

## दुर्घटना राइडर फॉर्म

पॉलिसी धारक का नाम : \_\_\_\_\_  
पॉलिसी संख्या : \_\_\_\_\_  
पृष्ठांकन प्रपत्र के अनुरोध की तारीख : \_\_\_\_\_  
पंजीकृत पता (पॉलिसी दस्तावेज जैसा) : \_\_\_\_\_  
पंजीकृत संपर्क नम्बर (पॉलिसी दस्तावेज जैसा) : \_\_\_\_\_  
ई-मेल पता : \_\_\_\_\_

कृपया चुनिए  एडीबी राइडर फॉर्म  एडीडीडी राइडर फॉर्म कुल बीमा राशि   
कुल बीमा राशि

1) कम्पनी को उक्त पॉलिसी के प्रस्ताव को प्रस्तुत करने के बाद से:

क) क्या आप किसी बीमारी / दुर्घटना से पीड़ित हुए हैं अथवा क्या आपने किसी चिकित्सक से परामर्श किया है:  हां  नहीं  
यदि हां, तो कृपया ब्यौरा प्रदान करें: \_\_\_\_\_

ख) क्या आपने कोई जांच जैसे रक्त जांच, एक्स-रे, ईसीजी आदि करवाई है?  हां  नहीं  
यदि हां, तो कृपया ब्यौरा प्रदान करें: \_\_\_\_\_

ग) क्या आपको सामान्य सर्दी या जुकाम के अलावा किसी स्वास्थ्य स्थिति के लिए कार्यालय / कार्य स्थल से  हां  नहीं  
यदि हां, तो कृपया ब्यौरा प्रदान करें: \_\_\_\_\_

घ) क्या कोई ऐसी स्थिति / लक्षण रहे हैं जिनके लिए आपने सलाह नहीं ली है?  हां  नहीं  
यदि हां, तो कृपया ब्यौरा प्रदान करें: \_\_\_\_\_

2) कृपया बीमाकृत व्यक्ति के पदनाम सहित मौजूदा पेशे के ब्यौरे का उल्लेख करें: :

प्रस्तावक का नाम:

बीमाकृत किए जाने वाले व्यक्ति का नाम:

तारीख:

स्थान:

### अस्वीकरण

“फार्मेट की विषय-सामग्री को समझने से संबंधित किसी असहमति की स्थिति में, आईआरडीएआई परिपत्र संख्या: आईआरडीएआई/लाइफ/लाइफ काउंसिल/२०१३/७३ दिनांक २९ अप्रैल २०१४ के अनुसार हिन्दी/ अंग्रेजी में मुद्रित फार्मेट (जैसी भी स्थिति हो) को लागू माना जाएगा।”