



ಭಾರತೀಯ ಜೀವ ವಿಮಾ ನಿಗಮ
भारतीय जीवन बीमा निगम
LIFE INSURANCE CORPORATION OF INDIA
BENGALURU DIVISION-II

Form No. फार्म सं. 300 (संशोधित Rev. 2019)

स्वयं के जीवन पर बीमा हेतु प्रस्ताव
PROPOSAL FOR INSURANCE ON OWN LIFE
(अवयस्कों के बीमा हेतु उपयोग में न लाया जाये)
(Not to be used for Insurance on the lives of Minors)

LATEST PASSPORT SIZE
COLOUR PHOTO
OF THE
LIFE TO BE ASSURED
नवीनतम
कलर फोटो,
पासपोर्ट आकार

Branch Office :

प्रस्तावित व्यक्ति के लिए अनुदेश / INSTRUCTIONS TO LIFE TO BE ASSURED :

- 1) यह फार्म प्रस्तावक या जिसका जीवन बीमित होना है उसके द्वारा स्पष्ट बोल्ट अक्षरों में पूरा भरा जाना है।
This form is to be completed in BLOCK LETTERS by the Life to be Assured.
- 2) इस फार्म में 4 खंड हैं, जैसे : **खंड-I** : बीमा हेतु प्रस्तावित व्यक्ति का विवरण, **खंड-II** : प्रस्तावित योजना, **खंड-III** : व्यक्तिगत और पारिवारिक स्वास्थ्य आदतों का विवरण, **खंड-IV** : घोषणा।
This form contains 4 Sections, namely, **Section-I** : Details of Life to be Assured, **Section-II** : Proposed Plan, **Section-III** : Details of Personal and Family Health and Habits, **Section-IV** : Declaration.
- 3) कृपया सभी प्रश्नों को ध्यान से पढ़ें और विवरण को सच्चाई से भरें। Please read all the questions carefully and fill up the details truthfully.
- 4) कृपया सुनिश्चित करें कि आप आवश्यकतानुसार सभी स्थानों पर अपने हस्ताक्षर करें। कुछ स्थानों पर एक से अधिक हस्ताक्षर की आवश्यकता होती है। यह आपके हित में है।
Please ensure that you affix your signature in all the places as required. In certain places, more than one signature is required. This is in your own interest.
- 5) यदि, जिसका जीवन बीमित किया जाता है, स्थानीय भाषा में हस्ताक्षर करता है या इस पर अपने अंगूठे का निशान लगाता है तो संबंधित घोषणा पूरी की जानी चाहिए।
If the Life to be Assured signs this proposal in vernacular or puts his/her thumb impression upon it, then the respective declaration must be completed.
- 6) उत्तर स्पष्ट होना चाहिए। प्रश्न का उत्तर "हाँ" या "नहीं" में दिया जाना चाहिए। (स्ट्रोक/डॉट्स/डैश/सवाल अनुत्तरित छोड़ने पर स्वीकार नहीं किया जाएगा।) सकारात्मक उत्तर के मामले में विवरण प्रदान किया जाना आवश्यक है।
Answers should be legible. Questions should be answered in 'Yes' or 'No'. (Strokes / dots / dashes / leaving the questions unanswered will not be accepted. (Details need to be provided in case of affirmative answers).
- 7) जिसका जीवन बीमा हेतु प्रस्तावित है, उसके द्वारा इस प्रपत्र में काटे गए/निरस्त किए गए या परिवर्तन पर प्रतिहस्ताक्षरित होने चाहिए। सफेद स्याही का प्रयोग नहीं किया जाना चाहिए।
The Life to be Assured must countersign any cancellation or alteration made in this Form. White ink must not be used.

अधिकर्ता द्वारा भरा जाए / To be filled by Agent :

- 1) वि.अ. / सी.एल.आई.ए. कोड संख्या / उपदेशक और मोबाइल नंबर :
D.O. / CLIA Code No. / Mentor Code & Mobile No. :
- 2) अधिकर्ता / निर्दिष्ट व्यक्ति / डीएसई / पर्यवेक्षक, अधिकर्ता का नाम और कोड क्रमांक और मोबाइल नंबर :
Agent's / Specified Person's / DSE's / Sup Agent's Name, Code No. & Mobile No. :
- 3) लाइसेंस संख्या / Licence No. :
- 4) समाप्ति तिथि / Date of Expiry :

कार्यालय उपयोगार्थ / For Office use only :

आवक संख्या / Inward No. :
प्रस्ताव संख्या / Proposal No. :
बी.ओ.सी. क्रमांक संख्या / B.O.C. No. :

जमा की गई राशि / Amount of Deposit :
दिनांक / Date :

I. Personal Details : खंड-I : बीमित किये जाने वाले व्यक्ति का विवरण Section-I : Details of the Life to be Assured

1.	नाम Name	उपसर्ग Prefix	पहला नाम First Name	मध्य नाम Middle Name	अंतिम नाम Last Name
		श्री / श्रीमती / सुश्री			
2.	पिता का पूरा नाम Father's Full Name				
3.	माता का पूरा नाम Mother's Full Name				
4.	लिंग Gender	पुरुष Male / स्त्री Female / अन्य लिंग Third Gender			

5.	प्रस्तावक की जन्म तारीख Date of Birth of Proposer	
6.	आयु Age**	_____ वर्ष / Years योजना की शर्तों के आधार पर, प्रीमियम की गणना के लिए आयु पूर्व जन्मदिन आयु निकटतम जन्मदिन लागू किया जाएगा। **Depending upon the plan conditions, Age last birthday / Age nearer birthday shall be applied for the calculation of premium.
7.	वैवाहिक स्थिति Marital Status	
8.	पति / पत्नी का पूरा नाम Spouse's Full Name	
9.	जन्म स्थान Place / City of Birth	
10.	प्रस्तुत किए गए आयु प्रमाण का स्वरूप Nature of Age Proof Submitted	
11.	राष्ट्रीयता Nationality	12. नागरिकता Citizenship
13.	पत्राचार का पता Correspondence Address	
	दूरभाष, एसटीडी कोड के साथ Tel. No. with STD Code	पिन कोड PIN Code
14.	स्थायी पता Permanent Address	
		पिन कोड PIN Code
15.	आवासीय स्थिति Residential Status	निवासी भारतीय / अनिवासी भारतीय / भारतीय मूल के विदेशी नागरिक / भारत का प्रवासी नागरिक Resident Indian / Non-Resident Indian / Foreign National of Indian Origin / Overseas Citizen of India
16.	विदेश का पता (केवल एनआरआई / एफएनआईओ / ओसीआई हेतु) Address outside India (Applicable only for NRI / FNIO / OCI) :	
	मकान सं. House No.	शहर / कस्बा / गाँव City / Town / Village
	देश Country	पिन कोड PIN Code
II. केवाईसी और पीएमएलए / KYC & PMLA :		
1.	क्या आप एक आयकर दाता हैं? Are you Income Tax Assessee?	हाँ / नहीं Yes / No
2.	पैन संख्या PAN No.	
3.	आईडी विवरण (केवल पैन कार्ड जमा नहीं होने पर उत्तर दिया जाएगा) ID Details (to be answered only if PAN Card copy is not submitted) आधार संख्या के मामले में केवल अंतिम चार अंकों को आईडी नंबर के रूप में दिया जाना है। In case of Aadhaar No. , only <i>last four digits</i> is to be given as ID No.	
(a)	पहचान का प्रमाण Proof of Identity	(b) आईडी नंबर ID No.
(c)	आईडी की समाप्ति तिथि Expiry Date of ID	4. पते का प्रमाण प्रस्तुत किया Address proof submitted
5.	क्या आप जिएसटी के तहत पंजीकृत हैं, यदि हाँ तो जिएसटीआईएन दें Are you Registered under GST, if yes, give GSTIN	
6.	सी केवाईसी नंबर (केंद्रीय केवाईसी रजिस्ट्री) C KYC No. (Central KYC Registry)	

III. व्यवसाय / Occupation :		
1.	शैक्षणिक योग्यता Educational Qualification	
2.	वर्तमान व्यवसाय Present Occupation	
3.	आय का स्रोत Source of Income	
4.	वर्तमान नियोक्ता का नाम Name of the present Employer	
5.	कार्य का यथार्थ स्वरूप Exact Nature of duties	
6.	पूर्ण की गई सेवा की अवधि Length of Service	
7.	वार्षिक आय Annual Income	
8.	यदि आप सशस्त्र बलों में कार्यरत हैं, तो कृपया उत्तर दें / To be answered, if employed in the Armed Forces :	
a.	सेना का विंग जिससे आप संबंधित है Wing to which you belong	
b.	उसमें आपकी रैंक Rank therein	
c.	विगत स्वास्थ्य परीक्षा की तिथि Date of last Medical Examination	
d.	मेडिकल जांच के बाद स्वास्थ्य श्रेणी Medical category after Medical Examination	
e.	क्या आप कभी ए-1 श्रेणी से नीचे रहे हैं ? यदि ऐसा है, तो कब ? Were you ever below A-1 category? If so, when?	
IV. अन्य / Others :		
1.	यदि आपका व्यवसाय किसी विशेष जोखिम से संबंधित है या आप ऐसी किसी खतरनाक गतिविधियों में भाग लेते हैं या ऐसे शौक है जो किसी प्रकार से खतरनाक हो सकते हैं? यदि हाँ, तो इसकी जानकारी दें और संबंधित प्रश्नावली प्रस्तुत करें। Is your occupation associated with any specific hazard or do you take part in hazardous activities, or have hobbies that could be dangerous in any way? If yes, give details and submit respective questionnaire.	
2.	क्या आपके विरुद्ध कभी या वर्तमान में, भारत या विदेश के किसी न्यायालय में, किसी अपराधिक/सिविल अपराध के संबंध में कोई जांच की जा रही है अथवा आपके विरुद्ध चार्जशीट दाखिल की गई है या मुकदमा चलाया गया है। या दोषी ठहराया गया है या कोई लम्बित आरोप है? यदि हाँ, तो विवरण दें। Have you ever been or currently being investigated, charge sheeted, prosecuted or convicted or having pending charges in respect of any criminal/civil offences in any court of law in India or abroad? If yes, give details.	
3.	क्या आप राजनैतिक रूप में जोखिमपूर्ण व्यक्ति है? या आप राजनैतिक रूप में जोखिमपूर्ण व्यक्ति के परिवार के सदस्य या नजदीकी रिश्तेदार है? (भारतीय रिजर्व बैंक के दिशा निर्देशानुसार, राजनैतिक रूप में जोखिमपूर्ण व्यक्ति वह है जिन्हें अभी या कभी भी किसी दूसरे देश में प्रमुख सार्वजनिक कार्य सौंपे गये हैं।) Are you a Politically Exposed Person OR are you a family member or close relative of Politically Exposed Person? [As per RBI guidelines, PEPs are the individuals who are or have been entrusted with prominent public functions in a foreign country]	

VI. नामांकित और नियुक्त व्यक्ति का विवरण (नामंकन की सुविधा का लाभ उठाना प्रस्तावक के हित में है) : Details of Nominee and Appointee (It is in the interest of the Life to be Assured to avail the facility of Nomination) :							
	नामित व्यक्ति का नाम और पता Name and Address of Nominee	% हिस्सा Share	आयु Age	बीमित व्यक्ति के साथ संबंध Relationship with the Life to be Assured	यदि नामित व्यक्ति अवयस्क है, नियुक्त व्यक्ति का पूरा नाम, आयु एवं पता If Nominee is minor, Appointee's full Name, Age & Address	नामित व्यक्ति से संबंध Relationship to the Nominee	सहमति स्वरूप में नियुक्त व्यक्ति के हस्ताक्षर Appointee's signature as a token of consent
	नामित/नियुक्त व्यक्ति का आईडी प्रमाण ID proof of Nominee / Appointee आईडी संख्या / ID No.						
VII. बैंक का विवरण / Bank Details बैंक खाता विवरण / Bank Account Details :							
	खाते का प्रकार Type of Account	बचत / चालू Saving / Current		आपका खाता संख्या Your Account No.			
	एमआईसीआर कोड MICR Code			आईएफएससी कोड IFSC Code			
	आपके बैंक का नाम और पता Name and Address of your Bank						
	प्रपत्र के साथ रद्द किए गए चेक की प्रतिलिपि संलग्न करें / Attach a photocopy of the Bank Pass Book or cancelled cheque with the form.						
	बीमे के लिए प्रस्तावित व्यक्ति का मोबाईल सं. : Mobile No. of the Life to be Assured :						
	बीमे के लिए प्रस्तावित व्यक्ति का ई-मेल आईडी : E-mail ID of the Life to be Assured :						
<p>-----</p> बीमे के लिए प्रस्तावित व्यक्ति के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान Signature / Thumb impression of the Life to be Assured							
खंड-II : प्रस्तावित योजना Section-II : Proposed Plan							
I.	बीमे का उद्देश्य Objective of Insurance			बचत / जोखिम कवर / बचत और जोखिम कवर Saving / Risk Cover / Saving and Risk Cover			
II.	प्रस्ताव किसके तहत है (कृपया प्रासंगिक विकल्पों पर टिक करें) / Whether proposal is under (please tick relevant options)			व्यक्तिगत जीवन / नियोक्ता - कर्मचारी योजना / एचयूएफ / एमडब्ल्यूपी** Individual life / Employer - Employee Scheme / HUF / MWP**			
	**नोट : यदि प्रस्ताव व्यक्तिगत जीवन के तहत नहीं है, तो कृपया प्रस्ताव पत्र के साथ संबंधित प्रश्नावली / अनुलग्नक / समर्थक दस्तावेज जमा करें। **Note : If proposal is not under individual life, please submit relevant questionnaire / annexure / supporting documents along with the proposal form.						

III. कृपया मूल योजना के साथ राइडर्स को टिक करें जिसे आप योजना की शर्तों के अनुसार प्राप्त करना चाहते हैं :
Please Tick the Riders which you want to avail along with the base plan as per the Plan conditions :

एलआईसी का नया अवधि बीमा / LIC's New Term Assurance Rider

एलआईसी का नया गम्भीर बीमारी हितलाभ राइडर / LIC's New Critical Illness Benefit Rider

एलआईसी का प्रीमियम परित्याग हितलाभ राइडर / LIC's Premium Waiver Benefit Rider

एलआईसी का दुर्घटना हितलाभ राइडर (एबी) / LIC's Accident Benefit Rider (AB)

या / OR

एलआईसी का दुर्घटना मृत्यु एवं विकलांगता हितलाभ राइडर (एडी और डीबी)
 LIC's Accidental Death and Disability Benefit Rider (AD&DB)

IV. a. बीमे के लिए प्रस्तावित व्यक्ति द्वारा चयनित योजना, बीमा राशि और राइडर का चयन (योजना के तहत उपलब्धता के अधीन है) :
Plan, Sum Assured and Rider selected by the Life to be Assured (Riders are subject to availability under the selected Plan) :

योजना, अवधि और प्रीमियम भुगतान अवधि Plan, Term & Premium Paying Term	प्रस्तावित बीमाधन (मूल बीमाधन) Sum Proposed (Basic Sum Assured)	प्रीमियम भुगतान विधि (व/अर्ध वा./ तिमाही/एसएसएस/एनएसीएच/एकल) Mode of Premium Payment (Yly / Hly / Qly / SSS / NACH / Single)	अवधि बीमा प्रस्तावित बीमाधन (यदि चुना गया) Term Rider Sum Proposed (if opted)	क्रिटिकल बीमारी की प्रस्तावित बीमाधन (यदि चुना गया) Critical Illness Sum Proposed (if opted)	दुर्घटना हितलाभ राशि प्रस्तावित (यदि चुना गया) Accident Benefit Sum Proposed (if opted)	दुर्घटना मृत्यु एवं विकलांगता हितलाभ राशि प्रस्तावित (यदि चुना गया) Accidental Death & Disability Benefit Sum Proposed (if opted)	यदि पॉलिसी पूर्व दिनांकित है तो दिनांक इंगित करें If policy is to be dated back, indicate date

b. पुलिस कार्मिकों हेतु लागू, यदि एलआईसी के दुर्घटना हितलाभ राइडर / एलआईसी के दुर्घटना मृत्यु और विकलांगता हितलाभ राइडर को चुना गया है :
Applicable to Police Personnel, if LIC's Accident Benefit Rider / LIC's Accidental Death and Disability Benefit Rider is opted for :

i) क्या आप अर्धसैनिक बल के अलावा किसी भी पुलिस संगठन में पुलिस ड्यूटी में लगे हैं? यदि 'हाँ' :
 Whether you are engaged in police duty in any police organization other than paramilitary force? If 'yes' : हाँ / ना
Yes / No

ii) क्या आप पुलिस ड्यूटी पर हुए रहते दुर्घटना हितलाभ राइडर / एलआईसी के दुर्घटना मृत्यु और विकलांगता हितलाभ राइडर का लाभ उठाना चाहते हैं?
 Whether you wish to avail the AB / AD & DB Rider while on police duty? हाँ / ना
Yes / No

c. एसएसएस पॉलिसियों के लिए / **For SSS Policy :**

i) भुगतान अधिकारी का कोड एवं विभाग संख्या
 Paying Authority Code and Dept. No.

ii) बैज या एसआर सं. / Badge or SR No.

V. केवल अवयस्क जीवन बीमा के मामले में यदि 'एलआईसी का प्रीमियम परित्याग हितलाभ राइडर' प्रस्तावित हो, तो उत्तर अपेक्षित है :
To be answered only if proposing for 'LIC's Premium Waiver Benefit Rider' in case of insurance on Minor Life :

इस राइडर के तहत प्रीमियम परित्याग हितलाभ, मूल पॉलिसी में प्रस्तावक की मृत्यु से राइडर की अवधि की समाप्त होने तक देय प्रीमियम के परित्याग के बराबर होगा।

तथापि, यदि इस राइडर के अतिरिक्त, मूल पॉलिसी के तहत, अन्य राइडर चुना जाता है, तो संबंधित प्रीमियम का संबंधित राइडर शर्तों के अनुसार भुगतान किया जाना जारी रहेगा।

पुनः यदि मूल पॉलिसी की प्रीमियम भुगतान अवधि 'एलआईसी के प्रीमियम परित्याग हितलाभ राइडर' की समाप्ति की तारीख के बाद है तो मूल पॉलिसी के सभी प्रीमियम बीमार्थी द्वारा मूल पॉलिसी के नियम एवं शर्तों के अनुसार देय होंगे।

Premium Waiver Benefit under this Rider shall be equal to waiver of premiums payable under the Base Policy falling due on and after the date of death of Proposer till the expiry of Rider Term.

However, premiums in respect of any riders, if opted for, other than this rider under the base policy shall not waived and continue to be paid as per respective rider conditions.

Further, if premium paying term of the base policy exceeds the rider term, all the premiums due under the base policy from the date of expiry of 'LIC's Premium Waiver Benefit Rider' shall be payable by the Life Assured as per the terms and conditions of the Base Policy.

	<p>क्या आप उपरोक्त से सहमत हैं ? Do you agree with the above?</p> <p>हाँ / नहीं Yes / No</p> <p>नोट : एलआईसी के प्रीमियम परित्याग हितलाभ राईडर के प्रस्ताव पर विचार तभी किया जाएगा, यदि उपरोक्त प्रश्न का उत्तर 'हाँ' है। Note : Proposal shall be considered for LIC's Premium Waiver Benefit Rider only, if your answer to the above question is 'Yes'.</p>
VI.	<p>'एलआईसी आधार शिला' तथा 'एलआईसी आधार स्तम्भ' के तहत प्रस्तावित होने पर ही उत्तर अपेक्षित है : To be answered only if proposing under 'LIC's Aadhaar Stambh' or 'LIC's Aadhaar Shila' :</p> <p>a) एलआईसी के आधार शिला / एलआईसी के आधार स्तम्भ के तहत कुल विद्यमान (विचाराधीन प्रस्ताव को छोड़कर) बीमित राशि : Total existing (excluding the proposal under consideration) Sum Assured under LIC's Aadhaar Shila/LIC's Aadhaar Stambh :</p> <p>b) क्या इस योजना के तहत आपका जीवन एक ही समय पर एक साथ प्रस्तावित किया जा रहा है ? : हाँ / नहीं यदि 'हाँ', विवरण दें : Is your life being proposed simultaneously under the same plan? : Yes / No If 'yes', give details :</p> <p>नोट : एलआईसी की आधार स्तम्भ या एलआईसी की आधार शिला के तहत किसी व्यक्ति पर कुल बीमित राशि रु. 3 लाख से अधिक नहीं होनी चाहिए। Note : The total Sum Assured under LIC's Aadhaar Stambh or LIC's Aadhaar Shila on an individual should not exceed Rs. 3 Lakhs.</p>
VII.	<p>योजना के विनिर्देशों और एलआईसी की जीवन अमर के अनुसार लागू होने पर ही उत्तर दिया जाए : To be answered only if applicable as per Plan specifications and for LIC's Jeevan Amar :</p> <p>a) आप किस श्रेणी के तहत आवेदन करना चाहते हैं ? (निम्न में से एक टिक करें) / Under which category do you wish to apply? (Tick one of the following)</p> <p>i) धूम्रपान करने वाला / Smoker <input type="checkbox"/></p> <p>ii) धूम्रपान न करने वाला / Non-Smoker <input type="checkbox"/></p> <p>नोट : धूम्रपान न करने की दर केवल मूत्र कोटिनिन टेस्ट के निष्कर्षों के आधार पर की जाएगी। Note : Non-smoker rates will be offered only on the basis of findings of Urine Cotinine Test.</p> <p>b) मृत्यु लाभ के बारे में प्रश्न : कृपया मृत्यु पर बीमित राशि के लिए विकल्पों में से एक का चयन करें (अपनी विशिष्ट आवश्यकताओं के आधार पर उपयुक्त बॉक्स में टिक (✓) करें) : Question regarding Death Benefit : Please select one of the options for Sum Assured on Death (by ticking (✓) in the appropriate box) depending upon your specific needs.</p> <p>विकल्प-I : 'लेवल सम एश्योर्ड', जहाँ मृत्यु पर बीमित मूल राशि के बराबर राशि होंगी पूरे पॉलिसी अवधि में स्थिर रहेगा। Option-I : 'Level Sum Assured', where Sum Assured on Death shall be an amount equal to Basic Sum Assured and shall remain constant throughout policy term. <input type="checkbox"/></p> <p>विकल्प-II : 'बीमा धन में वृद्धि', जहाँ मृत्यु पर बीमित राशि, पांचवें पॉलिसी वर्ष के पूरा होने तक मूल बीमा राशि के बराबर रहेगी। इसके बाद, यह छठी वर्ष से पंद्रहवीं वर्ष तक हर साल मूल बीमा राशि के 10% तक बढ़ जाती है जब तक कि यह मूल बीमा राशि से दोगुना नहीं हो जाता। यह वृद्धि पॉलिसी अवधि के अंत तक एक इनफोर्स पॉलिसी के तहत जारी रहेगी; या मृत्यु की तारीख तक; पंद्रहवें वर्ष तक, जो भी पहले हो। सोलहवें वर्ष और उसके बाद से, मौत पर बीमित राशि स्थिर बनी रहती है यानी पॉलिसी की अवधि समाप्त होने तक मूल बीमा राशि से दोगुना। Option-II : 'Increasing Sum Assured', where <i>Sum Assured on Death</i> shall remain equal to Basic Sum Assured till completion of fifth policy year. Thereafter, it increases by 10% of Basic Sum Assured each year from the sixth policy year till fifteenth policy year till it becomes twice the Basic Sum Assured. This increase will continue under an inforce policy till the end of policy term or till the Date of Death or till the fifteenth policy year, whichever is earlier. From sixteenth policy year and onwards, the <i>Sum Assured on Death</i> remains constant, i.e. twice the Basic Sum Assured till the policy term ends. <input type="checkbox"/></p>
VIII.	<p>समकक्ष प्रस्ताव / Simultaneous Proposals :</p> <p>a. क्या आपका जीवन, निगम के किसी अन्य कार्यालय में या किसी अन्य बीमाकर्ता के समक्ष बीमा या पुनर्चलन के लिए आवेदन हेतु स्वीकृत किया गया है या विचाराधीन है ? यदि हाँ, तो विवरण दें। Is your life now being proposed for another assurance or an application for revival of a policy on your life or any other proposal under consideration in any office of the Corporation or to any other insurer? If yes, give details.</p> <p>हाँ / ना Yes / No</p> <p>b. क्या जीवनसाथी और बच्चों के जीवन पर एक साथ प्रस्तावित है ? यदि हाँ, तो विवरण दें। Whether proposed simultaneously on the life of spouse and children? If yes, give details.</p> <p>हाँ / ना Yes / No</p>

IX. निपटान विकल्प (संबंधित योजना की शर्तों के तहत) / Settlement Option (as per the plan conditions) :			
क्या आप 'किश्तों में परिपक्वता लाभ' लेने के लिए विकल्प का लाभ उठाना चाहते हैं ? : हाँ / ना Do you wish to avail 'Option to take Maturity Benefit in instalments?' : Yes / No			
क्या आप 'किश्तों में मृत्यु लाभ लेने के विकल्प' का लाभ उठाना चाहते हैं ? : हाँ / ना Do you wish to avail 'Option to take Death Benefit in instalments?' : Yes / No			
यदि 'हाँ', तो कृपया उस परिशिष्ट को भरें जो प्रस्ताव फार्म का एक हिस्सा है। If 'yes', kindly fill the addendum which forms a part of the proposal form.			
X. सहमति / Consent :			
a) क्या आपने लेने हेतु प्रस्तावित योजना के नियमों और शर्तों को पूरी तरह से समझ लिया है ? Have you understood fully the terms and conditions of the plan you propose to take?		हाँ / ना Yes / No	
b) क्या प्रस्तावित योजना के नियम और शर्तों तथा कोई अन्य जानकारी जो आपके द्वारा बीमा के अपने उद्देश्यों के मिलान के लिए आवश्यक हो, एजेंट द्वारा आपको बताई गई है ? Whether the terms and conditions of the proposed plan and any other information that you needed for matching your objectives of insurance have been explained to you by the agent?		हाँ / ना Yes / No	
XI. क्या आप ग्राहक पोर्टल में पंजीकृत हैं ? Are you registered with LIC Portal ? : हाँ / नहीं Yes / No			
यदि हाँ, तो कृपया ग्राहक आईडी दें / If yes, give Customer ID :			
यदि नहीं, तो कृपया हमारे वेब पेज : www.licindia.in पर जाएं और ई-सेवाओं का लाभ उठाने के लिए इस प्रस्ताव के पूरा होने के बाद एलआईसी पोर्टल पर अपना पंजीकरण करें। If not, please visit our site : www.licindia.in and register yourself with LIC Portal after completion of this proposal to avail the benefit of e-services.			
----- बीमे के लिए प्रस्तावित व्यक्ति के हस्ताक्षर या अंगूठा निशान Signature / Thumb impression of the Life to be Assured			
खंड-III : स्वास्थ्य और आदतों का व्यक्तिगत और पारिवारिक विवरण Section-III : Personal and Family Details of Health / Habits			
I. व्यक्तिगत स्वास्थ्य / Personal Health :			
a.	कृपया सही ऊँचाई (सें.मी. में) एवं वजन (कि.ग्रा. में) लिखें (जूतों के बगैर) Please state exact Height (in cms.) and Weight (in Kgs.) (without shoes)	ऊँचाई Height	वजन Weight
b.	क्या आपने पिछले पांच वर्ष के दौरान किसी ऐसी बीमारी के लिए जिसमें एक सप्ताह से अधिक तक उपचार की आवश्यकता रही हो, किसी चिकित्सक से परामर्श लिया है ? यदि उत्तर हाँ है, तो पूरा विवरण दीजिए During the last five years, did you consult a Medical Practitioner for any ailment requiring treatment for more than a week? if yes, give details.	हाँ / ना Yes / No	
c.	क्या आपको कभी भी सामान्य जांच, देखभाल, उपचार या किसी प्रकार की शल्य चिकित्सा के लिए किसी अस्पताल या नर्सिंग होम में दाखिल किया गया है ? यदि उत्तर हाँ है, तो पूरा विवरण दीजिए Have you ever been admitted to any Hospital or Nursing Home for general checkup, observation, treatment or operation? if yes, give details.	हाँ / ना Yes / No	
d.	क्या आप पिछले पांच वर्ष के दौरान स्वास्थ्य के आधार पर अपने कार्य से अनुपस्थित रहे हैं ? यदि उत्तर हाँ है, तो पूरा विवरण दीजिए Have you remained absent from place of work on grounds of health during the last 5 years? if yes, give details.	हाँ / ना Yes / No	
e.	क्या आप निम्नलिखित रोगों से ग्रस्त हैं या ग्रस्त रह चुके हैं या पूर्व में जांच-परीक्षा करा चुके हैं या आपको निम्न रोगों की जांच-परीक्षा या उपचार करवाने की सलाह दी गई थी ? : Are you suffering from or have you ever suffered or undergone investigation in the past or have you been advised to undergo investigation or treatment for the following ailment? :		

	बीमारियाँ Diseases	हाँ / ना Y / N	बीमारियाँ Diseases	हाँ / ना Y / N	
	1) फेफड़े / श्वसन रोग / लगातार खांसी, अस्थमा, ब्रोंकाइटिस, निमोनिया, थूक में खून आना आदि। Lungs/ Respiratory Disease / Persistent Cough, Asthma, Bronchitis, Pneumonia, Spitting of Blood etc.		2) उच्च रक्तपात, निम्न रक्तपात, आमवाती बुखार, छाती में दर्द, सांस लेने में तकलीफ, घबराहट, दिल या धमनियों की कोई भी बीमारी। Hypertension, Hypotension, Rheumatic Fever, pain in Chest, Breathlessness, Palpitation, any disease of the Heart or Arteries?		
	3) पेटिक अल्सर / कोलाइटिस, पीलिया, एनीमिया, बवासीर, पेशिया या पेट की अन्य बीमारियाँ, जिगर, तिल्ली, पित्ताशय या अग्न्याशय/पाचन विकार के कोई भी अन्य रोग। Peptic Ulcer / Colitis, Jaundice, Anaemia, Piles, Dysentery, or any other disease of the Stomach, Liver, Spleen, Gall Bladder or Pancreas / Digestive Disorder.		4) गुर्दे / प्रोस्टेट या मूत्र प्रणाली की कोई भी बीमारी। Any disease of Kidney/Prostate or Urinary System?		
	5) पक्षाघात / मिर्गी / पागलपन / कंपन, सुन्नता, दोहरी दृष्टि, चक्कर या बेहोशी / सिर पर चोट / अनिद्रा / नर्वस ब्रेकडाउन / मस्तिष्क या स्नायु प्रणाली के कोई भी अन्य रोग। Paralysis / Epilepsy / insanity / Tremors, Numbness, double vision, dizzy or fainting spells / Head Injury / Insomnia / nervous breakdown / any other disease of the Brain or the Nervous System.		6) हर्निया / जलवृषण, वैरिकोसिस, नालवण, वैरिकोज़ नसें, फाइलेरिया, सूजाक, उपदंश या कोई अन्य वेनेरल रोग। Hernia / Hydrocele, Varicocele, Fistula, Varicose Veins, Filariasis, Gonorrhoea, Syphilis or any other Venereal Disease?		
	7) कैंसर / ल्यूकेमिया य लिम्फोमा / ट्यूमर / पुटी / कोई अन्य वृद्धि / गांठ / रक्त विकार / विस्तृत ग्रंथियाँ। Cancer / Leukemia / Lymphoma / Tumour / Cyst / Any other growth / Lumps / Blood disorder / Enlarged Glands.		8) दोषपूर्ण दृष्टि या सुनने की क्षमता और कान से स्राव सहित, कान, नाक, गले या आँखों का कोई भी रोग। Any disease of ear, nose, throat or eyes, including defective sight or hearing and discharge from the ears.		
	9) क्या कभी मधुमेह हुआ है / मधुमेह से पीड़ित रहे हैं या मूत्र से शर्करा, एल्बुमिन, मवाद या खून जाता रहा है / गोंयट्रे / थायरॉइड या अन्य अंतः स्रावी विकार हो चुके हैं। Endocrine disorders such as Diabetes, Goitre, Thyroid etc. or have ever passed Sugar, Albumin, Pus or Blood in Urine.		10) हड्डी / जोड़ / रीढ़ का रोग / गठिया। Bone / Joint / Spine Disease / Arthritis.		
	11) मानसिक विकार (डिप्रेशन चिंता), आदि। Mental Disorder (Depression / Anxiety, etc.)		12) जीर्ण संक्रामक रोग / क्षय रोग / फुस्फुस आवरण शोथ / त्वचा रोग / त्वचा एरिप्शन / कुष्ठरोग। Chronic infections - Tuberculosis / Pleurisy / Skin Disease / Skin Eruption / Leprosy.		
	13) हेपेटाइटिस या एड्स और एचआईवी से संबंधित स्थिति। Hepatitis or AIDS & HIV related condition.		14) कोई आपरेशन, दुर्घटना या चोट / कोई भी शारीरिक दोष या विकृति। Any Operation, Accident or injury / any bodily defect or deformity.		
	15) कोई अन्य रोग ? Any other disease?				
f.	यदि बिंदु 'ई' में वर्णित किसी प्रश्न का उत्तर हाँ है, तो कृपया निम्नानुसार विवरण दें, (यदि अस्पताल में थे, तो डिस्चार्ज सारांश संलग्न करें और सभी जांच कागजातों को प्रस्ताव प्रपत्र के साथ संलग्न करें। If answer to any of the questions mentioned in 'e' above is yes, please give details as below (if hospitalised, enclose the Discharge Summary and all investigation papers along with the proposal form).				
	रोग / बीमारी की प्रकृति Nature of disease / illness	रोग के पता चलने की तारीख Date of Diagnosis	पूरी तरह से ठीक हो गए (हाँ / ना) Fully recovered (Y / N)	अभी भी उपचार चल रहा है (हाँ / ना) यदि हाँ, उपचार का विवरण दें Still on treatment (Y / N) if yes, give details of treatment	चिकित्सक / अस्पताल का नाम और पता Name and Address of Doctor / Hospital

II. व्यक्तिगत आदतें / Personal Habits :				
क्या आप धूम्रपान करते हैं या आपने कभी धूम्रपान किया है/निम्न का उपभोग करते हैं/सेवन किया / Do you smoke / consume or have you ever smoked / consumed the following (a, b, c)		हां / नहीं, यदि हां तो मात्रा व अवधि Y / N. If yes, quantity consumed and duration		यदि उपयोग बंद किया है, तो कितने माह से If stopped, since how many months
a) मद्यपान Alcoholic drinks				
b) नशीले पदार्थ Narcotics				
c) अन्य कोई मादक द्रव्य, यदि हां है, तो कौन सा Any other drugs, if yes, which one				
d) क्या आपने पिछले 60 माह तक किसी भी रूप में तंबाकू (तंबाकू उत्पाद में सम्मिलित है लेकिन तम्बाकू, सिगार, सिगरेट, बीडी, चबाने वाले तम्बाकू, तथा खुसबू दार पान मसाला आदि तक सीमित नहीं है), का धूम्रपान करते हैं या अपने कभी धूम्रपान किया है / का उपभोग करते हैं या किया है (स्टिक / पैकेट आदि प्रति दिन या ग्राम प्रति दिन) Do you smoke / consume or have you smoked / consumed Tobacco in any form (Tobacco product includes but not limited to cigars, cigarettes, beedis, chewable tobacco like Gutkha, flavoured Pan Masala, etc.) in the past 60 months (in sticks / packets / sachets/day or gms./day)				
III. सामान्यतः आपके स्वास्थ्य की स्थिति कैसी रहती है? / What has been your usual state of health?				
IV. पारिवारिक विवरण / Family Details :				
1. क्या आपके माता-पिता, जीवनसाथी, पार्टनर / बच्चे या अन्य कोई सम्बन्धी कभी भी हृदय रोग, स्ट्रोक, उच्च रक्त दाब, मधुमेह, कैंसर की बीमारी या किसी वंशानुगत रोग। पागलपन या किसी संक्रामक रोग से जैसे की क्षय रोग, हेपाटाइसिस, एड्स/एचआईवी आदि से ग्रसित रहे है, या मृत्यु हुई है? यदि हां, कृपया उल्लेख करें : अ) बीमारी का नाम आ) बीमित व्यक्ति से संबंध इ) मृत्यु की तिथि/वर्ष Have your parents / spouse / partner / children and / or any of your relation ever suffered from or died of Heart Disease, Stroke, High Blood Pressure, Diabetes Mellitus, Cancer, Kidney Disease or any Hereditary Disorders, insanity, or any contagious diseases such as Tuberculosis, Hepatitis, AIDS / HIV etc.? if yes, please specify: (a) Name of disease (b) Relationship with the Life to be Assured (c) Date of Death / Year				
2. पारिवारिक इतिवृत्त / Family History :				
		जीवित / Living		मृत / Dead
		आयु / Age	स्वास्थ्य की तिथि / State of Health	मृत्यु के समय आयु / Age at Death
				वर्ष / मृत्यु का कारण Year / Cause of Death
पिता / Father				
माता / Mother				
भाई / Brothers : जीवित / Living मृत / Dead				
बहनें / Sisters : जीवित / Living मृत / Dead				
पत्नी / पति / Spouse				
बच्चे / Children : जीवित / Living मृत / Dead				

V.	केवल महिला प्रस्तावकों हेतु / For Female Proponents only :			
a.	क्या आप गर्भवती हैं ? / Are you pregnant now?			
b.	अंतिम प्रसव दिनांक / Date of last delivery.			
c.	क्या आपका कभी गर्भपात या गर्भस्राव या सीजेरियन हुआ था ? यदि हां, तो विवरण दीजिए / Have you had any abortion or miscarriage or cesarian section? If so, give details.			
d.	क्या आपने कभी भी प्रसूती संबंधी बीमारी हेतु किसी प्रकार जांच या इलाज या प्रसूती चिकित्सक की सलाह प्राप्त की है या किसी प्रसूती चिकित्सक से परामर्श किया है : (यदि उत्तर 'हां' है, तो पूरा विवरण दीजिए) Have you ever consulted a Gynaecologist or undergone any investigations? (If the answer is 'yes', give complete details.)			
e.	पति का विवरण / Husband's Details :			
	पति का पूरा नाम / Husband's Full Name			
	उनका व्यवसाय / His Occupation			
	उनका वार्षिक आय / His Annual Income			
f.	पति के जीवन बीमा पॉलिसियों से संबंधित विवरण / Details of Husband's Insurance :			
पॉलिसी सं. Policy No.	शाखा / मण्डल कार्यालय / अन्य बीमा कंपनी का नाम जहाँ से पूर्व पॉलिसियाँ ली गई हैं Name of Branch / Division / Name of the Insurer (if other than LIC) from where policy has been taken	बीमा राशि Sum Assured	योजना एवं अवधि Plan & Term	पॉलिसी की वर्तमान स्थिति Present status of the Policy
<p>.....</p> <p>बीमे के लिए प्रस्तावित व्यक्ति के हस्ताक्षर या अंगूठा निशान Signature / Thumb impression of the Life to be Assured</p>				
<p>खंड-IV : घोषणा Section-IV : Declaration</p>				
<p>प्रस्तावक द्वारा घोषणा DECLARATION BY THE PROPOSER</p>				
<p>मैं जिसे इसमें जीवन बीमा के लिए प्रस्तावित किया गया है, एतद द्वारा घोषणा करता/करती हूँ कि उपरोक्त प्रकथन और उत्तर मेरे द्वारा प्रश्नों को पूरी तरह समझ लेने के बाद दिए गए हैं और वह सही हैं तथा प्रत्येक विवरण पूर्ण है और मैंने कोई सूचना छिपाई नहीं है मैं एतद द्वारा इस बात से सहमत हूँ और घोषणा करता/करती हूँ कि ये प्रकथन और यह घोषणा मेरे और भारतीय जीवन बीमा निगम के मध्य बीमा अनुबंध के आधार होंगे और यदि इसमें कोई असत्य कथन पाया जायेगा तो अनुबंध के रूप में समय-समय पर संशोधित बीमा अधिनियम, 1938 की धारा 45 के प्रावधानों के अनुसार कार्रवाही की जाएगी।</p> <p>किसी प्रचलित कानून रीति रिवाज, रस्म या प्रथा के कारण किसी भी चिकित्सक, अस्पताल और / या नियोक्ता को गोपनीयता के आधार पर मेरे स्वास्थ्य या नौकरी से संबंधित किसी भी जानकारी या सूचना के प्रकट करने पर प्रतिबंध होते हुए भी मैं, मेरे उत्तराधिकारी वसीयती, प्रबंधकर्ता, कारिंदा/मुख्तार अभ्यर्थी या अन्य कोई व्यक्ति, जिनके किसी प्रकार के भी हित मुझे जारी की जानेवाली प्रसंविदा में निहित है, एतद द्वारा सहमति देते हूँ कि ऐसे व्यक्ति या संस्थान जिनके पास इस प्रकार की कोई सूचना हो, वे भारतीय जीवन बीमा निगम को ऐसी सूचना देने के लिए स्वतंत्र होंगे। तथा निगम इसकी सूचना केवल बीमांकन / अन्वेषण जोखिम प्रशामन / जालसाजी नियंत्रण और / या दावा भुगतान के लिए किसी प्राधिकृत संगठन / संस्था / अभिकरण / तथा सरकारी / नियामक प्राधिकरण को दे सकता है।</p> <p>और मैं इस बात से भी सहमत हूँ कि प्रस्ताव किये जाने की दिनांक के बाद किंतु प्रथम प्रीमियम रसीद जारी के पूर्व यदि (1) मेरे व्यवसाय में कोई परिवर्तन हो जाता है या मेरी आर्थिक स्थिति अथवा मेरे परिवार के किसी व्यक्ति के स्वास्थ्य से संबंधित कोई प्रतिकूल परिस्थिति उत्पन्न हो जाती है अथवा यदि (2) मेरे कोई बीमा प्रस्ताव या पोलिसी का पुनर्चलन कराने के लिए 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 (थाह) के आधार पर स्वीकृत किया जाता है अथवा प्रस्तावित शर्त के अलावा अन्य शर्तों पर स्वीकार किया जाता है तो बीमा स्वीकार किये जाने संबंधी शर्तों पर पुनः विचार करने के लिए निगम की आश्वस्त लिखित रूप से</p>				

तत्काल सूचना प्रेषित करूंगा / करूंगी। मेरी ओर से सूचना प्रेषित करने में किसी प्रकार की असावधानी होने पर समय-समय पर संशोधित बीमा अधिनियम, 1938 की धारा 45 के प्रावधानों के अनुसार अनुबंध पर कार्यवाही की जायेगी। मैं केवाईसी दस्तावेजों जैसे आदि निवास में किसी भी बदलाव के बारे में तुरंत निगम को सूचित करूंगा। मैं सेंट्रल केवाईसी रजिस्ट्री के साथ अपने डेटा को साझा करने और इस संबंध में केंद्रीय केवाईसी रजिस्ट्री से फोन / एसएमएस / ई-मेल प्राप्त करने के लिए भी अपनी सहमति देता हूँ।

मैं समझता हूँ कि निगम जीवन बीमा के इस प्रस्ताव पर वैकल्पिक शर्तें स्वीकार / स्थगित / छोड़ने / अस्वीकार करने या प्रस्तावित शर्तों के अतिरिक्त अन्य शर्तों पर स्वीकृत करने का अधिकार सुरक्षित रखता है। मैं अपनी लाइफ इंश्योरेंस पॉलिसी के संबंध में / बीमा पॉलिसियों की सर्विसिंग / इंश्योरेंस अवेयरनेस बढ़ाने / अधिसूचित करने के संबंध में / दावा आदि की स्थिति के बारे में निगम की ओर से नीचे दिए गए पंजीकृत मोबाइल नंबर / ई-मेल पते पर फोन कॉल, एसएमएस / ई-मेल प्राप्त करने के लिए अपनी सहमति देता हूँ।

मैं यह भी समझता हूँ कि पॉलिसी के तहत प्रीमियम और लाभ सहित नियम और शर्तें, समय-समय पर लागू कानूनों के अनुसार कर/शुल्क के अधीन है।

I,, the person whose life is herein being proposed to be assured, do hereby declare that the foregoing statements and answers 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 and I do hereby agree and declare that these statements and this declaration 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 dealt with as per provisions of Section 45 of the Insurance Act, 1938 as amended from time to time.

Notwithstanding the provision of any law, usage, custom or convention for the time being in force prohibiting any doctor, hospital, diagnostic center and/or employer, reinsurer / credit bureau from divulging any knowledge or information about me concerning my health or employment, occupation, insurance, financial etc on the grounds of privacy, I, my heirs, executors, administrators and assignees 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, and the Corporation to divulge the same to any Authorised Organisation/ Institution / Agency/ and Governmental / Regulatory Authority for the sole purpose of underwriting / investigation / risk mitigation / fraud control and/or claim settlement. And I further agree that if after the date of submission of the proposal but before the issue of First Premium Receipt (i) any change in my occupation or any adverse circumstances connected with my financial position or the general health of myself or that of any members of my family occurs or (ii) if a proposal for assurance or an application for revival of a policy on my life made to any office of the Corporation is withdrawn or dropped, deferred or accepted at 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 of assurance. Any omission on my part to do so shall render this contract to be dealt with as per provisions of Section 45 of the Insurance Act, 1938 as amended from time to time. I undertake to inform the Corporation immediately of any changes in KYC documents such as residence. I also give my consent to share my data with Central KYC Registry and to receive phone calls, SMS / Email from Central KYC registry in this regard. I understand that the Corporation reserves the right to accept/postpone/drop / decline or offer alternate terms on this proposal for life insurance.

I hereby give my consent to receive phone calls, SMS / e-mail on the below mentioned registered no. / E-mail address from / on behalf of the Corporation with respect to my life insurance policy / regarding servicing of insurance policies / enhancing insurance awareness / notifying about the status of Claim, etc.

I also understand that the terms and conditions including premium and benefits under the policy are subject to taxes / duties / charges in accordance with the laws as applicable from time to time.

दिनांकित _____ दिन _____ माह _____ वर्ष 20 _____

Dated at _____ on the _____ day of _____ 20 _____

साक्षी के हस्ताक्षर
Signature of Witness Assured

नाम / Name :

व्यवसाय / Occupation :

पता / Address :

बीमे के लिए प्रस्तावित व्यक्ति के हस्ताक्षर या अंगूठा निशान
Signature / Thumb impression of the Life to be Assured

1) यह घोषणा प्रपत्र भरने वाले व्यक्ति के द्वारा की जानी चाहिए (प्रस्ताव प्रपत्र में दी गई भाषा के अतिरिक्त किसी अन्य भाषा में यदि प्रपत्र भरा / हस्ताक्षरित किये जाने के संबंध में या प्रस्तावित व्यक्ति शारीरिक रूप से विकलांग व्यक्ति प्रस्ताव पत्र स्वयं भरने में सक्षम न हों):

“मैं एतद्वारा घोषणा करता हूँ कि मैंने प्रस्तावक को उपरोक्त प्रश्न भलीभांति समझा दिए हैं और उसके द्वारा दिए उत्तरों सत्यता पूर्वक तथा प्रस्तावक ने पूर्णतया समझने के बाद ही अपना अंगूठे का निशान / हस्ताक्षर स्थापित किया है / लिखा है।”

Declaration by the person filling in the form (in case form is filled up / signed in a language different from that of the Proposal Form or in case the Proposer is a person with disability (PWD) where he / she is not able to fill the proposal form himself/herself):

"I hereby declare that I have fully explained the above questions to the proposer and I have truthfully recorded the answers given by the proposer and proposer has affixed the thumb impression / signature as below after fully understanding the contents thereof."

घोषणाकर्ता का नाम /
Name of the Declarant :

घोषणाकर्ता का पता /
Address of the Declarant :

हस्ताक्षर / Signature

मैं, प्रमाणित करता हूँ कि प्रपत्र और कागजातों का विषय पूरी तरह से मुझे श्री / श्रीमती

..... (नाम, पदनाम, व्यवसाय)

द्वारा बताया गया है और मैंने प्रस्तावित अनुबंध के महत्व को समझ लिया है :

"I certify that the contents of the form and documents have been fully explained to me by Mr./Ms.

..... (Name, Designation, Occupation)
and I have understood the significance of the proposed contract.

बीमे के लिए प्रस्तावित व्यक्ति के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान
Signature / Thumb impression of the Life to be Assured

2) यदि प्रस्तावक अनपढ़ है तो प्रस्तावक की अंगूठा निशानी, किसी ऐसे प्रतिष्ठित व्यक्ति द्वारा जिसकी पहचान सरलता से हो सकती है और जो निगम से संबंधित न हो, प्रमाणित की जानी चाहिए तथा उन्हें यह घोषणा भी करनी चाहिए :

“मैं एतद्वारा घोषित करता हूँ कि मैंने प्रस्तावक और / या / बीमार्थी को प्रस्तावपत्र के प्रश्न और अन्य विषय वस्तु का अर्थ
भाषा में पूर्णतः समझा दिया है और प्रस्तावक / बीमार्थी ने उन्हें भलीभांति समझाने के बाद ही प्रस्तावपत्र पर अपना अंगूठा निशान लगाया है।”

In case the proposer is illiterate, his/her thumb impression 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 :

"I hereby declare that I have fully explained the above questions and contents of the proposal form to the proposer in.....
language, and that the proposer has affixed the thumb impression above after fully understanding the contents thereof"

घोषणाकर्ता का नाम /
Name of the Declarant :

घोषणाकर्ता का पता /
Address of the Declarant :

हस्ताक्षर / Signature

बीमा अधिनियम, 1938 की धारा 45 के अनुसार SECTION 45 OF THE INSURANCE ACT, 1938

1) जीवन बीमा की किसी पॉलिसी को, पॉलिसी की तिथि से अर्थात् पॉलिसी के जारी होने की तिथि या जोखिम के आरंभ होने की तिथि से या पॉलिसी के पुनर्चलन की तिथि से या पॉलिसी पर राइडर की तिथि से तीन वर्षों की समाप्ति पर, जो भी बाद में हो, किसी भी आधार पर प्रश्न के लिए बुलाया नहीं जा सकता है।

No policy of life insurance shall be called in question on any ground whatsoever after the expiry of three years from the date of the policy, i.e., from the date of issuance of the policy or the date of commencement of risk or the date of revival of the policy or the date of the rider to the policy, whichever is later.

2) जीवन बीमा की किसी पॉलिसी को, पॉलिसी के जारी होने की तिथि या जोखिम आरंभ होने की तिथि या पॉलिसी के पुनर्चलन की तिथि से या पॉलिसी के राइडर की तिथि से तीन वर्षों के अंदर किसी समय, जो भी बाद में हो, धोखाघड़ी के आधार पर प्रश्न के लिए बुलाया जा सकता है। शर्त यह है कि बीमाकर्ता द्वारा बीमाधारक को या बीमाधारक के कानूनी प्रतिनिधि या नामितों या समनुदेशितों को लिखित में उन आधारों तथा तथ्यों के बारे में सूचित करना होगा, जिनके आधार पर यह फैसला लिया गया है।

स्पष्टीकरण-I : इस उप-धारा के प्रयोजन हेतु, धोखाघड़ी का अर्थ है बीमाधारक या उसके एजेंटों द्वारा बीमाकर्ता को धोखा देने या बीमाकर्ता को जीवन बीमा पॉलिसी जारी करने के लिए प्रभावित करने के इरादे से किया निम्नलिखित में से कोई कार्य :

- सुझाव, जो कि तथ्य रूप में सही नहीं है तथा जिसके सच होने पर बीमाधारक को विश्वास नहीं है;
- बीमाधारक द्वारा किसी तथ्य को छिपाना, जो उसकी जानकारी में था या उसकी वास्तविकता पर उसे विश्वास था;
- धोखाघड़ी के इरादे से उठाया गया कोई अन्य कदम; तथा
- कोई अन्य ऐसा कदम या भूल-चूक जिसे कानून विशेष रूप से धोखाघड़ी मानता हो।

स्पष्टीकरण-II : बीमाकर्ता द्वारा जोखिम के आकलन को प्रभावित करने वाले तथ्यों के बारे में सिर्फ चुप रहना धोखाघड़ी नहीं है, जब तक कि मामले की परिस्थितियों के अनुसार, बीमाधारक या उसके एजेंट का यह कर्तव्य है। बोलने से चुप रहना या अन्यथा उसकी खामोशी अपने आप में बोलने के बराबर हो।

A policy of life insurance may be called in question at any time within three years from the date of issuance of the policy or the date of commencement of risk or the date of revival of the policy or the date of the rider to the policy, whichever is later, on the ground of fraud :

Provided that the insurer shall have to communicate in writing to the insured or the legal representatives or nominees or assignees of the insured the grounds and the materials on which such decision is based.

Explanation I: For the purpose of this sub section, the expression "fraud" means any of the following acts committed by the insured or by his agent, with the intent to deceive the insurer or to induce the insurer to issue a life insurance policy :

- (a) The suggestion, as a fact of that which is not true and which the insured does not believe to be true;
- (b) The active concealment of a fact by the insured having knowledge or belief of the fact ;
- (c) Any other act fitted to deceive ; and
- (d) Any such act or omission as the law specially declares to be fraudulent.

Explanation II : Mere silence as to facts likely to affect the assessment of the risk by the insurer is not fraud, unless the circumstances of the case are such that regard being had to them, it is the duty of the insured or his agent, keeping silence to speak, or unless his silence is, in itself, equivalent to speak.

- 3) उपधारा (2) में कुछ भी निहित होने के बावजूद, कोई भी बीमाकर्ता किसी जीवन बीमा पॉलिसी को धोखेघड़ी के आधार पर अस्वीकृत नहीं कर सकता है, अगर बीमाधारक / लाभार्थी यह प्रमाणित कर सके कि उसके द्वारा की गई गलतबयानी उसकी अधिकतम जानकारी के अनुसार सही थी और उसने जानबूझकर तथ्यों को छिपाने की कोशिश नहीं की या कथित गलतबयानी या महत्वपूर्ण तथ्य को छिपाया जाना बीमाकर्ता की जानकारी में था।

धोखेघड़ी के मामले में इसे गलत साबित करने का दायित्व लाभार्थियों पर है अगर पॉलिसीधारक जीवन नहीं है।

स्पष्टीकरण: कोई व्यक्ति जो बीमा की संविदा का आग्रह और उसकी सौदेबाजी करता है उसे संविदा के प्रयोजन के लिए बीमाकर्ता का एजेंट माना जाएगा।

Notwithstanding anything contained in sub-section (2), no insurer shall repudiate a life insurance policy on the ground of fraud if the insured can prove that the mis-statement of or suppression of a material fact was true to the best of his knowledge and belief or that there was no deliberate intention to suppress the fact or that such mis-statement of or suppression of a material fact are within the knowledge of the insurer :

Provided that in case of fraud, the onus of disproving lies upon the beneficiaries, in case the policyholder is not alive.

Explanation : A person who solicits and negotiates a contract of insurance shall be deemed for the purpose of the formation of the contract, to be agent of the insurer.

- 4) जीवन बीमा की किसी पॉलिसी को पॉलिसी जारी करने की तिथि से या जोखिम के आरंभ होने की तिथि से या पॉलिसी के पुनर्चलन की तिथि से या पॉलिसी के राइडर की तिथि से तीन वर्षों के अंदर, जो भी बाद में हो, किसी भी समय, इस आधार पर प्रश्नों के लिए बुलाया जा सकता है कि बीमित व्यक्ति के जीवनकाल से संबंधित किसी तथ्य को प्रस्ताव प्रपत्र में या किसी अन्य कागजात में, जिसके आधार पर पॉलिसी जारी की गई थी या पुनर्चलित की गई थी या राइडर जारी किया गया था छिपाया गया था या गलत दिखाया गया था। शर्त यह है कि बीमाकर्ता द्वारा बीमाधारक को या बीमाधारक के कानूनी प्रतिनिधि या नामांकित व्यक्तियों या समनुदेशितों को लिखित में उन आधारों तथा तथ्यों के बारे में सूचित करना होगा, जिनके आधार पर जीवन बीमा की पॉलिसी को अस्वीकृत करने का यह फैसला लिया गया है। आगे शर्त यह है कि महत्वपूर्ण तथ्य की गलतबयानी या छिपाए जाने के आधार पर पॉलिसी को अस्वीकृत किए जाने तथा धोखेघड़ी की स्थिति न होने पर, अस्वीकृत की तिथि तक पॉलिसी पर जमा किए गए सभी प्रीमियमों का भुगतान बीमाधारक या बीमाधारक के कानूनी प्रतिनिधि या नामितों या समनुदेशितों को ऐसी अस्वीकृत की तिथि से नब्बे दिनों के अंदर कर दिया जाएगा।

स्पष्टीकरण: इस उपधारा के प्रयोजन हेतु, किसी तथ्य की गलतबयानी या छिपाए जाने को तब तक महत्वपूर्ण नहीं माना जाएगा, जब तक कि उसका बीमाकर्ता द्वारा स्वीकार किए गए जोखिम पर कोई प्रत्यक्ष प्रभाव न हो, यह प्रमाणित करने का दायित्व बीमाकर्ता का होगा कि अगर बीमाकर्ता को स्थापित तथ्य की जानकारी होती तो वह बीमाधारक को यह जीवन बीमा पॉलिसी जारी नहीं करता।

A policy of life insurance may be called in question at any time within three years from the date of issuance of the policy or the date of commencement of risk or the date of revival of the policy or the date of the rider to the policy, whichever is later, on the ground that any statement of or suppression of a fact material to the expectancy of the life of the insured was incorrectly made in the proposal or other document on the basis of which the policy was issued or revived or rider issued :

Provided that the insurer shall have to communicate in writing to the insured or the legal representatives or nominees or assignees of the insured the grounds and materials on which such decision to repudiate the policy of life insurance is based:

Provided further that in case of repudiation of the policy on the ground of misstatement or suppression of a material fact, and not on ground of fraud, the premiums collected on the policy till the date of repudiation shall be paid to the insured or the legal representatives or nominees or assignees of the insured within a period of ninety days from the date of such repudiation.

Explanation : For the purposes of this sub-section, the mis-statement of or suppression of fact shall not be considered material unless it has a direct bearing on the risk undertaken by the insurer, the onus is on the insurer to show that had the insurer been aware of the said fact no life insurance policy would have been issued to the insured.

- 5) इस धारा में निहित कुछ भी बीमाकर्ता को किसी भी समय उस का प्रमाण मांगने से नहीं रोकती है, अगर वह इसके लिए अधिकृत है तथा किसी पॉलिसी को सिर्फ इसलिए प्रश्न के लिए बुलाया नहीं जा सकता है क्योंकि प्रस्ताव में गलत उल्लेख की गई बीमित व्यक्ति की उम्र को सबूत के आधार पर बाद में समयोजित किया गया था।

Nothing in this section shall prevent the insurer from calling for proof of age at any time if he is entitled to do so, and no policy shall be deemed to be called in question merely because the terms of the policy are adjusted on subsequent proof that the age of the life insured was incorrectly stated in the proposal.

बीमे के लिए प्रस्तावित व्यक्ति के हस्ताक्षर या अंगुठे का निशान
Signature / Thumb impression of the Life to be Assured

बीमा अधिनियम, 1938 की धारा 41
SECTION 41 OF THE INSURANCE ACT, 1938

- 1) भारत में कोई भी व्यक्ति प्रत्यक्ष या अप्रत्यक्ष रूप से किसी भी व्यक्ति को जीवन अथवा जोखिम संबंधी बीमा लेने, नवीकरण करने अथवा उसे जारी रखने के लिए प्रलोभन हेतु अथवा देय कमीशन का पूर्ण अथवा आंशिक भाग पॉलिसी में वर्णित प्रीमियम पर कोई छूट नहीं दे सकता सिवाय उस छूट के जो बीमाकर्ता के विवरण पत्र अथवा सूची में प्रकाशित है: बशर्ते बीमा अभिकर्ता द्वारा स्वयं के जीवन पर स्वयं द्वारा ली गई जीवन बीमा पॉलिसी से संबंधित कमीशन की प्रति को इस उपधारा के अंतर्गत प्रीमियम में छूट की स्वीकृत नहीं माना जाएगा, यदि बीमाकर्ता द्वारा ऐसी स्वीकृत निर्धारित शर्तों की संतुष्टि करती है जिसमें यह बताया गया है कि वह बीमाकर्ता द्वारा नियुक्त एक वास्तविक बीमा अभिकर्ता है।

No person shall allow or offer to allow, either directly or indirectly, as an inducement to any person to take out or renew or continue an insurance in respect of any kind of risk relating to lives or property in India, any rebate of the whole or part of the commission payable or any rebate of the premium shown on the policy, nor shall any person taking out or renewing or continuing a policy accept any rebate, except such rebate as may be allowed in accordance with the published prospectus or tables of the insurer.

Provided that acceptance by an insurance agent of commission in connection with a policy of life insurance taken out by himself on his own life shall not be deemed to be acceptance of a rebate of premium within the meaning of this sub-section if at the time of such acceptance the Insurance agent satisfies the prescribed conditions establishing that he is a bonafide Insurance Agent employed by the insurer.

- 2) इस धारा के प्रावधानों के कार्यान्वयन का उल्लंघन करने वाले व्यक्ति को दंडित किया जाएगा यह दस लाख रुपये तक हो सकता है।

Any person making default in complying with the provisions of this section shall be liable for a penalty which may extend to Ten Lakh Rupees.

बीमे के लिए प्रस्तावित व्यक्ति के हस्ताक्षर या अंगूठा निशान
Signature / Thumb impression of the Life to be Assured

अभिकर्ता का हस्ताक्षर
Signature of the Agent

निपटान विकल्प के लिए प्रस्ताव पत्र का परिशिष्ट (परिपक्वता लाभ के लिए)
Addendum to Proposal Form for Settlement Option (for Maturity Benefit)

(बीमित व्यक्ति द्वारा भरा जाए)
(To be furnished by the Life to be Assured))

प्रस्ताव सं. / Proposal No.

क्या आप प्रस्ताव के तहत निपटान विकल्प (परिपक्वता हितलाभ के लिए) का लाभ उठाना चाहते हैं? : हां / नहीं
Do you wish to avail Settlement Option (for Maturity Benefit) under the Proposal : YES / NO

यदि हां, तो टिक / स्ट्राइकआउट (यदि लागू नहीं है) निम्नलिखित करें :
If Yes, please Tick / Strikeout (if not applicable) the following :

- 1) निपटान विकल्प के लिए अवधि (वर्षों में) : 5 / 10 / 15
Period for settlement option (in years) :
- 2) क्या निपटान विकल्प (परिपक्वता हित लाभ के लिए) आंशिक राशि हेतु अपेक्षित हैं? : लाभ प्राप्ति की राशि पूर्ण / आंशिक
Whether Settlement Option (for Maturity Benefit) is required for : Full / Part of the benefits proceeds

यदि आंशिक में, तो हितलाभ प्राप्ति की राशि / प्रतिशत निर्दिष्ट करें :
If in part, specify the amount / percentage of the benefit proceeds :

पूर्ण राशि (रू.) / Absolute Amount (Rs.) :

हितलाभ आय का प्रतिशत / Percentage of benefit proceeds :

- 3) किश्त भुगतान का तरीका : वार्षिक / अर्धवार्षिक / त्रैमासिक / मासिक
Mode of Instalment payment : Yearly / Half-yearly / Quarterly / Monthly

यदि प्रस्तावक / बीमे के लिए प्रस्तावित व्यक्ति जिनका जीवन बीमा कराया जाना है, द्वारा आश्वस्त किए जाने वाले विकल्प के अनुसार न्यूनतम क्लेम राशि न्यूनतम किश्त राशि (जैसा कि नीचे उल्लेखित है) प्रदान करने के लिए आवश्यक राशि से कम है, तो दावा प्रक्रिया का भुगतान केवल एकमुश्त किया जाएगा।

If the Net Claim Amount is less than the required amount to provide the minimum instalment amount (as mentioned below) as per the option exercised by the Proposer / Life to be Assured, the claim proceed shall be paid in lump sum only.

किश्त भुगतान की विधि Mode of instalment payment	न्यूनतम किश्त राशि Minimum Instalment Amount (रू. / Rs.)
मासिक / Monthly	5,000/-
त्रैमासिक / Quarterly	15,000/-
अर्धवार्षिक / Half-yearly	25,000/-
वार्षिक / Yearly	50,000/-

दिनांक और स्थान /
Date & Place :

बीमे के लिए प्रस्तावित व्यक्ति के हस्ताक्षर या अंगूठा निशान
Signature / Thumb impression of the Life to be Assured

बीमे के लिए प्रस्तावित व्यक्ति का नाम / Name of the Life to be Assured :

किश्तों में मृत्यु लाभ लेने के लिए विकल्प के लिए प्रस्ताव के लिए परिशिष्ट
Addendum to Proposal Form for Option to take Death Benefit in Instalments

(बीमित व्यक्ति द्वारा भरा जाए)
(To be furnished by the Life to be Assured))

प्रस्ताव सं. / Proposal No.

क्या आप प्रस्ताव के तहत किश्तों में मृत्यु लाभ लेने का विकल्प चाहते हैं? : हां / नहीं
Do you wish to avail Option to take Death Benefit in Instalments under the Proposal : YES / NO

यदि हां, तो टिक / स्ट्राइकआउट (यदि लागू नहीं है) निम्नलिखित करें :
If Yes, please Tick / Strikeout (if not applicable) the following :

1) किश्तों में मृत्यु लाभ लेने के लिए विकल्प की अवधि (वर्षों में) : 5 / 10 / 15
Period for Option to take Death Benefit in Instalments (in years) :

2) क्या किश्तों में मृत्यु लाभ लेने का विकल्प आवश्यक है ? : लाभ प्राप्ति की राशि का पूर्ण / आंशिक
Whether Option to take Death Benefit in Instalments is required for : Full / Part of the benefits proceeds

यदि आंशिक में, लाभ प्राप्ति की राशि / प्रतिशत निर्दिष्ट करें :
If in part, specify the amount / percentage of the benefit proceeds :

पूर्ण राशि (रू.) / Absolute Amount (Rs.) :

लाभ आय का प्रतिशत / Percentage of benefit proceeds :

3) किश्त भुगतान का तरीका : वार्षिक / अर्धवार्षिक / त्रैमासिक / मासिक
Mode of Instalment payment : Yearly / Half-yearly / Quarterly / Monthly

यदि प्रस्तावक / बीमे के लिए प्रस्तावित व्यक्ति द्वारा आश्वस्त किए जाने वाले विकल्प के अनुसार न्यूनतम क्लेम राशि न्यूनतम किश्त राशि (जैसा कि नीचे उल्लेखित है) प्रदान करने के लिए आवश्यक राशि से कम है, तो दावा प्रक्रिया का भुगतान केवल एकमुश्त किया जाएगा।

If the Net Claim Amount is less than the required amount to provide the minimum instalment amount (as mentioned below) as per the option exercised by the Proposer / Life to be Assured, the claim proceeds shall be paid in lump sum only.

किश्त भुगतान की विधि Mode of instalment payment	न्यूनतम किश्त राशि Minimum Instalment Amount (रू. / Rs.)
मासिक / Monthly	5,000/-
त्रैमासिक / Quarterly	15,000/-
अर्धवार्षिक / Half-yearly	25,000/-
वार्षिक / Yearly	50,000/-

दिनांक और स्थान /
Date & Place :

बीमे के लिए प्रस्तावित व्यक्ति के हस्ताक्षर या अंगूठा निशान
Signature / Thumb impression of the Life to be Assured

बीमे के लिए प्रस्तावित व्यक्ति का नाम / Name of the Life to be Assured :

**अभिकर्ता का गोपनीय प्रतिवेदन / नैतिक जोखिम प्रतिवेदन
AGENT'S CONFIDENTIAL REPORT / MORAL HAZARD REPORT**

अभिकर्ता / एफएसआई सं. का नाम एवं पता और मोबाइल सं. : Agent's / FSE's Name, Address & Mobile No. :	विकास अधिकारी / सीएलआईए / मेंटर संकेत सं. D.O. / CLIA Code No. / Mentor Code No.
अभिकर्ता सं. / Agency Code No. : _____ क्लब सदस्यता / Club Membership : _____ अनुज्ञापित सं. / Licence No. : _____ समापन तिथि / Date of Expiry : _____	विकास अधिकारी / सीएलआईए / मेंटर मोबाइल सं. D.O. / CLIA / Mentor Mobile No.

I. उत्पाद संबंधी सूचनाएँ / Product related information :	
a. प्रस्तावक / प्रस्तावित व्यक्ति का नाम Name of the Proposer / Life to be Assured	
b. प्रस्तावक / प्रस्तावित व्यक्ति की आयु Age of the Proposer / Life to be Assured	
c. योजना (एँ) एवं अवधि Plan (s) and Term	d. बीमा धन (लाख में) Sum Assured (in Lakhs)
e. क्या आपने प्रस्तावित योजना (ओं) की शर्तें और नियम प्रस्तावक/प्रस्तावित व्यक्ति को समझा दिए हैं ? Whether the terms and conditions of the proposed plan(s) have been explained to the Proposer / Life to be Assured?	
f. क्या प्रस्तावित योजना(एँ) प्रस्तावक/प्रस्तावित व्यक्ति के बीमा के उद्देश्यों से मेल करती है ? Whether the proposed plan(s) matches the objectives of insurance of the Proposer / Life to be Assured?	
g. क्या आपने प्रस्तावित योजना(ओं) का हितलाभ उदाहरण विवरण प्रस्तावक/प्रस्तावित व्यक्ति को उपलब्ध करा दिया है ? Have you provided the Benefit Illustration statement of the proposed plan(s) to the Proposer / Life to be Assured?	
II. प्रस्तावक / प्रस्तावित व्यक्ति के संबंध में जानकारी / Information about the Proposer / Life to be Assured :	
a. आप प्रस्तावक / प्रस्तावित व्यक्ति को कितने समय से जानते हैं ? How long do you know the Proposer / Life to be Assured?	
b. क्या आप उससे संबंधित हैं ? यदि हाँ तो, विवरण दें : Are you related to him/her? If so, give details.	
c. प्रस्तावक / प्रस्तावित व्यक्ति की शैक्षणिक योग्यता क्या है ? What is the educational qualification of the proposer / Life to be Assured?	
d. यदि प्रस्तावक / प्रस्तावित व्यक्ति भारतीय मूल का विदेशी नागरिक है तो क्या ओसीआई कार्ड की जाँच कर ली गई है ? If Proposer / Life to be Assured is FNIO, whether OCI (Overseas Citizen of India) Card is verified?	
e. क्या प्रस्तावक/प्रस्तावित व्यक्ति या उसके परिवार का कोई सदस्य भारतीय रिजर्व बैंक के दिशानिर्देशों के अनुसार राजनैतिक रूप से जोखिमपूर्ण व्यक्ति है ? (भारतीय रिजर्व बैंक के दिशानिर्देशों के अनुसार ऐसे व्यक्ति राजनैतिक रूप से जोखिम पूर्ण व्यक्ति है जिन्हें विदेश में महत्वपूर्ण सार्वजनिक कार्य दिया गया है) Whether Proposer / Life to be Assured or his / her family member/s is / are Politically Exposed Person (PEP) as per RBI guidelines? (As per RBI guidelines, PEPs are the individuals who are or have been entrusted with prominent public functions in a foreign country.)	
f. क्या आप संतुष्ट हैं कि प्रस्तावक / प्रस्तावित व्यक्ति किसी आतंकवादी गतिविधियों से संबंधित नहीं है ? Are you satisfied that the Proposer / Life to be Assured is not connected with any terrorist activities?	

g.	क्या प्रस्तावक / प्रस्तावित व्यक्ति के लिए केवाईसी / पीएमएलए आवश्यकताएँ पूरी कर दी गई है ? Whether KYC / PMLA norms are fulfilled for the Proposer / Life to be Assured?	
III. अभिकर्ता द्वारा वित्तीय मूल्यांकन / Financial Assessment by the Agent :		
a.	आय का वास्तविक स्रोत Exact Source of Income	
b.	रोजगार / व्यापार से आय Income through Employment / Business / Profession	
c.	हिंदू अविभाजित परिवार से आय Income through HUF	
d.	पूर्ण विवरण सहित आय स्रोत से आय Income through other sources in details	
e.	ऊपर वर्णित आय के संबंध में आपके द्वारा जांचे गए आय के प्रमाणों का उल्लेख करें Mention the proof of income verified by you in respect of income stated above :	
1)	आयकर विवरणी प्रपत्र 16 / प्रपत्र 26 एएस ITRs / Form 16 / 26 AS	
2)	बैंक खाते का विवरण Bank Statement	
3)	नियुक्ति पत्र के साथ वेतन पत्रक या नियोक्ता द्वारा जारी किया गया वेतन प्रमाण-पत्र Salary sheet with appointment letter or Salary Certificate issued by the Employer	
4)	सीए का प्रमाण-पत्र / अंकेक्षित खाते इत्यादि CA Certificate / Audited Accounts, etc.	
f.	स्थाई खाता संख्या बताएं। क्या इसकी जाँच कर ली गई है और आय प्रमाणों में वर्णित स्थाई खाता संख्या से मिलान कर लिया गया है ? What is the PAN No.? Whether verified and compared with the PAN mentioned in the income proof?	
g.	क्या आप व्यक्तिगत रूप से प्रस्तावक / प्रस्तावित व्यक्ति की वित्तीय स्थिति से संतुष्ट हैं और उनकी वित्तीय स्थिति को देखते हुए वर्तमान प्रस्ताव औचित्यपूर्ण हैं ? Are you personally satisfied with the financial standing of the Proposer / Life Assured and justify the current proposal?	
IV. अन्य बीमा कम्पनियों से लिए बीमों सहित पूर्व बीमों का विवरण / Previous insurance details including from other insurers :		
a.	क्या आपने प्रस्तावक / प्रस्तावित व्यक्ति से पिछली पॉलिसियों पर चर्चा की है और क्या आप संतुष्ट हैं कि विगत तीन वर्षों में कोई भी पॉलिसी कालातीत नहीं हुई है ? Did you discuss with the Proposer / Life to be Assured the status of previous policies and are you satisfied that no policy has lapsed within the last three years?	
b.	क्या आपको प्रस्तावक / प्रस्तावित व्यक्ति के किसी प्रस्ताव (या पॉलिसी के पुनर्चलन) को स्थगित, अस्वीकृत, रद्द या प्रस्तावित के अतिरिक्त किन्हीं अन्य शर्तों पर स्वीकृत किए जाने की जानकारी है ? Are you aware of any Proposal (or Revival of any policy) of the Proposer / Life to be Assured having been deferred, declined, dropped or accepted at terms other than those proposed?	
V. स्वास्थ्य, आदतों और व्यवसाय / उप व्यवसाय इत्यादि के बारे में जानकारी / Information about Health, Habit & Occupation / Avocation, etc. :		
a.	प्रस्तावित व्यक्ति के स्वास्थ्य की सामान्य स्थिति कैसी है ? What is the general state of health of the Life to be Assured?	
b.	क्या वह किसी शारीरिक विकृति या मानसिक अवरोध से ग्रस्त है ? Does he / she have any Physical Deformity or Mental Retardation?	
c.	क्या आपको उसके वर्तमान में या कभी पहले किसी बीमारी या चोट से ग्रसित होने या उसके द्वारा कोई शल्यक्रिया संबंधी जाँच करवाने के बारे में कोई जानकारी है ? Do you have knowledge of his/her having suffered from any illness or injury or undergone any operation or medical investigation?	
d.	प्रस्तावित व्यक्ति की लम्बाई (से.मी. में) Height of the Life to be Assured (in Cms.)	
e.	प्रस्तावित व्यक्ति का वजन (कि.ग्रा. में) Weight of the Life to be Assured (in Kgs.)	

f.	क्या आपको प्रस्तावित व्यक्ति की व्यक्तिगत आदतों, वित्तीय या सामाजिक स्थिति, व्यवसाय या किन्हीं अन्य परिस्थितियों के बारे में ऐसी कोई जानकारी है जो जोखिम में वृद्धि कर सकती हो ? Are you aware of anything in the Occupation, financial or social position of the Life to be Assured, his/her personal habits or any other circumstances which might be likely to add to the risk?	
g.	कोई भी अन्य जानकारी Any other information	

मैं एतद्वारा घोषणा करता हूँ कि उक्त सभी विवरण मेरे पास उपलब्ध अधिकतम जानकारी एवं मेरे विश्वास के अनुसार सही हैं।
I further hereby declare that the foregoing statements are true and correct to the best of my knowledge and belief.

स्थान / Place :

दिनांक / Date :

मोहर सहित अभिकर्ता के हस्ताक्षर

Signature of the Agent along with the Seal / Stamp

विकास अधिकारी / सीएलआई / मेंटर द्वारा भरा जाए
To be completed by the Dev. Officer / CLIA / Mentor

मेरे द्वारा की गई स्वतंत्र पूछताछ के आधार पर मैं पार्टी की पहचान से संतुष्ट हूँ। मैं एतद्वारा घोषणा करता हूँ कि उक्त सभी विवरण मेरे पास उपलब्ध अधिकतम जानकारी एवं मेरे विश्वास के अनुसार सही हैं।

I am satisfied with the identity of the party on the basis of my independent enquiries. I hereby declare that the foregoing statements are true and correct to the best of my knowledge and belief.

दिनांक / Date :

नाम एवं पदनाम (वर्षों में स्थिति सहित) /
Name and Designation / Standing (No. of years) :

.....
.....

हस्ताक्षर / Signature

सहायक शाखा प्रबंधक (विक्रय) / शाखा प्रबंधक / वरिष्ठ शाखा प्रबंधक द्वारा भरा जाए
To be completed by the ABMS / BM / Sr. BM

मेरे द्वारा की गई स्वतंत्र पूछताछ के आधार पर मैं पार्टी की पहचान से संतुष्ट हूँ। मैं एतद्वारा घोषणा करता हूँ कि उक्त सभी विवरण मेरे पास उपलब्ध अधिकतम जानकारी एवं मेरे विश्वास के अनुसार सही हैं।

I am satisfied with the identity of the party on the basis of my independent enquiries. I hereby declare that the foregoing statements are true and correct to the best of my knowledge and belief.

दिनांक / Date :

नाम एवं पदनाम / Name and Designation :

.....
.....

हस्ताक्षर / Signature