

# दि न्यू इन्डिया एश्योरेन्स कंपनी लिमिटेड

## THE NEW INDIA ASSURANCE COMPANY LIMITED

पंजीकृत एवं प्रधान कार्यालय : न्यू इन्डिया एश्योरेन्स बिल्डिंग, 87, महात्मा गांधी मार्ग, फोर्ट, मुंबई - 400 001  
Regd. & Head Office : New India Assurance Bldg., 87, Mahatma Gandhi Marg, Fort, Mumbai - 400 001.

तीन प्रतियों में  
IN TRIPPLICATE

DUPLICATE

### केवल इंडियन कैंसर सोसायटी के सभावित सदस्यों के लिए

### For the prospective members of the INDIAN CANCER SOCIETY ONLY

सदस्यता क्रमांक / Membership No. :

(आयु सीमा 15 से 70 वर्ष / Age Limit 15 to 70 years)

कैंसर मेडिकल व्यय पॉलिसी के लिए प्रस्ताव प्रपत्र

### PROPOSAL FORM FOR CANCER MEDICAL EXPENSES POLICY

वि. टि. :- जहाँ बच्चों को आवरण प्रदान किया जाना है उन प्रकरणों में उत्तर बच्चों के सम्बन्ध में भी दिये जाने चाहिये

N. B. :- Where Children are to be covered, the answers should be in refernce to children also.

1. (क) प्रस्तावक का नाम / Name of Proposer (ख) विवाहिती का पूरा नाम / Name of Spouse (in full) (ग) बच्चों के नाम / Names of Children	_____
2. पता / Address टेलीफोन क्रमांक / Telephone Number	_____
3. आयु / Age & Date of Birth	pin code: _____ (क) प्रस्तावक / Proposer _____ (ख) विवाहिती / Spouse _____ (ख) बच्चा / Child (1) _____ (2) _____
4. व्यवसाय / Occupation	(क) प्रस्तावक / Proposer _____ (ख) विवाहिती / Spouse _____ (ख) बच्चे / Children _____
5. प्रस्ताव हस्ताक्षर करने की तिथि पर क्या आप और आपकी विवाहिती बच्चे तन्दुरुस्थ थे ? Are you, your spouse and children in good health on the day of signing this proposal ?	_____
6. आपका नियमित चिकित्सक कौन हैं ? Who is your usual attending Physician ? उसकी अर्हताएं ? His Qualifications	_____
7. इस प्रस्ताव से पूर्व 6 माह की अवधि के अन्दर किसी भारी बीमारी के लिए क्या आपने या आपकी विवाहिती ने आपके चिकित्सक या अन्य फिजीशियन/सर्जन से परामर्श लिया है यदि हाँ तो विवरण दें । Have you or your spouse including children consulted him or any other Physician/Surgeon for any major ailment in the last six months prior to this proposal ? If so, give details.	_____
8. क्या आप या आपकी विवाहिती Are you or your spouse or Children (क) धूम्रपान करते हैं ? यदि हाँ तो प्रतिदिन कितनी सिगरेट या बीडी पीते हैं ? (a) A smoker, if yes, please state No. of cigarettes or beedies per day. (ख) मधुमेह / तपेदिक से पीडित है ? (b) Suffer from diabetes / tuberculosis (T. B.) (ग) अन्य शारीरिक बीमारी से पीडित है ? (c) Any other systemic diseases कृपया विवरण दें । Please give details	_____

<p>9. क्या आप या आपकी विवाहिती के नजदीकी रिश्तेदार कैंसर से पीड़ित है ? यदि हाँ तो विवरण दें । Have any of your or your Spouse's near blood relatives suffered from cancer ? If yes, Please indicate details</p>	<p>हाँ / नहीं Yes / No.</p>
<p>10. क्या निकट भूतकाल में (प्रस्ताव पर हस्ताक्षर करने के 6 माह पूर्व) आप अथवा आपके बच्चों सहित आपकी विवाहिती निम्नलिखित बीमारियों से पीड़ित के लक्षण थे :- Have you or your spouse including Children noticed / suffered any of the following in the recent past (within six months prior to signing this proposal) :- (क) अतडियों या मूत्राशय की प्रणाली में कोई परिवर्तन (a) Any change in your usual bowel or bladder habits. (ख) शरीर में हुआ घाव जो 2 सप्ताह के अन्दर न भरा हो (b) A sore anywhere on the body that does or did not heal within a fortnight (ग) शरीर के किसी घाव या खुले स्थान से अत्याधिक रक्तस्राव । (c) Unusual bleeding or discharge of any kind from any body opening (घ) छाती या शरीर के किसी भाग में सूजन का कठोरता । (d) Thickening or lump in the breast or anywhere else in the body (च) 2 सप्ताह से लगातार अजीर्ण या निगलने में कोई कठिनाई अथवा रुकावट । (e) Persistent indigestion or difficulty or obstruction in swallowing for over a fortnight. (छ) किसी मस्से या तिल में प्रत्यक्ष परिवर्तन जैसे आकार, रंग, रक्तस्राव आदि । (e) Any obvious change in a wart or mole such as shape, size, colour, discharge or bleeding. (ज) 2 सप्ताह से खांसी या खरास । (g) Cough or hoarseness, for a fortnight.</p>	
<p>11. किसी भी कारण से क्या आपको और आपकी विवाहिती या आपके बच्चों को विकिरण चिकित्सा करवानी पडी ? यदि हा तो विवरण दे । Have you, your spouse or Children undergone any radiation therapy for any reason whatsoever ? If yes please give details.</p>	

### घोषणा / DECLARATION

मैं एतद्वारा घोषणा करता हूँ कि उपर्युक्त प्रश्नों के उत्तर पूर्णतः सही है ।

I hereby affirm that that the answers to the above questions are true and correct in all particulars.

साक्षी / Witness

हस्ताक्षर / Signature \_\_\_\_\_

दिनांक / Date

दिनांक / Date \_\_\_\_\_

### प्रमाण पत्र / CERTIFICATE

प्रमाणित किया जाता है कि मैंने प्रस्तावक, उसकी विवाहिती और उसके बच्चों कि जांच कर ली है और वे स्वस्थ हैं

Certified that I have examined the Proposer and his spouse including Children and they are in sound health.

पंजीकृत मेडिकल प्रैक्टिशनर / Registered Medical Practitioner

टिप्पणी :

यह प्रमाणपत्र विधिवत अर्हता प्राप्त एलोपैथिक चिकित्सक से प्राप्त किया जाना चाहिए जिसके पास किसी भारतीय विश्वविद्यालय की मान्यता प्राप्त न्यूनतम एम. बी. एस. डिग्री हो ।

N. B. :-

Certificate should be obtained from a duly qualified allopathic doctor, holding minimum qualification for M. B. B. S. of a recognised Indian University.