



1		(M / F / ಇತರ)	(dd/mm/yy yy					
---	--	---------------	-----------------	--	--	--	--	--

ಮೂಲ ವ್ಯಾಪ್ತಿ:	
ನೀತಿ ಪ್ರಕಾರ:	ವ್ಯಯಕ್ತ
ಕವರ್ ಮಾಡಬೇಕಾದ ಜೀವನ ಸಂಖ್ಯೆ:	1
ಮೂಲ ವಿಮಾ ಮೊತ್ತ:	_____
ನೀತಿ ಅವಧಿ:	1 ವರ್ಷ

**3. ಪೋರ್ಟಲಿಟಿ**

ನೀತಿ ಸಂಖ್ಯೆ	ವಿಮಾ ಕಂಪನಿ	ಅಪಾಯ ಪ್ರಾರಂಭ ದಿನಾಂಕ	ಅಪಾಯ ಮುಕ್ತಾಯ ದಿನಾಂಕ	ಪೋರ್ಟಿಂಗ್ ಗೆ ಕಾರಣಗಳು

ಪೋರ್ಟಲಿಟಿಯನ್ನು ವಿನಂತಿಸಲಾದ ಉದ್ದೇಶಿತ ವಿಮಾದಾರರ ಹೆಸರು	ಮೂಲ ನೀತಿ ಪ್ರಾರಂಭ ದಿನಾಂಕ	ಪೋರ್ಟಲಿಟಿಯನ್ನು ವಿನಂತಿಸಲಾದ ನಿರಂತರ ವ್ಯಾಪ್ತಿಯ ವರ್ಷಗಳ ಸಂಖ್ಯೆ	ಹಿಂದಿನ ನೀತಿಗಳಲ್ಲಿನ ಹಕ್ಕುಗಳು	ಪ್ರಸ್ತುತ ಕ್ಲೈಮ್ ಬೋನಸ್ ಇಲ್ಲ	ವಿಮಾ ಮೊತ್ತ - ವರ್ಷ 1 (ಅತ್ಯಂತ)	ವಿಮಾ ಮೊತ್ತ - ವರ್ಷ 2	ವಿಮಾ ಮೊತ್ತ - ವರ್ಷ 3	ವಿಮಾ ಮೊತ್ತ - ವರ್ಷ 4 (ಮುಕ್ತಾಯ ಪಾಲಿಸಿ)

**4. ನಾಮನಿರ್ದೇಶನ**

ಪ್ರಸ್ತಾವನೆಯ ಮರಣದ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ, ನಾಮನಿಗ ಕ್ಲೈಮ್ ಅನ್ನು ಪಾವತಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ. ಇತರ ವಿಮಾದಾರರಿಗೆ, ಪ್ರಸ್ತಾವಕರು ನಾಮನಿರ್ದೇಶಿಸಿರುವುದಿಲ್ಲ. ನಾಮನಿರ್ದೇಶಿಸಿದವರ ಪಾವತಿಯ ಸಂಪೂರ್ಣ ಹೊಣೆಗಾರಿಕೆಯ ನಿರ್ವಹಣೆಯನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿರುತ್ತದೆ.

ನಾಮನಿ ಹೆಸರು	ಹುಟ್ಟಿದ ದಿನ	ಪ್ರಸ್ತಾವಕನೊಂದಿಗಿನ ಸಂಬಂಧ(ಬದಲಾಯಿಸಿ)	ನಾಮನಿರ್ದೇಶಿತರ ವಿಳಾಸ, ಮೊಬೈಲ್ ಸಂಖ್ಯೆ ಮತ್ತು ಇಮೇಲ್ ಐಡಿ	ನೇಮಕಗೊಂಡ ಹೆಸರು (ನಾಮನಿರ್ದೇಶಿತರು 18 ವರ್ಷಕ್ಕಿಂತ ಕಡಿಮೆ ವಯಸ್ಸಿನವರಾಗಿದ್ದರೆ)

ನಾಮನಿರ್ದೇಶಿತರ ಬ್ಯಾಂಕ್ ವಿವರಗಳು: \_\_\_\_\_ ಫಲಾನುಭವಿ ಹೆಸರು: \_\_\_\_\_

ಬ್ಯಾಂಕ್ ಹೆಸರು \_\_\_\_\_ ಖಾತೆ ಪ್ರಕಾರ \_\_\_\_\_ ಉಳಿತಾಯ \_\_\_\_\_ ಪ್ರಸ್ತುತ \_\_\_\_\_

ಖಾತೆ ಸಂಖ್ಯೆ \_\_\_\_\_ /FSC ಕೋಡ್ \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_

**5. ವೈದ್ಯಕೀಯ ಅಭ್ಯಾಸಗಳು ಮತ್ತು ಹಿಂದಿನ ಪ್ರಸ್ತಾವದ ಮಾಹಿತಿ**

ಮುಖ್ಯ: ಈ ವಿಭಾಗದಲ್ಲಿನ ಎಲ್ಲಾ ಪ್ರಶ್ನೆಗಳಿಗೆ ಸತ್ಯವಾಗಿ ಮತ್ತು ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಉತ್ತರಿಸಲಾಗಿದೆ ಎಂದು ದಯವಿಟ್ಟು ಖಚಿತಪಡಿಸಿಕೊಳ್ಳಿ. ಏಕೆಂದರೆ ನೀವು ಇಲ್ಲಿ ಒದಗಿಸುವ ಮಾಹಿತಿಯು ನಿಮ್ಮ ಬುಡಾ ಅಪರ ಅಂಡರ್ ರೈಟಿಂಗ್ ಗೆ ಅಡ್ಡವಾಗಿರುತ್ತದೆ. ಯಾವುದೇ ಅಪೂರ್ಣ, ತಪ್ಪಾದ, ಭಾಗಶಃ ಸರಿಯಾದ ಮಾಹಿತಿಯು ನಿಮ್ಮ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಹಕ್ಕು ಮತ್ತು/ಅಥವಾ ವ್ಯಾಪ್ತಿಯ ಮೇಲೆ ಪರಿಣಾಮ ಬೀರಬಹುದು ಎಂಬುದನ್ನು ದಯವಿಟ್ಟು ಗಮನಿಸಿ.

ವಿಭಾಗ ಎ	
ದಯವಿಟ್ಟು ಪ್ರತಿ ಅರ್ಜಿ ದಾರಿಗೆ ಈ ಕೆಳಗಿನ ಪ್ರಶ್ನೆಗಳಿಗೆ ಉತ್ತರಿಸಿ. ದಯವಿಟ್ಟು ಹೌದು (Y) ಅಥವಾ ಇಲ್ಲ (N) ಎಂದು ವ್ಯಕ್ತಪಡಿಸಿ. ಬರೆಯಿರಿ	
	1

<p>i. ಸಾಮಾನ್ಯ ಶೀತ, ಜ್ವರ, ಸೋಂಕುಗಳು, ಸಣ್ಣ ಗಾಯ ಅಥವಾ ಇತರ ಸಣ್ಣ ಕಾಯಿಲೆಗಳನ್ನು ಹೊರತುಪಡಿಸಿ; ಅರ್ಜಿದಾರರು ಎಂದಾದರೂ ಯಾವುದೇ ರೋಗದಿಂದ ಬಳಲುತ್ತಿದ್ದಾರೆಯೇ ಮತ್ತು / ಅಥವಾ 5 ದಿನಗಳಿಗಿಂತ ಹೆಚ್ಚು ಕಾಲ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ದಾಖಲಾಗಿದ್ದಾರೆ ಮತ್ತು / ಅಥವಾ ಯಾವುದೇ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಒಳಗಾಗಲು / ಸಲಹೆ ನೀಡಿದ್ದಾರೆಯೇ ಮತ್ತು / ಅಥವಾ ಯಾವುದೇ ಔಷಧಿಗಳನ್ನು ತೆಗೆದುಕೊಂಡಿದ್ದಾರೆಯೇ / 14 ದಿನಗಳಿಗಿಂತ ಹೆಚ್ಚು ಕಾಲ ಯಾವುದೇ ರೋಗಲಕ್ಷಣಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದೀರಾ? ಔಷಧೋಪಚಾರವು ಇನ್ನೂಲರ್ ಗಳು, ಚುಚ್ಚುಮದ್ದುಗಳ, ಮೌಖಿಕ ಔಷಧಿಗಳು ಮತ್ತು ದೇಹದ ಭಾಗಗಳ ಮೇಲೆ ಬಾಹ್ಯ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಅನ್ವಯಿಕೆಗಳನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿದೆ ಅದರ ಸೀಮಿತವಾಗಿಲ್ಲ.</p>	ಮತ್ತು	N
<p>ii. ಫೈರಾಯ್ ಪ್ರೊಫೈಲ್, ಲಿವಿಡ್ ಪ್ರೊಫೈಲ್, ಟ್ರಿಡ್ ಮಿಲ್ ಪರಿಕ್ಲೆ, ಅಂಜಿಯೋಟಿ, ಎಕೋಕಾರ್ಡಿಯೋಗ್ರಫಿ, ಎಂಡೋಸೆಲ್ಯೂಸಿ, ಅಲ್ಯಾಫೊಂಡ್, ಸಿಟಿ ಸ್ಕ್ಯಾನ್, ಎಂಆರ್ ಐ, ಬಯಾಪಿ ಮತ್ತು ಎಫ್ ಎನ್ ಎಸಿಗ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಯಾವುದೇ ರೋಗನಿರ್ಣಯ ಪರಿಶೀಲನೆ ಅಥವಾ ತನಿಖೆಗಳಿಗೆ ಅರ್ಜಿದಾರರು ಎಂದಾದರೂ ಪ್ರತಿಕ್ರಮ ಫಲಿತಾಂಶಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದಾರೆಯೇ?</p>	ಮತ್ತು	N
<p>iii. ಅರ್ಜಿದಾರರಿಗೆ ಮಧುಮೇಹ ಅಥವಾ ಪ್ರಿ-ಡಯಾಬಿಟಿಸ್ ಇದೆಯೇ ಅಥವಾ ಅವನು / ಅವಳು ಎಂದಾದರೂ ಅಧಿಕ ರಕ್ತದ ಸಕ್ಕರೆಯನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದೀರಾ?</p>	ಮತ್ತು	N
<p>iv. ಅರ್ಜಿದಾರರಿಗೆ ಅಧಿಕ ರಕ್ತದೊತ್ತಡ ಅಥವಾ ಅಧಿಕ ರಕ್ತದೊತ್ತಡವಿದೆಯೇ?</p>	ಮತ್ತು	N
<p>v. ಅರ್ಜಿದಾರರು ಎಂದಾದರೂ ಯಾವುದೇ ಅನುವಂಶಿಕ / ಅನುವಂಶಿಕ ಅಸ್ವಸ್ಥತೆಗಳ ಅಥವಾ ಎಚ್ಐವಿ / ಐಡ್ಸ್ ರೋಗನಿರ್ಣಯ ಅಥವಾ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಪಡೆದಿದ್ದಾರೆಯೇ?</p>	ಮತ್ತು	N
<p>vi. ಅರ್ಜಿದಾರರು ಎಂದಾದರೂ ಯಾವುದೇ ಮಾನಸಿಕ/ ಮನೋವೈದ್ಯಕೀಯ ಅಸ್ವಸ್ಥತೆಗಳಿಗೆ ರೋಗನಿರ್ಣಯ ಅಥವಾ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಪಡೆದಿದ್ದಾರೆಯೇ?</p>	ಮತ್ತು	N
<p>vii. ಯಾವುದೇ ಮಧ್ಯಸ್ಥಿಕೆ, ಹಾರ್ಮೋನುಗಳ ಬದಲಿ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಅಥವಾ 5 ದಿನಗಳಿಗಿಂತ ಹೆಚ್ಚಿನ ಔಷಧೋಪಚಾರವನ್ನು ಸೂಚಿಸಲಾದ ಯಾವುದೇ ಸ್ಪೀಡೋ ರೋಗದಿಂದ ಅರ್ಜಿದಾರರು ಎಂದಾದರೂ ರೋಗನಿರ್ಣಯಗೊಂಡಿದ್ದಾರೆಯೇ?</p>	ಮತ್ತು	N
<p>viii. ಅರ್ಜಿದಾರರು ಎಂದಾದರೂ ಗರ್ಭಿಣಿಯಾಗಿದ್ದರೆ ಗರ್ಭಾ ವಿಸ್ಮಯಲ್ಲಿ ಯಾವುದೇ ತೊಡಕು ಉಂಟಾಗಿದೆಯೇ?</p>	ಮತ್ತು	N
<p>ix. ಅರ್ಜಿದಾರರು ಎಂದಾದರೂ ಯಾವುದೇ ಅಸಹಜ ಯೋನಿ ರಕ್ತಸ್ರಾವ ಅಥವಾ ಋತುಸ್ರಾವದಲ್ಲಿ ಅಸಮರ್ಪಕತೆಯನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದೀರಾ?</p>	ಮತ್ತು	N

ವಿಭಾಗ ಬಿ: ಮೇಲಿನ ವಿಭಾಗದಲ್ಲಿ ಹೌದು (Y) ಎಂದು ಗುರುತಿಸಲಾದ ಪ್ರಶ್ನೆಗಳಿಗೆ, ದಯವಿಟ್ಟು ಈ ಕೆಳಗಿನ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ನಿರ್ದಿಷ್ಟಪಡಿಸಿ:									
ಅರ್ಜಿದಾರರ ಸಂಖ್ಯೆ	ರೋಗಲಕ್ಷಣ(ಗಳು) ಅಥವಾ ತನಿಖೆ(ಗಳು) ಅಥವಾ ರೋಗನಿರ್ಣಯ ಅಥವಾ ಕಾರ್ಯವಿಧಾನ/ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಒಳಗಾದ ವಿವರಗಳು				Duration of condition	ಔಷಧೋಪಚಾರ(ಗಳು) ದೋಸೆ ವಯಸ್ಸು	ಪ್ರಸ್ತುತ ಸ್ಥಿತಿ (ಉದಾ. ಸಂಪೂರ್ಣ / ಭಾಗಶಃ ಚೇತರಿಕೆ ಅಥವಾ ನಡೆಯುತ್ತಿರುವ ಚಿಕಿತ್ಸೆ)	ಚಿಕಿತ್ಸೆ ನೀಡುವ ವೈದ್ಯಕೀ ಹೆಸರು ಮತ್ತು ಸಂಪರ್ಕ	ಡಾಕ್ಟರ್ಮನು ಗಳನ್ನು ಲಗತ್ತಿಸಲಾಗಿದೆ (ಹೌದು / ಇಲ್ಲ)
	ಡಯಾಬಿಟಿಸ್ HBA1c ಮಟ್ಟ	ಅಧಿಕ ರಕ್ತದೊತ್ತಡ ಬಿಪಿ ಮಟ್ಟ ಸಿಸ್ಟೋಲಿಕ್ / ಡಯಾಸ್ಟೋಲಿಕ್ ಆಗಿದ್ದರೆ	ಯಾವುದೇ ಇತರ ವಿವರಗಳು	ಪ್ರಾರಂಭದ ದಿನಾಂಕ (DD/MM/YYYY)					

**6. ಘೋಷಣೆ (ಪ್ರಸ್ತಾವನೆ ನಮೂನೆಗೆ ಸಹಿ ಮಾಡುವ ಮೊದಲು ದಯವಿಟ್ಟು ಎಚ್ಚರಿಕೆಯಿಂದ ಓದಿ ಮತ್ತು ಪ್ರತಿಯೊಂದರ ವಿರುದ್ಧ ಚೆಕ್ ಮಾರ್ಕ್ ಹಾಕಿ)**

ನನ್ನ ಪರವಾಗಿ ಮತ್ತು ವಿಮಾದಾರನು ಉದ್ದೇಶಿಸಿರುವ ಎಲ್ಲ ವ್ಯಕ್ತಿಗಳ ಪರವಾಗಿ, ನಾನು ನೀಡಿದ ಮೇಲಿನ ಹೇಳಿಕೆಗಳು, ಉತ್ತರಗಳು ಮತ್ತು/ಅಥವಾ ವಿವರಗಳು ನನಗೆ ತಿಳಿದ ಮಟ್ಟಿಗೆ ಎಲ್ಲಾ ರೀತಿಯಲ್ಲೂ ಸತ್ಯ ಮತ್ತು ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಮತ್ತು ಈ ಇತರ ವ್ಯಕ್ತಿಗಳ ಪರವಾಗಿ ಪ್ರಸ್ತಾಪಿಸಲು ನನಗೆ ಅಧಿಕಾರವಿದೆ ಎಂದು ನಾನು ಈ ಮೂಲಕ ಘೋಷಿಸುತ್ತೇನೆ.

ನಾನು ಓದಿಸಿದ ಮಾಹಿತಿಯ ವಿಷಯ ಪಾಲಿಸಿಯ ಅಧಾರವನ್ನು ರೂಪಿಸುತ್ತದೆ, ವಿಮಾದಾರರ ಮಂಡಳಿ ಅನುಮೋದಿತ ಅಂಡರ್ ರೈಟಿಂಗ್ ಪಾಲಿಸಿಗೆ ಒಳಪಟ್ಟಿರುತ್ತದೆ ಮತ್ತು ವಿಧಿಸಬಹುದಾದ ಪ್ರೀಮಿಯಂ ಅನ್ನು ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಪಾವತಿಸಿದ ನಂತರವೇ ಪಾಲಿಸಿ ಜಾರಿಗೆ ಬರುತ್ತದೆ ಎಂದು \_\_\_ ಅರ್ಥಮಾಡಿಕೊಂಡಿದ್ದೇನೆ.

ಪ್ರಸ್ತಾವನೆಯನ್ನು ಸಲ್ಲಿಸಿದ ನಂತರ ಅದರ ಕಂಪನಿಯಿಂದ ಅಪಾಯ ಸ್ವೀಕಾರದ ಸಂವಹನದ ಮೊದಲು, ವಿಮೆ ಮಾಡಬೇಕಾದ / ಪ್ರಸ್ತಾಪಿಸಬೇಕಾದ ಜೀವನದ ಉದ್ದಕ್ಕೂ ಅಥವಾ ಸಾಮಾನ್ಯ ಆರೋಗ್ಯದಲ್ಲಿ ಸಂಭವಿಸುವ ಯಾವುದೇ ಬದಲಾವಣೆಯನ್ನು ನಾನು ಲಿಖಿತವಾಗಿ ತಿಳಿಸುತ್ತೇನೆ ಎಂದು \_\_\_ ಘೋಷಿಸುತ್ತೇನೆ.

ವಿಮೆ ಮಾಡಬೇಕಾದ / ಪ್ರಸ್ತಾಪಿಸಬೇಕಾದ ವ್ಯಕ್ತಿಯ ದೈಹಿಕ ಅಥವಾ ಮಾನಸಿಕ ಆರೋಗ್ಯದ ಮೇಲೆ ಪರಿಣಾಮ ಬೀರುವ ಯಾವುದೇ ವಿಷಯದ ಬಗ್ಗೆ, ಯಾವುದೇ ಸಮಯದಲ್ಲಿ, ವಿಮೆ ಮಾಡಬೇಕಾದ / ಪ್ರಸ್ತಾಪಿಸುವ ವ್ಯಕ್ತಿಯ ಮೇಲೆ ಅಥವಾ ಯಾವುದೇ ಹಿಂದಿನ ಅಥವಾ ಪ್ರಸ್ತುತ ಉದ್ಯೋಗದಾತರಿಂದ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಕೋರುವ ಯಾವುದೇ ವೈದ್ಯರು ಅಥವಾ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಿಂದ ಮತ್ತು ವಿಮೆ ಮಾಡಬೇಕಾದ ವ್ಯಕ್ತಿಯ ಮೇಲೆ ವಿಮೆಗಾಗಿ ಅರ್ಜಿ ಸಲ್ಲಿಸಿದ ಯಾವುದೇ ವಿಮಾದಾರರಿಂದ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಕೋರಲು ಕಂಪನಿಗೆ ನಾನು ಸಮ್ಮತಿಸುತ್ತೇನೆ ಎಂದು \_\_\_ ಘೋಷಿಸುತ್ತೇನೆ ಮತ್ತು / ಅಥವಾ ಕ್ಲೇಮ್ ಇತ್ಯರ್ಥಕ್ಕೆ ಅಂಡರ್ ರೈಟ್ ಮಾಡುವ ಉದ್ದೇಶಕ್ಕಾಗಿ.

ಪ್ರಸ್ತಾವನೆ ಮತ್ತು/ಅಥವಾ ಕ್ಲೇಮ್ ಇತ್ಯರ್ಥಕ್ಕೆ ಮತ್ತು ಯಾವುದೇ ಸರ್ಕಾರಿ ಮತ್ತು/ಅಥವಾ ನಿಯಂತ್ರಣ ಪ್ರಾಧಿಕಾರದೊಂದಿಗೆ ಅಂಡರ್ ರೈಟ್ ಮಾಡುವ ಐಕ್ಯ ಉದ್ದೇಶಕ್ಕಾಗಿ ವಿಮಾದಾರ/ಪ್ರಸ್ತಾಪಕರ ವೈದ್ಯಕೀಯ ದಾಖಲೆಗಳು ಸೇರಿದಂತೆ ನನ್ನ ಪ್ರಸ್ತಾಪಣೆ, ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಹಂಚಿಕೊಳ್ಳಲು \_\_\_ ಕಂಪನಿಗೆ ಅಧಿಕಾರ ನೀಡುತ್ತೇನೆ.

ನೀವು ವಿತರಣೆಯ ಐಕ್ಯ ಉದ್ದೇಶಕ್ಕಾಗಿ ವಿಮಾದಾರ/ಪ್ರಸ್ತಾಪಕರ ವೈದ್ಯಕೀಯ ದಾಖಲೆಗಳು ಸೇರಿದಂತೆ ನನ್ನ / ನಮ್ಮ ಪ್ರಸ್ತಾಪಣೆ, ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ನಮ್ಮ ಎಂಪ್ಲಾಯ್ ಮಾಡಿದ ಫೋರೈಡರರೊಂದಿಗೆ ಹಂಚಿಕೊಳ್ಳಲು ನಾನು/ನಾವು ಕಂಪನಿಗೆ ಅಧಿಕಾರ ನೀಡುತ್ತೇನೆ.

**7. ದೇಶೀಯ ಘೋಷಣೆ**

...if ಪ್ರಸ್ತಾಪಕರು ದೇಶೀಯ ಭಾಷೆಯಲ್ಲಿ ಸಹಿ ಮಾಡಿದ್ದಾರೆ: ಈ ನಮೂನೆಯ ವಿಷಯವನ್ನು ನಾನು, \_\_Language\_\_ ರಲ್ಲಿ, ಪ್ರಮಾಣೀಕರಿಸುವ ವ್ಯಕ್ತಿಯ \_\_Name, ಅದನ್ನು ಅರ್ಥಮಾಡಿಕೊಂಡ ಮತ್ತು ದೃಢೀಕರಿಸಿದ ಪ್ರಸ್ತಾಪಕರಿಗೆ \_\_Name witness\_\_ ಸಮ್ಮುಖದಲ್ಲಿ ವಿವರಿಸಿದ್ದೇನೆ. ಸಾಕ್ಷಿಯು ಕಂಪನಿಯ ಏಜೆಂಟ್/ ಉದ್ಯೋಗಿಯಲ್ಲದೆ ಭೇದ ಯಾರೋ ಆಗಿರಬಹುದು.

ದಿನಾಂಕ \_\_ \_\_ \_\_ Place \_\_\_\_\_ Proposer \_\_\_\_\_ ಸಹಿ  
 ಪ್ರಮಾಣೀಕರಿಸುವ Person \_\_\_\_\_ ಸಹಿ ಪ್ರಮಾಣೀಕರಿಸುವ ವ್ಯಕ್ತಿಯ ಮೊಬೈಲ್ ಸಂಖ್ಯೆ \_\_\_\_\_  
 Witness \_\_\_\_\_ ಸಹಿ ಸಾಕ್ಷಿಯ ಮೊಬೈಲ್ ಸಂಖ್ಯೆ \_\_\_\_\_

**8. ಪ್ರಸ್ತಾಪಕ ಮತ್ತು ಸಲಹೆಗಾರರ ಘೋಷಣೆಯಿಂದ ಫಾರ್ಮ್ ಅನ್ನು ಭರ್ತಿ ಮಾಡದಿದ್ದರೆ ಘೋಷಣೆ**

ಯಾವುದೇ ಕಾರಣಕ್ಕಾಗಿ, ಪ್ರಸ್ತಾವನೆ ಮತ್ತು ಇತರ ಸಂಬಂಧಿತ ದಾಖಲೆಗಳನ್ನು ಪ್ರಸ್ತಾಪಕರು ಭರ್ತಿ ಮಾಡದಿದ್ದರೆ ಘೋಷಣೆ, ಪ್ರಸ್ತಾವನೆ ನಮೂನೆಯ ವಿಷಯಗಳನ್ನು, ನಂತರ ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ವಿವರಿಸಲಾಗಿದೆ ಮತ್ತು ನಾನು ಎಲ್ಲಾ ಅಂಶಗಳು ಮತ್ತು ಪರಿಣಾಮಗಳನ್ನು ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಅರ್ಥಮಾಡಿಕೊಂಡಿದ್ದೇನೆ. ಪ್ರಸ್ತಾವನೆ ನಮೂನೆಯನ್ನು \_\_Name \_\_\_\_, \_\_Mobile no \_\_ ನನ್ನ ಸೂಚನೆಯ ಮೇರೆಗೆ ಭರ್ತಿ ಮಾಡಲಾಗಿದೆ ಮತ್ತು ಎಲ್ಲಾ ಮಾಹಿತಿಯು ಸರಿಯಾಗಿದೆ ಮತ್ತು ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿದೆ ಎಂದು ನಾನು ಕಂಡುಕೊಂಡಿದ್ದೇನೆ.

ಪ್ರಸ್ತಾಪಕರ ಸಹಿ \_\_\_\_\_  
 ಸಲಹೆಗಾರ ಘೋಷಣೆ: ವಿಮಾ ಸಲಹೆಗಾರನಾಗಿ / ಕಾರ್ಪೊರೇಟ್ ಏಜೆಂಟ್ ನ ನಿರ್ದಿಷ್ಟ ವ್ಯಕ್ತಿಯಾಗಿ / ಬ್ರೋಕರ್ / ಸಂಬಂಧ ಅಧಿಕಾರಿಯ ಅಧಿಕೃತ ಉದ್ಯೋಗಿಯಾಗಿ, ನಾನು ಈ ಉತ್ಪನ್ನ / ಪ್ರಸ್ತಾಪದ ಎಲ್ಲಾ ವಿಷಯಗಳನ್ನು ಪ್ರಸ್ತಾಪಕರಿಗೆ ವಿವರಿಸಿದ್ದೇನೆ ಎಂದು ಈ ಮೂಲಕ ಘೋಷಿಸುತ್ತೇನೆ

ವಿಮಾ Advisor \_\_\_\_\_ ಸಹಿ ಮಧ್ಯವರ್ತಿ ಕೋಡ್: \_\_\_\_\_

**9. ಪ್ರೀಮಿಯಂ ವಿವರಗಳು (ಕಚೇರಿ ಬಳಕೆಗೆ ಮಾತ್ರ)**

ಪ್ರೀಮಿಯಂ ಪಾವತಿ ಆಯ್ಕೆ ಚೆಕ್ ದಿಮಾಂಡ್ ರಾಜ್ಕಸ್ ಕ್ರೆಡಿಟ್ ಕಾರ್ಡ್ ನಗದು ಇತರ ಪ್ರೀಮಿಯಂ ಮೊತ್ತ \_\_\_\_\_  
 ಆನ್ ಲೈನ್ ಪಾವತಿ ಮೊಬೈಲ್ ಐಡಿ: \_\_\_\_\_ ದಿನಾಂಕ: \_\_\_\_\_ ಬ್ಯಾಂಕ್ ಹೆಸರು/ ಕಾಪಿ \_\_\_\_\_  
 ನಿವಾ ಒಳಪಾ ಶಾಖೆಯ ಸ್ಥಳ \_\_\_\_\_ ಕೋಡ್ No \_\_\_\_\_ ಪ್ರವಹಾರ ಮೂಲ: ಸಲಹೆಗಾರ / ಡಿಎಸ್ ಟಿ / ಕಾರ್ಪೊರೇಟ್ ಏಜೆನ್ಸಿ / ಇತರ ಚಾನೆಲ್ ಗಳು  
 ಕೋಡ್ No \_\_\_\_\_ ಹೆಸರು \_\_\_\_\_ ಸ್ವೀಕರಿಸಿದ ಪ್ರಸ್ತಾವನೆ: \_\_\_\_\_ ಗ್ರಾಹಕ ಐಡಿ: \_\_\_\_\_  
 ಪ್ರಸ್ತಾಪಕ ಅಥವಾ ಅರ್ಜಿದಾರರು ಸಿಬ್ಬಂದಿಯೇ? ಹೌದು ಇಲ್ಲ

**10. ಪ್ರಸ್ತಾಪಕರ ಕ್ಲೈಮ್ ಗಳ ಮರುಪಾವತಿ ಮತ್ತು ಪಾವತಿಯ ವಿವರಗಳು**

ಪಾವತಿ ಸ್ವೀಕರಿಸುವ ಆಯ್ಕೆ: ಬ್ಯಾಂಕ್ ವರ್ಗಾವಣೆ  
 ಫಲಾನುಭವಿ ಹೆಸರು: \_\_\_\_\_  
 ಬ್ಯಾಂಕ್ ಹೆಸರು: \_\_\_\_\_ ಐಎಫ್‌ಎಸ್ಐ ಕೋಡ್: \_\_\_\_\_  
 ಖಾತೆ ಸಂಖ್ಯೆ: \_\_\_\_\_  
 ಖಾತೆ ಪ್ರಕಾರ: \_\_\_\_\_

**11. ನವೀಕರಣ**

ನವೀಕರಣ ಪಾವತಿ ಸ್ಕೀನ್ ಆಫ್:  
 ನಿಮ್ಮ ಆರೋಗ್ಯ ವಿಮಾ ಪಾಲಿಸಿಯ ನವೀಕರಣ ಪ್ರೀಮಿಯಂ ಅನ್ನು ನಿಮ್ಮ ಅಸ್ತಿತ್ವದಲ್ಲಿರುವ ಸ್ವಯಂಚಾಲಿತ ಕ್ವಿಯರಿಂಗ್ ಹೌಸ್ (ಎಸಿಎಚ್) / ಸ್ವಾಯು ಸೂಚನೆಗಳು (ಎಸಾಫ್) ಅನ್ನು ಕಂಪನಿಯೊಂದಿಗೆ ಮುಂದುವರಿಸುವ ಮೂಲಕ ಪ್ರತಿ ವರ್ಷ ಮಾಡಬಹುದು. ಈ ಆಯ್ಕೆಯ ಅಡಿಯಲ್ಲಿ, ನಿಮ್ಮ ಪಾಲಿಸಿಯನ್ನು ಸಕಾಲದಲ್ಲಿ ನವೀಕರಿಸಬಹುದು, ಆದರೆ ಕಂಪನಿಗೆ ಅಗತ್ಯವಿರುವ ಮಾಹಿತಿ ಮತ್ತು ದಸ್ತಾವೇಜಿನ ಎಲ್ಲಾ ಹೆಚ್ಚುವರಿ ಅವಶ್ಯಕತೆಗಳನ್ನು ನಿವೃತ್ತ ಪೂರ್ಣಗೊಳಿಸಬಹುದು.  
 \_\_\_\_\_ನಾನು ಎಸಿಎಚ್ / ಎಸಾಫ್ ನವೀಕರಣ ಆಯ್ಕೆಯನ್ನು ಆರಿಸಲು ಬಯಸುತ್ತೇನೆ ಮತ್ತು ಆ ಮೂಲಕ ಪಾಲಿಸಿಯನ್ನು ನವೀಕರಿಸುವವರೆಗೆ ಪ್ರೀಮಿಯಂ ಮೇಲೆ 2.5% ರಿಯಾಯಿತಿಯನ್ನು ಪಡೆಯಲು ಬಯಸುತ್ತೇನೆ.

ದಿನಾಂಕ \_\_ \_\_ \_\_ Place \_\_\_\_\_ Proposer \_\_\_\_\_ ಸಹಿ

**12. ಬ್ಯಾಂಕ್ ಇನ್‌ಸ್ಟ್ರೂಕ್ಷನ್ ಚಾನೆಲ್ ಗೆ ಮಾತ್ರ ಹೆಚ್ಚುವರಿ ವಿವರಗಳು (ಕಚೇರಿ ಬಳಕೆಗೆ ಮಾತ್ರ)**

ಬ್ಯಾಂಕ್ ಕೋಡ್ \_\_\_\_\_ ಎಸ್ಐ ಕೋಡ್ \_\_\_\_\_ RM/LG ಕೋಡ್ \_\_\_\_\_  
 ಗ್ರಾಹಕ ಖಾತೆ ಸಂಖ್ಯೆ \_\_\_\_\_

**13. ಶಾಸನಬದ್ಧ ಎಚ್‌ಸಿರಿಕೆ**

ರಿಯಾಯಿತಿಗಳ ನಿಷೇಧ (ವಿಮಾ ಕಾಯ್ದೆ 1938 ರ ಸೆಕ್ಷನ್ 41 ರ ಅಡಿಯಲ್ಲಿ)  
 ಛೇದಕದಲ್ಲಿ ಔಪಚಾರಿಕ ಅಥವಾ ಅಸ್ತಿತ್ವ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಯಾವುದೇ ರೀತಿಯ ಅಪಾಯಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ, ಪಾವತಿಸಬೇಕಾದ ಕಂಪಿಂಟ್ ನ ಸಂಪೂರ್ಣ ಅಥವಾ ಭಾಗಶಃ ಯಾವುದೇ ರಿಯಾಯಿತಿ ಯಾವುದೇ ರಿಯಾಯಿತಿಯನ್ನು ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳಲು ಅಥವಾ ನವೀಕರಿಸಲು ಅಥವಾ ಮುಂದುವರಿಸಲು ಯಾವುದೇ ವ್ಯಕ್ತಿಗೆ ನೇರವಾಗಿ ಅಥವಾ ಪರೋಕ್ಷವಾಗಿ ಪ್ರಚೋದನೆಯಾಗಿ ಯಾವುದೇ ವ್ಯಕ್ತಿಯ ಅನುಮತಿಸುವುದಿಲ್ಲ ಅಥವಾ ಅನುಮತಿಸುವುದಿಲ್ಲ.

ಪಾಲಿಸಿ, ಅಥವಾ ಪಾಲಿಸಿಯನ್ನು ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳುವ ಅಥವಾ ನವೀಕರಿಸುವ ಅಥವಾ ಮುಂದುವರಿಸುವ ಯಾವುದೇ ವ್ಯಕ್ತಿಯ ವಿಮಾದಾರರ ಪ್ರಕಟಿತ ಪ್ರಾಸ್ತಾವನಾ ಅಥವಾ ಕೊಡುಗೆಗಳಿಗೆ ಅನುಗುಣವಾಗಿ ಅನುಮತಿಸಬಹುದಾದ ರಿಯಾಯಿತಿಯನ್ನು ಹೊರತುಪಡಿಸಿ ಯಾವುದೇ ರಿಯಾಯಿತಿಯನ್ನು ಸ್ವೀಕರಿಸುವುದಿಲ್ಲ.

2. ಭೇಷಣ ನ ನಿಬಂಧನೆಗಳನ್ನು ಅನುಸರಿಸಲು ವಿಫಲವಾದ ಯಾವುದೇ ವ್ಯಕ್ತಿಯ ಹಕ್ಕು ಅಕ್ಷರವಾಗಿರುವುದರಿಂದ ದಂಡಕ್ಕೆ ಒಪ್ಪಿಸಲಾಗುವುದಿಲ್ಲ.

### 14. ಕಂಪನಿಯಿಂದ ಸ್ವೀಕೃತಿ

ಅಪ್ಪಿಕೊಳ್ಳುವ ಸಂಖ್ಯೆ \_\_\_\_\_

ದಿನಾಂಕ \_\_\_\_\_

ದಿನಾಂಕದಂದು ರೂ. \_\_\_\_\_ ಮೊತ್ತದ ಬೆಳೆ / ಡಿವೈಡೆಂಡ್ / ಡಿವೈಡೆಂಡ್ / \_\_\_\_\_ ಇತರ ಮೂಲಕ ನಿಮ್ಮ ಪ್ರಸ್ತಾವ ಮತ್ತು ಮೊತ್ತವನ್ನು ಸ್ವೀಕರಿಸಿರುವುದನ್ನು ನಾವು ಧನ್ಯವಾದಗಳಿಂದ ಅಂಗೀಕರಿಸುತ್ತೇವೆ. draw on \_\_\_\_\_ ವಿಮೆಗಾಗಿ ಪೂರ್ಣಗೊಂಡ ಪ್ರಸ್ತಾವನೆಯನ್ನು ನಮಗೆ ಸಲ್ಲಿಸುವುದರಿಂದ ಅಥವಾ ಪಾಲಿಸಿಯ ವಿತರಣೆಗಾಗಿ ಮಾಡಿದ ಯಾವುದೇ ಪಾವತಿಯು ಪಾಲಿಸಿಯನ್ನು ಹೊರಡಿಸಲು ಒಪ್ಪುವಂತೆ ನಮನ್ನು ಒತ್ತಾಯಿಸುವುದಿಲ್ಲ. ಈ ನಿರ್ಧಾರವು ಯಾವಾಗಲೂ ನಮ್ಮ ಸ್ವಂತ ಮತ್ತು ಸಂಪೂರ್ಣ ವಿವೇಚನೆಗೆ ಒಳಪಟ್ಟಿರುತ್ತದೆ. ನಾವು ವಿಮೆಯ ಪ್ರಸ್ತಾವನೆಯನ್ನು ಸ್ವೀಕರಿಸಿದರೆ, ಅದು ಪಾಲಿಸಿಯ ನಿಯಮಗಳು ಮತ್ತು ಷರತ್ತುಗಳಿಗೆ ಒಳಪಟ್ಟಿರುತ್ತದೆ ಮತ್ತು ಪ್ರೀಮಿಯಂ ಅನ್ನು ನಾವು ಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಮತ್ತು ಸಮಯಕ್ಕೆ ಸ್ವೀಕರಿಸದಿದ್ದರೆ ಅಥವಾ ಸಾಕಾರಗೊಳ್ಳದಿದ್ದರೆ ನಮಗೆ ಯಾವುದೇ ಹೊಣೆಗಾರಿಕೆ ಇರುವುದಿಲ್ಲ. ನಾವು ಪ್ರಸ್ತಾವನೆಯನ್ನು ಸ್ವೀಕರಿಸಿದರೆ, ನಾವು ನಿಮಗೆ ತಿಳಿಸುತ್ತೇವೆ ಮತ್ತು ನಿಮ್ಮಿಂದ ಪಡೆದ ವ್ಯಕ್ತಿಯ ಪರಿಶೀಲನೆಗೆ ವಜ್ರವನ್ನು ಕಡಿತಗೊಳಿಸಿದ ನಂತರ ಪಾವತಿಯನ್ನು ಬಡ್ಡಿಯಿಲ್ಲದ ಮರುಪಾವತಿಸುತ್ತೇವೆ.

ಸ್ವೀಕರಿಸುವವರ ಹೆಸರು ಮತ್ತು ಸಹಿ ಮತ್ತು ಕಚೇರಿ ಮುದ್ರೆ

### 15. ವಿಮಾ ಸಲಹೆಗಾರರ ವರದಿ (ಕಚೇರಿ ಬಳಕೆಗಾಗಿ ಮಾತ್ರ)

1. ನೀವು ಪ್ರವೇಶಿಸಿದ ಗೆ ಸಂಬಂಧಿಯೇ? ಹೌದು/ಇಲ್ಲ. ಹೌದು ಎಂದಾದರೆ, ಸಂಬಂಧದ ಸ್ವರೂಪ? \_\_\_\_\_
2. ಪ್ರವೇಶಿಸಿದ ಅನ್ನು ನೀವು ಎಷ್ಟು ಸಮಯದಿಂದ ತಿಳಿದಿದ್ದೀರಿ? ವರ್ಷಗಳು \_\_\_\_\_ ತಿಂಗಳು \_\_\_\_\_
3. ಪ್ರಸ್ತಾವಕನ ಗುರುತಿಸಿದ ನೀವು ತೃಪ್ತರಾಗಿದ್ದೀರಾ? \_\_\_\_\_ ಹೌದು \_\_\_\_\_ ಇಲ್ಲ
4. ಪ್ರಸ್ತಾವಕನ ಅಥವಾ ಯಾವುದೇ ಅರ್ಜಿದಾರರು ಯಾವುದೇ ದೈಹಿಕ ವಿರೂಪತೆ / ದೂಷ ಅಥವಾ ಬುದ್ಧಿವಾಂಛೆಯನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದಾರೆಯೇ? \_\_\_\_\_ ಹೌದು \_\_\_\_\_ ಇಲ್ಲ
5. ಪಾಲಿಸಿಯ ಹೊರಗಡುವಿಕೆಗಳನ್ನು ನೀವು ವಿವರಿಸಿದ್ದೀರಾ ಮತ್ತು ಪ್ರಸ್ತಾವಕರು ವೈಯಕ್ತಿಕವಾಗಿ ಆರೋಗ್ಯ ಘೋಷಣೆಯನ್ನು ಪೂರ್ಣಗೊಳಿಸಿದ್ದಾರೆಯೇ? \_\_\_\_\_ ಹೌದು \_\_\_\_\_ ಇಲ್ಲ
6. ಈ ಪ್ರಸ್ತಾವ ನಮೂನೆಯನ್ನು ತಯಾರಿಸುವ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಪ್ರಸ್ತಾವಕರ ಆರೋಗ್ಯದ ಸ್ಥಿತಿ ಏನು? \_\_\_\_\_
7. ನೈತಿಕ ಅಪಾಯ ಸೇರಿದಂತೆ ಎಲ್ಲಾ ಅಂಶಗಳನ್ನು ಪರಿಗಣಿಸಿ ಈ ಪ್ರಸ್ತಾವ ನಮೂನೆಯನ್ನು ಸ್ವೀಕರಿಸಲು ನೀವು ತಿಳಿದುಕೊಳ್ಳುವುದೇನು? \_\_\_\_\_ ಹೌದು \_\_\_\_\_ ಇಲ್ಲ
8. ನೀವು ನಿಷ್ಪಕ್ಷಪಾತವಾಗಿ ಪ್ರಸ್ತಾವಕನಿಗೆ ಸಲಹೆ ನೀಡಿದ್ದೀರಾ ಮತ್ತು ಪ್ರಸ್ತಾವಕನಿಗೆ ಅವನ / ಅವಳ ಆಸಕ್ತಿಗೆ ಅನುಗುಣವಾಗಿ ಉತ್ತಮ ಕವರಾ ನಲ್ಲಿ ನಿರ್ಧರಿಸಲು ಅನುವು ಮಾಡಿಕೊಡಲು ಎಲ್ಲಾ ಧೌತಿಕ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಒದಗಿಸಿದ್ದೀರಾ? \_\_\_\_\_ ಹೌದು \_\_\_\_\_ ಇಲ್ಲ

Date \_\_\_\_\_

ವಿಮಾ Advisor \_\_\_\_\_ ಸಹಿ

### 16. ಅಭ್ಯಾಸ ID

ಸದಸ್ಯರ ಹೆಸರು	ನಿಮ್ಮ ಬಳಿ ಅಭ್ಯಾಸ ಐಡಿ ಇದೆಯೇ?	ಅಭ್ಯಾಸ ID	ಎಬಿಎಚ್‌ಎ ಮೂಲಕ ವಿಮಾದಾರರು/ಟಿಪ್ಪಣಿಗಳೊಂದಿಗೆ ವ್ಯಕ್ತಿಯ ದಾಖಲೆಗಳನ್ನು ಹಂಚಿಕೊಳ್ಳಲು ಸಮತಿ
	ಹೌದು/ಇಲ್ಲ	XX - XXXX - XXXX - XXXX	ಹೌದು/ಇಲ್ಲ