



PSA000101

ಪಾಲಿಸಿ / ಅರ್ಜಿ ಸಂಖ್ಯೆ

ದಿನಾಂಕ

ಕಛೇರಿಯ ಬಳಕೆಗಾಗಿ ಮಾತ್ರ

ಇವರಿಂದ ಸ್ವೀಕರಿಸಲಾಗಿದೆ _____

ಸಹಿ

(ದಯವಿಟ್ಟು ಮೇಲಿನ ಉದ್ಯೋಗಿಯ

 ಬ್ಯಾಂಕ್
ಸಿಬ್ಬಂದಿ ಹೆಸರು ಮತ್ತು ಹುದ್ದೆಯನ್ನು ಸೂಚಿಸಿ)

ಸ್ವೀಕೃತಿಯ ದಿನಾಂಕ ಮತ್ತು ಸಮಯ/ _____

ವಿನಂತಿಯ ರವಾನೆಯ ದಿನಾಂಕ ಮತ್ತು ಸಮಯ _____

ಸ್ವೀಕರಿಸಿದ
ಸ್ವಾಂಪ್

ದಯವಿಟ್ಟು ನಿಮ್ಮ ಇತ್ತೀಚಿನ ಬ್ಯಾಂಕ್ ಖಾತೆಯ ವಿವರಗಳನ್ನು ನಮೂಂದಿಗೆ ನವೀಕರಿಸಿ.

ಸಂಪರ್ಕ ವಿವರಗಳಲ್ಲಿ ಬದಲಾವಣೆ

1) ಮೊಬೈಲ್

2) ಮನೆಯ

ದೂರವಾಣಿ ಸಂ.

ಭವಿಷ್ಯದ ಸಂಪರ್ಕನದ ಉದ್ದೇಶಕ್ಕಾಗಿ ಮೇಲೆ ತಿಳಿಸಲಾದ ಸಂಪರ್ಕ ಸಂಖ್ಯೆಯಲ್ಲಿ ನಾವು ನಿಮ್ಮನ್ನು ಸಂಪರ್ಕಿಸಬೇಕೆಂದು ಬಯಸಿದರೆ, ದಯವಿಟ್ಟು ಮೇಲಿನ ಪಟ್ಟಿಯಲ್ಲಿ ಟಿಕ್ ಗುರುತು ಮಾಡಿ. ಇಮೇಲ್ _____

ಸಿಕ್ವೆನ್ಸ್ ಸಂ.

A) ವಿಮಾ ಮೊತ್ತದ ಹೆಚ್ಚಳಕ್ಕಾಗಿ ವಿನಂತಿ

ನೀವು US ನಲ್ಲಿರುವಾಗ ವಿನಂತಿಯನ್ನು ಮಾಡುತ್ತಿರುವಿರೇ.

 ಹೌದು ಇಲ್ಲ

(ಆಯ್ಕೆಮಾಡಿದ ಪ್ರಾನ್ಸ್‌ಗಳಿಗೆ ಆಯ್ಕೆ ಲಭ್ಯವಿದೆ. ಬದಲಾವಣೆಗಳು ಮುಂದಿನ ಪಾಲಿಸಿ ವಾರ್ಷಿಕೋತ್ಸವದಿಂದ ಕಾರ್ಯಗತಗೊಳ್ಳುತ್ತವೆ. ದಯವಿಟ್ಟು ನಿಮ್ಮ ಪಾಲಿಸಿ ನಿಯಮಗಳು ಮತ್ತು ಷರತ್ತುಗಳನ್ನು ನೋಡಿ.) ನಾನು (ಪಾಲಿಸಿದಾರ) ಮೇಲೆ ತಿಳಿಸಲಾದ ಪಾಲಿಸಿಗಾಗಿ ವಿಮಾ ಮೊತ್ತವನ್ನು ಈ ಮೊತ್ತಕ್ಕೆ ಹೆಚ್ಚಿಸುವಂತೆ ವಿನಂತಿಸುತ್ತೇನೆ _____

B) ಪಾಲಿಸಿಯ ಪುನರೂರ್ಜಿತಗೊಳಿಸುವಿಕೆಗಾಗಿ ವಿನಂತಿ

ರದ್ದಾಗಿರುವ ಮೇಲೆ ತಿಳಿಸಲಾದ ನನ್ನ ಪಾಲಿಸಿಯನ್ನು ಪುನರೂರ್ಜಿತಗೊಳಿಸುವಂತೆ ನಾನು (ಪಾಲಿಸಿದಾರ) ನಿಮ್ಮನ್ನು ವಿನಂತಿಸಿಕೊಳ್ಳುತ್ತೇನೆ. ನಾನು _____ ಮೊತ್ತದ ಪಾವತಿಯನ್ನು ಮಾಡಿರುವುದನ್ನು ದೃಢಪಡಿಸುತ್ತೇನೆ (ಪಾವತಿಯನ್ನು ಮಾಡಲಾಗಿರುವ ಚೆಕ್/DD ವಿವರಗಳನ್ನು ದಯವಿಟ್ಟು ತಿಳಿಸಿ) _____

ಸೂಕ್ತ ಪಟ್ಟಿಗೆ ಗುರುತು ಹಾಕುವ ಮೂಲಕ ಪಾಲಿಸಿಯ ಪುನರೂರ್ಜಿತಗೊಳಿಸುವಿಕೆ/ವಿಮಾ ಮೊತ್ತದಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚಳಕ್ಕಾಗಿ "ವಿಮಾದಾರ" ರಿಗಾಗಿ ನೀಡಿರುವ ಕೆಳಗಿನ ಪ್ರಶ್ನೆಗಳನ್ನು ದಯವಿಟ್ಟು ಪೂರ್ಣಗೊಳಿಸಿ. (ನಿಮ್ಮ ಪಾಲಿಸಿಯು ಪ್ರೀಮಿಯಂ ಫಂಡಿಂಗ್ ಪ್ರಯೋಜನ/ಪ್ರೀಮಿಯಂ ಆಯ್ಕೆಯನ್ನು ಬಿಟ್ಟುಕೊಡುವ ಆಯ್ಕೆಯನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದರೆ, ಪ್ರತ್ಯೇಕ ನಮೂನೆಯನ್ನು ಸಲ್ಲಿಸಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ).

1. ಪ್ರೊಪೋಸಲ್ ದಿನಾಂಕ ಮತ್ತು ಈ ಘೋಷಣೆಯ ನಡುವೆ ನಿಮ್ಮ ವೃತ್ತಿಯಲ್ಲಿ ಯಾವುದೇ ಬದಲಾವಣೆ ಇದೆಯೇ? ಹೌದು ಇಲ್ಲ
 2. ಪ್ರೊಪೋಸಲ್ ದಿನಾಂಕ ಮತ್ತು ಈ ಘೋಷಣೆಯ ನಡುವೆ ನಿಮ್ಮ ವಾಸ್ತವ್ಯದಲ್ಲಿ ಯಾವುದೇ ಬದಲಾವಣೆ ಇದೆಯೇ? ಹೌದು ಇಲ್ಲ
 3. ನೀವು ಎಂದಾದರೂ ಜೀವ ವಿಮಾ ಪಾಲಿಸಿಗಳಿಗೆ ಅರ್ಜಿ ಸಲ್ಲಿಸಿದ್ದೀರಾ ಅಥವಾ ನಿಮ್ಮ ಮೇಲೆ ಮಾಡಿರುವ ರದ್ದುಗೊಂಡ ಪಾಲಿಸಿಯ ಪುನರೂರ್ಜಿತಗೊಳಿಸುವಿಕೆಗಾಗಿ ಯಾವುದೇ ಪ್ರೊಪೋಸಲ್/ವಿನಂತಿಯನ್ನು ಮುಂದೂಡಲಾಗಿದೆಯೇ, ನಿರಾಕರಿಸಲಾಗಿದೆಯೇ, ಹಿಂಪಡೆಯಲಾಗಿದೆಯೇ ಅಥವಾ ಹೆಚ್ಚುವರಿ ಪ್ರೀಮಿಯಂನಲ್ಲಿ ಒಪ್ಪಿಕೊಳ್ಳಲಾಗಿದೆಯೇ ಅಥವಾ ನೀವು ಎಂದಾದರೂ ಕೆನರಾ ಹೆಚ್‌ಎಸ್‌ಬಿಸಿ ಓರಿಯಂಟಲ್ ಬ್ಯಾಂಕ್ ಆಫ್ ಕಾಮರ್ಸ್ ಲೈಫ್ ಇನ್ಶೂರೆನ್ಸ್ ಕಂಪನಿ ಲಿಮಿಟೆಡ್ ಅಥವಾ ಇತರ ಯಾವುದೇ ಲೈಫ್ ಇನ್ಶೂರೆನ್ಸ್ ಕಂಪನಿಯಿಂದ ಮೂಲ ಪ್ರೊಪೋಸಲ್ ದಿನಾಂಕದ ನಂತರ ಲೈಫ್/ಹೆಲ್ತ್ ಇನ್ಶೂರೆನ್ಸ್‌ನ ಪಾಲಿಸಿಯ ಅಡಿಯಲ್ಲಿ ಕ್ಲೈಮ್ ಮಾಡಿರುವಿರಾ? ಹೌದು ಇಲ್ಲ
- ಪ್ರೊಪೋಸಲ್ ಎಂದರೆ ಈ ಪಾಲಿಸಿಯನ್ನು ನೀಡುವುದಕ್ಕಾಗಿ ನೀಡಿದ ಅರ್ಜಿ ಎಂದರ್ಥ.
ಮೇಲಿನ ಯಾವುದೇ ಪ್ರಶ್ನೆಗಳಿಗೆ "ಹೌದು" ಎಂದು ಗುರುತು ಮಾಡಲಾಗಿದ್ದರೆ, ದಯವಿಟ್ಟು ಹೊಸ ವೃತ್ತಿಯ ಸ್ವರೂಪ, ಜೀವ ವಿಮಾ ಪಾಲಿಸಿಗಳ ವಿವರಗಳು (ನೀಡಿದ ವರ್ಷ, ಜೀವ ವಿಮಾ ಕಂಪನಿಯ ಹೆಸರು, ವಿಮಾ ಮೊತ್ತ, ವಾರ್ಷಿಕ ಆದಾಯ, ಇದ್ದಲ್ಲಿ ಯಾವುದೇ ರೈಡರ್‌ಗಳು, ಸ್ವೀಕೃತಿಯ ನಿಯಮಗಳು (ಹೆಚ್ಚು ಪ್ರೀಮಿಯಂನಲ್ಲಿ ನಿಗದಿಪಡಿಸಲಾಗಿದೆ/ಒಪ್ಪಿಕೊಳ್ಳಲಾಗಿದೆ), ವಾಸ್ತವ್ಯದ ಸ್ಥಿತಿಯಲ್ಲಿ ಬದಲಾವಣೆಗಾಗಿ ಹೊಸ ವಿಳಾಸ, ಇತ್ಯಾದಿಯಂತಹ ಸಂಪೂರ್ಣ ವಿವರಗಳನ್ನು ನೀಡಲು ದಯವಿಟ್ಟು ಹೆಚ್ಚುವರಿ ಹಾಳೆಯನ್ನು ಲಗತ್ತಿಸಿ.

ಆರೋಗ್ಯದ ಘೋಷಣೆ

4. ಮೂಲ ಪ್ರೊಪೋಸಲ್ ಮತ್ತು ಈ ಘೋಷಣೆಯ ದಿನಾಂಕದ ನಡುವೆ ನಿಮ್ಮ ಆರೋಗ್ಯದ ಸ್ಥಿತಿಯಲ್ಲಿ ಯಾವುದೇ ಬದಲಾವಣೆಯಾಗಿದೆಯೇ? ಹೌದು ಇಲ್ಲ
 5. ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಗಾಗಿ ನೀವು ಯಾವುದೇ ವೈದ್ಯರೊಂದಿಗೆ ಸಮಾಲೋಚಿಸಿರುವಿರಾ ಅಥವಾ ಯಾವುದೇ ಅಸ್ಪಷ್ಟತೆಗಾಗಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ನೀವು ದಾಖಲಾಗಿರುವಿರಾ ಅಥವಾ ಯಾವುದೇ ವೈದ್ಯಕೀಯ ತನಿಖೆ/ಚಿಕಿತ್ಸೆ/ಸಮಾಲೋಚನೆಗೆ ಒಳಗಾಗಿರುವಿರಾ/ಅಥವಾ ಚಿಕ್ಕ ಪ್ರಮಾಣದ ಕೆಮ್ಮು, ಶೀತ ಅಥವಾ ಫ್ಲು ಹೊರತುಪಡಿಸಿದ ಯಾವುದೇ ವೈದ್ಯಕೀಯ ರೋಗಿಸ್ಥಿತಿಗಾಗಿ ಮರುಕಳಿಸುವ ವೈದ್ಯಕೀಯ ರೋಗಿಸ್ಥಿತಿ/ರೋಗಲಕ್ಷಣಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿರುವಿರಾ? ಹೌದು ಇಲ್ಲ
 6. ಈ ಕೆಳಗಿನ ಯಾವುದೇ ರೋಗಿಸ್ಥಿತಿಗಾಗಿ ನಿಮ್ಮನ್ನು ಎಂದಿಗಾದರೂ ತನಿಖೆ ಮಾಡಲಾಗಿದೆಯೇ/ಚಿಕಿತ್ಸೆ ನೀಡಲಾಗಿದೆಯೇ ಅಥವಾ ಪತ್ತೆಹಚ್ಚಲಾಗಿದೆಯೇ? ಹೌದು ಇಲ್ಲ
- ಹೈಪರ್ಟೆನ್ಷನ್/ಅಧಿಕ ರಕ್ತದೊತ್ತಡ ಹೌದು ಇಲ್ಲ ಎದೆ ನೋವು/ಹೃದಯಾಘಾತ ಹೌದು ಇಲ್ಲ
ಇತರ ಯಾವುದೇ ಹೃದಯದ ರೋಗ/ಸಮಸ್ಯೆಗಳು ಹೌದು ಇಲ್ಲ ಹೆಚ್‌ಐವಿ ಸೋಂಕು/ಏಡ್ಸ್ ಅಥವಾ ಹೆಚ್‌ಐವಿ ಧನಾತ್ಮಕ ಹೌದು ಇಲ್ಲ
ಡಯಾಬೀಟಿಸ್/ಅಧಿಕ ರಕ್ತದ ಸಕ್ಕರೆ/ಮೂತ್ರದಲ್ಲಿ ಸಕ್ಕರೆ ಹೌದು ಇಲ್ಲ ಪರಿಣಿತ ತಳಮಳ, ಸೈಕಿಯಾಟ್ರಿಕ್ ಅಥವಾ ಮಾನಸಿಕ ಅಸ್ಪಷ್ಟತೆ ಕ್ಷಯ ಅಥವಾ ಇತರ ಹೌದು ಇಲ್ಲ
ಸ್ಟ್ರೋಕ್/ಪ್ಯಾರಾಲಿಸಿಸ್ ಹೌದು ಇಲ್ಲ ಯಾವುದೇ ಶ್ವಾಸಕೋಶದ ರೋಗ ಹೌದು ಇಲ್ಲ
ಯಕೃತ್ತಿನ ಸಮಸ್ಯೆಗಳು/ಕಾಮಾಲೆ/ಹೆಪಟೈಟಿಸ್ ಬಿ ಅಥವಾ ಸಿ ಹೌದು ಇಲ್ಲ ಮೂತ್ರಪಿಂಡದ ಸಮಸ್ಯೆಗಳು ಅಥವಾ ಸಂತಾನೋತ್ಪತ್ತಿಯ ಅಂಗಗಳ ರೋಗ ಹೌದು ಇಲ್ಲ
ಕ್ಯಾನ್ಸರ್/ಗಡ್ಡೆ ಅಥವಾ ಬೆಳವಣಿಗೆ, ಯಾವುದೇ ಪ್ರಕಾರದ ಸಿಸ್ಟ್ ಹೌದು ಇಲ್ಲ ರಕ್ತದ ಅಸ್ಪಷ್ಟತೆ (ಉದಾಹರಣೆಗೆ ಹೀಮೋಫಿಲಿಯಾ, ಥಲಸೆಮಿಯಾ) ಹೌದು ಇಲ್ಲ
- 7. ರದ್ದುಗೊಂಡ ದಿನಾಂಕದಿಂದ ಪುನರೂರ್ಜಿತಗೊಳಿಸುವಿಕೆಗಾಗಿ ಈ ಅರ್ಜಿಯ ದಿನಾಂಕದವರೆಗೆ ಯಾವುದೇ ಅಪಘಾತ ಅಥವಾ ಗಾಯದಿಂದ ನೀವು ಬಳಲಿರುವಿರಾ? ಹೌದು ಇಲ್ಲ
- 8. ಮೇಲಿನ 1 ರಿಂದ 7 ರ ಯಾವುದೇ ಪ್ರಶ್ನೆಗಳಿಗೆ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆಗಳು ಹೌದು ಎಂಬುದಾಗಿದ್ದರೆ, ದಯವಿಟ್ಟು ಕೆಳಗೆ ವಿವರಗಳನ್ನು ನೀಡಿ ಅಥವಾ ಅದೇ ಸ್ವರೂಪದಲ್ಲಿ ಪ್ರತ್ಯೇಕ ಹಾಳೆಯನ್ನು (ಅಗತ್ಯವಾದರೆ) ಲಗತ್ತಿಸಿ ಮತ್ತು ಅದಕ್ಕೆ ಸಹಿ ಮಾಡಿರಬೇಕು.



PSA000101

ಘಟನೆ/ ರೋಗಪತ್ರ ದಿನಾಂಕ	ರೋಗಪತ್ರ	ಮಾಡಲಾದ ರೋಗಪತ್ರಗಳು	ಚಿಕಿತ್ಸೆ ವಿವರಗಳು	ವೈದ್ಯರು/ಆಸ್ಪತ್ರೆಯ ಹೆಸರು, ವಿಳಾಸ ಮತ್ತು ಸಂಪರ್ಕ ಸಂಖ್ಯೆ	ಪ್ರಸ್ತುತ ಸ್ಥಿತಿ (ಪ್ರಸ್ತುತ ಔಷಧೋಪಚಾರ ಒಳಗೊಂಡು)

9. ದಯವಿಟ್ಟು 5 ರಲ್ಲಿ ತಿಳಿಸಿದ ರೀತಿಯಾಗಿ ವರದಿಗಳು/ಡಿಸ್‌ಚಾರ್ಜ್ ಸಾರಾಂಶದ ಪ್ರತಿಗಳನ್ನು ಲಗತ್ತಿಸಿ.
10. ರದ್ದುಗೊಂಡ ದಿನಾಂಕದಿಂದ ಈ ಅರ್ಜಿಯ ದಿನಾಂಕದವರೆಗೆ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರಣಗಳಿಂದ 7 ಕ್ಕಿಂತ ಹೆಚ್ಚು ದಿನಗಳ ಕಾಲದ ನಿರಂತರ ಅವಧಿಯವರೆಗೆ ಕೆಲಸದಿಂದ ನೀವು ದೂರವಿದ್ದೀರೇ? ಹೌದಾಗಿದ್ದರೆ, ದಯವಿಟ್ಟು ವಿವರಗಳನ್ನು ನೀಡಿ ಹೌದು ಇಲ್ಲ
11. ನೀವು ಇದೀಗ ಗರ್ಭಿಣಿಯೇ? (ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಮಾತ್ರ ಅನ್ವಯಿಸುತ್ತದೆ) ಹೌದು ಇಲ್ಲ
ಹೌದಾಗಿದ್ದರೆ ವಾರಗಳಲ್ಲಿ ಕಾಲಾವಧಿ _____

ಪಾಲಿಸಿ ಪುನರೂರ್ಜಿತಗೊಳಿಸುವಿಕೆ/ವಿಮಾ ಮೊತ್ತದ ಹೆಚ್ಚಳದ ಫಾರ್ಮ್

ನಾನು/ನಾವು ಪ್ರಶ್ನೆಗಳ ಸ್ವರೂಪವನ್ನು ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಅರ್ಥಮಾಡಿಕೊಂಡ ನಂತರ ಈ ನಮೂನೆಯಲ್ಲಿ ಪ್ರಶ್ನೆಗಳಿಗೆ ಉತ್ತರ ನೀಡಿದ್ದೇವೆ ಮತ್ತು ಅಂತಹ ಪ್ರಶ್ನೆಗಳಿಗೆ ಉತ್ತರಿಸುವಾಗ ಎಲ್ಲಾ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಬಹಿರಂಗಪಡಿಸುವ ಪ್ರಾಮುಖ್ಯತೆಯನ್ನು ನಾನು / ನಾವು ಅದನ್ನು ಘೋಷಿಸುತ್ತೇವೆ. ನನ್ನ/ನಮ್ಮ ಮೂಲಕ ಈ ನಮೂನೆಯಲ್ಲಿರುವ ಎಲ್ಲಾ ಪ್ರಶ್ನೆಗಳಿಗೆ ನೀಡಲಾದ ಉತ್ತರಗಳು ಸತ್ಯವಾಗಿವೆ ಮತ್ತು ಪ್ರತಿ ವಿಷಯದಲ್ಲಿಯೂ ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿದೆ ಮತ್ತು ನಾನು/ನಾವು ಯಾವುದೇ ವಸ್ತು ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ತಡೆಹಿಡಿಯಲಾಗುವುದಿಲ್ಲ ಅಥವಾ ಯಾವುದೇ ಅಂಶವನ್ನು ನಿಗ್ರಹಿಸುವುದಿಲ್ಲವೆಂದು ನಾನು/ನಾವು ದೃಢೀಕರಿಸುತ್ತೇವೆ. ಈ ಪಾಲಿಸಿಯ ವಿಮಾ ಮೊತ್ತದಲ್ಲಿನ ನವೀಕರಣ/ಹೆಚ್ಚಳವು ಸಹ ವಿಮಾ ಒಪ್ಪಂದದ ಮೇಲೆ ಆಧಾರಿತವಾಗಿರುತ್ತದೆ ಮತ್ತು ಈ ನಮೂನೆಯಲ್ಲಿ ಯಾವುದೇ ಸುಳ್ಳು ಹೇಳಿಕೆಯನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿದ್ದರೆ, ಕಂಪನಿಯ ಪಾವತಿಸಬಹುದಾದ ಪ್ರಯೋಜನಗಳನ್ನು ಬದಲಿಸುವ ಹಕ್ಕನ್ನು ಹೊಂದಿರುತ್ತದೆ ಅಲ್ಲದೆ ವಸ್ತು ಅಂಶದ ಬಹಿರಂಗಪಡಿಸದಿರುವಿಕೆಯ ಪಾಲಿಸಿಯನ್ನು ಉಲ್ಲಂಘನೆ ಎಂದು ಪರಿಗಣಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ ಮತ್ತು ಪಾಲಿಸಿಯಡಿ ಪಾವತಿಸಲಾದ ಎಲ್ಲಾ ಪ್ರೀಮಿಯಂಗಳನ್ನು ಕಂಪನಿಗೆ ಅನುರ್ಜಿತಗೊಳಿಸಬಹುದು ಎಂಬುದಾಗಿ ನಾನು/ನಾವು ದೃಢೀಕರಿಸುತ್ತೇವೆ.

ಯಾವುದೇ ರೀತಿಯ ಕಾರಣದಿಂದಾಗಿ ಜೀವ ವಿಮಾಗಾರರು ಆತ್ಮಹತ್ಯೆ ಮಾಡಿಕೊಂಡರೆ, ಪಾಲಿಸಿಯ ನವೀಕರಣದಿಂದ ಒಂದು ವರ್ಷದೊಳಗೆ, ಮರಣದ ಪ್ರಕಟಣೆಯ ದಿನಾಂಕದಂತೆ ಫಂಡ್ ಮೌಲ್ಯವನ್ನು ಹೊರತುಪಡಿಸಿ, ಈ ಪಾಲಿಸಿಯ ಅಡಿಯಲ್ಲಿ ಯಾವುದೇ ಪ್ರಯೋಜನಗಳನ್ನು ಪಾವತಿಸಲಾಗುವುದಿಲ್ಲ.

ನನ್ನ ಪಾಲಿಸಿಯ ಅಡಿಯಲ್ಲಿ ಮತ್ತು ನಂತರ ಯಾವುದೇ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಅಪಾಯವನ್ನು ನಿರ್ಣಯಿಸಲು ಕಂಪನಿಯು ಸಕ್ರಿಯಗೊಳಿಸುವ ಸಲುವಾಗಿ, ನನ್ನ ಹಿಂದಿನ ಮತ್ತು ಪ್ರಸ್ತುತ ಉದ್ಯೋಗದಾತ(ರು) ವೈದ್ಯರು/ಆಸ್ಪತ್ರೆ/ಯಾವುದೇ ಜೀವ ವಿಮೆ ಅಥವಾ ಜೀವ ವಿಮೆ ಅಲ್ಲದೆ ಇನ್ಸುರೆನ್ಸ್ ಕಂಪನಿ/ಅಥವಾ ಸಂಸ್ಥೆ ಅಥವಾ ಕಂಪನಿಗೆ ಬಿಡುಗಡೆ ಮಾಡಲು ಲೈಫ್ ಇನ್ಸುರೆನ್ಸ್ ಅಸೋಸಿಯೇಷನ್ ವೈದ್ಯಕೀಯ ರಿಜಿಸ್ಟ್ರರ್ ಮತ್ತು ಯಾವುದೇ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಮೂಲಕ್ಕೆ ಬಿಡುಗಡೆ ಮಾಡಲು ಕಂಪನಿ/ಯಾವುದೇ ಜೀವ ವಿಮೆ ಅಥವಾ ಜೀವ ವಿಮೆ ಅಲ್ಲದೆ ಇನ್ಸುರೆನ್ಸ್ ಕಂಪನಿ/ಅಥವಾ ಲೈಫ್ ಇನ್ಸುರೆನ್ಸ್ ಅಸೋಸಿಯೇಷನ್ ವೈದ್ಯಕೀಯ ರಿಜಿಸ್ಟ್ರರ್ ಅಥವಾ ಸರಕಾರಿ ಪ್ರಾಧಿಕಾರಗಳು, ಅಂತಹ ವಿವರಗಳು ಮತ್ತು ನನ್ನ ಉದ್ಯೋಗ / ವ್ಯವಹಾರ ಅಥವಾ ಇತರ ವಿವರಗಳ ಅಗತ್ಯವಾದ ದಾಖಲೆಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸುವುದು / ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಪರಿಗಣಿಸಲು ನಾನು ಅಧಿಕಾರವನ್ನು ನೀಡುತ್ತೇನೆ. ವಿಮಾ ಮೊತ್ತದಲ್ಲಿನ ನವೀಕರಣ/ಹೆಚ್ಚಳಕ್ಕಾಗಿ ನನ್ನ ಪಾಲಿಸಿಯನ್ನು ಮೌಲ್ಯಮಾಪನ ಮಾಡಲು ಅಗತ್ಯವಿರುವ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳನ್ನು ಕೈಗೊಳ್ಳಲು ನನ್ನ ಕಂಪನಿ ಅಥವಾ ಅದರ ಏಜೆಂಟ್‌ಗಳಿಗೆ ನಾನು ಒಪ್ಪಿಗೆ ನೀಡುತ್ತೇನೆ. ಇದು ಎಚ್‌ಐವಿ ಪ್ರತಿಕಾಯಗಳು ಸೇರಿದಂತೆ ರಕ್ತ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿರಬಹುದು ಎಂಬುದನ್ನು ನಾನು ಅರ್ಥಮಾಡಿಕೊಂಡಿದ್ದೇನೆ. ಕಂಪನಿಯು ವೈದ್ಯಕೀಯ ಪರೀಕ್ಷೆಗೆ ಒಳಪಡಿಸಿದಾಗ ಕಂಪನಿಯಿಂದ ಅಧಿಕೃತ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳಿಗೆ ನೀಡಿದ ಉತ್ತರಗಳು ಮತ್ತು ಕಂಪನಿಯಿಂದ ಒದಗಿಸಲಾದ ಪ್ರಶ್ನೆಗಳಲ್ಲಿ ಈ ಅಪ್ಲಿಕೇಶನ್‌ನಲ್ಲಿ ನೀಡಿದ ಹೇಳಿಕೆಗಳು ಮತ್ತು ಉತ್ತರಗಳ ಭಾಗವಾಗಿ ಪರಿಗಣಿಸಲಾಗುವುದು ಎಂದು ನಾನು ಘೋಷಿಸುತ್ತೇನೆ. ಈ ಅರ್ಜಿಯ ಸ್ವೀಕೃತಿಯನ್ನು ಕಂಪನಿಯು ಲಿಖಿತವಾಗಿ ಸಮ್ಮತಿಸುವವರೆಗೆ ವಿಮಾ ಮೊತ್ತದಲ್ಲಿನ ನವೀಕರಣ/ಹೆಚ್ಚಳವನ್ನು ನನ್ನ/ನಮ್ಮ ಪಾಲಿಸಿಯ ಪರಿಗಣಿಸುವುದಿಲ್ಲ ಎಂಬುದನ್ನು ನಾನು ಅರ್ಥಮಾಡಿಕೊಂಡಿದ್ದೇನೆ. ವಿಮಾ ಮೊತ್ತದ ಫಾರ್ಮ್‌ನಲ್ಲಿ ಪಾಲಿಸಿಯನ್ನು ಮರುಪ್ರಾರಂಭಿಸಲು/ಹೆಚ್ಚಿಸಲು ಜೀವ ವಿಮಾದಾರರು ಮತ್ತು ಪಾಲಿಸಿದಾರರಿಬ್ಬರ ಸಹಿಯು ಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ ಎಂಬುದನ್ನು ಗಮನಿಸಿ.

ನಾನು/ನಾವು (i) ಸರಕಾರ ಮತ್ತು/ಅಥವಾ ನಿಯಂತ್ರಣ ಪ್ರಾಧಿಕಾರ, (ii) ವಿಮಾ ರೆವ್ಯೂ ಆಫೀಸರುಗಳು (iii) ಸಿಇಆರ್‌ಎಸ್‌ಐಎಂ / ಯುಐಡಿಎಂ (iv) ಮರುವಿಮಾದಾರರು/ಗುಂಪು ಕಂಪನಿಗಳು/ಆಸ್ಪತ್ರೆ ಅಥವಾ ರೋಗನಿರ್ಣಯ ಕೇಂದ್ರಗಳು/ ಇತರ ವಿಮಾ ಕಂಪನಿಗಳು ಅಥವಾ ಮೂರನೇ ವ್ಯಕ್ತಿಯ ಮೌಲ್ಯಮಾಪನಕ್ಕಾಗಿ, ತನಿಖೆ/ಇತ್ಯರ್ಥ ಹಕ್ಕು, ಕೆವೈಸಿ ದೃಢೀಕರಣ, ನೀತಿ ಸೇವೆ ಉದ್ದೇಶ ಮತ್ತು ಅಂತಹ ಉದ್ದೇಶಗಳಿಂದ/ ಜೊತೆಗೆ ಕಂಪನಿಗೆ ಹುಡುಕಲು/ ಸಂಗ್ರಹಿಸಲು ಅಥವಾ/ಮತ್ತು ನನ್ನ ಕೆವೈಸಿ ವಿವರಗಳನ್ನು ಹಂಚಿಕೊಳ್ಳಲು ನಾವು ಅಧಿಕಾರವನ್ನು ನೀಡುತ್ತೇವೆ.

ಜೀವ ವಿಮಾದಾರರ ಹೆಸರು

ಜೀವ ವಿಮಾಗಾರರ ಸಹಿ/ಹೆಚ್ಚು ರಗಳ ಗುರುತು
(ಮೂಲ ಸಹಿಯಲ್ಲಿ ಬದಲಾವಣೆ ಕಂಡುಬಂದರೆ, ಸೂಚನೆಗಳ ವಿಭಾಗದ ಅಡಿಯಲ್ಲಿ ಪಾಯಿಂಟ್ ಸಂ. 7 ಅನ್ನು ನೋಡಿರಿ)

ಪಾಲಿಸಿದಾರರ/ನಿಯೋಜಕರ ಹೆಸರು
(ಪಾಲಿಸಿಯ ಸಂಪೂರ್ಣ ನಿಯೋಜನೆಯ ವಿಷಯದಲ್ಲಿ ನಿಯೋಜಕ ವಿವರಗಳು ಬೇಕಾಗುತ್ತವೆ)

ಪಾಲಿಸಿದಾರರು/ ನಿಯೋಜಕರ ಸಹಿ/ಹೆಚ್ಚು ರಗಳ ಗುರುತು

ದಿನಾಂಕ

DD / MM / YYYY

(ಕಡ್ಡಾಯವಾಗಿದೆ)

ಸ್ಥಳ

(ಕಡ್ಡಾಯವಾಗಿದೆ)



PSA000101

ಎಲೆಕ್ಟ್ರಾನಿಕ್ ಮೋಡ್ ಮೂಲಕ ಪಾವತಿಸುವುದು

ಕೆಳಗೆ ಒದಗಿಸಲಾದ ವಿವರಗಳ ಪ್ರಕಾರ ನನ್ನ ಬ್ಯಾಂಕ್ ಖಾತೆಯನ್ನು ನವೀಕರಿಸಲು ನಾನು ಈ ಮೂಲಕ ನಿಮ್ಮನ್ನು ವಿನಂತಿಸಿಕೊಳ್ಳುತ್ತಿದ್ದೇನೆ

ಬ್ಯಾಂಕ್ ಖಾತೆದಾರರ ಹೆಸರು:

ಬ್ಯಾಂಕ್ ಹೆಸರು:

ಬ್ಯಾಂಕ್ ಶಾಖೆಯ ವಿಳಾಸ:

ಬ್ಯಾಂಕ್ ಖಾತೆಯ ಪ್ರಕಾರ:

ಉಳಿತಾಯಗಳು

ಚಾಲ್ತಿ

(ಆಯ್ಕೆಮಾಡಲಾದ ಖಾತೆ
ಎನ್‌ಆರ್‌ಇ ಆಗಿದೆಯೇ:

ಹೌದು

ಇಲ್ಲ

ಎನ್‌ಆರ್‌ಇ ಖಾತೆಯ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ, ಗ್ರಾಹಕರು ತಮ್ಮ ಸಂಪೂರ್ಣ ಹಣವನ್ನು ಎನ್‌ಆರ್‌ಇ ಖಾತೆಗೆ ಟ್ರೇಡಿಂಗ್ ಮಾಡಲು ಬಯಸಿದರೆ ಮತ್ತು ಎನ್‌ಆರ್‌ಇ ಮತ್ತು ಎನ್‌ಆರ್‌ಒ ಖಾತೆಗಳ ನಡುವೆ ಹಣವನ್ನು ವಿಭಜಿಸಬೇಕಾದರೆ, ಪಾಲಿಸಿಗೆ ಪಾವತಿಸಿದ ಪ್ರತಿ ಪ್ರೀಮಿಯಂನಲ್ಲಿ ಗ್ರಾಹಕರಿಂದ ಪ್ರೀಮಿಯಂ ಮೂಲವನ್ನು ಪಡೆಯುವುದು ಕಡ್ಡಾಯವಾಗಿದೆ.)

ಬ್ಯಾಂಕ್ ಖಾತೆಯ ಸಂಖ್ಯೆ:

ಎಂಟಿಸಿಆರ್ ಕೋಡ್:

(ನಿಮ್ಮ ಚೆಕ್ ಬುಕ್‌ನಲ್ಲಿ ಲಭ್ಯವಿರುವ 9 ಅಂಕಿಯ ಸಂಖ್ಯೆ, ರದ್ದು ಮಾಡಿದ ಚೆಕ್‌ನ ನಕಲಿನಲ್ಲಿ 9 ಅಂಕಿಯ ಸಂಖ್ಯೆಯು 000 ಜೊತೆಗೆ ಪ್ರಾರಂಭವಾಗಿದ್ದರೆ ಸರಿಯಾದ ಕೋಡ್ ಅನ್ನು ಒದಗಿಸಬೇಕು)

ಐಎಫ್‌ಎಸ್‌ಸಿ ಕೋಡ್:

(ನಿಮ್ಮ ಚೆಕ್ ಬುಕ್‌ನಲ್ಲಿ 11 ಅಂಕಿಯ ಸಂಖ್ಯೆ ಲಭ್ಯವಿದೆ, ರದ್ದುಗೊಂಡ ಚೆಕ್‌ನಲ್ಲಿ ಇದನ್ನು ಮುದ್ರಿಸಿದ್ದಲ್ಲಿ ಬ್ಯಾಂಕ್‌ನ ದೃಢೀಕರಣ ಆಗುತ್ತಿರುತ್ತದೆ)

ಪ್ಯಾನ್ ಕಾರ್ಡ್ ಸಂಖ್ಯೆ:

(ಪ್ಯಾನ್ ಕಾರ್ಡ್‌ನ ಸ್ವಯಂ-ದೃಢೀಕರಿಸಿದ ನಕಲಿನ ಜೊತೆಗೆ ಒದಗಿಸುವುದು ಕಡ್ಡಾಯವಾಗಿದೆ)

*2014 ರ ಹಣಕಾಸು ಬಿಲ್‌ನಲ್ಲಿ ಪರಿಚಯಿಸಲಾದ ಹೊಸ ವಿಭಾಗ 194DA ಪ್ರಕಾರ; ಕಾಯ್ದೆಯ ಪರಿಚ್ಛೇದ 10 (10D) ಅಡಿಯಲ್ಲಿ ವಿನಾಯಿತಿ ಮಾಡಿರುವ ವ್ಯವಹಾರಗಳಿಗೆ ತೆರಿಗೆ ವಿನಾಯಿತಿಗಾಗಿ ಪ್ಯಾನ್ ಕಾರ್ಡ್ ವಿವರಗಳು ಅಗತ್ಯವಿರುತ್ತವೆ. ಪ್ಯಾನ್ ವಿವರಗಳು ಒದಗಿಸದಿದ್ದರೆ, ಇದು 20% ರಷ್ಟು ಹೆಚ್ಚಿನ ತೆರಿಗೆ ಕಡಿತಗಳ ದರಕ್ಕೆ ಕಾರಣವಾಗುತ್ತದೆ.

ನಿವಾಸದ ಸ್ಥಿತಿಗಳು

ನಿವಾಸಿ

ಅನಿವಾಸಿ

ನಿವಾಸದ ದೇಶ:

.....

ಅನಿವಾಸಿಯಾಗಿರುವವರ ಸ್ಥಿತಿಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸುವುದು ಕಡ್ಡಾಯವಾಗಿದೆ ಮತ್ತು ನಿವಾಸದ ದೇಶವನ್ನು ಅವಲಂಬಿಸಿರುವವರು, ಹೆಚ್ಚಿನ ದಾಖಲೆಯನ್ನು ಕೇಳಬಹುದು/ಆಗತ್ಯವಾಗಿರುತ್ತದೆ)

ಈ ನಮೂನೆಯೊಂದಿಗೆ ಸಲ್ಲಿಸಿದ ಬೆಂಬಲಿಸುವ ದಾಖಲೆಗಳ ಪಟ್ಟಿ (ಅನ್ವಯವಾಗುವಂತೆ ಚೆಕ್ ಮಾಡಿ)

ರದ್ದುಪಡಿಸಿದ ಚೆಕ್‌ನ ನಕಲು

(ಖಾತೆದಾರರ ಸಂಖ್ಯೆ ಮತ್ತು ಖಾತೆಯನ್ನು ಹೊಂದಿರುವವರ ಹೆಸರು 'ಮುದ್ರಿತಗೊಂಡಿರಬೇಕು')

ಪಾಸ್‌ಬುಕ್‌ನ ಸ್ವಯಂ ದೃಢೀಕೃತ ನಕಲು

(ಪಾಸ್‌ಬುಕ್‌ನಲ್ಲಿ ಖಾತೆದಾರರ ಸಂಖ್ಯೆ ಮತ್ತು ಖಾತೆ ಹೊಂದಿರುವವರ ಹೆಸರು 'ಮುದ್ರಿತಗೊಂಡಿರಬೇಕು')

ಅಥವಾ

ಬ್ಯಾಂಕ್ ಸ್ಥಿತಿಯ ನಕಲು ಸ್ವಯಂ ದೃಢೀಕೃತಗೊಂಡಿರಬೇಕು

(ಎನ್‌ಆರ್‌ಇ ಪಾವತಿಯ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಕಡ್ಡಾಯವಾಗಿರಬೇಕು; ಎನ್‌ಆರ್‌ಇ ಖಾತೆಯಿಂದ ಪಾವತಿಸಿದ ಪ್ರೀಮಿಯಂ ವಹಿವಾಟುಗಳನ್ನು ಪ್ರತಿಬಿಂಬಿಸುವ ಹೇಳಿಕೆ)

- ನಾನು ಒದಗಿಸಿದ ಬ್ಯಾಂಕ್ ಖಾತೆಯ ವಿವರಗಳು ನಿಜವಾದುದು, ಸರಿಯಾದುದು ಮತ್ತು ಎಲ್ಲಾ ಅಂಶಗಳಲ್ಲಿಯೂ ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿದೆ ಎಂದು ನಾನು ಈ ಮೂಲಕ ದೃಢೀಕರಿಸುತ್ತೇನೆ.
- ಈ ನಮೂನೆಯ ಸಲ್ಲಿಕೆಯ ವಿನಂತಿಯನ್ನು ಅಂಗೀಕರಿಸಲಾಗುವುದು ಎಂದು ಅರ್ಥವಲ್ಲ ಎಂದು ನಾನು ಅರ್ಥಮಾಡಿಕೊಳ್ಳುತ್ತೇನೆ ಮತ್ತು ಒಪ್ಪಿಕೊಳ್ಳುತ್ತೇನೆ.
- ಅಪೂರ್ಣ ಅಥವಾ ತಪ್ಪಾದ ಮಾಹಿತಿಯ ಕಾರಣಗಳಿಂದಾಗಿ ವ್ಯವಹಾರವು ವಿಳಂಬವಾಗಿದ್ದರೆ ಅಥವಾ ಯಾವುದೇ ಕಾರಣಗಳಿಗೆ ಪರಿಣಾಮ ಬೀರಿದರೆ, ಯಾವುದೇ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ಕಂಪನಿಯ ಜವಾಬ್ದಾರಿಯನ್ನು ನಾನು ವಹಿಸುವುದಿಲ್ಲ.
- ಎಲೆಕ್ಟ್ರಾನಿಕ್ ಪಾವತಿ ಮಾಡಲು ಸಾಧ್ಯವಿಲ್ಲದ ಸಂದರ್ಭಗಳಲ್ಲಿ, ಅನ್ವಯವಾಗುವ ಕಾನೂನುಗಳ ಪ್ರಕಾರ ಯಾವುದೇ ಪರ್ಯಾಯ ಪಾವತಿಯ ಆಯ್ಕೆಯನ್ನು ಬಳಸುವ ಹಕ್ಕನ್ನು ಕಂಪನಿ ಹೊಂದಿದೆ ಎಂಬುದನ್ನು ನಾನು ಅರ್ಥಮಾಡಿಕೊಂಡಿದ್ದೇನೆ ಮತ್ತು ಒಪ್ಪಿಕೊಳ್ಳುತ್ತೇನೆ.

ದೇಶೀಯ ಪ್ರಕಟಣೆ (ಈ ನಮೂನೆಯನ್ನು ದೇಶೀಯ/ಹೆಚ್ಚಿನ ಗುರುತಿನಲ್ಲಿ ಒತ್ತಿರುವ ಸಹಿ ಮಾಡಿದರೆ ತುಂಬಬೇಕು)

ಪ್ರಸ್ತಾವಿತರು ಅನಕ್ಷರಸ್ಥರಾಗಿದ್ದರೆ ಅಥವಾ ಅಂಗವೈಕಲ್ಯದಿಂದ ಬಳಲುತ್ತಿದ್ದಾಗ ಯಾವ ಬರವಣಿಗೆಯು ನಿರ್ಬಂಧಿತವಾಗಿದೆ ಅಥವಾ ಪ್ರಸ್ತಾವಕರು ದೇಶೀಯ ಭಾಷೆಯಲ್ಲಿ ಸಹಿ ಮಾಡಿದ್ದರೆ ಅನ್ವಯಿಸುತ್ತದೆ. ಈ ಘೋಷಣೆ ಅನ್ವಯವಾಗಿದ್ದು ಮತ್ತು ಪೂರೈಸಿದಿದ್ದರೆ, ಈ ವಿನಂತಿಯ ನಮೂನೆಯನ್ನು ತಿರಸ್ಕರಿಸಲು ನಾವು ನಿರ್ಬಂಧಿಸಲ್ಪಡಬೇಕು. ಗಮನಿಸಿ: ಬ್ಯಾಂಕಿನ ಸಿಬ್ಬಂದಿ ಅಥವಾ ಕಂಪನಿಯ ಪ್ರತಿನಿಧಿ ಹೊರತುಪಡಿಸಿ ಬೇರೊಬ್ಬರಿಂದ ಘೋಷಿಸಲ್ಪಡಬೇಕು.

ನಾನು ಈ ನಮೂನೆಯ ವಿಷಯಗಳನ್ನು ಪಾಲಿಸಿದಾರ ಶ್ರೀ/ಶ್ರೀಮತಿ/ಕುಮಾರಿ _____ ಅವರಿಗೆ _____ ಭಾಷೆಯಲ್ಲಿ ವಿವರಿಸಿದ್ದೇನೆ ಮತ್ತು ಅದರ ಕುರಿತಾದ ವಿಷಯವನ್ನು ಸಂಪೂರ್ಣ ಅರ್ಥಮಾಡಿಕೊಂಡ ನಂತರ ನನ್ನ ಉಪಸ್ಥಿತಿಯಲ್ಲಿ ಇಂಗ್ಲಿಷ್ ಅನ್ನು ಹೊರತುಪಡಿಸಿ ಬೇರೆ ಭಾಷೆಯಲ್ಲಿ ಪಾಲಿಸಿದಾರರು ತಮ್ಮ ಹೆಚ್ಚಿನ ಗುರುತು(ಗಳನ್ನು) ಒತ್ತಿ ಸಹಿ ಮಾಡಿದ್ದಾರೆ.

ದಿನಾಂಕ: _____

ಸ್ಥಳ: _____ ಘೋಷಣೆದಾರರ ಹೆಸರು _____ ಘೋಷಣೆದಾರರ ಸಹಿ _____



PSA000101

ಆದೇಶ ಮತ್ತು ಹಕ್ಕುನಿರಾಕರಣೆ:

1. ವಿಮಾ ಮೊತ್ತವನ್ನು ನವೀಕರಿಸಲು/ಹೆಚ್ಚಿಸುವುದಕ್ಕಾಗಿ ನಿಮ್ಮ ವಿನಂತಿಯನ್ನು ಪರಿಗಣಿಸಲು ನಮಗಾಗಿ ನಮೂನೆಯಲ್ಲಿ ಎಲ್ಲಾ ಅಂಶಗಳನ್ನು ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ತುಂಬಬೇಕು.
2. ನಮ್ಮ ಕಂಪನಿಯ ಯಾವುದೇ ಕಛೇರಿಗಳಲ್ಲಿ ಈ ನಮೂನೆಯ ರಸೀದಿಯಲ್ಲಿ ವಿನಂತಿಗಳನ್ನು ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಗೊಳಿಸುವುದನ್ನು ಪ್ರಾರಂಭಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ. ನಮ್ಮ ಕಂಪನಿ ಕಛೇರಿಯಲ್ಲಿ ಈ ಫಾರ್ಮ್ ಅನ್ನು ಸ್ವೀಕರಿಸಿದ ನಂತರ ಸ್ವೀಕೃತಿ ಪ್ರತಿಯನ್ನು ನಿಮಗೆ ಕಳುಹಿಸಲಾಗುವುದು. ದಯವಿಟ್ಟು ಭವಿಷ್ಯದ ಉಲ್ಲೇಖಕ್ಕಾಗಿ ಸ್ವೀಕೃತಿ ಪ್ರತಿಯನ್ನು ಉಳಿಸಿಕೊಳ್ಳಿ.
3. ಕಂಪನಿಯ ಸರಿಯಾದ ನಿರ್ಧಾರ ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳುವ ಹಕ್ಕನ್ನು ಹೊಂದಿರುತ್ತದೆ ಮತ್ತು ಪರಿಷ್ಕೃತ ನಿಯಮಗಳು ಮತ್ತು ಷರತ್ತುಗಳಲ್ಲಿ ಪಾಲಿಸಿಯನ್ನು ನವೀಕರಿಸಬಹುದು ಅಥವಾ ಕಂಪನಿ ಮಾರ್ಗಸೂಚಿಗಳ ಪ್ರಕಾರ ನಿರಾಕರಿಸಬಹುದು ಅಥವಾ ಮುಂದೂಡಬಹುದು.
4. ಈ ಅರ್ಜಿ ಫಾರ್ಮ್ ಅನ್ನು ಹೊರತುಪಡಿಸಿ, ಅಗತ್ಯವಿದ್ದಲ್ಲಿ, ಜೀವ ವಿಮಾಗಾರರು ಕಂಪನಿಯ ನಿರ್ದಿಷ್ಟಪಡಿಸಿದ ರೋಗಪತ್ರ ಕೇಂದ್ರದಲ್ಲಿ ಅವರ/ಅವಳ ಸ್ವಂತ ಖರ್ಚಿನಲ್ಲಿ ಕೆಲವು ವೈದ್ಯಕೀಯ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳನ್ನು ಮಾಡಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ವಿಮಾ ಮೊತ್ತದಲ್ಲಿನ ನವೀಕರಣ/ಹೆಚ್ಚಳಕ್ಕಾಗಿ ಅಪ್ಲಿಕೇಶನ್‌ನಲ್ಲಿ ಕಂಪನಿಯ ನಿರ್ಧಾರದ ಹೊರತಾಗಿಯೂ ಕಂಪನಿಯ ಮೂಲಕ ಇಂತಹ ವೈದ್ಯಕೀಯ ವೆಚ್ಚವನ್ನು ಮರುಪಾವತಿಸುವುದಿಲ್ಲ.
5. ಪಾಲಿಸಿಯ ಯೂನಿಟ್ ಲಿಂಕ್ಡ್ ಪ್ಲಾನ್ ಆಗಿದ್ದರೆ, ಅಸ್ತಿತ್ವದಲ್ಲಿರುವ ನಿಧಿ ಹಂಚಿಕೆಯ ಪ್ರಕಾರ ಯೂನಿಟ್‌ಗಳನ್ನು ಖರೀದಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ. ಎನ್‌ಎವಿ ಗಾಗಿ ಪ್ರಾರಂಭದ ದಿನಾಂಕದಿಂದ ಬಡ್ಡಿ (ಯಾವುದಾದರೂ ಇದ್ದಲ್ಲಿ) ಅಥವಾ ಒಪ್ಪಂದದ ನಿರ್ಧಾರವು ನಂತರದಲ್ಲಿ ಅಪ್ಲಿಕೇಶನ್ ನವೀಕರಣದ ಜೊತೆಗೆ ಎಲ್ಲಾ ಬಾಕಿ ಉಳಿದಿರುವ ಪ್ರೀಮಿಯಂನ ಸ್ವೀಕೃತಿ ದಿನಾಂಕವಾಗಿರುತ್ತದೆ. ವ್ಯವಹಾರ ದಿನದಲ್ಲಿ 3.00 PM ಗೆ ಮೊದಲೇ ವಿನಂತಿಯನ್ನು ಸ್ವೀಕರಿಸಿದರೆ, NAV ಯು ಅದೇ ದಿನದಂದು ಅನ್ವಯವಾಗುತ್ತದೆ. 3.00 PM ನಂತರ ಸ್ವೀಕರಿಸಿದರೆ, ಮುಂದಿನ ವ್ಯಾಪಾರ ದಿನವು ಎಲ್ಲಾ ಅಗತ್ಯತೆಗಳನ್ನು ಪೂರೈಸುವುದಕ್ಕಾಗಿ ಒಳಪಟ್ಟಿರುತ್ತದೆ.
6. ಸ್ವಯಂಚಾಲಿತ ಸ್ವಾಮ್ಯದ ಷರತ್ತಿನ ಬದಲಾಗಿ, ಜೀವ ವಿಮಾಯಿತರು ಬಹುಮತವನ್ನು ಪಡೆದರೆ, ವಿನಂತಿಯು ನಮೂನೆಯಲ್ಲಿ ನೀಡಲಾದಂತೆ ಸೂಕ್ತವಾದ ದಾಖಲೆಗಳೊಂದಿಗೆ ನಮ್ಮ ವೆಬ್‌ಸೈಟ್‌ನಲ್ಲಿ ಲಭ್ಯವಾಗುವಂತೆ ಸ್ವಯಂಚಾಲಿತ ಸ್ವಾಮ್ಯದ ಷರತ್ತಿಗಾಗಿ ಪಾಲಿಸಿಯ ಸೇವಾ ನಮೂನೆಯಲ್ಲಿ ನೀವು ಸಲ್ಲಿಸಿದರೆ ಮಾತ್ರ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಗೊಳಿಸುತ್ತದೆ.
7. ಸಹಿಗಳಲ್ಲಿ ಬದಲಾವಣೆಯ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ, ಕೆಳಗಿನ ಹೆಚ್ಚುವರಿ ಅವಶ್ಯಕತೆ/ಗಳನ್ನು ದಯವಿಟ್ಟು ಒದಗಿಸಿ :
 - ನಮ್ಮ ವೆಬ್‌ಸೈಟ್‌ನಲ್ಲಿ ಲಭ್ಯವಿರುವಂತೆ ಅವಶ್ಯಕ ನೀತಿ ಸೇವೆಯ ನಮೂನೆ ಸಿ (ಹಳೆಯ ಮತ್ತು ಹೊಸ ಸಹಿಯನ್ನು ಹೊಂದಿರಬೇಕು)
 - ಸಹಿಯನ್ನು ಬೆಂಬಲಿಸುವ ಪುರಾವೆ-ಪ್ಯಾನ್ ಕಾರ್ಡ್/ ಪಾಸ್‌ಪೋರ್ಟ್/ ಚಾಲಕ ಪರವಾನಗಿ/ ನಿಯೋಜಿತ ಅಧಿಕಾರಿಯಿಂದ ದೃಢೀಕರಿಸಿದ ನೀವು ಹೊಂದಿರುವ ಖಾತೆಯಲ್ಲಿ ಬ್ಯಾಂಕ್ ಮೂಲಕ ದೃಢೀಕರಿಸಲಾದ ಸಹಿ

a) ಮೂಲ ದಾಖಲೆ/ಗಳ ನಕಲುಗಳ ದೃಢೀಕರಣಕ್ಕಾಗಿ ನಿಯೋಜಿಸಿದ ಅಧಿಕಾರಿ

 - ಭಾರತ ಸರ್ಕಾರ / ನಮ್ಮ ಕಂಪನಿಯ ಅಧಿಕೃತ ಸಿಬ್ಬಂದಿ (ನಮ್ಮ ಕಾರ್ಪೊರೇಟ್ ಏಜೆಂಟ್ ಸೇರಿದಂತೆ)/ ರಾಷ್ಟ್ರೀಕೃತ ಬ್ಯಾಂಕ್‌ನ ಶಾಖೆಯ ವ್ಯವಸ್ಥಾಪಕರಿಂದ ನಿರ್ದಿಷ್ಟಪಡಿಸಲಾದ ಒಬ್ಬ ಗೆರುಟೆಡ್ ಅಧಿಕಾರಿ.
8. ಟಾಪ್ - ಅಪ್‌ಗಳ ಮೇಲಿನ ನಿರ್ಬಂಧಗಳು, ವಿಮಾ ಮೊತ್ತದಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚಳ ಮತ್ತು ಕಡಿಮೆಯಾಗುವಿಕೆ, ನಿಧಿಗಳಲ್ಲಿ ಬದಲಾವಣೆಗಳು (ಫಂಡ್ ಸ್ವಿಚ್ ಮತ್ತು ಮರುನಿರ್ದೇಶನ ಸೇರಿದಂತೆ), ಪಾಲಿಸಿಗಳ ಮರುಪ್ರಾರಂಭಿಸುವಿಕೆ, ಗ್ರಾಹಕರು ಇರುವಾಗ ಪ್ರೀಮಿಯಂ ಅಥವಾ ಪಾಲಿಸಿ ವೈಶಿಷ್ಟ್ಯದ ಬದಲಾವಣೆಯಲ್ಲಿನ ಯಾವುದೇ ವಿನಂತಿ. ಅನ್ವಯವಾಗುವ US ಕಾನೂನುಗಳ ಆಧಾರದಲ್ಲಿ ಇತರ ಯಾವುದೇ ಪಾಲಿಸಿ ಸೇವೆ ವಿನಂತಿಯನ್ನು ನಿರ್ಬಂಧಿಸುವ ಹಕ್ಕನ್ನು ನಾವು ಕಾಯ್ದಿರಿಸಿದ್ದೇವೆ. ದಯವಿಟ್ಟು ಹೆಚ್ಚಿನ ಮಾಹಿತಿಗಾಗಿ ನಮ್ಮ ಕರೆ ಕೇಂದ್ರಕ್ಕೆ ಸಂಪರ್ಕಿಸಿ.
9. ಇದು ಪಾಲಿಸಿಯ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ನಿಯಮಗಳು ಮತ್ತು ಷರತ್ತುಗಳ ಅಡಿಯಲ್ಲಿ ಅನ್ವಯವಾಗಿದ್ದರೆ ಮಾತ್ರ, ಉತ್ಪನ್ನದ ನಿರ್ದಿಷ್ಟ ವಿನಂತಿಗಳು/ಹಣವನ್ನು ಅನುಮತಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ. ವಿವರಗಳಿಗಾಗಿ ದಯವಿಟ್ಟು ಪಾಲಿಸಿಯ ನಿಯಮಗಳು ಮತ್ತು ಷರತ್ತುಗಳನ್ನು ಅನ್ವಯಿಸಿ. ಹೆಚ್ಚುವರಿ ದಾಖಲಾತಿಗಾಗಿ ಸ್ವರೂಪಗಳನ್ನು ನಮ್ಮ ವೆಬ್‌ಸೈಟ್‌ನಿಂದ ಡೌನ್‌ಲೋಡ್ ಮಾಡಬಹುದಾಗಿದೆ.
10. ನಿಮ್ಮ ಪಾಲಿಸಿಯ ಆನ್-ಲೈನ್ ಸೇವೆಗಾಗಿ ವಿವಿಧ ಆಯ್ಕೆಗಳ ಪ್ರಯೋಜನಗಳನ್ನು ಪಡೆಯಲು ನಮ್ಮ ವೆಬ್‌ಸೈಟ್‌ನಲ್ಲಿ ಈಗಲೇ ನೋಂದಣಿ ಮಾಡಿ.
11. ವಿತರಕ ಅಪ್ಲಿಕೇಶನ್‌ನ ಮೂಲಕ ವಿನಂತಿಯನ್ನು ತೆಗೆದುಕೊಂಡರೆ ಗ್ರಾಹಕರಿಗೆ ಮೂಲ ನಮೂನೆಯನ್ನು ಮರಳಿ ಸಲ್ಲಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ.
12. ನಮೂನೆಯನ್ನು ಕನ್ನಡದಲ್ಲಿ ಮಾತ್ರ ಭರ್ತಿಮಾಡಿ.
13. ಭಾಷೆಯನ್ನು ಅಧ್ಯಯನಿಸಿಕೊಳ್ಳುವ ಯಾವುದೇ ಭಿನ್ನಾಭಿಪ್ರಾಯದ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ, ಇಂಗ್ಲಿಷ್ ಆವೃತ್ತಿಯು ಮೇಲುಗೈ ಸಾಧಿಸುತ್ತದೆ.

ಕೆನರಾ ಹೆಚ್‌ಎಸ್‌ಬಿಸಿ ಓರಿಯಂಟಲ್ ಬ್ಯಾಂಕ್ ಆಫ್ ಲೈಫ್ ಇನ್ಶೂರೆನ್ಸ್ ವಿಮಾ ಕಂಪನಿ ಲಿಮಿಟೆಡ್ (IRDAI Regn. No. 136)

ನೋಂದಾಯಿತ ಕಛೇರಿ: ಫಜಲ ಸಂಖ್ಯೆ. 208, 2 ನೇ ಮಹಡಿ, ಕಾಂಚನಪುಂಗಾ ಕಟ್ಟಡ, 18 ಬಾರಾಕಾಂಬಾ ರಸ್ತೆ, ಹೊಸ ದೆಹಲಿ - 110001

ಕಾರ್ಪೊರೇಟ್ ಕಛೇರಿ: 2 ನೇ ಮಹಡಿ, ಆರ್‌ಡಿ ಉದ್ಯಮ ಪಾರ್ಕ್, ನೆಕ್ಲರ್-48, ನೋಹ್ಲಾ ರಸ್ತೆ, ಗುರುಗ್ರಾಮ್-122018, ಹರಿಯಾಣ,

ಭಾರತ ಕಾರ್ಪೊರೇಟ್ ಗುರುತಿನ ಸಂಖ್ಯೆ.: U66010DL2007PLC248825



ಟೋಲ್ ಫ್ರೀ ಸಂಖ್ಯೆ 1800-103-0003/1800-180-0003 (BSNL/MTNL)



ಇದರಲ್ಲಿ ನಮಗೆ ಇಮೇಲ್ ಕಳುಹಿಸಿ customerservice@canarahsbclife.in



9779030003 ಗೆ ಎಸ್‌ಎಮ್‌ಎಸ್ ಕಳುಹಿಸಿ

ನಮ್ಮ ವೆಬ್‌ಸೈಟ್ www.canarahsbclife.com ನಲ್ಲಿ ನಮ್ಮನ್ನು ಭೇಟಿ ಮಾಡಿ