स्वास्थ्य प्रमाण पत्र

इसका आवेदन: ☐ रद्द पॉलिसी का पुर्नस्थापन ☐ अभ्यर्पण वापसी निवेदन ☐ अतिरिक्त राइडर्स

☐ व्यक्तिगत विवरण में परिवर्तन: बीमा राशि में वृद्धि / अन्य बीमा / आदतें / व्यवसाय

पॉलिसीधारक का पैन नंबर ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ *(पैन कार्ड की प्रति संलग्न करें)*(यदि प्रेषित राशि R50000/-) से अधिक तो आवश्यक है)

व्यक्तिगत विवरण : खण्ड ए

पॉलिसी नं.: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

विवरण		बीमित व्यक्ति	पॉलिसीधारक (यदि बीमित से अलग है)
1. पद		☐ श्री. ☐ सुश्री. ☐ श्रीमती. ☐ डॉ. अन्य ________	☐ श्री. ☐ सुश्री. ☐ श्रीमती. ☐ डॉ. अन्य ________
2. नाम	पहला	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐
	मध्य	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐
	अंतिम	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐
3. लिंग व जन्मतिथि		☐ पुरुष ☐ स्त्री ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ तिथि/माह/वर्ष	☐ पुरुष ☐ स्त्री ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ तिथि/माह/वर्ष
4. वैवाहिक स्थिति		☐ अविवाहित ☐ विवाहित ☐ तलाकशुदा ☐ विधवा/विधुर	☐ अविवाहित ☐ विवाहित ☐ तलाकशुदा ☐ विधवा/विधुर
5. वर्तमान पता (कृपया अपने वर्तमान पते का प्रमाण दें, यदि वह हमारे यहाँ पंजीकृत पते से अलग है)		पता1: ________ पता2: ________ पता3: ________ पता4: ________ प्रसिद्ध स्थान: ________ शहर: ________ राज्य: ________ देश: ________ पिनकोड: ________	पता1: ________ पता2: ________ पता3: ________ पता4: ________ प्रसिद्ध स्थान: ________ शहर: ________ राज्य: ________ देश: ________ पिनकोड: ________
6. फोन और ईमेल विवरण (यदि वर्तमान से भिन्न है तो हमारे रिकार्ड में अद्यतन किया जाएगा)	आवास	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐
	कार्यालय	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐
	मोबाईल	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐
	ईमेल	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

व्यक्तिगत विवरण : खण्ड बी

व्यक्तिगत विवरण : खण्ड बी	बीमित	पॉलिसीधारक
1. ए) कद **बी) वजन किग्रा/पाउंड** **क) क्या पिछले 12 माह में आपके वजन में कोई परिवर्तन हुआ है?** यदि 'हाँ' तो परिवर्तित मात्रा और कारण पता हो तो बताएं. हाँ/नहीं: ________	__सेमी./ __फीट __किग्रा/ __पाउंड	__सेमी./ __फीट __किग्रा/ __पाउंड
2. क्या आप धूम्रपान करते हैं या अन्यथा तंबाकू उत्पाद लेते हैं या पिछले 12 माह में ऐसा किया है ?	☐ हाँ ☐ नहीं	☐ हाँ ☐ नहीं

लिए गए पदार्थ	हाँ	नहीं	इस रूप में लिया	मात्रा/दिन	इतने वर्षों से
तंबाकू					
मदिरा					
मादक पदार्थ					

	बीमित	पॉलिसीधारक
3. क्या आप शस्त्र बल, अर्ध सैनिक या पुलिस बल या फायर ब्रिगेड में कार्यरत हैं ? यदि हाँ तो कृपया प्रश्नावली में विवरण भरें (*अपनी पॉलिसी पुर्नस्थापन के लिए कृपया संबंधित व्यवसाय प्रश्नावली संलग्न करें)________	☐ हाँ ☐ नहीं	☐ हाँ ☐ नहीं
4. क्या आप किसी सैन्यबल हैं या किसी जोखिमपूर्ण खेलकूद या स्पर्धा में भाग ले रहे हैं या भाग लेने की सोच रहे हैं (जैसे मोटर स्पोर्टिंग, पर्वतारोहण, स्कूबा डायविंग आदि) **या नियमित सूचित एयरलाइन में किराया देकर यात्रा के अलावा किसी वैमानिक उपकरण में उड़ान भरते हैं अथवा छुट्टियों के अलावा अन्य कारण से विदेश यात्रा करते हैं ?** (*कृपया अपनी पॉलिसी पुर्नस्थापन के लिए संबंधित शौक प्रश्नावली संलग्न करें).	☐ हाँ ☐ नहीं	☐ हाँ ☐ नहीं
5. क्या पॉलिसी जारी / पिछली पुन:स्थापन की तिथि के बाद आपने अपना व्यवसाय बदला है? यदि हाँ तो कृपया विवरण दें: ________ व्यवसाय (उदाहरण रासायनिक फैक्ट्री, सुरंगी बारूद, विस्फोटक, रेडिएशन, क्षयकारी रसायन, आदि अन्य व्यवसाय (उदाहरण, किराया देकर यात्री होने के अलावा विमानन, डायविंग, पर्वतारोहण, किसी प्रकार की रेसिंग आदि) जो विशिष्ट जोखिम/खतरे से जुड़ा हो. (*कृपया अपनी पॉलिसी पुर्नस्थापन के लिए संबंधित व्यवसाय प्रश्नावली भरें).	☐ हाँ ☐ नहीं	☐ हाँ ☐ नहीं
6. क्या ऑप राजनीति से जुड़े व्यक्ति (पीईपी) हैं ? यदि 'हाँ' तो कृपया विवरण दें ________ पीईपी की परिभाषा: राजनीति से जुड़े वह व्यक्ति हैं जिन्हें किसी विदेशी राष्ट्र में उल्लेखनीय जन कार्यकलाप की जिम्मेदारी दी गयी है, उदाहरण सरकारों का राष्ट्र प्रमुख, वरिष्ठ राजनीतिज्ञ, वरिष्ठ सरकारी/न्यायिक/सैन्य अफसर, सार्वजनिक कॉर्पोरेशन के सीनियर एक्जेक्यूटिव, महत्वपूर्ण राजनैतिक पार्टी अफसर, आदि. इनमें वह व्यक्ति भी शामिल करें जो घरेलू राजनैतिक पार्टी/केंद्र या राज्य सरकार से जुड़े हैं या कोई भी सरकारी अफसर जो अंडर–सेक्रेटरी के पद से कम न हो.	☐ हाँ ☐ नहीं	☐ हाँ ☐ नहीं

चिकित्सीय खुलासा – खण्ड सी

चिकित्सीय खुलासा – खण्ड सी	बीमित	पॉलिसीधारक
1. **क्या आपको निम्नलिखित में से कोई कभी भी हुआ है?**		
ए) स्ट्रोक, मिर्गी, दौरे आवर्ती सरदर्द, लकवा, बेहोशी या दिमाग मेरुरज्जु या तंत्रिका का कोई भी रोग या विकार है?	☐ हाँ ☐ नहीं	☐ हाँ ☐ नहीं
बी) डिप्रेशन, चिंता, स्कीजोफ्रेनिया या अन्य मानसिक या तांत्रिका विकार?	☐ हाँ ☐ नहीं	☐ हाँ ☐ नहीं
सी) मधुमेह, थाइरॉइड विकार या अन्य हॉर्मोन विकार?	☐ हाँ ☐ नहीं	☐ हाँ ☐ नहीं
डी) कान से स्राव, दृष्टि, सुनने या बोलने में खराबी अथवा कान, आंख, नाक या गले का विकार?	☐ हाँ ☐ नहीं	☐ हाँ ☐ नहीं
ई) दमा, निमोनिया, तपेदिक, एम्फीसेमा, खांसने पर खून आना, लगातार खांसी अथवा छाती या फेफड़े का विकार ?	☐ हाँ ☐ नहीं	☐ हाँ ☐ नहीं
एफ) उच्च रक्तचाप, फैल्पिटेशन, छाती में दर्द, उच्च कैलेस्ट्रॉल, दिल का दौरा अथवा हृदय या रक्त नलिकाओं का विकार ?	☐ हाँ ☐ नहीं	☐ हाँ ☐ नहीं
जी) हेपेटाइटिस (हेपेटाइटिस बी वाइरस सहित), लिवर विकार, पित्ताशय विकार, अल्सर, पेट या अंतड़ी से रक्तस्राव, बवासीर या पाचन नलिका विकार?	☐ हाँ ☐ नहीं	☐ हाँ ☐ नहीं
एच) किडनी या मूत्राशय विकार, मूत्र असामान्यता या जननीय अंग विकार?	☐ हाँ ☐ नहीं	☐ हाँ ☐ नहीं
आई) कैंसर, ट्यूमर, घाव या किसी प्रकार का अंग में विकास?	☐ हाँ ☐ नहीं	☐ हाँ ☐ नहीं
जे) एनीमिया, हीमोफीलिया, ल्यूकीमिया या अन्य रक्त विकार ?	☐ हाँ ☐ नहीं	☐ हाँ ☐ नहीं
के) पीठ या गर्दन में तकलीफ, गठिया, गाउट, शारीरिक अक्षमता अथवा हड्डियों के जोड़ों या मांसपेशी के विकार ?	☐ हाँ ☐ नहीं	☐ हाँ ☐ नहीं
एल) ऐसे रोग जिसने लगातार 7 दिन या अधिक समय तक आपको काम करने से रोका ?	☐ हाँ ☐ नहीं	☐ हाँ ☐ नहीं

2. ए) क्या आपको एचआईवी (ह्यूमन इम्यूनोडेफिशिएंसी वाइरस) संक्रमण हुआ, एचआईवी एंटीबॉडी होने का निदान हुआ या कोई एड्स संबंधित रोग हुआ?	☐ हाँ ☐ नहीं	☐ हाँ ☐ नहीं
बी) क्या आपकी पत्नी–पति को यौन छूत रोग या एचआईवी संबंधित रोग के बारे में चिकित्सीय सलाह, परीक्षण या उपचार प्राप्त हुआ है अथवा लंबे समय तक वजन घटने, दस्त, बढ़ी ग्रंथियों या त्वचा पर असामान्य कटाव की समस्या हुयी है या आपको रक्तदान न करने की सलाह दी गयी है ?	☐ हाँ ☐ नहीं	☐ हाँ ☐ नहीं
3. क्या आपको ऐसा रोग, चोट, ऑपरेशन या असामान्यता है जो उपरोक्त प्रश्नों में पूछी गयी है जो बार–बार होती है या जिसके लक्षण 7 दिन से ज्यादा रहते हैं?	☐ हाँ ☐ नहीं	☐ हाँ ☐ नहीं
4. क्या आपको ऐसा लक्षण या रोग है जिसके लिए भविष्य में डॉक्टर से मिलना चाहते हैं?	☐ हाँ ☐ नहीं	☐ हाँ ☐ नहीं
5. **पिछले 5 वर्षों में क्या आप जांच या नैदानिक परीक्षणों के लिए डॉक्टर से मिले या अस्पताल गए (जैसे रक्त या मूत्र, एक्स–रे, अल्ट्रासाउंड, सीटी स्कैन, बायॉप्सी, ईसीजी, एंजियोप्लास्टी, बाइपास सर्जरी, दिमाग की सर्जरी, हार्ट वाल्व सर्जरी, एओर्टा सर्जरी या अंग ट्रांसप्लांट या किसी प्रकार के कैंसरयुक्त विकास का उपचार आदि ?** यदि हाँ तो कृपया विवरण दें: ____________________ (*यदि उपरोक्त किसी प्रश्न का उत्तर हाँ है तो कृपया नीचे अधिक विवरण दें) परीक्षण कराने का कारण और निदान की तारीख: ____________________ सलाहकर्ता डॉक्टर द्वारा निर्देशित परीक्षण: ____________________ पूरे हुए परीक्षण और परीक्षणों की तारीख: ____________________ परिवार/सलाहकर्ता डॉक्टर के अनुसार वर्तमान स्थिति: ____________________ *कृपया अपनी पॉलिसी के पुर्नस्थापन हेतु सभी व्यक्तिगत रिपोर्ट्स की प्रतियां संलग्न करें (*पिछले 5 वर्ष में हुए सभी उपचार पर लागू)	☐ हाँ ☐ नहीं	☐ हाँ ☐ नहीं
6. क्या आपके प्राकृतिक माता–पिता या भाई बहनों को कैंसर, हृदय रोग, स्ट्रोक, उच्च रक्तचाप, मधुमेह, किडनी रोग, मानसिक विकार या डिप्रेशन, तपेदिक या पॉलीसिस्टिक किडनी या अन्य आनुवंशिक रोग 65 की उम्र से पहले था या उससे उनकी मृत्यु हुयी ? यदि 'हाँ' तो कृपया विवरण दें (कैंसर का प्रकार, यदि लागू हो): ____________________	☐ हाँ ☐ नहीं	☐ हाँ ☐ नहीं
7. **महिला जीवन प्रश्न:** ए) क्या अभी आप गर्भवती हैं? यदि 'हाँ' तो कृपया शिशुजन्म की अपेक्षित तारीख लिखें ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ तिथि/माह/वर्ष बी) क्या अपने रोग के लिए स्त्री रोग परीक्षण, आंतरिक चेकअप, स्तन जांच जैसे मैमोग्राम या बायॉप्सी करायी है? सी) क्या आपने स्तन, योनि, गर्भाशय,अंडाशय, फैसोपियन ट्यूब्स, मासिक चक्र में अनियमितताओं के लिए या गर्भावस्था या शिशुजन्म के दौरान जटिलताओं या यौन छूत रोग के लिए कभी डॉक्टर से सलाह ली है? डी) क्या आप स्तन या प्रजनन अंगों के किसी अन्य विकार, असामान्य स्मीयर परीक्षण(णों) तथा अनियमित माहवारी से पीड़ित हुयी हैं?	☐ हाँ ☐ नहीं	☐ हाँ ☐ नहीं

अतिरिक्त चिकित्सीय घोषणा: खण्ड डी : (*यदि बीमित व्यक्ति ने स्वास्थ्य उत्पादों/क्रिटिकल इलनेस बेनिफिट का विकल्प लिया है तो निम्नलिखित का उत्तर चाहिए**)**	**बीमित**	**पॉलिसीधारक**
1. क्या आपको कोई शारीरिक खराबी, कमी या विकलांगता और/या चलने–फिरने, दृष्टि और/श्रवण शक्ति को प्रभावित करने वाला कोई रोग है?	☐ हाँ ☐ नाही	☐ हाँ ☐ नहीं
2. क्या आपमें पिछले10 वर्ष में कैंसर (त्वचा कैंसर या अल्सर युक्त मस्सों सहित), ट्यूमर या ल्यूकीमिया का निदान हुआ या उसके लिए उपचार लिया अथवा उपचार खोजा या सलाह ली.?	☐ हाँ ☐ नाही	☐ हाँ ☐ नहीं
3. पिछले 5 वर्ष में आपने कोई नैदानिक परीक्षण कराया, जैसे कि मैमोग्राम, एक्स–रे, अल्ट्रासाउंड, सीटी स्कैन, बायॉप्सी,किसी गांठ के लिए रक्त या मूत्र परीक्षण, सिस्ट, ट्यूमर, दीर्घकालीन कटाव या किसी प्रकार का अंग विकास?	☐ हाँ ☐ नाही	☐ हाँ ☐ नहीं
4. यदि प्रश्न 3 के लिए हाँ तो क्या नतीजों के कारण और भी परीक्षण, उपचार कराना पड़ा, अन्य डॉक्टर या स्पेशलिस्ट के पास रेफर हुए, अपने डॉक्टर के यहाँ फॉलो अप कराना पड़ा या आगे फॉलो करने की सलाह मिली?	☐ हाँ ☐ नाही	☐ हाँ ☐ नहीं
5. क्या 2 या अधिक करीबी पारिवारिक सदस्यों (प्राकृतिक माता–पिता और भाई–बहन) को 60 की उम्र से पहले कैंसर, ट्युमर या ल्यूकीमिया का निदान हुआ ?	☐ हाँ ☐ नाही	☐ हाँ ☐ नहीं
6. ए) पुरुष आवेदक : क्या आपके पिता में 60 वर्ष की उम्र से पहले अंतड़ी या कोलोन कैंसर का निदान हुआ ?	☐ हाँ ☐ नाही	☐ हाँ ☐ नहीं
बी) महिला आवेदक : क्या आपकी माता में 60 वर्ष की उम्र से पहले स्तन कैंसर का निदान हुआ?	☐ हाँ ☐ नहीं	☐ हाँ ☐ नहीं

महत्वपूर्ण टिप्पणी

यदि शिशु के जीवन के लिए पॉलिसी है, जहाँ वेवर ऑफ प्रीमियम प्लस राइडर संलग्न है, वहाँ पॉलिसीधारक के विवरण भरना अनिवार्य है.

घोषणा और प्राधिकृति : आपको इस आवेदन में वह सभी महत्वपूर्ण तथ्यों का खुलासा करना होगा जो हमारे अनुबंध का आधार बनाएंगे, अन्यथा जारी की गयी पॉलिसी रद्द या रद्द करने योग्य हो जाएगी. यदि आपको शंका हो कि कोई तथ्य महत्वपूर्ण है या नहीं तो कृपयाउसका खुलासा करें.

घोषणा और प्राधिकृति : मैं/ हम घोषणा करते हैं और सहमत हैं कि (ए) मैं/हम आवेदन को पढ़ चुके हैं या मुझे/ हमें उसका वर्णन किया गया और आवेदन में लिखे उत्तर मेरे/ हमारे हैं बी) मैं/हम प्रमाणित करते हैं कि उपरोक्त सारे उत्तर पूरे, संपूर्ण और सत्य हैं और मैं/हम समझते हैं कि टाटा एआईए लाइफ इंश्योरेंस कं.लि. (जिसे आगे ''कंपनी'' कहा जाएगा) उन्हें ऐसा मान कर उन पर विश्वास और कार्यवाही करेंगे. सी) जब तक यह आवेदन बीमित/पॉलिसीधारक के जीवन काल में कंपनी द्वारा प्राप्त और कंपनी के प्राधिकृत अफसर द्वारा मंजूर न हो, केवल पैसे के भुगतान या किसी प्रीमियम के भुगतान में निपटारे के कारण इस पॉलिसी पुर्नस्थापित नहीं माना जाएगा; डी) यदि कंपनी मेरा/हमारा आवेदन स्वीकार करती है तो उसका इनकॉन्टेस्टिबिलिटी व सुसाइड प्रावधान मेरे/हमारे आवेदन की मंजूरी तिथि से प्रभावी होगा. इसके अलावा में अपरिवर्तनीय प्राधिकृति देता हूँ ए) किसी भी संगठन, संस्थान या व्यक्ति को जिनके पास मेरी/बीमित के स्वास्थ्य/स्वास्थ्य इतिहास या वित्तीय या अन्य व्यक्तिगत जानकारी के ज्ञान का रिकॉर्ड है, वह ऐसी जानकारी का खुलासा कंपनी को करें. यह प्राधिकृति जहाँ तक कानूनन संभव हो बीमित के वारिसों और नामांकितों पर बाध्य होगी और वैध रहेगी, भले ही मेरी/बीमित की मृत्यु हो जाए या असक्षम हो जाए;और बी) इस आवेदन और इससे संबंधित किसी भी दावे से जुड़ी मेरी/बीमित की स्वास्थ्या को अंडराइट और उसका मूल्यांकन करने के लिए कंपनी या उसके अनुमोदित चिकित्सीय परीक्षक या प्रयोगशालाएं करें. इन परीक्षणों में निम्नलिखित शामिल हो सकते हैं पर यह इन तक ही सीमित नहीं हैं, कॉलेस्ट्रॉल और संबंधित रक्त लिपिड्स, मधुमेह, लिवर या किडनी विकार, एक्वायर्ड इम्यूनो डेफिशिएंसी सिंड्रोम (एड्स), किसी भी ह्यूमन इम्यूनो डेफिशिएंसी वाइरस से संक्रमण, प्रतिरक्षा विकार अथवा औषधियों, नशीली दवाओं, निकोटीन या उनके मेटाबोलाइट्स की मौजूदगी हेतु परीक्षण. मैं यह जिम्मेदारी लेने को भी सहमत हूँ कि ए) यदि मेरी परिस्थितियों में महत्वपूर्ण परिवर्तन हुए, जिनमें निम्नलिखित शामिल हैं पर इन तक ही सीमित नहीं हैं, मेरे/बीमित के स्वास्थ्य, रोजगार, वित्तीय परिस्थितियों में परिवर्तन, किसी आपराधिक मामले में गिरफ्तारी या आरोप, बीमा के इस आवेदन की कंपनी द्वारा स्वीकृति से पूर्व किसी जीवन बीमा आवेदन की गैर–मानक स्वीकृति या अस्वीकृति, तो मैं ऐसे परिवर्तन की सूचना कंपनी को तत्काल दूँगा; और बी) कंपनी इस आवेदन की अस्वीकृति या स्वीकृति का फैसला करते समय ऐसे किसी परिवर्तन को ध्यान में रखेगी और सी) इस तरह कंपनी को सूचना न दिए जाने पर कंपनी अपने विवेक अनुसार पॉलिसी को रद्द कर देगी और इस पॉलिसी के अंतर्गत कोई लाभ देय नहीं होगा.

बीमा अधिनियम, 1938 खण्ड 41 – छूट पर प्रतिबंध: भारत में जीवन या संपत्ति से जुड़े किसी भी जोखिम के लिए कोई बीमा कराने या रीन्यू या जारी रखने के लिए कोई व्यक्ति किसी भी व्यक्ति को प्रलोभन के रूप में, पॉलिसी पर दिखाए गए देय पूर्ण या आंशिक कमीशन पर छूट या प्रीमियम पर छूट की अनुमति, प्रत्यक्ष या अप्रत्यक्ष रूप से न तो देगा न अनुमति देने का प्रस्ताव रखेगा, ना ही पॉलिसी लेने वाला या रीन्यू करानेवाला व्यक्ति कोई छूट स्वीकार करेगा, सिवाय उस छूट के जिनकी अनुमति बीमाकर्ता के प्रकाशित प्रास्पेक्टस या टेबल्स के अनुसार है. इस खण्ड के प्रावधानों का अनुपालन नहीं करने वाले को जुर्माने का दण्ड मिलेगा जो रुपये पांच सौ तक हो सकता है.

बीमा अधिनियम, 1938 खण्ड 45: इस अधिनियम के आरंभ से पूर्व ली गयी जीवन बीमा पॉलिसी पर इस अबिनियम की आरंभ तिथि के दो वर्ष बाद और इस अधिनियम के जारी होने के बाद प्रभावी जीवन बीमा पॉलिसी पर इसके प्रभावी होने के दो वर्ष बाद कोई बीमाकर्ता इन कारणों से प्रश्न नहीं उठा सकता है कि बीमा के प्रयोजक (आवेदन) में या किसी चिकित्सीय अफसर, रेफ्री या बीमित के मित्र के रिपोर्ट में या पॉलिसी जारी करने से जुड़े किसी भी दस्तावेज में दिया गया कोई भी वक्तव्य गलत या असत्य था, जब तक बीमाकर्ता यह न दिखा दे कि वह वक्तव्य महत्वपूर्ण मामला था या छुपाया तथ्य था जिसका खुलासा महत्वपूर्ण था और पॉलिसीधारक द्वारा धोखाधड़ी से दिया गया था और इसे देते समय पॉलिसीधारक जानता था कि वक्तव्य असत्य था या छुपाया गया तथ्य था जिसका खुलासा महत्वपूर्ण था. यदि बीमाकर्ता को अधिकार है तो इस खण्ड में कोई भी बात ऐसी नहीं कि वह किसी भी समय उसे उम्र का प्रमाण मांगने से रोक सके और प्रपोजल (आवेदन) में बीमित व्यक्ति की उम्र सही न होने का प्रमाण मिलने पर पॉलिसी की शर्तें एडजस्ट किए जाने मात्र से किसी पॉलिसी प्रश्न उठाना नहीं माना जाएगा.

वैधता : स्वास्थ्य प्रमाण पत्र पर हस्ताक्षर के 90 दिन बाद

बीमित के हस्ताक्षर/ अंगूठे का निशान	**पॉलिसीधारक के हस्ताक्षर/ अंगूठे का निशान**	**एचसी पर हस्ताक्षर की तिथि**	**एजेंट के हस्ताक्षर**

यदि पॉलिसीधारक के अलावा प्रश्नों का उत्तर भरे या पॉलिसीधारक/बीमित के उत्तर/हस्ताक्षर स्थानीय भाषा में हों.

पॉलिसीधारक/बीमित के अंगूठे के निशान या हस्ताक्षर किसी सम्मानीय व्यक्ति से कराएं जिसकी पहचान आसानी से स्थापित हो सके और यह घोषणा उसके द्वारा कराएं.

मै ______________________________ (नाम) जिसके पास ______________________ (पहचान पत्र का प्रकार) ________________ (पहचान कार्ड नं.) है, घोषणा करता हूँ कि मैंने पॉलिसीधारक/बीमित को इस फॉर्म की विषय–वस्तु ______________भाषा में समझायी है और पॉलिसीधारक/बीमित द्वारा पूछे गए प्रश्नों के उत्तर उसे पढ़ कर सुनाए हैं. इस फॉर्म में भरी गयी जानकारी/उत्तर पॉलिसीधारक/बीमित द्वारा मुझे दी गयी जानकारी/उत्तरों की सटीक नकल है और पॉलिसीधारक/बीमित ने फॉर्म की विषय–वस्तु पूर्णतः समझ लेने के बाद इस फॉर्म पर अपने हस्ताक्षर किए/अंगूठा लगाया हैं.

गवाह के विवरण :नाम : ______________________ हस्ताक्षर: ________________ आईडी प्रमाण प्रकार: ________________ आईडी प्रमाण नंबर: ________________

अधिक जानकारी के लिए अपने सलाहकार से संपर्क करें या हमारी हेल्पलाइन नं.: 1-800-267-9966 (टोल फ्री) या 1-860-266-9966 पर कॉल करें (लोकल शुल्क लागू) या एसएमएस करें "Service" 58888 पर या हमें customercare@tataaia.com पर ई मेल करें या हमारी वेबसाइट www.tataaia.com पर विजिट करें.

टाटा एआईए लाइफ इंश्योरेंस कंपनी लिमिटेड (आईआरडीए पंजी. क्र. 110). CIN: U66010MH2000PLC128403.
पंजीकृत और कॉर्पोरेट कार्यालय : 14 वीं मंजिल, टॉवर ए, पेनिन्सुला बिजनेस पार्क, सेनापती बापट मार्ग, लोअर परेल, मुंबई – 400013