

विमाक्षमतेचे प्रमाणपत्र

पॉलिसी क्र. / क्र _____ संपर्क क्र _____ ईमेल _____

जीवन विमाकृत व्यक्तीचे नाव _____

| | नाव | वडिलांचे नाव | आडनाव |
|---|--|--------------|--|
| होय किंवा नाहीवर बरोबरची खूण करून जीवन विमाकृत व्यक्तीशी संबंधित खालील सर्व प्रश्नांची उत्तरे द्या. | | | |
| | जादा जागेची आवश्यकता असल्याच्या बाबतीत, कृपया या फॉर्मला कागदाची आणखी एक शीट जोडा | होय | नाही |
| 1 | i. उंची (बुटांशिवाय)..... वजन ii. मागील 12 महिन्यांमध्ये आपले वजन 5 किलोपेक्षा जास्त वाढले किंवा कमी झाले आहे का? | | फण 3-12 पासून जर कोणत्याही प्रश्नाचे उत्तर होय असेल तर त्याचा तपशील द्या उदा. सुरुवात, कालावधी, उपचार, अन्वेषण इ. आणि त्याच्या प्रती |
| 2 | i. या पॉलिसीला आवेदन केल्याच्या दिनांकापासून आपल्या व्यवसायामध्ये काही बदल झाला आहे का ? ii. जर 2(प) 'होय' असे उत्तर दिले गेले असेल तर वर्तमान नियोक्ता/व्यवसायाचे नाव द्या [धोक्याच्या व्यवसायाकरीता सुसंगत प्रश्नावली द्या (जर नोकरीचे प्रोफाईल किंवा व्यवसाय बदलला असेल आणि धोक्याचे असेल तेव्हा आवश्यकआहे)] | | |
| 3 | जन्म, अपघात, आजारपण यांमधून आपल्याला कोणतीही शारीरिक विकृती झालेली आहे का? | | |
| 4 | i. आपण मधुमेह/उच्च रक्त शर्करा, उच्च रक्त दाब, आघात, अर्धांगवायू, अपस्मार, छातीतील वेदना, हृदय विकाराचा धक्का, मूत्रपिंड विकार, रक्त संबंधित विकृती, उच्च कोलेस्टेरॉल, लहानपणापासूनच्या कोणत्याही विकृती, आपल्या कुटुंबामध्ये चालत आलेल्या कोणत्याही विशिष्ट विकृती, श्वसन विकृती, पचन विकृती, कर्करोग किंवा ट्युमर, मानसिक विकृती किंवा कोणताही जन्मजात दोष यांपासून कधीही ग्रस्त झाला आहात किंवा ग्रहत आहात का? ii. आपण वर नमूद न केलेल्या कोणत्याही वैद्यकीय स्थितीपासून ग्रस्त होता किंवा ग्रस्त आहात का? iii. आपल्याला असे काही लक्षण दिसून आली आहेत का ज्यासाठी आपण वैद्यकीय सल्ला घेण्याची योजना करत आहात? iv. आपण सध्या सामान्यपणे होणारी सर्दी, शीतज्वर यांव्यतिरिक्त कोणताही आजार किंवा वैद्यकीय समस्येवर औषधोपचार घेत आहात का? | | |
| 5 | मागील पाच वर्षांमध्ये आपण खालील प्रकारच्या कोणत्याही अन्वेषणे किंवा छाननी मधून गेला आहात का जसे रक्त चाचणी, मूत्र चाचणी, एक्स रे, ईसीजी, टिएटी, सोनोग्राफी, सीटी-स्कॅन, एम आर आय किंवा वर नमूद न केलेल्यापेक्षा इतर | रुग्णवसन | शस्त्रक्रिया |
| | होय | नाही | होय |
| | होय | नाही | होय |
| 6 | आपले पालक/ बहिण भावंडांपैकी कोणीही त्यांच्या वयाच्या 60 वर्षांपूर्वी रक्त दाब/ मधुमेह/ हृदयाचे आजार/ कर्करोग/ मूत्रपिंड आजार/ अर्धांगवायू/ आघात/ अनुवंशिक/ कौटुंबिक विकृती (उदा. स्त्रीबिजाचा मूत्रपिंड आजार, मोठ्या आतड्याचा कौटुंबिक पोलिपोसिसिड.) ने ग्रस्त राहिले आहे का ? | | |
| 7 | आपण किंवा आपला जोडीदार हेपाटायटीस बी किंवा सी, एच आय व्ही किंवा कोणत्याही इतर संभोगाने संक्रमित होणा-या आजाराची चाचणी सकारात्मक झाली आहे का? | | |
| 8 | आपण अल्कोहोल/तंबाखू/धुम्रपान/ड्रग्ज वापरता का? [जर 'होय' असेल तर कृपया ते वापरल्यापासूनचे प्रमाण आणि कालावधी सांगा] | | |
| 9 | आपण कोणत्याही धोक्याच्या खेळाच्या कृतींमध्ये सहभागी होण्याचा विचार केला किंवा सहभागी झाला आहात का उदा. पर्वतरोहण, मोटार शर्यती, गाडी चालविणे, ग्लायडिंग इ. [जर होय असेल तर कृपया तपशील द्या] | | |
| | | | |

| | | | | |
|----|---|--|--|--|
| 10 | केवल महिला जीवन विमाकृत व्यक्तिकरिता: i. आपण गर्भवती आहात का? जर 'होय' तर कृपया किती आठवड्यांपासून ते नोंदवा: ii. कोणत्याही गर्भपात, स्थानभ्रष्ट गर्भधारणेचा इतिहास iii. आपण कोणत्याही मासिक पाळी संबंधित विकृती/प्रदर/ तंतुपुटी/ इतर कोणतीही उदरीयसमस्येने कधीही ग्रस्त राहिला आहात का? | | | |
| 11 | आपण सुट्टी व्यतिरिक्त इतर कोणत्याही कारणाने भारता बाहेर प्रवास केला आहे किंवा करण्याचा हेतू आहे का? | | | |
| 12 | आपल्या जीवन/आरोग्य/ गंभीर आजार/ वैयक्तिक अपघात विम्याचे आवेदन किंवा पुनर्भरणी इतर विमा कंपनीद्वारे नकारली गेली, पुढे ढकलली, सुधारली किंवा श्रेणीबद्ध केली गेली आहे का? | | | |

मी विमाकृत व्यक्ति/ पॉलिसीचा मालक याद्वारे घोषणा करतो की माझ्या उत्तम ज्ञान आणि समजूतीनुसार, वरील विधाने आणि उत्तरे ही कोणत्याही प्रकारे खरी आणि पूर्ण आहेत आणि ती कंपनीद्वारे केल्या जाणा-या अशा पॉलिसीमधील पुनर्भरणा किंवा बदलाला आधार बनतील.

मी समजतो आणि सहमती देतो की कोणतीही लपवणूक, चुकीची माहिती/ या आवेदना मधील मुख्य माहितीमधील चुकीची विधाने केल्याच्या बाबतीत हा विम्याचा करार कंपनीच्या निवडीने रद्दबातल होईल.

मी सहमती देतो की या आवेदनाचे कारण किंवा कोणत्याही प्रिमियमचा भरणा करून, कंपनी ती मंजूर केल्या, स्वीकारलेल्या आणि मला लेखी कळवल्याशिवाय कोणत्याही प्रकारची जबाबदारी गृहीत धरणार नाही.

विकृत व्यक्तिका अंगठ्याचा ठसा/ स्वाक्षरी

प्रस्तावकाचा अंगठ्याचा ठसा/ स्वाक्षरी

(एजंट/ निर्दिष्ट व्यक्तिका स्वाक्षरी)

दिनांक आणि ठिकाण

बोली भाषेतील घोषणा

मी प्रस्तावकाला/ ज्या व्यक्तिका जीवन विमा करायचा आहे त्याला, त्याच्या/ तिच्या निवडीने आणि या घोषणेचा मजकूर _____ (भाषा) मध्ये स्पष्ट केला आहे आणि त्यालाधतिला घटक पूर्णपणे समजले आहेत. मी या घोषणेमध्ये प्रस्तावक/ ज्याच्या जीवन विमा करायचा आहे त्या व्यक्तिका असलेले प्रश्न अचूकपणे नोंदवले आहेत. मी प्रस्तावक किंवा ज्याचा जीवन विमा करायचा आहे त्या व्यक्तिका दिलेली माझी उत्तरे नोंदवली आहेत आणि त्यानेधतिने ती बरोबर असल्याची पुष्टी दिली आहे. प्रस्तावक/ ज्याचा जीवन विमा करायचा आहे त्या व्यक्तिका अंगठ्याचा ठसा/ स्वाक्षरी माझा उपस्थितीमध्ये घेतली गेली आहे.

घोषणाकर्त्याचे नाव

घोषणाकर्त्याची स्वाक्षरी

दिनांक आणि ठिकाण

विमा कायद्याच्या कलम 45 चा अर्क: _____

पॉलिसीच्या दिनांकापासून तीन वर्षे पूर्ण झाल्यानंतर कोणत्याही आधारावर कोणतीही जीवन विम्याची पॉलिसीवर प्रश्न उठवला जाऊ नये म्हणजे पॉलिसी जारी केल्याच्या दिनांकापासून किंवा जोखिम सुरू झाल्याच्या दिनांकापासून किंवा पॉलिसीमधीलपुनरुज्जीवनाच्या दिनांकापासून किंवा पॉलिसीला असलेल्या रायडरच्या दिनांकापासून, जी कोणी नंतर असेल ती गृहित धरली जाईल.

विमाकृत व्यक्तिका जीवनाची कोणतीही विधाने किंवा सत्य सामग्रीची दडपशाही केल्याच्याबाबतीत, प्रस्ताव किंवा ज्या इतर कागदपत्राच्या आधारावर पॉलिसी जारी केली आहे किंवा पुनरुज्जीवीत केली किंवा जारी केलेल्या रायडरमध्ये चुकीची माहिती दिली गेली असेल तर त्याच्या आधारावर जीवन विम्याच्या पॉलिसीवर, पॉलिसी जारी केल्याच्या दिनांकापासून किंवा जोखिम सुरू झाल्याच्या दिनांकापासून किंवा पॉलिसीमधीलपुनरुज्जीवनाच्या दिनांकापासून किंवा पॉलिसीला असलेल्या रायडरचा दिनांक, जो नंतर असेल त्या दिनांकापासून तीन वर्षांच्या आत कोणत्याही वेळी प्रश्न उठवला जाऊ शकतो.