

Request for Revival of Policy & Declaration of Good Health
ಪಾಲಿಸಿಯ ನವೀಕರಣದ ಕೋರಿಕೆ ಮತ್ತು ಉತ್ತಮ ಆರೋಗ್ಯದ ಘೋಷಣೆ

ಪಾಲಿಸಿ/ಫಾರ್ಮ್ ನಂಬರ್									
ವಿಮೆ ಮಾಡಿಸಿಕೊಂಡವರ ಹೆಸರು									
ಜನನ ತಾರೀಖು									
ಲಿಂಗ	ಪುರುಷ <input type="radio"/>	ಸ್ತ್ರೀ <input type="radio"/>	ತೃತೀಯ ಲಿಂಗ <input type="radio"/>						
ವಯಸ್ಸು (ವರ್ಷಗಳು)			ವ್ಯವಸಾಯ :						
ವಾಸದ ಸ್ಥಿತಿ	<input type="radio"/> ನಿವಾಸಿ ಭಾರತೀಯ	<input type="radio"/> ಎನ್‌ಆರ್‌ಐ	<input type="radio"/> ಭಾರತೀಯ ಮೂಲದ ವ್ಯಕ್ತಿ (ಪಿಐಒ)	<input type="radio"/> ವಿದೇಶೀ ನಾಗರಿಕ					
ಸದ್ಯಕ್ಕೆ ವಾಸಿಸುತ್ತಿರುವ ದೇಶ :									
ಮೊಬೈಲ್ ನಂಬರ್	+								
ತೂಕ (ಕೆ.ಗ್ರಾಂ.ನಲ್ಲಿ)									
ಇಮೈಲ್ ಐಡಿ							ಎತ್ತರ (ಸೆ.ಮೀ.ನಲ್ಲಿ)		
ಬ್ಯಾಂಕ್ ಖಾತೆಯ ನಂಬರ್ (ಪಾಲಿಸಿಧಾರಕರ)									
ಐಎಫ್‌ಎಸ್ ಕೋಡ್									

1)	ಸದ್ಯಕ್ಕೆ ನಿಮ್ಮ ಆರೋಗ್ಯ ಚೆನ್ನಾಗಿದೆಯೇ? ಇಲ್ಲ ಎಂದಾದರೆ, ಈ ಕೆಳಗಿನ ಜಾಗದಲ್ಲಿ ದಯವಿಟ್ಟು ಪೂರ್ಣ ವಿವರಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸಿರಿ.	<input type="radio"/> ಹೌದು <input type="radio"/> ಇಲ್ಲ
2)	ಕಳೆದ ಒಂದು ವರ್ಷದ ಕಾಲಾವಧಿಯಲ್ಲಿ ನಿಮ್ಮ ತೂಕದಲ್ಲಿ 5 ಕಿಲೋಗ್ರಾಂನಿಂತ ಯಾವುದೇ ಹೆಚ್ಚಳ/ಇಳಿತವಾಗಿದೆಯೇ? ಹೌದು ಎಂದಾದರೆ, ಈ ಕೆಳಗಿನ ಜಾಗದಲ್ಲಿ ಪೂರ್ಣ ವಿವರವನ್ನು ಒದಗಿಸಿರಿ.	<input type="radio"/> ಹೌದು <input type="radio"/> ಇಲ್ಲ
3)	ಈ ಪಾಲಿಸಿಯ ಪ್ರಸ್ತಾವದ ತಾರೀಖಿನ ನಂತರ a. ನೀವು 3 ಅಥವಾ ಹೆಚ್ಚು ದಿನಗಳ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಅವಶ್ಯಕತೆ ಇದ್ದ ಯಾವುದೇ ಅಸೌಖ್ಯತೆ/ಖಾಯಿಲೆಯಿಂದ ಪೀಡಿತರಾಗಿರುವಿರೇ? ಹೌದು ಎಂದಾದರೆ, ಈ ಕೆಳಗಿನ ಜಾಗದಲ್ಲಿ ಪೂರ್ಣ ವಿವರವನ್ನು ಒದಗಿಸಿರಿ.	<input type="radio"/> ಹೌದು <input type="radio"/> ಇಲ್ಲ
	b. ಯಾವುದೇ ಶಾರೀರಿಕ, ಮಾನಸಿಕ ಅಥವಾ ಭಾವನಾತ್ಮಕ, ಘಾಸಿ ಅಥವಾ ಅಸೌಖ್ಯತೆಗಾಗಿ ನಿಕಟ ಭವಿಷ್ಯದಲ್ಲಿ ನೀವು ಯಾವುದೇ ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಅಥವಾ ಅಸ್ತತ್ಯೆಗೆ ದಾಖಲಾಗುವ ಅಥವಾ ಡಾಕ್ಟರರಲ್ಲಿಗೆ ಅಥವಾ ಪ್ರಾಕ್ಟೀಷನರಲ್ಲಿಗೆ ಭೇಟಿ ನೀಡುವ ಯೋಜನೆ ಮಾಡಿರುವಿರೇ ಅಥವಾ ಹಾಗೆ ಮಾಡಲು ಸಲಹೆ ನೀಡಲಾಗಿದೆಯೇ. ಹೌದು ಎಂದಾದರೆ, ಈ ಕೆಳಗಿನ ಜಾಗದಲ್ಲಿ ಪೂರ್ಣ ವಿವರವನ್ನು ಒದಗಿಸಿರಿ.	<input type="radio"/> ಹೌದು <input type="radio"/> ಇಲ್ಲ
	c. ಹಿಂದಿನ 5 ವರ್ಷಗಳಲ್ಲಿ ಕೆಮ್ಮು/ಶೀತ ಇತ್ಯಾದಿ ಮಾಮೂಲಿ ಅಸೌಖ್ಯತೆಗಳಲ್ಲದೆ, ನೀವು ಡಾಕ್ಟರರ ಸಮಾಲೋಚನೆಯಲ್ಲಿ ಯಾವುದೇ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ಪಡೆದಿರುವಿರೇ ಮತ್ತು/ಅಥವಾ ಯಾವುದೇ ಮುಖ್ಯ ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ಮಾಡಿಸಿಕೊಂಡಿರುವಿರೇ ಮತ್ತು/ಅಥವಾ ಅಸ್ತತ್ಯೆಗೆ ಸೇರಿಸಲ್ಪಟ್ಟಿರುವಿರೇ ಮತ್ತು/ಅಥವಾ ಸಿಟಿ/ಎಮ್‌ಆರ್‌ಐ, ಎಂಜಿಎಂಎಸ್, ಎಂಡೋಸ್ಕೋಪಿ, ಬಯೋಪ್ಸಿ ಇತ್ಯಾದಿ ಮುಖ್ಯ ಪರೀಕ್ಷಣೆಗಳನ್ನು ಮಾಡಿಸಿಕೊಂಡಿರುವಿರೇ? ಹೌದು ಎಂದಾದರೆ, ಈ ಕೆಳಗಿನ ಜಾಗದಲ್ಲಿ ಪೂರ್ಣ ವಿವರವನ್ನು ಒದಗಿಸಿರಿ.	<input type="radio"/> ಹೌದು <input type="radio"/> ಇಲ್ಲ
4)	ನೀವು ಈ ಮುಂದಿನವುಗಳಿಂದ ಪೀಡಿತರಾಗಿರುವಿರೇ ಅಥವಾ ಎಂದಾದರೂ ಪೀಡಿತರಾಗಿದ್ದೀರೇ : ರಕ್ತದಲ್ಲಿ ಅಧಿಕ ಸಕ್ಕರೆ, ಮಧುಮೇಹ ಮೆಲಿಟಸ್, ಉಚ್ಚ ರಕ್ತದೊತ್ತಡ, ಹೃದಯ, ಶ್ವಾಸಕೋಶ, ಮೂತ್ರಪಿಂಡ, ಧೈರಾಯ್ಡ್, ಮೆದುಳು/ನರ ಮಂಡಲ ವ್ಯವಸ್ಥೆ, ಮೂಳೆ/ಸಂದು/ಬೆನ್ನಲುಬು, ಜಿನಿಟೋಯುರಿನರಿ ನಾಳದ ರೋಗ, ಯಾವುದೇ ದೇಹಭಾಗ ಅಥವಾ ರಕ್ತದ ಅಸ್ವಸ್ಥತೆ, ಜೀರ್ಣ ಸಂಬಂಧಿತ ಅಸ್ವಸ್ಥತೆ, ಗೈನಕೊಲೊಜಿಕಲ್ ಅಸ್ವಸ್ಥತೆ, ಮಾನಸಿಕ ಅಸ್ವಸ್ಥತೆ, ಎಚ್‌ಐವಿ/ಐಡ್ಸ್ ಮತ್ತು/ಅಥವಾ ಶರೀರದ ಯಾವುದೇ ಭಾಗದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್/ಟ್ಯೂಮರ್. ಹೌದು ಎಂದಾದರೆ, ಈ ಕೆಳಗಿನ ಜಾಗದಲ್ಲಿ ಪೂರ್ಣ ವಿವರವನ್ನು ಒದಗಿಸಿರಿ.	<input type="radio"/> ಹೌದು <input type="radio"/> ಇಲ್ಲ
5)	ಆರೋಗ್ಯ ಅಥವಾ ಜೀವನ ಶೈಲಿಯ ಕಾರಣ ಜೀವ ವಿಮೆ, ಕ್ರಿಟಿಕಲ್ ಇಲ್‌ನೆಸ್ ಅಥವಾ ಆರೋಗ್ಯ ವಿಮೆಗಾಗಿ ನಿಮ್ಮ ಯಾವುದೇ ಪ್ರಸ್ತಾವವು ಎಂದಾದರೂ ನಿರಾಕರಿಸಲ್ಪಟ್ಟಿದೆಯೇ, ತಿರಸ್ಕರಿಸಲ್ಪಟ್ಟಿದೆಯೇ, ತಳ್ಳಿಹಾಕಲ್ಪಟ್ಟಿದೆಯೇ, ಮುಂದೂಡಲ್ಪಟ್ಟಿದೆಯೇ ಅಥವಾ ಹೆಚ್ಚುವರಿ ಪ್ರೀಮಿಯಮ್‌ನೊಂದಿಗೆ ಸ್ವೀಕರಿಸಲ್ಪಟ್ಟಿದೆಯೇ. ಹೌದು ಎಂದಾದರೆ, ಈ ಕೆಳಗಿನ ಜಾಗದಲ್ಲಿ ಪೂರ್ಣ ವಿವರಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸಿರಿ.	<input type="radio"/> ಹೌದು <input type="radio"/> ಇಲ್ಲ
6)	ನೀವು ನಿಮ್ಮ ವ್ಯವಸಾಯಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿ ಘಾಸಿಗಳು ಅಥವಾ ಅಸೌಖ್ಯತೆಗೆ ಒಳಪಡಿಸಬಹುದಾದ ಯಾವುದೇ ವಿಶೇಷ ಅಪಾಯಕ್ಕೆ (ಉದಾ ರಾಸಾಯನಿಕ ಘಾಸಿ, ಗಣಿಗಾರಿಕೆ, ಸ್ಪೋಟಕಗಳು, ಕೊರೋನಿವ್‌ಗಳು, ಕೊಂಬಾಟಿವ್ ಕರ್ತವ್ಯಗಳು, ತೈಲ ಶೋಧನೆ, ಆಳ ಸಮುದ್ರದಲ್ಲಿ ಪ್ರಯಾಣ ಇತ್ಯಾದಿ) ನಿಮ್ಮನ್ನು ಒಡ್ಡಿಕೊಂಡಿರುವಿರೇ? ಹೌದು ಎಂದಾದರೆ, ವ್ಯವಸಾಯದ ಪ್ರಶ್ನಾವಳಿಯಲ್ಲಿ ದಯವಿಟ್ಟು ವಿವರಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸಿರಿ ಮತ್ತು ಈ ಘೋಷಣೆಯ ಜೊತೆಯಲ್ಲಿ ಸಲ್ಲಿಸಿರಿ.	<input type="radio"/> ಹೌದು <input type="radio"/> ಇಲ್ಲ
7)	ನೀವು "ರಾಜಕೀಯವಾಗಿ ಒಡ್ಡಿಕೊಂಡಿರುವ ವ್ಯಕ್ತಿಯಾಗುವಿರಾ" (ಪಿಇಪಿ) ಅಥವಾ ಪಿಇಪಿಯ ಒರ್ವ ನಿಕಟಸಂಬಂಧಿಯೇ? ಪಿಇಪಿಗಳು ಪ್ರಮುಖ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಕಾರ್ಯಗಳ ಜವಾಬ್ದಾರಿಯನ್ನು ಹೊಂದಿರುವ ಅಥವಾ ಅವನ್ನು ನೀಡಲಾದ ವ್ಯಕ್ತಿಗಳಾಗಿದ್ದಾರೆ, ಉದಾ ಕೇಂದ್ರ/ರಾಜ್ಯ ಸರ್ಕಾರಗಳ ಮುಖ್ಯಸ್ಥರು, ಹಿರಿಯ ರಾಜಕಾರಣಿಗಳು, ಹಿರಿಯ ಸರ್ಕಾರಿ, ನ್ಯಾಯಾಲಯ ಅಥವಾ ಮಿಲಿಟರಿ ಅಧಿಕಾರಿಗಳು, ಸರ್ಕಾರಿ ಕಂಪೆನಿಗಳ ಹಿರಿಯ ಎಕ್ಸಿಕ್ಯೂಟಿವ್, ಪ್ರಾಮುಖ್ಯ ರಾಜಕೀಯ ಪಾರ್ಟಿಯ ವ್ಯಕ್ತಿಗಳು, ಈ ಮೇಲಿನ ವ್ಯಕ್ತಿಗಳ ಅತಿ ನಿಕಟ ಕುಟುಂಬ ಸದಸ್ಯರು (ಪಿಇಪಿಗಳ ಜೀವನ ಸಂಗಾತಿ, ಹೆತ್ತವರು, ಸಂಬಂಧಿಕರು, ಮಕ್ಕಳು, ಜೀವನ ಸಂಗಾತಿಯ ಹೆತ್ತವರು ಅಥವಾ ಸಂಬಂಧಿಕರು ಮತ್ತು ನಿಕಟವರ್ತಿಗಳು ಇವರನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿದ್ದಾರೆ). ಹೌದು ಎಂದಾದರೆ, ಈ ಕೆಳಗೆ ಜಾಗದಲ್ಲಿ ದಯವಿಟ್ಟು ಸಂಪೂರ್ಣ ವಿವರಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸಿರಿ. ಇಲ್ಲ ಎಂದಾದರೆ, ಭವಿಷ್ಯದಲ್ಲಿ ನಿಮ್ಮ ಪಿಇಪಿ ಸ್ಥಿತಿಯಲ್ಲಿ ಬದಲಾವಣೆಯಾದರೆ, ನೀವು ಇಂತಹ ಬದಲಾವಣೆಯನ್ನು ಎನ್‌ಬಿಐ ಲೈಫ್‌ಗೆ ತಿಳಿಸುವಿರಿ.	<input type="radio"/> ಹೌದು <input type="radio"/> ಇಲ್ಲ
8)	ಕ್ರಿಮಿನಲ್ ಚಟುವಟಿಕೆಗಳು, ಎಫ್‌ಐಆರ್ ಅಥವಾ ಅಪರಾಧ ನಿರ್ಣಯದ ಹಿನ್ನೆಲೆ. a. ನಿಮ್ಮ ವಿರುದ್ಧ ಎಂದಾದರೂ ಯಾವುದೇ ಎಫ್‌ಐಆರ್ ಅಥವಾ ಕ್ರಿಮಿನಲ್ ದೂರನ್ನು ದಾಖಲಿಸಲಾಗಿದೆಯೇ ಅಥವಾ ನೀಡಲಾಗಿದೆಯೇ? ಹೌದು ಎಂದಾದರೆ, ಈ ಕೆಳಗಿನ ಜಾಗದಲ್ಲಿ ಪೂರ್ಣ ವಿವರವನ್ನು ಒದಗಿಸಿರಿ.	<input type="radio"/> ಹೌದು <input type="radio"/> ಇಲ್ಲ
	b. ಈ ಹಿಂದೆ ಅಥವಾ ಸದ್ಯಕ್ಕೆ ನಿಮ್ಮ ವಿರುದ್ಧ ಯಾವುದೇ ಕ್ರಿಮಿನಲ್ ವ್ಯವಹಾರಗಳನ್ನು ಆರಂಭಿಸಲಾಗಿದೆಯೇ? ಹೌದು ಎಂದಾದರೆ, ಈ ಕೆಳಗಿನ ಜಾಗದಲ್ಲಿ ಪೂರ್ಣ ವಿವರವನ್ನು ಒದಗಿಸಿರಿ.	<input type="radio"/> ಹೌದು <input type="radio"/> ಇಲ್ಲ
	c. ಭಾರತ ಅಥವಾ ವಿದೇಶದಲ್ಲಿ ನಿಮ್ಮಲ್ಲಿ ಯಾವುದೇ ಕ್ರಿಮಿನಲ್ ವ್ಯವಹಾರದಡಿಯಲ್ಲಿ ಯಾವುದೇ ಅಪರಾಧ ನಿರ್ಣಯದ ಹಿನ್ನೆಲೆ ಇದೆಯೇ? ಹೌದು ಎಂದಾದರೆ, ಈ ಕೆಳಗಿನ ಜಾಗದಲ್ಲಿ ಪೂರ್ಣ ವಿವರವನ್ನು ಒದಗಿಸಿರಿ.	<input type="radio"/> ಹೌದು <input type="radio"/> ಇಲ್ಲ

9) ನೀವು ಯಾವುದೇ ಅಪಾಯಕಾರಿ ಕ್ರೀಡೆಗಳು, ಹವ್ಯಾಸಗಳು, ಚಟುವಟಿಕೆಗಳು ಅಥವಾ ಕಸಬುಗಳಲ್ಲಿ ಭಾಗವಹಿಸಿರುವಿರೇ ಅಥವಾ ಭಾಗವಹಿಸುವ ಯಾವುದೇ ಉದ್ದೇಶವನ್ನು ಹೊಂದಿರುವಿರೇ, ಉದಾಹರಣೆಗಾಗಿ, ಡ್ರೈವಿಂಗ್, ರೇಸಿಂಗ್ ಅಥವಾ ಟಿಕೇಟು ಹಣ ನೀಡುವ ಪ್ರಯಾಣಿಕರಾಗಿರುವ ಹೊರತಾಗಿ ಯಾವುದೇ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ಅಪಾಯಕಾರಿ ಯಾಗಿರಬಹುದಾದ ವಿಮಾನಯಾನ? ಹೌದು ಇಲ್ಲ
ಹೌದು ಎಂದಾದರೆ, ಈ ಕೆಳಗಿನ ಜಾಗದಲ್ಲಿ ಪೂರ್ಣ ವಿವರವನ್ನು ಒದಗಿಸಿರಿ.

10) (a) ನೀವು ಈ ಕೆಳಗಿನ ಯಾವುದನ್ನಾದರೂ ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳುತ್ತಿರುವಿರಾ?

ತೆಗೆದುಕೊಂಡ ಪದಾರ್ಥ	ಹೌದು/ಇಲ್ಲ	ಹೌದು ಎಂದಾದರೆ, ದಯವಿಟ್ಟು ಈ ಕೆಳಗೆ ವಿವರಗಳನ್ನು ನೀಡಿರಿ	
		ಪ್ರಮಾಣ	ಎಂದಿನಿಂದ (ವರ್ಷಗಳು)
ತಂಬಾಕು (ಸಿಗ್ನೆಟ್, ಸಿಗಾರ್, ಗುಟ್ಟಾ ಇತ್ಯಾದಿ)	<input type="radio"/> ಹೌದು <input type="radio"/> ಇಲ್ಲ	_____ ಸಿಗ್ನೆಟ್/ಪ್ಯಾಕೆಟ್‌ಗಳು, ಪ್ರತಿ ದಿನ	
ಮದ್ಯಪಾನ	<input type="radio"/> ಹೌದು <input type="radio"/> ಇಲ್ಲ	ಮದ್ಯಪಾನದ ಪ್ರಕಾರ _____ ಅಂದರೆ ವಿಸ್ಕಿ, ಬೀರ್ ಇತ್ಯಾದಿ ಪ್ರತೀ ವಾರಕ್ಕೆ ಪ್ರಮಾಣ _____ ಮಿ.ಲೀ.	
ಯಾವುದೇ ನರ್ಕೋಟಿಕ್ಸ್	<input type="radio"/> ಹೌದು <input type="radio"/> ಇಲ್ಲ	ಡ್ರಗ್‌ನ ಪ್ರಕಾರ _____	

(b) ನೀವು ಕೆಳಗೆ 1 ವರ್ಷದಲ್ಲಿ ಈ ಮೇಲಿನ ಯಾವುದನ್ನೂ ವರ್ಜಿಸಿದ್ದರೆ, ಈ ಕೆಳಗಿನ ಜಾಗದಲ್ಲಿ ದಯವಿಟ್ಟು ಪೂರ್ಣ ವಿವರಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸಿರಿ :

- 11) **ಸ್ತ್ರೀ ಜೀವಕ್ಕಾಗಿ ಮಾತ್ರ :**
- a. ಸದ್ಯಕ್ಕೆ ನೀವು ಗರ್ಭಿಣಿಯಾಗಿರುವಿರಾ? ಹೌದು ಎಂದಾದರೆ, ಗರ್ಭಧಾರಣೆಯ ಯಾವ ತಿಂಗಳು : _____ ತಿಂಗಳು ಹೌದು ಇಲ್ಲ
- b. ನೀವು ಗರ್ಭಿಣಿಯಾಗುವುದಕ್ಕೆ, ಅಂಡಾಶಯಗಳು, ಸ್ತನ, ಸ್ತನದ ಗೆಡ್ಡೆ/ಸೈನ್ಸ್ ಇತ್ಯಾದಿ ಯಾವುದೇ ಗೈನಕೊಲಾಜಿಕಲ್ ಸಮಸ್ಯೆಗಳಿಂದ ಎಂದಾದರೂ ಪೀಡಿತರಾಗಿರುವಿರೇ ಅಥವಾ ಯಾವುದೇ ಪರಿಶೀಲನೆಗಳನ್ನು ಅಥವಾ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ಮಾಡಿಸಿಕೊಂಡಿರುವಿರೇ ಅಥವಾ ಹೈಸ್ಟೆರೊಸ್ಕೋಪಿಯಂತಹ ಸರ್ಜಿಕಲ್ ಕಾರ್ಯವಿಧಿಗಳನ್ನು ಮಾಡಿಸಿಕೊಂಡಿರುವಿರೇ? ಹೌದು ಎಂದಾದರೆ, ಈ ಕೆಳಗಿನ ಜಾಗದಲ್ಲಿ ಪೂರ್ಣ ವಿವರಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸಿರಿ. ಹೌದು ಇಲ್ಲ
- 12) ನೀವು ಎಂದಾದರೂ ನೋವೆಲ್ ಕೊರೊನಾ ವೈರಸ್‌ಗೆ (SARS-CoV-2/COVID-19) ಸಕಾರಾತ್ಮಕವಾಗಿ ಪರೀಕ್ಷಿಸಲ್ಪಟ್ಟಿರುವಿರೇ? ಹೌದು ಎಂದಾದರೆ, ಸಕಾರಾತ್ಮಕ ಡಯಾಗ್ನೋಸಿಸ್‌ನ ದಿನಾಂಕವನ್ನು ಒದಗಿಸಿರಿ. ಮತ್ತು ನಂತರದ ಪರಿಶೀಲನೆಗಳ ವಿವರಗಳನ್ನೂ ನೀಡಿರಿ ಹೌದು ಇಲ್ಲ
- a. ಹೌದು ಎಂದಾದರೆ, ನಿಮ್ಮನ್ನು ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ದಾಖಲಿಸಲಾಗಿತ್ತೇ? (ಹೌದು ಎಂದಾದರೆ, ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಲ್ಲಿ ನ ಎಲ್ಲಾ ವರದಿಗಳನ್ನು ಮತ್ತು ಬಿಡುಗಡೆಯ ಸಾರಾಂಶವನ್ನು ದಯವಿಟ್ಟು ಒದಗಿಸಿರಿ) ಹೌದು ಇಲ್ಲ
- b. ಹೌದು ಎಂದಾದರೆ, ನೀವು ಕೋವಿಡ್-19ಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ತೊಡಕುಗಳಿಂದ ಪೀಡಿತರಾಗಿದ್ದೀರೇ? ದಯವಿಟ್ಟು ಸೂಕ್ತ ವಿವರವನ್ನು ಆಯ್ಕೆ ಮಾಡಿರಿ ಹೌದು ಇಲ್ಲ

ಯಾವುದೇ ಪ್ರಶ್ನೆಗೆ ಹೌದು ಎಂದು ಉತ್ತರಿಸಲಾದರೆ ದಯವಿಟ್ಟು ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ವಿವರಗಳು, ಸ್ಪಷ್ಟನೆಗಳು ಮತ್ತು ವರದಿಗಳು ಏನಾದರೂ ಇದ್ದರೆ, ಒದಗಿಸಿರಿ.

ಈ ಮೇಲಿನ ಪ್ರಶ್ನೆಗಳಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ವಿವರಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸಲು ಸ್ಥಳ, ಅವಶ್ಯಕವಾದರೆ, ದಯವಿಟ್ಟು ಒಂದು ಹೆಚ್ಚುವರಿ ಹಾಳೆಯನ್ನು ಉಪಯೋಗಿಸಿರಿ ಮತ್ತು ಲಗತ್ತಿಸಿರಿ.

ಪ್ರ. ನಂ.	ಹೌದು ಎಂದು ಉತ್ತರಿಸಲಾದ ಪ್ರಶ್ನೆಗಳಿಗಾಗಿ ವಿವರಗಳು ಅಥವಾ ಅವಶ್ಯಕವಾದ ಇತರ ಯಾವುದೇ ಮಾಹಿತಿ.

ನಾನು ಈ ಮೂಲಕ ಘೋಷಿಸುವುದೇನೆಂದರೆ, ನನ್ನಿಂದ ನೀಡಲಾದ ಉತ್ತರಗಳು ಮತ್ತು/ಅಥವಾ ವಿವರಗಳು ನನ್ನ ಅತ್ಯುತ್ತಮ ತಿಳುವಳಿಕೆಯಂತೆ ಎಲ್ಲಾ ರೀತಿಯಲ್ಲೂ ನಿಜವಾಗಿವೆ ಮತ್ತು ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿವೆ. ನನ್ನಿಂದ ಒದಗಿಸಲಾದ ಮಾಹಿತಿಯು ಇನ್‌ಶೂರೆನ್ಸ್ ಪಾಲಿಸಿಯ ನವೀಕರಣದ ಆಧಾರವಾಗಿರುತ್ತದೆ ಮತ್ತು ಈ ಘೋಷಣೆಯಲ್ಲಿನ ಹೇಳಿಕೆಗಳು ವಾರಂಟಿಗಳನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿವೆ ಎಂದು ನಾನು ತಿಳಿದುಕೊಂಡಿದ್ದೇನೆ. ಯಾವುದೇ ತಪ್ಪು ಮಾಹಿತಿ ಒಳಗೊಂಡಿದ್ದರೆ ಅಥವಾ ವಿಷಯವನ್ನು ಮರೆ ಮಾಚಲಾಗಿದ್ದರೆ, ಅಥವಾ ಇಲ್ಲಿ ಸತ್ಯಕ್ಕೆ ದೂರವಾದ ಯಾವುದೇ ಮಾಹಿತಿಯು ಒಳಗೊಂಡಿದ್ದರೆ, ಅಥವಾ ವಂಚನೆ ಇದ್ದರೆ, ಸದರಿ ಒಪ್ಪಂದವನ್ನು ಸಮಯ ಸಮಯಕ್ಕೆ ತಿದ್ದುಪಡಿ ಮಾಡಲಾದಂತೆ ವಿಮಾ ಕಾಯ್ದೆ, 1938ರ ಸೆಕ್ಷನ್ 45ರ ಪ್ರಾವಧಾನಗಳ ಪ್ರಕಾರ ಪರಿಗಣಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ. ಸೆಕ್ಷನ್‌ನ ಪೂರ್ಣ ವಿವರಗಳು ಮತ್ತು 'ಪಾಲಿಸಿಯ ತಾರೀಖು'ಗಾಗಿ ಸಮಯ ಸಮಯಕ್ಕೆ ತಿದ್ದುಪಡಿ ಮಾಡಲಾದಂತೆ ದಯವಿಟ್ಟು ವಿಮಾ ಕಾಯ್ದೆ, 1938ರ ಸೆಕ್ಷನ್ 45ನ್ನು ನೋಡಿರಿ.

ನಾನು, ಕರಗಳು ಮತ್ತು ಲೇಫ್ಟ್ ಫೀ, ಏನಾದರೂ ಇದ್ದರೆ, ಇವನ್ನೆಲ್ಲಾ ಒಳಗೊಂಡು ಸಂಪೂರ್ಣ ಪ್ರೀಮಿಯಮ್‌ನ್ನು ಪಾವತಿಸುವ ತನಕ ನವೀಕರಣವನ್ನು ಪರಿಗಣಿಸಲಾಗುವುದಿಲ್ಲ ಎಂದು ನಾನು ತಿಳಿದುಕೊಂಡಿದ್ದೇನೆ. ಸಂಬಂಧಿತ ನಿಯಂತ್ರಣಗಳಲ್ಲಿ ಸೂಚಿಸಲಾದವುಗಳ ಹೊರತಾಗಿ, ಪಾಲಿಸಿ ಡಿವಾಸಿಟ್‌ನಲ್ಲಿ ಇರಿಸಲಾದ ಮೊತ್ತವು ಯಾವುದೇ ಬಡ್ಡಿಯನ್ನು ಗಳಿಸುವುದಿಲ್ಲ ಎಂಬುದಕ್ಕೆ ನಾನು ಒಪ್ಪಿಕೊಳ್ಳುತ್ತೇನೆ.

ಕಂಪೆನಿಯಿಂದ ಈ ನವೀಕರಣ ಕೋರಿಕೆಯ ಲಿಖಿತ ಸ್ವೀಕೃತಿಯು ನೀಡಲ್ಪಡುವ ತನಕ ಅಪಾಯದ ಕವರ್ ಮತ್ತು ಇತರ ಲಾಭಗಳು ಪುನರಾರಂಭವಾಗುವುದಿಲ್ಲ ಮತ್ತು ಪಾಲಿಸಿಯಡಿಯಲ್ಲಿ ಲಾಭಗಳು ಕಟ್ಟುನಿಟ್ಟಾಗಿ ಪಾಲಿಸಿಯ ನಿಯಮ ಮತ್ತು ನಿಬಂಧನೆಗಳಂತಿರುತ್ತವೆ ಎಂದು ನಾನು ತಿಳಿದುಕೊಂಡಿದ್ದೇನೆ ಮತ್ತು ಒಪ್ಪಿಕೊಳ್ಳುತ್ತೇನೆ.

ವಿಮಾ ಒಪ್ಪಂದವು ಸಮಯ ಸಮಯಕ್ಕೆ ತಿದ್ದುಪಡಿ ಮಾಡಲಾದಂತೆ, ಅನ್ವಯವಾಗುವ ಎಲ್ಲಾ ಕಾನೂನುಗಳ ಪ್ರಾವಧಾನಗಳ ಮೂಲಕ ನಿರ್ವಹಿಸಲ್ಪಡುತ್ತದೆ ಎಂದು ನಾನು ತಿಳಿದುಕೊಂಡಿದ್ದೇನೆ.

ನಾನು ಪಾಲಿಸಿಯ ನವೀಕರಣಕ್ಕಾಗಿ ಕಂಪೆನಿಗೆ ಅವಶ್ಯಕವಾದ ಎಲ್ಲಾ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಪರಿಶೀಲನೆಗಳನ್ನೂ ನನ್ನ ವೆಚ್ಚದಲ್ಲಿ ಮಾಡಿಸಿಕೊಳ್ಳುವ ಭರವಸೆ ನೀಡುತ್ತೇನೆ.

ಸಾಕ್ಷಿಯ ಸಹಿ
ಸಾಕ್ಷಿಯ ಹೆಸರು ಮತ್ತು ವಿಳಾಸ

ಹೆಚ್ಚಿನ ಗುರುತು/ಲೈಫ್ ಅಶ್ಯೂರ್ಸ್/ಪಾಲಿಸಿದಾರರ ಹಸ್ತಾಕ್ಷರ
(ಮೈನ್ ಲೈಫ್ ಅಶ್ಯೂರ್ಸ್ ಆಗಿದ್ದರೆ, ಪ್ರಪೋಜರ ಹೆಚ್ಚಿನ ಗುರುತು/ಹಸ್ತಾಕ್ಷರದ ಅಗತ್ಯವಿದೆ)

ಸ್ಥಳ : _____ ತಾರೀಖು : _____

ಪಾಲಿಸಿದಾರರ ಸಹಿ ಭಾರತೀಯ ಭಾಷೆಯಲ್ಲಿರುವಾಗ ಅಥವಾ ಹೆಚ್ಚಿನ ಗುರುತು ಹಾಕಿರುವಾಗ ನೀಡಲಾಗುವ ಘೋಷಣೆ :

ನಾನು ಈ ಮೂಲಕ ಘೋಷಿಸುವುದೇನೆಂದರೆ, ನಾನು ಈ ಫಾರ್ಮ್‌ನ ವಿಷಯವನ್ನು ಪಾಲಿಸಿದಾರರು/ವಿಮೆ ಮಾಡಿಸಿಕೊಂಡಿರುವ ಸದಸ್ಯರಿಗೆ _____ ಭಾಷೆಯಲ್ಲಿ ಓದಿ ಹೇಳಿದ್ದೇನೆ ಮತ್ತು ವಿವರಿಸಿದ್ದೇನೆ, ಉತ್ತರಗಳನ್ನು ವಾಸ್ತವಿಕವಾಗಿ ಮತ್ತು ಸರಿಯಾಗಿ ದಾಖಲಿಸಿದ್ದೇನೆ ಮತ್ತು ಇಲ್ಲಿನ ವಿಷಯಗಳನ್ನು ಪೂರ್ಣತಃ ಅರ್ಥಮಾಡಿಕೊಂಡ ನಂತರ ಪಾಲಿಸಿದಾರರು/ವಿಮೆ ಮಾಡಿಸಿಕೊಂಡ ಸದಸ್ಯರು ಅವನ/ಅವಳ ಸಹಿ/ಹೆಚ್ಚಿನ ಗುರುತನ್ನು ಹಾಕಿದ್ದಾರೆ ಮತ್ತು ಯಾವುದೇ ತಪ್ಪು ಹೇಳಿಕೆ ಅಥವಾ ವಾಸ್ತವಿಕ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಮರೆ ಮಾಚಲಾಗಿದ್ದರೆ ಅಥವಾ ಇದರಲ್ಲಿ ಸತ್ಯಕ್ಕೆ ದೂರವಾದ ಹೇಳಿಕೆಗಳು ಒಳಗೊಂಡಿದ್ದರೆ ಅಥವಾ ಯಾವುದೇ ವಂಚನೆ ಇದ್ದರೆ, ಸದರಿ ಒಪ್ಪಂದವನ್ನು ಸಮಯ ಸಮಯಕ್ಕೆ ತಿದ್ದುಪಡಿ ಮಾಡಲಾದಂತೆ ವಿಮಾ ಕಾಯ್ದೆ 1938ರ ಸೆಕ್ಷನ್ 45ರ ಪ್ರಾವಧಾನಗಳಂತೆ ಪರಿಗಣಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ.

ಘೋಷಣೆ ಮಾಡುವವರ ಹೆಸರು ಮತ್ತು ವಿಳಾಸ : _____

ಘೋಷಣೆ ಮಾಡುವವರ ಸಹಿ