

ਇਕਾਈ ਲਿੰਕ ਕੀਤੀਆਂ ਯੋਜਨਾਵਾਂ ਵਿੱਚ, ਨਿਵੇਸ਼ ਪੋਰਟਫੋਲੀਓ ਵਿੱਚ ਨਿਵੇਸ਼ ਜ਼ੋਖਮ ਪਾਲਿਸੀ-ਧਾਰਕ (ਪਾਲਿਸੀ ਲਈ ਲਾਗੂ) ਦੁਆਰਾ ਲਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ

FOR OFFICE USE ONLY -ਕੇਬਲ ਦਫਤਰੀ ਵਰਤੋਂ ਲਈ

Ver 3.8

Customer I.D ਗਾਹਕ ਆਈ.ਡੀ. Policy no. ਪਾਲਿਸੀ ਨੰਬਰ

Proposal Number ਪ੍ਰਸਤਾਵ ਨੰ.	NUP
--------------------------------	-----

For Existing Customer  
ਮੌਜੂਦਾ ਗਾਹਕ ਲਈ


Advisor Name ਸਲਾਹਕਾਰ ਦਾ ਨਾਮ	
--------------------------------	--

Advisor Number ਸਲਾਹਕਾਰ ਦਾ ਨੰਬਰ	
-----------------------------------	--

For Bancassurance Channel Only

Bank Partner

ਗਾਹਕ ਭਾਗ

Customer Segment

ਕੇਵਲ ਬੈਂਕਏਸ਼ਰਿਸ ਚੈਨਲ ਲਈ

ਬੈਂਕ ਸ਼ਾਖਾ ਕੋਡ

Bank Branch Code

ਐਸ ਪੀ ( SP ) ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ ਨੰ

SP Certificate No



SECTOR ਸੈਕਟਰ	<input type="checkbox"/> Urban ਸ਼ਹਿਰੀ	<input type="checkbox"/> Rural ਪੇਂਡੂ	<input type="checkbox"/> Social ਸਮਾਜਿਕ	<input type="checkbox"/> NRI ਐਨ.ਆਰ.ਆਈ.
-----------------	--	---	---	---

Unique Village Code ਅਨੰਧਾ ਪਿੰਡ ਕੋਡ																			
---------------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Product Name ਉਤਪਾਦ ਦਾ ਨਾਮ	
------------------------------	--

PROPOSAL DEPOSIT DETAILS ਪੇਸ਼ਕਸ਼ ਜਮ੍ਹਾਂ ਵੇਰਵੇ

Cheque/DD No. ਚੈਕ / ਡੀ.ਡੀ. ਨੰ.	
--------------------------------	--

Amount ਰਕਮ	
---------------	--

Voucher Number ਵਾਊਚਰ ਸੰਖਿਆ	
-------------------------------	--

Date ਤਾਰੀਖ	
---------------	--

Drawn on ‘ਤੇ ਖਿਚਿਆ	
-----------------------	--

ਅਮਲਾ

STAFF ☐

ਐਚ ਐਨ ਆਈ.

HNI ☐

Proposal Form ਪ੍ਰਸਤਾਵ ਫਾਰਮ

## 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.

## ਨੋਟਸ:

ਪੇਸ਼ਕਰਤਾ ਉਤਪਾਦ(ਦਾ) ਦੇ ਵੇਰਵਿਆਂ ਨਾਲ ਸੰਤੁਸ਼ਟ ਹੋਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਉਤਪਾਦ(ਦਾ) ਦੇ ਮੁੱਖ ਵਿਸ਼ੇਸ਼ਤਾ ਬ੍ਰਾਉਚਰ ਲਈ ਵਿਸ਼ੇਸ਼ ਧਿਆਨ ਦੇਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ।  
ਮੁਕੰਮਲ ਪੇਸ਼ਕਸ਼ ਅਤੇ ਭਰੂਆਤੀ ਭੁਗਤਾਨ ਦੀ ਕੰਪਨੀ ਦੁਆਰਾ ਰਸੀਦ ਜ਼ੋਖਮ ਦੀ ਸ਼ਿਮੋਵਾਰੀ ਲੈਣ ਲਈ ਕੰਪਨੀ ਦੇ ਹਿੱਸੇ ‘ਤੇ ਕੋਈ ਵਾਅਦਾ ਨਹੀਂ ਕਰਦੀ, ਅਤੇ ਕੰਪਨੀ ਜਵਾਬਦੇਹ ਨਹੀਂ ਹੋਵੇਗੀ ਜਦ ਤੱਕ ਇਹ ਜ਼ੋਖਮ ਦੇ ਦਸਤਖਤ ਨਹੀਂ ਕਰਦੀ ਅਤੇ ਪਾਲਿਸੀ ਨੂੰ ਜਾਰੀ ਨਹੀਂ ਕਰਦੀ।  
ਇਕਾਈਆਂ ਪੇਸ਼ਕਸ਼ ਦੇ ਮੁਕੰਮਲ ਹੋਣ ਦੇ ਦਿਨ ਅਤੇ ਕਿਸਤ ਪ੍ਰਤੀ ਲਾਗੂ ਧਨ ਦੀ ਅਨੁਕੂਲਤਾ ਦੁਆਰਾ ਪਾਲਿਸੀ ਵਿੱਚ ਨਤੀਜਿਆਂ ‘ਤੇ ਇੰਤੀਆਂ ਜਾਣਗੀਆਂ। ( ਪਾਲਿਸੀ ਲਈ ਲਾਗੂ)  
ਭਰੂਆਤੀ ਭੁਗਤਾਨ ਇਸ ਪੇਸ਼ਕਸ਼ ਦੇ ਹੱਕ ਵਿੱਚ ਕੀਤਾ ਜਾਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਨਕਦ, ਕ੍ਰਾਸ ਕੀਤੇ ਚੈਕ ਜਾਂ ਡਿਮਾਂਡ ਡਰਾਫਟ ਦੁਆਰਾ ਬਾਖ਼ਾ ਦਫਤਰ ਦੇ ਸਥਾਨ ਵਿਖੇ ਜਾਂ ਕੰਪਨੀ ਦੁਆਰਾ ਮਨਜ਼ੂਰ ਕੀਤੇ ਹੋਰ ਤਰੀਕੇ ਵਿੱਚ ਅਵੀਵਾ ਜੀਵਨ ਬੀਮਾ ਖਾਤਾ ਪੇਸ਼ਕਸ਼ ਨੰਬਰ \_\_\_\_\_ ਲਈ ਭੁਗਤਾਨ ਕੀਤਾ ਜਾ ਸਕੇਗਾ।  
ਨਕਦ ਜਮ੍ਹਾਂ ਦੇ ਮਾਮਲੇ ਵਿੱਚ, ਤਾਂ ਗੈਰੀਡ (ਜੇਕਰ ਕੋਈ ਹੈ) ਚੈਕ ਦੁਆਰਾ ਕੀਤੇ ਜਾਣਗੇ।  
ਬੀਮਾ ਐਕਟ 1938 ਦੇ ਖੰਡ 45 ਅਨੁਸਾਰ, ਸਮੇਂ-ਸਮੇਂ ‘ਤੇ ਸੋਧ ਕੀਤੇ ਅਨੁਸਾਰ, ਪੇਸ਼ਕਰਤਾ ਨੂੰ ਕੰਪਨੀ ਨੂੰ ਇਸ ਪੇਸ਼ਕਸ਼ ‘ਤੇ ਦਸਤਖਤ ਕਰਨ ਲਈ ਸਮਰਥਨ ਕਰਨ ਲਈ ਪੂਰਨ ਅਤੇ ਸਹੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੇਣ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ।  
ਉਮਰ ਦਾ ਸਬੂਤ ਦੇਣਾ ਲਾਜ਼ਮੀ ਹੈ।  
ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਸੋਧ/ਉੱਪਰੀ ਲੇਖ/ਇਕ ਬਦਲਾਓ ‘ਤੇ ਪ੍ਰਤੀਦਸਤਖਤ, ਜੇਕਰ ਕੋਈ ਹੈ, ਪੇਸ਼ਕਸ਼ ਫਾਰਮ ਵਿੱਚ ਕਰੋ।  
ਸਲਾਹਕਾਰ ਨਕਦ/ਧਾਰਕ ਚੈਕ ਜੋ ਕੰਪਨੀ ਲਈ ਹੈ ਨੂੰ ਇਕੱਤਰ ਕਰਨ ਦਾ ਇਖਤਿਆਰ ਨਹੀਂ ਹੈ  
ਮੇਕੇ ਵਿੱਚ ਪੇਸ਼ਕਸ਼ ਨੂੰ ਪਾਲਿਸੀ ਦੇ ਜਾਰੀ ਹੋਣ ‘ਤੇ ਪਹਿਲਾਂ ਪੇਸ਼ਕਰਤਾ ਦੁਆਰਾ ਕਢਵਾ ਲਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਕੰਪਨੀ ਪੇਸ਼ਕਰਤਾ ਦੇ ਡਾਕਟਰੀ ਮੁਆਇਨੇ, ਜੇਕਰ ਲਾਗੂ ਹੋਵੇ, ‘ਤੇ ਖਰਚੇ ਬੀਮਾਕ੍ਰਿਤ ਦੀ ਕਟੌਤੀ ਦੇ ਬਾਅਦ ਦਰਖਾਸਤ ਧਨ ਨੂੰ ਵਾਪਸ ਕਰੇਗੀ।  
ਜੇਕਰ ਕੋਈ ਖਾਸ ਭਾਗ ਭੁਗਤਾ ਲਈ ਏਕ੍ਰਿਤ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦਾ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਲਿਖੋ “e1” ਜਾਂ “-” ਅਤੇ ਪੇਸ਼ਕਸ਼ ਫਾਰਮ ਨੂੰ ਮੁਕੰਮਲ ਭਰਿਆ ਜਾਵੇ।  
ਅਵੀਵਾ ਪੁਸ਼ਟੀ ਉਦੇਸ਼ ਲਈ ਭੁਗਤਾ ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਕਰੇਗਾ, ਜੀ ਭੁਗਤਾ ਸੰਪਰਕਤਾ ‘ਤੇ ਅਧਾਰਿਤ ਹੁੰਦਾ ਹੈ।  
ਕ੍ਰੈਡਿਟ ਦੀ ਮਿਤੀ / ਦਸਤਖਤ ਕਰਨ ਦੀ ਮਿਤੀ / ਪੁਸ਼ਟੀ ਦੀ ਮਿਤੀ, ਜੋ ਵੀ ਬਾਅਦ ਵਿੱਚ ਆਵੇ, ਦੇ ਬਾਅਦ ਹੋਵੇਗਾ।  
ਲਾਭ ਦਿਖਾਟਾ ਇਸ ਦਰਖਾਸਤ ਦਾ ਇੱਕ ਏਕ੍ਰਿਤ ਭਾਗ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਇਸ ਨੂੰ ਪਾਲਿਸੀ-ਧਾਰਕ ਦੁਆਰਾ ਦਸਤਖਤ ਕੀਤੇ ਜਾਣ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ।  
ਰਾਈਡਰ ਲਾਜ਼ਮੀ ਨਹੀਂ ਹਨ ਅਤੇ ਵਾਧੂ ਖਰਚੇ ‘ਤੇ ਉਪਲਬਧ ਹੁੰਦੇ ਹਨ।

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

ਪਹਿਲੇ ਜੀਵਨ ਬੀਮਾ ਕੀਤੇ ਜਾਣ ਦੇ ਵੇਰਵੇ (ਕੇਵਲ ਵੱਡੇ ਅੱਖਰਾਂ ਵਿੱਚ ਭਰਿਆ ਜਾਵੇ)।

## 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.

ਪੂਰਾ ਨਾਮ ਇਹ ਹੈ ਕਿ ਪਾਲਿਸੀ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ ‘ਤੇ ਭੁਗਤਾਨ ਨਾਮ ਕਿਵੇਂ ਦਿਖਾਈ ਦੇਵੇਗਾ। ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਨਾਮ ਦੇ ਹਰ ਭਾਗ ਦਰਮਿਆਨ ਇੱਕ ਖਾਲੀ ਜਗ੍ਹਾ ਛੱਡੋ।

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

First Name ਪਹਿਲਾ ਨਾਮ

ਸਿਰਲੇਖ ਸ਼੍ਰੀਮਾਨ / ਸ਼੍ਰੀਮਤੀ / ਕੁਆਰੀ / ਡਾ.





















Middle Name ਮੱਧ ਨਾਮ





















Surname ਗੋਤ





















Affix Photo

ਫੋਟੋ ਚਿਪਕਾਓ

## 1.2 Maiden Name (in case of married female life to be insured) ਵਿਆਹ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਦਾ ਨਾਮ (ਵਿਆਹਤਾ ਮਹਿਲਾ ਦਾ ਬੀਮਾ ਕੀਤੇ ਜਾਣ ਦੇ ਮਾਮਲੇ ਵਿੱਚ)

Title : Ms. / Dr.

ਸਿਰਲੇਖ ਸ਼੍ਰੀਮਤੀ /

ਕੁਆਰੀ / ਡਾ.

First Name ਪਹਿਲਾ ਨਾਮ





















Middle Name ਮੱਧ ਨਾਮ





















Surname ਗੋਤ





















## 1.3 Father's Name ਪਿਤਾ ਦਾ ਨਾਮ

Title : Mr. / Dr.

ਸਿਰਲੇਖ ਸ਼੍ਰੀਮਤੀ /

ਕੁਆਰੀ / ਡਾ.

First Name ਪਹਿਲਾ ਨਾਮ





















Middle Name ਮੱਧ ਨਾਮ





















Surname ਗੋਤ





















## 1.4 Date of Birth ਜਨਮ ਤਾਰੀਖ





















Date

Month ਮਹੀਨਾ

Year ਸਾਲ

## 1.5 Gender ਲਿੰਗ

☐ Male

ਪੁਰਸ਼

☐ Female

ਮਹਿਲਾ

## 1.6 Marital Status ਵਿਆਹੁਤਾ ਸਥਿਤੀ:

☐ Unmarried

ਇਕੱਲੀ

☐ Married

ਵਿਆਹਤਾ

☐ Wid(er)

ਵਿਧਵਾ / ਵਿਧੂਰ

☐ Divorced

ਤਲਾਕਸ਼ੁਦਾ

## 1.7 No. of Children ਬੱਚਿਆਂ ਦੀ ਸੰਖਿਆ

 1 2 3

Greater than 3

NA

3 ਤੋਂ ਜ਼ਿਆਦਾ

## 1.8 Nationality

☐ Indian

ਭਾਰਤੀ

☐ Foreign National<sup>1</sup>

ਵਿਦੇਸ਼ੀ ਰਾਸ਼ਟਰੀ

☐ Person of Indian Origin<sup>1</sup>

ਭਾਰਤੀ ਮੂਲ ਦੇ ਵਿਅਕਤੀ

<sup>1</sup>Specify Nationality

ਕੋਮੀਅਤਾ ਦੱਸੋ

ਕੋਮੀਅਤਾ

ਭਾਰਤੀ

ਵਿਦੇਸ਼ੀ ਰਾਸ਼ਟਰੀ

ਭਾਰਤੀ ਮੂਲ ਦੇ ਵਿਅਕਤੀ

ਕੋਮੀਅਤਾ ਦੱਸੋ

1.9 Residential Status

ਰਿਹਾਇਸ਼ੀ ਸਥਿਤੀ

☐

Residing in India

ਭਾਰਤ ਵਿੱਚ ਰਹਿਣ ਵਾਲੇ

☐

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

ਭਾਰਤ ਤੋਂ ਬਾਹਰ ਰਹਿਣ ਵਾਲੇ

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

ਰਿਹਾਇਸ਼ੀ ਦੇਸ਼ ਦੱਸੋ

1.10 Communication Address

ਸੰਚਾਰ ਪਤਾ

☐

Residence

ਨਿਵਾਸ

☐

Permanent

ਪੱਕਾ

☐

Office

ਦਫਤਰ

1.11 Current Residential Address

ਮੌਜੂਦਾ ਨਿਵਾਸ ਦਾ ਪਤਾ

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

ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਪਤੇ ਦੇ ਹਰ ਭਾਗ ਦਰਮਿਆਨ ਖਾਲੀ ਜਗ੍ਹਾ ਛੱਡੋ

Address

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

ਪਤਾ

(ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਮਾਰਵਤ, ਸਪੁੱਤਰ, ਪਤਨੀ, ਸਪੁੱਤਰੀ, ਪ੍ਰਧਾਨ, ਆਦਿ/ਓ ਜਿੱਥੇ ਲੋੜੀਂਦਾ ਹੋਵੇ)

Landmark

ਭੂਮੀ-ਚਿੰਨ੍ਹ

Pin Code

ਪਿੰਨ ਕੋਡ

City/Village ਸ਼ਹਿਰ/ਪਿੰਡ

District ਜਿਲ੍ਹਾ

State ਪ੍ਰਾਂਤ

Phone ਫੋਨ

STD Code ਐੱਸ.ਟੀ.ਡੀ. ਕੋਡ

Phone No. ਫੋਨ ਨੰ.

Mobile

ਮੋਬਾਇਲ

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

ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਭਾਰਤੀ ਹੋ ਜਾਂ ਭਾਰਤੀ ਮੂਲ ਦੇ ਵਿਅਕਤੀ ਹੋ, ਭਾਰਤ ਵਿੱਚ ਨਹੀਂ ਰਹਿੰਦੇ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਪ੍ਰਬੰਧਨਾਵਲੀ ਭਰੋ।

1.12 Permanent Address

(IF DIFFERENT FROM CURRENT RESIDENTIAL ADDRESS)

ਜੇਕਰ ਮੌਜੂਦਾ ਰਿਹਾਇਸ਼ੀ ਪਤੇ ਤੋਂ ਵੱਖਰਾ ਹੈ

Address

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

ਪਤਾ

(ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਮਾਰਵਤ, ਸਪੁੱਤਰ, ਪਤਨੀ, ਸਪੁੱਤਰੀ, ਪ੍ਰਧਾਨ, ਆਦਿ/ਓ ਜਿੱਥੇ ਲੋੜੀਂਦਾ ਹੋਵੇ)

Landmark

ਭੂਮੀ-ਚਿੰਨ੍ਹ

Pin Code

ਪਿੰਨ ਕੋਡ

City/Village ਸ਼ਹਿਰ/ਪਿੰਡ

District ਜਿਲ੍ਹਾ

State ਪ੍ਰਾਂਤ

Phone ਫੋਨ

STD Code ਐੱਸ.ਟੀ.ਡੀ. ਕੋਡ

Phone No. ਫੋਨ ਨੰ.

Mobile

ਮੋਬਾਇਲ

1.13 Educational Qualification

ਵਿਧਿਅਕ ਯੋਗਤਾ

☐

Post Graduate

☐

Graduate

☐

Diploma

ਡਿਪਲੋਮਾ

☐

12th Pass

12ਵੀਂ ਪਾਸ

☐

Below 12th

12 ਵੀਂ ਤੋਂ ਘੱਟ

☐

Others (Specify)

ਕੋਈ ਹੋਰ(ਸਪਸ਼ਟ ਕਰੋ)

1.14 Occupation

ਕਿੱਤਾ

☐

Salaried

☐

Business Owner

☐

Self-employed

ਸਵੈ-ਰੋਜ਼ਗਾਰ

☐

Student

ਵਿਦਿਆਰਥੀ

☐

Housewife

☐

Retired/Pensioner

ਸੇਵਾ-ਮੁਕਤ/ਬੱਧੀ ਪੈਨਸ਼ਨ

☐

Agriculturist

ਕਿਸਾਨ

☐

Others (Specify)

ਕੋਈ ਹੋਰ(ਸਪਸ਼ਟ ਕਰੋ)

If student (a) Course presently pursuing

ਜੇਕਰ ਵਿਦਿਆਰਥੀ ਹੋ ਮੌਜੂਦਾ ਕਰ ਰਹੇ ਕੋਰਸ..... ਸੋਸਥਾ ਦਾ ਨਾਮ-----ਕੋਰਸ ਦੀ ਮਿਆਦ

(b) Name of Institution

(c) Duration of Course

Work details of life to be insured

ਜੀਵਨ ਬੀਮਾ ਕੀਤੇ ਜਾਣ ਦੇ ਵੇਰਵੇ

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

ਭਿਉਟੀਆਂ ਦੀ ਅਸਲ ਕਿਸਮ ਵਰਣਨ ਕਰੋ ਉਦਾਹਰਣ ਦੇ ਲਈ ਭੋਜਨ ਅਨਾਜ / ਕੱਪੜਾ ਵਿੱਚ ਵਪਾਰ, ਟੈਕਸਟਾਈਲ ਚਲਾਉਣਾ / ਹੀਰਾ ਨਿਰਯਾਤ ਦਾ ਕਾਰੋਬਾਰ ਆਦਿ।

1.16 Your Designation

ਤੁਹਾਡਾ ਅਹੁਦਾ/ਪਦ

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

If yes, please give details.

ਕੀ ਤੁਹਾਡਾ ਕਿੱਤਾ ਕਿਸੇ ਖਾਸ ਜ਼ੋਖਮ ਨਾਲ ਸੰਬੰਧਿਤ ਹੈ (ਉਦਾਹਰਣ ਰਸਾਇਣਕ ਫੈਕਟਰੀ, ਮੁਰੰਗੇ, ਵਿਸਫੋਟਕ, ਖੋਰ ਰਸਾਇਣਕ ਆਦਿ)

YES  
ਹਾਂ

NO  
ਨਹੀਂ

1.18 Name of Organisation/Business

ਸੰਸਥਾ/ਕਾਰੋਬਾਰ ਦਾ ਨਾਮ

Address

ਪਤਾ

Landmark

ਭੂਮੀ-ਚਿੰਨ੍ਹ

Pin Code

ਪਿੰਨ ਕੋਡ

City/Village ਸ਼ਹਿਰ/ਪਿੰਡ

District ਜਿਲ੍ਹਾ

State ਪ੍ਰਾਂਤ

Phone ਫੋਨ

STD Code ਐੱਸ.ਟੀ.ਡੀ. ਕੋਡ

Phone No. ਫੋਨ ਨੰ.

Mobile

ਮੋਬਾਇਲ

1.19 Life Assured's Annual Income Rs. :

ਜੀਵਨ ਬੀਮਾਕ੍ਰਿਤ ਦੀ ਸਾਲਾਨਾ ਆਮਦਨ ਰੁ.:

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

ਜੇਕਰ ਕਮਾਈ ਨਹੀਂ ਕਰਦੇ, ਮਰੀਜ਼ ਦੇ /ਜੀਵਨ ਸਾਥੀ ਦੀ ਸਾਲਾਨਾ ਆਮਦਨ ਰੁ.:

1.20 E-mail ID

ਈ-ਮੇਲ ਆਈ.ਡੀ.

1.21 Age proof

ਉਮਰ ਦਾ ਸਬੂਤ

☐

School/College Certificate

ਸਕੂਲ/ਕਾਲਜ ਦਾ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ

☐

Municipal Records

ਨਗਰ ਨਿਗਮ ਰਿਕਾਰਡ

☐

Defence ID Card

ਰੱਖਿਆ ਆਈ.ਡੀ. ਕਾਰਡ

☐

Passport

ਪਾਸਪੋਰਟ

☐

Others (Specify)

ਕੋਈ ਹੋਰ(ਸਪਸ਼ਟ ਕਰੋ)

1.22 Income Tax PAN Number

ਆਮਦਨ ਕਰ ਪੈਨ (PAN) ਨੰਬਰ

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

ਦੂਜੇ ਜੀਵਨ ਬੀਮਾ ਕੀਤੇ ਜਾਣ ਦੇ ਵੇਰਵੇ (ਕੇਵਲ ਵੱਡੇ ਅੱਖਰਾਂ ਵਿਚ ਭਰਿਆ ਜਾਵੇ)।

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.

ਪੂਰਾ ਨਾਮ ਇਹ ਹੈ ਕਿ ਪਾਲਿਸੀ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ 'ਤੇ ਤੁਹਾਡਾ ਨਾਮ ਕਿਵੇਂ ਦਿਖਾਈ ਦੇਵੇਗਾ। ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਨਾਮ ਦੇ ਹਰ ਭਾਗ ਦਰਮਿਆਨ ਇੱਕ ਖਾਲੀ ਜਗ੍ਹਾ ਛੱਡੋ।

Title : Mr. / Mrs. / Ms. / Dr. ਸਿਰਲੇਖ ਸ਼੍ਰੀਮਾਨ / ਸ਼੍ਰੀਮਤੀ / ਕੁਆਰੀ / ਡਾ. First Name ਪਹਿਲਾ ਨਾਮ

\_\_\_\_\_

Middle Name ਮੱਧ ਨਾਮ

\_\_\_\_\_

Surname ਗੋਤ

\_\_\_\_\_

2.2 Maiden Name (in case of married female life to be insured) ਵਿਆਹ ਤੋਂ ਪਹਿਲੇ ਦਾ ਨਾਮ (ਵਿਆਹਤਾ ਮਹਿਲਾ ਦਾ ਬੀਮਾ ਕੀਤੇ ਜਾਣ ਦੇ ਮਾਮਲੇ ਵਿੱਚ)

Title : Mr. / Mrs. / Ms. / Dr. ਸਿਰਲੇਖ ਸ਼੍ਰੀਮਾਨ / ਸ਼੍ਰੀਮਤੀ / ਕੁਆਰੀ / ਡਾ. First Name ਪਹਿਲਾ ਨਾਮ

\_\_\_\_\_

Middle Name ਮੱਧ ਨਾਮ

\_\_\_\_\_

Surname ਗੋਤ

\_\_\_\_\_

2.3 Father's Name ਪਿਤਾ ਦਾ ਨਾਮ

Title : Mr. / Mrs. / Ms. / Dr. ਸਿਰਲੇਖ ਸ਼੍ਰੀਮਾਨ / ਸ਼੍ਰੀਮਤੀ / ਕੁਆਰੀ / ਡਾ. First Name ਪਹਿਲਾ ਨਾਮ

\_\_\_\_\_

Middle Name ਮੱਧ ਨਾਮ

\_\_\_\_\_

Surname ਗੋਤ

\_\_\_\_\_

2.4 Date of Birth ਜਨਮ ਤਾਰੀਖ

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Date ਤਾਰੀਖ Month ਮਹੀਨਾ Year ਸਾਲ

Gender ਲਿੰਗ

☐ Male

☐ Female

Marital Status ਵਿਆਹਤਾ ਸਥਿਤੀ:

☐ Unmarried

☐ Widower(er)

☐ Married

☐ Divorced

No. of Children ਬੱਚਿਆਂ ਦੀ ਸੰਖਿਆ

☐ 1

☐ 2

☐ 3

Greater than 3 3 ਤੋਂ ਜ਼ਿਆਦਾ

☐ NA

2.8 Nationality ਕੌਮੀਅਤ

☐ Indian

ਭਾਰਤੀ

☐ Foreign National<sup>1</sup>

ਵਿਦੇਸ਼ੀ ਰਾਸ਼ਟਰੀ

☐ Person of Indian Origin<sup>1</sup>

ਭਾਰਤੀ ਮੂਲ ਦੇ ਵਿਅਕਤੀ

<sup>1</sup>Specify Nationality \_\_\_\_\_

ਕੌਮੀਅਤ ਦੱਸੋ

2.9 Residential Status ਰਿਹਾਇਸ਼ੀ ਸਥਿਤੀ

☐ Residing in India

ਭਾਰਤ ਵਿੱਚ ਰਹਿਣ ਵਾਲੇ

☐ Not Residing in India<sup>1</sup>

ਭਾਰਤ ਤੋਂ ਬਾਹਰ ਰਹਿਣ ਵਾਲੇ

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

ਰਿਹਾਇਸ਼ੀ ਦੇਸ਼ ਦੱਸੋ

2.10 Educational Qualification ਵਿਧਿਕ ਯੋਗਤਾ

☐ Post Graduate

ਪੋਸਟ ਗ੍ਰੈਜੂਏਟ

☐ Graduate

ਗ੍ਰੈਜੂਏਟ

☐ Diploma

ਡਿਪਲੋਮਾ

☐ 12th Pass

12ਵੀਂ ਪਾਸ

☐ Below 12th

12ਵੀਂ ਤੋਂ ਘੱਟ

☐ Others (Specify) \_\_\_\_\_

ਕੋਈ ਹੋਰ (ਸਪਸ਼ਟ ਕਰੋ)

2.11 Occupation ਕਿੱਤਾ

☐ Salaried

ਆਮਦਨੀ

☐ Business Owner

ਕਾਰੋਬਾਰ ਮਾਲਕ

☐ Self-employed

ਸਵੈ-ਰੋਜ਼ਗਾਰ

☐ Student

ਵਿਦਿਆਰਥੀ

☐ Housewife

ਘਰੇਲੂ ਔਰਤ

☐ Retired/Pensioner

ਸੇਵਾ-ਮੁਕਤ/ਪੈਨਸ਼ਨਰ

☐ Agriculturist

ਕਿਸਾਨ

☐ Others (Specify) \_\_\_\_\_

ਕੋਈ ਹੋਰ (ਸਪਸ਼ਟ ਕਰੋ)

If student (a) Course presently pursuing

ਜੇਕਰ ਵਿਦਿਆਰਥੀ ਹੋ ਮੌਜੂਦਾ ਕਰ ਰਹੇ ਕੋਰਸ..... (b) Name of Institution \_\_\_\_\_, (c) Duration of Course \_\_\_\_\_

ਜੇਕਰ ਵਿਦਿਆਰਥੀ ਹੋ ਮੌਜੂਦਾ ਕਰ ਰਹੇ ਕੋਰਸ..... ਸੰਸਥਾ ਦਾ ਨਾਮ-----ਕੋਰਸ ਦੀ ਮਿਆਦ

2.12 Relationship with the first life to be insured

ਸੰਬੰਧ (ਜੇ ਲਾਗੂ)

Work details of life to be insured

ਜੀਵਨ ਬੀਮਾ ਕੀਤੇ ਜਾਣ ਦੇ ਵੇਰਵੇ

2.13 Exact Nature of Duties

ਡਿਊਟੀਆਂ ਦੀ ਅਸਲ ਕਿਸਮ

2.14 Your Designation

ਤੁਹਾਡਾ ਅਹੁਦਾ/ਪਦ

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

If yes, please give details.

ਕੀ ਤੁਹਾਡਾ ਕਿੱਤਾ ਕਿਸੇ ਖਾਸ ਜ਼ਖਮ ਨਾਲ ਸੰਬੰਧਿਤ ਹੈ (ਉਦਾਹਰਣ ਰਸਾਇਣਕ ਫੈਕਟਰੀ, ਸੁਰੰਗਾਂ, ਵਿਸਫੋਟਕ, ਖੋਰ ਰਸਾਇਣਕ ਆਦਿ)

☐ YES

ਹਾਂ

☐ NO

ਨਾਂਹ

2.15 Name of Organisation/Business

ਸੰਸਥਾ/ਕਾਰੋਬਾਰ ਦਾ ਨਾਮ

Address

ਪਤਾ

Landmark

ਭੂਮੀ-ਚਿੰਨ੍ਹ

Pin Code

ਪਿੰਨ ਕੋਡ

City/Village ਸ਼ਹਿਰ/ਪਿੰਡ

District ਜਿਲ੍ਹਾ

State ਪ੍ਰਾਂਤ

Phone ਫੋਨ

Mobile

ਮੋਬਾਇਲ

STD Code ਐਸ.ਟੀ.ਡੀ. ਕੋਡ

ਫੋਨ ਨੰ.

1.19 Life Assured's Annual Income Rs. :

ਜੀਵਨ ਬੀਮਾਕ੍ਰਿਤ ਦੀ ਸਾਲਾਨਾ ਆਮਦਨ ਰੁ.

\_\_\_\_\_

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

ਜੇਕਰ ਕਮਾਈ ਨਹੀਂ ਕਰਦੇ, ਮਰਦ/ਸਪੋਜ਼ ਦੀ ਸਾਲਾਨਾ ਆਮਦਨ ਰੁ.

\_\_\_\_\_

1.20 E-mail ID

ਈ-ਮੇਲ ਆਈ.ਡੀ.

1.21 Age proof

ਉਮਰ ਦਾ ਸਬੂਤ

☐ School/College Certificate

ਸਕੂਲ/ਕਾਲਜ ਦਾ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ

☐ Municipal Records

ਨਗਰ ਨਿਗਮ ਰਿਕਾਰਡ

☐ Defence ID Card

ਰੱਖਿਆ ਆਈ.ਡੀ. ਕਾਰਡ

☐ Passport

ਪਾਸਪੋਰਟ

☐ Others (Specify) \_\_\_\_\_

ਕੋਈ ਹੋਰ (ਸਪਸ਼ਟ ਕਰੋ)

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

ਪੇਸ਼ਕਰਤਾ ਦੇ ਵੇਰਵੇ (ਜੇਕਰ ਜੀਵਨ ਬੀਮਾ ਕੀਤੇ ਜਾਨ ਤੋਂ ਵੱਖਰਾ ਹੈ)

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

3.19 Age proof ☐ School/College Certificate ☐ Municipal Records ☐ Defence ID Card ☐ Passport ☐ Others (Specify) \_\_\_\_\_

3.20 Income Tax PAN Number ਅਮਦਨ ਕਰ ਪੈਨ (PAN) ਨੰਬਰ

3.21 Are you paying premium for life insurance policies on any other life. ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਜੀਵਨ 'ਤੇ ਜੀਵਨ ਬੀਮਾ ਪਾਲਿਸੀਆਂ ਲਈ ਕਿਸਤਾਂ ਦਾ ਭੁਗਤਾਨ ਕਰ ਰਹੇ ਹੋ। ☐ YES ☐ NO

If yes, Total annual premium (Rs. in figures) ਜੇਕਰ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਕੁੱਲ ਸਾਲਾਨਾ ਕਿਸਤ (ਅੰਕਾਂ ਵਿੱਚ ਰੁ.)

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

ਨਾਮਜ਼ਦ ਦੇ ਵੇਰਵੇ (ਪੇਸ਼ਕਰਤਾ ਅਤੇ ਜੀਵਨ ਬੀਮਾ ਕੀਤੇ ਜਾਣ ਵਾਲੇ ਦੇ ਇੱਕੋ ਹੋਣ 'ਤੇ ਮੁਕੰਮਲ ਕੀਤਾ ਜਾਵੇ)

4.1 ਨਾਮਜ਼ਦ ਵਿਅਕਤੀ ਦਾ ਨਾਮ Name of the Nominee (Under section 39 of the Insurance Act 1938) (ਬੀਮਾ ਐਕਟ 1938 ਦੇ ਭਾਗ 39 ਤਹਿਤ)	First Nominee ਪਹਿਲਾ ਨਾਮਜ਼ਦ	Second Nominee ਦੂਜਾ ਨਾਮਜ਼ਦ	Third Nominee ਤੀਜਾ ਨਾਮਜ਼ਦ
4.2 Relationship to the Life to be Insured ਜੀਵਨ ਬੀਮਾ ਕੀਤੇ ਜਾਣ ਨਾਲ ਰਿਸ਼ਤਾ			
4.3 Percentage of Entitlement ਹੱਕਦਾਰ ਦਾ ਵੀਸਦੀ			
4.4 Date of Birth ਜਨਮ ਤਾਰੀਖ	Date ਤਾਰੀਖ Month ਮਹੀਨਾ Year ਸਾਲ	Date ਤਾਰੀਖ Month ਮਹੀਨਾ Year ਸਾਲ	Date ਤਾਰੀਖ Month ਮਹੀਨਾ Year ਸਾਲ
4.5 Address ਪਤਾ			

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:

ਜੇਕਰ ਉਪਰੋਕਤ ਨਿਰਧਾਰਤ ਕੀਤਾ ਨਾਮਜ਼ਦ ਤੁਹਾਡੇ ਮਾਪਿਆਂ / ਜੀਵਨ ਸਾਥੀ / ਬੱਚੇ ਤੋਂ ਬਿਨਾਂ ਕੋਈ ਹੋਰ ਹੈ, ਤਾਂ ਹੇਠ ਦਿੱਤੀ ਖਾਲੀ ਜਗ੍ਹਾ ਵਿੱਚ ਅਜਿਹੇ ਨਾਮਜ਼ਦ ਲਈ ਕਾਰਨ ਦੱਸੋ:

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

ਜੇਕਰ ਨਾਮਜ਼ਦ ਛੋਟਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਨਿਯੁਕਤ ਵਿਅਕਤੀ ਦੇ ਵੇਰਵੇ ਦਿਓ (ਵੱਡਾ ਹੋਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ)

a. Name of the Appointee ਨਿਯੁਕਤੀ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਦਾ ਨਾਮ	
b. Relationship to the Minor ਬੱਚੇ ਨਾਲ ਰਿਸ਼ਤਾ	
c. Date of Birth ਜਨਮ ਤਾਰੀਖ	Date ਤਾਰੀਖ Month ਮਹੀਨਾ Year ਸਾਲ
d. Address ਪਤਾ	Signature of the Appointee ਨਿਯੁਕਤੀ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਦੇ ਦਸਤਖਤ

ਨੋਟ: ਸੰਯੁਕਤ ਜੀਵਨਾਂ ਦੇ ਮਾਮਲੇ ਵਿੱਚ, ਇਸ ਨਾਮਜ਼ਦ ਦੋਨੋਂ ਜੀਵਨਾਂ ਦੇ ਬੀਮਾ ਕੀਤੇ ਜਾਣ ਦੇ ਨਾਲ-ਨਾਲ ਮੌਤ ਹੋਣ ਦੇ ਮੌਕੇ ਵਿੱਚ ਜਾਂ ਆਖਰੀ ਜ਼ਿੰਦਾ ਬੀਮਾ ਕੀਤੇ ਜਾਣ ਵਾਲੇ ਦੀ ਮੌਤ ਦੇ ਮੌਕੇ ਵਿੱਚ ਪ੍ਰਭਾਵੀ ਹੋਵੇਗਾ  
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

ਹੇਠ ਦਿੱਤਿਆਂ ਲਈ ਲਾਗੂ ਯੋਜਨਾ ਦੇ ਵੇਰਵੇ

5.1 Name of the Plan ਯੋਜਨਾ ਦਾ ਨਾਮ	
5.2 Term of the Plan in years (if applicable) ਸਾਲਾਂ ਵਿੱਚ ਯੋਜਨਾ ਦੀ ਸ਼ਰਤ	5.3 Select Option (if applicable) ਵਿਕਲਪ ਚੁਣੋ
5.4 Premium Paying Term in years (if applicable) ਸਾਲਾਂ ਵਿੱਚ ਭੁਗਤਾਨ ਕੀਤੀ ਜਾ ਰਹੀ ਕਿਸਤ	5.5 Select Category (If applicable) ਸ਼੍ਰੇਣੀ ਚੁਣੋ
5.6 Annual Premium in Rs. (if applicable) ਸਾਲਾਨਾ ਕਿਸਤ ਰੁ. ਵਿੱਚ:	
5.7 Cover Level (if applicable) ਕਵਰ ਲੈਵਲ	5.8 Sum Assured in Rs. (if applicable) ਕੁੱਲ ਬੀਮਾਕ੍ਰਿਤ ਰੁ. ਵਿੱਚ:
5.9 Riders opted for (if applicable) ਹੇਠ ਦਿੱਤੇ ਲਈ ਚੁਣੇ ਰਾਈਡਰ	

Riders ਰਾਈਡਰ	Sum Assured* (Rs.) ਕੁੱਲ ਬੀਮਾਕ੍ਰਿਤ (ਰੁ.)	Riders ਰਾਈਡਰ	Sum Assured* (Rs.) ਕੁੱਲ ਬੀਮਾਕ੍ਰਿਤ (ਰੁ.)
<input type="checkbox"/> Aviva Accidental Death & Dismemberment ਅਵੀਵਾ ਦੁਰਘਟਨਾਗ੍ਰਸਤ ਮੌਤ ਅਤੇ ਟੁਕੜੇ		<input type="checkbox"/> Aviva Accidental Death Benefit ਅਵੀਵਾ ਦੁਰਘਟਨਾਗ੍ਰਸਤ ਮੌਤ ਲਾਭ	
<input type="checkbox"/> Aviva Dread Disease ਅਵੀਵਾ ਡਰ ਬਿਮਾਰੀ		<input type="checkbox"/> Aviva Comprehensive Health Benefit ਅਵੀਵਾ ਵਿਆਪਕ ਸਿਹਤ ਲਾਭ	
<input type="checkbox"/> Aviva Term / Term Plus Rider ਅਵੀਵਾ ਟਰਮ/ਟਰਮ ਪਲੱਸ ਰਾਈਡਰ		<input type="checkbox"/> Income / Family Income Benefit Rider ਅਮਦਨ / ਪਰਿਵਾਰਕ ਅਮਦਨ ਲਾਭ ਰਾਈਡਰ	
<input type="checkbox"/> Aviva Health Guard Rider ਅਵੀਵਾ ਸਿਹਤ ਰੱਖਿਆ ਰਾਈਡਰ		<input type="checkbox"/> Aviva Child Education Rider ਅਵੀਵਾ ਬਾਲ ਸਿੱਖਿਆ ਰਾਈਡਰ	

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



Since the date of the Proposal as mentioned above ਪ੍ਰਸਤਾਵ ਦੀ ਤਾਰੀਖ ਤੋਂ ਲੈ ਕੇ ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਉਪਰੋਕਤ ਦਰਸਾਇਆ ਗਿਆ ਹੈ	First Life ਪਹਿਲਾ ਜੀਵਨ	Second Life ਦੂਜਾ ਜੀਵਨ
<b>A. Are you currently receiving any medical treatment or are you awaiting medical or surgical consultation, test or investigation?</b> (You need not disclose matters relating to uncomplicated pregnancy, common colds, influenza, hay-fever or any minor ailment requiring a single consultation) ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਮੌਜੂਦਾ ਕੋਈ ਡਾਕਟਰੀ ਇਲਾਜ ਲੈ ਰਹੇ ਹੋ ਜਾਂ ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਡਾਕਟਰੀ ਜਾਂ ਸਰਜੀਕਲ ਸਲਾਹ, ਜਾਂ ਪੜਤਾਲ ਦਾ ਇੰਤਜ਼ਾਰ ਕਰ ਰਹੇ ਹੋ? ਤੁਹਾਨੂੰ ਸਧਾਰਨ ਗਰਭਕਾਲ, ਆਮ ਜੁਕਾਮ, ਨਜ਼ਲਾ, ਪਰਾਗ-ਬੁਖਾਰ ਜਾਂ ਸਿਰਫ਼ ਸਲਾਹ-ਮਸ਼ਵਰੇ ਵਾਲੇ ਛੋਟੇ-ਮੋਟੇ ਰੋਗ ਸੰਬੰਧੀ ਮਾਮਲੇ ਦਾ ਖੁਲਾਸਾ ਕਰਨ ਦੀ ਲੋੜ ਨਹੀਂ ਹੈ।	Yes ਹਾਂ <input type="checkbox"/>	No ਨਹੀਂ <input type="checkbox"/>
<b>B. Have you ever had any medical or surgical treatment, including investigations, tests, scans or X-Ray for any of the following illnesses or medical conditions:</b> ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਕਦੀ ਵੀ ਹੇਠ ਲਿਖੀ ਬਿਮਾਰੀ ਜਾਂ ਡਾਕਟਰੀ ਹਾਲਾਤ ਲਈ ਪੜਤਾਲ, ਜਾਂਚ, ਸਕੈਨ ਜਾਂ ਐਕਸ-ਰੇ ਸਹਿਤ ਡਾਕਟਰੀ ਜਾਂ ਸਰਜੀਕਲ ਇਲਾਜ ਲਿਆ ਹੈ:	Yes ਹਾਂ <input type="checkbox"/>	No ਨਹੀਂ <input type="checkbox"/>
i. High blood pressure, angina, heart attack, stroke or any other disorder of heart or circulation? ਉੱਚ ਰਕਤ ਦਬਾਅ, ਗਲ ਦੇ ਰੋਗ, ਦਿਲ ਦਾ ਦੌਰਾ, ਦੌਰਾ ਜਾਂ ਦਿਲ ਦੀ ਕੋਈ ਵੀ ਅਵਿਵਸਥਾ ਜਾਂ ਦੌਰਾ?	Yes ਹਾਂ <input type="checkbox"/>	No ਨਹੀਂ <input type="checkbox"/>
ii. Any form of cancer, tumor or growth? ਕੋਸਰ, ਰਸੋਲੀ ਜਾਂ ਵਾਧੇ ਦੀ ਕੋਈ ਵੀ ਕਿਸਮ?	Yes ਹਾਂ <input type="checkbox"/>	No ਨਹੀਂ <input type="checkbox"/>
iii. Disorder of skin or lymph glands? ਚਮੜੀ ਦੀ ਗੜਬੜੀ ਜਾਂ ਲੰਘੀਕਾ ਗਲੈਂਡ?	Yes ਹਾਂ <input type="checkbox"/>	No ਨਹੀਂ <input type="checkbox"/>
iv. Diabetes, kidney or liver problem? ਮਧੁਮੇਹ, ਗੁਰਦੇ ਜਾਂ ਜਿਗਰ ਦੀ ਕੋਈ ਵੀ ਸਮੱਸਿਆ?	Yes ਹਾਂ <input type="checkbox"/>	No ਨਹੀਂ <input type="checkbox"/>
v. Colitis or any other stomach, bowel or bladder problem? ਕੁਲੀਜ਼ ਜਾਂ ਪੇਟ, ਪਖਾਨਾ ਜਾਂ ਬਲੈਡਰ ਦੀ ਕੋਈ ਵੀ ਸਮੱਸਿਆ?	Yes ਹਾਂ <input type="checkbox"/>	No ਨਹੀਂ <input type="checkbox"/>
vi. Multiple sclerosis, epilepsy, tremor, numbness, double vision or giddiness? ਬਹੁ-ਸਕਲੇਰੋਸਿਸ, ਮਿਰਗੀ, ਕਾਂਬਾ, ਸੁੰਨਤਾ, ਦੋ-ਪੱਖੀ ਦ੍ਰਿਸ਼ਟੀ ਜਾਂ ਘਬਰਾਹਟ ਹੋਣੀ	Yes ਹਾਂ <input type="checkbox"/>	No ਨਹੀਂ <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? ਭੜਕਾਏ ਮਨ/ਨਿਰਵਾਨਾ (ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਡਿਪ੍ਰੈਸ਼ਨ ਸ਼ਾਮਲ ਹੈ) ਜਿਸਨੂੰ 3 ਮਹੀਨਿਆਂ ਤੋਂ ਜ਼ਿਆਦਾ ਅਤੇ/ਜਾਂ ਕੰਮ ਦੇ 10 ਸਿਲਸਿਲੇਵਾਰ ਦਿਨਾਂ ਤੋਂ ਜ਼ਿਆਦਾ ਮਾਨਸਿਕ ਜਾਂ ਨਾਤੀ-ਪ੍ਰਬੰਧਨ ਦੀ ਬਿਮਾਰੀ (ਉਦਾਸੀਨ ਸਹਿਤ)	Yes ਹਾਂ <input type="checkbox"/>	No ਨਹੀਂ <input type="checkbox"/>
viii. Asthma, bronchitis, pneumonia, TB or any other respiratory or lung disorder? ਸਾਹ, ਸੋਜਸ਼, ਨਿਊਮੋਨੀਆ, ਟੀ.ਬੀ. ਜਾਂ ਸਾਹ ਦੀ ਕੋਈ ਹੋਰ ਬਿਮਾਰੀ ਜਾਂ ਫੇਫੜਿਆਂ ਦੀ ਗੜਬੜੀ	Yes ਹਾਂ <input type="checkbox"/>	No ਨਹੀਂ <input type="checkbox"/>
ix. Ulcer, chronic diarrhoea, hepatitis or jaundice? ਫੋੜਾ, ਦਾਇਮੀ ਦਸਤ, ਹੈਪਾਟਾਈਟਿਸ ਜਾਂ ਪੀਲੀਆ	Yes ਹਾਂ <input type="checkbox"/>	No ਨਹੀਂ <input type="checkbox"/>
x. Congenital disorder, anemia, bleeding or blood disorder? ਪੈਦਾਇਸ਼ੀ ਗੜਬੜੀ, ਖੂਨ ਦੀ ਕਮੀ, ਖੂਨ ਵਹਿਣਾ ਜਾਂ ਖੂਨ ਦੀ ਗੜਬੜੀ?	Yes ਹਾਂ <input type="checkbox"/>	No ਨਹੀਂ <input type="checkbox"/>
xi. Reproductive organ or prostrate disorder? ਜਣਨ-ਅੰਗ ਜਾਂ ਮੂਧੇ ਲੰਮੇ ਪੇਟ ਦੀ ਗੜਬੜੀ	Yes ਹਾਂ <input type="checkbox"/>	No ਨਹੀਂ <input type="checkbox"/>
xii. Arthritis, gout or joint pain, muscle, bone fracture or disorder? ਗਠੀਆ ਜਾਂ ਜੜਾਂ ਦਾ ਦਰਦ, ਮਾਸ-ਪੇਸ਼ੀਆਂ, ਹੱਡੀ ਦਾ ਟੁੱਟਣਾ ਜਾਂ ਗੜਬੜੀ?	Yes ਹਾਂ <input type="checkbox"/>	No ਨਹੀਂ <input type="checkbox"/>
xiii. AIDS or AIDS related complex or test indicating presence of HIV? ਏਡਜ਼ ਜਾਂ ਏਡਜ਼ ਸੰਬੰਧੀ ਜਟਿਲਤਾ ਜਾਂ ਐਚ. ਆਈ. ਵੀ. ਦੀ ਮੌਜੂਦਗੀ ਦਰਸਾਉਂਦੀ ਜਾਂਚ	Yes ਹਾਂ <input type="checkbox"/>	No ਨਹੀਂ <input type="checkbox"/>
xiv. Any other illness, surgery or injury? ਕੋਈ ਵੀ ਹੋਰ ਬਿਮਾਰੀ, ਸਰਜਰੀ ਜਾਂ ਸੱਟ	Yes ਹਾਂ <input type="checkbox"/>	No ਨਹੀਂ <input type="checkbox"/>
xv. Do you have any bodily deformities? ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕੋਈ ਵੀ ਸਰੀਰਕ ਕੁਰੂਪਤਾ ਹੈ?	Yes ਹਾਂ <input type="checkbox"/>	No ਨਹੀਂ <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.? ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕੋਈ ਵੀ ਸਿਹਤ ਲੱਛਣ ਜਾਂ ਸ਼ਿਕਾਇਤਾਂ ਹਨ ਜਿਸ ਲਈ ਕਿਸੇ ਡਾਕਟਰ ਲਈ ਸਲਾਹ-ਮਸ਼ਵਰਾ ਨਹੀਂ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਜਾਂ ਇਲਾਜ ਨਹੀਂ ਲਿਆ ਗਿਆ? ਉਦਾਹਰਣ ਲਈ: ਹੱਠੀ ਬੁਖਾਰ, ਅਣਜਾਣ ਭਾਰ ਦਾ ਘਟ ਜਾਣਾ, ਭੁੱਖ ਦਾ ਘਟ ਜਾਣਾ, ਦਰਦ, ਸੋਜਸ਼ ਆਦਿ?	Yes ਹਾਂ <input type="checkbox"/>	No ਨਹੀਂ <input type="checkbox"/>

	First Life ਪਹਿਲਾ ਜੀਵਨ	Second Life ਦੂਜਾ ਜੀਵਨ
(i) Do you smoke/consume or have you ever smoked/consumed cigars, cigarettes, beedies or any other tobacco products (pan masala etc.) ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਸਿਗਰਟ ਪੀਂਦੇ / ਦਾ ਸੇਵਨ ਕਰਦੇ ਹੋ ਜਾਂ ਕਦੀ ਸਿਗਾਰ, ਸਿਗਰਟ, ਬੀੜੀ ਜਾਂ ਕੋਈ ਹੋਰ ਤੰਬਾਕੂ ਪਦਾਰਥ (ਪਾਨ ਮਸਾਲਾ ਆਦਿ) ਪੀਤੀ / ਦਾ ਸੇਵਨ ਕੀਤਾ ਹੈ	<input type="checkbox"/> YES ਹਾਂ <input type="checkbox"/> NO ਨਹੀਂ	<input type="checkbox"/> YES ਹਾਂ <input type="checkbox"/> NO ਨਹੀਂ
If yes, how many cigarettes/cigars/beedies/tobacco pouches do you consume per day? ਜੇਕਰ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਪ੍ਰਤੀ ਦਿਨ ਤੁਸੀਂ ਕਿੰਨੀਆਂ ਸਿਗਰਟਾਂ/ਸਿਗਾਰ/ਬੀੜੀਆਂ ਦਾ ਸੇਵਨ ਕਰਦੇ ਹੋ?		
For how long ਕਿੰਨੇ ਸਮੇਂ ਤੋਂ		
(ii) Have you ever sought or been given medical advice to reduce/abstain from smoking/tobacco consumption? ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਕਦੀ ਸਿਗਰਟ / ਤੰਬਾਕੂ ਦੇ ਸੇਵਨ ਨੂੰ ਘੱਟ ਕਰਨ / ਪਰਹੇਜ਼ ਕਰਨ ਲਈ ਡਾਕਟਰੀ ਸਲਾਹ ਦੀ ਮੰਗ ਕੀਤੀ ਜਾਂ ਲਈ ਹੈ?	<input type="checkbox"/> YES ਹਾਂ <input type="checkbox"/> NO ਨਹੀਂ	<input type="checkbox"/> YES ਹਾਂ <input type="checkbox"/> NO ਨਹੀਂ
<b>D. Alcohol ਸ਼ਰਾਬ</b>		
(i) Do you take or have you ever taken alcohol? ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਕਦੀ ਸ਼ਰਾਬ ਦਾ ਸੇਵਨ ਕੀਤਾ ਜਾਂ ਪੀਤਾ ਹੈ?	<input type="checkbox"/> YES ਹਾਂ <input type="checkbox"/> NO ਨਹੀਂ	<input type="checkbox"/> YES ਹਾਂ <input type="checkbox"/> NO ਨਹੀਂ
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) ਜੇਕਰ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਪ੍ਰਤੀ ਹਫ਼ਤਾ ਤੁਸੀਂ ਸ਼ਰਾਬ ਦੀ ਕਿੰਨੀ ਮਾਤਰਾ ਪੀਂਦੇ ਹੋ? (1 ਇਕਾਈ = 1/2 ਬੋਤਲ ਬੀਅਰ / 1 ਗਲਾਸ ਵਾਈਨ / 1 ਪੈਂਗ ਮਾਪ ਸਪ੍ਰਿਟ)	Unit _____	Unit _____
For how long ਕਿੰਨੇ ਸਮੇਂ ਤੋਂ		
(ii) Have you ever sought or been given medical advice to reduce the level of/abstain from drinking? ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਕਦੀ ਸ਼ਰਾਬ ਪੀਣ ਦੀ ਮਾਤਰਾ ਨੂੰ ਘੱਟ ਕਰਨ ਜਾਂ ਪਰਹੇਜ਼ ਕਰਨ ਲਈ ਡਾਕਟਰੀ ਸਲਾਹ ਦੀ ਮੰਗ ਕੀਤੀ ਜਾਂ ਲਈ ਹੈ?	<input type="checkbox"/> YES ਹਾਂ <input type="checkbox"/> NO ਨਹੀਂ	<input type="checkbox"/> YES ਹਾਂ <input type="checkbox"/> NO ਨਹੀਂ
<b>E. Drug Abuse ਡਰੱਗ (ਦਵਾਈ) ਦੀ ਦੁਰਵਰਤੋਂ</b>		
(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? ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਹੁਣ ਜਾਂ ਕਦੀ ਵੀ ਪਹਿਲਾਂ ਉਚਿਤ ਡਾਕਟਰੀ ਨਿਗਰਾਨੀ ਦੇ ਅਧੀਨ ਡਾਕਟਰੀ ਹਾਲਾਤ ਦੇ ਇਲਾਜ ਲਈ ਹੋਰ ਕਿਸੇ ਵੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਦੀਆਂ ਡਰੱਗ ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਐਂਫੇਟਾਮੀਨਸ, ਬਾਰਬਿਟੂਰੇਟਸ, ਭੰਗ, ਕੋਕੇਨ, ਹਾਲੂਸੀਨੋਜਨਸ, ਜੜੀਆਂ-ਬੂਟੀਆਂ, ਅਵੀਮ ਮਿਲਿਆ ਨਸ਼ਾ, ਦਰਦ ਹਟਾਉਣ ਵਾਲੀ ਦਵਾਈ, ਘੱਲ ਆਦਿ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰ ਰਹੇ ਹੋ ਜਾਂ ਕੀਤੀ ਹੈ। If yes pls provide full detail including name of drug & date when usage commenced and ceased. ਜੇਕਰ ਹਾਂ ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਡਰੱਗ ਦੇ ਨਾਮ ਅਤੇ ਸ਼ੁਰੂ ਕਰਨ ਦੀ ਅਤੇ ਛੱਡੇ ਜਾਣ ਦੀ ਮਿਤੀ ਸਹਿਤ ਪੂਰਨ ਵੇਰਵੇ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰੋ।	<input type="checkbox"/> YES ਹਾਂ <input type="checkbox"/> NO ਨਹੀਂ	<input type="checkbox"/> YES ਹਾਂ <input type="checkbox"/> NO ਨਹੀਂ

F. Have you been required to take time off from work on health grounds?

ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕਦੀ ਸਿਹਤ ਗਰਾਊਂਡ 'ਤੇ ਕੰਮ ਤੋਂ ਛੁੱਟੀ ਲੈਣ ਦੀ ਲੋੜ ਪਈ।

YES NO  
ਹਾਂ ਨਹੀਂ

YES NO  
ਹਾਂ ਨਹੀਂ

G. Apart from work, has your health placed any restrictions on your normal daily activities?

ਕੰਮ ਤੋਂ ਇਲਾਵਾ, ਕੀ ਤੁਹਾਡੀ ਸਿਹਤ ਨੇ ਤੁਹਾਡੇ ਸਧਾਰਨ ਰੋਜ਼ਾਨਾ ਕਿਰਿਆਵਾਂ ਵਿੱਚ ਕੋਈ ਰੁਕਾਵਟ ਪਾਈ ?

YES NO  
ਹਾਂ ਨਹੀਂ

YES NO  
ਹਾਂ ਨਹੀਂ

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.

ਕੀ ਤੁਹਾਡੇ ਖਿਲਾਫ਼ ਕੋਈ ਅਪਰਾਧਿਕ ਦੋਸ਼ਾਂ/ਕਾਰਵਾਈ ਦਾ ਇਤਿਹਾਸ ਹੈ ਅਤੇ/ਜਾਂ ਮੌਜੂਦਾ ਜਾਂ ਭੂਤਕਾਲ ਵਿੱਚ ਕੋਈ ਅਪਰਾਧਿਕ ਦੋਸ਼ ਜਾਂ ਕਾਰਵਾਈ ਹੈ ਅਤੇ/ਜਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕਿਸੇ ਅਪਰਾਧਿਕ ਕਾਰਵਾਈ ਵਿੱਚ ਦੋਸ਼ੀ ਠਹਿਰਾਇਆ ਗਿਆ ਅਤੇ/ਜਾਂ ਬੇਲ/ਪਰਤਾਵਾ/ਮੁਅੱਤਲ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ?  
ਜੇਕਰ ਹਾਂ ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਦੋਸ਼ਾਂ ਦੀਆਂ ਮਿਤੀਆਂ ਅਤੇ ਕਾਰਨ ਅਤੇ ਕਿਸਮ ਸਹਿਤ ਵੇਰਵੇ ਦਿਓ।

YES NO  
ਹਾਂ ਨਹੀਂ

YES NO  
ਹਾਂ ਨਹੀਂ

I. For Female Lives only: ਕੇਵਲ ਮਹਿਲਾਵਾਂ ਲਈ:

(i) Are you pregnant?

ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਗਰਭਵਤੀ ਹੋ?

YES NO  
ਹਾਂ ਨਹੀਂ

YES NO  
ਹਾਂ ਨਹੀਂ

ਜੇਕਰ ਹਾਂ, ਗਰਭਵਤੀ ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਦੀ ਸੰਖਿਆ

If yes, number of weeks pregnant

YES NO  
ਹਾਂ ਨਹੀਂ

YES NO  
ਹਾਂ ਨਹੀਂ

(ii) Have you had, or do you have any complications of pregnancy at present or in the past?

ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਵਰਤਮਾਨ ਜਾਂ ਪਹਿਲਾਂ ਕਦੀ ਗਰਭਕਾਲ ਦੌਰਾਨ ਜਟਿਲਤਾਵਾਂ ਪੇਸ਼ ਆਈਆਂ ਸਨ/ਹਨ ?

YES NO  
ਹਾਂ ਨਹੀਂ

YES NO  
ਹਾਂ ਨਹੀਂ

(iii) Have you had, or do you have any gynaecological problem?

ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਨਾਰੀ-ਰੋਗ ਸਮੱਸਿਆ ਪੇਸ਼ ਆਈ ਸੀ/ਹੈ?

YES NO  
ਹਾਂ ਨਹੀਂ

YES NO  
ਹਾਂ ਨਹੀਂ

(iv) For married females, spouse insurance details (total sum insured in Rs.)

ਵਿਆਹੁਤਾ ਮਹਿਲਾਵਾਂ ਲਈ, ਜੀਵਨ ਸਾਥੀ ਬੀਮਾ ਵੇਰਵੇ (ਰੁ. ਵਿੱਚ ਕੁੱਲ ਕੁੱਲ ਬੀਮਾ ਕੀਤੇ ਜਾਣਾ)

YES NO  
ਹਾਂ ਨਹੀਂ

YES NO  
ਹਾਂ ਨਹੀਂ

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 polictical party officials & immedieate family member of above persons(Spouse, Children, Parents and Siblings, In-laws)

ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਜਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਨਾਮਜ਼ਦ ਇੱਕ ਸਿਆਸੀ ਪ੍ਰਗਟਾਵਾ ਵਿਅਕਤੀ (ਪੀ.ਈ.ਪੀ.) ਹਨ ?

ਸਿਆਸੀ ਪ੍ਰਗਟਾਵਾ ਵਿਅਕਤੀ (ਪੀ.ਈ.ਪੀ.) ਉਹ ਵਿਅਕਤੀ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਜੋ ਮਸ਼ਹੂਰ ਜਨਤਕ ਕਾਰਜਾਂ ਨਾਲ ਸਪਰਸ਼ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਜਾਂ ਹੋਇਆ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਉਦਾਹਰਣ ਦੇ ਲਈ, ਕੇਂਦਰੀ/ਰਾਜ ਸਰਕਾਰ ਦਾ ਮੁਖੀ/ਮਨਿਸਟਰ, ਸੀਨੀਅਰ ਰਾਜਨੀਤਿਕ ਵਿਅਕਤੀ, ਸੀਨੀਅਰ ਸਰਕਾਰੀ/ਜੁਡੀਸ਼ੀਅਲ/ਮਿਲਟਰੀ ਅਧਿਕਾਰੀ, ਰਾਜ ਮਲਕੀਅਤ ਕਾਰਪੋਰੇਸ਼ਨ ਸੀਨੀਅਰ ਐਗਜ਼ੀਕਿਊਟਿਵ, ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ ਰਾਜਨੀਤਿਕ ਪਾਰਟੀ ਅਧਿਕਾਰੀ ਅਤੇ ਉਪਰੋਕਤ ਵਿਅਕਤੀਆਂ (ਜੀਵਨ ਸਾਥੀ, ਬੱਚੇ, ਮਾਪੇ ਅਤੇ ਸੰਬੰਧੀ, ਸਹੁਰੇ) ਦੇ ਫੋਰਨ ਪਰਿਵਾਰਕ ਮੈਂਬਰ

YES NO  
ਹਾਂ ਨਹੀਂ

YES NO  
ਹਾਂ ਨਹੀਂ

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)

ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਕੋਈ ਸਰਕਾਰੀ ਕਾਰਡ / ਆਈ.ਡੀ. ਹੈ ਜੋ ਆਰਥਿਕ ਅਤੇ ਵਿੱਤੀ ਤੌਰ 'ਤੇ ਖਾਸ ਕਰਕੇ ਜਾਰੀ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਹੈ ਸਮਾਜ ਦਾ ਪਛੜਿਆ ਸਟ੍ਰਾਟਾ ਜਿਵੇਂ ਬੀ.ਪੀ.ਐਲ. / ਏ.ਪੀ.ਐਲ. ਕਾਰਡ, ਮਨਰੇਗਾ ਕਾਰਡ ਆਦਿ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਵੇਰਵੇ ਦਿਓ

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

ਪਹਿਲਾ ਜੀਵਨ

ਸਵਾਲ ਨੰ.	ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਉਪਰੋਕਤ ਸਵਾਲਾਂ ਦੇ ਜਵਾਬ "ਹਾਂ" ਵਾਲੇ ਦ ਡਾਕਟਰੀ ਹਾਲਾਤਾਂ/ਬਿਮਾਰੀਆਂ/ਸੱਟਾਂ, ਮਿਤੀਆਂ, ਕਾਰਨ, ਵਜ੍ਹਾ, ਲੱਛਣ, ਇਲਾਜ, ਨਤੀਜੇ, ਹਾਜ਼ਰੀਨ ਡਾਕਟਰ ਦੇ ਨਾਮ ਅਤੇ ਪਤੇ ਨਾਲ ਸਹੀ ਕਿਸਮ ਦਰਸਾਉਂਦੇ ਹੋਏ ਵੇਰਵੇ ਦਿਓ

ਦੂਜਾ ਜੀਵਨ

ਸਵਾਲ ਨੰ.	ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਉਪਰੋਕਤ ਸਵਾਲਾਂ ਦੇ ਜਵਾਬ "ਹਾਂ" ਵਾਲੇ ਦ ਡਾਕਟਰੀ ਹਾਲਾਤਾਂ/ਬਿਮਾਰੀਆਂ/ਸੱਟਾਂ, ਮਿਤੀਆਂ, ਕਾਰਨ, ਵਜ੍ਹਾ, ਲੱਛਣ, ਇਲਾਜ, ਨਤੀਜੇ, ਹਾਜ਼ਰੀਨ ਡਾਕਟਰ ਦੇ ਨਾਮ ਅਤੇ ਪਤੇ ਨਾਲ ਸਹੀ ਕਿਸਮ ਦਰਸਾਉਂਦੇ ਹੋਏ ਵੇਰਵੇ ਦਿਓ

Family history of the life to be insured ਜੀਵਨ ਬੀਮਾ ਕੀਤੇ ਜਾਣ ਵਾਲੇ ਦਾ ਪਰਿਵਾਰਕ ਇਤਿਹਾਸ

\*. 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.

ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਜੀਵਨ ਬੀਮਾਕਿਤ ਦੋ ਪਰਿਵਾਰਕ ਮੈਂਬਰਾਂ ਦੇ ਵੇਰਵੇ ਦਿਓ। ਨਾਲ ਹੀ, ਜੇਕਰ ਕੋਈ ਪਰਿਵਾਰਕ ਮੈਂਬਰ ਕਿਸੇ ਵੀ ਦਿਲ ਦੀ ਬਿਮਾਰੀ, ਦਿਲ ਦੇ ਦੌਰੇ, ਉੱਚ ਖੂਨ ਦਬਾਓ, ਸ਼ੱਕਰ ਰੋਗ, ਕਿਸੇ ਵੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਦੀਆਂ ਅੱਖਾਂ ਦੀਆਂ ਬਿਮਾਰੀਆਂ, ਕੈਂਸਰ, ਗੁਰਦਿਆਂ ਦੀਆਂ ਬਿਮਾਰੀਆਂ, ਅਧਰੋਗ ਜਾਂ ਖਾਨਦਾਨੀ/ਪਰਿਵਾਰਕ ਗੜਬੜੀ, ਕੋਈ ਸਨੌਹ ਬਿਮਾਰੀ ਜਿਵੇਂ ਤਪਦਿਕ, ਆਦਿ ਜਾਂ ਕੋਈ ਹੋਰ ਬਿਮਾਰੀ ਜੋ ਉਪਰੋਕਤ ਦਰਸਾਈ ਨਹੀਂ ਗਈ, ਤਾਂ ਗੁਜ਼ਰ ਰਹੇ ਹੋ ਜਾਂ ਗੁਜ਼ਰੇ ਹੋ ਜਾਂ ਮੌਤ ਹੋਈ ਹੈ, ਤਾਂ ਹੇਠ ਦਿੱਤੇ ਤਾਲਿਕਾ ਵਿੱਚ ਇਸਨੂੰ ਦਰਸਾਓ

ਪਹਿਲਾ ਜੀਵਨ

(KINDLY REFER TO THE ABOVE PARAGRAPH FOR FILLING THE TABLE)

(ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਤਾਲਿਕਾ ਨੂੰ ਭਰਨ ਲਈ ਉਪਰੋਕਤ ਪੈਰੇ ਨੂੰ ਦੇਖੋ)

First life

Family member	ਪਰਿਵਾਰਕ ਮੈਂਬਰ	If Alive ਜੇਕਰ ਜ਼ਿੰਦਾ ਹੈ			If Deceased ਜੇਕਰ ਮ੍ਰਿਤਕ ਹੈ		
		Health Status ਸਿਹਤ ਸਥਿਤੀ	ਮੌਜੂਦਾ ਉਮਰ	Current Age	ਮੌਤ ਦੀ ਵਜ੍ਹਾ Cause of Death	ਮੌਤ ਸਮੇਂ ਉਮਰ	Age at Death
Father	ਪਿਤਾ						
Mother	ਮਾਤਾ						
Brother(s)*	ਭਰਾ*						
Sister(s)*	ਭੈਣ(ਣਾਂ)*						

Second life  
ਦੂਜਾ ਜੀਵਨ

(KINDLY REFER TO THE ABOVE PARAGRAPH FOR FILLING THE TABLE) (ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਤਾਲਿਕਾ ਨੂੰ ਭਰਨ ਲਈ ਉਪਰੋਕਤ ਪੈਰੇ ਨੂੰ ਦੇਖੋ)

If Alive ਜੇਕਰ ਜ਼ਿੰਦਾ ਹੈ				If Deceased ਜੇਕਰ ਮਿਤਕ ਹੈ			
Family member ਪਰਿਵਾਰ ਮੈਂਬਰ	Health Status ਸਿਹਤ ਸਥਿਤੀ	ਮੌਜੂਦਾ ਉਮਰ	Current Age	ਮੌਤ ਦੀ ਵਜ੍ਹਾ Cause of Death	ਮੌਤ ਸਮੇਂ ਉਮਰ	Age at Death	
Father ਪਿਤਾ							
Mother ਮਾਤਾ							
Brother(s)* ਭਰਾ*							
Sister(s)* ਭੈਣ(ਣਾਂ)*							

		First Life ਪਹਿਲਾ ਜੀਵਨ	Second Life ਦੂਜਾ ਜੀਵਨ
6.3 Do you have a family doctor (A family doctor is a doctor that you consult or have consulted regularly for medical ailments.) ਕੀ ਤੁਹਾਡਾ ਕੋਈ ਪਰਿਵਾਰਕ ਡਾਕਟਰ ਹਿਆ (ਪਰਿਵਾਰਕ ਡਾਕਟਰ ਉਹ ਡਾਕਟਰ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਜਿਸ ਨਾਲ ਡਾਕਟਰੀ ਬਿਮਾਰੀਆਂ ਲਈ ਸਲਾਹ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ ਜਾਂ ਨਿਯਮਤ ਤੌਰ 'ਤੇ ਸਲਾਹ ਲਈ ਹੈ)		<input type="checkbox"/> YES ਹਾਂ <input type="checkbox"/> NO ਨਹੀਂ	<input type="checkbox"/> YES ਹਾਂ <input type="checkbox"/> NO ਨਹੀਂ
ਜੇਕਰ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਪਰਿਵਾਰਕ ਡਾਕਟਰ ਦੇ ਵੇਰਵੇ ਦਿਓ। If yes, please give family doctor's details			
6.4 Family Doctor's Details ਪਰਿਵਾਰਕ ਡਾਕਟਰ ਹਿਆ			
Address ਪਤਾ			
Landmark ਭੂਮੀ-ਚਿੰਨ੍ਹ			
City/Village ਸ਼ਹਿਰ/ਪਿੰਡ	District ਜ਼ਿਲ੍ਹਾ	State ਪ੍ਰਾਂਤ	
Phone ਫੋਨ	STD Code ਐੱਸ.ਟੀ.ਡੀ. ਕੋਡ	ਫੋਨ ਨੰ.	Mobile ਮੋਬਾਇਲ

7. Hobbies/Travel Details  
ਸ਼ੌਕ / ਯਾਤਰਾ ਵੇਰਵੇ

7.1 Do you take part in any form of motor sport, climbing, diving, caving, flying private aircraft, sky diving, hang gliding etc.? ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਕਿਸੇ ਵੀ ਮੋਟਰ ਖੇਡ, ਪਹਾੜ ਚੜਨਾ ਡਾਈਵਿੰਗ, ਕੇਵਿੰਗ, ਉਡਾਨ, ਨਿੱਜੀ ਜਹਾਜ਼, ਸਕਾਈਡਾਈਵਿੰਗ, ਹੱਥ ਕੁੰਡਲੀਡਾਰ ਆਦਿ ਵਿੱਚ ਹਿੱਸਾ ਲਿਆ ਹੈ ?	First Life ਪਹਿਲਾ ਜੀਵਨ YES <input type="checkbox"/> ਹਾਂ NO <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ	Second Life ਦੂਜਾ ਜੀਵਨ YES <input type="checkbox"/> ਹਾਂ NO <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ
(If yes, please give details) ਜੇਕਰ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਵੇਰਵੇ ਦਿਓ।		
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) ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਪਿਛਲੇ ਪੰਜ ਸਾਲਾਂ ਵਿੱਚ ਵਿਦੇਸ਼ ਯਾਤਰਾ (ਕੈਨੇਡਾ, ਆਸਟਰੇਲੀਆ, ਨਿਊ ਜ਼ੀਲੈਂਡ, ਅਮਰੀਕਾ, ਯੂਰੋਪ ਅਤੇ ਜੀ ਸੀ ਸੀ. ਤੋਂ ਇਲਾਵਾ) ਕੀਤੀ ਹੈ ਜਾਂ ਤੁਹਾਡਾ ਕੋਈ ਮੌਜੂਦਾ ਨੌਕਰੀ ਦੇ ਹਿੱਸੇ ਦੇ ਰੂਪ ਵਿੱਚ ਕਰਨ ਦੀ ਸੰਭਾਵਨਾ ਹੈ ? ਜੇਕਰ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਯਾਤਰਾ ਅਤੇ ਰਿਹਾਇਸ਼ ਪ੍ਰਸ਼ਨਾਵਲੀ ਨੂੰ ਪੂਰਾ ਭਰੋ।	YES <input type="checkbox"/> ਹਾਂ NO <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ	YES <input type="checkbox"/> ਹਾਂ NO <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ

8. Insurance Details  
ਬੀਮਾ ਵੇਰਵੇ

		First Life ਪਹਿਲਾ ਜੀਵਨ	Second Life ਦੂਜਾ ਜੀਵਨ				
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? ਕੀ ਤੁਹਾਡਾ ਸਾਡੇ ਨਾਲ ਕੋਈ ਜੀਵਨ, ਸਿਹਤ ਜਾਂ ਮਾਤੀ ਬਿਮਾਰੀ ਬੀਮਾ ਪਾਲਿਸੀ (ਇਨ-ਫੋਰਸ/ਭੁਗਤਾਨ ਕੀਤਾ) ਤੁਹਾਡੇ ਨਾਮ 'ਤੇ ਹੈ ਜਾਂ ਕੋਈ ਨਾਲ-ਨਾਲ ਪੇਸ਼ਕਸ਼ ਜਮ੍ਹਾਂ ਕੀਤੀ ਹੈ ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਜੀਵਨ ਬੀਮਾ ਕੰਪਨੀ ਨਾਲ ਵਿਚਾਰ ਅਧੀਨ ਹੈ ?		<input type="checkbox"/> ਹਾਂ NO <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ	YES <input type="checkbox"/> ਹਾਂ NO <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ				
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). ਜੇਕਰ ਹਾਂ ਤਾਂ ਜੀਵਨ ਬੀਮਾ ਕੀਤੇ ਜਾਣ ਦੇ ਫਰੇਮ ਵਿੱਚ (ਇਨ-ਫੋਰਸ/ਭੁਗਤਾਨ ਕੀਤਾ) ਦੇ ਮੌਜੂਦਾ ਬੀਮਾ ਕਵਰ ਦੇ ਵੇਰਵੇ ਦਿਓ। ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਨਾਲ ਹੀ ਅਵੀਵਾ ਜੀਵਨ ਬੀਮਾ ਤੋਂ ਪਾਲਿਸੀਆਂ ਨੂੰ ਵੀ ਸ਼ਾਮਿਲ ਕਰੋ।							
a. 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
ਪਹਿਲਾ ਜੀਵਨ							
a.	ਬੀਮਾ ਕੀਤੇ ਜਾਣ ਵਾਲੇ ਦਾ ਨਾਮ	ਪਾਲਿਸੀ ਦੀ ਕਿਸਮ	ਪਾਲਿਸੀ ਦੀ ਸ਼ਰਤ	ਕੁੱਲ ਬੀਮਾਕ੍ਰਿਤ / ਭੁਗਤਾਨ ਕੀਤਾ ਕੁੱਲ ਬੀਮਾਕ੍ਰਿਤ	ਬੀਮੇ ਦਾ ਸਾਲ	ਕੀ ਸਧਾਰਨ ਦਰਾਂ 'ਤੇ ਮਨਜ਼ੂਰ ਕੀਤਾ ਗਿਆ, ਜੇਕਰ ਨਹੀਂ, ਤਾਂ ਵਾਧੂ ਆਯਾਤ ਕੀਤੇ ਖਰਚੇ ਦੱਸੋ	ਕਵਰ ਕੀਤੇ ਰਾਈਡਰ
ਦੂਜਾ ਜੀਵਨ							
a.	ਬੀਮਾ ਕੀਤੇ ਜਾਣ ਵਾਲੇ ਦਾ ਨਾਮ	ਪਾਲਿਸੀ ਦੀ ਕਿਸਮ	ਪਾਲਿਸੀ ਦੀ ਸ਼ਰਤ	ਕੁੱਲ ਬੀਮਾਕ੍ਰਿਤ / ਭੁਗਤਾਨ ਕੀਤਾ ਕੁੱਲ ਬੀਮਾਕ੍ਰਿਤ	ਬੀਮੇ ਦਾ ਸਾਲ	ਕੀ ਸਧਾਰਨ ਦਰਾਂ 'ਤੇ ਮਨਜ਼ੂਰ ਕੀਤਾ ਗਿਆ, ਜੇਕਰ ਨਹੀਂ, ਤਾਂ ਵਾਧੂ ਆਯਾਤ ਕੀਤੇ ਖਰਚੇ ਦੱਸੋ	ਕਵਰ ਕੀਤੇ ਰਾਈਡਰ
b. Total annual premium of Life Insurance Policies in your own name (Rs. Figures) ਤੁਹਾਡੇ ਨਾਮ 'ਤੇ ਜੀਵਨ ਬੀਮਾ ਪਾਲਿਸੀਆਂ ਦੀ ਕੁੱਲ ਕਿਸ਼ਤ (ਰੁ. ਅੰਕ)							

- 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 ☐  
ਹਾਂ ਨਹੀਂ ਹਾਂ ਨਹੀਂ

ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਕਦੀ ਵੀ ਛੋਟੀ-ਮੋਟੀ ਬਿਮਾਰੀ ਤੋਂ ਇਲਾਵਾ ਮਾੜੀ ਬਿਮਾਰੀ ਜਾਂ ਸਿਹਤ ਪਾਲਿਸੀ 'ਤੇ ਕੋਈ ਦਾਅਵਾ ਕੀਤਾ ਹੈ ਜਿਸ ਤੋਂ ਤੁਸੀਂ ਪੂਰਨ ਰਿਕਵਰ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕੀਤਾ? (If yes, please give details)  
ਜੇਕਰ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਵੇਰਵੇ ਦਿਓ

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

YES ☐ NO ☐ YES ☐ NO ☐  
ਹਾਂ ਨਹੀਂ ਹਾਂ ਨਹੀਂ

ਕੀ ਬਹਾਲੀ ਲਈ ਤੁਹਾਡੀ ਪੇਸ਼ਕਸ਼ ਜਾਂ ਦਰਖਾਸਤ ਕਵਰ, ਜੋ ਤੁਸੀਂ ਜੀਵਨ, ਸਿਹਤ ਜਾਂ ਮਾੜੀ ਬਿਮਾਰੀ ਲਈ ਕੀਤੀ, ਨੂੰ ਟਾਲ ਕੇ ਗਿਰਾਵਟ ਲਿਆਂਦੀ ਗਈ ਜਾਂ ਖਾਸ ਸ਼ਰਤਾਂ 'ਤੇ ਮਨਜ਼ੂਰ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਜਾਂ ਕੀ ਕਦੀ ਤੁਸੀਂ ਦਰਖਾਸਤ ਨੂੰ ਹਟਵਾਇਆ।

(If yes, please give details)  
ਜੇਕਰ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਵੇਰਵੇ ਦਿਓ

- e. Are you paying premium for life insurance policies on any other life.  
ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਜੀਵਨ 'ਤੇ ਜੀਵਨ ਬੀਮਾ ਪਾਲਿਸੀਆਂ ਲਈ ਕਿਸ਼ਤਾਂ ਦਾ ਭੁਗਤਾਨ ਕਰ ਰਹੇ ਹੋ।

YES ☐ NO ☐ YES ☐ NO ☐  
ਹਾਂ ਨਹੀਂ ਹਾਂ ਨਹੀਂ

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

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

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

ਪਰਿਵਾਰ ਬੀਮਾ ਵੇਰਵੇ (ਪੂਰਾ ਕੀਤਾ ਜਾਵੇ ਜੇਕਰ ਜੀਵਨ ਬੀਮਾ ਕੀਤੇ ਜਾਣ ਵਾਲਾ ਵਿਦਿਆਰਥੀ ਜਾਂ ਗੈਰ-ਕਮਾਈ ਵਿਅਕਤੀ ਹੈ) ਹੇਠ ਦਿੱਤੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਕੇਵਲ ਜੀਵਨ ਬੀਮਾ ਕੀਤੇ ਜਾਣ ਵਾਲੇ ਸੰਬੰਧੀ ਲੋੜੀਂਦੀ ਹੈ ਨਾ ਕਿ ਪੇਸ਼ਕਰਤਾ ਸੰਬੰਧੀ।

	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										

	ਪਹਿਲਾ ਜੀਵਨ					ਦੂਜਾ ਜੀਵਨ				
	ਕੰਪਨੀ ਦਾ ਨਾਮ	ਪਾਲਿਸੀ ਨੰਬਰ	ਕੁੱਲ ਬੀਮਾਕ੍ਰਿਤ	ਸਥਿਤੀ	ਜਾਰੀ ਕਰਨ ਦਾ ਸਾਲ	ਕੰਪਨੀ ਦਾ ਨਾਮ	ਪਾਲਿਸੀ ਨੰਬਰ	ਕੁੱਲ ਬੀਮਾਕ੍ਰਿਤ	ਸਥਿਤੀ	ਜਾਰੀ ਕਰਨ ਦਾ ਸਾਲ
ਪਿਤਾ										
ਮਾਤਾ										
ਜੀਵਨ ਸਾਥੀ										
ਭਰਾ/ ਭੈਣ										
ਭਰਾ/ ਭੈਣ										
ਭਰਾ/ ਭੈਣ										

## 9. Declaration & Authorization

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

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

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

ਐਲਾਨ ਅਤੇ ਇਖਤਿਆਰੀਕਰਨ

ਮੈਂ/ਅਸੀਂ ਐਲਾਨ ਕਰਦਾ/ਕਰਦੇ ਅਤੇ ਪੁਸ਼ਟੀ ਕਰਦਾ/ਕਰਦੇ ਹਾਂ ਕਿ ਪੇਸ਼ਕਸ਼ ਵਿੱਚ ਸਾਰੇ ਸਵਾਲਾਂ ਦੇ ਉੱਤਰ, ਨੱਥੀ ਪੁਸ਼ਟੀਵਲੀਆਂ ਅਤੇ ਕਿਸੇ ਵੀ ਡਾਕਟਰੀ ਮੁਆਇਨੇ ਦੀਆਂ ਰਿਪੋਰਟਾਂ ਵਿੱਚ ਪੂਰਨ ਵੇਰਵੇ ਮੇਰੇ/ਸਾਡੇ ਸਰਵੋਤਮ ਗਿਆਨ ਤੱਕ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕੀਤੇ ਗਏ ਹਨ ਅਤੇ ਮੈਂ/ਅਸੀਂ ਪੂਰਨ ਤੌਰ 'ਤੇ ਅਜਿਹੇ ਸਵਾਲਾਂ ਦੇ ਉੱਤਰ ਦੇਣ ਸਮੇਂ ਸਵਾਲਾਂ ਨੂੰ ਸਾਰੀਆਂ ਪਦਾਰਥਕ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦਾ ਖੁਲਾਸਾ ਕਰਨ ਦੀ ਮਹੱਤਤਾ ਨੂੰ ਸਮਝ ਲਿਆ ਹੈ। ਮੈਂ/ਅਸੀਂ ਜਾਗਰੂਕ ਹਾਂ ਕਿ ਪਾਲਿਸੀ ਸੀਮਤ ਸਿਤਤ ਸਵਾਲਾਂ ਦੇ ਆਧਾਰ 'ਤੇ ਸਰੋਤ ਹੈ ਅਤੇ ਮੈਂ/ਅਸੀਂ ਐਲਾਨ ਕਰਦੇ ਹਾਂ ਕਿ ਅਵੇਵਾ ਜੀਵਨ ਬੀਮਾ ਕੰਪਨੀ ਭਾਰਤ ਲਿਮਿਟਿਡ (ਬਾਅਦ ਵਿੱਚ "ਕੰਪਨੀ" ਦੇ ਰੂਪ ਵਿੱਚ ਜ਼ਿਕਰ ਕੀਤਾ ਜਾਵੇਗਾ) ਦੁਆਰਾ ਮੇਰੇ/ਸਾਡੇ ਜੀਵਨ 'ਤੇ ਜ਼ੋਖਮ ਦੀ ਪਹੁੰਚ ਲਈ ਕੋਈ ਵੀ ਲੋੜੀਂਦੀ ਪਦਾਰਥਕ ਜਾਣਕਾਰੀ ਮੇਰੇ/ਸਾਡੇ ਵਾਸਤੇ ਰੋਕ ਹੈ।

ਮੈਂ/ਅਸੀਂ ਜੀਵਨ ਬੀਮਾ ਕੀਤੇ ਜਾਣ ਵਾਲੇ ਦੀ ਸਿਹਤ ਦੀ ਸਥਿਤੀ ਵਿੱਚ ਕਿਸੇ ਵੀ ਤਬਦੀਲੀ ਦੇ ਕੰਪਨੀ ਦੀ ਸੂਚਨਾ ਲਈ ਜਾਂ ਇਸ ਪੇਸ਼ਕਸ਼ 'ਤੇ ਦਸਤਖਤ ਕਰਨ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਅਤੇ ਕੰਪਨੀ ਦੁਆਰਾ ਜ਼ੋਖਮ ਦੀ ਮਨਜ਼ੂਰੀ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਮੇਰੇ/ਉਸਦੇ ਕਿੱਤੇ ਲਈ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰੀ ਲੈਂਦਾ/ਲੈਂਦੇ ਹਾਂ।

ਮੈਂ/ਅਸੀਂ ਨਾਲ ਹੀ ਪੁਸ਼ਟੀ ਕਰਦਾ/ਕਰਦੇ ਹਾਂ ਕਿ ਮੈਂ/ਅਸੀਂ ਲਾਭ ਦ੍ਰਿਸ਼ਟਾਂਤ ਨੂੰ ਅਤੇ ਕੰਪਨੀ ਦੁਆਰਾ ਪ੍ਰਕਾਸ਼ਿਤ ਹੋਣ ਦੇ ਰੂਪ ਵਿੱਚ ਵਿੱਕਰੀ ਦ੍ਰਿਸ਼ਟਾਂਤ ਨੂੰ ਪੜ੍ਹ ਅਤੇ ਸਮਝ ਲਿਆ ਹੈ, ਜੋ ਇਸ ਪੇਸ਼ਕਸ਼ ਫਾਰਮ ਦੇ ਨਾਲ ਮੈਨੂੰ/ਸਾਨੂੰ ਸੌਂਪਿਆ ਗਿਆ ਸੀ।

ਮੈਂ/ਅਸੀਂ ਇੱਥੇ ਕੰਪਨੀ ਨੂੰ ਮੇਰੀ/ਸਾਡੀ ਸਿਹਤ ਸਥਿਤੀ ਦਾ ਡਾਕਟਰੀ ਮੁਆਇਨੇ ਦੁਆਰਾ ਸਕੀਨਿੰਗ/ਪੁਸ਼ਟੀ/ਮੁੜ-ਪੁਸ਼ਟੀ ਦਾ ਆਯੋਜਨ ਕਰਨ ਦਾ ਇਖਤਿਆਰ ਦਿੰਦਾ/ਦਿੰਦੇ ਹਾਂ ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਲੈਬਰਟਰੀ ਜਾਂਚ, ਕਾਰਡਿਕ ਰੇਡੀਓਲਾਜ਼ੀਕਲ ਜਾਂਚ ਅਤੇ ਬੈਕਟੀਰੀਓਲ/ ਵਾਇਰਲ/ਫੰਗਲ ਲਾਗਾਂ ਸਹਿਤ ਹੋਰ ਡਾਕਟਰੀ ਜਾਂਚਾਂ ਸ਼ਾਮਿਲ ਹੋ ਸਕਦੀਆਂ ਹਨ। ਮੈਂ/ਅਸੀਂ ਇੱਥੇ 5\*9\*1 ਢੰਗ ਨਾਲ 89: ਜਾਂਚ ਕਰਨ ਦੀ ਸਹਿਮਤੀ ਦਿੰਦਾ/ਦਿੰਦੇ ਹਾਂ। ਮੈਂ/ਅਸੀਂ ਜਾਗਰੂਕ ਹਾਂ ਕਿ ਇਹ ਜਾਂਚ ਕੇਵਲ ਸਕੀਨਿੰਗ ਉਦੇਸ਼ ਲਈ ਹੈ ਨਾ ਕਿ 89: /194\* ਦੀ ਪੁਸ਼ਟੀ ਕਰਨ ਲਈ। ਇਨ੍ਹਾਂ ਜਾਂਚਾਂ ਦੇ ਨਤੀਜਿਆਂ ਦੇ ਆਧਾਰ 'ਤੇ, ਕੰਪਨੀ ਕੋਲ ਜੀਵਨ ਬੀਮੇ ਦੀ ਮੇਰੀ/ਸਾਡੀ ਪੇਸ਼ਕਸ਼ 'ਤੇ ਮਨਜ਼ੂਰੀ, ਰੱਦ ਕਰਨ ਜਾਂ ਵਿਕਲਪੀ ਸ਼ਰਤਾਂ ਦੇ ਅਧਿਕਾਰ ਰਾਖਵੇਂ ਹਨ। ਮੈਂ/ਅਸੀਂ ਸਮਝਦਾ/ਸਮਝਦੇ ਹਾਂ ਕਿ ਇਹ ਜਾਂਚਾਂ ਮੇਰੇ/ਸਾਡੇ ਜ਼ੋਖਮ ਪ੍ਰਫਾਇਲ ਪਹੁੰਚ ਕਰਨ ਲਈ ਕੰਪਨੀ ਦੇ ਦਸਤਖਤ ਕੀਤੀ ਪਾਲਿਸੀ ਅਨੁਸਾਰ ਆਯੋਜਿਤ ਕੀਤੀਆਂ ਜਾ ਰਹੀਆਂ ਹਨ ਅਤੇ ਮੈਂ/ਅਸੀਂ ਇੱਥੇ ਇਸ ਲਈ ਸਹਿਮਤੀ ਦਿੰਦਾ/ਦਿੰਦੇ ਹਾਂ।

ਇਸ ਪੇਸ਼ਕਸ਼ ਦੇ ਅਧੀਨ ਅਤੇ ਇਸ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਕਿਸੇ ਵੀ ਸਮੇਂ ਜ਼ੋਖਮ ਪਹੁੰਚ ਕਰਨ ਲਈ ਕੰਪਨੀ ਨੂੰ ਸਮਰਥ ਕਰਨ ਲਈ, ਮੈਂ/ਅਸੀਂ ਇੱਥੇ ਮੇਰੇ ਸੰਬੰਧੀ ਕਾਰੋਬਾਰ ਦੇ ਭੂਤਕਾਲ ਅਤੇ ਵਰਤਮਾਨੀ ਮਾਲਕ(ਕਾਂ) ਨੂੰ ਮੇਰੇ ਡਾਕਟਰ/ ਹਸਪਤਾਲ/ ਡਾਕਟਰੀ ਸਰੋਤ/ਕੋਈ ਜੀਵਨ ਅਤੇ ਗੈਰ-ਜੀਵਨ ਬੀਮਾ ਐਸੋਸੀਏਸ਼ਨ ਨੂੰ ਰੁਜ਼ਗਾਰ/ਕਾਰੋਬਾਰ ਜਾਂ ਪੇਸ਼ਕਸ਼ ਦੀ ਮਨਜ਼ੂਰੀ ਜਾਂ ਹੋਰ ਲਈ ਉਚਿਤ ਸਮਝ ਜਾ ਸਕਦੇ ਦੇ ਰੂਪ ਵਿੱਚ ਮੇਰੇ ਹੋਰ ਵੇਰਵਿਆਂ ਦੇ ਰਿਕਾਰਡ ਕੰਪਨੀ ਨੂੰ ਦੇਣ ਦਾ ਇਖਤਿਆਰ ਦਿੰਦਾ/ਦਿੰਦੇ ਹਾਂ।

ਮੇਰੀ/ਸਾਡੀ ਪੇਸ਼ਕਸ਼ ਦੇ ਤਹਿਤ ਅਤੇ ਇਸ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਕਿਸੇ ਵੀ ਸਮੇਂ ਜ਼ੋਖਮ ਪਹੁੰਚ ਕਰਨ ਲਈ ਕੰਪਨੀ ਨੂੰ ਸਮਰਥ ਕਰਨ ਲਈ, ਇਸ ਪੇਸ਼ਕਸ਼ ਤੋਂ ਪਾਲਿਸੀ ਨਤੀਜਿਆਂ ਨੂੰ ਜਾਰੀ ਕਰਨ ਅਤੇ ਪ੍ਰਬੰਧ ਕਰਨ ਲਈ ਵਿਸ਼ੇਸ਼ ਅਧਿਕਾਰ ਮੈਂ/ ਅਸੀਂ ਸਹਿਮਤ ਹਾਂ ਅਤੇ ਐਲਾਨ ਕਰਦਾ/ਕਰਦੇ ਹਾਂ ਕਿ ਕੰਪਨੀ ਮੇਰੇ/ਸਾਡੇ (ਜਾਂ ਮੇਰੇ/ਸਾਡੇ ਲਾਭਕਰਤਾ, ਹੋ ਸਕਣ ਦੇ ਮਾਮਲੇ ਵਿੱਚ) ਲਈ ਬਿਨਾਂ ਕਿਸੇ ਜ਼ਿਕਰ ਦੇ, ਪੇਸ਼ਕਸ਼ ਵਿੱਚ ਸ਼ਾਮਿਲ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦਾ ਖੁਲਾਸਾ ਕਰ ਸਕਦੀ ਹੈ, ਅਨੁਬੰਧ, ਕਿਸੇ ਵੀ ਡਾਕਟਰੀ ਮੁਆਇਨੇ/ਲੈਬਰਟਰੀ ਜਾਂਚਾਂ ਜਾਂ ਮੇਰੇ ਦੁਆਰਾ ਜਮ੍ਹਾਂ ਕੀਤੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ / ਜਾਂ ਹੋਰ ਬੀਮਾਕਰਤਾ ਜਾਂ ਮੁੜ ਬੀਮਾਕਰਤਾ ਲਈ ਕੰਪਨੀ ਦੁਆਰਾ ਖਰੀਦੇ, ਕਿਸੇ ਵੀ ਦਾਅਵਾ ਜਾਂਚਕਰਤਾ ਜਾਂ ਕੰਪਨੀ ਦੁਆਰਾ ਕੋਈ ਹੋਰ ਸੇਵਾ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਲਈ। ਇਸੇ ਤਰ੍ਹਾਂ ਕੰਪਨੀ ਪੇਸ਼ਕਸ਼ ਫਾਰਮ, ਅਨੁਬੰਧ ਕਿਸੇ ਵੀ ਡਾਕਟਰੀ ਮੁਆਇਨੇ ਲੈਬਰਟਰੀ ਜਾਂਚਾਂ ਜਾਂ ਮੇਰੇ ਦੁਆਰਾ ਜਮ੍ਹਾਂ ਕੀਤੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਦੀਆਂ / ਜਾਂ ਪਾਲਿਸੀ ਦੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਲਈ ਹੋਰ ਬੀਮਾਕਰਤਾ ਜਾਂ ਮੁੜ ਬੀਮਾਕਰਤਾ ਲਈ ਕੰਪਨੀ ਦੁਆਰਾ ਖਰੀਦੇ, ਕਿਸੇ ਵੀ ਦਾਅਵਾ ਜਾਂਚਕਰਤਾ ਜਾਂ ਕੰਪਨੀ ਦੁਆਰਾ ਕੋਈ ਹੋਰ ਸੇਵਾ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਲਈ ਨਕਲਾਂ ਉਪਲਬਧ ਕਰ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਸੋ ਨਾਲ ਹੀ ਕੰਪਨੀ ਮੇਰੇ/ਸਾਡੇ (ਜਾਂ ਮੇਰੇ/ ਸਾਡੇ ਲਾਭਕਰਤਾ, ਹੋ ਸਕਣ ਦੇ ਮਾਮਲੇ ਵਿੱਚ) ਲਈ ਬਿਨਾਂ ਕਿਸੇ ਜ਼ਿਕਰ ਦੇ, ਕਿਸੇ ਵੀ ਅਦਾਲਤ/ਟ੍ਰਿਬਿਊਨਲ ਜਾਂ ਹੋਰ ਅਥਾਰਿਟੀ ਲਈ ਅਜਿਹੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਜਾਂ ਪੇਸ਼ਕਸ਼, ਅਨੁਬੰਧ, ਕੰਪਨੀ ਦੁਆਰਾ ਲੋੜੀਂਦੀ ਹੋ ਸਕਦੀ ਜਾਂ ਕੰਪਨੀ ਦੁਆਰਾ ਲਾਜ਼ਮੀ ਵਿਚਾਰੀ ਜਾਣ ਦੇ ਰੂਪ ਵਿੱਚ ਰਿਪੋਰਟ ਜਾਂ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਨੂੰ ਪੇਸ਼ ਕਰ ਸਕਦੀ ਹੈ।

ਮੈਂ/ਅਸੀਂ ਐਲਾਨ ਕਰਦਾ/ਕਰਦੇ ਹਾਂ ਕਿ ਪਾਲਿਸੀ ਦੇ ਅਧੀਨ ਭੁਗਤਾਨ ਕੀਤੇ ਜਾਣ ਵਾਲੀ ਪਹਿਲੀ ਕਿਸ਼ਤ ਅਤੇ ਗੈਨਤਿਊਲ ਕਿਸ਼ਤ ਪ੍ਰਤੀ ਜਮ੍ਹਾਂ ਆਮਦਨ ਦੇ ਕਾਨੂੰਨੀ ਨਿਰਧਾਰਿਤ ਸਰੋਤ ਤੋਂ ਹਨ। ਮੇਰੇ/ਸਾਡੇ ਆਪਣੇ ਖਾਤੇ ਦੇ ਇਲਾਵਾ ਕਿਸੇ ਵੀ ਹੋਰ ਖਾਤੇ ਤੋਂ ਕਿਸ਼ਤ ਦੇ ਭੁਗਤਾਨ ਹੋਣ ਦੇ ਮਾਮਲੇ ਵਿੱਚ, ਮੈਂ/ਅਸੀਂ ਸੁਨਿਸ਼ਚਿਤ ਕਰਾਂਗੇ ਕਿ ਅਜਿਹੀਆਂ ਭੁਗਤਾਨ ਆਮਦਨ ਕਰ ਐਕਟ, 1961 ਦੇ ਭਾਗ 80/80 ਦੇ ਅਧੀਨ ਮਨਜ਼ੂਰ ਹੋਵੇ। ਮੈਂ/ਅਸੀਂ ਐਲਾਨ ਕਰਦਾ/ਕਰਦੇ ਹਾਂ ਕਿ ਜੇਕਰ ਮੈਨੂੰ/ਸਾਨੂੰ ਧਨ ਹੋਰਾ-ਫੋਰੀ ਕਾਨੂੰਨ ਦੇ ਵਿਰੋਧ ਸੰਬੰਧੀ ਦੋਸ਼ੀ ਪਾਇਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਕੰਪਨੀ

ਇਸ ਪੇਸ਼ਕਸ਼ ਦੇ ਅਨੁਸਾਰ ਜਾਰੀ ਪਾਲਿਸੀ ਨੂੰ ਰੱਦ ਕਰਨ ਦੇ ਅਧਿਕਾਰਾਂ ਵਿੱਚ ਹੋਵੇਗੀ ਅਤੇ ਸਾਰੀਆਂ ਕਿਸ਼ਤਾਂ ਨੂੰ ਜ਼ਬਤ ਕਰ ਲਵੇਗੀ। ਮੈਂ/ਅਸੀਂ ਇੱਥੇ ਸਮਝਦਾ/ਸਮਝਦੇ ਹਾਂ ਅਤੇ ਸਹਿਮਤ ਹਾਂ ਕਿ ਧੋਖਾਧੜੀ ਅਤੇ ਗਲਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਲਈ ਸਮੇਂ-ਸਮੇਂ ਸ਼ੁੱਧ ਕੀਤੇ ਜਾਣ ਦੇ ਰੂਪ ਵਿੱਚ ਬੀਮਾ ਐਕਟ, 1938 ਦੇ ਭਾਗ 45 ਦੇ ਹੇਠ ਅਨੁਸਾਰ ਨਿਪਟਿਆ ਜਾਵੇਗਾ।

ਮੈਂ/ਅਸੀਂ ਈਮੇਲ ਸਹਿਤ ਇਲੈਕਟ੍ਰਾਨਿਕ ਤਰੀਕੇ ਨੂੰ ਕੰਪਨੀ ਤੋਂ ਅਤੇ ਲਈ ਸੰਚਾਰ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਲਈ ਸਹਿਮਤ ਹਾਂ ਅਤੇ ਪੁਸ਼ਟੀ ਕਰਦਾ/ਕਰਦੇ ਹਾਂ।

ਜੇਕਰ, ਕਿਸੇ ਵੀ ਕਾਰਨ ਇਹ ਪੇਸ਼ਕਸ਼ ਮੇਰੇ ਦੁਆਰਾ ਨਹੀਂ ਭਰਿਆ ਜਾਂਦਾ, ਤਾਂ ਮੈਂ/ਅਸੀਂ ਐਲਾਨ ਕਰਦੇ ਹਾਂ ਕਿ ਬੀਮਾ ਲਈ ਇਸ ਦਰਖਾਸਤ ਦੇ ਤਤਕਰੇ, ਮੇਰੇ/ਸਾਡੇ ਲਈ ਪੂਰਨ ਤੌਰ 'ਤੇ ਵਿਆਖਿਆ ਕੀਤੇ ਗਏ ਹਨ ਅਤੇ ਮੈਂ/ ਅਸੀਂ ਪੂਰਨ ਤੌਰ 'ਤੇ ਖੁਸ਼ਕਸ਼ ਇਕਰਾਰਨਾਮੇ ਦੀ ਮਹੱਤਤਾ ਨੂੰ ਸਮਝਦਾ/ਸਮਝਦੇ ਹਾਂ। ਇਹ ਪੇਸ਼ਕਸ਼ ਫਾਰਮ ਜੀਵਨ ਬੀਮਾ ਪਾਲਿਸੀ ਇਕਰਾਰਨਾਮੇ ਦਾ ਭਾਗ ਹੋਵੇਗਾ, ਜੇਕਰ ਕੰਪਨੀ ਦੁਆਰਾ ਮਨਜ਼ੂਰ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ।

ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਭਰਾਭੇ ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਕਰਨ ਦੇ ਉਚਿਤ ਸਮੇਂ 'ਤੇ ਸਹੀ ਲਗਾਓ

Please tick the suitable timings to contact you:

☐ 9 AM - 12 PM

☐ 12 PM - 4 PM

☐ 4 PM - 7 PM

First Life ਪਹਿਲਾ ਜੀਵਨ

Second Life ਦੂਜਾ ਜੀਵਨ

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

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

ਜੀਵਨ ਬੀਮਾ ਕੀਤੇ ਜਾਣ ਵਾਲੇ ਦੇ ਦਸਤਖਤ/ਐਂਗੂਠ ਦੇ ਨਿਸ਼ਾਨ

ਜੀਵਨ ਬੀਮਾ ਕੀਤੇ ਜਾਣ ਵਾਲੇ ਦੇ ਦਸਤਖਤ/ਐਂਗੂਠ ਦੇ ਨਿਸ਼ਾਨ

Date: \_\_\_\_\_ Place: \_\_\_\_\_  
ਤਾਰੀਖ਼ DD MM YYYY ਸਥਾਨ

Date: \_\_\_\_\_ Place: \_\_\_\_\_  
ਤਾਰੀਖ਼ DD MM YYYY ਸਥਾਨ

Date: \_\_\_\_\_ Place: \_\_\_\_\_  
ਤਾਰੀਖ਼ DD MM YYYY ਸਥਾਨ

## 90. 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).

ਵਾਰਮ ਵਿੱਚ ਐਲਾਨ ਵਿਅਕਤੀ ਦੁਆਰਾ ਭਰਿਆ ਜਾਵੇ (ਜੇਕਰ ਦਸਤਖਤ, ਐਂਗੂਠ ਦੇ ਨਿਸ਼ਾਨ ਮਾਤ-ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਹਨ ਅਤੇ/ਜਾਂ ਪੇਸ਼ਕਸ਼ ਪੇਸ਼ਕਰਤਾ ਦੁਆਰਾ ਨਹੀਂ ਭਰੀ ਗਈ)।

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.

ਮੈਂ ਇੱਥੇ ਐਲਾਨ ਕਰਦਾ ਹਾਂ ਕਿ ਮੈਂ ਬੀਮਾ ਕੀਤੇ ਜਾਣ ਵਾਲੇ/ਪੇਸ਼ਕਰਤਾ ਨੂੰ ਬੀਮਾ ਕੀਤੇ ਜਾਣ ਵਾਲੇ ਲਈ ਪੇਸ਼ਕਸ਼ ਫਾਰਮ ਦੇ ਤਤਕਰੇ ਨੂੰ ਪੂਰਨ ਰੂਪ ਵਿੱਚ ਵਿਆਖਿਆ ਕਰ ਦਿੱਤੀ ਹੈ ਅਤੇ ਇਹ ਕਿ ਉਸਨੇ ਇਸਨੂੰ ਪੂਰਨ ਤੌਰ 'ਤੇ ਸਮਝ ਲਿਆ ਹੈ ਅਤੇ ਮੈਂ ਬੀਮਾ ਕੀਤੇ ਜਾਣ ਵਾਲੇ/ਪੇਸ਼ਕਰਤਾ ਦੁਆਰਾ ਦਿੱਤੇ ਉੱਤਰਾਂ ਨੂੰ ਭਰੋਸੇਯੋਗ ਰਿਕਾਰਡ ਕਰ ਲਿਆ ਹੈ। ਐਲਾਨ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਦਾ ਪਛਾਣ ਸਬੂਤ ਨੱਥੀ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਹੈ।

ਐਲਾਨ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਦਾ ਨਾਮ ਅਤੇ ਪਤਾ  
Declarant's Name and Address

Pin Code

Enclose identity proof of the declarant.  
ਸਥਾਨਕ ਹੱਥ ਲਿਖਤ ਐਲਾਨ

Signature of declarant

ਐਲਾਨ ਕਰਤਾ ਦੇ ਦਸਤਖਤ

Signature of Advisor

ਸਲਾਹਕਾਰ/ਐੱਸ.ਪੀ. ਦੇ ਦਸਤਖਤ

ਸਥਾਨਕ ਹੱਥ ਲਿਖਤ ਐਲਾਨ  
Handwritten Vernacular Declaration

Signature of life to be insured/proposer

ਜੀਵਨ ਬੀਮਾ-ਧਾਰਕ/ਪ੍ਰਸਤਾਵਕਰਤਾ ਦੇ ਦਸਤਖਤ

## ਬੀਮਾ ਅਧਿਨਿਯਮ 1938 ਕੇ ਤਹਤ ਧਾਰਾ 41 ਐਂਡ 45

### Section 41 & 45 of Insurance Act 1938

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

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

41(1)ਭਾਰਤ ਵਿੱਚ, ਕਿਸੀ ਵੀ ਵਿਅਕਤੀ ਨੂੰ, ਭਾਵੇਂ ਸਿੱਧੇ ਜਾਂ ਅਸਿੱਧੇ, ਜੀਵਨ ਜਾਂ ਜਾਇਦਾਦ ਸੰਬੰਧੀ ਕਿਸੇ ਵੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਦੇ ਜ਼ੋਖਮ ਲੈਣ ਜਾਂ ਰੀਨਿਊ ਕਰਵਾਉਣ ਜਾਂ ਜਾਰੀ ਰੱਖਣ ਲਈ ਲਾਲਚ ਦੇਣ ਦੀ ਆਗਿਆ ਨਹੀਂ ਹੋਵੇਗੀ ਜਾਂ ਪੇਸ਼ਕਸ਼ ਨੂੰ ਆਗਿਆ ਨਹੀਂ ਹੋਵੇਗੀ, ਪੂਰੇ ਜਾਂ ਅੱਧੇ ਭੁਗਤਾਨਯੋਗ ਕਮਿਸ਼ਨ ਦੀ ਛੋਟ ਜਾਂ ਪਾਲਿਸੀ 'ਤੇ ਦਿਖਾਏ ਪ੍ਰੀਮੀਅਮ ਦੀ ਛੋਟ, ਨਾਲ ਹੀ ਕੋਈ ਵਿਅਕਤੀ ਕਿਸੇ ਛੋਟ ਨੂੰ ਮਨਜ਼ੂਰ ਕਰਕੇ ਪਾਲਿਸੀ ਨੂੰ ਲੈ ਸਕੇਗਾ ਜਾਂ ਰੀਨਿਊ ਕਰਵਾ ਸਕੇਗਾ ਜਾਂ ਜਾਰੀ ਰੱਖ ਸਕੇਗਾ, ਅਜਿਹੀਆਂ ਛੋਟਾਂ ਤੋਂ ਬਿਨਾਂ ਜਿਸਦੀ ਬੀਮਾਧਾਰਕ ਦੀ ਪ੍ਰਤਿਕ੍ਰਿਆ ਜਾਂ ਤਾਲਿਕਾਵਾਂ ਵਿੱਚ ਪ੍ਰਕਾਸ਼ਿਤ ਕੀਤੇ ਅਨੁਸਾਰ ਆਗਿਆ ਹੋਵੇ।  
ਪ੍ਰਦਾਨ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਕਿ ਜੀਵਨ ਬੀਮਾ ਪਾਲਿਸੀ ਸੰਬੰਧੀ ਕਮਿਸ਼ਨ ਦੇ ਬੀਮਾ ਏਜੰਟ ਦੁਆਰਾ ਖੁਦ ਆਪਣੇ ਜੀਵਨ 'ਤੇ ਲਈ ਮਨਜ਼ੂਰੀ ਨੂੰ ਪ੍ਰੀਮੀਅਮ ਦੀ ਛੋਟ ਦੀ ਮਨਜ਼ੂਰੀ ਦੇ ਰੂਪ ਵਿੱਚ ਨਹੀਂ ਵਿਚਾਰਿਆ ਜਾਵੇਗਾ, ਇਸ ਉੱਪ-ਸੈਕਸ਼ਨ ਦਾ ਮਤਲਬ ਹੈ ਕਿ ਜੇਕਰ ਅਜਿਹੀ ਮਨਜ਼ੂਰੀ ਦੇ ਸਮੇਂ ਬੀਮਾ ਏਜੰਟ ਤਜਵੀਜ਼ੀ ਪੈਦਾ ਹੋ ਰਹੀਆਂ ਹਾਲਾਤਾਂ ਦੀ ਸੰਤੁਸ਼ਟੀ ਕਰਦਾ ਹੈ ਕਿ ਉਹ ਬੀਮਾਧਾਰਕ ਦੁਆਰਾ ਨਿਯੁਕਤ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਪ੍ਰਮਾਣਿਕ ਬੀਮਾ ਏਜੰਟ ਹੈ।

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

(2) ਕੋਈ ਵੀ ਵਿਅਕਤੀ ਇਸ ਸੈਕਸ਼ਨ ਦੀਆਂ ਰਸਦਾਂ ਦੀ ਪਾਲਣਾ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਡਿਫਾਲਟ ਪਾਇਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਤਾਂ ਹਰਜ਼ਾਨੇ ਲਈ ਜਵਾਬਦੇਹ ਹੋਵੇਗਾ ਜੋ ਉਹ ਦਸ ਲੱਖ ਰੁਪਏ ਤੋਂ ਜ਼ਿਆਦਾ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ।

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

45 (1) ਕੋਈ ਵੀ ਜੀਵਨ ਬੀਮਾ ਪਾਲਿਸੀ ਦੀ ਮਿਤੀ ਤੋਂ ਤਿੰਨ ਸਾਲ ਦੀ ਸਮਾਪਤੀ ਦੇ ਬਾਅਦ ਕਿਸੇ ਵੀ ਸਮੇਂ ਸਵਾਲ ਵਿੱਚ ਕਾਲ ਨਹੀਂ ਕੀਤਾ ਜਾਵੇਗਾ ਭਾਵ ਪਾਲਿਸੀ ਜਾਰੀ ਕਰਨ ਦੀ ਮਿਤੀ ਤੋਂ ਜਾਂ ਜ਼ੋਖਮ ਦੇ ਆਰੰਭ ਦੀ ਮਿਤੀ ਜਾਂ ਪਾਲਿਸੀ ਦੇ ਮੁੜ-ਚਾਲੂ ਕਰਨ ਦੀ ਮਿਤੀ ਤੋਂ ਜਾਂ ਪਾਲਿਸੀ ਰਾਈਡਰ ਦੀ ਮਿਤੀ ਤੋਂ, ਜੋ ਵੀ ਬਾਅਦ ਵਿੱਚ ਆਵੇ

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

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

(2) ਕੋਈ ਵੀ ਜੀਵਨ ਬੀਮਾ ਪਾਲਿਸੀ ਨੂੰ ਜਾਰੀ ਕਰਨ ਦੀ ਮਿਤੀ ਤੋਂ ਜਾਂ ਜ਼ੋਖਮ ਦੇ ਆਰੰਭ ਦੀ ਮਿਤੀ ਜਾਂ ਪਾਲਿਸੀ ਦੇ ਮੁੜ-ਚਾਲੂ ਕਰਨ ਦੀ ਮਿਤੀ ਤੋਂ ਜਾਂ ਪਾਲਿਸੀ ਰਾਈਡਰ ਦੀ ਮਿਤੀ ਤੋਂ, ਜੋ ਵੀ ਬਾਅਦ ਵਿੱਚ ਆਵੇ, ਪੈਂਦੇ ਦੇ ਸਮੇਂ ਤਿੰਨ ਸਾਲ ਦੇ ਅੰਦਰ ਕਿਸੇ ਵੀ ਸਮੇਂ ਸਵਾਲ ਵਿੱਚ ਕਾਲ ਨਹੀਂ ਕੀਤਾ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਕਿ ਬੀਮਾਧਾਰਕ ਨੂੰ ਗਰਾਉਂਡ ਅਤੇ ਪਦਾਰਥਾਂ 'ਤੇ ਲਏ ਅਜਿਹੇ ਫੈਸਲੇ ਦੇ ਆਧਾਰ 'ਤੇ ਬੀਮਾਕ੍ਰਿਤ ਜਾਂ ਕਾਨੂੰਨੀ ਪ੍ਰਤਿਨਿਧ ਜਾਂ ਨਾਮਜ਼ਦ ਜਾਂ ਜਾਇਦਾਦ-ਭਾਗੀ ਨੂੰ ਲਿਖਤੀ ਸੰਚਾਰ ਕਰਨਾ ਹੋਵੇਗਾ।

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

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

(3) ਬਾਵਜੂਦ ਇਸਦੇ ਕਿ ਉੱਪ-ਸੈਕਸ਼ਨ (2) ਵਿੱਚ ਸ਼ਾਮਿਲ ਕੋਈ ਵੀ ਚੀਜ਼, ਕੋਈ ਵੀ ਬੀਮਾਧਾਰਕ ਧੋਖਾਧੜੀ 'ਤੇ ਜੀਵਨ ਬੀਮਾ ਪਾਲਿਸੀ ਨੂੰ ਰੱਦ ਨਹੀਂ ਕਰ ਸਕੇਗਾ ਜੇਕਰ ਬੀਮਾਕ੍ਰਿਤ ਸਾਬਤ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ ਕਿ ਪਦਾਰਥੀ ਤੱਤ ਦਾ ਗਲਤ-ਬਿਆਨ ਜਾਂ ਦਮਨ ਉਸਦੇ ਗਿਆਨ ਅਤੇ ਯਕੀਨ ਅਨੁਸਾਰ ਸਹੀ ਸੀ ਜਾਂ ਕੋਈ ਜਾਣ-ਬੁਝ ਕੇ ਤੱਤ ਦਾ ਦਮਨ ਕਰਨ ਦਾ ਇਰਾਦਾ ਨਹੀਂ ਸੀ ਜਾਂ ਇਹ ਕਿ ਅਜਿਹਾ ਪਦਾਰਥੀ ਤੱਤ ਦਾ ਗਲਤ-ਬਿਆਨ ਜਾਂ ਦਮਨ ਬੀਮਾਧਾਰਕ ਨੂੰ ਪਤਾ ਹੈ।

ਪ੍ਰਦਾਨ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਧੋਖਾਧੜੀ ਦੇ ਮਾਮਲੇ ਵਿੱਚ, ਲਾਭਕਰਤਾਵਾਂ ਉੱਪਰ ਝੂਠਾਂ ਦਾ ਖੰਡਨ ਕਰਨ ਦੀ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰੀ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਜੇਕਰ ਪਾਲਿਸੀਹੋਲਡਰ ਜ਼ਿੰਦਾ ਨਹੀਂ ਹੈ

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

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

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

(4) ਕੋਈ ਵੀ ਜੀਵਨ ਬੀਮਾ ਪਾਲਿਸੀ ਨੂੰ ਜਾਰੀ ਕਰਨ ਦੀ ਮਿਤੀ ਤੋਂ ਜਾਂ ਜ਼ੋਖਮ ਦੇ ਆਰੰਭ ਦੀ ਮਿਤੀ ਜਾਂ ਪਾਲਿਸੀ ਦੇ ਮੁੜ-ਚਾਲੂ ਕਰਨ ਦੀ ਮਿਤੀ ਤੋਂ ਜਾਂ ਪਾਲਿਸੀ ਨੂੰ ਚਲਾਉਣ ਦੀ ਮਿਤੀ ਤੋਂ, ਜੋ ਵੀ ਬਾਅਦ ਵਿੱਚ ਆਵੇ, ਪੈਂਦੇ ਦੇ ਸਮੇਂ ਤਿੰਨ ਸਾਲ ਦੇ ਅੰਦਰ ਕਿਸੇ ਵੀ ਸਮੇਂ ਸਵਾਲ ਵਿੱਚ ਕਾਲ ਨਹੀਂ ਕੀਤਾ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ ਕਿ ਬੀਮਾਕ੍ਰਿਤ ਦੇ ਜੀਵਨ ਦੀ ਉਮੀਦ ਲਈ ਤੱਤ ਪਦਾਰਥ ਦਾ ਕੋਈ ਵੀ ਬਿਆਨ ਜਾਂ ਦਮਨ ਪ੍ਰਸਤਾਵ ਵਿੱਚ ਜਾਂ ਹੋਰ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਵਿੱਚ ਗਲਤ ਨਹੀਂ ਸੀ ਜਿਸ ਦੇ ਆਧਾਰ 'ਤੇ ਪਾਲਿਸੀ ਜਾਰੀ ਕੀਤੀ ਗਈ ਜਾਂ ਮੁੜ-ਚਾਲੂ ਕੀਤੀ ਗਈ ਜਾਂ ਰਾਈਡਰ ਜਾਰੀ ਕੀਤਾ ਗਿਆ:

ਪ੍ਰਦਾਨ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਕਿ ਬੀਮਾਧਾਰਕ ਨੂੰ ਗਰਾਉਂਡ ਅਤੇ ਪਦਾਰਥਾਂ 'ਤੇ ਲਏ ਅਜਿਹੇ ਫੈਸਲੇ ਦੇ ਆਧਾਰ 'ਤੇ ਬੀਮਾਕ੍ਰਿਤ ਜਾਂ ਕਾਨੂੰਨੀ ਪ੍ਰਤਿਨਿਧ ਜਾਂ ਨਾਮਜ਼ਦ ਜਾਂ ਜਾਇਦਾਦ-ਭਾਗੀ ਨੂੰ ਲਿਖਤੀ ਸੰਚਾਰ ਕਰਨਾ ਹੋਵੇਗਾ ਜਿਸ 'ਤੇ ਜੀਵਨ ਬੀਮਾ ਪਾਲਿਸੀ ਨੂੰ ਰੱਦ ਕਰਨ ਦਾ ਫੈਸਲਾ ਆਧਾਰਿਤ ਹੁੰਦਾ ਹੈ:

ਪ੍ਰਦਾਨ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਕਿ ਪਦਾਰਥ ਤੱਤ ਦੇ ਗਲਤ ਬਿਆਨ ਜਾਂ ਦਮਨ ਦੇ ਆਧਾਰ 'ਤੇ, ਨਾ ਕਿ ਧੋਖਾਧੜੀ ਦੇ ਆਧਾਰ 'ਤੇ, ਪਾਲਿਸੀ ਨੂੰ ਰੱਦ ਕੀਤੇ ਜਾਣ ਦੇ ਮਾਮਲੇ ਵਿੱਚ ਪਾਲਿਸੀ 'ਤੇ ਰੱਦ ਕੀਤੇ ਜਾਣ ਦੀ ਮਿਤੀ ਤੱਕ ਇੱਕਤਰ ਕੀਤੀ ਕਿਸ਼ਤ ਬੀਮਾਕ੍ਰਿਤ ਜਾਂ ਕਾਨੂੰਨੀ ਪ੍ਰਤਿਨਿਧ ਜਾਂ ਨਾਮਜ਼ਦ ਜਾਂ ਬੀਮਾਧਾਰਕ ਦੇ ਜਾਇਦਾਦ-ਭਾਗੀ ਨੂੰ ਅਜਿਹੇ ਰੱਦ ਕੀਤੇ ਜਾਣ ਦੀ ਮਿਤੀ ਤੋਂ ਨੌਂ ਦਿਨਾਂ ਦੇ ਅੰਦਰ ਭੁਗਤਾਨ ਕਰ ਦਿੱਤਾ ਜਾਵੇਗਾ।

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

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

(5) ਇਸ ਸੈਕਸ਼ਨ ਵਿੱਚ ਕੁੱਝ ਵੀ ਬੀਮਾਧਾਰਕ ਨੂੰ ਕਿਸੇ ਵੀ ਸਮੇਂ 'ਤੇ ਉਮਰ ਦਾ ਸਬੂਤ ਦੇਣ ਲਈ ਬੁਲਾਏ ਜਾਣ ਤੋਂ ਨਹੀਂ ਰੋਕਦਾ ਜੇਕਰ ਉਹ ਅਜਿਹਾ ਕਰਨ ਦਾ ਹੱਕਦਾਰ ਹੈ, ਅਤੇ ਨਾ ਹੀ ਕੋਈ ਪਾਲਿਸੀ ਨੂੰ ਸਵਾਲ ਵਿੱਚ ਕਾਲ ਕੀਤੇ ਜਾਣ ਲਈ ਵਿਚਾਰਿਆ ਜਾਵੇਗਾ ਕਿਉਂਕਿ ਪਾਲਿਸੀ ਦੀਆਂ ਸ਼ਰਤਾਂ ਆਗਾਮੀ ਸਬੂਤ 'ਤੇ ਅਨੁਕੂਲ ਕੀਤੀਆਂ ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ ਕਿ ਪ੍ਰਸਤਾਵ ਵਿੱਚ ਦੱਸੀ ਗਈ ਜੀਵਨ ਬੀਮਾਕ੍ਰਿਤ ਦੀ ਉਮਰ ਗਲਤ ਸੀ।

ਸੈਕਸ਼ਨ 45 ਦੇ ਮੁਕੰਮਲ ਟੈਕਸਟ ਲਈ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਬੀਮਾ ਐਕਟ, 1938 ਸਮੇਂ-ਸਮੇਂ 'ਤੇ ਸੋਧ ਕੀਤੇ ਗਏ ਨੂੰ ਦੇਖੋ