ONLY FOR REFERENCE, NOT FOR LOG-IN PURPOSES

SHRIAM Life Insurance
YOUR PARTNER FOR PROSPERITY

CP Ref# SA

ಶ್ರೀರಾಂ ಲೈಫ್ ಇನ್ಸ್ಯೂರೆನ್ಸ್ ಕಂಪನಿ ಲಿಮಿಟೆಡ್

5 ನೇ ಮಹಡಿ, ರಂಕ್ಯಾ ಸೆಲೆನಿಯಂ, ಆಂಧ್ರಬ್ಯಾಂಕ್ ತರಬೇತಿ ಕೇಂದ್ರದ ಪಕ್ಕ, ಗಚಿಬೌಲಿ, ಹೈದರಾಬಾದ್–500032

ವಿಮೆಪಡೆದುಕೊಳ್ಳುವವರ ಇತ್ತೀಚಿನ ಭಾವಚಿತ್ರವನ್ನು ಲಗತ್ತಿಸಿ (5 ವರ್ಷಕ್ಕಿಂತ ಹೆಚ್ಚಿನ ವಯಸ್ಸಿನವರಾಗಿದ್ದಲ್ಲಿ)

ಉದ್ದೇಶಿತರ ಇತ್ತೀಚಿನ ಭಾವಚಿತ್ರ ಲಗತ್ತಿಸಿ(ಒಟ್ಟು ವಾರ್ಷಿಕ ಕಂತು > 10000/– ವಾರ್ಷಿಕ ಹೆಚ್ಚಿದ್ದರೆ)

(ಕಛೇರಿ ಉಪಯೋಗಕ್ಕೆ ಮಾತ್ರ)

ಪ್ರೊಪೋಸಲ್ ಸಂಖ್ಯೆ: ______________________ ಪಾಲಿಸಿ ಸಂಖ್ಯೆ: ______________

ಗ್ರಾಹಕರ ಐಡಿ: ______________________ ಇನ್ವಾರ್ಡ್ ದಿನಾಂಕ: ______________

ವಿಭಾಗದ. ರಸೀಸಿ ಸಂಖ್ಯೆ: ______________________ ದಿನಾಂಕ : ______________

ಪ್ರತಿನಿಧಿಯ ಹೆಸರು/ ಸಂಸ್ಥೆಯ ಪ್ರತಿನಿಧಿಯ ಹೆಸರು: ______________________ ಪ್ರತಿನಿಧಿಯ ಹೆಸರು: ______________

ಅಡಾಂಡಿಷಡಿಚಿಣಜ ಂಚಿಟಿಜ ಅಡಿಜ & ಅಔಖ ಓಂ ______________________

ಉದ್ದೇಶಿತ ನಮೂನೆಯನ್ನು ತುಂಬಲು ಮಾರ್ಗಸೂಚಿಗಳು(ದಯವಿಟ್ಟು ದಪ್ಪ ಅಕ್ಷರಗಳಲ್ಲಿ ತುಂಬಿರಿ)

- ವಿಮಾ ಒಪ್ಪಂದವು ವಿಮೆ ಪಡೆದುಕೊಳ್ಳುವವರ ಅತ್ಯುತ್ತಮ ನಂಬಿಕೆಯಾಗಿರುತ್ತದೆ, ಉದ್ದೇಶಿತರು ಮತ್ತು ಜೀವ ವಿಮೆ ಪಡೆಯುವವರು ಎಲ್ಲ ವಾಸ್ತವಿಕ ಅಂಶಗಳನ್ನು ಹೇಳಬೇಕು ಮತ್ತು ಅರ್ಜಿ ನಮೂನೆಯಲ್ಲಿರುವ ಪ್ರಶ್ನೆಗಳಿಗೆ ಉತ್ತರಿಸುವಾಗ ಯಾವುದೇ ವಾಸ್ತವಿಕ ಅಂಶಗಳನ್ನು ಮುಚ್ಚಿಡಬಾರದು. ನಮೂನೆಯನ್ನು ತುಂಬುವ ಮುಂಚೆ, ದಯವಿಟ್ಟು "ಉತ್ಪನ್ನದ ಕ 'ರಪತ್ರವನ್ನು ಓದಿ ಅದರಿಂದ ನೀವು ಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಉತ್ಪನ್ನದ ಲಾಭಗಳನ್ನು ಹಾಗೂ ನಿಯಮ ನಿಬಂಧನೆಗಳನ್ನು ತಿಳಿದುಕೊಳ್ಳಬಹುದು.
- ಎಲ್ಲಾ ಯೂನಿಟ್ ಲಿಂಕ್ಡ್ ಪಾಲಿಸಿಗಳು ಸಾಂಪ್ರದಾಯಿಕ ನಮೂನೆಯಿಂದ ಬೇರೆಯಾಗಿರುತ್ತವೆ ಮತ್ತು ವಿವಿಧ ಅಯಪಾದ ಅಂಶಗಳಿಗೆ ಒಳಪಟ್ಟಿರುತ್ತವೆ. ಆಯ್ಕೆ ಮಾಡಿಕೊಂಡಿರುವ ಯೂನಿಟ್ ಲಿಂಕ್ಡ್ ಪಾಲಿಸಿಗಳ ಹೂಡಿಕೆಯು ಅಪಾಯವನ್ನು ಹೂಡಿಕೆ ನಿಯಮದಂತೆ ನೀವೇ ಭರಿಸಬೇಕಾಗಿರುತ್ತದೆ.
- ಎಲಾ ಸೂಕ್ತ ಕಾಲಂಗಳನ್ನು ತುಂಬಿರಿ ಯಾವುದನ್ನು ಖಾಲಿ ಬಿಡಬೇಡಿ ಮತ್ತು ಅನ್ವಯವಾಗದಿದ್ದಲ್ಲಿ ಅಥವಾ ಲಭ್ಯವಿಲ್ಲದಿದ್ದಲ್ಲಿ "ಇಲ್ಲ" ಅಥವಾ "ಅನ್ವಯಿಸುವುದಿಲ್ಲ" ಎಂದು ಬರೆಯಿರಿ.

1. ಜೀವ ವಿಮೆ ಪಡೆದುಕೊಳ್ಳುತ್ತಿರುವವರ ವಿವರಗಳು (ಎಲ್ ಎ): ವಿವಿಧ

(a) ಹೆಸರು: ಶ್ರೀ/ಶ್ರೀಮತಿ/ಕು:ಮೊದಲನೇ ಹೆಸರು — ಮೊದಲ ಹೆಸರು | ಮಧ್ಯ ಹೆಸರು | ಕೊನೆಯ ಹೆಸರು (ಉಪನಾಮ)

(b) ರಾಷ್ಟ್ರೀಯತೆ : ಭಾರತೀಯ ☐ ಎನ್ ಆರ್ ಐ ☐ ವಿದೇಶಿ ☐ ಪಿಐಒ ☐

(c) ವೈವಾಹಿಕ ಸ್ಥಿತಿ: ವಿವಾಹಿತ ☐ ಒಬ್ಬ ☐ ವಿಧವೆ ☐ ವಿಚ್ಛೇದಿತರು ☐ **(d)**ಲಿಂಗ : ಪುರುಷ ☐ ಮಹಿಳೆ ☐ ತೃತೀಯ ಲಿಂಗಿ ☐

(e) ತಂದೆಯ ಹೆಸರು : ಮೊದಲ ಹೆಸರು | ಮಧ್ಯ ಹೆಸರು | ಕೊನೆಯ ಹೆಸರು (ಉಪನಾಮ)

(f) ತಾಯಿಯ ಹೆಸರು : ಮೊದಲ ಹೆಸರು | ಮಧ್ಯ ಹೆಸರು | ಕೊನೆಯ ಹೆಸರು (ಉಪನಾಮ)

(g) ಹುಟ್ಟಿದ ದಿನಾಂಕ : **(h)** ಹುಟ್ಟಿದ ಸ್ಥಳ : **(l)** ವಿದ್ಯಾರ್ಹತೆ :

(j) ವಯಸ್ಸಿನ ದೃಢೀಕರಣ(ನಿರ್ಧಿಷ್ಟಪಡಿಸಿ) : ಆಧಾರ್ ಕಾರ್ಡ್ ☐ ಚಾಲನಾ ಪರವಾನಗಿ ☐ ಪಾಸ್ ಪೋರ್ಟ್ ☐ ಪ್ಯಾನ್ ಕಾರ್ಡ್ ☐ ಬೇರೆಯಾದರೆ ನಿರ್ಧಿಷ್ಟ ಪಡಿಸಿ: ________

ಐಡಿ ಪುರಾವೆ : ದಾಖಲಾತಿಯ ಹೆಸರು | ವಿಳಾಸ ಪುರಾವೆ ದಾಖಲಾತಿಯ ಹೆಸರು | **(k)** ಆಧಾರ್ ಸಂಖ್ಯೆ

(l) ಉದ್ಯೋಗ :
ಕೆಲವು ಅಪಾಯಕಾರಿ ಉದ್ಯೋಗಗಳಿಗೆ ಪ್ರತ್ಯೇಕ ಅನುಬಂಧದ ಅಗತ್ಯವಿದ್ದು ಅದನ್ನು ಸಲ್ಲಿಸಬೇಕು)
(m) ಉದ್ಯೋಗದ ರೀತಿ :

(n) ಈಗಿನ ಉದ್ಯೋಗದಾತರ ಹೆಸರು : ಸೇವೆಯ ಅವಧಿ : ______________ ವರ್ಷಗಳು

(o) ಕೆಲಸದ ಸ್ಥಳ : **(p)** ಪ್ಯಾನ್ ಸಂಖ್ಯೆ:

(q) ವಿಮೆಪಡೆದುಕೊಳ್ಳುವವರ ವಾರ್ಷಿಕ ಆದಾಯ : (ರೂಗಳಲ್ಲಿ): ವಱಮಾನ ಉಂಟಿಳಿಂ:

(r) ನೀವು ವಿದೇಶೀ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯರೆ ಅಥವಾ ಅನಿವಾಸಿ ಭಾರತೀಯರೇ ಅಥವಾ ಭಾರತನ್ನು ಹೊರತುಪಡಿಸಿ ಇತರೆ ದೇಶದಲ್ಲಿ ನೆಲೆಸಿರುವವರೆ (ತೆರಿಗೆ ಉದ್ದೇಶಕ್ಕಾಗಿ)- ಹೌದು ☐ ಇಲ್ಲ ☐ ಹೌದಾದಲ್ಲಿ ದಯವಿಟ್ಟು FATCA ನಮೂನೆ ಭರ್ತಿ ಮಾಡಿ

(s) ನೀವು ರಾಜಕೀಯದಲ್ಲಿ ಸಕ್ರಿಯರಾಗಿದ್ದೀರಾ(ಪಿಇಪಿ) ಎಎಮ್ಎಲ್ ಕಾಯಿದೆಯಂತೆ - ಹೌದು ☐ ಇಲ್ಲ ☐ ಹೌದಾದಲ್ಲಿ ದಯವಿಟ್ಟು ಅನುಬಂಧ: ಪಿಇಪಿ–01 ನ್ನು ತುಂಬಿರಿ

2. ಉದ್ದೇಶಿತರ ವಿವರಗಳು (ತುಂಬೇಕಾಗಿರುವುದು, ಉದ್ದೇಶಿತರು ವಿಮೆ ಪಡೆದುಕೊಳ್ಳುತ್ತಿರುವವರಿಗಿಂತ ಬೇರೆ ಆಗಿದ್ದರೆ)

(a) ಹೆಸರು : ಶ್ರೀ/ ಶ್ರೀಮತಿ/ಕು ಮೊದಲ ಹೆಸರು — ಮೊದಲ ಹೆಸರು | ಮಧ್ಯ ಹೆಸರು | ಕೊನೆಯ ಹೆಸರು (ಉಪನಾಮ)

(b) ಲಿಂಗ : ಪುರುಷ ☐ ಮಹಿಳೆ ☐ ತೃತೀಯ ಲಿಂಗಿ ☐ **(C)** ವೈವಾಹಿಕ ಸ್ಥಿತಿ : ವಿವಾಹಿತ ☐ ಒಬ್ಬಂಟಿ ☐ ವಿಧವೆ ☐ ವಿಚ್ಛೇದಿತರು ☐

(d) ಐಡಿ ಪುರಾವೆ: ದಾಖಲಾತಿಯ ಹೆಸರು **(e)** ವಿಳಾಸ ಪುರಾವೆ ದಾಖಲಾತಿಯ ಹೆಸರು **(f)** ಆಧಾರ್ ಸಂಖ್ಯೆ .

(g) ತಂದೆಯ ಹೆಸರು : **(h)** ಉದ್ದೇಶಿಸುತ್ತಿರುವವಿಗೆ ಜೀವ ವಿಮೆ ಪಡೆಯುತ್ತಿರುವರ ಸಂಭಂಧ:

(l) ಹುಟ್ಟಿದ ದಿನಾಂಕ: **(j)** ವಿದ್ಯಾರ್ಹತೆ :

(k) ವಾರ್ಷಿಕ ಆದಾಯ(ರೂಗಳಲ್ಲಿ) ಆದಾಯದ ಮೂಲ : **(l)** ಪಾನ್ ಸಂಖ್ಯೆ:

(m) ಈಗಿನ ಉದ್ಯೋಗದಾತರ ಹೆಸರು : ಸೇವೆಯ ಅವದಿ : ______________ ವರ್ಷಗಳು .

(n) ಉದ್ಯೋಗ: **(o)** ಉದ್ಯೋಗದ ರೀತಿ :

(p) ನೀವು ವಿದೇಶೀಯರೇ ಅಥವಾ ಅನಿವಾಸಿ ಭಾರತೀಯರೇ ಅಥವಾ ಭಾರತವಲ್ಲದೆ ಬೇರೆ ಯಾವುದೇ ದೇಶದಲ್ಲಿ ವಾಸಿಸುತ್ತಿರುವವರೇ(ತೆರಿಗೆ ಉದ್ದೇಶಕ್ಕಾಗಿ) - ಹೌದು ☐ ಇಲ್ಲ ☐ ಹೌದಾದಲ್ಲಿ ದಯವಿಟು FATCA ನಮೂನೆ ತುಂಬಿರಿ .

3. ಉದ್ದೇಶಿತರ ವಿಳಾಸ (ಸ್ವಂತ ಜೀವದ ಮೇಲೆ ವಿಮೆ ಪಡೆಯುತ್ತಿದ್ದಲ್ಲಿ)

ವಿಳಾಸ	1. ಸಂಪರ್ಕದ ವಿಳಾಸ	2. ಶಾಶ್ವತ ವಿಳಾಸ (ವಿಳಾಸ ಅಸ್ಸಾಮಿಯಾಗಿದ್ದಲ್ಲಿ ಬಾಕ್ಸ್ ನಲ್ಲಿ 1 ಗುರುತು ಮಾಡಿ ☐
ಮನೆ ಸಂ/ ಫ್ಲಾಟ್ ಸಂ :		
ರಸ್ತೆ/ ವಲಯ		
ನಗರ/ ಜಿಲ್ಲೆ		
ರಾಜ್ಯ	: ಪಿನ್ ಕೋಡ್ :	ಪಿನ್ ಕೋಡ್ :
ಸಂಪರ್ಕ ಸಂ :		ಪರ್ಯಾಯ ಸಂ :
ಇ ಮೇಲ್ ಐಡಿ :		ಪರ್ಯಾಯ ಇ ಮೇಲ್ ಐಡಿ :

For Reference Only

4. ಯೋಜನೆಯ ವಿವರಗಳು; ಯೋಜನೆಯ ಹೆಸರು: ______

ಪ್ರೀಮಿಯಂ ಕಂತು	ವಿಮಾ ಮೊತ್ತ	ಪಾವತಿ ಸಮಯ	ಕಂತು ಪಾವತಿಯ ಅವಧಿ	ಪಾಲಿಸಿ ಅವಧಿ	ಠೇವಣಿ ಮೊತ್ತದ ವಿವರಗಳು (ಟಿಕ್ ಮಾಡಿ✓)	ಚೆಕ್ /ಡಿಡಿ ಸಂ.	ಚೆಕ್ ದಿನಾಂಕ	ಬ್ಯಾಂಕಿನ ಹೆಸರು
					ಚೆಕ್ ☐ ಡಿಡಿ ☐ ನಗದು ☐ ಡೆಬಿಟ್ ಕಾರ್ಡ್ ☐ ಕ್ರೆಡಿಟ್ ಕಾರ್ಡ್ ☐			

5 (a). ಪ್ಲಾನ್ ಆಯ್ಕೆಗಳು : ______ **(b).** ಪಕ್ವತಾ ಲಾಭಗಳನ್ನು ನೀಡಲಾಗುವ ಆಯ್ಕೆ : ______

(c) ಮರಣ ಲಾಭಗಳ ಆಯ್ಕೆ :______ **(d).**ಶೈಕ್ಷಣಿಕ ಸಹಾಯ ಲಾಭಗಳ ಆಯ್ಕೆ :______.

ದಯವಿಟ್ಟು ಸೂಕ್ತ ಆಯ್ಕೆಗಳನ್ನು ಆಯ್ದುಕೊಳ್ಳಿ ಮತ್ತು **(a), (b), (c) & (d)** ಗಳನ್ನು ಮಾತ್ರ ನೀವು ಆಯ್ದುಕೊಂಡಿರುವ ಪ್ಲಾನ್ ನಲ್ಲಿ ಅವಕಾಶಗಳಿದ್ದರೆ ತುಂಬಿರಿ.

6. (a). ಹಣವನ್ನು ಆಯ್ಕೆ ಮಾಡಿರುವುದು (ಯುಎಲ್ ಐ ಪಿ ಯೋಜನೆಗಳಿಗೆ ಮಾತ್ರ) (b). ಸ್ವಯಂ ಚಾಲಿತ ವರ್ಗಾವಣೆ ಆಯ್ಕೆ (ಯು ಎಲ್ ಐ ಪಿ ಯೋಜನೆಗಳು ಮಾತ್ರ)

ಫಂಡ್ ನ ಹೆಸರು	ಶೇಕಡಾವಾರು (%)	ಫಂಡ್ ನ ಹೆಸರು	ಶೇಕಡಾವಾರು (%)	ಹೌದು ☐	ಹೌದಾದಲ್ಲಿ ಈ ಕೆಳಗಿನ ಆಯ್ಕೆಯನ್ನು ಆಯ್ದುಕೊಳ್ಳಿ
				ಇಲ್ಲ ☐	**6** ತಿಂಗಳು ☐ **12** ತಿಂಗಳು ☐

7. ಯು ಎಲ್ ಐ ಪಿಗಳಿಗಾಗಿ ತೀರುವಳಿ ಆಯ್ಕೆಗಳು : ನಿಮ್ಮ ಪಾಲಿಸಿಯನ್ನು ಪಕ್ವತೆಯವರೆಗೂ ಮುಂದುವರಿಸಿದಲ್ಲಿ, ಪಾಲಿದಾರರಾಗಿ ನೀವು ಯೂನಿಟ್ ಗಳನ್ನು 5 ಕಂತುಗಳಲ್ಲಿ 5 ವರ್ಷಗಳೊಳಗೆ ಈಗಿರುವ NAV ನಂತೆ ಹಿಂಪಡೆಯುವ ದಿನಾಂಕದಂದು ಹಿಂತೆಗೆಯುವ ಆಯ್ಕೆಯನ್ನು ಹೊಂದಿರುತ್ತೀರಿ.
ನೀವು ತೀರುವಳಿ ಆಯ್ಕೆ ಆಯ್ದುಕೊಳ್ಳಲು ಇಚ್ಚಿಸುತ್ತೀರಾ– ಖಚಿತಪಡಿಸಿ. (ಟಿಕ್ ಮಾಡಿ) ಹೌದು ☐ ಇಲ್ಲ ☐

8. ಚಾಲಕನ ವಿವರಗಳು :

ಚಾಲಕನ ಹೆಸರು	ವಿಮಾ ಮೊತ್ತ	ಒಳಗೊಳ್ಳುವಿಕೆ ಅವಧಿ	ಚಾಲಕನ ಹೆಸರು	ವಿಮಾ ಮೊತ್ತ	ಒಳಗೊಳ್ಳುವಿಕೆ ಅವಧಿ

9. ಬ್ಯಾಂಕ್ ಖಾತೆ ವಿವರಗಳು : ವಿಮಾಕರ್ತೃಡಿ ☐ ಜೀವ ವಿಮೆ ಪಡೆದುಕೊಳ್ಳುವವರು (ಸ್ವಂತ ಜೀವ ವಿಮೆಗೆ) ☐

ಬ್ಯಾಂಕ್ ಖಾತೆ ಸಂ.		**ಖಾತೆ ರೀತಿ :** ಉಳಿತಾಯ ☐ ಚಾಲ್ತಿ ☐	**ಖಾತೆಯ ವರ್ಗ:** ಭಾರತೀಯ ☐ ಎನ್ ಆರ್ ಇ ☒ ಎನ್ ಆರ್ ಒ ☒
ಬ್ಯಾಂಕ್ ಹೆಸರು		ಬ್ಯಾಂಕ್ ಬ್ರಾಂಚ್ ಹೆಸರು	
ಐಎಫ್ ಎಸ್ ಸಿ ಕೋಡ್		ಸಲ್ಲಿಸಲಾಗಿರುವ ದೃಢೀಕರಣ : ಹೆಸರು ಪ್ರಿಂಟ್ ಆಗಿರುವ ರದ್ದಾದ ಚೆಕ್ ☐ ಬ್ಯಾಂಕ್ ಪಾಸ್ ಬುಕ್ ಪ್ರತಿ ☐	ಬ್ಯಾಂಕರ್ ಪತ್ರ ☐

* ಎನ್ಆರ್ಇ/ಎನ್ಆರ್ಒ ಖಾತೆಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿರುವ ಪಾಲಿಸಿದಾರರಿಗೆ ಈಗಿನ ಬ್ಯಾಂಕ್ ಮಾರ್ಗಸೂಚಿಳಂತೆ ಎನ್ಇಎಫ್ಟಿ ಪಾವತಿಗಳನ್ನು ಮಾಡಲಾಗುವುದಿಲ್ಲ.

10. ನಾಮಿನಿ ವಿವರಗಳು :

ಹೆಸರು : ಶ್ರೀ/ ಶ್ರೀಮತಿ/ಕು ಮೊದಲ ಹೆಸರು ಮಧ್ಯ ಹೆಸರುಕೊನೆಯ ಹೆಸರು (ಉಪನಾಮ)

ಹುಟ್ಟಿದ ದಿನಾಂಕ : ಲಿಂಗ : ಪುರುಷ ☐ ಮಹಿಳೆ ☐ ತೃತೀಯ ಲಿಂಗಿ ☐ ವಿಮಾದಾರರೊಂದಿಗಿನ ಸಂಬಂಧ :______ ಮೊಬೈಲ್ #______

ನೇಮಿಸುವವರ ಹೆಸರು (ನಾಮಿನಿಯು ಮೈನರ್ ಆಗಿದ್ದರೆ): ಮೊದಲ ಹೆಸರು ಮಧ್ಯ ಹೆಸರು ಕೊನೆಯ ಹೆಸರು (ಉಪನಾಮ)

ನೇಮಿಸುವವರಿಗೆ ನಾಮಿನಿಯ ಸಂಬಂಧ : ______ ಸಂಪರ್ಕ ವಿಳಾಸ : ______

______ ನೇಮಿಸಿದವರ ಸಹಿ :

11. ಜೀವ ವಿಮೆಗಾಗಿ ಅಥವಾ ಈಗಿರುವ ಪಾಲಿಸಿಯ ನವೀಕರಣಕ್ಕಾಗಿ ಸಲ್ಲಿಸಿರುವ ನಿಮ್ಮ ಅರ್ಜಿ ತಿರಸ್ಕೃತಗೊಂಡಿದೆಯೇ ಅಥವಾ ರೇಟೆಡ್ ಅಪ್ ಆಗಿದೆಯಾ ಅಥವಾ ಯಾವುದೇ ವಿಮಾ ಕಂಫನಿಯಿಂದ ಮುಂದೂಡಲ್ಪಟ್ಟಿದೆಯೇ? ಹೌದು ☐ಇಲ್ಲ. ☐ * ಉತ್ತರ "ಹೌದು" ಆದಲ್ಲಿ ಕಾರಣವೇನು? ______

ಪಾಲಿಸಿ ಸಂಖ್ಯೆ	ಕಂಪನಿ ಹೆಸರು	ವಿಮಾ ಮೊತ್ತ

12. ದಯವಿಟ್ಟು ನಿಮ್ಮ ಈಗಿರುವ ಜೀವ ವಿಮಾ ಪಾಲಿಸಿಗಳ/ ಅದೇ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಬೇರೆ ಯಾವುದಾದರೂ ಕಂಪನಿಯಲ್ಲಿ ಇನ್ಶ್ಯೂರೆನ್ಸ್ ಗಾಗಿ ಪ್ರಸ್ತಾವನೆ ಸಲ್ಲಿಸಿದ್ದಲ್ಲಿ ವಿವರಗಳನ್ನು ಕೊಡಿ? (ಸ್ಥಳ ಸಾಕಾಗದಿದ್ದಲ್ಲಿ ಬೇರೆ ಹಾಳೆಯಲ್ಲಿ ಬರೆಯಿರಿ)

ಪಾಲಿಸಿ ಸಂಖ್ಯೆ	ಕಂಪನಿ ಹೆಸರು	ವಿಮಾ ಮೊತ್ತ	ಪಾಲಿಸಿ ನೀಡಲಾದ ದಿನಾಂಕ	ಪಾಲಿಸಿ ಸ್ಥಿತಿ

13. ಕುಟುಂಬದ ಹಿನ್ನೆಲೆ: ದಯವಿಟ್ಟು ವಿಮೆ ಪಡೆಯುತ್ತಿರುವ ಕುಟುಂಬ ಸದಸ್ಯರ ವಿವರಗಳನ್ನು ನೀಡಿ

ಕುಟುಂಬದ ಸದಸ್ಯರು	ಬದುಕಿದ್ದರೆ, ವಯಸ್ಸು	ಕುಟುಂಬದ ಸದಸ್ಯರ ಹೆಸರು	ಕುಟುಂಬದ ಸದಸ್ಯರ ಆರೋಗ್ಯದ ಸ್ಥಿತಿ(ಮರಣ ಹೊಂದಿದ್ದರೆ, ಆ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಅವರ ವಯಸ್ಸೆಷ್ಟು, ಮರಣದ ವರ್ಷ, ಸಾವಿನ ಕಾರಣ ಅಥವಾ ಕಾಯಿಲೆಯ ರೀತಿ)
ತಂದೆ			
ತಾಯಿ			
ಸಂಗಾತಿ			
* ಮಕ್ಕಳು (ವೈವಾಹಿಕ ಸ್ಥಿತಿ, ಉದ್ಯೋಗ & ಶೈಕ್ಷಣಿಕ ವಿವರಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸಿ)			
ಸಹೋದರರು			
ಸಹೋದರಿಯರು			

* ಮಕ್ಕಳ ವೈವಾಹಿಕ ಸ್ಥಿತಿ, ಉದ್ಯೋಗ & ಶೈಕ್ಷಣಿಕ ವಿವರಗಳನ್ನು " ವಿಮೆ ಪಡೆಯುವವರು" "ವಿಧವೆ" ಯಾಗಿದ್ದರೆ ಮಾತ್ರ ಒದಗಿಸಬೇಕು.

14. ವಿಮೆ ಪಡೆದುಕೊಳ್ಳುತ್ತಿರುವವರ ವೈಯಕ್ತಿಕ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಹಿನ್ನೆಲೆ. (ಈ ಕೆಳಗಿನವುಗಳನ್ನು ಹೌದು/ ಇಲ್ಲ– ಸೂಕ್ತ ಬಾಕ್ಸ್ ನಲ್ಲಿ ಟಿಕ್ (✓)ಮಾಡಿ ಉತ್ತರಿಸಿ.

A. ತೂಕ (ಕಿಲೋಗ್ರಾಂಗಳಲ್ಲಿ) :	**B.** ಎತ್ತರ : ಸೆ.ಮೀ(ಅಥವಾ) ಅಡಿ ಇಂಚುಗಳು
C. ನೀವು ಧೂಮ್ರಪಾನ ಮಾಡುತ್ತೀರಾ/ಯಾವುದೇ ರೀತಿಯ ತಂಬಾಕು ಜಗಿಯುವುದು/ಒಳಗೆಳೆದುಕೊಳ್ಳುವುದು ಮಾಡುತ್ತೀರಾ? ಹೌದು ☐ ಇಲ್ಲ ☐ ಹೌದಾದಲ್ಲಿ, ರೀತಿ & ದಿನವೊಂದಕ್ಕೆ ಪ್ರಮಾಣ:	**D.** ನೀವು ಆಲ್ಕೋಹಾಲ್ ಸೇವಿಸುತ್ತೀರಾ? ಹೌದು ☐ ಇಲ್ಲ ☐ ಹೌದಾದಲ್ಲಿ, ರೀತಿ & ದಿನವೊಂದಕ್ಕೆ ಪ್ರಮಾಣ:
E. ನೀವು ನಾರ್ಕೋಟಿಕ್ಸ್, ಬಾರ್ಬಿಚುರೇಟ್ಸ್ ಮರಿಜುವಾನ, ಟ್ರಾಂಕ್ವಿಲೈಸರ್ಸ್, ಕೊಕೇನ್, ಸ್ಟಿಮ್ಯುಲೆಂಟ್ಸ್, ಸೆಡೇಟಿವ್ಸ್ ಅಥವಾ ಯಾವುದೇ ಅಪಾಯಕಾರೀ ಡ್ರಗ್ಸ್ ಉಪಯೋಗಿಸುತ್ತೀರಾ? ಹೌದು ☐ ಇಲ್ಲ ☐	**F.** ನೀವು ಅಪಾಯಕಾರಿಯಾದ ಯಾವುದೇ ಸಾಹಸ ಹವ್ಯಾಸಗಳು/ ಚಟುವಟಿಕೆಗಳಾದ ವಾಯುಯಾನ(ದರ ನೀಡುವ ಪ್ರಯಾಣವಲ್ಲದೆ) ಪರ್ವತಾರೋಹಣ, ಜಿಗಿಯುವುದು, ಅಥವಾ ಯಾವುದೇ ರೀತಿಯ ಪಂದ್ಯಾವಳಿ ಇತ್ಯಾದಿಗಳಲ್ಲಿ ಭಾಗವಹಿಸುತ್ತೀರಾ ಹೌದು ☐ ಇಲ್ಲ ☐ (ಹೌದಾದರೆ, ದಯವಿಟ್ಟು ವಿವರಗಳನ್ನು ನೀಡಿ)

For Reference Only

G. ನೀವು ಯಾವುದಾದರು ಕ್ರಿಮಿನಲ್ ಪ್ರಕರಣದಲ್ಲಿ ಶಿಕ್ಷೆ ಅನುಭವಿಸಿದ್ದೀರಾ/ ಯಾವುದೇ ನ್ಯಾಯಾಲಯದಲ್ಲಿ ಬಾಕಿ ಇರುವು ಪ್ರಕರಣಗಳಿವೆಯೇ? ಹೌದು ☐ ಇಲ್ಲ ☐ (ಹೌದಾದಲ್ಲಿ, ದಯವಿಟ್ಟು ವಿವರಗಳನ್ನು ನೀಡಿ:

H. ನೀವು ಯಾವುದೇ ಕಾಯಿಲೆಗಾಗಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ದಾಖಲಾಗಿದ್ದಿರಾ/ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಪಡೆದಿದ್ದಿರಾ? ಕಳೆದ ಐದು(5) ವರ್ಷಗಳಲ್ಲಿ– ಹೌದು ☐ ಇಲ್ಲ ☐ ಹೌದಾದಲ್ಲಿ, ದಯವಿಟ್ಟು ರೋಗನಿರ್ಣಯ ಮತ್ತು ತೆಗೆದುಕೊಂಡ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ವಿವರಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸಿ:

I. ನೀವು ನಿಮ್ಮ ಸೇವೆಯಲ್ಲಿದ್ದಾಗ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಅಧಾರದ ಮೇಲೆ ರಜೆಗಳನ್ನು ಪಡೆದಿದ್ದೀರಾ ? ಕಳೆದ ಐದು(5) ವರ್ಷಗಳಲ್ಲಿ? ಹೌದು ☐ ಇಲ್ಲ ☐ ಹೌದಾದಲ್ಲಿ, ದಯವಿಟ್ಟು ವಿವರಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸಿ:

J. ನಿಮಗೆ ಯಾವಾಗಲಾದರು ಅಪಘಾತವಾಗಿತ್ತೇ ಅಥವಾ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳುವಂತಹ ಹಾನಿಯಾಗಿತ್ತೇ? ಹೌದು ☐ ಇಲ್ಲ ☐ ಹೌದಾದಲ್ಲಿ, ಸೂಕ್ತ ವಿವರಗಳನ್ನು ತಿಳಿಸಿ:

K. ನೀವು ಈ ಕೆಳಗೆ ತಿಳಿಸಿರುವ ಯಾವುದಾದರೂ ಕಾಯಿಲೆಗಳಿಗೆ ತುತ್ತಾಗಿದ್ದಿರಾ, "ಹೌದು"/ಇಲ್ಲ" ಬರೆಯಿರಿ.

1. ಹೃದಯ, ಹೊಟ್ಟೆ, ಶ್ವಾಸಕೋಶಗಳು, ಪಿತ್ತಕೋಶ, ಮೂತ್ರಕೋಶ, ಜೀರ್ಣಾಂಗ ವ್ಯೂಹ/ಜನನಾಂಗ/ಮೆದುಳು/ನರವ್ಯೂಹಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ರೋಗಗಳು.		2. ನೀವು ಹೆಪಟೈಟಿಸ್ ಬಿ ಅಥವಾ ಸಿ, ಹೆಚ್ಐವಿ/ಏಡ್ಸ್ ಅಥವಾ ಯಾವುದೇ ರೀತಿಯ ಲೈಂಗಿಕವಾಗಿ ವರ್ಗಾವಣೆಗೊಂಡ ರೋಗಗಳ ಪರೀಕ್ಷೆಯಲ್ಲಿ ಧನಾತ್ಮಕವೆಂಬುದು ಕಂಡುಬಂದಿದೆಯೇ?	
3. ಅಸ್ತಮಾ, ಬ್ರಾಂಕೈಟೀಸ್ ಅಥವಾ ಇತರೆ ಉಸಿರಾಟದ ಸಮಸ್ಯೆಗಳು		4. ಮಧುಮೇಹ/ ಹೆಚ್ಚು(ಅಥವಾ)ಕಡಿಮೆ ರಕ್ತದೊತ್ತಡ/ ಸ್ಟ್ರೋಕ್/ ಎಪಿಲೆಪ್ಸಿ/ಕ್ಯಾನ್ಸರ್/ ಲೆಪ್ರೋಸಿ/ ಟಿಬಿ/ ಹರ್ನಿಯಾ.	
5. ಅನಿಮಿಯಾ, ರಕ್ತದ ಸಮಸ್ಯೆಗಳು, ಮಸ್ಕ್ಯುಲೋಸ್ಕೆಲೆಟಲ್ ತೊಂದರೆಗಳು		6. ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಅಗತ್ಯವಿರುವ ಮತ್ತು ಮೇಲೆ ತಿಳಿಸದೇ ಇರುವ ಬೇರೆ ಯಾವುದೇ ರೀತಿ ಕಾಯಿಲೆಗಳು/ ರೋಗಗಳು.	
7. ಕಣ್ಣು, ಕಿವಿ, ಮೂಗು, ಅಥವಾ ಗಂಟಲಿನ ಯಾವುದೇ ತೊಂದರೆ.		8. ನಿಮಗೆ ಯಾವುದೇ ರೀತಿಯ ದೈಹಿಕ ನ್ಯೂನತೆಗಳು ಅಥವಾ ವೈಕಲ್ಯಗಳಿವೆಯೇ?	

ಮೇಲಿನ ಯಾವುದೇ ಪ್ರಶ್ನೆಗಳಿಗೆ ಉತ್ತರ " ಹೌದು" ಎಂದಾದಲ್ಲಿ ವಿವರಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸಿ:

15. ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಮಾತ್ರ ಅನ್ವಯ

a. ನಿಮಗೆ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಬೇಕೆನಿಸಿರುವ ಯಾವುದೇ ರೀತಿಯ ಸ್ತ್ರೀರೋಗದ ಸಮಸ್ಯೆಗಳಿದ್ದವೇ? ಹೌದು ☐ ಇಲ ☐ ಹೌದಾದಲ್ಲಿ ದಯವಿಟ್ಟು ರೋಗನಿರ್ಣಯದ ವಿವರಗಳು, ರೋಗನಿರ್ಣಯದ ದಿನಾಂಕ ಮತ್ತು ತೆಗೆದುಕೊಂಡ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ವಿವರಗಳನ್ನು ನೀಡಿ. ____________________

b. ನೀವ ಯಾವಾಗಲಾದರು ಬೇಡದ ಗರ್ಭ/ಗರ್ಭಪಾತಕ್ಕೊಳಗಾಗಿದ್ದಿರಾ ಹೌದು ☐ ಇಲ್ಲ ☐ (ಹೌದಾದಲ್ಲಿ ದಯವಿಟ್ಟು ದಿನಾಂಕ ನೀಡಿ) ____________________

c. ಕೊನೆಯ ಹೆರಿಗೆಯ ದಿನಾಂಕ :

d. ನೀವು ಈಗ ಗರ್ಭಿಣಿಯೇ? ಹೌದು ☐ ಇಲ್ಲ ☐ ಹೌದಾದಲ್ಲಿ ಗರ್ಭಧರಿಸಿದ ವಾರಗಳ ಸಂಖ್ಯೆ : ____________________

e. ಗಂಡನ ಉದ್ಯೋಗ : ____________________ & ವಾರ್ಷಿಕ ಆದಾಯ : ____________________

f. ಗಂಡನ ವಿಮೆಯ ವಿವರಗಳು:

ಪಾಲಿಸಿ ಸಂ.	ಪಾಲಸಿದಾರರ ಹೆಸರು	ವಿಮಾ ಮೊತ್ತ	ವಿಮೆಯ ಸ್ಥಿತಿ

16. ನೀವು ಇನ್ಸೂರೆನ್ಸ್ ರೆಪೋಸಿಟರಿಯ ಇ–ಇನ್ಸೂರೆನ್ಸ್ ಖಾತೆಯ(eIA) ಎಲೆಕ್ಟ್ರಾನಿಕ್ ಪಾಲಿಸಿಯನ್ನು ಪಡೆಯ ಬಯಸುತ್ತೀರಾ? ಹೌದು ☐ ಇಲ್ಲ ☐

a) eIA ಸಂ. : ____________________ b) ರೆಪೋಸಿಟರಿ ವಿಮೆಯ ಹೆಸರು : ____________________

c) eIA ಯಲ್ಲಿ ಕಂಡುಬರುವಂತೆ ಹೆಸರು : ____________________ d) ನೀವು eIA ಹೊಂದಿದ್ದೀರಾ, ನೀವು ಒಂದು ಖಾತೆ ತೆರಯಬಯಸುತ್ತೀರಾ? ಹೌದು ☐ ಇಲ್ಲ ☐

ಹೌದಾದಲ್ಲಿ, ಯಾವುದಾದರೂ ರೆಪೋಸಿಟರಿ ವಿಮೆಯನ್ನು ಆಯ್ಕೆ ಮಾಡಿ : CAMS ☐ NDML ☐ SHCIL ☐ KARVY ☐ CIRL ☐

***CAMSRep**-CAMS ಇನ್ಸೂರೆನ್ಸ್ ರೆಪ್&ಸೇವೆಗಳು, **NDML-NSDL** ಅಂಕಿ ಅಂಶಗಳ ನಿರ್ವಹಣಾ ಲಿಮಿಟೆಡ್, **SHCIL**- ಸ್ಟಾಕ್ ಹೋಲ್ಡಿಂಗ್ ಕಾರ್ಪೋರೇಷನ್ ಆಫ್ ಇಂಡಿಯಾ ಲಿಮಿಟೆಡ್., & **CIRL**–ಸೆಂಟ್ರಲ್ ಇನ್ಸ್ ರಪ್ ಲಿಮಿಟೆಡ್.

<u>ಪ್ರಸ್ತಾವಿತರು/ ವಿಮೆ ಪಡೆದುಕೊಳ್ಳುವವರ ಪ್ರಮಾಣೀಕರಣ:</u>

ನಾನು/ ನಾವು ಈ ಮೂಲಕ ಪ್ರಮಾಣೀಕರಿಸುವುದೇನೆಂದರೆ ಮೇಲಿನ ನನ್ನ ಹೇಳಿಕೆಗಳು, ಉತ್ತರಗಳು ಮತ್ತು /ಅಥವಾ ನೀಡಲಾಗಿರುವ ವಿವರಗಳು ನನ್ನ ಉತ್ತಮ ತಿಳುವಳಿಕೆಯಂತೆ ಸತ್ಯವಾಗಿವೆ ಮತ್ತು ಪೂರ್ಣವಾಗಿವೆ> ನಾನು/ನಾವು ಅರ್ಥ ಮಾಡಿಕೊಂಡಿರುವಂತೆ ನನ್ನಿಂದ ನೀಡಲಾಗಿರುವ ಮಾಹಿತಿಗಳು ಇನ್ಸೂರೆನ್ಸ್ ಪಾಲಿಸಿಯ ಆಧಾರಿತವಾಗಿರುತ್ತವೆ ಮತ್ತು ಆ ಪಾಲಿಸಿಯು ಇನ್ಸೂರೆನ್ಸ್ ಕಂಪನಿಯ ಬೋರ್ಡ್ ಅನುಮೋದಿತ ಹೊಣೆಗಾರಿಕೆಗೆ ಒಳಪಟ್ಟಿರುತ್ತವೆ ಮತ್ತು ಪಾಲಿಸಿಯು ವಿಧಿಸಬಹುದಾದ ಪೂರ್ಣಶುಲ್ಕವನ್ನು ಪಾವತಿಸಿದ ಮೇಲಷ್ಟೇ ಜಾರಿಗೆ ಬರುತ್ತದೆ. ನಾನು/ನಾವು ಮುಂದುವರಿದು ಪ್ರಮಾಣೀಕರಿಸುವುದೇನೆಂದರೆ ನಾನು/ನಾವು ಪ್ರಸ್ತಾವನೆಯನ್ನು ಸಲ್ಲಿಸಿದ್ದು ಆದರೆ ಕಂಪನಿಯು ಸ್ವೀಕರಿಸುವ ಮುಂಚೆ ಪ್ರಸ್ತಾವಿತರ/ಭರವಸೆ ನಿಡಲ್ಪಟ್ಟ ವೃತ್ತಿಯಲ್ಲಿ, ಹಣಕಾಸಿನ ಆರೋಗ್ಯದಲ್ಲಿ, ಅಥವಾ ಜೀವನದ ಸಾಮಾನ್ಯ ಆರೋಗ್ಯದಲ್ಲಿ ಯಾವುದೇ ಬದಲವಾಣೆಗಳಾದಲ್ಲಿ ಲಿಖಿತವಾಗಿ ತಿಳಿಸುತ್ತೇವೆ. ನಾನು/ ನಾವು ಕಂಪನಿಯು ವೈದ್ಯಕೀಯ ಮಾಹಿತಿಗಳನ್ನು ಯಾವುದೇ ವೈದ್ಯರು ಅಥವಾ ಆ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ವಿಮೆ ಪಡೆದುಕೊಳ್ಳವವರ/ಪ್ರಸ್ತಾವಿತರನ್ನು ಪರೀಕ್ಷಿಸುವ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಿಂದ ಅಥವಾ ಯಾವುದೇ ಹಿಂದಿನ ಅಥವಾ ಈಗಿನ ಉದ್ಯೋಗಿಯಿಂದ ಯಾವುದೇ ರೀತಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಅಂದರೆ ವಿಮೆ ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳುತ್ತಿರುವವರ/ಉದ್ದೇಶಿತರ ಮಾನಸಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ದೈಹಿಕ ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಯಾವುದೇ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಯಾವುದೇ ವಿಮೆ ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳುತ್ತಿರುವವರ/ ಪ್ರಸ್ತಾವಿತರ ಪ್ರಸ್ತಾವನೆ ಮತ್ತು ತೀರುವಳಿ ಹಕ್ಕುಗಳಿಗಾಗಿ ಮಾಡಿದ ಮಾಹಿತಿಗಳನ್ನು ವಿಮಾ ಕಛೇರಿಯಿಂದ ಪಡೆದುಕೊಳ್ಳುವುದಕ್ಕೆ ಪ್ರಮಾಣೀಕರಿಸುವುದು ಮತ್ತು ಒಪ್ಪಿಗೆ ಕೊಡುತ್ತಿದ್ದೇವೆ. ನಾನು/ನಾವು ಕಂಪನಿಯು ನನಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಮಾಹಿತಿಗಳನ್ನು ಅಂದರೆ ಯಾವುದೇ ಸರ್ಕಾರಿ ಮತ್ತು/ಅಥವಾ ನಿಯಂತ್ರಣ ಪ್ರಾಧಿಕಾರದ ವೈದ್ಯಕೀಯ ದಾಖಲೆಗಳನ್ನು ಹಂಚಿಕೊಳ್ಳಲು ಅಧಿಕಾರ ನೀಡುತ್ತಿದ್ದೇನೆ. ಮುಂದುವರಿದು, ಮಾಹಿತಿಗಳನ್ನು ಪ್ರಸ್ತಾವನೆಯನ್ನು ಹೊಣೆಯಾಗಿಸಲು ಮತ್ತು ತೀರುವಳಿ ಹಕ್ಕುಗಳ ಉದ್ದೇಶಕ್ಕಾಗಿ ಹಂಚಿಕೊಳ್ಳಬಹುದಾಗಿದೆ. ನಾನು/ ನಾವು ಈ ಮೂಲಕ ಒಪ್ಪಿಗೆ ಕೊಡುವುದೇನೆಂದರೆ ಕೇಂದ್ರ ಕೆವಯಸಿ ರಿಜಿಸ್ಟ್ರಿಯಿಂದ ಎಸ್ಎಮ್ಎಸ್/ ಇ ಮೇಲ್ ಮೂಲಕ ಮೇಲ್ಕಂಡ ನೋಂದಾಯಿತ ಸಂಖ್ಯೆ/ಇ ಮೇಲ್ ವಿಳಾಸದಲ್ಲಿ ಹಂಚಿಕೊಳ್ಳಲು ಒಪ್ಪಿಗೆ ನೀಡುತ್ತೇವೆ.

ನಾನು/ ನಾವು ಈ ಮೂಲಕ ಪ್ರಸ್ತಾವನೆ/ ಪಾಲಿಸಯಡಿಯಲ್ಲಿ ನಾಮಿನಿ/ಪಡೆದುಕೊಳ್ಳುವ ಹಕ್ಕುಳ್ಳವರಿಗೆ ಮತ್ತು ಯಾವುದೇ ವೈದ್ಯರಿಗೆ, ಆಸ್ಪತ್ರೆ, ಅಥವಾ ಶ್ರೀರಾಮ್ ಲೈಫ್ ಇನ್ಸೂರೆನ್ಸ್ ಕಂ. ಲಿ. ಹೇಳುವ ಯಾವುದೇ ಉದ್ಯೋಗಿಗೆ ಅಧಿಕಾರ ನೀಡುತ್ತಿರುವುದೇನೆಂದರೆ, ಆರೋಗ್ಯ ಅಥವಾ ಈಗಿನ ಉದ್ಯೋಗ ಅಥವಾ ಭವಿಷ್ಯದ ಯಾವುದೇ ಸಮಯದಲ್ಲಿ, ಯಾವುದೇ ಕ್ಲೇಮುಗಳ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಗೆ ಯಾವಾಗ ಬೇಕಾಗುತ್ತದೋ ಆಗ ತಿಳಿದುಕೊಳ್ಳುವ ಅಧಿಕಾರ ನೀಡುತ್ತೇವೆ.

ಸಾಕ್ಷಿಯ ಸಹಿ:

ಪ್ರಸ್ತಾವಿತರ ಸಹಿ/ಹೆಬ್ಬೆಟ್ಟಿನ ಗುರುತು.

ಸ್ಥಳ : ದಿನಾಂಕ : ____/____/_____

ಸ್ಥಳ: ದಿನಾಂಕ: ____/____/_____

ಸಾಕ್ಷಿಯ ಹೆಸರು : ____________________

ಸಾಕ್ಷಿಯ ವಿಳಾಸ : ____________________

ಸಾಕ್ಷಿಯ ಫೋನ್ ನಂ. : ____________________

ವಿಮೆಪಡೆದುಕೊಳ್ಳುತ್ತಿರುವವರ ಸಹಿ/ ಹೆಬ್ಬೆಟ್ಟಿನ ಗುರುತು

ಸೂಚನೆ : (ವಯಸ್ಕರಲ್ಲದ ವಿಮಾದಾರರ ಸಹಿ ಬೇಕಾಗಿಲ್ಲ)

ಸ್ಥಳ: ದಿನಾಂಕ : ____/____/_____

For Reference Only

ONLY FOR REFERENCE, NOT FOR LOG-IN PURPOSES

ಸ್ಥಳೀಯ ಭಾಷೆಯಲ್ಲಿ ಸಹಿಮಾಡುವವರು ಅಥವಾ ಅನಕ್ಷರಸ್ತ ವಿಮೆ ಪಡೆಯುತ್ತಿರುವವರ/ ಪ್ರಸ್ತಾವಿತರ ಪ್ರಮಾಣ :

1. ಅರ್ಜಿಯನ್ನು ಭರ್ತಿ ಮಾಡುತ್ತಿರುವ ವ್ಯಕ್ತಿ ಪ್ರಮಾಣ(ಒಂದು ವೇಳೆ ಅರ್ಜಿಯನ್ನು ತುಂಬಿದರೆ/ ಪ್ರಸ್ತಾವಿತ ನಮೂನೆಗಿಂತ ಬೇರೆಯ ಭಾಷೆಯಲ್ಲಿ ಸಹಿ ಮಾಡಿದ್ದರೆ) "ನಾನು ಈ ಮೂಲಕ ಪ್ರಮಾಣ ಮಾಡುವುದೇನೆಂದರೆ ನಾನು ಮೇಲ್ಕಂಡ ಪ್ರಶ್ನೆಗಳನ್ನು ಪ್ರಸ್ತಾವಿತರಿಗೆ ಪೂರ್ಣವಿವರಿಸಿದ್ದೇನೆ ಹಾಗೂ ನಾನು ಪ್ರಸ್ತಾವಿತರು ನೀಡಿದ ಉತ್ತರಗಳನ್ನು ಸತ್ಯವಾಗಿ ದಾಖಲೀಕರಿಸಿದ್ದೇನೆ"

ಪ್ರಮಾಣ ಮಾಡುವವರ ಹೆಸರು : ____________________

ಪ್ರಮಾಣ ಮಾಡುವವರ ವಿಳಾಸ : ____________________

"ನಾನು ದೃಢೀಕರಿಸುವುದೇನೆಂದರೆ ನಮೂನೆಯಲ್ಲಿರುವ ಮತ್ತು ದಾಖಲೆಗಳಲ್ಲಿರುವ ಅಂಶಗಳನ್ನು ನನಗೆ ಪೂರ್ಣವಾಗಿ ವಿವರಿಸಲಾಗಿದೆ ವಿವರಿಸಿದವರು ಶ್ರೀ/ಶ್ರೀಮತಿ(ಹೆಸರು, ಹುದ್ದೆ, ಮತ್ತು ವೃತ್ತಿ) : ____________________ ____________________ ಮತ್ತು ನಾನು ಉದ್ದೇಶಿತ ಒಪ್ಪಂದದ ಪ್ರಾಮುಖ್ಯತೆಯನ್ನು ನಾನು ಅರ್ಥಮಾಡಿಕೊಂಡಿದ್ದೇನೆ.

ದಿನಾಂಕ :_____/_____/______

ವಿಮೆಪಡೆಯಲು ಉದ್ದೇಶಿಸಿರುವ ವ್ಯಕ್ತಿಯ ಸಹಿ ಅಥವಾ ಹೆಬ್ಬೆಟ್ಟಿನ ಗುರುತು

2. ಪ್ರಸ್ತಾವಿತರು ಅನಕ್ಷರಸ್ತರಾಗಿದ್ದಲ್ಲಿ, ಅವನ/ಅವಳ ಹೆಬ್ಬೆಟ್ಟಿನ ಗುರುತನ್ನು ಸುಲಭವಾಗಿ ಗುರುತನ್ನು ತೋರಿಸಬಹುದಾದಂತಹ ವ್ಯಕ್ತಿಯೊಬ್ಬರು ದೃಢೀಕರಿಸಬೇಕು, ಆದರ ಅವರು ಇನ್ಸ್ಯೂರೆನ್ಸ್ ಕಂಪನಿಗೆ ಸಂಪರ್ಕ ಹೊಂದಿರಬಾರದು ಮತ್ತು ಅವನು ಪ್ರಮಾಣವನ್ನು ಮಾಡಬೇಕು.

" ನಾನು ಈ ಮೂಲಕ ಪ್ರಮಾಣೀಕರಿಸುವುದೇನೆಂದರೆ ನಾನು ಮೇಲಿನ ಪ್ರಸ್ತಾವನೆಯಲ್ಲಿರುವ ವಿಷಯಗಳು ಮತ್ತು ಪ್ರಶ್ನೆಗಳನ್ನು ಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಪ್ರಸ್ತಾವಿತರಿಗೆ ತಿಳಿದಿರುವ ಭಾಷೆಯಲ್ಲಿ ವಿವರಿಸಿದ್ದೇನೆ ____________________ ಮತ್ತು ಪ್ರಸ್ತಾವಿತರ ಮೇಲಿನ ಹೆಬ್ಬೆಟ್ಟಿನ ಗುರುತನ್ನು ಅಲ್ಲಿರುವ ವಿಷಯಗಳನ್ನು ಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಅರ್ಥ ಮಾಡಿಕೊಂಡ ನಂತರವೇ ಹಾಕಿದ್ದಾರೆ"

ಪ್ರಮಾಣೀಕರಿಸುವವರ ಹೆಸರು ____________________

ಪ್ರಮಾಣೀಕರಿಸುವವರ ____________________

____

ದಿನಾಂಕ :_____/_____/______

ಪ್ರತಿಜ್ಞಾ ಪ್ರಮಾಣೀಕರಿಸುವವರ ಸಹಿ (ಇಂಗ್ಲೀಷಿನಲ್ಲಿ)

ಕಾಲಕಾಲಕ್ಕೆ ತಿದ್ದುಪಡಿಯಾದ ಇನ್ಸ್ಯೂರೆನ್ಸ್ಸ ಕಾಯಿದೆ 1938 ರ ಸೆಕ್ಷನ್ 41 :

ಪ್ರತ್ಯಕ್ಷವಾಗಿ ಅಥವಾ ಪರೋಕ್ಷವಾಗಿಯೇ ಆಗಲಿ ಯಾವುದೇ ವ್ಯಕ್ತಿಗೆ ಯಾವುದೇ ರೀತಿಯಲ್ಲೂ ಹೊರತೆಗೆಯಲು, ನವೀಕರಿಸಲು ಅಥವಾ ಯಾವುದೇ ರೀತಿಯಲ್ಲೂ ಜೀವಗಳಿಗೆ ಅಥವಾ ಭಾರತದಲ್ಲಿರುವ ಸ್ವತ್ತುಗಳಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ವಿಮೆಯ ಒಪ್ಪಂದದ ಅಪಾಯಗಳಿಗೆ ಅನುವು ಮಾಡಿಕೊಡಲು ಯಾವುದೇ ವ್ಯಕ್ತಿಗೆ ಅನುವು ಮಾಡುವಂತಿಲ್ಲ ಅಥವಾ ಅನುವು ಮಾಡಿಕೊಡಲು ಪ್ರೇರೇಪಿಸಲು ಅನುವುಮಾಡಲಾಗುವುದಿಲ್ಲ, ಪಾವತಿಸಬಹುದಾದ ಭಾಗಶಹ ಅಥವಾ ಇಡಿಯಾಗಿ ಕಮಿಷನ್‌ಗೆ, ಯಾವುದೇ ವಿನಾಯಿತಿ ಅಥವಾ ಪಾಲಿಸಿಯಲ್ಲಿ ತೋರಲಾದ ಕಂತುಗಳಿಗೆ ಯಾವುದೇ ರಿಯಾಯತಿಗಳು, ಯಾವುದೇ ವ್ಯಕ್ತಿಯು ಹೊರತೆಗೆಯುವಿಕೆ ಅಥವಾ ನವೀಕರಣ ಅಥವ ಒಂದು ಪಾಲಿಸಿಯ ಯಾವುದೇ ರಿಯಾಯಿತಿಯ ಮುಂದುವರಿಕೆಯ ಸ್ವೀಕರಿಸುವುದು, ಆದರೆ ಕೇಪಿಡಿ ಅಥವಾ ಕೊಷ್ಟಕದಲ್ಲಿ ಪ್ರಕಟಿಸಿರುವ ವಿಮಾಕರ್ತನ ರಿಯಾಯಿತಿಗಳನ್ನು ಆಪ್ರಕಾರವಾದವುಗಳನ್ನು ಹೊರತುಪಡಿಸಿದೆ. ಯಾವುದೇ ವ್ಯಕ್ತಿಯು ಈ ಸೆಕ್ಷನ್‌ಗೆ ಬದ್ಧವಾಗಿರಲು ವಿಫಲರಾದರೆ ಅವರು ದಂಡಕ್ಕೆ ಭಾಜನರಾಗುತ್ತರೆ ಅದು ಹತ್ತು ಲಕ್ಷಗಳವರೆಗೂ ಹೆಚ್ಚಾಗಬಹುದು.

ಕಾಲಕಾಲಕ್ಕೆ ತಿದ್ದುಪಡಿಯಾದ ಇನ್ಸ್ಯೂರೆನ್ಸ್ಸ ಕಾಯಿದೆ 1938 ರ ಸೆಕ್ಷನ್ 45:

(1) ಮೂರು ವರ್ಷಗಳ ನಂತರ ಪಾಲಿಸಿಯ ಅವಧಿ ಮುಗಿದ ನಂತರ ಯಾವುದೇ ಅಧಾರದ ಮೇಲೆ ಜೀವ ವಿಮಾ ಪಾಲಿಸಯನ್ನು ಪ್ರಶ್ನಿಸುವಂತಿಲ್ಲ. ಅಂದರೆ ಪಾಲಿಸಿಯ ವಿತರಣೆಯ ದಿನಾಂಕದಿಂದ ಅಥವಾ ಅಪಾಯದ ಪ್ರಾರಂಭದ ದಿನಾಂಕ ಅಥವಾ ಪಾಲಿಸಿಯ ಪುನರುಜ್ಜೀವನದ ದಿನಾಂಕ ಅಥವಾ ಪಾಲಿಸಿಯ ಚಲಾವಣೆ ದಿನಾಂಕ ಇದರಲ್ಲಿ ಯಾವುದು ನಂತರವೋ ಅದರಂತೆ.

(2) ಪಾಲಿಸಿ ವಿತರಣೆ ದಿನಾಂದಿಂದ ಅಥವಾ ಅಪಾಯದ ಆರಂಭದ ದಿನಾಂಕ ಅಥವಾ ಮೂರು ವರ್ಷಗಳಲಿ ಅಥವಾ ಯಾವುದು ನಂತರವೋ ಆ ಯಾವುದೇ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಯಾವುದೇ ವಂಚನೆಯಾದಲ್ಲಿ ಜೀವ ವಿಮಾ ಪಾಲಿಸಿಯನ್ನು ಪ್ರಶ್ನಿಸಬಹುದು. ಆದರೆ ವಿಮಾದಾರರು ಲಿಖಿತವಾಗಿ ವಿಮಾದಾರರಿಗೆ ಅಥವಾ ಕಾನೂನಾತ್ಮಕ ಪ್ರತಿನಿಧಿಗಳು ಅಥವಾ ನಾಮ ನಿರ್ದೇಶಿತರು ಅಥವಾ ವಿಮಾದಾರರ ನೇಮಕಾತಿದಾರರಿಗೆ ಇಂತಹ ವಿಷಯಗಳು ಮತ್ತು ಹಿನ್ನೆಲೆಯ ತೀರ್ಮಾನಗಳ ಆಧಾರದ ಮೇಲೆ ಪ್ರಶ್ನಿಸಬಹುದಾಗಿದೆ.

(3) ಸಬ್ ಸೆಕ್ಷನ್(2)ಒಳಗೊಂಡಿರುವಂತೆ ಯಾವುದೇ ವಿಮಾದಾರನು ತನ್ನ ತಿಳುವಳಿಕೆಯ ಅತ್ಯುತ್ತಮ ವಿಷಯಗಳಿಗೆ ತಪ್ಪು ಹೇಳಿಕೆಗಳು ಅಥವಾ ಗ್ರಹಿಕೆಯನ್ನು ನಿಜವೆಂದು ಸಾಬೀತು ಪಡಿಸದೆ, ಯಾವುದೇ ವಿಮಾದಾರನು ಮೋಸದ ಆಧಾರದ ಮೇಲೆ ಜೀವ ವಿಮಾ ಪಾಲಿಸಯನ್ನು ಪಡೆಯುವಂತಿಲ್ಲ ಮತ್ತು ನಂಬಿಕೆ ಅಥವಾ ಸತ್ಯವನ್ನು ನಿರಾಕರಿಸಲು ಯಾವುದೇ ಉದ್ದೇಶಪೂರ್ವಕ ಉದ್ದೇಶಗಳಿಲ್ಲದೆ ಅಥವಾ ವಿಷಯಗಳಿಲ್ಲದೆ ವಾಸ್ತವಾಂಶಗಳನ್ನು ಮುಚ್ಚಿಡುವಂತಿಲ್ಲ ; ಆದರೆ ವಂಚನೆಯ ಪ್ರಕರಣದಲ್ಲಿ, ಫಲಾನುಭವಿಯು ವಿಮಾದಾರರು ಬದುಕಿಲ್ಲವೆಂಬ ಸುಳ್ಳು ಹೇಳಿದ್ದರೆ ಅದನ್ನು ಸಾಬೀತುಪಡಿಸಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ.

(4) ಪಾಲಿಯ ವಿತರಣೆ ದಿನಾಂಕದಿಂದ ಮೂರು ವರ್ಷಗಳಲ್ಲಿ ಯಾವುದೇ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಅಥವಾ ಅಪಾಯದ ಪ್ರಾರಂಭದ ದಿನಾಂಕದಂದು ಯಾವುದೇ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಪ್ರಶ್ನಿಸಬಹುದು, ಅಥವಾ ಪಾಲಿಸಿಯ ಪುನರುಜ್ಜೀವನದ ದಿನಾಂಕದಿಂದ ಪಾಲಿಸಿ ಚಲಾವಣೆಯಲ್ಲಿರುವ ದಿನಾಂಕದ ನಂತರದಲ್ಲಿ ವಿಮೆದಾರನ ಜೀವನಿರೀಕ್ಷೆಯ ಅಂಶಗಳನ್ನು ಮುಚ್ಚಿಟ್ಟಿದ್ದರೆ ಅದರ ಆಧಾರದ ಮೇಲೆ ಮಾಡಲಾದ ಹೇಳಿಕೆಯ ಆಧಾರದ ಮೇಲೆ ಪ್ರಶ್ನಿಸಬಹುದು ಅಥವಾ ಪಾಲಿಸಿಯಲ್ಲಿ ನೀಡಲಾದ ದಾಖಲಾತಿಗಳ ಆಧಾರೆ ಮೇಲೆ, ಅಥವಾ ಪುನರುಜ್ಜೀವನ ಚಲಾವಣೆಯಲ್ಲಿರುವಾಗ, ಆದರೆ ವಿಮಾದಾರನು ಕಾನೂನಾತ್ಮಕ ಪ್ರತಿನಿಧಿಗೆ ಅಥವಾ ಲಿಖಿತವಾಗಿ ನೀಡಿರಬೇಕು. ವಿಮಾದಾರನು ವಿಮೆ ಮಾಡಿಸಿದವರಿಗೆ ಲಿಖಿತವಾಗಿ ಹಿನ್ನೆಲೆಗಳನ್ನುಮತ್ತು ವಿಷಯಗಳನ್ನು ತಿಳಿಸಿರಬೇಕು ಅಥವಾ ಕಾನೂನಾತ್ಮಕ ಪ್ರತಿನಿಧಿಗಳು ಅಥವಾ ನಾಮ ನಿರ್ದೇಶಿತರು ಅಥವಾ ವಿಮಾದಾರರಿಂದ ನೇಮಿಸಲ್ಪಟ್ಟವರ ಮೂಲಕ ನಿರಾಕರಣೆಯನ್ನು ಲಿಖಿತವಾಗಿ ತಿಳಿಸಬೇಕು. ಮುಂದುವರಿದು ಪಾಲಿಸಿಗಳಲ್ಲಿ ತಪ್ಪು ಹೇಳಿಕೆಗಳ ಆಧಾರಿತವಾದ ಯಾವುದೇ ನಿರಾಕರಣೆಗಳಿದ್ದರೆ ಅಥವಾ ವಾಸ್ತವಾಂಶಗಳನ್ನು ಮುಚ್ಚಿಟ್ಟಿದ್ದರೆ, ನಿರಾಕರಣೆಯ ದಿನಾಂಕದವರೆಗೆ ಸಂಗ್ರಹಿಸಲಾದ ಕಂತುಗಳನ್ನು ವಿಮಾದಾರರಿಗೆ ನೀಡಲಾಗುತ್ತದೆ ಅಥವಾ ಅವರ ಕಾನೂನಾತ್ಮಕ ಪ್ರತಿನಿಧಿಗಳಿಗೆ ಅಥವಾ ನಾಮನಿರ್ದೇಶಿತರಿಗೆ ಅಥವಾ ನೇಮಕ ಮಾಡಿದವರಿಗೆ ಇಂತಹ ನಿರಾಕರಣೆಯ ದಿನಾಂಕದಿಂದ ತೊಂಭತ್ತು ದಿನಗಳ ಒಳಗೆ ನೀಡಲಾಗುತ್ತದೆ.

(5) ಈ ಸೆಕ್ಷನ್‌ನ ಯಾವುದೂ ವಿಮಾದಾರನಿಗೆ ಯಾವುದೇ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಹಾಗೆ ಮಾಡಬೇಕಾದ ಅವಶ್ಯಕತೆಯಿದ್ದಾಗ ವಯಸ್ಸಿನ ಪುರಾವೆಯನ್ನು ಕೇಳುವುದನ್ನು ತಡೆಯುವುದಿಲ್ಲ, ಪಾಲಿಸಿ ಸೂಕ್ತವೆನಿಸುವ ದಾಖಲಾತಿಯನ್ನು ಹೊಂದಿವೆ ಎಂಬ ಆಧಾರದ ಮೇಲೆ, ಪ್ರಸ್ತಾವನೆಯಲ್ಲಿ ತಪ್ಪಾಗಿ ಹೇಳಿದ್ದರೆ ಅಥವಾ ಸೂಕ್ತ ಪುರಾವೆಯನ್ನು ಹೊಂದಾಣಿಕೆ ಮಾಡಿದ್ದರೆ ಅಕ್ಕಾಗಿ ಪ್ರಶ್ನೆ ಕೇಳುವ ಅಧಿಕಾರ ಹೊಂದಿದೆ.

ಮುಕ್ತ ನೋಡುವ ಅವಧಿ:

ವಿಮಾದಾರರು ಪಾಲಿಸಿ ದಾಖಲೆಗಳನ್ನು ಪಡೆದ ದಿನಾಂಕದಿಂದ 15 ದಿನಗಳವರೆಗೆ ಪಾಲಿಸಿಯ ನಿಯಮಗಳು ಮತ್ತು ನಿಬಂಧನೆಗಳನ್ನು ಪರೀಕ್ಷಿಸಲು ಮುಕ್ತ ಅವಧಿಯನ್ನು ಹೊಂದಿರುತ್ತಾರೆ ಅಲ್ಲದೆ ವಿಮಾದಾರರು ಈ ಯಾವುದೇ ನಿಯಮಗಳು ಮತ್ತು ನಿಬಂಧನೆಗಳಿಗೆ ಒಪ್ಪದಿದ್ದಲ್ಲಿ, ಅವರು ತಮ್ಮ ತಕರಾರುಗಳಿಗೆ ಕಾರಣ ನೀಡಿ ಪಾಲಿಸಿಯನ್ನು ಹಿಂತಿರುಗಿಸುವ ಆಯ್ಕೆಯನ್ನು ಹೊಂದಿರುತ್ತಾರೆ.

ಯುಎಲ್ಐಪಿ ಯೋಜನೆಗಳಲ್ಲಿ – ಪಾಲಸಿದಾರರು ನಿಗಧಿಪಡಿಸಲಾಗದ ಕಂತುಗಳೊಟ್ಟಿಗೆ ಶುಲ್ಕಗಳಿಗೆ ಸಮನಾದ ಕನಿಷ್ಠ ಮೊತ್ತವನ್ನು ಅವರು ಯೂನಿಟ್ ಫ್ಲಸ್ ನಿಧಿಯ ಮೌಲ್ಯವನ್ನು ಬೇಕೆನಿಸಿದಲ್ಲಿ ವೈದ್ಯಕೀಯ ವೆಚ್ಚಕ್ಕಾಗಿ ತಮ್ಮ ಪಾಲಿಸಯನ್ನು ರದ್ದುಪಡಿಸುವಿಕೆಗೆ ತೆರಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಅಲ್ಲದೆ ಅಧಿಭಾರ ಶುಲ್ಕವನ್ನು ಇತರೆ ಪ್ಲಾನ್ ಗಳಿಗೆ ನೀಡಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ– ಪಾಲಿಸಿದಾರರು ತಾವು ಪಾವತಿಸಿದ ಕಂತನ್ನು ಹಿಂಪಡೆದುಕೊಳ್ಳಬಹುದು, ಇದಕ್ಕೆ ಕಂಪನಿಯು ವಿಮಾದಾರರ ಮೇಲೆ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಪರೀಕ್ಷೆಗಾಗಿ ಅಪಾಯಗಳನ್ನು ಒಳಗೊಳ್ಳುವ ಅವಧಿಯ ಕಂತುಗಳು ಸೇರುತ್ತವೆ.

*30 ದಿನಗಳು, ವ್ಯವಹಾರವನ್ನು ದೂರ ಮಾರುಕಟ್ಟೆಯ ಮೂಲಕ ಮಾಡಲಾಗಿದ್ದರೆ(ದೂರ ಮಾರುಕಟ್ಟೆಯಲ್ಲಿ ಯಾವುದೇ ವ್ಯವಹಾರಗಳನ್ನು ಇ ಮೇಲ್, ಟೆಲಿಫೋನ್ ಕರೆಗಳು ಮತ್ತು ಬೇರೆ ಯಾವುದೇ ರೀತಿಯ ವೈಯಕ್ತಿಕ ಸಂಭಾಷಣೆಯನ್ನು ಹೊರತು ಪಡಿಸಿ ಮಾಡಲಾಗುತ್ತದೆ)

ಪ್ರತಿನಿಧಿಯ /ನಿರ್ದಿಷ್ಟ ವ್ಯಕ್ತಿ (ಎಸ್ ಪಿ) ಶಿಫಾರಸು

.ನಾನು ಪ್ರಸ್ತಾವನೆಯಲ್ಲಿ ನೀಡಲಾಗಿರುವ ಮಾಹಿತಿಗಳನ್ನು ವಿವೇಚನಾಯುಕ್ತ ವಿಚಾರಣಗಳಿಂದ ಪರೀಕ್ಷಿಸಿದ್ದೇನೆ ಹಾಗೂ ನೀಡಲಾಗಿರುವ ಮಾಹಿತಿಗಳು ನನ್ನ ಉತ್ತಮ ತಿಳುವಳಿಕೆ ಮತು ನಂಬಿಕೆಯಂತೆ ಸತ್ಯವಾಗಿರುತ್ತವೆ. ನನ್ನ ಅಭಿಪ್ರಾಯವೇನೆಂದರೆ ಜೀವ ವಿಮೆಗಾಗಿ ಸಲ್ಲಿಸಿರುವ ಪ್ರಸ್ತಾವನೆಯು ವಿಮೆಗೆ ಅರ್ಹವಾಗಿರುತ್ತದೆ.ನಾನು ಪಸ್ತಾವನೆಯನ್ನು ಅಂಗೀಕರಿಸಲು ಶಿಫಾರಸು ಮಾಡುತ್ತೇನೆ.

ಪ್ರತಿನಿಧಿ/ ಎಸ್ ಪಿ ಯ ಸಹಿ ಇಂಗ್ಲೀಷಿನಲಿ

ಅಧಿಕೃತ ಅಧಿಕಾರಿಯ ಸಹಿ (ಬಿ.ಎಂ.ಗೆ ಸಮಾನವಾದ)

ಪ್ರತಿನಿಧಿ/ವಿಶೇಷ ವ್ಯಕ್ತಿಯ ಹೆಸರು ____________________

ಪ್ರತಿನಿಧಿ/ವಿಶೇಷ ವ್ಯಕ್ತಿಯ ಸಂಪರ್ಕ ಸಂಖ್ಯೆ ____________________

ವಿಶೇಷ ವ್ಯಕ್ತಿಯ ದೃಢೀಕರಣ ಸಂಖ್ಯೆ(ವಿಶೇಷ ವ್ಯಕ್ತಿಗಳಿಗೆ ಮಾತ್ರ ಅನ್ವಯ) ____________________

ಪ್ರತಿನಿಧಿ/ವಿಶೇಷ ವ್ಯಕ್ತಿಯ ಇಮೇಲ್ ಐಡಿ :____________________

ದಿನಾಂಕ ______/______/_______ & ಸ್ಥಳ: ____________________

ಸೂಚನೆ: ಏಜೆಂಟರು ಅವನ/ಅವಳ ಸ್ವಂತ ಜೀವನದ ಮೇಲೆ ಪಾಲಿಸಿಯನ್ನು ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳುತ್ತಿದ್ದಲ್ಲಿ, ಅವರ ಮೇಲಧಿಕಾರಿಗ/ವರದಿಮಾಡುವವರಿಗೆ ಅಥವಾ ಸಮಾನಂತರ ಹುದ್ದೆಯ ಪ್ರಬಂಧಕರು ಪ್ರಸ್ತಾವನೆಗೆ ಸಹಿ ಮಾಡಿ ವಿಮೆಯನ್ನು ಪರಿಗಣಿಸುವಂತೆ ಶಿಫಾರಸು ಮಾಡಬೇಕು>

*ಎಸ್ ಪಿ ಎಂದರೆ ಕಾರ್ಪೋರೇಟ್ ಏಜೆಂಟ್ ವ್ಯವಹಾರದಲ್ಲಿ "ವಿಶೇಷ ವ್ಯಕ್ತಿ" ಎಂಬ ಅರ್ಥವನ್ನು ಕೊಡುತ್ತದೆ

For Reference Only