



LIFE INSURANCE CORPORATION OF INDIA
भारतीय जीवन बीमा निगम

(जीवन बीमा निगम अधिनियम 1956 द्वारा संस्थापित)

स्वास्थ्य के सम्बन्ध में व्यक्तिगत प्रकथन

(स्वास्थ्य परीक्षा सहित व रहित, दोनों प्रकार की कालातीत पालिसियों के पुनः प्रवर्तन हेतु)

फार्म सं० 680 हिन्दी (परिवर्तित-86)

(बीमांकन सी.यू.एस. 1355/4, दिनांक 18.12.86)

प्राप्ति दिनांक.....
प्रविष्टि क्रमांक.....

अभिकर्ता का नाम _____

मण्डल कार्यालय फैजाबाद _____

शाखा कार्यालय _____

पालिसी सं० _____

1. बीमादार का पूरा नाम (स्पष्ट अक्षरों में) _____

पूरा पता _____

व्यवसाय _____

नियोजक का नाम _____

सेवा की अवधि _____

2. उपर्युक्त पालिसी से सम्बन्धित अपने प्रस्ताव पत्र की तिथि से

(क) क्या आप कभी किसी बीमारी, रोग से पीड़ित रहे हैं, जिसमें आपको एक सप्ताह या अधिक समय के इलाज की आवश्यकता पड़ी हो?

(ख) क्या आपकी कभी शल्य चिकित्सा हुई? कोई दुर्घटना या चोट लगी?

(ग) क्या आपने कभी इलेक्ट्रोकार्डियोग्राम एक्सरे या स्क्रीनिंग परीक्षा अथवा रक्त, मूत्र या मल की जाँच कराई है?

उत्तर 'हाँ' या 'नहीं' में दें
(क).....

(ख).....

(ग).....

यदि उत्तर हाँ में है तो रोग का विवरण तिथि, अवधि तथा जिस चिकित्सक से परामर्श किया उसका नाम आदि लिखें।

3. (क) आपके जीवन पर प्रस्तुत कोई बीमा प्रस्ताव या आपकी बीमा पालिसी के पुनः प्रवर्तन के लिये दिया गया कोई आवेदन पत्र निगम के इस या किसी अन्य कार्यालय अथवा किसी बीमा कम्पनी द्वारा कभी:

(1) वापस ले लिया गया या रद्द कर दिया गया है?

(3) स्थगित या अस्वीकृत किया गया है?.....

(2) अतिरिक्त प्रीमियम या गृहणाधिकार (लियन) के आधार पर स्वीकार किया गया है?.....

(4) प्रस्तावित शर्तों की जगह अन्य शर्तों पर स्वीकृत किया गया है? यदि हाँ, तो विवरण दीजिये.....

(ख) क्या आपका कोई प्रस्ताव या आपकी कालातीत पालिसी का पुनः प्रवर्तन सम्बन्धी आवेदन पत्र निगम के इस या किसी अन्य कार्यालय में विचारधीन है?

यदि उत्तर हाँ, में है तो निम्न विवरण दीजिये-

(1) प्रस्ताव पत्र सं०

(2) पालिसी सं०.....

4. क्या आप इस समय पूर्ण स्वस्थ हैं?

विशेष : प्रश्न संख्या 5 बिना स्वास्थ्य परीक्षा योजना के अन्तर्गत पुनः प्रवर्तन के लिए है।

5. लिखिए (1) आपकी ऊँचाई (बिना जूता पहने).....सेमी. (2) आपका भार (हल्के कपड़ों में).....किया०

6. निगम द्वारा पिछले चार कलैण्डर वर्षों में आपको जारी की गई या पुनः प्रवर्तित पालिसियों का नीचे लिखे अनुसार ब्यौरा दीजिए।

मण्डल कार्यालय या यूनिट का नाम	पालिसी संख्या	बीमाधन	तालिका अवधि	पालिसी की स्थिति	जारी करने का वर्ष
.....
.....
.....
.....

7. केवल महिला प्रस्तावकों के लिए (क) उपर्युक्त पालिसी से सम्बन्धित अपने प्रस्ताव पत्र की तिथि से,
 (1) क्या आपका मासिक धर्म नियमित रहा है? (2) क्या आपको कोई गर्भपात हुआ है?.....
 (3) क्या आप इस समय गर्भवती हैं ?
 (4) पिछले मासिक धर्म की तिथि लिखिये..... (5) पिछले प्रसव की तिथि लिखिये.....

घोषणा

मैं..... एतद्वारा घोषणा करता/करती हूँ कि उपर्युक्त प्रकथन एवं उत्तर प्रत्येक दृष्टि से सही है और मैं इस बात से सहमत हूँ तथा घोषित करता /करती हूँ कि मेरी कालातीत पालिसी के बीमा प्रस्ताव के साथ-साथ ये प्रकथन और यह घोषणा मेरे तथा भारतीय जीवन बीमा निगम के मध्य कालातीत पालिसी के पुनः प्रवर्तन सम्बन्धी अनुबन्ध के आधार पर होंगे और यदि इनमें कोई असत्य कथन पाया जायेगा तो यह अनुबन्ध पूर्णतया रद्द हो जायेगा तथा इस सम्बन्ध में चुकाई गयी समस्त धनराशि निगम द्वारा जब्त कर ली जायेगी।

और मैं यह घोषणा करता/करती हूँ कि इस घोषणा की तिथि और पालिसी के पुनः प्रवर्तन की तिथि के मध्य (1) यदि मेरे व्यवहार में कोई परिवर्तन हो जाता है या मेरी आर्थिक स्थिति के सम्बन्ध में अथवा मेरे स्वास्थ्य और मेरे परिवार के किसी सदस्य के स्वास्थ्य के सम्बन्ध में कोई विपरीत स्थिति उत्पन्न हो जाती है या (2) यदि निगम को किसी कार्यालय को प्रस्तुत किया मेरा जीवन बीमा प्रस्ताव या पालिसी के पुनः प्रवर्तन के लिये दिया गया आवेदन पत्र विचाराधीन पड़ा है या वापस ले लिया गया और या रद्द, स्थगित या अस्वीकृत कर दिया गया है या बड़ी हुई प्रीमियम दर पर गृहणाधिकार (LIEN) के आधार पर स्वीकार किया गया है अथवा प्रस्तावित शर्तों के अथवा अन्य शर्तों पर स्वीकृत किया गया है तो मैं पालिसी की पुनः प्रवर्तन सम्बन्धी शर्तों पर पुनः विचार करने के लिए निगम को लिखित रूप से तत्काल सूचित करूंगा/करूंगी। इस सम्बन्ध में मेरी ओर से किसी प्रकार की असावधानी होने पर यह पुनः प्रवर्तन रद्द हो जायेगा और पालिसी के मद में चुकाई गई समस्त धनराशि निगम द्वारा जब्त हो जायेगी।

स्थान..... दिनांक..... माह..... 201.....

साक्षी के हस्ताक्षर.....

व्यवसाय.....

पता.....

(बीमित व्यक्ति का हस्ताक्षर या अंगूठा निशान)

यदि इस फार्म के प्रश्नों के उत्तर और/या बीमित व्यक्ति के हस्ताक्षर हिन्दी के अलावा अन्य भाषा में हैं तो बीमित व्यक्ति को अपने हस्ताक्षर के ऊपर अपनी ही हस्तलिपि में यह घोषित करना चाहिए कि उन्हें सभी प्रश्न समझा दिये गये थे और उन्होंने अपने उत्तर प्रश्नों को पूरी तरह और ठीक से समझ लेने के बाद दिये थे।

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

(1) मैं एतद्वारा घोषित करता हूँ कि मैंने बीमित व्यक्ति को उपर्युक्त प्रश्न भलीभांति समझा दिये हैं और उनके द्वारा दिये गये उत्तर सही-सही लिखे हैं।

घोषणाकर्ता का नाम

पता

यदि बीमित व्यक्ति अशिक्षित है।

(2) बीमित व्यक्ति का अंगूठा निशान एक ऐसे प्रतिष्ठित व्यक्ति के द्वारा प्रमाणित होना चाहिए जिसकी पहचान आसानी से की जा सकती हो लेकिन यह निगम से सम्बन्धित न हो और यह घोषणा उन्हीं के द्वारा की जानी चाहिए।

घोषणाकर्ता का नाम

पता

हस्ताक्षर

(2) मैं एतद्वारा घोषित करता हूँ कि मैंने फार्म का विवरण व्यक्ति को.....(भाषा) में समझा दिया है और बीमित व्यक्ति द्वारा बतलाये गये प्रश्नों के उत्तर उनको पढ़कर सुना दिये हैं तथा व्यक्ति ने फार्म पर अपना अंगूठा निशान विवरण पूरी तरह से समझ लेने के बाद लगाया है।

केवल स्वास्थ्य परीक्षा के लिए

हस्ताक्षर

"मैं प्रमाणित करता हूँ कि प्रस्तावक ने हस्ताक्षर/अपना अंगूठा निशान मेरी उपस्थिति में 680 प्रपत्र पर लगाया गया है।"

प्रस्तावक/बीमा धारक के हस्ताक्षर

नोट : हस्ताक्षर/अंगूठा निशान लगाना स्वास्थ्य परीक्षक की उपस्थिति में ही होगा।

स्वास्थ्य परीक्षक के हस्ताक्षर