



ഇന്ഷുറേൻസ് യോഗ്യതാ സർട്ടിഫിക്കറ്റ്

പോളിസി നമ്പർ. / നമ്പരുകള്.: _____ കോണ്ടാക്ട് നമ്പർ: _____ ഇമെയിൽ: _____

പോളിസി ഉടമയുടെ പേര് _____

ഫസ്റ്റ് നെയിം

മിഡിൾ നെയിം

ലാസ്റ്റ് നെയിം

പോളിസി ഉടമയെക്കുറിച്ച് താഴെപ്പറയുന്ന ചോദ്യങ്ങളുടെ ഉണ്ട് അല്ലെങ്കിൽ 'ഇല്ല' എന്ന് അടയാളപ്പെടുത്തി ഉത്തരം നൽകുക.

	<p>കൂടുതൽ സ്ഥലം ആവശ്യമെങ്കിൽ ഈ ഫോമിനോടൊപ്പം കൂടുതൽ പേപ്പർ ഷീറ്റുകളുടേ ചേർക്കാവുന്നതാണ്.</p>	ഉണ്ട്	ഇല്ല	3-12 ചോദ്യങ്ങളിൽ ഉത്തരം ഉണ്ട് എന്നാണെങ്കിൽ കൂടുതൽ വിശദാംശങ്ങളു നൽകുക. ഉദാ: തുടക്കം, ദൈർഘ്യം, ചികിത്സ, പരിശോധനകളു മുതലായവ അവയുടെ പകർപ്പു കളു സഹിതം.			
1	<p>i. ഉയരം (ഷൂസിടാതെ) തുടക്കം ii. നിങ്ങളുടെ ഭാരം കഴിഞ്ഞ 12 മാസങ്ങളുടെ ഇളി 5 കിലോയിലധികം കൂടിയിട്ടുണ്ടോ/കുറഞ്ഞിട്ടുണ്ടോ? ഉണ്ടെങ്കിൽ കാരണം നൽകുക.</p>						
2	<p>i. ഈ പോളിസിക്ക് അപേക്ഷ നൽകിയതിനു ശേഷം നിങ്ങളുടെ തൊഴിലിൽ എന്തെങ്കിലും മാറ്റം ഉണ്ടായിട്ടുണ്ടോ ii. 21 യുടെ ഉത്തരം ഉണ്ട് എന്നാണെങ്കിൽ ഇപ്പോഴത്തെ തൊഴിലുടമയുടെ / ബിസിനസ്സിന്റെ പേര് നൽകുക. പ്രസക്തമായ അപകടസാധ്യതാ ചോദ്യാവലി നൽകുക.(അപകട സാധ്യതയുള്ള തൊഴിലുകളുടെ ഇതാവശ്യമാണ്.)</p>						
3	<p>നിങ്ങളുടെ ജന്മനാ അല്ലെങ്കിൽ രോഗം/അപകടം മൂലം എന്തെങ്കിലും ശാരീരിക വൈകല്യം ഉണ്ടോ?</p>						
4	<p>i. നിങ്ങൾക്ക് ബാല്യം മുതലേ എപ്പോഴെങ്കിലും പ്രമേഹം / ഉയർന്ന രക്തസമ്മർദ്ദം, സ്ത്രോക്ക്, പരാലിസിസ്, അപസ്യാരം, നെഞ്ചുവേദന, ഹൃദയാഘാതം, കിഡ്നി രോഗം, ബ്ലഡ് ബന്ധപ്പെട്ട ഡിസോർഡർ, ഉയർന്ന കൊളസ്ട്രോൾ, തുടങ്ങിയ ഏതെങ്കിലും അവസ്ഥ ഉണ്ടായിട്ടുണ്ടോ/ ഇപ്പോഴുണ്ടോ? നിങ്ങളുടെ കുടുംബത്തിൽ പാരമ്പര്യമായി ഗ്ലൂസന/ ദഹന/മാനസിക സംബന്ധമായ അസുഖങ്ങളു, കാൻസർ, ട്യൂമർ, മറ്റെന്തെങ്കിലും സമാനമായ ന്യൂനതകളു ഉണ്ടോ? ii. മുകളിൽ പറഞ്ഞതിൽ പെടാത്ത എന്തെങ്കിലും ശാരീരിക പ്രശ്നങ്ങളു താങ്കളുടെ ഉണ്ടായിട്ടുണ്ടോ? iii. ഡോക്ടറുടെ ഉപദേശം തേടാനുദ്ദേശിക്കുന്ന എന്തെങ്കിലും ലക്ഷണങ്ങളു നിങ്ങളുടെ ഉണ്ടോ? iv. നിങ്ങളു സാധാരണ ജലദോഷം/ ഫ്ലൂ അല്ലാതെ മറ്റെന്തെങ്കിലും അസുഖം/അവസ്ഥ എന്നിവയെക്കുറിച്ചു ചികിത്സയിലാണോ?</p>						
5	<p>കഴിഞ്ഞ 5 വർഷങ്ങളുടെ ഇടയിൽ നിങ്ങളു രക്തം ടെസ്റ്റ്, മൂത്ര പരിശോധന, എക്സ്റേ, ഇ.സി.ജി, ടി.എം.ടി., സോണോഗ്രാഫി, സിടി-സ്കാൻ, എംആർഐ, അല്ലെങ്കിൽ മറ്റെന്തെങ്കിലും പരിശോധനകളു വിധേയനായിട്ടുണ്ടോ?</p>	ആശുപത്രി വാസം	ശസ്ത്രക്രിയ				
	ഉണ്ട്	ഇല്ല	ഉണ്ട്	ഇല്ല	ഉണ്ട്	ഇല്ല	
6	<p>നിങ്ങളുടെ മാതാപിതാക്കൾക്ക് / സഹോദരങ്ങളുടെ 60 വയസ്സിനു മുമ്പു രക്തസമ്മർദ്ദം / പ്രമേഹം / ഹാർട്ട് രോഗത്തിനു / ക്യാൻസർ / വൃക്ക രോഗത്തിനു / പരാലിസിസ് / സ്ത്രോക്ക് / പാരമ്പര്യ / ഫമിലിയൽ ന്യൂനത (ഉദാ-പോളിസിസ്റ്റിക് വൃക്ക രോഗം, ഫമിലിയൽ കോളൻ പോളിപോസിസ്) ബാധിച്ചു ചരിത്രമുണ്ടോ?</p>						
7	<p>എപ്പോഴെങ്കിലും നിങ്ങളുടെ അല്ലെങ്കിൽ നിങ്ങളുടെ പങ്കാളിയുടെ ഹെപ്പറ്റൈറ്റിസ് ബി അഥവാ സി, എച്ച്.ഐ.വി, എയ്ഡ്സ് അല്ലെങ്കിൽ മറ്റെന്തെങ്കിലും ലൈംഗികജന്യ രോഗ പരിശോധന ഫലം പോസിറ്റീവ് ആയിട്ടുണ്ടോ?</p>						
8	<p>പോളിസി ഉടമ മദ്യം/പുകയില/ പുകവലി/മയക്കുമരുന്നു എന്നിവ ഉപയോഗിക്കാറുണ്ടോ? ഉണ്ടെങ്കിൽ അവയുടെ അളവു/ ഉപയോഗിക്കാൻ തുടങ്ങിയ കാലയളവു എന്നിവ നൽകുക.</p>						
9	<p>നിങ്ങളു പർവ്വതാരോഹണം, മോട്ടോർ റേസിങ്, ഡൈവിങ്ങ്, സ്നോഡിംഗ് തുടങ്ങിയ സാഹസികമായ ഏതെങ്കിലും കായികപ്രവർത്തനങ്ങളിൽ പങ്കെടുക്കാറുണ്ടോ/പങ്കെടുക്കാൻ ഉദ്ദേശിക്കുന്നുണ്ടോ?[ഉണ്ടെങ്കിൽ വിശദാംശങ്ങളു നൽകുക]</p>						



10	<p>സ്ത്രീ പോളിസി ഉടമകളുടെ മാത്രം:</p> <p>i. നിങ്ങളു് ഇപ്പോള് ഗര്ഭിണി ആണോ? ആണെങ്കില് എത്ര ആഴ്ചയായി: _____</p> <p>ii. നിങ്ങളുടെ അബോർഷന്/എക്സോപിക് ഗര്ഭിണി എന്നിവയുടെ ചരിത്രമുണ്ടോ:</p> <p>iii. നിങ്ങളുടെ ക്രമം തെറ്റിയ ആര്ത്തരവ്/ സ്റ്റീഡിംഗ്/മുഴുകള്/അല്ലെങ്കില് മറ്റേതെങ്കിലും ഗൈനക്കോളജി പ്രശ്നങ്ങളുണ്ടോ?</p>			
11	<p>വകേഷേന്ത് സമയത്ത് ലാതെ നിങ്ങളു് വിദേശയാത്ര ചെയ്തിട്ടുണ്ടോ/ചെയ്യാന് ഉദ്ദേശിക്കുന്നുണ്ടോ?</p>			
12	<p>നിങ്ങളുടെ ലൈഫ്/ആരോഗ്യ/അപകട/ഗുരുതര രോഗ ഇന്ഷുറന്സ് അപേക്ഷകളു് മറ്റേതെങ്കിലും ഇന്ഷുറന്സ് കമ്പനി നിരസിക്കുക / നിട്ടിവെക്കുക / തിരുത്തുക / വിലയിരുത്തുക ചെയ്തിട്ടുണ്ടോ?</p>			

ഇന്ഷുറർ ചെയ്യപ്പെടുന്ന വ്യക്തി/പോളിസി ഉടമ ആയ ഞാൻ, എനിക്കറിയാവുന്നിടത്തോളം, മുകളില് നല്കിയ വിവരങ്ങളു് സത്യവും പൂര്ണ്ണവും ആണെന്നും അതിന്റെ അടിസ്ഥാനത്തിലാണ് കമ്പനി ഇന്ഷുറന്സ് പുനരഭിഷേകം വ്യത്യസ്തം വരുത്തുന്നത് എന്നും സമ്മതിക്കുന്നു.

ഞാൻ നല്കിയ വിവരങ്ങളില് ഏതെങ്കിലും മറച്ചവയുണ്ടെങ്കിലും, തെറ്റായതോ/തെറ്റിദ്ധരിക്കപ്പെട്ടതോ ആയി തെളിഞ്ഞാല് ഈ ഇന്ഷുറന്സ് കരാര് വേണ്ടെന്നു വയ്ക്കാനുള്ള എല്ലാ അധികാരങ്ങളും കമ്പനിയില് നിക്ഷിപ്തമാണ് എന്ന് ഞാൻ മനസ്സിലാക്കുന്നു.

ഈ പ്രസ്താവം അംഗീകരിക്കുകയും രേഖാ മൂലം എന്ന് അറിയിക്കുകയും ചെയ്യുന്നത് വരെ ഞാൻ ഇതിനായി നല്കിയ അപേക്ഷയോ അനുബന്ധ പ്രീമിയം തുകയോ അടിസ്ഥാനമാക്കി കമ്പനി ഒരു ഉത്തരവാദിത്വവും ഏറ്റെടുക്കുന്നതല്ലെന്നും ഞാൻ അംഗീകരിക്കുന്നു.

_____ നിര്ദ്ദേശിക്കുന്ന ആളുടെ ഒപ്പ്/വിരലടയാളം

_____ തിരുത്തി/സമലം

(എജെന്റ്/പ്രത്യേക വ്യക്തിയുടെ ഒപ്പ്)

പരിഭാഷകന്റെ പ്രസ്താവന

ഞാൻ ഈ പ്രസ്താവനയുടെ ഉള്ളടക്കം ഇന്ഷുറർ ചെയ്യപ്പെടുന്ന/നിര്ദ്ദേശിക്കുന്ന ആളുടെ, _____ (ഭാഷ) അവര് ആവശ്യപ്പെട്ട വിധത്തില് വ്യക്തമാക്കിക്കൊടുത്തിട്ടുള്ളതും അദ്ദേഹം/അവര് അത് മൂലമായി മനസ്സിലാക്കിയിട്ടുള്ളതുമാണ്. വിവിധ ചോദ്യങ്ങളുടെ ഉള്ള ഇന്ഷുറർ ചെയ്യപ്പെടുന്ന/നിര്ദ്ദേശിക്കുന്ന ആളുടെ ഉത്തരങ്ങളു് ഞാൻ കൃത്യമായി അടയാളപ്പെടുത്തിയിട്ടുണ്ട്. ഈ ഉത്തരങ്ങളു് ഞാൻ വീണ്ടും വായിച്ചുകേള്ക്കുകയും അദ്ദേഹം/അവര് അത് ശരിയാണെന്ന് സമ്മതിക്കുകയും ചെയ്തിട്ടുണ്ട്. ഇന്ഷുറർ ചെയ്യപ്പെടുന്ന/നിര്ദ്ദേശിക്കുന്ന ആളുടെ വിരലടയാളം/ഒപ്പ് എന്റെ സാന്നിധ്യത്തിലാണ് ചേര്ത്തിട്ടുള്ളത്.

_____ പരിഭാഷകന്റെ പേര് _____ പരിഭാഷകന്റെ ഒപ്പ്

തിരുത്തി & സമലം

ഇന്ഷുറന്സ്1 ആക്ട് സെക്ഷന് 45 ല് നിന്ന്: _____ പോളിസി തുടങ്ങിയ തിയതി അതായത്, പോളിസി നല്കിയ/റിസ്ക് തുടങ്ങിയ/പോളിസി പുതുക്കിയ/അനുബന്ധം ചേര്ത്ത തിയതി, ഇവയില് ഏതാണോ അവസാനം വരുന്നത്, ആ തിയതിയ്ക്കുശേഷം മൂന്നു വര്ഷം പൂര്ത്തിയാകാത്ത പക്ഷം പോളിസി ഒരു കാരണ വശാലും ചോദ്യം ചെയ്യപ്പെടുന്നതല്ല.

പോളിസി തുടങ്ങിയ തിയതി അതായത്, പോളിസി നല്കിയ/റിസ്ക് തുടങ്ങിയ/പോളിസി പുതുക്കിയ/അനുബന്ധം ചേര്ത്ത തിയതി, ഇവയില് ഏതാണോ അവസാനം വരുന്നത്, ആ തിയതിയ്ക്കുശേഷം മൂന്നു വര്ഷം പൂര്ത്തിയാകുന്നതിനു മുമ്പ് ഇന്ഷുറർ ചെയ്യപ്പെട്ട ആളിന്റെ ജീവിതത്തെ ബാധിക്കുന്ന എന്തെങ്കിലും വസ്തുത പോളിസിക്ക് ആധാരമായ അപേക്ഷയിലോ അല്ലെങ്കില് മറ്റേതെങ്കിലും രേഖയിലോ മറച്ചവയുടെയോ/തെറ്റായി ധരിപ്പിക്കുകയോ ചെയ്തതായി കണ്ടെത്തിയാല് ആ പോളിസി ചോദ്യം ചെയ്യപ്പെടാവുന്നതാണ്.

