

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.....

टॉप अप मेडिकेयर प्रस्ताव प्रपत्र TOP UP MEDICARE PROPOSAL FORM

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

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।

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।

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) कुछ परिस्थितियों में विवरणिका के अनुसार व्यक्तियों को अपने खर्च पर किसी मान्यता प्राप्त अस्पताल/नर्सिंग होम/ प्रयोगशाला /दवाखाना में पूर्व स्वीकृति स्वास्थ्य परीक्षण कराना होगा।

Persons may be required to undergo pre-acceptance health check-up at a recognised Hospital/ Nursing Home/Laboratories/Clinic at the cost of insured in some cases as mentioned in the prospectus.

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.

फ) कृपया प्रस्तावपत्र पूर्ण रूप से भरें। यदि स्थान अपर्याप्त है तो आवश्यकतानुसार पृथक पृष्ठ संलग्न करें।

Please fill up the proposal form completely. If space is insufficient, separate sheet may be attached wherever required.

बीमित व्यक्तियों का फोटो Photographs of Insured persons:

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

पॉलिसी किस आधार पर चाहते हैं : व्यक्तिगत या फैमिली फ्लोटर के आधार पर
Do you wish to have Policy on : Individual basis or Family Floater basis

9. यदि फैमिली फ्लोटर के आधार पर चाहते हैं तो किसी एक का चयन करें (परिवारा की परिभाषा के लिये कृपया विवरणीका का अवलोकरण करें। माता पिता के लिये पृथक बीमा लें)
If on family floater basis, choose any one , (pl.refer to Prospectus for definition of family. Parents have to be covered under separate policy)

- पति, पति/पत्नी एवं बच्चे Self, spouse and children
 माता पिता Parents

विकल्प को सूचित करें Indicate option: A / B / C / D / E / F / G / H

- 10 यदि व्यक्तिगत आधार पर है तो , प्रत्येक व्यक्ति के लिये विकल्प सूचित करें

If on Individual basis, indicate option for each individual person

- | | | | |
|---|------------------|---|-------------------------------|
| 1 | स्वयं Self | - | A / B / C / D / E / F / G / H |
| 2 | पति/पत्नी Spouse | - | A / B / C / D / E / F / G / H |
| 3 | बच्चा Child -1 | - | A / B / C / D / E / F / G / H |
| 4 | | | A / B / C / D / E / F / G / H |
| 5 | | | A / B / C / D / E / F / G / H |
| 6 | | | A / B / C / D / E / F / G / H |

11. बीमा की अवधि **Period of Insurance** से **From** तक **To**
(मध्य रात्रि तक **midnight**)

12. क्या आपने वर्तमान में या पूर्व में किसी समय संरक्षण प्राप्त किया है? (कृपया नोट करें कि इस पॉलिसी में पूर्व विद्यमान बीमारी के आवरण संबंधी निर्णय के लिये यह जानकारी अपेक्षित है। इस जानकारी को भविष्य में प्रति परीक्षित किया जायेगा।

किसी अन्य बीमा प्रकार के अंतर्गत

(जैसे-व्यक्तिगत दुर्घटना, कैंसर बीमा, आवसीय चिकित्सा बीमा अन्य चिकित्सा बीमा) यदि हाँ, तो उसका विवरण

Are any of the insured persons at present or have been at any other time in the past covered
(Please note that this information is required to decide the coverage of Pre-Existing Disease in this policy. This information may be cross-verified at a later date)

Under any other Insurance

Type (Cancer Insurance, Hospitalisation Insurance Or other Medical Insurance), If so,

(अ) वर्तमान या समाप्त होनेवाली पॉलिसी तथा गत चार वर्षों का विवरण दीजिये

(A) Give particulars of current or expiring policy as well as for the previous four years

बीमा कर्ता Insurer	पॉलिसी क्र. Policy No.	समाप्ति की तिथि Expiry date	बीमित राशि Sum Insured (RS.)	पूर्व विद्यमान बीमारी, यदि कोई हो Pre existing Diseases, if any	टीपीए TPA

बीमा की प्रथम तिथि जो बिना भंग के या रियायती अवधि के अंतर्गत अनवरत नवीकरण किया जा रहा हो

Date of first coverage which has since been renewed continuously without break or within grace period ----

II किसी अन्य चिकित्सा व्यय प्रतिपूर्ति योजना के अंतर्गत

हाँ / नहीं

(महत्वपूर्ण: योजना का विवरण देते हुए एक संक्षिप्त नोट दें, जो अपने प्रस्ताव के बेहतर मूल्यांकन में मदद मिलेगी)।

Under any Medical expenses Reimbursement Scheme : YES/NO

(IMP : A brief note giving details of the Scheme will help in better evaluation of your proposal).

निम्न लिखित जानकारी दें (लागू नहीं होने की स्थिति में उसे काट दें)

Please furnish the following - (strike off wherever not applicable)

a. योजना का प्रदाता Scheme Provided by : नियोक्ता Employer / अन्य Others

नियोक्ता का नाम Name of the Employer :

अन्य Others :

b. आवरित व्यक्तियों की सं Persons covered : इस पॉलिसी के अधीन सभी प्रस्तावकों का आवरण के लिये है या केवल कुछ व्यक्तियों के लिये
All those who are proposed for coverage under this policy or only some persons.

C. व्यय की प्रतिपूर्ति Expenses reimbursed : कोई अस्पतालीकरण / केवल विशिष्ट बीमारी
Any Hospitalisation / Only Specified Diseases

d. राशि Amounts :

योजना के अन्तर्गत आवरण प्राप्त व्यक्तियों का नाम Names of the persons covered under the Scheme	योग्य प्रति पूर्ति की राशि Eligible Reimbursement amount	टिप्पणी Remarks

13 प्रतिपूर्ति की योजना के अन्तर्गत पिछले पांच वर्षों सहित समाप्त होने वाली पोलिसियों पर प्राप्त /प्राप्त्य दावा राशि। यदि कोई व्यक्ति किसी भी योजना अथवा पॉलिसी के अधीन आवरित नहीं होने की स्थिति में , विगत पाँच वर्षों का अस्पतालीकरण का विवरण दिया जाय।

Claim amounts received/receivable in preceding five years including expiring policy/Reimbursement Scheme. In case of persons not covered under any Policy or Scheme, the details of hospitalisation for the last five years may be provided -

बीमाकर्ता का नाम / प्रतिपूर्ति की प्रदाता Name of the Insurer / Reimbursement Provider	पॉलिसी संख्या योजना का नाम Policy No./ Scheme Name	अस्पतालीकरण की अवधि Period of Hospitalisation	बीमारी Illness	दावा राशि Claimed amount	निपटित राशि / निपटान के लिये लंबित Amount settled / pending for settlement	टीपीए, यदि लागू हो तो TPA, if applicable

14. इस बीमा के लिये या किसी अन्य स्वास्थ्य बीमा के लिये प्रस्ताव को ठुकराया या निरस्त किया गया या अधिक प्रीमियम लिया गया है, तो उसका विवरण दीजिये

Has any Proposal for this Insurance or any other health insurance been refused or cancelled or higher premium charged. If so give details:

15 .1 क्या सभी बीमित व्यक्ति पूर्ण रूप से स्वस्थ हैं तथा

किसी शारीरिक और मानसिक बीमारी या अशक्तता या चिकित्सकीय शिकायत से मुक्त हैं

Are all the insured persons are in good health and free from Physical and mental diseases or infirmity Or medical complaints?

15.2 यदि स्वस्थ न हो तो पूर्ण विवरण दें If not in good health give full details

क्र.सं S.N.	बीमित व्यक्तियों का नाम Name of the insured persons	रोग /बीमारी अथवा चोटकी प्रकृति और प्राप्त उपचार Nature of illness / disease injury and treatment received	प्रथम बार कव 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 हुआ/हुई Whether fully cured
1.						
2.						
3.						

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.

1 मैं /हम अपने तथा बीमा हेतु प्रस्तावित सभी व्यक्तियों की ओर से यह घोषणा करता हूँ करते हैं कि मेरे /हमारे द्वारा दिये गये उपरोक्त कथन,उत्तर एवं/या विवरण मेरी /हमारी जानकारी के अनुसार सभी प्रकार से सत्य एवं पूर्ण हैं तथा मैं/हम इन व्यक्तियों की ओर से बीमा प्रस्ताव करने के लिये अधिकृत हैं।

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 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 दूंगा/ दूंगी/ 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.

मैंने विवरणका को पढा है एवं पॉलिसी में कथित व उल्लेखित नियम व शर्तें और अपवादों 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

तिथी Date / /

स्थान Place:

स्थान PLACE:

तिथि DATE:

प्रस्तावक का हस्ताक्षर Signature of the proposer

बीमा अधिनियम 1938 की धारा 41 Section 41 OF INSURANCE ACT 1938
PROHIBITION OF REBATES (SECTION 4) OF THE INSURANCE ACT 1938
छूट की निषिद्धता PROHIBITION OF REBATES

कोई भी व्यक्ति प्रत्यक्ष व परोक्ष रूप से किसी व्यक्ति को भारत में जीवन व संपत्ति बीमा लेने नवीनीकरण करने या चालू रखने के लिये प्रलोभन के रूप में देय कमीशन के पूरे या हिस्से की छूट या पॉलिसी में सूचित प्रीमियम की छूट दें/ या दिलायें और कोई व्यक्ति पॉलिसी लेने या चालू रखने के लिये ऐसे किसी छूट को स्वीकार नहीं करेगा जो बीमाकृत द्वारा प्रकाशित सूची व विवरण के अनुसार अनुमत न हो।

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.

इस धारा के उपबंधों का उल्लंघन करने वाला व्यक्ति पाँच सौ रुपयों तक के लिये 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.

कार्यालय प्रयोग हेतु FOR OFFICE USE: