



PSA000101

पॉलिसी/आवेदन संख्या

दिनांक / /

केवल कार्यालय के उपयोग के लिए

इसके द्वारा प्राप्त _____

हस्ताक्षर

(कृपया उपरोक्त कर्मचारी का उल्लेख करें बैंक स्टैम्प नाम और पदनाम)

रसीद प्राप्त का दिनांक और समय/ _____

अनुरोध प्रेषण का दिनांक और समय _____

प्राप्त
मुहर

कृपया अपने बैंक खाते में किए गए नवीनतम विवरण हमारे साथ अपडेट करें.

संपर्क विवरण में परिवर्तन

① मोबाइल

☎ घर का फोन नंबर

यदि आप चाहते हैं कि हम आपको उपरोक्त संपर्क नंबर भविष्य में संचार उद्देश्य के लिए संपर्क करें, तो कृपया इस बॉक्स पर सही का निशान लगाएँ.

✉ ईमेल _____

ग्राहक केवाईसी संख्या

A) बीमा राशि में वृद्धि के लिए अनुरोध

क्या आप अमेरिका में रहने के दौरान अनुरोध कर रहे हैं. हाँ नहीं

(चयनित प्लान के लिए उपलब्ध विकल्प. परिवर्तन अगली पॉलिसी वर्षगांठ से प्रभावी होंगे. कृपया अपनी पॉलिसी के नियम और शर्तें देखें.)

मैं (पॉलिसीधारक) आपसे उपरोक्त उल्लिखित पॉलिसी के लिए मेरी बीमा राशि बढ़ाने का अनुरोध करता/करती हूँ _____

B) पॉलिसी फिर से चालू करने के लिए अनुरोध

मैं (पॉलिसीधारक) आपसे अनुरोध करता/करती हूँ कि मेरी उपरोक्त उल्लिखित पॉलिसी फिर से चालू करें, जिसकी अवधि समाप्त हो गई है. मैं निम्न राशि का भुगतान होने की पुष्टि करता/करती हूँ _____ (कृपया चेक/डिमांड ड्राफ्ट विवरण दें, जिससे भुगतान किया गया है)

कृपया उपयुक्त बॉक्स पर सही का निशान लगाकर पॉलिसी फिर से चालू करने/बीमा राशि में वृद्धि के लिए "बीमित व्यक्ति" के नीचे दिए गए प्रश्न पूर्ण करें. (यदि आपकी पॉलिसी में प्रीमियम विकल्प का प्रीमियम वित्त-पोषण लाभ/छूट विकल्प है, तो इसके लिए एक अलग फॉर्म जमा करना होगा).

- क्या प्रस्ताव दिनांक और इस घोषणा के बीच आपके व्यवसाय में कोई बदलाव आया है? हाँ नहीं
- क्या प्रस्ताव दिनांक और इस घोषणा के बीच आपकी आवासीय स्थिति में कोई बदलाव हुआ है? हाँ नहीं
- क्या आपने किसी अन्य लाइफ इंश्योरेंस पॉलिसी के लिए आवेदन किया है या आपके जीवन में समाप्त हुई पॉलिसी को फिर से चालू करना कभी स्थगित, अस्वीकार, वापस या अतिरिक्त प्रीमियम पर स्वीकार किया गया है या केनरा एचएसबीसी ओरिएंटल बैंक ऑफ़ कॉमर्स लाइफ़ इंश्योरेंस कंपनी लिमिटेड या किसी अन्य लाइफ़ इंश्योरेंस कंपनी के द्वारा मूल प्रस्ताव दिनांक के बाद लाइफ़/हेल्थ इंश्योरेंस के तहत कभी दावा किया है?

प्रस्ताव का मतलब आवेदन यह पॉलिसी जारी करने के लिए किया गया है.

यदि उपरोक्त किसी भी प्रश्न के सामने "हाँ" चिह्नित किया गया है, तो कृपया पूर्ण विवरण जैसे, नए व्यवसाय का प्रकार; जीवन बीमा पॉलिसी विवरण (जारी करने का वर्ष, लाइफ़ इंश्योरेंस कंपनी का नाम, बीमा राशि, वार्षिक आय, अतिरिक्त लागत, यदि कोई हो, स्वीकृति की शर्तें (एसटडी/अतिरिक्त प्रीमियम पर स्वीकार किए जाते हैं), आवासीय स्थिति में परिवर्तन होने से नया पता, इत्यादि का ब्यौरा देने के लिए एक अतिरिक्त शीट संलग्न करें.

स्वास्थ्य घोषणा

- क्या मूल प्रस्ताव दिनांक और इस घोषणा के बीच आपके स्वास्थ्य की स्थिति में कोई बदलाव हुआ है? हाँ नहीं
- क्या आपने सर्जिकल ऑपरेशन के लिए किसी डॉक्टर से सलाह ली है या आप किसी विकार के लिए अस्पताल में भर्ती हुए हैं या आपको किसी मेडिकल जांच परामर्श/उपचार/लेने की सलाह दी गई है या हल्की खांसी, ठंड लगना या फ्लू के अलावा किसी चिकित्सा स्थिति के लिए कोई आवर्ती चिकित्सा स्थिति/लक्षण अनुभव हुए हैं?
- क्या आपकी निम्नलिखित में से किसी भी स्थिति के लिए जांच/आपका उपचार या निदान किया गया है?

| | | | |
|--|--|--|--|
| हाइपरटेंशन/उच्च रक्तचाप | <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं | सीने में दर्द/हार्ट अटैक | <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं |
| अन्य हृदय रोग/समस्याएं | <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं | एचआईवी संक्रमण/एड्स/एचआईवी का पॉजिटिव टेस्ट | <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं |
| मधुमेह/हाई ब्लड शुगर/यूरिन में शुगर | <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं | नर्वस/मनोरोग/मानसिक विकार | <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं |
| स्ट्रोक/लकवा | <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं | क्षय रोग या फेफड़ों की अन्य कोई बीमारी | <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं |
| लिवर की समस्याएं/पीलिया/हेपेटाइटिस B और C | <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं | गुर्दे की समस्याएं या प्रजनन अंगों की बीमारी | <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं |
| कैंसर/टयूमर या वृद्धि, किसी भी तरह की पुटी | <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं | रक्त विकार (हीमोफिलिया/थेलेसीमिया) | <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं |
- क्या आप पॉलिसी समाप्त होने के दिनांक से लेकर फिर से चालू करने के इस आवेदन के दिनांक तक किसी दुर्घटना या चोट से पीड़ित रहे हैं? हाँ नहीं
- यदि उपरोक्त 1 से 7 में से किसी भी प्रश्न का उत्तर हाँ है, तो कृपया नीचे विवरण दें या उसी प्रारूप में एक अलग शीट संलग्न करें (यदि आवश्यक हो), जिस पर हस्ताक्षर किए जाने चाहिए.



PSA000101

| ईवेंट/निदान का दिनांक | निदान | जाँच पूर्ण | उपचार विवरण | चिकित्सक/अस्पताल का नाम, पता और संपर्क नंबर | वर्तमान स्थिति (वर्तमान दवा सहित) |
|-----------------------|-------|------------|-------------|---|-----------------------------------|
| | | | | | |

9. कृपया 5 में बताए गए अनुसार रिपोर्ट/डिस्चार्ज विवरण की प्रतियाँ संलग्न करें.
10. क्या आप पॉलिसी समाप्त होने के दिनांक से इस आवेदन के दिनांक तक स्वास्थ्य कारणों से 7 दिनों से अधिक समय तक काम पर हाँ नहीं नहीं जा पाए हैं? यदि हाँ, तो कृपया विवरण दें
11. क्या अब आप गर्भवती हैं? (केवल महिलाओं के लिए लागू) हाँ नहीं
यदि हाँ, तो कितने सप्ताह हो गए _____

पॉलिसी फिर से चालू करना/वृद्धि बीमा राशि फ़ॉर्म

मैं/हम घोषणा करते हैं कि मैंने/हमने इस फ़ॉर्म में दिए गए प्रश्नों का प्रकार पूरी तरह से समझने के बाद और इस तरह के सवालों का जवाब देते समय सभी जानकारी का खुलासा करने के महत्व को समझने के अनुसार प्रश्नों के जवाब दिए हैं। मैं/हम आगे घोषणा करते हैं कि इस फ़ॉर्म में मेरे/हमारे द्वारा दिए गए सभी प्रश्नों के उत्तर हर मामले में सही और पूर्ण हैं और मैंने/हमने कोई भी महत्वपूर्ण जानकारी छुपाई नहीं है।

मैं/हम आगे घोषणा करते हैं कि यह पॉलिसी फिर से चालू करना/वृद्धि बीमा राशि फ़ॉर्म भी इंश्योरेंस के अनुबंध का आधार होगा और इस फ़ॉर्म में कोई गलत कथन मिलता है, तो कंपनी को उन लाभों में बदलाव करने का अधिकार होगा, जो देय हो सकते हैं और आगे यदि कोई महत्वपूर्ण तथ्य बताया नहीं गया है, तो पॉलिसी को रद्द माना जा सकता है और पॉलिसी के तहत भुगतान किए गए सभी प्रीमियम कंपनी के पास जब्त किए जा सकते हैं।

यदि बीमित व्यक्ति किसी भी कारण से आत्महत्या करता है, तो यह पॉलिसी फिर से चालू करने से एक वर्ष में इस पॉलिसी के तहत मृत्यु सूचना मिलने के दिनांक तक की फंड वैल्यू के अलावा कोई लाभ देय नहीं होंगे।

कंपनी को किसी भी चिकित्सा स्रोत/किसी भी जीवन और गैर-जीवन बीमा कंपनी/या लाइफ इंश्योरेंस एसोसिएशन के मेडिकल रजिस्टर या सरकारी अधिकारियों को जारी करना, इस तरह के विवरण और मेरे रोजगार/व्यवसाय या अन्य विवरण के रिकॉर्ड प्रदान करना आवश्यक हो सकता है मैं अपनी पॉलिसी फिर से चालू करने/बीमित राशि में वृद्धि का मूल्यांकन करने के लिए कंपनी या उसके एजेंट्स को आवश्यक चिकित्सा परीक्षण करने की सहमति देता/देता हूँ। मैं समझता हूँ कि इसमें एचआईवी एंटीबॉडी सहित, रक्त परीक्षण शामिल हो सकते हैं। मैं घोषणा करता हूँ कि कंपनी के द्वारा चिकित्सकीय रूप से जांच किए जाने की स्थिति में कंपनी के द्वारा अधिकृत मेडिकल परीक्षक को दिए गए उत्तर और कंपनी द्वारा दिए गए प्रश्नावली में इस आवेदन में दिए गए कथनों और उत्तरों के भाग मान जाएंगे। मैं/हम समझते हैं कि मेरी/हमारी पॉलिसी को फिर से चालू होना/बीमा राशि में वृद्धि तब तक नहीं माना जाएगा, जब तक कि कंपनी की इस आवेदन की लिखित स्वीकृति प्राप्त नहीं हो जाती है। कृपया ध्यान दें कि पॉलिसी फिर से चालू करना/बीमा राशि में वृद्धि फ़ॉर्म बीमित व्यक्ति और पॉलिसी धारक के द्वारा हस्ताक्षरित होना चाहिए।

मैं/हम कंपनी को अंडरराइटिंग मूल्यांकन, दावे की जांच/निपटान, केवाईसी प्रमाणीकरण, पॉलिसी सर्विसिंग उद्देश्य और इस तरह के उद्देश्यों के लिए (i) सरकारी और/या विनियामक प्राधिकरण, (ii) बीमा संग्राहक (iii) सीईआरएसएआई/यूआईडीएआई (iv) पुनर्बीमाकर्ता/समूह कंपनियों/अस्पताल या डायग्नोस्टिक केंद्रों/अन्य बीमा कंपनियों या तीसरे पक्षों से मेरे केवायसी विवरण मांगने/एकत्र करने या/और साझा करने के लिए अधिकृत करता/करती हूँ।

बीमित व्यक्ति का नाम

बीमित व्यक्ति के हस्ताक्षर/अंगूठे का निशान
(मूल हस्ताक्षर में बदलाव होने की स्थिति में
निर्देश अनुभाग का पॉइंट 7 देखें)

पॉलिसी धारक/अभिहस्तांतरिती (असाइनी) का नाम
पॉलिसी के पूर्ण असाइनमेंट की स्थिति में आवश्यक अभिहस्तांतरिती
(असाइनी) के विवरण

पॉलिसी धारक/अभिहस्तांतरिती (असाइनी)
के हस्ताक्षर/ अंगूठे का निशान

दिनांक /
(अनिवार्य)

स्थान _____
(अनिवार्य)



PSA000101

इलेक्ट्रॉनिक मोड के माध्यम से भुगतान करें

मैं आपसे अनुरोध करता/करती हूँ कि आप नीचे दिए गए विवरण के अनुसार मेरा बैंक खाता अपडेट करें

बैंक खाता धारक का नाम:

बैंक का नाम:

बैंक शाखा का पता:

बैंक खाता प्रकार:

बचत खाता

चालू

(चयनित खाता एनआरई है:

हाँ नहीं

एनआरई खाते की स्थिति में यदि ग्राहक चाहता है कि उसका पूरा पैसा एनआरई खाते में जमा किया जाए या पैसा एनआरई और एनआरओ खातों में बांटा जाए, तो यह अनिवार्य है कि पॉलिसी में भुगतान किए गए प्रत्येक प्रीमियम के लिए प्रीमियम का स्रोत ग्राहक से प्राप्त किया गया है।)

बैंक खाता संख्या:

एमआईसीआर कोड:

(यदि 9 अंकों की संख्या आपकी चेक बुक पर उपलब्ध है, यदि रद्द चेक की कॉपी पर दी गई 9 अंकों की संख्या '000 के साथ शुरू है, तो सही कोड दिया जाए)

आईएफएससी कोड:

(11 अंकों की संख्या आपकी चेक बुक पर उपलब्ध; यह रद्द चेक पर मुद्रित नहीं होने पर बैंक द्वारा सत्यापन)

पैन कार्ड नंबर:

(पैन कार्ड की स्वयं-प्रमाणित प्रति के साथ उपलब्ध कराना आवश्यक है)।

*वित्त विधेयक 2014 में पेश किए गए नए खंड 194DA के अनुसार; अधिनियम की धारा 10 (10D) के तहत छूट वाले लेनदेन के लिए कर कटौती के लिए पैन कार्ड विवरण आवश्यक हैं। यदि पैन विवरण प्रदान नहीं दिए जाते हैं, तो 20% की उच्च दर पर कर कटौती की जाएगी।

निवास स्थिति¹

निवासी

अनिवासी

(अनिवासी स्थिति और निवास देश के आधार पर, अन्य दस्तावेज प्रस्तुत किए जा सकते हैं/आवश्यक हो सकते हैं)

निवास का देश:

इस फॉर्म के साथ प्रस्तुत सहायक दस्तावेजों की सूची (लागू होने पर सही का निशान लगाएँ)

'रद्द' चेक की कॉपी

पासबुक की स्वप्रमाणित कॉपी

(खाता संख्या और खाता धारक का नाम 'मुद्रित' होना चाहिए)

(खाता संख्या और खाता धारक का नाम पासबुक में 'मुद्रित' होने चाहिए)

या

बैंक स्टेटमेंट की स्वप्रमाणित कॉपी

(एनआरई भुगतान के मामले में अनिवार्य; एनआरई खाते से भुगतान किए गए प्रीमियम के लेनदेन दिखा रहा स्टेटमेंट)

- मैं इस बात की घोषणा करता/करती हूँ कि बैंक खाते में दिए गए विवरण सभी पहलुओं में सही, संक्षिप्त और पूर्ण हैं।
- मैं समझता/समझती हूँ और इस बात से सहमत हूँ कि इस फॉर्म को जमा करने का मतलब यह नहीं है कि अनुरोध स्वीकार किया जाएगा।
- यदि अधूरी या गलत जानकारी के कारण लेन-देन में देरी हो रही है या कोई भी लेन-देन नहीं हो रहा है, तो मैं किसी भी तरह से कंपनी को जिम्मेदार नहीं मानूंगा/मानूंगी।
- मैं समझता/समझती हूँ और सहमत हूँ कि इलेक्ट्रॉनिक भुगतान संभव नहीं होने की स्थितियों में कंपनी के पास लागू कानूनों के अनुसार कोई भी वैकल्पिक भुगतान विकल्प उपयोग करने का अधिकार सुरक्षित है।

स्थानीय भाषा में घोषणा (यह फॉर्म स्थानीय भाषा में हस्ताक्षरित होने/अंगूठे का निशान लगाए जाने पर भरा जाना है)

उस समय लागू होता है, जब प्रस्तावक अनपढ़ है या विकलांगता से पीड़ित है, जिसके कारण लेखन प्रतिबंधित है या प्रस्तावक ने स्थानीय भाषा में हस्ताक्षर किए हैं। यदि यह घोषणा लागू होती है और यदि पूरी नहीं होती है, तो हम इस अनुरोध फॉर्म को अस्वीकार करने के लिए बाध्य होंगे। नोट: बैंक के कर्मचारियों या कंपनी के प्रतिनिधि के अलावा किसी अन्य व्यक्ति द्वारा घोषित किया जाना चाहिए।

मैं इस बात की घोषणा करता/करती हूँ कि मैंने पॉलिसीधारक श्री/श्रीमती/सुश्री _____ को _____ भाषा में इस फॉर्म की सामग्री समझा दी है और पॉलिसीधारक ने पूरी तरह से सामग्री समझने के बाद मेरी उपस्थिति में अंग्रेजी के अलावा अन्य भाषा में हस्ताक्षर किए हैं।

दिनांक: _____

स्थान: _____ उदघोषक का नाम _____ उदघोषक के हस्ताक्षर _____



PSA000101

निर्देश और अस्वीकरण:

1. फ़ॉर्म सभी पहलुओं के अनुसार पूरी तरह से भरा होना चाहिए, जिससे हम पॉलिसी फिर से चालू करने/बीमित राशि में वृद्धि के संबंध में आपके अनुरोध पर विचार करें।
2. हमारी कंपनी के किसी भी कार्यालय में इस फ़ॉर्म की प्राप्ति पर अनुरोधों की प्रक्रिया की जाएगी। हमारी कंपनी के कार्यालय में यह फ़ॉर्म प्राप्त होने पर प्राप्ति रसीद आपको भेजी जाएगी। कृपया भविष्य के संदर्भ के लिए प्राप्ति रसीद रखें।
3. कंपनी के पास उचित निर्णय लेने का अधिकार सुरक्षित है और पॉलिसी को संशोधित नियमों और शर्तों के अनुसार फिर से चालू या कंपनी के दिशानिर्देशों के अनुसार रद्द या स्थगित किया जा सकता है।
4. इस आवेदन पत्र के अलावा, यदि आवश्यक हो, तो बीमित व्यक्ति को कंपनी के द्वारा निर्दिष्ट नैदानिक केंद्र में अपनी लागत पर कुछ चिकित्सा परीक्षण करवाने पड़ सकते हैं। इस तरह के मेडिकल की लागत कंपनी के द्वारा पॉलिसी फिर से चालू करने/बीमा राशि में वृद्धि के आवेदन पर दिए गए निर्णय के बावजूद कंपनी के द्वारा नहीं दी जाएगी।
5. यदि पॉलिसी एक यूनिट लिंक्ड प्लान है, तो यूनिट मौजूदा फंड आवंटन के अनुसार खरीदे जाएंगे। एनएनवी के लिए प्रभावी दिनांक ब्याज सहित सभी लंबित प्रीमियम की प्राप्ति का दिनांक (यदि कोई हो) या पॉलिसी फिर से चालू करने के आवेदन पर दिए गए अंडरराइटिंग निर्णय, जो भी बाद में हो, वह होगा। किसी कार्यदिवस पर दिन में 3.00 बजे से पहले प्राप्त अनुरोध के लिए, उसी दिन का एनएनवी लागू होगा। यदि आवेदन 3.00 बजे के बाद प्राप्त होता है, तो सभी शर्तें पूर्ण होने पर अगला कार्यदिवस लागू होगा।
6. ऑटो वेस्टिंग क्लॉज के एवज में, यदि बीमित व्यक्ति वयस्क है, तो फ़ॉर्म में बताए गए संबंधित दस्तावेज़ सहित हमारे वेबसाइट में उपलब्ध के रूप में ऑटो वेस्टिंग के लिए आपके द्वारा पॉलिसी सेवा फ़ॉर्म जमा करने पर अनुरोध प्रक्रिया आगे बढ़ायी जाएगी।
7. हस्ताक्षर भिन्न होने पर कृपया निम्न अतिरिक्त शर्तें पूरी करें:
 - आवश्यक पॉलिसी सेवा फ़ॉर्म सी (पुराने और नए हस्ताक्षर होने चाहिए), जैसे हमारी वेबसाइट पर हैं।
 - हस्ताक्षर का समर्थन प्रमाण - उस बैंक द्वारा अधिकृत पैन कार्ड/पासपोर्ट/ड्राइविंग लाइसेंस/हस्ताक्षर, जिसमें प्राधिकारी द्वारा सत्यापित आपका खाता है।
8. अतिरिक्त भुगतान करने, बीमा राशि में वृद्धि या कमी, फंड में परिवर्तन (फंड स्विच और रीडायरेक्शन सहित), पॉलिसी फिर से चालू करना, कोई भी अनुरोध, ग्राहक यूएस में होने पर प्रीमियम या पॉलिसी सुविधा में परिवर्तन के समय अनुरोध करना प्रतिबंधित है। हम लागू अमेरिकी कानूनों के आधार पर किसी भी अन्य पॉलिसी सेवा अनुरोध प्रतिबंधित करने का अधिकार सुरक्षित रखते हैं। कृपया अधिक जानकारी के लिए हमारे कॉल सेंटर से संपर्क करें।
9. उत्पाद विशिष्ट अनुरोध/फंड की अनुमति तभी दी जाएगी, यदि यह पॉलिसी के संबंधित नियमों और शर्तों के तहत लागू हो। कृपया विवरण के लिए पॉलिसी के नियमों और शर्तों को देखें। अतिरिक्त दस्तावेज़ प्रारूप हमारी वेबसाइट से डाउनलोड किए जा सकते हैं।
10. अपनी पॉलिसी की ऑन-इन सेवा के विभिन्न विकल्पों का लाभ उठाने के लिए हमारी वेबसाइट पर अभी पंजीकरण करें।
11. डिस्ट्रीब्यूटर ऐप के माध्यम से लिए गए अनुरोध पर मूल फ़ॉर्म वापस ग्राहक के पास भेज दिया जाएगा।
12. कृपया फ़ॉर्म केवल हिंदी में भरें।
13. भाषा व्याख्या के संबंध में कोई असहमति होने की स्थिति में अंग्रेजी संस्करण मान्य होगा।

केनरा एचएसबीसी ऑरिएंटल बैंक ऑफ कॉमर्स लाइफ इश्योरेंस कंपनी लिमिटेड (IRDAI Regn. No. 136)

पंजीकृत कार्यालय: यूनिट नंबर 208, द्वितीय तल, कंचनजंगा भवन, 18 बाराखंबा रोड, नई दिल्ली - 110001

कॉर्पोरेट कार्यालय - द्वितीय तल, आर्किड बिजनेस पार्क, सेक्टर - 48, सोहना रोड, गुरुग्राम -122018, हरियाणा, भारत

कॉर्पोरेट पहचान संख्या: U66010DL2007PLC248825



टोल-फ्री नंबर: 1800-103-0003 / 1800-180-0003 (BSNL/MTNL)



हमें इस पते पर ईमेल करें: customerservice@canarahsbclife.in



इस नंबर पर एसएमएस करें: 9779030003



हमारी वेबसाइट www.canarahsbclife.com पर जाएँ