

फोटो
Photo



LIC

भारतीय जीवन बीमा निगम
LIFE INSURANCE CORPORATION OF INDIA

(जीवन बीमा निगम अधिनियम 1956 द्वारा संस्थापित)
(Established by the Life Insurance Corporation Act, 1956)

फार्म नं.300/F. No. 300 (Rev. 2002)

स्वजीवन बीमा प्रस्ताव पत्र PROPOSAL FOR INSURANCE ON OWN LIFE
(अवयस्कों के बीमा के लिए इसका उपयोग न करें/Not to be used for Insurance on the Lives of minors)

Inward Number
आवक सं.

Date
दिनांक

अभिकर्ता द्वारा भरने के लिए/ To be filled in by the Agent :		कार्यालय हेतु/For Office use :	
मण्डल कार्यालय : दिल्ली मण्डल I Divisional Office : Delhi Division I	शाखा का. : Branch Off.:	प्रस्ताव क्रमांक Proposal No. :	
अभिकर्ता/मु.जी.बी.स. का नाम Agent's/CLIA's Name :	वि.अ.सं. : Code No. :	जमा राशि Amt. of Deposit :	
लाइसेंस नं. Licence No. :	समाप्ति तिथि : Date of Exp. :	बी.ओ.सी. सं. B.O.C. No. :	
		दिनांक Date :	

(सभी उत्तर स्पष्ट लिखने चाहिये । उत्तर शब्दों में देने चाहिये । रेखा, बिन्दु या अन्य किसी प्रकार के चिन्ह उत्तर के रूप में स्वीकार नहीं किये जायेंगे ।
(All Answers to be filled in legibly, Answers must be given in words, Stroke of the pen or dots or dashes will not be accepted as replies.)

1. (IN BLOCK LETTERS)	पूर्ण नाम (कुलनाम प्रथम) एवं पता जिसमें पत्राचार किया जायेगा । (Full Name (Surname first) and Address to which communication are to be sent.)				बीमे का उद्देश्य Object of Insurance			
					जन्म स्थान Place of Birth			
					राष्ट्रीयता/Nationality		लिंग/Sex	
					अधिकृत आयु प्रमाण पत्र का विवरण Nature of Age-proof submitted			
	दूर. : घर Tel.: Res.	का./Off. मो./Mob.	पिन PIN	एस.टी.डी. कोड S.T.D. CODE				
2A.	निवास पता (अगर उल्लिखित से अलग हो ।) Residential address, if different from above.				आयु (निकटतर वर्षगांठ पर) Age (nearer birthday)		जन्म तिथि/Date of Birth	
	ई-मेल E-mail :		पिन कोड PIN CODE		वर्ष Yrs.			
	संक्षिप्त नाम Short Name			पिता का पूरा नाम (कुलनाम प्रथम)/Father's Full Name (Surname first)				
2B.	नामित व्यक्ति का पूरा नाम (कुलनाम प्रथम) एवं पता Nominee's Full Name (Surname first) and Address				आयु Age	आप से सम्बन्ध Relationship to yourself		
	अगर नामित व्यक्ति अवयस्क है, तो नियुक्त व्यक्ति का पूरा नाम एवं पता If Nominee is a Minor, Appointee's Full Name and Address				आयु Age	नामित व्यक्ति के साथ रिश्ता Relationship to Nominee		
	सहमति के स्वरूप में नियुक्त व्यक्ति के हस्ताक्षर Signature of Appointee as token of consent							
3.	बीमा योजना एवं अवधि Plan & Term	प्रस्तावित बीमा राशि Sum Proposed	टर्म राइडर बीमा धन (यदि आवश्यक हो) Term Rider Sum Proposed (If reqd.)	गंभीर रोग प्रस्तावित बीमा धन (यदि आवश्यक हो) Critical illness Sum Proposed (If reqd.)	क्या दुर्घटना हितलाम की आवश्यकता है। Is Accident Benefit Required	दिनांक यदि पालिसी का प्रारम्भ पिछली तिथि से चाहते हैं If policy is to be dated back indicate date	जमा राशि Amount Deposited	
	भुगतान विधि (वार्षिक, छःमाही, तिमाही, मासिक या वे. व. यो.)/Mode (Yearly, Half Yly., Quarterly, Monthly or under SSS)		भुगतान प्राधिकार कोड Paying Authority Code	विभाग क्र. Deptt. No.	बैज अथवा वे. क्र. Badge or S. R. No.			
4A.	वर्तमान व्यवसाय/पेशा/Present Occupation				कार्य की वास्तविक प्रकृति/Exact Nature of Duties			
4B.	वर्तमान नियोक्ता का नाम/Name of present employer				उसके साथ सेवा की अवधि/Length of Service with him			
5.	शैक्षणिक योग्यता Educational Qualification	वार्षिक आय रु. Annual Income Rs.	आय के साधन Source of Income		क्या आप आयकर दाता हैं ? Are you an Income Tax Assessee?			
6.	यदि आप जल/थल/वायु सेना के कर्मचारी हैं तो कृपया निम्न का उल्लेख करें : If you are employed in the Armed Forces, please state.							
	सेना के (किंग) जिससे आप सम्बन्धित हैं Wing to which you belong	पद (रैंक) Rank therein	विगत स्वास्थ्य परीक्षा की तिथि Date of last Medical Examination	स्वास्थ्य परीक्षा के बाद स्वास्थ्य श्रेणी Medical category after medical examination	क्या आप कभी श्रेणी ए-1 के नीचे स्तर पर रहे हैं यदि हां तो कब।/ Were you ever below A-1 category? If so, when?			

11.	वैयक्तिक इतिवृत/Personal History	उत्तर हां या नहीं में दीजिए Answer 'Yes' or 'No'	यदि उत्तर हां में तो पूरा विवरण दीजिए If 'Yes' Please give full details
(क)	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 किया है? (a) During the last five years did you consult a Medical Practitioner for any ailment requiring treatment for more than a week?		
(ख)	क्या आप को कभी जांच देखभाल, उपचार या किसी प्रकार की शल्य चिकित्सा के लिए किसी अस्पताल या सेवा गृह में दाखिल किया गया है। (b) Have you ever been admitted to any hospital or nursing home for general check-up, observation, treatment or operation?		
(ग)	क्या आप पिछले पांच वर्षों के दौरान स्वास्थ्य के आधार पर अपने कार्य से अनुपस्थित रहे हैं? (c) Have you remained absent from place of work on grounds of health during the last 5 years?		
(घ)	क्या आप जिगर, पेट, हृदय, फेफड़े, गुर्दा मस्तिष्क एवं स्नायुमण्डल संबंधित किसी रोगों से कभी पीड़ित रहे हैं या इस समय पीड़ित हैं? (d) Are you suffering from or have you ever suffered from ailments pertaining to Liver, Stomach, Heart, Lungs, Kidney, Brain or Nervous system?		
(ङ)	क्या आप मधुमेह, क्षय, उच्च या निम्न रक्त चाप, नासूर, निरगी, आंत उत्तरना, पोतो का बढ़ना, कोढ़ एवं किसी अन्य रोग से पीड़ित रहे हैं या इस समय पीड़ित हैं? (e) Are you suffering from or have you ever suffered from Diabetes, Tuberculosis, High-Blood Pressure, Low Blood Pressure, Cancer, epilepsy, Hernia, Hydrocele, Leprosy or any other disease?		
(च)	क्या आपकी शारीरिक बनावट में कोई बूटी या दोष है? (f) Did you have any bodily defect or deformity?		
(छ)	क्या आप कभी दुर्घटनाग्रस्त हुये हैं या आपको चोट लगी है? (g) Did you ever have any accident or injury?		
(ज)	क्या आप निम्नलिखित का सेवन करते हैं या कभी किया है? / (h) Do you use or have you ever used? (i) शराब/ Alcoholic drinks (ii) मादक द्रव्य / Narcotics (iii) कोई अन्य नशीली वस्तु / Any other drug (iv) तम्बाकू किसी भी रूप में/ Tobacco in any form	i) ii) iii) iv)	
(झ)	सामान्यतः आपके स्वास्थ्य की स्थिति कैसी रही है? (i) What has been your usual state of health?		
(ण)	क्या आपको कभी 'यकृत शोथ (हेपेटाइटिस बी) या एडस से सम्बन्धित चिकित्सा जांच, सलाह अथवा उपचार प्राप्त किया है अथवा वर्तमान में प्राप्त कर रहे हैं/करा रहे हैं। (j) Have you ever received or at present availing /undergoing medical advice, treatment or tests in connection with Hepatitis B or AIDS related condition?		
12.	बिना चिकित्सा मामलों में कृपया सही ऊंचाई सेंटीमीटर में एवं वजन किग्रा में लिखें। (बिना जूते) In Non-Medical cases, please state exact Height in Cms. and Weight in Kgs. (Without shoes)	ऊंचाई Height	वजन Weight
स्त्री बीमार्थी के लिए FOR FEMALE PROPONENT			
13A	क्या आप गर्भवती हैं ? Are you Pregnant now?	पिछले प्रसव की तिथि लिखिए Date of Last Delivery	क्या आपको कभी गर्भपात या गर्भश्राव या सिजेरियन हुआ था? यदि हां तो विवरण दीजिए Have you had any abortion or miscarriage or caesarian section? If So, give details
13B	पति का पूरा नाम/Husband's Full Name	उनका व्यवसाय/His Occupation	उनकी वार्षिक आय/His Annual Income
13C	पति के बीमे से सम्बन्धित विवरण/Details of Husband's Insurance		
	पॉलिसी संख्या Policy Number .	बीमा कम्पनी का नाम एवं पता जहां से पालिसी या पालिसियों ली गई हैं (यदि एलआईसी से ली गई हो तो शाखा /म.का. का नाम दें)/Office of the Corporation & Office of the other insurer from where the previous policy /policies have been purchased with address. If previous policies are from LIC of India, give Name of Br./DO.	बीमा धन Sum Assured
			तालिका व अवधि Table & Term
			पॉलिसी की वर्तमान स्थिति Present Status of the Policy
14	क्या आप ने आपके द्वारा ली जाने वाली योजना सम्बंधी नियमों एवं शर्तों को पूर्ण रूप से समझ लिया है। Have you understood fully the terms & conditions of the plan you propose to take?		"हां" या "ना" Yes / No

'प्रस्तावक द्वारा घोषणा' DECLARATION BY THE PROPOSER

मैं.....जिसे इसमें जीवन बीमा के लिए प्रस्तावित किया गया है, एतद्वारा घोषित करता/करती हूँ कि उपरोक्त प्रकथन एवं उत्तर मेरे द्वारा प्रश्नों को पूरी तरह समझ लेने के बाद दिये गये हैं और वह सही है तथा प्रत्येक विवरण पूर्ण है और मैंने कोई सूचना छिपाई नहीं है। मैं एतद्वारा इस बात से सहमत हूँ और घोषित करता/करती हूँ कि ये प्रकथन और यह घोषणा मेरे एवं भारतीय जीवन बीमा निगम के मध्य बीमा अनुबंध के आधार होंगे और यदि इनमें कोई असत्य कथन पाया जायेगा तो यह अनुबंध पूर्णरूपेण रद्द एवं विफल हो जाएगा तथा इस सम्बन्ध में चुकाई गई समस्त धनराशि निगम द्वारा जब्त कर ली जायेगी।

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 absolutely null and void and all moneys which shall have been paid in respect thereof shall stand forfeited to the Corporation.

किसी प्रचलित कानून, रीति रिवाज, रस्म या प्रथा के कारण किसी चिकित्सक, अस्पताल और/या गोपनीयता के आधार पर मेरे स्वास्थ्य या नौकरी से सम्बन्धित किसी जानकारी या सूचना के प्रकट करने पर प्रतिबंध होते हुए भी मैं मेरे उत्तराधिकारी, वसीयती प्रबंधकर्ता, कारिरन्द/मुख्तार, अभ्यर्थी अथवा अन्य कोई व्यक्ति जिनके किसी प्रकार के भी हित मुझे जारी की जाने वाली पालिसी प्रसविदा में निहित है, एतद्वारा सहमत देते हूँ कि ऐसे व्यक्ति या संस्थान जिनके पास इस प्रकार की कोई सूचना हो, वे भारतीय जीवन बीमा निगम को ऐसी सभी सूचना देने के लिए स्वतंत्र होंगे।

Notwithstanding the provision of any law, usage, custom or convention for the time being in force prohibiting any doctor, hospital and/or employer from divulging any knowledge or information about me concerning my health or employment on the grounds of secrecy. 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.

और मैं इस बात से भी सहमत हूँ कि प्रस्ताव किये जाने की तिथि के बाद किन्तु 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 के स्वास्थ्य से सम्बन्धित कोई विपरीत 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 (Lien) के आधार पर स्वीकृत किया जाता है अथवा प्रस्तावित शर्तों के अलावा स्वीकार किया जाता है तो मैं बीमा स्वीकार किये जाने सम्बन्धी शर्तों पर पुनर्विचार करने के लिए इस सम्बन्ध में निगम को लिखत रूप से तत्काल सूचना प्रेषित करूँगा/करूँगी। मेरी ओर से सूचना प्रेषित करने में किसी प्रकार की असावधानी होने पर यह बीमा रद्द हो जायेगा और इसके लिए चुकाई गई धनराशि निगम जब्त कर लेगा।

And I further agree that if after the date of submission of the proposal but before the issue of the 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 policy on my life made to any office of the Corporation has been withdrawn or dropped, deferred or accepted at an increased premium or subject to 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 assurance invalid and all moneys which shall have been paid in respect thereof shall stand forfeited to the Corporation.

स्थान/ Dated at.....दिनांक/on the.....माह/day of.....20

साक्षी के हस्ताक्षर/Signature of Witness.....

व्यवसाय/Occupation.....

पता/Address.....

बीमे के प्रस्तावित व्यक्ति के हस्ताक्षर या अंगूठा निशान

Signature or thumb impression of the Person on whose life is proposed to be assured

(1) फार्म भरने वाले व्यक्ति द्वारा घोषणा (यदि उल्लिखित उत्तर एवं/या हस्ताक्षर हिन्दी/अंग्रेजी के अतिरिक्त अन्य किसी भाषा में किए गए हैं)
Declaration by the person filling the form (in case form is filled up / signed in a language different from that of the proposal form)
घोषणाकर्ता का नाम एवं पता Declarant's Name & Address

(1) मैं एतद्द्वारा घोषित करता /करती हूँ कि मैंने प्रस्तावक को उपरोक्त प्रश्न भलीभाँति समझा दिये हैं और उसके द्वारा दिये गये उत्तरों को ही सच सच लिखा है
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.

हस्ताक्षर/Signature.....

मैं प्रमाणित करता हूँ कि श्री/श्रीमती..... (पद/व्यवसाय सहित) द्वारा फार्म तथा अन्य दस्तावेजों के विषय सामग्री मुझे भली भाँति समझा दिया गया है तथा मैंने प्रस्तावित अनुबंध की महत्ता को समझ लिया है।

I Certify that the content of the form and documents have been fully explained to me by (Name, designation, occupation) Mr. /Mrs. and I have understood the significance of the proposed contract.

(2) यदि प्रस्तावक अनपढ़ है। In Case the Proposer is illiterate:
प्रस्तावक की अंगूठा निशानी किसी ऐसे प्रतिष्ठित व्यक्ति द्वारा जिसकी पहचान सरलता से हो सकती हो और जो निगम से सम्बन्धित न हो, प्रमाणित की जानी चाहिए।
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.
घोषणाकर्ता का नाम एवं पता Declarant's Name & Address

(2) मैं एतद्द्वारा घोषित करता /करती हूँ कि मैंने प्रस्तावक को प्रस्ताव पत्र के विषय वस्तु का अर्थ (भाषा).....में समझा दिया है और प्रस्तावक ने उन्हीं भलीभाँति समझने के बाद ही प्रस्ताव पत्र पर अपना अंगूठा निशान लगाया है।
I hereby declare that I have fully explained the above questions and contents of this Form to the Proposer in.....language and that the proposer has affixed the thumb impression above after fully understanding the contents thereof.

बीमे के प्रस्तावित व्यक्ति के हस्ताक्षर या अंगूठा निशान

Signature or thumb impression of the Person on whose life is proposed to be assured

हस्ताक्षर/Signature

बीमा अधिनियम 1938 की धारा 45 (सारांश) SUMMARY OF SECTION 45 OF INSURANCE ACT, 1938

पॉलिसी प्रभावी होने के दो वर्ष के पश्चात जीवन बीमा को किसी भी पॉलिसी पर बीमाकर्ता द्वारा इस आधार पर प्रश्नचिन्ह नहीं लगाया जाएगा कि बीमा प्रस्ताव या चिकित्सा अधिकारी या एग्नेंटी या बीमित के मित्र की रिपोर्ट में या अन्य किसी दस्तावेज जिसके आधार पर पॉलिसी जारी हुई, में कोई बयान गलत या असत्य था। जब तक बीमाकर्ता ये न साबित करे कि उन्हें बताना महत्वपूर्ण/तात्विक था और पॉलिसी धारक द्वारा वह बयान कपटतापूर्वक दिया गया था और पॉलिसी धारक को बयान देते समय यह मालूम था कि वह बयान असत्य है या वह बयान उन महत्वपूर्ण तथ्यों को छुपाता है जिनका बताया जाना आवश्यक, महत्वपूर्ण तथा तात्विक था।

टिप्पणी : महत्वपूर्ण का अर्थ - महत्वपूर्ण का अर्थ ये समावेश करता है कि, समस्त महत्वपूर्ण, आवश्यक, सम्बन्धित सूचनाएं, जो निगम द्वारा जोखिम के आकलन करने से सम्बन्धित हों।
No policy of life insurance shall, after the expiry of two years from the date on which it was effected, be called in question by an insurer on the ground that a statement made in the proposal for insurance or in any report of a medical officer, or referee, or friend of the insured, or in any other document leading to the issue of the policy, was inaccurate or false, unless the insurer shows that such statement was on a material matter or suppressed facts which it was material to disclose and that it was fraudulently made by the policyholder and that the policyholder knew at the time of making it that the statement was false or that it suppressed facts which it was material to disclose.

Note : "Material" shall mean and include all important, essential and relevant information in the context of underwriting the risk to be covered by the Corporation.

बीमा अधिनियम 1938 की धारा 41 (सारांश) INSURANCE ACT 1938 UNDER SECTION 41 (SUMMARY)

(1) किसी व्यक्ति को, किसी भी व्यक्ति द्वारा नई पॉलिसी लेने पर या जारी रखने पर, जिसमें भारत में स्थित सम्पत्ति या जीवन का जोखिम निहित हो, प्रत्यक्ष या अप्रत्यक्ष रूप से देय कमीशन या उसके किसी भाग को प्रीमियम राशि में छूट देने का या प्रलोभन का प्रस्ताव देने की अनुमति नहीं है। न ही नयी पॉलिसी लेने वाला या जारी रखने वाला व्यक्ति बीमाकर्ता द्वारा प्रकाशित तालिका में देय छूट के अतिरिक्त अन्य किसी भी प्रकार की छूट स्वीकार करे।

अभिकर्ता/मुख्य जीवन बीमा सलाहकार द्वारा अपने जीवन पर ली गयी पॉलिसी पर कमीशन को छूट नहीं माना जायेगा यदि प्रस्ताव स्वीकृति के समय अभिकर्ता/मुख्य जीवन बीमा सलाहकार निर्धारित शर्तों को पूरा करते हुये बीमाकर्ता द्वारा नियुक्त प्रमाणिक बीमा अभिकर्ता/मुख्य जीवन बीमा सलाहकार हो।

(2) कोई भी व्यक्ति उपरोक्त प्रावधान का उल्लंघन करते हुए पाये जाने पर 500 रु तक की जुर्माना राशि से दण्डित किया जा सकता 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 prospectuses or tables of the insurer.

Provided that acceptance by an insurance agent/CLIA 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/CLIA satisfies the prescribed conditions establishing that he is a bonafide insurance agent/CLIA employed by the insurer.

(2) Any person making default in complying with the provisions of this section shall be punishable with fine which may extend to five hundred rupees.

केवल स्वास्थ्य परीक्षा सम्बन्धी बीमों के लिए For Medical Case Only

मैं प्रमाणित करता हूँ कि प्रस्तावक ने यह स्वीकार किया कि इस फार्म के प्रश्न 10 तथा उसके बाद के प्रश्नों के सभी उत्तर सही सही लिखे गये हैं और तदुपरांत अपने हस्ताक्षर किये/अपना अंगूठा निशान लगाया।

I certify that the proposer has signed/put his/her thumb impression in my presence after admitting that all the answers to question No. 10 and onwards of this form have been correctly recorded.

बीमे के लिए प्रस्तावित व्यक्ति के हस्ताक्षर या अंगूठा निशान

Signature or Thumb Impression of the Life Proposer.....

विशेष: हस्ताक्षर करना या अंगूठा निशान लगाना स्वास्थ्य परीक्षक की उपस्थिति में ही होना चाहिए।

स्वास्थ्य परीक्षक के हस्ताक्षर
Signature of the Medical Examiner

N.B. : Signature or Thumb impression should be affixed in presence of Medical Examiner

अधिकार पत्र /Authority Letter

मैं अपने पॉलिसी बान्ध जिसका क्र..... है, उसे लेने के लिए अपने अनिकर्ता/मु.जी.बी.स. /विकास अधिकारी श्री/सुश्री/कुमारीको प्राधिकृत करता हूँ।
I.....authorise my Agent/CLIA/Dev. Officer Shri/Smt./Kum.....to collect my policy bond bearing No.....

बीमादार/प्रस्तावक के हस्ताक्षर/
Life Assured/Proposer's signature

नाम/Name.....