

ಅಪಘಾತ ರೈಡರ್ ಫಾರ್ಮ್

ವಿಮಾದಾರರ ಹೆಸರು : _____
 ಪಾಲಿಸಿ ಸಂಖ್ಯೆ : _____
 ಒಪ್ಪಿಗೆ ಫಾರ್ಮ್ ಕೋರಿಕೆ ದಿನಾಂಕ : _____
 ನೋಂದಿತ ವಿಳಾಸ (ವಿಮಾ ಪಾಲಿಸಿ ಖಾತೆಯಲ್ಲಿರುವಂತೆ) : _____
 ನೋಂದಿತ ಸಂಪರ್ಕ ಸಂಖ್ಯೆ (ವಿಮಾ ಪಾಲಿಸಿ ಖಾತೆಯಲ್ಲಿರುವಂತೆ) : _____
 ಇ-ಮೇಲ್ ವಿಳಾಸ : _____

ದಯವಿಟ್ಟು ಆಯ್ಕೆ ಮಾಡಿ: ಎಡಿಬಿ ರೈಡರ್ ಫಾರ್ಮ್ ವಿಮಾ ಮೊತ್ತ
 ಎಡಿಡಿಡಿ ರೈಡರ್ ಫಾರ್ಮ್ ವಿಮಾ ಮೊತ್ತ

1) ಕಂಪನಿಗೆ ಮೇಲಿನ ಪಾಲಿಸಿಗೆ ಪ್ರಸ್ತಾವನೆ ಸಲ್ಲಿಸಿದ ನಂತರ:

- ಎ) ನೀವು ಯಾವುದಾದರೂ ಅನಾರೋಗ್ಯ/ಅಪಘಾತ ಅಥವಾ ಯಾರಾದರೂ ವೈದ್ಯಕೀಯ ವೃತ್ತಿಯವರ ಸಲಹೆ ಪಡೆದಿದ್ದೀರಾ: ಹೌದು ಇಲ್ಲ
 ಹೌದಾದರೆ, ದಯವಿಟ್ಟು ವಿವರಗಳನ್ನು ತಿಳಿಸಿ: _____
- ಬಿ) ನೀವು ರಕ್ತ ಪರೀಕ್ಷೆ, ಎಕ್ಸ್-ರೇ, ಇಸಿಜಿ, ಅಥವಾ ಇತರೆ ಯಾವುದಾದರೂ ತನಿಖಾ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳಿಗೆ ಒಳಗಾಗಿದ್ದೀರಾ? ಹೌದು ಇಲ್ಲ
 ಹೌದಾದರೆ, ದಯವಿಟ್ಟು ವಿವರಗಳನ್ನು ತಿಳಿಸಿ: _____
- ಸಿ) ಸಾಮಾನ್ಯ ಶೀತ ಮತ್ತು ಕೆಮ್ಮು ಇವುಗಳನ್ನು ಹೊರತು ಪಡಿಸಿ ಇನ್ಯಾವುದೇ ಅನಾರೋಗ್ಯದ ಕಾರಣದಿಂದ ನೀವು ನಿಮ್ಮ ಕಚೇರಿ/ಕೆಲಸದಿಂದ 5 ದಿನಗಳಿಗೂ ಹೆಚ್ಚು ಕಾಲ ರಜೆ ತೆಗೆದುಕೊಂಡಿದ್ದೀರಾ?: ಹೌದು ಇಲ್ಲ
 ಹೌದಾದರೆ, ದಯವಿಟ್ಟು ವಿವರಗಳನ್ನು ತಿಳಿಸಿ: _____
- ಡಿ) ನೀವು ಸಲಹೆ ಪಡೆಯದಿರುವ ಯಾವುದಾದರೂ ಸ್ಥಿತಿ/ಮುನ್ಸೂಚನೆಯ ಸುಳಿಹು ಇತ್ತೆ? ಹೌದು ಇಲ್ಲ
 ಹೌದಾದರೆ, ದಯವಿಟ್ಟು ವಿವರಗಳನ್ನು ತಿಳಿಸಿ: _____

2) ದಯವಿಟ್ಟು ವಿಮಾದಾರರ ಹಾಲಿ ಉದ್ಯೋಗವನ್ನು ಪದನಾಮೆ ಸಹಿತ ತಿಳಿಸಿ:

ಸೂಚಿಸುವವರ ಸಹಿ:	
ಪಾಲಿಸಿದಾರರ ಸಹಿ:	
ದಿನಾಂಕ: ದಿ ದಿ ತಿಂ ತಿಂ ವ ವ ವ ವ	ಸ್ಥಳ:

ಹಕ್ಕು ನಿರಾಕರಣೆ:

"ವಿಷಯಗಳ ಸ್ವರೂಪ ವಿವರಿಸುವಲ್ಲಿ ಯಾವುದೇ ಪ್ರಕಾರದ ಭಿನ್ನಾಭಿಪ್ರಾಯ ಬಂದಲ್ಲಿ, ಹಿಂದಿ/ಇಂಗ್ಲೀಷ್ ಆವೃತ್ತಿಯಲ್ಲಿ ಮುದ್ರಿಸಿದ ಸ್ವರೂಪದಂತೆ (ಪ್ರಕರಣ ಇದ್ದ ಹಾಗೆ) IRDAI ಸುತ್ತೋಲೆ ಏಪ್ರಿಲ್ 2014 IRDAI / ಲೈಫ್ / ಲೈಫ್ ಕೌನ್ಸಿಲ್ / 2013/ 73 ರ 29 ಪ್ರಚಲಿತವಾಗಿರುತ್ತದೆ"