

Address पता

Signature of the Appointee
नियुक्त व्यक्ति के हस्ताक्षर

नोट – संयुक्त व्यक्तियों के मामले में, यह नामांकन बीमारक्षित दोनों व्यक्तियों की एक साथ मृत्यु होने या अंतिम जीवित बीमारक्षित व्यक्ति की मृत्यु होने पर प्रचालित होगा
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

आवेदन किए गए प्लान के विवरण

5.1

Name of the Plan प्लान का नाम

5.2

Term of the Plan in years (if applicable)

प्लान की अवधि, वर्षों में (यदि लागू हो)

5.3

Select Option (if applicable)

विकल्प चुनें (यदि लागू हो)

☐ Option A
विकल्प क

☐ Option B
विकल्प ख

☐ Option C
विकल्प ग

5.4

Premium Paying Term in years (if applicable)

प्रीमियम भुगतान करने की अवधि, वर्षों में (यदि लागू हो)

5.5

Select Category (If applicable)

वर्ग चुनें (यदि लागू हो)

☐ Smoker
धूम्रपान करते हैं

☐ Non Smoker
धूम्रपान नहीं करते

5.6

Annual Premium in Rs. (if applicable)

वार्षिक प्रीमियम रु. में (यदि लागू हो)

5.7

Cover Level (if applicable)

कवर का स्तर (यदि लागू हो)

☐ Minimum
न्यूनतम

☐ Maximum
अधिकतम

☐ Customer Defined (In figures) _____
ग्राहक निर्देशित (अंकों में)

5.8

Sum Assured in Rs. (if applicable)

बीमा रक्षित राशि (यदि लागू हो)

5.9

Riders opted for (if applicable)

चुना गया राइडर

Riders राइडर	Sum Assured* (Rs.) बीमा रक्षित राशि	Riders राइडर	Sum Assured* (Rs.) बीमा रक्षित राशि
<input type="checkbox"/> Aviva Accidental Death & Dismemberment अवीवा दुर्घटनाजन्य मृत्यु और अंगच्छेदन	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	<input type="checkbox"/> Aviva Accidental Death Benefit अवीवा दुर्घटनाजन्य मृत्यु हितलाभ	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>
<input type="checkbox"/> Aviva Dread Disease अवीवा भयानक बीमारी	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	<input type="checkbox"/> Aviva Comprehensive Health Benefit अवीवा व्यापक स्वास्थ्य हितलाभ	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>
<input type="checkbox"/> Aviva Term / Term Plus Rider अवीवा टर्म/टर्म प्लस राइडर	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	<input type="checkbox"/> Income / Family Income Benefit Rider आय/परिवार की आय हितलाभ राइडर	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>
<input type="checkbox"/> Aviva Health Guard Rider अवीवा हेल्थ गार्ड राइडर		<input type="checkbox"/> Aviva Child Education Rider अवीवा बाल शिक्षा राइडर	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>

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

5.10 Premium Frequency

प्रीमियम की आवृत्ति

☐ Yearly

वार्षिक

☐ Half-Yearly

अर्धवार्षिक

☐ Quarterly

तिमाही

☐ Monthly¹

मासिक

☐ Single Premium

एक प्रीमियम

5.11 Premium as per Frequency (in Rs.)

आवृत्ति के अनुसार प्रीमियम (रु. में)

5.12 Indexation² Option (if applicable)

सूचीकरण विकल्प (यदि लागू हों)

☐ YES

हाँ

☐ NO

नहीं

5.13 Automatic Asset Allocation³ (if applicable)

स्वचालित परिसंपत्ति आबंटन (यदि लागू हों)

☐ YES

हाँ

☐ NO

नहीं

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

यदि आप स्वचालित परिसंपत्ति आबंटन प्लान चुनते हैं, तो आपको अपने प्रीमियम को उपयुक्त फंड के बीच ही आबंटित करना होगा

5.14 Type of Fund (if applicable)

फंड के प्रकार (यदि लागू हों)

Balanced Fund-II

बैलेंस्ड फंड – II

%

Protector Fund-II

प्रोटेक्टर फंड – II

%

Growth Fund-II

ग्रोथ फंड – II

%

Index Fund-II

इंडेक्स फंड – II

%

Dynamic P/E Fund

डायनमिक पी/ई फंड

%

Enhancer Fund-II

एन्हांसर फंड – II

%

Bond Fund-II

बांड फंड – II

%

Infrastructure Fund

इन्फ्रास्ट्रक्चर फंड

%

PSU Fund

पीएसयू फंड

%

* 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%.

कृपया प्रत्येक यूनिट लिंक्ड फंड में आप जितना निवेश करना चाहते हैं, उसके प्रीमियम का प्रतिशत बताएँ (कुल 100: होना चाहिए) । प्रत्येक चयनित फंड में न्यूनतम आबंटन 10: होना चाहिए ।

5.15 Systematic Transfer Plan⁵ (if applicable)

सिस्टमेटिक ट्रांसफर प्लान (यदि लागू हों)

☐ YES

हाँ

☐ NO

नहीं

If yes

यदि हाँ

☐ Weekly

साप्ताहिक

☐ Monthly

मासिक

5.16 Preferred Mode of Payment

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

Cheque

चेक

☐ Cash³

नकद

☐ Demand Draft

डिमांड ड्राफ्ट

☐ Direct Debit^{*}

डायरेक्ट डेबिट

☐ Credit Card^{*}

क्रेडिट कार्ड

☐ ECS⁴

ईसीएस

☐ EDC

ईडीसी

भुगतान का वरीय माध्यम

डेबिट / क्रेडिट कार्ड प्रस्तावकर्ता के नाम पर होने चाहिए

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

क्या आपके नाम पर बैंक खाता है

☐ YES

हाँ

☐ NO

नहीं

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

यदि हाँ, तो बैंक के विवरण दें (डायरेक्ट डेबिट / क्रेडिट कार्ड / ईसीएस के मामले में अनिवार्य)

Bank Account Number

बैंक खाता संख्या

Credit Card Number

क्रेडिट कार्ड संख्या

Bank Name

बैंक का नाम

Account Type

खाते का प्रकार

☐ Saving Account

बचत खाता

☐ Current Account

चालू खाता

☐ NRO/NRE

एनआरओ / एनआरई

Address of Branch

शाखा का पता

MICR Code (9 digits)

5.18 For Traditional Products only

केवल पारंपरिक उत्पादों के लिए

Do you want back dating of the policy

क्या आप पालिसी की तारीख पीछे करना चाहते हैं

☐ YES

हाँ

☐ NO

नहीं

If yes, Date of commencement (within current Financial Year)

यदि हाँ, तो शुरु करने की तारीख ,चालू वित्तीय वर्ष में)

Date

तिथि

Month

माह

Year

वर्ष

¹Monthly frequency is acceptable only through Direct Debit and Electronic Clearing System (ECS) mode of payment

²Indexation 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.**

³Cash 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.

⁴Please 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.

⁵Systematic 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.

डायरेक्ट डेबिट / ईसीएस माध्यम के साथ मासिक आवृत्ति उपलब्ध है

सूचीकरण से परिपक्वता मूल्य की क्रय शक्ति या मृत्यु हितलाम सुरक्षित रहता है ताकि आपकी बचत में पालिसी की पूरी अवधि के दौरान अच्छी राशि जमा रहे । आप स्वास्थ्य संबंधी कोई प्रमाण दिए बिना, थोक मूल्य सूचकांक में बढ़ोत्तरी के अनुसार, मुद्रास्फीति समायोजन द्वारा नियमित प्रीमियम, बीमित राशि और राइडर हितलामों को बढ़ा भी सकते हैं ।

प्रस्तावकर्ता या उनके प्रतिनिधि द्वारा नकद राशि केवल अवीवा के शाखा कार्यालय में जमा कराई जा सकती है । नकद रसीद केवल अवीवा शाखा कार्यालय में दी जाएगी ।

कृपया अपने सलाहकार से पूछें कि ये सुविधाएँ उपलब्ध हैं या नहीं । यदि हैं, तो डायरेक्ट डेबिट अनुदेश, संबंधित चार्ज पर्ची या ईसीएस फार्म, जैसा लागू हो, संबंधी औपचारिकताएँ पूरी करें । ईसीएस के मामले में, प्रारंभिक भुगतान चेक या नकद करना होगा ।

सिस्टमेटिक ट्रांसफर प्लान (एसटीपी) केवल चयनित प्रॉडक्ट में उपलब्ध है । अपने चयनित प्रॉडक्ट या अधिक जानकारी के लिए की फीचर ड्राफ्टमें देखें । एसटीपी का विकल्प लेने पर आपको पालिसी की जानकारी और लेनदेन करने की लॉगिन आईडी और उसका पासवर्ड दिया जाएगा ताकि आप वेबसाइट पर अपनी पालिसी का एकाउंट देख सकें ।

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

बीमारक्षा किए जाने वाले व्यक्ति का परिवार और निजी विवरण

Personal Details

निजी विवरण

6.1 Your Height / Weight

उंची वजन

First Life

पहला व्यक्ति

Second Life

दूसरा व्यक्ति

Height (in cms)

लंबाई (सें.मी. में)

Weight (in kgs)

वज़न (कि.ग्रा. में)

Have you experienced any change in weight of more than 5 kgs in the past 1 year?

क्या पिछले 1 वर्ष में आपकी वज़न में 5 कि.ग्रा. से अधिक का परिवर्तन हुआ है

☐ YES

हाँ

☐ NO

नहीं

☐ YES

हाँ

☐ NO

नहीं

Loss

घटा

Gain

बढ़ा

kgs.

Loss

घटा

Gain

बढ़ा

kgs.

Reason for the same

उसका कारण

6.2 Health & Activity Section

स्वास्थ्य एवं कार्यकलाप भाग

If you answer YES to questions A,B,C (ii), D(ii), E,F, I (ii) & 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.

यदि प्रश्न कए खए ग :पद्ध और घ (पपद्ध ए ड, च, छ (पपद्ध के लिए आपका उत्तर हाँ है, तो नीचे दिए गए टेबल में अतिरिक्त जानकारी प्रदान करें । नीचे दी गई जानकारी से हमें आपके प्रस्ताव पर बिना किसी देरी के अतिरिक्त प्रश्न पूछने में सुविधा होगी ।

		First Life पहला व्यक्ति		Second Life दूसरा व्यक्ति	
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) I'm not receiving any medical treatment or I'm awaiting medical or surgical consultation, test or investigation.		Yes हाँ <input type="checkbox"/>	No नहीं <input type="checkbox"/>	Yes हाँ <input type="checkbox"/>	No नहीं <input type="checkbox"/>
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: I have had the following medical or surgical treatment, including investigations, tests, scans or X-Ray for any of the following illnesses or medical conditions:		Yes हाँ <input type="checkbox"/>	No नहीं <input type="checkbox"/>	Yes हाँ <input type="checkbox"/>	No नहीं <input type="checkbox"/>
i.	High blood pressure, angina, heart attack, stroke or any other disorder of heart or circulation? au~c rkq dbwA, gly dy rog, idl dw dOrw, dOrw jW idl dl koel vl AivvsQw jW dOrw?	Yes हाँ <input type="checkbox"/>	No नहीं <input type="checkbox"/>	Yes हाँ <input type="checkbox"/>	No नहीं <input type="checkbox"/>
ii.	Any form of cancer, tumor or growth? kYNsr, rsOll jW vWdy dl koel vl iksm?	Yes हाँ <input type="checkbox"/>	No नहीं <input type="checkbox"/>	Yes हाँ <input type="checkbox"/>	No नहीं <input type="checkbox"/>
iii.	Disorder of skin or lymph glands? cmVI dl gVbVI jW lskw gYnf?	Yes हाँ <input type="checkbox"/>	No नहीं <input type="checkbox"/>	Yes हाँ <input type="checkbox"/>	No नहीं <input type="checkbox"/>
iv.	Diabetes, kidney or liver problem? mDumyh, gurdy jW iigr dl koel vl sm'isAw?	Yes हाँ <input type="checkbox"/>	No नहीं <input type="checkbox"/>	Yes हाँ <input type="checkbox"/>	No नहीं <input type="checkbox"/>
v.	Colitis or any other stomach, bowel or bladder problem? kulMj jW pyt, pKwnw jW blYfr dl koel vl sm'isAw?	Yes हाँ <input type="checkbox"/>	No नहीं <input type="checkbox"/>	Yes हाँ <input type="checkbox"/>	No नहीं <input type="checkbox"/>
vi.	Multiple sclerosis, epilepsy, tremor, numbness, double vision or giddiness? bhu-skyrlAs, imrgl, kWBw, suMnqw, do-p'KI idRStl jW Gbrwht hoxl	Yes हाँ <input type="checkbox"/>	No नहीं <input type="checkbox"/>	Yes हाँ <input type="checkbox"/>	No नहीं <input type="checkbox"/>
vii.	Mental or nervous illness (including depression) lasting for more than 3 months and/or requiring more than 10 consecutive days off work? 3 mhlInAw qoN izAwdw Aqy/jW kMm dy 10 islislywr idnW qoN izAwdw mwnisk jW nwVI-pRbMDn dl ibmwrI (audvsn shq)	Yes हाँ <input type="checkbox"/>	No नहीं <input type="checkbox"/>	Yes हाँ <input type="checkbox"/>	No नहीं <input type="checkbox"/>
viii.	Asthma, bronchitis, pneumonia, TB or any other respiratory or lung disorder? swh, sozS, inmUnlAw, tl.bl. jW swh dl koel hor ibmwrI jW PyPIVAW dl gVbVI	Yes हाँ <input type="checkbox"/>	No नहीं <input type="checkbox"/>	Yes हाँ <input type="checkbox"/>	No नहीं <input type="checkbox"/>
ix.	Ulcer, chronic diarrhoea, hepatitis or jaundice? PoVw, dwieml dsq, hYpytwelts jW plllAw	Yes हाँ <input type="checkbox"/>	No नहीं <input type="checkbox"/>	Yes हाँ <input type="checkbox"/>	No नहीं <input type="checkbox"/>
x.	Congenital disorder, anemia, bleeding or blood disorder? pYdwieSI gVbVI, KUd dl kml, KUd vihxw jW KUd dl gVbVI?	Yes हाँ <input type="checkbox"/>	No नहीं <input type="checkbox"/>	Yes हाँ <input type="checkbox"/>	No नहीं <input type="checkbox"/>
xi.	Reproductive organ or prostrate disorder? jxn-AMg jW mUDy IMmy pYx dl gVbVI	Yes हाँ <input type="checkbox"/>	No नहीं <input type="checkbox"/>	Yes हाँ <input type="checkbox"/>	No नहीं <input type="checkbox"/>
xii.	Arthritis, gout or joint pain, muscle, bone fracture or disorder? gTIAw jW joVW dw drd, mws-pySIAW, h'fl dw tu'bxw jW gVbVI?	Yes हाँ <input type="checkbox"/>	No नहीं <input type="checkbox"/>	Yes हाँ <input type="checkbox"/>	No नहीं <input type="checkbox"/>
xiii.	AIDS or AIDS related complex or test indicating presence of HIV? eyfs jW eyfs sMbMDI jtlqw jW AY~c. Awel. vl. dl mOjUdgl drswauNdl jWc	Yes हाँ <input type="checkbox"/>	No नहीं <input type="checkbox"/>	Yes हाँ <input type="checkbox"/>	No नहीं <input type="checkbox"/>
xiv.	Any other illness, surgery or injury? koel vl hor ibmwrI, srjrl jW s't	Yes हाँ <input type="checkbox"/>	No नहीं <input type="checkbox"/>	Yes हाँ <input type="checkbox"/>	No नहीं <input type="checkbox"/>
xv.	Do you have any bodily deformities? kl quhwnUM koel vl srlrk kurUpqw hY?	Yes हाँ <input type="checkbox"/>	No नहीं <input type="checkbox"/>	Yes हाँ <input type="checkbox"/>	No नहीं <input type="checkbox"/>
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.? kl quhwnUM koel vl ishq l'Cx jW iSkwieqW hn ijs lel iksy fwkrI lel slwh-mSvrw nhIn klqw igAw jW ielwj nhIn ilAw igAw? audhrwx lel: h'Tl buKwr, Axjwx Bwr dw Gt jwxw, Bu'K dw Gt jwxw, drd, sozS Awid?	Yes हाँ <input type="checkbox"/>	No नहीं <input type="checkbox"/>	Yes हाँ <input type="checkbox"/>	No नहीं <input type="checkbox"/>

		First Life पहला व्यक्ति	Second Life दूसरा व्यक्ति
(i) Do you smoke/consume or have you ever smoked/consumed cigars, cigarettes, beedies or any other tobacco products (pan masala etc.) क्या आप धूम्रपान करते हैं या सिगार, सिगरेट, बीड़ी या तंबाकू कुक कोई अन्य उत्पाद (पान मसाला आदि) का सेवन करते हैं या कभी किया है		YES हाँ <input type="checkbox"/> NO नहीं <input type="checkbox"/>	YES हाँ <input type="checkbox"/> NO नहीं <input type="checkbox"/>
If yes, how many cigarettes/cigars/beedies/tobacco pouches do you consume per day? यदि हाँ, तो आप दिन में कितनी सिगरेट/सिगार/बीड़ी / तंबाकू का सेवन करते हैं			
For how long कब से			
(ii) Have you ever sought or been given medical advice to reduce/abstain from smoking/tobacco consumption? ÖÆ ä°ÄÆ° ÖÇÆ ÇÄ°dà / à¿iAÖÊ Ç¶ Ä¶jòé ù Øµà Öðé / èðÖ¶+ Öðé ñÄÆ äAÖàðÆ ÆñAÖ ÇÆ i¿ × ÖÆäÆ Û» ñÄÆ ÖÊ?		YES हाँ <input type="checkbox"/> NO नहीं <input type="checkbox"/>	YES हाँ <input type="checkbox"/> NO नहीं <input type="checkbox"/>
D. Alcohol			
(i) Do you take or have you ever taken alcohol? ÖÆ ä°ÄÆ° ÖÇÆ öðAi çÄ Ä¶jòé ÖÆäÆ Û» èÆäÆ ÖÊ?		YES हाँ <input type="checkbox"/> NO नहीं <input type="checkbox"/>	YES हाँ <input type="checkbox"/> NO नहीं <input type="checkbox"/>
If yes, how many units of alcohol do you consume per week? (1 unit=1/2 bottle of beer/1 glass of wine/1 peg measure of spirits) Ö¶jòé Öð, à» èlàÆ ÖèäÆ ä°ÄÆ° öðAi ÇÆ ÇÖ¿ÆÆ iAàðÆ èÆÇ¶ Ö°? (A ÇÄÖÄÆÆ =A/B i°àn iÆÄð / A ×ñÄÄ öÄÄÆÆ/ A èÊµ× iAè ÄÇè¿à)		Unit _____	Unit _____
For how long ÇÖ¿ÆÆ Ä¶jòé ä°			
(ii) Have you ever sought or been given medical advice to reduce the level of/abstain from drinking? ÖÆ ä°ÄÆ° ÖÇÆ öðAi èÆäÆ ÇÆ iAàðÆ ù Øµà Öðé Û» èðÖ¶+ Öðé ñÄÆ äAÖàðÆ ÆñAÖ ÇÆ i¿ × ÖÆäÆ Û» ñÄÆ ÖÊ?		YES हाँ <input type="checkbox"/> NO नहीं <input type="checkbox"/>	YES हाँ <input type="checkbox"/> NO नहीं <input type="checkbox"/>
E. Drug Abuse			
(I) Are you now using or have you ever used any of following drugs like amphetamines, barbiturates, cannabis, cocaine, hallucinogens, herbs, opiates, sedatives, solvents, etc, other than for treatment of a medical condition under proper medical supervision? ÖÆ ä°ÄÆ° Ö°à Û» ÖÇÆ öÆ èÇÖñ» Ä°ÇÚà äAÖàðÆ Çè×dAèÆ Ç¶ ÄèÆè äAÖàðÆ ÖÄñA ç¶ ÇÄñAÛ ñÄÆ Ö°ð ÇÖÄ¶ öÆ äð» ÇÆÄ» äðµ ÇUÖ¶ ÇÖ ÄÈ°ö¶jAÄÆèÄ, iAöÇiAèÖ¶jAÄ, i¿ ×, Ö°Ö¶è, ÖÄñ°ÖÆè Ö¶jAè, ÜöÆÆ»-iEäÆÆ», ÄèÆi ÇiÇñAÄ èðA, çöÇ ÖäÄÄ°à öÄñÆ çöÄÆÆ, Ö°ñ AÄÇ ÇÆ öðä° Öð		YES हाँ <input type="checkbox"/> NO नहीं <input type="checkbox"/>	YES हाँ <input type="checkbox"/> NO नहीं <input type="checkbox"/>
If yes pls provide full detail including name of drug & date when usage commenced and ceased. Ö¶jòé Öð, à» ÇÖðèA ÖðÖ¶ äðµ× Ç¶ èAi Äè¶ ö°ðÈ Öðé ÇÆ Äè¶ Üµà¶ ÜAà ÇÆ ÇiàÆ ÄÇÖà èÈèè è¶jòé èlçAé Öð°			

F. Have you been required to take time off from work on health grounds? D;k vkidks dh LokLF; laca/kh dkj.kksa ls dke ls NqV~Vh ysuh iM+h A		<div><div>YES</div><div>NO</div><div>हाँ</div><div>नहीं</div></div>	<div><div>YES</div><div>NO</div><div>हाँ</div><div>नहीं</div></div>
G. Apart from work, has your health placed any restrictions on your normal daily activities? dke ds vykok] D;k lsgR ds dkj.k kids jkstejZ ds dkedkt izHkkfor gq, gSa		<div><div>YES</div><div>NO</div><div>हाँ</div><div>नहीं</div></div>	<div><div>YES</div><div>NO</div><div>हाँ</div><div>नहीं</div></div>
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. क्या आपके विरुद्ध कोई आपराधिक आरोप लगे / आपराधिक कार्रवाई की गई तथा / या वर्तमान में इससे पहले आपके विरुद्ध कोई आपराधिक आरोप लंबित था या है अथवा आपको किसी आपराधिक कार्यवाही में अपराधी माना गया तथा / या जमानत पर रहे / हिरासत में रहे / निलंबित सजा हुई ? यदि हाँ, तो आरोप की तारीख, कारण और प्रकृति सहित पूरे ब्यौरे दें ।		<div><div>YES</div><div>NO</div><div>हाँ</div><div>नहीं</div></div>	<div><div>YES</div><div>NO</div><div>हाँ</div><div>नहीं</div></div>
I. For Female Lives only: dsoy efgyk thou ds fy, &			
(i) Are you pregnant? क्या आप गर्भवती हैं &		<div><div>YES</div><div>NO</div><div>हाँ</div><div>नहीं</div></div>	<div><div>YES</div><div>NO</div><div>हाँ</div><div>नहीं</div></div>
If yes, number of weeks pregnant यदि हाँ, तो गर्भधारण के हफ्तों की सं.		<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>
(ii) Have you had, or do you have any complications of pregnancy at present or in the past? क्या वर्तमान में या अतीत में, आपको गर्भधारण संबंधी कोई परेशानियाँ थीं या हैं &		<div><div>YES</div><div>NO</div><div>हाँ</div><div>नहीं</div></div>	<div><div>YES</div><div>NO</div><div>हाँ</div><div>नहीं</div></div>
(iii) Have you had, or do you have any gynaecological problem? क्या आपको कोई स्त्री-रोग था या है		<div><div>YES</div><div>NO</div><div>हाँ</div><div>नहीं</div></div>	<div><div>YES</div><div>NO</div><div>हाँ</div><div>नहीं</div></div>
(iv)For married females, spouse insurance details (total sum insured in Rs.) विवाहित महिलाओं के लिए, पति के बीमा संबंधी ब्यौरे बीमारक्षित राशि		<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>
J. Are you or your Nominee a Politically Exposed Person (PEP) ? 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 & immedeiate family member of above persons(Spouse, Children, Parents and Siblings, In-laws). राजनीतिक प्रभाव वाले व्यक्ति (पीईपी) वे व्यक्ति होते हैं जिन्हें प्रमुख सार्वजनिक कार्य देखते हैं या जिन्हें ऐसा कार्य सौंपा गया है, जैसे केन्द्रीय /राज्य सरकार के प्रमुख / मंत्री, वरिष्ठ राजनेता, वरिष्ठ सरकारी /न्यायिक /सैन्य अधिकारी, राज्य के स्वामित्व वाले निगमों के वरिष्ठ कार्यपालक, महत्वपूर्ण राजनीतिक पार्टी के पदाधिकारी और उपर्युक्त व्यक्तियों के प्रत्यक्ष परिजन (पत्नी या पति, बच्चे, माता पिता और भाई या बहन, दामाद या बहू)		<div><div>YES</div><div>NO</div><div>हाँ</div><div>नहीं</div></div>	
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) यदि आपके पास कोई सरकारी पत्र / पहचान पत्र है जिसे समाज के आर्थिक तथा वित्तीय रूप से पिछड़े प्राधिकारी द्वारा जारी किया गया जैसे बीपीएल /एपीएल कार्ड, मनरेगा पत्र आदि, कृपया विवरण दें (यदि यह आपके लिए लागू नहीं होता है तो ला.न. या लागू नहीं लिखें)			
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		
पहला व्यक्ति			
प्रश्न सं.	उपर्युक्त प्रश्नों के उत्तर हाँ होने पर संपूर्ण विवरण दें, जिसमें चिकित्सकीय परिस्थिति / बीमारी / चोट की प्रकृति, तारीख, कारण, वजह, लक्षण, इलाज, परिणाम, इलाज कर रहे डॉक्टर का नाम और पता सहित पूरे ब्यौरे हों		
दूसरा व्यक्ति			
प्रश्न सं.	उपर्युक्त प्रश्नों के उत्तर हाँ होने पर संपूर्ण विवरण दें, जिसमें चिकित्सकीय परिस्थिति / बीमारी / चोट की प्रकृति, तारीख, कारण, वजह, लक्षण, इलाज, परिणाम, इलाज कर रहे डॉक्टर का नाम और पता सहित पूरे ब्यौरे हों		
Family history of the life to be insured बीमा रक्षा किए जाने वाले व्यक्ति के परिवार के ब्यौरे			
L. 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.			
कृपया बीमा रक्षा किए जाने वाले व्यक्ति के परिजनों के विवरण दें । इसके अलावा, यदि परिजन दिल की बीमारी, हृदयाघात, उच्च रक्त चाप, मधुमेह, किसी प्रकार की आँख की बीमारी, पक्षाघात या किसी आनुवांशिक / पारिवारिक बीमारियों, किसी संक्रामक रोग जैसे टीबी आदि या किसी ऐसी बीमारी से पीड़ित हैं या रहे हैं या इसके कारण मृत्यु हुई है जो यहाँ उल्लिखित नहीं है, तो इस बारे में नीचे दिए गए टेबल में बताएँ			
पहला व्यक्ति (KINDLY REFER TO THE ABOVE PARAGRAPH FOR FILLING THE TABLE) (टेबल को भरने के लिए उपर्युक्त अनुच्छेद देखें)			
First life	If Alive यदि जीवित हैं		If Deceased यदि मृत्यु हो गई है
Family member परिजन	Health Status स्वास्थ्य की हालत	Current Age वर्तमान आयु	Cause of Death मृत्यु का कारण
Father पिता			
Mother माता			
Brother(s)* भाई			
Sister(s)* बहन (बहनें)			

पहला व्यक्ति (KINDLY REFER TO THE ABOVE PARAGRAPH FOR FILLING THE TABLE) (टेबल को भरने के लिए उपर्युक्त अनुच्छेद देखें)

First life		If Alive यदि जीवित हैं		If Deceased यदि मृत्यु हो गई है	
Family member	परिजन	Health Status स्वास्थ्य की हालत	Current Age वर्तमान आयु	Cause of Death मृत्यु का कारण	Age at Death मृत्यु के समय आयु
Father	पिता				
Mother	माता				
Brother(s)*	भाई*				
Sister(s)*	बहन (बहने)*				

		First Life	Second Life
6.3 Do you have a family doctor (A family doctor is a doctor that you consult or have consulted regularly for medical ailments.) क्या आपका फैमिली डॉक्टर है (फैमिली डॉक्टर वह होते हैं जो चिकित्सकीय बीमारियों के लिए नियमित रूप से सलाह देते हैं या जिनसे सलाह लिया जाता है)		<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO हाँ नहीं	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO हाँ नहीं
If yes, please give family doctor's details यदि हाँ, तो फैमिली डॉक्टर के विवरण दें			
6.4 Family Doctor's Details यदि हाँ, तो फैमिली डॉक्टर के विवरण दें			
Address (Please include c/o,s/o,w/o,d/o, h/o,f/o wherever necessary)			
पता (जहाँ जरूरी हो, वहाँ मार्फत, सुपुत्र/सुपुत्री/पत्नी/पति/पिता दर्शाएं)			
Landmark लैंडमार्क		Pin Code पिन कोड	
City/Village शहर / गांव	District जिला	State राज्य	
Phone फोन	Mobile मोबाइल		
STD Code एसटीडी कोड		Phone No. फोन नंबर	

7. Hobbies/Travel Details शौक/यात्रा के विवरण

7.1 Do you take part in any form of motor sport, climbing, diving, caving, flying private aircraft, sky diving, hang gliding etc.? क्या आप किसी मोटर स्पोर्ट, चढ़ना, कूदना, केविंग, फ्लाईंग, निजी विमान, स्काई डाइविंग, हैंग क्लाइडिंग आदि में भाग लेते हैं	First Life पहला व्यक्ति YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> हाँ नहीं	Second Life दूसरा व्यक्ति YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> हाँ नहीं
(If yes, please give details) यदि हाँ, तो उसके विवरण दें		
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 & Residency Questionnaire) क्या आपने अपनी वर्तमान नौकरी के सिलसिले में पिछले पाँच वर्षों में विदेश यात्रा (कनाडा, ऑस्ट्रेलिया, न्यूजीलैंड, यूएसए, ईयू और जीसीसी के अलावा) की है या करने की संभावना है? यदि हाँ, तो यात्रा और निवास प्रश्नावली भरें ।	YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> हाँ नहीं	YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> हाँ नहीं

8. Insurance Details बीमा के ब्यौरे

		First Life पहला व्यक्ति	Second Life दूसरा व्यक्ति				
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? क्या आपके नाम पर कोई जीवन, स्वास्थ्य या जटिल बीमारी की बीमा पालिसी (चालू/चुकता) है या इसके साथ-साथ हमें अथवा किसी अन्य जीवन बीमा कंपनी को कोई प्रस्ताव पेश किया है जिस पर विचार किया जाना है		YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> हाँ नहीं	YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> हाँ नहीं				
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). यदि हाँ, तो बीमारक्षा किए जाने वाले व्यक्ति के नाम पर विद्यमान बीमा रक्षा (चालू/चुकता) के विवरण दें । इसमें कृपया अवीवा लाइफ इंश्योरेंस पालिसियों को भी शामिल करें (यदि दो से अधिक पालिसियाँ हैं तो एक परिशिष्ट संलग्न करते हुए सभी पालिसियों के विवरण दें)							
First Life							
a.	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
Second Life							
a.	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
पहला व्यक्ति							
a.	बीमाकर्ता का नाम	पालिसी का प्रकार	पालिसी की अवधि	बीमा रक्षित राशि/चुकता राशि	बीमा का वर्ष	बताएँ कि क्या साधारण दरों पर स्वीकार किया गया, यदि नहीं तो प्रभारित अतिरिक्त दर बताएँ	शामिल राइडर
दूसरा व्यक्ति							
a.	बीमाकर्ता का नाम	पालिसी का प्रकार	पालिसी की अवधि	बीमा रक्षित राशि/चुकता राशि	बीमा का वर्ष	बताएँ कि क्या साधारण दरों पर स्वीकार किया गया, यदि नहीं तो प्रभारित अतिरिक्त दर बताएँ	शामिल राइडर
b. Total annual premium of Life Insurance Policies in your own name (Rs. Figures) आपके नाम पर जीवन बीमा पालिसियों का कुल प्रीमियम (रु. अंकों में)						L L L L L L L L L L	

- 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 ☐
हाँ नहीं हाँ नहीं

छोटी बीमारियों के अलावा, क्या आपने अपनी जटिल बीमारी या स्वास्थ्य पालिसी पर कोई दावा किया है जिसके लिए आपको पूरी राशि मिली (If yes, please give details)
यदि हाँ, तो कृपया ब्यौरा बताएँ

- 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?
क्या जीवन, स्वास्थ्य या जटिल बीमारी के लिए आपके द्वारा बहाली के लिए किए गए प्रस्ताव या आवेदन को विशेष शर्तों पर अस्वीकार किया गया, स्थगित किया गया या स्वीकार किया गया अथवा क्या कभी आपने आवेदन को वापस लिया

YES ☐ NO ☐ YES ☐ NO ☐
हाँ नहीं हाँ नहीं

(If yes, please give details)
यदि हाँ, तो कृपया ब्यौरा बताएँ

- e.

If yes, Total annual premium (Rs. in figures)
यदि हाँ, तो कृपया ब्यौरा बताएँ

YES ☐ NO ☐ YES ☐ NO ☐
हाँ नहीं हाँ नहीं

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.

परिवार के बीमा के विवरण (यदि बीमारक्षित व्यक्ति विद्यार्थी है या धनार्जन नहीं करता है, तो इसे भरा जाना है) निम्नलिखित जानकारी केवल बीमा रक्षा किए जाने वाले व्यक्ति के संबंध में आवश्यक है, प्रस्तावकर्ता के संबंध में नहीं।

	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										

	पहला व्यक्ति					दूसरा व्यक्ति				
	कंपनी का नाम	पालिसी संख्या	आश्वस्त धनराशि	स्थिति	जारी करने का वर्ष	कंपनी का नाम	पालिसी संख्या	आश्वस्त धनराशि	स्थिति	जारी करने का वर्ष
पिता										
माता										
पति/पत्नी										
भाई/बहन										
भाई/बहन										
भाई/बहन										

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 चंतज of the life insurance policy बवदजतंबजएin case of its acceptance by the Company.

घोषणा एवं प्राधिकरण

मैं / हम यह घोषणा करता / करती हूँ / करते हैं और यह संपुष्ट करता / करती हूँ / करते हैं कि प्रस्ताव में पूछे गए प्रश्नों के सभी उत्तर, संलग्न प्रश्नावली में दिए गए विवरण और चिकित्सा जाँच के रिपोर्ट, जहाँ तक मेरी / हमारी जानकारी है, प्रदान किए गए हैं और मैंने / हमने प्रश्नों की प्रकृति को और उक्त प्रश्नों का उत्तर देते समय सभी महत्वपूर्ण जानकारी को प्रकट करने की महत्ता को समझ लिया है। मैं / हम इस बात को जानता / जानती हूँ / जानते हैं कि इस पालिसी को सीमित स्वास्थ्य प्रश्नों के आधार पर लिया जा रहा है और मैं / हम यह घोषणा करता / करती हूँ / करते हैं कि मेरे / हमारे जीवन का मूल्यांकन करने के लिए अवीवा लाइफ इश्योरेंस कंपनी इंडिया लिमिटेड (जिसे यहाँ इसके बाद फ़कपनी कहा गया है) द्वारा ऐसी किसी महत्वपूर्ण जानकारी को नहीं छिपाया है।

मैं / हम इस प्रस्ताव पर हस्ताक्षर करने के फलस्वरूप तथा कंपनी द्वारा जोखिम को स्वीकार करने पर, बीमा रक्षा किए जाने वाले व्यक्ति के स्वास्थ्य में या अपने / उसके पेशे में कोई परिवर्तन होने पर कंपनी को सूचित करने का वचन देता / देती हूँ / देते हैं।

मैं / हम यह भी प्रमाणित करता / करती हूँ / करते हैं कि मैंने / हमने इस प्रस्ताव फार्म के साथ मुझे / हमें दिए गए हितलाभ के उदाहरणों तथा कंपनी द्वारा प्रकाशित विक्रय साहित्य को पढ़ और समझ लिया है।

मैं / हम एतद्वारा कंपनी को चिकित्सा जाँच जिसमें लैब जाँच, कार्डिएक, रेडियोलॉजी परीक्षण तथा अन्य चिकित्सा जाँच जिसमें बैकटीरिया / वायरल / फंगल संक्रमण का पता लगाने के लिए खून की जाँच भी शामिल है, के माध्यम से अपनी स्वास्थ्य की स्थिति की जाँच पड़ताल / पुष्टिकरण / दोबारा पुष्टिकरण करने के लिए प्राधिकृत करता / करती हूँ / करते हैं। मैं / हम एतद्वारा एलिसा विधि से एचआईवी वी की जाँच कराने के लिए अपनी सहमति देता / देती हूँ / देते हैं। इन परीक्षणों के आधार पर, कंपनी जीवन बीमा के मेरे / हमारे प्रस्ताव को स्वीकार करने, अस्वीकार करने या वैकल्पिक शर्तें पेश करने का अधिकार सुरक्षित रखती है। मैं / हम यह समझता / समझती हूँ / समझते हैं कि ये परीक्षण मेरी / हमारी जोखिम प्रोफाइल का आंकलन करने के लिए कंपनी की हामीदारी नीति के अनुसार किए जा रहे हैं और मैं / हम एतद्वारा उसकी सहमति देता / देती हूँ / देते हैं।

इस प्रस्ताव के तहत या उसके बाद किसी भी समय कंपनी द्वारा जोखिम का आंकलन करने के लिए, मैं / हम एतद्वारा अपने पूर्व तथा वर्तमान के नियोक्ता (नियोक्ताओं) / अपने कारोबारी सहयोगियों, अपने चिकित्सक / अस्पताल / चिकित्सा स्रोत / किसी जीवन तथा जीवन इतर बीमा कंपनी / संगठन या जीवन बीमा एसोसिएशन को अपने नियोजन / कारोबार या अन्य विवरण जो इस प्रस्ताव को स्वीकार करने या अन्यथा उचित समझे जाएँ, कंपनी को प्रदान करने के लिए प्राधिकृत करता / करती हूँ / करते हैं।

अपने इस प्रस्ताव के तहत या उसके बाद किसी भी समय कंपनी द्वारा जोखिम का आंकलन करने के लिए, इस प्रस्ताव को जारी करने तथा इसके परिणामस्वरूप पालिसी को संचालित करने के एकमात्र उद्देश्य से, मैं / हम इसके लिए सहमत हूँ / हूँ और यह घोषणा करता / करती हूँ / करते हैं कि कंपनी इस प्रस्ताव, उसके संलग्नकों, किसी चिकित्सा जाँच / लैब परीक्षण की रिपोर्टों में या मेरे द्वारा / या कंपनी द्वारा प्रस्तुत दस्तावेजों में शामिल किसी जानकारी को किसी अन्य बीमाकर्ता या किसी पुनर्बीमाकर्ता को या किसी दावा जाँचकर्ता या कंपनी द्वारा नियोजित किसी सेवा प्रदाता को प्रकट करने के लिए मुझे / हमें (या मेरे / हमारे हिताधिकारी को, जैसा मामला हो) बताए बिना जारी कर सकती है। इसी तरह, कंपनी पालिसी की सेवा प्रदान करने के लिए प्रस्ताव फार्म, उसके संलग्नकों, किसी चिकित्सा जाँच / लैब परीक्षण की रिपोर्टों या मेरे / हमारे द्वारा (या मेरे / हमारे हिताधिकारी को, जैसा मामला हो) / या कंपनी द्वारा प्रस्तुत दस्तावेजों में शामिल किसी जानकारी को किसी अन्य बीमाकर्ता या किसी पुनर्बीमाकर्ता को या किसी दावा जाँचकर्ता या कंपनी द्वारा नियोजित किसी सेवा प्रदाता को इनकी प्रतियों उपलब्ध करा सकती है। कंपनी मुझे / हमें (या मेरे / हमारे हिताधिकारी को, जैसा मामला हो) बताए बिना किसी न्यायालय / ट्रिब्यूनल या किसी प्राधिकारी को उक्त जानकारी या प्रस्ताव, संलग्नक, रिपोर्ट या दस्तावेज, जो कंपनी द्वारा आवश्यक हो या आवश्यक समझे जाएँ, को भी प्रदान कर सकती है।

मैं / हम यह घोषणा करता / करती हूँ / करते हैं कि इस पालिसी के पहले प्रीमियम तथा अदा किए जाने वाले नवीकरण प्रीमियम जमा की जाने वाली राशि आय का कानूनन आंकलित स्रोत है। यदि प्रीमियम का भुगतान मेरे / हमारे अपने स्रोत के अलावा किसी अन्य स्रोत से किया जाता है तो मैं / हम यह सुनिश्चित करूँगा / करूँगी / करेंगे कि ऐसा भुगतान आयकर अधिनियम, 1961 की धारा 80सी / 80सीसी के तहत स्वीकार्य है। मैं / हम यह घोषणा करता / करती हूँ / करते हैं कि कालेधन से संबंधित किसी अपराध के सिद्ध होने पर, कंपनी को इस प्रस्ताव के तारतम्य में जारी पालिसी को रद्द करने और सभी प्रीमियम को जप्त करने का अधिकार होगा।

मैं / हम एतद्वारा यह समझता / समझती हूँ / समझते हैं और सहमत हूँ / हूँ कि धोखाधड़ी या गलत तथ्य पेश करने पर बीमा अधिनियम, 1938, समय समय पर यथा संशोधित, की धारा 45 के प्रावधानों के अनुसार आवश्यक कार्रवाई की जाएगी।

मैं / हम कंपनी से और कंपनी को संप्रेषण करने के माध्यम के रूप में ईमेल सहित, सभी इलेक्ट्रॉनिक माध्यमों का इस्तेमाल करने पर अपनी सहमति देता / देती हूँ / देते हैं और इसकी पुष्टि करता / करती हूँ / करते हैं।

यदि किसी कारणवश यह प्रस्ताव मेरे / हमारे द्वारा नहीं भरा जाता है, तो मैं / हम एतद्वारा यह घोषणा करता / करती हूँ / करते हैं कि बीमा के इस आवेदन की बातों को मेरे / हमारे द्वारा पूरी तरह समझ लिया गया है और मैंने / हमने प्रस्ताव संविदा के महत्व को पूरी तरह समझ लिया है। यह प्रस्ताव फार्म, कंपनी द्वारा इसे स्वीकार करने पर, जीवन बीमा पालिसी संविदा का भाग बनेगा।

आपसे संपर्क करने के उपयुक्त समय पर सही चिह्न लगाएँ

Please tick the suitable timings to contact you:

☐ 9 AM - 12 PM

☐ 12 PM - 4 PM

☐ 4 PM - 7 PM

First Life पहला व्यक्ति

Second Life दूसरा व्यक्ति

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

बीमा रक्षा किए जाने वाले व्यक्ति के हस्ताक्षर / अंगूठे की छाप

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

बीमा रक्षा किए जाने वाले व्यक्ति के हस्ताक्षर / अंगूठे की छाप

Signature* / thumb impression* of the proposer

(if different from the life to be insured)

प्रस्तावक के हस्ताक्षर / अंगूठे की छाप

(यदि बीमा रक्षा किए जाने वाले व्यक्ति से अलग व्यक्ति हो)

Date: _____ Place: _____
दिनांक DD MM YYYY स्थान

Date: _____ Place: _____
दिनांक DD MM YYYY स्थान

Date: _____ Place: _____
दिनांक DD MM YYYY स्थान

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).

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

I hereby declare that I have fully explained the contents of the proposal form to the life to be insured/proposer and that he/she has fully understood the same and I have truthfully recorded the answers given by the life to be insured/proposer.

मैं एतद्वारा घोषणा करता / करती हूँ कि मैंने बीमा रक्षा किए जाने वाले व्यक्ति / प्रस्तावक को नए प्लान के बारे में पूरी तरह समझा दिया है और यह कि उसने इसे अच्छी तरह समझ लिया है और मैंने बीमा रक्षा किए जाने वाले व्यक्ति / प्रस्तावक द्वारा दिए गए उत्तरों को सत्यनिष्ठा से दर्ज किया है।

Declarant's Name and Address

घोषणा करने वाले का नाम और पता

Signature of declarant

घोषणा करने वाले के हस्ताक्षर

Signature of Advisor

सलाहकार / एसपी के हस्ताक्षर

Signature of life to be insured/proposer

बीमा रक्षा किए जाने वाले व्यक्ति / प्रस्तावक के हस्ताक्षर

Handwritten Vernacular Declaration

हस्तालिखित देशी भाषा में घोषणा

बीमा अधिनियम 1938 के तहत धारा 41 और 45

Section 41 & 45 of Insurance Act 1938

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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