

बीमा योग्यता का प्रमाणपत्र

पॉलिसी संख्या(एं): _____ संपर्क संख्या: _____ ईमेल: _____

बीमाकृत का नाम

प्रथम नाम		मध्य नाम		अंतिम नाम	
हां या नहीं पर सही का निशान लगा कर बीमाकृत से जुड़े निम्नलिखित सभी प्रश्नों के उत्तर दें					
	यदि अतिरिक्त जगह की आवश्यकता है, तो कृपया अलग से पेपर संलग्न करें	हां	नहीं	प्रश्न संख्या 3-12, यदि किसी प्रश्न का उत्तर हां में दिया जाता है, तो उसका ब्यौरा प्रदान करें अर्थात् शुरू होने का समय, अवधि, उपचार, जांच आदि तथा उनकी प्रति	
1	i. कद (बिना जूतों के) वजन ii. क्या आपका वजन पिछले 12 महीनों में 5 किलोग्राम से अधिक बढ़ा है या कम हुआ है? यदि हां, तो कृपया कारण का उल्लेख करें				
2	i. क्या इस पॉलिसी के आवेदन की तारीख से आपके पेशे में कोई परिवर्तन हुआ है ii. यदि 2(i) का उत्तर 'हां' है, तो मौजूदा नियोक्ता / कारोबार का नाम बताएं [खतरनाक पेशों के लिए संबंधित प्रश्नावली प्रदान करें (तब अपेक्षित है जब जांच प्रोफाइल या पेशे में बदलाव होता है या खतरनाक है)]				
3	क्या आपको जन्म, दुर्घटना, बीमारी के कारण कोई विकृति / विकलांगता है				
4	i. क्या आप कभी मधुमेह/ उच्च शर्करा, उच्च रक्तदाब, मस्तिष्काघ (स्ट्रोक), पक्षाघात, दौरों, सीने में दर्द, दिल का दौरा, गुर्दा रोग, रक्त संबंधी विकार, उच्च कोलेस्ट्रॉल, बचपन से कोई विकार, कोई विशिष्ट विकार जो आपके परिवार में व्याप्त रहा है, श्वसन विकार, पचान विकार, कैंसर या ट्यूमर, मानसिक विकार या कोई जन्मजात दोष से पीड़ित हुए हैं या वर्तमान में पीड़ित हैं? ii. क्या आप किसी ऐसी चिकित्सा दशा से कभी पीड़ित हुए हैं या वर्तमान में पीड़ित हैं, जिसका उल्लेख ऊपर नहीं किया गया है? iii. क्या आपको कोई ऐसे लक्षण हैं जिसके लिए आप चिकित्सा उपकरण प्राप्त करने की योजना बना रहे हैं? iv. क्या आप वर्तमान में, आम सर्दी जुकाम, इन्फ्लूएंजा के अलावा किसी रोग या चिकित्सा समस्या से पीड़ित हैं?				
5	पिछले पांच वर्षों में आपने किसी प्रकार की जांच या स्क्रीनिंग करवाई है जैसे रक्त जांच, मूत्र जांच, एक्स-रे, ईसीजी, टीएमटी, सोनोग्राफी, सीटी-स्कैन, एमआरआई या अन्य, जिनका ऊपर उल्लेख नहीं है	अस्पताल में भर्ती होना	शल्य चिकित्सा (सर्जरी)		
	हां	नहीं	हां	नहीं	हां
6	क्या आपके माता-पिता में से कोई / सहोदर, उनकी 60 वर्ष की आयु से पहले रक्तदाब/ मधुमेह/ दिल की बीमारी/ कैंसर/ गुर्दे के रोग/पक्षाघात/ मस्तिष्काघात(स्ट्रोक)/वंशानुगत/पारिवारिक विकार (अर्थात् पॉलिसाइटिक, गुर्दा रोग, पारिवारिक पॉलिपस ऑफ कोलोन आदि) से पीड़ित रहे हैं?				
7	क्या आप या आपकी पत्नी/पति की जांच हेपाटाइटिस बी या सी , एचआईवी, एड्स या अन्य यौन संचारित रोग से पीड़ित थे?				
8	क्या आप अल्कोहल/तंबाकू का सेवन करते हैं/ धूम्रपान करते हैं/नशीली दवाओं का सेवन करते हैं? [यदि हां, तो इसका सेवन कब से किया जा रहा है, उसकी मात्रा और अवधि का उल्लेख करें				
9	क्या आप किसी खतरनाक खेलकूद गतिविधि जैसे माउंटेनियरिंग, मोटर रेसिंग, ड्राइविंग, ग्लाइडिंग आदि में भागीदारी करते हैं या भागीदारी करने का आशय रखते हैं[यदि हां, तो कृपया ब्यौरा दें]				

10	केवल महिला बीमाकृत के लिए: i. क्या आप गर्भवती हैं? यदि हां, तो कृपया कितने सप्ताह का उल्लेख करें: ii. कोई गर्भपात, अस्थानिक गर्भाविस्था iii. क्या आप मासिक धर्म विकार/ अत्यार्तव / फाइब्रॉएड/ कोई अन्य स्त्री रोग समस्या से पीड़ित हैं		
11	क्या आपने छुट्टियों के अलावा किसी अन्य उद्देश्य से यात्रा की है अथवा यात्रा करने का आशय रखते हैं?		
12	क्या आपके किसी जीवन/स्वास्थ्य/ गंभीर बीमारी/ व्यक्तिगत दुर्घटना बीमा के किसी प्रस्ताव/ बहाली (रिइन्स्टेमेंट) के लिए इंकार किया गया है, आस्थगित, आशोधित या किसी दूसरी बीमा कंपनी द्वारा उसकी रेटिंग की गई है?		

मैं जीवन बीमाकृत/ पॉलिसी धारक एतद्वारा अपने सर्वश्रेष्ठ ज्ञान और समझ के आधार पर यह घोषित करता/करती हूँ कि उपरोक्त वक्तव्य और उत्तर सभी रूप से सही और पूर्ण हैं और वे ही कंपनी द्वारा इस प्रकार की बहाली या पॉलिसी कवरेज में परिवर्तन का आधार बनेंगे।

मैं समझता/समझती और सहमत हूँ कि इस आवेदन में मूलभूत जानकारी को छिपाए जाने, गलत प्रस्तुतीकरण/ गलतव्यानी से बीमा का संविदा कंपनी के विकल्प पर शून्यकारी होगा।

मैं सहमत हूँ इस आवेदन या किसी प्रीमियम के भुगतान के कारण, कंपनी तब तक किसी देयता को स्वीकार नहीं करेगी जब तक कि इसके अनुमोदन, स्वीकारोक्ति की लिखित सूचना मुझे नहीं दे दी जाती है।

बीमाकृत व्यक्ति का अंगूठे का निशान/ हस्ताक्षर

प्रस्तावक का अंगूठे का निशान/ हस्ताक्षर

(एजेन्ट/विनिर्दिष्ट व्यक्ति के हस्ताक्षर)

तारीख और स्थान

भाषा संबंधी घोषणा

मैंने प्रस्तावक / भावी जीवन बीमा धारक को इस घोषणा की विषय सामग्री को _____ (भाषा) में उसकी इच्छा के अनुसार समझा दिया है और उसके द्वारा विषय वस्तु को समझा गया है। मैंने इस घोषणा में प्रस्तावक / भावी जीवन बीमा धारक के प्रश्नों के उत्तरों को सटीकता से रिकार्ड किया है। मैंने अपने द्वारा रिकार्ड किए गए उत्तरों को प्रस्तावक / भावी जीवन बीमा धारक को पढ़ कर सुनाया है तथा उसने पुष्टि की है कि वे सही हैं। प्रस्तावक / भावी जीवन बीमा धारक के अंगूठे के निशान/ हस्ताक्षर को मेरी उपस्थिति में किए गए थे।

घोषणाकर्ता का नाम

घोषणाकर्ता के हस्ताक्षर

तारीख और स्थान

बीमा अधिनियम की धारा 45 का सारांश: _____

किसी भी जीवन बीमा पॉलिसी के संबंध में पॉलिसी की तारीख से तीन वर्ष बाद अर्थात पॉलिसी को जारी करने की तारीख या जोखिम की तारीख की शुरुआत की तारीख या पॉलिसी के पुनरुज्जीवित होने की तारीख या पॉलिसी में किसी राइडर की तारीख, इनमें से जो भी बाद में होती है, से किसी भी आधार पर किसी भी समय कोई प्रश्न नहीं उठाए जा सकते।

किसी भी जीवन बीमा पॉलिसी के संबंध में पॉलिसी की तारीख से तीन वर्ष के भीतर अर्थात पॉलिसी को जारी करने की तारीख या जोखिम की तारीख की शुरुआत की तारीख या पॉलिसी के पुनरुज्जीवित होने की तारीख या पॉलिसी में किसी राइडर की तारीख, इनमें से जो भी बाद में होती है, से बीमाकृत व्यक्ति के जीवन की प्रत्याशा से संबंधित कोई वक्तव्य या मूलभूत तथ्य को छिपाए जाने को प्रस्ताव या किसी अन्य दस्तावेज में गलत रूप से दर्ज किया गया था, जिसके आधार पर पॉलिसी को जारी किया गया था या पुनरुज्जीवित किया गया था या राइडर जारी किया गया था, के संबंध में प्रश्न उठाया जा सकता है।