

Request for Revival of Policy & Declaration of Good Health
પોલિસી રિવાઈવ કરવાની અરજી અને સારા સ્વાસ્થ્યની ઘોષણા

પોલિસી/ફોર્મ નંબર															
વીમિત વ્યક્તિનું નામ															
જન્મ તારીખ									લિંગ	પુરુષ <input type="radio"/>	મહિલા <input type="radio"/>	તૃતીય પંથી <input type="radio"/>			
ઉંમર (વર્ષ)									વ્યવસાય :						
રહેણાંક સ્થિતિ	<input type="radio"/> નિવાસી ભારતીય	<input type="radio"/> બિનનિવાસી ભારતીય	<input type="radio"/> ભારતીય મૂળના વ્યક્તિ (PIO)	<input type="radio"/> વિદેશી નાગરિક											
રહેઠાણનો હાલનો દેશ :															
મોબાઈલ નંબર	+											વજન (કિગ્રા.માં)			
ઈ-મેઈલ આઈડી											ઊંચાઈ (સેમી.માં)				
બેંક એકાઉન્ટ નંબર (પોલિસી ધારક)															
આઈએફએસ કોડ															

1)	શું હાલમાં તમે સારું સ્વાસ્થ્ય ધરાવો છો? જો ના, તો કૃપા કરી નીચે આપેલી જગ્યામાં પૂર્ણ વિગતો જણાવો.	<input type="radio"/> હા	<input type="radio"/> ના
2)	છેલ્લા એક વર્ષમાં, શું તમારા વજનમાં 5 કિલોગ્રામથી વધારે વધારો/ઘટાડો થયો છે. જો હા, તો કૃપા કરી નીચે આપેલી જગ્યામાં પૂર્ણ વિગતો જણાવો.	<input type="radio"/> હા	<input type="radio"/> ના
3)	આ પોલિસીનો પ્રસ્તાવ રજુ કર્યાની તારીખથી ક. શું તમને કોઈ બીમારી /રોગ થયો છે જેની માટે 3 અથવા વધુ દિવસો સુધી સારવારની જરૂર પડી હોય? જો હા, તો કૃપા કરી નીચે આપેલી જગ્યામાં પૂર્ણ વિગતો જણાવો. ખ. શું તમે કોઈ સર્જરી અથવા હોસ્પિટલાઈઝેશનની અથવા ડૉક્ટર અથવા તો પ્રેક્ટિશનરને કોઈ શારીરિક, માનસિક અથવા ભાવનાત્મક સ્થિતિ માટે, ઈજા અથવા નજીકના ભવિષ્યમાં કોઈ માંદગી માટે મળવાની યોજના ધરાવો છો અથવા મળવાની સલાહ આપવામાં આવી છે. જો હા, તો કૃપા કરી નીચે આપેલી જગ્યામાં પૂર્ણ વિગતો જણાવો.	<input type="radio"/> હા	<input type="radio"/> ના
4)	ગ. છેલ્લાં 5 વર્ષોમાં, સામાન્ય બીમારીઓ જેવી કે શરદી/ખાંસી વગેરે ઉપરાંત, શું તમે ડૉક્ટરની સલાહ હેઠળ કોઈ સારવાર મેળવી છે અને/અથવા કોઈ મોટી સર્જરી કરાવી છે અને/અથવા હોસ્પિટલમાં દાખલ કરાયા છો અને/અથવા મુખ્ય તપાસો કરાવી છે જેવી કે સીટી/એમઆરઈ સ્કેન, એન્જીયોગ્રામ, એન્ડાસ્કોપી, બાયોપ્સી વગેરે? જો હા, તો કૃપા કરી નીચે આપેલી જગ્યામાં પૂર્ણ વિગતો જણાવો.	<input type="radio"/> હા	<input type="radio"/> ના
4)	શું તમે આનાથી પીડાઓ છો અથવા પીડાતા હતા : બ્લડ શુગર વધી જવું, ડાયાબિટીસ મેલિટસ, બ્લડ પ્રેશર, હૃદય રોગ, ફેફસાં, કિડની, લીવર, થાઈરોઈડ, મગજ/મજ્જાતંત્ર, હાડકાં/સાંધા/કરોડરજ્જુ, જેનિટોયુરિનરી ટ્રેક્ટની બીમારી, શરીરના કોઈ ભાગની બીમારી અથવા રક્ત વિકાર, પાચન વિકાર, ગાયનેકોલોજીકલ વિકાર, મનોચિકિત્સીય વિકાર, એચઆઈવી/એડ્સ અને/અથવા કૉન્સર/શરીરના કોઈ ભાગનું ટ્યુમર. જો હા, તો કૃપા કરી નીચે આપેલી જગ્યામાં પૂર્ણ વિગતો જણાવો.	<input type="radio"/> હા	<input type="radio"/> ના
5)	શું લાઈફ ઈન્સ્યુરન્સ અથવા હેલ્થ ઈન્સ્યુરન્સ માટેનાં તમારા કોઈ પ્રસ્તાવો ક્યારેય નકારવામાં, અમાન્ય, રદ, મુલતવી રાખવામાં અથવા સ્વાસ્થ્ય અથવા જીવનશૈલીના કારણસર વધારાના પ્રીમિયમ સહિત સ્વીકારવામાં આવ્યાં છે? જો હા, તો કૃપા કરી નીચે આપેલી જગ્યામાં પૂર્ણ વિગતો જણાવો.	<input type="radio"/> હા	<input type="radio"/> ના
6)	શું તમે તમારા વ્યવસાય સાથે સંકળાયેલ કોઈ વિશેષ જોખમના સંપર્કમાં રહો છો (દા.ત. કૉમિકલ ફેક્ટરી, ખાણો, વિસ્ફોટકો, કોરોસિવ્સ, કોમ્પોઝિટ ડ્યુટીઝ, ઓઈલ એક્સપ્લોરેશન, હાઈ સી વોયેજ ઈત્યાદિ) જેને લીધે તમને ઈજાઓ અથવા બીમારી થવાની સંભાવના હોઈ શકે? જો હા, તો કૃપા કરી વ્યવસાયને લગતી પ્રશ્નાવલીમાં વિગતો જણાવો અને આ ઘોષણા સહિત રજુ કરો.	<input type="radio"/> હા	<input type="radio"/> ના
7)	શું તમે “પોલિટિકલ એક્સપોઝ્ડ પર્સન” (પીઈપી) અથવા પીઈપીના નજીકના સંબંધી છો? પીઈપી એ વ્યક્તિઓ છે જેઓ અગત્યના સાર્વજનિક કામો માટે મહત્વના મનાય છે, એટલે કે, હેડ્સ/કેન્ડ્ર/રાજ્ય સરકારના મંત્રીઓ, વરિષ્ઠ રાજકારણીઓ, વરિષ્ઠ સરકારી, ન્યાયિક અથવા લશ્કરી અધિકારીઓ, સરકારી કંપનીઓના વરિષ્ઠ અધિકારીઓ, રાજકીય પાર્ટીના અગત્યના અધિકારીઓ, ઉપર જણાવેલ વ્યક્તિઓના કુટુંબના સભ્ય (જેમાં પત્ની, માતા-પિતા, ભાઈ-બહેન, બાળકો, પત્નીના માતા-પિતા અથવા ભાઈ-બહેન અને પીઈપીના નજીકના સહયોગીઓ સામેલ રહેશે). જો હા, તો કૃપા કરી નીચે આપેલી જગ્યામાં પૂર્ણ વિગતો જણાવો. જો ના, તો ભવિષ્યમાં તમારા પીઈપી હોદ્દામાં ફેરફારના કિસ્સામાં તમે આ ફેરફાર વિશે એસબીઆઈ લાઈફને સુચિત કરશો.	<input type="radio"/> હા	<input type="radio"/> ના
8)	અપરાધિક કાર્યવાહીનો, એક્સાઈઆર અથવા ગુનેગાર હોવાનો ઇતિહાસ ક. શું તમારી વિરુદ્ધ ક્યારેય કોઈ એક્સાઈઆર અથવા ગુનાહિત ફરિયાદ નોંધવામાં અથવા દાખલ કરવામાં આવી છે? જો હા, તો કૃપા કરી નીચે આપેલી જગ્યામાં પૂર્ણ વિગતો જણાવો. ખ. શું તમારી વિરુદ્ધ ભૂતકાળમાં અથવા વર્તમાનમાં કોઈ અપરાધિક કાર્યવાહી કરવામાં આવી છે? જો હા, તો કૃપા કરી નીચે આપેલી જગ્યામાં પૂર્ણ વિગતો જણાવો. ગ. શું તમે ભારત અથવા વિદેશમાં કોઈ અપરાધિક કાર્યવાહી હેઠળ ગુનેગારનો ઇતિહાસ ધરાવો છો? જો હા, તો કૃપા કરી નીચે આપેલી જગ્યામાં પૂર્ણ વિગતો જણાવો.	<input type="radio"/> હા	<input type="radio"/> ના

9)	શું તમે જોખમી રમતો, શોખ, પ્રવૃત્તિઓ અથવા પરચુટ્સ જેમ કે પર્વતારોહણ, ડાઈવિંગ, રેસિંગ અથવા એવિએશન કે જે ભાડું ચૂકવેલ યાત્રી સિવાયના હોય અને કોઈ રીતે જોખમી હોઈ શકે તેમાં ભાગ લો છો અથવા લેવાનો કોઈ ઈરાદો ધરાવો છો? જો હા, તો કૃપા કરી નીચે આપેલી જગ્યામાં પૂર્ણ વિગતો જણાવો.	<input type="radio"/> હા <input type="radio"/> ના
----	--	---

10)	(ક) શું તમે નીચેના માંથી કોઈનું પણ સેવન કરો છો?	જો હા, તો કૃપા કરી નીચે વિગતો જણાવો	
	સેવન કરેલ પદાર્થ	હા/ના	માત્રા
	તમાકુ (સિગારેટ, સિગાર, ગુટકા ઇત્યાદિ)	<input type="radio"/> હા <input type="radio"/> ના	_____પ્રતિ દિવસ સ્ટ્રિક્સ/પેકેટ્સ
	આલ્કોહોલ	<input type="radio"/> હા <input type="radio"/> ના	આલ્કોહોલનો પ્રકાર _____ એટલે કે વ્હીસ્કી, બીયર ઇત્યાદિ દર અઠવાડિયે માત્રા _____ મિલી.
	કોઈ નાર્કોટિક્સ	<input type="radio"/> હા <input type="radio"/> ના	ડ્રગનો પ્રકાર _____

(ખ) જો તમે છેલ્લા 1 વર્ષમાં ઉપરના માંથી કાંઈપણ ઓડી દીધું હોય, તો કૃપા કરી નીચે આપેલી જગ્યામાં પૂરી વિગતો જણાવો.

11)	માત્ર મહિલા જીવન માટે : ક. શું તમે હાલ ગર્ભવતી છો? જો હા, તો ગર્ભાવસ્થાનો કયો મહિનો છે : _____ મહિનો	<input type="radio"/> હા <input type="radio"/> ના
	ખ. શું તમે ક્યારેય ગર્ભમુખ, ગર્ભાશય, અંડાશય, સ્તન, સ્તનમાં ગાંઠ/સિસ્ટ ઇત્યાદિ સંબંધિત કોઈ ગાઈનેકોલોજીકલ સમસ્યાઓથી ક્યારેય પીડાયા છો અથવા કોઈ તપાસો અથવા સારવારો કરાવી છે અથવા હિસ્ટરેક્ટોમી જેવી કોઈ શસ્ત્રક્રિયા પ્રક્રિયા કરાવી છે? જો હા, તો કૃપા કરી નીચે આપેલી જગ્યામાં પૂરી વિગતો જણાવો.	<input type="radio"/> હા <input type="radio"/> ના
12)	શું તમને કોરોના વાયરસ (SARS-CoV-2/COVID-19) હોવાનું ક્યારેય પોઝિટિવ પરીક્ષણ થયું છે? જો હા, તો પોઝિટિવ ડાયગ્નોસીસની તારીખ જણાવો અને ત્યાર પછી કરેલા પરીક્ષણોની વિગતો પણ જણાવો	<input type="radio"/> હા <input type="radio"/> ના
	ક. જો હા, તો શું તમને હોસ્પિટલમાં દાખલ કરવામાં આવ્યા હતા (જો હા, તો કૃપા કરી બધાં જ હોસ્પિટલ રિપોર્ટ્સ અને ડિસ્ચાર્જ સમરી પૂરી પાડો)	<input type="radio"/> હા <input type="radio"/> ના
	ખ. જો હા, તો શું તમને કોવિડ-19 સંબંધિત જટિલતાઓ ઊભી થઈ હતી? કૃપા કરી સુસંગત વિકલ્પ પસંદ કરો.	<input type="radio"/> હા <input type="radio"/> ના

જો કોઈ પણ પ્રશ્નનો જવાબ હા માં આપ્યો હોય તો કૃપા કરી સુસંગત વિગતો, ખુલાસાઓ અને રિપોર્ટ્સ, જો કોઈ હોય તો તે જણાવો.

ઉપર જણાવેલા પ્રશ્નો સંબંધે વિગતો પૂરી પાડવા માટેની જગ્યા. જો આવશ્યક હોય તો કૃપા કરી વધારાના કાગળનો ઉપયોગ કરો અને સાથે જોડો.

પ્રશ્ન નં.	ઉપર હા તરીકે જવાબ આપેલા પ્રશ્નોની વિગતો અથવા આવશ્યક હોવા મુજબ અન્ય કોઈ વિગતો

હું આ દ્વારા ઘોષિત કરું છું કે ઉપર જણાવેલા નિવેદનો, જવાબો અને/અથવા વિગતો જે મેં જણાવી છે તે મારી શ્રેષ્ઠ જાણકારી મુજબ સાચી અને દરેક સંદર્ભમાં પૂર્ણ છે. હું સમજું છું કે મેં આપેલી માહિતી ઈન્શ્યુરન્સ પોલિસી રિવાઈઝ કરવા માટેનો આધાર બનશે અને આ ઘોષણામાં કરેલા નિવેદનો વોરંટીનું સ્વરૂપ લે છે. જો કોઈ ખોટું નિવેદન હોય અથવા અગત્યની માહિતી છુપાવી હોય અથવા જો કોઈ ખોટું નિવેદન જણાવ્યા હોય અથવા દગો કરવાના કિસ્સામાં સૂચિત કોન્ટ્રાક્ટ વખતો વખત સુધારો કરાતા ઈન્શ્યુરન્સ એક્ટ, 1938 ની કલમ 45 ની જોગવાઈઓ અનુસાર હાથ ધરાશે. કલમની સંપૂર્ણ વિગતો તેમ જ 'પોલિસીની તારીખ'ની વ્યાખ્યા માટે કૃપા કરી વખતો વખત સુધારો કરાતા ઈન્શ્યુરન્સ એક્ટ, 1938ની કલમ 45 જુઓ.

હું સમજું છું કે પૂરેપૂરું પ્રીમિયમ કરવેરા અને લેટ ફી, જો કોઈ હોય તેના સહિત મારા દ્વારા ચૂકવવામાં ન આવે ત્યાં સુધી રિવાઈઝલ પર વિચાર નહીં કરવામાં આવે. હું સહમત થાઉં છું કે પોલિસી ડિપોઝિટમાં રહેલી રકમ પર કોઈ વ્યાજ નહીં મળે સિવાય કે સુસંગત નિયમનોમાં તે પૂરું પાડવામાં આવે.

હું સમજું અને સહમત થાઉં છું કે રિસ્ક કવર અને અન્ય લાભો ત્યાં સુધી ફરી શરૂ નહીં થાય જ્યાં સુધી આ રિવાઈઝલ અરજીની લેખિત સ્વીકૃતિ કંપની તરફથી જારી કરવામાં આવે અને પોલિસી હેઠળ લાભો ચુસ્તપણે પોલિસીના નિયમો અને શરતો અનુસાર રહેશે.

હું સમજું છું કે ઈન્શ્યુરન્સ કોન્ટ્રાક્ટ લાગુ થતા કાયદાઓ, જે વખતો વખત સુધારો કરાય તેની જોગવાઈઓ દ્વારા નિયમન કરાશે.

હું પોલિસી રિવાઈઝ કરવા માટે કંપની દ્વારા આવશ્યક હોય એ બધી જ તબીબી તપાસો મારા ખર્ચે કરવાનું સ્વીકારું છું.

સાક્ષીની સહી
સાક્ષીનું નામ અને સરનામું

વીમિત વ્યક્તિ/પોલિસીધારકના અંગૂઠાની છાપ/સહી
(વીમિત વ્યક્તિ સગીર હોય તો પ્રસ્તવાકના અંગૂઠાની છાપ/સહી આવશ્યક રહેશે)

સ્થળ : _____ તારીખ : _____

પોલિસીધારકની સહી પ્રાદેશિક ભાષામાં હોય અથવા અંગૂઠાની છાપ મારી હોય ત્યારે આપવાની રહેતી ઘોષણા :

હું આ દ્વારા ઘોષિત કરું છું કે મેં પોલિસીધારક/વીમિત સદસ્યને _____ ભાષામાં આ પત્રકની વિગતો વાંચી સંભળાવી અને સમજાવી છે, જવાબો સાચા અને ખરી રીતે નોંધ્યા છે, તેમ જ પોલિસીધારક/વીમિત સદસ્યએ પત્રકમાં જણાવેલી વિગતો પૂરેપૂરી સમજૂ લીધા પછી મારી ઉપસ્થિતિમાં પત્રક પર તેની/તેણીની સહી કરી/અંગૂઠાની છાપ મારી છે અને જો કોઈ ખોટું નિવેદન હોવાનું અથવા અગત્યની માહિતી છુપાવી હોવાનું જણાય અથવા જો તેમાં કોઈ ખોટું નિવેદનો કરવામાં આવ્યાં હોય અથવા દગો કરવાના કિસ્સામાં આ સૂચિત કોન્ટ્રાક્ટ વખતો વખત સુધારો કરાતા ઈન્શ્યુરન્સ એક્ટ, 1938ની કલમ 45 ની જોગવાઈઓ અનુસાર હાથ ધરવામાં આવશે.

ઘોષણા કરનારનું નામ અને સરનામું : _____

ઘોષણા કરનારની સહી