

Application Form - 'GROUP CARE SCHEME' / आवेदन पत्र - 'ग्रुप केयर स्कीम'

(Group Scheme for members of Samagra Jain Shwetambar Murtipujak Tapagachh Shree Mahasangh)/

(समग्र जैन श्वेताम्बर मूर्तिपूजक तपगच्छ श्री महासंघ के सदस्यों के लिए सामूहिक योजना)

Proposal No. Group Care Scheme / ग्रुप केयर स्कीम की प्रस्ताव संख्या.....

For Office Use Only / केवल कार्यालय उपयोग हेतु
Intermediary Details / बिचौलिया विवरण

 Booking Account Code / बुकिंग खाता का कोड:

 Booking Account Name / बुकिंग खाता का नाम:

 Partner RM Code / पार्टनर आरएम कोड:

 Partner Branch Code / पार्टनर ब्रांच कोड:

 Customer ID / ग्राहक आईडी:
Proposer Details / प्रस्तावक का ब्यौरा

 Name / नाम : Mr. / श्री Ms. / सुश्री Gender / लिंग: M / पुरुष F / स्त्री
 (First Name) / (प्रथम नाम) (Last Name) / (अंतिम नाम)

 Address / पता :
 Landmark / लैंडमार्क:

 City / शहर : State / राज्य:

 Pin Code / पिन कोड: Date of Birth / जन्म तिथि: / / (DD/MM/YYYY)

 Marital Status / वैवाहिक स्थिति : Single / अविवाहित Married / विवाहित

 Landline / लैंडलाइन: - Mobile / मोबाइल :

 E-mail / ईमेल :

 PAN / पैन : (Mandatory for premium above ₹49,999) / (₹49,999 से अधिक के प्रीमियम वालों के लिए अनिवार्य)

 Nationality / राष्ट्रियता :

 Mother's Maiden Name / मां का नाम (विवाहपूर्व कुलनाम):

 Occupation / पेशा:
Nominee Details / नॉमिनी का विवरण

 Name / नाम :

 Date of Birth / जन्म तिथि: / / (DD/MM/YYYY) Relationship with Proposer / प्रस्तावक के साथ संबंध:

 Appointee name / नियुक्त व्यक्ति का नाम: Mr. / श्री Ms. / सुश्री

 Appointee DOB / नियुक्त व्यक्ति की जन्म तिथि: / / (DD/MM/YYYY) (Only where the Nominee is of Age 18 years or less) / (जब नॉमिनी की आयु १८ वर्ष या इससे कम हो)

In event of the death of the proposer any payment due under the policy shall become payable to the Nominee proposed in this form. The receipt of the proceeds by the Nominee would be sufficient discharge to the Company. / प्रस्तावक की मृत्यु हो जाने पर, पॉलिसी के तहत बकाया कोई भी राशि इस आवेदन-पत्र में प्रस्तावित नॉमिनी को देय होगी। नॉमिनी द्वारा प्राप्त राशि की पावती रसीद कंपनी के लिए पर्याप्त प्रमाण होगी।

Policy Details / पॉलिसी का विवरण

 Sum Insured (Group Care Scheme) / बीमा राशि (ग्रुप केयर स्कीम) :

Tenure : 1 Year / अवधि: 1 वर्ष

Details of the Person to be Insured (Including Proposer) / बीमा कराने वाले व्यक्ति का विवरण (प्रस्तावक सहित)

Name / नाम	Group Care Scheme / ग्रुप केयर स्कीम	Date of Birth / जन्म तिथि	Gender / लिंग	Height & Weight . कद और वजन	Relationship with Proposer / प्रस्तावक के साथ संबंध
Insured 1 / बीमित 1:	<input type="checkbox"/>	(DD/MM/YY)	<input type="checkbox"/> M/पुरुष <input type="checkbox"/> F/ महिला	cms kgs	
Insured 2 / बीमित 2:	<input type="checkbox"/>	(DD/MM/YY)	<input type="checkbox"/> M/पुरुष <input type="checkbox"/> F/ महिला	cms kgs	
Insured 3 / बीमित 3:	<input type="checkbox"/>	(DD/MM/YY)	<input type="checkbox"/> M/पुरुष <input type="checkbox"/> F/ महिला	cms kgs	
Insured 4 / बीमित 4:	<input type="checkbox"/>	(DD/MM/YY)	<input type="checkbox"/> M/पुरुष <input type="checkbox"/> F/ महिला	cms kgs	

Premium Payment Information / प्रीमियम भुगतान जानकारी

Payment By/ भुगतानकर्ता : Cheque/Demand Draft/Card (Strike out whichever is not applicable)/ चेक/डिमांड ड्राफ्ट/कार्ड (जो लागू हो उस पर सही का निशान लगाएं)

Cheque/Demand Draft No./Transaction ID / चेक/डिमांड ड्राफ्ट नंबर/ट्रांजेक्शन आईडी :

Date / तिथि : / / (DD/MM/YYYY)

Amount/ राशि (₹) :

Premium Amount/ प्रीमियम की राशि (₹) :

Bank Name/ बैंक का नाम :

Sources of Funds / फंड्स का स्रोत : Salary / वेतन बिजनेस

Others (if others, please specify)/ अन्य (यदि अन्य है, तो कृपया उल्लेख करें)

In case of payment through Cheque/Demand Draft, the instrument should be drawn in favour of "Religare Health Insurance Company Ltd." / चेक/डिमांड ड्राफ्ट से भुगतान करने पर, यह "Religare Health Insurance Company Ltd." के पक्ष में देय होगा

Medical/Lifestyle Related Information / चिकित्सा/जीवनशैली से जुड़ी जानकारी

Particulars / विवरण	Insured 1/बीमित 1	Insured 2/बीमित 2	Insured 3/बीमित 3	Insured 4/बीमित 4
Does any proposed insured currently or in past Diagnosed / Suffered / Treated / Taken Medication for any of the following conditions: If yes, please provide details in the additional information section below / क्या प्रस्तावित बीमित व्यक्ति में अभी या पहले निम्नलिखित स्थितियां पाई गयीं/वह उनसे पीड़ित रहा/उनका उपचार कराया/उनके लिए दवाएं लीं: यदि हां, तो कृपया नीचे दिये गये अतिरिक्त सूचना खण्डों में उसकी जानकारी दें:	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
1. Cancer; tumor; polyp or cyst / कैंसर, ट्यूमर, पॉलिप या सिस्ट	Since ___/___ के बाद	Since ___/___ के बाद	Since ___/___ के बाद	Since ___/___ के बाद
2. Any heart disease or disorder, chest pain or discomfort, irregular heartbeats, palpitations or heart murmur / कोई हृदय रोग या विकार, सिने में दर्द या बेचेनी, अनियमित हृदय कंपन, पल्पिटेशन या हार्ट मर्मु	Since ___/___ के बाद	Since ___/___ के बाद	Since ___/___ के बाद	Since ___/___ के बाद
3. Hypertension / High Blood Pressure(BP)/ High Cholesterol / उच्च रक्त चाप/उच्च रक्त दाब (बीपी)/उच्च कोलेस्ट्रॉल	Since ___/___ के बाद	Since ___/___ के बाद	Since ___/___ के बाद	Since ___/___ के बाद
4. Asthma / Tuberculosis (TB) / COPD/ Pleural effusion / Bronchitis / Emphysema or any other disease of Lungs, Pleura and airway or Respiratory disease ? / अस्थमा, तपेदिक (टीबी)/सीओपीडी/एम्फिसेमा एप्ल्युजिन/ब्रोनकाइटिस/एफिसेमा या फेफड़े की कोई अन्य बीमारी या श्वास संबंधी बीमारी?	Since ___/___ के बाद	Since ___/___ के बाद	Since ___/___ के बाद	Since ___/___ के बाद
5. Thyroid disease / Cushing's disease / Parathyroid Disease / Addison's disease / Pituitary tumor / disease or any other disorder of Endocrine system ? / थायरॉयड की बीमारी/कुशिंग की बीमारी/पैराथायरायड बीमारी/एडिसनस बीमारी/पिट्यूटरी ट्यूमर/बीमारी या इंडोक्राइन सिस्टम की कोई अन्य बीमारी?	Since ___/___ के बाद	Since ___/___ के बाद	Since ___/___ के बाद	Since ___/___ के बाद
6. Diabetes Mellitus / High Blood Sugar / Diabetes on Insulin or medication / डायबिटीज मेलिटस/ उच्च रक्त शर्करा (हाई ब्लड सुगर)/इंसुलिन या उपचार	Since ___/___ के बाद	Since ___/___ के बाद	Since ___/___ के बाद	Since ___/___ के बाद
7. Motor Neuron Disease / Muscular dystrophies / Myasthenia Gravis or any other disease of Neuromuscular system (muscles and/or nervous system) / मोटर न्यूरॉन रोग/मस्क्युलर डायस्ट्रोफीज/मिस्थिनिया ग्रेविस या न्युरोमस्क्युलर सिस्टम (मांसपेशियां और/या तंत्रिका तंत्र) की कोई अन्य बीमारी	Since ___/___ के बाद	Since ___/___ के बाद	Since ___/___ के बाद	Since ___/___ के बाद
8. Stroke / Paralysis / Transient Ischemic Attack / Multiple Sclerosis / Epilepsy / Mental-Psychiatric illness / Parkinsonism / Alzheimer's / Depression / Dementia or any other disease of Brain and Nervous System? / दौरा/लकवा/ट्रांजिएंट इस्केमिक अटैक/मल्टीपल स्क्लेरोसिस/मिग्री/मानसिक-मनोवैज्ञानिक बीमारी/पार्किंसन बीमारी/अल्जाइमर/डिप्रेशन/डिमेंशिया या दिमाग व तंत्रिका तंत्र की कोई अन्य बीमारी?	Since ___/___ के बाद	Since ___/___ के बाद	Since ___/___ के बाद	Since ___/___ के बाद
9. Cirrhosis / Hepatitis / Wilson's disease / Pancreatitis / Liver disease / Crohn's disease / Ulcerative Colitis / Piles or any other disease of Mouth, Esophagus, Liver, Gall bladder, Stomach or Intestines or any other part of Digestive System? / सिरोसिस/हिपेटाइटिस/विल्संस डिजीज/क्रोहनाइटिस/लीवर की बीमारी/क्रॉन्स डिजीज/अल्सरटिव कोलाइटिस/बाबासीर या मुंह, भोजन नलिका, लीवर, पित्ताशय, पेट या आंत या पाचन तंत्र के किसी भी हिस्से की कोई बीमारी?	Since ___/___ के बाद	Since ___/___ के बाद	Since ___/___ के बाद	Since ___/___ के बाद
10. Kidney Stones/ Renal Failure/ Dialysis / Chronic Kidney Disease/ Prostate Disease or any other disease of Kidney, Urinary Tract or reproductive organs? / किडनी स्टोन्स/गुद की खरबी/प्रोस्टेट/किडनी की जटिल बीमारी/प्रोस्टेट की बीमारी या गुद, पेशाब नली या जर्नांगों की कोई अन्य बीमारी?	Since ___/___ के बाद	Since ___/___ के बाद	Since ___/___ के बाद	Since ___/___ के बाद
11. HIV/SLE / Arthritis / Scleroderma / Psoriasis / bleeding or clotting disorders or any other diseases of Blood, Bone marrow/ Immunity or Skin. / एचआईवी/एसएलई/आर्थराइटिस/स्क्लेरोडर्मा/सोरायसिस/रक्तस्राव या रक्त जमा संबंधी विकार या रक्त, अस्थि मज्जा/प्रतिरोग क्षमता या त्वचा संबंधी कोई अन्य बीमारी।	Since ___/___ के बाद	Since ___/___ के बाद	Since ___/___ के बाद	Since ___/___ के बाद
12. Disease or disorder of eye, ear, nose or throat (except any sight related problems corrected by prescription lenses)? / आंख, कान, नाक या गले की कोई बीमारी या विकार (प्रिस्क्रिप्शन लेंस द्वारा ठीक किये गये दृष्टि संबंधी कोई समस्या को छोड़कर)?	Since ___/___ के बाद	Since ___/___ के बाद	Since ___/___ के बाद	Since ___/___ के बाद
13. Smoke, consume alcohol, or chew tobacco, ghutka or paan or use any recreational drugs? If 'Yes' then please provide the frequency & amount consumed / धूम्रपान, शराब, तंबाकू, गुटखा या पान का सेवन या किसी अन्य शौकिया ड्रग्स का सेवन? यदि हां, तो बताएं कि इनका सेवन कितनी बार और कितनी मात्रा में करते हैं	Since ___/___ के बाद	Since ___/___ के बाद	Since ___/___ के बाद	Since ___/___ के बाद
14. Any other disease / health adversity / injury/ condition / treatment not mentioned above? / ऐसी कोई अन्य बीमारी/स्वास्थ्य समस्या/घोट/स्थिति/उपचार जिनका ऊपर उल्लेख नहीं है?	Since ___/___ के बाद	Since ___/___ के बाद	Since ___/___ के बाद	Since ___/___ के बाद
15. Has any of the Proposed to be Insured been hospitalized / recommended to take investigations / medication or has been under any prolonged treatment / undergone surgery for any illness / injury other than for childbirth/ minor injuries? / क्या बीमा कराने वाला कोई भी प्रस्तावित अस्पताल में भर्ती हुआ है/उसे जांच कराने/दवा लेने के लिए परामर्श दिया गया है या कभी शिशु के जन्म/मामूली चोटों के अलावा किसी बीमारी/घोट के लिए लंबे समय तक उपचार चला है/सर्जरी हुई है?	Since ___/___ के बाद	Since ___/___ के बाद	Since ___/___ के बाद	Since ___/___ के बाद

Note: The Company shall reject Your proposal and refund the premium amount (after deducting cost of medical tests, if any) in case of incompleteness or any discrepancy highlighted or any other reason/ ध्यान दें: किसी भी आधी-अधूरी जानकारी या किसी रखांकित असहमति या किसी अन्य कारण से, कंपनी आपका प्रस्ताव रद्द कर सकती है और प्रीमियम की राशि (चिकित्सा जांचों के खर्च को काटने के बाद) वापस कर सकती है।

Religare Health Insurance Company Limited

Registered Office: 5th Floor, 19 Chawla House, Nehru Place, New Delhi-110019 Corresp. Office: Vipul Tech Square, Tower C, 3rd Floor, Golf Course Rd., Sec-43, Gurugram-122009 (Haryana) Website: www.religarehealthinsurance.com E-mail: customerfirst@religarehealthinsurance.com Call us: 1800-200-4488 | 1860-500-4488 Fax: 1800-200-6677

CIN: U66000DL2007PLC161503 UIN: IRDA/NL-HLT/RHI/P-H/V.1/254/13-14 IRDA Registration No. - 148

Details of Previous or Existing Health Insurance/ पिछले या मौजूदा स्वास्थ्य बीमा के बारे में जानकारी

Please fill the following details with respect to health insurance proposals/policies with the Company or any other insurance companies / कृपया कंपनी या किसी अन्य बीमा कंपनी से जुड़े स्वास्थ्य बीमा प्रस्तावों/पॉलिसियों से जुड़ी निम्नलिखित जानकारियां दें

Details / विवरण	Insured 1 / बीमित 1	Insured 2 / बीमित 2	Insured 3 / बीमित 3	Insured 4 / बीमित 4
Have any of the person(s) to be insured ever filed a claim with their current/previous insurer? If Yes, please provide details on a separate sheet / क्या बीमा कराने वाले व्यक्ति/यों ने अपने मौजूदा /पिछले बीमाकर्ता के यहां कोई दावा किया है? यदि हां, तो कृपया अगल पत्रक पर उसकी जानकारी दें	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
Has any of your proposal(s) for Health insurance been declined, cancelled, charged a higher premium or issued with special condition(s)? / क्या स्वास्थ्य बीमा के लिए आपका कोई प्रस्ताव अस्वीकृत/रद्द किया गया है/उसके लिए अधिक प्रीमियम लिया गया है या विशेष स्थितियों के साथ जारी किया गया है?	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
Is any of the person(s) proposed for insurance covered under any other health insurance policy with the Company? / क्या बीमा कराने वाले किसी भी व्यक्ति ने कंपनी से कोई अन्य स्वास्थ्य बीमा कराया है?	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N

Declaration / घोषणा

- I hereby 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 am authorized to propose on behalf of these other persons. / मैं एतद् द्वारा अपनी ओर से और बीमा कराने वाले प्रस्तावित सभी व्यक्तियों की ओर से घोषणा करता/ती हूँ कि मेरे द्वारा दिये गये सभी उपरोक्त कथन, उत्तर और/या ब्योरा पूर्णतः सत्य हैं और मैं इन अन्य व्यक्तियों की ओर से प्रस्ताव करने के लिए अधिकृत हूँ।
- 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 insurer and that the policy will come into force only after full payment of the premium chargeable. / मैं समझता/ती हूँ कि मेरे द्वारा दी गई जानकारी के आधार पर बीमा पॉलिसी जारी की जायेगी, बशर्ते कि बीमाकर्ता की बीमा पॉलिसी को बोर्ड द्वारा अनुमोदन कर दिया जाये और मारित प्रीमियम के पूर्ण भुगतान के बाद ही यह पॉलिसी प्रभावी होगी।
- I further declare that I 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. / मैं आगे घोषणा करता/ती हूँ कि मैं प्रस्ताव जमा हो जाने के बाद बीमा कराने वाले व्यक्ति/प्रस्तावक के पेशा या जीवन के सामान्य स्वास्थ्य में कोई परिवर्तन होने पर लिखित रूप से सूचित करूंगा।
- I declare that I consent to the company seeking medical information from any doctor or hospital who / which at any time has attended on the person to be insured/ proposer or from any past or present employer concerning anything which affects the physical or mental health of the person to be insured / proposer and seeking information from any Insurer to whom an application for insurance on the person to be insured / proposer has been made for the purpose of underwriting the proposal and / or claim settlement. / मैं घोषणा करता/ती हूँ कि मैं कंपनी को ऐसे किसी भी चिकित्सक या अस्पताल से चिकित्सा जानकारी मांगने के लिए सहमत हूँ जिसे/जहां कभी भी बीमा कराने वाले व्यक्ति/प्रस्तावक ने उपचार कराया है।
- I authorize the company to share information pertaining to my proposal including the medical records of the Insured/ Proposer for the sole purpose of underwriting the proposal and / or claims settlement and with any Governmental and / or Regulatory authority. / मैं कंपनी को अधिकार देता/ती हूँ कि वो मेरे प्रस्ताव से जुड़ी कोई भी सूचना जैसे - बीमित व्यक्ति/प्रस्तावक के चिकित्सा रिकॉर्ड्स किसी भी सरकारी या विनियामक प्राधिकरण के साथ साझा कर सकती है।

Date / तिथि: / / (DD/MM/YYYY)

Signature of the Proposer/प्रस्तावक का हस्ताक्षर : _____

Place/स्थान:

(On behalf of all the persons to be insured under the Policy) / (पॉलिसी के अंतर्गत बीमित होने वाले सभी व्यक्तियों की ओर से)