

**LIC****भारतीय जीवन बीमा निगम**
LIFE INSURANCE CORPORATION OF INDIA

(जीवन बीमा अधिनियम 1956 द्वारा संस्थापित)

(Established by Life Insurance Corporation Act 1956)

स्वास्थ्य के सम्बन्ध में व्यक्तिगत प्रकथन

PERSONAL STATEMENT REGARDING HEALTH

(स्वास्थ्य परीक्षा सहित व रहित दोनों प्रकार की कालातीत पालिसियों के पुनर्चलन हेतु)

(Revival of lapsed Policies both Medical & Non-Medical basis)

फार्म सं./Form No. 680 (Revised 87)

प्राप्ति दिनांक

Date of Receipt.....

प्रविष्टि क्रमांक

Inward No.

Please give specific reply to all questions
Dots/Dashes/Strokes of pen will not be acceptedअभिकर्ता का नाम/Agent's Name/CLIA's Name.....
मण्डल कार्यालय/Delhi Division..... शाखा कार्यालय/Branch Unit No. पालिसी सं./Policy No.1. बीमेदार का पूरा नाम (स्पष्ट अक्षरों में)
Full Name of the Life Assured.....
पूरा पता/Full Address.....व्यवसाय नियोजक का नाम सेवा की अवधि
Occupation..... Name of Employer..... Length of Service with him.....

2. उपर्युक्त पालिसी हेतु प्रस्ताव की तिथि से/ Since the date of your Proposal for the above mentioned Policy.	उत्तर हां या नहीं में दें Answer yes or No	यदि हां तो व्याधि का विवरण दें तथा रूग्णता का प्रकार प्रारम्भ तिथि रूग्णावस्था की अवधि आदि If "Yes" give details of ailment such as nature of illness, date of onset, duration of illness etc.
(क) क्या आप किसी रोग से ग्रस्त थे जिसके लिए एक सप्ताह या अधिक के लिए उपचार की आवश्यकता थी। (a) Have you ever suffered from any illness/disease requiring treatment for a week or more?	क (a)	
(ख) क्या आपकी कभी शल्य क्रिया/दुर्घटना या क्षति हुई है? (b) Did you ever have any operation, accident or injury?	ख (b)	
(ग) क्या आपने कभी इलेक्ट्रो कार्डियोग्राफ, एक्सरे या स्क्रीनिंग, रक्त, मूल या मल की जांच कराई? (c) Did you ever undergo ECG, X-Ray, Screening, Blood Urine or Stool examination?	ग (c)	

3. अ) क्या निगम के इसी या अन्य कार्यालय या बीमाकर्ता को प्रस्तुत प्रस्ताव या पालिसी के पुनर्चलन हेतु निवेदन:
(a) Has a proposal or an application for revival of a policy on your life made to this or any other Office of the Corporation or any Insurer ever been:
(i) वापस ले लिया गया या समाप्त कर दिया गया है?
Withdrawn or dropped?
(ii) अतिरिक्त प्रीमियम या गहन (लियन) के साथ स्वीकार किया गया है?
Accepted with an extra premium or lien?
(iii) स्थगित या अस्वीकृत कर दिया गया है?
Deferred or declined.
(iv) प्रस्तावित शर्तों की जगह अन्य शर्तों पर स्वीकृत किया गया है?
Accepted on terms otherwise than those proposed?
यदि हां तो विवरण दीजिए/If so, give details :

ब) क्या आपके जीवन पर कोई प्रस्ताव या आपका कालातीत का पुनर्चलन सम्बन्धी आवेदन पत्र निगम के इस या किसी अन्य कार्यालय में विचाराधीन है। यदि उत्तर 'हां' में है तो निम्न विवरण दीजिए।
Is any proposal or an application for revival of a lapsed policy on your life under consideration of this or any other Office of the Corporation?
If answer is 'Yes' give the following details :
(i) प्रस्ताव पत्र सं. / Proposal No. ब्रांच सं. / Branch Unit.....
(ii) पालिसी सं. / Policy No. मण्डल कार्यालय / Divisional Office.....

4. क्या आप इस समय पूर्ण स्वस्थ हैं? / Are you at present in sound health?
विशेष : प्रश्न सं. 5 बिना स्वास्थ्य परीक्षा योजना के अन्तर्गत पुनर्चलन के लिए। N.B. For Revival under Non-Medical Scheme (Question No. 5 & 6)

5. लिखिए : (1) आपकी ऊँचाई बिना जूता के.....सं. मी. (2) आपका भार (हल्के कपड़ों में).....कि.ग्राम.
State your height (without shoes).....cms. (ii) Your weight (with thin clothes).....kgs.

6. निगम की योजनाओं के अन्तर्गत आपकी जारी की गई या पुनर्चलित समस्त पालिसियों के नीचे लिखे अनुसार ब्यौरा दीजिए।
State below details of all your policies issued and / or revived under any of Non-Medical Scheme of the Corporation.

शाखा कार्यालय या यूनिट का नाम Name of the D.O./Br. Unit	पालिसी सं. Policy No.	बीमा धन Sum Assured	पालिसी के जारी होने/ पुनर्चलन होने का वर्ष Year of Issue/Revival	पालिसी की स्थिति Whether inforce or lapsed

7. केवल महिला प्रस्तावकों के लिए उपर्युक्त पालिसी से सम्बन्धित अपने प्रस्ताव पत्र की तिथि से
For Female, only since the date of your proposal under the above mentioned policy :

- (i) क्या आपका मासिक धर्म नियमित हो रहा है?
Have you been menstruating regularly?.....
- (ii) क्या आपको कोई गर्भपात हुआ है?
Have you had any miscarriage/s?.....
- (iii) पिछले मासिक धर्म की तिथि लिखिए / State the date of last menstruation?.....
- (iv) पिछले प्रसव की तिथि लिखिए / State the date of last delivery :.....
- (v) क्या आप इस समय गर्भवती हैं?
Are you pregnant now ?.....

घोषणा/ DECLARATION

मैं.....एतद्वारा घोषित करता/करती हूँ कि उपर्युक्त प्रकथन एवं उत्तर प्रत्येक दृष्टि से सही हैं और मैं इस बात से सहमत हूँ तथा घोषित करता/करती हूँ कि मेरे कालातीत पालिसी के बीमा प्रस्ताव के साथ-साथ ये प्रकथन और यह घोषणा मेरे तथा भारतीय जीवन बीमा निगम के मध्य कालातीत पालिसी के पुनर्चलन सम्बन्धी अनुबन्ध के आधार पर होंगे और यदि इसमें कोई असत्य प्रकथन पाया जायेगा तो यह अनुबन्ध पूर्णतया रद्द हो जाएगा तथा इस सम्बन्ध में चुकाई गई समस्त धनराशि निगम द्वारा जब्त कर ली जाएगी।

I.....do hereby declare that the foregoing statements and answers are true in every particulars and agree and declare that these statements and this declaration alongwith any proposal for insurance under the lapsed policy, shall be the basis of the contract of the revival of the lapsed policy, between me and the Life Insurance Corporation of India, and that if any untrue averment be contained therein, the said contract shall be absolutely null and void and all moneys which shall have been paid in respect thereof shall stand forfeited to the Corporation.

और मैं यह घोषित करता/करती हूँ कि यह घोषणा की तिथि और पालिसी के पुनर्चलन की तिथि के मध्य (1) यदि मेरे व्यवसाय में कोई परिवर्तन हो जाता है मेरी आर्थिक स्थिति के सम्बन्ध में अथवा मेरे या मेरे परिवार के किसी सदस्य के स्वास्थ्य के सम्बन्ध में कोई विपरीत स्थिति उत्पन्न हो जाती है या (2) यदि निगम के किसी कार्यालय को प्रस्तुत किया गया मेरा जीवन बीमा प्रस्ताव या पालिसी के पुनर्चलन के लिए दिया कोई आवेदन पत्र विचाराधीन पड़ा है या वापस ले लिया गया है या रद्द स्थगित या अस्वीकृत कर दिया गया है या बढ़ी हुई प्रीमियम दर या गहन (Lien) के आधार पर स्वीकार किया गया है अथवा प्रस्तावित शर्तों के अलावा दूसरे शर्तों पर स्वीकृत किया गया है तो मैं/पालिसी के पुनर्चलन सम्बन्धी शर्तों पर पुनः विचार करने के लिए निगम को लिखित रूप से तत्काल सूचित करूँगा/करूँगी। इस सम्बन्ध में मेरी ओर से किसी प्रकार की असावधानी होने पर यह पुनर्चलन पूर्णतया रद्द हो जाएगा और पालिसी के मद में चुकाई गई राशि सम्पूर्ण धनराशि निगम द्वारा जब्त हो जायेगी।

And I further declare that if between the date of this declaration and the date of revival of the policy (i) any change in my occupation or any adverse circumstances connected with any financial position or the general health of myself or that of any member of my family occurs or (ii) a Proposal for assurance or any application for revival of a policy on my life made to any office of the Corporation is pending or has been withdrawn or dropped, deferred or declined 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 revival of the policy. Any omission on my part to do so shall render the Revival absolutely null and void and all moneys which shall have been paid in respect thereof forfeited to the Corporation.

स्थान..... दिनांक..... माह..... सन् 20.....
Dated..... on the..... day of..... 20.....
साक्षी के हस्ताक्षर.....
Signature of witness.....
व्यवसाय/Occupation.....
पता/Address.....

(बीमित व्यक्ति का हस्ताक्षर या अंगूठा निशान)
(Signature and thumb Impression of the Life Assured)

यदि इस फार्म के प्रश्नों के उत्तर और बीमित व्यक्ति के हस्ताक्षर हिन्दी के अलावा दूसरी भाषा में हैं तो बीमित व्यक्ति को अपने हस्ताक्षर के उपर अपनी हस्तलिपि में यह घोषित करना चाहिए कि उन्हें सभी प्रश्न समझा दिये गये थे और उन्होंने अपने उत्तर प्रश्नों को पूरी तरह और ठीक समझ लेने के बाद दिये थे।

If in this form the answer to the questions and/or signature of the Life assured are given in vernacular, then the Life Assured should declare in his own handwriting, above his own signatures that all questions were explained to him and that his replies were given after fully and properly understanding the same.

- 1) यह घोषणा फार्म भरने वाले व्यक्ति के द्वारा की जानी चाहिए।
This declaration should be made by the person filling the form.
घोषणाकर्ता का पता/Name & Address of the Declarant.....

यदि बीमित व्यक्ति अशिक्षित है। In case the Life Assured is illiterate:

- 2) बीमित व्यक्ति का अंगूठा निशान ऐसे प्रतिष्ठित व्यक्ति के द्वारा प्रमाणित होना चाहिए जिसकी पहचान आसानी से की जा सकती हो लेकिन वह निगम से सम्बन्धित न हो और यह घोषणा उन्हीं के द्वारा की जानी चाहिए।

The thumb impression of the Life Assured 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.

घोषणाकर्ता का नाम और पता/Name & Address of the Declarant.....

- (1) मैं एतद्वारा घोषित करता हूँ कि मैंने बीमित व्यक्ति को उपर्युक्त प्रश्न बलीभाति समझा दिये हैं और उसके द्वारा दिये गये उत्तर सही लिखे हैं।
"I hereby declare that I have full explained the above questions to the Life Assured and I have truth fully recorded the answers given by the Life Assured."

हस्ताक्षर/Signature

- (2) मैं एतद्वारा घोषित करता हूँ कि मैंने इस फार्म का विवरण बीमित व्यक्ति को..... (भाषा) में समझा दिया है और बीमित व्यक्ति द्वारा बतलाये गए प्रश्नों के उत्तर उनको पढ़कर सुना दिये हैं तथा बीमित व्यक्ति ने इस फार्म पर अपना अंगूठा निशान विवरण पूरी तरह समझ लेने के बाद लगाया है।

"I hereby declare that I have explained the contents of this form to the Life Assured in.....language, and that I have read out to the Life Assured, the answers to the questions dictated by the Life Assure, and that the Life Assured has affixed his thumb impression to this form after fully understanding the contents thereof."

हस्ताक्षर/Signature