



भारतीय जीवन बीमा निगम
LIFE INSURANCE CORPORATION OF INDIA

नागपुर मंडल / NAGPUR DIVISION

शाखा

Branch

दुर्घटना हितलाभ हेतु स्वास्थ्य एवम् जोखिम की घोषणा
DECLARATION OF HEALTH AND RISK FOR ACCIDENT BENEFIT

(जब दुर्घटना हितलाभ चाहिये तभी उपयोग करें)

(To be used when Accident Benefit is desired)

पालिसी संख्या **POLICY NO.** _____ स्वजीवन / **OWN LIFE**

मैं _____ दुर्घटना में अपनी मृत्यु होने पर बीमा राशि की दुगुनी राशि का भुगतान प्राप्त करने हेतु प्रती हजार बीमा राशि पर प्रतिवर्ष रु. 1/- का अतिरिक्त प्रीमियम अथवा जैसा कि, उक्त हित से संबंधित 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, _____ 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 an amount equal to the Sum Assured in instalments in addition to the benefit of 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 पालिसी / पालिसीयाँ हैं। तथा बीमा उतारने हेतु निम्न नये प्रस्तावों को किया है जो कि विचाराधिन 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 अंतर्गत पालिसीयाँ / प्रस्ताव :

Policies / proposal covering Accident / and Extended Disability Benefit :

बीमाकर्ता Insurer मंडल कार्यालय का नाम Name of Div. Office	पालिसी / प्रस्ताव सं. Policy / Proposal No.	प्रस्तावित बीमा राशि Sum Assured Proposal / रूपये / Rs.	पालिसी/प्रस्ताव के अंतर्गत प्रस्तावित/ प्रस्तावित की जानेवाली दुर्घटना/विस्तृत अपंगता हितलाभ बीमा राशि Sum Assured Proposal/under the Accident and extended disability benefit covered by the Policy / to be covered by the proposal
			रूपये / Rs.
			योग रु. / Total Rs.

मैं एतद्वारा दृढ़ता पूर्वक घोषित करता हूँ कि उपरोक्त कथन एवं उत्तर पूरी तरह सत्य है तथा जिस तिथि से उपरोक्त पालिसी हेतु मेरा प्रस्ताव हुआ था तब से मेरा जीवन स्तर वही है जो प्रस्ताव में दिया गया था। तभी से कोई भी बीमाकर्ता अथवा निगम के किसी मण्डल 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, शारिरिक दोष या अस्थिरता से प्रभावित नहीं हुआ हूँ तथा निम्नांकित के अलावा कोई भी अन्य ऐसी घटना नहीं घटी है जिससे जोखिम बढ़ी हो।

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

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

I Further declare and agree that the above policy shall be null and void if this declaration is not true.

दिनांक _____ माह _____ 200 को _____ में हस्ताक्षरित

DATED AT _____ this _____ (स्थान) day of _____ 200
(Place)

साक्षी/Witness :

हस्ताक्षर (केवल हिन्दी में) _____

Signature (in English only) : _____

पद/Designation : _____

पता/Address : _____

पॉलिसी धारक का हस्ताक्षर

अथवा अंगूठे का निशान

Signature or thumb
impression of the
Policyholder

■ यदि निगम के इस या अन्य किसी कार्यालय में आप के जीवन पर कोई प्रस्ताव दुर्घटना हितलाभ सहित विचाराधीन है तो कृपया जैसे कि कार्यालय का नाम, प्रस्ताव की राशि तथा वर्तमान पॉलिसियों के ब्योरे सहित विवरण बताईये।

■ 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, proposal number and the amount of such proposal/s also alongwith particulars of existing policies.

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

■ The terms Insurer used includes a General Insurance Corporation also doing accident bussiness. कृपया किसी रोग, शारीरिक दोष अथवा असिरिता को चाहे महत्वपूर्ण हो या नहीं, बताईये।

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

■ यदि पॉलिसीधारक ने इस फार्म को हिन्दी/इंग्लिश के अलावा किसी अन्य भाषा में भरा है तो उसे अपनी में अपने हस्ताक्षर के उपर पुनः घोषित करना चाहिये कि, उसे सभी प्रश्नों को बता दिया गया था और उत्तर पूरी तरह समझ लेने के बाद दिये गये थे।

■ If the policyholder has filled in this form in any language other than English/Hindi he should further declare in his own language above his own signature that all the questions were explained to him and his replies were given after fully and properly understanding same.

यदि पॉलिसीधारक अशिक्षित है तो फार्म भरनेवाले व्यक्ति द्वारा निम्न घोषणा की जानी चाहिये।

In case the policyholder is illiterate the following declaration should be made by the person filling the form :

“मैं एतद्द्वारा घोषित करता हूँ कि, मैंने उपरोक्त प्रश्नों को पॉलिसीधारक को पूरी तरह समझा दिया है तथा उसके द्वारा दिये गये उत्तरों को सही रूप से अभिलेखित किया है।”

"I hereby declare that have fully explained the above questions to the policyholder and I have truthfully recorded the answers given by the Policyholder.

I.C. No. 0223

Form No. 3772 (Received 1975)

MME/ 50 x 100 / P/08/09

हस्ताक्षर/ Signature

नाम/ Name

Address