

पॉलिसी संख्या											
अनुरोधक प्रकार											
<input type="checkbox"/> पॉलिसीक बहाली				<input type="checkbox"/> राइडरक योग; राइडरक नाम _____ ; _____							
<input type="checkbox"/> नीक स्वास्थ्यक विवरणआन (उदा. नव संख्याक मामिलामे)				<input type="checkbox"/> बीमा राशिमे वृद्धि; बीमित राशि _____							
टिप्पणी: पॉलिसीक पुनःस्थापन हेतु नीक स्वास्थ्यक विवरणपूर्ण खंड ए											
बीमि राशिमे वृद्धि हेतु राइडरक योग-पूर्ण खंड ए+बी											
पॉलिसी धारक											
जीवन बीमित											
शीर्षक											
____ श्री श्रीमति ____ सुश्री ____ आन (उल्लेख करू)											
नाम											
पहिल											
मध्य											
अंतिम											
पत्राचार पतामे कोनो परिवर्तन अछि? जँ हैं, तँ कृपया नव पताक उल्लेख करू (स्वहस्ताक्षरित पता माध्यक संग)											
हाँ											
नहि											
हाँ											
नहि											
संपर्क विवरण: दूरभाष नं.											
मोबाइल											
दूरभाष नं.											
मोबाइल											
ई-मेल											
चूक हेबाक कारण											
पुनःस्थापनक लेल देल गेल कोनो समकालीन अनुरोध, (जँ हैं तँ पॉलिसी संख्याक उल्लेख करू): _____ ; _____											
वर्तमान पेशाक विवरण: कृपया कम्पनीक नाम, नोकरीक पद, कार्य प्रकृतिक उल्लेख करू											
खंड -ए											
जीवन बीमित/पॉलिसी धारकक सूचना (जँ भुगतानकर्ता वा राइडर उपस्थित रहए तँ पॉलिसी धारक कॉलमक सेहो उत्तर देबाक चाही)											
पॉलिसी धारक											
जीवन बीमित											
1. ऊँचाई आ भार सूचना											
ऊँचाई											
भार											
____ फीट ____ ईंच वा ____ मी. ____ सेमी.											
____ किग्रा.											
हैं											
नहि											
हैं											
नहि											
2. की अहाँ (पछिला 3 सालसँ तमाकू /निकोटिन उत्पादक सेवन करैत छी- सिगरेट /बीडी/सिगार/सुगंधित पान मसाला आदिक? जँ हैं, तँ प्रतिदिनक मात्राक उल्लेख करू _____ (छड़ी/ग्राम)											
3. की अहाँ पछिला 1 सालमे 10 दिनसँ बेसी लगातात अवधिक लेल कोनो घाव व बीमारीक कारणेँ अपन दैनन्दिन काज/विद्यालय आदिसँ अवकाश नेने छलहुँ? जँ हैं, तँ नीचाँ विवरण दिअ											
4. की अहाँ पछिला 5 सालसँ कोनो बीमारीसँ जूझि रहल छी वा साधारण सर्दी जुकाम के छोड़िआन बीमारीक लेल चिकित्सकसँ परामर्श ल' रहल छी? जँ हैं, तँ कृपया नीचाँ विवरण दिअ											
5. की कोनो कम्पनी द्वारा स्वास्थ्य बीमा अस्वीकृत, संशोधित, स्थगित वा अतिरिक्त प्रीमियमक प्रस्ताव आदिसँ संबंधित कोनो प्रस्ताव/पुनःस्थापन कएल गेल अछि? नीचाँ विवरण दिअ (कारण, साल आ कम्पनीक नाम)											
6. की पछिला 3 वर्षक अवधिमे अहाँक विरुद्ध कोनो सजा वा कोनो अपराध आदिक लेल कोनो जाँच भेल अछि वा अहाँ दोषी ठहराओल गेल छी?											

7. की जीवन बीमित/प्रस्तावक/ नामिति/ पेयर/ राजनीतिक रूपसँ ख्यात लोक छथि?

/

खंड -बी

पॉलिसेधारक/बीमित व्यक्ति स्वस्थ संबंधी सूचना (जें भुगतानकर्ता आ राइडर उपस्थित रहए तें पॉलिसेधारक कॉलम अवश्य भरल जयबाक चाही)

8. परिवारक जानकारी की अहाँक परिवारमे (माता-पिता आ भाइ बहिन) कहियो 60 वर्ष सँ पहिनेक उमिरमे (मधुमेह, उच्च रक्तचाप, हृदयाघात, किडनी विविध स्केलेरोसिस वा आन रोगक लेल) कोनो चिकित्सकसँ परामर्श नेने छथि? जें "हैं" तें विवरण दिअ

हैं नहि

परिवारक विवरण	पॉलिसे धारक		बीमित	
	इलाजक उमिर	शर्त	इलाजक उमिर	शर्त
परिवारक सदस्य				

9. निम्नोक्तमे सँ कोनो स्थितिमे अहाँक कहियो इलाज, जाँच आदि कएल गेल अछि

पॉलिसे धारक बीमित

हैं नहि हैं नहि

i. छातीक दर्द, स्ट्रोक, हृदयाघात, बडबडाहट, उच्च रक्तचाप, उच्च तनाव आदि सन हृदयक बीमारी आदि				
ii. मधुमेह				
iii. अस्थिमा, ब्राकाइटिस, तपेदिक, अतवरत खाँसी, साँस लेबामे दिक्कत आदि				
iv. हारमोन विकार जेना थायोरॉइड विकार, रक्ताल्पता, ल्यूकेमिया वा आन विकार आदि				
v. लीवर/पथरी/पेट संबंधी विकार / हेपेटाइटिस/ पीलिया/ अल्सर/ पित्ताशय थैली/अपच आदि				
vi. कैंसर, ट्यूमरमे वृद्धि (असाध्य वा मामूली)				
vii. गुर्दा वा मूत्राशय विकार, पथरी, प्रोस्टेट विकार वा स्त्री रोग विकार आदि				
viii. मिर्गी, मस्तिष्क विकार, एकाधिक समस्या, कंपकपी, पक्षाघात, अवसाद वा मानसिक विकार आदि				
ix. आँखि, कान, नाक, गला, रीढ़क हड्डी, मांसपेशी, जोड़ दर्द, गठिया, हड्डी विच्छेद आदि				
x. पछिला 5 सालक अंदर वा अगिला 30 दिनक भीतर अहाँके एहन सलाह देल गेल जे अहाँ एक्स-रे / सीटी स्कैन / एमआरआइ / अल्ट्रासाउंड / रक्तजाँच/ईसीजी वा कोनो प्रकारक शल्य चिकित्सा कराउ				
xi. की अहाँके कहियो एचआइवी पोझिटिव/एड्स/हेपेटाइटिस बी/ वा यौन संचारित रोगसँ जुझए पड़ल अछि				
xii. उपरोक्त कहल गेल बीमारीक अतिरिक्त अहाँ कोनो आन जाँच/बीमारीसँ जुझि रहल छी?				
xiii. केवल महिला आवेदकक लेल- की अहाँ गर्भवती थिकहुँ? जें हैं, तें कतेक माससँ _____				
xiv. की अहाँ एहि प्रपत्रक संग कोनो चिकित्सकीय रिपोर्ट संलग्न क' रहल छी ?				
xv. की अहाँ कोनो जोखिम भरल खेल जेना पैराशूटिंग /स्कूबा डाइविंग/ पर्वतारोहन/हेंग ग्लाइडिंग/ कार रेसिंग (यात्रीके छोड़ि) आदिमे भाग लैत छी वा भाग लेबाक इच्छा रखैत छी? नीचाँ विवरण दिअ				
xvi. की अहाँ अगिला 12 मासमे छुट्टीके छोड़ि चारि सप्ताहसँ कम समयक लेल अपन देश वा विदेशक यात्रा करबाक योजना बना रहल छी? जें हैं, तें देश, नगर, आदिक नाम उद्देश्य ओ अवधिक उल्लेख करू। नीचाँ विवरण दिअ				

विवरण: _____

घोषणा: हम/हमसभ अपन सहमति प्रकट करैत एहि बातक घोषणा करैत छी जे खंड A आ खंड B मे जे किछु वक्तव्य वा घोषणा कएल अछि से निरस्त पॉलिसे /संशोधन अनुबंधक पुनःस्थापना हेतु वा हम/हमरा सभक आ कम्पनीक बीच अनुबंधके पुनर्जीवित करबाक हेतु कएल गेल अछि, एहि खंडमे हमरा द्वारा प्रदत्त सभटा सूचना पूर्ण सही ओ सत्य अछि संबंधित सभटा सूचना सत्य पर आधारित अछि, कोनहुँ सूचनाके गोपनीय नहि राखल गेल अछि जाहिसँ कम्पनीके एहि संबंधमे निर्णय लेबामे वा स्वीकार्यतामे कोनो जोखिम नहि अछि। हम ई तथ्य नीक जकाँ स्वीकार करैत छी जे हमर बीमाके पुनर्जीवित करबाक लेल राइडर द्वारा चिकित्सकीय परीक्षण करबाओल जा सकैत अछि (जखन आवश्यक हो) सेहो पॉलिसे धारकक खर्चा पर ओ पुनर्जीवन करेबाक हेतु लागू आन खर्चक संग। राइडरक निरस्त पॉलिसे/निर्गम पुनर्जीवित करबाक जोखिम आदि कम्पनीक अधीन रहत पुनर्जीवन /निर्गम विवरण नव रूपेँ पॉलिसे धारकके लिखित रूपमे देल जाएत। पॉलिसे धारक पुनःस्थापन वा राइडरके कम कवरेज/पुनर्जीवन जारी कएल जा सकैछ। **ईकाई, जें पुनःस्थापनक दिनांक वा समाशोधनक दिनांकक होएत से बादमे जारी कएल जाएत।** हम/हमसभ कम्पनीके इहो आश्चस्त करए चाहैत छी जे हमरा सभक द्वारा जे सूचना एहि स्वास्थ्य घोषणा प्रपत्रमे देल गेल अछि ताहिमे पॉलिसे /निर्गम, पुनर्जीवन ओ जोखिम संबंधी जें कोनहु प्रकार परिवर्तन होएत तें तकर लिखित सूचना हमसभ अविनंब लिखित रूपमे कम्पनीके द' दवैक।

खाता धारकक हस्ताक्षर

बीमित व्यक्ति हस्ताक्षर

(नाबालिक केर स्थितिमे नाबालिकक बदला माता-पितृभैधानिक अभिभावककहस्ताक्षर)

दिनांक: __/__/__

स्थान: _____

जें पॉलिसेधारक अशिक्षित होबौंठक निशानलगबैत होअंग्रेजीक अलावा आन भाषा बुझैत हो हम घोषणा करैत छी जे हम पॉलिसेधारक/ बीमित व्यक्तिके हुनकहि भाषामे सभटा विषय-वस्तु समझा देलियनि आ सभ किछु बुझलाक बाद ओ ऊपर हमरा सोझा अपन औंठाक निशान लगौलनि।

घोषणा कर्ताक हस्ताक्षर _____

पता:

दिनांक:

*राजनीतिक रूपसँ छ्यात लोक (पीईपी)सँ तात्पर्य अछि प्रमुख रूपसँ सार्वजनिक काज केनिहार, जेना प्रमुख/केन्द्रीय मंत्री/राज्य सरकारक मंत्री, वरिष्ठ राजनीतिज्ञ, वरिष्ठ सरकारी/न्यायिक/सैन्य

पदाधिकारी, राज्यक स्वामित्व वला निगमक वरिष्ठ अधिकारी, प्रमुख पार्टीक अधिकारी आदि। ऊपर वर्णित लोकक (पत्नी, बच्चा, माता-पिता, भाइ-बहिन, जमाय) आदि।

/