

(लाइफ इन्श्योरेंस कॉरपोरेशन अधिनियम 1956 द्वारा संस्थापित)
 स्वास्थ्य के सम्बन्ध में व्यक्तिगत प्रकथन

विभागीय कार्यालयशाखा कार्यालय

पॉलिसी सं.एजेंट का नाम.....

एजेंट की संकेत संख्या

(सभी उत्तर स्पष्ट लिखे होने चाहिए। उत्तर शब्दों में देने चाहिये। रेखा, बिन्दु या अन्य प्रकार के चिन्ह, उत्तर के रूप में स्वीकार नहीं किये जायेंगे।)

निर्देश : 1. कृपया यह फार्म निम्न प्रकार के पुनर्चलन के लिये भरें।

- (1) यदि पॉलिसी के पुनर्चलन के समय असमाप्त विलम्बित अवधि 10 वर्ष से कम से है तो बीमेदार द्वारा उसका अधिग्रहण किये जाने से पूर्व बाल विलम्बित पॉलिसी के लिये।
- (2) प्रस्तावक द्वारा बीमेदार के हित में पूर्ण रूपेण अभ्यर्पित की गई पॉलिसी को छोड़कर अन्य व्यक्ति के जीवन पर ली जाने वाली पॉलिसी के लिये।
2. जब इस फार्म का उपयोग बिना डाक्टरी परीक्षा वाले बीमों के लिए करें, तो इस फार्म के प्रश्न क्रमांक 3 के इस वाक्यांश को काट दें, "के हेतु कराई अपनी पिछली स्वास्थ्य परीक्षा"।

1.	प्रस्तावक का पूरा नाम (स्पष्ट अक्षरों में) व पता	
2.	बीमेदार/बीमा कराये जाने वाले व्यक्ति का पूरा नाम (स्पष्ट अक्षरों में)	
3.	उपयुक्त प्रस्ताव पत्र या पॉलिसी हेतु कराई गई अपनी पिछली स्वास्थ्य परीक्षा की तिथि से:-	
	(क) क्या आप किसी शारीरिक या मानसिक बीमारी, आघात या अपंगता से पीड़ित हुए हैं? यदि हाँ, तो विवरण दीजिये।	(क)
	(ख) क्या आपको चिकित्सा करानी पड़ी है? यदि हाँ, तो विवरण दीजिये- (यथा बीमारी की तिथि व अवधि, उपचार का प्रभाव आदि साथ में उस चिकित्सक का नाम व पता भी दें, जिसने आपका उपचार किया हो)	(ख)
	(ग) आपके परिवार (माता, पिता, पति, भाई बहिन या बच्चों) में किस किस की मृत्यु हुई या कौन-कौन बीमार रहा। मृत्यु के समय आयु, मृत्यु तिथि तथा बीमारी की अवधि लिखें।	(ग)
	(घ) क्या आपके रहन-सहन प्रवृत्ति और व्यवसाय में कोई परिवर्तन हुआ है? यदि हाँ, तो विवरण दीजिये।	(घ)
	(ङ) क्या आपके जीवन बीमे का कोई प्रस्ताव पत्र या आपके जीवन पर किसी पॉलिसी के पुनर्चलन के लिये निगम के इसी या किसी दूसरे कार्यालय अथवा किसी बीमा कम्पनी को दिया गया आवेदन पत्र कभी वापस ले लिया गया है या स्थगित, विलम्बित या अस्वीकृत हो गया है अथवा अतिरिक्त प्रीमियम, गहन (Lien) या प्रस्तावित शर्तों के अलावा अन्य शर्तों पर स्वीकार किया गया है? यदि हाँ, तो विवरण दीजिये।	(ङ)
	(च) क्या आप विद्यार्थी हैं? यदि हाँ, तो विवरण अपने विद्यालय एवं अपनी शिक्षा के बारे में विवरण दीजिये।	(च)
4.	क्या इस समय आप पूर्ण स्वस्थ हैं?	
5.	क्या आपने कोई रकम जमा करवायी हैं अथवा कोई बकाया प्रीमियम चुकाया है? यदि हाँ, तो विवरण दीजिये।	

केवल स्त्रियों द्वारा उत्तर देने के लिए अतिरिक्त प्रश्न

6. उपर्युक्त पॉलिसी के लिए की गई अपनी पिछली स्वास्थ्य परीक्षा की तिथि से	
(क) क्या आपका मासिक धर्म नियमित रहा है ?	(क)
(ख) क्या आपको कभी गर्भपात हुआ है ?	(ख)
7. कृपया दिनांक लिखिए-	
(क) पिछले मासिक धर्म की	(क)
(ख) पिछले प्रसव की।	(ख)
8. क्या आप इस समय गर्भवती है ?	

स्थान दिनांक माह 202 ई.

साक्षी के हस्ताक्षर

नाम

व्यवसाय

पता बीमेदार/बीमा कराये जाने वालों के हस्ताक्षर या अंगूठा निशान

प्रस्तावक द्वारा घोषणा

मैं (प्रस्तावक का नाम) घोषित करता हूँ कि बीमित व्यक्ति द्वारा दिये गये उपयुक्त वक्तव्य तथा उत्तर हर प्रकार से सही हैं और मैं यह स्वीकार और घोषणा करता हूँ कि ये वक्तव्य और यह घोषणा मेरे तथा जीवन बीमा निगम के मध्य कालातीत बीमा पॉलिसी के पुनर्चलन प्रसविदा (इकरारनामे) के आधार होंगे और अगर इनमें कोई असत्य कथन पाया जायेगा तो उल्लेखित प्रसविदा (इकरारनामे) पूर्ण रूप से रद्द हो जाएगा। और इस सम्बन्ध में दिया गया समस्त धन निगम अपहन्त (जब्त) कर लेगा।

और मैं यह घोषणा करता हूँ कि यदि निगम मूल अथवा उसे भिन्न शर्तों पर पॉलिसी का पुनर्चलन करता हूँ और इस घोषणा की तिथि से पॉलिसी के पुनर्चलन की तिथि तक (1) जिस व्यक्ति का बीमा होना है यदि उसके व्यवसाय में कोई रिवर्तन हो जाता है या उसकी आर्थिक स्थिति अथवा उसके या उसके परिवार में स्वास्थ्य से सम्बन्धित कोई विपरीत परिस्थिति उत्पन्न हो जाती है, मैं से चाहे कितना ही महत्वहीन क्यों न समझें अथवा (2) जिस व्यक्ति का जीवन बीमा होना है यदि उसके जीवन पर कोई बीमा प्रस्तावक या पॉलिसी के पुनर्चलन के लिए निगम के किसी कार्यालय को दिया गया प्रार्थना पत्र वापस ले लिया जाता है या समाप्त कर दिया जाता है, स्थगित या अस्वीकृत कर दिया जाता है या अतिरिक्त बीमा शुल्क या गहन (Lien) के साथ स्वीकृत किया जाता है अथवा प्रस्तावित शर्तों के स्थान पर अन्य शर्तों पर स्वीकार किया जाता है अथवा यदि पॉलिसी का पुनर्चलन बाल विलम्बित योजना के अन्तर्गत होना है तो कोष्ठक के अन्दर लिखे शब्दों को काट दीजिए। (3) जिस व्यक्ति का बीमा होना है यदि वह स्थल सेना, नौ सेना या वायु सेना की किसी शाखा में नौकरी के लिए चुन लिया जाता है तो बीमे का पुनर्चलन रद्द हो जायेगा और उसके सम्बन्ध में चुकता की गई सब रकम जब्त हो जायेगी, बशर्तें उपर्युक्त घटनाओं की सूचना निगम को लिखकर न दी गई हो और निगम से तदनुसार प्रस्तावक पर पुनः विचार करके अपनी स्वीकृति प्रदान न कर दी हो।

मैंने स्थान में आज दिनांक मास सन् 202 ई. हस्ताक्षर किये

साक्षी के हस्ताक्षर

नाम

व्यवसाय

(प्रस्तावक के हस्ताक्षर)

पता

यदि इस फार्म के प्रश्नों के उत्तर प्रस्तावक द्वारा समझी जाने वाली भाषा में दिये जाते हैं या प्रश्नों के उत्तर हिन्दी में दिये जाते हैं किन्तु प्रस्तावक अपने हस्ताक्षर हिन्दी के अलावा किसी अन्य भाषा में करता है तो प्रस्तावक को अपने हस्ताक्षर के ऊपर अपनी हस्तलिपि में यह घोषित करना चाहिए कि उपरोक्त सभी प्रश्न उसे समझा दिये थे तथा उसने प्रश्नों को पूरी तरह एवं भली भाँति लेने समझ लेने के बाद अपने उत्तर दिये।

यदि प्रस्तावक अनपढ़ है तो-

1. फार्म भरने वाले व्यक्ति द्वारा घोषणा की जानी चाहिये।

नाम

घोषणाकर्ता का पता

.....

.....

.....

2. प्रस्तावक के अंगूठा निशान को ऐसे प्रतिष्ठित व्यक्ति द्वारा प्रमाणित किया जाना चाहिये। जिसका पता आसानी से लग सके तथा वह निगम से सम्बन्धित न हो।

नाम

मैं एतद् द्वारा घोषित करता हूँ कि मैंने उपरोक्त प्रश्न प्रस्तावक को पूरी तरह समझा दिये हैं और उनके द्वारा दिये गये उत्तर मैंने सच्चाई के साथ अंकित किये हैं।

(हस्ताक्षर)

मैं एतद् द्वारा घोषित करता हूँ कि मैंने प्रस्तावक पत्र का विवरण प्रस्तावक को भाषा में समझा दिया है और प्रस्तावक द्वारा दिये गये प्रश्नों के उत्तर उसे पढ़कर सुना दिये हैं तथा प्रस्तावक ने उन्हें भली-भाँति समझ लेने के बाद अंगूठा निशान लगाया है।