एसबीआई लाइफ इंश्योरेंस कंपनी लिमिटेड

एसबीआई लाइफ संपूर्ण सुरक्षा (UIN: 111N040V02 / 111N040V03)

अच्छे स्वास्थ्य की घोषणा का फॉर्म

निर्देश :

इस फॉर्म में सभी विभागों/क्षेत्रों को पूरा किया जाना चाहिए. प्रश्नों को अनुत्तरित छोडना स्वीकार नहीं किया जाएगा और इसके कारण प्रस्ताव अस्वीकृत हो सकता है.

इंश्योरेंस अत्यंत विश्वास का अनुबंध है, जहाँ सभी तथ्य प्रकट किए जाने के लिए आश्वासित जीवन पर विश्वास किया जाता है. कोई तथ्य वस्तुनिष्ठ है या नहीं, इसका संदेह होने के मामले में उस तथ्य को प्रकट किया जाना चाहिए.

आश्वासित जीवन का नाम (सदस्य)_____

मूल पॉलिसी धारक का नाम _____ पॉलिसी नं./ कोट नं. _____

कर्मचारी नं./ सदस्यता आईडी: _____ जन्म तिथि: _____/_____/_____ आयु : पुरूष/स्त्री

नामिती का नाम, पता और रिश्ता (यदि हो) _____

_____

पालक का नाम और पता (यदि नामिती अल्पवयस्क हो) _____

_____

घोषणा

मैं एतद्द्वारा घोषित करता/करती हूँ कि मैं अपनी इच्छा से ग्रुप पॉलिसी से जुड़ रहा/रही हूँ. मुझे मूल पॉलिसीधारक द्वारा ग्रुप पॉलिसी के लाभ, नियमों और शर्तों के बारे में समझा दिया गया है.

इसके अलावा, मैं उत्पाद एसबीआई लाइफ संपूर्ण सुरक्षा के तहत जारी ग्रुप इंश्योरेंस पॉलिसी के अंतर्गत नई सदस्यता के अपने नामांकन के लिए सहमत हूँ.

मैं घोषित करता/करती हूँ कि मैं वर्तमान में अच्छी मानसिक और शारीरिक स्वास्थ्य स्थिति में हूँ.

मैं यह भी घोषित करता/करती हूँ कि मुझमें कोई शारीरिक विकार/विकृति नहीं है, और स्वतंत्र रूप से अपने दैनिक कार्य करता/करती हूँ. मुझे कभी डायबिटीज, हायपरटेंशन (हाई ब्लड प्रेशर), मिर्गी, या ट्यूबरकुलोसिस या जेनेटिक विकार नहीं रहा और न ही अब है.

मुझे हेपेटाइटिस बी, हेपेटाइटिस सी या एचआईवी के लिए पॉजिटिव नहीं पाया गया है और अलकोहल, नार्कोटिक ड्रग्स या तंबाकू के सेवन के संबंध में उपचारित या अस्पताल में भर्ती नहीं किया गया है. पिछले 3 वर्षों के दौरान, मुझे किसी भी रोग या अस्वस्थता के लिए अस्पताल में भर्ती नहीं किया गया है. मैने पहले या वर्तमान में क्रिटिकल रोगों के लिए कोई उपचार नहीं लिया है या वर्तमान में नहीं ले रहा/रही हूँ और न ही मुझे कोई मेडिकल जाँच करवाने या उपचार की कोई चर्या का पालन करने की सलाह दी गई है.

@क्रिटिकल इलनेस को निम्नलिखित में से किसी के रूप में व्याख्यायित किया गया है :

(1) कैंसर ग्रस्त रहे हैं या हैं, (2) किसी हृदय रोग के लिए उपचार की सलाह दी गई है या उपचार ले रहे/रही हैं, (3) पिछले 12 महीनों के दौरान पूर्ण एनेस्थीशिया की ज़रूरत वाली कोई प्रमुख सर्जरी करवाई है, (4) प्रमुख अंग प्रत्यारोपण करवाया है, (5) छाती/हृदय की सर्जरी करवाने के लिए चिकित्सीय रूप से सलाह दी गई है या घोषणा के दिनांक से छह महीने के अंदर संपूर्ण एनेस्थीशिया की आवश्यकता वाली सर्जरी, (6) किडनी और/या लीवर फेल्योर हुआ है, (7) स्ट्रोक, लकवा या किसी मानसिक रोग से ग्रस्त हो चुके/चुकी हैं या ग्रस्त हैं, (8) फेफड़ों या मस्तिष्क या लीवर की किसी पुरानी, ठीक न हो सकने वाली बीमारी से ग्रस्त हो चुके/ चुकी हैं या ग्रस्त हैं, (9) एड्स या यौन संक्रमित रोगों से ग्रस्त रह चुके /चुकी हैं या ग्रस्त हैं.

मैं घोषित करता/ करती हूँ कि मेरे काम में खदान में कार्य करना या हानिकारक पदार्थों, रसायन या गैस के संपर्क में रहना शामिल नहीं है.

केवल महिलाओं के लिए

मैं गर्भवती नहीं हूँ और पिछले तीन महीनों में गर्भपात, बच्चा गिरने या अन्य गायनेकोलॉजिकल विकारों का कोई इतिहास नहीं है.

मैं एतद्द्वारा समझता/समझती हूँ और सहमत हूँ कि जब तक जोखिम को स्वीकार नहीं कर लिया जाता और एसबीआई लाइफ द्वारा आवश्यक प्रीमियम प्राप्त नहीं कर लिया जाता और लाइफ इंश्योरेंस कवर के लिए इस आवेदन को स्वीकार करने की लिखित सूचना एसबीआई लाइफ द्वारा नहीं दी जाती तब तक कोई इंश्योरेंस कवर आरंभ नहीं होगा. मैं यह भी समझता/समझती हूँ और सहमत हूँ कि मुझे प्रदान किया गया लाइफ इंश्योरेंस कवर मूल पॉलिसीधारक के पक्ष में जारी मूल पॉलिसी अनुबंध द्वारा अधिशासित किया जाएगा. मेरे स्वास्थ्य, रोजगार से संबंधित किसी ज्ञान या जानकारी को किसी डॉक्टर, हॉस्पिटल और/या नियोक्ता को गोपनीयता के आधार पर प्रकट करने से रोकने वाला किसी कानून का प्रावधान, उपयोग, प्रथा या परंपरा के होने के बावजूद. मैं,मुझे प्रदान किए गए लाइफ इंश्योरेंस कवर में किसी भी प्रकार की रूचि रखने वाले मेरे वारिस, वसीयत प्रबंधक, प्रशासक या किसी अन्य व्यक्ति या व्यक्ति एतद्द्वारा सहमत हैं कि ऐसे प्राधिकारी, जिन्हें ऐसा ज्ञान या जानकारी हो, किसी भी समय कंपनी को ऐसा ज्ञान या जानकारी प्रकट करने के लिए मुक्त होंगे.

मैं एतद्द्वारा घोषित करता/करती हूँ और सहमत हूँ कि उपरोक्त घोषणा उन्हें पूरी तरह से समझने के बाद दी गई हैं और मेरे श्रेष्ठ ज्ञान के अनुसार सत्य और पूर्ण हैं और यह कि मैने ऐसी कोई जानकारी नहीं छिपाई है जो एसबीआई लाइफ के ग्रुप इंश्योरेंस प्लान में मेरे दाखिले को प्रभावित कर सकती है.

मैं एतद्द्वारा सहमत हूँ कि घोषणा सहित यह फॉर्म ग्रुप इंश्योरेंस प्लान में मेरे दाखिले का आधार होगा और यदि इसमें कोई असत्य कथन हुआ तो मैं, मेरे वारिस, वसीयत प्रबंधक, प्रशासक और असाइनी ग्रुप इंश्योरेंस प्लान के तहत कोई लाभ पाने के लिए अधिकारी नहीं होंगे. मैं इसके लिए भी सहमत हूँ कि एश्योरेंस के लिए मेरे निवेदन की स्वीकृति के पूर्व ज्ञात रोग, चोट या मृत्यु के कारण उभरने वाले किसी दावे के लिए या यदि मैं उपरोक्त कथन में किसी वस्तुनिष्ठ जानकारी को छिपा या रोक देता/देती हूँ, तो उसके लिए कंपनी जिम्मेदार नहीं होगी .

कॉर्पोरेट और पंजीकृत कार्यालय : नटराज, एम. वी. रोड और वेस्टर्न एक्सप्रेस हाईवे जंक्शन, अंधेरी (पूर्व), मुंबई-400069.
सेंट्रल प्रोसेसिंग सेंटर : 7 लेवल (डी विंग) और 8 लेवल, सीवुड्स ग्रैंड सेंट्रल, टॉवर 2, प्लॉट नंबर आर-1, सेक्टर 40, सीवुड्स, नेरुल नोड, नवी मुंबई-400706. IRDAI रजिस्ट्रेशन नं. 111.
टोल-फ्री नंबर: 1800 22 9090 (सुबह 9:00 से रात 9:00 बजे के बीच) I ई-मेल : info@sbilife.co.in I वेबसाइट: www.sbilife.co.in | CIN : U99999MH2000PLC129113

ग्रुप सदस्य का हस्ताक्षर _____

नाम

दिनांक

स्थान

एमपीएच अधिकारी/ गवाह का नाम _____

एमपीएच अधिकारी/ गवाह का हस्ताक्षर _____

स्थान _____ **दिनांक** _____

घोषणा जब सदस्यता फॉर्म ग्रुप सदस्य के अलावा किसी व्यक्ति द्वारा भरा जाता है/ ग्रुप सदस्य अंग्रेजी से इतर भाषा में हस्ताक्षर करता है/ ग्रुप सदस्य निरक्षर है (अंगूठे का निशान लगाने के मामले में)

मैं एतद्द्वारा घोषित करता/करती हूँ कि मैने सदस्यता फॉर्म की सामग्री और एसबीआई लाइफ इंश्योरेंस कंपनी लिमिटेड से ग्रुप इंश्योरेंस स्कीम लेने के लिए प्रयुक्त अन्य सभी दस्तावेजों को पढ़कर ग्रुप सदस्य को समझाया है और यह कि उसने कहा है कि उसने वह समझ लिया है और वह उसके सभी नियमों व शर्तों का पालन करने के लिए सहमत है.

मैं एतद्द्वारा घोषित करता/करती हूँ कि मैने ग्रुप सदस्य को पूरी तरह से समझाया है कि प्रश्नों उत्तर ग्रुप इंश्योरेंस कवर का आधार हैं और यह कि यदि उसमें कोई असत्य कथन पाया जाता है तो एसबीआई लाइफ द्वारा कोई लाभ देय नहीं होगा.

मैं एतद्द्वारा घोषित करता/करती हूँ कि मैने ग्रुप सदस्य को इस फॉर्म की सामग्री _____ भाषा में समझाई है, यह कि मैने ग्रुप सदस्य द्वारा दिए गए उत्तरों को सत्यता और सही तरीके से दर्ज किया है और यह कि सदसय ने उसकी सामग्रियों को पूरी तरह से समझने के बाद मेरी उपस्थिति में सदस्यता फॉर्म पर अपने हस्ताक्षर किए हैं/ अंगूठे का निशान लगाया है.

_____ _____

घोषणा करने वाले व्यक्ति का हस्ताक्षर ग्रुप सदस्य का हस्ताक्षर

दिनांक : _____

बीमा अधिनियम 1938 की धारा 41 के अनुसार जैसा कि समय समय पर संशोधित किया गया:

1) कोई भी व्यक्ति भारत के किसी भी व्यक्ति को, जीवन या संपत्ति से संबंधित किसी भी प्रकार के जोखिम के लिए बीमा करवाने या इसका नवीनीकरण करवाने या बीमा पॉलिसी जारी रखने के लिए, प्रत्यक्ष या अप्रत्यक्ष रूप से ना तो कोई प्रलोभन दे सकता है, न ही देय कमीशन से सम्पूर्ण या आंशिक रूप में कोई हिस्सा दे सकता है, न ही पॉलिसी में दर्शाए गए प्रीमियम पर किसी तरह की छूट दे सकता है, न ही बीमा पॉलिसी लेने वाला, इसका नवीनीकरण करवाने या इसे जारी रखने वाला कोई भी व्यक्ति किसी तरह की छूट स्वीकार कर सकता है, बशर्ते प्रकाशित प्रॉसपेक्टस या बीमाकर्ता की तालिका के अनुसार इस तरह की छूट की अनुमति दी गई है :

बीमा एजेंट द्वारा अपने ही जीवन पर ली गई लाइफ इंश्योरेंस की पॉलिसी के संबंध में बीमा एजेंट द्वारा कमिशन की स्वीकृति को इस उप-धारा के अर्थ के भीतर प्रीमियम की रियायत की स्वीकार्यता नहीं माना जाएगा. यदि ऐसी स्वीकृति के समय बीमा एजेंट यह स्थापित करते हुए निर्धारित शर्तों को पूर्ण करता है कि वह बीमाकर्ता द्वारा नियुक्त एक अधिकृत बीमा एंजेट है.

2) इस धारा के प्रावधानों के अनुपालन में गलती करनेवाला कोई भी व्यक्ति जुर्माने के साथ दंड का अधिकारी होगा जो दस लाख रुपए तक हो सकता है.

बीमा अधिनियम 1938 की धारा 45 का सारांश जैसा कि समय समय पर संशोधित किया गया :

किसी भी जीवन बीमा पॉलिसी पर पॉलिसी की तारीख से तीन वर्ष समाप्त होने के बाद किसी भी आधार पर प्रश्न नहीं उठाया जा सकता. पॉलिसी के दिनांक से तीन वर्ष के अंदर किसी भी समय पॉलिसी पर धोखाधडी के आधार पर या इस आधार पर सवाल उठाया जा सकता है कि प्रस्ताव या अन्य दस्तावेज में बीमित के जीवन की प्रत्याशा का कोई कथन या किसी वस्तुनिष्ठ जानकारी को दमन गलत तरीके से किया गया है जिसके आधार पर पॉलिसी जारी या पुनर्जीवित की गई थी या राइडर जारी किया गया था. बीमाकर्ता को बीमित या उसके विधिक प्रतिनिधियों या नामितियों या असाइनियों को लिखित रूप में उन आधारों और जानकारियों से अवगत कराना होगा जिस पर ऐसा निर्णय आधारित हो.

कोई भी बीमाकर्ता धोखाधडी के आधार पर लाइफ इंश्योरेंस पॉलिसी को रद्द नहीं करेगा यदि बीमित प्रमाणित कर सके कि गलत बयानी या वस्तुनिष्ठ तथ्य का दमन उसकी श्रेष्ठ जानकारी और विश्वास के अनुसार सत्य था या कि इस तथ्य को दबाने के लिए जानबूझकर कोई प्रयास नहीं किया गया था या यह कि ऐसा गलत कथन या छिपाव बीमाकर्ता की जानकारी में है. पॉलिसीधारक के जीवित नहीं रहने पर, धोखाधडी के मामले में झूठ को गलत साबित करने का दायित्व लाभार्थियों पर होता है.

धोखाधडी के आधार पर नहीं लेकिन गलत बयानी या वस्तुनिष्ठ तथ्य को छिपाने के आधार पर पॉलिसी को रद्द करने के मामले में निरस्तीकरण के दिनांक तक पॉलिसी पर जुटाए गए प्रीमियमों को अदा कर दिया जाएगा.

इस धारा में कोई भी बात बीमाकर्ता को किसी भी समय आयु का प्रमाण मांगने से नहीं रोकेगा यदि उसे ऐसा करने का अधिकार हो, और किसी भी पॉलिसी पर प्रश्नचिन्ह केवल इसलिए नहीं लगाया जाएगा क्योंकि पॉलिसी की शर्तों को, प्रस्ताव में बीमित व्यक्ति द्वारा अपनी आयु गलत दर्शाने के कारण समायोजित करना पड़ा था.

धारा के संपूर्ण विवरणों और 'पॉलिसी के दिनांक' की व्याख्या के लिए कृपया बीमा अधिनियम 1938 की धारा 45 पढें.

कॉर्पोरेट और पंजीकृत कार्यालय : नटराज, एम. वी. रोड और वेस्टर्न एक्सप्रेस हाईवे जंक्शन, अंधेरी (पूर्व), मुंबई-400069.

सेंट्रल प्रोसेसिंग सेंटर : 7 लेवल (डी विंग) और 8 लेवल, सीवुड्स ग्रैंड सेंट्रल, टॉवर 2, प्लॉट नंबर आर-1, सेक्टर 40, सीवुड्स, नेरुल नोड, नवी मुंबई-400706. IRDAI रजिस्ट्रेशन नं. 111.

टोल-फ्री नंबर: 1800 22 9090 (सुबह 9:00 से रात 9:00 बजे के बीच) | ई-मेल : info@sbilife.co.in | वेबसाइट: www.sbilife.co.in | CIN : U99999MH2000PLC129113