



ഗുരുതര രോഗാവസ്ഥ അനുബന്ധം കൂട്ടിച്ചേർക്കുന്ന ഫോറം

പോളിസി ഉടമയുടെ പേര് : _____
 പോളിസി നമ്പർ : _____
 തീയതി : _____
 ബന്ധപ്പെടാനുള്ള ഫോൺ നമ്പർ : _____
 ഇ-മെയിൽ വിലാസം : _____

അനുബന്ധം ചേർക്കൽ:

<input type="checkbox"/> ഗുരുതരരോഗഅനുബന്ധം പ്രീമിയം ഒഴിവാക്കൽ	<input type="checkbox"/> ഗുരുതരരോഗഅനുബന്ധം
<input type="checkbox"/> സ്ത്രീകളുടെ ഗുരുതരരോഗഅനുബന്ധം ഗ്രൂപ്പ് 1*	<input type="checkbox"/> സ്ത്രീകളുടെ ഗുരുതരരോഗഅനുബന്ധം ഗ്രൂപ്പ് 2*
<input type="checkbox"/> ഗുരുതരരോഗഅനുബന്ധം	<input type="checkbox"/> സ്ത്രീകളുടെ സംരക്ഷ അനുബന്ധം ഗ്രൂപ്പ് 1*
<input type="checkbox"/> സ്ത്രീകളുടെ സംരക്ഷ അനുബന്ധം ഗ്രൂപ്പ് 2*	<input type="checkbox"/> മറ്റുള്ളവ (ഏതെന്ന് എഴുതുക)

*സ്ത്രീകളുടെ ഗുരുതരരോഗഅനുബന്ധം - സ്ത്രീ പോളിസി ഉടമകൾക്കുമാത്രം

1) ഇപ്പോഴത്തെ ജോലി : _____

a) ഇൻഷുറൻസ് എടുത്തശേഷം ജോലിയിൽ വ്യത്യസം ഉണ്ടായിട്ടുണ്ടോ? ഉണ്ട് ഇല്ല

ഉണ്ടെങ്കിൽ ദയവായി വിശദാംശങ്ങള് നൽകുക.: _____

b) പോളിസിയെടുത്ത വ്യക്തിയ്ക്ക് ഏതെങ്കിലും തരത്തിൽ, അസുഖങ്ങളു്, പകർച്ചവ്യാധികളു്, അപകടം എന്നിവ മൂലമോ മറ്റെന്തെങ്കിലും തരത്തിലോ, പോളിസിക്കു വേണ്ടി അപേക്ഷ സമർപ്പിച്ച സമയത്തിൽലാത്ത വിധത്തിൽ സ്വന്തം കാര്യങ്ങളു് പരസഹായമില്ലാതെ ചെയ്യാൻ കഴിയാത്ത ശാരീരികക്ഷമതയിൽലാത്ത അവസ്ഥയുണ്ടോ. ഉണ്ട് ഇല്ല

ഉണ്ടെങ്കിൽ ദയവായി വിശദാംശങ്ങള് നൽകുക.: _____

c) പോളിസിയെടുത്ത വ്യക്തി ഇപ്പോളു്, അസുഖങ്ങളു്, പകർച്ചവ്യാധികളു്, അപകടം, വികലാംഗത എന്നിവയിലേതെങ്കിലും ബാധിതനാണോ അല്ലെങ്കിൽ ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്ക് വിധേയനായിട്ടുണ്ടോ? ഉണ്ട് ഇല്ല

ഉണ്ടെങ്കിൽ ദയവായി വിശദാംശങ്ങള് നൽകുക.: _____

2) പോളിസി ഉടമ പോളിസി എടുത്തശേഷം അവധിക്കാലാസ്വാദനത്തിനല്ലാതെ --- ദിവസത്തിൽ കൂടുതൽ സമയം യാത്ര ചെയ്യുകയോ, ഇന്ത്യയ്ക്കു വെളിയിൽ താമസിക്കുകയോ ഉണ്ടായിട്ടുണ്ടോ? ഉണ്ട് ഇല്ല

ഉണ്ടെങ്കിൽ ദയവായി വിശദാംശങ്ങള് നൽകുക.: _____

3) ഉയരം : _____ സെ.മി ഭാരം: _____ കിലോഗ്രാം
 പോളിസി ഉടമയുടെ ഭാരം കഴിഞ്ഞ രണ്ടുകൊല്ലത്തിനിടയിൽ 5 കിലോഗ്രാമിലധികം കൂടുകയോ കുറയുകയോ ഉണ്ടായിട്ടുണ്ടോ? ഉണ്ട് ഇല്ല

4) a) പോളിസി ഉടമ മദ്യപിയ്ക്കുകയോ, പുകവലിയ്ക്കുകയോ, അതുപോലെ പുകയില അല്ലെങ്കിൽ നിക്കോട്ടിൻ കലർന്ന പദാർത്ഥങ്ങളു് ഉപയോഗിക്കുകയോ ചെയ്യാറുണ്ടോ? ഉണ്ട് ഇല്ല

ഉണ്ടെങ്കിൽ ദയവായി വിശദാംശങ്ങള് നൽകുക.: _____

മദ്യം പുകവലി

b) പോളിസി ഉടമ കഞ്ചാവ്, ഹെറോയിൻ മുതലായവയോ നാർകോട്ടിക് വിഭാഗത്തിലുള്ള മരിജുവാന, എൽഎസ്ഡി, ആംഫെറ്റാമിൻഎന്നിവയോ ഡോക്ടറുടെ ഉപദേശപ്രകാരമല്ലാതെ ഉപയോഗിച്ചിട്ടുണ്ടോ? ഉണ്ട് ഇല്ല

ഉണ്ടെങ്കിൽ ദയവായി വിശദാംശങ്ങള് നൽകുക.: _____



5) പോളിസി ഉടമയുടെ അച്ഛനമ്മമാര്, സഹോദരങ്ങളെ എന്നിവരിലാരെങ്കിലും ഹൃദ്രോഗം, രക്തസമ്മർദ്ദം, പ്രമേഹം, കരള് രോഗങ്ങളെ അലൈങ്കിള് ഹൻടിങ്ങ് രോഗം, പോളിസിസ്റ്റിക് കിഡ്നി രോഗം, പോളിപോസിസ് കടൽരോഗം തുടങ്ങിയ മറ്റെതെങ്കിലും പാരമ്പര്യരോഗങ്ങളെ ബാധിതരോ അവ കാരണം മരണപെടുകയോ ചെയ്തിട്ടുണ്ടോ? ഉണ്ട് ഇല്ല

ഉണ്ടെങ്കില് ദയവായി വിശദാംശങ്ങളെ നൽകുക.: _____

6) കഴിഞ്ഞ 5 കൊല്ലങ്ങളില് പോളിസി ഉടമ:

a) പനി, ജലദോഷം, ഇൻഫ്ലുവൻസ എന്നിവയല്ലാത്ത നാലുദിവസത്തില് കൂടുതല് നീണ്ടുനിന്ന ഏതെങ്കിലും അസുഖത്തിന് ഡോക്ടറുടെയോ മറ്റു ചികിത്സാവിദഗ്ദ്ധരുടെയോ സഹായം തേടിയിട്ടുണ്ടോ? ഉണ്ട് ഇല്ല
 ഉണ്ടെങ്കില് ദയവായി വിശദാംശങ്ങളെ നൽകുക.: _____

b) എപ്പോഴെങ്കിലും ഗർഭം, പ്രസവം, സാധാരണ വൈദ്യപരിശോധന എന്നിവയല്ലാതെ, ഏതെങ്കിലും അസുഖം, വ്യാധി, മുറിവ് എന്നിവ കാരണം ഡോക്ടറുടെ ഉപദേശമോ, ആശുപത്രിവാസമോ വേണ്ടിവന്നിട്ടുണ്ടോ? ഉണ്ട് ഇല്ല
 ഉണ്ടെങ്കില് ദയവായി വിശദാംശങ്ങളെ നൽകുക.: _____

c) ഇന്ദ്രിയം, എക്സ്-റേ, രക്തപരിശോധന അലൈങ്കിള് മറ്റെതെങ്കിലും പരിശോധനകളെ ഇപ്പോള് അലൈങ്കിള് മുമ്പ് നടത്തിയിട്ടുണ്ടോ? . ഉണ്ട് ഇല്ല
 ഉണ്ടെങ്കില് ദയവായി വിശദാംശങ്ങളെ നൽകുക.: _____

7) പോളിസി ഉടമ എപ്പോഴെങ്കിലും, ഹൃദ്രോഗം, രക്തസമ്മർദ്ദം, പ്രമേഹം, ശ്വാസകോശരോഗങ്ങളെ, ഉദരരോഗങ്ങളെ, വൃക്കരോഗങ്ങളെ, ട്യൂമർ, മാനസികാസാന്നദ്ധ്യം എന്നിവയിലേതെങ്കിലും കാരണം പരിശോധിക്കപ്പെടുകയോ, ചികിത്സിക്കപ്പെടുകയോ ഉണ്ടായിട്ടുണ്ടോ? ഉണ്ട് ഇല്ല

ഉണ്ടെങ്കില് ദയവായി വിശദാംശങ്ങളെ നൽകുക.: _____

8) പോളിസി ഉടമ എപ്പോഴെങ്കിലും, എസ്സ് ബാധ സംബന്ധിച്ചോ അലൈങ്കിള് എച്ച്ഐവി. വൈറസ് സ്ഥിരീകരണ ടെസ്റ്റ് സംബന്ധിച്ചോ ഡോക്ടറുടെ ഉപദേശം തേടിയിട്ടുണ്ടോ? ഉണ്ട് ഇല്ല

ഉണ്ടെങ്കില് ദയവായി വിശദാംശങ്ങളെ നൽകുക.: _____

9) ഈ പോളിസി തുടങ്ങിയ ശേഷം പോളിസി ഉടമയുടെ ഏതെങ്കിലും പോളിസി പ്രസ്താവം, അലൈങ്കിള് പോളിസി പുനഃരഖാരണം/ ആരോഗ്യ ഇൻഷുറൻസ് മുതലായവ ഐഗോണ് ലൈഫ് ഇൻഷുറൻസ് അലൈങ്കിള് മറ്റെതെങ്കിലും കമ്പനികളാല് പുനഃക്രമീകരിക്കപ്പെടുകയോ മാറ്റിവെക്കപ്പെടുകയോ ഉണ്ടായോ? ഉണ്ട് ഇല്ല

ഉണ്ടെങ്കില് ദയവായി വിശദാംശങ്ങളെ നൽകുക.: _____

10) പോളിസി ഉടമയുടെ ഏതെങ്കിലും പോളിസി പ്രസ്താവം ഏഗോണ് ഇൻഷുറൻസ് ഇന്ത്യ ലിമിറ്റഡിലോ മറ്റെതെങ്കിലും ഇൻഷുറൻസ് കമ്പനിയിലോ ഇപ്പോള് തീരുമാനമാകാതെ നിലനിൽക്കുന്നുണ്ടോ? ഉണ്ട് ഇല്ല

ഉണ്ടെങ്കില് ദയവായി വിശദാംശങ്ങളെ നൽകുക.: _____

11) വനിതാ പോളിസി ഉടമകളോട്:

a) താങ്കളെ ഇപ്പോള് ഗർഭിണിയാണോ? ഉണ്ട് ഇല്ല
 ഉണ്ടെങ്കില് ദയവായി ഗർഭത്തിൻറെ ദൈർഘ്യം സംബന്ധമായ വിശദാംശങ്ങളെ നൽകുക.(ആഴ്ചകളില്): _____

b) താങ്കൾക്ക് പ്രസവസംബന്ധമായ അലൈങ്കിള് മറ്റെതെങ്കിലും ഗൈനക്കോളജിക്കല് പ്രശ്നങ്ങളുണ്ടോ?, അസുഖത്തിനുള്ള ടെസ്റ്റുകളോ, ചികിത്സയോ നടത്തിയിട്ടുണ്ടോ? ഉണ്ട് ഇല്ല
 ഉണ്ടെങ്കില് ദയവായി വിശദാംശങ്ങളെ നൽകുക.: _____



ഞാൻ നൽകിയ മേൽപ്പറഞ്ഞ വിവരങ്ങളുടേ സത്യവും പൂർണ്ണവും ശരിയുമാണെന്ന് ഞാൻ ഉറപ്പു നൽകുന്നു.

ഞാൻ സമ്മതിക്കുന്നു

1) ഏഗോൺ ഇൻഷുറൻസ് കമ്പനി (“കമ്പനി”) ഈ പ്രസ്താവം അംഗീകരിക്കുന്നതുവരെ ഞാൻ ഇതിനായി നൽകിയ അപേക്ഷയ്ക്കോ, അനുബന്ധ പ്രീമിയം തുകയ്ക്കോ കമ്പനി ഉത്തരവാദികളെല്ലാമെന്നും പോളിസിയുടെ അവസ്ഥയിൽ അതുവരെ മാറ്റമില്ലാതെ ഞാൻ മനസ്സിലാക്കുന്നു.

സത്യപ്രസ്താവന

2) ഈ പ്രസ്താവത്തെ വിലയിരുത്താൻ വേണ്ട എല്ലാ അടിസ്ഥാനവിവരങ്ങളും നൽകപ്പെട്ടു എന്നിരിക്കെ അങ്ങനെയല്ല എന്നു തെളിയുന്ന പക്ഷം ഈ പ്രസ്താവം വേണ്ടെന്നു വയ്ക്കാനുള്ള എല്ലാ അധികാരങ്ങളും കമ്പനിയിൽ നിക്ഷിപ്തമാണ്.

പോളിസി ഉടമയുടെ ഒപ്പ്: _____

തീയതി : DD MM YYYY

സ്ഥലം: _____

ബാധ്യതാ നിരാകരണം

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