



दि न्यू इन्डिया एश्योरन्स कंपनी लिमिटेड

The New India Assurance Company Limited

(भारत सरकार के संपूर्ण स्वामित्वाधीन / Wholly Owned by Government of India)

पंजीकृत एवं प्रधान कार्यालय : न्यू इन्डिया एश्योरन्स बिल्डिंग, 87, महात्मा गांधी मार्ग, फोर्ट, मुंबई - 400 001.

Regd. & Head Office : New India Assurance Bldg., 87 M. G. Road, Fort, Mumbai - 400 001.

Issuing office Address:

मेडीक्लेम पॉलिसी के लिए प्रस्ताव प्रपत्र PROPOSAL FORM FOR MEDICLAIM POLICY (2012)

यह प्रपत्र भरने से पहले संबंधित विवरण पत्र पढ़ लें.

Please read the prospectus before filling up this form.

- ए) जब तक कि कंपनी प्रस्ताव पत्र स्वीकृत करने की सूचना बीमाधारक से पूरा प्रीमियम प्राप्त करने के बाद लिखित रूप में नहीं दे देती, तब तक कंपनी पर इस पॉलिसी के अंतर्गत जोखिम का कोई दायित्व नहीं होगा.
- A) The Company shall not be on risk until the proposal has been accepted by the Company and communications of acceptance has been given to the proposer in writing on full payment of premium.
- बी) प्रस्ताव प्रपत्र में 45 वर्ष से अधिक या 45 वर्ष से कम आयु के जिन व्यक्तियों की स्वास्थ्य विषयक पार्श्वभूमि विपरीत हो, उन्हें विनिर्दिष्ट अस्पताल/नर्सिंग होम में पहले स्वीकृति पूर्व स्वास्थ्य चिकित्सा कर लेनी पड़ेगी. मंडल कार्यालय/शाखा कार्यालय द्वारा नर्सिंग होम के नाम से पूर्व स्वीकृति स्वास्थ्य जांच के लिए संदर्भ पर्ची दी जाएगी. बीमाअंकक मंडल कार्यालय/शाखा कार्यालय के पास, की जानेवाली जांचों का विवरण उपलब्ध है.
- B) For 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 designated hospital/nursing home. The Divisional Office/Branch Office in the name of hospital/Nursing home will give a referral slip for conducting the pre-acceptance health check-up. The details of the check-up to be done are available with the Divisional Office/Branch Office.
- सी) प्रस्तावक विवाहिती, पत्र आश्रित बच्चे या आश्रित माता-पिता और आश्रित सास-ससुर के लिए आवरण लेना चाहें तो इनमें से हर एक व्यक्ति के विवरण प्रस्तुत किए जाएं. इनमें से हर एक व्यक्ति के स्टैम्प आकार के दो फोटोग्राफ पेश किए जाएं, जिसमें से एक फोटो इस प्रस्ताव-पत्र पर चिपकाया जाए.
- C) If other family members residing with proposer i.e. spouse, eligible dependent children and dependent parents and dependent parents in law are required to be covered, complete details of each person should be furnished. Two Stamp size photographs of each person are to be submitted, one of which is to be affixed on the proposal.
- डी) यदि बीमा आवरण खंडित होता है या बीमा-राशि बढ़ाने के बारे में अनुरोध प्राप्त होता है तो ऐसी स्थिति में उक्त "मद (बी)" के अनुसार पूर्व स्वीकृति स्वास्थ्य परीक्षण सहित नया प्रस्ताव प्रपत्र आवश्यक है, चाहे व्यक्ति की आयु जो भी क्यों न हो.
- D) Fresh proposal form is required along with pre acceptance medical check-up as mentioned in item (B) above, irrespective of age, when there is break in insurance cover or when there is a request for enhancement in the sum insured.
- ई) बीमाधारक द्वारा जोखिम निर्धारण संबंधित तथ्यों के अप्रकटीकरण, भ्रामक जानकारी देने और धोखाधड़ी या असहयोग के कारण इस पॉलिसी का बीमा आवरण निरस्त हो जाएगा. (महत्वपूर्ण तथ्य वह है, जिसके आधार पर बीमाधारक निर्णय लेता है कि नियमों को स्वीकार किया जाए या नहीं. यदि हां, तो किस दर, शर्तों और प्रतिबंधों पर).
- E) 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.

1. प्रस्तावक का नाम : श्री/श्रीमती

NAME OF PROPOSER : Mr/Mrs. _____

2. घर का पता / RESIDENTIAL ADDRESS: _____

टेलीफोन क्र. Tel.No: _____

फैक्स संख्या Fax No. _____

ई मेल E-Mail: _____

3. पेशा Occupation: (Please Tick)

व्यवसायी / प्रशासनिक / प्रबंधन / Professional / Administrative / Managerial

व्यापार / व्यवसाय / Business / Traders

- क्लर्क / अधिशासी और तत्संबंधी / Clerical, Supervisory and related workers
- सेवाक्षेत्र व संबंध कामगार / Hospitality and Support Workers
- उत्पादन कार्य से जुड़े कार्मिक, कुशल, अकुशल श्रमिक / Production Workers, Skilled and non-Agricultural Labourers
- कृषक व कृषि श्रमिक / Farmers and Agricultural Workers
- पुलिस / अर्द्ध सैनिक बल / सेना / Police / Para Military / Defence
- गृहिणी / Housewives
- सेवानिवृत्त व्यक्ति / Retired Persons
- स्कूल-कॉलेज - विद्यार्थी / Students - School and College
- अन्य / Any Other

4. औसत मासिक आय रु./Average Monthly Income Rs. _____

आयकर पैन नं./Income Tax PAN No: _____

5. फॅमिली फिजीशियन का नाम / FAMILY PHYSICIAN NAME _____

पता/ADDRESS _____

टेलीफोन नं./TEL.NO: _____

शैक्षणिक योग्यता/QUALIFICATION: _____ पंजीकरण संख्या/REGN.NO: _____

6. क्या इसके पहले आप अन्य किसी बीमा (पी.ए. कैंसर बीमा, अस्पताली बीमा या अन्य स्वास्थ्य बीमा) के अंतर्गत इस समय आवरित हैं? या पहले कभी आवरित थे? यदि हां तो विवरण दें :

Are you at present or have you been at any other time in the past covered under any other Insurance (Personal Accident, Cancer Insurance, Hospitalisation Insurance or other Medical Insurance). If so, give particulars of:

क्र. Sr.No.	विषय Content	विवरण Details
1.	बीमा कंपनी का नाम / Name of Insurer,	
2.	बीमा योजना / Insurance Scheme	
3.	पॉलिसी नं. / Policy Number	
4.	आवरण की अवधि / Period of cover	
5.	प्राप्त/प्राप्य दावा राशि / Claim Amount Received/receivable	

7. क्या इस बीमा के अथवा तत्सम अन्य बीमा के प्रस्ताव को हमारे द्वारा अथवा अन्य किसी बीमाकर्ता ने अस्वीकृत अथवा रद्द किया है या इस पर अतिरिक्त प्रीमियम लगाया गया है ? यदि हां तो विवरण दीजिए.

Any proposal for this Insurance or any other similar insurance refused or cancelled or higher premium charged either by us or by other insurer. If so, give details:

8. बीमा योग्य व्यक्तियों के विवरण **DETAILS OF PERSONS TO BE INSURED :**

क्र. Sr. No.	व्यक्तियों के नाम Name of all the persons	जन्म तारीख Date of Birth	आयु Age	लिंग (पु/स्त्री) Sex (M/F)	प्रस्तावक के साथ रिश्ता Relation with the Proposer	पेशा Occupation	चुनी गई बीमा राशि Sum Insured selected	इतिहास (कृ.चि.करें) History of (Pls.Tick)	
								मधुमेह Diabetes	उच्च रक्तचाप Hypertension
1.									
2.									
3.									
4.									
5.									
6.									

(*) निम्न तालिका के अनुसार संबंध / Relation as per following table

स्वयं / Self	विवाहिती / Spouse	पिता / Father
माँ / Mother	पुत्र / Son	पुत्री / Daughter
अन्य (स्पष्ट करें) / Other (please specify)		

9. चिकित्सा पार्श्वभूमि :- निम्नलिखित प्रश्नों के उत्तर हां या नहीं में दीजिए.

(सभी बीमा योग्य व्यक्तियों के बारे में पूरे विवरण दीजिए - डैश (-) पर्याप्त नहीं है)

MEDICAL HISTORY: Please answer the following questions with Yes or No (A dash is not sufficient and give full details in respect of all the persons to be insured)

- 1) क्या बीमा के लिए प्रस्तावित सभी सदस्यों का स्वास्थ्य अच्छा है और शारीरिक और मानसिक कमजोरियों या बीमारियों से मुक्त हैं? यदि नहीं तो प्रत्येक सदस्यों के लिए बीमारी/व्याधि का विवरण दें. निम्नलिखित तालिका से बीमारी/स्थिति को चुनें :-
Are all the members proposed for insurance in good health and free from physical and Mental disease or infirmity? If no, give details of the illnesses / diseases for each member. Select the illness/conditions from the table given below :

क्र. Sr. No.	व्यक्ति का नाम Name of the Person	बीमारी की प्रकृति / पूर्व व्याप्त बीमारी Nature of illness/pre-existing diseases (*)

* पूर्व व्याप्त बीमारियों को सिलेक्ट करने हेतु तालिका / Table for selecting Pre-Existing Disease (PED)

मेरुदंड की बीमारी / Spinal or Vertebral Disorders	मेतियाबिंद / Cataract	सांस कष्ट / Breathing Disorders
पेशाब में रक्त जाना / Uterine Bleeding	जोड़ों का दर्द / Arthritis and Joint disorders	उदरवायु / Gastritis and Duodenitis
गुर्देकी बीमारी / Kidney disorders	सिरदर्द / Headache Syndromes	हर्निया / Hernia
स्ट्रोक / Stroke and T.I.A.	टायफाइड व अन्य स्त्राव Thyroid and Other Hormonal Disorders	आंख/नाक/कान की व्याधि E.N.T. Disorders
Cholelithiasis	कोई असाध्य व्याधि / Any Malignancy	हेमोरोयड्स / Hemorrhoids
Enlargement of Prostate (BPH, enlargement of prostate)	हृदयरोग / Ischaemic Heart Disease	अन्य (स्पष्ट करें) / Any Other (Please specify)

- 2) क्या बीमा के लिए प्रस्तावित कोई व्यक्ति मधुमेय से पीड़ित है?
Does any of the person proposed for insurance suffer from Diabetes? हां/ Yes नहीं / No

यदि हां, तो कृपया मधुमेय से पीड़ित व्यक्ति(यों) का पूरा विवरण प्रदान करें।

If yes, please furnish the details of the person(s) suffering from Diabetes :

क्र. Sr. No.	व्यक्ति का नाम Name of the Person
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	

- 3) क्या बीमा के लिए प्रस्तावित कोई व्यक्ति उच्चरक्तचाप से पीड़ित है?
Does any of the person proposed for insurance suffer from Hypertension? हां/ Yes नहीं / No

यदि हां, तो कृपया उच्चरक्तचाप से पीड़ित व्यक्ति(यों) का पूरा विवरण प्रदान करें।

If yes, please furnish the details of the person(s) suffering from Hypertension :

क्र. Sr. No.	व्यक्ति का नाम Name of the Person
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	

महत्वपूर्ण नोट : मधुमेह अथवा उच्च रक्तचाप से पीड़ित व्यक्तियों के लिए 10% का अतिरिक्त प्रीमियम प्रत्येक अवस्था में लिया जाएगा और यह अतिरिक्त प्रीमियम प्रत्येक नवीनीकरण पर लागू होगा. प्रश्न सं. 2 अथवा 3 के उत्तर में इस महत्वपूर्ण तथ्य को बताएं न जाने या गलत रूप से व्यक्त करने पर पॉलिसी के अन्तर्गत समस्त आवरण अमान्य होंगे.

Important Note : Persons suffering from diabetes or hypertension shall be charged 10% additional premium for each condition and this additional premium is applicable for each renewal. Non Disclosure of this material information, or misrepresentation, in reply to questions 2 or 3, will nullify the cover under the policy.

4) क्या किसी भी प्रस्तावित व्यक्ति को प्रस्तावित व्यक्तियों को पिछले छः वर्षों में कभी, कोई बीमारी/व्याधि हुई थी या उनकी कभी कोई दुर्घटना हुई है? यदि हां तो निम्नवत विवरण दें:

Have any of the persons proposed for insurance has suffered from any illness/disease or had an accident in the past six years? If so, give details as under:

अनु. क्र. Sr. No.	व्यक्ति का नाम Name of the person	बीमारी/व्याधि/जखम व प्राप्त उपचार का स्वरूप Nature of illness/disease/ injury & treatment received	लिए गए पहले उपचार की तारीख Date on which first treatment taken	पहला उपचार पूरा हुआ है / जारी है First treatment completed/is continuing	उपचार करनेवाले चिकित्सक/शल्य चिकित्सक का नाम, पता और फोन नं. Name of attending medical practitioner/ surgeon with his address & tel. Nos.
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					

नोट : बीमा के लिए प्रस्तावित उक्त में से कोई भी व्यक्ति यदि किसी व्याधि/बीमारी/जखम से पीड़ित हुआ हो तो ऐसे व्यक्ति के संबंध में उक्त जानकारी दी जानी चाहिए. कृपया प्रत्येक बीमाकृत व्यक्ति के लिए अलग-अलग विवरण दीजिए.

Note: This information should be given for each of the persons proposed for insurance, if he/she had suffered from any illness/disease injury, please give details separately.

5) प्रस्तावित बीमा को प्रभावित करनेवाला क्या कोई ऐसा अतिरिक्त तथ्य है, जिसे बीमाकर्ता को सूचित किया जाना चाहिए, यदि हाँ तो नीचे विवरण दें.

Are there any additional facts affecting the proposed insurance, which should be disclosed to insurers? If yes, then give details below:

6) ऐसा कोई जखम या बीमारी या व्याधि के अस्तित्व या तत्संबंधी किसी भी जानकारी का विवरण दीजिए, जिसके लिए चिकित्सा-उपचार आवश्यक है, (यदि हो तो)

Please give details of any knowledge or any positive existence or presence of any ailment, sickness or injury which may require medical attention? If yes, then give details below:

7) आप चिकित्सा कहाँ करवाना चाहते हैं?

ज़ोन-I / Zone-I

Where do you wish to take treatment? :

ज़ोन-II / Zone-II

ज़ोन-III / Zone-III

ज़ोन-IV / Zone-IV

प्रत्येक क्षेत्र को निम्नानुसार वर्गीकृत किया गया है: (नीचे दिए गए शहरों में शहरी समूह भी शामिल है)

EACH ZONE IS CLASSIFIED AS BELOW: (The Cities mentioned below would include their Urban Agglomeration)

क्षेत्र / Zone-I	बृहद मुंबई / Greater Mumbai
क्षेत्र / Zone-II	दिल्ली और दिल्ली एनसीआर, बेंगलुरु, चेन्नै, हैदराबाद और सिकन्दराबाद, अहमदाबाद, कोलकाता और वड़ोदरा Delhi and Delhi NCR Bangalore, Chennai, Hyderabad Secunderabad, Ahmedabad and Kolkata, Vadodara
क्षेत्र / Zone-III	शेष भारत (क्षेत्र 1, 2 और 4 में विनिर्दिष्ट क्षेत्रों को छोड़कर) Rest of India (other than those areas specified in Zone I, II and IV)
क्षेत्र / Zone-IV	बिहार, उड़ीसा, अरुणाचल प्रदेश, असम, मणिपुर, मेघालय, मिजोरम, नागालैण्ड, त्रिपुरा, झारखण्ड, सिक्किम, छत्तीसगढ़, उत्तराखण्ड, जम्मू और काश्मीर The States of Bihar, Orissa, Arunachal Pradesh, Assam, Manipur, Meghalaya, Mizoram, Nagaland, Tripura, Jharkhand, Sikkim, Chhattisgarh, Uttarakhand, Jammu and Kashmir

- 8) समनुदेशिति का नाम _____ रिश्ता _____
Name of the Nominee _____ Relationship _____
- 9) बीमा अवधि : _____ से _____ तक
Period of Insurance: From _____ To _____
- 10) घोषणा : मैं घोषणा करता हूँ कि बीमा के लिए प्रस्तावित व्यक्ति मेरे परिवार के सदस्य है और वे किसी भी बड़े जोखिम के पेशे से संबद्ध नहीं हैं। मैं यह भी घोषणा करता हूँ कि

Declaration: I declare that the persons proposed for insurance are my family members and they are not engaged in any high risk occupation. I also declare that

उक्त दोनों कथनों में से लागू ना होनेवाले किसी एक कथन को काट दें / **Strike out one of these two statements that is not applicable**

- i) उनमें से कोई भी पूर्व विद्यमान स्थिति से पीड़ित नहीं है / None of them suffer from any pre-existing conditions
ii) यह कि मैंने उक्त मद में उल्लिखित जहां जानकारी मांगी गई है, ऐसी बीमारी/व्याधि/जख्म की पर्याप्त जानकारी दे दी है। मैं यह भी घोषणा करता हूँ कि मेरे तथा मेरे परिवार के सदस्यों के बारे में दिए गए उक्त कथन वास्तविक तथा पूर्ण है।

I have given explicit information of such sickness/disease/injury sustained in the above columns where the information has been sought.

मैं बीमाकर्ता को सहमति और अधिकार देता हूँ कि वह किसी अस्पताल/मेडीकल प्रैक्टिशनर से मेडीकल जानकारी प्राप्त कर सकता है, जहां/जिससे किसी भी समय मेरे शारीरिक या मानसिक स्वास्थ्य को प्रभावित करनेवाली बीमारी या रुग्णता के संबंध में मेरा इलाज किया गया हो या भविष्य में जहां मेरा इलाज किया जाए मैं स्वीकार करता/करती हूँ कि यदि बीमा प्रभावी हो तो यह प्रस्ताव संविदा का आधार होगा। यदि बीमा आरंभ होने के पश्चात् यह पाया जाए कि प्रस्ताव प्रपत्र उसकी प्रश्नावली में किए गए कथन या दिए गए उत्तर या विवरण से किसी भी रूप में असत्य या गलत हैं तो इस बीमा के अंतर्गत बीमा कंपनी का कोई दायित्व नहीं होगा।

I further declare that the above statements in respect of myself and my family members, are true and complete. I consent and authorize the insurers to seek medical information from any Hospital/Medical Practitioner who has at any time attended me or my family members or may attend concerning any disease or illness which affects my or my family members 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.

बीमाधारक व्यक्तियों के फोटो / Photographs of Insured Persons:

फोटो (प्रस्तावक) Photograph (Proposer)	फोटो Photograph	फोटो Photograph	फोटो Photograph	फोटो Photograph	फोटो Photograph
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
फोटो (प्रस्तावक) Photograph (Proposer)	फोटो Photograph	फोटो Photograph	फोटो Photograph	फोटो Photograph	फोटो Photograph

प्रस्तावक का हस्ताक्षर/Signature of the Proposer: _____ तारीख/Date: _____/_____/_____

दिन/DD माह/MM वर्ष/YY

स्थान/Place: _____

बीमा अधिनियम 1938 की धारा 41 / Section 41 of Insurance Act, 1938

छूट पर प्रतिबंध Prohibition of Rebates

- 1) कोई भी व्यक्ति प्रत्यक्ष या परोक्ष रूप से किसी व्यक्ति को भारत में जीवन या संपत्ति बीमा लेने, नवीकरण करने या चालू रखने के लिए, प्रलोभन के रूप में, देय कमीशन के पूरे या हिस्से की छूट या पॉलिसी में सूचित प्रीमियम की छूट न दे या न दिलाए और कोई व्यक्ति पॉलिसी लेने या चालू रखने के लिए ऐसी किसी छूट को स्वीकार नहीं करेगा जो बीमाकर्ता द्वारा प्रकाशित सूची या विवरणिका के अनुसार अनुमत न हो।
No person shall allow or offer to allow either directly or indirectly as an inducement of 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 part of the commission payable or any rebate of the premium shown on the policy nor shall any person taking out or renewing or continuing a policy except any rebate except such rebate as may be allowed in accordance with the prospectus or tables of the insurer.
- 2) इस धारा में उपबंधों का उल्लंघन करनेवाला व्यक्ति पांच सौ रुपयों तक के जुर्माने के लिए दंडनीय होगा।
Any person making default in complying with the provisions of this Section shall be punishable with fine, which may extend to five hundred rupees.

केवल कार्यालयीन प्रयोग के लिये / FOR OFFICE USE ONLY :

अनु. क्र. Sr. No.	बीमाकृत व्यक्ति का नाम Name of insured person	जन्म तारीख/ आयु Date of Birth / Age	लिंग पु/स्त्री Sex M/F	रिश्ता Relation	पेशा Occupation	बीमाराशि Sum Insured रु./Rs.	संचयी बोनस % Cumulative Bonus %	प्रीमियम Premium	मधुमेय और उच्च रक्तचाप हेतु प्रभार Loading for diabetes and hyper tension
1.									
2.									
3.									
4.									
5.									
6.									
बीमाकर्ता की टिप्पणियां Remarks of the Underwriter :						कुल/ Total :			
						पारिवारिक छूट 10% Family Discount 10%			
						सेवा कर Service Tax			
						सकल योग Gross Total			

Med - 02 R.P.