

घोषणा

मैं, अधोहस्ताक्षरी, \_\_\_\_\_, एतद्वारा निम्नलिखित घोषित करता हूँ:

(बीमित व्यक्ति का नाम)

मैं स्वीकार करता हूँ कि एक्सीलेंस लाइफ इंश्योरेंस कंपनी (एक्सीलेंस) से एक बीमा उत्पाद की खरीद के लिए मेरे प्रतिनिधि द्वारा मुझे दिए गए सभी दस्तावेज केवल अंग्रेज़ी या फ्रेंच में ही उपलब्ध हैं;

एक्सीलेंस द्वारा मुझे बाद में भेजे गए सभी दस्तावेज उसी भाषा में होंगे जिसमें अपना बीमा उत्पाद खरीदते समय प्राप्त प्रारंभिक दस्तावेज थे;

मैं स्वीकार करता हूँ कि मेरे बीमा उत्पाद से संबंधित सभी दस्तावेज और पत्राचार को पूर्ण रूप से समझने की जिम्मेदारी मेरी होगी;

मेरे पास एक्सीलेंस या मेरे प्रतिनिधि द्वारा मुझे भेजे जा सकने वाले किसी भी दस्तावेज को अपने खर्च पर अनुवादित करने का विकल्प मौजूद है। इसके अलावा, मुझे एक्सीलेंस के साथ प्रतिबद्धता करने से पहले दस्तावेजों को अनुवादित करने का अवसर दिया गया था;

बीमा उत्पाद के संबंध में पार्टियों के अधिकारों और दायित्वों का निर्धारण करने के लिए केवल एक्सीलेंस से आने वाले दस्तावेजों का ही इस्तेमाल किया जाएगा, और एक्सीलेंस मेरी पसंद की भाषा में किसी भी अनुवाद के लिये बाध्य नहीं होगी;

मैंने विभिन्न सीमितताओं और अपवादों सहित बीमा उत्पाद की विशेषताओं को समझने और उनका स्पष्टीकरण प्राप्त करने के बाद एक्सीलेंस द्वारा जारी किए गए दस्तावेजों पर हस्ताक्षर किए हैं। अनुरोधित बीमा उत्पाद जारी करने के प्रयोजन के लिए एक्सीलेंस को मेरे द्वारा प्रदान किए गए उत्तर मेरे ऊपर कानूनी तौर पर बाध्यकारी होंगे, उतनी ही सीमा तक जहां तक मेरे द्वारा एक्सीलेंस को प्रदान की जाने वाली कोई भी घोषणा या जानकारी अनुरोधित बीमा उत्पाद को प्रभाव में लाने के उद्देश्य के लिए हो।

और मैंने \_\_\_\_\_ पर आज \_\_\_\_\_ को इस पर हस्ताक्षर किए हैं

(स्थान)

(दिनांक)

\_\_\_\_\_

बीमित

\_\_\_\_\_

गवाह

\_\_\_\_\_

नाम (कृपया प्रिंट करें)