

Request for Revival of Policy & Declaration of Good Health
पॉलिसी के नवीनीकरण के लिए निवेदन और अच्छे स्वास्थ्य की घोषणा

पॉलिसी/फॉर्म नंबर														
बीमित का नाम														
जन्मतिथि							लिंग	पुरुष <input type="radio"/>	स्त्री <input type="radio"/>	तृतीय पंथी <input type="radio"/>				
आयु (वर्ष)							व्यवसाय							
निवासी स्थिति	<input type="radio"/> निवासी भारतीय	<input type="radio"/> अनिवासी भारतीय (NRI)	<input type="radio"/> भारतीय मूल का व्यक्ति (PIO)	<input type="radio"/> विदेशी नागरिक										
निवास का वर्तमान देश :														
मोबाइल नंबर	+										वजन (किलोग्राम में)			
ईमेल आईडी											कद (सेंटीमीटर में)			
बैंक खाता संख्या (पॉलिसी धारक)														
आईएफएस कोड														

1)	क्या वर्तमान में आपका स्वास्थ्य अच्छा है? यदि नहीं, तो कृपया नीचे दी गई जगह में संपूर्ण विवरण दें.	<input type="radio"/> हाँ	<input type="radio"/> नहीं
2)	पिछले एक वर्ष के दौरान, क्या आपके वजन में 5 किलोग्राम से अधिक वृद्धि/कमी हुई है. यदि हाँ, तो कृपया नीचे दी गई जगह में संपूर्ण विवरण भरें.	<input type="radio"/> हाँ	<input type="radio"/> नहीं
3)	इस पॉलिसी के प्रस्ताव की दिनांक से क. क्या आपको किसी अस्वस्थता/रोग से 3 या अधिक दिनों तक उपचार की आवश्यकता पड़ी थी? यदि हाँ, तो कृपया नीचे दी गई जगह में संपूर्ण विवरण भरें. ख. क्या किसी शारीरिक, मानसिक या भावनात्मक स्थिति, चोट या बीमारी के लिए निकट भविष्य में आपकी किसी सर्जरी या अस्पताल में दाखिले की या डॉक्टर या प्रैक्टिशनर के पास जाने की योजना है या ऐसी सलाह दी गई है. यदि हाँ, तो कृपया नीचे दी गई जगह में संपूर्ण विवरण भरें. ग. पिछले 5 वर्षों में, खाँसी/सर्दी इत्यादि जैसे मामूली रोगों के अलावा, क्या आपने डॉक्टर की सलाह पर कोई उपचार लिया है और/या कोई बड़ी सर्जरी करवाई है और/या अस्पताल में भर्ती हुए हैं और/या सीटी/एमआरआई स्कैन, एंजियोग्राम, एंडोस्कोपी, बायोप्सी जैसी प्रमुख जाँचें करवाई हैं? यदि हाँ, तो कृपया नीचे दी गई जगह में संपूर्ण विवरण भरें.	<input type="radio"/> हाँ	<input type="radio"/> नहीं
4)	क्या आप इन स्थितियों से पीड़ित हैं या पीड़ित रह चुके हैं : बढ़ी हुई रक्त शर्करा, डायबिटीज मेलिटस, उच्च रक्त चाप, हृदय का रोग, फेफड़ा, गुर्दा, लीवर, थायरॉयड, मस्तिष्क/नाडी तंत्र, हड्डी/जोड़/रीढ़, जेनिटरोयूरिनरी ट्रैक्ट, शरीर का कोई भाग या रक्त विकार, पाचन तंत्र का विकार, गायनेकोलॉजिकल विकार, मनोवैज्ञानिक विकार, एचआईवी/एड्स और/या शरीर के किसी भाग का कैंसर/गाँठ. यदि हाँ, तो कृपया नीचे दी गई जगह में संपूर्ण विवरण भरें.	<input type="radio"/> हाँ	<input type="radio"/> नहीं
5)	क्या लाइफ इंश्योरेंस, क्रिटिकल इलनसे या हेल्थ इंश्योरेंस का आपका कोई प्रस्ताव स्वास्थ्य या जीवनशैली से जुड़े कारणों के चलते कभी नकारा गया है, नामंजूर किया गया है, अस्वीकृत किया गया, लंबित किया गया या अतिरिक्त प्रीमियम के साथ स्वीकार किया गया है. यदि हाँ तो कृपया नीचे दी गई जगह में संपूर्ण विवरण भरें.	<input type="radio"/> हाँ	<input type="radio"/> नहीं
6)	क्या आप पर अपने व्यवसाय से जुड़ा कोई खास जोखिम है (उदाहरण के लिए कैमिकल फैक्ट्री, खदानें, विस्फोटक, क्षरणकारी पदार्थ, युद्धात्मक कर्तव्य, तेल अन्वेषण, गहरे समुद्र की यात्रा इत्यादि) जिसके कारण आपको चोटें लगने या बीमारियां होने की संभावना हो सकती है? यदि हाँ, कृपया व्यवसाय की प्रश्रवली में विवरण दें और इस घोषणा के साथ जमा करें.	<input type="radio"/> हाँ	<input type="radio"/> नहीं
7)	क्या आप "राजनैतिक रूप से संवेदनशील व्यक्ति" (पीईपी) या पीईपी के निकट संबंधी हैं? पीईपी ऐसे व्यक्ति होते हैं जो महत्वपूर्ण सार्वजनिक कार्यों को करते हैं या उनकी जिम्मेदारी संभाल रहे हैं यानी प्रमुख/केंद्र/राज्य सरकार के मंत्री, वरिष्ठ राजनेता, वरिष्ठ सरकारी, न्यायिक या सैन्य अधिकारी, सरकारी कंपनियों के वरिष्ठ प्रतिनिधि, राजनैतिक दल के महत्वपूर्ण अधिकारी, उपरोक्त व्यक्तियों के निकटतम परिवार के सदस्य (इसमें शामिल होंगे जीवनसाथी, माता-पिता, भाई-बहन, बच्चे, जीवनसाथी के माता-पिता या भाई बहन और पीईपी के निकट सहयोगी). यदि हाँ, तो कृपया नीचे दी गई जगह में संपूर्ण विवरण प्रदान करें. यदि नहीं, भविष्य में अपनी पीईपी स्थिति में बदलाव के मामले में, आपको ऐसे बदलाव की सूचना एसबीआई लाइफ को देनी चाहिए.	<input type="radio"/> हाँ	<input type="radio"/> नहीं
8)	आपराधिक कार्रवाइयों, एफआईआर या आरोपित होने का इतिहास. क. क्या आपके खिलाफ कोई एफआईआर या आपराधिक शिकायत कभी दर्ज या दायर की गई है? यदि हाँ, तो कृपया नीचे दी गई जगह में संपूर्ण विवरण भरें. ख. क्या आपके खिलाफ पहले कभी कोई आपराधिक कार्रवाई शुरू की गई थी या वर्तमान में चल रही है? यदि हाँ, तो कृपया नीचे दी गई जगह में संपूर्ण विवरण भरें. ग. क्या भारत में या विदेश में किसी आपराधिक कार्रवाई के अंतर्गत आप पर अपराधिक सजा का कोई इतिहास रहा है? यदि हाँ, तो कृपया नीचे दी गई जगह में संपूर्ण विवरण भरें.	<input type="radio"/> हाँ	<input type="radio"/> नहीं

9)	क्या आपकी किसी खतरनाक खेल, शौक, गतिविधियों या मनोरंजन में भाग लेने की कोई इच्छा है या कभी भाग ले चुके हैं, उदाहरण के लिए पर्वतारोहण, डाइविंग, रेसिंग या किराया देकर यात्री के रूप में उड़ान भरने के अलावा कोई उड्डयन जो किसी तरह से खतरनाक हो? यदि हाँ तो कृपया नीचे दी गई जगह में संपूर्ण विवरण दें	<input type="radio"/> हाँ	<input type="radio"/> नहीं
10)	(क) क्या आप निम्नलिखित में से किसी का सेवन करते हैं?		
	ग्रहण किया गया पदार्थ	हाँ/नहीं	यदि हाँ, तो कृपया नीचे विवरण दें
			मात्रा
			कब से (वर्ष)
	तंबाकू (सिगरेट, सिगार, गुटरखा इत्यादि)	<input type="radio"/> हाँ <input type="radio"/> नहीं	_____ स्टिक्स/पैकेट्स प्रति दिन
	शराब	<input type="radio"/> हाँ <input type="radio"/> नहीं	शराब का प्रकार _____ यानी व्हिस्की, बीयर इत्यादि मात्रा प्रति सप्ताह _____ मिली
	कोई नार्कोटिक्स	<input type="radio"/> हाँ <input type="radio"/> नहीं	ड्रग का प्रकार _____
	(ख) यदि आपने पिछले 1 साल में उपरोक्त में से किसी को छोड़ दिया है, तो कृपया नीचे दी गई जगह में संपूर्ण विवरण प्रदान करें		
11)	केवल महिला जीवनों के लिए : क. क्या आप वर्तमान में गर्भवती हैं? यदि हाँ, तो गर्भावस्था के कितने महीने: _____ महीना	<input type="radio"/> हाँ	<input type="radio"/> नहीं
	ख. क्या आपने कभी सर्विक्स, गर्भाशय, अंडाशय, स्तन, स्तन में गांठ/सिस्ट इत्यादि से जुड़ी किसी गायनेकोलॉजिकल समस्या का सामना किया है या जाँच करवाई है या उपचार करवाया है या कोई सर्जिकल प्रक्रिया करवाई है जैसे हिस्टरेक्टॉमी. यदि हाँ, तो कृपया नीचे दी गई जगह में संपूर्ण विवरण प्रदान करें	<input type="radio"/> हाँ	<input type="radio"/> नहीं
12)	क्या आपको कभी नॉवेल कोरोनावायरस (सार्स-CoV-2/कोविड-19) के लिए जाँच में पॉज़िटिव पाया गया है? यदि हाँ, तो कृपया पॉज़िटिव होने का पता चलने की दिनांक बताएं. और साथ ही क्रमिक जाँचों के विवरण भी दें.	<input type="radio"/> हाँ	<input type="radio"/> नहीं
	क. यदि हाँ तो क्या आपको अस्पताल में भर्ती किया गया था (यदि हाँ तो कृपया अस्पताल दाखिले की सारी रिपोर्ट और डिस्चार्ज समरी दें)	<input type="radio"/> हाँ	<input type="radio"/> नहीं
	ख. यदि हाँ तो क्या आप कोविड-19 संबंधी जटिलताओं से ग्रस्त थे? कृपया संबंधित विकल्प का चयन करें.	<input type="radio"/> हाँ	<input type="radio"/> नहीं

यदि किसी प्रश्न का उत्तर हाँ में दिया गया है तो कृपया संबंधित विवरण, स्पष्टीकरण और रिपोर्ट्स प्रदान करें.

ऊपर दिए गए प्रश्नों से जुड़े विवरण देने के लिए खाली जगह. यदि आवश्यक हो तो कृपया अतिरिक्त कागज का उपयोग करें और जोड़ें.

प्रश्न नं.	ऊपर दिए गए प्रश्नों में से हाँ के रूप में दिए गए जवाबों के विवरण या आवश्यक कोई अन्य जानकारी

मैं एतद्वारा घोषित करता/करती हूँ कि मेरे द्वारा दिए गए उपरोक्त कथन, उत्तर और/या विवरण मेरी श्रेष्ठ जानकारी के अनुसार सभी पहलुओं से सत्य और संपूर्ण हैं. मैं समझता/समझती हूँ कि मेरे द्वारा प्रदान की गई जानकारी इश्योरेंस पॉलिसी के पुनर्जीवन का आधार बनेगी और यह कि इस घोषणा में दिए गए कथन आश्वासन बनेंगे. यदि इसमें कोई गलत कथन है या वस्तुनिष्ठ जानकारी का दमन किया गया है या यदि कोई असत्य कथन है या धोखाधड़ी के मामले में उक्त कथन पर बीमा कानून 1938 की धारा 45 के समय-समय पर यथा संशोधित प्रावधानों के अनुसार कार्रवाई की जाएगी. धारा के संपूर्ण विवरणों और "पॉलिसी की दिनांक" की व्याख्या के लिए कृपया समय-समय पर यथा संशोधित बीमा कानून 1938 की धारा 45 पढ़ें.

मैं समझता/समझती हूँ कि पॉलिसी के पुनर्जीवन पर तब तक विचार नहीं किया जाएगा जब तक कि करों और विलंब शुल्क, यदि हो, सहित संपूर्ण प्रीमियम मेरे द्वारा अदा नहीं किया जाता है. मैं सहमत हूँ कि संबंधित कानूनों में दी गई बातों को छोड़कर पॉलिसी डिपॉजिट में रखी गई राशि पर कोई ब्याज अर्जित नहीं होगा.

मैं समझता/समझती हूँ और सहमत हूँ कि जोखिम कवर और अन्य लाभ तब तक आरंभ नहीं होंगे जब तक कि कंपनी द्वारा इस पॉलिसी के पुनर्जीवन के निवेदन की लिखित रूप से स्वीकृति जारी नहीं की जाती और यह कि पॉलिसी के अंतर्गत लाभ पॉलिसी के नियमों व शर्तों के अनुसार होंगे.

मैं समझता/समझती हूँ कि इश्योरेंस का अनुबंध समय-समय पर संशोधित लागू सभी कानूनों के प्रावधानों द्वारा अधिशासित किया जाएगा.

मैं अपने खर्च पर अपनी पॉलिसी के पुनर्जीवन के लिए कंपनी द्वारा यथा आवश्यक सभी मेडिकल जाँचें करवाने की घोषणा करता/करती हूँ.

गवाह का हस्ताक्षर
गवाह का नाम और पता

आश्वासित जीवन/पॉलिसीधारक का अंगूठे का निशान/
हस्ताक्षर (अल्प वयस्क आश्वासित जीवन के मामले में प्रस्तावक
के अंगूठे का निशान/हस्ताक्षर की आवश्यकता होती है)

स्थान: _____ दिनांक: _____

जब पॉलिसीधारक की घोषणा हिंदी के अलावा अन्य भाषा में होती है या वह अंगूठे का निशान लगाता है तब की जानेवाली घोषणा:

मैं एतद्वारा घोषित करता/करती हूँ कि मैंने इस फॉर्म की सारी जानकारी पॉलिसीधारक/बीमित सदस्य को _____ भाषा में पढ़कर सुनाई और समझाई है. उत्तरों को सत्य और सटीकता से दर्ज किया है और यह कि पॉलिसीधारक/बीमित सदस्य ने मेरी मौजूदगी में सारी जानकारी पूरी तरह से समझने के बाद अपना हस्ताक्षर किया है/अंगूठे का निशान लगाया है और यह कि यदि कोई गलत कथन किया जाता है या किसी वस्तुनिष्ठ जानकारी को छिपाया जाता है या यदि उसमें कोई असत्य कथन होता है या धोखाधड़ी के मामले में, उक्त अनुबंध के साथ समय-समय पर यथा संशोधित बीमा कानून 1938 की धारा 45 के प्रावधानों के अनुसार कार्रवाई की जाएगी.

घोषणाकर्ता का नाम और पता : _____

घोषणाकर्ता का हस्ताक्षर