



# भारतीय जीवन बीमा निगम

(जीवन बीमा निगम अधिनियम १९५६ द्वारा संस्थापित)

अन्य व्यक्ति के जीवन बीमा का प्रस्ताव-पत्र

(अवयस्क तथा वयस्क, दोनों के जीवन बीमा के, उपयोगार्थ)

मण्डल कार्यालय

शाखा कार्यालय

अभिकर्ता का नाम

अनुज्ञा पत्र सं.

अभिकर्ता व विकास अधिकारी की संकेत सं.

फार्म नं. आय.सि. ०००८

फार्म सं. ३४० (परिवर्तित - ७५)

केवल कार्यालय के उपयोगार्थ

प्राप्ति दिनांक

प्रविष्टि सं.

सं. हस्ताक्षर

क्या अनुज्ञा पत्र प्रभावी है?

संक्षिप्त हस्ताक्षर

प्रस्ताव-पत्र सं.

समाप्ति तिथि

## प्रस्तावक द्वारा निम्न प्रश्नों के उत्तर दिये जाने हैं

१- प्रस्तावक का पूरा नाम (स्पष्ट अक्षरों में)

प्रस्तावक का संक्षिप्त नाम

आयु

वर्ष, राष्ट्रीयता

पता जिसे पालिसी में अंकित किया जायेगा और जिस पर सूचनाये प्रेषित की जायेगी

स्थायी आवास पता

वर्तमान व्यवसाय

बीमार्थी से सम्बन्ध

२- बीमार्थी का पूरा नाम (स्पष्ट अक्षरों में)

संक्षिप्त नाम

लिंग भेद

राष्ट्रीयता

वर्तमान व्यवसाय एवं कार्य का प्रकार

सेवारतकाल

बीमार्थी के पिता का पूरा नाम

वर्ष

३- बीमे की तालिका

बीमा धन

किश्ते किस विधि से देना चाहते हैं-

जमा राशि

यदि पालिसी का प्रारम्भ किसी पिछले

व अवधि

रुपये

वार्षिक, छमाही, तिमाही या मासिक

दिनांक से चाहते हैं तो दिनांक लिखें

४- बीमार्थी का जन्म

निकटतम जन्म

आयु प्रमाण पत्र का

जन्म स्थान

यदि आयु प्रमाण में नियोजक का रेकार्ड प्रस्तुत करना चाहते हैं

तिथि

दिन पर आयु

विवरण

तो लिखें कि अपने नियोजक को क्या प्रमाण प्रस्तुत किया था?

५- यह बीमा लेने का उद्देश्य क्या है

## यदि बीमार्थी अवयस्क है तो प्रस्तावक द्वारा निम्न प्रश्नों के उत्तर दिये जाने हैं।

६- यदि प्रस्ताव-पत्र बाल विलम्बित बीमा योजना के अन्तर्गत है :-

(क) तो बताइये कि क्या आप जोखिम आरम्भ होने के पूर्व अपनी मृत्यु हो जाने की स्थिति को ध्यान में रखकर प्रीमियम देने से मुक्त होने सम्बन्धी हितलाभ लेना चाहते हैं?

(क).....

(ख) क्या आप इस शर्त से सहमत हैं कि इस प्रस्ताव - पत्र के आधार पर जारी की गई पालिसी के हित विलम्बित तिथि को बीमार्थी में स्वतः निहित हो जायें?

(ख).....

७- यदि प्रस्ताव-पत्र बाल विलम्बित बीमा के अलावा किसी अन्य योजना के अन्तर्गत है तो क्या आप इस शर्त से सहमत हैं कि इस प्रस्ताव पत्र के आधार पर जारी की गई पालिसी के हित बीमार्थी/बीमार्थिनी के वयस्क होने पर स्वतः उसमें निहित हो जायें?

## निम्न प्रश्नों के उत्तर बीमार्थी द्वारा दिये जाने हैं

८- क्या निगम के इसी कार्यालय अथवा किसी अन्य कार्यालय में आपके जीवन से सम्बन्धित बीमे के लिये कोई अन्य प्रस्ताव-पत्र प्रस्तुत किया जा रहा है अथवा आपके जीवन पर कोई अन्य प्रस्ताव-पत्र या पालिसी के पुनर्चलन से सम्बन्धित कोई प्रार्थना-पत्र विचाराधीन है यदि हाँ तो किस कार्यालय में है तथा उसका विवरण दीजिये।

९- अपनी पिछली पालिसीयों का निम्न विवरण दीजिये :-

निगम के मंडल कार्यालय या बीमा कम्पनी का नाम	पालिसी सं.	बीमाधन	बीमा योजना	पालिसी के जारी होने का वर्ष या जोखिम तिथि	क्या पालिसी प्रस्तावित किये गये अनुसार साधारण दरो पर स्वीकृत हुई दुर्घटना हितलाभ सहित या रहित स्वास्थ्य परीक्षा युक्त या बिना स्वास्थ्य परीक्षा के	क्या पूरे बीमा धन के लिये चालू है	यदि नहीं तो अन्तिम चुकता किश्त की देय तिथि व भुगतान विधि लिखिये

विशेष :- यदि पिछले तीन वर्षों की अवधि में कोई पुरानी पालिसी कालातीत हो गई है या चुकता पालिसी में परिवर्तित करा दी गई है तो निगम कोई नया प्रस्ताव-पत्र ग्रहण नहीं करता है।



# Life Insurance Corporation of India

(Established by the Life Insurance Corporation Act, 1956)

F.No. 340 (Rev. 75)

## PROPOSAL FOR INSURANCE ON THE LIFE OF ANOTHER PERSON

(To be used for Insurance on lives of both minor & adult)

Office Use only

Date of Receipt .....

Inward No. .... Initials .....

Is licence in force? ..... Initials .....

Divisional Office : ..... Branch Office : ..... Proposal No. ....

Agent's Name ..... Licence No. .... Date of Expiry ..... Agent's & D.O.'s Code Nos. ....

### FOLLOWING QUESTIONS TO BE ANSWERED BY THE PROPOSER

1. Full Name of the Proposer .....  
(IN BLOCK LETTERS)

Short Name of the Proposer ..... Age ..... Years. Nationality .....

Address which will be incorporated in the policy and at which notices will be sent .....

Permanent Residential Address : .....

Present Occupation ..... Relationship to the Life to be Assured .....

2. Full Name of the Life to be Assured .....  
(IN BLOCK LETTERS)

Short Name ..... Sex ..... Nationality .....

Present Occupation and Nature of Duties ..... Length of Service ..... Years

Full Name of the father of the Life to be Assured .....

3. Table and Term of Assee.	Sum to be Assured Rs.	State if premiums are payable Yearly, Half-Yearly, Quarterly or Monthly	Amount of deposit.	If Policy is to be dated back, indicate such date
4. Date of Birth of the Life to be Assured	Age Nearer Birthday	Nature of Age Proof	Place of Birth	If Age Proof in service record, what proof was submitted to employer?
				Paying Authority No. (for SSS only)

5. What is the object of this assurance ? .....

### Following Questions to be Answered by the Proposer if the Life to be Assured is Minor

6. If the Proposal is under Children's Deferred Assurance Plan :	
(a) State whether you wish to secure Premium Waiver Benefit in case of your death before the commencement of risk	(a) .....
(b) Do you agree to the condition that the Policy, if issued on the basis of this proposal will automatically vest in the Life to be Assured on the deferred date?	(b) .....
7. If the Proposal is under a plan other than the Children's Deferred Assurance Plan, do you agree to the condition that the Policy, if issued on the basis of this Proposal will automatically vest in the Life to be Assured on his/her attaining the age of majority?	.....

### FOLLOWING QUESTIONS ARE TO BE ANSWERED BY THE LIFE TO BE ASSURED

8. Is your life now being proposed for another assurance to, or is any other proposal, or an application for revival of a policy, on your life, under consideration if any office of the Corporation or to any other insurer ? If yes give details.									
9. Please give following details of your previous insurance; if any :									
Name of the Divl. Office of the Corp. or of any other Insurer	Policy Number	Sum Assured	Plan of Assee.	Riskdate	Whether accepted as proposed at ordinary rate	With or without accident Benefit	Medical or Non medical	Whether in force for full Sum Assured ?	* if not give date of last premium paid and mode of payment

१०- क्या निगम के इस कार्यालय को या किसी अन्य कार्यालय को अथवा किसी बीमा कम्पनी को प्रस्तुत किया गया आपके जीवन बीमे का कोई प्रस्ताव पत्र या आपकी जीवन बीमा पालिसी के पुनर्चलन से सम्बन्धित कोई प्रार्थना पत्र कभी :

(क) वापस ले लिया गया या समाप्त कर दिया गया है? .....

(ग) अतिरिक्त बीमा शुल्क या गहन के साथ स्वीकृत किया गया है? .....

(ख) स्थगित या अस्वीकृत कर दिया गया है? .....

(घ) प्रस्तावित शर्तों के बजाय अन्य शर्तों पर स्वीकृत किया गया है? .....

यदि हाँ तो विवरण दीजिये .....

११- क्या आपका कोई इरादा या विचार नागरिक या सैनिक उड्डयन में सम्मिलित होने अथवा नौसेना या स्थलसेना में भर्ती होने या अन्य कोई जोखिमयुक्त कार्य करने या छतरीबाज बनने का है अथवा ऐसी कोई सम्भावना है? यदि हाँ तो उसका विवरण दीजिये।

१२-(क) सामान्यतः आपके स्वास्थ्य की स्थिति कैसी रही है?

(क) .....

(ख) क्या आपके शारीरिक बनावट में कोई त्रुटि या विकलांगता है? यदि हाँ तो विवरण दीजिये।

(ख) .....

(ग) क्या आपको (१) चेचक निकली थी या (२) टीके का चिन्ह उभर आया था।

(ग) (१) .....

(२) .....

(घ) (१) क्या आपको पायरिया है?

(घ) (१) .....

(२) यदि दाँत गिर गये हो या निकाले गये हों तो लिखिये कितने?

(२) .....

(३) कितने ऐसे दाँतों के लिये कृत्रिम दाँत लगवाये हैं?

(३) .....

१३- क्या आप नीचे लिखे रोगों से कभी पीड़ित रहे हैं या इस समय पीड़ित हैं :

उत्तर 'हाँ' या 'नहीं' में दीजिये

यदि उत्तर 'हाँ' में है तो प्रत्येक ऐसे रोग का पूरा पूरा विवरण दौरो की संख्या, दिनांक, अवधि, रोग की गहनता, किया गया उपचार, परिणाम और उन चिकित्सकों के नाम व पते जिनसे परामर्श किया गया हो, प्रश्न संख्या १३ से १७ तक के प्रश्नों के बारे में प्रश्न संख्या के संदर्भ सहित वर्णन करिये।  
विस्तृत वर्णन प्रश्न सं. ....

(क) निरन्तर खाँसी, दमा, ब्रॉकाइटिस, न्यूमोनिया, पार्श्वशूल (प्लूरिसी) कफ में खून आना, क्षय अथवा फेफड़े सम्बन्धी अन्य रोग?

(क)

(ख) उच्च या निम्न रक्तचाप वातज्वर, छाती में दर्द, सांस में घुटन, हृदय की धड़कन, हृदय दीर्घत्व अथवा हृदय या धमनियों सम्बन्धी कोई रोग?

(ख)

(ग) अधि-जठरव्रण (पेप्टिक अल्सर), आंतों में सूजन (कोलाइटिस), पीलिया, रक्ताल्पता, बवासीर, पेचिस अथवा पेट ज्वर तिल्ली, पित्ताशय (गालब्लेडर) या ब्लोम (Pancreas) सम्बन्धी कोई रोग।

(ग)

(घ) गुदा मसाने की ग्रन्थि (प्रोस्टेट) या मूत्राशय सम्बन्धी कोई रोग?

(घ)

(ङ) लकवा, पागलपन, मिर्गी, दौरा या मूर्छा, किसी भी प्रकार की स्नायविक दुर्बलता अथवा मस्तिष्क या स्नायुमण्डल सम्बन्धी कोई अन्य रोग?

(ङ)

(च) आँत उतरना, फोतों का बढ़ना, मुष्काशिरा स्फीत (Varicocele), भगन्दर, शिराओं का फूल जाना (Varicoseveins), चमड़ी का फटना, पील पाँव, कण्ठमाला, सुजाक, उपदंश (गरमी) या जननेन्द्रिय सम्बन्धी कोई अन्य रोग?

(च)

(छ) नासूर (कैंसर), कोढ़, सन्धिवात, गठिया, बढ़ी हुई गिल्टियाँ या अर्बुद (ट्यूमर)?

(छ)

(ज) कान, नाक, गला या नेत्र सम्बन्धी कोई रोग जिसमें दोषपूर्ण दृष्टि, कम सुनाई पड़ना व कानों का बहना भी शामिल है?

(ज)

१४- क्या आपको मधुमेह होने की शंका है, या आप मधुमेह से पीड़ित हैं अथवा आपके मूत्र में कभी शर्करा, श्वेत कल्क (अल्ब्यूमन), मवाद या रक्त निकला है?

१५- क्या आपने पिछले पाँच वर्षों के भीतर किसी ऐसी बीमारी के लिये जिसमें एक सप्ताह से अधिक समय तक उपचार की आवश्यकता रही हो, किसी चिकित्सक से परामर्श किया है?

१६- क्या आप पिछले पाँच वर्षों के दौरान स्वास्थ्य के आधार पर अपने कार्य से अनुपस्थित रहे हैं?

१७- (क) क्या आपकी कभी शल्य चिकित्सा हुई है, आप कभी दुर्घटनाग्रस्त हुए हैं या आपको चोट लगी है?

(ख) क्या आपने कभी इलेक्ट्रोकार्डियोग्राम, एक्सरे या स्क्रीनिंग, रक्त, मूत्र या मल की परीक्षा करवाई है?

(ग) क्या आप कभी जाँच, परीक्षण, उपचार या किसी प्रकार की शल्य चिकित्सा के लिये किसी अस्पताल, पागलखाने या आरोग्यशाला में रहे हैं?

१८ - क्या आप शराब, मादक द्रव या किसी अन्य नशीली वस्तु का सेवन करते हैं या कभी किया है? यदि हाँ तो किसका? प्रतिदिन कितनी मात्रा में लेते हैं, यह भी लिखें।





१९-पारिवारिक इतिवृत्त	जीवित		मृत		२०-केवल अवयवों के सम्बन्ध में :- नीचे अपने माता, पिता, भाईयों एवं बहिनों के सभी पूर्ण चालू बीमों का व्योरा दें।				
	आयु	स्वास्थ्य की स्थिति	मृत्यु के समय आयु	मृत्यु का कारण					
पिता					सम्बन्ध	पालिसी सं.	बीमा योजना	जोखिम तिथि	बीमा धन
माता									
भाई जीवित सं. मृत सं.									
बहिन जीवित सं. मृत सं.									
पत्नी/पती									
बच्चे जीवित सं. मृत सं.									

२१- क्या आपका कोई जीवित या मृत सम्बन्धी मधुमेह, पागलपन, मिरगी, गठिया, दमा, तपेदिक, नासूर, कोढ़ आदि जैसे किसी पैतृक या संक्रामक रोग से पीड़ित रहा है?

२२-विशेष-यदि प्रस्ताव-पत्र पर बिना स्वास्थ्य परीक्षा कराये (अर्थात् बिना स्वास्थ्य परीक्षा के आधार पर) ही विचार होना है तो लिखें :-

(क) अपनी ऊँचाई (बिना जूते पहने)..... से.मी.  
(ख) अपना सही भार (हल्के वस्त्रों में)..... कि.ग्रा

अतिरिक्त प्रश्नों (प्रश्न सं. २३ से २५ तक) के उत्तर स्त्री बीमार्थी द्वारा दिये जाने हैं।

२३-(क) आपकी शैक्षणिक योग्यता यदि कोई हो ..... (ख) आपकी औसत मासिक आय यदि कोई हो .....  
(ग) आय के साधन ..... (घ) क्या आप आय कर देती हैं .....

२४-यदि आप विवाहित हैं तो कृपया लिखिये :

(ख) उनका व्यवसाय ..... (क) पति का पूरा नाम  
(घ) उनके जीवन बीमे से सम्बन्धित निम्न विवरण दीजिये : (ग) उनकी औसत मासिक आय

निगम के कार्यालय का नाम	पालिसी सं.	बीमा धन	योजना व अवधि	पालिसी की वर्तमान स्थिति
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....

२५-(क) क्या आप पढ़ा करती हैं? (क)..... (च) क्या आपको कभी गर्भपात या गर्भस्त्राव हुआ है? (च).....  
(ख) क्या आपको मासिक धर्म नियमित और कष्ट रहित होता रहा है? (ख)..... (छ) क्या आपको गर्भावस्था में गर्भ के कारण किन्हीं परेशानियों का सामना करना पड़ा था? (छ).....  
(ग) पिछले मासिक धर्म की तिथि लिखिये? (ग)..... (ज) क्या आपको बच्चे का जन्म होने या गर्भस्त्राव होने के कारण कोई कमजोरी या जख्म है? (ज).....  
(घ) क्या आप इस समय गर्भवती हैं? (घ)..... (झ) क्या आप स्तन, डिम्बाशयों या गर्भाशय सम्बन्धी किसी व्याधि से पीड़ित रही हैं या इस समय पीड़ित हैं? (झ).....  
(ङ) पिछले प्रसव की तिथि लिखिये? (ङ).....

### बीमार्थी द्वारा घोषणा

मैं ..... (बीमार्थी का नाम) जिसे इसमें जीवन बीमा के लिये प्रस्तावित किया गया है, एतद् द्वारा घोषित करता हूँ कि इस प्रस्ताव पत्र के प्रकथन तथा प्रश्न सं. ८ से २५ तक के उत्तर मेरे द्वारा प्रश्नों को पूरी तरह से समझ लेने के बाद दिये गये हैं और यह सत्य है तथा सभी विवरण प्रत्येक दृष्टि से पूर्ण हैं और मैंने कोई सूचना छिपाई नहीं है।

किसी प्रचलित कानून, रीतिरिवाज, रस्म या प्रथा के कारण किसी चिकित्सक अस्पताल और/या नियोजक को गोपनीयता के आधार पर मेरे स्वास्थ्य या नौकरी से सम्बन्धित किसी जानकारी या सूचना के प्रकट करने पर प्रतिबन्ध होते हुये भी मैं, मेरे उत्तराधिकारी, वंशीयती, प्रबन्धकर्ता, कारिन्दा (एडमिनिस्ट्रेटर) अभ्यर्पी अथवा अन्य कोई व्यक्ति, जिसके किसी प्रकार के भी हित मुझे जारी की जाने वाली पालिसी प्रसविदा में निहित हैं, एतद् द्वारा सहमति देते हैं कि ऐसे व्यक्ति या संस्थान जिनके पास इस प्रकार की कोई सूचना हो, वे भारतीय जीवन बीमा निगम को किसी भी समय ऐसी सूचना देने के लिये स्वतन्त्र होंगे।

21. Has any of your relations, living or dead, suffered from any hereditary or infectious disease like diabetes, insanity, epilepsy, gout, asthma, tuberculosis, cancer, leprosy, etc? \_\_\_\_\_
22. N.B.- If the proposal is to be considered without medical report (i.e. non-medical basis) state: \_\_\_\_\_
- (a) Your height (without shoes) \_\_\_\_\_ cms.  
(b) your exact weight (with thin clothes) \_\_\_\_\_ Kgs.

**Additional questions to be Answered by Female Life to be Assured (Questions 23 to 25)**

23. (a) Your educational qualification, if any \_\_\_\_\_ (b) Your average monthly income, if any \_\_\_\_\_  
(c) State sources of income \_\_\_\_\_ (d) Whether you pay Income-tax \_\_\_\_\_

24. If you are married, please state :- (a) Husband's full name \_\_\_\_\_ (b) His occupation \_\_\_\_\_ (c) His average monthly income Rs \_\_\_\_\_  
(d) Give below the details of his life assurance policies :-

Office of the Corporation	Policy No.	Sum Assured	Plan & Term	Present condition of the policy

25. (a) Do you observe purdah ? ... (a) \_\_\_\_\_ (f) Have you had any abortions or miscarriages? ... (f) \_\_\_\_\_  
(b) Have the menstrual periods always been regular and painless ? ... (b) \_\_\_\_\_ (g) Did you have any complications related to pregnancy? ... (g) \_\_\_\_\_  
(c) State the date of last menstruation ... (c) \_\_\_\_\_ (h) Have you any weakness or injury resulting from child-bearing or miscarriage? ... (h) \_\_\_\_\_  
(d) Are you pregnant now? ... (d) \_\_\_\_\_ (i) Have you suffered or are you suffering from any disease of breast, ovaries or uterus? ... (i) \_\_\_\_\_  
(e) State the date of last delivery ... (e) \_\_\_\_\_

26. Give name and address of your usual medical attendant.
- Name \_\_\_\_\_  
Address \_\_\_\_\_

27. For the purpose of reference, give name and permanent address of a friend
- Full Name \_\_\_\_\_  
Occupation \_\_\_\_\_  
Full Address \_\_\_\_\_

**DECLARATION BY THE LIFE TO BE ASSURED**

I \_\_\_\_\_ (name of the Life to be Assured) whose life is hereinbefore proposed to be assured, do hereby declare that the statements and answers under headings 8 to 27 of the proposal form have been given by me after fully understanding the questions and the same are true and complete in every particular and that I have not withheld any information.

Notwithstanding the provisions of any law, usage, custom or convention for the time being in force prohibiting any doctor, hospital, and/or employer from divulging any knowledge or information about me concerning my health or employment, on the grounds of secrecy, I, my heirs, executors, administrators and assigns or any other person or persons, having interest of any kind whatsoever in the policy contract issued to me, hereby agree, that such authority, having such knowledge or information, shall at any time be at liberty to divulge any such knowledge or information to the Corporation.

Dated at \_\_\_\_\_ on the \_\_\_\_\_ day of \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_

Signature of Witness \_\_\_\_\_

Occupation & Address \_\_\_\_\_

[Signature or thumb impression of the Life to be Assured]

I do hereby declare that the foregoing statements and answers are true and complete in every particular.

Signature of Witness \_\_\_\_\_

Occupation & Address \_\_\_\_\_

Signature of the Proposer  
[if the life to be assured is under 18 years]

( P.T.O. )

Specimen Signature of the Life to be Assured

Specimen Signature of the Proposer

साक्षी के हस्ताक्षर.....

व्यवसाय व पता.....

साक्षी के हस्ताक्षर.....

व्यवसाय व पता.....

बीमार्थी के हस्ताक्षर या अंगूठा निशान  
मैं एतद् द्वारा घोषित करता हूँ कि उपरोक्त प्रकथन एवं उत्तर सत्य  
हैं और सभी विवरण प्रत्येक दृष्टि से पूर्ण हैं।

प्रस्तावक के हस्ताक्षर  
(यदि बीमार्थी की आयु १८ वर्ष से कम है)

### प्रस्तावक द्वारा घोषणा

मैं ..... (प्रस्तावक का नाम) एतद् द्वारा घोषित करता हूँ कि इस प्रस्ताव पत्र के प्रकथन तथा संख्या १ से ७ तक के उत्तर मेरे द्वारा प्रश्नों को पूरी तरह से समझ लेने के बाद दिये गये हैं और वह सही हैं तथा ये सभी विवरण प्रत्येक दृष्टि से पूर्ण हैं तथा मैं इस बात से सहमत हूँ और घोषित करता हूँ कि ये प्रकथन व यह घोषणा एवं बीमार्थी द्वारा इस प्रस्ताव पत्र के संख्या ८ से २५ तक के लिये व्यक्त किये गये प्रकथनों एवं तत्सम्बन्धी घोषणा मेरे एवं भारतीय जीवन बीमा निगम के मध्य बीमा अनुबन्ध के आधार होंगे और यदि इनमें कोई असत्य कथन पाया जायेगा तो यह अनुबन्ध पूर्णतः रद्द हो जायेगा तथा इस सम्बन्ध में चुकाई गई समस्त धनराशि निगम द्वारा जब्त कर ली जायेगी।

और मैं यह घोषणा भी करता हूँ कि प्रस्ताव प्रस्तुत किये जाने की तिथि के बाद किन्तु प्रथम प्रीमियम रसीद जारी होने के पूर्व यदि (१) बीमार्थी के व्यवसाय में कोई परिवर्तन हो जाता है या बीमार्थी की आर्थिक स्थिति अथवा उसके या उसके परिवार के किसी व्यक्ति के स्वास्थ्य से सम्बन्धित कोई विपरीत परिस्थिति उत्पन्न हो जाती है अथवा यदि (२) बीमार्थी का कोई बीमा प्रस्ताव या पालिसी का पुनर्चलन कराने के लिये निगम के किसी कार्यालय को प्रस्तुत किया गया कोई आवेदन पत्र वापस ले लिया जाता है या रद्द, स्थगित या अस्वीकृत कर दिया जाता है या अतिरिक्त बीमा शुल्क या गहन (लियन) के आधार पर स्वीकृत किया जाता है अथवा प्रस्तावित शर्तों के अलावा, इतर शर्तों पर स्वीकार किया जाता है तो मैं बीमा स्वीकार किये जाने सम्बन्धी शर्तों पर पुनर्विचार करने के लिये इस सम्बन्ध में निगम को लिखित रूप से तत्काल सूचना प्रेषित करूँगा। मेरी ओर से सूचना प्रेषित करने में किसी प्रकार की चूक होने पर यह बीमा रद्द हो जायेगा और इसके लिये चुकाई गई समस्त धनराशि निगम जब्त कर लेगा।

साक्षी के हस्ताक्षर.....

व्यवसाय व पता.....

प्रस्तावक के हस्ताक्षर या  
अंगूठा निशान

यदि प्रस्तावक/बीमार्थी द्वारा इस फार्म के प्रश्नों के उत्तर और/या हस्ताक्षर हिन्दी के अलावा किसी इतर भाषा में दिये गये हैं/किये गये हैं तो प्रस्तावक/बीमार्थी को अपने हस्ताक्षर/हस्ताक्षरों के ऊपर अपनी हस्तलिपि में घोषित करना चाहिये कि उसे सभी प्रश्नों के बारे में समझा दिया गया था और उसने अपने उत्तर प्रश्नों को पूरी तरह तथा भलीभाँति समझ लेने के बाद ही दिये थे।

(१) यह घोषणा फार्म भरने वाले व्यक्ति के द्वारा की जानी चाहिए।

"मैं एतद् द्वारा घोषित करता हूँ कि मैंने प्रस्तावक/बीमार्थी को उपरोक्त प्रश्न भलीभाँति समझा दिये हैं और उनके द्वारा दिये गये उत्तरों को सही सही लिखा है।"

घोषणाकर्ता का पता.....

हस्ताक्षर

यदि प्रस्तावक और/या बीमार्थी अनपढ़ है/हैं।

(२) प्रस्तावक/बीमार्थी की अंगूठा निशानी किसी ऐसे प्रतिष्ठित व्यक्ति द्वारा जिसकी पहचान सरलता से हो सकती हो और जो निगम से सम्बन्धित न हो, प्रमाणित की जानी चाहिये तथा उन्हें यह घोषणा भी करनी चाहिये।

मैं एतद् द्वारा घोषित करता हूँ कि मैंने प्रस्तावक और/या बीमार्थी को प्रस्ताव-पत्र की विषय-वस्तु का अर्थ..... (भाषा) में समझा दिया है और प्रस्तावक और/या बीमार्थी द्वारा लिखाये गये प्रश्नों के उत्तरों को उन्हें पढ़कर सुना दिया है तथा प्रस्तावक/बीमार्थी ने उन्हें भलीभाँति समझने के बाद ही प्रस्ताव-पत्र पर अपना अंगूठा निशान लगाया है।

घोषणाकर्ता का पता.....

हस्ताक्षर

बीमा अधिनियम १९३८ की धारा ४१ का सारांश—प्रीमियम में छूट केवल विवरण-पत्र या प्रीमियम दर-तालिका अथवा यथास्थिति के अनुसार सम्बन्धित प्रलेख पत्र में दिये गये विवरण के अनुसार ही मान्य होगी तथा किसी अन्य प्रकार की छूट के लिये प्रस्तावित करना या छूट स्वीकार करना उपरोक्त बीमा अधिनियम की धारा ४१ के अनुसार दण्डनीय अपराध है।

केवल स्वास्थ्य परीक्षा सम्बन्धी बीमों के लिये—मैं प्रमाणित करता हूँ कि प्रस्तावक/बीमार्थी ने यह स्वीकार किया है कि इस फार्म के प्रश्न सं. १२ तथा उसके बाद के प्रश्नों के सभी उत्तर सही सही लिखे गये हैं और तदुपरांत अपने हस्ताक्षर किये/अपना अंगूठा निशान लगाया।

स्वास्थ्य परीक्षक के समक्ष बीमार्थी के हस्ताक्षर या अंगूठा निशान

स्वास्थ्य परीक्षक के हस्ताक्षर

प्रस्तावक के हस्ताक्षर या अंगूठा निशान

बीमार्थी के हस्ताक्षर.....

प्रस्तावक के हस्ताक्षर का नमूना.....

## DECLARATION BY THE PROPOSER

I \_\_\_\_\_ (name of the proposer) do hereby declare that the statements and answers under headings 1 to 7 of the proposal form have been given by me after fully understanding the questions and the same are true and complete in every particular and agree and declare that these statements and this declaration along with the statements made by the life to be assured under headings 8 to 27 of the proposal form and declaration relative thereto shall be the basis of the contract of assurance between me and the Life Insurance Corporation of India and that if any untrue averment be contained therein, the said contract shall be absolutely null and void and all moneys which shall have been paid in respect thereof shall stand forfeited to the Corporation.

And I further declare that if after the date of submission of the Proposal but before the issue of First Premium Receipt (i) any change in the occupation of the life to be assured or any adverse circumstances connected with the financial position or general health of the life to be assured or that of any member of his family occurs or (ii) a proposal for assurance or an application for revival of a policy on the life of the life to be assured made to any office of the Corporation has been withdrawn or dropped, deferred or declined, or accepted with an increased premium or subject to a lien or on terms other than as proposed, I shall forthwith intimate the same to the Corporation in writing to reconsider the terms of acceptance. Any omission on my part to do so shall render this Assurance invalid and all moneys which shall have been paid in respect thereof shall stand forfeited to the Corporation.

Dated at \_\_\_\_\_ on the \_\_\_\_\_ day of \_\_\_\_\_ 200

Signature of Witness \_\_\_\_\_

Occupation & Address \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Signature or thumb impression of the Proposer.

If in this form the answers to the questions and/or signature (s) of the Proposer-Life to be Assured are/is in vernacular then the Proposer/Life to be Assured should declare in his own handwriting above his own signature (s) that all questions were explained to him and that his replies were given after fully and properly understanding the same.

(1) This declaration should be made by the person filling in the form.

Address of the declarant } \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(1) I hereby declare that I have fully explained the above questions to the Proposer/Life to be Assured and I have truthfully recorded the answers given by the Proposer/Life to be Assured.

\_\_\_\_\_  
Signature

In case the Proposer and/or life to be assured is/are illiterate:

(2) The thumb impression of the Proposer/Life to be Assured should be attested by a person of standing whose identity can easily be established, but unconnected with the Corporation and this declaration should be made by him.

Address of the declarant } \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(2) I hereby declare that I have explained the contents of the proposal form to the Proposer/Life to be Assured in \_\_\_\_\_ language and that I have read out to the Proposer/Life to be Assured the answers to the questions dictated by the Proposer/Life to be Assured and that the Proposer/Life to be Assured has affixed his thumb impression to the proposal form after fully understanding the contents thereof."

\_\_\_\_\_  
Signature.

N.B. :- Rebate of premiums shall be allowed only in accordance with the details given in the prospectus or table of premium rates or, as the case may be, the relevant document, and that an offer or acceptance of any other rebate shall be an offence under Section 41 of the Insurance Act, 1938.

### **For Medical Cases Only**

\_\_\_\_\_  
Signature or thumb impression of the life to be Assured before Medical Examiner.

"I certify that the Proposer/Life to be Assured has/have signed/put his/their thumb impression(s) in my presence after admitting that all the answers to the Questions No. 12 & onwards of this proposal form have been correctly recorded.

\_\_\_\_\_  
Signature or thumb impression of the Proposer.

\_\_\_\_\_  
[Signature of the Medical Examiner.]