



भारतीय जीवन बीमा निगम
LIFE INSURANCE CORPORATION OF INDIA

(जीवन बीमा निगम अधिनियम 1956 द्वारा संस्थापित)

(Established by the Life Insurance Corporation Act, 1956)

स्वास्थ्य के संबंध में व्यक्तिगत प्रकथन

PERSONAL STATEMENT REGARDING HEALTH

(स्वास्थ्य एवं बिना स्वास्थ्य परीक्षण के आधार पर कालातीत पॉलिसी के पुनर्चलन हेतु)
(Revival of Lapsed Policies on both Medical & Non-Medical basis)

फार्म नं० 680 / F. No. 680 (Rev. 2022)

केवल कार्यालय के उपयोगार्थ Office use only
प्राप्ति दिनांक Date of Receipt
प्रविष्ट सं० Inward No.
अभिकर्ता का नाम Agent's Name
अभिकर्ता कोड Agent's Code

मण्डल कार्यालय Divl. Office.....	शाखा कार्यालय Branch Office.....	पॉलिसी सं० Policy No.....
-------------------------------------	-------------------------------------	------------------------------

1. बीमाधारक का पूरा नाम श्री/श्रीमति/सुश्री/मिश्रित Full Name of the Life Assured Mr./Mrs./Ms./Mx.	
---	--

2. लिंग Gender : (✓)	पुरुष Male		स्त्री Female		ट्रान्सजेंडर Transgender	
-------------------------	---------------	--	------------------	--	-----------------------------	--

पूर्ण पता Full Address	पूर्ण-1 पता Address 1
	पूर्ण-2 Address 2
	पूर्ण-3 Address 3

ई-मेल Email Address	फोन / मोबाइल न. Phone / Mobile No.
------------------------	---------------------------------------

वर्तमान व्यवसाय Present Occupation

नियोजक का नाम Name of Employer	नियोजक के साथ सेवा अवधि Length of Service with employer वर्ष years
-----------------------------------	--	---------------------------

3. व्यक्तिगत प्रकथन Personal History	उत्तर हैं अथवा ना में दे Answer 'Yes' or 'No'	यदि हैं तो पूर्ण विवरण दे If, 'Yes' please give full details
---	--	---

क) क्या आपने पिछले पाँच साल से किसी बीमारी के लिए चिकित्सक से एक सप्ताह से अधिक की चिकित्सा / परामर्श लिया 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 कभी सामान्य जाँच / निरीक्षण (ओबसेरवेशन) / चिकित्सा / ऑपरेशन के लिए किसी अस्पताल / नर्सिंग होम में भर्ती हुये है ? b) Have you ever been admitted to any hospital or nursing home for general check-up, observation, treatment or operation ?		
--	--	--

ग) क्या आपने पिछले पाँच सालों से स्वास्थ्य के आधार पर कार्यालय से अवकाश लिया है ? c) Have you remained absent from place of work on grounds of health during the last 5 years ?		
--	--	--

घ) क्या आप कभी लिवर, पेट, हृदय, फेफड़े, गुर्दे, सस्तिष्क या नर्वस सिस्टम से संबंधित रोग से फीड़ित रहे है / फीड़ित है ? d) Are you suffering from or have you ever suffered from ailments pertaining to Liver, Stomach, Heart, Lungs, Kidney, Brain or Nervous System ?		
---	--	--

<p>च) क्या आप मधुमेह, क्षय, उच्च अथवा निम्न रक्त चाप, कैंसर, मिर्गी, हर्निया, हाइड्रोसेल, कुष्ठ रोग या किसी अन्य बीमारी से पीड़ित रहे हैं / पीड़ित हैं ?</p> <p>e) Are you suffering from or have ever suffered from Diabetes, Tuberculosis, High Blood Pressure, Low Blood Pressure, Cancer, Epilepsy, Hernia, Hydrocele, Leprosy or any other disease ?</p>		
<p>छ) क्या आपको कभी किसी प्रकार की शारीरिक विकृति अथवा अपंगता रही है ?</p> <p>f) Did you ever have any bodily defect or deformity ?</p>		
<p>ज) क्या आपको कभी दुर्घटना हुई है / चोट लगी है ?</p> <p>g) Did you ever have any accident or injury ?</p>		
<p>झ) क्या आपने हेपेटाइटिस बी अथवा एड्स से संबन्धित कोई वैद्यकीय सलाह, इलाज या परीक्षण लिया है या ले रहे हैं ?</p> <p>h) Have you ever required or at present availing/undergoing medical advice, treatment or tests in connection with hepatitis B or AIDS related condition.</p>		
<p>ट) क्या आपने कभी निम्नलिखित का सेवन किया है -</p> <p>i) Do you use or have you ever used -</p>	हाँ / नो Yes / No	यदि हाँ, तो कृपया सेवन की मात्रा एवं अवधि बताएं If yes, please specify quantity and duration of consumption
मादक पेय Alcoholic drinks		
नारकोटिक्स Narcotics		
कोई अन्य ड्रग Any other drugs		
तंबाकू किसी भी रूप में Tobacco in any form		
<p>ठ) आपका स्वास्थ्य समान्यतः कैसा रहता है ?</p> <p>j) What has been your usual state of health ?</p>	अच्छा / अच्छा नहीं Good / Not Good	
<p>ड) क्या आपका बीमा प्रस्ताव या आपकी कालातीत पॉलिसी के पुनर्चलन संबंधी आवेदन किसी अन्य शाखा या किसी अन्य बीमा कंपनी में विचाराधीन है ?</p> <p>k) Is your life now being proposed for another assurance or an application for revival of a policy on your life or any other proposal under consideration in any office of the Corporation or to any other Insurer ? If yes give details.</p>	हाँ / नो Yes / No	यदि हाँ, तो विवरण दीजिये If YES, give details 1. पॉलिसी/प्रस्ताव संख्या Policy/Proposal No 2. शाखा / Branch 3. वर्ष / Year
<p>ढ) क्या आपके जीवन पर बीमा प्रस्ताव अथवा पुनर्चलन प्रस्ताव निगम के किसी कार्यालय अथवा किसी बीमा कंपनी द्वारा कभी भी -</p> <p>l) Has a proposal (or an application for revival of a policy) on your life made to any office of the Corporation or to any other Insurer ever been :-</p>	हाँ / नो Yes / No	यदि हाँ, तो विवरण दीजिये If YES, give details 1. पॉलिसी/प्रस्ताव संख्या Policy/Proposal No 2. शाखा / Branch 3. वर्ष / Year
(i) वापस लिया गया है / अथवा ड्रॉप किया गया है ? Withdrawan or Dropped ?		
(ii) अतिरिक्त प्रीमियम / लियन के साथ स्वीकृत किया गया है ? Accepted with an extra premium or lien ?		
(iii) स्थगित / इंकार / मना किया गया है ? Deferred or declined ?		
(iv) प्रस्तावित शर्तों से भिन्न शर्तों पर स्वीकृत किया गया है ? Accepted on terms otherwise than those proposed ?		

4.	बिना स्वास्थ्य परीक्षण मामले में, कृपया सही लंबाई एवं भार (वजन) बताएं (बिना जूते) In non-medical cases, please state exact height in cms and weight in kgs (Without shoes)	ऊंचाई (से. मी.) Height (Cms)	वजन (किलोग्राम) Weight (Kgs)
5.	कृपया अन्य कार्यालय/बीमा कंपनी में आपके जीवन पर बीमा अथवा पुनर्चलन हेतु प्रस्तावित पॉलिसियों का विवरण दें : Please give details of your insurance policies under proposal/revival from LIC as well as from other insurers :		
	मण्डल/शाखा कार्यालय का नाम Name of the Divisional Office/ Unit Branch Office	पॉलिसी/प्रस्ताव संख्या Policy No. Proposal No.	तालिका/अवधि Plan & Term
			बीमा धन Sum Assured
			पॉलिसी की स्थिति/आखिरी प्रीमियम देने की तिथि Status of Policy / Last Premium Paid on

महिला प्रस्तावकों के लिए : For Female Proponents only :			
क्या आप इस समय गर्भवती हैं ? Are you pregnant now ?		पिछले प्रसव की तिथि : (वर्ष-माह-दिन) Date of last Delivery (yyyy-mm-dd):	
क्या आपने कोई गर्भपात या सिजेरियन ऑपरेशन हुआ है ? यदि हाँ तो विवरण दीजिये Have you had any abortion or miscarriage or caesarian section ? If so give details			
क्या आपने कभी स्त्री रोग विशेषज्ञ से परामर्श इलाज या किसी तरह की कोई जांच कराई है ? यदि हाँ तो विवरण दीजिये Have you ever consulted a gynecologist or undergone any investigation, treatment for any gynaec ailment ? (If yes, give details)			

बीमाधारी द्वारा घोषणा DECLARATION BY THE LIFE ASSURED

मैं एतद् द्वारा घोषित करता/करती हूँ की उपयुक्त प्रकथन एवं उत्तर प्रत्येक प्रश्न को समझने के पश्चात दिए गए हैं तथा पूरी तरह से सत्य एवं पूर्ण हैं। मेरे द्वारा कोई भी जानकारी छुपाई नहीं गयी है और मैं इस बात से सहमत हूँ तथा घोषित करता/करती हूँ कि मेरी कालातीत पॉलिसी के बीमा प्रस्ताव के साथ-साथ ये प्रकथन और ये घोषणा मेरे तथा भारतीय जीवन बीमा निगम के मध्य अनुबन्ध का आधार होंगे और यदि इसमें से कोई कथन असत्य पाया गया तो बीमा अधिनियम 1938 के अनुभाग 45 (समय समय पर संशोधित) के अनुसार कार्यवाही के अधीन होगा।

किसी भी कानून, परंपरा, प्रथा जो वर्तमान में लागू है, के अंतर्गत यह प्रावधान होते हुये भी किसी भी चिकित्सक, अस्पताल, डायगोनोस्टिक संस्था, नियोजक, पुनर्बीमा कर्ता/क्रेडिट ब्योरो को गोपनीयता के आधार पर मेरे स्वास्थ्य, रोजगार अथवा व्यवसाय, बीमा, आर्थिक जानकारी देने से निषेध करते हैं, मैं, मेरे उत्तराधिकारी, व्यवस्थापक एवं समनुदेशक या कोई भी अन्य जिसका पॉलिसी अनुबंध में हित निहित हो, वह किसी भी समय निगम या अधिकृत संगठन को जोखिम अंकन, किसी प्रकार की जांच, धोखा धड़ी को रोकने, एवं दावा भुगतान के लिए मेरे बारे में जानकारी देने के लिए स्वतंत्र होंगे। और मैं यह सहमति देता/देती हूँ कि इस घोषणा की तिथि और पॉलिसी के पुनर्चलन के पहले यदि मेरे व्यवसाय में कोई परिवर्तन हो जाता है या मेरी आर्थिक स्थिति के संबंध में अथवा मेरे या मेरे परिवार के किसी सदस्य के स्वास्थ्य के संबंध में कोई विपरित स्थिति उत्पन्न हो जाती है या यदि निगम के किसी कार्यालय को प्रस्तुत किया गया मेरा जीवन बीमा प्रस्ताव या पॉलिसी के पुनर्चलन के लिए दिया गया कोई आवेदन पत्र विचाराधीन है, या वापस ले लिया गया है या रद्द या स्थगित किया गया है या बढ़ी हुई प्रीमियम दर या ग्रहणाधिकार (Lein) के आधार पर स्वीकार किया गया अथवा प्रस्तावित शर्तों के अलावा अन्य शर्तों पर स्वीकार किया गया है तो मैं पॉलिसी पुनर्चलन संबंधी शर्तों पर पुनः विचार करने के लिए निगम को लिखित रूप से तत्काल सूचित करूंगा/करूंगी। इस संबंध में मेरी ओर से किसी प्रकार की असावधानी होने पर अनुबंध, बीमा अधिनियम 1938 के अनुभाग 45 (समय समय पर संशोधित) के अंतर्गत कार्यवाही के अधीन होगा।

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 is any untrue averment be contained therein the said contract shall be dealt with as per provisions of Section 45 of the Insurance Act, 1938 as amended from time to time.

Notwithstanding the provision of any law, usage, custom or convention for the time being in force prohibiting any doctor, hospital, diagnostic center and/or employer, reinsurer / credit bureau from divulging any knowledge or information about me concerning my health or employment, occupation, insurance, financial etc. on the grounds of privacy, 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, and the Corporation to divulge the same to any Authorised Organisation / Institution / Agency / and Governmental / Regulatory Authority for the sole purpose of underwriting / investigation / risk mitigation / fraud control and/or claim settlement. And I further agree that if after the date of submission of the health declaration but before revival 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 if a proposal for assurance or an application for revival of a policy on my life made to any office of the Corporation is withdrawn or dropped, deferred or accepted at an increased premium or subject to a 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 contract to be dealt with as per provisions of Section 45 of the Insurance Act, 1938 as amended from time to time.

स्थान.....दिनांक.....माह.....सन् २०.....

Dated at..... on the..... day of..... 20

साक्षी के हस्ताक्षर.....

Signature of Witness.....

पता.....

Address.....

मोबाइल/फोन सं.....

Mobile/Phone No.....

बीमित व्यक्ति के हस्ताक्षर या अंगूठा निशानी
Signature or Thumb Impression of the Life Assured

यदि बीमित व्यक्ति अशिक्षित है, तो उसका अंगूठा निशानी किसी ऐसी प्रतिष्ठित व्यक्ति के द्वारा प्रमाणित होना चाहिए, जिसकी पहचान आसानी से की जा सकती लेकिन वह निगम से संबन्धित न हो, और यह घोषणा उन्ही के द्वारा की जानी चाहिए।

In case the proposer is illiterate 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.

मैं एतद् द्वारा घोषणा करता/करती हूँ कि मेरे इस फॉर्म का विवरण बीमित व्यक्ति को..... भाषा में समझा दिया है और बीमित व्यक्ति द्वारा बतलाये गये प्रश्नों के उत्तर पढ़कर सुना दिये हैं तथा बीमित व्यक्ति ने इस फॉर्म पर अपना अंगूठा निशान विवरण को पूरी तरह से समझ लेने के बाद लगाया है।

I here by 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.

प्रतिष्ठित व्यक्ति का नाम व पता

.....
.....

Name and Address of the Declarant :

.....
.....

हस्ताक्षर
Signature

Mobile No. :