



फॉर्म सं . 680 (संशोधित).2022)

प्राप्ति दिनांक/तिथि _____

आवक क्रमांक .-----

स्वास्थ्य के संबंध में व्यक्तिगत प्रकथन

(स्वास्थ्य एवं बिना स्वास्थ्य परीक्षण के आधार पर कालातीत पॉलिसी के पुनर्चलन हेतु)

अभिकर्ता का नाम :

अभिकर्ता कोड :

मण्डल कार्यालय :		शाखा कार्यालय :	पॉलिसी संख्या		
1. बीमाधारक का पूरा नाम श्री/श्रीमति/सुश्री/मिश्रित					
2. लिंग		पुरुष	स्त्री	ट्रान्सजेंडर	
पूर्ण पता	पता-1				
	पता -2				
	पता -3				
ई-मेल		फोन /मोबाइल न . _____			
वर्तमान व्यवसाय					
नियोजक का नाम		नियोजक के साथ सेवा अवधिवर्ष		
3. व्यक्तिगत प्रकथन		उत्तर 'हाँ' अथवा 'ना' में दे	यदि हाँ तो पूर्ण विवरण दे।		
(क) क्या आपने पिछले पाँच साल में किसी बीमारी के लिए चिकित्सक से एक सप्ताह से अधिक की चिकित्सा /परामर्श लिया है?					
(ख) क्या आप कभी सामान्य जाँच /निरीक्षण (ओबसेरवेशन)/चिकित्सा / ऑपरेशन के लिए किसी अस्पताल /नर्सिंग होम में भर्ती हुए है?					
(ग) क्या आपने पिछले पाँच सालों में स्वास्थ्य के आधार पर कार्यालय से अवकाश लिया है ?					
(घ) क्या आप कभी लिवर ,पेट,हृदय ,फेफड़े ,गुर्दे ,मस्तिष्क या नर्वस सिस्टम से संबंधित रोग से पीड़ित रहे है / पीड़ित है ?					
(च) क्या आप मधुमेह ,क्षय ,उच्च अथवा निम्न रक्त चाप ,कैसर मिर्गी ,हर्निया ,हाइड्रोसील ,कुष्ठ रोग या किसी अन्य बीमारी से पीड़ित रहे है / पीड़ित है ?					
(छ) क्या आपको कभी किसी प्रकार की शारीरिक विकृति अथवा अपंगता रही है?					
(ज) क्या आपको कभी दुर्घटना हुई है /चोट लगी है?					
(झ)क्या आपने हेपेटाइटिस बी अथवा एड्स से संबंधित कोई वैद्यकीय सलाह ,इलाज या परीक्षण लिया है या ले रहे है ?					
(ट)क्या आपने कभी निम्नलिखित का सेवन किया है -		हाँ/ना	यदि हाँ ,तो कृपया सेवन की मात्रा एवं अवधि बताएं		
मादक पेय					
नारकोटिक्स					
कोई अन्य ड्रग					
तंबाकू किसी भी रूप में					
(ठ) आपका स्वास्थ्य समान्यतः कैसा रहता है ?		अच्छा/अच्छा नहीं			
(ड)क्या आपका बीमा प्रस्ताव या आपकी कालातीत पॉलिसी के पुनर्चलन संबंधी आवेदन किसी अन्य शाखा या किसी अन्य बीमा कंपनी में विचाराधीन है?		हाँ/ना	यदि हाँ ,तो विवरण दीजिये 1.पॉलिसी /प्रस्ताव संख्या . 2.शाखा 3.वर्ष		
(ढ) क्या आपके जीवन पर बीमा प्रस्ताव अथवा पुनर्चलन प्रस्ताव निगम के किसी कार्यालय अथवा किसी बीमा कंपनी द्वारा कभी भी -		हाँ/ना	यदि हाँ ,तो विवरण दीजिये 1.पॉलिसी /प्रस्ताव संख्या . 2.शाखा 3.वर्ष		
(i) वापस लिया गया है /अथवा ड्रॉप किया गया है ?					
(ii) अतिरिक्त प्रीमियम / लियन के साथ स्वीकृत किया गया है ?					
(iii) स्थगित / इंकार / मना किया गया है ?					
(iv) प्रस्तावित शर्तों से भिन्न शर्तों पर स्वीकृत किया गया है ?					
4. बिना स्वास्थ्य परीक्षण मामले में, कृपया सही लंबाई एवं भार (वजन) बताएं (बिना जूते)		ऊंचाई (से. मी.)	वजन (किलोग्राम)		

5. कृपया अन्य कार्यालय /बीमा कंपनी मे आपके जीवन पर बीमा अथवा पुनर्चलन हेतु प्रस्तावित पॉलिसियों का विवरण दे :

मण्डल/शाखा कार्यालय का नाम	पॉलिसी/प्रस्ताव संख्या	तालिका /अवधि	बीमा धन	पॉलिसी की स्थिति /आखिरी प्रीमियम देने की तिथि

महिला प्रस्तावको के लिए :			
क्या आप इस समय गर्भवती है?		पिछले प्रसव की तिथि : (वर्ष -माह -दिन)	
क्या आपका कोई गर्भपात या सिजेरियन ऑपरेशन हुआ है ? यदि हाँ तो विवरण दीजिये			
क्या आपने कभी स्त्री रोग विशेषज्ञ से परामर्श ,इलाज या किसी तरह की कोई जांच कराई है ? यदि हाँ तो विवरण दीजिये			
बीमाधारी द्वारा घोषणा			
<p>मैंएतद् द्वारा घोषित करता /करती हूँ कि उपर्युक्त प्रकथन एवं उत्तर प्रत्येक प्रश्न को समझने के पश्चात दिए गए हैं तथा पूरी तरह से सत्य एवं पूर्ण है । मेरे द्वारा कोई भी जानकारी छुपाई नहीं गयी है और मैं इस बात से सहमत हूँ तथा घोषित करता/करती हूँ कि मेरी कालातीत पॉलिसी के बीमा प्रस्ताव के साथ-साथ ये प्रकथन और ये घोषणा मेरे तथा भारतीय जीवन बीमा निगम के मध्य अनुबन्ध का आधार होंगे और यदि इसमें से कोई कथन असत्य पाया गया तो बीमा अधिनियम 1938 के अनुभाग 45(समय समय पर संशोधित) के अनुसार कार्यवाही के आधीन होगा ।</p> <p>किसी भी कानून, परंपरा, प्रथा जो वर्तमान मे लागू है, के अंतर्गत यह प्रावधान होते हुये भी किसी भी चिकित्सक, अस्पताल, डायगोनोस्टिक संस्था, नियोजक पुनर्बीमा कर्ता /क्रेडिट ब्योरो को गोपनीयता के आधार पर मेरे स्वास्थ्य , रोजगार अथवा व्यवसाय, बीमा, आर्थिक जानकारी देने से निषेध करते है , मैं, मेरे उत्तराधिकारी , व्यवस्थापक एवं समनुदेशक या कोई भी अन्य जिसका पॉलिसी अनुबंध मे हित निहित हो , वह किसी भी समय निगम या अधिकृत संगठन को जोखिम अंकन , किसी प्रकार की जांच, धोखा धड़ी को रोकने, एवं दावा भुगतान के लिए मेरे बारे मे जानकारी देने के लिए स्वतंत्र होंगे। और मैं यह सहमति देता /देती हूँ कि इस घोषणा की तिथि और पॉलिसी के पुनर्चलन के पहले यदि मेरे व्यवसाय में कोई परिवर्तन हो जाता है या मेरी आर्थिक स्थिति के संबंध में अथवा मेरे या मेरे परिवार के किसी सदस्य के स्वास्थ्य के संबंध में कोई विपरित स्थिति उत्पन्न हो जाती है या यदि निगम के किसी कार्यालय को प्रस्तुत किया गया मेरा जीवन बीमा प्रस्ताव या पॉलिसी के पुनर्चलन के लिए दिया गया कोई आवेदन पत्र विचाराधीन है , या वापस ले लिया गया है या रद्द या स्थगित किया गया है या बढ़ी हुई प्रीमियम दर या ग्रहणाधिकार (Lein) के आधार पर स्वीकार किया गया अथवा प्रस्तावित शर्तों के अलावा अन्य शर्तों पर स्वीकार किया गया है तो मैं पॉलिसी पुनर्चलन संबंधी शर्तों पर पुनः विचार करने के लिए निगम को लिखित रूप से तत्काल सूचित करूंगा/करूंगी । इस संबंध में मेरी ओर से किसी प्रकार की असावधानी होने पर अनुबंध, बीमा अधिनियम 1938 के अनुभाग 45 (समय समय पर संशोधित) के अंतर्गत कार्यवाही के आधीन होगा ।</p>			
स्थान	दिनांक	माह	सन् 20.....
साक्षी के हस्ताक्षर.....			
पता			
मोबाइल /फोन सं			
बीमित व्यक्ति के हस्ताक्षर या अँगूठा निशानी			
<p>यदि बीमित व्यक्ति अशिक्षित है , तो उसका अंगूठा निशानी किसी ऐसी प्रतिष्ठित व्यक्ति के द्वारा प्रमाणित होना चाहिए, जिसकी पहचान आसानी से की जा सकती हो लेकिन वह निगम से संबन्धित न हो , और यह घोषणा उन्ही के द्वारा की जानी चाहिए ।</p> <p>मैं एतद् द्वारा घोषणा करता/करती हूँ कि मेरे इस फार्म का विवरण बीमित व्यक्ति कोभाषा में समझा दिया है और बीमित व्यक्ति द्वारा बतलाये गये प्रश्नों के उत्तर पढ़कर सुना दिये है तथा बीमित व्यक्ति ने इस फॉर्म पर अपना अंगूठा निशान विवरण को पूरी तरह से समझ लेने के बाद लगाया है।</p> <p>प्रतिष्ठित व्यक्ति</p> <p>का नाम व पता</p> <p>हस्ताक्षर</p> <p>सूचना - विवाद की स्थिति मे अँग्रेजी संस्करण मान्य होगा ।</p>			