

IN UNIT LINKED PLANS, THE INVESTMENT RISK IN INVESTMENT PORTFOLIO IS BORNE BY THE POLICYHOLDER (APPLICABLE FOR ULIP POLICY)

యూనిట్ లింక్డ్ ప్లాన్స్ లో ఇన్వెస్ట్మెంట్ పోర్ట్ ఫోలియో కి సంబంధించిన ఇన్వెస్ట్మెంట్ రిస్క్స్ ని పాలీసీ దారులే భరించాలి (యూలిప్ పాలీసీకి ఇది వర్తిస్తుంది)

FOR OFFICE USE ONLY -కివలం ఆఫీస్ ఉపయోగం కోసమే Ver 3.8

Customer I.D నైట్ ఐడి:

Policy no. పాలీసీ సంఖ్య

Proposal Number ప్రతిపాదన సంఖ్య	NUP
------------------------------------	-----

For Existing Customer
ఇప్పటికే ఉన్న వినియోగదారు కోసం

For Bancassurance Channel Only హామీ చానెల్ కేవలం బ్యాంకుల కోసం

బ్యాంకు భాగస్వామి

Bank Partner

బ్యాంకు బ్రాంచి కోడ్

Bank Branch Code

కస్టమర్ విభాగం

Customer Segment

ఎస్పీ సర్టిఫికేట్ నెం.

SP Certificate No

SECTOR ☐ Urban ☐ Rural ☐ Social ☐ NRI

Unique Village Code

ప్రత్యేకమైన గ్రామం కోడ్

Product Name ఉత్పత్తి పేరు

PROPOSAL DEPOSIT DETAILS ప్రతిపాదిత డిపాజిట్ వివరాలు

Cheque/DD No. చెక్కు/ డిడి నెంబరు

Voucher Number వోచర్ నంబర్

Date వోచర్ నంబర్

Amount నగదు

Drawn on డ్రా చేసిన తేదీ

సేబ్బంది

STAFF ☐

హెచ్ఎస్ఐ

HNI ☐

Proposal Form ప్రతిపాదన

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- In the event the Proposal is withdrawn by the Proposer before issuance of the Policy, the Company shall refund the application money after deduction of the expenses incurred on medical examination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

సూచనలు:

ఉత్పత్తి(ల)కి సంబంధించిన వివరాలతో ప్రతిపాదకుడు తప్పనిసరిగా సంతృప్తి చెందాలి, ఉత్పత్తి(ల)కి సంబంధించి కీలక వివరాలతో కూడిన బ్రోచర్ మీద దృష్టి సారించాలి.

పూర్వయిన ప్రతిపాదన మరియు మొదటి చెల్లింపులకు సంబంధించి కంపెనీ ఇచ్చే రిసిప్ట్, రిస్క్ ని తక్కువగా అంచనా పేసేందుకు కంపెనీ తరఫున ఎటువంటి బాధ్యత తీసుకోబడదు, రిస్క్ ని తక్కువ అంచనా పేసినప్పుడు మరియు పాలీసీని జారీ చేసిన సమయం వరకూ మాత్రం కంపెనీ ఎటువంటి బాధ్యత వహించదు.

ప్రతిపాదన పూర్వయిన రోజున యూనిట్లు కిటాయించబడతాయి మరియు ప్రీమియం కి దరఖాస్తు నగదుని సర్దుబాటు చేయ్యడం ద్వారా పాలీసీగా మారుతుంది. (యూలిప్ పాలీసీకి వర్తిస్తుంది)

మొదటి చెల్లింపు ఈ ప్రతిపాదనతో జతచేయాలి మరియు నగదుగా, డ్రాస్ చేసి లేదా డిమాండ్ డ్రాఫ్ట్ రూపంలో బ్రాండ్ అఫీస్ వద్దయినా లేదా కంపెనీ ఆమోదించిన మరే ఇతర విధంగా అయినా అవివాల్ ఖాతాలో ప్రవేశపెట్టే సరిపోతుంది.

నగదు డిపాజిట్ కోసం, రిఫండ్/ప్రీమియం డిమాండ్ చెక్కు ద్వారా మాత్రమే జరుగును.

గ్లాస్ బీమా చట్టం లోని సెక్షన్ 43 ప్రకారం సమయానుకూలంగా సవరించిన విధంగా, ఈ ప్రతిపాదనని కంపెనీ రాసేలా పూర్తి మరియు ఖచ్చితమైన సమాచారాన్ని ప్రతిపాదకుడు అందించాలి.

వయసు దృవీకరణ తప్పనిసరి.

ప్రతిపాదన వత్తంలో ఏదైనా మార్పులు/దిద్దుబాట్లు/ఇంకా మార్పు జరిగితే, దయచేసి మళ్ళీ సంతకం చేయండి.

కంపెనీ కోసం ఉద్దేశించిన నగదు లేదా బేరర్ చెక్కుని నెరవేరుచేయడానికి సలహాదారుకి ఎటువంటి అధికారం లేదు.

పాలీసీ జారీ చేసే ముందే ప్రతిపాదకుడు ప్రతిపాదనని ఉపసంహరించుకున్న సాధ్యమైనట్లైతే, ప్రతిపాదకుడు యొక్క ప్రత్యేక పరిశీలనకు తీసి, కంపెనీ దరఖాస్తు నగదుని రిఫండ్ ఇవ్వాలి.

ఒక నిర్దిష్టమైన విభాగం మీకు వర్తించకపోతే దయచేసి "బి" లేదా "-" అని రాయండి మరియు ప్రతిపాదన వత్తాన్ని పూర్తిగా నింపవలెను.

దృవీకరణ ప్రక్రియల కోసం అవివాల్ మిమ్మల్ని సంప్రదిస్తుంది, అదే మీ సంప్రదింపుకి ఆధారమౌతుంది.

క్రెడిట్ తేదీ/రాసిన తేదీ/దృవీకరణ తేదీ, ఏది తర్వాత అయితే దానికి తదుపరి బాంబు ఉంటుంది.

ప్రయోజన ఉదాహరణ అసెట్ ఈ అప్లికేషన్ లోని అంతర్భాగం. దీన్ని పాలీసీదారు సంతకం చేయాలి.

రైడర్లు తప్పనిసరి కాదు మరియు అదనపు ధరకి అందుబాటులో ఉంటాయి.

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

బీమా చెయ్యవలసిన మొదటి వ్యక్తి వివరాలు - కీవలం పెద్ద అక్షరాలలోనే నింపండి

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.

పూర్తి పేరు ఫోటో సర్టిఫికేట్ లో మీ పేరు ఈ విధంగా కనిపిస్తుంది. దయచేసి పేరులోని ఒక్కో భాగం మధ్య ఖాళీని ఉంచండి.

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

టైటల్ మిస్టర్/మిస్/మిస్/డాక్టర్

First Name మొదటి పేరు

Middle Name మధ్య పేరు

Surname ఇంటి పేరు

Affix Photo

ఫోటో అంటించండి

1.2 Maiden Name (in case of married female life to be insured) పుట్టింటి పేరు (ఒకవేళ పెళ్లయిన స్త్రీ జీవితం బీమా చేస్తుంటే)

Title : Ms. / Dr.

టైటల్ మిస్/డాక్టర్

First Name మొదటి పేరు

Middle Name మధ్య పేరు

Surname ఇంటి పేరు

1.3 Father's Name

Title : Mr. / Dr.

టైటల్ మిస్/డాక్టర్

First Name మొదటి పేరు

Middle Name మధ్య పేరు

Surname ఇంటి పేరు

1.4 Date of Birth పుట్టినతేదీ

Date తేదీ Month నెల Year సంవత్సరం

1.5 Gender లింగం:

☐ Male పురుషుడు☐ Female స్త్రీ

1.6 Marital Status

☐ Unmarried అవివాహితులు☐ Married వివాహితులు☐ Widow(er) విధవా (భార్యనిహితుడు)☐ Divorced విడాకులు పొందిన వ్యక్తి

1.7 No. of Children సంవత్సరం

Greater than 3 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3

NA

1.8 Nationality జాతీయత

☐ Indian భారతీయ☐ Foreign National¹ విదేశీ దేశస్థులు☐ Person of Indian Origin¹ భారతీయ మూలాలు కలిగిన వ్యక్తి¹Specify Nationality

జాతీయతను తెలపండి

1.9 Residential Status

నివాస స్థితి

☐ Residing in India

భారతదేశంలో నివసిస్తున్నారు

☐ Not Residing in India¹

భారతదేశంలో నివసించడం లేదు

Specify Country of residence

నివసిస్తున్న దేశం తెలపండి

1.10 Communication Address

సమాచార చిరునామా

☐ Residence

ఇల్లు

☐ Permanent

శాశ్వత

☐ Office

ఆఫీస్

1.11 Current Residential Address

ప్రస్తుత చిరునామా

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

{ చిరునామా యొక్క ఒక్క భాగం మధ్యలో దయచేసి ఒక ఖాళీని ఉంచండి }

Address

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

చిరునామా

(దయచేసి అవసరమైన చోట్లలో ఇ/ని,బ/ని,లి/ని,బ/ని,అ/ని,ద/ని ని జతచేయండి)

Landmark

అనవాలు

Pin Code

పిన్ కోడ్

City/Village

డియి/గ్రామం

District

జిల్లా

State

రాష్ట్రం

Phone

ఫోన్

STD Code

ఎస్టిడి కోడ్

Phone No.

ఫోన్ నెం.

Mobile

మొబైల్

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

మీరు భారతీయులు లేదా భారతీయ మూలాలు కలిగిన వ్యక్తి అయి ఉండి, భారతదేశంలో నివసించని వ్యక్తులలో, దయచేసి ఎన్ఆర్ఐ ప్రశ్నావళిని నింపండి.

1.12 Permanent Address

(IF DIFFERENT FROM CURRENT RESIDENTIAL ADDRESS)

ప్రస్తుత నివాస చిరునామా కాకపోతే

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

చిరునామా

(దయచేసి అవసరమైన చోట్లలో ఇ/ని,బ/ని,లి/ని,బ/ని,అ/ని,ద/ని ని జతచేయండి)

Landmark

అనవాలు

Pin Code

పిన్ కోడ్

City/Village

డియి/గ్రామం

District

జిల్లా

State

రాష్ట్రం

Phone

ఫోన్

STD Code

ఎస్టిడి కోడ్

Phone No.

ఫోన్ నెం.

Mobile

మొబైల్

1.13 Educational Qualification

విద్యా అర్హత

☐ Post Graduate

పోస్ట్ గ్రాడ్యుయేట్

☐ Graduate

గ్రాడ్యుయేట్

☐ Diploma

డిప్లొమా

☐ 12th Pass

12 వ తరగతి ఉత్తీర్ణం

☐ Below 12th

12 వ తరగతి కంటే తక్కువ

☐ Others (Specify)

ఇతరత్రా (వివరించండి)

1.14 Occupation

వృత్తి

☐ Salaried

జీతం సంపాదిస్తున్నారు

☐ Business Owner

వ్యాపార యజమాని

☐ Self-employed

స్వయం-ఉపాధి

☐ Student

విద్యార్థి

☐ Housewife

గృహిణి

☐ Retired/Pensioner

ఉద్యోగ విరమణ అయ్యారు/ పింఛను తీసుకుంటున్నారు

☐ Agriculturist

వ్యవసాయం సాగు చేస్తున్నారు

☐ Others (Specify)

ఇతరత్రా (వివరించండి)

If student (a) Course presently pursuing

విద్యార్థి అయితే ప్రస్తుతం చేస్తున్న కోర్సు

(b) Name of Institution

సంస్థ పేరు

(c) Duration of Course

కోర్సు వ్యవధి

Work details of life to be insured

విధుల యొక్క అనల్లిన స్వభావం

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

ద్యోతనీయ యొక్క ఖచ్చితమైన స్వభావం వివరాలు ఇవ్వండి ఉదా: ఆహార ధాన్యాల లేదా వస్త్ర పరిశ్రమ వ్యాపారం, ట్యాక్సీ డ్రైవర్ లేదా వజ్ర ఎగుమతుల వ్యాపారం మొదలైనవి.

1.16 Your Designation

మీ హోదా

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

If yes, please give details.

మీ వృత్తిలో ఏదైనా నిర్దిష్టమైన ప్రమాదాలు ఉంటాయా (ఉదా. రసాయన కర్మాగారం, గనులు, పేలుడు పదార్థాలు, ప్రమాదకర రసాయనాలు మొదలైనవి), ఒకవేళ సమాధానం అవును అయిన వ్యక్తుల దయచేసి వివరాలు ఇవ్వగలరు

1.18 Name of Organisation/Business

సంస్థ / వ్యాపారం పేరు

Address

సంస్థ / వ్యాపారం పేరు

Landmark

అనవాలు

Pin Code

పిన్ కోడ్

City/Village

డియి/గ్రామం

District

జిల్లా

State

రాష్ట్రం

Phone

ఫోన్

STD Code

ఎస్టిడి కోడ్

Phone No.

ఫోన్ నెం.

Mobile

మొబైల్

1.19 Life Assured's Annual Income Rs. :

జీవిత బీమా చేయించుకున్న వ్యక్తి వార్షిక ఆదాయం రూ:

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

సంపాదించని వ్యక్తులలో, రోగి లేదా భాగస్వామి వార్షిక ఆదాయం రూ.

1.20 E-mail ID

ఈమెయిల్ ఐడి

1.21 Age proof

వయసు ధృవీకరణ

☐ School/College Certificate

స్కూల్/కాలేజీ సర్టిఫికేట్

☐ Municipal Records

మున్సిపల్ రికార్డులు

☐ Defence ID Card

డిఫెన్స్ ఐడి కార్డు

☐ Passport

పాస్ పోర్ట్

☐ Others (Specify)

ఇతరత్రా (వివరించండి)

1.22 Income Tax PAN Number

ఆదాయపు పన్ను PAN నంబరు

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

ఒకవేళ ఉంటే బీమా చెయ్యవలసిన రెండో వ్యక్తి వివరాలు కేవలం పెద్ద అక్షరాల్లోనే నింపండి

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.

పూర్తి పేరు ఫాంప్ సర్టిఫికేట్ లో మీ పేరు ఈ విధంగా కనిపిస్తుంది. దయచేసి పేరులోని ఒక్కో భాగం మధ్య ఖాళీని ఉంచండి.

Title : Mr. / Mrs. / Ms. / Dr. టైటల్ మిస్టర్/మిస్/మిస్/డాక్టర్

First Name మొదటి పేరు

Middle Name మధ్య పేరు

Surname ఇంటి పేరు

2.2 Maiden Name (in case of married female life to be insured) పుట్టింటి పేరు (ఒకవేళ పెళ్లయిన స్త్రీ జీవితం బీమా చేస్తుంటే)

Title : Mr. / Mrs. / Ms. / Dr. టైటల్ మిస్టర్/మిస్/మిస్/డాక్టర్

First Name మొదటి పేరు

Middle Name మధ్య పేరు

Surname ఇంటి పేరు

2.3 Father's Name తండ్రి పేరు

Title : Mr. / Mrs. / Ms. / Dr. టైటల్ మిస్టర్/మిస్/మిస్/డాక్టర్

First Name మొదటి పేరు

Middle Name మధ్య పేరు

Surname ఇంటి పేరు

2.4 Date of Birth పుట్టినతేదీ

Date తేదీ Month నెల Year సంవత్సరం

1.5 Gender లింగం:

☐ Male పురుషుడు
☐ Female స్త్రీ

1.6 Marital Status

☐ Unmarried అవివాహితులు
☐ Married వివాహితులు
☐ Widow(er) విడాకులు పొందిన వ్యక్తి

1.7 No. of Children సంవత్సరం

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3
Greater than 3 పెద్ద సంఖ్య ☐ NA

2.8 Nationality జాతీయత

☐ Indian భారతీయ

☐ Foreign National¹ విదేశీ దేశస్థులు

☐ Person of Indian Origin¹ భారతీయ మూలాలు కలిగిన వ్యక్తి

¹Specify Nationality జాతీయతను తెలపండి

2.9 Residential Status నివాస స్థితి

☐ Residing in India భారతదేశంలో నివసిస్తున్నారు

☐ Not Residing in India¹ భారతదేశంలో నివసించడం లేదు

¹Specify Country of residence నివసిస్తున్న దేశం తెలపండి

2.10 Educational Qualification విద్యా అర్హత

☐ Post Graduate పోస్ట్ గ్రాడ్యుయేట్

☐ Graduate గ్రాడ్యుయేట్

☐ Diploma డిప్లొమా

☐ 12th Pass 12 వ తరగతి ఉత్తీర్ణం

☐ Below 12th 12 వ తరగతి కంటే తక్కువ

☐ Others (Specify) ఇతరత్రా (వివరించండి)

2.11 Occupation వృత్తి

☐ Salaried జీతం సంపాదిస్తున్నారు

☐ Business Owner వ్యాపార యజమాని

☐ Self-employed స్వయం-ఉపాధి

☐ Student విద్యార్థి

☐ Housewife గృహిణి

☐ Retired/Pensioner ఉద్యోగ విరమణ ఆయన/ పంపన తీసుకుంటున్నారు

☐ Agriculturist వ్యవసాయం సాగు చేస్తున్నారు

☐ Others (Specify) ఇతరత్రా (వివరించండి)

If student (a) Course presently pursuing విద్యార్థి అయితే ప్రస్తుతం చేస్తున్న కోర్సు, (b) Name of Institution సంస్థ పేరు, (c) Duration of Course విద్యార్థి అయితే ప్రస్తుతం చేస్తున్న కోర్సు సంస్థ పేరు కోర్సు వ్యవధి

2.12 Relationship with the first life to be insured ఇతరత్రా (వివరించండి)

Work details of life to be insured

విధుల యొక్క అసలైన స్వభావం

2.13 Exact Nature of Duties డ్యూటీల యొక్క ఖచ్చితమైన స్వభావం

2.14 Your Designation మీ హోదా

2.15 Is your occupation associated with any specific hazard (e.g. Chemical factory, mines, explosives, corrosive chemicals etc.) YES ఆవును NO కారు

If yes, please give details.

మీ వృత్తితో ఏదైనా నిర్దిష్టమైన ప్రమాదాలు ఉంటాయా (ఉదా. రసాయన కర్మాగారం, గనులు, పేలుడు వదార్గాలు, ప్రమాదకర రసాయనాలు మొదలైనవి) ఒకవేళ సమాధానం ఆవును అయిన వక్షంలో దయచేసి వివరాలు ఇవ్వగలరు

1.18 Name of Organisation/Business సంస్థ / వ్యాపారం పేరు

Address

సంస్థ / వ్యాపారం పేరు

Landmark

అనవారు

Pin Code

పిన్ కోడ్

City/Village ఊరు/గ్రామం

District జిల్లా

State రాష్ట్రం

Phone ఫోన్

STD Code ఎస్టిడి కోడ్

Phone No. ఫోన్ నెం.

Mobile

మొబైల్

1.19 Life Assured's Annual Income Rs. :

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

జీవిత బీమా చేయించుకునే వ్యక్తి వార్షిక ఆదాయం రూ:

సంపాదించని వక్షంలో, రోగి లేదా భాగస్వామి వార్షిక ఆదాయం రూ.

1.20 E-mail ID ఈమెయిల్ ఐడి

1.21 Age proof వయసు ధృవీకరణ

☐ School/College Certificate స్కూల్/కాలేజి సర్టిఫికేట్

☐ Municipal Records మున్సిపల్ రికార్డులు

☐ Defence ID Card డిఫెన్స్ ఐడి కార్డు

☐ Passport పాస్ పోర్ట్

☐ Others (Specify) ఇతరత్రా (వివరించండి)

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)

ప్రతిపాదకుడు వివరాలు (భీమా చెయ్యబడే వ్యక్తి కాకపోతే)

3.1 Status

స్థితి

☐

Individual

వ్యక్తిగతం

☐

HUF

☐

Partnership

భాగస్వామ్యం

☐

Corporate

కార్పొరేట్

☐

Trust

ట్రస్ట్

☐

Government Body

ప్రభుత్వ సంస్థ

3.2 Full Name of Proposer

ప్రతిపాదకుడు పూర్తి పేరు

Title : Mr. / Mrs. / Ms. / Dr.
టైటిల్ మిస్టర్/మిస్/మిస్/డాక్టర్

First Name మొదటి పేరు

Middle Name మధ్య పేరు

Surname ఇంటి పేరు

Affix Photo

ఫోటో అంటించండి

3.3 Father's Name / Husband's Name

తండ్రి పేరు

Title : Mr. / Dr. టైటిల్ మిస్టర్/డాక్టర్

First Name మొదటి పేరు

Middle Name మధ్య పేరు

Surname ఇంటి పేరు

2.4 Date of Birth పుట్టినతేదీ

1.5 Gender

లింగం:

☐

Male

పురుషుడు

☐

Female

స్త్రీ

1.6 Marital Status

☐

Unmarried

అవివాహితులు

☐

Married

వివాహితులు

☐

Widow(er)

విధవా (భార్యవిహితుడు)

☐

Divorced

విడాకులు పొందిన వ్యక్తి

1.7 No. of Children సంవత్సరం

☐

1

☐

2

☐

3

Greater than 3

☐

NA

☐

NA

2.8 Nationality

జాతీయత

☐

Indian

భారతీయ

☐

Foreign National¹

విదేశీ దేశస్థులు

☐

Person of Indian Origin¹

భారతీయ మూలాలు కలిగిన వ్యక్తి

¹Specify Nationality

జాతీయతను తెలపండి

2.9 Residential Status

నివాస స్థితి

☐

Residing in India

భారతదేశంలో నివసిస్తున్నారు

☐

Not Residing in India¹

భారతదేశంలో నివసింపడం లేదు

¹Specify Country of residence

నివసిస్తున్న దేశం తెలపండి

3.10 Address of Proposer

ప్రతిపాదకుడు చిరునామా

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

Address

సంస్థ / వ్యాపారం పేరు

Landmark

ఆనవాలు

Pin Code

పిన్ కోడ్

City/Village ఊరు/గ్రామం

District జిల్లా

State రాష్ట్రం

Phone ఫోన్

Mobile

మొబైల్

STD Code ఎస్టిడి కోడ్

Phone No. ఫోన్ నెం.

E-mail ID ఈమెయిల్ ఐడి

3.11 Relationship of Proposer with the Life to be Insured

ఈమెయిల్ ఐడి

3.12 Proposer's Details

ప్రతిపాదకుడు వివరాలు

Are you the owner of any insurance policies? మీరు ఏదైనా బీమా పాలిసీ యజమానా?

☐

YES

☐

NO

Total annual premium మొత్తం వార్షిక ప్రీమియం (అంకెల్లో రూ.)

(Rs. in figures)

Work details of proposer

ప్రతిపాదకుడు యొక్క పని వివరాలు

3.13 Exact Nature of Duties

ద్యుతీల యొక్క ఖచ్చితమైన స్వభావం

3.14 Your Designation

మీ హోదా

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

If yes, please give details.

☐

YES

☐

NO

మీ వృత్తిలో ఏదైనా నిర్దిష్టమైన ప్రమాదాలు ఉంటాయా (ఉదా. రసాయన కర్మాగారం, గనులు, పేలుడు పదార్థాలు, ప్రమాదకర రసాయనాలు మొదలైనవి) ఒకపేజీ సమాధానం అవును అయిన పక్షంలో దయచేసి వివరాలు ఇవ్వగలరు

3.16 Name of Organisation/Business

సంస్థ / వ్యాపారం పేరు

Address

సంస్థ / వ్యాపారం పేరు

Landmark

ఆనవాలు

Pin Code

పిన్ కోడ్

City/Village ఊరు/గ్రామం

District జిల్లా

State రాష్ట్రం

Phone ఫోన్

Mobile

మొబైల్

STD Code ఎస్టిడి కోడ్

Phone No. ఫోన్ నెం.

3.17 Annual Income Rs. :

E-mail ID ఈమెయిల్ ఐడి

మీరు భారతీయులు లేదా భారతీయ మూలాలు కలిగిన వ్యక్తి అయి ఉండి, భారతదేశంలో నివసించని పక్షంలో, దయచేసి ఎన్ఆర్ఐ ప్రశ్నావళిని నింపండి.

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

Age proof

School/College Certificate

Municipal Records

Defence ID Card

Passport

Others (Specify)

3.19 వయస్సు ధృవీకరణ

స్కూల్/కాలేజీ సర్టిఫికేట్

మున్సిపల్ రికార్డులు

డిఫెన్స్ ఐడి కార్డు

పాస్ పోర్ట్

ఇతరత్రా (వివరించండి)

3.20 Income Tax PAN Number ఆదాయపు పన్ను ఖాండ్ నంబరు

3.21 Are you paying premium for life insurance policies on any other life. మరివరికైనా మీరు జీవిత బీమా పాలసీల ప్రీమియం కడుతున్నారా.

If yes, Total annual premium (Rs. in figures) అవును అయితే, మొత్తం వార్షిక ప్రీమియం

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

నామినీ వివరాలు (కేవలం ప్రతిపాదకుడు మరియు బీమా చేయబడే వ్యక్తి ఒకరే అయినప్పుడు మాత్రమే పూర్తి చేయాలి)

4.1 నామినీ పేరు

First Nominee మొదటి నామినీ

Second Nominee రెండో నామినీ

Third Nominee మూడో నామినీ

4.2 Relationship to the Life to be Insured బీమా చేయబడే వ్యక్తితో ఉన్న అనుబంధం

4.3 Percentage of Entitlement ఆర్జిత శాతం

4.4 Date of Birth పుట్టినతేదీ

4.5 Address చిరునామా

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:

మీ తల్లిదండ్రులు లేదా భాగస్వామి లేదా బిడ్డ కాకుండా పైన తెలిపిన నామినీ మరొక వ్యక్తి అయితే, కింద ఇచ్చిన జాగాలో అందుకు గల కారణాలు ఏమిటో తెలపండి:

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

నామినీ మైనర్ అయితే, దయచేసి నియమిత వ్యక్తి వివరాలు తెలపండి (మేజర్ అయ్యుండాలి)

a. Name of the Appointee నియమిత వ్యక్తి పేరు

b. Relationship to the Minor చిరునామా

c. Date of Birth తేదీ నెల సంవత్సరం

d. Address చిరునామా

Signature of the Appointee నియమిత వ్యక్తి సంతకం

గమనిక: ఉమ్మడిగా బీమా తీసుకుంటున్నట్లయితే, ఈ నియమావళి ఇద్దరి వరుస మరణాలు లేదా బీమా చేయించబడ్డ వారిలో చివరగా ఉన్నవారి మరణం సంభవించిన సందర్భంలో వర్తిస్తాయి.

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

దరఖాస్తు చేసుకున్న ప్లాన్ వివరాలు

5.1 Name of the Plan ప్లాన్ పేరు

5.2 Term of the Plan in years (if applicable) ప్లాన్ గడువు ఏళ్లలో

5.3 Select Option (if applicable) ఆప్షన్ ఎంచుకోండి

5.4 Premium Paying Term in years (if applicable) ప్రీమియం చెల్లింపు గడువు ఏళ్లలో

5.5 Select Category (If applicable) విభాగాన్ని ఎంచుకోండి

5.6 Annual Premium in Rs. (if applicable) వార్షిక ప్రీమియం రూ.

5.7 Cover Level (if applicable) కవర్ లెవల్

5.8 Sum Assured in Rs. (if applicable) హామీ ఇచ్చిన మొత్తం రూ.

5.9 Riders opted for (if applicable) దీనికోసం రైడర్స్ ని ఎంచుకున్నారు

Riders రైడర్స్	Sum Assured* (Rs.) హామీ ఇచ్చిన మొత్తం (రూ.)	Riders రైడర్స్	Sum Assured* (Rs.) హామీ ఇచ్చిన మొత్తం (రూ.)
<input type="checkbox"/> Aviva Accidental Death & Dismemberment అవివా ప్రమాద మరణం మరియు అంగస్థికభంగం		<input type="checkbox"/> Aviva Accidental Death Benefit అవివా ప్రమాద మరణ ప్రయోజనం	
<input type="checkbox"/> Aviva Dread Disease అవివా ప్రమాదకర రోగం		<input type="checkbox"/> Aviva Comprehensive Health Benefit అవివా సమగ్ర ఆరోగ్య ప్రయోజనం	
<input type="checkbox"/> Aviva Term / Term Plus Rider అవివా టర్మ్/టర్మ్ ప్లస్ రైడర్		<input type="checkbox"/> Income / Family Income Benefit Rider ఆదాయ/ కుటుంబ ఆదాయ ప్రయోజన రైడర్	
<input type="checkbox"/> Aviva Health Guard Rider అవివా ఆరోగ్య రక్షణ రైడర్		<input type="checkbox"/> Aviva Child Education Rider అవివా బాల విద్య రైడర్	

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

	First Life ముదటి జీవితం	Second Life రెండో జీవితం
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) మీరు ఏదైనా చికిత్స తీసుకుంటున్నారా లేదా శస్త్రచికిత్సకు సంబంధించి చర్చలు చేస్తున్నారా?, వైద్య పరీక్షలు జరుగుతున్నాయా? నమస్కలు లేని గర్భం, సాధారణ జలుబు, పుల్ల, జ్వరం వంటి చిన్న చిన్న సమస్యలు గురించి చెప్పాల్సిన పని లేదు.	Yes <input type="checkbox"/> అవును No <input type="checkbox"/> కాదు	Yes <input type="checkbox"/> అవును No <input type="checkbox"/> కాదు
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: ఈ క్రింది ఆరోగ్య సమస్యలకు సంబంధించి మీకు శస్త్రచికిత్సలు చేసారా లేదా వైద్య పరీక్షలు అంటి స్కానింగ్, లేదా ఎక్స్ రే ఇతర పరీక్షలు నిర్వహించారా?	Yes <input type="checkbox"/> అవును No <input type="checkbox"/> కాదు	Yes <input type="checkbox"/> అవును No <input type="checkbox"/> కాదు
i. High blood pressure, angina, heart attack, stroke or any other disorder of heart or circulation? అధిక రక్తపోటు, గొంతువాపు, గుండెపోటు, స్ట్రోక్ లేదా గుండె కొట్టుకోవడం లేదా రక్త సరఫరాకి సంబంధించిన ఏదైనా ఇతర సమస్య?	Yes <input type="checkbox"/> అవును No <input type="checkbox"/> కాదు	Yes <input type="checkbox"/> అవును No <input type="checkbox"/> కాదు
ii. Any form of cancer, tumor or growth? ఏ రకానికి చెందిన క్యాన్సర్, కణిత లేదా పెరుగుదల?	Yes <input type="checkbox"/> అవును No <input type="checkbox"/> కాదు	Yes <input type="checkbox"/> అవును No <input type="checkbox"/> కాదు
iii. Disorder of skin or lymph glands? చర్మ లేదా శోష రస గ్రంథాలకు సంబంధించిన వ్యాధులు	Yes <input type="checkbox"/> అవును No <input type="checkbox"/> కాదు	Yes <input type="checkbox"/> అవును No <input type="checkbox"/> కాదు
iv. Diabetes, kidney or liver problem? మధుమేహం, మూత్రపిండం లేదా కాలేయ సమస్య?	Yes <input type="checkbox"/> అవును No <input type="checkbox"/> కాదు	Yes <input type="checkbox"/> అవును No <input type="checkbox"/> కాదు
v. Colitis or any other stomach, bowel or bladder problem? పెద్ద ప్రిగు లేదా ఏదైనా ఇతర ఉదర సంబంధమైన సమస్య లేదా పొత్తికడుపు కింది భాగం, మూత్రాశయ సమస్యలు	Yes <input type="checkbox"/> అవును No <input type="checkbox"/> కాదు	Yes <input type="checkbox"/> అవును No <input type="checkbox"/> కాదు
vi. Multiple sclerosis, epilepsy, tremor, numbness, double vision or giddiness? రకరకాల నాడీ సమస్యలు, మూర్చ, వణుకు, తిమ్మిరి, కళ్ళు బైర్లు కమ్మడం లేదా తల తిరగడం	Yes <input type="checkbox"/> అవును No <input type="checkbox"/> కాదు	Yes <input type="checkbox"/> అవును No <input type="checkbox"/> కాదు
vii. Mental or nervous illness (including depression) lasting for more than 3 months and/or requiring more than 10 consecutive days off work? మానసిక, నాడీ సంబంధ సమస్యలు (ఒత్తిడితో సహా) మూడు నెలల నుంచి వేధిస్తున్నాయా? లేదా వాటి కారణంగా 10 రోజులు నెలవు తీసుకున్నారా?	Yes <input type="checkbox"/> అవును No <input type="checkbox"/> కాదు	Yes <input type="checkbox"/> అవును No <input type="checkbox"/> కాదు
viii. Asthma, bronchitis, pneumonia, TB or any other respiratory or lung disorder? ఆస్తమా, బ్రాంకైటిస్, నుమోనియా, టిబి లేదా ఇతర శ్వాస సంబంధ లేదా ఊపిరితిత్తుల సమస్యలు?	Yes <input type="checkbox"/> అవును No <input type="checkbox"/> కాదు	Yes <input type="checkbox"/> అవును No <input type="checkbox"/> కాదు
ix. Ulcer, chronic diarrhoea, hepatitis or jaundice? అల్సర్, దీర్ఘకాలిక అతిసార వ్యాధి, పాపట్టెటిస్ లేదా కామర్లు?	Yes <input type="checkbox"/> అవును No <input type="checkbox"/> కాదు	Yes <input type="checkbox"/> అవును No <input type="checkbox"/> కాదు
x. Congenital disorder, anemia, bleeding or blood disorder? పుట్టుకతో వచ్చే లోపాలు, రక్తహీనత, రక్తం కారడం లేదా రక్త సంబంధ ఇతర సమస్యలు	Yes <input type="checkbox"/> అవును No <input type="checkbox"/> కాదు	Yes <input type="checkbox"/> అవును No <input type="checkbox"/> కాదు
xi. Reproductive organ or prostate disorder? పునరుత్పత్తి అవయవాలు లేదా ప్రొస్టేట్ సమస్యలు?	Yes <input type="checkbox"/> అవును No <input type="checkbox"/> కాదు	Yes <input type="checkbox"/> అవును No <input type="checkbox"/> కాదు
xii. Arthritis, gout or joint pain, muscle, bone fracture or disorder? ఆర్థరైటిస్, గోట్ లేదా కీళ్ల నొప్పులు, కండరాలు, ఎముకలు విరగడం లేదా జబ్బులు	Yes <input type="checkbox"/> అవును No <input type="checkbox"/> కాదు	Yes <input type="checkbox"/> అవును No <input type="checkbox"/> కాదు
xiii. AIDS or AIDS related complex or test indicating presence of HIV? ఎయిడ్స్ లేదా ఎయిడ్స్ సంబంధిత సమస్యలు లేదా పరీక్షల్లో హెచ్ఐవి అని తేలడం	Yes <input type="checkbox"/> అవును No <input type="checkbox"/> కాదు	Yes <input type="checkbox"/> అవును No <input type="checkbox"/> కాదు
xiv. Any other illness, surgery or injury? ఏదైనా ఇతర అనారోగ్యం, శస్త్రచికిత్స లేదా గాయాలు?	Yes <input type="checkbox"/> అవును No <input type="checkbox"/> కాదు	Yes <input type="checkbox"/> అవును No <input type="checkbox"/> కాదు
xv. Do you have any bodily deformities? మీకు శారీరక వైకల్యాలు ఏమైనా ఉన్నాయా?	Yes <input type="checkbox"/> అవును No <input type="checkbox"/> కాదు	Yes <input type="checkbox"/> అవును No <input type="checkbox"/> కాదు
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.? మీరు డాక్టర్ ను సంప్రదించని, చికిత్స తీసుకోని ఆరోగ్యపరమైన ఇబ్బందులు ఏమైనా ఉన్నాయా? ఉదాహరణ: తరచూ జ్వరం రావడం, ఆకారణంగా బరువు తగ్గడం, ఆకలి లేకపోవడం, నొప్పి, వాపు మొదలైనవి.	Yes <input type="checkbox"/> అవును No <input type="checkbox"/> కాదు	Yes <input type="checkbox"/> అవును No <input type="checkbox"/> కాదు

C. Tobacco / Smoking పొగాకు/ధూమపానం	First Life ముదటి జీవితం	Second Life రెండో జీవితం
(i) Do you smoke/consume or have you ever smoked/consumed cigars, cigarettes, beedies or any other tobacco products (pan masala etc.) మీరు ధూమపానం చేస్తారా లేదా మీరప్పుడైనా పొగాకు లేదా పానీయం, సిగరెట్లు, బీడియం, లేదా ఇతర పొగాకు ఉత్పత్తులు (పాన్ మసాలా మొదలైనవి) ఉపయోగిస్తారా?	YES <input type="checkbox"/> అవును NO <input type="checkbox"/> కాదు	YES <input type="checkbox"/> అవును NO <input type="checkbox"/> కాదు
If yes, how many cigarettes/cigars/beedies/tobacco pouches do you consume per day? అవును అయితే, ఒక రోజుకి మీరు ఎన్ని సిగరెట్లు/సిగరెట్లు/బీడియం/పొగాకులు కాలుస్తారు?		
For how long ఎంత కాలం నుంచి		
(ii) Have you ever sought or been given medical advice to reduce/abstain from smoking/tobacco consumption? మీరప్పుడైనా ధూమపానం లేదా పొగాకు వాడకం తగ్గించమని లేదా మానెయ్యమని వైద్య సలహా ఇచ్చారా?	YES <input type="checkbox"/> అవును NO <input type="checkbox"/> కాదు	YES <input type="checkbox"/> అవును NO <input type="checkbox"/> కాదు
D. Alcohol మద్యపానం		
(i) Do you take or have you ever taken alcohol? మీరు మద్యపానం చేస్తారా లేదా ఎప్పుడైనా చేసారా?	YES <input type="checkbox"/> అవును NO <input type="checkbox"/> కాదు	YES <input type="checkbox"/> అవును NO <input type="checkbox"/> కాదు
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) అవును అయితే, వారానికి ఎన్ని యూనిట్లు మద్యం తీసుకుంటారు? (1 యూనిట్=0.5 బీర్ బాటిల్/1 గ్లాస్ వైన్/1 పెగ్ కొంత ప్యుంట్లు)	Unit _____	Unit _____
For how long ఎంత కాలం నుంచి		
(ii) Have you ever sought or been given medical advice to reduce the level of/abstain from drinking? మీరప్పుడైనా మద్యం లేదా తాగడాన్ని తగ్గించమని లేదా మానెయ్యమని వైద్య సలహా ఇచ్చారా?	YES <input type="checkbox"/> అవును NO <input type="checkbox"/> కాదు	YES <input type="checkbox"/> అవును NO <input type="checkbox"/> కాదు
E. Drug Abuse మత్తు వదార్లం దుర్వినియోగం		
(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? చికిత్స కోసం బాగాగా లేదా వైద్య పరిస్థితుల దృష్ట్యా సరైన మెడికల్ సూపర్ విజన్ తో తప్పిస్తే ఇక్కడ తెలిపిన డ్రగ్స్ అంటే యాంఫెటమిన్, బార్బిట్యూరేట్స్, కన్యబిన్, హెల్సింగ్, హెల్సింగ్, హెల్సింగ్, హెల్సింగ్, హెల్సింగ్, మొదలైనవి మీరప్పుడైనా తీసుకున్నారా లేక ప్రస్తుతం వాడుతున్నారా?	YES <input type="checkbox"/> అవును NO <input type="checkbox"/> కాదు	YES <input type="checkbox"/> అవును NO <input type="checkbox"/> కాదు
If yes pls provide full detail including name of drug & date when usage commenced and ceased. అవును అయితే, దయచేసి డ్రగ్స్ పేరు, ఉపయోగం మొదలుపెట్టిన మరియు ముగిసిన తేదీ తో సహా పూర్తి వివరాలు అందించండి.		

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

ఆరోగ్య పరిస్థితుల దృష్ట్యా మీరవుడైనా శింపు తీసుకున్నారా?

YES ☐

NO ☐

అవును

కాదు

YES ☐

NO ☐

అవును

కాదు

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

మీ మీద కాకుండా, మీ సాధారణ దైనందిన కార్యకలాపాల మీద ఆరోగ్యం ఏదైనా ప్రభావం చూపించిందా?

YES ☐

NO ☐

అవును

కాదు

YES ☐

NO ☐

అవును

కాదు

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.

మీకు వ్యతిరేకంగా క్రిమినల్ చార్జీల చరిత్ర ఏమైనా ఉన్నాదా లేదా ప్రస్తుతం ఏమైనా క్రిమినల్ చార్జీలు ఉన్నాయా లేదా ఇంకా నడుస్తున్నది ఏమైనా ఉన్నాయా లేదా గతంలో ఏదైనా క్రిమినల్ ప్రొసీడింగ్ లో మీకు శిక్ష వడిందా లేదా బ్రెక్ ప్రొబేషన్ ఉండా/పస్పెండ్ సెంటెన్స్ విధించారా? అవును అయితే దయచేసి తేదీలు మరియు చార్జీల స్వభావం, కారణాలతో వివరాలను తెలపండి.

YES ☐

NO ☐

అవును

కాదు

YES ☐

NO ☐

అవును

కాదు

I. For Female Lives only: మహిళలకు మాత్రమే:

(i) Are you pregnant?

ఎంత కాలం నుంచి

YES ☐

NO ☐

అవును

కాదు

YES ☐

NO ☐

అవును

కాదు

అవును అయితే, ఎన్ని సెలం గర్భిణి తలపండి

If yes, number of weeks pregnant

LL

LL

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

మీకు గతంలో కానీ, ప్రస్తుతం కానీ గర్భానికి సంబంధించి ఇబ్బందులు ఏమైనా ఉన్నాయా?

YES ☐

NO ☐

అవును

కాదు

YES ☐

NO ☐

అవును

కాదు

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

మీకు ఏమైనా గైనకాలజీ సమస్యలు ఉన్నాయా?

YES ☐

NO ☐

అవును

కాదు

YES ☐

NO ☐

అవును

కాదు

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

వివాహిత స్త్రీలకి, భర్త బీమా వివరాలు

LLLLL

LLLLL

LLLLL

LLLLL

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 & immediate family member of above persons(Spouse, Children, Parents and Siblings, In-laws)

మీరు కానీ మీ భాగస్వామి కానీ రాజకీయాల్లో ఉన్నారా?

రాజకీయాల్లో ఉన్న వ్యక్తులు అంటే ప్రముఖమైన పబ్లిక్ ఫంక్షన్స్ కి బాధ్యత వహించడం, ఉదాహరణకి పార్లమెంట్/కింగ్/రాష్ట్ర ప్రభుత్వ మంత్రులు, సీనియర్ రాజకీయ నాయకులు, సీనియర్ ప్రభుత్వ/స్వాయంసంబంధ/మిలటరీ అధికారులు, రాష్ట్ర ప్రభుత్వ అధిన కార్పొరేషన్స్, ముఖ్యమైన రాజకీయ పార్టీ అధికారులు మరియు పైన తెలిపిన వ్యక్తులకు దగ్గర కుటుంబ సభ్యులు (భాగస్వామి, పెళ్ళలు, తల్లిదండ్రులు మరియు తోబుట్టువులు, అత్తమామలు)

YES ☐

NO ☐

అవును

కాదు

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)

ప్రత్యేకంగా ఆర్థిక ఆవసరాల కోసం జారీచేసిన ప్రభుత్వ కార్డ్/ఐడి ఏదైనా మీ వద్ద ఉందా?సామాజికంగా వెనుకబడిన వర్గాలకు ఇచ్చే బిపిఎల్/ఎపిఎల్ కార్డ్, ఎఎన్ఆర్ఈజివి కార్డ్ వంటివి ఉంటే, దయచేసి వివరాలు ఇవ్వండి. (ఇది మీకు వర్తించకపోతే, దయచేసి ఎన్ఎ లేదా వర్తించదు అని తెలపండి)

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

మొదటి వ్యక్తి

ప్రశ్న సంఖ్య	దయచేసి పైన అడిగిన ప్రశ్నలకి "అవును" సమాధానమివేత అసలైన స్వభావం గురించి తెలుపుతూ పూర్తి వివరాలు ఇవ్వండి. అంటే వైద్య పరిస్థితులు/అనారోగ్యం, తేదీలు, కారణం, లక్షణాలు, చికిత్స, ఫలితాలు, విశ్లేషణ డాక్టర్ పేరు మరియు చిరునామా వంటి వివరాలన్నీ అందించండి.

రెండో వ్యక్తి

ప్రశ్న సంఖ్య	దయచేసి పైన అడిగిన ప్రశ్నలకి "అవును" సమాధానమివేత అసలైన స్వభావం గురించి తెలుపుతూ పూర్తి వివరాలు ఇవ్వండి. అంటే వైద్య పరిస్థితులు/అనారోగ్యం, తేదీలు, కారణం, లక్షణాలు, చికిత్స, ఫలితాలు, విశ్లేషణ డాక్టర్ పేరు మరియు చిరునామా వంటి వివరాలన్నీ అందించండి.

Family history of the life to be insured జీవిత బీమా చెయ్యవలసిన వ్యక్తి యొక్క కుటుంబ చరిత్ర

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.

దయచేసి బీమా చెయ్యవలసిన వ్యక్తి యొక్క కుటుంబ సభ్యుల వివరాలను తెలపండి. అదే విధంగా కుటుంబ సభ్యులు ఎవరైనా గుండె జబ్బుతో, గుండె పోటుతో, అధిక రక్తపోటుతో, మహుమహంతో, ఏదైనా కంటి జబ్బుతో, క్యాన్సర్ తో, వ యాత్రసంధాం వ్యాధితో, పక్షవాతంతో లేదా ఏమైనా పారావేర్య లేదా కుటుంబ జబ్బులతో, ఏమైనా అంటు జబ్బులైన క్షయ మొదలైనవాటితో లేదా పైన తెలిపినవి కాకుండా ఇతరత్రా వాటితో బాధపడుతున్నారా లేదా గతంలో బాధపడ్డారా లేదా చనిపో యారా ఇక్కడిచ్చిన టేబుల్ లో తెలపండి.

మొదటి వ్యక్తి

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

(టేబుల్ నింపడానికి దయచేసి పైన పేర్కొన్న వి చూడండి)

First life

Family member	కుటుంబ సభ్యులు	If Alive బతికి ఉంటే		If Deceased చనిపోయి ఉంటే	
		Health Status ఆరోగ్య స్థితి	ప్రస్తుత వయసు	Current Age మరణానికి గల కారణం	Cause of Death మరణ సమయంలో జబ్బులు
Father	తండ్రి				
Mother	తల్లి				
Brother(s)*	నోదరుడు(లు)*				
Sister(s)*	నోదరి(లు)*				

ఎంత కాలం నుంచి

మొదటి వ్యక్తి

(KINDLY REFER TO THE ABOVE PARAGRAPH FOR FILLING THE TABLE) (టేబుల్ నిండానికి దయచేసి పైన పేరాగ్రాఫ్ ని చూడండి)

Second life		If Alive బతికి ఉంటే		If Deceased చనిపోయి ఉంటే	
Family member కుటుంబ సభ్యులు	Health Status ఆరోగ్య స్థితి	ప్రస్తుత వయసు	Current Age	మరణానికి గల కారణం Cause of Death	మరణ సమయంలో వయసు Age at Death
Father తండ్రి					
Mother తల్లి					
Brother(s)* సోదరుడు(లు)*					
Sister(s)* సోదరి(లు)*					

	First Life మొదటి వ్యక్తి	Second Life రెండో వ్యక్తి
6.3 Do you have a family doctor (A family doctor is a doctor that you consult or have consulted regularly for medical ailments.) మీకు ఫ్యామిలీ డాక్టర్ ఉన్నారా, (పైద్యవరమైన ఇబ్బందులకు క్రమానుగతంగా సంప్రదిస్తున్న లేదా సంప్రదించే డాక్టర్ ని ఫ్యామిలీ డాక్టర్ అంటారు)	YES <input type="checkbox"/> అవును NO <input type="checkbox"/> కాదు	YES <input type="checkbox"/> అవును NO <input type="checkbox"/> కాదు
6.4 Family Doctor's Details అవును అయితే, దయచేసి ఫ్యామిలీ డాక్టర్ వివరాలు తెలపండి. If yes, please give family doctor's details		
Name పేరు		
Address సెన్ట్ర / వ్యాపారం పేరు		
Landmark అనవాలి		Pin Code పిన్ కోడ్
City/Village ఊరు/గ్రామం	District జిల్లా	State రాష్ట్రం
Phone ఫోన్	STD Code ఎస్టిడి కోడ్	Phone No. ఫోన్ నెం.
		Mobile మొబైల్

7. Hobbies/Travel Details ఆధిరుమలు/ప్రయాణ వివరాలు

7.1 Do you take part in any form of motor sport, climbing, diving, caving, flying private aircraft, sky diving, hang gliding etc.? మోటార్ స్పోర్ట్స్, కొండలు ఎక్కడం, డైవింగ్, కీవింగ్, గారల్స్ ఎగరడం, ప్రైవేట్ ఎయిర్ క్రాఫ్ట్, ఫైర్ డైవింగ్, హ్యాంగ్ గ్లైడింగ్ మొదలైనవాటిలో భాగం వండుకుంటారా?	First Life మొదటి వ్యక్తి YES <input type="checkbox"/> అవును NO <input type="checkbox"/> కాదు	Second Life రెండో వ్యక్తి YES <input type="checkbox"/> అవును NO <input type="checkbox"/> కాదు
(If yes, please give details) అవును అయితే, వివరాలు తెలపండి.		
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) గడచిన ఐదేళ్లలో లేదా మీ ప్రస్తుత జాబ్ లో భాగంగా మీరు ఎప్పుడైనా విదేశాలకి(కెనడా యితర, ఆస్ట్రేలియా, న్యూజిలాండ్, యుఎస్ఎ, ఈయం, మరియు జిసిసి) వెళ్లారా?	YES <input type="checkbox"/> అవును NO <input type="checkbox"/> కాదు	YES <input type="checkbox"/> అవును NO <input type="checkbox"/> కాదు

8. Insurance Details బీమా వివరాలు

	First Life మొదటి వ్యక్తి	Second Life రెండో వ్యక్తి					
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? బీమా జీవిత, ఆరోగ్య లేదా క్లిష్టమైన అనారోగ్యం బీమా పాలిసీలు (ఇన్ - ఫోర్స్/పైడ్-అప్) మీ పేరు మీద ఉన్నాయా లేదా బీమా ఏకకాలిక ప్రతిపాదన మాకు ఇచ్చారా లేదా పరిగణనలోకి తీసుకుని ఇతర జీవిత బీమా కంపెనీ బీమా ఉందా?	YES <input type="checkbox"/> అవును NO <input type="checkbox"/> కాదు	YES <input type="checkbox"/> అవును NO <input type="checkbox"/> కాదు					
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). అవును అయితే, బీమా చేయించబడే వ్యక్తి యొక్క ప్రస్తుత బీమా కవర్ (ఇన్-ఫోర్స్/పైడ్-అప్ పాలిసీలు) వివరాలు తెలపండి. దయచేసి అవివా జీవిత బీమా వారి పాలిసీలను కూడా చేర్చండి. (రెండు కంటే ఎక్కువ పాలిసీలు కనుక ఉంటే వాటికోసం ఒక అనుబంధాన్ని జతచేస్తూ అన్ని పాలిసీల వివరాలను తెలపండి).							
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
a. 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
మొదటి వ్యక్తి							
a.	బీమా చేయబడే వ్యక్తి పేరు	పాలిసీ రకం	పాలిసీ గడువు	హామీ మొత్తం/పెల్లించిన హామీ మొత్తం	బీమా చేయించిన సంవత్సరం	సామాన్య రేట్లనే అమోదించారా లేదంటే తీసుకున్న అదనపు ఛార్జీని తెలపండి	కవర్ అయిన రైడర్స్
రెండో వ్యక్తి							
a.	బీమా చేయబడే వ్యక్తి పేరు	పాలిసీ రకం	పాలిసీ గడువు	హామీ మొత్తం/పెల్లించిన హామీ మొత్తం	బీమా చేయించిన సంవత్సరం	సామాన్య రేట్లనే అమోదించారా లేదంటే తీసుకున్న అదనపు ఛార్జీని తెలపండి	కవర్ అయిన రైడర్స్
b. Total annual premium of Life Insurance Policies in your own name (Rs. Figures) మీ సొంత పేరుతో ఉన్న జీవిత బీమా పాలిసీల మొత్తం ప్రీమియం (అంకెలలో రూ.)							

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 ☐
అవును కాదు అవును కాదు

మీరు పూర్తిగా కోలుకున్న చిన్న చిన్న ఆనారోగ్యాలను మినహాయించి ఏదైనా క్లిష్టమైన ఆనారోగ్యం లేదా ఆరోగ్య పాలిసి మీరు ఎప్పుడైనా క్లెమ్ చేసారా?
(If yes, please give details)

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 ☐
అవును కాదు అవును కాదు

మీ జీవితం, ఆరోగ్యం లేదా క్లిష్టమైన ఆనారోగ్యం కవర్ కోసం మీరు చేసిన పునర్నియామకం కోసం మీ ప్రతిపాదన లేదా దరఖాస్తు తిరస్కరించబడిందా, పోస్ట్ పోస్ట్ చేయబడిందా లేదా ప్రత్యేక నిబంధనలతో ఆమోదించబడిందా లేదా మీరు ఎప్పుడైనా దరఖాస్తుని ఉపసంహరించుకున్నారా.

(If yes, please give details)

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

YES ☐ NO ☐ YES ☐ NO ☐
అవును కాదు అవును కాదు

మీరు పూర్తిగా కోలుకున్న చిన్న చిన్న ఆనారోగ్యాలను మినహాయించి ఏదైనా క్లిష్టమైన ఆనారోగ్యం లేదా ఆరోగ్య పాలిసి మీరు ఎప్పుడైనా క్లెమ్ చేసారా?

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.

కుటుంబ బీమా వివరాలు (బీమా చేయించుకునే వ్యక్తి విద్యార్థి లేదా సంపాదన లేని వ్యక్తి అయినవారు పూర్తిచెయ్యాలి) ఈ క్రింది సమాచారం కేవలం బీమా చేయించుకునే వ్యక్తికి మాత్రమే అవసరం, ప్రతిపాదకునికి కాదు.

	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										

	మొదటి వ్యక్తి					రెండవ వ్యక్తి				
	కంపెనీ పేరు	పాలిసి నంబర్లు	హామీ ఇచ్చిన మొత్తం	స్థితి	జారీ చేసిన సంవత్సరం	కంపెనీ పేరు	పాలిసి నంబర్లు	హామీ ఇచ్చిన మొత్తం	స్థితి	జారీ చేసిన సంవత్సరం
తండ్రి										
తల్లి										
భాగస్వామి										
నోదరుడు/నోదరి										
నోదరుడు/నోదరి										
నోదరుడు/నోదరి										
నోదరుడు/నోదరి										

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.

ప్రతిపాదనలో ప్రశ్నలకి ఇచ్చిన సమాధానాని, జతచేసిన ప్రశ్నాపత్రంలో అందించిన వివరాన్ని మరియు ఏ పైద్య పరీక్ష రిపోర్టులైనా నాకు తెలిసే ఇచ్చానని మరియు ప్రశ్నల స్వభావం పూర్తిగా అర్థం చేసుకున్నానని, అటువంటి ప్రశ్నలకి సమాధానం ఇచ్చేటప్పుడు జతచేసిన మెటేరియల్ సమాచారమంతా ముఖ్యమని నేను ప్రకటిస్తున్నాను మరియు ధృవీకరిస్తున్నాను. పరిమిత ఆరోగ్య ప్రశ్నల మీద ఆధారపడి పాలసీ ఉంచిన నాకు/మాకు అవగాహన ఉంది మరియు నేను/మీము భరించే నా/మా జీవితానికి సంబంధించిన ప్రమాదాలను అంచనా పేసిందుకు అవివా జీవిత బీమా కంపెనీ ఇండియా లిమిటెడ్ (ఇక్కడినుండి "ద కంపెనీ"గా పిలవబడుతుంది) కి ఎటువంటి మెటేరియల్ సమాచారం అవసరం లేదని ప్రకటిస్తున్నాను.

బీమా చేయించుకునే వ్యక్తి యొక్క ఆరోగ్య స్థితిలో ఏదైనా మార్పు ఉన్నా లేదా ఈ ప్రతిపాదనకి అనుగుణంగా సంతకం చేసిన నా/అతని/ఆమె పుత్రి ప్రకారం మరియు కంపెనీ రిస్క్ ని అమోదించే ముందు నేను/మీము కంపెనీకి తెలియజేయడానికి నిబద్ధతతో ఉన్నాను.

ఈ ప్రతిపాదన పత్రంతో పాటు ప్రయోజనాల ఉదాహరణలు మరియు కంపెనీ ముద్రించిన అమృతపు సాహిత్యాన్ని నాకు/మాకు అందజేయడం జరిగిందని వాటిని నేను/మీము చదివి, అర్థం చేసుకున్నానని నేను/మీము ధృవీకరిస్తున్నాను.

పైద్య పరీక్షలైన ప్రయోగశాల పరీక్షలు, కారియోక్, రేడియోలాజికల్ పరీక్షలనం ద్వారా నా/మా ఆరోగ్య స్థితి మరియు బ్యాక్టీరియల్/వైరల్/ఫంగల్ అంటువ్యాధులు కనిపెట్టడానికి రక్త పరీక్షలతో కూడిన ఇతర మెడికల్ టెస్టులు నిర్వహించేందుకు/ నిర్ధారించుకునేందుకు/ మరళా నిర్ధారించుకునేందుకు నేను/మీము కంపెనీకు అధికారం ఇస్తున్నాం. పాచ్ ఐవి పరీక్షని ఎలిసా పద్ధతిలో చేయాలని నేను/మీము నా/మా అనుమతిని కూడా ఇస్తున్నాం. ఈ పరీక్ష కేవలం పరీక్షించడానికి కానీ పాచ్ ఐవి లేదా ఎయిడ్స్ నిర్ధారణ కోసం కాదు నాకు/మాకు తెలుసు. ఈ పరీక్ష ఫలితాల ఆధారంగా జీవిత బీమా కోసం నా/మా ప్రతిపాదన మీద ప్రత్యామ్నాయ నిబంధనలను అందించేందుకు లేదా అమోదించడానికి, తిరస్కరించడానికి కంపెనీ హక్కు కలిగిఉంది. ఈ పరీక్షల్ని కంపెనీ అంతర్గత పాలసీ ప్రకారమే నా/మా రిస్క్ ప్రొఫైల్ ని అంచనా పేసిందుకు నిర్వహిస్తున్నారని నేను/మీము అర్థం చేసుకున్నాము మరియు నేను/మీము ఇందుకు మా సమ్మతిని తెలియజిస్తున్నాం.

ఈ ప్రతిపాదన కింద, అలాగే తదుపరి కూడా వచ్చే రిస్క్ ని కంపెనీ అంచనా పేసిందుకు, అంటే ఈ ప్రతిపాదన ఫలితంగా పాలసీ జారీ మరియు నిర్వహణ ఉద్దేశ్యం కొరకు మాత్రమే నాకు/మాకు(లేదా నా/మా కంపెనీకి, సందర్భానికి తగినట్లు) చెప్పకుండానే ప్రతిపాదన, అనుబంధం, నాచే ఇవ్వబడిన లేదా కంపెనీ సేకరించిన ఏదైనా పైద్య పరీక్షలు లేదా ప్రయోగ శిక్షణ యొక్క రిపోర్ట్, లోని సమాచారాన్ని మరే ఇతర బీమాసంస్థకి లేదా పునః బీమా సంస్థకి, క్రిముల తనిఖీదారుకి లేదా కంపెనీ నియమించిన ఏ సర్టిఫైడ్ ప్రాక్టెడ్ క్లెయింట్ కంపెనీ బట్టబయలు చేయవచ్చు. అలాగే నా/మా(లేదా నా/మా కంపెనీకి, సందర్భానికి తగినట్లు) ప్రమేయం లేకుండానే ఏదైనా కోర్టు లేదా ట్రిబ్యూనల్ కు లేదా ఇతర అధికారక సంస్థకి కంపెనీ అందించవచ్చు, అటువంటి సమాచారం లేదా ప్రతిపాదన, అనుబంధం, రిపోర్టులు లేదా డాక్యుమెంట్లు కంపెనీ అవసరాలకి తగిన విధంగా లేదా కంపెనీ అవసరంగా పరిగణించే విధంగా ఉంటాయి.

ఈ ప్రతిపాదన కింద, అలాగే తదుపరి కూడా వచ్చే రిస్క్ ని కంపెనీ అంచనా పేసిందుకు, అంటే ఈ ప్రతిపాదన ఫలితంగా పాలసీ జారీ మరియు నిర్వహణ ఉద్దేశ్యం కొరకు మాత్రమే నాకు/మాకు(లేదా నా/మా కంపెనీకి, సందర్భానికి తగినట్లు) చెప్పకుండానే ప్రతిపాదన, అనుబంధం, నాచే ఇవ్వబడిన లేదా కంపెనీ సేకరించిన ఏదైనా పైద్య పరీక్షలు లేదా ప్రయోగ శిక్షణ యొక్క రిపోర్ట్, లోని సమాచారాన్ని మరే ఇతర బీమాసంస్థకి లేదా పునః బీమా సంస్థకి, క్రిముల తనిఖీదారుకి లేదా కంపెనీ నియమించిన ఏ సర్టిఫైడ్ ప్రాక్టెడ్ క్లెయింట్ కంపెనీ బట్టబయలు చేయవచ్చు. అలాగే నా/మా(లేదా నా/మా కంపెనీకి, సందర్భానికి తగినట్లు) ప్రమేయం లేకుండానే ఏదైనా కోర్టు లేదా ట్రిబ్యూనల్ కు లేదా ఇతర అధికారక సంస్థకి కంపెనీ అందించవచ్చు, అటువంటి సమాచారం లేదా ప్రతిపాదన, అనుబంధం, రిపోర్టులు లేదా డాక్యుమెంట్లు కంపెనీ అవసరాలకి తగిన విధంగా లేదా కంపెనీ అవసరంగా పరిగణించే విధంగా ఉంటాయి.

పాలసీ కోసం చెల్లించే మొదటి ప్రీమియం మరియు ప్రీమియం పునరుద్ధరణ కోసం చట్టబద్ధమైన ఆదాయం నుంచే చెల్లించామని నేను/మీము ప్రకటిస్తున్నాను. ఒకవేళ ప్రీమియం నా/మా సొంత ఆకౌంట్ నుండి కాకుండా ఇతర ఆకౌంట్ నుంచి చెల్లిస్తే, అటువంటి చెల్లింపు ౧౯౬౧ ఆదాయపు పన్ను చట్టం యొక్క సెక్షన్ ౮౦ ఆ/౮౦ అల అ కింద వర్తిస్తుందని నేను/మీము ప్రకటిస్తున్నాను. చట్ట వ్యతిరేక డబ్బు లావాదేవీకి సంబంధించి నేను/మీము దోషమమని తేలితే ఈ ప్రతిపాదనకి అనుగుణంగా జారీ చేసిన పాలసీని రద్దు చేసే హక్కులు కంపెనీ కలిగిఉందని మరియు ప్రీమియం ని వదులుకుంటామని నేను/మీము ప్రకటిస్తున్నాను.

మానం చేసినవో లేదా తప్పుడు సమాచారం ఇచ్చినవో, సమయానుకూలంగా మారే ౧౯౩౮ బీమా చట్టం, ౪౫ సెక్షన్ యొక్క నిబంధనల ప్రకారం చర్య తీసుకోబడుతుందని నేను/మీము అర్థం చేసుకున్నాము.

కంపెనీ నుంచి, కంపెనీకి సమాచార మార్పిడిగా ఎలక్ట్రానిక్ మీడియం, ఈస్టెల్ తో కలసి వాడటాన్ని నేను/మీము అంగీకరించి ధృవీకరిస్తున్నాం.

ఒకవేళ ఏదైనా కారణం చేత ఈ ప్రతిపాదనని నేను నివకపోతే, ఈ బీమా దరఖాస్తులోని వివరాన్ని నాకు/మాకు చక్కగా వివరించారని మరియు ప్రతిపాదిత ఒప్పందం యొక్క ప్రాముఖ్యతను నేను/మీము పూర్తిగా అర్థం చేసుకున్నామని నేను/మీము ప్రకటిస్తున్నాము.

మిమ్మల్ని సంప్రదించడానికి అనువైన సమయాంతు దయచేసి టీక్ చేయండి

Please tick the suitable timings to contact you:

☐ 9 AM - 12 PM

☐ 12 PM - 4 PM

☐ 4 PM - 7 PM

First Life మొదటి వ్యక్తి

Second Life రెండవ వ్యక్తి

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

జీవిత బీమా చేయించుకునే వ్యక్తి సంతకం/బొటన పీలి ముద్ర

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

జీవిత బీమా చేయించుకునే వ్యక్తి సంతకం/బొటన పీలి ముద్ర

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

ప్రతిపాదకుని సంతకం లేదా బొటన పీలి ముద్ర(జీవిత బీమా చేయించుకునే వ్యక్తి కాకపోతే)

Date: _____ Place : _____
తీది DD MM YYYY స్థలం

Date: _____ Place : _____
తీది DD MM YYYY స్థలం

Date: _____ Place : _____
తీది DD MM YYYY స్థలం

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).

సభ్యుని నింపే వ్యక్తి ప్రకటన

(సంతకం వ్యవహారిక భాషలో ఉంటే, బొటన పీలి ముద్ర మరియు లేదా ప్రతిపాదనని ప్రతిపాదకుడు నింపని పక్షంలో).

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.

ప్రతిపాదన పత్రంలోని అంశాలను బీమా చేయించుకునే వ్యక్తి లేదా ప్రతిపాదకుడికి నేను పూర్తిగా వివరించానని మరియు అతను/ఆమె వాటిని పూర్తిగా అర్థం చేసుకున్నారని మరియు బీమా చేయించుకునే వ్యక్తి/ప్రతిపాదకుడు ఇచ్చిన సమాధానాలను సత్యం అని నిర్ధారించుకున్నాను మరియు ఈ సందర్భంగా ప్రకటిస్తున్నాను. ప్రకటనకర్త యొక్క గుర్తింపు ధృవీకరణ జతచేయండి.

ప్రకటన కర్త పేరు మరియు చిరునామా
Declarant's Name and Address

Enclose identity proof of the declarant.

చేతితో రాసిన వాస్తవికత ప్రకటన
Handwritten Vernacular Declaration

Signature of declarant

ప్రకటనకర్త సంతకం

Signature of Advisor/SP

సలహాదారు/ఎస్పీ సంతకం

Signature of life to be insured/proposer

బీమా చేయబడే వ్యక్తి/ప్రతిపాదిత వ్యక్తి యొక్క సంతకం

बीमा अधिनियम 1938 के तहत धारा 41 और 45

Section 41 & 45 of Insurance Act 1938

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

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

41(1) భారతదేశంలోని జీవితాలు లేదా ఆస్తులకి సంబంధించిన ఏ విధమైన నష్టాలకైనా అనుగుణంగా ఒక పాలసీని తీసుకోవడానికి లేదా పొడిగించడానికి లేదా కొనసాగించడానికి బీమా మీద చూపించిన చెల్లించిన కమిషన్ మొత్తం లేదా భాగం లేదా కిస్సీ మీద చూపించిన ఏదైనా రిబేటుని ఏ వ్యక్తినైనా ప్రత్యక్షంగానైనా లేదా పరోక్షంగానైనా ప్రలోభపెట్టడానికి ఏ వ్యక్తీకి అనుమతి లేదు లేదా అనుమతి ఇవ్వబడదు, లేదా ప్రచురించబడిన బీమాదారుని టేబుల్స్ లేదా ప్రాస్పెక్టస్స్ కి సంబంధించి అనుమతించబడిన అటువంటి రిబేటుని మినహాయించి ఏ రిబేటునైనా ఆమోదించే ఒక పాలసీని కొనసాగించడానికి లేదా పొడిగించడానికి లేదా తీసుకోవడానికి ఏ వ్యక్తీకి అనుమతి లేదు లేదా అనుమతి ఇవ్వబడదు. బీమా ఏజెంట్ స్వయంగా తన జీవితం కోసం తీసుకునే పాలసీకి అనుసంధానమైన కమిషన్ స్వీకరించడం ఈ సబ్ సెక్షన్ లో తెలియజేసిన విధంగా కిస్సీ రిబేట్ ఆమోదానికి అంగీకారమువ్వదు, అటువంటి సమయంలో ఒకవేళ అతను బీమాదారు నియమించుకున్న అధికృత బీమా ఏజెంట్ గా, పొందుపరచిన నియమ నిబంధనలకు అనుగుణంగా ఉంటేనే ఇది వర్తిస్తుంది.

(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) ఈ విభాగంలోని నిబంధనలను అనుసరించడంలో ఏ వ్యక్తైనా తప్పిదం చేస్తే 10 లక్షల రూపాయల వరకూ జరిమానా విధించే అవకాశం ఉంది.

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) పాలసీ తీదీ నుండి మూడేళ్ల గడువు ముగిసిన తర్వాత ఏ జీవిత బీమా పాలసీ గురించి ప్రశ్నించడం కుదరదు లేదా మాట్లాడటం ఉండదు, అంటే పాలసీ జారీ చేసిన తీదీ నుండి లేదా నష్టం సంభవించిన తీదీ నుండి లేదా పాలసీని పునరుద్ధరించిన తీదీ నుండి లేదా పాలసీ రైడర్ తీదీ నుండి ఏది తర్వాత అయితే అది వర్తిస్తుంది.

(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) మోసం ప్రాతిపదికన పాలసీ జారీ చేసిన తీదీ లేదా నష్టం వచ్చే తీదీ లేదా పాలసీ పునరుద్ధరణ తీదీ లేదా పాలసీ రైడర్ తీదీ నుండి, అంటే ఏది తర్వాత అయితే అప్పటినుండి మూడేళ్ల లోపు ఏ సమయంలోనైనా జీవిత బీమా గురించి ప్రశ్నించవచ్చు.

ఏ ప్రాతిపదికన మరియు ఏ అంశాలపై అటువంటి నిర్ణయంపై ఆధారపడి ఉన్న బీమాదారుడు లేదా చట్టబద్ధమైన ప్రతినిధులు లేదా ఉద్దేశించబడినవారు లేదా బీమాదారునిచే నియమిత వ్యక్తులతో రాతపూర్వకంగా వారితో బీమాదారు కమ్యూనికేట్ చెయ్యాలి.

(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) ఇచ్చిన తప్పు సమాచారం లేదా నిజాన్ని దాచిపెట్టడం తనకి తెలిసే జరిగిందని ధృవీకరించినప్పుడు లేదా నిజాన్ని కావాలని దాచిపెట్టే ఉద్దేశ్యం లేనప్పుడు లేదా బీమాదారు స్పృహతోనే అటువంటి తప్పు సమాచారం లేదా నిజాన్ని తొక్కిపెట్టాలని భావించినప్పుడు, నబ్-సెక్షన్ (2) లో ఉన్న ఏ విషయాన్నీ సంతృప్తిపరచలేకపోతే, ఏ బీమాదారు కూడా ఏ మోసం ప్రాతిపదికన జీవిత బీమా పాలసీని తిరస్కరించలేరు.

ఏదైనా మోసానికి సంబంధించి, పాలసీదారు జీవించని పక్షంలో అసత్యాలను ఖండించే జవాబుదారీతనం లబ్ధిదారులమీదే ఉంటుంది.

(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) ప్రపోజర్ లో లేదా ఇతర డాక్యుమెంట్ లో బీమాదారుని జీవితకాలం గురించి తప్పుగా స్టేట్మెంట్ ఇచ్చినా లేదా దాచిఉంచినా, దీని ఆధారంగా పాలసీని జారీచేసినా లేదా పునరుద్ధరించినా లేదా రైడర్ జారీ చేసిన ప్రాతిపదికన పాలసీ జారీ చేసిన తీదీ లేదా నష్టం వచ్చే తీదీ లేదా పాలసీ పునరుద్ధరణ తీదీ లేదా పాలసీ రైడర్ తీదీ నుండి, అంటే ఏది తర్వాత అయితే అప్పటినుండి మూడేళ్ల లోపు ఏ సమయంలోనైనా జీవిత బీమా గురించి ప్రశ్నించవచ్చు.

ఏ ప్రాతిపదికన మరియు ఏ అంశాలపై జీవిత బీమా పాలసీని తిరస్కరించాలనే నిర్ణయంపై ఆధారపడి ఉన్న బీమాదారుడు లేదా చట్టబద్ధమైన ప్రతినిధులు లేదా ఉద్దేశించబడినవారు లేదా బీమాదారునిచే నియమిత వ్యక్తులతో రాతపూర్వకంగా వారితో బీమాదారు కమ్యూనికేట్ చెయ్యాలి.

ఒకవేళ మోసం ప్రాతిపదికన కాకుండా అసత్య నిజాన్ని దాచిపెట్టడం లేదా పొరపాటు స్టేట్మెంట్ ఇవ్వడం ద్వారా పాలసీ తిరస్కరించబడితే, బీమాదారుకి లేదా చట్టబద్ధమైన ప్రతినిధులకి లేదా అభ్యర్థులకి లేదా బీమాదారు లబ్ధిదారులకి, తిరస్కరించిన తీదీ నుండి తొంభై రోజుల్లోపు తిరస్కరించిన తీదీ వరకూ పాలసీకి కట్టించుకున్న కిస్టలన్నీ చెల్లించబడతాయి.

(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) ఈ విభాగంలోని ఏదీ కూడా బీమాదారు తన వయసుని ధృవీకరించేందుకు పిలవడానికి అభ్యంతరం తెలపలేదు, మరియు ఏ పాలసీ కేవలం ప్రశ్నించడానికి ఉద్దేశించబడదు ఎందుకంటే పాలసీ నిబంధనలు తదనుగుణమైన ఆధారం మీద అమరి ఉంటాయి, అంటే ప్రపోజర్ లో బీమాదారుని వయసు తప్పుగా తెలపబడి ఉన్నప్పుడు.