

युनाइटेड इंडिया इन्श्योरंस कम्पनी लिमिटेड
UNITED INDIA INSURANCE COMPANY LIMITED
पंजीकृत एवं प्रधान कार्यालय : 24 वाइट्स रोड,
REGISTERED & HEAD OFFICE: 24, WHITES ROAD,
चेन्नै CHENNAI-600014

Photograph

मंडल / शाखा कार्यालय DIVISIONAL / BRANCH OFFICE.....

PROPOSAL FORM FOR INDIVIDUAL HEALTH INSURANCE POLICY

IMPORTANT

अ) जब तक कंपनी द्वारा प्रस्ताव एवं बीमित व्यक्तियों का विवरण स्वीकृत नहीं किया गया हो, एवं ऐसी स्वीकृति की लिखित सूचना प्रीमियम के पूर्ण भुगतान के पश्चात प्रस्तावक को न दी गयी हो तब तक कंपनी जोखिम पर नहीं होगी।

The Company will not be on risk until the proposal and Insured Persons details have been accepted by the Company and communication of the acceptance has been given to the proposer in writing on full payment of premium

ब) यदि प्रस्तावक के साथ अन्य पारिवारिक सदस्य रह रहे हों, अर्थात् पति/पत्नी एवं पात्र आश्रित बच्चे, जिनका आवरण आवश्यक हो तो, ऐसे प्रत्येक पारिवारिक सदस्य के लिए पूर्ण व्यक्तिगत विवरण के साथ पृथक प्रस्ताव पत्र पूर्ण कर प्रस्तुत करना होगा।

If other family members residing with proposer i.e., spouse and eligible dependent children required to be covered, separate Insured Person details forms should be completed for each of such family members.

स) कुछ परिस्थितियों में विवरणिका के अनुसार व्यक्तियों को अपने खर्च पर किसी मान्यता प्राप्त अस्पताल/नर्सिंग होम/ प्रयोगशाला /दवाखाना में पूर्व स्वीकृति स्वास्थ्य परीक्षण कराना होगा।

Persons may be required to undergo pre-acceptance health check-up at a recognised Hospital/Nursing Home/Laboratories/Clinic at the cost of insured in some cases as mentioned in the prospectus.

ड) बीमा अवधि भंग अथवा बीमित राशि में बढ़ोतरी की स्थिति में आयु पर विचार किये बिना, उपरोक्त दर्शाये गये मद (स) के अनुसार पूर्व स्वीकृति स्वास्थ्य परीक्षण के साथ नया प्रस्ताव पत्र अपेक्षित है।

Fresh proposal form is required along with pre-acceptance medical check-up as mentioned in item (c) above, irrespective of age, when there is break in insurance cover or when there is a request for enhancement in the sum insured.

) जोखिम निर्धारण हेतु आवश्यक तथ्य अप्रकटीकरण की स्थिति में या भ्रमित जानकारी प्रदान किये जाने, कपटपूर्ण अथवा बीमित द्वारा असहयोग किये जाने की स्थिति में बीमा आवरण अमान्य हो जाएगा (आवश्यक तथ्य से तात्पर्य -वे जानकारियाँ हैं जिनके आधार पर बीमाकर्ता यह सुनिश्चित कर सकेगा कि क्या जोखिम स्वीकार किया जाना है और यदि हाँ तो किस दर, अनुबन्ध तथा शर्तों पर)

					Proposer	Selected			
1									
2									
3									
4									
5									

5. चिकित्सा इतिहास MEDICAL HISTORY

कृपया निम्न प्रश्नों का उत्तर “हाँ” या “नहीं” में दें (रिक्त न छोड़ें)। यदि उत्तर “हाँ” है तो पूर्ण विवरण दें:-

PLEASE ANSWER THE FOLLOWING QUESTIONS IN YES OR NO. (A DASH IS NOT SUFFICIENT) AND GIVE FULL DETAILS IF ANSWER IS YES.

1) क्या आप पूर्ण रूप से स्वस्थ हैं तथा किसी शारीरिक और मानसिक बीमारी या अशक्तता से मुक्त हैं
Are you in good health and free from physical and Mental disease or infirmity?

2) आप कभी भी किसी भी बीमारी या रोग से पीड़ित है इस प्रस्ताव की तारीख तक?
Have you ever suffered from any illness or disease upto the date of making this proposal?

3) आप किसी भी शारीरिक दोष या विकृति से पीड़ित है ?
Do you have any physical defect or deformity?

4) क्या आपको कभी भी किसी भी अस्पताल / नर्सिंग होम / क्लिनिक में उपचार या प्रेक्षण के लिए भर्ती किया गया था ?
Have you ever been admitted to any hospital/ nursing home/clinic for treatment or observation?

5) बीमा के लिए प्रस्तावित व्यक्तियों में से किसी भी व्यक्ति किसी भी बीमारी / रोग से पीड़ित है या भूत में कोई दुर्घटना हुई? यदि हां, तो नीचे जानकारी दे:
Have any of the persons proposed for insurance suffered from any illness/disease or have had an accident in the past? If so, give details as under:

बीमित व्यक्ति का नाम Name of Insured Person	रोग /बीमारी अथवा चोट की प्रकृति और प्राप्त उपचार Nature of illness / disease injury and treatment received	जिस दिनांक पर प्रथम उपचार ले लिया है Date on which first treatment taken	प्रथम उपचार पूरा हुआ / जारी है First Treatment completed/is continuing	चिकित्सक , शल्य चिकित्सक का नाम पता व दूरभाष संख्या Name of attending medical practitioner, surgeon with his address and Telephone Number

नोट: बीमा के लिए प्रस्तावित व्यक्तियों के लिए यह जानकारी दिया जाना चाहिए, यदि प्रस्तावित व्यक्ति किसी भी बीमारी / रोग चोट से पीड़ित है, तो अलग से जानकारी दे दें।

Note: This information should be given for the persons proposed for insurance, if he/she had suffered from any illness/disease injury, please give details separately.

6. ऐसे कोई अन्य तथ्य हैं, जो प्रस्तावित बीमा को प्रभावित कर रहे हो ,
जो बीमा कर्ता को सूचित किए जाने हों , यदि हां तो विवरण नीचे प्रस्तुत करें
Are there any additional facts affecting the proposed Insurance,
which should be disclosed to insurers? If yes, then give details below:

7. किसी भी बीमारी, बीमारी या चोट के किसी भी सकारात्मक अस्तित्व या
उपस्थिति के किसी भी ज्ञान की जानकारी होने पर उसका विवरण
दें जिसके लिए चिकित्सा ध्यान देने की आवश्यकता हो सकती है।
यदि हां तो विवरण नीचे प्रस्तुत करें
Please give details of any knowledge or any positive
existence or presence of any ailment, sickness or injury,
which may require medical attention?
If yes, then furnish details below:

रोग /बीमारी अथवा चोटकी प्रकृति Nature of illness / disease injury	प्रथम बार कव निदान हुआ First diagnosed	प्राप्त उपचार Treatment taken

- 8) क्या आप निम्नलिखित में से किसी से पीड़ित रहे/रही हैं?
Are you suffering from any of the following conditions?
Hypertension / Diabetes/ high cholestrol

- 9) क
या आपको टीपीए सेवाओं की आवश्यकता है
(यदि "नहीं", तो दावा केवल प्रतिपूर्ति आधार पर
निपटान किया जाएगा
प्रीमियम में और कोई कटौती नहीं है।)
Do you require TPA Services
(If "No", claim will be settled on reimbursement basis only,
and No reduction in Premium.)

- 10) Name of the Assignee - _____
संबंध Relationship _____

- 11) बीमा की अवधि Period of Insurance: से/ From _____ तक /To _____

- 12) घोषणा: Declaration:

1 मैं /हम अपने तथा बीमा हेतु प्रस्तावित सभी व्यक्तियों की ओर से यह घोषणा करता हूँ करते हैं कि मेरे /हमारे द्वारा दिये गये उपरोक्त कथन,उत्तर एवं/या विवरण मेरी /हमारी जानकारी के अनुसार सभी प्रकार से सत्य एवं पूर्ण हैं तथा मैं/हम इन व्यक्तियों की ओर से बीमा प्रस्ताव करने के लिये अधिकृत हैं।

I/We declare on my behalf and on behalf of all persons proposed to be insured, that the above statements, answers and/or particulars given by me are true and complete in all respects to the best of my knowledge and that I/We am/are authorized to propose on behalf of these other persons.

2 मुझे/ हमें अवगत है कि मेरे/ हमारे द्वारा दी गई जानकारी इस बीमा पॉलिसी का आधार होगी, जोकि बीमा कंपनी के निदेशक मंडल द्वारा अनुमोदित बीमा-लेखन पॉलिसी के अध्यक्षीन होगी तथा पॉलिसी प्रभार्य प्रीमियम की पूर्ण प्राप्ति के पश्चात ही प्रभावी होगी।

I understand that the information provided by me will form the basis of the insurance policy, is subject to the Board approved underwriting policy of the insurance company and that the policy will come into force only after full receipt of the premium chargeable.

3 मैं/ हम आगे यह भी घोषणा करता हूँ/ करती हूँ / करते हैं कि मैं/ हम बीमा प्रस्ताव प्रस्तुत करने का बाद लेकिन कंपनी द्वारा ऐसी जोखिम स्वीकृति की सूचना देने से पहले बीमित /प्रस्ताव के व्यवसाय या सामान्य स्वास्थ्य में हुए किसी भी परिवर्तन की सूचना लिखित रूप में दूंगा/ दूंगी/ देंगे ।

I/We further declare that I/we will notify in writing any change occurring in the occupation or general health of the life to be insured/proposer after the proposal has been submitted but before communication of the risk acceptance by the company.

4 मैं/हम यह घोषणा करता हूँ/ करती हूँ / करते हैं एवं सहमत हूँ/ हैं कि कंपनी द्वारा यदि किसी चिकित्सक अथवा किसी अस्पताल , जिसने कभी बीमित / प्रस्तावक का स्वास्थ्य परीक्षण किया है या भूतपूर्व अथवा वर्तमान नियोक्ता से बीमित / प्रस्तावक के शारीरिक व मानसिक स्वास्थ्य को प्रभावित करने वाले किसी भी तथ्य या किसी बीमा कंपनी को बीमा लेखन हेतु किए गए प्रस्ताव अथवा दावा निपटान संबंधी जानकारी प्राप्त करने की सहमति भी कंपनी को देता हूँ / देती हूँ / देते हैं।

I/We declare and consent to the company seeking medical information from any doctor or from a hospital who at anytime has attended on the life to be insured/proposer or from any past or present employer concerning anything which affects the physical or mental health of the life to be assured/proposer and seeking information from any insurance company to which an application for insurance on the life to be assured/proposer has been made for the purpose of underwriting the proposal and/or claim settlement.

5 मैं/हम कंपनी को मेरी/ हमारी व्यक्तिगत जानकारी सहित चिकित्सकीय अभिलेखों की जानकारी केवल प्रस्ताव बीमा लेखन और/अथवा दावा-निपटान हेतु किसी सरकारी एवं/अथवा नियामक प्राधिकारी से साझा करने के लिये अधिकृत करता हूँ /करती हूँ / करते हैं ।

I/We authorize the company to share information pertaining to my personal including the medical records for the sole purpose of proposal underwriting and/or claims settlement and with any Governmental and/or Regulatory authority.

प्रस्तावक का हस्ताक्षर **Signature of the proposer**

तिथी Date ----- / ----- / -----

स्थान Place: -----

बीमित व्यक्तियों का फोटो Photographs of Insured persons

प्रस्तावक 1 2 3 4 5
Proposer

प्रस्तावक 1 2 3 4 5
Proposer

बीमा अधिनियम 1938 की धारा 41 Section 41 OF INSURANCE ACT 1938
PROHIBITION OF REBATES (SECTION 4) OF THE INSURANCE ACT 1938

छूट की निषिद्धता PROHIBITION OF REBATES

कोई भी व्यक्ति प्रत्यक्ष व परोक्ष रूप से किसी व्यक्ति को भारत में जीवन व संपत्ति बीमा लेने नवीनीकरण करने या चालू रखने के लिये प्रलोभन के रूप में देय कमीशन के पूरे या हिस्से की छूट या पॉलिसी में सूचित प्रीमियम की छूट दें/ या दिलायें और कोई व्यक्ति पॉलिसी लेने या चालू रखने के लिये ऐसे किसी छूट को स्वीकार नहीं करेगा जो बीमाकृत द्वारा प्रकाशित सूची व विवरण के अनुसार अनुमत न हो।

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 a part of commission payable or any rebates of the premium- shown on the policy nor shall any person taking out or renewing continuing a policy except any rebate as may be allowed in accordance with the published prospectus or tables of the insurer.

इस धारा के उपबंधों का उल्लंघन करने वाला व्यक्ति पाँच सौ रुपयों तक के लिये दंडनीय होगा।

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

कार्यालय प्रयोग हेतु FOR OFFICE USE: