

# ರೈಸ್ ಪ್ರೋಸಲ್ ಫಾರ್ಮ್

URN: 031  
 ವಿಮಾ ಒಪ್ಪಂದವು ಕಾನೂನು ಒಪ್ಪಂದವೂ ಆಗಿದೆ ಮತ್ತು ಇದು ನಂಬಿಕೆಯನ್ನು ಆಧರಿಸಿದೆ ಮತ್ತು ನಾವು ನಿಮ್ಮನ್ನು ನಂಬುತ್ತೇವೆ.  
 ನಿಮ್ಮ ಆರೋಗ್ಯದ ಬಗ್ಗೆ ಮಾಹಿತಿ ಮತ್ತು ನಿಮ್ಮ ಪಾಲಿಸಿಯ ಮೇಲೆ ಅದರ ಪರಿಣಾಮ ಎಷ್ಟು ಪ್ರಸ್ತುತವಾಗಿದೆ ಎಂದು ನಿಮಗೆ ತಿಳಿದಿಲ್ಲದಿರಬಹುದು ಎಂದು ನಾವು ಅರ್ಥಮಾಡಿಕೊಂಡಿದ್ದೇವೆ. ಆದ್ದರಿಂದ, ನಿಮ್ಮ ಎಲ್ಲಾ ಆರೋಗ್ಯ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ನೀವು ಬಹಿರಂಗಪಡಿಸುವುದು ಬಹಳ ಮುಖ್ಯ ಮತ್ತು ಅದು ಎಷ್ಟು ಪ್ರಸ್ತುತವಾಗಿದೆ ಎಂಬುದನ್ನು ನಾವು ನಿರ್ಧರಿಸುತ್ತೇವೆ (ನಾವು ಅದನ್ನು 'ವಸ್ತು ಸತ್ಯ' ಎಂದು ಕರೆಯುತ್ತೇವೆ).  
 ವಿಮೆ ಮಾಡಲು ಪ್ರಸ್ತಾಪಿಸಲಾದ ಎಲ್ಲಾ ಸದಸ್ಯರ ಬಗ್ಗೆ ಸರಿಯಾದ ಮತ್ತು ಸಂಪೂರ್ಣ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಒದಗಿಸದಿದ್ದರೆ, ನಿಮ್ಮ ಪಾಲಿಸಿಯನ್ನು ನಾವು ರದ್ದುಗೊಳಿಸುತ್ತೇವೆ, ಯಾವುದೇ ಕ್ಲೈಮ್ ಅನ್ನು ಪಾವತಿಸುವುದಿಲ್ಲ, ಪಾವತಿಸಿದ ಯಾವುದೇ ಪ್ರೀಮಿಯಂ ಅನ್ನು ಮರುಪಾವತಿಸುವುದಿಲ್ಲ ಮತ್ತು ಈ ಹಿಂದೆ ಪಾವತಿಸಿದ ಪ್ರಯೋಜನಗಳ ಮರುಪಡೆಯುವಿಕೆ ಸೇರಿದಂತೆ ನಿಮಗೆ ಸಾಧ್ಯವಿರುವ ಎಲ್ಲಾ ಕಾನೂನು ಕ್ರಮಗಳನ್ನು ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳುವ ಹಕ್ಕನ್ನು ಹೊಂದಿರುತ್ತೇವೆ.  
 ನಿಯಮಗಳ ಪ್ರಕಾರ ನಾವು ಪೂರ್ಣ ಪ್ರೀಮಿಯಂ ಅನ್ನು ಸ್ವೀಕರಿಸಿದ ನಂತರ ಮತ್ತು ಅಪಾಯವನ್ನು ಸ್ಪಷ್ಟವಾಗಿ ಒಪ್ಪಿಕೊಂಡ ನಂತರವೇ ಕವರೇಜ್ ಪ್ರಾರಂಭವಾಗುತ್ತದೆ.

## 1. ಪ್ರಸ್ತಾವಕರ ವಿವರಗಳು:

ಶೀರ್ಷಿಕೆ \_\_\_\_\_ ಹೆಸರು \_\_\_\_\_

ಜನ್ಮ ದಿನಾಂಕ \_\_\_\_\_ ಲಿಂಗ: \_\_\_\_\_ ಗಂಡು \_\_\_\_\_ ಹೆಣ್ಣು \_\_\_\_\_ ಇತರೆ \_\_\_\_\_ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯತೆ \_\_\_\_\_

ಪ್ರಸ್ತುತ ವಿಳಾಸ \_\_\_\_\_

ಲ್ಯಾಂಡ್‌ಮಾರ್ಕ್ \_\_\_\_\_ ನಗರ \_\_\_\_\_

ಜಿಲ್ಲೆ \_\_\_\_\_ ರಾಜ್ಯ \_\_\_\_\_ ಪಿನ್ ಕೋಡ್ \_\_\_\_\_

ಲ್ಯಾಂಡ್ಲೈನ್ ಸಂಖ್ಯೆ \_\_\_\_\_ ಮೊಬೈಲ್ ಸಂಖ್ಯೆ \_\_\_\_\_

ಇಮೇಲ್ ಐಡಿ \_\_\_\_\_ ಪರ್ಯಾಯ ಸಂಖ್ಯೆ \_\_\_\_\_

ವಾರ್ಷಿಕ ಆದಾಯ (ರೂ) \_\_\_\_\_ CKYC ಸಂಖ್ಯೆ \_\_\_\_\_

ಉದ್ಯೋಗ \_\_\_\_\_ ಸಂಬಳ ಪಡೆಯುವವರು \_\_\_\_\_ ಸ್ವಯಂ ಉದ್ಯೋಗಿ \_\_\_\_\_ ವಿದ್ಯಾರ್ಥಿ \_\_\_\_\_ ಗೃಹಿಣಿ \_\_\_\_\_ ಇತರೆ, ದಯವಿಟ್ಟು ನಿರ್ದಿಷ್ಟಪಡಿಸಿ \_\_\_\_\_

ಪ್ರೀಮಿಯಂ ಪಾವತಿಸಿದವರು \_\_\_\_\_ ಪ್ರಸ್ತಾವಕರಿಗೆ ಸಂಬಂಧ \_\_\_\_\_

ಅರ್ಜಿಯಲ್ಲಿ ನಮೂದಿಸಲಾದ ಇಮೇಲ್ ಐಡಿಗೆ ನಿಮ್ಮ ಎಲ್ಲಾ ಪಾಲಿಸಿ ಮತ್ತು ಸೇವಾ ಸಂಬಂಧಿತ ಸಂವಹನಗಳನ್ನು ಕಳುಹಿಸಲು ಕಂಪನಿಗೆ ಅಧಿಕಾರ ನೀಡುವ ಮೂಲಕ ಪರಿಸರವನ್ನು ರಕ್ಷಿಸಲು ಮತ್ತು ಕಾಗದವನ್ನು ಉಳಿಸಲು ನೀವು ಬಯಸುತ್ತೀರಾ?

ನಾನು ಎಲ್ಲಾ ಕರಾರುಗಳು ಮತ್ತು ಷರತ್ತುಗಳನ್ನು ಓದಿದ್ದೇನೆ, ಅರ್ಥಮಾಡಿಕೊಂಡಿದ್ದೇನೆ ಮತ್ತು ಸ್ವೀಕರಿಸಿದ್ದೇನೆ ಮತ್ತು ಸ್ವಾಗತ ಕರೆಗಳು / SMS, ಸೇವಾ ಕರೆಗಳು / SMS ಅಥವಾ ಯಾವುದೇ ಇತರ ವಾಣಿಜ್ಯ ಸಂವಹನವನ್ನು ಮಾಡಲು ನನ್ನ ನೋಂದಾಯಿತ ದೂರವಾಣಿ ಸಂಖ್ಯೆಯಲ್ಲಿ SMS / ಇಮೇಲ್ / ಫೋನ್ / ವಾಟ್ಸಾಪ್ / ಫೇಸ್‌ಬುಕ್ ಅಥವಾ ಯಾವುದೇ ಇತರ ವಿಧಾನಗಳ ಮೂಲಕ ನನ್ನ 'DND' ನೋಂದಣಿಯನ್ನು ರದ್ದುಗೊಳಿಸಿ, ನಿವಾ ಭೂಮಾ ಹೆಲ್ಪ್ ಇನ್ಯೂರೆನ್ಸ್ ಅಥವಾ ಅದರ ಯಾವುದೇ ಏಜೆಂಟ್ ಮತ್ತು/ಅಥವಾ ಮೂರನೇ ವ್ಯಕ್ತಿ(ಗಳು) / ಅಂಗಸಂಸ್ಥೆಗಳನ್ನು ಸಂಪರ್ಕಿಸಲು ನಾನು ಈ ಮೂಲಕ ಅಧಿಕಾರವನ್ನು ನೀಡುತ್ತೇನೆ.

ನೀವು ಪಾಲಿಸಿ ಕಿಟ್ಟು ಭೌತಿಕ ಪ್ರತಿಯನ್ನು ಬಯಸುತ್ತೀರಾ  ಹೌದು  ಇಲ್ಲ

ನೀವು ಅಥವಾ ಪ್ರಸ್ತಾವಕರ ಅರ್ಜಿದಾರರು ಯಾರಾದರೂ PEP# ಆಗಿದ್ದೀರಾ?  ಹೌದು  ಇಲ್ಲ

#ರಾಜಕೀಯವಾಗಿ ಒಡ್ಡಿಕೊಂಡ ವ್ಯಕ್ತಿಗಳು (PEP) ಎಂದರೆ ಪ್ರಮುಖ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಕಾರ್ಯಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿರುವ ಅಥವಾ ಹೊಂದಿದ್ದ ವ್ಯಕ್ತಿಗಳು ಅಂದರೆ ಕೇಂದ್ರ ಅಥವಾ ರಾಜ್ಯ ಸರ್ಕಾರದ ಮುಖ್ಯಸ್ಥರು / ಸಚಿವರು, ಹಿರಿಯ ರಾಜಕಾರಣಿಗಳು, ಹಿರಿಯ ಸರ್ಕಾರಿ, ನ್ಯಾಯಾಂಗ ಅಥವಾ ಮಿಲಿಟರಿ ಅಧಿಕಾರಿಗಳು, ಸರ್ಕಾರಿ ಕಂಪನಿಗಳ ಹಿರಿಯ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಾಹಕರು, ಪ್ರಮುಖ ಪಕ್ಷದ ಅಧಿಕಾರಿಗಳು. (ನೀವು PEP ಎದುರು ಟಿಕ್ ಹಾಕಿದರೆ, ದಯವಿಟ್ಟು ಪ್ರತ್ಯೇಕ PEP ಪ್ರಶ್ನಾವಳಿಯನ್ನು ಭರ್ತಿ ಮಾಡಿ)

**ಬ್ಯಾಂಕ್ ವಿವರಗಳು:**

ಬ್ಯಾಂಕ್ ಹೆಸರು \_\_\_\_\_

ಖಾತೆ ಸಂಖ್ಯೆ \_\_\_\_\_ IFSC ಕೋಡ್ \_\_\_\_\_

ಖಾತೆ ಪ್ರಕಾರ \_\_\_\_\_ ಉಳಿತಾಯ \_\_\_\_\_ ಚಾಲ್ತಿ \_\_\_\_\_ ಶಾಖೆ \_\_\_\_\_ ನಗರ \_\_\_\_\_

**ಎಲೆಕ್ಟ್ರಾನಿಕ್ ವಿಮಾ ಖಾತೆಯ ವಿವರಗಳು (eIA)**

ಈ ಪಾಲಿಸಿಯನ್ನು ನೀವು eIAಗೆ ಜಮಾ ಮಾಡಲು ಬಯಸುತ್ತೀರಾ? (ದಯವಿಟ್ಟು ಯಾವುದಾದರೂ ಒಂದನ್ನು ಆಯ್ಕೆಮಾಡಿ)

ಇಲ್ಲ, ನಾನು eIA ಹೊಂದಿಲ್ಲ ಮತ್ತು ಹೊಸದನ್ನು ತೆರೆಯಲು ಬಯಸುವುದಿಲ್ಲ  ಹೌದು, ಈ ಪಾಲಿಸಿಯನ್ನು ನನ್ನ ಇ-ವಿಮಾ ಖಾತೆಗೆ ಜಮಾ ಮಾಡಿ

ಹೌದಾದರೆ, ದಯವಿಟ್ಟು ಅಸ್ತಿತ್ವದಲ್ಲಿರುವ ಇ-ವಿಮಾ ಖಾತೆ ಸಂಖ್ಯೆಯನ್ನು ಹಂಚಿಕೊಳ್ಳಿ.

ವಿಮಾ ರೆಪೋಸಿಟರಿ ಹೆಸರನ್ನು ಆಯ್ಕೆಮಾಡಿ (ನಿಮ್ಮ ಖಾತೆಯನ್ನು ನೀವು ತೆರೆದಿದ್ದೀರಿ)

M/s NSDL ಡೇಟಾಬೇಸ್ ಮ್ಯಾನೇಜ್‌ಮೆಂಟ್ ಲಿಮಿಟೆಡ್  M/s ಸೆಂಟ್ರಲ್ ಇನ್ಯೂರೆನ್ಸ್ ರೆಪೋಸಿಟರಿ ಲಿಮಿಟೆಡ್

M/s ಕಾರ್ವಿ ಇನ್ಯೂರೆನ್ಸ್ ರೆಪೋಸಿಟರಿ ಲಿಮಿಟೆಡ್  M/s CAMS ರೆಪೋಸಿಟರಿ ಸರ್ವೀಸಸ್ ಲಿಮಿಟೆಡ್ (ದಯವಿಟ್ಟು ಯಾವುದಾದರೂ ಒಂದನ್ನು ಆಯ್ಕೆಮಾಡಿ) ಅಥವಾ

ನಾನು ಅಸ್ತಿತ್ವದಲ್ಲಿರುವ ಇ-ವಿಮಾ ಖಾತೆಯನ್ನು ಹೊಂದಿಲ್ಲ ಮತ್ತು ಹೊಸ ಇ-ವಿಮಾ ಖಾತೆಯನ್ನು ರಚಿಸಲು ನನಗೆ ಆಸಕ್ತಿಯಿದೆ (ಸಂಬಂಧಿತ ದಾಖಲೆಗಳೊಂದಿಗೆ ದಯವಿಟ್ಟು ಎಲೆಕ್ಟ್ರಾನಿಕ್ ವಿಮಾ ಖಾತೆ ತೆರೆಯುವ ಅರ್ಜಿ (eIA ಫಾರ್ಮ್) ಅನ್ನು ಸಲ್ಲಿಸಿ).

**ನವೀಕರಣ ಪಾವತಿ ಸೈನ್-ಆಫ್:**

ನಿಮ್ಮ ಆರೋಗ್ಯ ವಿಮಾ ಪಾಲಿಸಿಯ ನವೀಕರಣ ಪ್ರೀಮಿಯಂ ಅನ್ನು ಕಂಪನಿಯೊಂದಿಗೆ ನಿಮ್ಮ ಅಸ್ತಿತ್ವದಲ್ಲಿರುವ ಸ್ವಯಂಚಾಲಿತ ಕ್ಲಿಯರಿಂಗ್ ಹೌಸ್ (ACH) / ಸ್ಟಾರ್ಲೈ ಸೂಚನೆಗಳು (SI) ಅನ್ನು ಮುಂದುವರಿಸುವ ಮೂಲಕ ಪ್ರತಿ ವರ್ಷ ಪಾವತಿಸಬಹುದು. ಈ ಆಯ್ಕೆಯು ಅಡಿಯಲ್ಲಿ, ನಿಮ್ಮ ಪಾಲಿಸಿಯನ್ನು ತಕ್ಷಣವೇ ನವೀಕರಿಸಬಹುದು, ಆದರೆ ಕಂಪನಿಯಿಂದ ಅಗತ್ಯವಿರುವ ಮಾಹಿತಿ ಮತ್ತು ದಾಖಲಾತಿಯ ಎಲ್ಲಾ ಹೆಚ್ಚುವರಿ ಅಗತ್ಯತೆಗಳನ್ನು ನೀವು ಪೂರ್ಣಗೊಳಿಸುವುದಕ್ಕೆ ಒಪ್ಪಿರುತ್ತೀರಿ.

ನಾನು ACH/SI ನವೀಕರಣ ಆಯ್ಕೆಯನ್ನು ಆರಿಸಿಕೊಳ್ಳಲು ಬಯಸುತ್ತೇನೆ ಮತ್ತು ಅದರ ಮೂಲಕ ಪಾಲಿಸಿಯನ್ನು ನವೀಕರಿಸುವವರೆಗೆ ಪ್ರೀಮಿಯಂ ಮೇಲೆ 2.5% ರಿಯಾಯಿತಿಯನ್ನು ಪಡೆಯುತ್ತೇನೆ.

ದಿನಾಂಕ \_\_\_\_\_ ಸ್ಥಳ \_\_\_\_\_ ಪ್ರಸ್ತಾವಕರ ಸಹಿ \_\_\_\_\_

2. ವಿಮೆಗಾಗಿ ಅರ್ಜಿದಾರರ ವಿವರಗಳು:

ಅರ್ಜಿದಾರರು 1

ಹೆಸರು \_\_\_\_\_  
 ಲಿಂಗ [ ] ಗಂಡು [ ] ಹೆಣ್ಣು [ ] ಇತರೆ [ ] ಎತ್ತರ [ ] (ಅಡಿ) [ ] (ಇಂಚು) [ ] ತೂಕ [ ] (ಕೆಜಿ) [ ]  
 ಮೊಬೈಲ್ ನಂಬರ್ \_\_\_\_\_ ಜನ್ಮ ದಿನಾಂಕ [ D ] [ D ] [ M ] [ M ] [ Y ] [ Y ] [ Y ] [ Y ] ಭಾರತೀಯರಲ್ಲದಿದ್ದರೆ ದಯವಿಟ್ಟು ಟಿಕ್ ಮಾಡಿ [ ]  
 ಪ್ರಸ್ತಾವಕರಿಗೆ ಸಂಬಂಧ \_\_\_\_\_

ನೀವು ನೋಂದಾಯಿತ ವೈದ್ಯರಾಗಿದ್ದರೆ\*, ದಯವಿಟ್ಟು ಇವುಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸಿ: i. ವೈದ್ಯಕೀಯ ನೋಂದಣಿ ಸಂಖ್ಯೆ [ ]  
 ii. ಕೌನ್ಸಿಲ್ ಹೆಸರು [ ]  
 iii. ಕೆಲಸದ ಸ್ಥಳದ ವಿಳಾಸ [ ]

ಅರ್ಜಿದಾರರು 2

ಹೆಸರು \_\_\_\_\_  
 ಲಿಂಗ [ ] ಗಂಡು [ ] ಹೆಣ್ಣು [ ] ಇತರೆ [ ] ಎತ್ತರ [ ] (ಅಡಿ) [ ] (ಇಂಚು) [ ] ತೂಕ [ ] (ಕೆಜಿ) [ ]  
 ಮೊಬೈಲ್ ನಂಬರ್ \_\_\_\_\_ ಜನ್ಮ ದಿನಾಂಕ [ D ] [ D ] [ M ] [ M ] [ Y ] [ Y ] [ Y ] [ Y ] ಭಾರತೀಯರಲ್ಲದಿದ್ದರೆ ದಯವಿಟ್ಟು ಟಿಕ್ ಮಾಡಿ [ ]  
 ಪ್ರಸ್ತಾವಕರಿಗೆ ಸಂಬಂಧ \_\_\_\_\_

ನೀವು ನೋಂದಾಯಿತ ವೈದ್ಯರಾಗಿದ್ದರೆ\*, ದಯವಿಟ್ಟು ಇವುಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸಿ: i. ವೈದ್ಯಕೀಯ ನೋಂದಣಿ ಸಂಖ್ಯೆ [ ]  
 ii. ಕೌನ್ಸಿಲ್ ಹೆಸರು [ ]  
 iii. ಕೆಲಸದ ಸ್ಥಳದ ವಿಳಾಸ [ ]

ಅರ್ಜಿದಾರರು 3

ಹೆಸರು \_\_\_\_\_  
 ಲಿಂಗ [ ] ಗಂಡು [ ] ಹೆಣ್ಣು [ ] ಇತರೆ [ ] ಎತ್ತರ [ ] (ಅಡಿ) [ ] (ಇಂಚು) [ ] ತೂಕ [ ] (ಕೆಜಿ) [ ]  
 ಮೊಬೈಲ್ ನಂಬರ್ \_\_\_\_\_ ಜನ್ಮ ದಿನಾಂಕ [ D ] [ D ] [ M ] [ M ] [ Y ] [ Y ] [ Y ] [ Y ] ಭಾರತೀಯರಲ್ಲದಿದ್ದರೆ ದಯವಿಟ್ಟು ಟಿಕ್ ಮಾಡಿ [ ]  
 ಪ್ರಸ್ತಾವಕರಿಗೆ ಸಂಬಂಧ \_\_\_\_\_

ನೀವು ನೋಂದಾಯಿತ ವೈದ್ಯರಾಗಿದ್ದರೆ\*, ದಯವಿಟ್ಟು ಇವುಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸಿ: i. ವೈದ್ಯಕೀಯ ನೋಂದಣಿ ಸಂಖ್ಯೆ [ ]  
 ii. ಕೌನ್ಸಿಲ್ ಹೆಸರು [ ]  
 iii. ಕೆಲಸದ ಸ್ಥಳದ ವಿಳಾಸ [ ]

ಅರ್ಜಿದಾರರು 4

ಹೆಸರು \_\_\_\_\_  
 ಲಿಂಗ [ ] ಗಂಡು [ ] ಹೆಣ್ಣು [ ] ಇತರೆ [ ] ಎತ್ತರ [ ] (ಅಡಿ) [ ] (ಇಂಚು) [ ] ತೂಕ [ ] (ಕೆಜಿ) [ ]  
 ಮೊಬೈಲ್ ನಂಬರ್ \_\_\_\_\_ ಜನ್ಮ ದಿನಾಂಕ [ D ] [ D ] [ M ] [ M ] [ Y ] [ Y ] [ Y ] [ Y ] ಭಾರತೀಯರಲ್ಲದಿದ್ದರೆ ದಯವಿಟ್ಟು ಟಿಕ್ ಮಾಡಿ [ ]  
 ಪ್ರಸ್ತಾವಕರಿಗೆ ಸಂಬಂಧ \_\_\_\_\_

ನೀವು ನೋಂದಾಯಿತ ವೈದ್ಯರಾಗಿದ್ದರೆ\*, ದಯವಿಟ್ಟು ಇವುಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸಿ: i. ವೈದ್ಯಕೀಯ ನೋಂದಣಿ ಸಂಖ್ಯೆ [ ]  
 ii. ಕೌನ್ಸಿಲ್ ಹೆಸರು [ ]  
 iii. ಕೆಲಸದ ಸ್ಥಳದ ವಿಳಾಸ [ ]

ಅರ್ಜಿದಾರರು 5

ಹೆಸರು \_\_\_\_\_  
 ಲಿಂಗ [ ] ಗಂಡು [ ] ಹೆಣ್ಣು [ ] ಇತರೆ [ ] ಎತ್ತರ [ ] (ಅಡಿ) [ ] (ಇಂಚು) [ ] ತೂಕ [ ] (ಕೆಜಿ) [ ]  
 ಮೊಬೈಲ್ ನಂಬರ್ \_\_\_\_\_ ಜನ್ಮ ದಿನಾಂಕ [ D ] [ D ] [ M ] [ M ] [ Y ] [ Y ] [ Y ] [ Y ] ಭಾರತೀಯರಲ್ಲದಿದ್ದರೆ ದಯವಿಟ್ಟು ಟಿಕ್ ಮಾಡಿ [ ]  
 ಪ್ರಸ್ತಾವಕರಿಗೆ ಸಂಬಂಧ \_\_\_\_\_

ನೀವು ನೋಂದಾಯಿತ ವೈದ್ಯರಾಗಿದ್ದರೆ\*, ದಯವಿಟ್ಟು ಇವುಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸಿ: i. ವೈದ್ಯಕೀಯ ನೋಂದಣಿ ಸಂಖ್ಯೆ [ ]  
 ii. ಕೌನ್ಸಿಲ್ ಹೆಸರು [ ]  
 iii. ಕೆಲಸದ ಸ್ಥಳದ ವಿಳಾಸ [ ]

ಅರ್ಜಿದಾರರು 6

ಹೆಸರು \_\_\_\_\_  
 ಲಿಂಗ [ ] ಗಂಡು [ ] ಹೆಣ್ಣು [ ] ಇತರೆ [ ] ಎತ್ತರ [ ] (ಅಡಿ) [ ] (ಇಂಚು) [ ] ತೂಕ [ ] (ಕೆಜಿ) [ ]  
 ಮೊಬೈಲ್ ನಂಬರ್ \_\_\_\_\_ ಜನ್ಮ ದಿನಾಂಕ [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] ಭಾರತೀಯರಲ್ಲದಿದ್ದರೆ ದಯವಿಟ್ಟು ಟಿಕ್ ಮಾಡಿ [ ]  
 ಪ್ರಸ್ತಾವಕರಿಗೆ ಸಂಬಂಧ \_\_\_\_\_

ನೀವು ನೋಂದಾಯಿತ ವೈದ್ಯರಾಗಿದ್ದರೆ\*, ದಯವಿಟ್ಟು ಇವುಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸಿ: i. ವೈದ್ಯಕೀಯ ನೋಂದಣಿ ಸಂಖ್ಯೆ [ ]  
 ii. ಕೌನ್ಸಿಲ್ ಹೆಸರು [ ]  
 iii. ಕೆಲಸದ ಸ್ಥಳದ ವಿಳಾಸ [ ]

\*ಶ್ರೀಮಿಯಂ ಮೇಲೆ 5% ರಿಯಾಯಿತಿಯನ್ನು ಪಡೆಯಿರಿ. ವೈದ್ಯಕೀಯ ಅಭ್ಯಾಸಗಾರ ಎಂದರೆ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಮಂಡಳಿಯ ಅಥವಾ ಭಾರತೀಯ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಮಂಡಳಿಯ ಅಥವಾ ಭಾರತ ಸರ್ಕಾರ ಅಥವಾ ರಾಜ್ಯ ಸರ್ಕಾರವು ಸ್ಥಾಪಿಸಿದ ಹೋಮಿಯೋಪತಿ ಮಂಡಳಿಯಿಂದ ಮಾನ್ಯವಾದ ನೋಂದಣಿಯನ್ನು ಹೊಂದಿರುವ ವ್ಯಕ್ತಿ ಮತ್ತು ಅದರ ನ್ಯಾಯವ್ಯಾಪ್ತಿಯಲ್ಲಿ ಔಷಧವನ್ನು ಅಭ್ಯಾಸಿಸಲು ಅರ್ಹರಾಗಿರುತ್ತಾರೆ; ಮತ್ತು ತಮ್ಮ ಪರವಾನಗಿಯ ವ್ಯಾಪ್ತಿ ಮತ್ತು ನ್ಯಾಯವ್ಯಾಪ್ತಿಯಲ್ಲಿ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಿದ್ದಾರೆ.

- ಟಿಪ್ಪಣಿಗಳು:
1. ಪ್ರಸ್ತಾವಕರು ಪಾಲಿಸಿಯ ಅಡಿಯಲ್ಲಿ ವಿಮೆ ಮಾಡಬೇಕಾಗಿಲ್ಲ
  2. ಪ್ರಸ್ತಾವಕರೊಂದಿಗಿನ ಈ ಕೆಳಗಿನ ಸಂಬಂಧಗಳನ್ನು ಅನುಮತಿಸಲಾಗಿದೆ - ಸ್ವಯಂ, ಸಂಗಾತಿ, ಮಗ, ಮಗಳು, ಸೋಸೆ, ತಂದೆ, ತಾಯಿ, ಅತ್ತೆ, ಮಾವ, ಅಜ್ಜ, ಅಜ್ಜಿ, ಮೊಮ್ಮಗ, ಮೊಮ್ಮಗಳು, ಅಳಿಯ, ಸಹೋದರ, ಸಹೋದರಿ, ನಾದಿನಿ, ಭಾವ, ಸೋದರಳಿಯ, ಸೋದರ ಸೋಸೆ, ಚಿಕ್ಕಪ್ಪ ಮತ್ತು ಚಿಕ್ಕಮ್ಮ
  3. ಪ್ರಸ್ತಾವಕರೊಂದಿಗಿನ ಸಂಬಂಧ ಅನುಮತಿಸಲಾಗಿದೆ (ಉದ್ಯೋಗದಾತ, ಉದ್ಯೋಗಿ) - ಉದ್ಯೋಗಿ, ಉದ್ಯೋಗಿಯ ಸಂಗಾತಿ, ಉದ್ಯೋಗಿಯ ಮಗ, ಉದ್ಯೋಗಿಯ ಮಗಳು, ಉದ್ಯೋಗಿಯ ತಂದೆ, ಉದ್ಯೋಗಿಯ ತಾಯಿ, ಉದ್ಯೋಗಿಯ ಅತ್ತೆ, ಉದ್ಯೋಗಿಯ ಮಾವ, ಉದ್ಯೋಗಿಯ ಮೊಮ್ಮಗ, ಉದ್ಯೋಗಿಯ ಮೊಮ್ಮಗಳು

### 3. ಕವರೇಜ್ ಆಯ್ಕೆ:

#### ಮೂಲ ಕವರೇಜ್:

|                                     |  |
|-------------------------------------|--|
| ಪಾಲಿಸಿ ಪ್ರಕಾರ#: _____               | <input type="checkbox"/> ವ್ಯಕ್ತಿ <input type="checkbox"/> ಫ್ಯಾಮಿಲಿ ಪ್ಲೋಟರ್ <input type="checkbox"/> ಬಹು ಸದಸ್ಯ ವೈಯಕ್ತಿಕ |
| ಕವರ್ ಪಡೆಯುವ ವ್ಯಕ್ತಿಗಳ ಸಂಖ್ಯೆ: _____ | <input type="checkbox"/> ವಯಸ್ಕರು <input type="checkbox"/> ಮಕ್ಕಳು   |
| ಮೂಲ ವಿಮಾ ಮೊತ್ತ: _____               |  |
| ಪಾಲಿಸಿ ಅವಧಿ: _____                  | <input type="checkbox"/> 1 ವರ್ಷ <input type="checkbox"/> 2 ವರ್ಷಗಳು <input type="checkbox"/> 3 ವರ್ಷಗಳು                  |

#### ಐಚ್ಛಿಕ ಕವರೇಜ್:

|   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| 1. ಆರೋಗ್ಯ ತಪಾಸಣೆ (ನಗದುರಹಿತ ಮಾತ್ರ)   | <input type="checkbox"/> ಹೌದು <input type="checkbox"/> ಇಲ್ಲ   | 6. ಆರೋಗ್ಯ ತಪಾಸಣೆ (ನಗದುರಹಿತ ಮತ್ತು 20% ಸಹ-ಪಾವತಿಯೊಂದಿಗೆ ಮರುಪಾವತಿ)  | <input type="checkbox"/> ಹೌದು <input type="checkbox"/> ಇಲ್ಲ |
| 2. ಆಸ್ಪತ್ರೆ ದೈನಂದಿನ ನಗದು  | <input type="checkbox"/> ಹೌದು <input type="checkbox"/> ಇಲ್ಲ   | 7. ಎರಡನೇ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಅಭಿಪ್ರಾಯ  | <input type="checkbox"/> ಹೌದು <input type="checkbox"/> ಇಲ್ಲ |
| 3. ಸೇಫ್‌ಡ್‌ಸ್   | <input type="checkbox"/> ಹೌದು <input type="checkbox"/> ಇಲ್ಲ   | 8. ಸೇಫ್‌ಡ್‌ಸ್+  | <input type="checkbox"/> ಹೌದು <input type="checkbox"/> ಇಲ್ಲ |
| 4. ನೋ ಕೋ-ಪೇ ನೆಟ್ವರ್ಕ್   | <input type="checkbox"/> ಹೌದು <input type="checkbox"/> ಇಲ್ಲ   | 9. ಆಧುನಿಕ ಚಿಕಿತ್ಸೆ +  | <input type="checkbox"/> ಹೌದು <input type="checkbox"/> ಇಲ್ಲ |
| 5. ರಿಅಲ್‌ಟೈಮ್ ಫಾರ್ಮ್‌ವರ್  | <input type="checkbox"/> ಹೌದು <input type="checkbox"/> ಇಲ್ಲ   | 10. ಫಾಸ್ಟ್ ಫಾರ್ವರ್ಡ್ (ಆಡ್-ಆನ್)  | <input type="checkbox"/> ಹೌದು <input type="checkbox"/> ಇಲ್ಲ |
| 11. ಸ್ಮಾರ್ಟ್ ಕ್ಯಾಶ್ +   | <input type="checkbox"/> ಇಲ್ಲ <input type="checkbox"/> 10K <input type="checkbox"/> 15K <input type="checkbox"/> 20K <input type="checkbox"/> 25K   |   |   |
| 12. ರಿಟರ್ನ್ +   | <input type="checkbox"/> ಇಲ್ಲ <input type="checkbox"/> 100%   |   |   |
| 13. ವೈಯಕ್ತಿಕ ಅಪಘಾತ ಕವರ್   | <input type="checkbox"/> 1x <input type="checkbox"/> 2x <input type="checkbox"/> 3x <input type="checkbox"/> 4x <input type="checkbox"/> 5x   |   |   |
| ವೈಯಕ್ತಿಕ ಅಪಘಾತ ಕವರ್ ಅನ್ನು ಆಯ್ಕೆ ಮಾಡಲು ದಯವಿಟ್ಟು ಗುರುತಿಸಿ (ಈ ಆಯ್ಕೆಯು 18 ವರ್ಷ ಅಥವಾ ಅದಕ್ಕಿಂತ ಹೆಚ್ಚಿನ ವಯಸ್ಸಿನ ಅರ್ಜಿದಾರರಿಗೆ ಲಭ್ಯವಿದೆ) | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>                                    |
| 14. ವಾರ್ಷಿಕ ಒಟ್ಟು ಕಡಿತಗೊಳಿಸುವಿಕೆ  | <input type="checkbox"/> ಇಲ್ಲ <input type="checkbox"/> 10,000 <input type="checkbox"/> 20,000 <input type="checkbox"/> 30,000 <input type="checkbox"/> 50,000 <input type="checkbox"/> 1,00,000 | <input type="checkbox"/> 2,00,000 <input type="checkbox"/> 3,00,000 <input type="checkbox"/> 4,00,000 <input type="checkbox"/> 5,00,000 |   |
| 15. ಸಹ-ಪಾವತಿ  | <input type="checkbox"/> ಇಲ್ಲ <input type="checkbox"/> 10% <input type="checkbox"/> 20% <input type="checkbox"/> 30% <input type="checkbox"/> 40% <input type="checkbox"/> 50%                  |   |   |
| 16. ಅಸ್ತಿತ್ವದಲ್ಲಿರುವ ಕಾಯಿಲೆ ಕಾಯುವಿಕೆ ಅವಧಿ ಮಾರ್ಪಾಡು  | <input type="checkbox"/> ಇಲ್ಲ <input type="checkbox"/> 12 ತಿಂಗಳುಗಳು <input type="checkbox"/> 24 ತಿಂಗಳುಗಳು   |   |   |
| 17. ನಿರ್ದಿಷ್ಟ ಕಾಯಿಲೆ ಕಾಯುವಿಕೆ ಅವಧಿ ಮಾರ್ಪಾಡು   | <input type="checkbox"/> ಇಲ್ಲ <input type="checkbox"/> 12 ತಿಂಗಳುಗಳು <input type="checkbox"/> 36 ತಿಂಗಳುಗಳು   |   |   |
| 18. ರೂಮ್ ವಿಧದ ಮಾರ್ಪಾಡು  | <input type="checkbox"/> ಇಲ್ಲ <input type="checkbox"/> ಸಾಮಾನ್ಯ ವಾರ್ಡ್ <input type="checkbox"/> ಸಿಂಗಲ್ ರೂಮ್ <input type="checkbox"/> ಎಲ್ಲಾ ವಿಭಾಗಗಳು  |   |   |

\* ಫ್ಯಾಮಿಲಿ ಪ್ಲೋಟರ್ ಮೊತ್ತವು ವಿಮೆ ಮಾಡಲಾದ ಎಲ್ಲ ಸದಸ್ಯರಿಗೂ ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿರುತ್ತದೆ. ಪ್ಲೋಟರ್ ಎಂದರೆ ವೈಯಕ್ತಿಕವಾಗಿ ಅಥವಾ ಒಟ್ಟಾರೆಯಾಗಿ ಎಲ್ಲಾ ವಿಮೆದಾರರು ಈ ಮಿತಿಗೆ ಕ್ಲೈಮ್ ಮಾಡಬಹುದು ಗಮನಿಸಿ: ಸೇಫ್‌ಡ್‌ಸ್ ಮತ್ತು ಸೇಫ್‌ಡ್‌ಸ್+ ನಡುವೆ ಕೇವಲ ಒಂದು ಆಯ್ಕೆಯನ್ನು ಮಾತ್ರ ಆಯ್ಕೆ ಮಾಡಬಹುದು. ಸಹ-ಪಾವತಿ ಮತ್ತು ವಾರ್ಷಿಕ ಒಟ್ಟು ಕಡಿತಗೊಳಿಸುವಿಕೆಯ ನಡುವೆ ಕೇವಲ ಒಂದು ಆಯ್ಕೆಯನ್ನು ಮಾತ್ರ ಆಯ್ಕೆ ಮಾಡಬಹುದು. ವಾರ್ಷಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ತಪಾಸಣೆ (ನಗದುರಹಿತ ಮಾತ್ರ) ಮತ್ತು ವಾರ್ಷಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ತಪಾಸಣೆ (ನಗದುರಹಿತ ಮತ್ತು ಮರುಪಾವತಿ 20% ಸಹ-ಪಾವತಿಯೊಂದಿಗೆ) ನಡುವೆ ಕೇವಲ ಒಂದು ಆಯ್ಕೆಯನ್ನು ಮಾತ್ರ ಆಯ್ಕೆ ಮಾಡಬಹುದು.

### 4. ಪೋರ್ಟ್‌ಬಿಲಿಟಿ

| ಪಾಲಿಸಿ ಸಂಖ್ಯೆ | ವಿಮಾ ಕಂಪನಿ | ಅಪಾಯದ ಪ್ರಾರಂಭ ದಿನಾಂಕ | ಅಪಾಯದ ಮುಕ್ತಾಯ ದಿನಾಂಕ | ಪೋರ್ಟ್‌ಫೋಗ್ಗೆ ಕಾರಣಗಳು |
|---------------|------------|----------------------|----------------------|-----------------------|
|               |            |                      |                      |                       |
|               |            |                      |                      |                       |
|               |            |                      |                      |                       |

| ಪೋರ್ಟ್‌ಬಿಲಿಟಿ ಕೋರಿರುವ ಪ್ರಸ್ತಾವಿತ ವಿಮಾದಾರರ ಹೆಸರು | ಮೊದಲ ಪಾಲಿಸಿ ಆರಂಭ ದಿನಾಂಕ | ಪೋರ್ಟ್‌ಬಿಲಿಟಿಗಾಗಿ ವಿನಂತಿಸಲಾದ ನಿರಂತರ ಕವರೇಜ್ ವರ್ಷಗಳ ಸಂಖ್ಯೆ | ಹಿಂದಿನ ಪಾಲಿಸಿಗಳಲ್ಲಿ ಕ್ಲೈಮ್‌ಗಳು | ಪ್ರಸ್ತುತ ಕ್ಲೈಮ್ ಇಲ್ಲದ ಚೋನಸ್ | ವಿಮಾ ಮೊತ್ತ - ವರ್ಷ 1 (ಹಳೆಯದು) | ವಿಮಾ ಮೊತ್ತ - ವರ್ಷ 2 | ವಿಮಾ ಮೊತ್ತ - ವರ್ಷ 3 | ವಿಮಾ ಮೊತ್ತ - ವರ್ಷ 4 (ಅವಧಿ ಮುಗಿಯುತ್ತಿರುವ ಪಾಲಿಸಿ) |
|---|-------------------------|--|--------------------------------|-----------------------------|------------------------------|---------------------|---------------------|---|
|   |                         |  |                                |                             |                              |                     |                     |   |
|   |                         |  |                                |                             |                              |                     |                     |   |
|   |                         |  |                                |                             |                              |                     |                     |   |

5. ನಾಮನಿರ್ದೇಶನ

ಪ್ರಸ್ತಾವಕರ ಮರಣದ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ, ಪಾಲಿಸಿಯ ಅಡಿಯಲ್ಲಿ ಬರಬೇಕಾದ ಯಾವುದೇ ಪಾವತಿಯನ್ನು ಕೆಳಗೆ ಹೆಸರಿಸಲಾದ ನಾಮನಿಗೆ ಪಾವತಿಸತಕ್ಕದ್ದು. ನಾಮನಿಯು ಅಂತಹ ಪಾವತಿಯನ್ನು ಸ್ವೀಕರಿಸುವುದು ಪಾಲಿಸಿಯ ಅಡಿಯಲ್ಲಿ ಕಂಪನಿಯ ಬಾಧ್ಯತೆಯನ್ನು ಬಿಡುಗಡೆಗೊಳಿಸಿದಂತೆ ಆಗುತ್ತದೆ.

| ನಾಮನಿಯ ಹೆಸರು | ಜನ್ಮ ದಿನಾಂಕ | ಪ್ರಸ್ತಾವಕರೊಂದಿಗಿನ ಸಂಬಂಧ | ನಾಮನಿಯ ವಿಳಾಸ, ಮೊಬೈಲ್ ಸಂಖ್ಯೆ ಮತ್ತು ಇಮೇಲ್ ID | ನೇಮಕಾತಿ ಮಾಡುವವರ ಹೆಸರು(ನಾಮನಿ 18 ವರ್ಷಕ್ಕಿಂತ ಕಡಿಮೆ ವಯಸ್ಸಿನವರಾಗಿದ್ದರೆ) |
|--------------|-------------|-------------------------|--|--|
|              |             |                         |  |  |

ನಾಮನಿಯ ಬ್ಯಾಂಕ್ ವಿವರಗಳು: ಫಲಾನುಭವಿಯ ಹೆಸರು: \_\_\_\_\_

ಬ್ಯಾಂಕ್ ಹೆಸರು \_\_\_\_\_ ಖಾತೆ ಪ್ರಕಾರ \_\_\_\_\_ ಉಳಿತಾಯ \_\_\_\_\_ ಚಾಲ್ತಿ \_\_\_\_\_

ಖಾತೆ ಸಂಖ್ಯೆ \_\_\_\_\_ IFSC ಕೋಡ್ \_\_\_\_\_

6. ವೈದ್ಯಕೀಯ, ಅಭ್ಯಾಸಗಳು ಮತ್ತು ಹಿಂದಿನ ಪ್ರಸ್ತಾವನೆಯ ಮಾಹಿತಿ

ಪ್ರಮುಖ: ಈ ವಿಭಾಗದಲ್ಲಿನ ಎಲ್ಲಾ ಪ್ರಶ್ನೆಗಳಿಗೆ ಸತ್ಯವಾಗಿ ಮತ್ತು ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಉತ್ತರಿಸಲಾಗಿದೆಯೇ ಎಂದು ಖಚಿತಪಡಿಸಿಕೊಳ್ಳಿ. ಏಕೆಂದರೆ ನೀವು ಇಲ್ಲಿ ನೀಡುವ ಮಾಹಿತಿಯು ನಿವಾ ಭೂಪಾಯಿಂದ ಅಂಡರ್ವೈಟಿಂಗ್ ಆಧಾರವನ್ನು ರೂಪಿಸುತ್ತದೆ. ಯಾವುದೇ ಅಪೂರ್ಣ, ತಪ್ಪು, ಭಾಗಶಃ ಸರಿಯಾದ ಮಾಹಿತಿಯು ನಿಮ್ಮ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಕ್ಲೈಮ್ ಮತ್ತು/ಅಥವಾ ಕವರೇಜ್ ಮೇಲೆ ಪರಿಣಾಮ ಬೀರಬಹುದು ಎಂಬುದನ್ನು ದಯವಿಟ್ಟು ಗಮನಿಸಿ.

| ವಿಭಾಗ ಎ: ದಯವಿಟ್ಟು ವೈದ್ಯಕೀಯ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಗಳ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಹಂಚಿಕೊಳ್ಳಿ<br>ದಯವಿಟ್ಟು ಪ್ರತಿ ಅರ್ಜಿದಾರರಿಗೆ ಈ ಕೆಳಗಿನ ಪ್ರಶ್ನೆಗಳಿಗೆ ಉತ್ತರಿಸಿ.<br>ದಯವಿಟ್ಟು ಹೌದು (Y) ಅಥವಾ ಇಲ್ಲ (N) ಎಂದು ಗುರುತಿಸಿ  | ಅರ್ಜಿದಾರರ ಸಂಖ್ಯೆ |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|--|------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
|  | 1                | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |   |   |   |   |
| ವಿಮಾದಾರರ ವಯಸ್ಸು <= 35 ವರ್ಷಗಳು<br>1. ನೀವು ಈ ಕೆಳಗಿನ ಯಾವುದೇ ಕಾಯಿಲೆಗಳಿಂದ ಬಳಲುತ್ತಿದ್ದೀರಾ?<br>a. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್/ಲ್ಯುಕೇಮಿಯಾ/ಮಾರಣಾಂತಿಕ ಗಡ್ಡೆ<br>b. ಹೃದಯ ಸಂಬಂಧಿ ಕಾಯಿಲೆಗಳು (ಹೃದಯಾಘಾತ, ಬೈ-ಪಾಸ್ ಸರ್ಜರಿ ಇತ್ಯಾದಿ)<br>c. ಪ್ರಮುಖ ಅಂಗ ವೈಫಲ್ಯ (ಕಿಡ್ನಿ, ಲಿವರ್, ಹೃದಯ, ಶ್ವಾಸಕೋಶಗಳು, ಇತ್ಯಾದಿ.)<br>d. ನರವೈಜ್ಞಾನಿಕ ಕಾಯಿಲೆ/ಪಾರ್ಶ್ವವಾಯು/ಪಕ್ಷವಾತ<br>e. ದೀರ್ಘಕಾಲದ ಪ್ರತಿರೋಧಕ ಶ್ವಾಸಕೋಶದ ಕಾಯಿಲೆ (COPD) / ಉಲ್ಕಾಣಗೊಳ್ಳುತ್ತಿರುವ ಶ್ವಾಸಕೋಶದ ಕಾಯಿಲೆ<br>f. ಹೆಪಟೈಟಿಸ್ ಬಿ ಅಥವಾ ಸಿ, ದೀರ್ಘಕಾಲದ ಯಕೃತ್ತಿನ ಕಾಯಿಲೆ, ಕ್ರೋನ್ಸ್ ಕಾಯಿಲೆ, ಅಲ್ಸರೇಟಿವ್ ಕೊಲ್ಯೆಟಿಸಿಸ್<br>g. ಕಬ್ಬಿಣದ ಕೊರತೆಯ ರಕ್ತಹೀನತೆ ಹೊರತುಪಡಿಸಿ ಯಾವುದೇ ರಕ್ತಹೀನತೆ<br>h. ಟೈಪ್ 1 ಮಧುಮೇಹ | Y                | N | Y | N | Y | N | Y | N | Y | N |
| 2. ನಿಮಗೆ ಮಧುಮೇಹವಿದೆಯೇ?   | Y                | N | Y | N | Y | N | Y | N | Y | N |
| 3. ನಿಮಗೆ ಅಧಿಕ ರಕ್ತದೊತ್ತಡವಿದೆಯೇ?  | Y                | N | Y | N | Y | N | Y | N | Y | N |
| 4. ಅರ್ಜಿದಾರರ ಜೀವಿತಾವಧಿಯಲ್ಲಿ ಯಾವುದೇ ಜೀವ ವಿಮೆ, ಆರೋಗ್ಯ ವಿಮೆ, ಆಸ್ಪತ್ರೆ ದೈನಂದಿನ ನಗದು ಅಥವಾ ಗಂಭೀರ ಕಾಯಿಲೆ ವಿಮೆಯನ್ನು ಯಾವುದೇ ವಿಮಾ ಕಂಪನಿಯು ನಿರಾಕರಿಸಿದೆಯೇ, ಮುಂದೂಡಿದೆಯೇ, ಲೋಡ್ ಮಾಡಿದೆಯೇ ಅಥವಾ ಯಾವುದೇ ವಿಶೇಷ ಷರತ್ತುಗಳಿಗೆ ಒಳಪಡಿಸಿದೆಯೇ?   | Y                | N | Y | N | Y | N | Y | N | Y | N |
| 5. ಅರ್ಜಿದಾರರ ಎಂದಾದರೂ ಯಾವುದೇ ಮಾನಸಿಕ / ಮನೋವೈದ್ಯಕೀಯ ಕಾಯಿಲೆಗಳಿಗೆ ಒಳಗಾಗಿದ್ದಾರೆಯೇ ಅಥವಾ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಪಡೆದಿದ್ದಾರೆಯೇ?   | Y                | N | Y | N | Y | N | Y | N | Y | N |
| 6. ಒಂದು ವಾರಕ್ಕಿಂತ ಹೆಚ್ಚು ಕಾಲ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಅಗತ್ಯವಿರುವ ಕಾಯಿಲೆಯಿಂದ ಎಂದಾದರೂ ಬಳಲಿದ್ದೀರಾ? ಎಂದಾದರೂ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಒಳಗಾಗಿದ್ದೀರಾ? ಅಥವಾ ಸೆಲಹೆ ನೀಡಲಾಗಿದೆಯೇ? ಪ್ರಸ್ತುತ ಯಾವುದೇ ಫಾಲೋ ಅಪ್‌ನಲ್ಲಿದ್ದೀರಾ ಅಥವಾ ಯಾವುದೇ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಾಗಿ ಕಾಯುತ್ತಿದ್ದೀರಾ?   | Y                | N | Y | N | Y | N | Y | N | Y | N |
| 7. ನಿಮಗೆ ಟಾನ್ಸಿಲ್ ಮತ್ತು ಅಡೆನಾಯ್ಡು, ಕಿವಿಯಿಂದ ಸ್ವಾವ, ಮಧ್ಯಮ ಕಿವಿಯಲ್ಲಿ ಸಮಸ್ಯೆ ಮತ್ತು ಮಸ್ಕಲ್ಯಾಡ್ ಕಾಯಿಲೆಗಳು (ಓಟಿಟಿಸ್ ಮೀಡಿಯಾ, ಕೊಲೈಸೈಟಿಸ್ ಮೀಡಿಯಾ, ಟೈಂಪನಿಕ್ ಮೆಂಬ್ರೇನ್ ರಂಧ್ರ ಸೇರಿದಂತೆ), ಮೂಗಿನ ಸೆಪ್ಟಮ್ ಮತ್ತು ಮೂಗಿನ ಸೈನಸ್‌ಗಳಿಗೆ ಯಾವುದೇ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದೀರಾ ಅಥವಾ ಒಳಗಾಗಿದ್ದೀರಾ?   | Y                | N | Y | N | Y | N | Y | N | Y | N |

| ದಯವಿಟ್ಟು ಪ್ರತಿ ಅರ್ಜಿದಾರರಿಗೆ ಈ ಕೆಳಗಿನ ಪ್ರಶ್ನೆಗಳಿಗೆ ಉತ್ತರಿಸಿ.<br>ದಯವಿಟ್ಟು ಹೌದು (Y) ಅಥವಾ ಇಲ್ಲ (N) ಎಂದು ಗುರುತಿಸಿ   | ಅರ್ಜಿದಾರರ ಸಂಖ್ಯೆ |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|--|------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
|  | 1                | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |   |   |   |   |
| ವಿಮಾದಾರರ ವಯಸ್ಸು >=36 ರಿಂದ =50 ವರ್ಷಗಳು<br>1. ನೀವು ಈ ಕೆಳಗಿನ ಯಾವುದೇ ಕಾಯಿಲೆಗಳಿಂದ ಬಳಲುತ್ತಿದ್ದೀರಾ?<br>a. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್/ಲ್ಯುಕೇಮಿಯಾ/ಮಾರಣಾಂತಿಕ ಗಡ್ಡೆ<br>b. ಹೃದಯ ಸಂಬಂಧಿ ಕಾಯಿಲೆಗಳು (ಹೃದಯಾಘಾತ, ಬೈ-ಪಾಸ್ ಸರ್ಜರಿ ಇತ್ಯಾದಿ)<br>c. ಪ್ರಮುಖ ಅಂಗ ವೈಫಲ್ಯ (ಕಿಡ್ನಿ, ಲಿವರ್, ಹೃದಯ, ಶ್ವಾಸಕೋಶಗಳು, ಇತ್ಯಾದಿ.)<br>d. ನರವೈಜ್ಞಾನಿಕ ಕಾಯಿಲೆ/ಪಾರ್ಶ್ವವಾಯು/ಪಕ್ಷವಾತ<br>e. ದೀರ್ಘಕಾಲದ ಪ್ರತಿರೋಧಕ ಶ್ವಾಸಕೋಶದ ಕಾಯಿಲೆ (COPD) / ಉಲ್ಕಾಣಗೊಳ್ಳುತ್ತಿರುವ ಶ್ವಾಸಕೋಶದ ಕಾಯಿಲೆ<br>f. ಹೆಪಟೈಟಿಸ್ ಬಿ ಅಥವಾ ಸಿ, ದೀರ್ಘಕಾಲದ ಯಕೃತ್ತಿನ ಕಾಯಿಲೆ, ಕ್ರೋನ್ಸ್ ಕಾಯಿಲೆ, ಅಲ್ಸರೇಟಿವ್ ಕೊಲ್ಯೆಟಿಸಿಸ್<br>g. ಕಬ್ಬಿಣದ ಕೊರತೆಯ ರಕ್ತಹೀನತೆ ಹೊರತುಪಡಿಸಿ ಯಾವುದೇ ರಕ್ತಹೀನತೆ<br>h. ಟೈಪ್ 1 ಮಧುಮೇಹ | Y                | N | Y | N | Y | N | Y | N | Y | N |
| 2. ನಿಮಗೆ ಮಧುಮೇಹವಿದೆಯೇ?   | Y                | N | Y | N | Y | N | Y | N | Y | N |
| 3. ನಿಮಗೆ ಅಧಿಕ ರಕ್ತದೊತ್ತಡವಿದೆಯೇ?  | Y                | N | Y | N | Y | N | Y | N | Y | N |
| 4. ಅರ್ಜಿದಾರರ ಜೀವಿತಾವಧಿಯಲ್ಲಿ ಯಾವುದೇ ಜೀವ ವಿಮೆ, ಆರೋಗ್ಯ ವಿಮೆ, ಆಸ್ಪತ್ರೆ ದೈನಂದಿನ ನಗದು ಅಥವಾ ಗಂಭೀರ ಕಾಯಿಲೆ ವಿಮೆಯನ್ನು ಯಾವುದೇ ವಿಮಾ ಕಂಪನಿಯು ನಿರಾಕರಿಸಿದೆಯೇ, ಮುಂದೂಡಿದೆಯೇ, ಲೋಡ್ ಮಾಡಿದೆಯೇ ಅಥವಾ ಯಾವುದೇ ವಿಶೇಷ ಷರತ್ತುಗಳಿಗೆ ಒಳಪಡಿಸಿದೆಯೇ?   | Y                | N | Y | N | Y | N | Y | N | Y | N |

|   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 5. ಅರ್ಜಿದಾರರು ಎಂದಾದರೂ ಯಾವುದೇ ಮಾನಸಿಕ / ಮನೋವೈದ್ಯಕೀಯ ಕಾಯಿಲೆಗಳಿಗೆ ಒಳಗಾಗಿದ್ದಾರೆಯೇ ಅಥವಾ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಪಡೆದಿದ್ದಾರೆಯೇ?   | Y | N | Y | N | Y | N |
| 6. ಒಂದು ವಾರಕ್ಕಿಂತ ಹೆಚ್ಚು ಕಾಲ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಅಗತ್ಯವಿರುವ ಕಾಯಿಲೆಯಿಂದ ಎಂದಾದರೂ ಬಳಲಿದ್ದೀರಾ? ಎಂದಾದರೂ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಒಳಗಾಗಿದ್ದೀರಾ? ಅಥವಾ ಸಲಹೆ ನೀಡಲಾಗಿದೆಯೇ? ಪ್ರಸ್ತುತ ಯಾವುದೇ ಫಾಲೋ ಅಪ್‌ಪಲ್ಲಿದ್ದೀರಾ ಅಥವಾ ಯಾವುದೇ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಾಗಿ ಕಾಯುತ್ತಿದ್ದೀರಾ?   | Y | N | Y | N | Y | N |
| 7. ನಿಮಗೆ ಟಾನ್‌ಲೀ ಮತ್ತು ಅಡೆನಾಯ್ಡು ಉಳಿ, ಕಿವಿಯಿಂದ ಸ್ವಾವ, ಮಧ್ಯಮ ಕಿವಿಯಲ್ಲಿ ಸಮಸ್ಯೆ ಮತ್ತು ಮಸ್ಕಲ್ಸ್ ಕಾಯಿಲೆಗಳು (ಓಟಿಟಿಸ್ ಮೀಡಿಯಾ, ಕೊಲೆಸ್ಟಿಯಾಟೋಮಾ, ಟ್ಯೂಪನಿಸ್ ಮೆಂಬ್ರೇನ್ ರಂಧ್ರ ಸೇರಿದಂತೆ), ಮೂಗಿನ ಸೆಪ್ಟಮ್ ಮತ್ತು ಮೂಗಿನ ಸೈನಸ್‌ಗಳಿಗೆ ಯಾವುದೇ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದೀರಾ ಅಥವಾ ಒಳಗಾಗಿದ್ದೀರಾ?   | Y | N | Y | N | Y | N |
| 8. ಥೈರಾಯ್ಡ್ ಪ್ರೊಫೈಲ್, ಲಿಪಿಡ್ ಪ್ರೊಫೈಲ್, ಟ್ರಿಗ್ಲೈಡ್ ಟೆಸ್ಟ್, ಆಂಜಿಯೋಗ್ರಫಿ, ಎಕೋಕಾರ್ಡಿಯೋಗ್ರಫಿ, ಎಂಡೋಸೋಪಿ, ಅಲ್ಟ್ರಾಸೌಂಡ್, ಸಿಟಿ ಸ್ಕ್ಯಾನ್ MRI, ಬಯಾಪ್ಸಿ ಮತ್ತು FNAC ಸಂಬಂಧಿತ ಯಾವುದೇ ಡಯಾಗ್ನೋಸ್ಟಿಕ್ ಪರೀಕ್ಷೆ ಅಥವಾ ತನಿಖೆ ಈ ಸದಸ್ಯರಿಗೆ ಪ್ರತಿಕೂಲ ಫಲಿತಾಂಶಗಳು ಬಂದಿವೆಯೇ? (ಪ್ರತಿಕೂಲ)   | Y | N | Y | N | Y | N |
| 9. ಅನುಪಮ ಮುಟ್ಟಿನ ಅಥವಾ ಅತಿಯಾದ ರಕ್ತಸ್ರಾವ, ಫೈಬ್ರಾಯ್ಡು ಉಳಿ, ಗರ್ಭಾಶಯ ಮತ್ತು ಗರ್ಭಕಂಠದ ಹಿಗ್ಗುವಿಕೆ, ಎಂಡೊಮೆಟ್ರಿಯೋಸಿಸ್, ಪಿಸಿಒಡಿ, ಗರ್ಭಾಶಯ ತೆಗೆಯುವಿಕೆ ಮುಂತಾದ ಯಾವುದೇ ಸ್ತ್ರೀರೋಗ ರೋಗಲಕ್ಷಣವನ್ನು ನೀವು ಹೊಂದಿದ್ದೀರಾ ಅಥವಾ ಹೊಂದಿದ್ದೀರಾ.   | Y | N | Y | N | Y | N |
| 10. ನೀವು ಮಲವಿಸರ್ಜನೆ ಮಾಡುವಾಗ ನೋವು, ಮಲದಲ್ಲಿ ರಕ್ತ, ಮೂಲವ್ಯಾಧಿ, ಗುಂದ ಮತ್ತು ಗುಂದನಾಳದ ಪ್ರದೇಶದ ಬಿರುಕು ಅಥವಾ ಫಿಸ್ಟುಲಾ ಅಥವಾ ಬಾವು, ತೊಡೆಯಲುಬಿನಲ್ಲಿ ಉಬ್ಬು, ಹರ್ನಿಯಾ, ಪ್ರಾಂಕ್ರಿಯಾಟೈಟಿಸ್, ಹೊಟ್ಟೆ ನೋವು, ಪಿತ್ತಕೋಶದ ಕಲ್ಲು, ಮೇದೋಜ್ವಲಕ ಗ್ರಂಥಿಯಲ್ಲಿ ಕಲ್ಲು, ಹುಣ್ಣು, ಸವೆತ ಮತ್ತು ಜಲರಾಂಗವ್ಯೂಹದಲ್ಲಿ ವಾರಿಸ್‌ಗಳಂತಹ ಯಾವುದೇ ಜಲರಗದಳಿನ ಕಾಯಿಲೆಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದೀರಾ ಅಥವಾ ಹೊಂದಿದ್ದೀರಾ? | Y | N | Y | N | Y | N |
| 11. ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಅಗತ್ಯವಿರುವ ಕ್ಷೀಣಿಸಿದ ದೃಷ್ಟಿ, ಕಣ್ಣಿನ ಪೊರೆ, ಗ್ಲುಕೋಮಾ, ರೆಟಿನಾದ ಬೇರ್ಪಡುವಿಕೆ ಮುಂತಾದ ಯಾವುದೇ ಕಣ್ಣಿನ ಕಾಯಿಲೆಯನ್ನು ನೀವು ಹೊಂದಿದ್ದೀರಾ ಅಥವಾ ಹೊಂದಿದ್ದೀರಾ.   | Y | N | Y | N | Y | N |
| 12. ನೀವು ಮೂತ್ರದಲ್ಲಿ ರಕ್ತ, ಮೂತ್ರ ವಿಸರ್ಜನೆ ಮಾಡುವಾಗ ನೋವು, ಆಗಾಗ್ಗೆ ಮೂತ್ರ ವಿಸರ್ಜನೆ, ಪ್ರಾಸ್ಟೇಟ್ ಹೈಪರ್‌ಪ್ಲಾಸಿಯಾ, ಮೂತ್ರಪಿಂಡದ ಕಲ್ಲು, ಹೈಡ್ರೋನೆಲ್, ಸ್ಟರ್ಮಟೋಸೆಲ್, ನೆಪ್ರಿಟಿಸ್ ಮುಂತಾದ ಯಾವುದೇ ಜನನಾಂಗ-ಮೂತ್ರದ ಕಾಯಿಲೆಯನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದೀರಾ.   | Y | N | Y | N | Y | N |
| 13. ನೀವು ಕೀಲು ನೋವು / ಮೋಣಕಾಲ ನೋವು, ಕೀಲು ಬದಲಿ, ಅಸ್ಥಿಸಂಧಿವಾತ, ಬೆನ್ನು ನೋವು, ಇಂಟರ್‌ವೆರ್ಟಿಬ್ರಲ್ ಡಿಸ್ಕ್ ಡಿಸಾರ್ಡರ್ಸ್ / ಸ್ಪೈನ್ ಡಿಸ್ಕ್ (PIVD ನಂತಹ), ಅಸ್ಥಿಯೊಪೊರೋಸಿಸ್, ಗೌಟ್, ರುಮಟಾಯ್ಡ್ ಸಂಧಿವಾತ, ಅಸ್ಥಿರಜ್ಜು ದುರಸ್ತಿಗಾಗಿ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆ (ACL ಹರಿದುಹೋಗುವಿಕೆ ಇತ್ಯಾದಿ) ನಂತಹ ಯಾವುದೇ ಮಸ್ಕಲ್ಸ್ ಲೋಸ್ಟೆಲಿಟಲ್ ಅಸ್ವಸ್ಥತೆಯನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದೀರಾ?                              | Y | N | Y | N | Y | N |

| ದಯವಿಟ್ಟು ಪ್ರತಿ ಅರ್ಜಿದಾರರಿಗೆ ಈ ಕೆಳಗಿನ ಪ್ರಶ್ನೆಗಳಿಗೆ ಉತ್ತರಿಸಿ.<br>ದಯವಿಟ್ಟು ಹೌದು (Y) ಅಥವಾ ಇಲ್ಲ (N) ಎಂದು ಗುರುತಿಸಿ  | ಅರ್ಜಿದಾರರ ಸಂಖ್ಯೆ |   |   |   |   |   |
|---|------------------|---|---|---|---|---|
|   | 1                | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| ವಿಮಾದಾರರ ವಯಸ್ಸು >= 51 ವರ್ಷಗಳು   |                  |   |   |   |   |   |
| 1. ನೀವು ಈ ಕೆಳಗಿನ ಯಾವುದೇ ಕಾಯಿಲೆಗಳಿಂದ ಬಳಲುತ್ತಿದ್ದೀರಾ?<br>a. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್/ಉಳಿಮಿಯಾ/ಮಾರಣಾಂತಿಕ ಗಡ್ಡೆ<br>b. ಹೃದಯ ಸಂಬಂಧಿ ಕಾಯಿಲೆಗಳು (ಹೃದಯಾಘಾತ, ಬೈಪಾಸ್ ಸರ್ಜರಿ ಇತ್ಯಾದಿ)<br>c. ಪ್ರಮುಖ ಅಂಗ ವೈಫಲ್ಯ (ಕಿಡ್ನಿ, ಲಿವರ್, ಹೃದಯ, ಶ್ವಾಸಕೋಶಗಳು, ಇತ್ಯಾದಿ.)<br>d. ನರವೈಜ್ಞಾನಿಕ ಕಾಯಿಲೆ/ಪಾರ್ಶ್ವವಾಯು/ಪಕ್ಷವಾತ<br>e. ದೀರ್ಘಕಾಲದ ಪ್ರತಿರೋಧಕ ಶ್ವಾಸಕೋಶದ ಕಾಯಿಲೆ (COPD) / ಉಲ್ಕಾಣಗೊಳ್ಳುತ್ತಿರುವ ಶ್ವಾಸಕೋಶದ ಕಾಯಿಲೆ<br>f. ಹೆಪಟೈಟಿಸ್ ಬಿ ಅಥವಾ ಸಿ, ದೀರ್ಘಕಾಲದ ಯಕೃತ್ತಿನ ಕಾಯಿಲೆ, ಕ್ರೋನ್ಸ್ ಕಾಯಿಲೆ, ಅಲ್ಕೋಹಾಳಿಕೋಶ ಕೊಲೈಟಿಸ್<br>g. ಕಠಿಣದ ಕೊರತೆಯ ರಕ್ತಹೀನತೆ ಹೊರತುಪಡಿಸಿ ಯಾವುದೇ ರಕ್ತಹೀನತೆ<br>h. ಟೈಪ್ 1 ಮಧುಮೇಹ | Y                | N | Y | N | Y | N |
| 2. ನಿಮಗೆ ಮಧುಮೇಹವಿದೆಯೇ?  | Y                | N | Y | N | Y | N |
| 3. ನಿಮಗೆ ಅಧಿಕ ರಕ್ತದೊತ್ತಡವಿದೆಯೇ?   | Y                | N | Y | N | Y | N |
| 4. ಅರ್ಜಿದಾರರ ಜೀವಿತಾವಧಿಯಲ್ಲಿ ಯಾವುದೇ ಜೀವ ವಿಮೆ, ಆರೋಗ್ಯ ವಿಮೆ, ಆಸ್ತಿತ್ವ ದೈನಂದಿನ ನಗದು ಅಥವಾ ಗೌಬ್ಲೀರ ಕಾಯಿಲೆ ವಿಮೆಯನ್ನು ಯಾವುದೇ ವಿಮಾ ಕಂಪನಿಯ ನಿರಾಕರಿಸಿದೆಯೇ, ಮುಂದೂಡಿದೆಯೇ, ಲೋಡ್ ಮಾಡಿದೆಯೇ ಅಥವಾ ಯಾವುದೇ ವಿಶೇಷ ಪತ್ರಗಳಿಗೆ ಒಳಪಡಿಸಿದೆಯೇ?   | Y                | N | Y | N | Y | N |
| 5. ಅರ್ಜಿದಾರರು ಎಂದಾದರೂ ಯಾವುದೇ ಮಾನಸಿಕ / ಮನೋವೈದ್ಯಕೀಯ ಕಾಯಿಲೆಗಳಿಗೆ ಒಳಗಾಗಿದ್ದಾರೆಯೇ ಅಥವಾ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಪಡೆದಿದ್ದಾರೆಯೇ?   | Y                | N | Y | N | Y | N |
| 6. ಒಂದು ವಾರಕ್ಕಿಂತ ಹೆಚ್ಚು ಕಾಲ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಅಗತ್ಯವಿರುವ ಕಾಯಿಲೆಯಿಂದ ಎಂದಾದರೂ ಬಳಲಿದ್ದೀರಾ? ಎಂದಾದರೂ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಒಳಗಾಗಿದ್ದೀರಾ? ಅಥವಾ ಸಲಹೆ ನೀಡಲಾಗಿದೆಯೇ? ಪ್ರಸ್ತುತ ಯಾವುದೇ ಫಾಲೋ ಅಪ್‌ಪಲ್ಲಿದ್ದೀರಾ ಅಥವಾ ಯಾವುದೇ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಾಗಿ ಕಾಯುತ್ತಿದ್ದೀರಾ?   | Y                | N | Y | N | Y | N |
| 7. ನಿಮಗೆ ಟಾನ್‌ಲೀ ಮತ್ತು ಅಡೆನಾಯ್ಡು ಉಳಿ, ಕಿವಿಯಿಂದ ಸ್ವಾವ, ಮಧ್ಯಮ ಕಿವಿಯಲ್ಲಿ ಸಮಸ್ಯೆ ಮತ್ತು ಮಸ್ಕಲ್ಸ್ ಕಾಯಿಲೆಗಳು (ಓಟಿಟಿಸ್ ಮೀಡಿಯಾ, ಕೊಲೆಸ್ಟಿಯಾಟೋಮಾ, ಟ್ಯೂಪನಿಸ್ ಮೆಂಬ್ರೇನ್ ರಂಧ್ರ ಸೇರಿದಂತೆ), ಮೂಗಿನ ಸೆಪ್ಟಮ್ ಮತ್ತು ಮೂಗಿನ ಸೈನಸ್‌ಗಳಿಗೆ ಯಾವುದೇ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದೀರಾ ಅಥವಾ ಒಳಗಾಗಿದ್ದೀರಾ?   | Y                | N | Y | N | Y | N |
| 8. ಥೈರಾಯ್ಡ್ ಪ್ರೊಫೈಲ್, ಲಿಪಿಡ್ ಪ್ರೊಫೈಲ್, ಟ್ರಿಗ್ಲೈಡ್ ಟೆಸ್ಟ್, ಆಂಜಿಯೋಗ್ರಫಿ, ಎಕೋಕಾರ್ಡಿಯೋಗ್ರಫಿ, ಎಂಡೋಸೋಪಿ, ಅಲ್ಟ್ರಾಸೌಂಡ್, ಸಿಟಿ ಸ್ಕ್ಯಾನ್ MRI, ಬಯಾಪ್ಸಿ ಮತ್ತು FNAC ಸಂಬಂಧಿತ ಯಾವುದೇ ಡಯಾಗ್ನೋಸ್ಟಿಕ್ ಪರೀಕ್ಷೆ ಅಥವಾ ತನಿಖೆ ಈ ಸದಸ್ಯರಿಗೆ ಪ್ರತಿಕೂಲ ಫಲಿತಾಂಶಗಳು ಬಂದಿವೆಯೇ? (ಪ್ರತಿಕೂಲ)   | Y                | N | Y | N | Y | N |
| 9. ಅನುಪಮ ಮುಟ್ಟಿನ ಅಥವಾ ಅತಿಯಾದ ರಕ್ತಸ್ರಾವ, ಫೈಬ್ರಾಯ್ಡು ಉಳಿ, ಗರ್ಭಾಶಯ ಮತ್ತು ಗರ್ಭಕಂಠದ ಹಿಗ್ಗುವಿಕೆ, ಎಂಡೊಮೆಟ್ರಿಯೋಸಿಸ್, ಪಿಸಿಒಡಿ, ಗರ್ಭಾಶಯ ತೆಗೆಯುವಿಕೆ ಮುಂತಾದ ಯಾವುದೇ ಸ್ತ್ರೀರೋಗ ರೋಗಲಕ್ಷಣವನ್ನು ನೀವು ಹೊಂದಿದ್ದೀರಾ ಅಥವಾ ಹೊಂದಿದ್ದೀರಾ.   | Y                | N | Y | N | Y | N |
| 10. ನೀವು ಮಲವಿಸರ್ಜನೆ ಮಾಡುವಾಗ ನೋವು, ಮಲದಲ್ಲಿ ರಕ್ತ, ಮೂಲವ್ಯಾಧಿ, ಗುಂದ ಮತ್ತು ಗುಂದನಾಳದ ಪ್ರದೇಶದ ಬಿರುಕು ಅಥವಾ ಫಿಸ್ಟುಲಾ ಅಥವಾ ಬಾವು, ತೊಡೆಯಲುಬಿನಲ್ಲಿ ಉಬ್ಬು, ಹರ್ನಿಯಾ, ಪ್ರಾಂಕ್ರಿಯಾಟೈಟಿಸ್, ಹೊಟ್ಟೆ ನೋವು, ಪಿತ್ತಕೋಶದ ಕಲ್ಲು, ಮೇದೋಜ್ವಲಕ ಗ್ರಂಥಿಯಲ್ಲಿ ಕಲ್ಲು, ಹುಣ್ಣು, ಸವೆತ ಮತ್ತು ಜಲರಾಂಗವ್ಯೂಹದಲ್ಲಿ ವಾರಿಸ್‌ಗಳಂತಹ ಯಾವುದೇ ಜಲರಗದಳಿನ ಕಾಯಿಲೆಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದೀರಾ ಅಥವಾ ಹೊಂದಿದ್ದೀರಾ?   | Y                | N | Y | N | Y | N |
| 11. ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಅಗತ್ಯವಿರುವ ಕ್ಷೀಣಿಸಿದ ದೃಷ್ಟಿ, ಕಣ್ಣಿನ ಪೊರೆ, ಗ್ಲುಕೋಮಾ, ರೆಟಿನಾದ ಬೇರ್ಪಡುವಿಕೆ ಮುಂತಾದ ಯಾವುದೇ ಕಣ್ಣಿನ ಕಾಯಿಲೆಯನ್ನು ನೀವು ಹೊಂದಿದ್ದೀರಾ ಅಥವಾ ಹೊಂದಿದ್ದೀರಾ.   | Y                | N | Y | N | Y | N |
| 12. ನೀವು ಮೂತ್ರದಲ್ಲಿ ರಕ್ತ, ಮೂತ್ರ ವಿಸರ್ಜನೆ ಮಾಡುವಾಗ ನೋವು, ಆಗಾಗ್ಗೆ ಮೂತ್ರ ವಿಸರ್ಜನೆ, ಪ್ರಾಸ್ಟೇಟ್ ಹೈಪರ್‌ಪ್ಲಾಸಿಯಾ, ಮೂತ್ರಪಿಂಡದ ಕಲ್ಲು, ಹೈಡ್ರೋನೆಲ್, ಸ್ಟರ್ಮಟೋಸೆಲ್, ನೆಪ್ರಿಟಿಸ್ ಮುಂತಾದ ಯಾವುದೇ ಜನನಾಂಗ-ಮೂತ್ರದ ಕಾಯಿಲೆಯನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದೀರಾ.   | Y                | N | Y | N | Y | N |
| 13. ನೀವು ಕೀಲು ನೋವು / ಮೋಣಕಾಲ ನೋವು, ಕೀಲು ಬದಲಿ, ಅಸ್ಥಿಸಂಧಿವಾತ, ಬೆನ್ನು ನೋವು, ಇಂಟರ್‌ವೆರ್ಟಿಬ್ರಲ್ ಡಿಸ್ಕ್ ಡಿಸಾರ್ಡರ್ಸ್ / ಸ್ಪೈನ್ ಡಿಸ್ಕ್ (PIVD ನಂತಹ), ಅಸ್ಥಿಯೊಪೊರೋಸಿಸ್, ಗೌಟ್, ರುಮಟಾಯ್ಡ್ ಸಂಧಿವಾತ, ಅಸ್ಥಿರಜ್ಜು ದುರಸ್ತಿಗಾಗಿ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆ (ACL ಹರಿದುಹೋಗುವಿಕೆ ಇತ್ಯಾದಿ) ನಂತಹ ಯಾವುದೇ ಮಸ್ಕಲ್ಸ್ ಲೋಸ್ಟೆಲಿಟಲ್ ಅಸ್ವಸ್ಥತೆಯನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದೀರಾ?  | Y                | N | Y | N | Y | N |
| 14. ನೀವು ಕೆಳ ಅಂಗಗಳಲ್ಲಿ ನೋವು ಅಥವಾ ಉತ, ಕೆಳ ತುದಿಗಳ ಉಬ್ಬಿರುವ ರಕ್ತನಾಳಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದೀರಾ ಅಥವಾ ಹೊಂದಿದ್ದೀರಾ   | Y                | N | Y | N | Y | N |
| 15. ನೀವು ಎಲ್ಲಾ ಆಂತರಿಕ ಅಥವಾ ಬಾಹ್ಯ ಹಾನಿಕರವಲ್ಲದ ಅಥವಾ ನಿಯೋಪ್ಲಾಸ್ಮಾ / ಗೆಡ್ಡೆಗಳು, ಸಿಸ್ಟ್, ಸೈನಸ್, ಪಾಲಿಪ್, ಗಂಟುಗಳು, ಮಾಸ್ ಅಥವಾ ಗಡ್ಡೆಗಳು, ಹುಣ್ಣು, ಸವೆತ ಮತ್ತು ಜಲರಾಂಗವ್ಯೂಹದ ಹುಣ್ಣು, ಸವೆತ ಹೊಂದಿದ್ದೀರಾ ಅಥವಾ ಉಬ್ಬಿರುವ ರಕ್ತನಾಳಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದೀರಾ.   | Y                | N | Y | N | Y | N |

| ವಿಭಾಗ ಬಿ:<br>(ಅರ್ಜಿದಾರರು ಧೂಮಪಾನ ಮಾಡಿದರೆ ಅಥವಾ ತಂಬಾಕು /ಗುಟ್ಟಾ/ಪಾನ್ ಮಸಾಲಾ ಅಥವಾ ಮದ್ಯ ಸೇವಿಸಿದರೆ ಮಾತ್ರ ಈ ವಿಭಾಗವನ್ನು ಭರ್ತಿಮಾಡಿ) | i. ತಂಬಾಕು / ಗುಟ್ಟಾ / ಪಾನ್ ಮಸಾಲಾ ಜಗಿಯುವ ಅಭ್ಯಾಸವೇಯಾದರೆ, ದಯವಿಟ್ಟು ದಿನಕ್ಕೆ ಎಷ್ಟು ಪೊಟ್ಟಣಗಳನ್ನು ಸೇವಿಸುವಿರಿ ಎಂದು ತಿಳಿಸಿ |      | ii. ಮದ್ಯ ಹೌದು ಎಂದಾದರೆ, ದಯವಿಟ್ಟು ವಾರಕ್ಕೆ ಎಷ್ಟು ಮಿಲಿ ಸೇವಿಸುವಿರಿ ಎಂದು ತಿಳಿಸಿ |       |                     | iii. ಸಿಗರೇಟ್ / ಬೀಡಿ / ಸಿಗಾರ್ ಹೌದು ಎಂದಾದರೆ, ದಯವಿಟ್ಟು ದಿನಕ್ಕೆ ಎಷ್ಟು ಸೇವಿಸುವಿರಿ ಎಂದು ತಿಳಿಸಿ |      |
|--|--|------|---|-------|---------------------|--|------|
|  | 1-10   | > 10 | <= 450  | > 450 | ಪ್ರತಿದಿನ ಕುಡಿಯುವವರು | 1-10   | > 10 |
| ಅರ್ಜಿದಾರರು 1   |  |      |   |       |                     |  |      |
| ಅರ್ಜಿದಾರರು 2   |  |      |   |       |                     |  |      |
| ಅರ್ಜಿದಾರರು 3   |  |      |   |       |                     |  |      |
| ಅರ್ಜಿದಾರರು 4   |  |      |   |       |                     |  |      |
| ಅರ್ಜಿದಾರರು 5   |  |      |   |       |                     |  |      |
| ಅರ್ಜಿದಾರರು 6   |  |      |   |       |                     |  |      |

| ವಿಭಾಗ C: ಮೇಲಿನ ವಿಭಾಗದಲ್ಲಿ ಹೌದು (Y) ಎಂದು ಗುರುತಿಸಲಾದ ಪ್ರಶ್ನೆಗಳಿಗೆ, ದಯವಿಟ್ಟು ಈ ಕೆಳಗಿನ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ನಿರ್ದಿಷ್ಟಪಡಿಸಿ: |   |                                     |             |                     |                             |              |           |        |   |  |                                |
|--|---|-------------------------------------|-------------|---------------------|-----------------------------|--------------|-----------|--------|---|--|--------------------------------|
| ಅರ್ಜಿದಾರರ ಸಂಖ್ಯೆ   | ರೋಗಲಕ್ಷಣ(ಗಳು) ಅಥವಾ ತನಿಖೆ(ಗಳು) ಅಥವಾ ರೋಗನಿರ್ಣಯ ಅಥವಾ ಒಳಗಾದ ವಿಧಾನ / ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ವಿವರಗಳು |                                     |             |                     |                             | ಸ್ಥಿತಿಯ ಅವಧಿ | ಔಷಧಿ(ಗಳು) | ಡೋಸೇಜ್ | ಪ್ರಸ್ತುತ ಸ್ಥಿತಿ (ಉದಾ. ಚೇತರಿಕೆ ಅಥವಾ ನಡೆಯುತ್ತಿರುವ ಚಿಕಿತ್ಸೆ) | ಚಿಕಿತ್ಸೆ ನೀಡುತ್ತಿರುವ ವೈದ್ಯರ ಹೆಸರು ಮತ್ತು ಸಂಪರ್ಕ ವಿವರಗಳು | ಸಲ್ಲಿಸಿದ ದಾಖಲೆಗಳು (ಹೌದು /ಇಲ್ಲ) |
|  | ಮಧುಮೇಹ HbA1c ಮಟ್ಟವಿದ್ದರೆ  | ಹೆಚ್ಚಿನ ರಕ್ತದೊತ್ತಡ ಬಿಪಿ ಮಟ್ಟವಿದ್ದರೆ |             | ಇತರೆ ಯಾವುದೇ ವಿವರಗಳು | ಪ್ರಾರಂಭ ದಿನಾಂಕ (DD/MM/YYYY) |              |           |        |   |  |                                |
|  |   | ಸಿಸ್ಟೋಲಿಕ್                          | ಡಯಾಸ್ಟೋಲಿಕ್ |                     |                             |              |           |        |   |  |                                |
|  |   |                                     |             |                     |                             |              |           |        |   |  |                                |
|  |   |                                     |             |                     |                             |              |           |        |   |  |                                |
|  |   |                                     |             |                     |                             |              |           |        |   |  |                                |
|  |   |                                     |             |                     |                             |              |           |        |   |  |                                |
|  |   |                                     |             |                     |                             |              |           |        |   |  |                                |
|  |   |                                     |             |                     |                             |              |           |        |   |  |                                |
|  |   |                                     |             |                     |                             |              |           |        |   |  |                                |
|  |   |                                     |             |                     |                             |              |           |        |   |  |                                |
|  |   |                                     |             |                     |                             |              |           |        |   |  |                                |

**7.ಘೋಷಣೆ (ದಯವಿಟ್ಟು ಪ್ರಸ್ತಾವನೆ ಅರ್ಜಿಗೆ ಸಹಿ ಮಾಡುವ ಮೊದಲು ಎಚ್ಚರಿಕೆಯಿಂದ ಓದಿ ಮತ್ತು ಪ್ರತಿಯೊಂದರ ವಿರುದ್ಧ ಚೆಕ್ ಗುರುತು ಹಾಕಿ)**

- ನಾನು ಈ ಮೂಲಕ, ನನ್ನ ಪರವಾಗಿ ಮತ್ತು ವಿಮೆ ಮಾಡಲು ಉದ್ದೇಶಿಸಿರುವ ಎಲ್ಲಾ ವ್ಯಕ್ತಿಗಳ ಪರವಾಗಿ, ನನ್ನ ಜ್ಞಾನದ ಮಟ್ಟಿಗೆ ಮೇಲಿನ ಹೇಳಿಕೆಗಳು, ಉತ್ತರಗಳು ಮತ್ತು / ಅಥವಾ ವಿವರಗಳು ಎಲ್ಲಾ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ಸತ್ಯ ಮತ್ತು ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿವೆ ಮತ್ತು ಈ ಇತರ ವ್ಯಕ್ತಿಗಳ ಪರವಾಗಿ ಪ್ರಸ್ತಾಪಿಸಲು ನನಗೆ ಅಧಿಕಾರವಿದೆ ಎಂದು ನಾನು ಘೋಷಿಸುತ್ತೇನೆ
- ನಾನು ಒದಗಿಸಿದ ಮಾಹಿತಿಯು ವಿಮಾ ಪಾಲಿಸಿಯ ಆಧಾರವಾಗುತ್ತದೆ, ಇದು ವಿಮಾದಾತರ ಮಂಡಳಿಯ ಅನುಮೋದಿಸಿದ ಅಂಡರ್ ರೈಟಿಂಗ್ ಪಾಲಿಸಿಗೆ ಒಳಪಟ್ಟಿರುತ್ತದೆ ಮತ್ತು ವಿಧಿಸಬಹುದಾದ ಪ್ರೀಮಿಯಂ ಅನ್ನು ಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಪಾವತಿಸಿದ ನಂತರವೇ ಪಾಲಿಸಿ ಜಾರಿಗೆ ಬರುತ್ತದೆ ಎಂದು ನಾನು ಅರ್ಥಮಾಡಿಕೊಂಡಿದ್ದೇನೆ.
- ಪ್ರಸ್ತಾವನೆಯನ್ನು ಸಲ್ಲಿಸಿದ ನಂತರ ಆದರೆ ಕಂಪನಿಯ ಅಪಾಯ ಸ್ವೀಕಾರದ ಸಂವಹನಕ್ಕೆ ಮುಂಚಿತವಾಗಿ ವಿಮೆದಾರರ / ಪ್ರಸ್ತಾವಕರ ಉದ್ಯೋಗ ಅಥವಾ ಸಾಮಾನ್ಯ ಆರೋಗ್ಯದಲ್ಲಿ ಸಂಭವಿಸುವ ಯಾವುದೇ ಬದಲಾವಣೆಯನ್ನು ನಾನು ಲಿಖಿತವಾಗಿ ತಿಳಿಸುತ್ತೇನೆ ಎಂದು ನಾನು ಮತ್ತಷ್ಟು ಘೋಷಿಸುತ್ತೇನೆ.
- ವಿಮಾದಾರರು/ ಪ್ರಸ್ತಾವಕರ ಯಾವುದೇ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಹಾಜರಾದ ಯಾವುದೇ ವೈದ್ಯರು ಅಥವಾ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಿಂದ ಅಥವಾ ವಿಮೆದಾರರು/ ಪ್ರಸ್ತಾವಕರ ದೈಹಿಕ ಅಥವಾ ಮಾನಸಿಕ ಆರೋಗ್ಯದ ಮೇಲೆ ಪರಿಣಾಮ ಬೀರುವ ಯಾವುದನ್ನಾದರೂ ಕುರಿತು ಯಾವುದೇ ಹಿಂದಿನ ಅಥವಾ ಪ್ರಸ್ತುತ ಉದ್ಯೋಗದಾತರಿಂದ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಪಡೆಯಲು ನಾನು ಕಂಪನಿಗೆ ಸಮ್ಮತಿಸುತ್ತೇನೆ ಎಂದು ನಾನು ಘೋಷಿಸುತ್ತೇನೆ ಮತ್ತು ವಿಮಾದಾರರು/ಪ್ರಸ್ತಾವಕರ ಮೇಲಿನ ವಿಮೆಗಾಗಿ ಅರ್ಜಿಯನ್ನು ಸಲ್ಲಿಸಿದ ಯಾವುದೇ ವಿಮಾದಾರರಿಂದ ಪ್ರಸ್ತಾವನೆಯನ್ನು ಅಂಡರ್ ರೈಟ್ ಮಾಡಲು ಮತ್ತು / ಅಥವಾ ಕ್ಲೈಮ್ ಇತ್ಯರ್ಥಕ್ಕಾಗಿ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಪಡೆಯಲು ಅಧಿಕಾರ ನೀಡುತ್ತೇನೆ.
- ಪ್ರಸ್ತಾವನೆಯನ್ನು ಅಂಡರ್ ರೈಟ್ ಮಾಡುವ ಮತ್ತು / ಅಥವಾ ಕ್ಲೈಮ್ ಮಾಡುವ ಏಕೈಕ ಉದ್ದೇಶಕ್ಕಾಗಿ ಮತ್ತು ಯಾವುದೇ ಸರ್ಕಾರಿ ಮತ್ತು / ಅಥವಾ ನಿಯಂತ್ರಕ ಪ್ರಾಧಿಕಾರದೊಂದಿಗೆ ವಿಮೆದಾರರು / ಪ್ರಸ್ತಾವಕರ ವೈದ್ಯಕೀಯ ದಾಖಲೆಗಳು ಸೇರಿದಂತೆ ನನ್ನ ಪ್ರಸ್ತಾವನೆಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಹಂಚಿಕೊಳ್ಳಲು ನಾನು ಕಂಪನಿಗೆ ಅಧಿಕಾರ ನೀಡುತ್ತೇನೆ.
- ನಮ್ಮ ನೋಂದಾಯಿತ ಪೂರೈಕೆದಾರರೊಂದಿಗೆ ಸೇವಾ ವಿತರಣೆಯ ಏಕೈಕ ಉದ್ದೇಶಕ್ಕಾಗಿ ವಿಮಾದಾರರು/ ಪ್ರಸ್ತಾವಕರ ವೈದ್ಯಕೀಯ ದಾಖಲೆಗಳು ಸೇರಿದಂತೆ ನನ್ನ / ನಮ್ಮ ಪ್ರಸ್ತಾವನೆಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಹಂಚಿಕೊಳ್ಳಲು ನಾನು / ನಾವು ಕಂಪನಿಗೆ ಅಧಿಕಾರ ನೀಡುತ್ತೇನೆ/ವೆ.

ದಿನಾಂಕ  ಸ್ಥಳ  ಪ್ರಸ್ತಾವಕರ ಸಹಿ

### 8. ಸ್ಥಳೀಯ ಭಾಷಾ ಘೋಷಣೆ

(ಪ್ರಸ್ತಾವಕರು ಮಾತೃಭಾಷೆಯಲ್ಲಿ ಸಹಿ ಮಾಡಿದರೆ ಪ್ರಮಾಣೀಕರಣ (ಕಂಪನಿಯ ಏಜೆಂಟ್ / ಉದ್ಯೋಗಿ ಹೊರತುಪಡಿಸಿ ಬೇರೆಯವರು ಸಾಕ್ಷಿಯಾಗಬೇಕು).

ಈ ಅರ್ಜಿಯಲ್ಲಿನ ವಿಷಯ ಮತ್ತು ಅದರ ವಿವರಗಳನ್ನು ನಾನು ಮಾತೃಭಾಷೆಯಲ್ಲಿ ಪ್ರಸ್ತಾವಕರಿಗೆ ವಿವರಿಸಿದ್ದೇನೆ, ಅವರು ಅದನ್ನು ಅರ್ಥಮಾಡಿಕೊಂಡಿದ್ದಾರೆ ಮತ್ತು ದೃಢಪಡಿಸಿದ್ದಾರೆ:

ಪ್ರಮಾಣೀಕರಿಸುವ ವ್ಯಕ್ತಿಯ ಹೆಸರು:  ಪ್ರಮಾಣೀಕರಿಸುವ ವ್ಯಕ್ತಿಯ ಸಹಿ:  ಪ್ರಮಾಣೀಕರಿಸುವ ವ್ಯಕ್ತಿಯ ಮೊಬೈಲ್ ಸಂಖ್ಯೆ:

ಸಾಕ್ಷಿದಾರರ ಹೆಸರು  ಸಾಕ್ಷಿದಾರರ ಸಹಿ  ಸಾಕ್ಷಿದಾರರ ಮೊಬೈಲ್ ಸಂಖ್ಯೆ:

ಪ್ರಸ್ತಾವಕರ ಸಹಿ

### 9. ಪ್ರಸ್ತಾವಕರ ಘೋಷಣೆ

(ಯಾವುದೇ ಕಾರಣಕ್ಕಾಗಿ, ಪ್ರಸ್ತಾವನೆ ಮತ್ತು ಇತರ ಪೂರಕ ಪೇಪರ್‌ಗಳನ್ನು ಪ್ರಸ್ತಾವಕರು ಭರ್ತಿ ಮಾಡದಿದ್ದರೆ ಪ್ರಮಾಣೀಕರಣ). ಪ್ರಸ್ತಾವನೆ ಅರ್ಜಿ ಮತ್ತು ಸಂಪರ್ಕಿತ ದಾಖಲೆಗಳ ವಿಷಯಗಳನ್ನು ನನಗೆ ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ವಿವರಿಸಲಾಗಿದೆ ಮತ್ತು ಪ್ರಸ್ತಾವಿತ ಒಪ್ಪಂದದ ಮಹತ್ವವನ್ನು ನಾನು ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಅರ್ಥಮಾಡಿಕೊಂಡಿದ್ದೇನೆ. ನನ್ನ ಸೂಚನೆಯ ಮೇರೆಗೆ \_\_\_\_\_ ನಿಂದ ಪ್ರಸ್ತಾವನೆ ಅರ್ಜಿಯನ್ನು ಭರ್ತಿ ಮಾಡಲಾಗಿದೆ ಮತ್ತು ಅದು ಸರಿಯಾಗಿದೆ ಹಾಗೂ ಪೂರ್ಣವಾಗಿದೆ ಎಂದು ನಾನು ಕಂಡುಕೊಂಡಿದ್ದೇನೆ.

ಪ್ರಸ್ತಾವಕರ ಸಹಿ

### 10. ಪ್ರೀಮಿಯಂ ವಿವರಗಳು (ಕಚೇರಿ ಬಳಕೆಗೆ ಮಾತ್ರ)

ಪ್ರೀಮಿಯಂ ಪಾವತಿ ಆಯ್ಕೆ  ಬೆಕ್  ಡಿಮ್ಯಾಂಡ್ ಡ್ರಾಫ್ಟ್  ಕ್ರೆಡಿಟ್ ಕಾರ್ಡ್ / ಡೆಬಿಟ್ ಕಾರ್ಡ್  ನೆಟ್ ಬ್ಯಾಂಕಿಂಗ್  ನಗದು  ಇತರೆ

ಪ್ರೀಮಿಯಂ ಮೊತ್ತ  ಅನ್ವೇಷಣೆ ಪಾವತಿ ವಹಿವಾಟು ಐಡಿ:  ದಿನಾಂಕ

ಬ್ಯಾಂಕ್ ಹೆಸರು / ಶಾಖೆ  ನಿವಾ ಭೂಪಾ ಶಾಖೆಯ ಸ್ಥಳ

ಕೋಡ್ ಸಂಖ್ಯೆ  ಉದ್ಯಮವನ್ನು ಪಡೆದವರು: ಸಲಹೆಗಾರ / DST / ಕಾರ್ಪೊರೇಟ್ ಐಜಿಎನ್ / ಇತರ ಚಾನೆಲ್‌ಗಳು

ಕೋಡ್ ಸಂಖ್ಯೆ

ಹೆಸರು

ಪ್ರಸ್ತಾವನೆಯನ್ನು ಸ್ವೀಕರಿಸಿದ ದಿನಾಂಕ:  ಗ್ರಾಹಕ ID:

ಪ್ರಸ್ತಾವಕರು ಅಥವಾ ಅರ್ಜಿದಾರರು ಸಿಬ್ಬಂದಿಯೇ?  ಹೌದು  ಇಲ್ಲ

### 11. ಬ್ಯಾಂಕಾಸೂರೆನ್ಸ್ ಚಾನೆಲ್‌ಗಾಗಿ ಹೆಚ್ಚುವರಿ ವಿವರಗಳು (ಕಚೇರಿ ಬಳಕೆಗೆ ಮಾತ್ರ)

ಶಾಖಾ ಕೋಡ್  SP ಕೋಡ್  RM/LG ಕೋಡ್

C ಗ್ರಾಹಕರ ಖಾತೆ ಸಂಖ್ಯೆ

### 12. ವಿಮಾ ಸಲಹೆಗಾರರ ವರದಿ (ಕಚೇರಿ ಬಳಕೆಗೆ ಮಾತ್ರ)

ನಾನು, ಕಾರ್ಪೊರೇಟ್ ಏಜೆಂಟ್ ವಿಮಾ ಸಲಹೆಗಾರ / ನಿರ್ದಿಷ್ಟಪಡಿಸಿದ ವ್ಯಕ್ತಿ / ಬೋರ್ಡರ್ ಅಧಿಕೃತ ಉದ್ಯೋಗಿ / ಸಂಬಂಧಪಟ್ಟ ಅಧಿಕಾರಿಯಾಗಿ, ಈ ಪ್ರಸ್ತಾವನೆ ಅರ್ಜಿಯಲ್ಲಿರುವ ಪ್ರಶ್ನೆಗಳ ಸ್ವರೂಪವನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಂತೆ ಈ ಪ್ರಸ್ತಾವನೆ ಅರ್ಜಿಯಲ್ಲಿರುವ ಎಲ್ಲಾ ವಿಷಯಗಳನ್ನು ವಿವರಿಸಿದ್ದೇನೆ ಎಂದು ನಾನು ಈ ಮೂಲಕ ಘೋಷಿಸುತ್ತೇನೆ. ಕಂಪನಿ ಮತ್ತು ಪ್ರಸ್ತಾವಕರ ನಡುವಿನ ವಿಮಾ ಒಪ್ಪಂದದ ಆಧಾರವಾಗಿದ್ದು, ಈ ಪ್ರಸ್ತಾವನೆಯನ್ನು ಪಾಲಿಸಿ ನೀಡಿಕೆಗಾಗಿ ಕಂಪನಿಯು ಸ್ವೀಕರಿಸಿದರೆ, ಈ ಪ್ರಸ್ತಾವನೆ ಅರ್ಜಿಯಲ್ಲಿ ಅವನು/ ಅವಳು ಸಲ್ಲಿಸಿದ ಹೇಳಿಕೆ (ಗಳು), ಮಾಹಿತಿ ಮತ್ತು ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆ (ಗಳು) ಇಲ್ಲಿರುವ ಪ್ರಶ್ನೆಗಳಿಗೆ ಅಥವಾ ಇಲ್ಲಿ ಕೋರಿದ ಯಾವುದೇ ವಿವರಗಳನ್ನು ನೀಡಲಾಗುತ್ತದೆ.

ಈ ಪ್ರಸ್ತಾವನೆ ಅರ್ಜಿ / ಅನುಬಂಧ (ಗಳು), ಪ್ರಮಾಣಪತ್ರಗಳು, ಹೇಳಿಕೆಗಳು, ಸಲ್ಲಿಕೆಗಳು, ಒದಗಿಸಿದ / ಒದಗಿಸಬೇಕಾದ ಹೇಳಿಕೆಗಳು / ಮಾಹಿತಿ / ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆ (ಗಳು) ತಪ್ಪಾಗಿದ್ದರೆ ಮತ್ತು ಯಾವುದೇ ವಸ್ತು ಸಂಗತಿಯನ್ನು ಬಹಿರಂಗಪಡಿಸದಿದ್ದರೆ, ಅವನು / ಅವಳು ಪರವಾಗಿ ನೀಡಲಾದ ಪಾಲಿಸಿಯನ್ನು ಕಂಪನಿಯು ರದ್ದು ಮತ್ತು ಅನುರೂಪತೆವೆಂದು ಪರಿಗಣಿಸಬಹುದು ಮತ್ತು ಪಾಲಿಸಿಯ ಅಡಿಯಲ್ಲಿ ಪಾವತಿಸಿದ ಎಲ್ಲಾ ಪ್ರೀಮಿಯಂಗಳನ್ನು ಕಂಪನಿಗೆ ಮುಟ್ಟುಗೋಲು ಹಾಕಿಕೊಳ್ಳಬಹುದು ಎಂದು ನಾನು ಮತ್ತಷ್ಟು ವಿವರಿಸಿದ್ದೇನೆ.

ದಿನಾಂಕ  ವಿಮಾ ಸಲಹೆಗಾರರ ಸಹಿ

### 13. ಶಾಸನಬದ್ಧ ಎಚ್ಚರಿಕೆ

ರಿಯಾಯಿತಿಗಳ ನಿಷೇಧ (ವಿಮಾ ಕಾಯಿದೆ 1938 ರ ಸೆಕ್ಷನ್ 41 ರ ಅಡಿಯಲ್ಲಿ)

- ಭಾರತದಲ್ಲಿ, ಯಾವುದೇ ವ್ಯಕ್ತಿಯು ಜೀವ ಅಥವಾ ಆಸ್ತಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಯಾವುದೇ ರೀತಿಯ ಅಪಾಯಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ವಿಮೆಯನ್ನು ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳಲು ಅಥವಾ ನವೀಕರಿಸಲು ಅಥವಾ ಮುಂದುವರಿಸಲು ಪ್ರೇರೇಪಿಸುವ ಸಲುವಾಗಿ, ನೇರವಾಗಿ ಅಥವಾ ಪರೋಕ್ಷವಾಗಿ, ಅನುಮತಿಸಬಾರದು ಅಥವಾ ನೀಡಬಾರದು. ವಿಮಾದಾರರ ಪ್ರಕಟಿತ ನಿರೀಕ್ಷಿತ ಅಥವಾ ಕೋಷ್ಟಕಗಳಿಗೆ ಅನುಗುಣವಾಗಿ ಅನುಮತಿಸಬಹುದಾದ ರಿಯಾಯಿತಿ ಹೊರತುಪಡಿಸಿ ಪಾವತಿಸಬೇಕಾದ ಕಮಿಷನ್ ಸಂಪೂರ್ಣ ಅಥವಾ ಭಾಗಶಃ ರಿಯಾಯಿತಿ ಅಥವಾ ಪಾಲಿಸಿಯಲ್ಲಿ ತೋರಿಸಿರುವ ಪ್ರೀಮಿಯಂನ ಯಾವುದೇ ರಿಯಾಯಿತಿ, ಅಥವಾ ಪಾಲಿಸಿಯನ್ನು ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳುವ ಅಥವಾ ನವೀಕರಿಸುವ ಅಥವಾ ಮುಂದುವರಿಸುವ ಯಾವುದೇ ವ್ಯಕ್ತಿಯು ಯಾವುದೇ ರಿಯಾಯಿತಿಯನ್ನು ಸ್ವೀಕರಿಸಬಾರದು.
- ಈ ವಿಭಾಗದ ನಿಬಂಧನೆಗಳನ್ನು ಅನುಸರಿಸಲು ಬದ್ಧರಾಗಿರದ ಯಾವುದೇ ವ್ಯಕ್ತಿಯು ಹತ್ತು ಲಕ್ಷ ರೂಪಾಯಿಗಳವರೆಗೆ ವಿಸ್ತರಿಸಬಹುದಾದ ದಂಡಕ್ಕೆ ಹೊಣೆಗಾರರಾಗುತ್ತಾರೆ.

### 14. ಗ್ರಾಮೀಣ ಮತ್ತು ಸಾಮಾಜಿಕ ವಲಯದ ವರ್ಗ (ಅನ್ವಯಿಸಿದರೆ):

ಆಶಾ ಕಾರ್ಯಕರ್ತೆ

MGNREGA ಕಾರ್ಯಕರ್ತೆ

### 15. ABHA ID

| ಸದಸ್ಯರ ಹೆಸರು | ನಿಮ್ಮ ಬಳಿ ABHA ID ಇದೆಯೇ?                                    | ABHA ID              | ABHA ಮೂಲಕ ವಿಮಾದಾರರು / TPA ಗಳೊಂದಿಗೆ ವೈದ್ಯಕೀಯ ದಾಖಲೆಗಳನ್ನು ಹಂಚಿಕೊಳ್ಳಲು ಸಮ್ಮತಿ |
|--------------|---|----------------------|--|
|              | <input type="checkbox"/> ಹೌದು <input type="checkbox"/> ಇಲ್ಲ | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> ಹೌದು <input type="checkbox"/> ಇಲ್ಲ                |
|              | <input type="checkbox"/> ಹೌದು <input type="checkbox"/> ಇಲ್ಲ | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> ಹೌದು <input type="checkbox"/> ಇಲ್ಲ                |
|              | <input type="checkbox"/> ಹೌದು <input type="checkbox"/> ಇಲ್ಲ | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> ಹೌದು <input type="checkbox"/> ಇಲ್ಲ                |
|              | <input type="checkbox"/> ಹೌದು <input type="checkbox"/> ಇಲ್ಲ | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> ಹೌದು <input type="checkbox"/> ಇಲ್ಲ                |
|              | <input type="checkbox"/> ಹೌದು <input type="checkbox"/> ಇಲ್ಲ | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> ಹೌದು <input type="checkbox"/> ಇಲ್ಲ                |
|              | <input type="checkbox"/> ಹೌದು <input type="checkbox"/> ಇಲ್ಲ | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> ಹೌದು <input type="checkbox"/> ಇಲ್ಲ                |

### 16. ಮರುಪಾವತಿ ಮತ್ತು ಕ್ಲೈಮ್‌ಗಳ ಪಾವತಿಗಾಗಿ ವಿವರಗಳು

ಪಾವತಿ ಸ್ವೀಕರಿಸಲು ಆಯ್ಕೆ:

ಬ್ಯಾಂಕ್ ವರ್ಗಾವಣೆ

ಫಲಾನುಭವಿಯ ಹೆಸರು

ಬ್ಯಾಂಕ್ ಹೆಸರು

ಖಾತೆ ಸಂಖ್ಯೆ

ಖಾತೆ ಪ್ರಕಾರ

|                      |                      |                      |                      |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

IFSC ಕೋಡ್

ನಿವಾ ಭೂಪಾ ಆರೋಗ್ಯ ವಿಮಾ ಕಂಪನಿ ಲಿಮಿಟೆಡ್; ನೋಂದಾಯಿತ ಕಚೇರಿ: - ಸಿ-98, ಮೊದಲ ಮಹಡಿ, ಲಜಪತ್ ನಗರ, ಭಾಗ1, ನವದೆಹಲಿ -110024

ಹಕ್ಕು ನಿರಾಕರಣೆ: ವಿಮೆಯು ಕೋರಿಕೆಯ ವಿಷಯವಾಗಿದೆ. ನಿವಾ ಭೂಪಾ ಹೆಲ್ತ್ ಇನ್ಶೂರೆನ್ಸ್ ಕಂಪನಿ ಲಿಮಿಟೆಡ್ (ಹಿಂದೆ ಮ್ಯಾಕ್ಸ್ ಭೂಪಾ ಹೆಲ್ತ್ ಇನ್ಶೂರೆನ್ಸ್ ಕಂಪನಿ ಲಿಮಿಟೆಡ್ ಎಂದು ಕರೆಯಲಾಗುತ್ತಿತ್ತು) (IRDAI ನೋಂದಣಿ ಸಂಖ್ಯೆ: 145). 'ಭೂಪಾ' ಮತ್ತು 'ಹಾಲ್ಟೀಟ್' ಲೋಗೋಗಳು ಆಯಾ ಮಾಲೀಕರ ನೋಂದಾಯಿತ ಟ್ರೇಡ್‌ಮಾರ್ಕ್‌ಗಳಾಗಿವೆ ಮತ್ತು ನಿವಾ ಭೂಪಾ ಆರೋಗ್ಯ ವಿಮಾ ಕಂಪನಿ ಲಿಮಿಟೆಡ್ ಪರವಾನಗಿ ಅಡಿಯಲ್ಲಿ ಬಳಸುತ್ತಿದೆ. ಗ್ರಾಹಕ ಸಹಾಯವಾಣಿ: 1860-500-8888. ವೆಬ್‌ಸೈಟ್: www.nivabupa.com. CIN: U66000DL2008PLC182918. ಕರಾರುಗಳು ಮತ್ತು ಷರತ್ತುಗಳು, ಹೊರಗಿಡುವಿಕೆಗಳು, ಅಪಾಯಕಾರಿ ಅಂಶಗಳು, ಕಾಯುವ ಅವಧಿ ಮತ್ತು ಪ್ರಯೋಜನಗಳ ಕುರಿತು ಹೆಚ್ಚಿನ ವಿವರಗಳಿಗಾಗಿ, ಮಾರಾಟವನ್ನು ತೀರ್ಮಾನಿಸುವ ಮೊದಲು ದಯವಿಟ್ಟು ಮಾರಾಟದ ಕರಪತ್ರವನ್ನು ಎಚ್ಚರಿಕೆಯಿಂದ ಓದಿ.



ನಿವಾ ಭೂಪಾ ಆರೋಗ್ಯ ವಿಮಾ ಕಂಪನಿ ಲಿಮಿಟೆಡ್, ನೋಂದಾಯಿತ ಕಛೇರಿ: - ಸಿ-98, ಮೊದಲ ಮಹಡಿ, ಲಜಪತ್ ನಗರ, ಭಾಗ 1, ನವದೆಹಲಿ -110024  
ಹಕ್ಕು ನಿರಾಕರಣೆ: ವಿಮೆಯು ಕೋರಿಕೆಯ ವಿಷಯವಾಗಿದೆ, ನಿವಾ ಭೂಪಾ ಹೆಲ್ತ್ ಇನ್ಶೂರೆನ್ಸ್ ಕಂಪನಿ ಲಿಮಿಟೆಡ್ (ಹಿಂದೆ ಮ್ಯಾಕ್ಸ್ ಭೂಪಾ ಹೆಲ್ತ್ ಇನ್ಶೂರೆನ್ಸ್ ಕಂಪನಿ ಲಿಮಿಟೆಡ್ ಎಂದು ಕರೆಯಲಾಗುತ್ತಿತ್ತು)  
(IRDAI ನೋಂದಣಿ ಸಂಖ್ಯೆ: 145). 'ಭೂಪಾ' ಮತ್ತು 'ಹಾಲ್ವೆಟ್' ಲೋಗೋಗಳು ಆಯಾ ಮಾಲೀಕರ ನೋಂದಾಯಿತ ಟ್ರೇಡ್‌ಮಾರ್ಕ್‌ಗಳಾಗಿವೆ ಮತ್ತು ನಿವಾ ಭೂಪಾ ಆರೋಗ್ಯ ವಿಮಾ ಕಂಪನಿ ಲಿಮಿಟೆಡ್ ಪರವಾನಗಿ ಅಡಿಯಲ್ಲಿ  
ಬಳಸುತ್ತಿದೆ. ಗ್ರಾಹಕ ಸಹಾಯವಾಣಿ: 1860-500-8888. ವೆಬ್‌ಸೈಟ್: www.nivabupa.com. CIN: U66000DL2008PLC182918. ಕರಾರುಗಳು ಮತ್ತು ಷರತ್ತುಗಳು, ಹೊರಗಿಡುವಿಕೆಗಳು, ಅಪಾಯಕಾರಿ ಅಂಶಗಳು,  
ಕಾಯುವ ಅವಧಿ ಮತ್ತು ಪ್ರಯೋಜನಗಳ ಕುರಿತು ಹೆಚ್ಚಿನ ವಿವರಗಳಿಗಾಗಿ, ಮಾರಾಟವನ್ನು ತೀರ್ಮಾನಿಸುವ ಮೊದಲು ದಯವಿಟ್ಟು ಮಾರಾಟದ ಕರಪತ್ರವನ್ನು ಎಚ್ಚರಿಕೆಯಿಂದ ಓದಿ.

Product Name: ReAssure 2.0, Product UIN: NBHHLIP23169V012223 | Rider Name: Smart Health+, Rider UIN: NBHHLIA22164V012122

### ಕಂಪನಿಯಿಂದ ಸ್ವೀಕೃತಿ

ಅರ್ಜಿ ಸಂಖ್ಯೆ:

ದಿನಾಂಕ:

\_\_\_\_\_ ದಿನಾಂಕದಂದು ಚೆಕ್/ಡಿಮಾಂಡ್ ಡ್ರಾಫ್ಟ್/ಇತರೆ \_\_\_\_\_ ಮೂಲಕ ಪಾವತಿಸಲಾದ ರೂ. \_\_\_\_\_ ಅನ್ನು \_\_\_\_\_ ನಂದು ನಿಮ್ಮ ಪ್ರಸ್ತಾವನೆ ಮತ್ತು ಮೊತ್ತವನ್ನು  
ಕೃತಜ್ಞತಾಪೂರ್ವಕವಾಗಿ ಸ್ವೀಕರಿಸಿದ್ದೇವೆ ಎಂದು ಖಚಿತಪಡಿಸುತ್ತೇವೆ. ಭರ್ತಿ ಮಾಡಿದ ವಿಮಾ ಪ್ರಸ್ತಾವನೆಯನ್ನು ನಮಗೆ ಸಲ್ಲಿಸುವುದರಿಂದಾಗಿ ಪಾಲಿಸಿಯನ್ನು ನೀಡುವಂತೆ ಮಾಡಲಾದ ಯಾವುದೇ ಪಾವತಿಯಿಂದಾಗಿ ನಾವು  
ಪಾಲಿಸಿಯನ್ನು ನೀಡಲು ಒಪ್ಪಿಕೊಳ್ಳುವುದಿಲ್ಲ, ಇದು ನಮ್ಮ ಸ್ವಂತ ಮತ್ತು ಸಂಪೂರ್ಣ ವಿವೇಚನೆಗೆ ಒಳಪಟ್ಟಿರುತ್ತದೆ. ನಾವು ವಿಮೆಗಾಗಿ ಪ್ರಸ್ತಾವನೆಯನ್ನು ಸ್ವೀಕರಿಸಿದರೆ, ಅದು ಪಾಲಿಸಿಯ ಕರಾರುಗಳು ಮತ್ತು ಷರತ್ತುಗಳಿಗೆ  
ಒಳಪಟ್ಟಿರುತ್ತದೆ ಮತ್ತು ಪ್ರೀಮಿಯಂ ಅನ್ನು ನಮಗೆ ಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಮತ್ತು ಸರಿಯಾದ ಸಮಯಕ್ಕೆ ಸ್ವೀಕರಿಸದಿದ್ದರೆ ಅಥವಾ ಅದನ್ನು ಮರುಪಾವತಿ ಮಾಡದಿದ್ದರೆ ನಮಗೆ ಯಾವುದೇ ಹೊಣೆಗಾರಿಕೆ ಇರುವುದಿಲ್ಲ. ನಾವು  
ಪ್ರಸ್ತಾವನೆಯನ್ನು ಒಪ್ಪಿಕೊಳ್ಳದಿದ್ದರೆ ನಾವು ನಿಮಗೆ ತಿಳಿಸುತ್ತೇವೆ ಮತ್ತು ವೈದ್ಯಕೀಯ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳ ವೆಚ್ಚವೇನಾದರೂ ಇದ್ದರೆ ಅದನ್ನು ಕಡಿತಗೊಳಿಸಿ ನಿಮ್ಮಿಂದ ಸ್ವೀಕರಿಸಿದ ಮೊತ್ತವನ್ನು ಬಡ್ಡಿರಹಿತವಾಗಿ ಮರುಪಾವತಿಸುತ್ತೇವೆ.

ಸ್ವೀಕರಿಸುವವರ ಹೆಸರು ಮತ್ತು ಸಹಿ ಮತ್ತು ಕಚೇರಿ ಮುದ್ರೆ

Product Name: Rise, Product UIN: NBHHLIP25041V012425 | Add-on Name: Fast Forward, Add-on UIN: NBHHLIA24126V012324