

Request for Revival of Policy & Declaration of Good Health
പോളിസി പുതുക്കുന്നതിനുള്ള അപേക്ഷയും നല്ല ആരോഗ്യത്തിനുള്ള സത്യവാങ്മൂലവും

പോളിസി/ഫോം നമ്പർ										
ഇൻഷ്യർ ചെയ്യപ്പെട്ടയാളുടെ പേര്										
ജനന തീയതി							ലിംഗഭേദം	പുരുഷൻ <input type="radio"/>	സ്ത്രീ <input type="radio"/>	മൂന്നാം ലിംഗം <input type="radio"/>
വയസ്സ് (വർഷം)							ജോലി:			
താമസ സ്ഥിതി	<input type="radio"/>	റസിഡന്റ് ഇന്ത്യൻ	<input type="radio"/>	എൻആർഐ	<input type="radio"/>	പേഴ്സൺ ഓഫ് ഇന്ത്യൻ ഒറിജിൻ (PIO)	<input type="radio"/>	വിദേശ പൗരൻ		
ഇപ്പോൾ താമസിക്കുന്ന രാജ്യം:										
മൊബൈൽ നമ്പർ	+								തൃക്കം (ക്രി.ഗ്രാം)	
ഇമെയിൽ ഐഡി							ഉയരം (സെ.മീ.)			
ബാങ്ക് അക്കൗണ്ട് നമ്പർ (പോളിസി ഹോൾഡർ)										
ഐഎഫ്എസ് കോഡ്										

1)	നിലവിൽ നിങ്ങൾക്കു നല്ല ആരോഗ്യമുണ്ടോ? ഇല്ല എങ്കിൽ, താഴെ കൊടുത്തിരിക്കുന്ന സ്ഥലത്ത് പൂർണ്ണ വിവരങ്ങൾ നൽകുക.	<input type="radio"/> ഉവ്വ് <input type="radio"/> ഇല്ല
2)	കഴിഞ്ഞ ഒരു വർഷത്തിൽ നിങ്ങളുടെ തൂക്കം 5 കിലോയിലധികം കൂടുകയോ/കുറയുകയോ ചെയ്തിട്ടുണ്ടോ? ഉണ്ട് എങ്കിൽ, താഴെ കൊടുത്തിരിക്കുന്ന സ്ഥലത്ത് പൂർണ്ണ വിവരങ്ങൾ നൽകുക.	<input type="radio"/> ഉവ്വ് <input type="radio"/> ഇല്ല
3)	ഈ പോളിസിയുടെ പ്രൊപ്പോസൽ തീയതിക്കു ശേഷം	
a.	നിങ്ങൾക്ക് 3 ദിവസത്തിലധികം ചികിത്സ ആവശ്യമായി വന്ന ഏതെങ്കിലും അസുഖം/രോഗം ഉണ്ടായിട്ടുണ്ടോ? ഉണ്ട് എങ്കിൽ, താഴെ കൊടുത്തിരിക്കുന്ന സ്ഥലത്ത് പൂർണ്ണ വിവരങ്ങൾ നൽകുക.	<input type="radio"/> ഉവ്വ് <input type="radio"/> ഇല്ല
b.	സമീപ ഭാവിയിൽ ശാരീരികമോ, മാനസികമോ, വികാരപരമോ ആയ ഏതെങ്കിലും അവസ്ഥയ്ക്കു വേണ്ടിയോ, പര്യടനം രോഗത്തിനോ വേണ്ടിയോ സർജറി അല്ലെങ്കിൽ ആശുപത്രിവാസം അല്ലെങ്കിൽ ഡോക്ടറുടെ അടുത്തേക്കുള്ള സന്ദർശനം നടത്തുവാൻ നിങ്ങൾ ഉദ്ദേശിക്കുകയോ അതിനായി നിങ്ങളെ ഉപദേശിക്കുകയോ ചെയ്തിട്ടുണ്ടോ? ഉണ്ട് എങ്കിൽ, താഴെ കൊടുത്തിരിക്കുന്ന സ്ഥലത്ത് പൂർണ്ണ വിവരങ്ങൾ നൽകുക.	<input type="radio"/> ഉവ്വ് <input type="radio"/> ഇല്ല
c.	കഴിഞ്ഞ 5 വർഷത്തിൽ, ചുമ/ജലദോഷം മുതലായ ചെറിയ അസുഖങ്ങളല്ലാത്ത മറ്റേതിനെങ്കിലും വേണ്ടി നിങ്ങൾ ഡോക്ടറുടെ കീഴിൽ ചികിത്സ നേടുകയോ ഒപ്പം/അല്ലെങ്കിൽ ഏതെങ്കിലും മേജർ സർജറിക്ക് വിധേയപ്പെടുകയോ ഒപ്പം/അല്ലെങ്കിൽ ആശുപത്രിയിൽ കിടക്കുകയോ ഒപ്പം/അല്ലെങ്കിൽ സിടി/എൻആർഐ സ്കാൻ, ആൻജിയോഗ്രാം, എൻഡോസ്കോപ്പി, ബയോപ്സി മുതലായ വലിയ പരിശോധനകൾക്കു വിധേയമാവുകയോ ചെയ്തിട്ടുണ്ടോ? ഉണ്ട് എങ്കിൽ, താഴെ കൊടുത്തിരിക്കുന്ന സ്ഥലത്ത് പൂർണ്ണ വിവരങ്ങൾ നൽകുക.	<input type="radio"/> ഉവ്വ് <input type="radio"/> ഇല്ല
4)	നിങ്ങൾക്ക് താഴെപ്പറയുന്നവ ഉണ്ടോ അല്ലെങ്കിൽ മുമ്പ് ഉണ്ടായിട്ടുണ്ടോ: ഉയർന്ന ബ്ലഡ്ഷുഗർ, ഡയബറ്റിക് മെലിറ്റസ്, ഉയർന്ന രക്തസമ്മർദ്ദം, ഹൃദയം, ശ്വാസകോശം, വൃക്ക, കരൾ, തൈറോയ്ഡ്, മസ്തിഷ്കം/നാഡീസംവിധാനം, അസ്ഥി/സന്ധി/നട്ടെല്ല്, ജെനിറ്റോയൂറിനറി പാത, ശരീരത്തിലെ മറ്റേതെങ്കിലും ഭാഗങ്ങൾ എന്നിവയിലെ തകരാറുകൾ, അല്ലെങ്കിൽ രക്തത്തിലെ തകരാറുകൾ, ദഹനസംബന്ധമായ തകരാറുകൾ, ഗർഭസംബന്ധമായ തകരാറുകൾ, മാനസികമായ തകരാറുകൾ, എച്ച്ഐവി/എയിഡ്സ് ഒപ്പം/അല്ലെങ്കിൽ ശരീരത്തിലെ ഏതെങ്കിലും ഭാഗത്ത് കാൻസർ/സ്യൂമർ. ഉണ്ട് എങ്കിൽ, താഴെ കൊടുത്തിരിക്കുന്ന സ്ഥലത്ത് പൂർണ്ണ വിവരങ്ങൾ നൽകുക.	<input type="radio"/> ഉവ്വ് <input type="radio"/> ഇല്ല
5)	ഏതെങ്കിലും ലൈഫ് ഇൻഷുറൻസ്, ക്രിട്ടിക്കൽ ഇൽനെസ്സ് അല്ലെങ്കിൽ ഹെൽത്ത് ഇൻഷുറൻസിനു വേണ്ടിയുള്ള നിങ്ങളുടെ അപേക്ഷ നിരസിക്കപ്പെടുകയോ, തള്ളപ്പെടുകയോ, മാറ്റിവയ്ക്കപ്പെടുകയോ, ആരോഗ്യപരമോ ജീവിതശൈലിപരമോ ആയ കാരണങ്ങളാൽ എക്സ്റ്റ്രാ പ്രീമിയം സഹിതം സ്വീകരിക്കപ്പെടുകയോ ചെയ്തിട്ടുണ്ടോ? ഉണ്ട് എങ്കിൽ, താഴെ കൊടുത്തിരിക്കുന്ന സ്ഥലത്ത് പൂർണ്ണ വിവരങ്ങൾ നൽകുക.	<input type="radio"/> ഉവ്വ് <input type="radio"/> ഇല്ല
6)	നിങ്ങളുടെ ജോലിയുമായി ബന്ധപ്പെട്ട് നിങ്ങൾക്ക് പര്യടനം അനുഭവിക്കുന്ന കാരണമാക്കിയേക്കാവുന്ന എന്തെങ്കിലും പ്രത്യേക അപകടസാധ്യത നിങ്ങൾക്കുണ്ടോ (ഉദാ. കെമിക്കൽ ഹാക്സി, ഖനികൾ, സ്റ്റോക്കവസ്റ്റുകൾ, കൊറോസീവ്സ്, സായുധ ജോലികൾ, ഓയിൽ എക്സ്പ്ലോഷൻ, നടുക്കടലിലെ യാത്ര മുതലായവ)? ഉണ്ട് എങ്കിൽ, ജോലിയുമായി ബന്ധപ്പെട്ട ചോദ്യാവലിയിൽ വിശദാംശങ്ങൾ നൽകുകയും ഈ സത്യവാങ്മൂലത്തിനൊപ്പം സമർപ്പിക്കുകയും ചെയ്യുക.	<input type="radio"/> ഉവ്വ് <input type="radio"/> ഇല്ല
7)	നിങ്ങൾ ഒരു "രാഷ്ട്രീയ സമ്പർക്കമുള്ള വ്യക്തി" (പിഇപി) അല്ലെങ്കിൽ പിഇപിയുടെ അടുത്ത ബന്ധുവാനോ? പിഇപി എന്നാൽ പ്രമുഖ പൊതുപ്രവർത്തനങ്ങൾ ഏൽപ്പിക്കപ്പെട്ടിട്ടുള്ള വ്യക്തികളാണ്, അതായത് കേന്ദ്ര/സംസ്ഥാന സർക്കാർ തലവന്മാർ/മന്ത്രിമാർ, മുതിർന്ന രാഷ്ട്രീയ നേതാക്കന്മാർ, മുതിർന്ന സർക്കാർ, കോടതി, മിലിട്ടറി ഉദ്യോഗസ്ഥർ, സർക്കാർ കമ്പനികളുടെ മുതിർന്ന ഉദ്യോഗസ്ഥർ, പ്രധാനപ്പെട്ട രാഷ്ട്രീയ പാർട്ടി നേതാക്കൾ, മേല്പറഞ്ഞ വ്യക്തികളുടെ അടുത്ത ബന്ധുക്കൾ (ഇതിൽ ജീവിത പങ്കാളി, മാതാപിതാക്കൾ, സഹോദരങ്ങൾ, കുട്ടികൾ, ജീവിത പങ്കാളിയുടെ മാതാപിതാക്കൾ അല്ലെങ്കിൽ സഹോദരങ്ങൾ, പിഇപികളുടെ അടുത്ത ബന്ധുക്കൾ എന്നിവർ ഉൾപ്പെടുന്നു). ഉവ്വ് എങ്കിൽ, താഴെ കൊടുത്തിരിക്കുന്ന സ്ഥലത്ത് പൂർണ്ണ വിവരങ്ങൾ നൽകുക. ഇല്ല എങ്കിൽ, ഭാവിയിൽ നിങ്ങളുടെ പിഇപി സ്ഥിതിക്കു വ്യത്യാസം വരികയാണെങ്കിൽ, അതേക്കുറിച്ചു നിങ്ങൾ എസ്ബിഐ ലൈഫിനെ അറിയിക്കുക.	<input type="radio"/> ഉവ്വ് <input type="radio"/> ഇല്ല
8)	ക്രിമിനൽ നടപടികൾ, എഫ്ഐആർ അല്ലെങ്കിൽ ശിക്ഷാവിധി.	
a.	നിങ്ങൾക്കെതിരെ ഏതെങ്കിലും എഫ്ഐആർ അല്ലെങ്കിൽ ക്രിമിനൽ കംപ്ലെയിന്റ് രജിസ്റ്റർ ചെയ്തിട്ടുണ്ടോ അല്ലെങ്കിൽ മുമ്പ് എപ്പോഴെങ്കിലും ഉണ്ടായിട്ടുണ്ടോ? ഉണ്ട് എങ്കിൽ, താഴെ കൊടുത്തിരിക്കുന്ന സ്ഥലത്ത് പൂർണ്ണ വിവരങ്ങൾ നൽകുക.	<input type="radio"/> ഉവ്വ് <input type="radio"/> ഇല്ല
b.	കഴിഞ്ഞ കാലത്തോ നിലവിലോ നിങ്ങൾക്കെതിരെ ഏതെങ്കിലും ക്രിമിനൽ നടപടികൾ ആരംഭിച്ചിട്ടുണ്ടോ? ഉണ്ട് എങ്കിൽ, താഴെ കൊടുത്തിരിക്കുന്ന സ്ഥലത്ത് പൂർണ്ണ വിവരങ്ങൾ നൽകുക.	<input type="radio"/> ഉവ്വ് <input type="radio"/> ഇല്ല
c.	ഇന്ത്യയിലോ വിദേശത്തോ ഏതെങ്കിലും ക്രിമിനൽ നടപടികൾക്കു കീഴിൽ നിങ്ങൾക്ക് ശിക്ഷ വിധിച്ചിട്ടുണ്ടോ? ഉണ്ട് എങ്കിൽ, താഴെ കൊടുത്തിരിക്കുന്ന സ്ഥലത്ത് പൂർണ്ണ വിവരങ്ങൾ നൽകുക.	<input type="radio"/> ഉവ്വ് <input type="radio"/> ഇല്ല

9) അപകടകരമായ കളികൾ, കായിക പരിപാടികൾ, വിനോദങ്ങൾ, ഉദാഹരണത്തിന് മൗണ്ടനിയറിംഗ്, ഡൈവിംഗ്, റേസിംഗ് അല്ലെങ്കിൽ ടിക്കറ്റെടുത്തു യാത്ര ചെയ്യുന്ന ഒരു യാത്രക്കാരനെന്ന നിലയിലല്ലാതെ ഏവിയേഷൻ മുതലായവയിൽ നിങ്ങൾ പങ്കെടുക്കുകയോ പങ്കെടുക്കാൻ ഉദ്ദേശിക്കുകയോ ചെയ്യുന്നുണ്ടോ? ഉവ്വ് ഇല്ല

ഉണ്ട് എങ്കിൽ, താഴെ കൊടുത്തിരിക്കുന്ന സ്ഥലത്ത് പൂർണ്ണ വിവരങ്ങൾ നൽകുക.

10) (a) നിങ്ങൾ താഴെപ്പറയുന്നവ ഏതെങ്കിലും കഴിക്കാറുണ്ടോ?

കഴിക്കുന്ന പദാർത്ഥങ്ങൾ	ഉവ്വ്/ഇല്ല	ഉവ്വ് എങ്കിൽ, താഴെ വിശദ വിവരങ്ങൾ നൽകുക	
		അളവ്	എപ്പോൾ മുതൽ (വർഷം)
പുകയില (സിഗററ്റ്, ചുരുട്ട്, പുകയില മുതലായവ)	<input type="radio"/> ഉവ്വ് <input type="radio"/> ഇല്ല	_____എണ്ണം/പായ്ക്കുകൾ പ്രതിദിനം	
മദ്യം	<input type="radio"/> ഉവ്വ് <input type="radio"/> ഇല്ല	മദ്യത്തിന്റെ തരം _____ വിസ്കി, ബിയർ മുതലായവ അളവ് പ്രതി വാരം _____മി.ലി.	
ഏതെങ്കിലും ലഹരി മരുന്നുകൾ	<input type="radio"/> ഉവ്വ് <input type="radio"/> ഇല്ല	മരുന്നിന്റെ തരം _____	

(b) കഴിഞ്ഞ 1 വർഷത്തിനകം നിങ്ങൾ മുകളിൽ പറഞ്ഞവയേതെങ്കിലും നിർത്തിയോ? താഴെ കൊടുത്തിരിക്കുന്ന സ്ഥലത്ത് പൂർണ്ണ വിവരങ്ങൾ നൽകുക.

11) **സ്ത്രീകൾക്ക് മാത്രം :**

a. നിങ്ങൾ ഇപ്പോൾ ഗർഭിണിയാണോ? ഉവ്വ് എങ്കിൽ, ഗർഭത്തിന്റെ ഏതു മാസമാണ്: _____മാസം ഉവ്വ് ഇല്ല

b. സെർവിക്കിൾ, ഗർഭപാത്രം, ഓവറികൾ, സ്തനം, സ്തനത്തിലെ മുഴ/സിസ്റ്റ് മുതലായവയ്ക്കു വേണ്ടി ഏതെങ്കിലും പരിശോധനയ്ക്കോ ചികിത്സയ്ക്കോ നിങ്ങൾ വിധേയപ്പെടുകയോ വിധേയപ്പെട്ടുകൊണ്ടിരിക്കുകയോ ചെയ്യുന്നുണ്ടോ അല്ലെങ്കിൽ ഹിസ്റ്റിറൈക്ടമിക്സു വേണ്ടി ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്കു വിധേയപ്പെട്ടിട്ടുണ്ടോ? ഉണ്ട് എങ്കിൽ, താഴെ കൊടുത്തിരിക്കുന്ന സ്ഥലത്ത് പൂർണ്ണ വിവരങ്ങൾ നൽകുക. ഉവ്വ് ഇല്ല

12) നിങ്ങൾ എപ്പോഴെങ്കിലും നോവൽ കൊറോണവൈറസ് (സാർസ്-കോവ്-2/കോവിഡ്-19) പരിശോധയിൽ പോസിറ്റീവ് ആയിട്ടുണ്ടോ? ഉവ്വ് എങ്കിൽ, പോസിറ്റീവ് പരിശോധനാഫലം വന്ന തീയതി നൽകുക. കൂടാതെ തുടർന്നുള്ള പരിശോധനകളുടെ വിശദാംശങ്ങളും. ഉവ്വ് ഇല്ല

a. ഉവ്വ് എങ്കിൽ, നിങ്ങളെ ആശുപത്രിയിൽ പ്രവേശിപ്പിച്ചിരുന്നുവോ? (ഉവ്വ് എങ്കിൽ, എല്ലാ ആശുപത്രി ചികിത്സാ റിപ്പോർട്ടുകളും ഡിസ്ചാർജ്ജ് സംഗ്രഹവും നൽകുക) ഉവ്വ് ഇല്ല

b. ഉവ്വ് എങ്കിൽ, നിങ്ങൾക്ക് കോവിഡ്-19 സംബന്ധമായ സങ്കീർണ്ണതകൾ ഉണ്ടായിട്ടുണ്ടോ? ദയവായി ബാധകമായ ഓപ്ഷൻ തിരഞ്ഞെടുക്കുക. ഉവ്വ് ഇല്ല

ഏതെങ്കിലും ചോദ്യത്തിന് 'ഉവ്വ്' എന്ന് ഉത്തരം നൽകിയിട്ടുണ്ടെങ്കിൽ ബന്ധപ്പെട്ട വിവരങ്ങളും വിശദീകരണങ്ങളും റിപ്പോർട്ടുകളും നൽകുക.

മേല്പറഞ്ഞ ചോദ്യങ്ങൾ സംബന്ധിച്ച വിവരങ്ങൾ നൽകുന്നതിനുള്ള സ്ഥലം. ആവശ്യമെങ്കിൽ കൂടുതൽ പേപ്പറുകൾ ഉപയോഗിച്ച് ഒപ്പം വയ്ക്കുക.

ചോദ്യ ന.	ഉവ്വ് എന്ന് ഉത്തരം നൽകിയ ചോദ്യങ്ങളുടെ വിവരങ്ങൾ അല്ലെങ്കിൽ ആവശ്യമായ മറ്റേതെങ്കിലും വിവരങ്ങൾ

മുകളിൽ കൊടുത്തിരിക്കുന്ന പ്രസ്താവനകൾ, ഉത്തരങ്ങൾ ഒപ്പം/അല്ലെങ്കിൽ ഞാൻ നൽകിയിരിക്കുന്ന വിവരങ്ങൾ എന്റെ അറിവിൽ പെട്ടിടത്തോളം സത്യവും പൂർണ്ണവുമാണെന്ന് ഞാൻ ഇതിനാൽ സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തുന്നു. ഞാൻ നൽകിയ വിവരങ്ങൾ ഇൻഷുറൻസ് പോളിസിയിലൂടെ പുതുക്കലിന്റെ അടിസ്ഥാനമായി മാറുമെന്നും ഈ സത്യവാങ്മൂലത്തിലെ പ്രസ്താവനകൾ വാറണ്ടിയുള്ളവയാണെന്നും ഞാൻ മനസ്സിലാക്കുന്നു. തെറ്റായ വിവരങ്ങൾ നൽകുകയോ വസ്തുതാപരമായ വിവരങ്ങൾ മറച്ചുവയ്ക്കുകയോ അസത്യ പ്രസ്താവനകൾ നടത്തുകയോ വഞ്ചന നടത്തുകയോ ചെയ്തിട്ടുണ്ടെങ്കിൽ മേല്പറഞ്ഞ കോൺട്രാക്ട് ഇൻഷുറൻസ് ആക്ട്, 1938ന്റെ സമയാ സമയങ്ങളിൽ ഭേദഗതി ചെയ്യപ്പെട്ടിട്ടുള്ള സെക്ഷൻ 45 പ്രകാരം കൈകാര്യം ചെയ്യപ്പെടുന്നതാണ്. സെക്ഷന്റെ പൂർണ്ണ വിവരങ്ങൾക്കും 'പോളിസിയിലെ തീയതി'യുടെ നിർവ്വചനത്തിനും ഇൻഷുറൻസ് ആക്ട്, 1938ന്റെ സമയാ സമയങ്ങളിൽ ഭേദഗതി ചെയ്യപ്പെട്ടിട്ടുള്ള സെക്ഷൻ 45 കാണുക.

ഞാൻ പൂർണ്ണമായ പ്രിമിയം, നികുതികളും ലേറ്റ് ഫീസും ഉൾപ്പെടെ, അടയ്ക്കാത്തപക്ഷം പോളിസിയിലെ പുതുക്കൽ പരിഗണിക്കപ്പെടുന്നതല്ലെന്ന വസ്തുത ഞാൻ മനസ്സിലാക്കുന്നു. പോളിസി ഡിപ്പോസിറ്റിൽ കിടക്കുന്ന തുകയ്ക്ക് ബന്ധപ്പെട്ട നിയമങ്ങളിൽ കൊടുത്തിരിക്കുന്ന രീതിയിലല്ലാതെ യാതൊരു പലിശയും ലഭിക്കുകയില്ലെന്നും ഞാൻ മനസ്സിലാക്കുന്നു.

ഈ പുതുക്കൽ അപേക്ഷ സ്വീകരിച്ചതായി കമ്പനിയിൽ നിന്നും അറിയിപ്പു ലഭിക്കുന്നതു വരെ പരിരക്ഷയും മറ്റ് ആനുകൂല്യങ്ങളും ആരംഭിക്കുകയില്ലെന്നും പോളിസിയിൽ കീഴിലുള്ള ആനുകൂല്യങ്ങൾ കർശനമായും പോളിസിയിലെ നിബന്ധനകളും വ്യവസ്ഥകളും അനുസരിച്ചായിരിക്കുമെന്നും ഞാൻ മനസ്സിലാക്കുന്നു.

ഇൻഷുറൻസ് കോൺട്രാക്ട് ബാധകമാകുന്ന നിയമങ്ങൾക്ക്, സമയാ സമയങ്ങളിൽ ഭേദഗതി ചെയ്യപ്പെടുന്ന രീതിയിൽ, ഭരിക്കപ്പെടുന്നതാണെന്ന വസ്തുത ഞാൻ മനസ്സിലാക്കുന്നു.

പോളിസി പുതുക്കുന്നതിനു വേണ്ടി കമ്പനി ആവശ്യപ്പെടുന്നപക്ഷം എന്റെ ചെലവിൽ വൈദ്യ പരിശോധനകൾക്കു വിധേയപ്പെടുന്നതിന് ഞാൻ സമ്മതിക്കുന്നു.

സാക്ഷിയുടെ ഒപ്പ്
സാക്ഷിയുടെ പേരും വിലാസവും

അഷ്വേർഡ് വ്യക്തിയുടെ/പോളിസി ഹോൾഡറുടെ പെരുവിൻ അടയാളം/ഒപ്പ് (അഷ്വേർഡ് വ്യക്തി മൈൻ ആണെങ്കിൽ, അഭ്യർത്ഥകന്റെ പെരുവിൻ അടയാളം/ഒപ്പ് ആവശ്യമാണ്)

സ്ഥലം: _____ തീയതി: _____

പോളിസിഹോൾഡർ പ്രാദേശിക ഭാഷയിൽ ഒപ്പു വയ്ക്കുകയോ പെരുവിൻലേടയാളം പതിക്കുകയോ ചെയ്യുകയാണെങ്കിൽ നൽകേണ്ട സത്യവാങ്മൂലം :

ഈ ഫോറത്തിന്റെ ഉള്ളടക്കം പോളിസിഹോൾഡർക്ക്/ഇൻഷുറർ ചെയ്യപ്പെട്ടയാളിന് _____ ഭാഷയിൽ വിശദീകരിച്ചു കൊടുത്തു എന്നും, ഉത്തരങ്ങൾ സത്യമായും കൃത്യമായും രേഖപ്പെടുത്തിയെന്നും ഫോറത്തിന്റെ ഉള്ളടക്കം പൂർണ്ണമായി മനസ്സിലാക്കിയതിനു ശേഷം പോളിസിഹോൾഡർ/ഇൻഷുറർ ചെയ്യപ്പെട്ടയാൾ എന്റെ സാന്നിദ്ധ്യത്തിൽ ഫോറത്തിൽ അയാളുടെ/അവരുടെ ഒപ്പുവച്ചു/പെരുവിൻലേടയാളം പതിച്ചു എന്നും ഞാൻ ഇതിനാൽ സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തുന്നു. തെറ്റായ വിവരങ്ങൾ നൽകുകയോ വസ്തുതാപരമായ വിവരങ്ങൾ മറച്ചുവയ്ക്കുകയോ അസത്യ പ്രസ്താവനകൾ നടത്തുകയോ വഞ്ചന നടത്തുകയോ ചെയ്തിട്ടുണ്ടെങ്കിൽ മേല്പറഞ്ഞ കോൺട്രാക്ട് ഇൻഷുറൻസ് ആക്ട്, 1938ന്റെ സമയാ സമയങ്ങളിൽ ഭേദഗതി ചെയ്യപ്പെട്ടിട്ടുള്ള സെക്ഷൻ 45 പ്രകാരം കൈകാര്യം ചെയ്യപ്പെടുന്നതാണ്.

സത്യവാങ്മൂലം നടത്തുന്ന ആളിന്റെ പേരും വിലാസവും : _____

സത്യവാങ്മൂലം നടത്തുന്ന ആളിന്റെ ഒപ്പ്