

युनाइटेड इंडिया इन्श्योरेंस कम्पनी लिमिटेड
UNITED INDIA INSURANCE COMPANY LIMITED
पंजीकृत एवं प्रधान कार्यालय : 24 वाइट्स रोड,
REGISTERED & HEAD OFFICE: 24, WHITES ROAD,
चेन्नै CHENNAI-600014

Photograph

मंडल / शाखा कार्यालय DIVISIONAL / BRANCH OFFICE.....

पारिवारिक मेडिकेयर प्रस्ताव पत्र FAMILY MEDICARE PROPOSAL FORM

अभिकर्ता कोड/ AGENCY CODE	वार्षिक प्रीमियम / ANNUAL PREMIUM
पॉलिसी क्र./ POLICY NO	विकास अधिकारी कोड / DEV. OFFICER CODE

महत्वपूर्ण IMPORTANT

- अ) जब तक कंपनी द्वारा प्रस्ताव एवं बीमित व्यक्तियों का विवरण स्वीकृत नहीं किया गया हो, एवं ऐसी स्वीकृति की लिखित सूचना प्रीमियम के पूर्ण भुगतान के पश्चात प्रस्तावक को न दी गयी हो तब तक कंपनी जोखिम पर नहीं होगी।
- a) The Company will not be on risk until the proposal and Insured Persons details have been accepted by the Company and communication of the acceptance has been given to the proposer in writing on full payment of premium
- ब) यदि प्रस्तावक के साथ अन्य पारिवारिक सदस्य रह रहे हों, अर्थात् पति/पत्नी एवं पात्र आश्रित बच्चे, जिनका आवरण आवश्यक हो तो, ऐसे प्रत्येक पारिवारिक सदस्य के लिए पूर्ण व्यक्तिगत विवरण के साथ पृथक प्रस्ताव पत्र पूर्ण कर प्रस्तुत करना होगा।
- b) If other family members residing with proposer i.e., spouse and eligible dependent children required to be covered, separate Insured Person details forms should be completed for each of such family members.
- स) 45 वर्ष से अधिक आयु के व्यक्तियों तथा प्रस्ताव पत्र में प्रतिकूल चिकित्सा इतिहास संबंधी घोषणा करने वाले 45 वर्ष से कम आयु के व्यक्तियों को स्वयं के खर्चे पर किसी मान्यता प्राप्त अस्पताल/नर्सिंग होम/ प्रयोगशाला /दवाखाना में पूर्व स्वीकृति स्वास्थ्य-परीक्षण कराना होगा।
Persons above 45 years of age or persons below 45 years of age, having adverse medical history declared in the proposal form, will have to undergo pre-acceptance health check-up at a recognised Hospital/Nursing Home/Laboratories/Clinic at the cost of insured.
- ड) बीमा अवधि भंग अथवा बीमित राशि में बढोतरी की स्थिति में आयु पर विचार किये बिना ,उपरोक्त दर्शाये गये मद (स) के अनुसार पूर्व स्वीकृति स्वास्थ्य परीक्षण के साथ नया प्रस्ताव पत्र अपेक्षित है।
Fresh proposal form is required along with pre-acceptance medical check-up as mentioned in item (c) above, irrespective of age, when there is break in insurance cover or when there is a request for enhancement in the sum insured.
- इ) जोखिम निर्धारण हेतु आवश्यक तथ्य अप्रकटीकरण की स्थिति में या भ्रमित जानकारी प्रदान किये जाने, कपटपूर्ण अथवा बीमित द्वारा असहयोग किये जाने की स्थिति में बीमा आवरण अमान्य हो जाएगा (आवश्यक तथ्य से तात्पर्य -वे जानकारियाँ हैं जिनके आधार पर बीमाकर्ता यह सुनिश्चित कर सकेगा कि क्या जोखिम स्वीकार किया जाना है और यदि हाँ तो किस दर ,अनुबन्ध तथा शर्तों पर)
Non-disclosure of facts material to the assessment of the risk, providing misleading information, fraud or non-co-operation by the insured will nullify the cover under the policy (material fact is one which will enable the Insurer to decide whether to accept the risk and if yes, at what rate, terms and conditions.

प्रस्तावक का विवरण / PROPOSER DETAILS

1	प्रस्तावक का नाम / Name of the proposer	उपनाम/(Surname)	नाम (Name)
---	--	-----------------	------------

2	पता व दूरभाष सं./ Address and Telephone No निवास/ Residence :	
	कार्यालय/ Office :	
3	आवरण के लिये कुल सदस्यों की संख्या (अंको में) Total number of members to be covered (in figures):	
	(शब्दों में) (in words):	
	(बीमित व्यक्तियों के लिए पृथक से विवरण फार्म संलग्न किये जायें) (Separate Insured Person Details forms are to be enclosed)	
4	चयनित बीमा राशि/ Sum Insured Opted	
5	क्या आप पॉलिसी के अंतर्गत निम्न लिखित अतिरिक्त आवरण की सुविधा चाहते हैं? Do you wish to avail of the following additional covers under the policy:	
अ	एंबुलेंस खर्चे / AMBULANCE CHARGES:	
ब	अस्पताल हेतु दैनिक नकद/ HOSPITAL DAILY CASH	यदि हाँ तो रु. 250/- प्रतिदिन / रु. 500/- प्रतिदिन If yes, for Rs.250/- per day / Rs.500/- per day
6	बीमा अवधि/	से From तक To (मध्यरात्रि तक Midnight)

नमूना हस्ताक्षर तालिका SPECIMEN SIGNATURE TABLE

क्र. S.No	बीमित व्यक्ति का नाम Name of Insured Person	आयु Age	लिंग Sex	संबंध Relation	हस्ताक्षर Signature	नामित का नाम Nominee	नामित से संबंध Nominee relationship
1							
2							
3							
4							
5							

बीमित व्यक्तियों के फोटो /Photographs of Insured persons:

Photograph	Photograph	Photograph	Photograph	Photograph
------------	------------	------------	------------	------------

1. मैं/हम अपने एवं बीमा हेतु प्रस्तावित समस्त व्यक्तियों की ओर से यह घोषणा करता हूँ /करती हूँ/ करते हैं कि मेरे / हमारे द्वारा दिये गये उपरोक्त कथन, उत्तर एवं/ या विवरण, मेरी सर्वोत्तम जानकारी के अनुसार एवं सभी मायनों में सत्य एवं पूर्ण है और मैं/हम इन अन्य व्यक्तियों की ओर से प्रस्ताव करने के लिये अधिकृत हूँ / हूँ।

I/We declare on my behalf and on behalf of all persons proposed to be insured, that the above statements, answers and/or particulars given by me are true and complete in all respects to the best of my knowledge and that I/We am/are authorized to propose on behalf of these other persons.

2. मुझे/ हमें अवगत है कि मेरे/ हमारे द्वारा दी गई जानकारी इस बीमा पॉलिसी का आधार होगी, जोकि बीमा कंपनी के निदेशक मंडल द्वारा अनुमोदित बीमा-लेखन पॉलिसी के अध्यक्षीन होगी तथा पॉलिसी प्रभार्य प्रीमियम की पूर्ण प्राप्ति के पश्चात ही प्रभावी होगी।

I / we understand that the information provided by me will form the basis of the insurance policy, is subject to the Board approved underwriting policy of the insurance company and that the policy will come into force only after full receipt of the premium chargeable.

3. मैं/ हम आगे यह भी घोषणा करता हूँ/ करती हूँ / करते हैं कि मैं/ हम बीमा प्रस्ताव प्रस्तुत करने का बाद लेकिन कंपनी द्वारा ऐसी जोखिम स्वीकृति की सूचना देने से पहले बीमित /प्रस्ताव के व्यवसाय या सामान्य स्वास्थ्य में हुए किसी भी परिवर्तन की सूचना लिखित रूप में दूँगा/ दूँगी/ देंगे ।

I/We further declare that I/we will notify in writing any change occurring in the occupation or general health of the life to be insured/proposer after the proposal has been submitted but before communication of the risk acceptance by the company.

4. मैं/हम यह घोषणा करता हूँ/ करती हूँ / करते हैं एवं सहमत हूँ/ हूँ कि कंपनी द्वारा यदि किसी चिकित्सक अथवा किसी अस्पताल , जिसने कभी बीमित / प्रस्तावक का स्वास्थ्य परीक्षण किया है या भूतपूर्व अथवा वर्तमान नियोक्ता से बीमित / प्रस्तावक के शारीरिक व मानसिक स्वास्थ्य को प्रभावित करने वाले किसी भी तथ्य या किसी बीमा कंपनी को बीमा लेखन हेतु किए गए प्रस्ताव अथवा दावा निपटान संबंधी जानकारी प्राप्त करने की सहमति भी कंपनी को देता हूँ / देती हूँ / देते हैं।

I/We declare and consent to the company seeking medical information from any doctor or from a hospital who at anytime has attended on the life to be insured/proposer or from any past or present employer concerning anything which affects the physical or mental health of the life to be assured/proposer and seeking information from any insurance company to which an application for insurance on the life to be assured/proposer has been made for the purpose of underwriting the proposal and/or claim settlement.

5. मैं/हम कंपनी को मेरी/ हमारी व्यक्तिगत जानकारी सहित चिकित्सकीय अभिलेखों की जानकारी केवल प्रस्ताव बीमा लेखन और/अथवा दावा-निपटान हेतु किसी सरकारी एवं/अथवा नियामक प्राधिकारी से साझा करने के लिये अधिकृत करता हूँ /करती हूँ / करते हैं ।

I/We authorize the company to share information pertaining to my personal including the medical records for the sole purpose of proposal underwriting and/or claims settlement and with any Governmental and/or Regulatory authority.

स्थान **PLACE:**

दिनांक **DATE:**

प्रस्तावक का हस्ताक्षर **/Signature of the proposer**

बीमा अधिनियम 1938 का अनुच्छेद - 41 Section 41 OF INSURANCE ACT 1938

छूट -निषेध PROHIBITION OF REBATES <

(1) कोई व्यक्ति भारत में किसी व्यक्ति को जीवन या संपत्ति से संबंधित जोखिम के किसी तरह के मामले में किसी तरह के मामले में किसी व्यक्ति को बीमा को प्राप्त करने, नवीनीकरण करने या जारी रखने के लिये प्रत्यक्ष या परोक्ष रूप से प्रत्यक्ष या परोक्ष रूप से पूर्ण रकम की कोई छूट या भुगतान योग्य कमीशन का अंश या पॉलिसी में सूचित प्रीमियम की किसी छूट को प्रलोभन के रूप में नहीं देगा और न देने का प्रस्ताव करेगा और न ही कोई व्यक्ति पॉलिसी को प्राप्त करने या नवीकरण करने या जारी रखने के लिए बीमाकर्ता की सारणी विवरणिका के अनुसार अनुज्ञापित छूटों के अलावा कोई अन्य छूट स्वीकार करेगा।

(2) No person shall allow or offer to allow either directly or indirectly as an inducement to any person to take out or renew or continue an insurance in respect of any kind of risk relating to lives or property in India any rebate of the whole or a part of commission payable or any rebates of the premium- shown on the policy nor shall any person taking out or renewing continuing a policy except any rebate as may be allowed in accordance with the published prospectus or tables of the insurer.

(3) जो व्यक्ति इस अनुच्छेद के उपबंधों के अनुपालन में चूक करेगा, उस पर पाँच सौ रुपये तक का सीमा तक अर्थदण्ड लगेगा।

Any person making default in complying with the provisions of this section shall be punishable with fine which may extend to five hundred rupees.

युनाइटेड इंडिया इन्श्योरेंस कम्पनी लिमिटेड
UNITED INDIA INSURANCE COMPANY LIMITED
पंजीकृत एवं प्रधान कार्यालय : 24 वाइट्स रोड,
REGISTERED & HEAD OFFICE: 24, WHITES ROAD,
चेन्नै CHENNAI-600014

Photograph

बीमित व्यक्ति का विवरण **INSURED PERSON DETAILS**

पॉलिसी क्र. POLICY NO:

बीमित व्यक्तियों की संख्या INSURED PERSON No.	
वार्षिक प्रीमियम ANNUAL PREMIUM	

प्रत्येक बीमित व्यक्ति के लिये पृथक प्रश्नावली प्रपत्र पूर्ण कर प्रस्तुत करना होगा (यदि एक से अधिक बीमित व्यक्ति का आवरण आवश्यक हो तो कृपया कंपनी से अतिरिक्त प्रपत्र प्राप्त करें)

To be completed separately including Questionnaire form for each insured person (if more than one insured person required to be covered please obtain additional forms from the company).

1	बीमित व्यक्ति का नाम Name of the Insured Person				
2	पता Address				
	पिन कोड PIN CODE राज्य/ के.शा.प्रदेश State / U.Territory				
3	लिंग (जो लागू न हो उसे काट दें) Sex (Strike out whichever is not applicable)	पुरुष /स्त्री Male / Female			
4	प्रस्तावक के साथ संबंध Relationship with the proposer				
5	जन्म तिथि व आयु Date of Birth and Age				
6	अ) औसत मासिक आय Average Monthly Income : Rs.				
	ब) आयकर पैन संख्या Income Tax PAN No.				
7	व्यवसाय / पेशा/कारोबार अथवा व्यापार (कृपया कार्य की प्रकृति के साथ पूर्ण विवरण दें) Profession / Occupation / Trade or Business (Please describe fully With nature of duties)				
8	चिकित्सक का नाम, पता, उसकी योग्यता एवं दूरभाष सं , यदि कोई हो Name and address of the Medical Practitioner, his qualifications & Telephone No. if any. पिन कोड Pincode दूरभाष सं Tel. No.				
9	चिकित्सक की पंजीकरण सं Medical Practitioner's Regn. No.				
10 अ	<p>क्या आपने वर्तमानमें या पूर्व में किसी समय किसी अन्य बीमा प्रकार के अंतर्गत संरक्षण प्राप्त किया है? (जैसे- व्यक्तिगत दुर्घटना, कैंसर बीमा, आवसीय चिकित्सा बीमा अन्य चिकित्सा बीमा) यदि हाँ, तो उसका विवरण Are you at present or any other time in the past covered under any other Insurance Type (PA, Cancer Insurance, Hospitalisation Insurance Or other Medical Insurance), If so, Give particulars of :-</p> <table border="1"> <tr> <td>बीमाकर्ता Insurer पॉलिसी सं. Policy No. पॉलिसी की अवधि Period of cover</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>यदि वर्तमान बीमाकर्ता युनाइटेड इंडिया हो तो कृपया विवरण दें If current insurer is United India: Please specify;</p>		बीमाकर्ता Insurer पॉलिसी सं. Policy No. पॉलिसी की अवधि Period of cover		
बीमाकर्ता Insurer पॉलिसी सं. Policy No. पॉलिसी की अवधि Period of cover					

	पॉलिसी का प्रकार Policy Type पॉलिसी सं Policy No. कार्यालय Office समाप्ति की तिथि Expiry Date			
ब	युनाइटेड इंडिया इन्श्योरेंस के साथ बीमा की प्रथम तिथि जो बिना भंग के या रियायती अवधि के अंतर्गत अनवरत नवीकरण किया जा रहा हो Date of first coverage with United India which has since been renewed continuously without break or within grace period			
	प्रभावी होने की तिथि w.e.f पॉलिसी सं under Policy No पृष्ठांकन सं Endorsement No.			
स्	विगत दो वर्षों में प्राप्त/ प्राप्य दावा राशि Claim amounts received / receivable in preceding two years			
	राशि Amount (Rs.)	बीमारी Illness	पॉलिसी की अवधि Policy Period	बीमाकर्ता Insurer

11. क्या इस बीमा या प्रस्ताव या अन्य किसी ऐसे ही बीमा के लिए कोई प्रस्ताव अस्वीकृत या रद्द किया गया है अथवा अधिक प्रीमियम प्रभारित किया गया है, यदि हां, तो उसका विवरण दें:

Any Proposal for this Insurance or any other similar insurance refused or cancelled or higher premium charged. If so give details:

12. प्रस्तावक / बीमित व्यक्ति द्वारा चिकित्सा इतिहास विवरण की पूर्ण जानकारी दी जाए.
 MEDICAL HISTORY TO BE COMPLETED BY THE PROPOSER / INSURED PERSON

कृपया निम्न प्रश्नों का उत्तर "हाँ" या "नहीं" में दें (रिक्त न छोड़ें)। यदि उत्तर "हाँ" है तो पूर्ण विवरण दें:-

PLEASE ANSWER THE FOLLOWING QUESTIONS IN YES OR NO. (A DASH IS NOT SUFFICIENT) AND GIVE FULL DETAILS IF ANSWER IS YES.

12.1 क्या आप पूर्ण रूप से स्वस्थ हैं तथा किसी शारीरिक और मानसिक बीमारी या अशक्तता या चिकित्सकीय शिकायत से मुक्त हैं

Are you in good health and free from Physical and mental diseases or infirmity Or medical complaints?

12.2 यदि नहीं तो पूर्ण विवरण दें If not in good health give full details

13. क्या आप कभी किसी रोग / बीमारी से पीड़ित रहे/रही हैं? यदि हाँ, तो विवरण दें

Have you ever suffered from any of the diseases / illness? If yes, give details :

(a) कोई स्नायविक , मानसिक या मनोविकार जन्य बीमारी
 any nervous, mental or psychiatric disease

(b) स्लिप डिस्क अथवा मेरूदण्ड विकार (मूर्छा, शून्यता, दौरा) ,किसी प्रकार का पक्षाघात
 slipped disc or other spinal disorder (fainting episode, blackout, fit) paralysis of any kind

(c) उच्च रक्त चाप, हृदय रोग, इस्किमिक हृदय रोग व अन्य रक्त संचार संबंधी विकार इत्यादि (वात ज्वर)
 high blood pressure, heart diseases, including ischaemic heart disease, other circulatory disorder etc., (rheumatic fever)

- (d) बवासीर, भगंदर, हार्निया, धमनी काठिन्य .
Fistula, Piles, hernia, varicose veins
- (e) किसी भी तरह का अस्थियों, जोड़ों तथा वात सम्बन्धी रोग
Any disease of the bones or joints Including rheumatic disease
- (f) गर्भाशय, अंडाशय, स्तन या स्त्री जनित कोई विशेष विकार
diseases of uterus, ovaries or breast or any specific gynaecological disorders
- कोई श्वसन सम्बन्धी अथवा एलर्जी रोग
any respiratory or allergic disease
- (g) कोई उदर विकार, अल्सर, आंत, पित्ताशय व गुर्देमें पथरी सम्बन्धी बीमारी इत्यादि
any disorder of the stomach, ulcer, bowel or gall bladder, kidney stones etc.,
- (h) कोई कर्क रोग, घातक वृद्धि, फोडा, रसौली या घाव इत्यादि जिसमें उपचार के बाद भी सुधार नहीं हो रहा हो
any cancer, malignant growth, boil, cyst or wound etc., which does not heal or improve despite treatment
- (i) कोई अन्य शिकायत जिसके लिए किसी विशेषज्ञ के परामर्श, शल्य चिकित्सा, अस्पताल उपचार अथवा जाँच की आवश्यकता है?
any other complaint requiring specialist's consultation or surgical or hospital treatment or investigations
- (j) कोई अन्य शिकायत व प्रवृत्ति जिसका भविष्य में तत्संधी उपचार की आवश्यकता हो
any complaint or tendency that may necessitate such consultation or treatment in the future
- (k) नेत्र दृष्टि- पतन अथवा / मोतिया बिंद
any dimness of vision / cataract
- (l)
- (m) कर्ण संबंधी अथवा कर्ण श्रवण संबंधी कोई परेशानी
any disease of ears or difficulty or interference with hearing
- (n) मधुमेह अथवा कोई मूत्र रोग
diabetes or any urinary diseases
- (o) कोई अन्य रोग बीमारी या दुर्घटना अथवा शल्य चिकित्सा उपचार हुआ हो
any other illness or disease or accident or operation sustained by you.

14. (a) क्या आप कभी दंत रोग से पीड़ित हुए /हुई हैं? - हाँ / नहीं
Have you ever suffered from dental problems ? Yes / No

(a) यदि हाँ, तो उसका उल्लेख करें If yes specify same

(b) इसका अंतिम उपचार कब हुआ?

When were you treated last for same

15. पूर्व में आपको हुए किसी अन्य रोग या बीमारी या दुर्घटना अथवा शल्य चिकित्सा उपचार का विवरण निम्न तालिका में दें।

Give particulars in table below of any other illness or disease or accident or operation sustained by you in the past

S. N.	रोग /बीमारी अथवा चोटकी प्रकृति और प्राप्त उपचार Nature of illness / disease injury and treatment received	प्रथम बार कब निदान हुआ First diagnosed	चिकित्सक, शल्य चिकित्सक का नाम पता व दूरभाष संख्या Name of attending medical practitioner, surgeon with his address and Telephone Number	प्राप्त उपचार Treatment taken	क्या पूर्णतः रोग मुक्त हुए/हुई Whether fully cured
1.					
2.					
3.					
4.					

16. ऐसे कोई अन्य तथ्य हैं, जो प्रस्तावित बीमा को प्रभावित कर रहे हो, जो बीमा कर्ता को सूचित किए जाने हों
Are there any additional facts affecting the proposed insurance which should be disclosed to Insurers ?

17. किसी भी बीमारी, बीमारी या चोट के किसी भी सकारात्मक अस्तित्व या उपस्थिति के किसी भी ज्ञान की जानकारी होने पर उसका विवरण दें जिसके लिए चिकित्सा ध्यान देने की आवश्यकता हो सकती है।
Please give details of any knowledge of any positive Existence or presence of any ailment, sickness Or injury which may require medical attention.

1.

- 2.
- 3.
- 4.

18. कृपया चयनित बीमित राशिका उल्लेख करें Please specify sum Insured opted: Rs.

मैं एतद्वारा घोषित एवं आश्वस्त करता हूँ / करती हूँ कि उपरोक्त कथन पूर्ण एवं सत्य हैं। मैं कंपनी द्वारा यदि किसी चिकित्सक अथवा किसी अस्पताल जिसने बीमित / प्रस्तावक को परीक्षित किया है या किसी भी समय अपने शारीरिक व मानसिक स्वास्थ्य को प्रभावित करने वाले तथ्य या किसी बीमा कंपनी को बीमा लेखन हेतु किया गया प्रस्ताव अथवा दावा निपटान संबंधी जानकारी प्राप्त करने की सहमति भी कंपनी को देता हूँ/ देती हूँ। मैं इससे भी सहमत हूँ कि बीमा प्रभावी होने की स्थिति से यह प्रस्तापत्र बीमा करार का आधार होगा। बीमा प्रभावी पश्चात यदि प्रस्ताव पत्र अथवा तत्संबंधी प्रश्नावली में दिये गये कथन या उत्तर किसी भी प्रकार से गलत व असत्य पाया गयाहो तो बीमा कंपनी किसी भी प्रकार से उत्तरदायी नहीं होगी।

I hereby declare and warrant that the above statements are true and complete. I consent and authorise the Insurers to seek medical information from any Hospital / Medical Practitioner who has at any time attended or may attend concerning any disease or illness which affects my physical or mental health. I agree that this proposal shall form the basis of the contract, should the insurance be effected. If after the insurance is effected, it is found that the statements, answers or particulars stated in the Proposal form and its questionnaires are incorrect or untrue in any respect, the Insurance Company shall incur no liability under this insurance.

मैंने विवरणिका को पढा है एवं पॉलिसी में कथित व उल्लिखित अनुबन्धों, शर्तों और अपवर्जनों के अनुसार बीमा आवरण को स्वीकार करने के लिए तैयार हूँ।

I have read the Prospectus and am willing to accept the coverage subject to the terms, conditions and exceptions stated therein and expressed in the Policy.

हस्ताक्षर Signature ----- दिनांक Date ----- / ----- / ---

स्थान Place: -----
प्रस्तावक/बीमित व्यक्ति का नाम (बड़े अक्षरों में)
NAME OF THE PROPOSER / INSURED PERSON -----
(IN BLOCK LETTERS)

विशेष ध्यानाकर्षण/ N.B:

इसे बीमित द्वारा ही हस्ताक्षर किया जाए। अवयस्क होने की स्थिति में इसे संरक्षक अथवा प्रस्तावक के द्वारा हस्ताक्षरित किया जाए।

This should necessarily be signed by insured person. In case of minor, guardian or proposer may sign.

कार्यालय प्रयोग हेतु FOR OFFICE USE

योजनानुसार मूल प्रीमियम Basic Premium for Scheme रु./ Rs.

चयनित अतिरक्त आवरणों के लिये प्रीमियम

Premium for Additional covers opted रु./ Rs.

कर्मचारी -ड्यूट Staff Discount रु./Rs.

लागू बीमारी से संबंधित प्रतिकूल इतिहास के मामले में प्रस्तावक द्वारा प्रस्तावपत्र में पूर्ण रूप से भरा जाये
TO BE COMPLETED BY PROPOSER IN CASE OF ADVERSE HISTORY IN THE PROPOSAL FORM IN RESPECT OF
APPLICABLE ILLNESS:

मधुमेह संबंधी प्रश्नावली DIABETES QUESTIONNAIRE:

1.	मधुमेह के निदान होने की तिथि Date of diagnosis of Diabetes	
2.	क्या आप पूर्व में कभी अचेत या निष्चेत हुए/हुई हैं? Did you suffer from coma or procoma ?	
3.	क्या आप मधुमेह निरोधी औषधि का सेवन करते/करती हैं? यदि हाँ ,तो औषधि का नाम व खुराक की जानकारी दें . Do you take any anti diabetic drugs ? If so please give names with dose.	
4.	कृपया खाली पेट तथा भोजनोपरांत रक्त शर्करा का माप, ई.सी.जी. एवं अन्य जाँच रिपोर्ट का तिथि के साथ विवरण दें। कृपया रिपोर्ट भी संलग्न करें। Please give details of Fasting and post prandial Blood Sugar readings, E.C.G. findings and other investigation reports with dates. Please also attach reports	
5.	क्या आप मधुमेह अथवा किसी अन्य बीमारियों के परेशानियों से पीड़ित हैं या हुए/हुई हैं? Do you suffer or have you suffered from any complications of diabetes or any other diseases?	

उच्च रक्त चाप संबंधी प्रश्नावली / HYPERTENSION QUESTIONNAIRE

1. आपकी रक्तचाप माप क्या है, तिथियों के साथ उल्लेख करें .
What is your Blood Pressure reading, please state with dates?
2. कृपया उक्त रक्त चाप निरोधी औषधियों एवं खुराक का विवरण दें .
Please state name of antihypertensive drugs with dose
3. क्या आप धूम्रपान करते/करती हैं? Are you a smoker?
4. क्या यह प्राथमिक / द्वितीय चरण अथवा घातक रक्तचाप है?
Is it essential / secondary / Malignant Hypertension?
5. कृपया उल्लेख करें कि क्या आप किन्हीं जटिलताओं अथवा अन्य बीमारियों से पीड़ित हुए हैं/ हुई हैं?
Please state whether you have suffered from any complications or other diseases
6. कृपया समस्त जांच रिपोर्टों का निष्कर्ष दें .
Please give findings of all investigation reports

सीने में पीडा या अपर्याप्त कोरोनरी या मायोकार्डियल इनफार्क्शन संबंधी प्रश्नावली

CHEST PAIN OR CORONARY INSUFFICIENCY OR MYOCARDIAL INFARCTION QUESTIONNAIRE:

1. क्या आप पहले कभी सीने में पीडा या अपर्याप्त कोरोनरी या मायोकार्डियल इनफार्क्शन से पीड़ित हुए/हुई हैं? यदि हाँ तो निदान का तिथि व विवरण दें.
Did you ever suffer from chest pain or coronary insufficiency or myocardial infarction ? If so give please give diagnosis and date
2. कृपया आप अपने द्वारा वर्तमान में ली जा रही औषधियों के नाम एवं खुराक की जानकारी दें .
Please state name and dose of drugs you are taking at present
3. ईसीजी, स्ट्रेस टेस्ट, कोरोनरी एंजियोग्राफी, एक्स-रे, पैथोलॉजी रिपोर्ट इत्यादि विवरण का तिथि सहित उल्लेख करें। निर्धारित फार्म के साथ रिपोर्ट भेजें ।
Please state the findings with dates of investigations done like ECG, stress test, coronary angiography's X-ray, pathology reports etc., Please send reports with the prescribed form.
4. कृपया अस्पतालीकरण की तिथि, अस्पतालों का नाम और परामर्शों का विवरण दें
Please state the date of hospitalisation and names of hospitals and consults
5. यदि आप किसी जटिलता और अन्य बीमारी से पीड़ित हुए/ हुई हैं तो कृपया उल्लेख करें .
Please state complications and other diseases if suffered
6. कृपया उल्लेख करें कि क्या आप अपना नियमित कार्य कर सकने में सक्षम हैं या कार्य करने में कोई परिसीमा है?

Please state whether you can do your regular work and whether you have any limitation of activity ?

7. क्या आपको किसी विशेष उपचार का परामर्श दिया गया है ? यदि हाँ तो उसकी जानकारी दें .
Are you advised any special treatment? If so please give information

स्थान PLACE :
दिनांक DATE:

प्रस्तावक / बीमित व्यक्ति का हस्ताक्षर
Signature of Proposer/Insured person

परामर्शदाता चिकित्सक / शल्य चिकित्सक द्वारा भरा जाये
TO BE COMPLETED BY CONSULTING PHYSICIAN / SURGEON
(प्रतिकूल चिकित्सा इतिहास की स्थिति में/ in case of adverse Medical History)

बीमित का नाम Name of the Insured:

इतिहास HISTORY

- a) वर्तमान जटिलताएं और जाँचें ,यदि कोई हो
Present complaints and investigation if any
- b) किसी बीमारी , शल्यचिकित्सा, दुर्घटनाओं, जाँचों का पूर्व इतिहास तिथि सहित, बड़े चिकित्सकीय जटिलताओं व अस्पतालीकरण का विवरण
Any past history of disease, operation, accidents investigations with date, major medical complaints or hospitalisation
- c) पूर्व तथा वर्तमान में दिये गये उपचार का विवरण तथा अवधि
Details of present and past medication with duration
- d) यदि किसी बीमारी से रोगमुक्त हुए हैं?यदि हाँ तो आपका उपचार कब किया गया तथा वह कब बन्द हुआ ? Is he cured of disease, if any? When, was your treatment, if any, given, stopped?

सामान्य परीक्षण/ General Examination

व्यवस्थित परीक्षण /Systematic Examination

क्या आपकी राय में यह जोखिम स्वीकार्य है? Do you consider the risk acceptable

प्रस्तावक का हस्ताक्षर Signature of proposer

परामर्शदाता चिकित्सक के हस्ताक्षर
Signature of consulting physician

परामर्शदाता चिकित्सक का नाम Name of consulting Physician:

योग्यताएं/ Qualifications:

पता Address:

स्थान Place:
दिनांक Date:

दूरभाष संख्या Telephone Number:

बीमा कंपनी के अधिकारी द्वारा भरा जाए

TO BE COMPLETED BY OFFICIAL OF INSURANCE COMPANY -----

क्या आपकी राय में यह जोखिम स्वीकार्य है?
DO YOU CONSIDER THE RISK ACCEPTABLE?

सक्षम प्राधिकारी COMPETENT AUTHORITY