



General Insurance Corporation of India

वेतन क्रम संख्या :

Salary Roll No. _____

Extn. No. _____

समूह मेडिकलेम बीमा पालिसी नामदर्जगी प्रपत्र
GROUP MEDICLAIM INSURANCE POLICY ENROLMENT FORM

कर्मचारी का नाम / NAME OF THE EMPLOYEE :

पदनाम / DESIGNATION :

मूल वेतन / BASIC SALARY : Rs.

कार्यारंभ का दिनांक / DATE OF JOINING :

MARITAL STATUS : SINGLE/MARRIED/WIDOWED/DIVORCEE

योजना में प्रवेश का दिनांक / DATE OF ENTRY INTO THE SCHEME :

बच्चों की संख्या / NO. OF CHILDREN : लड़के _____ लड़किया _____
SONS _____ DAUGHTERS _____

कार्यालय का पता / OFFICE ADDRESS :

आवास का पता / RESIDENTIAL ADDRESS :

बीमित राशि की हकदारी निम्नलिखित मूल वेतन श्रेणी के अनुसार होगी ENTITLED SUM INSURED WILL BE AS PER FOLLOWING BASIC SALARY RANGES	
Basic Salary of the Employee at the time of Renewal (i.e. April Basic)	Eligible Sum Insured on Floater Basis
Less than 43,300	Rs. 5,00,000/-
Between 43,300 TO 55,335	Rs. 6,00,000/-
Above 55,335	Rs. 10,00,000/-

CHOICE OF AVAILABLE HIGHER OPTIONAL SUM INSURED ARE :

- | | |
|--------------------|--------------------|
| A. Rs. 6,00,000/- | F. Rs. 20,00,000/- |
| B. Rs. 8,00,000/- | G. Rs. 25,00,000/- |
| C. Rs. 10,00,000/- | H. Rs. 30,00,000/- |
| D. Rs. 12,00,000/- | I. Rs. 35,00,000/- |
| E. Rs. 15,00,000/- | J. Rs. 40,00,000/- |
| | k. Rs. 50,00,000/- |

कर्मचारियों / सदस्यों का व्यक्तिगत विवरण प्रश्न
EMPLOYEES MEMBERS PERSONAL STATEMENT FORM

(प्रत्येक कर्मचारी / सदस्यों के स्वयं और उनके पत्न पति पतिवर्तिक सदस्य को बीमा संश्लिष्ट किए जाने के लिए उसके द्वारा पूर्ण रूप से भरा जाए
 (To be completed by each Employee/Member in respect of himself/herself and his/her eligible family members proposed to be covered))

1. कर्मचारी / सदस्यों के विवरण जिसमें बीमा के लिए प्रस्तावित पारिवारिक सदस्य शामिल हैं :-
 1. Details of Employees/Members including family members proposed for insurance :

क्रम Sl. No.	कर्मचारी / सदस्य तथा पत्न पतिवर्तिक सदस्यों का नाम Name of Employee / Member and eligible family members	उम्र दिनांक (आयु का प्रमाण दिखाया होगा Date of Birth (Proof of age to be produced))	लिंग Sex	व्यवसाय Occupation	कर्मचारी / सदस्य के साथ संबंध Relationship to the Employee/Member	मासिक आय (यदि हो तो) Monthly Income, if any.	वर्तमान में बीमारी होने या किसी रोग, बीमारी या जखम होने के विवरण जिसमें फिजिकल परीक्षण में उर्वरत विकसित की आवश्यकता है और/या किसी रोग, बीमारी या जखम के विवरण जिसका गत 12 माह के दौरान उपचार किया गया है Details of positive existence or presence or any ailment, sickness or injury which may require medical attention in immediate future and/or details of any ailment, sickness or injury which had been treated during the preceding 12 months
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							
6.							
7.							

2. क्या आप / आपके परिवार का कोई सदस्य मधुमेह / उच्च रक्तचाप / सीने में दर्द या कोरोनरी
अपवाहना या मायोकार्डियल इन्फार्क्शन से पीड़ित है / था ? यदि नहीं, तो संलग्न पत्रिका में दी
गई प्रश्नावली को पूर्ण रूप से पूरे।
Are you /any member of your family suffering/suffered from
Diabetes/Hypertension/Chest Pain or Coronary insufficiency or Myocardial
Infarction? If so, complete the annexed Questionnaire.

3. क) पारिवारिक चिकित्सक का नाम पता और दूरभाष नंबर यदि है तो :-

a) Name and address of family doctor, including telephone number, if any :

फ़ोन कोड / Pin Code : दूरभाष नं. / Telephone No.:

गणराज्य/राज्य प्रदेश / State/UT, Territory :

उपर्युक्त सभी कथन्य और मेरे तथा मेरी पारिवारिक सदस्यों को और से दिए गए सभी जवाब मेरी पूरी जानकारी और विवरण के अनुसार पूर्ण रूप से सत्य है। मैंने सभी विवरण स्पष्ट रूप से दिए हैं। एतद्वारा
यह समझा गया है और इस बात पर सहमति है कि इन कथन्य, जवाब और विवरणों पर, प्रदान किया जानवाला बीमा आधारित है। यदि बीमाकर्ता होने के पर्याय वह पाया गया कि दिए गए कथन्य, जवाब या
विवरण किसी भी प्रकार से गलत या असत्य हैं तो निगम पर, मेरे और बीमा के लिए प्रस्तावित में पारिवारिक सदस्यों के संबंध में इस बीमा के अंतर्गत कोई दायित्व नहीं होगा।
All the statements made above and the answers given on my behalf and on behalf of the family members are wholly true and correct to the best of my knowledge and
belief. I have disclosed all particulars materials to the risk. It is hereby understood and agreed that the statements, answers and particulars are basis on which the
Insurance is being granted. If after the Insurance is effected, it is found that the statements, answers or particulars are incorrect or untrue in any respect, the
Corporation shall have no liability under this Insurance in respect of myself and my family members proposed for insurance.

स्थान / Place : _____

कर्मचारी/सदस्य का स्वयं का हस्ताक्षर और/या बीमा संगठित किए जाने वाले अन्य पारिवारिक सदस्यों को और से हस्ताक्षर

दिनांक / Date : _____

Signature of the Employee/Member for himself/herself and/or on behalf of other family members to be covered