

बीमाकरण का प्रमाणपत्र (स्वास्थ्य)

बीमाकृत द्वारा भरा जाना चाहिए

पॉलिसी नं. _____
लाइफ एजेंट _____
प्राथमिक जीवन बीमाकृत का नाम _____
प्रस्तावक का नाम _____
अन्य बीमाकृत
जीवनसाथी(स्पाउस): _____
बच्चा 1: _____
बच्चा 2: _____
बच्चा 3: _____

यदि आपने किसी प्रश्न का उत्तर 'हां' में दिया है तो कृपया प्रश्नावली के अन्त में दिए गए बॉक्स में पूरा विवरण दें					
1. पता (निवास)	_____				
प्रश्न	प्राथमिक जीवन	जीवनसाथी	बच्चा 1	बच्चा 2	बच्चा 3
जीवन बीमाकृत का नाम					
2. व्यवसाय					
2a. क्या इस पॉलिसी के प्रस्ताव की तिथि से जीवन बीमाकृत के व्यवसाय में कोई परिवर्तन हुआ है?	<input type="checkbox"/> हां <input type="checkbox"/> नहीं	<input type="checkbox"/> हां <input type="checkbox"/> नहीं	<input type="checkbox"/> हां <input type="checkbox"/> नहीं	<input type="checkbox"/> हां <input type="checkbox"/> नहीं	<input type="checkbox"/> हां <input type="checkbox"/> नहीं
2b. क्या जीवन बीमाकृत वर्तमान में बीमारी या चोट से विकलांग हुआ है या अन्य किसी कारण से बिना सहायता के काम करने में उतना सक्षम नहीं है या उसी प्रकार पूर्णतया काम करने में योग्य नहीं जितना कि इस बीमे के प्रस्ताव के समय था?	<input type="checkbox"/> हां <input type="checkbox"/> नहीं	<input type="checkbox"/> हां <input type="checkbox"/> नहीं	<input type="checkbox"/> हां <input type="checkbox"/> नहीं	<input type="checkbox"/> हां <input type="checkbox"/> नहीं	<input type="checkbox"/> हां <input type="checkbox"/> नहीं
2c. क्या जीवन बीमाकृत कभी भी या फिलहाल किसी रोग, क्षीणता या विकलांगता या ऊपर नहीं दी गयी किसी सर्जरी से ग्रस्त है?	<input type="checkbox"/> हां <input type="checkbox"/> नहीं	<input type="checkbox"/> हां <input type="checkbox"/> नहीं	<input type="checkbox"/> हां <input type="checkbox"/> नहीं	<input type="checkbox"/> हां <input type="checkbox"/> नहीं	<input type="checkbox"/> हां <input type="checkbox"/> नहीं

<p>3. क्या जीवन बीमाकृत किसी खतरनाक खेल गतिविधि में भाग लेने के लिए उन्मुख हुआ है जैसे कि पर्वतारोहण, मोटर रेसिंग, गोताखोरी, गिलडिंग आदि?</p>	<input type="checkbox"/> हां <input type="checkbox"/> नहीं	<input type="checkbox"/> हां <input type="checkbox"/> नहीं	<input type="checkbox"/> हां <input type="checkbox"/> नहीं	<input type="checkbox"/> हां <input type="checkbox"/> नहीं	<input type="checkbox"/> हां <input type="checkbox"/> नहीं
<p>4. क्या जीवन बीमाकृत ने इस प्रस्ताव की तिथि के बाद यात्रा की है या उसकी छुट्टी पर यात्रा करने या विदेश में रहने की मंशा है?</p>	<input type="checkbox"/> हां <input type="checkbox"/> नहीं	<input type="checkbox"/> हां <input type="checkbox"/> नहीं	<input type="checkbox"/> हां <input type="checkbox"/> नहीं	<input type="checkbox"/> हां <input type="checkbox"/> नहीं	<input type="checkbox"/> हां <input type="checkbox"/> नहीं
<p>5. जीवन बीमाकृत की ऊंचाई (सेमी.), जीवन बीमाकृत का भार (किया.)। क्या उसके भार में पिछले दो वर्ष में भ्रिया से अधिक अंतर हुआ है?</p>	<p>_____ (सेमी.) _____ (किया.)</p> <input type="checkbox"/> हां <input type="checkbox"/> नहीं	<p>_____ (सेमी.) _____ (किया.)</p> <input type="checkbox"/> हां <input type="checkbox"/> नहीं	<p>_____ (सेमी.) _____ (किया.)</p> <input type="checkbox"/> हां <input type="checkbox"/> नहीं	<p>_____ (सेमी.) _____ (किया.)</p> <input type="checkbox"/> हां <input type="checkbox"/> नहीं	<p>_____ (सेमी.) _____ (किया.)</p> <input type="checkbox"/> हां <input type="checkbox"/> नहीं
<p>6. 6a. क्या बीमाकृत एल्कोहल या निकोटीन का सेवन करता है? 6b. क्या कभी जीवन बीमाकृत ने कोकीन, हिरोइन या अन्य नशीले पदार्थ, मारिजुआना, एलएसडी, या ओरमफिटामाइन्स केवल चिकित्सक द्वारा लिखी गई दवा को छोड़कर प्रयोग की है। यदि हां, कृपया ड्रग प्रयोग प्रश्नवाली पूर्ण करें।</p>	<input type="checkbox"/> हां <input type="checkbox"/> नहीं	<input type="checkbox"/> हां <input type="checkbox"/> नहीं	<input type="checkbox"/> हां <input type="checkbox"/> नहीं	<input type="checkbox"/> हां <input type="checkbox"/> नहीं	<input type="checkbox"/> हां <input type="checkbox"/> नहीं
<p>7. क्या जीवन बीमाकृत के माता-पिता/भाइयों/बहनों में से किसी की मृत्यु हृदय रोग, स्ट्रोक, उच्च रक्त चाप, मधुमेह, मेलोटेस, कैंसर, गुर्दा रोग या पैरालाइसिस या अन्य वशांगुनित/पारिवारिक विकृति जैसे हनटिनटोन के रोग, बहुपुटीय रोग या गुर्दों या पारिवारिक बड़ीआंत के बहुपुर्वगता से मृत्यु हुई है?</p>	<input type="checkbox"/> हां <input type="checkbox"/> नहीं	<input type="checkbox"/> हां <input type="checkbox"/> नहीं	<input type="checkbox"/> हां <input type="checkbox"/> नहीं	<input type="checkbox"/> हां <input type="checkbox"/> नहीं	<input type="checkbox"/> हां <input type="checkbox"/> नहीं
<p>8. पिछले 5 वर्षों में: 8a. क्या जीवन बीमाकृत ने किसी चिकित्सक या अन्य स्वास्थ्य पेशेवर से सामान्य कोल्ड, बुखार या ४ से अधिक दिनों के इन्फ्लुएंजा के लिये परामर्श किया है?</p>	<input type="checkbox"/> हां <input type="checkbox"/> नहीं	<input type="checkbox"/> हां <input type="checkbox"/> नहीं	<input type="checkbox"/> हां <input type="checkbox"/> नहीं	<input type="checkbox"/> हां <input type="checkbox"/> नहीं	<input type="checkbox"/> हां <input type="checkbox"/> नहीं

<p>8b. क्या जीवन बीमाकृत किसी रोग, बीमारी या चोट के लिए सलाह लेने को कहा गया है या उसे किसी अस्पताल या क्लिनिक में आंतरिक रोगी के रूप में दाखिल हुआ है, सिवाए गर्भधारण, शिशु जन्म या सामान्य जांच को छोड़कर?</p> <p>8c. ईसीजी, एक्स-रे, रक्त परीक्षण या अन्य परीक्षणों को कराया गया?</p>	<input type="checkbox"/> हां <input type="checkbox"/> नहीं	<input type="checkbox"/> हां <input type="checkbox"/> नहीं	<input type="checkbox"/> हां <input type="checkbox"/> नहीं	<input type="checkbox"/> हां <input type="checkbox"/> नहीं	<input type="checkbox"/> हां <input type="checkbox"/> नहीं
<p>9. क्या कभी जीवन बीमाकृत की हृदय समस्या, उच्च रक्त चाप मधुमेह, श्वास समस्या, टीबी, पाचन विकार, रीढ़ की हड्डी की समस्या, ट्यूमर, मानसिक विकार या कोई स्त्री रोग की समस्या के लिए जांच की गई?</p>	<input type="checkbox"/> हां <input type="checkbox"/> नहीं	<input type="checkbox"/> हां <input type="checkbox"/> नहीं	<input type="checkbox"/> हां <input type="checkbox"/> नहीं	<input type="checkbox"/> हां <input type="checkbox"/> नहीं	<input type="checkbox"/> हां <input type="checkbox"/> नहीं
<p>10. क्या कभी जीवन बीमाकृत को एक्वायर्ड इम्यून डेफिसिएंसी सिंड्रोम (एड्स) या एचआईवी वायरस उपस्थित होने के लिए परामर्श लेना पड़ा है?</p>	<input type="checkbox"/> हां <input type="checkbox"/> नहीं	<input type="checkbox"/> हां <input type="checkbox"/> नहीं	<input type="checkbox"/> हां <input type="checkbox"/> नहीं	<input type="checkbox"/> हां <input type="checkbox"/> नहीं	<input type="checkbox"/> हां <input type="checkbox"/> नहीं

दावा परित्याग

"प्रारूप की सामग्री की व्याख्या में किसी भी असहमति की स्थिति में, आईआरडीआई परिपत्र संख्या: आईआरडीआई/लाइफ/लाइफ काउंसिल/2013/73 दिनांकित 29 अप्रैल, 2014 के अनुसार वह प्रारूप जो हिंदी/अंग्रेजी संस्करण (जैसा भी मामला हो) में मुद्रित हुआ था, प्रचलित होगा।"