

गंभीर बीमारी राइडर को शामिल करने के लिए प्रपत्र

पॉलिसी धारक का नाम : _____
 पॉलिसी संख्या : _____
 तारीख : _____
 संपर्क संख्या : _____
 ई-मेल पता _____

राइडर को शामिल करना: गंभीर बीमारी राइडर पर प्रीमियम की छूट आईक्रिटिकल बीमारी राइडर
 महिला गंभीर बीमारी राइडर समूह 1* महिला गंभीर बीमारी राइडर समूह 2*
 गंभीर बीमारी राइडर महिला गंभीर बीमारी राइडर समूह 1*
 महिला देखभाल राइडर समूह 2* अन्य (कृपया उल्लेख करें)

* महिला गंभीर बीमारी राइडर: - केवल महिला जीवन बीमा धारक के लिए लागू ।

- 1) वर्तमान पेशा: _____
- क) क्या बीमा पॉलिसी को जारी करने की तारीख से आपके पेशे में कोई परिवर्तन हुआ है? हां नहीं
 यदि हां, तो कृपया ब्यौरा दें: _____
- ख) क्या जीवन बीमा धारक वर्तमान में किसी बीमारी, रोग या चोट के कारण अशक्त है या बिना किसी सहायक साजो सामान या सहायता के अन्यथा काम काज करने में असमर्थ है तथा पूर्णतया और उसी प्रकार से जैसा कि आप इस पॉलिसी के अंतर्गत प्रस्ताव के प्रस्तुतीकरण के समय निष्पादित कर रहे थे, वैसे निष्पादन में असमर्थ हैं। हां नहीं
 यदि हां, तो कृपया ब्यौरा दें: _____
- ग) क्या वर्तमान में जीवन बीमा धारक किसी रोग, बीमारी, अशक्तता या निशक्तता से पीड़ित है अथवा उसने कोई सर्जरी करवाई है? हां नहीं
 यदि हां, तो कृपया ब्यौरा दें: _____
- 2) क्या जीवन बीमा धारक पॉलिसी को जारी करने की तारीख से मौज मस्ती के लिए छुट्टियां बिताने से अलावा _____ दिनों से अधिक समय के लिए भारत के बाहर की यात्रा कर चुका है अथवा वहां ठहरा है? हां नहीं
 यदि हां, तो कृपया ब्यौरा दें: _____
- 3) कद: से.मी वजन: किलोग्राम
 क्या पिछले 2 वर्षों में जीवन बीमा धारक का वजन 5 किलोग्राम से अधिक बढ़ा अथवा कम हुआ है? हां नहीं
 यदि हां, तो कृपया ब्यौरा दें: _____
- 4) क) क्या जीवन बीमा धारक अल्कोहल का सेवन करता है और /या धूम्रपान करता है (सिगरेट/बीडी) या किसी अन्य तम्बाकू या निकोटीन युक्त उत्पाद का सेवन करता है? हां नहीं
 यदि हां, तो कृपया मात्रा / सप्ताह का उल्लेख करें: _____
 अल्कोहल धूम्रपान
- ख) क्या जीवन बीमा धारक द्वारा पंजीकृत चिकित्सक के विहित किए बिना कभी कोकीन, हेरोइन, या अन्य नशीले पदार्थों, मारिजुआना, एलएसडी या एम्फेटामाइनस का सेवन किया है? हां नहीं
 यदि हां, तो कृपया ब्यौरा दें: _____

- 5) क्या जीवन बीमा धारक के माता-पिता में से कोई/ भाई/बहन दिल के रोगों, मस्तिष्काघात (स्ट्रोक) उच्च रक्त दाब, मधुमेह, कैंसर, गुर्दा रोग या पक्षाघात या किसी अन्य वंशानुगत/ पारिवारिक विकार जैसे हंटिंगटन रोग, पॉलिसाईस्टिक रोग या गुर्दा या मलाशय के पारिवारिक पॉलिपस से पीड़ित हुआ है अथवा उसकी मौत हुई है अथवा वर्तमान में इन रोगों से पीड़ित है? हां नहीं
यदि हां, तो कृपया ब्यौरा दें: _____
- 6) पिछले 5 वर्षों में, क्या जीवन बीमा धारक द्वारा:
क) सामान्य सर्दी जुकाम, बुखार या इन्फ्लूएंजा के अलावा 4 दिन से अधिक बने रहने वाली किसी बीमारी के लिए किसी चिकित्सक अथवा अन्य चिकित्सा पेशेवर से परामर्श किया है? हां नहीं
यदि हां, तो कृपया ब्यौरा दें: _____
ख) आपातस्थिति, प्रसव या सामान्य जांच के अलावा, क्या उसे किसी रोग, बीमारी या चोट के लिए सलाह लेने के लिए कहा गया है या वह अस्पताल में आंतरिक रोगी के रूप में भर्ती हुआ है? हां नहीं
यदि हां, तो कृपया ब्यौरा दें: _____
ग) क्या कोई ईसीजी, एक्स रे, रक्त जांच या अन्य जांच करवाई है अथवा करवाई जा रही है? हां नहीं
यदि हां, तो कृपया ब्यौरा दें: _____
- 7) क्या जीवन बीमा धारक की कभी दिल की समस्या, उच्च रक्तदाब, मधुमेह, श्वसन समस्या, तपेदिक, पाचन विकार, गुर्दा विकार, या ट्यूमर या किसी मानसिक विकार के लिए जांच की गई है अथवा उपचार किया गया है। हां नहीं
यदि हां, तो कृपया ब्यौरा दें: _____
- 8) क्या जीवन बीमा धारक द्वारा कभी एक्वायरड इम्म्यून डेफिशिएंसी सिन्ड्रोम (एड्स) के लिए सलाह ली है अथवा एचआईवी वायरस की उपस्थिति के लिए जांच करवाने के बारे में सलाह ली है? हां नहीं
यदि हां, तो कृपया ब्यौरा दें: _____
- 9) क्या पॉलिसी को जारी किए जाने की तारीख से जीवन बीमा धारक के बीमा या पॉलिसी या स्वास्थ्य बीमा को फिर से शुरू करने के किसी प्रस्ताव को एगोन लाइफ इंश्योरेंस कम्पनी लिमिटेड या किसी अन्य बीमा कम्पनी द्वारा आस्थगित, संशोधित या रेटेड-अप किया गया है? हां नहीं
यदि हां, तो कृपया ब्यौरा दें: _____
- 10) क्या कोई जीवन बीमा धारक का बीमा का कोई प्रस्ताव वर्तमान में एगोन लाइफ इंश्योरेंस कम्पनी लिमिटेड या किसी अन्य बीमा कम्पनी के पास लंबित है? हां नहीं
यदि हां, तो कृपया ब्यौरा दें: _____
- 11) महिला जीवन बीमा धारक के लिए:
क) क्या आप वर्तमान में गर्भवती हैं? हां नहीं
यदि हां, तो गर्भावस्था की अवधि का उल्लेख करें (सप्ताहों में) : _____
ख) क्या आप गर्भावस्था से संबंधित जटिलता या किसी अन्य स्त्री रोग विकार से पीड़ित हैं, आपकी जांच की जा रही है या उपचार किया गया है? हां नहीं
यदि हां, तो कृपया ब्यौरा दें: _____

मैं पुष्टि करता/करती हूँ कि उपरोक्त प्रश्नों के मेरे द्वारा दिए गए उत्तर सही, पूर्ण और त्रुटिरहित हैं।

मैं सहमत हूँ :

- 1) कि एगोन लाइफ इंश्योरेंस कम्पनी लिमिटेड ("कम्पनी") की इस मेरे द्वारा इस राइडर को कम्पनी को प्रस्तुत किए जाने अथवा इस राइडर के लिए किसी प्रीमियम को जमा करवाए जाने के कारण तब तक कोई देयता नहीं होगी जब तक कि कम्पनी द्वारा प्रस्ताव को स्वीकार नहीं कर लिया जाता है जिसमें बीमाकृत के बीमा योग्यता में इस प्रस्ताव को प्रस्तुत करने की तारीख के बाद कोई परिवर्तन नहीं होना शामिल है।

घोषणा

- 2) सभी मूलभूत तथ्य, जो कि ऐसे तथ्य हैं जो कम्पनी द्वारा इस प्रस्ताव के मूल्यांकन को प्रभावित कर सकते हैं, को इस प्रस्ताव में प्रकट किया गया है, यह समझ लिया जा रहा है कि इस प्रकार के प्रकटन को करने में असफल रहने पर, इस प्रस्ताव के अनुसरण में किया गया संविदा कम्पनी के विकल्प पर शून्यकरणीय हो सकता है।

पॉलिसी धारक के हस्ताक्षर: _____

तारीख:

D	D	M	M	Y	Y	Y	Y
---	---	---	---	---	---	---	---

स्थान: _____

अस्वीकरण

"फार्मेट की विषय-सामग्री को समझने से संबंधित किसी असहमति की स्थिति में, आईआरडीएआई परिपत्र संख्या: आईआरडीएआई/लाइफ/लाइफ काउंसिल/२०१३/७३ दिनांक २९ अप्रैल २०१४ के अनुसार हिन्दी/ अंग्रेजी फार्मेट (जैसी भी स्थिति हो) को लागू माना जाएगा।"