

## विमाधारण अर्हता प्रमाणपत्र (आरोग्य)

विमाधारकाने भरावयाचे

पॉलिसी क्रमांक :	_____
जीवन अभिकर्ता:	_____
मूळ विमाधारकाचे नाव:	_____
प्रस्तावदात्याचे नाव:	_____
इतर (उप विमाधारक)	
जोडीदार:	_____
अपत्य 1:	_____
अपत्य 2:	_____
अपत्य 3:	_____

जर आपण एखाद्या प्रश्नाचे उत्तर 'हो' दिले असाल तर कृपया प्रश्नांचे शेवटी दिलेल्या चौकटीत त्याचा पूर्ण तपशील द्या.

प्रश्न	मूळ व्यक्ती	जोडीदार	अपत्य 1	अपत्य 2	अपत्य 3
1.पत्ता (निवासस्थानाचा)	_____				
विमाधारकाचे नाव					
2. व्यवसाय					
2a. ह्या पॉलिसीचा प्रस्ताव दिल्या दिवसापासून विमा धारकाचे व्यवसायात काही बदल झाला आहे का?	<input type="checkbox"/> होय <input type="checkbox"/> नाही	<input type="checkbox"/> होय <input type="checkbox"/> नाही	<input type="checkbox"/> होय <input type="checkbox"/> नाही	<input type="checkbox"/> होय <input type="checkbox"/> नाही	<input type="checkbox"/> होय <input type="checkbox"/> नाही
2b. विमाधारक सध्या आजारामुळे किंवा दुखापतीमुळे अपंग आहे का किंवा त्याचा ह्या विम्याचा प्रस्ताव कंपनीकडे आला त्यावेळी तो सर्व क्रिया ज्या प्रकारे करू शकत होता तशा प्रकारे तो आता त्या पूर्णतः किंवा अंशतः मदतीशिवाय करू शकत नाहीये का?	<input type="checkbox"/> होय <input type="checkbox"/> नाही	<input type="checkbox"/> होय <input type="checkbox"/> नाही	<input type="checkbox"/> होय <input type="checkbox"/> नाही	<input type="checkbox"/> होय <input type="checkbox"/> नाही	<input type="checkbox"/> होय <input type="checkbox"/> नाही
2c. विमाधारक सध्या कोणत्या आजाराने,अभावाने किंवा अपंगत्व त्रस्त आहे का किंवा वर न दिलेल्यापैकी एखादी शस्त्रक्रियाझाली आहे का?	<input type="checkbox"/> होय <input type="checkbox"/> नाही	<input type="checkbox"/> होय <input type="checkbox"/> नाही	<input type="checkbox"/> होय <input type="checkbox"/> नाही	<input type="checkbox"/> होय <input type="checkbox"/> नाही	<input type="checkbox"/> होय <input type="checkbox"/> नाही

<p>3. विमाधारक गिर्यारोहण,मोटर रेसिंग, डायव्हिंग, ग्लायडींग इ.सारख्या एखाद्या प्राणघातक क्रीडाप्रकारात सहभागी होतो का किंवा होण्याचा बेत आहे का?.</p>	<input type="checkbox"/> होय <input type="checkbox"/> नाही	<input type="checkbox"/> होय <input type="checkbox"/> नाही	<input type="checkbox"/> होय <input type="checkbox"/> नाही	<input type="checkbox"/> होय <input type="checkbox"/> नाही	<input type="checkbox"/> होय <input type="checkbox"/> नाही
<p>4. विमाधारकाने ह्या पॉलिसीसाठी प्रस्ताव सादर केल्यानंतर सुटीवर जाण्याशिवाय इतर. कारणाने परदेश प्रवास केला आहे किंवा करण्याचा विचार आहे किंवा परदेशी रहाण्याचा विचार आहे?</p>	<input type="checkbox"/> होय <input type="checkbox"/> नाही	<input type="checkbox"/> होय <input type="checkbox"/> नाही	<input type="checkbox"/> होय <input type="checkbox"/> नाही	<input type="checkbox"/> होय <input type="checkbox"/> नाही	<input type="checkbox"/> होय <input type="checkbox"/> नाही
<p>5. विमाधारकाची उंची (सेंटीमीटरमध्ये). विमाधारकाचे वजन(किलो) गेल्या दोन वर्षात वजनात ५ किलापेक्षा अधिक फरक झाला आहे का?</p>	<p>_____ सेंमी _____ किलो</p> <input type="checkbox"/> होय <input type="checkbox"/> नाही	<p>_____ सेंमी _____ किलो</p> <input type="checkbox"/> होय <input type="checkbox"/> नाही	<p>_____ सेंमी _____ किलो</p> <input type="checkbox"/> होय <input type="checkbox"/> नाही	<p>_____ सेंमी _____ किलो</p> <input type="checkbox"/> होय <input type="checkbox"/> नाही	<p>_____ सेंमी _____ किलो</p> <input type="checkbox"/> होय <input type="checkbox"/> नाही
<p>6. 6a. विमाधारक मद्यपान किंवा निकोटिन सेवन करतो का? 6b.विमाधारकाने कधी कोकेन, होरोइन किंवा इतर नशिले पदार्थ सेवन केले आहेत किंवा डॉक्टरच्या शिफारशी व्यतिरिक्त मारिजुआना, एलएसडी किंवा ऍफिटामाइन असे इतर पदार्थ सेवन केले आहेत का?जर उत्तर हो असेल तर अमलीपदार्थ उपयोग प्रश्नावली पूर्ण भरून द्या.</p>	<input type="checkbox"/> होय <input type="checkbox"/> नाही	<input type="checkbox"/> होय <input type="checkbox"/> नाही	<input type="checkbox"/> होय <input type="checkbox"/> नाही	<input type="checkbox"/> होय <input type="checkbox"/> नाही	<input type="checkbox"/> होय <input type="checkbox"/> नाही
<p>7. विमाधारकाचे पालक/भाऊ/ बहिण ह्यापैकी कोणी हृदयरोग, स्ट्रोक,उच्च रक्त दाब,मधुमेह , कर्करोग,मूत्रपिंडदोष,अर्धांग किंवा इतर कोणताही अनुवंशिक आजार उदा. हंटीन्टन आजार ,पॉली सिस्टीक आजार,किंवा मूत्रपिंडाचा काही आजार, कोलोनचा पॉलिपॉसिस अशा आजाराने वारलेले आहेत का किंवा त्रस्त आहेत का?</p>	<input type="checkbox"/> होय <input type="checkbox"/> नाही	<input type="checkbox"/> होय <input type="checkbox"/> नाही	<input type="checkbox"/> होय <input type="checkbox"/> नाही	<input type="checkbox"/> होय <input type="checkbox"/> नाही	<input type="checkbox"/> होय <input type="checkbox"/> नाही
<p>8. मागच्या पाच वर्षात: 8a. सामान्य सर्दी-खोकल्या, ४दिवसांपेक्षा जास्तकाळ टिकणा-या फ्ल्यू शिवाय इतर कोणत्याही आजाराकारणाने विमाधारकानेएखाद्या फिजिशियनचा किंवा इतर वैद्यकीय व्यावसायिकाचा सल्ला घेतला होता का?</p>	<input type="checkbox"/> होय <input type="checkbox"/> नाही	<input type="checkbox"/> होय <input type="checkbox"/> नाही	<input type="checkbox"/> होय <input type="checkbox"/> नाही	<input type="checkbox"/> होय <input type="checkbox"/> नाही	<input type="checkbox"/> होय <input type="checkbox"/> नाही

<p>8b. विमाधारकाला कोणत्याही आजारासाठी रोगासाठी, दुखापतीसाठी वैद्यकीय सल्ला घेण्याचा सल्ला मिळाला होता का, किंवा फक्त गर्भारवास्था, अपत्यजन्म किंवा नियमित तपासण्या सोडून तर कशासाठी रुग्णालयात भरती होता का?</p> <p>8c.इसीजी, एकसरे ,रक्त तपासण्या किंवा इतर परीक्षणे सादर केली आहेत का?</p>	<input type="checkbox"/> होय <input type="checkbox"/> नाही	<input type="checkbox"/> होय <input type="checkbox"/> नाही	<input type="checkbox"/> होय <input type="checkbox"/> नाही	<input type="checkbox"/> होय <input type="checkbox"/> नाही	<input type="checkbox"/> होय <input type="checkbox"/> नाही
<p>9. विमाधारकाच्या खालील आजारांसाठी कधी उपचार किंवा तपासण्या झाल्या आहेत काय---हृदयाची कोणतीही समस्या,उच्च रक्तदाब,मधुमेह,श्वसन समस्या,क्षय, पचनाच्या समस्या,मूत्रपिंडाच्या समस्या,ट्यूमर, मानसिक रोग किंवा कोणतीही स्त्रीरोग समस्या?</p>	<input type="checkbox"/> होय <input type="checkbox"/> नाही	<input type="checkbox"/> होय <input type="checkbox"/> नाही	<input type="checkbox"/> होय <input type="checkbox"/> नाही	<input type="checkbox"/> होय <input type="checkbox"/> नाही	<input type="checkbox"/> होय <input type="checkbox"/> नाही
<p>10.विमाधारकाने कधी ऍक्वायर्ड इम्युनिटी सिंड्रोमसाठी सल्ला घेतला होता का किंवा परीक्षणात कधी एचआयव्ही विषाणुचे अस्तित्वदर्शक परीणाम आढळले का?</p>	<input type="checkbox"/> होय <input type="checkbox"/> नाही	<input type="checkbox"/> होय <input type="checkbox"/> नाही	<input type="checkbox"/> होय <input type="checkbox"/> नाही	<input type="checkbox"/> होय <input type="checkbox"/> नाही	<input type="checkbox"/> होय <input type="checkbox"/> नाही

**उत्तरदायित्व नकार**

"ह्या मजकुराचा अर्थ लावतांना काही असंमत असल्यास IRDAIपरिपत्रकानुसार व IRDAI/ Life/ Life Council/ 2013/ 73 दिनांक 29 एप्रिल 2014चे अनुसार छापलेली जी इंग्लिश आवृत्ती असेल तीच ग्राह्य समजली जाईल"