

IN UNIT LINKED PLANS, THE INVESTMENT RISK IN INVESTMENT PORTFOLIO IS BORNE BY THE POLICYHOLDER (APPLICABLE FOR ULIP POLICY)
 யூனிட் லிங்க்ட் திட்டங்களில், முதலீட்டு பிரிவினாள் முதலீட்டு இடர்பாட்டை பாலிசிதாரரே ஏற்பார். (யூலிப் பாலிசிக்கும் இது பொருந்தும்)

FOR OFFICE USE ONLY - அலுவலகப் பயன்பாட்டிற்கு மட்டுமே Ver 3.8

Customer I.D வாடிக்கையாளர் ஐனு Policy no. பாலிசி எண்

Proposal Number திட்ட எண்	NUP
Advisor Name ஆலோசகர் பெயர்	
Advisor Number ஆலோசகர் எண்	

For Existing Customer தற்போதைய வாடிக்கையாளருக்கு	
For Bancassurance Channel Only பேங்குவரன்ஸ் சேனலுக்கு மட்டும்	
வங்கி பங்குதாரர் Bank Partner	வங்கி கிளை குறியீடு Bank Branch Code
வாடிக்கையாளர் பிரிவு Customer Segment	எஸ்.பி. சான்றிதழ் எண். SP Certificate No



SECTOR தகறை	☐ Urban நகர்ப்புறம்	☐ Rural கிராமப்புறம்	☐ Social சமூகம்	☐ NRI அமெரிக்காவுடைய வசிப்பவர	Product Name பொருளின் பெயர்
Unique Village Code தனித்த கிராமம் குறியீடு					

PROPOSAL DEPOSIT DETAILS திட்ட வைப்பு விவரங்கள்		Voucher Number வவுச்சர் எண்.
Cheque/DD No. காசோலை/..... வரைவேலை எண்	Date தேதி	
Amount தொகை	Drawn on வரையப்பட்டது	

ஊழியர்கள் எச்.என்.ஐ.
STAFF ☐ HNI ☐

Proposal Form பரிந்துரை படிவம்

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.

குறிப்புகள்:

- முன்மொழிபவர் பொருட்களின் விவரங்களில் திருப்தி அடைய வேண்டும். பொருட்களின் முக்கிய அம்சங்கள் சிறுத்தெரிவிட மீது குறிப்பிட்ட கவனத்தை செலுத்த வேண்டும்.
- நிறைவு செய்யப்பட்ட முன்மொழிதல் மற்றும் ஆரம்ப கட்டணத்தை நிறுவனம் பெறுவதால், இடர்பாடு மீது உத்தரவாதம் அளிக்கும் பொறுப்பை நிறுவனம் ஏற்காது. இடர்பாட்டுக்கு உறுதியளித்து, பாலிசியை வழங்காத வரைக்கும் இடர்பாடு உத்தரவாதத்திற்கு நிறுவனம் பொறுப்பேற்காது.
- முன்மொழிதல் நிறைவு பெறும் நாளன்று அலகுகளும் ஒதுக்கீடு செய்யப்படும். விண்ணப்ப தொகையை ப்ரீமியம் தொகையுடன் சரிசுட்டி, அது பாலிசியாக முடியும். (யூலிப் பாலிசிக்கும் பொருந்தும்)
- இந்த முன்மொழிதலுடன் ஆரம்ப கட்டணத்தையும் செலுத்த வேண்டும். இதனை ரொக்கமாகவோ அல்லது அவ்வாறு வை.ப இன்ஷூரன்ஸ் அக்கவுண்ட் ப்ரோபோசர் நம்பர் என்ற பெயருக்கு கோட்ட காசோலையாகவோ அல்லது வரைவு காசோலையாகவோ, கிளை அலுவலகத்தின் அமைவிடத்தில் அல்லது நிறுவனத்தால் ஒப்புதல் அளிக்கப்பட்ட வேறு ஏதேனும் இடத்தில் கட்ட வேண்டும்.
- பண வைப்புகள் என்றால், பணம் ஏதேனும் திருப்பிக்கொடுக்க வேண்டிய நேரங்களில் காசோலை மூலமாக மட்டுமே கொடுக்கப்படும்.
- அவ்வப்போது திருத்தப்படக்கூடிய காப்பீடு சட்டம் 1983, பிரிவு 45-க்கு ஏற்ப, இந்த முன்மொழிதலுக்கு நிறுவனம் உறுதியளிப்பதை உறுதி செய்ய, முன்மொழிபவர் முழுமையான மற்றும் சரியான தகவலை அளிக்க வேண்டும்.
- வயது சான்று கட்டாயமாகும்.
- முன்மொழிதல் படிவத்தில் திருத்தங்கள் / எழுதியதின் மேலெழுதல் / மை மாற்றம் செய்யப்பட்டால் தயவு செய்து மேலெப்படும் இடுக.
- நிறுவனத்திற்கான ரொக்கம் / கொணர்பவர் காசோலையை வாங்கிக்கொள்ள ஆலோசகருக்கு அதிகாரமில்லை.
- பாலிசியை வழங்குவதற்கு முன்பு முன்மொழிதலை முன்மொழிதலின் பின்வங்கி கொண்டால், முன்மொழிதலின் மருத்துவ பரிசோதனைக்கு ஏற்பட்ட செலவுகள் ஏதேனும் திருத்தம், அல்லது கழித்து விட்டு, விண்ணப்ப தொகையை நிறுவனம் திரும்பி கொடுத்து விடும்.
- ஏதேனும் குறிப்பிட்ட பிரிவு உங்களுக்கு பொருந்தவில்லை என்றால் தயவு செய்து "என்.ஏ." அல்லது "-" என எழுதி, முன்மொழிதல் படிவத்தை முழுமையாக நிரப்பிவிடவும்.
- சரிபார்ப்பு காரணங்களுக்காக அவ்வாறு உங்களை தொடர்பு கொள்ளும். உங்களை தொடர்பு கொள்ள முடிந்ததா என்பதை சரிபார்ப்பதற்கான அடிப்படை இதுவே.
- என்.ஏ.வி. என்பது கடன் தேதி / உறுதியளிப்பு தேதி / சரிபார்ப்பு தேதிக்கு பின்னர், எது கடைசியாக உள்ளதோ அதன் பிறகு இருக்கும்.
- பெனிபிட்டு இல்லாவிட்டாலும் என்பது இந்த விண்ணப்பத்தின் ஒருங்கிணைந்த பகுதியாகும். பாலிசிதாரரால் இது கையெழுத்திடப்பட வேண்டும்.
- ரைடர்கள் கட்டாயமானது கிடையாது. கூடுதல் கட்டளத்தில் அவை கிடைக்கும்.

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

காப்பீடு செய்ய வேண்டிய முதல் வாடிக்கையை பற்றிய விவரங்கள் (தயவு செய்து அச்சு எழுத்துக்களால் மட்டுமே பூர்த்தி செய்யவும்)

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.

முழுப்பெயர் இப்படி தான் உங்கள் பெயர் பாலிசி சான்றிதழில் தோன்றும். பெயரின் ஒவ்வொரு பகுதிக்கும் இடையே தயவு செய்து இடைவெளி விடவும்.

Title : Mr. / Mrs. / Ms. / Dr. யு.டீ.ம். / திரு. / திருமதி / செல்வி / டாக்டர்	First Name முதல்பெயர்
	Middle Name நடுப்பெயர்
	Surname குடும்பப்பெயர்

Affix Photo
புகைப்படத்தை இணைக்கவும்

1.2 Maiden Name (in case of married female life to be insured) திருமணத்துக்கு முன்னுள்ள பெயர் (திருமணமான பெண்ணின் வாடிக்கைக்கு காப்பீடு எடுக்க வேண்டுமானால்)

Title : Ms. / Dr. யு.டீ.ம். : செல்வி / டாக்டர்	First Name முதல்பெயர்
	Middle Name நடுப்பெயர்
	Surname குடும்பப்பெயர்

1.3 Father's Name

Title : Mr. / Dr. யு.டீ.ம். : செல்வி / டாக்டர்	First Name முதல்பெயர்
	Middle Name நடுப்பெயர்
	Surname குடும்பப்பெயர்

1.4 Date of Birth பிறந்த தேதி

Date தேதி	Month மாதம்	Year வருடம்

1.5 Gender

☐ Male ஆண்	☐ Female பெண்
--------------------------------------	---

1.6 Marital Status

☐ Unmarried திரும்புமணமாகாதவர்	☐ Married திருமணமானவர்
☐ Widow(er) தனனவரை இழந்தவர்	☐ Divorced விவாகரத்து ஆனவர்

1.7 No. of Children

குழந்தைகளின் எண்ணிக்கை	1	2	3
Greater than 3 3க்கு மேல்	☐	☐	☐
NA	☐	☐	☐

1.8 Nationality

☐ Indian நாட்டுக் குடியரிமை இந்தியர்	☐ Foreign National வெளிநாட்டு தேசியம்	☐ Person of Indian Origin இந்திய வம்சாவளி நபர்	☐ Specify Nationality நாட்டுரிமையை குறிப்பிடுக
---	---	--	--

1.9 Residential Status
குடியிருப்பு நிலை

☐

Residing in India
இந்தியாவில் வசித்தல்

☐

Not Residing in India¹
இந்தியாவில் வசிக்கவில்லை

¹Specify Country of residence _____
வசிக்கும் நாட்டை குறிப்பிடுக

1.10 Communication Address

☐

Residence
வசிக்குமிடம்

☐

Permanent
நிலையானது

☐

Office
அலுவலகம்

1.11 Current Residential Address

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

தற்போதுள்ள குடியிருப்பு முகவரி

*முகவரியின் ஒவ்வொரு பகுதிக்கும் இடையே தயவு செய்து இடைவெளி விடவும்

Address

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

முகவரி

(தேவைப்படும் இடங்களில்

c/o, s/o, w/o, d/o, h/o, f/o

ஆகியவைகளை சேர்த்திடவும்)

Landmark

அடையாளக்குறி

Pin Code

அஞ்சலக எண்

City/Village நகரம் / கிராமம்

District மாவட்டம்

State

மாநிலத்தின் பெயர்

Phone தொலைபேசி

Mobile

அலைபேசி

STD Code எஸ்டிடி குறியீடு Phone No. தொலைபேசி எண்

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

நீங்கள் இந்தியனாகவோ அல்லது இந்திய வம்சாவளியை சேர்ந்த நபராகவோ இருந்து, இந்தியாவில் வசிக்கவில்லை என்றால், தயவு செய்து என்.ஆர்.ஐ. கேள்வித்தாளை நிரப்புக

1.12 Permanent Address

(IF DIFFERENT FROM CURRENT RESIDENTIAL ADDRESS)

tj orZeku iU; kis(kk osxGs vlsy rj)

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

முகவரி

(தேவைப்படும் இடங்களில்

c/o, s/o, w/o, d/o, h/o, f/o

ஆகியவைகளை சேர்த்திடவும்)

Landmark

அடையாளக்குறி

Pin Code

அஞ்சலக எண்

City/Village நகரம் / கிராமம்

District மாவட்டம்

State

மாநிலத்தின் பெயர்

Phone தொலைபேசி

Mobile

அலைபேசி

STD Code எஸ்டிடி குறியீடு Phone No. தொலைபேசி எண்

1.13 Educational Qualification

கல்வி தகுதி

☐

Post Graduate
முதுகலைப் பட்டம்

☐

Graduate
பட்டதாரி

☐

Diploma
பட்டயம்/படிப்பு

☐

12th Pass
ஆம்/வகுப்புப் பஸ்

☐

Below 12th
... க்கும் கீழே

☐

Others (Specify) _____
மற்றவை விவரங்களை தரவும்

1.14 Occupation

உத்தியோகம்

☐

Salaried
மாதம் பணம் வாங்குபவர்

☐

Business Owner
தொழில் சார்ந்த வேலையில் இருப்பவர்

☐

Self-employed
சுய தொழில் செய்பவர்

☐

Student
மாணவன்

☐

Others (Specify) _____
மற்றவை விவரங்களை தரவும்

If student (a) Course presently pursuing _____

(b) Name of Institution _____

(c) Duration of Course _____

மாணவனாக இருந்தால் தற்போது படித்துக் கொண்டிருக்கின்ற பாடநெறி.....

கல்வி நிறுவனத்தின் பெயர்

பாடநெறி காலம்

Work details of life to be insured

காப்பீடு எடுக்க வேண்டிய வாழ்க்கையின் வேலை விவரங்கள்

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

கடமைகளின் சரியான தன்மை விளக்கம் (கொடுங்கள் உதாரணம்: உணவு தானியங்கள் / ஜவுளி வணிகம், டேக்ஸி ஓட்டுதல் / வைர ஏற்றுமதி வணிகம் போன்றவைகள்)

1.16 Your Designation உங்கள் பதவி

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

☐

YES

☐

NO

If yes, please give details.

ஆம்

இல்லை

உங்கள் தொழிலுடன் தொடர்புடைய குறிப்பிட்ட ஆபத்து ஏதேனும் (உதாரணம்: ரசாயன தொழிற்சாலை, சுரங்கங்கள், வெடி பொருள்கள், அரிக்கும் ரசாயனங்கள் போன்றவைகள்) ஆம் என்றால் தயவு செய்து விவரங்களை அளிக்கவும்

1.18 Name of Organisation/Business

நிறுவனம் / தொழிலின் பெயர்

Address

முகவரி

Landmark

அடையாளக்குறி

Pin Code

அஞ்சலக எண்

City/Village நகரம் / கிராமம்

District மாவட்டம்

State

மாநிலத்தின் பெயர்

Phone தொலைபேசி

Mobile

அலைபேசி

STD Code எஸ்டிடி குறியீடு Phone No. தொலைபேசி எண்

1.19 Life Assured's Annual Income Rs. :

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

காப்பீடு எடுத்தவரின் வருட வருமானம் ரூ:

சம்பாதிக்கவில்லை என்றால் (அ) மனைவியின் வருட வருமானம் ரூ:

1.20 E-mail ID

மின்னஞ்சல் ID

1.21 Age proof

☐

School/College Certificate

☐

Municipal Records

☐

Defence ID Card

☐

Passport

☐

Others (Specify) _____

வயது சான்று பள்ளி/கல்லூரி சான்றிதழ்

நகராட்சி பதிவுகள்

பாதுகாப்பு அடையாள அட்டை

பாஸ்போர்ட்

மற்றவை (விவரங்களை தரவும்)

1.22 Income Tax PAN Number

வருமான வரி பான் எண்

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

பொருத்தினால், காப்பீடு செய்ய வேண்டிய இரண்டாம் நபரின் விவரங்கள் தயவு செய்து அச்சு எழுத்துக்களால் மட்டுமே பூர்த்தி செய்யவும்

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.

முழுப்பெயர் இப்படி தான் உங்கள் பெயர் பாலிசி சான்றிதழில் தோன்றும். பெயரின் ஒவ்வொரு பகுதிக்கும் இடையே தயவு செய்து இடைவெளி விடவும்.

Title : Mr. / Mrs. / Ms. / Dr. பட்டம் திரு / திருமதி / செல்வி / டாக்டர் First Name முதல்பெயர்

Middle Name நடுப்பெயர்

Surname குடும்பப்பெயர்

2.2 Maiden Name (In case of married female life to be insured) திருமணத்துக்கு முன்னுள்ள பெயர் (திருமணமான பெண்ணின் வாழ்க்கைக்கு காப்பீடு எடுக்க வேண்டுமானால்)

Title : Mr. / Mrs. / Ms. / Dr. பட்டம் செல்வி / டாக்டர்

First Name முதல்பெயர்

Middle Name நடுப்பெயர்

Surname குடும்பப்பெயர்

2.3 Father's Name தந்தையின் பெயர்

Title : Mr. / Mrs. / Ms. / Dr. பட்டம் செல்வி / டாக்டர்

First Name முதல்பெயர்

Middle Name நடுப்பெயர்

Surname குடும்பப்பெயர்

2.4 Date of Birth பிறந்த தேதி

1.5 Gender பாலினம்

☐ Male ஆண்

☐ Female பெண்

1.6 Marital Status திருமணமான நிலை

☐ Unmarried திருமணமாகாதவர்

☐ Widow(er) துணைவரை இழந்தவர்

☐ Married திருமணமானவர்

☐ Divorced விவாகரத்து ஆனவர்

1.7 No. of Children குழந்தைகளின் எண்ணிக்கை

☐ 1

☐ 2

☐ 3

Date Day Month Year o/kZ

Nationality

☐ Indian இந்தியர்

☐ Foreign National வெளிநாட்டு தேசியம்

☐ Person of Indian Origin இந்திய வம்சாவளி நபர்

'Specify Nationality

நாட்டுரிமையை குறிப்பிடுக

2.8 நாட்டு குடியுரிமை**2.9 Residential Status குடியிருப்பு நிலை**

☐ Residing in India இந்தியாவில் வசித்தல்

☐ Not Residing in India இந்தியாவில் வசிக்கவில்லை

'Specify Country of residence

வசிக்கும் நாட்டை குறிப்பிடுக

2.10 Educational Qualification கல்வித்தகுதி

☐ Post Graduate முதுகலை/பட்டம்

☐ Graduate பட்டதாரி

☐ Diploma பட்டய/படிப்பு

☐ 12th Pass 12ஆம் வகுப்பு பஸ்

☐ Below 12th 12க்கு கீழே

☐ Others (Specify) மற்றவை விவரங்களை தரவும்

2.11 Occupation உத்தியோகம்

☐ Salaried மாத சம்பளம் வாங்குபவர்

☐ Business Owner தொழில் சார்ந்த வேலையில் இருப்பவர்

☐ Self-employed சுய தொழில் செய்பவர்

☐ Student மாணவர்

☐ Housewife இல்லத்தரசி

☐ Retired/Pensioner ஓய்வுபெற்றவர்

☐ Agriculturist விவசாயி

☐ Others (Specify) மற்றவை விவரங்களை தரவும்

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

மணவளைக இருந்தால் தற்போது படித்துக் கொண்டிருக்கின்ற பாடநெறி..... கல்வி நிறுவனத்தின் பெயர் பாடநெறி காலம்

'If 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)

(முன்மொழிபவரின் விவரங்கள் (காப்பீடு செய்ய வேண்டிய நபரிடம் இருந்து வேறுபட்டால்))

3.1 Status நிலை

☐ Individual தனி நபர் ☐ HUF எச்.யு.ஃஃ.ம். ☐ Partnership கூட்டுப் பங்காண்மை ☐ Corporate பெருநிறுவனம் ☐ Trust அறக்கட்டளை ☐ Government Body அரசாங்க அமைப்பு

3.2 Full Name of Proposer முன்மொழிபவரின் பெயர்

gLrkodkps iw.kZ uko

Title : Mr. / Mrs. / Ms. / Dr.
பட்டம் செல்வி / டாக்டர்

First Name முதல்பெயர்

Middle Name நடுப்பெயர்

Surname குடும்பப்பெயர்

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

3.3 Father's Name / Husband's Name தந்தையின் பெயர் / கணவரின் பெயர்

oMhykaps uko

Title : Mr. / Dr. மட்டர் / டாக்டர்

First Name முதல்பெயர்

Middle Name நடுப்பெயர்

Surname குடும்பப்பெயர்

2.4 Date of Birth பிறந்த தேதி

Date தேதி Month மாதம் Year வருடம்

1.5 Gender பாலினம்

☐ Male ஆண்
☐ Female பெண்

1.6 Marital Status திருமணமான நிலை

☐ Unmarried திருமணமாகாதவர்
☐ Widow(er) துறையிலிருந்து இறந்தவர்

1.7 No. of Children குழந்தைகளின் எண்ணிக்கை

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3
Greater than 3 3க்கு மேல் ☐ NA

2.8 Nationality நாட்டு குடியுரிமை

☐ Indian இந்தியர்

☐ Foreign National வெளிநாட்டு தேசியம்

☐ Person of Indian Origin இந்திய வம்சாவளி நபர்

☐ 'Specify Nationality

2.9 Residential Status குடியிருப்பு நிலை

☐ Residing in India இந்தியாவில் வசித்தல்

☐ Not Residing in India இந்தியாவில் வசிக்கவில்லை

☐ 'Specify Country of residence

3.10 Address of Proposer முன்மொழிபவரின் முகவரி (PLEASE LEAVE A SPACE BETWEEN EACH PART OF THE ADDRESS) முகவரியின் ஒவ்வொரு பகுதிக்கும் இடையே தயவு செய்து இடைவெளி விடவும்

Address முகவரி

Landmark அடையாளக்குறி

Pin Code அஞ்சலகக் குறியீடு

City/Village நகரம் / கிராமம்

District மாவட்டம்

State மாநிலத்தின் பெயர்

Phone தொலைபேசி

Mobile அலைபேசி

STD Code எஸ்டிடி.ஃ.குறியீடு Phone No. தொலைபேசி எண்

E-mail ID மின்னஞ்சல் ID

3.11 Relationship of Proposer with the Life to be Insured

3.12 Proposer's Details முன்மொழிபவரின் விவரம்

Are you the owner of any insurance policies? ஏதேனும் காப்பீடு பாலிசிகளுக்கு நீங்கள் சொந்தக்காரராகிறீர்?

☐ YES ஆம்

☐ NO இல்லை

Total annual premium மொத்த வருடாந்திர ப்ரீமியம்

(Rs. in figures) (ரூ. in figures) (புள்ளி விவரங்களில் ரூ.)

Work details of proposer முன்மொழிபவரின் வேலை விவரங்கள்

3.13 Exact Nature of Duties கடமைகளின் சரியான தன்மை

3.14 Your Designation உங்கள் பதவி

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 ஆம்

☐ NO இல்லை

உங்கள் தொழிலுடன் தொடர்புடைய குறிப்பிட்ட ஆபத்து ஏதேனும் (உதாரணம்: ரசாயன தொழிற்சாலை, சுரங்கங்கள், வெடி பொருள்கள், அறிக்கும் ரசாயனங்கள் போன்றவைகள்)

3.16 Name of Organisation/Business நிறுவனம் / தொழிலின் பெயர்

Address முகவரி

Landmark அடையாளக்குறி

Pin Code அஞ்சலகக் குறியீடு

City/Village நகரம் / கிராமம்

District மாவட்டம்

State மாநிலத்தின் பெயர்

Phone தொலைபேசி

Mobile அலைபேசி

STD Code எஸ்டிடி.ஃ.குறியீடு Phone No. தொலைபேசி எண்

3.17 Annual Income Rs. : வருட வருமானம் ரூ.

E-mail ID மின்னஞ்சல் ID

இந்தியாவில் வசிக்கவில்லை என்றால், தயவு செய்து என்.ஆர்.ஐ. கேள்வித்தாளை நிரப்புக

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

3.19 Age proof ☐ School/College Certificate ☐ Municipal Records ☐ Defence ID Card ☐ Passport ☐ Others (Specify) _____
 வயது சான்று பள்ளி/கல்லூரி சான்றிதழ் நகராட்சி பதிவுகள் பாதுகாப்பு அடையாள அட்டை பாஸ்போர்ட் மற்றவை(விவரங்களை தரவும்)

3.20 Income Tax PAN Number _____

3.21 Are you paying premium for life insurance policies on any other life. ☐ YES ☐ NO
 வேறு யாருக்காவது ஆபுள் காப்பீடு ப்ரீமியம் கட்டுகிறீர்களா ஆம் இல்லை

If yes, Total annual premium (Rs. in figures) _____
 ஆம் என்றால், மொத்த வருடாந்திர ப்ரீமியம் (ரூபிள் விவரங்களில் ரூ.)

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

வாரிசு விவரங்கள் (முன்மொழிபவரும் காப்பீடு எடுப்பவரும் ஒரே நபராக இருந்தால் மட்டும் நிரப்ப வேண்டும்)

4.1	First Nominee	Second Nominee	Third Nominee
Name of the Nominee (Under section 39 of the Insurance Act 1938)			
Relationship to the Life to be Insured			
4.2 Relationship to the Life to be Insured			
4.3 Percentage of Entitlement			
4.4 Date of Birth			
பிறந்த தேதி	Date	Date	Date
மாதம்	Month	Month	Month
வருடம்	Year	Year	Year
4.5 Address			
முகவரி			

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:
 மேலே குறிப்பிடப்பட்டுள்ள வாரிசுதரர் உங்கள் பெற்றோர் / கணவன் (அ) மனைவி / குழந்தையை தவிர வேறு யாராவதாக இருந்தாலும், கீழ்க்குறி இடத்தில் அந்த வாரிசு விவரங்களுக்கான காரணங்களை குறிப்பிடுக.

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

வாரிசுதரர் மைனராக இருந்தால், நியமிக்கப்பட்டவரின் விவரங்களை தயவு செய்து அளிக்கவும் (உரிய வயதடைந்தவராக இருக்க வேண்டும்)

a. Name of the Appointee			
நியமனம் செய்யப்பட்டவர் பெயர்			
b. Relationship to the Minor			
c. Date of Birth	Date	Month	Year
பிறந்த தேதி	தேதி	மாதம்	வருடம்
d. Address			
முகவரி			
	Signature of the Appointee		
	நியமனம் செய்யப்பட்டவர் கையொப்பம்		

குறிப்பு: கட்டு நபர்களுக்கான பாலிசி என்றால், காப்பீடு எடுத்த இருவரும் ஒரே நேரத்தில் மரணித்தாலும், அல்லது காப்பீடு எடுத்த இருவரில் கடைசியாக உயிர் இருப்பவர் மரணித்தாலும் இந்த நியமனங்கள் நடைமுறையில் இருக்கும்.
 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

விண்ணப்பித்துள்ள திட்டத்தின் விவரங்கள்

5.1 Name of the Plan	_____		
5.2 Term of the Plan in years (if applicable)	_____		
5.3 Select Option (if applicable)	Option A	Option B	Option C
_____	தேர்வு ஏ	தேர்வு பி	தேர்வு சி
5.4 Premium Paying Term In years (if applicable)	_____		
5.5 Select Category (if applicable)	Smoker	Non Smoker	
_____	புகைப்பிடிப்பவர்	புகைப்பிடிக்காதவர்	
5.6 Annual Premium In Rs. (if applicable)	_____		
5.7 Cover Level (if applicable)	Minimum	Maximum	Customer Defined (In figures)
_____	குறைந்தபட்சம்	அதிகபட்சம்	வரையறுத்தப்பட்ட வாடிக்கையாளர்
5.8 Sum Assured In Rs. (if applicable)	_____		
5.9 Riders opted for (if applicable)	_____		

Riders	Sum Assured* (Rs.)	Riders	Sum Assured* (Rs.)
ரைடர்ஸ்	காப்பீட்டுத் தொகை (ரூபாயில்)	ரைடர்ஸ்	காப்பீட்டுத் தொகை (ரூபாயில்)
☐ Aviva Accidental Death & Dismemberment	_____	☐ Aviva Accidental Death Benefit	_____
அவிவா விபத்து மரணம் மற்றும் துண்டிப்பு		அவிவா விபத்து மரணத்தின் பலன்	
☐ Aviva Dread Disease	_____	☐ Aviva Comprehensive Health Benefit	_____
அவிவா பயங்கரமான நோய்		அவிவா விரிவான மருத்துவ பலன்	
☐ Aviva Term / Term Plus Rider	_____	☐ Income / Family Income Benefit Rider	_____
அவிவா காலம் / காலத்துடன் ரைடர்		வருமானம் / குடும்ப வருமான பலன் ரைடர்	
☐ Aviva Health Guard Rider	_____	☐ Aviva Child Education Rider	_____
அவிவா சுகாதார பாதுகாப்பு ரைடர்		அவிவா குழந்தை கல்வி ரைடர்	

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

5.10 Premium Frequency

பிரீமியம் நிகழ்வெண்

☐ Yearly ஆண்டுக்கொருமுறை ☐ Half-Yearly அரை ஆண்டுக்கொருமுறை ☐ Quarterly கால் ஆண்டுக்கொருமுறை ☐ Monthly¹ மாததிற்கு ஒருமுறை ☐ Single Premium ஒற்றை பிரீமியம்

5.11 Premium as per Frequency (in Rs.)

நிகழ்வெண்ணிற்கு ஏற்ப பிரீமியம் (ரூபாயில்)

5.12 Indexation² Option (if applicable)

குறியீட்டாக்கம் விருப்பத்தேர்வு

☐ YES ஆம் ☐ NO இல்லை

5.13 Automatic Asset Allocation³ (if applicable)

தானியங்கி சொத்து ஒதுக்கீடு*

☐ YES ஆம் ☐ NO இல்லை

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

நீங்கள் தானியங்கி சொத்து ஒதுக்கீட்டு திட்டத்தை தேர்ந்தெடுத்தால், உரிய நிதிகளின் இடையே மட்டும் தான் உங்கள் பிரீமியத்தை ஒதுக்கீடு செய்ய முடியும்.

5.14 Type of Fund (if applicable) நிதி வகை

Balanced Fund-II % Protector Fund-II % Growth Fund-II % Index Fund-II % Dynamic P/E Fund %
பாலன்ஸ்ட் பண்ட - II ப்ரோடெக்டர் பண்ட - II க்ரோத் பண்ட - II இன்டெக்ஸ் பண்ட - II டைனமிக் பி/ஈ பண்ட
Enhancer Fund-II % Bond Fund-II % Infrastructure Fund % PSU Fund %
என்ஹான்சர் பண்ட - II பாண்ட் பண்ட - II இன்ப்ராஸ்ட்ரக்சர் பண்ட பி.எஸ்.யு. பண்ட

*please mention the percentage of premium you would like to invest in each of the Unit Linked Funds (the total must be 100%) The minimum allocation in each selected fund must be 10%.

¹ மூலவெறு யூனிட் வங்கித் திட்டத்தில் எவ்வளவு சதவீத பிரீமியத்தை முதலீடு செய்ய போகிறீர்கள் என்பதை குறிப்பிடுக (மொத்தமாக 100%-மாக இருக்க வேண்டும்). தேர்ந்தெடுத்த ஒவ்வொரு நிதியிலும் குறைந்தபட்ச ஒதுக்கீடாக 10% இருக்க வேண்டும்.

5.15 Systematic Transfer Plan⁴ (if applicable)

முறைப்படுத்தப்பட்ட மாற்றம் திட்டம்

☐ YES ஆம் ☐ NO இல்லை If yes ஆம் எனில் ☐ Weekly வாரந்திர ☐ Monthly மாததிற்கு ஒருமுறை

5.16 Preferred Mode of Payment

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

பணம் செலுத்த விருப்பமான முறை டெபிட் / கிரெடிட் கார்ட் முன்மொழியப்பட்டவரின் பெயரில் இருக்க வேண்டும்.

☐ Cheque பார்க்கலாம் ☐ Cash⁵ ரொக்கம் ☐ Demand Draft வரைவோலை ☐ Direct Debit⁶ நேரடி டெபிட் ☐ Credit Card⁷ கடன் அட்டை ☐ ECS⁸ ஈ.சி.எஸ் ☐ EDC ஈ.டி.சி.

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

நீங்கள் உங்கள் பெயரில் வங்கி கணக்கை கொண்டவரா?

☐ YES ஆம் ☐ NO இல்லை If yes, give bank details (Mandatory incase of Direct Debit / Credit Card / ECS)

Bank Account Number வங்கி கணக்கு எண்

Credit Card Number கடன் அட்டை எண்

Bank Name வங்கி பெயர்

Account Type கணக்கு வகை

☐ Saving Account சேமிப்பு ☐ Current Account நடப்பு கணக்கு ☐ NRO/NRE

Address of Branch
கிளையின் முகவரி

MICR Code (9 digits)

5.18 For Traditional Products only

பாரம்பரிய பொருட்களுக்கு மட்டும்

Do you want back dating of the policy
rqEgkyk i fylv Msfvax ijr djkps vkgs dk

☐ YES ஆம் ☐ NO இல்லை

If yes, Date of commencement
(within current financial Year)
tj gksj qkjaHkph rjHjk

Date Month Year
தேதி மாதம் வருடம்

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

²Indexation protects the purchasing power of the maturity value or death benefit so that your savings remain a meaningful amount throughout the duration of the policy. You have the option of increasing the regular premium, sum insured and rider benefits by an inflation adjustment in line with the increase in the Wholesale Price Index, without any evidence of health.

³Cash can only be deposited at Aviva Branch Office by the proposer or by his/her representative. Cash receipt will be issued only at Aviva Branch Office.

⁴Please check with your advisor if these facilities are available. If yes, please complete the Direct Debit Instructions Mandate, relevant Charge Slip or ECS Mandate Form, as applicable. In case of ECS, initial payment must be made by cheque / cash.

⁵Systematic Transfer Plan (STP) is available only on select products. Please refer to the key feature document of your selected product for more details. Opting for the STP option will provide you with a policy information and transaction login ID and Password to enable you to access your policy account on the web.

(வழக்கமாக மாதாந்திரமாக செலுத்தும் முறை நேரடி பற்றி அட்டை / ECS செலுத்துதல் முறையில் வழங்கப்படுகிறது)

⁶குறியீட்டாக்கம், முதிர்வு மதிப்பு அல்லது இறப்பு பலனின் வாங்கும் சக்தியை பாதுகாக்கிறது. அதனால் பாலிசி காலம் முழுவதும் உங்கள் சேமிப்பு ஒரு அர்த்தமுள்ள தொகையாக நிகழும். எந்தவொரு சுகாதார ஆதாரமும் இல்லாமல், மொத்த விலை குறியீட்டு எண் அதிகரிப்புடன் பணவீக்கத்தின் சரிசெய்தல் மூலம், வழக்கமான பிரீமியம், காப்பீடு தொகை மற்றும் ரைடர் நன்மைகளை அதிகரிக்கும் விருப்பம் உங்களுக்கு கிடைக்கும்.

முன்மொழிபவர் அல்லது அவருடைய பிரதிநிதி மூலம் அவ்வா கிளை அலுவலகத்தில் ரொக்கத்தை மட்டும் தான் செலுத்த முடியும். அவ்வா கிளை அலுவலகத்தில் பண ரசீது வழங்கப்படும்.

இந்த வசதிகள் உள்ளது என்பதை உங்கள் ஆலோசகரிடம் இருந்து சரிபார்த்துக் கொள்ளவும். ஆம் எனில், பொருந்தக்கூடிய நேரடி பற்று வழிமுறைகள் ஆணை, சம்பந்தப்பட்ட கட்டளை சீட்டு அல்லது ஈ.சி.எஸ் ஆணை படிவம் ஆகியவற்றை தயவு செய்து நிரப்பவும். ஈ.சி.எஸ். என்றால் ஆரம்ப தொகை ரொக்கமாக அல்லது காசோலையாக செலுத்தப்பட வேண்டும்.

குறியீட்ட பொருட்களுக்கு மட்டுமே முறைப்படியான மாற்றம் திட்டம் (சிட்மெட்டிடிக்க ட்ராஸ்ட்.பர் பிளான் - எஸ்.டி.பி) கிடைக்கும். மேலும் விவரங்களுக்கு, தயவு செய்து நீங்கள் தேர்ந்தெடுத்த பொருளின் முக்கிய அம்சம் ஆணைத்தை பார்க்கவும். எஸ்.டி.பி. தேர்வை தேர்ந்தெடுத்தால், பாலிசி தகவலும் பரிவர்த்தனை புகுபதிகை அடையாள எண் மற்றும் கடவுச்சொல்லும் அளிக்கப்படும். இதனை கொண்டு உங்கள் பாலிசி கணக்கை இணையதளம் மூலம் அணுகிக் கொள்ளலாம்.

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

ஆயுள் காப்பீடு எடுப்பவரின் குடும்ப மற்றும் தனிப்பட்ட விவரங்கள்

Personal Details தனிப்பட்ட விவரங்கள்

6.1 Your Height / Weight

	First Life முதல் ஆயுள்	Second Life இரண்டாம் ஆயுள்
Height (In cms) உயரம் (செ.மீ)		
Weight (In kgs) எடை (கிலோவில்)		
Have you experienced any change in weight of more than 5 kgs in the past 1 year? கடந்த 1 வருடத்தில் உங்கள் உடல் எடை 5 கிலோவிற்கு மேல் கூடிய அனுபவம் உள்ளதா?	☐ YES ஆம் ☐ NO இல்லை	☐ YES ஆம் ☐ NO இல்லை
If yes, how many kgs of	Loss நீடம் கgs.	Loss நீடம் கgs.
Reason for the same அதற்கான காரணம்		

6.2 Health & Activity Section சுகாதாரம் மற்றும் நடவடிக்கை பிரிவு

If you answer YES to questions A,B,C (ii), D(ii), E, F, I (ii) & I (iii) please provide us with further background information in the table provided below. The information given will allow us to come to a decision without having to delay your proposal for further queries.

கேள்வி A,B,C(II) மற்றும் D (ii), E, F, I (iii) ஆகியவைகளுக்கு ஆம் என பதிலளித்திருந்தால், கீழே கொடுக்கப்பட்டுள்ள அட்டவணையில் மேலும் பின்னணி தகவல்களை தயவு செய்து அளிக்கவும். கீழ்க்கூறிய தகவலால், மேலும் சந்தேகங்களுக்கு, எந்த ஒரு தாமதமுமின்றி உங்கள் முன்மொழிதல் பற்றி ஒரு முடிவுக்கு வரப்படும்.

		First Life முதல் உயிர்		Second Life இரண்டாம் உயிர்	
A. Are you currently receiving any medical treatment or are you seeking medical or surgical consultation, test or investigation? (You need not disclose medicines relating to uncomplicated pregnancy, common colds, influenza, hay-fever or any minor ailment requiring a single consultation) நீங்கள் தற்போது எந்த மருத்துவ சிகிச்சை பெற்று வருகிறீர்கள் அல்லது நீங்கள் மருத்துவ அல்லது அறுவைசிகிச்சை ஆலோசனை, சோதனை அல்லது ஆய்வுகளில் ஈடுபட்டிருக்கிறீர்கள் அல்லது உங்களுக்கு எந்த மருத்துவ சிகிச்சை தேவைப்படுகிறது அல்லது உங்களுக்கு மருத்துவ அலோசனை தேவைப்படுகிறதா?		☐	☐	☐	☐
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? பின்வரும் நோய்களுக்கான மருத்துவ அல்லது அறுவைசிகிச்சை, சோதனை, டீஸ்ட், ஸ்கான் அல்லது X-Ray எந்த மருத்துவ நோய்க்கான அல்லது மருத்துவ சிகிச்சைக்கான எப்போதாவது உங்களுக்கு உட்படுத்தப்பட்டிருக்கிறதா?		☐	☐	☐	☐
i.	High blood pressure, angina, heart attack, strokes or any other disorder of heart or circulation? உயர் இரத்த அழுத்தம், ஏஜினா, இதயவழி மூலக்கம், ஸ்ட்ரோக் அல்லது இதய அல்லது இரத்த வரையறை அல்லது	☐	☐	☐	☐
ii.	Any form of cancer, tumor or growth? எந்தவருக குறு கடிவான புற்றுநோய் உருவாகுதல்	☐	☐	☐	☐
iii.	Disorder of skin or lymph glands? தோல் அல்லது திமோக் கடிவான நோய்	☐	☐	☐	☐
iv.	Diabetes, kidney or liver problem? தீர்மான நோய், கீடனிய அல்லது லீவர் நோய்	☐	☐	☐	☐
v.	Gastric or any other stomach, bowel or bladder problem? பெருந்திசை அல்லது அல்லது நோய் எந்த மருத்துவ நோய் அல்லது மருத்துவ நோய்	☐	☐	☐	☐
vi.	Multiple sclerosis, epilepsy, tremor, numbness, double vision or giddiness? பலவகை மருத்துவ நோய்கள், எபிலிபி, ட்ரெமர், நம்புதல், டூப்ள வியன் அல்லது கிட்னிய	☐	☐	☐	☐
vii.	Mental or nervous illness (including depression) lasting for more than 5 months and/or requiring more than 10 consecutive days off work? மனநோய் அல்லது நரவிய நோய் (இடையிடையே) மேலும் 5 மாதங்களுக்கும் மேலாக அல்லது 10 தொடர்ச்சியான நாட்கள் வேலை இல்லாமல் இருப்பது	☐	☐	☐	☐
viii.	Asthma, bronchitis, pneumonia, TB or any other respiratory or lung disorder? அஸ்த்மா, ப்ரோங்கை, ப்னியூமோனியா, டீபி அல்லது நோய் எந்த மனநோய் அல்லது நரவிய நோய்	☐	☐	☐	☐
ix.	Ulcer, chronic diarrhoea, hepatitis or jaundice? உல்கர், க்ரோனிக் டீரோயா, ஹெபைட்டைஸ் அல்லது ஜாண்டைஸ்	☐	☐	☐	☐
x.	Congenital disorder, anaemia, bleeding or blood disorder? கோனாட் நோய், அனீமியா, ப்லீடிங் அல்லது ப்லூட் நோய்	☐	☐	☐	☐
xi.	Reproductive organ or prostate disorder? இனப்பெருக்க உறுதி அல்லது ப்ரோஸ்டேட் நோய்	☐	☐	☐	☐
xii.	Arthritis, gout or joint pain, muscle, bone fracture or disorder? அர்த்ரைட்டைஸ், கவுட் அல்லது ஜாய்ன்ட் பைன், மசுல், ப்ரேச்சர் அல்லது நோய்	☐	☐	☐	☐
xiii.	AIDS or AIDS related complex or test indicating presence of HIV? அய்டி, அய்டி ரிலேட் க்லக்ஸ் அல்லது டீஸ்ட் இன்டிகேட்டிங் ப்ரேஸன்ஸ் ஓஃப் ஹைவ்	☐	☐	☐	☐
xiv.	Any other illness, surgery or injury? எந்த மருத்துவ நோய், அறுவைசிகிச்சை அல்லது காயம்	☐	☐	☐	☐
xv.	Do you have any bodily deformities? உங்களுக்கு உடல் குறைபாடுகள் உண்டா?	☐	☐	☐	☐
xvi.	Do you have any health symptoms or complaints for which a physician has not been consulted or treatment received? e.g. persistent fever, unexplained weight loss, loss of appetite, pain, swelling etc? ஆரோக்கிய குறைபாடு அல்லது நோய் அறிகுறிகள் ஆரோக்கிய குறைபாடுகளை சிகிச்சை பெறாத அல்லது மருத்துவ ஆலோசனை பெறாத நோய் அறிகுறிகள் என்ன? தொடர்ச்சியான காயம், எடை இழப்பு, உணர்வு இழப்பு, வலி, வீக்கம் முதலானவை	☐	☐	☐	☐

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

உடல்நல காரணங்களுக்காக நீங்கள் பணியில் இருந்து விடுப்பு எடுக்க வேண்டிய நிலை வந்துள்ளதா?

☐ YES ☐ NO
ஆம் இல்லை

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

வேலையை தவிர, உங்கள் உடல்நலம் உங்களது அன்றாட இயல்பு வாழ்க்கையின் மீது ஏதேனும் கட்டுப்பாடுகளை போட்டுள்ளதா?

☐ YES ☐ NO
ஆம் இல்லை

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.

உங்கள் மீது குற்றவியல் நடவடிக்கைகள் / குற்றச்சாட்டுக்களின் வரலாறு உள்ளதா மற்றும் / அல்லது உங்கள் மீது ஏதேனும் குற்றவியல் நடவடிக்கைகள் / குற்றச்சாட்டுக்கள் தற்போது அல்லது கடந்த காலத்தில் நிலுவையில் உள்ளதா மற்றும் / அல்லது ஏதேனும் குற்றவியல் நடவடிக்கையால் குற்றம் சாட்டப்பட்டுள்ளீர்களா மற்றும் / அல்லது ஜாமீனில் அல்லது நன்னடத்தை சோதனை நிலை அல்லது இடைநீக்கம் செய்யப்பட்ட தண்டனை காலத்தில் உள்ளீர்களா?

☐ YES ☐ NO
ஆம் இல்லை

I. For Female Lives only: பெண் வாழ்க்கை காப்பீட்டாளர்களுக்கு மட்டுமே :

(i) Are you pregnant?

நீங்கள் கர்ப்பமாக இருக்கிறீர்களா?

☐ YES ☐ NO
ஆம் இல்லை

ஆம் எனில், எத்தனை வாரங்களாக கர்ப்பம் If yes, number of weeks pregnant

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

நீங்கள் கர்ப்பம் தரித்திருக்கும் போது தற்போது அல்லது இதற்கு முன்னரோ ஏதேனும் சிக்கல் நேர்ந்துள்ளதா அல்லது இப்போது உள்ளதா?

☐ YES ☐ NO
ஆம் இல்லை

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

உங்களுக்கு மகப்பேறு பிரச்சனைகள் ஏதேனும் முன்னர் இருந்ததா அல்லது தற்சமயம் உள்ளதா?

☐ YES ☐ NO
ஆம் இல்லை

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

திருமணமான பெண்களுக்கு, கணவன் (அ) மனைவி காப்பீடு விவரங்கள்

☐ YES ☐ NO
ஆம் இல்லை

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)

நீங்களோ அல்லது உங்கள் வாரிசுகளோ அரசியலில் உள்ளவர்களா (பொலிமேக்கலி எக்ஸ்போஸ்ட் பெர்சன் - பி.சு.பி)?
பொலிமேக்கலி எக்ஸ்போஸ்ட் பெர்சன் (பி.சு.பி) என்றால் இந்த நபர்களின் மீது நம்பிக்கை வைத்து முக்கியமான பொது நிகழ்ச்சிகள் ஒப்படைக்கப்படும், உதாரணம்: மத்திய/மாநில அரசாங்கத்தின் தலைமைகள்/அமைச்சர்கள், முத்த அரசியல்வாதிகள், முத்த அரசாங்க/நிதித்துறை/ராணுவ அதிகாரிகள், மாநிலத்திற்கு சொந்தமான நிறுவனங்களின் முத்த நிர்வாகி, முக்கிய அரசியல் கட்சி அதிகாரிகள் மற்றும் மேற்கூறிய நபர்களின் உடனடி குடும்ப உறுப்பினர் (கணவன் (அ) மனைவி, குழந்தைகள், உடன் பிறந்தவர்கள், மாமனார்/மாமியார்)

☐ YES ☐ NO
ஆம் இல்லை

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)

ஏதேனும் அரசாங்க அட்டை / அடையாள எண் வழங்கப்பட்டிருந்தால், குறிப்பாக பொருளாதார மற்றும் நிதி சமூகத்தின் பின்தங்கிய பழநிலைகளுக்கு (பி.பி.எஸ்/ஏ.பி.எஸ், அட்டை, எம்.என்.ஆர்.சு.ஜி.ஏ அட்டை போன்றவைகள்) என்றால் அதன் விவரங்களை குறிப்பிடுக. உங்களுக்கு பொருத்தவில்லை என்றால் என்.ஏ. அல்லது "பொருத்தவில்லை" என குறிப்பிடுக

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

முதல் ஆயுள்

கேள்வி எண்.	மேலே "ஆம்" என பதிலளித்துள்ள கேள்விகளுக்கு, முழு விவரங்களையும் அளித்து, மருத்துவ நிலைகள் / நோய் / காயங்களின் சரியான தன்மை, தேதிகள், காரணம், அறிகுறிகள், சிகிச்சை, விளைவுகளுடன் மருத்துவரின் பெயர் மற்றும் முகவரியை குறிப்பிடுக.

கேள்வி எண்.

கேள்வி எண்.	மேலே "ஆம்" என பதிலளித்துள்ள கேள்விகளுக்கு, முழு விவரங்களையும் அளித்து, மருத்துவ நிலைகள் / நோய் / காயங்களின் சரியான தன்மை, தேதிகள், காரணம், அறிகுறிகள், சிகிச்சை, விளைவுகளுடன் மருத்துவரின் பெயர் மற்றும் முகவரியை குறிப்பிடுக.

Family history of the life to be insured

காப்பீடு எடுப்பவரின் குடும்ப வரலாறு

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.

காப்பீடு எடுப்பவரின் குடும்ப உறுப்பினர்களின் விவரங்களை அளிக்கவும். மேலும், குடும்ப உறுப்பினர்கள் யாராவது இதய நோய், வாதம், உயர் இரத்த அழுத்தம், நிறிழ்வு நோய், ஏதேனும் வகையிலான கண் நோய், புற்று நோய், கிட்னி நோய், பக்கவாதம் அல்லது பரம்பரை / குடும்ப கோளாறுகள், காச நோய் போன்ற பரவக்கூடிய நோய் அல்லது மேலே குறிப்பிடப்படாத நோயால் அவதிப்பட்டு வந்தாலோ அல்லது இறந்திருந்தாலோ, கீழ்க்கூறிய அட்டவணையில் அதனை குறிப்பிடுக

முதல் ஆயுள்

(KINDLY REFER TO THE ABOVE PARAGRAPH FOR FILLING THE TABLE) (அட்டவணையை நிரப்ப மேலே உள்ள பத்தியை பார்க்கவும்)

First life	If Alive உயிருடன் இருந்தால்	If Deceased மரணித்திருந்தால்
Family member குடும்ப உறுப்பினர்	Health Status உடல்நல நிலை	Cause of Death மரணத்திற்கான காரணம்
Father தந்தை	தற்போதைய வயது Current Age	மரணமடைந்த வயது Age at Death
Mother தாய்		
Brother(s)* சகோதரர்(கள்)*		
Sister(s)* சகோதரி(கள்)*		

இரண்டாம் ஆயுள்

(KINDLY REFER TO THE ABOVE PARAGRAPH FOR FILLING THE TABLE) (அட்டவணையை நிரப்ப மேலே உள்ள பத்தியை பார்க்கவும்)

		First Life	Second Life
6.3 Do you have a family doctor (A family doctor is a doctor that you consult or have consulted regularly for medical ailments.) உங்களுக்கு குடும்ப மருத்துவர் உண்டா? (குடும்ப மருத்துவர் என்பவர் உங்கள் மருத்துவ பிரச்சனைகளுக்காக கவனமாகித்திருக்க வேண்டும் அல்லது சீரான முறையில் கவனமாகித்திருக்க வேண்டும்)		☐ YES ஆம் ☐ NO இல்லை	☐ YES ஆம் ☐ NO இல்லை
ஆம் எனில், குடும்ப மருத்துவரின் விவரங்களை அளிக்கவும். If yes, please give family doctor's details			
6.4 Family Doctor's Details			
Address முகவரி			
Landmark அடையாளக்குறி		Pin Code அஞ்சலக எண்	
City/Village நகரம் / கிராமம்		District மாவட்டம்	
Phone தொலைபேசி		State மாநிலத்தின் பெயர்	
STD Code எஸ்டிடி •குறியீடு		Mobile அலைபேசி •எண்	
Phone No. தொலைபேசி •எண்			

7.1 Do you take part in any form of motor sport, climbing, diving, caving, flying private aircraft, sky diving, hang gliding etc.? வேறு ஏதேனும் வாகன விளையாட்டு, உயரம் ஏறுதல், நீரில் மூழ்குதல், பறத்தல், குகைக்குள் செல்லுதல், தனியார் விமானம், ஆகாயத்தில் குதித்தல், மிதந்து ஊர்தல் போன்றவைகளில் பங்கு கொள்வீர்களா?	First Life முதல் ஆயுள் YES ☐ NO ☐ ஆம் இல்லை	Second Life இரண்டாம் ஆயுள் YES ☐ NO ☐ ஆம் இல்லை
(If yes, please give details) ஆம் எனில், விவரங்களை அளிக்கவும்.		
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) கடந்த ஐந்து வருடங்களில் வெளிநாட்டிற்கு பயணம் செய்துள்ளீர்களா (கனடா, ஆஸ்திரேலியா, நியூசிலாந்து, அமேரிக்கா, ஈ.யு. மற்றும் ஜி.சி.சி) அல்லது பணியின் ஒரு அங்கமாக அவ்வாறான வாழ்ப்பை பெறுவீர்களா?	YES ☐ NO ☐ ஆம் இல்லை	YES ☐ NO ☐ ஆம் இல்லை

		First Life முதல் ஆயுள்	Second Life இரண்டாம் ஆயுள்
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?		YES ☐ ஆம்	NO ☐ இல்லை
நீங்கள் ஏதேனும் ஆயுள், உடல்நலம் அல்லது தீவிர நோய் காப்பீடு பாலிசிகளை (நடைமுறையிலுள்ள / முழுமையாக செலுத்தப்பட்ட பாலிசிகள்) உங்கள் பெயரில் கொண்டுள்ளீர்களா அல்லது எங்களிடம் ஒரே நேரத்தில் வேறு ஏதேனும் முன்மொழிதலை சமர்ப்பித்துள்ளீர்களா அல்லது வேறு ஏதனும் ஆயுள் காப்பீட்டு நிறுவனம் கருத்தில் உள்ளதா?		YES ☐ ஆம்	NO ☐ இல்லை
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).			
ஆம் எனில், காப்பீடு எடுப்பவரின் பெயரில் தற்போது இருக்கும் காப்பீடு விவரங்களை (நடைமுறையிலுள்ள / முழுமையாக செலுத்தப்பட்ட பாலிசிகள்) அளிக்கவும். அவிவா காப்பீட்டு பாலிசிகளையும் கூட நேர்த்திடவும். (இரண்டுக்கு மேற்பட்ட பாலிசிகள் இருந்தால், பின்னிணைப்பை இணைத்து, பாலிசிகளின் விவரங்களை அளிக்கவும்)			

b. Total annual premium of Life Insurance Policies in your own name (Rs. Figures)							
உங்கள் பெயரில் உள்ள ஆயுள் காப்பீடு பாஸ்களின் மொத்த பீரியம் (ரூபாயில்)							

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 ☐
ஆம் ☐ இல்லை ☐

சிறு வியாதிகள் தவிர, நீங்கள் முழுமையாக குணமாகி வந்துவிட்ட உங்கள் தீவிர நோய் அல்லது உடல்நல பாஸிசியின் மீது கோரிக்கைகளை எழுப்பியுள்ளீர்களா?

(If yes, please give details)

ஆம் என்றால் தயவுசெய்து விபரங்களை அளிக்கவும்:

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 ☐
ஆம் ☐ இல்லை ☐ ஆம் ☐ இல்லை ☐

ஆயுள், உடல்நலம் அல்லது தீவிர நோய் காப்பீட்டிற்கான உங்கள் முன்மொழிதல் அல்லது மீண்டும் அமர்த்துதலுக்கான விண்ணப்பம் நிராகரிக்கப்பட்டு, ஒத்திவைக்கப்பட்டு அல்லது சிறப்பு வரையறைகளில் ஏற்றுக்கொள்ளப்பட்டுள்ளதா அல்லது விண்ணப்பத்தை நீங்கள் பின் வாங்கியுள்ளீர்களா?

(If yes, please give details)

ஆம் என்றால் தயவுசெய்து விபரங்களை அளிக்கவும்:

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

YES ☐ NO ☐ YES ☐ NO ☐
ஆம் ☐ இல்லை ☐ ஆம் ☐ இல்லை ☐

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.

குடும்ப காப்பீட்டு விவரங்கள் (ஆயுள் காப்பீட்டு எடுப்பவர் மாணவனாக அல்லது சம்பாதிக்காத தனி நபராக இருந்தால் நிரப்ப வேண்டியது) முன்மொழிந்தவர் அல்லாமல், காப்பீட்டு எடுப்பவரின் கீழ்க்குறிய விவரங்கள் தேவையானது.

	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										

	முதல் ஆயுள்					இரண்டாம் ஆயுள்				
	நிறுவனத்தின் பெயர்	பாலிசி எண்கள்	காப்பீட்டு தொகை	நிலை	வருங்கப்பட்ட வருடம்	நிறுவனத்தின் பெயர்	பாலிசி எண்கள்	காப்பீட்டு தொகை	நிலை	வருங்கப்பட்ட வருடம்
தந்தை										
தாய்										
கணவன் (அ) மனைவி										
சகோதரன் / சகோதரி										
சகோதரன் / சகோதரி										
சகோதரன் / சகோதரி										

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 authorize 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.

உறுதி ஆவணம் மற்றும் ஒப்புச் சான்று

முன்மொழிதலில் உள்ள கேள்விகளுக்கான அனைத்து பதில்கள், இணைக்கப்பட்ட கேள்வித்தாள்களில் அளிக்கப்பட்டுள்ள தகவல்கள் மற்றும் மருத்துவ பரிசோதனை சம்பந்தமான அறிக்கைகள் என்/எங்கள் அறிவுக்கு தெரிந்து வழங்கப்பட்டவை என நான்/நாங்கள் அறிவித்து ஒத்துக்கொள்கிறோம். நான்/நாங்கள் அத்தகைய கேள்விகளின் தன்மை மற்றும் அத்தகைய கேள்விகளுக்கு பதிலளிக்கையில் அளிக்கப்படும் அனைத்து பொருள் தகவலின் முக்கியத்துவத்தை முழுமையாக புரிந்து கொண்டோம். மட்டுப்படுத்தப்பட்ட மருத்துவ கேள்விகளின் அடிப்படையில் தான் பாலிசி தயாரிக்கப்படுகிறது என்பது நான்/நாங்கள் அறிவோம். என்/எங்கள் வாழ்க்கையின் இடர்பாடுகளை மதிப்பீடு செய்ய எத்தனோரு பொருள்கள் தகவலும் அவ்வாறு ஆயுள் காப்பீட்டு கம்பெனி இந்திய விமீடெக்ஸு தேவையில்லை, அது என்னை/எங்களுடைய சாரும் என நான்/நாங்கள் உறுதி ஆவணம் எடுக்கிறோம்.

நிறுவனத்தால் அந்த ஆயத்து ஏற்றுக்கொள்ளப்படுவதற்கு முன், இந்த முன்மொழிவை கையொப்பத்திற்கு அடுத்தபடியாக எனது/அவரது பணியாக அல்லது வாழ்க்கையில் உடல்நல நிலையில் ஏதேனும் மாற்றம் இருந்தால் நான் நிறுவனத்திற்கு தெரிவிப்பேன் மற்றும்/அல்லது நான்/நாங்கள் ஏற்றுக்கொள்கிறேன்/ஏற்றுக்கொள்கிறோம்.

நான்/நாங்கள் மேலும் இந்த முன்மொழிதல் படிவத்துடன் என்னிடம்/எங்களிடம் கொடுக்கப்பட்ட நிறுவனத்தால் வெளியிடப்பட்ட பஸ்கள் விளக்கங்கள் மற்றும் விநியோக இலக்கியங்கள் போன்றவற்றை படித்து புரிந்து கொண்டோம்/கொண்டோம் என்று சான்றொப்பம் அளிக்கிறேன்/அளிக்கிறோம்.

நான்/நாங்கள் இதன்மூலம், ஆய்வகச் சோதனைகள், இதய, கதிரியக்க விசாரணைகள் மற்றும் இந்த பரிசோதனை உட்பட இதர மருத்துவ பரிசோதனைகள் போன்ற மருத்துவ பரிசோதனைகள் மூலமாக பாக்கிரிய / வைரஸ் / பூஞ்சை தொற்றுக்களை கண்டறிய எனது/எங்கள் உடல்நல நிலையில் திரையிடல் / உறுதிப்படுத்தல் / மீண்டும் உறுதிப்படுத்தல் போன்றவற்றை நடத்திக் கொள்ள நிறுவனத்திற்கு அங்கீகாரம் அளிக்கிறோம். நான்/நாங்கள் இதன்மூலம் எவ்வித முறைப்படி எக்ஸ்சி. வீ சோதனையை மேற்கொள்ள என்/எங்கள் ஒப்புதலை அளிக்கிறோம். இந்த சோதனை நிரையிடல் ரோகத்திற்காக தானே தவிர எக்ஸ்சி.வீ.வீ.வீ. உறுதிப்படுத்தலுக்கு அல்ல என்பதை நான்/நாங்கள் அறிவோம். இந்த சோதனைகளின் முடிவுகளின் அடிப்படையில், ஆயுள் காப்பீட்டிற்கான என்/எங்கள் முன்மொழிதலை ஏற்க, நிராகரிக்க அல்லது மாற்று வரையறைகளை அளிக்க நிறுவனத்திற்கு உரிமையுள்ளது. என்/எங்கள் இடர்பாடுகளை மதிப்பீடு செய்ய நிறுவனத்தின் எழுத்துறுதி கொள்கை படி தான் இந்த சோதனைகள் நடைபெறுகிறது என்பதை நான்/நாங்கள் புரிந்து கொள்ளுகிறோம். இதற்கு நான்/நாங்கள் இதன்மூலம் எங்கள் சம்மதத்தை தெரிவிக்கிறோம்.

இந்த முன்மொழிதலின் கீழ் மற்றும் அதற்கு பிறகு எந்தேரத்திலும், இடர்பாட்டை நிறுவனம் மதிப்பீடு செய்வதை உறுதி செய்திட, முன்னாள் மற்றும் இந்நாள் முதலாளி(கள்)/ என்னுடைய வணிக கூடாளிகள், என் மருத்துவ பயிற்சியாளர்/ மருத்துவமனை/ மருத்துவ மூலம்/ ஏதேனும் ஆயுள் காப்பீடு அல்லது ஆயுள் அல்லாத காப்பீடு நிறுவனம்/ நிறுவனம் அல்லது ஆயுள் காப்பீடு சங்கம் ஆகியோர், முன்மொழிதலை ஏற்படுத்தும் சம்பந்தமாக கருதப்படும் பணி / வணிகம் சம்பந்தமான ஆவணங்கள் மற்றும் என்னுடைய இதர ஆவணங்களை நிறுவனத்திடம் ஒப்படைக்கலாம் என நான்/நாங்கள் இதன்மூலம் ஒத்துக்கொள்கிறோம்.

என்/எங்கள் முன்மொழிதலின் கீழ் மற்றும் அதற்கு பிறகு எந்தேரத்திலும், இடர்பாட்டை நிறுவனம் மதிப்பீடு செய்வதை உறுதி செய்திட, இந்த முன்மொழிதலால் விளையும் பாலிசியை வழங்கும் மற்றும் நிர்வாகம் செய்கிறும் ஒரே காரணத்தினால், என்னிடம்/எங்களிடம் (அல்லது என் /எங்கள் பயனாளர்) சுறாமல், என்னால் சமர்ப்பிக்கப்பட்ட இந்த முன்மொழிதல், பிற்தேர்த்து, ஏதேனும் மருத்துவ பரிசோதனை / ஆய்வக சோதனைகளின் அறிக்கைகள் அல்லது ஆவணங்கள் / வேறு ஏதேனும் காப்பீடு அளிப்பவர் அல்லது மறுகாப்பீட்டாளருக்காக நிறுவனத்திடம் கையகப்படுத்தப்பட்ட விவரங்களை நிறுவனத்திற்காக வேலை செய்யும் கோரிக்கை விசாரணையாளர் அல்லது வேறு ஏதேனும் சேவை வழங்குனிடம் வழங்கலாம். அதே போல் என்னால்/எங்கள் சமர்ப்பிக்கப்பட்ட முன்மொழிதல் படிவம், பிற்தேர்த்து, மருத்துவ பரிசோதனை அல்லது ஆய்வக சோதனைகளின் அறிக்கைகள் அல்லது ஏதேனும் ஆவணங்கள் (அல்லது என் /எங்கள் பயனாளர்) அல்லது வேறு ஏதேனும் காப்பீடு அளிப்பவர் அல்லது மறுகாப்பீட்டாளருக்காக நிறுவனத்தால் கையகப்படுத்தப்பட்ட விவரங்களை பாலிசி வழங்குனிடம் கருதப்படும் நிறுவனத்திடம் வேலை செய்யும் கோரிக்கை விசாரணையாளர் அல்லது வேறு ஏதேனும் சேவை வழங்குனிடம் பல நகல்களாக நிறுவனம் அளிக்கலாம். அதனால் என்னிடம்/எங்களிடம் (அல்லது என் /எங்கள் பயனாளர்) சுறாமல், நிதிமன்றம் / நியாய எந்தலம் அல்லது இதர அதிகாரியிடம், நிறுவனத்திற்கு தேவையான அல்லது நிறுவனத்திற்கு தேவையாக கருதப்படும் அறிக்கையான தகவல் அல்லது அல்லது முன்மொழிதல், பிற்தேர்த்து, அறிக்கைகள் அல்லது ஆவணங்களை நிறுவனம் சமர்ப்பிக்கலாம்.

முதல் பீரீமியத்திற்கான வைப்பு, பாலிசியின் கீழ் செலுத்தப்பட்ட வேண்டிய பூதபீரீமியம் சட்ட ரீதியாக மதிப்பீடு செய்யப்பட வருமானத்தின் மூலம் என்பதை நான்/நாங்கள் உறுதியளிக்கிறோம். என்/எங்கள் சொந்த கணக்கில் இருந்து அல்லாமல், வேறு ஏதேனும் கணக்கில் இருந்து பீரீமியம் செலுத்தப்பட்டால், அத்தகைய தொகை வருமான வரி சட்டம், 1961, பிரிவு 80சி/80சிசி-ன் கீழ் அனுமதியளிக்கப்பட்டவை என்பதை நான்/நாங்கள் உறுதி செய்கிறோம். கருப்புப் பணம் தடுப்பு சட்டம் சம்பந்தமாக நான்/நாங்கள் குற்றவாளியாக கண்டுபிடிக்கப்பட்டால், நான்/நாங்கள் உறுதியளிப்பது என்னவென்றால், நிறுவனம் அவர்களின் வாழ்நாள் உட்பட்ட இந்த முன்மொழிதலுக்காக வழங்கப்பட்ட பாலிசியை ரத்து செய்து, அனைத்து பீரீமியத்தையும் பரிமுதல் செய்யலாம். யோசடி அல்லது தவறான பிரதிநிதித்துவம் அனைத்தும், காலத்திற்கேற்ப திருத்தப்படும் காப்பீடு சட்டம் 1938, பிரிவு 45-க்கு ஏற்ப கையாள்படும் என்பதை நான்/நாங்கள் புரிந்து, ஒத்துக் கொள்கிறோம்.

நிறுவனத்தின் தொற்பாட்டில் முறைக்கு மின்னஞ்சல் உட்பட மின்னஞ்சல் ஊடகம் பயன்படுத்தப்படும் என்பதை நான்/நாங்கள் ஒத்துக் கொள்கிறோம். ஒரு வேளை, ஏதோ ஒரு காரணத்திற்காக இந்த முன்மொழிதல் என்னால் சமர்ப்பிக்கப்படவில்லை என்றால், காப்பீட்டிற்கான இந்த விண்ணப்பத்தின் பொருளடக்கங்கள் எனக்கு/எங்களுக்கு அறிக்கையாக விளக்கப்பட்டுள்ளது என்பதையும், முன்மொழிதல் ஒப்புத்தத்தின் முக்கியத்துவத்தை நான்/நாங்கள் முழுமையாக புரிந்து கொண்டோம் என்பதையும் நான்/நாங்கள் இதன்மூலம் தெரிவித்துக் கொள்கிறோம். இந்த முன்மொழிதல் படிவத்தின் ஏற்கைத்திறன் நிறுவனத்திடம் இருந்தால், அது ஆயுள் காப்பீட்டு பாலிசி ஒப்பந்தத்தின் ஒரு அங்கமாக விளங்கும்.

உங்களை தொடர்பு கொள்வதற்கான பொருத்தமான நேரங்களை தயவு செய்து கீழ் பெய்யும்

Please tick the suitable timings to contact you:

☐ 9 AM - 12 PM

☐ 12 PM - 4 PM

☐ 4 PM - 7 PM

First Life முதல் ஆயுள்

Second Life இரண்டாம் ஆயுள்

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

ஆயுள் காப்பீடு எடுப்பவரின் கையொப்பம் / பெருவிரல் தோக்க

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

ஆயுள் காப்பீடு எடுப்பவரின் கையொப்பம் / பெருவிரல் தோக்க

Signature* / thumb impression* of the proposer

(if different from the life to be insured)

முன்மொழிப்பவரின் கையொப்பம் / பெருவிரல் தோக்க (ஆயுள் காப்பீடு எடுப்பவரின் இருந்து வேறுபட்டால்)

Date: தேதி DD MM YYYY இடம்

Date: தேதி DD MM YYYY இடம்

Date: தேதி DD MM YYYY இடம்

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).

படிவத்தை பூர்த்தி செய்யும் நபரின் உறுதி ஆவணம்

(ஒரு வேளை, கையொப்பம் உள்ளவரின் மொழியில் இருந்தால், பெருவிரல் தோக்க மற்றும் / அல்லது முன்மொழிதலை முன்மொழிந்தவர் நிரப்பவில்லை என்றால்)

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.

நான் இதன்மூலம் உறுதி செய்வது என்னவென்றால், நான் முன்மொழிதல் படிவத்தில் உள்ள பொருளடக்கங்களை ஆயுள் காப்பீடு எடுப்பவரிடம் / முன்மொழிந்தவரிடம் முழுமையாக விளக்கி விட்டேன். அவரும் அதனை முழுமையாக புரிந்து கொண்டார். ஆயுள் காப்பீடு எடுப்பவர் / முன்மொழிந்தவர் கொடுத்துள்ள பதில்களை நான் உண்மையாக பதிந்துள்ளேன். விவரபுகையாளரின் அடையாள சான்று இணைக்கப்பட்டுள்ளது.

உறுதிக்கூறுபவர் பெயர் மற்றும் முகவரி
Declarant's Name and Address

Enclose identity proof of the declarant.

கையால் எழுதப்பட்ட தாய்மொழிப் பிரகடனம்.
Handwritten Vernacular Declaration

Pin Code

Signature of declarant

உறுதிக்கூறுபவர் கையொப்பம்

Signature of Advisor

ஆலோசகர் / எஸ்.பி. கையொப்பம்

Signature of life to be insured/proposer

ஆயுள் காப்பீடு செய்ய வேண்டியவர் கையொப்பம்/ முன்மொழிபவர் கையொப்பம்

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) இந்தியாவில் உயிர்கள் அல்லது சொத்துக்கள் சம்பந்தமான இடர்பாடு விளையும் தொடர்பாக ஒரு நபரை புதிய பாலிசி எடுக்க அல்லது பாலிசியை புதுப்பிக்க அல்லது பாலிசியை தொடர் நேரடியாகவோ அல்லது மறைமுகமாகவோ தூண்ட எந்த ஒரு நபரும் அனுமதியளிக்கக்கூடாது. அதே போல் காப்பீடு அளிப்பவரின் வெளியிடப்பட்டுள்ள திட்ட விளக்க அறிவிப்பு அல்லது அட்டவணைகளுக்கு ஏற்ப அனுமதிக்கப்படும் தள்ளுபடியை தவிர, செலுத்த வேண்டிய தரவு தொகையில் மொத்த அல்லது பகுதி தள்ளுபடி அல்லது பாலிசியில் காண்பிக்கப்பட்டுள்ள பிரீமியத்தில் ஏதேனும் தள்ளுபடி, புதிய பாலிசி எடுக்க அல்லது பாலிசியை புதுப்பிக்க அல்லது பாலிசியை தொடர் எந்த ஒரு நபரும் தள்ளுபடியை ஏற்கக்கூடாது.
தரகின் காப்பீட்டு முகவர் மூலம் ஏற்பது தொடர்பாக, ஏற்பின் போது காப்பீடு முகவர், காப்பீடு அளிப்பவரால் பணியமர்த்தப்பட்ட நல்லெண்ணத்துடனான காப்பீட்டு முகவர் அவர் என்ற பரிந்துரைக்கப்பட்ட நிபந்தனைகளை பூர்த்தி செய்தால், தன் வாழ்க்கைக்கு தன்னாலேயே எடுக்கப்படும் ஆயுள் காப்பீடு பாலிசி, இந்த உட்பிரிவுக்கான அர்த்தத்துக்கு உட்பட்டு, பிரீமியம் தள்ளுபடி ஏற்புக்கு கருதப்படமாட்டாது.

(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) இந்த பிரிவின் விதிகளுக்கு இணங்கி ஒரு நபர் நடக்கவில்லை என்றால் பத்து லட்ச ரூபாய் வரை நீடிக்கக்கூடிய அபராத தொகையை அவர் கட்ட வேண்டிய வரும்.

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) பாலிசி தேதியில் இருந்து, அதாவது பாலிசி வழங்கப்பட்ட தேதி அல்லது இடர்பாடு தொடங்கப்பட்ட தேதி அல்லது பாலிசி உயிர்ப்பித்தல் பெற்ற அல்லது பாலிசிக்கு ரைடர் சேர்க்கப்பட்ட தேதி, என இது பின்னர் வருகிறதோ, அதிலிருந்து காலாவதியாகி மூன்று வருடம் கடந்த பின்பு, எந்த ஒரு சூழ்நிலையிலும் எந்த ஒரு ஆயுள் காப்பீடு பாலிசியும் கேள்விகளுக்கு உள்ளாகாது.

(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) மோசடியின் அடிப்படையில், பாலிசி வழங்கப்பட்ட தேதி அல்லது இடர்பாடு தொடங்கப்பட்ட தேதி அல்லது பாலிசி உயிர்ப்பித்தல் பெற்ற அல்லது பாலிசிக்கு ரைடர் சேர்க்கப்பட்ட தேதி, என இது பின்னர் வருகிறதோ, அதிலிருந்து மூன்று வருட கால கட்டத்திற்குள் ஒரு ஆயுள் காப்பீடு பாலிசி கேள்விகளுக்கு உள்ளாகலாம்.

எந்த அடிப்படையில் ஒரு முடிவு எடுக்கப்பட்டதோ அதனை காப்பீடு பெற்றவர் அல்லது சட்ட பிரதிநிதிகள் அல்லது வாரிசுதாரர்கள் அல்லது காப்பீடு பெற்றவர்களின் உரிமை பெற்றவரிடம் காப்பீடு அளிப்பவர் எழுத்து மூலமாக தான் தொடர்பாட வேண்டும்.

(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) உட்பிரிவு (2)ல் என்ன அடக்கியிருந்த போதிலும், தவறான அறிக்கை அல்லது தகவகள் மறைக்கப்படுதல் போன்றவை தன் அறிவுக்கு எட்டிய வரை உண்மையாக நடந்துள்ளது என்பதை காப்பீடு அளிப்பவர் நிரூபித்து விட்டால் அல்லது தகவலை மறைத்தலோ அல்லது தவறான அறிக்கையை சமர்ப்பித்தலோ காப்பீடு அளிப்பவரின் அறிவுக்கு எட்டிய வரை வேண்டுமென்றே செய்யப்படவில்லை என நிரூபிக்கப்பட்டு விட்டால், காப்பீடு பெற்றவர் எவரும் ஆயுள் காப்பீடு பாலிசியை, மோசடியின் அடிப்படையில் மறுக்க கூடாது.

பாலிசிதாரர் உயிருடன் இல்லாத போது, மோசடி நடக்கும் வேளையில், பொய்களை பொய்யாக்கும் பொறுப்பு பயனாளர்களுடையது.

(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) தவறான அறிக்கை அல்லது தகவகள் மறைக்கப்படுதல், முன்மொழிதல் அல்லது இது ஆவணத்தில் காப்பீடு பெற்றவரின் ஆயுள் எதிர்பார்ப்பு தவறாக குறிப்பிடப்பட்டு, அதனடிப்படையில் பாலிசி வழங்கப்பட்டிருந்தாலோ அல்லது புதுப்பிக்கப்பட்டிருந்தாலோ அல்லது ரைடர் வழங்கப்பட்டிருந்தாலோ, பாலிசி வழங்கப்பட்ட தேதி அல்லது இடர்பாடு தொடங்கப்பட்ட தேதி அல்லது பாலிசி உயிர்ப்பித்தல் பெற்ற அல்லது பாலிசிக்கு ரைடர் சேர்க்கப்பட்ட தேதி, என இது பின்னர் வருகிறதோ, அதிலிருந்து மூன்று வருட கால கட்டத்திற்குள் ஒரு ஆயுள் காப்பீடு பாலிசி கேள்விகளுக்கு உள்ளாகலாம்.

ஆயுள் காப்பீடு பாலிசியை மறுப்பதற்கு, எந்த அடிப்படையில் ஒரு முடிவு எடுக்கப்பட்டதோ அதனை காப்பீடு பெற்றவர் அல்லது சட்ட பிரதிநிதிகள் அல்லது வாரிசுதாரர்கள் அல்லது காப்பீடு பெற்றவர்களின் உரிமை பெற்றவரிடம் காப்பீடு அளிப்பவர் எழுத்து மூலமாக தான் தொடர்பாட வேண்டும்.

மேலும் மோசடியின் அடிப்படையில் அல்லாமல், தவறான அறிக்கை அல்லது தகவகள் மறைக்கப்படுதலின் அடிப்படையில் பாலிசி மறுப்புக்கு உள்ளாகும் போது, மறுக்கும் தேதி வரை பெறப்பட்ட பிரீமியம் தொகைகளை காப்பீடு பெற்றவரிடம் அல்லது சட்ட பிரதிநிதிகள் அல்லது வாரிசுதாரர்கள் அல்லது காப்பீடு பெற்றவர்களின் உரிமை பெற்றவரிடம் மறுப்பு தேதியிலிருந்து தொண்ணூறு நாட்களுக்குள் திருப்பி அளிக்கப்படும்.

(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) எந்த நேரத்தில் வேண்டுமானாலும் வயது சான்றை சமர்ப்பிக்க, அவ்வாறு செய்ய உரிமையுள்ள காப்பீடு அளித்தவர் அழைக்க இந்த பிரிவில் உள்ள எதுவுமே தடுக்க முடியாது. ஆயுள் காப்பீடு பாலிசிதாரரின் வயது முன்மொழிதலில் தவறாக குறிப்பிடப்பட்டதால், பின் வருகிற சான்றை பாலிசியின் வரையறைகளில் திருத்தி காரணத்தால் எந்தவொரு பாலிசியும் கேள்விகளுக்கு உள்ளாகாது.
பிரிவு 45ன் முழுமையான உரைக்கு, காலத்திற்கேற்ப திருத்தப்படும் காப்பீடு சட்டம், 1983-யை பார்க்கவும்.