

## अपघाती रायडर फॉर्म

पॉलिसी धारकाचे नाव : \_\_\_\_\_  
पॉलिसी क्र. : \_\_\_\_\_  
एन्डॉर्समेंट फॉर्मसाठीचा विनंती दिनांक : \_\_\_\_\_  
नोंदणीकृत पत्ता (पॉलिसीवर दिल्याप्रमाणे) : \_\_\_\_\_  
नोंदणीकृत संपर्क क्रमांक (पॉलिसीवर दिल्याप्रमाणे) : \_\_\_\_\_  
ई-मेल पत्ता : \_\_\_\_\_

कृपया निवडा:  एडीबी रायडर फॉर्म एकूण विमा रक्कम   
 एडीडीडी रायडर फॉर्म एकूण विमा रक्कम

### 1) वरील पॉलिसीसाठी कंपनीला प्रस्ताव सुपुर्द केल्याच्या दिनांकापासून:

- A) आपण कोणताही आजार/अपघाताने ग्रस्त झाला होतात किंवा वैद्यकीय चिकित्साकाचा सल्ला घेतला होता:  होय  नाही  
जर होय, तर कृपया तपशील पुरवा: \_\_\_\_\_
- B) आपण काही चिकित्सात्मक चाचण्या जसे रक्त चाचणी, एक्स-रे, ईसीजी इ. करून घेतली होती का?  होय  नाही  
जर होय, तर कृपया तपशील पुरवा: \_\_\_\_\_
- C) आपण सामान्य सर्दी आणि खोकला यांऐवजी इतर आरोग्य स्थितींकरिता कार्यालय/कामावरून 5 दिवसांपेक्षा अधिककाळ सुटी घेतली होती का?  होय  नाही  
जर होय, तर कृपया तपशील पुरवा: \_\_\_\_\_
- D) अशी कोणतीही स्थिती/लक्षण आहे, ज्याकरिता आपण अजूनपर्यंत वैद्यकीय सल्ला घेतलेला नाही?  होय  नाही  
जर होय, तर कृपया तपशील पुरवा: \_\_\_\_\_

### 2) कृपया विमाकृत व्यक्तीच्या पदासह वर्तमान व्यवसायिक तपशील नमूद करा:

प्रस्तावकाची स्वाक्षरी:

विमाकृत केल्या जाणार्या व्यक्तीचे नाव:

दिनांकित:

ठिकाण:

### सावधानीची सूचना

या मजकुराचा अर्थ लावण्यावरून काही मतभेद उत्पन्न झाल्यास जो मजकूर IRDAI परिपत्रक क्रमांक: IRDAI/Life/LifeCouncil/2013/73 दिनांक 29 एप्रिल 2014 च्या अनुसार इंग्लिशमध्ये छापलेल्या आवृत्तीत आहे तोच विचारात घेतला जाईल.