

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

ଯୁନିଟ୍ ଲିଙ୍ଘିତ ପ୍ରାନ୍ତଗୁଡ଼ିକରେ, ପୃଷ୍ଠିନିବେଶ ଯୋର୍ଡ଼ୋଲିଓରେ ଥିବା ପୃଷ୍ଠିନିବେଶ ରିପ୍ସ ପଲିସିଧାରକଙ୍କ ଦ୍ଵାରା ବାହିତ ହେବ (ଝକଞ୍ଚି ପଲିସିଗୁଡ଼ିକ ପାଇଁ ପ୍ରୟତ୍ନ)

FOR OFFICE USE ONLY - କେବଳ କାର୍ଯ୍ୟାଳୟ ବ୍ୟବହାର ପାଇଁ

Customer I.D ଗ୍ରାହକ ଆଇଡି

Policy no. ଶକ୍ତିବି ହସନା

| | | |
|-----------------|-------------------|--|
| Proposal Number | NUP | |
| ପ୍ରସ୍ତାବ ନମ୍ବର | | |
| Advisor Name | ଉପଦେଷ୍ଟାଙ୍କ ନାମ | |
| Advisor Number | ଉପଦେଷ୍ଟାଙ୍କ ନମ୍ବର | |

| | | |
|--------------------------------|---|--|
| For Existing Customer | Customer ID | Policy no. |
| ଉତ୍ତମାନ ଯିବା ଗ୍ରାହକମାନଙ୍କ ପାଇଁ | | |

| | |
|---|---|
| For Bancassurance Channel Only | |
| ବ୍ୟାଙ୍କ ସହଯୋଗୀ Bank Partner | ବ୍ୟାଙ୍କସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ବ୍ୟାନେଲ୍ ପାଇଁ କେବଳ ବ୍ୟାଙ୍କ ଶାଖା କୋଡ୍ Bank Branch Code |
| ଗ୍ରାହକ ସେଗ୍ମେଣ୍ଟ Customer Segment | ସ୍ପର୍ଟିଫିକେଟ୍ ନମ୍ବର SP Certificate No |



| | | | | | | |
|---|---|--|---|------------------------------|----------------------------|--|
| SECTOR ସେକ୍ଟର | <input type="checkbox"/> Urban <input type="checkbox"/> ଉର୍ବରା | <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/> ଗ୍ରାମୀଣ | <input type="checkbox"/> Social <input type="checkbox"/> ସାମାଜିକ | <input type="checkbox"/> NRI | Product Name ଉତ୍ପାଦ ନାମ | |
| Unique Village Code ଧରଣ ଗାମ କୋଡ (ପଞ୍ଜିକ ବିବେକ କୋଡ) | | | | | | |
| | | | | | | |

PROPOSAL DEPOSIT DETAILS ପ୍ରସ୍ତାବ ଡିପୋଜିଟ୍ ବିବରଣୀ

| | | | |
|-------------------------------|--|-----------------------------|--|
| Cheque/DD No. ଚେକ୍/ଡିଡି ନମ୍ବର | | Signature/Name: ଭାବନା ନମ୍ବର | |
| Amount ପରିମାଣ | | Date ଶବ୍ଦସଂଖ୍ୟା^ | |
| | | Drawn on ଭାଗ୍ୟାଳୟବା ବାବି | |

କର୍ମଚାରୀ
STAFF ☐ **HNI** ☐

Proposal Form

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. (ଆବେଦନମුଦ୍ରଣ ଲବଣ କରାଯିବ ବେଳକୁ)
- 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.

ଟିପ୍ପଣୀ:

ପ୍ରଯୋଗରୁ ଉତ୍ପାଦ(ପ୍ରତିବନ୍ଧ)ର ବିବରଣୀରେ ସ୍ପଷ୍ଟ ହେବ ଓ ଉତ୍ପାଦ(ପ୍ରତିବନ୍ଧ)ର ମୂଲ୍ୟ ଚୈଷ୍ଟିକ୍ଷା ହୋଇଥିବା ଉପରେ ବିଶେଷ ଧ୍ୟାନ ଦେଇଥିବେ ।
ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ହୋଇଥିବା ପ୍ରସ୍ତାବ ଓ ପ୍ରାଥମିକ ପେମେଣ୍ଟ ବମ୍ବାଲ ପ୍ରସ୍ତୁତ କରିବା ଅର୍ଥ ନୁହେଁ ଯେ ବମ୍ବାଲ ବିପଦସୂଚିତର ବାୟୁପ୍ରସ୍ତୁତ କରିବାରେ ଚୈତିତ୍ୟ ପାଣ୍ଡିତ୍ବ ବହନ କରିବ, ଏବଂ ବମ୍ବାଲ ବିପଦସୂଚିତର ବାୟୁପ୍ରସ୍ତୁତ କରି ପରିସ୍ଥିତି ପ୍ରବାନ ନ କରିବା ପର୍ଯ୍ୟନ୍ତ ବମ୍ବାଲ ବାୟୁ ହେବ ନାହିଁ ।
ଯେଉଁ ବିନ ପ୍ରସ୍ତାବ ଶେଷ ହେବ ଓ ପ୍ରିମିୟମର ପ୍ରୟୋଗ ଟଙ୍କା ବ୍ୟବସ୍ଥାପନ ହେବ ସେହି ବିନ ଯୁକ୍ତିବଳ୍ପୂର୍ବକ ପ୍ରବାନ ବୋଲିବ । (ଅବଳିଷ୍ଟ ପରିସ୍ଥିତି ପାଇଁ ପ୍ରସ୍ତୁତ)
ପ୍ରଥମ ପୈଠ ଏହି ପ୍ରସ୍ତାବ ସହ ବିଆସିବା ଆବଶ୍ୟକ ଓ ଶାନ୍ତା ବାସ୍ୟାବୟବରେ ନଗର ଟଙ୍କା, ବୁଦ୍ଧି ତେବେ ବା ଟିମ୍ବାଲ୍ ଡ୍ରାଫ୍ଟ ଯାହା ଅନୁମତ୍ତ ବମ୍ବାଲ ଆବଦ୍ଧତରତର ଅବଦ୍ଧତରତର ଅବଦ୍ଧତରତର ବଦ୍ଧତରତର _____ ଠାରେ ପୈଠଯୋଗ୍ୟ ବା ବମ୍ବାଲ ବାୟୁ ଅନୁମୋଦିତ ଅନ୍ୟ କୌଣସି ପ୍ରବାନରେ ପୈଠ ବୋଲାଇପାରିବ ।
ନଗର ଟଙ୍କା ଟିପୋଗ୍ରାଫିରେ, ଲିପିସ୍ତ (ଯଦି ବିଲି ଆପ) ଗାହା ବେବେ ତେବେ ବାୟୁ ବୋଲିବ ।
ବମ୍ବାଲରୁ ଏହି ପ୍ରସ୍ତାବରୁ ବାୟୁପ୍ରସ୍ତୁତ କରିବାକୁ ସମ୍ଭବ କରିବା ପାଇଁ, ବିଲିକୁ ସମୟରେ ସଂଶୋଧିତ ହେଉଥିବା ବାମା ଚିହ୍ନମ୍ବ. ଏଂଶାଲ ସେକ୍ଟର ଅନୁସାରେ ପ୍ରଯୋଗରୁ ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ଏବଂ ସଠିକ୍ ତଥ୍ୟ ଦେବା ଆବଶ୍ୟକ ।
ବୟସ ପ୍ରମାଣପତ୍ର ବାଧ୍ୟତାମୂଳକ ।
ପ୍ରସ୍ତାବ ଫର୍ମରେ ଯଦି କୌଣସି ବବେ/ଓଭରଲାଭିଟି/ସାନ୍ଥା ପରିବର୍ତ୍ତନ ହୋଇଛି, ତେବେ ବୟାବର ବାଉସ୍ସର ସାଲର୍ ବରଲୁ ।
ବମ୍ବାଲ ପାଇଁ ଯିବା ନଗର/ଓଭରଲ୍ ତେବେ ସଂଗ୍ରହ କରିବା ପାଇଁ ଉପବେଷ୍ଟାକ ପ୍ରାପ୍ତିକାର ନାହିଁ ।
ପରିସ୍ଥିତି ପ୍ରବାନ କରିବା ପୂର୍ବରୁ ଯଦି ପ୍ରଯୋଗରୁ ପ୍ରସ୍ତାବରୁ ପ୍ରସ୍ତାବର କରି ଚିହ୍ନିତ, ଯଦି ପ୍ରସ୍ତୁତ, ଡାକ୍ତରୀ ପରୀକ୍ଷା ଉପରେ ହୋଇଥିବା ଖର୍ଚ୍ଚ ବାଟି ଆସ୍ଥିବେସର୍ ଟଙ୍କାକୁ ବମ୍ବାଲ ଫୋରାବ ।
ଯଦି ଆପଣଙ୍କ ପାଇଁ କୌଣସି ଏବଂ ବିବାନ ପ୍ରସ୍ତୁତ ନୁହେଁ ତେବେ ବୟାବର "ନମ୍" ବା "—" ଲେଖା ଓ ପ୍ରସ୍ତାବ ଫର୍ମ ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ଭାବେ ପୁରସ୍ତ ହେବା ଆବଶ୍ୟକ ।
ଆସିବା ସେକ୍ଟିବେସର ପାଇଁ ଆପଣଙ୍କ ସହ ଯୋଗାଯୋଗ କରିବ, ଯାହା ଆପଣଙ୍କ ଯୋଗାଯୋଗ ଏବଂସ୍ଥା ଉପରେ ଆଧାରିତ ।
ହେଡିଂ ଗାରିଖ/ଅନୁରୋଧାଭିଟି ଗାରିଖ/ଭେକ୍ଟିବେସର୍ ଗାରିଖ, ଯାହା ବିନମ୍ବର ଯିବ, ଗାହା NAV ହେବ ।
ବେକ୍ଟିବେସର୍ ଭଲହେବ ଏହି ଆବେଦନର ଏବଂ ଅବିଜ୍ଞେୟ ଅଂଶ । ଏହା ପରିସ୍ଥିତିକାରକ ବାୟୁ ବସ୍ତୁସ୍ଥ ହେବା ଆବଶ୍ୟକ ।
ରାଉରବେକ୍ଟି ବାଧ୍ୟତାମୂଳକ ନୁହେଁ ଓ ଅବିଜ୍ଞିତ ଖର୍ଚ୍ଚରେ ଉପବଦ୍ଧ ହେବ ।

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

ବୀମା ହେବାକୁ ଥିବା ପଥମ ବ୍ୟକ୍ତିଙ୍କ ବିବରଣୀ (ବଡ଼ ଅକ୍ଷରରେ କେବଳ ପରଖ କରିବେ)

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

ପୁରା ନାମ ଏହିପରି ରାବେ ଆପଣଙ୍କ ନାମ ପଲିସି ସାର୍ଟିଫିକେଟରେ ଦେଖାହେବ । ବୟାକରି ନାମର ପ୍ରତ୍ୟେକ ଅଂଶକୁ ଛାତି ଛାତି ଲେଖନ୍ତୁ ।

Title : Mr. / Mrs. / Ms. / Dr.
 ଗଜେଲ୍ ଶ୍ରୀ/ଶ୍ରୀମତି/ଦୁମାଳୀ/ଡଃ.

First Name ଶ୍ରୀମତୀ ଶ୍ରୀମତୀ

Middle Name ମଧ୍ୟମ. ଶ୍ରୀମତୀ

Surname ଶ୍ରୀମତୀ ଶ୍ରୀମତୀ

Affix Photo

ଫଟୋ ଲଗାନ୍ତୁ

1.2 Maiden Name (in case of married female life to be insured) ଅଭିଭାବିନ ନାମ (ନାମା ଦେବାନ ସ୍ତ୍ରୀଙ୍କ ପ୍ରତିଭା ବିଭାବିନ ସ୍ତ୍ରୀଙ୍କ)

| | | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| Title : Ms. / Dr. | ପାତ୍ରବେଦ୍ ଭୂମିକା/ଡଃ | First Name | ପ୍ରଥମ ନାମ |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Middle Name | ମଧ୍ୟମ ନାମ | Surname | ଶେଷ ନାମ |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

1.3 Father's Name ପିତାଙ୍କ ନାମ

| | |
|-----------------------|--------------|
| Title : Mr. / Dr. | ଶ୍ରୀମତୀ/ଶ୍ରୀ |
| First Name ପ୍ରଥମ ନାମ | |
| Middle Name ମଧ୍ୟମ ନାମ | |
| Surname ଶେଷ ନାମ | |

1.4 Date of Birth ଉତ୍ତର ଲାଭିଷ

 Date Month Year

ତାରିଖ ମାସ ବର୍ଷ

1.5 Gender ☐ Male

ଲିଙ୍ଗ: ☐ ପୁରୁଷ ☐ Female
☐ ମହିଳା

1.6 Marital ☐ Unmarried
 အထီးကျန်

Status
ବୈବାହିକ ସ୍ଥିତି

1.7 No. of Children 1 2 3

Greater than 3 NA

1.8 Nationality ☐ Indian

ଭାଗ ୧, ପୃଷ୍ଠା ୧୨

☐ Foreign National¹

ବିଦେଶ ଜାତୀୟତା

Person of Indian Origin¹

ଭାରତରେ ଜନ୍ମ ନେଇଥିବା ବ୍ୟକ୍ତି

¹Specify Nationality

ଜାତୀୟତା ଉଲ୍ଲେଖ କରନ୍ତୁ

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

ପ୍ରଯୋଜକଙ୍କ ବିବରଣୀ (ଯଦି ସେ ଜୀମା ହେବାକୁ ଥିବା ବ୍ୟକ୍ତି ହୋଇନଥାନ୍ତି)

3.1 Status

ସ୍ଥିତି

☐

Individual

ବ୍ୟକ୍ତି

☐

HUF

☐

Partnership

ଭାଗିଦାରୀ

☐

Corporate

କର୍ପୋରେଟ୍

☐

Trust

ତ୍ରଷ୍ଟ

☐

Government Body

ସରକାରୀ ଶିଳା

3.2 Full Name of Proposer

ପ୍ରଯୋଜକଙ୍କ ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ନାମ

Title : Mr. / Mrs. / Ms. / Dr.
ପାଇଁ ଶ୍ରୀ/ଶ୍ରୀମତୀ/ସୁମାତା/ଡଃ.

First Name .ପ୍ରଥମ ନାମ

Middle Name .ମଧ୍ୟମ ନାମ

Surname ଶେଷ ନାମ

Affix Photo

ଫଟୋ ଲଗାନ୍ତୁ

3.3 Father's Name / Husband's Name

ପିତାଙ୍କ ନାମ

Title : Mr. / Dr. ପାଇଁ ଶ୍ରୀ/ଡଃ.

First Name .ପ୍ରଥମ ନାମ

Middle Name .ମଧ୍ୟମ ନାମ

Surname ଶେଷ ନାମ

2.4 Date of Birth

ଜନ୍ମ ତାରିଖ

Gender

ଲିଙ୍ଗ:

☐

Male

ପୁରୁଷ

☐

Female

ମହିଳା

Marital Status

ବୈବାହିକ ସ୍ଥିତି

☐

Unmarried

ଅବିବାହିତ

☐

Widow(er)

ବିଧବା (ବିଧବା)

☐

Married

ବିବାହିତ

☐

Divorced

ଛାଡ଼ପତ୍ର ଦେଇଥିବା ବ୍ୟକ୍ତି

No. of Children

ଶିଶୁମାନଙ୍କ ସଂଖ୍ୟା

☐

1

☐

2

☐

3

Greater than 3

ଘାଟୁ ଅଧିକ

☐

NA

2.8 Nationality

ଜାତୀୟତା

☐

Indian

ଭାରତୀୟ

☐

Foreign National¹

ବିଦେଶ ଜାତୀୟତା

☐

Person of Indian Origin¹

ଭାରତରେ ଜନ୍ମ ନେଇଥିବା ବ୍ୟକ୍ତି

☐

Specify Nationality

ଜାତୀୟତା ଉଲ୍ଲେଖ କରନ୍ତୁ

2.9 Residential Status

ବିବାସ ସ୍ଥିତି

☐

Residing in India

ଭାରତରେ ରହୁଛନ୍ତି

☐

Not Residing in India¹

ଭାରତରେ ରହୁ ନାହାନ୍ତି

¹Specify Country of residence

ରହୁଥିବା ଦେଶର ନାମ ଉଲ୍ଲେଖ କରନ୍ତୁ

3.10 Address of Proposer

ପ୍ରଯୋଜକଙ୍କ ଠିକଣା

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

(ପିନ୍ କୋଡ୍ ପ୍ରତ୍ୟେକ ଅଂଶରୁ ଦୟାକରି ଛାଡ଼ି ଦେଖନ୍ତୁ)

Address

ଠିକଣା

Landmark

ଲ୍ୟାଣ୍ଡମାର୍କ

Pin Code

ପିନ୍ କୋଡ୍

City/Village

.ସହର/ଗ୍ରାମ

District

ଜିଲ୍ଲା

State

ରାଜ୍ୟ

Phone

ଫୋନ୍

Mobile

ମୋବାଇଲ୍

STD Code

ଏସ୍ଡିଟି କୋଡ୍

Phone No.

ଫୋନ୍ ନମ୍ବର

E-mail ID

ଇମେଲ୍ ଆଇଡି

3.11 Relationship of Proposer with the Life to be Insured

ଇମେଲ୍ ଆଇଡି

3.12 Proposer's Details

ପ୍ରଯୋଜକଙ୍କ ବିବରଣୀ

Are you the owner of any insurance policies? ¹ହଁ ²ନାଁ

☐

YES

☐

NO

Total annual premium (Rs. in figures) ¹ହଁ ²ନାଁ

Work details of proposer

ପ୍ରଯୋଜକଙ୍କ କାର୍ଯ୍ୟ ବିବରଣୀ

3.13 Exact Nature of Duties

ପଦ୍

3.14 Your Designation

ଆପଣଙ୍କ ପଦବୀ

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

☐

YES

☐

NO

If yes, please give details.

ଆପଣଙ୍କ କାର୍ଯ୍ୟ କୌଣସି ନିର୍ଦ୍ଦିଷ୍ଟ ସଙ୍କଟ ସହ ସମ୍ପର୍କିତ (ଯଥା ରାସାୟନିକ ଫ୍ୟାକ୍ଟି, ଖଣି, ବିସ୍ଫୋରକ, କ୍ଷୟକାରୀ ରାସାୟନ ଇତ୍ୟାଦି) ଯଦି ହଁ, ଦୟାକରି ବିବରଣୀ ଦିଅନ୍ତୁ

କମ୍ପ୍ୟୁଟର

3.16 Name of Organisation/Business

ପ୍ରତିଷ୍ଠାନ/ବ୍ୟବସାୟର ନାମ

Address

ଠିକଣା

Landmark

ଲ୍ୟାଣ୍ଡମାର୍କ

Pin Code

ପିନ୍ କୋଡ୍

City/Village

.ସହର/ଗ୍ରାମ

District

ଜିଲ୍ଲା

State

ରାଜ୍ୟ

Phone

ଫୋନ୍

Mobile

ମୋବାଇଲ୍

STD Code

ଏସ୍ଡିଟି କୋଡ୍

Phone No.

ଫୋନ୍ ନମ୍ବର

3.17 Annual Income Rs. :

ବାର୍ଷିକ ଆୟ ଦର୍ଶାନ୍ତେ:

E-mail ID

ଇମେଲ୍ ଆଇଡି

ବନ୍ଧୁ ଶ୍ରୀ/ଶ୍ରୀମତୀ/ସୁମାତାଙ୍କୁ କୃତଜ୍ଞତା ଜଣାଉଛି ଯେ ଏହି ଫର୍ମଟ୍ଟି ଆପଣଙ୍କ ନିଜେ ଭରସାରେ ରଖିଛନ୍ତି ଏବଂ ଏହା ସତ୍ୟ ଅଟେ।

¹If 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 ଆୟକର ପ୍ୟାନ୍ ନମ୍ବର

3.21 Are you paying premium for life insurance policies on any other life. ଆପଣ ଅନ୍ୟ କୌଣସି ଜୀବନ ଇସୁରନ୍ସ ପଲିସି ପାଇଁ ପ୍ରିମିୟମ ପ୍ରଦାନ କରୁଛନ୍ତି କି ? ☐ YES ☐ NO

If yes, Total annual premium (Rs. in figures) ଯଦି ହଁ, ମୋଟ ବାର୍ଷିକ ପ୍ରିମିୟମ

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

ନୋମିନେସନ୍ ବିବରଣୀ (ଯେତେବେଳେ ପ୍ରୋପୋଜର ଓ ଜୀବନ ହେବାକୁ ଯିବା ବ୍ୟକ୍ତି ସେହି ଯିବେ)

| | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|----------------------------|
| 4.1 ନୋମିନେସନ୍ ବିବରଣୀ Name of the Nominee (Under section 39 of the Insurance Act 1938) (ଜୀବନ ନିୟମ, ୧୯୩୮ର ସେକ୍ସନ୍ ୩୯ ଅନୁଯାୟୀ) | First Nominee .ପ୍ରଥମ ନୋମିନି | Second Nominee ଦ୍ୱିତୀୟ ନୋମିନି | Third Nominee ତୃତୀୟ ନୋମିନି |
| 4.2 Relationship to the Life to be Insured ଜୀବନ ହେବାକୁ ଯିବା ବ୍ୟକ୍ତିଙ୍କ ସହ ସମ୍ପର୍କ | | | |
| 4.3 Percentage of Entitlement ଅଞ୍ଚଳର ପ୍ରତିଶତ | | | |
| 4.4 Date of Birth ଜନ୍ମ ତାରିଖ | Date ତାରିଖ | Date ତାରିଖ | Date ତାରିଖ |
| 4.5 Address ଠିକଣା | | | |

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:

ଯଦି ଉପରୋକ୍ତ ନୋମିନି ଆପଣଙ୍କ ମାତା/ପିତା/ସ୍ୱାମୀ/ସ୍ତ୍ରୀ/ପୁଅ/ପୁଅ ନୁହେଁ, ତେବେ ନିମ୍ନରେ ଯିବା ଖାଲି ଗୋଟିଏ କାରଣ ଦେଖାନ୍ତୁ:

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

ଯଦି ନୋମିନି କେବଳ ମାତା/ପିତା/ସ୍ୱାମୀ/ସ୍ତ୍ରୀ/ପୁଅ/ପୁଅ ନୁହେଁ, ତେବେ ନୋମିନେସନ୍ କରୁଥିବା ବ୍ୟକ୍ତିଙ୍କ ବିବରଣୀ ଦିଅନ୍ତୁ (ସେ ସାଧାରଣ/ସାଧାରଣ ଯିବା ହେବା ଆବଶ୍ୟକ)

| | |
|--|--|
| a. Name of the Appointee ନିୟୁକ୍ତ ବ୍ୟକ୍ତିଙ୍କ ନାମ | |
| b. Relationship to the Minor ପ୍ରୟୋଜନର ସମ୍ପର୍କ | |
| c. Date of Birth ଜନ୍ମ ତାରିଖ | Date ତାରିଖ |
| d. Address ଠିକଣା | Signature of the Appointee ନିୟୁକ୍ତ ବ୍ୟକ୍ତିଙ୍କ ଦସ୍ତଖତ |

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.
ଟିପ୍ପଣୀ: ଉପରୋକ୍ତ ନୋମିନେସନ୍ ସେତେବେଳେ କାର୍ଯ୍ୟକାରୀ ହେବ ଯେତେବେଳେ ଉଭୟ ଜୀବନ ହୋଇଥିବା ବ୍ୟକ୍ତିଙ୍କ ଏକତାଦିନ ମୃତ୍ୟୁ ହେବ ବା ଯଦି କୌଣସି ଜୀବନ ହୋଇଥିବା ବ୍ୟକ୍ତିଙ୍କ ମୃତ୍ୟୁ ହେବ ।

5. Details of the plan applied for

ବିବରଣୀ ଦିଆଯିବା ଯୋଜନା ବିବରଣୀ

| | |
|---|--|
| 5.1 Name of the Plan ଯୋଜନାର ନାମ | |
| 5.2 Term of the Plan in years (if applicable) ଯୋଜନାର ଅବଧି ବର୍ଷରେ (ଯଦି ପ୍ରଯୁଜ୍ୟ) | 5.3 Select Option (if applicable) ବିକଳ୍ପ ଚୟନ କରନ୍ତୁ (ଯଦି ପ୍ରଯୁଜ୍ୟ) |
| 5.4 Premium Paying Term in years (if applicable) ପ୍ରିମିୟମ ପେସିଂ ଅବଧି ବର୍ଷରେ (ଯଦି ପ୍ରଯୁଜ୍ୟ) | 5.5 Select Category (If applicable) ବର୍ଗ ଚୟନ କରନ୍ତୁ (ଯଦି ପ୍ରଯୁଜ୍ୟ) |
| 5.6 Annual Premium in Rs. (if applicable) ବାର୍ଷିକ ପ୍ରିମିୟମ ଟଙ୍କାରେ (ଯଦି ପ୍ରଯୁଜ୍ୟ) | |
| 5.7 Cover Level (if applicable) କଭର ଲେଭଲ୍ (ଯଦି ପ୍ରଯୁଜ୍ୟ) | 5.8 Sum Assured in Rs. (if applicable) ଜୀବନାଶିର ପରିମାଣ ଟଙ୍କାରେ (ଯଦି ପ୍ରଯୁଜ୍ୟ) |

5.9 Riders opted for (if applicable) ରାଇଡର୍ ଚୟନ କରାଯାଇଛି (ଯଦି ପ୍ରଯୁଜ୍ୟ)

| Riders ରାଇଡର୍ସ | Sum Assured* (Rs.) ଜୀବନାଶିର ପରିମାଣ (ଟଙ୍କା) | Riders ରାଇଡର୍ସ | Sum Assured* (Rs.) ଜୀବନାଶିର ପରିମାଣ (ଟଙ୍କା) |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Aviva Accidental Death & Dismemberment ଆଭିଭା ଆକସ୍ମିକ ମୃତ୍ୟୁ ଓ ଅଙ୍ଗ ହରଣ | | <input type="checkbox"/> Aviva Accidental Death Benefit ଆଭିଭା ଆକସ୍ମିକ ମୃତ୍ୟୁ ଲାଭ | |
| <input type="checkbox"/> Aviva Dread Disease ଆଭିଭା ଡିଡ୍ ଡିଜିଜ୍ | | <input type="checkbox"/> Aviva Comprehensive Health Benefit ଆଭିଭା ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ଲାଭ | |
| <input type="checkbox"/> Aviva Term / Term Plus Rider ଆଭିଭା ଟର୍ମ / ଟର୍ମ ପ୍ଲସ୍ ରାଇଡର୍ | | <input type="checkbox"/> Income / Family Income Benefit Rider ଇନ୍କମ୍ / ଫାମିଲି ଇନ୍କମ୍ ଲାଭ ରାଇଡର୍ | |
| <input type="checkbox"/> Aviva Health Guard Rider ଆଭିଭା ହେଲ୍ଥ ଗାର୍ଡ୍ ରାଇଡର୍ | | <input type="checkbox"/> Aviva Child Education Rider ଆଭିଭା ବାଳକ ଶିକ୍ଷା ଲାଭ ରାଇଡର୍ | |

(*) Rider SA shall be not exceed the base sum assured or the maximum applicable limit for riders whichever is lower. ଆଭିଭା ରାଇଡର୍ ଏବଂ ବେସ୍ ଲାଇଭ୍ ଲିମିଟ୍ ଯେଉଁ ଲୋ, ସେହି ଲିମିଟ୍ ଲାଭ ହେବ ।

| Since the date of the Proposal as mentioned above ଉପର ଲିଖିତ ପ୍ରସ୍ତାବ ତାରିଖ ଠାରୁ | First Life ପ୍ରଥମ ଜୀବନ | | Second Life ଦ୍ୱିତୀୟ ଜୀବନ | |
|--|---------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|
| 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) ଆପଣ ବର୍ତ୍ତମାନ କୌଣସି ଚିକିତ୍ସା ଗ୍ରହଣ କରୁଛନ୍ତି କି ବା ଚାହୁଁଛନ୍ତି କି ବା ଅସ୍ତ୍ରୋପଚାର ପରାମର୍ଶ, ଯାହା ବା ଅନୁସନ୍ଧାନ ପାଇଁ ଅପେକ୍ଷା କରୁଛନ୍ତି କି? ଆପଣଙ୍କୁ କଟିକତା ନଥିବା ଗର୍ଭାବସ୍ଥା, ସାଧାରଣ ଥଣ୍ଡା, ଇନ୍ଫ୍ଲୁଏନ୍ସା, ପରାଗଜ୍ୱର ବା କୌଣସି ଛୋଟ ରୋଗ ଯାହା ପାଇଁ ଥରେ ପରାମର୍ଶ ଆବଶ୍ୟକ ସେପରି ସମସ୍ୟା ବିଷୟରେ ଜଣାଇବା ଆବଶ୍ୟକତା ନାହିଁ | Yes <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | Yes <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| B. Have you ever had any medical or surgical treatment, including investigations, tests, scans or X-Ray for any of the following illnesses or medical conditions: କିମ୍ବା ଅସୁସ୍ଥତା ବା ଚାହୁଁଛନ୍ତି କି ବା ଅସ୍ତ୍ରୋପଚାର ଚିକିତ୍ସା ଦେଇ ଗତି କରିଛନ୍ତି ଯେଉଁଥିରେ ଅନୁସନ୍ଧାନ, ଯାହା, ସ୍କାନ ବା ଏକ୍ସ-ରେ ଅନ୍ତର୍ଭୁକ୍ତ: | Yes <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | Yes <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| i. High blood pressure, angina, heart attack, stroke or any other disorder of heart or circulation? ଉଚ୍ଚ ରକ୍ତଚାପ, ଆଙ୍ଗିନା, ହାର୍ଟ ଆଟାକ୍, ଷ୍ଟ୍ରୋକ୍ ବା ହୃଦୟ ବା ରକ୍ତପ୍ରବାହର ଅନ୍ୟ କୌଣସି ବିଶୃଙ୍ଖଳା ? | Yes <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | Yes <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| ii. Any form of cancer, tumor or growth? କୌଣସି ପ୍ରକାରର କର୍କଟ ରୋଗ, ଟ୍ୟୁମର ବା ବୃଦ୍ଧି? | Yes <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | Yes <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| iii. Disorder of skin or lymph glands? ଚର୍ମ ବା ଲିମ୍ଫ ଗ୍ରନ୍ଥିରେ ବିଶୃଙ୍ଖଳା? | Yes <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | Yes <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| iv. Diabetes, kidney or liver problem? ଡାଇବିଟିସ୍, କିଡ୍ନି ବା ଯକୃତ ସମସ୍ୟା? | Yes <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | Yes <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| v. Colitis or any other stomach, bowel or bladder problem? କୋଲିଟିସ୍ ବା ପେଟ, ଅନ୍ତରୁଦ୍ଧ ବା ମୂତ୍ରାଶୟର ଅନ୍ୟ ସମସ୍ୟା? | Yes <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | Yes <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| vi. Multiple sclerosis, epilepsy, tremor, numbness, double vision or giddiness? ଏକାଧିକ ସ୍କ୍ଲେରୋସିସ୍, ଅପସ୍ତମ୍ବ, କମ୍ପନ, ବାଲୁଆ ଅବସ୍ଥା, ଦୁଇ ଦୃଷ୍ଟି ଦେଖା ହେବା ବା ମୁଣ୍ଡ ବୁଲେଇବା ଅବସ୍ଥା? | Yes <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | Yes <input type="checkbox"/> | No <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? ମାନସିକ ବା ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟବିକଳ ଅବସ୍ଥା (ବିଶାଦଗ୍ରସ୍ତ ଅବସ୍ଥା) ଯାହା ୩ ମାସରୁ ଅଧିକ ଦିନ ପର୍ଯ୍ୟନ୍ତ ରହିଛି ଓ/ବା ଲଗାତାର ୧୦ ଦିନ କାର୍ଯ୍ୟରୁ ଛୁଟି ନେବାର ଆବଶ୍ୟକତା ହୋଇଛି? | Yes <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | Yes <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| viii. Asthma, bronchitis, pneumonia, TB or any other respiratory or lung disorder? ଶ୍ୱାସ, ବ୍ରୋଙ୍କାଇଟିସ୍, ନିମୋନିଆ, TB ବା ଅନ୍ୟ କୌଣସି ଶ୍ୱାସକ୍ରିୟା ବା ଫୁସ୍ଫୁସ୍ ସମସ୍ୟା? | Yes <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | Yes <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| ix. Ulcer, chronic diarrhoea, hepatitis or jaundice? ଅଲ୍ସର, ଅଧିକ ଦିନ ଧରି ରହିଥିବା ଡାଇରିଆ, ହେପାଟାଇଟିସ୍ ବା କାମଳ ରୋଗ? | Yes <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | Yes <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| x. Congenital disorder, anemia, bleeding or blood disorder? ଜନ୍ମଗତ ସମସ୍ୟା, ଆନିମିଆ, ରକ୍ତସ୍ରାବ ବା ରକ୍ତ ସମସ୍ୟା? | Yes <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | Yes <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| xi. Reproductive organ or prostate disorder? ପ୍ରଜନନ ଅଙ୍ଗ ବା ଅବସ୍ଥାନ ସମସ୍ୟା? | Yes <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | Yes <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| xii. Arthritis, gout or joint pain, muscle, bone fracture or disorder? ସ୍ଥବି ପ୍ରଦାହ, ଗଣ୍ଡିବାଟ ବା ଗଣ୍ଡି ଯନ୍ତ୍ରଣା, ମାଂସପେଶୀ, ହାତ ରାଙ୍ଗିବା ବା ସମସ୍ୟା? | Yes <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | Yes <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| xiii. AIDS or AIDS related complex or test indicating presence of HIV? AIDS ଓ AIDS ସମ୍ପର୍କିତ ଜଟିଳତା ବା HIVର ଉପସ୍ଥିତି ଜଣାଇଥିବା ଯାହା | Yes <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | Yes <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| xiv. Any other illness, surgery or injury? ଅନ୍ୟ କୌଣସି ଅସୁସ୍ଥତା, ଅସ୍ତ୍ରୋପଚାର ବା ଆଘାତ? | Yes <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | Yes <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| xv. Do you have any bodily deformities? ଆପଣଙ୍କ ଶରୀରରେ କୌଣସି ଶାରୀରିକ ଦିକ୍‌କାଙ୍ଗତା ରହିଛି କି? | Yes <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | Yes <input type="checkbox"/> | No <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? ଆପଣଙ୍କ ଏପରି କୌଣସି ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ଲକ୍ଷଣ ବା ସମସ୍ୟା ରହିଛି ଯାହା ପାଇଁ ଆପଣ କୌଣସି ଡାକ୍ତରଙ୍କ ସହ ପାରାମର୍ଶ କରିନାହାନ୍ତି ବା କୌଣସି ଚିକିତ୍ସା ଗ୍ରହଣ କରିନାହାନ୍ତି? ଯେପରି: ଅବିରତ ଜ୍ୱର, କୌଣସି କାରଣ ନଥାଇ ଓଜନ କମିବା, ରୋକ ନ ହେବା, ସନ୍ତୁଣା, ଫୁଲିବା ଇତ୍ୟାଦି? | Yes <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | Yes <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |

| | First Life ପ୍ରଥମ ଜୀବନ | Second Life ଦ୍ୱିତୀୟ ଜୀବନ |
|---|--|--|
| (i) Do you smoke/consume or have you ever smoked/consumed cigars, cigarettes, beedies or any other tobacco products (pan masala etc.) ଆପଣ ସିଗାର, ସିଗାରେଟ୍, ବିଡି ବା ଅନ୍ୟ କୌଣସି ତମାଖୁ ଉପ୍ରାଦ (ପାନ ମସଲା ଇତ୍ୟାଦି) ଚାଷୁଟି/ଖାଆନ୍ତୁ ବା ଚାଷୁଟିଲେ/ଖାଆନ୍ତି କି? | YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| If yes, how many cigarettes/cigars/beedies/tobacco pouches do you consume per day? ଯଦି ହଁ, ଆପଣ ଦୈନିକ କେତେଟି ସିଗାରେଟ୍/ସିଗାର/ବିଡି/ତମାଖୁ ନିଅନ୍ତି? | | |
| For how long କେତେ ଦିନ ଧରି | | |
| (ii) Have you ever sought or been given medical advice to reduce/abstain from smoking/tobacco consumption? ଆପଣ ଧୂମପାନ କରିବା/ତମାଖୁ ଖାଇବା ବମାଇବା/ବନ୍ଦ କରିବା ପାଇଁ କେତେ ଡାକ୍ତରୀ ସହାୟତା ଆବଶ୍ୟକ କରିଛନ୍ତି କିମ୍ବା ଆପଣଙ୍କୁ ଡାକ୍ତରୀ ପରାମର୍ଶ ଦିଆଯାଇଛି କି? | YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| D. Alcohol ଆଲ୍କହଲ୍ | | |
| (i) Do you take or have you ever taken alcohol? ଆପଣ ଆଲ୍କହଲ୍ ନିଅନ୍ତି ବା ନେଇଛନ୍ତି କି? | YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| If yes, how many units of alcohol do you consume per week? (1 unit=1/2 bottle of beer/1 glass of wine/1 peg measure of spirits) ଯଦି ହଁ, ଆପଣ ସପ୍ତାହରେ କେତେ ୟୁନିଟ୍ ଆଲ୍କହଲ୍ ନିଅନ୍ତି? (୧ ୟୁନିଟ୍=୧/୨ ବୋତଲ ବିଅର/୧ ଗ୍ଲାସ୍ ୱାଇନ/୧ ପେଗ ମାସ୍କର ସେସ୍ ଟ୍ରିକ୍ସ) | Unit _____ | Unit _____ |
| For how long କେତେ ଦିନ ଧରି | | |
| (ii) Have you ever sought or been given medical advice to reduce the level of/abstain from drinking? ମଦ୍ୟପାନ କରିବା ବମାଇବା ବା ବନ୍ଦ କରିବା ପାଇଁ ଆପଣ କେତେ ଡାକ୍ତରୀ ପରାମର୍ଶ ନେଇଛନ୍ତି ବା ଆପଣଙ୍କୁ ପରାମର୍ଶ ଦିଆଯାଇଛି କି? | YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| E. Drug Abuse ନିଶା ଅପବ୍ୟବହାର | | |
| (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? ଆପଣ ବର୍ତ୍ତମାନ ବା କୌଣସି ସମୟରେ କୌଣସି ଉଦ୍ଦେଶ୍ୟରେ ବର୍ତ୍ତମାନ ବା ପୂର୍ବରୁ ଆମ୍ଫେଟାମାଇନ୍, ବାର୍ବିଟ୍ରେଟ୍, କାନନାବିସ୍, କୋକେନ୍, ହାଲୁସିନେଜେନ୍, ହେରୋଇନ୍, ଅପିଏ, ସିଡେଟିଭ୍, ସଲଭେଣ୍ଟ୍ ଇତ୍ୟାଦି ବ୍ୟବହାର କରନ୍ତି କି? | YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| If yes pls provide full detail including name of drug & date when usage commenced and ceased. ଯଦି ହଁ, ତେବେ ଉତ୍ତର ନାମ ଓ ବ୍ୟବହାର ଆରମ୍ଭ ହେବା ଓ ଶେଷ ହେବାର ତାରିଖ ସହ ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ବିବରଣୀ ପ୍ରଦାନ କରନ୍ତୁ । | | |

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

ସ୍ବାସ୍ଥ୍ୟ ସମସ୍ୟା ପାଇଁ ଆପଣ କେବେ କାର୍ଯ୍ୟରୁ ବିରାମ ଗ୍ରହଣ କରିଛନ୍ତି ?

| | | | |
|------------------------------|-----------------------------|------------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> YES | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> YES | <input type="checkbox"/> NO |
|------------------------------|-----------------------------|------------------------------|-----------------------------|

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

କାର୍ଯ୍ୟ ଛଡା, ଆପଣ ସ୍ବାସ୍ଥ୍ୟ ଆପଣଙ୍କ ସାଧାରଣ ଦୈନନ୍ଦିନ କାର୍ଯ୍ୟରେ କୌଣସି କଟକଣା କରିଛନ୍ତି ?

| | | | |
|------------------------------|-----------------------------|------------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> YES | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> YES | <input type="checkbox"/> NO |
|------------------------------|-----------------------------|------------------------------|-----------------------------|

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.

ଆପଣଙ୍କ ବିରୋଧରେ ଅତୀତରେ କୌଣସି ଅପରାଧ ଗୋଷାରୋପ/ମକଦ୍ଦମା ହୋଇଛି ଏବଂ/କିମ୍ବା ବର୍ତ୍ତମାନ ବା ଅତୀତରେ ଆପଣଙ୍କ ବିରୋଧରେ କୌଣସି ଅପରାଧ ଗୋଷାରୋପ ବା ମକଦ୍ଦମା ବିଚାରାଧୀନ ଅଛି ଏବଂ/କିମ୍ବା ଆପଣ କୌଣସି ଅପରାଧ ମକଦ୍ଦମାରେ ଗୋଷା ସାମ୍ବନ୍ଧ ହୋଇଛନ୍ତି ଏବଂ/କିମ୍ବା ବର୍ତ୍ତମାନ କାରା/ପ୍ରତିଶ୍ରୁତି/ସ୍ଥଗିତରେ ଅଛନ୍ତି ?
ଯଦି ହଁ, ଦୟାକରି ଗୋଷାଗୁଡ଼ିକର ତାରିଖ ଏବଂ କାରଣ ଏବଂ ପ୍ରକୃତି ସହ ବିବରଣୀ ପ୍ରଦାନ କରନ୍ତୁ ।

| | | | |
|-----|-----------------------------|------------------------------|-----------------------------|
| YES | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> YES | <input type="checkbox"/> NO |
|-----|-----------------------------|------------------------------|-----------------------------|

I. For Female Lives only: କେବଳ ମହିଳା ଜୀବନ ପାଇଁ:

(i) Are you pregnant?

ଆପଣ ଗର୍ଭବତୀ ?

| | | | |
|------------------------------|-----------------------------|------------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> YES | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> YES | <input type="checkbox"/> NO |
|------------------------------|-----------------------------|------------------------------|-----------------------------|

ଯଦି ହଁ, ଗର୍ଭାବସ୍ଥାର ସପ୍ତାହ ଉଲ୍ଲେଖ କରନ୍ତୁ If yes, number of weeks pregnant

| | | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|

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

ଆପଣଙ୍କର ଆଗରୁ ବା ବର୍ତ୍ତମାନ ଗର୍ଭାବସ୍ଥାରେ କୌଣସି ଜଟିଳତା ଥିଲା ବା ଅଛି ?

| | | | |
|------------------------------|-----------------------------|------------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> YES | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> YES | <input type="checkbox"/> NO |
|------------------------------|-----------------------------|------------------------------|-----------------------------|

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

ଆପଣଙ୍କର କୌଣସି ସ୍ତ୍ରୀରୋଗ ସମସ୍ୟା ଥିଲା ବା ଅଛି ?

| | | | |
|------------------------------|-----------------------------|------------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> YES | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> YES | <input type="checkbox"/> NO |
|------------------------------|-----------------------------|------------------------------|-----------------------------|

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

ବିବାହିତ ମହିଳାମାନଙ୍କ ପାଇଁ, ସ୍ବାମୀଙ୍କ ବୀମା ବିବରଣୀ

| | | | | | | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|

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

ଆପଣ ବା ଆପଣଙ୍କ ନୋମିନି କଣେ ପରିଚିତ/ସମ୍ପର୍କିତ ପର୍ସନ୍ (ଜନସ) ?

ପରିଚିତ/ସମ୍ପର୍କିତ ପର୍ସନ୍ (PEP) ହେଉଛନ୍ତି ସେହିମାନେ ଯେଉଁମାନେ ବିଶିଷ୍ଟ ସରକାରୀ କାର୍ଯ୍ୟରେ ଉଦ୍ଯୋଗିତ ବା ଉଚ୍ଚପଦ, ଉଚ୍ଚବିଶ୍ୱାସୀ ସ୍ୱରୂପ ଦେଇ/ରାଜ୍ୟ ସରକାରଙ୍କ ମୁଖ୍ୟ/ମନ୍ତ୍ରୀ, ବିଶିଷ୍ଟ ରାଜନେତା, ବିଶିଷ୍ଟ ସରକାରୀ/ ନ୍ୟାୟିକ/ ସାମରିକ ଅଧିକାରୀ, ରାଜ୍ୟ ମାନ୍ୟତାରେ ଥିବା କର୍ମଚାରୀ/ସ୍ୱରୂପିତର ବିଶିଷ୍ଟ କାର୍ଯ୍ୟକର୍ତ୍ତା, ସ୍ୱରୂପିତର ରାଜନୈତିକ ଦଳର ଅଧିକାରୀ ଓ ଉପର ବ୍ୟକ୍ତିମାନଙ୍କର ପରିବାର ସଦସ୍ୟ (ଜୀବନସାଥୀ, ସନ୍ତାନ, ମାତାପିତା ଏବଂ ଭାଇ ଭଉଣୀ, ବୋହୂ, ଶ୍ୱଶୁର, ଶ୍ୱଶୁରି)

| | |
|------------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> YES | <input type="checkbox"/> NO |
|------------------------------|-----------------------------|

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)

ଯଦି ଆପଣଙ୍କର କୌଣସି ସରକାରୀ କାର୍ଡ/ଆଇଡି ଅଛି ଯାହା ବିଶେଷ କରି ସମାଜର ଅର୍ଥନୈତିକ ଓ ଆର୍ଥିକ ଭାବେ ପଛୁଆ ଶ୍ରେଣୀରୁ ବର୍ତ୍ତମାନ ଉପାଦାନ ଉପରେ /ଅନ୍ୟ କାର୍ଡ, ଖସିଗଲାକାର କାର୍ଡ ଇତ୍ୟାଦି ତେବେ ଦୟାକରି ବିବରଣୀ ଦିଅନ୍ତୁ (ଯଦି ଏହା ଆପଣଙ୍କ ପାଇଁ ପ୍ରଯୁଜ୍ୟ ନୁହେଁ, ତେବେ ଗତ ବା ପ୍ରଯୁଜ୍ୟ ନୁହେଁ ବୋଲି ଉଲ୍ଲେଖ କରନ୍ତୁ)

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 |
|--------------|---|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

ପ୍ରଥମ ବ୍ୟକ୍ତି

| | |
|---------------|---|
| ପ୍ରଶ୍ନ ସଂଖ୍ୟା | ପୂର୍ବ ପ୍ରଶ୍ନ ଯେଉଁଗୁଡ଼ିକର ଉତ୍ତର "ହଁ" ଅଛି ଦୟାକରି ତାହାଙ୍କ ଅବସ୍ଥା/ଅସୁସ୍ଥତା/ଆଘାତର ପ୍ରକୃତି, ତାରିଖ, ହେତୁ, କାରଣ, ଲକ୍ଷଣ, ଫଳାଫଳ ତଥା ଚିକିତ୍ସା କରୁଥିବା ଡାକ୍ତରଙ୍କ ନାମ ଓ ଠିକଣା ସହ ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ବିବରଣୀ ପ୍ରଦାନ କରନ୍ତୁ |
| | |
| | |
| | |
| | |

ଦ୍ୱିତୀୟ ବ୍ୟକ୍ତି

| | |
|---------------|---|
| ପ୍ରଶ୍ନ ସଂଖ୍ୟା | ପୂର୍ବ ପ୍ରଶ୍ନ ଯେଉଁଗୁଡ଼ିକର ଉତ୍ତର "ହଁ" ଅଛି ଦୟାକରି ତାହାଙ୍କ ଅବସ୍ଥା/ଅସୁସ୍ଥତା/ଆଘାତର ପ୍ରକୃତି, ତାରିଖ, ହେତୁ, କାରଣ, ଲକ୍ଷଣ, ଫଳାଫଳ ତଥା ଚିକିତ୍ସା କରୁଥିବା ଡାକ୍ତରଙ୍କ ନାମ ଓ ଠିକଣା ସହ ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ବିବରଣୀ ପ୍ରଦାନ କରନ୍ତୁ |
| | |
| | |
| | |
| | |

Family history of the life to be insured ବୀମା ହେବାକୁ ଥିବା ବ୍ୟକ୍ତିଙ୍କ ପରିବାରର ଇତିହାସ

q. 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.

କ୍ଷୋଦ୍ଧା ହେବାକୁ ଥିବା ବ୍ୟକ୍ତିଙ୍କ ପରିବାର ସଦସ୍ୟମାନଙ୍କ ବିବରଣୀଗୁଡ଼ିକ ଦୟାକରି ଦିଅନ୍ତୁ । ଆହୁରି ମଧ୍ୟ, ଯଦି ପରିବାରର କୌଣସି ବ୍ୟକ୍ତି ହୃଦୟ ରୋଗ, ହୃଦ୍ଘାତ, ଉଚ୍ଚ ରକ୍ତଚାପ, ଡାକ୍ତରୀକୃତ ମେଲିଟସ୍, କୌଣସି ପ୍ରକାରର ଆଖି ରୋଗ, ବର୍ତ୍ତନ ରୋଗ, ଯକୃତ ରୋଗ, ପାଚାଳିସିସ୍ ବା ଅନ୍ୟ ବଂଶାନୁଗତ/ପାରିବାରିକ ସମସ୍ୟା, କୌଣସି ବ୍ୟକ୍ତିଗତରୋଗ ରୋଗ ଯେଉଁର ମୂଳକାରଣରୋଗିକ ଉତ୍ପତ୍ତି ବା ଅନ୍ୟ କୌଣସି ରୋଗ ଯାହା ଉପରେ ଉଲ୍ଲେଖ କରାଯାଇନାହିଁ ସେଥିରେ ମୃତ୍ୟୁବରଣ କରିଛନ୍ତି; ତେବେ ଏହି ବିଷୟରେ ତିନି ସାବଧାନ ଭାବରେ ଉଲ୍ଲେଖ କରନ୍ତୁ

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

(ସାବଧାନ ପୂରଣ କରିବା ପାଇଁ ଦୟାକରି ଉପର ପାରାଗ୍ରାଫକୁ ଦେଖନ୍ତୁ)

First life

| Family member | ପରିବାର ସଦସ୍ୟ | If Alive ଯଦି ଜୀବିତ | | If Deceased ଯଦି ମୃତ | |
|---------------|--------------|-------------------------------|---------------------------|-----------------------------|-------------------------|
| | | Health Status ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟାବସ୍ଥା | ବର୍ତ୍ତମାନ ବୟସ Current Age | ମୃତ୍ୟୁର କାରଣ Cause of Death | ମୃତ୍ୟୁ ବୟସ Age at Death |
| Father | ପିତା | | | | |
| Mother | ମାତା | | | | |
| Brother(s)* | ଭାଇ(ମାନେ)* | | | | |
| Sister(s)* | ଭଉଣୀ(ମାନେ)* | | | | |

Second life

(ସାରଣୀ ପୁରଣ କରିବା ପାଇଁ ଦୟାକରି ଉପର ପାରାଗ୍ରାଫକୁ ଦେଖନ୍ତୁ)

| | | | | | |
|---|--|---|--|---|--|
| | | First Life | | Second Life | |
| <p>6.3 Do you have a family doctor (A family doctor is a doctor that you consult or have consulted regularly for medical ailments.)</p> <p>ଆପଣଙ୍କର ଫାମିଲି ଡକ୍ଟର ଅଛନ୍ତି କି (ଫାମିଲି ଡକ୍ଟର ହେଉଛନ୍ତି ସେହି ଡାକ୍ତର ଯାହାଙ୍କ ସହ ଆପଣ ବାରମ୍ବାର ସମସ୍ୟାଗୁଡ଼ିକ ପାଇଁ ଚିକିତ୍ସିତ ରାବେ ପରାମର୍ଶ ଦିଆଯାଆନ୍ତି)</p> <p>ଯଦି ହଁ, ସ୍ୱାଭାବିକ ଆପଣଙ୍କ ଫାମିଲି ଡକ୍ଟରଙ୍କ ବିବରଣୀ ଦିଅନ୍ତୁ । If yes, please give family doctor's detail</p> | | <p><input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO</p> | | <p><input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO</p> | |
| 6.4 Family Doctor's Details ଆପଣଙ୍କର ଫାମିଲି ଡକ୍ଟର | | | | | |
| Address ପିନ୍ କୋଡ୍ | | Landmark ଲ୍ୟାଣ୍ଡମାର୍କ | | Pin Code ପିନ୍ କୋଡ୍ | |
| City/Village ସହର/ଗ୍ରାମ | | District ଜିଲ୍ଲା | | State ରାଜ୍ୟ | |
| Phone ଫୋନ୍ | | Mobile ମୋବାଇଲ୍ | | | |
| STD Code ଏସ୍ଡିଟି କୋଡ୍ | | Phone No. ଫୋନ୍ ନମ୍ବର | | | |

.ସଭକ/ଯାତ୍ରା ବିବରଣୀ

| | | |
|--|---|--|
| <p>7.1 Do you take part in any form of motor sport, climbing, diving, caving, flying private aircraft, sky diving, hang gliding etc.?</p> <p>ଆପଣ କୌଣସି ମୋଟର ସ୍ପୋର୍ଟ, କ୍ଲାଉମ୍ବିଙ୍ଗ୍, ଡାଇଭିଙ୍ଗ୍, କେଭିଙ୍ଗ୍, ଫ୍ଲାଉଇଙ୍ଗ୍, ଗ୍ରାଇଡେର୍ ଏୟାରୋଡ୍ରାଫ୍ଟ, ସ୍କାଏ ଡାଇଭିଙ୍ଗ୍, ହାଙ୍ଗ୍ ଗ୍ଲାଉଡିଙ୍ଗ୍ ଇତ୍ୟାଦିରେ ଅଂଶଗ୍ରହଣ କରନ୍ତି କି?</p> | <p>First Life ପ୍ରଥମ ବ୍ୟକ୍ତି</p> <p>YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>ହଁ ନଁ</p> | <p>Second Life ଦ୍ୱିତୀୟ ବ୍ୟକ୍ତି</p> <p>YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>ହଁ ନଁ</p> |
| <p>(If yes, please give details)</p> <p>ଯଦି ହଁ, ଦୟାକରି ବିବରଣୀ ଦିଅନ୍ତୁ ।</p> | | |
| <p>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)</p> <p>ଆପଣ ଆପଣଙ୍କ ବର୍ତ୍ତମାନର ତାରିଖର ଏବଂ ଅଂଶ ଭାବେ ଗତ ପାଞ୍ଚ ବର୍ଷ ମଧ୍ୟରେ କି ଆପଣ ବିଦେଶ (କାନାଡା, ଅଷ୍ଟ୍ରେଲିଆ, ନ୍ୟୁ ଡିଲ୍ୟାଣ୍ଡ, ୟୁ ଏସ୍ ଏଚ୍, ଇସ୍ଲାମାବାଦ୍) ଯାଇଥିବା କି ନାହିଁ କିମ୍ବା ଆପଣଙ୍କ ଯାତ୍ରା ଓ ନିବାସ ପ୍ରଶ୍ନାବଳୀ ପୂର୍ଣ୍ଣ କରିବେ ।</p> | <p>YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>ହଁ ନଁ</p> | <p>YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>ହଁ ନଁ</p> |

ଦୀପା ଦ୍ଵିବରଣୀ

| | First Life ପ୍ରଥମ ଜୀବନ | Second Life ଦ୍ୱିତୀୟ ଜୀବନ |
|---|--|--|
| 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? ଆପଣ ଆପଣଙ୍କ ନାମରେ କୌଣସି ଜୀବନ, ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ବା ସଙ୍କଟରୋଧୀ ଆବୃତ୍ତିର ବୀମା (ବଳବତ୍ତର/ପେଡ଼-ଅପ୍) ଅଛି ବା ଆମ ନିକଟରେ ଦିଆଯାଇଥିବା କୌଣସି ସମ୍ପର୍କୀତ ବୀମା କମ୍ପାନୀର ସହିତ ଏକ ସମୟରେ ଆମ ସହିତ ଏକ ସମ୍ପର୍କୀତ ବୀମା ଆବେଦନ କରିଛନ୍ତି? | YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ହଁ ନାଁ | YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ହଁ ନାଁ |

ଯଦି ହେତେ ବୀମା ଯୋଗାଯୋଗ ବ୍ୟବସ୍ଥାକୁ ଚାଲୁ ଥିବା ବୀମା କର୍ତ୍ତା (ବିବରଣୀ ଥିବା/ପେଟ-ଅଫ୍ ପରିଶିଷ୍ଟିତକର) ବିବରଣୀଗୁଡ଼ିକ ପ୍ରଦାନ କରନ୍ତୁ । ଯଦ୍ୟାଦି ଆଗିଲା କାଳରୁ କର୍ତ୍ତାଙ୍କର ସମସ୍ତ ପରିଶିଷ୍ଟିତ ଅନ୍ତର୍ଭୁକ୍ତ କରନ୍ତୁ । (ଯଦି ବୁକିଂ ଅପିକ ପରିଶିଷ୍ଟିତ ହେବ ପରିଶିଷ୍ଟିତକର ଯୋଗପତ୍ର ସଂଯୋଗ କରନ୍ତୁ) ।

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 |
|---------------------|----------------|----------------|---------------------------------|---------------|--|----------------|
| | | | | | | |
| | | | | | | |

ପ୍ରଥମ ବ୍ୟବ୍ତି

a.

| ବାମାବର୍ଣ୍ଣିକ ନାମ | ପରିସର ପ୍ରକାର | ପରିସର ଅବସ୍ଥା | ବାମା ରାଶି/ ପେଟ୍ ଅଫ୍ ବାମା ରାଶି | ବାମା ହେବାର ବର୍ଷ | ବାଧାରଣ ହାରରେ ପ୍ରତ୍ୟକ୍ଷ ବାଧାପାଇଛି ତି, ଯଦି ନୁହେଁ ତେବେ ଅତିରିକ୍ତ ବେସ୍ ଇଣ୍ଡେକ୍ସ | କଭର୍ ହୋଇଅଛିବା ରାଜତର୍କ |
|------------------|--------------|--------------|-------------------------------|-----------------|--|-----------------------|
| | | | | | | |
| | | | | | | |

ଦ୍ୱିତୀୟ ବ୍ୟବ୍ତି

a.

| ବାମାବର୍ଣ୍ଣିକ ନାମ | ପରିସର ପ୍ରକାର | ପରିସର ଅବସ୍ଥା | ବାମା ରାଶି/ ପେଟ୍ ଅଫ୍ ବାମା ରାଶି | ବାମା ହେବାର ବର୍ଷ | ବାଧାରଣ ହାରରେ ପ୍ରତ୍ୟକ୍ଷ ବାଧାପାଇଛି ତି, ଯଦି ନୁହେଁ ତେବେ ଅତିରିକ୍ତ ବେସ୍ ଇଣ୍ଡେକ୍ସ | କଭର୍ ହୋଇଅଛିବା ରାଜତର୍କ |
|------------------|--------------|--------------|-------------------------------|-----------------|--|-----------------------|
| | | | | | | |
| | | | | | | |

ଆପଣଙ୍କର ନିଜର ଜାମିନେ ଥିବା ଜୀବନ ବୀମା ପଲିସିଗୁଡ଼ିକର ମୋଟ ପ୍ରିମିୟମ (ଟଙ୍କା ଅଙ୍କରେ)

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 ☐

ଆପଣ ଗାଧାରିଥିବା କୌଣସି ଆପଣଙ୍କ ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ଭାବେ ସୁସ୍ଥ ହୋଇଯାଇଛନ୍ତି, ତାହା ଛଡ଼ା ଅନ୍ୟ କୌଣସି ବଡ଼ ଆପଣଙ୍କ ସ୍ୱଚ୍ଛାପନା ଲୋଭ ବା ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ପରିସ୍ଥିତି କେବେ କରିଛନ୍ତି କି?

(If yes, please give details)

ଯଦି ହଁ, ଦୟାକରି ବିବରଣୀ ଦିଅନ୍ତୁ

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 ☐

ଜୀବନ, ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ବା ସୁସ୍ଥ ହେବା ଲୋଭ କରୁଥିବା ପାଇଁ ଆପଣଙ୍କ ପ୍ରସ୍ତାବ ବା ଆବେଦନ କେବେ ଅଗ୍ରାହ୍ୟ, ମୁଲତବି ବା ବିଶେଷ ପର୍ଯ୍ୟାୟ ଗ୍ରହଣ କରାଯାଇଛି କି କିମ୍ବା ଆପଣ ଏବେ ଆବେଦନକୁ ବେଳେ ପ୍ରତ୍ୟାହାର କରିଛନ୍ତି କି?

(If yes, please give details)

ଯଦି ହଁ, ଦୟାକରି ବିବରଣୀ ଦିଅନ୍ତୁ

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

YES ☐ NO ☐ YES ☐ NO ☐

ଆପଣ ଅନ୍ୟ କୌଣସି ଜୀବନ ଉପରେ ଜୀବନ ବୀମା ପରିସ୍ଥିତି ପାଇଁ ପ୍ରମାଣିତ ପ୍ରଦାନ କରୁଛନ୍ତି କି ?

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.

ପରିବାର ବୀମା ବିବରଣୀ (ବୀମା ହେବାକୁ ଥିବା ବ୍ୟକ୍ତି ଯଦି ଛାତ୍ର ବା ନିର୍ବାହୀ ବା ଲୋଭକାରୀ କରୁନଥିବା ବ୍ୟକ୍ତି ତୁମ୍ଭେ ତେବେ ଏହା ପୂରଣ କରାଯିବ) କିମ୍ବା ତଥ୍ୟଗୁଡ଼ିକ କେବଳ ବୀମା ହେବାକୁ ଥିବା ବ୍ୟକ୍ତିଙ୍କର ଆବେଦନ ଓ ପ୍ରତ୍ୟାହାର ଗ୍ରହଣ ଆବେଦନକାରୀ ନାହିଁ ।

| | 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 | | | | | | | | | | |

| | ପ୍ରଥମ ବ୍ୟକ୍ତି | | | | | ଦ୍ୱିତୀୟ ବ୍ୟକ୍ତି | | | | |
|-----------|---------------|-------------|------------|--------|--------------------|-----------------|-------------|------------|--------|--------------------|
| | କମ୍ପାନୀର ନାମ | ପଲିସି ନମ୍ବର | ବୀମାମାତ୍ରା | ସ୍ଥିତି | ଆରମ୍ଭ ହୋଇଥିବା ବର୍ଷ | କମ୍ପାନୀର ନାମ | ପଲିସି ନମ୍ବର | ବୀମାମାତ୍ରା | ସ୍ଥିତି | ଆରମ୍ଭ ହୋଇଥିବା ବର୍ଷ |
| ପିତା | | | | | | | | | | |
| ମାତା | | | | | | | | | | |
| ଜୀବନସାଥୀ | | | | | | | | | | |
| ଭାଇ/ ଭଉଣୀ | | | | | | | | | | |
| ଭାଇ/ ଭଉଣୀ | | | | | | | | | | |
| ଭାଇ/ ଭଉଣୀ | | | | | | | | | | |

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

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.

8 of 9

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) ଭାରତରେ ଜୀବନ ବା ସମ୍ପତ୍ତି ପ୍ରତି ଥିବା କୌଣସି ପ୍ରକାରର ବିପଦ, ଯେଠାଯୋଗ୍ୟ କମିସନର ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ବା ଆଂଶିକ ଭାଗ ଉପରେ କୌଣସି ରିବେଟ୍ ବା ପଲିସି ଉପରେ ଉଲ୍ଲିଖିତ ପ୍ରିମିୟମ୍ ଉପରେ କୌଣସି ରିବେଟ୍ ବାବଦରେ କୌଣସି ବ୍ୟକ୍ତିଙ୍କୁ ବୀମା ନେବା ବା ରିନ୍ୟୁ କରିବା ବା ଜାରି ରଖିବା ପାଇଁ ମତାଜବା ପାଇଁ, ପ୍ରତ୍ୟକ୍ଷ ହେଉ ବା ପରୋକ୍ଷରେ, କୌଣସି ବ୍ୟକ୍ତିଙ୍କୁ ଅନୁମତି ଦିଆଯିବ ନାହିଁ, ତଥା ପ୍ରୋସ୍ପେକ୍ଟସ୍ ବା ବୀମାକର୍ତ୍ତାଙ୍କ ସାରଣୀରେ ପ୍ରକାଶ ହୋଇଥିବା ରିବେଟ୍ ଛଡା ଅନ୍ୟ କୌଣସି ରିବେଟ୍‌କୁ ପଲିସି ନେବା ବା ରିନ୍ୟୁ କରିବା ବା ଜାରି ରଖିବା ସମୟରେ କୌଣସି ବ୍ୟକ୍ତି ଗ୍ରହଣ କରିବେ ନାହିଁ ।

ଯଦି ବୀମା ଗ୍ରହଣ କରିବା ସମୟରେ ବୀମା ଏଜେଣ୍ଟ ବୀମାକର୍ତ୍ତାଙ୍କ ଦ୍ଵାରା ନିୟୁକ୍ତ ଯଥାର୍ଥ ଏଜେଣ୍ଟ ବୋଲି ସ୍ଥାପନା କରି ବିହିତ ସର୍ତ୍ତଶୁଳ୍କ ପ୍ରତିପାଦନ କରୁଛନ୍ତି, ତେବେ ଏହି ସର୍ବ-ଭାରାର ଅର୍ଥ ମଧ୍ୟରେ ବୀମା ଏଜେଣ୍ଟ ତା' ଦ୍ଵାରା କରାଯାଇଥିବା ଜୀବନ ବୀମାର ପଲିସି ସହ ସମ୍ପୃକ୍ତ କମିସନ ପ୍ରଦାନ କରିବା ପାଇଁ କଥା ଦେଇଥିଲେ ମଧ୍ୟ ତାହା ପ୍ରିମିୟମ୍ ଉପରେ ରିବେଟ୍‌ର ପ୍ରତିଶ୍ରୁତି ଦେଉନାହିଁ ।

(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) ଏହି ଭାରାର ବ୍ୟବସ୍ଥା ସହ ଅନୁପାଳନ କରିବାରେ କୌଣସି ବ୍ୟକ୍ତି ବିଫଳ ହେଲେ ସେ ଅର୍ଥ ଦଣ୍ଡ ଯାହା ଦଶ ଲକ୍ଷ ଓୟର୍ସ୍‌କୁ ହୋଇପାରେ ।

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) ପଲିସି ହେବା ତାରିଖ ଠାରେ ତିନି ବର୍ଷର ଅବଧି ବିତିବା ପରେ ଯେକୌଣସି ପୃଷ୍ଠରୁ କୌଣସି ଜୀବନବୀମା ପଲିସି ଉପରେ ପ୍ରଶ୍ନ ଉଠାଯାଇପାରିବ ନାହିଁ, ପଲିସି ହେବା ତାରିଖ ଅର୍ଥାତ୍ ପଲିସି ପ୍ରଚଳନ ହୋଇଥିବା ତାରିଖ ବା ବିପଦ ପ୍ରାରମ୍ଭ ହେବାର ତାରିଖ ବା ପଲିସି ପୁନଃପ୍ରବର୍ତ୍ତନର ତାରିଖ ବା ପଲିସିର ରାଇଡର୍ ତାରିଖ, ଯାହା ସବୁଠାରୁ ବିଳମ୍ବରେ ଥିବ ।

(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) ପଲିସି ହେବା ତାରିଖ ଠାରେ ତିନି ବର୍ଷର ଅବଧି ମଧ୍ୟରେ ପ୍ରବକ୍ଷନା ଆଧାରରେ କୌଣସି ଜୀବନବୀମା ପଲିସି ଉପରେ ପ୍ରଶ୍ନ ଉଠାଯାଇପାରିବ, ପଲିସି ହେବା ତାରିଖ ଅର୍ଥାତ୍ ପଲିସି ପ୍ରଚଳନ ହୋଇଥିବା ତାରିଖ ବା ବିପଦ ପ୍ରାରମ୍ଭ ହେବାର ତାରିଖ ବା ପଲିସି ପୁନଃପ୍ରବର୍ତ୍ତନର ତାରିଖ ବା ପଲିସିର ରାଇଡର୍ ତାରିଖ, ଯାହା ସବୁଠାରୁ ବିଳମ୍ବରେ ଥିବ ।

ସର୍ତ୍ତ ହେଉଛି କି ଏହି ନିଷ୍ପତ୍ତି ଉପରେ ଆଧାରିତ ଥିବା ପୃଷ୍ଠ ଓ ସାମଗ୍ରୀ ବିଷୟରେ ବୀମାକର୍ତ୍ତା ବୀମା କରିଥିବା ବ୍ୟକ୍ତିଙ୍କୁ ବା ତାଙ୍କର ଆଇନଗତ ପ୍ରତିନିଧି ବା ନୋମିନି ବା ସମର୍ପଣଗ୍ରାହୀଙ୍କୁ ଲିଖିତ ଭାବେ ଯୋଗାଯୋଗ କରିବେ ।

(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) .ସର୍ବ-ଭାରା (୨) ରେ ଥିବା ଯେକୌଣସି ବିଷୟ ସତ୍ତ୍ୱେ, ପ୍ରବକ୍ଷନା ଆଧାରରେ କୌଣସି ବୀମାକର୍ତ୍ତା ଏକ ଜୀବନ ବୀମା ପଲିସିକୁ ପ୍ରତ୍ୟାଖ୍ୟାନ କରିପାରିବ ନାହିଁ ଯଦି ବୀମା ହୋଇଥିବା ବ୍ୟକ୍ତି ପ୍ରମାଣ କରୁଛନ୍ତି ଯେ ତାଙ୍କର ଜ୍ଞାନ ଓ ବିଶ୍ଵାସ ଅନୁସାରେ ଏକ ତଥ୍ୟ ସାମଗ୍ରୀର ଭୁଲ୍ ତଥ୍ୟ ପ୍ରଦାନ ବା ଗୋପନ ରହିଛି ବା ତଥ୍ୟ ଗୋପନ ରଖିବାରେ ତାଙ୍କର କୌଣସି ସ୍ମୃତିହୀନ ଉଦ୍ଦେଶ୍ୟ ନଥିଲା ବା ତଥ୍ୟ ସାମଗ୍ରୀର ଭୁଲ୍ ତଥ୍ୟ ପ୍ରଦାନ ବା ଗୋପନ ବିଷୟ ବୀମାକର୍ତ୍ତାଙ୍କ ଜାଣତରେ ହୋଇନଥିଲା:

ସର୍ତ୍ତ ହେଉଛି ଯଦି ପଲିସିଧାରକଙ୍କ ମୃତ୍ୟୁ ହୋଇଥାଏ ତେବେ ହିତାଧିକାରୀମାନଙ୍କ ଉପରେ ମିଛକୁ ଅପ୍ରମାଣ କରିବାର ଦାୟିତ୍ଵ ରହିବ

(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)ପଲିସି ହେବା ତାରିଖ ଠାରେ ତିନି ବର୍ଷର ଅବଧି ମଧ୍ୟରେ କୌଣସି ଜୀବନବୀମା ପଲିସି ଉପରେ ପ୍ରଶ୍ନ ଉଠାଯାଇପାରିବ, ପଲିସି ହେବା ତାରିଖ ଅର୍ଥାତ୍ ପଲିସି ପ୍ରଚଳନ ହୋଇଥିବା ତାରିଖ ବା ବିପଦ ପ୍ରାରମ୍ଭ ହେବାର ତାରିଖ ବା ପଲିସି ପୁନଃପ୍ରବର୍ତ୍ତନର ତାରିଖ ବା ପଲିସିର ରାଇଡର୍ ତାରିଖ, ଯାହା ସବୁଠାରୁ ବିଳମ୍ବରେ ଥିବ, ଯେଉଁଠି କି ଆଧାର ହେଉଛି ବୀମା ହୋଇଥିବା ବ୍ୟକ୍ତିଙ୍କର ତଥ୍ୟ ସାମଗ୍ରୀକୁ ପ୍ରସ୍ତାବ ବା ଅନ୍ୟ ଦସ୍ତାବିଜ ଯାହା ଆଧାରରେ ପଲିସି ଦିଆଯାଇଛି ବା ପୁନଃପ୍ରବର୍ତ୍ତନ ହୋଇଛି ବା ରାଇଡର୍ ଦିଆଯାଇଛି ସେଥିରେ ଭୁଲ୍ କ୍ରମେ ଭୁଲ୍ ତଥ୍ୟ ଦିଆଯାଇଥିବ ବା ଗୋପନ ରଖାଯାଇଥିବ:

ସର୍ତ୍ତ ହେଉଛି କି ଜୀବନ ବୀମା ପଲିସି ପ୍ରତ୍ୟାଖ୍ୟାନ କରିବାର ଏହି ନିଷ୍ପତ୍ତି ଉପରେ ଆଧାରିତ ଥିବା ପୃଷ୍ଠ ଓ ସାମଗ୍ରୀ ବିଷୟରେ ବୀମାକର୍ତ୍ତା ବୀମା କରିଥିବା ବ୍ୟକ୍ତିଙ୍କୁ ବା ତାଙ୍କର ଆଇନଗତ ପ୍ରତିନିଧି ବା ନୋମିନି ବା ସମର୍ପଣଗ୍ରାହୀଙ୍କୁ ଲିଖିତ ଭାବେ ଯୋଗାଯୋଗ କରିବେ:

ଆହୁରି ମଧ୍ୟ ଏହା ସର୍ତ୍ତ ଯେ, ତଥ୍ୟ ସାମଗ୍ରୀର ଭୁଲ୍ ତଥ୍ୟ ପ୍ରଦାନ ବା ତଥ୍ୟ ଗୋପନ ଥିଲେ ଏବଂ ପ୍ରବକ୍ଷନା ହୋଇନଥିଲେ ଯଦି ପଲିସି ପ୍ରତ୍ୟାଖ୍ୟାନ କରାଯାଏ, ତେବେ ପ୍ରତ୍ୟାଖ୍ୟାନ ହେବାର ତାରିଖର ନବେ ଦିନ ମଧ୍ୟରେ ବୀମା ହୋଇଥିବା ବ୍ୟକ୍ତି କିମ୍ବା ତାଙ୍କର ଆଇନଗତ ପ୍ରତିନିଧି ବା ନୋମିନି ବା ସମର୍ପଣଗ୍ରାହୀଙ୍କୁ ପ୍ରତ୍ୟାଖ୍ୟାନ ହେବା ଦିନ ପର୍ଯ୍ୟନ୍ତ ପଲିସି ପାଇଁ ସଂଗ୍ରହ କରାଯାଇଥିବା ପ୍ରିମିୟମ୍ ଯେଠି କରାଯିବ ।

(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) ଏହି ଭାରାରେ ଏପରି କିଛି ନାହିଁ ଯାହା ବୀମାକର୍ତ୍ତାଙ୍କୁ ଯଦି ଆବଶ୍ୟକ ପଡେ ଯେକୌଣସି ସମୟରେ ବୟସର ପ୍ରମାଣ ମାଗିବାକୁ ରୋକିପାରିବ ଏବଂ କୌଣସି ପଲିସି ଉପରେ ପ୍ରଶ୍ନର ବିବେଚନା ହେବ ନାହିଁ କେବଳ ଏହି କାରଣରୁ ଯେ ପ୍ରସ୍ତାବରେ ବୀମା ହୋଇଥିବା ବ୍ୟକ୍ତିଙ୍କର ବୟସର ଭୁଲ୍ ଉଲ୍ଲେଖ ହୋଇଛି ବୋଲି ପ୍ରମାଣ ଦିଆଯାଏ ।

.ଧାରା ୪୫ର ସମସ୍ତ ଲେଖା ପାଇଁ, ଦୟାକରି ବିଭିନ୍ନ ସମୟରେ ସଂଶୋଧନ ହେଉଥିବା ବୀମା ଆଇନ୍, ୧୯୩୮କୁ ଦେଖନ୍ତୁ