



**खण्ड- ख**

बीमित व्यक्ति/ पॉलिसी धारक की चिकित्सा जानकारी (यदि पेयर राइडर उपस्थित है, तो पॉलिसी धारक कॉलम का भी उत्तर दिया जाना चाहिए)

8. **पारिवारिक इतिहास:** क्या आपके परिवार के किसी सदस्य (माता-पिता और सहोदर) में से किसी को 60 वर्ष से कम आयु के दौरान निम्नलिखित में से किसी बीमारी के साथ कभी निदान किया गया (मधुमेह (डायबीटीज़), उच्च रक्तदाब, कैंसर, दिल का दौरा, गुर्दे की विफलता, मल्टीपल स्क्लेरोसिस या कोई वंशानुगत विकार?) यदि "हां" तो ब्यौरा दें।

हां  नहीं

परिवार का ब्यौरा	पॉलिसी धारक		बीमित व्यक्ति	
	परिवार का सदस्य	निदान के समय आयु	स्थिति	निदान के समय आयु

9. क्या निम्नलिखित में से किसी स्थिति के लिए आपकी कभी जांच, उपचार या निदान किया गया है:

	पॉलिसी धारक		बीमित व्यक्ति	
	हां	नहीं	हां	नहीं
i. सीने में दर्द, स्ट्रोक (मस्तिष्काघात), दिल का दौरा, बुदबुदना, उच्च रक्तदाब या हृदय की कोई अन्य स्थिति				
ii. मधुमेह (डायबीटीज़)				
iii. दमा, श्वसनीशोथ (ब्रोंकाइटिस), तपेदिक, निरन्तर बनी रहने वाली खांसी, सांस फूलना या श्वसन संबंधी कोई अन्य स्थितियां				
iv. हार्मोन संबंधी विकार जैसे थायरॉयड विकार, रक्ताल्पता, ल्यूकेमिया या रक्त के अन्य विकार				
v. यकृत/ पित (गॉल ब्लैडर) / पेट संबंधी विकार जैसे सिरोसिस, हेपाटाइटिस, पीलिया, अल्सर, कोलाइटिस, पत्थरी, अपच				
vi. कैंसर, स्ट्रूमर या विकास (असाध्य या सुसाध्य)				
vii. गुर्दे या मूत्राशय का विकार, पत्थरी, प्रोस्टेट विकार या स्त्री रोग संबंधी विकार				
viii. मिर्गी, तंत्रिका विकार, मल्टीपल स्क्लेरोसिस, कंपकंपी, पक्षाघात, अवसाद या मानसिक विकार				
ix. आंख, कान, नाक, गले या पीठ की मांसपेशी, जोड़ों, हड्डी, गर्दन विकार, विकृति, अंग विच्छेदन, जोड़ों का दर्द, आमवाती दर्द (गाउट)				
x. क्या पिछले 5 वर्षों के दौरान या अगले 30 दिनों के भीतर आपसे निम्नलिखित करवाने के लिए कहा गया: एक्स-रे/ सीटी-स्कैन/ एमआरआई/ अल्ट्रासाउंड/ ईसीजी/ रक्त जांच या अन्य परीक्षण या नैदानिक जांच या किसी प्रकार की शल्य चिकित्सा (सर्जरी)				
xi. क्या आपका कभी एचआईवी/एड्स या हेपाटाइटिस बी/सी या यौन संक्रमित रोग के लिए उपचार किया गया / या आपकी जांच सकारात्मक पाई गई।				
xii. क्या आप किसी अन्य बीमारी से पीड़ित हैं या उपरोक्त उल्लिखित स्थितियों के अलावा आपकी जांच/ उपचार किया जा रहा है?				
xiii. केवल महिला आवेदक के लिए- क्या आप गर्भवती हैं? यदि हां, तो कितने महीने का गर्भ है। _____				
xiv. क्या आप इस प्रपत्र के साथ कोई चिकित्सा प्रपत्र संलग्न कर रहे हैं?				
xv. क्या आप किसी खतरनाक गतिविधि जैसे पैराशूटिंग/ हैंड ग्लाइडिंग/ स्क्वा डाईविंग/ पर्वतारोहण/ कार रेसिंग/ फ्लाइंग (यात्री के अलावा) में भाग लेते हैं अथवा भाग लेने का आशय रखते हैं? नीचे ब्यौरा बताएं				
xvi. क्या आप चार सप्ताह के कम की अवधि की छुट्टियों के अलावा, अगले 12 महीनों में विदेश यात्रा करने या वहां रहने का आशय रखते हैं? यदि हां, तो देश (देशों), शहर, उद्देश्य और ठहरने की अवधि सहित कृपया ब्यौरा प्रदान करें। नीचे ब्यौरा बताएं				
ब्यौरा: _____				

**घोषणा:** मैं/ हम आगे सहमत हूँ और घोषणा करता/ करते हूँ/कि खण्ड क और ख के साथ यहां प्रपत्र के साथ दिए गए वक्तव्य और घोषणाएं, व्यपगत पॉलिसी की बहाली का आधार होंगी और / या, मेरे/ या कम्पनी के बीच में राइडर संविदा को जारी किया जाएगा या पुनः लागू किया जाएगा तथा मैंने/ हमने यथा सुसंगति के अनुसार तथ्यों और परिस्थितियों के पूर्ण, सत्य और सटीक प्रकटन किए हैं और ऐसी किसी भी जानकारी को नहीं छिपाया है जो कम्पनी के लिए जोखिम की स्वीकार्यता के संबंध में सूचित निर्णय करने के लिए सुसंगत हो सकते हैं। मैं पूरी तरह से समझता/ ती हूँ कि मेरी पॉलिसी की बहाली/राइडर को जारी करना, बीमित व्यक्ति द्वारा, पॉलिसीधारक की लागत चिकित्सा जांच करवाने (जहां भी अपेक्षित हो), और बहाली के लिए लागू प्रभावों की वसूली के अधीन होगी। व्यपगत हो चुकी पॉलिसी की बहाली/ राइडर जारी करना, कम्पनी द्वारा नए सिरे से जोखिम का अभिगोपन करना तथा पॉलिसीधारक को लिखित में बहाली/ ब्यौरों को जारी करने की पुष्टि करने के अधीन होगी। पॉलिसी की बहाली या राइडर जारी करना, संशोधित/ कम किए गए कवरेज पर जारी किया जा सकता है। **यूनिट्स, यदि कोई हैं, को बहाली की तारीख या क्लियरेंस तारीख, जो भी बाद में होगी, को आर्बिट्रिट किया जाएगा।** मैं/हम कम्पनी को तत्काल अधिसूचित करने का अभिवचन देता/दिते हैं यदि इस स्वास्थ्य घोषणा प्रपत्र पर हस्ताक्षर करने के बाद तथा कम्पनी द्वारा जोखिम को स्वीकार करने और पॉलिसी की बहाली/ राइडर को जारी करने से पूर्व इसमें शामिल किसी वक्तव्य में कोई परिवर्तन होता है।

पॉलिसी धारक के हस्ताक्षर \_\_\_\_\_

बीमित व्यक्ति के हस्ताक्षर \_\_\_\_\_

(अवयस्क की स्थिति में, माता-पिता/ कानूनी अभिभावक द्वारा अवयस्क की ओर से हस्ताक्षर किए जाएंगे)

तारीख: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

स्थान: \_\_\_\_\_

**यदि पॉलिसीधारक अशिक्षित है/ अंगूठे का निशान लगाया गया है/ अंग्रेजी के अलावा वह कोई अन्य भाषा समझता/ती है:** मैं एतद्वारा घोषणा करता/ती हूँ कि मैंने इस प्रपत्र की विषय वस्तु को पॉलिसीधारक/बीमित व्यक्ति को उस भाषा में समझाया है जिसे वह समझता/ती है तथा पॉलिसीधारक / बीमित व्यक्ति ने विषय वस्तु को पूरी तरह से समझने के बाद अंगूठे का निशान लगाया है।

घोषणाकर्ता के हस्ताक्षर \_\_\_\_\_

पता:

तारीख:

\*सक्रिय राजनीति से सम्बद्ध व्यक्ति (पीईपी) वे व्यक्ति हैं जिन्हें अग्रणी सार्वजनिक कार्य सौंपे गए थे या सौंपे गए हैं जैसे हेड्स/ केन्द्रीय / राज्य सरकार के मंत्री, वरिष्ठ राजनीतिज्ञ, वरिष्ठ सरकारी/ न्यायिक/ सैन्य अधिकारी, राज्य के स्वामित्वाधीन निगमों के वरिष्ठ कार्यकारी अधिकारी, महत्वपूर्ण राजनीतिक दलों के अधिकारी तथा उपरोक्त व्यक्तियों के नजदीकी परिवार सदस्य (पति/पत्नी, बच्चे, माता-पिता, सहोदर, ससुराल -मायके वाले (इन-लॉज़)