



(जीवन बीमा निगम अधिनियम, 1956 द्वारा संस्थापित)

दुर्घटना हितलाभ हेतु स्वास्थ्य एवम् जोखिम की घोषणा

(जब दुर्घटना हितलाभ चाहिये तभी उपयोग करें)

(Established by the Life Insurance Corporation Act 1956)

DECLARATION OF HEALTH AND RISK FOR ACCIDENT BENEFIT

(To be used when accident Benefit is desired)

POLICY No. OWN LIFE

मैं दुर्घटना में अपनी मृत्यु होने पर बीमा राशि की दुगुनी राशि का भुगतान प्राप्त करने हेतु प्रति हजार बीमा राशि पर प्रति वर्ष 1/- का अतिरिक्त प्रीमियम जैसा की उक्त हित से सम्बन्धित धारा में दिये गये पूर्ण स्थायी अपंगता प्रीमियम अधित्याग हित के अतिरिक्त बीमा राशि के सम राशि किस्त में भुगतान करने को इच्छुक हूँ।

I am willing to pay an extra premium of Rs. 1/- per thousand Sum Assured per annum to secure payment of double the Sum Assured in the event of my death by accident or of an amount equal to the Sum Assured in instalments in addition to the benefit to waiver of premiums on permanent total disability as provided in the clause relating to the said benefit.

मेरा वर्तमान व्यवसाय है और निकट भविष्य में व्यवसाय परिवर्तन करने का कोई विचार नहीं है।

My present occupation is and I have no intention of changing my occupation in the near future.

मेरे पास निम्नांकित पॉलिसी/पॉलिसियां @ है /हैं तथा बीमा के लिये निम्न नये प्रस्तावों को किया है जो कि विचाराधीन है। (जो लागू न हो काट दें।)

I hold the following policy/policies@ and have placed the following fresh proposals for assurance which are under consideration (Delete where not applicable).

दुर्घटना /विस्तृत अपंगता हितलाभ के अन्तर्गत पालिसियां/प्रस्ताव:

Policies/Proposals/Covering Accident/and Entended Disability Benefit.:

बीमाकर्ता Insurer	पॉलिसी/प्रस्ताव सं. Policy/ Proposal No.	प्रस्तावित बीमा राशि Sum Assured Proposed	पॉलिसी/प्रस्ताव के अन्तर्गत, प्रस्तावित/प्रस्तावित कि जाने वाली दुर्घटना/विस्तृत अपंगता हितलाभ बीमा राशि Sum Assured/Proposed under the Accident and Extended Disability Benefit covered by the policy to be covered by the proposal.
	रूपये Rs.	रूपये Rs.	
	Rs.	Rs.	
	Rs.	Rs.	
	Rs.	Rs.	
	Rs.	Rs.	
		योग Total	

मैं एतद् द्वारा दृढ़तापूर्वक घोषणा करता हूँ कि उपरोक्त कथन एवं उत्तर पूरी तरह सत्य हैं तथा जिस तिथि से उपरोक्त पॉलिसी हेतु मेरा प्रस्ताव हुआ था तब से मेरा जीवन स्तर वही है जो प्रस्ताव में दिया गया था। तभी से कोई बीमाकर्ता अथवा निगम के किसी मण्डल कार्यालय ने दुर्घटना जोखिम के साथ मेरे जीवन का बीमा करने के लिये न तो स्थगित किया अथवा अस्वीकृत किया और उस तिथि से मैं किसी रोग, शारीरिक दोष या अस्थिरता से प्रभावित नहीं हुआ हूँ तथा निम्नांकित के अलावा कोई भी अन्य ऐसी घटना नहीं घटी है जिससे जोखिम बढ़ा हो।

I do hereby solemnly declare that the foregoing statement and answer's are true in every particular and further that since the date on which my proposal for the policy was made, my mode of life has been the same as stated in the proposal, that no insurer of Divisional Office, Branch Office of the Corporation has since postponed or declined to assure my life against accident risks, that since that date I have not been affected by any disease, +physical defect or infirmity and that no other circumstances calculated increase the risk has occurred except the following :

मैं पुनः घोषित एवं स्वीकृत करता हूँ कि यदि घोषणा असत्य होगी तो पॉलिसी अवैध हो जायेगी ।

I further declare and agree that the above policy shall be null and void this declaration in untrue.

स्थान Place at _____ दिनांक Date _____ माह Day of _____ 20

साक्षी : _____

Witness :

हस्ताक्षर : _____

Signature :

नाम :

Name :

पद : _____

Designation :

पता : _____

Address :

पॉलिसी धारक का हस्ताक्षर

अथवा अंगूठे का निशान

+Signature or thumb

impression of the Policy
holder

मोबाईल सं.- _____

Mobile No.- _____

@ यदि निगम के इस या अन्य किसी कार्यालय में आपके जीवन पर कोई दुर्घटना हितलाभ सहित विचाराधीन है तो कृपया कार्यालय का नाम, प्रस्ताव संख्या, प्रस्ताव की राशि तथा वर्तमान पॉलिसियों के ब्यौरे बताइये ।

@ If any proposal on your life with Accident Benefit is under consideration with this or any other office of the Corporation please state particulars, viz name of the office, Porposal number and the amount of such proposal/s also along with particulars existing policies.

बीमाकर्ता शब्द में साधारण बीमा निगम, जो कि दुर्घटना व्यवसाय करता है, भी सम्मिलित है ।

Please state insurer used herein includes a General Insurance Corporation also doing accident business.

कृपया किसी भी रोग शारीरिक दोष अथवा अस्थिरता को चाहे महत्वपूर्ण हो या नहीं बताइये ।

Please state disease, physical defect of infirmity whether considered by you to be important or not.

यदि पॉलिसी धारक ने इस फार्म को हिन्दी के अलावा किसी अन्य भाषा में भरा है तो उसे अपनी भाषा में अपने हस्ताक्षर के ऊपर पुनः घोषित करना चाहिए कि उसे सभी प्रश्नों को बता दिया गया था और उत्तर पूरी तरह समझ लेने के बाद दिये गये थे ।

If the policy-holder has filled in this form in any language other than English he should further declare in his own language above his own signature that all the questions were explained to him and replies were give after fully and properly understanding the same.

यदि पॉलिसी धारक अशिक्षित है तो फार्म भरने वाले व्यक्ति द्वारा निम्न घोषणा की जानी चाहिए ।

If case the policy-holder is illiterate the following declaration should be made by the person filling the form :

"मैं एतद् द्वारा घोषित करता हूँ कि मैंने उपरोक्त प्रश्नों को पॉलिसी धारक को पूरी तरह समझा दिया है तथा उसके द्वारा दिये गये उत्तरों को सही रूप से अभिलेखित किया है ।"

"I here by delcare that I have fully explained the above questions to the policy holder and I have truthfully recorded the answers given by trhe Policy holder."