

അപകട സുരക്ഷാ അനുബന്ധ ഫോറം

പോളിസി ഉടമയുടെ പേര് : _____
 പോളിസി നമ്പർ : _____
 അനുബന്ധം ചേർക്കാൻ അപേക്ഷിച്ച തീയതി : _____
 രജിസ്റ്റർ ചെയ്ത വിലാസം (പോളിസി പ്രമാണത്തിൽ നൽകിയത്) : _____
 രജിസ്റ്റർ ചെയ്ത ഫോൺ നമ്പർ (പോളിസി പ്രമാണത്തിൽ നൽകിയത്) : _____
 ഇ-മെയിൽ വിലാസം : _____

തിരഞ്ഞെടുക്കുക എഡിബി അനുബന്ധം ഫോറം പോളിസി തുക
 എഡിഡിഡി അനുബന്ധ ഫോറം പോളിസി തുക

1) കമ്പനിക്ക് മേൽപറഞ്ഞ പോളിസി അപേക്ഷ സമർപ്പിച്ച തീയതിയ്ക്ക് ശേഷം:

A) നിങ്ങളുടെ എന്തെങ്കിലും അസുഖം/അപകടം ഉണ്ടാവുകയോ ഡോക്ടറെ കാണേണ്ടി വരികയോ ചെയ്തിട്ടുണ്ടോ: ഉണ്ട് ഇല്ല
 ഉണ്ടെങ്കിൽ വിശദാംശങ്ങള് നൽകുക: _____

B) ബ്ലഡ് ടെസ്റ്റ്, എക്സ്-റേ, ഇ.സി.ജി. തുടങ്ങിയ പരിശോധനകൾക്ക് വിധേയനായിട്ടുണ്ടോ ഉണ്ട് ഇല്ല
 ഉണ്ടെങ്കിൽ വിശദാംശങ്ങള് നൽകുക: _____

C) സാധാരണ ചുമ, ജലദോഷം എന്നിവ ഒഴിച്ച് മറ്റ് ശാരീരിക കാരണങ്ങളാൽ നിങ്ങൾക്ക് ഓഫീസ്/ജോലി സ്ഥലത്തുനിന്നും അഞ്ച് ദിവസത്തിലധികം വിട്ടുനിൽക്കേണ്ടി വന്നിട്ടുണ്ടോ? ഉണ്ട് ഇല്ല
 ഉണ്ടെങ്കിൽ വിശദാംശങ്ങള് നൽകുക: _____

D) നിങ്ങളു് ഇതുവരെ വിദഗ്ദ്ധ ഉപദേശം തേടാത്ത എന്തെങ്കിലും അവസ്ഥ/ലക്ഷണങ്ങളു് നിങ്ങൾക്കുണ്ടോ? ഉണ്ട് ഇല്ല
 ഉണ്ടെങ്കിൽ വിശദാംശങ്ങളു് നൽകുക: _____

2) പോളിസി ഉടമയുടെ ഇപ്പോഴത്തെ ജോലി, പദവി തുടങ്ങിയവ വിശദമാക്കുക:

അപേക്ഷകന്റെ ഒപ്പ്: പോളിസി ഉടമയുടെ ഒപ്പ്: തീയതി: <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;">D</td> <td style="width: 20px; height: 20px;">D</td> <td style="width: 20px; height: 20px;">M</td> <td style="width: 20px; height: 20px;">M</td> <td style="width: 20px; height: 20px;">Y</td> <td style="width: 20px; height: 20px;">Y</td> <td style="width: 20px; height: 20px;">Y</td> <td style="width: 20px; height: 20px;">Y</td> </tr> </table>	D	D	M	M	Y	Y	Y	Y	സ്ഥലം:
D	D	M	M	Y	Y	Y	Y		

നിരാകരണം

“ഈ ഫോമിൻറെ ഉള്ളടക്കത്തിൻറെ വ്യവസ്ഥനം സംബന്ധമായ എല്ലാ തർക്കങ്ങൾക്കും പരിഹാരമായി ഇംഗ്ലീഷ്/ഹിന്ദി ഫോം ഉപയോഗപ്പെടുത്തുന്നതാണ് (ഐആർഡിഎയുടെ സർകുലർ നമ്പർ IRDAI/ Life/ Life Council/ 2013/ 73 dated 29 April 2014 പ്രകാരം)”