



भारतीय जीवन बीमा निगम  
LIFE INSURANCE CORPORATION OF INDIA

मंडल / Division

FORM NO. फार्म सं. 300 (संशोधित Rev 2020)

**स्वयं के जीवन पर बीमा हेतु प्रस्ताव पत्र**  
**PROPOSAL FOR INSURANCE ON OWN LIFE**

(अवयस्को के बीमा हेतु उपयोग में न लाया जाये Not be used for insurance on the lives of minors)

शाखा कार्यालय / Branch Office

नवीनतम कलर  
पासपोर्ट आकार

Latest Colour  
Photo of the  
Life to be  
Assured

**Instructions to Life to be Assured**

- यह फार्म प्रस्तावक या जिसका जीवन बीमाकृत होना है उसके द्वारा स्पष्ट बोल्ड अक्षरों में पूरा भरा जाना है।  
This form is to be completed in BLOCK LETTERS by the Life to be Assured.
- इस फार्म में 4 सेक्शन हैं, जैसे सेक्शन I : बीमा हेतु प्रस्तावित व्यक्ति का विवरण सेक्शन II : प्रस्तावित योजना सेक्शन III : व्यक्तिगत और पारिवारिक स्वास्थ्य और आदतों का विवरण सेक्शन 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
- 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.
- 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 signatures in all the places as required. In certain places more than one signature is required. This is in your own interest.
- यदि, जिसका जीवन बीमित किया जाना 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.
- उत्तर स्पष्ट होना चाहिए। प्रश्न का उत्तर 'हां' 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.
- 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 alterations made in this form. White ink must not be Used

**एजेंट द्वारा भरा जाये / To be filled by Agent :**

- वि.अ./सी.एल.आए.ए. कोड संख्या/उपदेशक और मोबाइल नंबर  
D.O./CLIA Code No / Mentor code & Mobile number :
- अभिकर्ता/निर्दिष्ट व्यक्ति/ डीएसई सुप. अभिकर्ता का नाम और कोड क्रमांक और मोबाइल नंबर:  
Agent's/Specified Person's/DSE's/Sup Agent's Name ,Code No & Mobile number:
- लाइसेंस संख्या/ Licence No:
- समाप्ति तिथि /Date of Expiry:

**कार्यालय उपयोगार्थ For Office Use Only :**

आवक संख्या / Inward no : ..... दिनांक / Date:.....  
प्रस्ताव सं. / Proposal no : ..... जमा की गई राशि / Amt of Deposit : ..... बी.ओ.सी. क्रमांक. / B.O.C No: .....  
दिनांक / Date : .....

**खंड 1 - बीमित किये जाने वाले व्यक्ति का विवरण / Section - I : Details of the Life to be assured**

I.	Personal Details	उपसर्ग / Prefix श्री / श्रीमती / सुश्री Mr./Mrs./Ms	पहला नाम / First Name	मध्य नाम / Middle Name	अंतिम नाम / Last Name
1	नाम / Name				
2	पिता का पूरा नाम / Father's Full name				
3	माँ का पूरा नाम / Mother's Full Name				
4	लिंग / Gender		पुरुष Male / स्त्री Female / अन्य लिंग Third Gender		

5	वैवाहिक स्थिति / Marital Status	
6	पति / पत्नी का पूरा नाम / Spouse's Full name	
7	जन्म तारीख / Date of Birth	-----/-----/-----
8	आयु / Age **	वर्ष / Years
<p>** 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</p>		
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	
	मकान नं. / House No.	
	शहर / कस्बा / गांव / City / Town / Village	
	जिला और राज्य / District & State	
	देश / Country	
	पिनकोड / PIN Code	
	दूरभाष : एस.टी.डी कोड के साथ Tel. No. with STD Code	
14	स्थायी पता Permanent Address	
	मकान नं. / House No.	
	शहर / कस्बा / गांव / City / Town / Village	
	जिला और राज्य / District & State	
	देश / Country	
	पिनकोड / PIN Code	
	दूरभाष : एस.टी.डी कोड के साथ Tel. No. with STD 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 / एफ एन.आई.ओ / ओ.सी.आई हेतु) Address outside India (Applicable only for NRI/FNIO/ OCI)	
	मकान नं. / House No.	
	शहर / कस्बा / गांव / City / Town / Village	
	जिला और राज्य / District & State	
	देश / Country	
	पिनकोड / PIN Code	
	दूरभाष : एस.टी.डी कोड के साथ Tel. No. with STD Code	

II के.वाई.सी और पी एम एल ए / KYC & PMLA	
1	क्या आप एक आयकर दाता हैं। Are you Income Tax Assessee
2	पैन संख्या PAN Number
3	आई.डी.विवरण (केवल पेन 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 अकों को आईडी नंबर के रूप में दिया जाना है। * In case of Aadhaar only last four digits is to be given as Id number
	पहचान का प्रमाण Proof of Identity
	आई डी. नंबर ID number *
	आई डी. की समाप्ति तिथि Expiry date of ID
4	पते का प्रमाण प्रस्तुत किया Address Proof Submitted
5	क्या आप जी.एस.टी में पंजीकृत हैं यदि हां तो जीएसटीआईएन नं. दें। Are You Registered under GST, if yes give GSTIN :
6	सी के वाई सी नं. (सेन्ट्रल केवाईसी रजिस्ट्री) C KYC number ( Central KYC Registry)

III व्यवसाय / Occupation	
1	शैक्षणिक योग्यता / Educational qualification
2	वर्तमान व्यवसाय / Present Occupation
3	आय के साधन / 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 रहे हैं तो कृपया उत्तर दें / To be answered if employed in the Armed Forces
a	सेना के विंग जिससे आप संबंधित हैं। Wing to which you belong
b	उसमें आपका 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	<p>यदि आपका व्यवसाय किसी विशेष जोखिम से संबंधित है या आप ऐसी किसी खतरनाक गतिविधियों में भाग लेते हैं या शौक है जो किसी प्रकार से खतरनाक हो सकते हैं? यदि हाँ, तो इसकी जानकारी दें और संबंधित प्रश्नावली प्रस्तुत करें।</p> <p>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.</p>
2	<p>क्या आपके विरुद्ध कभी भी या वर्तमान में, भारत या विदेश के किसी न्यायालय में, किसी आपराधिक / सिविल अपराध के संबंध कोई जांच की जा रही है अथवा आपके विरुद्ध चार्जशीट दाखिल की गई है या कोई मुकदमा चलाया गया है या दोषी ठहराया गया है या कोई लम्बित आरोप है? यदि हाँ, तो विवरण दें।</p> <p>Have you ever been or are 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.</p>
3	<p>क्या आप राजनैतिक रूप में जोखिमपूर्ण व्यक्ति हैं या आप राजनैतिक रूप में जोखिमपूर्ण व्यक्ति के परिवार के सदस्य या नजदीकी रिश्तेदार हैं?</p> <p>[भारतीय रिजर्व बैंक के दिशानिर्देशानुसार, राजनैतिक रूप में जोखिमपूर्ण व्यक्ति वह हैं जिन्हें अभी या कभी भी किसी दूसरे देश में प्रमुख सार्वजनिक कार्य सौंपे गये हैं।]</p> <p>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.]</p>

V	<p><b>विद्यमान बीमा :</b> कृपया भा.जी.बी. निगम से तथा किसी अन्य बीमा कंपनी से ली गई अपनी सभी पिछली बीमा पॉलिसियों का विवरण दें। (पिछले 3 वर्षों के दौरान समर्पित तथा कालातीत पॉलिसियों सहित)</p> <p><b>Existing Insurance:</b> Please give details of your previous insurance taken from LIC as well as from other insurers (including policies surrendered / lapsed during last 3 years)</p> <p>नोट : 1. यदि सभी विद्यमान पॉलिसियों के लिए स्थान पर्याप्त नहीं है, तो कृपया समान प्रारूप में अलग शीट का उपयोग करें। यह शीट बीमों में लिए प्रस्तावित व्यक्ति द्वारा विधिवत हस्ताक्षरित होना चाहिए।</p> <p>Note: 1. If space is not sufficient for all existing policies, please use separate sheet in the same format. It must be duly signed by the life to be assured</p> <p>2. यदि विगत 3 वर्षों के अन्दर कोई पॉलिसी कालातीत हो गई या चुकता पॉलिसी में परिवर्तित करा दी गयी हो तो सामान्यतः निगम कोई नया प्रस्ताव स्वीकार नहीं करता है।</p> <p>2. Corporation normally does not entertain any fresh proposal for insurance where a policy has lapsed or has been converted into paid up policy within the last 3 years.</p>
---	--

1	पॉलिसी संख्या / Policy Number				
2	मंडल या शाखा का नाम / बीमा कंपनी का नाम Name of the Insurer / Division / Branch				
3	योजना एवं अवधि / Plan and Term				
4	बीमा राशि / Sum assured				
5	अवधि बीमा राइडर बीमित राशि / Term Rider Sum Assured				
6	गंभीर बीमारी राइडर बीमित राशि / CI Rider Sum Assured				
7	दुर्घटना हितलाम / अतिरिक्त दुर्घटना हितलाम की बीमा राशि AB / ADDB Sum assured				
8	प्रारंभ होने की तिथि, Date of Commencement				
9	पुनर्चलन की तिथि / Date of Revival				
10	क्या साधारण दरों पर स्वीकृत, अगर नहीं तो विवरण दें Whether accepted at ordinary rate, if not give details				
11	चिकित्सा या गैर चिकित्सा / Medical / Non medical				
12	क्या चालू स्थिति में है / Whether In force				
13	यदि नहीं, तो प्रथम अदत्त प्रीमियम समर्पण की तारीख If not, Date of FUP / Date of surrender				

14	क्या निगम के किसी भी कार्यालय में या किसी अन्य बीमा कंपनी में कभी भी आपके जीवन पर कोई प्रस्ताव/पत्र प्रस्तुत किया गया है (या पॉलिसी के पुनर्चलन के लिए आवेदन पत्र) है: Has a proposal ( or an application for revival of a policy) on your life made to any office of the Corporation or to any other insurer ever been	उत्तर हां/ नहीं में दीजिए Yes/No	यदि उत्तर हां है तो पूरा विवरण दीजिए Details
a)	वापस लिया गया, स्थगित, समाप्त या अस्वीकृत कर दिया गया है? यदि उत्तर हां हैं, तो पूरा विवरण दीजिए। Withdrawn, Deferred, Dropped or Declined?, if yes give details.		
b)	अतिरिक्त प्रीमियम या गहन सहित स्वीकार किया गया? यदि उत्तर हां हैं, तो पूरा विवरण दीजिए। Accepted with extra Premium or Lien?, if yes give details.		
c)	प्रस्तावित की गई शर्तों के अतिरिक्त अन्य शर्तों पर स्वीकार किया गया, यदि उत्तर हां हैं, तो पूरा विवरण दीजिए। Accepted on terms other than those proposed?, if yes give details.		
d)	क्या आपने पिछले एक वर्ष में निगम की कोई पॉलिसी स्वीकार्य नहीं होने के कारण, वापस की है? यदि ऐसा है, तो विवरण दें : Have you during the past one year returned any policy of the Corporation as the same was not acceptable to you?, if yes give details.		

VI नामांकित और नियुक्त व्यक्ति का विवरण (नामांकन 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 पूरा नाम एवं 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 and address	नामित व्यक्ति से सम्बंध 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 / आईडी संख्या Id proof of Nominee/ Appointee/ Id Number							

VII	<b>बैंक का विवरण/ Bank Details</b>
बैंक खाता विवरण/ Bank Account details:	
a) खाते का प्रकार – बचत/चालु/ Type of Account-Savings / Current:	
b) आपका खाता संख्या / Your Account No : _____	
c) एम आई सी आर कोड/ MICR Code: _____	
d) आई एफ एस सी कोड IFS Code: _____	
e) आपके बैंक का नाम और पता / Name and Address of your bank: _____	
प्रपत्र के साथ रद्द किया गया चेक या बैंक की प्रतिलिपी संलग्न करें / Attach a photocopy or cancelled cheque with the form	

बीमे के लिए प्रस्तावक व्यक्ति का मोबाईल नं० / Mobile number of the life to be assured:

बीमे के लिए प्रस्तावक व्यक्ति की ईमेल / E mail id of the life to be assured:

बीमे के लिए प्रस्तावक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान  
Signature / Thumb impression of the life to be assured

**खंड-II प्रस्तावित योजना**  
**Section-II Proposed Plan**

I	बीमा 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 उचित विकल्पों पर टिक करें) Whether proposal is under (please tick relevant options)	व्यक्तिगत जीवन / नियोक्ता कर्मचारी योजना / एचयूएफ / एम.डबल्यूपी** 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	
	1. एलआईसी का नया अवधि बीमा / LIC's New Term Assurance Rider	<input type="checkbox"/>
	2. एलआईसी का नया गंभीर बीमारी हितलाभ राइडर / LIC's New Critical Illness Benefit Rider	<input type="checkbox"/>
	3. एलआईसी का प्रीमियम परित्याग हितलाभ राइडर / LIC's Premium Waiver Benefit Rider	<input type="checkbox"/>
	4. एलआईसी का दुर्घटना हितलाभ राइडर (एबी) / LIC's Accident Benefit Rider (AB)	<input type="checkbox"/>
	या OR	
	एलआईसी का दुर्घटना मृत्यु एवं विकलांगता हितलाभ राइडर (एडी और डीबी) LIC's Accidental death and Disability benefit Rider (AD & DB)	<input type="checkbox"/>

IV	बीमे के लिये प्रस्तावित व्यक्ति द्वारा चयनित योजना, बीमा राशि और राइडर का चयन (राइडर्स चयनित योजना के तहत उपलब्धता के अधीन हैं) Plan, Sum assured and Rider selected by the Life to be assured (Riders are subject to availability under the selected plan)						
a	योजना, अवधि और प्रीमियम भुगतान अवधि Plan, Term & Premium paying Term	प्रस्तावित बीमाधन (मूल बीमाधन) Sum Proposed (Basic Sum Assured)	प्रीमियम भुगतान विधि (वा. / अर्ध वा. / तिमाही / एसएसएस / एन ए सी एच 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)	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 हुए हैं? यदि "हां" Whether you are engaged in police duty in any police organization other than paramilitary force? If "Yes", ii. क्या आप पुलिस ड्यूटी पर रहते हुए 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?						
c	एस एस एस पॉलिसियों के लिए / For SSS Policies : i. भुगतान अधिकारी का कोड एवं विभाग संख्या Paying authority code and Dept No ii. बैज या एसआर नं. / 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 सम्बंधित 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 बीमाकर्ता 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 be 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.	
क्या आप उपरोक्त से सहमत हैं Do you agree with the above	हां / नहीं Yes/ No
नोट : एलआईसी के प्रीमियम परित्याग हितलाभ राइडर के प्रस्ताव पर विचार तभी किया जाएगा, यदि उपरोक्त प्रश्न का उत्तर "हां" है। Note: Proposal shall be considered for LIC's Premium Waiver Benefit Rider only, if your answer to the above question is "Yes"	

VI. "एलआईसी आधार शिला" तथा एल आई सी आधार स्तम्भ के तहत प्रस्तावित होने पर ही उत्तर अपेक्षित है।

To be answered only if proposing under "LIC's Aadhaar Stambh" or "LICs Aadhaar Shila"

a. एलआईसी के आधार शिला / एलआईसी का 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 : .....

b. क्या इस योजना के तहत आपका जीवन एक ही समय पर एक साथ प्रस्तावित किया जा रहा है? हां/नहीं। यदि हां,

विवरण दें .....

Is your life being proposed simultaneously under the same plan? Yes/No.

If "Yes", give details : .....

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 .

VII. 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

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):

i) घूमपान करने वाला Smoker

ii) घूमपान न करने वाला Non- Smoker

नोट : घूमपान 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.

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 करके (क):

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:

विकल्प I : "लेवल सम एश्योर्ड" जहां मृत्यु पर बीमित राशि मूल राशि के बराबर राशि होगी 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.

विकल्प II : "बीमा धन में वृद्धि" जहां 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; पंद्रहवीं वर्ष तक, जो भी पहले हो। सोलहवीं 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 Sum Assured on Death 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 Sum Assured on Death remains constant i.e. twice the Basic Sum Assured till the policy term ends.

VIII	समकक्ष प्रस्ताव / Simultaneous Proposals	हां/ना Y/N
a	क्या आपका जीवन, निगम के किसी अन्य कार्यालय में या अन्य किसी अन्य बीमाकर्ता के समकक्ष बीमा या पुनर्चलन के लिए आवेदन हेतु स्वीकृत किया गया है या विचाराधीन है? यदि हां 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	
b	क्या जीवनसाथी और बच्चों के जीवन पर एक साथ बीमा प्रस्तावित है? यदि हां, तो विवरण दें। Whether proposed simultaneously on the life of spouse and children? If yes, give details	

<b>IX</b>	<b>निपटान विकल्प (सम्बंधित योजना की शर्तों के तहत) / Settlement Option (as per the plan conditions)</b>	2525
	क्या आप "किश्तों में परिपक्वता लाभ लेने के लिए विकल्प" का लाभ उठाना चाहते हैं: Do you wish to avail "Option to take Maturity Benefit in Instalments" :	हां/ना Yes/No
	क्या आप "किश्तों में मृत्यु लाभ लेने का विकल्प" का लाभ उठाना चाहते हैं : Do you wish to avail "Option to take Death Benefit In Instalments" :	हां/नहीं Yes/No
	यदि हां तो कृपया उस परिशिष्ट को भरें जो प्रस्ताव फॉर्म का एक हिस्सा है। If 'Yes', Kindly fill the addendum which forms a part of the proposal form.	

<b>X</b>	<b>सहमति/Consent</b>	
a	क्या आपने लेने हेतु प्रस्तावित योजना के नियमों और शर्तों को पूरी तरह से समझ लिया है? Have you understood fully the terms & conditions of the plan you propose to take?	हां/ना Y/N
b	क्या प्रस्तावित योजना के नियम और शर्तें 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 & 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?	हां/ना Y/N
XI	क्या आप ग्राहक पोर्टल में पंजीकृत हैं Are you registered with LIC Portal: हां/ना Y/N  यदि हां, तो कृपया ग्राहक आई डी दें If yes, give Customer ID _____  यदि नहीं, तो कृपया हमारी वेब पेज <a href="http://www.licindia.in">www.licindia.in</a> पर जाएं और ई-सेवाओं का लाभ उठाने के लिये इस प्रस्ताव के पूरा होने के बाद एलआईसी पोर्टल पर अपना पंजीकरण करें।  If not, Please visit our site <a href="http://www.licindia.in">www.licindia.in</a> 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**

<b>I</b>	<b>व्यक्तिगत स्वास्थ्य / Personal Health</b>		
a	कृपया सही ऊँचाई (से.मी. में) एवं वजन (कि.ग्रा. में) लिखें (जूतों के बगैर) Please state exact height ( in cms) and weight ( in Kgs) ( without shoes)	उंचाई/Height	वजन/Weight
b	क्या आपने पिछले पांच वर्षों के भीतर किसी ऐसी बीमारी के लिये जिसमें एक सप्ताह से अधिक समय तक उपचार की आवश्यकता रही हो, किसी चिकित्सक से परामर्श लिया है। यदि उत्तर हां हैं 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	हां/ना Y/N	हां/ना Y/N
c	क्या आपको कभी सामान्य जांच, देखभाल, उपचार या किसी प्रकार की शल्य चिकित्सा के लिए किसी अस्पताल या नर्सिंग होम में दाखिल किया गया है। यदि उत्तर हां हैं तो पूरा विवरण दीजिए Have you ever been admitted to any hospital or nursing home for general check up, observation, treatment or operation? If yes, give details	हां/ना Y/N	
d	क्या आप पिछले पांच वर्षों के दौरान स्वास्थ्य के आधार पर अपने कार्य से अनुपस्थित रहें? यदि उत्तर हां हैं 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		हां/ना Y/N
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 ailments:		



बीमारियां / Diseases	हां/ना Y/N	बीमारियां / Diseases	हां/ना Y/N
1. फेफड़े / श्वसन रोग / लगातार खांसी, अस्थमा, ब्रॉकाइटिस, निमोनिया, थूक में खून आना आदि Lungs/ Respiratory Disease / Persistent cough, asthma, bronchitis, pneumonia, spitting of blood etc		2. उच्च रक्तचाप, निम्नरक्तचाप, 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 बीमारियां, जिगर, तिल्ली, पित्ताशय या अग्नयाशय / 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, वैरिकोसिल, नालव्रण, वैरिकाज़ नसे, फाइलेरेसिस, सूजाक, उपदंश या कोई अन्य वेनेरल रोग? Hernia/hydrocele, varicocele, fistula, varicose veins, filariasis, gonorrhoea, syphilis or any other venereal disease?	
7. कैंसर/ल्यूकेमिया/लिम्फोमा/ट्यूमर/पुटी कोई अन्य वृद्धि/गांठ रक्त विकार/विस्तृत ग्रंथियां 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 आंखों 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 /गोयट्रे/थायराइड या अन्य अंतः स्रावी विकार हो चुके हैं? Endocrine disorders such as Diabetes, Goitre, Thyroid etc or have you 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 एरेप्शन / 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 ऑपरेशन, 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 हां 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 hospitalized , 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 (हां/नहीं) Fully recovered (Y/N)	अभी भी उपचार चल रहा है (हां/ना) यदि हां उपचार का विवरण दें Still on treatment (Y/N), If Yes give details of treatment	चिकित्स/अस्पताल का नाम और पता Name and address of Doctor/ Hospital

II व्यक्तिगत आदतें Personal Habits			
	क्या आप घूम्रपान करते हैं या आपने कभी घूम्रपान किया है। निम्न का उपभोग करते हैं सेवन किया है। Do you smoke/consume or have you ever smoked/consumed the following (a,b,c)	यदि हां/नहीं, यदि हां तो मात्रा व अवधि Y/N, If yes, quantity consumed and duration	यदि उपयोग बंद किया है कितने माह से If stopped, since how many months
	a. मद्यपान Alcoholic drinks		
	b. नशीले पदार्थ Narcotics		
	c. अन्य कोई मादक द्रव्य, यदि हां हैं, 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 खुशबूदार पान मसाला आदि तक सीमित नहीं हैं) का घूम्रपान करते हैं या आपने कभी घूम्रपान किया है/ का उपभोग करते हैं या किया है (स्टिक/पैकेट आदि प्रति दिन और 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, flavored paan masala, etc.) in the past 60 months. (in sticks /packets/ sachets/day or gms /day)		

III सामान्यतः आपके स्वास्थ्य की स्थिति कैसी रहती हैं? What has been your usual state of health?

IV पारिवारिक विवरण / Family details	
<p>1 क्या आपके माता-पिता, जीवनसाथी, पार्टनर/बच्चे या अन्य कोई सम्बन्धी कभी भी हृदय रोग, स्ट्रोक, उच्च रक्तदाब, मधुमेह, कैंसर, की बीमारी या किसी वंशानुगत रोग, पागलपन या किसी संक्रामक रोग से जैसे क्षय रोग, हैपेटाइटिस, एड्स/एचआईवी आदि से ग्रसित रहे हैं, या मृत्यु हुई है, यदि हां, कृपया उल्लेख करें।</p> <p>(अ) बीमारी का नाम (आ) बीमित व्यक्ति से संबंध (इ) मृत्यु की तिथि / वर्ष</p> <p>Have your parents / spouse / Partner / children and/or any of your relations 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</p> <p>a. Name of the disease b. Relationship with the life to be assured and c. date / year of death</p>	

2 पारिवारिक इतिवृत / 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	<b>केवल महिला प्रस्तावको हेतु/For Female Proponents only</b>				
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 Cesarean section? If so, give details				
d	क्या आपने कभी भी प्रसुती सम्बन्धी बीमारी हेतु किसी प्रकार जांच या इलाज या प्रसुती चिकित्सक की सलाह प्राप्त की है या किसी प्रसुती चिकित्सक से परामर्श किया है (यदि उत्तर हां है, तो पूरा विवरण दीजिए) Have you ever consulted a gynecologist or undergone any investigation, treatment for any gynae ailment? (If yes, give details)				
e	पति का विवरण / Husband's details				
	पति का पूरा नाम/Husband's full Name				
	उनका व्यवसाय / His Occupation				
	उनकी वार्षिक आय / His Annual Income				
f	पति के जीवन बीमा पॉलिसियों से सम्बन्धित जानकारी/Details of Husband's Insurance				
	पालिसी संख्या Policy number	शाखा/मण्डल कार्यालय निजी बीमा कंपनी का नाम जहां से पूर्व पालिसियां 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	प्लान एवं अवधि Plan & Term	पालिसी की वर्तमान स्थिति Present status of the policy

बीमे के लिए प्रस्तावित व्यक्ति के हस्ताक्षर या अंगूठा निशान  
Signature/ thumb impression of the life to be assured

#### अनुभाग IV: घोषणा Section IV: Declaration

##### प्रस्तावक द्वारा घोषणा

##### DECLARATION BY THE PROPOSER

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 की 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।

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, करिदा/मुख्तार अभ्यार्थी या अन्य कोई व्यक्ति जिनके किसी प्रकार के भी हित मुझे जारी की जानेवाली प्रसविदा में निहित है, एतद द्वारा सहमति देते हैं 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।

और मैं इस बात से भी सहमत हूँ कि प्रस्ताव किये जाने की दिनांक के बाद किंतु प्रथम प्रीमियम रसीद जारी होने के पूर्व यदि (1) मेरे व्यवसाय में कोई परिवर्तन हो जाता है या मेरी आर्थिक स्थिति अथवा मेरे या मेरे परिवार के किसी व्यक्ति स्वास्थ्य से संबंधित कोई प्रतिकूल परिस्थिति उत्पन्न हो जाती है अथवा यदि (2) मेरा कोई बीमा प्रस्ताव या पॉलिसी 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 शर्तों 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 तत्काल सूचना प्रेषित करूंगा/करुंगी। 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 केन्द्रिय 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 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 स  
नीचे दिए गए पंजीकृत मोबाईल 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 हैं।

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 ground 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 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 circumstance 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/ E mail 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 number/ 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/Dated at \_\_\_\_\_ तारीख/on the \_\_\_\_\_ माह/day of \_\_\_\_\_ 20

साक्षी के हस्ताक्षर/ Signature of Witness

बीमे के लिए प्रस्तावित व्यक्ति के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान  
Signature or Thumb impression of the life to be assured

नाम/Name \_\_\_\_\_ व्यवसाय/ Occupation \_\_\_\_\_

पता/Address \_\_\_\_\_

1. यह घोषणा प्रपत्र भरने वाले व्यक्ति के द्वारा की जानी चाहिये (प्रस्ताव प्रपत्र में दी गई भाषा के अतिरिक्त किसी अन्य भाषा में यदि प्रपत्र भरा/हस्ताक्षरित किये जाने के सम्बन्ध में या प्रस्तावित व्यक्ति शारीरिक रूप से विकलांग व्यक्ति प्रस्ताव पत्र स्वयं भरने में सक्षम न हो। " मैं एतद द्वारा घोषणा करता हूँ कि मैंने प्रस्तावक को उपरोक्त प्रश्न भलीभांति समझा दिए हैं और उसके द्वारा दिए गए 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 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: \_\_\_\_\_

हस्ताक्षर Signature: \_\_\_\_\_

घोषणाकर्ता का पता/Address of the Declarant: \_\_\_\_\_

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 (Name, Designation, occupation) Mr. / Ms.: \_\_\_\_\_ and I have understood the significance of the proposed contract.

बीमे के लिए प्रस्तावित व्यक्ति के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

Signature or Thumb impression of the life to be assured

2. यदि प्रस्तावक अनपढ़ है तो प्रस्तावक की अंगूठा निशानी, किसी ऐसे प्रतिष्ठित व्यक्ति द्वारा 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 घोषणा करता हूँ कि मैंने प्रस्तावक और / या/ बीमाकर्ता को प्रस्तावपत्र के प्रश्न और अन्य विषय वस्तु का अर्थ ..... भाषा में पूर्णतः समझा दिया है और प्रस्तावक / बीमाकर्ता ने उन्हें भलीभांति समझने के बाद ही प्रस्तावपत्र पर अपना अंगूठा निशान लगाया है।

2. 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.”

हस्ताक्षर Signature: \_\_\_\_\_

घोषणाकर्ता का नाम /Name of the Declarant: \_\_\_\_\_

घोषणाकर्ता का पता/Address of the Declarant: \_\_\_\_\_

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

- 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।
- (1) 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.
- 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, धोखाधड़ी 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, धोखाधड़ी का अर्थ है बीमाधारक या उसके एजेन्टो द्वारा बीमाकर्ता को धोखा देने या बीमाकर्ता को जीवन बीमा पॉलिसी जारी करने के लिए प्रभावित करने के इरादे से किया निम्नालिखित 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;
- धोखाधड़ी के इरादे से उठाया गया कोई अन्य कदम; तथा
- कोई अन्य ऐसा कदम या भूल-चूक जिसे कानून विशेष रूप से धोखाधड़ी मानता हो।

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

- (2) 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.

- उपधारा (2) में कुछ भी निहित होने के बावजूद, कोई भी बीमाकर्ता किसी जीवन बीमा पॉलिसी को धोखाधड़ी 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। धोखाधड़ी के मामले में इसे गलत साबित करने का दायित्व लाभार्थियों पर है अगर पॉलिसीधारक जीवित नहीं है।

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

- (3) 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 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 के 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 व 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 धोखेधड़ी की स्थिति न होने पर, अस्वीकृति की तिथि तक पॉलिसी पर जमा किए गए सभी प्रीमियमों का भुगतान बीमाधारक या बीमाधारक के कानूनी प्रतिनिधि या नामितों या समनुदेशितों को ऐसी अस्वीकृति 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 किया गए जोखिम पर कोई प्रत्यक्ष प्रभाव न हो, यह प्रमाणित करने का दायित्व बीमाकर्ता का होगा कि अगर बीमाकर्ता को स्थापित तथ्य की जानाकारी होती तो वह बीमाधारक को यह जीवन बीमा पॉलिसी जारी नहीं करता।

- (4) 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 उम्र 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 समायोजित किया गया था।
- (5) 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 अंगूठा 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 दे कमीशन का पूर्ण अथवा आंशिक भाग अथवा पॉलिसी में वर्णित प्रीमियम पर कोई छूट नहीं दे सकता सिवाय उस छूट के जो बीमाकर्ता के विवरण पत्र अथवा सूची में प्रकाशित है: बशर्त कि बीमा अभिकर्ता द्वारा स्वयं के जीवन पर स्वयं द्वारा ली गई जीवन बीमा पॉलिसी से संबंधित कमीशन की प्राप्ति को इस उपधारा के अंतर्गत प्रीमियम में छूट की स्वीकृति नहीं माना जाएगा यदि बीमाकर्ता द्वारा ऐसी स्वीकृति निर्धारित शर्तों की संतुष्टि करती है जिसमें यह बताया गया है कि वह बीमाकर्ता द्वारा नियुक्त एक वास्तविक बीमा अभिकर्ता है।

1) 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 दंड दस लाख रुपये तक हो सकता है।

2) 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 जिनका जीवन बीमा कराया जाना के हस्ताक्षर या अंगूठा निशान

Signature/ thumb impression of the life to be assured

अभिकर्ता के 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 दिया जाए।  
(To be furnished by the Life Assured)

**प्रस्ताव संख्या / 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) : 5 / 10 / 15
2. क्या निपटान विकल्प (परिपक्वता हितलाभ के लिए) आंशिक राशि हेतु अपेक्षित है, : लाभ प्राप्ति की राशि पूर्ण / आंशिक  
यदि आंशिक में, तो हितलाभ प्राप्ति की राशि / प्रतिशत निर्दिष्ट करें :

पूर्ण राशि .....

हितलाभ आय का प्रतिशत .....

2. Whether Settlement Option (for Maturity Benefit) is required for: Full / Part of the benefit proceeds  
If in part, specify the amount/ percentage of the benefit proceeds:

Absolute amount: .....

Percentage of benefit proceeds: .....

3. किस्त 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 किस्त 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.

किस्त भुगतान की विधि Mode of Instalment payment	न्यूनतम किस्त राशि (रु.) Minimum Instalment amount (Rs)
मासिक Monthly	रु./ Rs. 5,000/-
त्रैमासिक Quarterly	रु./Rs. 15,000/-
अर्धवार्षिक Half-Yearly	रु./Rs. 25,000/-
वार्षिक Yearly	रु./Rs. 50,000/-

दिनांक और स्थान /Date & Place :

बीमे के लिए प्रस्तावित व्यक्ति जिनका जीवन बीमा कराया जाना के हस्ताक्षर या अंगूठा निशान  
Signature / Thumb impression of the Life Assured

बीमित व्यक्ति का नाम  
Name of Life Assured

**किस्तों 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**  
 (To be furnished by the Life Assured )

**प्रस्ताव संख्या Proposal No.**

क्या आप प्रस्ताव के तहत किस्तों 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 करे :  
 If yes, please Tick/Strikeout (if not applicable) the following:

1. किस्तों 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): 5 / 10 / 15

क्या किस्तों में मृत्यु लाभ लेने का विकल्प आवश्यक है : लाभ प्राप्ति की राशि का पूर्ण / आंशिक यदि आंशिक में, लाभ प्राप्ति की राशि /प्रतिशत निर्दिष्ट करें

पूर्ण राशि : .....

लाभ आय का प्रतिशत .....

2. Whether Option to take Death Benefit in Instalments is required for: Full / Part of the benefit proceeds  
 If in part, specify the amount/ percentage of the benefit proceeds:

Absolute amount : .....

Percentage of benefit proceeds : .....

3. किस्त 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 किस्त 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.

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

दिनांक और स्थान /Date & Place :

बीमे के लिए प्रस्तावित व्यक्ति जिनका जीवन बीमा कराया जाना के हस्ताक्षर या अंगूठा निशान  
 Signature / Thumb impression of the Life Assured

बीमित व्यक्ति का नाम  
 Name of Life Assured





5 पारिवारिक इतिहास Family history:

संबंध Relationship	जीवित LIVING		मृत DEAD	
	उम्र (वर्ष) Age (Yrs)	स्वास्थ्य स्थिति State of health	मृत्यु के समय आयु Age at death (Yrs)	मृत्यु का कारण Cause of death
पिता Father				
माता Mother				
भाई Brother				
बहन Sister				
पत्नी/पति Wife/Husband				
पुत्र Son				
पुत्री Daughter				

5 A) जीवन साथी का विवरण Spouse details:

नाम Name	व्यवसाय Occupation	वार्षिक आय Annual Income

6. आवश्यकता आंकलन Need Analysis:

कुल वार्षिक आय Total Annual Income \_\_\_\_\_

बकाया देनदारी Outstanding Liabilities; \_\_\_\_\_

i) संरक्षित ऋण Secured Loan \_\_\_\_\_

ii) असंरक्षित ऋण Non-secured Loan \_\_\_\_\_

आयु और आय के आधार पर वर्तमान नियमानुसार अधिकतम बीमा दिया जा सकता है :

Based on his age and income, the maximum Insurance that can be granted as per existing rule is :

आयु समूह Age Group	औसत वार्षिक आय के गुणक में Multiple of Avg Annual Income
35 वर्ष तक Up to 35 years	25 गुना 25 times
36 से 45 वर्ष 36 to 45 years	20 गुना 20 times
46 से 55 वर्ष 46 to 55 years	15 गुना 15 times
56 वर्ष तथा अधिक 56 years and above	10 गुना 10 times

अधिकतम बीमा देय  
Maximum Allowable Insurance:

7. a.) बीमा का उद्देश्य (सही बॉक्स को चिह्नित करें) Object of Insurance: (Tick appropriate box/es)

शुद्ध जोखिम सुरक्षा Pure Risk Cover	<input type="checkbox"/>	बचत के साथ जोखिम सुरक्षा Risk Coverage with savings
धन वापसी के साथ जोखिम सुरक्षा Money back with Risk Cover	<input type="checkbox"/>	सुनिश्चित रिटर्न के साथ जोखिम सुरक्षा Secured Return with Risk Cover
मार्केट लिंकड रिटर्न के साथ जोखिम सुरक्षा Market linked Return with Risk cover	<input type="checkbox"/>	पेंशन / वार्षिकी Pension/ Annuity
स्वास्थ्य सुरक्षा Health Cover	<input type="checkbox"/>	बच्चों के लिए उपयुक्त Suitable for children
अन्य Others	<input type="checkbox"/>	

7.b.) जोखिम प्रोफाइल Risk Profile:

मध्यम संरक्षित Conservative to Moderate	<input type="checkbox"/>	उग्र Aggressive	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------	--------------------------

7.c.) आप किस प्रकार प्रीमियम का भुगतान करेंगे? How would you like to pay your premiums?

एकमुश्त (एकल प्रीमियम) Lumpsum (Single Premium)	<input type="checkbox"/>	नियमित किश्तों में (नैर एकल प्रीमियम) Regular Installments ( Non-single premium)	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	---	--------------------------

7.d.) इस निवेश के लिए समय अवधि Time frame for this investment?

3-5 वर्ष पश्चात After 3 - 5 Yrs	<input type="checkbox"/>
6-11 वर्ष पश्चात After 6 - 10 Yrs	<input type="checkbox"/>
11-15 वर्ष पश्चात After 11 - 15 Yrs	<input type="checkbox"/>
16-20 वर्ष पश्चात After 16 - 20 Yrs	<input type="checkbox"/>
21 वर्ष या अधिक वर्ष पश्चात After 21 Yrs or More	<input type="checkbox"/>
केवल मृत्यु पश्चात After Death only	<input type="checkbox"/>

(यदि उपरोक्त के अतिरिक्त कोई, कृपया स्पष्ट करें) ( If other than above, please specify )

8. बीमा उद्देश्य के संबंध में बीमा योजनाओं का वर्गीकरण : Categorization of Plans in relation to object of Insurance;

शुद्ध जोखिम सुरक्षा Pure Risk Cover	बचत के साथ जोखिम सुरक्षा Risk Coverage with savings	धन वापसी के साथ जोखिम सुरक्षा Money back with Risk Cover	सुरक्षित रिटर्न के साथ जोखिम सुरक्षा Secured Return with Risk Cover
	संरक्षित से मध्यम Conservative to Moderate	संरक्षित से मध्यम Conservative to Moderate	संरक्षित से मध्यम Conservative to Moderate
टेक टर्म Tech Term	न्यू एंडोमेंट योजना New Endowment Plan	न्यू बीमा बचत New Bima Bachat	न्यू बीमा बचत New Bima Bachat
जीवन अमर Jeevan Amar	न्यू जीवन आनंद New Jeevan Anand	न्यू मनी बैक 20 वर्ष New Money Back - 20 yrs	जीवन शिरोमणि Jeevan Shiromani
न्यू जीवन मंगल New Jeevan Mangal	न्यू बीमा बचत New Bima Bachat	न्यू मनी बैक 25 वर्ष New Money Back - 25 yrs	बीमा श्री Bima Shree
भाग्य लक्ष्मी Bhagya Lakshmi	एकल प्रीमियम एंडोमेंट योजना Single Premium Endowment Plan	न्यू चिल्ड्रेन मनी बैक योजना New Children's Money Back Plan	
	न्यू मनी बैक 20 वर्ष New Money Back - 20 yrs	जीवन तरुण Jeevan Tarun	
	न्यू मनी बैक 25 वर्ष New Money Back - 25 yrs	जीवन उमंग Jeevan Umang	
	जीवन लक्ष्य Jeevan Lakshya	बीमा श्री Bima Shree	
	जीवन लाभ Jeevan Labh		
	आधार स्तंभ Aadhaar Stambh		
	आधार शिला Aadhaar Shila		
	जीवन उमंग Jeevan Umang		
	जीवन शिरोमणि Jeevan Shiromani		
	बीमा श्री Bima Shree		
	माइक्रो बचत Micro Bachat		

मार्केट लिंक्ड रिटर्न के साथ जोखिम सुरक्षा Market linked Return with Risk cover	पेंशन/वार्षिकी Pension/ Annuity	स्वास्थ्य सुरक्षा Health Cover	बच्चों के लिए उपयुक्त Suitable for children
उच्च रिटर्न Aggressive	सीमित से मध्यम Conservative to Moderate	सीमित से मध्यम Conservative to Moderate	सीमित से मध्यम Conservative to Moderate
न्यू एंडोमेंट प्लस New Endowment plus	जीवन शांति Jeevan Shanti	जीवन आरोग्य Jeevan Arogya	न्यू चिल्ड्रेन मनी बैक योजना New Children's Money Back Plan
	जीवन निधि Jeevan Nidhi	कैंसर सुरक्षा Cancer Cover	जीवन तरुण Jeevan Tarun
			न्यू एंडोमेंट योजना New Endowment Plan
			न्यू बीमा बचत New Bima Bachat
			सिंगल प्रीमियम एंडोमेंट योजना Single Premium Endowment Plan
			न्यू मनी बैक 20 वर्ष New Money Back - 20 yrs
			न्यू मनी बैक 25 वर्ष New Money Back - 25 yrs
			जीवन लाभ Jeevan Labh
			आधार स्तंभ Aadhaar Stambh
			आधार शिला Aadhaar Shila
			जीवन उमंग Jeevan Umang
			बीमा श्री Bima Shree

मैंने, ..... (नाम) बीमा योजना के चयन का आधार, प्रीमियम तथा पॉलिसी के लिए अन्य प्रभाव प्रस्तावक/ पॉलिसीधारक को पूरी तरह से स्पष्ट कर दिए हैं।

I, ..... (name), have explained the basis for selection of plan, premiums and charges under the policy fully to the prospect/policyholder.

स्थान Place:

दिनांक Date:

अधिकर्ता/मध्यस्थ के हस्ताक्षर  
Signature of Agent / Intermediary

मैंने, ..... (नाम), उपरोक्त के संबंध में जानकारी प्राप्त हुई है, मैंने संविदा से पूर्व चयनित उत्पाद को समझ लिया है। मेरे द्वारा चयनित योजना का विवरण निम्नानुसार है।

I, ..... (name), having received the information with respect to the above, have understood the selection of product before entering into this contract. My preferred plan details are as following;

तालिका संख्या Table No	योजना का नाम Plan Name	अवधि Term
बीमा धन Sum Assured	भुगतान विधि Mode	प्रीमियम Premium

स्थान Place:

दिनांक Date:

प्रस्तावक के हस्ताक्षर Signature of prospect

Signature of Agent/Intermediary

9. चयनित उत्पाद **PRODUCT CHOSEN:**

तालिका संख्या Table No	योजना का नाम Plan Name	अवधि Term
बीमाघन Sum Assured	भुगतान विधि Mode	प्रीमियम Premium

9. a. यदि युलिप प्रस्तावित है तो, आबंटन प्रभार If **ULIP** is proposed, allocation charges;

प्रथम वर्ष 1 <sup>st</sup> year	द्वितीय वर्ष 2 <sup>nd</sup> Year	तृतीय वर्ष 3 <sup>rd</sup> Year onwards
---------------------------------	-----------------------------------	---

9. b. अन्य प्रभार जो यूनिट निरस्तीकरण पर लिए जाएंगे Other charges which will be levied by cancelling UNIT's;

लाइफ सुरक्षा प्रभार % Life Cover Charges %	पॉलिसी प्रबंधन प्रभार Policy Administration charges	फंड प्रबंधन प्रभार Fund Management Charges
--	---	--

9.c. यदि वार्षिकी/पेंशन का चयन किया गया है, If **Annuity/Pension** is opted;

प्रतिवर्ष वार्षिकी का लक्ष्य Target Annuity per Annum	प्रतिवर्ष वार्षिकी का लक्ष्य Target Annuity per Annum		राशि Amount	
	अविलम्बित वार्षिकी Immediate Annuity	विलम्बित वार्षिकी Deferred Annuity	विलम्बित अवधि Deferment Period	राशि Amount

10. क्या वर्तमान प्रस्ताव सहित कुल बीमा राशि आय के अनुरूप तर्कसंगत है?

Is total insurance added to the present proposal reasonable in relation to income?

आवेदन के समय आपकी व्यक्तिगत स्थिति से संबंधित तथा आपकी उत्पाद के विषय में जानकारी जिसके आप आवेदन कर रहे हैं से संबंधित प्रश्न किए गए हैं। यह जानकारी किसी अन्य उद्देश्य से प्रयोग नहीं की जाएगी और गोपनीय रखी जाएगी।

The questions above pertain to your personal condition at the time of application and to your understanding of the features of the product for which you are applying. This information will not be used for any other purpose and will remain confidential.

यदि आप प्रश्नावली भरने के लिए इच्छुक नहीं हैं तो कृपया निम्नलिखित कथन पढ़ें, दिनांक सहित हस्ताक्षरित करें और बीमा प्रस्ताव के साथ इसे वापिस करें।

If you do not wish to fill up the Questionnaire, please read the following statement, sign, date and return this form with your proposal for Insurance.

बीमा उपयुक्तता प्रश्नावली भरने की छूट  
Waiver of Insurance Suitability Questionnaire

मैं उपर्युक्त प्रश्नों का उत्तर नहीं दूंगा/दूंगी, और मैं अपने लिए प्रस्तावित बीमा पॉलिसी के संबंध में पूरी जिम्मेदारी लेता /लेती हूँ।

I will not answer the questions above, and I take full responsibility for determining the proposed Insurance Plan for myself.

दिनांक Date: \_\_\_\_\_

स्थान Place : \_\_\_\_\_

प्रस्तावक के हस्ताक्षर  
Signature of the Prospect

Addendum to Proposal Form 300

Section IV: Declaration

DECLARATION BY THE PROPOSER

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 / 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 the 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/ E mail 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 number/ 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

Dated at \_\_\_\_\_ on the \_\_\_\_\_ day of \_\_\_\_\_ 20\_\_

Signature of Witness:  
Name \_\_\_\_\_

Occupation \_\_\_\_\_

Address \_\_\_\_\_

Signature or Thumb impression of the life to be assured

**LIFE INSURANCE CORPORATION OF INDIA**  
**Novel Coronavirus(Covid-19)Questionnaire ( Revised version-5)**  
 (To be completed by life to be assured / Proposer in case of minor life)

Name of the life to be assured:

Proposal No:

I	Is life to be assured currently residing outside India, If Yes please give a. Name of Country b. Date of Travel c. Since when	
II	Has life to be assured any plan to visit any foreign country till 31.12.2020 . If yes , a. Name of the country/ Countries b. Date of journey( to and fro) c. Duration of stay	
III	Have you travelled abroad in the past 14 days? If yes please give the following a. Name of the country/ Countries b. Date of Return to India c. Duration of stay	
IV	Is life to be assured, or has life to be assured been in close contact with anyone who has been quarantined or who has been diagnosed with Covid-19 within last 14 days ? If yes , please give details.	
V	Has life to be assured experienced any of the symptoms (for more than 5 days) such as any fever, Cough, Shortness of breath, Malaise (flu-like tiredness), Rhinorrhea (mucus discharge from the nose), Sore throat, Gastro-intestinal symptoms such as nausea, vomiting and/or diarrhoea, Chills, Repeated shaking with chills, Muscle pain, Headache, Loss of taste or smell within last 14 days. If Yes , provide all investigation and treatment details.	
VI	a. Are you a Health Care Worker b. If yes please provide details of service / nature of duties . c. Whether enrolled as Corona warrior or working in Hospital/ clinic with novel coronavirus (SARS-CoV-2/COVID-19) ward/unit or treating/ in contact with Covid-19 infected individuals. If yes, provide details d. Whether there is any symptoms as mentioned in point V. e. Whether Tested for Covid -19 . If yes Report of the same Health Care worker (HCW): Includes Doctors, General Practitioners, Hospital Doctors, Surgeons, Therapists, Nurses, Pathologist, paramedics, Pharmacist, Ward helpers, Individuals working in Hospitals/ Clinics	
VII	Has life to be assured ever been diagnosed with Covid-19 , If yes a. Date of diagnosis b. Name of hospital where life to be assured was admitted and treated for Covid-19. c. Date of discharge after fully cured. Please submit discharge summary, all investigation reports including all Covid-19 reports .	
VIII	Any other Information related to above (additional information can be given on a separate sheet )	

Declaration: I confirm that the answers I have given are, to the best of my knowledge, true, and that I have not withheld any material information that may influence the assessment or acceptance of this proposal. I agree that this form will constitute part of my proposal for insurance(s) and that failure to disclose any material fact known to me may invalidate my insurance(s).

Date &amp; Place

Signature of life to be assured/ Proposer