TATA AIA LIFE

ಆರೋಗ್ಯ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ

ಇದಕ್ಕಾಗಿ ಅರ್ಜಿ: ☐ ರದ್ದಾದ (ಲ್ಯಾಪ್ಸ್ಡ್) ಪಾಲಿಸಿಯ ಪುನಃಸ್ಥಾಪನೆ ☐ ಸರೆಂಡರ್ ವಿಪರ್ಯಯ (ರಿವರ್ಸಲ್) ಕೋರಿಕೆ ☐ ರೈಡರ್‌ಗಳನ್ನು ಸೇರಿಸುವಿಕೆ

☐ ವೈಯಕ್ತಿಕ ವಿವರಗಳಲ್ಲಿ ಬದಲಾವಣೆಗಳು: ವಿಮಾಮೊತ್ತದಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚಳ/ಇತರ ಇನ್‌ಶ್ಯೂರೆನ್ಸ್/ಅಭ್ಯಾಸಗಳು/ಉದ್ಯೋಗ

ಪಾಲಿಸಿದಾರರ ಪಿಎಎನ್ ಸಂಖ್ಯೆ ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ (ಪಿಎಎನ್ ಕಾರ್ಡ್ ಪ್ರತಿಯನ್ನು ಲಗತ್ತಿಸಿರಿ) (ಮೊತ್ತವು ₹50000/-ಕ್ಕಿಂತ ಹೆಚ್ಚಾಗಿದ್ದರೆ ಆವಶ್ಯಕವಾಗಿದೆ)

ವೈಯಕ್ತಿಕ ವಿವರಗಳು : ವಿಭಾಗ ಎ

ಪಾಲಿಸಿ ಸಂಖ್ಯೆ/ಸಂಖ್ಯೆಗಳು: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

ವಿವರಗಳು		ವಿಮೆದಾರರು	ಪಾಲಿಸಿದಾರರು (ವಿಮಾದಾರರಿಂದ ಬೇರೆಯವರಾಗಿದ್ದರೆ)
1. **ವಿಶಿಷ್ಟ ನಾಮ**		☐ ಶ್ರೀ ☐ ಸುಶ್ರೀ ☐ ಶ್ರೀಮತಿ ☐ ಡಾ. ಇತರರು ____	☐ ಶ್ರೀ ☐ ಸುಶ್ರೀ ☐ ಶ್ರೀಮತಿ ☐ ಡಾ. ಇತರರು ____
2. **ಹೆಸರು**	ಪ್ರಥಮ		
	ಮಧ್ಯದ		
	ಕೊನೆಯ		
3. **ಲಿಂಗ ಮತ್ತು ಜನ್ಮ ದಿನಾಂಕ**		☐ ಪುರುಷ ☐ ಸ್ತ್ರೀ ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ ದಿದಿ/ತಿಂತಿಂ/ವವವವ	☐ ಪುರುಷ ☐ ಸ್ತ್ರೀ ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ ದಿದಿ/ತಿಂತಿಂ/ವವವವ
4. **ವೈವಾಹಿಕ ಸ್ಥಿತಿ**		☐ ಅವಿವಾಹಿತ ☐ ವಿವಾಹಿತ ☐ ವಿಚ್ಛೇದಿತ ☐ ವಿಧವೆ/ವಿಧುರ	☐ ಅವಿವಾಹಿತ ☐ ವಿವಾಹಿತ ☐ ವಿಚ್ಛೇದಿತ ☐ ವಿಧವೆ/ವಿಧುರ
5. **ಪ್ರಸಕ್ತ ವಿಳಾಸ** (ನಮ್ಮೊಂದಿಗೆ ನೋಂದಾಯಿಸಿದ ವಿಳಾಸದಿಂದ ಅದು ಬೇರೆಯಾಗಿದ್ದರೆ ದಯವಿಟ್ಟು ನಿಮ್ಮ ಪ್ರಸಕ್ತ ವಿಳಾಸದ ರುಜುವಾತನ್ನು ಒದಗಿಸಿರಿ)		ವಿಳಾಸ 1: ____ ವಿಳಾಸ 2: ____ ವಿಳಾಸ 3: ____ ವಿಳಾಸ 4: ____ ಲ್ಯಾಂಡ್‌ಮಾರ್ಕ್: ____ ನಗರ: ____ ರಾಜ್ಯ ____ ದೇಶ: ____ ಪಿನ್‌ಕೋಡ್ ____	ವಿಳಾಸ 1: ____ ವಿಳಾಸ 2: ____ ವಿಳಾಸ 3: ____ ವಿಳಾಸ 4: ____ ಲ್ಯಾಂಡ್‌ಮಾರ್ಕ್: ____ ನಗರ: ____ ರಾಜ್ಯ ____ ದೇಶ: ____ ಪಿನ್‌ಕೋಡ್ ____
6. **ಟೆಲಿಫೋನ್ ಮತ್ತು ಇಮ್ಮೈಲ್ ವಿಳಾಸಗಳು** (ಈಗ ಇರುವವುಗಳಿಂದ ಬೇರೆಯಾಗಿದ್ದರೆ ನಮ್ಮ ದಾಖಲೆಗಳಲ್ಲಿ ತಾಜಾ ಪರಿಷ್ಕರಣೆಮಾಡಲಾಗುತ್ತದೆ)	ನಿವಾಸ		
	ಆಫೀಸು		
	ಮೊಬೈಲ್		
	ಇಮ್ಮೈಲ್		

ವೈಯಕ್ತಿಕ ವಿವರಗಳು: ವಿಭಾಗ ಬಿ

	ವಿಮೆದಾರರು	ಪಾಲಿಸಿದಾರರು
1. ಎ) ಎತ್ತರ **ಬಿ) ತೂಕ ಕಿಗ್ರಾಂ/ಪೌಂಡ್** **ಸಿ) ಕಳೆದ 12 ತಿಂಗಳುಗಳಲ್ಲಿ ನಿಮ್ಮ ತೂಕದಲ್ಲಿ ಯಾವುದೇ ಬದಲಾವಣೆ ಇದೆಯೆ?** 'ಹೌದು' ಎಂದಾದರೆ ದಯವಿಟ್ಟು ಬದಲಾದ ಪರಿಮಾಣವನ್ನು ಮತ್ತು ತಿಳಿದಿದ್ದರೆ ಕಾರಣವನ್ನು ನಮೂದಿಸಿರಿ. ಹೌದು/ಇಲ್ಲ: ____	___ಸೆಮೀ/___ಅಡಿ ___ಕಿ.ಗ್ರಾಂ /ಪೌಂಡ್	___ಸೆಮೀ/___ಅಡಿ ___ಕಿ.ಗ್ರಾಂ /ಪೌಂಡ್
2. **ನೀವು ಧೂಮಪಾನ ಮಾಡುತ್ತೀರಾ ಅಥವಾ ಬೇರೆ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ತಂಬಾಕು ಉತ್ಪನ್ನಗಳನ್ನು ಉಪಯೋಗಿಸುತ್ತೀರಾ ಅಥವಾ ಕಳೆದ 12 ತಿಂಗಳುಗಳಲ್ಲಿ ನೀವು ಹಾಗೆ ಮಾಡಿದ್ದೀರಾ?**	☐ ಹೌದು ☐ ಇಲ್ಲ	☐ ಹೌದು ☐ ಇಲ್ಲ

ಸೇವನೆ ಮಾಡಿದ ಪದಾರ್ಥ	**ಹೌದು**	**ಇಲ್ಲ**	**ಈ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ಸೇವಿಸಲಾಗಿದೆ**	**ಪ್ರಮಾಣ/ದಿನ**	**ಸೇವಿಸಿದ ವರ್ಷಗಳ ಸಂಖ್ಯೆ**
ತಂಬಾಕು					
ಆಲ್ಕೋಹಾಲ್					
ಮಾದಕ ಪದಾರ್ಥಗಳು					

	ವಿಮೆದಾರರು	ಪಾಲಿಸಿದಾರರು
3. **ನೀವು ಸಶಸ್ತ್ರ ಸೈನ್ಯ, ಅರೆಸೈನಿಕ ಅಥವಾ ಪೋಲೀಸ್‌ದಳ ಅಥವಾ ಅಗ್ನಿಶಾಮಕ ದಳದಲ್ಲಿ ಉದ್ಯೋಗಿಯಾಗಿದ್ದೀರಾ ?** ಹೌದು ಎಂದಾದರೆ ಪ್ರಶ್ನಾವಳಿಯಲ್ಲಿ ದಯವಿಟ್ಟು ವಿವರಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸಿರಿ (*ದಯವಿಟ್ಟು ನಿಮ್ಮ ಪಾಲಿಸಿಯನ್ನು ಪುನಸ್ಥಾಪಿಸಲು ಸಂಬಂಧಪಟ್ಟ ಪ್ರಶ್ನಾವಳಿಯನ್ನು ಲಗತ್ತಿಸಿರಿ)____	☐ ಹೌದು ☐ ಇಲ್ಲ	☐ ಹೌದು ☐ ಇಲ್ಲ
4. ನೀವು ಈಗ ಯಾವುದೇ ಮಿಲಿಟರಿ ದಳದ ಸದಸ್ಯರಾಗಿದ್ದೀರಾ ಯಾವುದೇ ಅಪಾಯಕರ ಕ್ರೀಡೆ ಅಥವಾ ಪಂದ್ಯದ ಆಟದಲ್ಲಿ ಭಾಗವಹಿಸುವುದನ್ನು ಪರಿಗಣಿಸುತ್ತಿದ್ದೀರಾ (ಉದಾ. ಮೋಟರ್ ರೇಸಿಂಗ್, ಏರುವಿಕೆ, ಸ್ಕುಬಾ ಡೈವಿಂಗ್, ವಿಮೆದಾರರು/ಪಾಲಿಸಿದಾರರು ಇತ್ಯಾದಿ) **ಅಥವಾ ಒಂದು ನಿಯತವಾಗಿ ನಿಗದಿತ ಏರ್‌ಲೈನ್‌ನಲ್ಲಿ ಓರ್ವ ಪ್ರಯಾಣ ಶುಲ್ಕವನ್ನು ನೀಡುವ ಪ್ರಯಾಣಿಕರಾಗಿಲ್ಲದೆ ಯಾವುದೇ ಅಂತರಿಕ್ಷದ ಸಾಧನದಲ್ಲಿ ಅಥವಾ ವೆಕೇಶನ್ ಅಥವಾ ರಜಾದಿನಕ್ಕಾಗಿ ಅಲ್ಲದ ವಿದೇಶಗಳಿಗೆ ವಿಮಾನಯಾನ ಮಾಡುತ್ತಿರುತ್ತೀರಾ?** (* ದಯವಿಟ್ಟು ನಿಮ್ಮ ಪಾಲಿಸಿಯನ್ನು ಪುನಸ್ಥಾಪಿಸಲು ಹವ್ಯಾಸದ ಪ್ರಶ್ನಾವಳಿಯನ್ನು ಲಗತ್ತಿಸಿರಿ)	☐ ಹೌದು ☐ ಇಲ್ಲ	☐ ಹೌದು ☐ ಇಲ್ಲ
5. **ಪಾಲಿಸಿ ಇಶ್ಯೂ ಮಾಡಿದ ದಿನಾಂಕದಿಂದ/ಕಳೆದ ಪುನರುಜ್ಜೀವಿತಗೊಳಿಸುವಿಕೆಯಿಂದ ನೀವು ನಿಮ್ಮ ಉದ್ಯೋಗವನ್ನು ಬದಲಾಯಿಸಿದ್ದೀರಾ ?** ಹೌದು ಎಂದಾದರೆ, ದಯವಿಟ್ಟು ವಿವರಗಳನ್ನು ನೀಡಿರಿ: ____ ಯಾವುದೇ ನಿರ್ದಿಷ್ಟ ಹಾನಿ/ಅಪಾಯದೊಂದಿಗೆ ಜತೆಗೂಡಿರುವ ಉದ್ಯೋಗ (ಉದಾ. ರಾಸಾಯನಿಕ ಫ್ಯಾಕ್ಟರಿ, ಗಣಿಗಳು, ವಿಸ್ಫೋಟಕಗಳು, ವಿಕಿರಣಗಳು, ನಾಶಕಾರಿ (ಕೊರೊಸಿವ್) ರಾಸಾಯನಿಕಗಳು ಇತ್ಯಾದಿ)/ಉಪವೃತ್ತಿ (ಉದಾ ಪ್ರಯಾಣ ಶುಲ್ಕ ನೀಡುವ ಪ್ರಯಾಣಿಕರಾಗಿಲ್ಲದ ವಿಮಾನಯಾನ, ಡೈವಿಂಗ್, ಪರ್ವತಾರೋಹಣ, ರೇಸಿಂಗ್‌ನ ಯಾವುದೇ ಪ್ರಕಾರ ಇತ್ಯಾದಿ). (* ದಯವಿಟ್ಟು ನಿಮ್ಮ ಪಾಲಿಸಿಯನ್ನು ಪುನಸ್ಥಾಪನೆ ಮಾಡಲು ಸಂಬಂಧಪಟ್ಟ ಉದ್ಯೋಗ ಪ್ರಶ್ನಾವಳಿಯನ್ನು ಲಗತ್ತಿಸಿರಿ)	☐ ಹೌದು ☐ ಇಲ್ಲ	☐ ಹೌದು ☐ ಇಲ್ಲ
6. **ನೀವು ಓರ್ವ ರಾಜಕೀಯವಾಗಿ ತೆರೆದುಕೊಂಡಿರುವ ವ್ಯಕ್ತಿ (ಪಿಇಪಿ)ಯಾಗಿದ್ದೀರಾ?** "ಹೌದು" ಎಂದಾದರೆ ದಯವಿಟ್ಟು ವಿವರಗಳನ್ನು ನೀಡಿರಿ ____ ಪಿಇಪಿಯ ಅರ್ಥವಿವರಣೆ : ರಾಜಕೀಯವಾಗಿ ತೆರೆದುಕೊಂಡಿರುವ ವ್ಯಕ್ತಿಗಳೆಂದರೆ ಒಂದು ಹೊರಗಿನ ದೇಶದಲ್ಲಿ ಪ್ರಮುಖ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಕಾರ್ಯಗಳನ್ನು ವಹಿಸಿರಲಾಗಿರುವ ಅಥವಾ ವಹಿಸಲಾಗಿದ್ದಿರುವ ವ್ಯಕ್ತಿಗಳಾಗಿದ್ದಾರೆ ಉದಾ. ರಾಜ್ಯಗಳ ಅಥವಾ ಸರಕಾರಗಳ ಮುಖ್ಯಸ್ಥರು, ಹಿರಿಯ ರಾಜಕಾರಣಿಗಳು/ಹಿರಿಯ ಸರಕಾರಿ/ನ್ಯಾಯಾಲಯದ/ಸೈನಿಕ ಅಧಿಕಾರಿಗಳು, ರಾಜ್ಯದ – ಸ್ವಾಮಿತ್ವದ ಕಾರ್ಪೊರೇಶನ್‌ಗಳ ಹಿರಿಯ ಕಾರ್ಯ ನಿರ್ವಾಹಕರು, ಪ್ರಮುಖ ರಾಜಕೀಯ ಪಾರ್ಟಿಯ ಅಧಿಕಾರಿಗಳು ಇತ್ಯಾದಿ. ಅದು ದೇಶದ ರಾಜಕೀಯ ಪಾರ್ಟಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ವ್ಯಕ್ತಿಗಳು/ಅಂಡರ್ ಸೆಕ್ರೆಟರಿಯ ರ‍್ಯಾಂಕಿನ ಕೆಳಗಿನವರಲ್ಲದ ಕೇಂದ್ರ ಅಥವಾ ರಾಜ್ಯ ಸರಕಾರದ ಅಥವಾ ಯಾವುದೇ ಸರಕಾರಿ ಅಧಿಕಾರಿಯನ್ನು ಕೂಡ ಒಳಗೊಂಡಿರಬೇಕು.	☐ ಹೌದು ☐ ಇಲ್ಲ	☐ ಹೌದು ☐ ಇಲ್ಲ

ವೈದ್ಯಕೀಯ ಬಹಿರಂಗ ಪಡಿಸುವಿಕೆಗಳು : ವಿಭಾಗ ಸಿ

	ವಿಮೆದಾರರು	ಪಾಲಿಸಿದಾರರು
1. **ನೀವು ಎಂದಾದರೂ ಕೆಳಗಿನವುಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದಿರಾ ?**		
ಎ) ಸ್ಟ್ರೋಕ್, ಅಪಸ್ಮಾರ, ಫಿಟ್ಸ್, ಪದೇ ಪದೇ ಬರುವ ತಲೆನೋವುಗಳು, ಪಾರ್ಶ್ವ ವಾಯು, ಮೂರ್ಛೆ ಹೋಗುವಿಕೆಗಳು ಅಥವಾ ಮೆದುಳಿನ, ಬೆನ್ನು ಹುರಿಯ ಅಥವಾ ನರಗಳ ಅಸ್ವಸ್ಥತೆಗಳು?	☐ ಹೌದು ☐ ಇಲ್ಲ	☐ ಹೌದು ☐ ಇಲ್ಲ
ಬಿ) ಖಿನ್ನತೆ, ಕಳವಳ, ಸ್ಕಿಝೊಫ್ರಿನಿಯಾ ಅಥವಾ ಇತರ ಯಾವುದೇ ಮಾನಸಿಕ ಅಥವಾ ನರ ಸಂಬಂಧಿತ ಅಸ್ವಸ್ಥತೆ ?	☐ ಹೌದು ☐ ಇಲ್ಲ	☐ ಹೌದು ☐ ಇಲ್ಲ
ಸಿ) ಮಧುಮೇಹ, ಥೈರಾಯಿಡ್ ಅಸ್ವಸ್ಥತೆಗಳು ಅಥವಾ ಇತರ ಯಾವುದೇ ಹಾರ್ಮೋನ್ ಅಸ್ವಸ್ಥತೆಗಳು ?	☐ ಹೌದು ☐ ಇಲ್ಲ	☐ ಹೌದು ☐ ಇಲ್ಲ
ಡಿ) ಕಿವಿಯ ಸ್ರಾವ, ದೃಷ್ಟಿ, ಶ್ರವಣ ಶಕ್ತಿ ಅಥವಾ ಮಾತನಾಡುವ ಶಕ್ತಿ ಕುಂದುವಿಕೆ ಅಥವಾ ಕಿವಿ, ಕಣ್ಣು, ಮೂಗು ಅಥವಾ ಗಂಟಲಿನ ಇತರ ಯಾವುದೇ ಅಸ್ವಸ್ಥತೆ ?	☐ ಹೌದು ☐ ಇಲ್ಲ	☐ ಹೌದು ☐ ಇಲ್ಲ
ಇ) ಅಸ್ತಮಾ, ನ್ಯುಮೋನಿಯಾ,ಕ್ಷಯ ರೋಗ, ಎಂಫಿಸೆಮಾ, ಕೆಮ್ಮಿನೊಂದಿಗೆ ರಕ್ತ ಹೊರಬರುವುದು, ಎಡೆಬಿಡದ ಕೆಮ್ಮು, ಅಥವಾ ಎದೆ ಅಥವಾ ಶ್ವಾಸಕೋಶಗಳ ಇತರ ಯಾವುದೇ ಅಸ್ವಸ್ಥತೆ ?	☐ ಹೌದು ☐ ಇಲ್ಲ	☐ ಹೌದು ☐ ಇಲ್ಲ
ಎಫ್) ಅಧಿಕ ರಕ್ತದೊತ್ತಡ, ವೇಗದ ಹೃದಯ ಬಡಿತಗಳು, ಎದೆ ನೋವು, ಏರಿದ ಕೊಲೆಸ್ಟರಾಲ್, ಹೃದಯಾಘಾತ, ಹೃದಯ ಅಥವಾ ರಕ್ತ ನಾಳಗಳ ಇತರ ಯಾವುದೇ ಅಸ್ವಸ್ಥತೆ ?	☐ ಹೌದು ☐ ಇಲ್ಲ	☐ ಹೌದು ☐ ಇಲ್ಲ
ಜಿ) ಹೆಪಟೈಟಿಸ್ (ಹೆಪಟೈಟಿಸ್ ಬಿ ಕ್ಯಾರಿಯರ್ ಒಳಗೊಂಡು) ಯಕೃತ್ತಿನ ಅಸ್ವಸ್ಥತೆ, ಪಿತ್ತ ಕೋಶದ ಅಸ್ವಸ್ಥತೆ, ಅಲ್ಸರ್, ಹೊಟ್ಟೆ ಅಥವಾ ಕರುಳಿನಿಂದ ರಕ್ತ ಸ್ರಾವ, ಹಿಮರ‍್ರಾಯ್ಡ್‌ಗಳು ಅಥವಾ ಜೀರ್ಣಾಂಗವ್ಯೂಹದ ಇತರ ಯಾವುದೇ ಅಸ್ವಸ್ಥತೆಗಳು?	☐ ಹೌದು ☐ ಇಲ್ಲ	☐ ಹೌದು ☐ ಇಲ್ಲ
ಎಚ್) ಮೂತ್ರ ಪಿಂಡ ಅಥವಾ ಮೂತ್ರ ಕೋಶದ ಅಸ್ವಸ್ಥತೆ, ಮೂತ್ರದ ಅಸಾಮಾನ್ಯತೆ ಅಥವಾ ಜನನಾಂಗ ಅಸ್ವಸ್ಥತೆ ?	☐ ಹೌದು ☐ ಇಲ್ಲ	☐ ಹೌದು ☐ ಇಲ್ಲ
ಐ) ಕ್ಯಾನ್ಸರ್, ಗೆಡ್ಡೆ, ಸೈಸ್ಟ್ ಅಥವಾ ಯಾವುದೇಬಗೆಯ ದುರ್ಮಾಂಸ ?	☐ ಹೌದು ☐ ಇಲ್ಲ	☐ ಹೌದು ☐ ಇಲ್ಲ
ಜೆ) ಅನೀಮಿಯ, ಹಿಮೊಫಿಲಿಯಾ, ಲ್ಯುಕೇಮಿಯಾ ಅಥವಾ ಇತರ ಯಾವುದೇ ರಕ್ತದ ಅಸ್ವಸ್ಥತೆ ?	☐ ಹೌದು ☐ ಇಲ್ಲ	☐ ಹೌದು ☐ ಇಲ್ಲ
ಕೆ) ಬೆನ್ನು ಅಥವಾ ಕುತ್ತಿಗೆಯ ದೂರು, ಆರ್‌ಥೈಟಿಸ್, ಗೌಟ್, ದೈಹಿಕ ಅಸಮರ್ಥತೆ ಅಥವಾ ಮೂಳೆಗಳು, ಕೀಲುಗಳು ಅಥವಾ ಸ್ನಾಯುಗಳ ಇತರ ಅಸ್ವಸ್ಥತೆ ?	☐ ಹೌದು ☐ ಇಲ್ಲ	☐ ಹೌದು ☐ ಇಲ್ಲ
ಎಲ್) ನಿಮಗೆ 7 ದಿನಗಳಿಗಿಂತಲೂ ಹೆಚ್ಚಿನ ನಿರಂತರ ಅವಧಿಯಕಾಲ ಕೆಲಸದಿಂದ ಗೈರು ಹಾಜರಿಯಾಗಲು ಕಾರಣವಾದ ಯಾವುದೇ ಕಾಯಿಲೆ ?	☐ ಹೌದು ☐ ಇಲ್ಲ	☐ ಹೌದು ☐ ಇಲ್ಲ

2. ಎ) ನೀವು ಎಚ್‌ಐವಿ (ಹ್ಯೂಮನ್ ಇಮ್ಯುನೊ ಡೆಫೀಶಿಯನ್ಸಿ ವೈರಸ್) ಸೋಂಕನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದೀರಾ, ಎಚ್‌ಐವಿ ಪ್ರತಿಕಾಯಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿರುವುದರ ರೋಗನಿದಾನವನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದೀರಾ ಅಥವಾ ಏಡ್ಸ್ ಸಂಬಂಧಿತ ಸ್ಥಿತಿಯಿಂದ ಪೀಡಿತರಾಗಿದ್ದೀರಾ?	☐ ಹೌದು ☐ ಇಲ್ಲ	☐ ಹೌದು ☐ ಇಲ್ಲ
ಬಿ) ನೀವು ಅಥವಾ ನಿಮ್ಮ ಪತಿ ಯಾ ಪತ್ನಿ ಲೈಂಗಿಕವಾಗಿ ಪ್ರಸಾರವಾಗುವ ಕಾಯಿಲೆ, ಎಚ್‌ಐವಿ ಸೋಂಕಿನ ಸಂಬಂಧದಲ್ಲಿ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸಲಹೆ, ಪರೀಕ್ಷಣೆ ಅಥವಾ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ಪಡೆದಿದ್ದೀರಾ ಅಥವಾ ದೀರ್ಘಕಾಲ ಮುಂದುವರಿದ ತೂಕ ನಷ್ಟ, ಅತಿಸಾರ, ದೊಡ್ಡದಾದ ಗ್ರಂಥಿಗಳು ಅಥವಾ ಅಸಾಮಾನ್ಯ ಚರ್ಮದ ಲೀಶನ್‌ನಿಂದ ಪೀಡಿತರಾಗಿದ್ದೀರಾ ಅಥವಾ ರಕ್ತ ದಾನ ಮಾಡಬಾರದು ಎಂದು ಸಲಹೆ ಪಡೆದಿದ್ದೀರಾ?	☐ ಹೌದು ☐ ಇಲ್ಲ	☐ ಹೌದು ☐ ಇಲ್ಲ
3. ನೀವು ಇತರ ಯಾವುದೇ ಕಾಯಿಲೆ, ಘಾಸಿ, ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆ ಅಥವಾ ಮೇಲಿನ ಪ್ರಶ್ನೆಗಳ ಅಡಿಯಲ್ಲಿ ಹೇಳಿಲ್ಲದ ಮತ್ತು ಪದೇ ಪದೇ ಬರುವ ಅಸಾಮಾನ್ಯತೆಯನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದೀರಾ ಅಥವಾ ರೋಗ ಲಕ್ಷಣಗಳು 7 ದಿನಗಳಿಗಿಂತ ಹೆಚ್ಚು ಕಾಲ ಪಟ್ಟುಹಿಡಿದಿದ್ದವೆ ?	☐ ಹೌದು ☐ ಇಲ್ಲ	☐ ಹೌದು ☐ ಇಲ್ಲ
4. ಭವಿಷ್ಯದಲ್ಲಿ ಓರ್ವ ಡಾಕ್ಟರ್‌ರನ್ನು ಭೇಟಿ ಮಾಡಲು ಉದ್ದೇಶ ಹೊಂದಿರುವ ಯಾವುದೇ ರೋಗಲಕ್ಷಣಗಳು ಅಥವಾ ರೋಗಸ್ಥಿತಿಯನ್ನು ನೀವು ಹೊಂದಿದ್ದೀರಾ ?	☐ ಹೌದು ☐ ಇಲ್ಲ	☐ ಹೌದು ☐ ಇಲ್ಲ
5. **ಕಳೆದ 5 ವರ್ಷಗಳಲ್ಲಿ ನೀವು ವೈದ್ಯರು ಅಥವಾ ಇತರ ಯಾವುದೇ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸೌಲಭ್ಯವನ್ನು ಪರಿಶೋಧನೆಗಾಗಿ ಅಥವಾ ರೋಗನಿದಾನಾತ್ಮಕ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳಿಗಾಗಿ (ರಕ್ತ ಅಥವಾ ಮೂತ್ರ, ಎಕ್ಸ್-ರೇ, ಅಲ್ಟ್ರಾಸೌಂಡ್, ಸಿಟಿ ಸ್ಕ್ಯಾನ್, ಬಯೊಪ್ಸಿ, ಇಸಿಜಿ, ಆ್ಯಂಜಿಯೊಪ್ಲಾಸ್ಟಿ, ಬೈಪಾಸ್ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆ, ಮೆದುಳಿನ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆ, ಹೃದಯದ ಕವಾಟದ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆ, ಮಹಾಪಧಮನಿ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆ, ಅಂಗ ವರ್ಗಾವಣೆ (ಟ್ರಾನ್ಸ್‌ಪ್ಲಾಂಟ್) ಅಥವಾ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ನ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಅಥವಾ ಇತರ ಯಾವುದೇ ಬಗೆಯ ದುರ್ಮಾಂಸಕ್ಕಾಗಿ ಯಾವುದೇ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯಂತಹ) ಭೇಟಿ ಮಾಡಿದ್ದೀರಾ ?** ಹೌದು ಎಂದಾದರೆ ದಯವಿಟ್ಟು ವಿವರಗಳನ್ನು ನೀಡಿರಿ: ____________ (*ಮೇಲಿನ ಪ್ರಶ್ನೆಗಳಲ್ಲಿ ಯಾವುದನ್ನಾದರೂ ಹೌದು ಎಂಬು ಉತ್ತರಿಸಿದರೆ ದಯವಿಟ್ಟು ಮುಂದಕ್ಕೆ ಕೆಳಗೆ ನಿರ್ದಿಷ್ಟವಾಗಿ ನಮೂದಿಸಿರಿ) ಪರೀಕ್ಷೆಗಳನ್ನು ಮಾಡಲು ಕಾರಣ ಮತ್ತು ರೋಗನಿದಾನದ ದಿನಾಂಕ: ____________ ಸಮಾಲೋಚಿಸುವ ವೈದ್ಯರು ಶಿಫಾರಸು ಮಾಡಿದ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳು: ____________ ಪೂರ್ಣಗೊಳಿಸಿದ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳು ಮತ್ತು ಪರೀಕ್ಷೆಗಳ ದಿನಾಂಕ: ____________ ಕುಟುಂಬದ/ಸಮಾಲೋಚಿಸುವ ವೈದ್ಯರಿಗೆ ಅನುಗುಣವಾಗಿ ಪ್ರಸಕ್ತ ಸ್ಥಿತಿ: ____________ *ನಿಮ್ಮ ಪಾಲಿಸಿಯನ್ನು ಪುನಃಸ್ಥಾಪಿಸಲು ಸಂಪೂರ್ಣ ವೈಯಕ್ತಿಕ ವರದಿಗಳನ್ನು ದಯವಿಟ್ಟು ಲಗತ್ತಿಸಿರಿ (* ಕಳೆದ 5 ವರ್ಷಗಳಲ್ಲಿ ಮಾಡಲಾದ ಎಲ್ಲಾ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಳು ಅನ್ವಯವಾಗುತ್ತವೆ)	☐ ಹೌದು ☐ ಇಲ್ಲ	☐ ಹೌದು ☐ ಇಲ್ಲ
6. ನಿಮ್ಮಿಬ್ಬರಲ್ಲಿ ಯಾರದೇ ಸ್ವಾಭಾವಿಕ ತಂದೆ ತಾಯಿಯರು ಅಥವಾ ಒಡಹುಟ್ಟಿದವರು ಕ್ಯಾನ್ಸರ್, ಹೃದಯರೋಗ, ಸ್ಟ್ರೋಕ್, ಅಧಿಕ ರಕ್ತದೊತ್ತಡ ಮಧುಮೇಹ, ಮೂತ್ರ ಪಿಂಡದ ಕಾಯಿಲೆ, ಮಾನಸಿಕ ಅಸ್ವಸ್ಥತೆಗಳು ಅಥವಾ ಖಿನ್ನತೆ,ಕ್ಷಯರೋಗ ಅಥವಾ ಪಾಲಿಸಿಸ್ಟಿಕ್ ಮೂತ್ರಪಿಂಡ ಅಥವಾ ಇತರ ಅನುವಂಶಿಕ ಕಾಯಿಲೆಯಿಂದ 65 ವಯಸ್ಸಿನ ಮೊದಲು ಮರಣ ಹೊಂದಿದ್ದಾರೆಯೆ? ಹೌದು ಎಂದಾದರೆ ದಯವಿಟ್ಟು ವಿವರಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸಿರಿ (ಅನ್ವಯವಾದರೆ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ನ ಪ್ರಕಾರ): ______	☐ ಹೌದು ☐ ಇಲ್ಲ	☐ ಹೌದು ☐ ಇಲ್ಲ
7. **ಸ್ತ್ರೀ ಜೀವನದ ಪ್ರಶ್ನೆಗಳು :** ಎ) ನೀವು ಈಗ ಗರ್ಭಿಣಿಯಾಗಿದ್ದೀರಾ ? ಹೌದು ಎಂದಾದರೆ ದಯವಿಟ್ಟು ನಿರೀಕ್ಷಿತ ಹೆರಿಗೆಯ ದಿನಾಂಕವನ್ನು ನಮೂದಿಸಿರಿ ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ ದಿದಿ/ತಿಂತಿಂ/ವವವವ ಬಿ) ನೀವು ಕಾಯಿಲೆಗಾಗಿ ಸ್ತ್ರೀ ರೋಗಶಾಸ್ತ್ರೀಯ (ಗೈನೆಕೊಲಾಜಿಕಲ್) ಪರಿಶೋಧನೆಗಳನ್ನು, ಆಂತರಿಕ ವೈದ್ಯಕೀಯ ತಪಾಸಣೆಗಳನ್ನು, ಮೆಮ್ಮೊ ಗ್ರಾಮ್ ಅಥವಾ ಬಯೋಪ್ಸಿ ಯಂತಹ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳಿಗೆ ಒಳಪಟ್ಟಿದ್ದೀರಾ? ಸಿ) ನೀವು ಎಂದಾದರೂ ಸ್ತನ, ಯೋನಿ, ಗರ್ಭಕೋಶ, ಅಂಡಾಶಯ, ಅಂಡಾಣುವಾಹಿ ನಾಳಗಳು, ಮುಟ್ಟು, ಗರ್ಭಾವಸ್ಥೆ ಅಥವಾ ಮಗುವಿನ ಜನನದ ಕಾಲದಲ್ಲಿ ತೊಡಕುಗಳು ಅಥವಾ ಲೈಂಗಿಕವಾಗಿ ಪ್ರಸಾರಗೊಳ್ಳುವ ರೋಗಗಳ ಕಾರಣದಿಂದಾಗಿ ಓರ್ವ ವೈದ್ಯರನ್ನು ಸಮಾಲೋಚಿಸಿದ್ದೀರಾ? ಡಿ) ನಿಮ್ಮ ಸ್ತನದ ಅಥವಾ ಜನನಾಂಗಗಳ ಅಸ್ವಸ್ಥತೆಗಳು, ಅಸಾಮಾನ್ಯ ಸ್ಮಿಯರ್ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳು ಮತ್ತು ಅನಿಯಮಿತ ಮುಟ್ಟುಗಳಿಂದ ಪೀಡಿತರಾಗಿದ್ದೀರಾ?	☐ ಹೌದು ☐ ಇಲ್ಲ	☐ ಹೌದು ☐ ಇಲ್ಲ

ಹೆಚ್ಚುವರಿ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಘೋಷಣೆ : ವಿಭಾಗ ಡಿ: (ವಿಮೆದಾರರು ಆರೋಗ್ಯ ಉತ್ಪನಗಳು/ವಿಷಮ ಸ್ಥಿತಿಯಲ್ಲಿನ ಕಾಯಿಲೆಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳು/ಶಸ್ತ್ರಕ್ರಿಯಾ ಸೌಲಭ್ಯಗಳನ್ನು ಆಯ್ಕೆ ಮಾಡಿದ್ದರೆ ಕೆಳಗಿನ ಪ್ರಶ್ನೆಗಳನ್ನು ಉತ್ತರಿಸಬೇಕು)	**ವಿಮೆದಾರರು**	**ಪಾಲಿಸಿದಾರರು**
1. ನೀವು ಯಾವುದೇ ದೈಹಿಕ ನ್ಯೂನತೆ, ದುರ್ಬಲತೆ, ಅಂಗ ವಿಕಾರತೆಗಳು ಮತ್ತು/ಅಥವಾ ಚಲನಶೀಲತೆ, ದೃಷ್ಟಿ ಮತ್ತು/ಅಥವಾ ಶ್ರವಣ ಶಕ್ತಿಯನ್ನು ಬಾಧಿಸುವ ಯಾವುದೇ ಸ್ಥಿತಿಯನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದೀರಾ ?	☐ ಹೌದು ☐ ಇಲ್ಲ	☐ ಹೌದು ☐ ಇಲ್ಲ
2. ಕಳೆದ 10 ವರ್ಷಗಳಲ್ಲಿ ನೀವು ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ (ಚರ್ಮದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಅಥವಾ ವ್ರಣವಾದ ಚುಕ್ಕೆಯನ್ನು ಒಳಗೊಂಡು), ಗೆಡ್ಡೆ ಅಥವಾ ಲ್ಯುಕೇಮಿಯಾಕ್ಕಾಗಿ ರೋಗನಿದಾನ ಹೊಂದಿದ್ದೀರಾ, ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಪಡೆದಿದ್ದೀರಾ ಅಥವಾ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಅಥವಾ ಸಲಹೆಯನ್ನು ಕೋರಿದ್ದೀರಾ?	☐ ಹೌದು ☐ ಇಲ್ಲ	☐ ಹೌದು ☐ ಇಲ್ಲ
3. ಹಿಂದಿನ 5 ವರ್ಷಗಳಲ್ಲಿ ನೀವು ಯಾವುದೇ ರೋಗನಿದಾನಾತ್ಮಕ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದಿರಾ ? ಉದಾ. ಮೆಮ್ಮೊಗ್ರಾಮ್, ಎಕ್ಸ್–ರೇ, ಅಲ್ಟ್ರಾಸೌಂಡ್, ಸಿಟಿ ಸ್ಕ್ಯಾನ್, ಬಯೋಪ್ಸಿ, ರಕ್ತ ಅಥವಾ ಮೂತ್ರ ಪರೀಕ್ಷೆ. ನೀವು ಯಾವುದೇ ಬಗೆಯ ಗಂಟು, ಪೂತಿ ಕೋಶ (ಸಿಸ್ಟ್), ಗೆಡ್ಡೆ, ದೀರ್ಘಕಾಲದ ಗಾಯ (ಲೀಶನ್)ಗಳು ಅಥವಾ ದುರ್ಮಾಂಸಗಳು ?	☐ ಹೌದು ☐ ಇಲ್ಲ	☐ ಹೌದು ☐ ಇಲ್ಲ
4. ಪ್ರಶ್ನೆ 3ಕ್ಕೆ ''ಹೌದು'' ಎಂದಾದರೆ ಫಲಿತಾಂಶಗಳಿಗೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ಪರೀಕ್ಷೆ, ಬೇರೊಬ್ಬ ವೈದ್ಯರಲ್ಲಿಗೆ ಅಥವಾ ಏಶೇಷಜ್ಞರಲ್ಲಿಗೆ ರೆಫರಲ್, ನಿಮ್ಮ ಸ್ವಂತ ವೈದ್ಯರೊಂದಿಗೆ ಅನುಸರಣೆ ಅಥವಾ ಭವಿಷ್ಯದ ಅನುಸರಣೆಗಾಗಿ ಶಿಫಾರಸು ಅಪೇಕ್ಷಿತವಾಗಿತ್ತೆ ?	☐ ಹೌದು ☐ ಇಲ್ಲ	☐ ಹೌದು ☐ ಇಲ್ಲ
5. 2 ಅಥವಾ ಹೆಚ್ಚಿನ ಕುಟುಂಬದ ಸದಸ್ಯರು (ಸ್ವಾಭಾವಿಕ ಮಾತಾಪಿತರು ಮತ್ತು ಒಡಹುಟ್ಟಿದವರು) 60 ವರ್ಷ ವಯಸ್ಸಿನ ಕೆಳಗೆ ಕಾನ್ಸರ್, ಗೆಡ್ಡೆ ಅಥವಾ ಲ್ಯುಕೇಮಿಯಾದ ರೋಗನಿದಾನವನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದರೆ ?	☐ ಹೌದು ☐ ಇಲ್ಲ	☐ ಹೌದು ☐ ಇಲ್ಲ
6. ಎ) ಪುರುಷ ಅರ್ಜಿದಾರರು : ನಿಮ್ಮ ತಂದೆ 60 ವರ್ಷ ವಯಸ್ಸಿನ ಕೆಳಗೆ ಕರುಳಿನ ಅಥವಾ ದೊಡ್ಡ ಕರುಳಿನ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ನ ರೋಗನಿದಾನವನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದರೆ ?	☐ ಹೌದು ☐ ಇಲ್ಲ	☐ ಹೌದು ☐ ಇಲ್ಲ
ಬಿ) ಸ್ತ್ರೀ ಅರ್ಜಿದಾರರು : ನಿಮ್ಮ ತಾಯಿ 60 ವರ್ಷ ವಯಸ್ಸಿನ ಕೆಳಗೆ ಸ್ತನ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ನ ರೋಗನಿದಾನವನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದರೆ ?	☐ ಹೌದು ☐ ಇಲ್ಲ	☐ ಹೌದು ☐ ಇಲ್ಲ

ಮುಖ್ಯವಾದ ಟಿಪ್ಪಣಿ

ಎಳೆ ವಯಸ್ಸಿನ ವಿಮೆದಾರರ ಮೇಲಿನ ಪಾಲಿಸಿಯ ಪ್ರಸಂಗದಲ್ಲಿ, ಪ್ರಿಮಿಯಮ್ ಪ್ಲಸ್ ರೈಡರ್‌ಅನ್ನು ಲಗತ್ತಿಸಿದಲ್ಲಿ, ಪಾಲಿಸಿದಾರರ ವಿವರಗಳನ್ನು ತುಂಬಿಸುವುದು ಕಡ್ಡಾಯವಾಗಿದೆ.

ಘೋಷಣೆ ಮತ್ತು ಅಧಿಕಾರ ನೀಡಿಕೆ : ನೀವು ಈ ಅರ್ಜಿಯಲ್ಲಿ ನಮ್ಮ ಒಪ್ಪಂದದ ಆಧಾರವನ್ನು ರೂಪಿಸುವ ಎಲ್ಲಾ ಮುಖ್ಯ ಸತ್ಯಾಂಶಗಳನ್ನು ಬಹಿರಂಗಪಡಿಸಲೇಬೇಕು, ಇಲ್ಲವೆ ಇಶ್ಯೂ ಮಾಡಲಾದ ಪಾಲಿಸಿ ಶೂನ್ಯವಾಗಬಹುದು ಅಥವಾ ಶೂನ್ಯವಾಗಬಲ್ಲದಾಗಬಹುದು. ಒಂದು ಸತ್ಯಾಂಶವು ಮುಖ್ಯವಾಗಿದೆಯೆ ಎಂದು ನಿಮಗೆ ಶಂಕೆ ಉಂಟಾದರೆ ದಯವಿಟ್ಟು ಅದನ್ನು ಬಹಿರಂಗಪಡಿಸಿರಿ. .

ಘೋಷಣೆ ಮತ್ತು ಅಧಿಕಾರ ನೀಡಿಕೆ : ನಾನು/ನಾವು ಈ ಮೂಲಕ ಘೋಷಿಸುತ್ತೇನೆ/ವೆ ಮತ್ತು ಒಪ್ಪುತ್ತೇವೆ, ಏನೆಂದರೆ (ಎ) ನಾನು/ನಾವು ಅರ್ಜಿಯನ್ನು ಓದಿದ್ದೇನೆ/ವೆ ಅಥವಾ ಅದನ್ನು ನನಗೆ/ನಮಗೆ ಅರ್ಥವಿವರಣೆ ಮಾಡಿ ಹೇಳಲಾಗಿದೆ ಮತ್ತು ಅರ್ಜಿಯಲ್ಲಿ ನಮೂದಿಸಲಾದ ಉತ್ತರಗಳು ನನ್ನದಾಗಿವೆ/ನಮ್ಮದಾಗಿವೆ; (ಬಿ) ಮೇಲಿನ ಉತ್ತರಗಳಲ್ಲಿ ಪ್ರತಿಯೊಂದೂ ಕೂಡ ಸಮಗ್ರವಾಗಿದೆ, ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿದೆ ಮತ್ತು ನಿಜವಾಗಿದೆ ಎಂದು ನಾನು/ನಾವು ಪ್ರಮಾಣೀಕರಿಸುತ್ತೇನೆ/ವೆ ಮತ್ತು ಟಾಟಾ ಎಐಎ ಲೈಫ್ ಇನ್‌ಶ್ಯೂರೆನ್ಸ್ ಕಂ.ಲಿಮಿಟೆಡ್ (ಇದರಲ್ಲಿ ಇನ್ನು ಮುಂದೆ ''ಕಂಪೆನಿ ಎಂದು ಕರೆಯಲ್ಪಡುತ್ತದೆ'') ಅವನ್ನು ಹಾಗೆಂದುಕೊಂಡು ನಂಬಿಕೊಂಡು ಭರವಸೆ ಇಡುತ್ತದೆ ಮತ್ತು ಆದರ ಮೇಲೆ ಕಾರ್ಯ ಮಾಡುತ್ತದೆ ಎಂದು ನಾನು/ನಾವು ತಿಳಿದು ಕೊಂಡಿದ್ದೇನೆ/ವೆ (ಸಿ) ವಿಮೆದಾರರ/ಪಾಲಿಸಿದಾರರ ಜೀವಿತ ಕಾಲದಲ್ಲಿ ಕಂಪೆನಿಯಿಂದ ಪಾಲಿಸಿಯು ಸ್ವೀಕರಿಸಲ್ಪಡುವ ತನಕ ಮತ್ತು ಕಂಪನಿಯ ಅಧಿಕೃತ ಅಧಿಕಾರಿಯಿಂದ ಅಂಗೀಕರಿಸಲ್ಪಡುವತನಕ ಯಾವುದೇ ಹಣವನ್ನು ಪಾವತಿ ಮಾಡಿದ ಅಥವಾ ಪಾವತಿಯಲ್ಲಿ ಒಂದು ಇತ್ಯರ್ಥಮಾಡಲ್ಪಟ್ಟ ಕಾರಣಕ್ಕೆ ಮಾತ್ರ ಪಾಲಿಸಿಯು ಪುನಃಸ್ಥಾಪಿತ ಗೊಂಡಿದೆ ಎಂದು ಪರಿಗಣಿಸಲ್ಪಡುವುದಿಲ್ಲ (ಡಿ) ನನ್ನ/ನಮ್ಮ ಅರ್ಜಿಯು ಕಂಪೆನಿಯಿಂದ ಅಂಗೀಕರಿಸಲ್ಪಟ್ಟರೆ ಅದರ ವಿವಾದೀಕರಿಸಲಾಗದಿರುವಿಕೆ (ಇನ್‌ಕಂಟೆಸ್ಟೆಬಿಲಟಿ) ಮತ್ತು ಆತ್ಮಹತ್ಯೆ ಪ್ರಾವಧಾನವು ನನ್ನ/ನಮ್ಮ ಅರ್ಜಿಯ ಅಂಗೀಕಾರದ ದಿನಾಂಕದಿಂದ ಜಾರಿಯಾಗುತ್ತದೆ. ಅಷ್ಟೆ ಅಲ್ಲದೆ ನಾನು ಈ ಮೂಲಕ ಹಿಂತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳಲಾಗದಂತೆ ಈ ಮೂಲಕ ಅಧಿಕಾರ ನೀಡುತ್ತೇನೆ. (ಎ) ನನ್ನ/ವಿಮೆದಾರರ ಆರೋಗ್ಯದ ತಿಳಿವಳಿಕೆಯ ದಾಖಲೆ ಅಥವಾ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಇತಿಹಾಸ ಅಥವಾ ವಿತ್ತೀಯ ಇತಿಹಾಸ ಅಥವಾ ಇತರ ವೈಯಕ್ತಿಕ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಹೊಂದಿರುವ ಯಾವುದೇ ಸಂಘ, ಸಂಸ್ಥೆ ಅಥವಾ ವ್ಯಕ್ತಿಗೆ ಅಂತಹ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಕಂಪೆನಿಗೆ ಬಹಿರಂಗಪಡಿಸಲು. ಈ ಅಧಿಕಾರ ನೀಡಿಕೆಯು ನನ್ನ/ವಿಮೆದಾರರ ಉತ್ತರಾಧಿಕಾರಿಗಳು, ವರ್ಗಾಯಿತರನ್ನು ಬದ್ಧಪಡಿಸುತ್ತದೆ ಮತ್ತು ನನ್ನ/ವಿಮೆದಾರರ ಮರಣ ಅಥವಾ ಅಸಮರ್ಥತತೆಯ ಹೊರತಾಗಿಯೂ ಕೂಡ ಕಾನೂನು ಬದ್ಧವಾಗಿ ಸಾಧ್ಯವಿರುವಷ್ಟು ಮಟ್ಟಿಗೆ ಸಿಂಧುವಾಗಿ ಉಳಿದಿರುತ್ತದೆ, ಮತ್ತು (ಬಿ)ಕಂಪೆನಿಗೆ ಅಥವಾ ಅದರ ಯಾವುದೇ ಅಂಗೀಕೃತ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಪರೀಕ್ಷಕರು ಅಥವಾ ಪ್ರಯೋಗಶಾಲೆಗಳಿಗೆ ಅಗತ್ಯವಾದ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಮೌಲ್ಯಾಂಕನ ಮಾಡಲು ಮತ್ತು ಅಂಡರ್‌ರೈಟ್ ಮಾಡುವುದಕ್ಕಾಗಿ ಪರೀಕ್ಷಿಸಲು ಮತ್ತು ಈ ಅರ್ಜಿಗೆ ಮತ್ತು ಅದರಿಂದ ಉದ್ಭವಗೊಂಡ ಯಾವುದೇ ಕ್ಲೇಮಿಗೆ ಸಂಬಂಧಪಟ್ಟು ನನ್ನ/ವಿಮೆದಾರರ ಆರೋಗ್ಯ ಸ್ಥಿತಿಯನ್ನು ಮೌಲ್ಯ ಮಾಪನ ಮಾಡಲು. ಈ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳು ಈ ಮುಂದಿನವುಗಳನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿರಬಹುದು, ಆದರೆ ಇವಕ್ಕೇ ಸೀಮಿತವಲ್ಲ, ಕೊಲೆಸ್ಟರಾಲ್ ಮತ್ತು ಸಂಬಂಧಿತ ರಕ್ತ ಲಿಪಿಡ್‌ಗಳು, ಮಧುಮೇಹ, ಯಕೃತ್ತಿನ ಅಥವಾ ಮೂತ್ರ ಪಿಂಡದ ಅಸ್ವಸ್ಥತೆಗಳು, ಎಕ್ವಾಯರ್ಡ್ ಇಮ್ಯುನೊಡೆಫಿಶಿಯನ್ಸ್ ಸಿಂಡ್ರೋಮ್ (ಏಡ್ಸ್), ಹ್ಯೂಮನ್ ಇಮ್ಯುನೊಡೆಫಿಶಿಯನ್ಸಿ ವೈರಸ್ (ಎಚ್‌ಐವಿ)ಯ ಸೋಂಕು ಅಥವಾ ಔಷಧಿಗಳು, ಔಷಧವಸ್ತುಗಳು, ನಿಕೊಟಿನ್ ಅಥವಾ ಅವುಗಳ ಚಯಾಪಚಯಜ (ಮೆಟಬೊಲೈಟ್)ಗಳ ಉಪಸ್ಥಿತಿಗಾಗಿ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳು. ನಾನು ಹೀಗೆಂದು ಕೂಡ ಮುಂದಕ್ಕೆ ಒಪ್ಪುತ್ತೇನೆ ಮತ್ತು ವಾಗ್ದಾನ ಮಾಡುತ್ತೇನೆ ಏನೆಂದರೆ ಎ) ನನ್ನ/ವಿಮೆದಾರರ ಆರೋಗ್ಯ, ಉದ್ಯೋಗ, ಆರ್ಥಿಕ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಗಳ ಬದಲಾವಣೆಗಳು, ದಸ್ತಗಿರಿ ಅಥವಾ ಒಂದು ಅಪರಾಧದೊಂದಿಗಿನ ಆರೋಪ (ಚಾರ್ಜ್) ಹೊರಿಸಲ್ಪಟ್ಟರುವುದು, ಈ ವಿಮಾ ಅರ್ಜಿ ಕಂಪೆನಿಯಿಂದ ಅಂಗೀಕೃತ ವಾಗುವ ಮೊದಲು ಅಪ್ರಮಾಣಕ (ನಾನ್ ಸ್ಟ್ಯಾಂಡರ್ಡ್) ಅಂಗೀಕಾರ ಅಥವಾ ನಿರಾಕರಣೆ ಇವುಗಳನ್ನು ಒಳಗೊಂಡು ಆದರೆ ಇವಕ್ಕೇ ಸೀಮಿತ ವಲ್ಲದೆ ನನ್ನ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಗಳಲ್ಲಿ ಯಾವುದೇ ಮುಖ್ಯ ಬದಲಾವಣೆ ಇದ್ದರೆ ನಾನು ಅಂತಹ ಬದಲಾವಣೆಯನ್ನು ಲಿಖಿತವಾಗಿ ಕೂಡಲೇ ಕಂಪೆನಿಗೆ ತಿಳಿಯ ಪಡಿಸುತ್ತೇನೆ ಮತ್ತು ಬಿ) ಕಂಪೆನಿಯು ವಿಮಾ ಅರ್ಜಿಯನ್ನು ನಿರಾಕರಿಸಬೇಕೆ ಅಥವಾ ಅಂಗೀಕರಿಸಬೇಕೆ ಎಂದು ನಿರ್ಧರಿಸುವಲ್ಲಿ ಈ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಗಳಲ್ಲಿನ ಅಂತಹ ಬದಲಾವಣೆಗಳನ್ನು ಲೆಕ್ಕಕ್ಕೆ ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳುತ್ತದೆ. ಸಿ) ಈ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ಕಂಪೆನಿಗೆ ತಿಳಿಯಪಡಿಸುವುದರಲ್ಲಿ ವೈಫಲ್ಯವು ಕಂಪೆನಿಯ ವಿವೇಚನೆಯಲ್ಲಿ ಪಾಲಿಸಿಯನ್ನು ಶೂನ್ಯ ಗೊಳಿಸುತ್ತದೆ ಮತ್ತು ಈ ಪಾಲಿಸಿಯ ಅಡಿಯಲ್ಲಿ ಯಾವುದೇ ಸೌಲಭ್ಯಗಳನ್ನು ಪಾವತಿ ಮಾಡಲಾಗುವುದಿಲ್ಲ.

ವಿಮಾ ಅಧಿನಿಯಮ 1938, ಕಲಮು 41 – ಸೋಡಿ (ರಿಬೇಟ್)ಗಳ ನಿಷೇಧ : ಯಾವುದೇ ವ್ಯಕ್ತಿಯು ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಜೀವಿಗಳಿಗೆ ಅಥವಾ ಸ್ವತ್ತಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಯಾವುದೇ ಬಗೆಯ ಅಪಾಯಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಪಟ್ಟ ಒಂದು ವಿಮೆಯನ್ನು ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳಲು, ನವೀಕರಿಸಲು ಅಥವಾ ಮುಂದುವರಿಸಲು ಯಾವುದೇ ವ್ಯಕ್ತಿಗೆ ನೇರವಾಗಿ ಅಥವಾ ಪರೋಕ್ಷವಾಗಿ ಒಂದು ಪ್ರೇರೇಪಣೆಯ ರೂಪದಲ್ಲಿ ಪಾವತಿಯಾಗಬೇಕಾದ ಕಮಿಶನ್‌ನ ಇಡೀ ಅಥವಾ ಭಾಗದ ಯಾವುದೇ ಸೋಡಿ (ರಿಬೇಟ್) ಅಥವಾ ಪಾಲಿಸಿಯ ಮೇಲೆ ತೋರಿಸಲಾದ ಪ್ರಿಮಿಯಮ್‌ನ ಸೋಡಿ (ರಿಬೇಟ್)ಯನ್ನು ಅನುವು ಮಾಡುವುದಿಲ್ಲ ಅಥವಾ ಅನುವು ಮಾಡಲು ನೀಡುವುದಿಲ್ಲ ಅಥವಾ ಒಂದು ಪಾಲಿಸಿಯನ್ನು ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳುವ ಅಥವಾ ನವೀಕರಿಸುವ ಅಥವಾ ಮುಂದುವರಿಸುವ ಯಾವುದೇ ವ್ಯಕ್ತಿಯು ವಿಮಾದಾರರ ಪ್ರಕಟಿತ ವಿವರಣ ಪತ್ರ (ಪ್ರೊಸ್ಪೆಕ್ಟಸ್) ಅಥವಾ ಕೋಷ್ಠಕಗಳಿಗೆ ಅನುಸಾರವಾಗಿ ಅನುವು ಮಾಡಲಾಗಬಹುದಾದ ಅಂತಹ ಸೋಡಿ (ರಿಬೇಟ್)ಯನ್ನು ಹೊರತು ಪಡಿಸಿ ಯಾವುದೇ ಸೋಡಿ (ರೀಬೇಟ್)ಯನ್ನು ಅಂಗೀಕರಿಸುವುದಿಲ್ಲ. ಈ ಕಲಮಿನ ಉಪಬಂಧಗಳನ್ನು ಅನುವತೀಸುವಲ್ಲಿ ಕರ್ತವ್ಯ ಲೋಪ (ಡಿಫಾಲ್ಟ್) ಮಾಡುವ ಯಾವುದೇ ವ್ಯಕ್ತಿ ಜುಲ್ಮಾನೆ ಯೊಂದಿಗೆ ಶಿಕ್ಷಾರ್ಹರಾಗಿದ್ದು ಅದು ಐನೂರು ರೂಪಾಯಿಗಳಿಗೆ ವಿಸ್ತರಿಸಲ್ಪಡಬಹುದು.

ವಿಮಾ ಅಧಿನಿಯಮ 1938, ಕಲಮು 45: ಈ ಅಧಿನಿಯಮದ ಪ್ರಾರಂಭದ ದಿನಾಂಕದ ಮೊದಲು ಜಾರಿಮಾಡಲಾದ ಯಾವುದೇ ಜೀವ ವಿಮಾ ಪಾಲಿಸಿಯನ್ನು ಈ ಅಧಿನಿಯಮದ ಪ್ರಾರಂಭದ ದಿನಾಂಕದಿಂದ ಎರಡು ವರ್ಷಗಳ ಮುಕ್ತಾಯದ ನಂತರ ಮತ್ತು ಈ ಅಧಿನಿಯಮ ಜಾರಿಗೆ ಬಂದ ನಂತರ ಜಾರಿ ಮಾಡಲಾದ ಯಾವುದೇ ಜೀವ ವಿಮಾ ಪಾಲಿಸಿಯನ್ನು ಅದನ್ನು ಜಾರಿ ಮಾಡಿಲಾದ ಎರಡು ವರ್ಷಗಳ ನಂತರ ಓರ್ವ ವಿಮಾಗಾರರು ಪ್ರಸ್ತಾವದಲ್ಲಿ ಅಥವಾ ಓರ್ವ ವೈದ್ಯಾಧಿಕಾರಿಯ ಅಥವಾ ನಿರ್ಣಾಯಕರ(ರೆಫರಿ) ಅಥವಾ ವಿಮಾದಾರರ ಸ್ನೇಹಿತರ ಯಾವುದೇ ವರದಿಯಲ್ಲಿ ಅಥವಾ ಪಾಲಿಸಿಯನ್ನು ಇಶ್ಯೂ ಮಾಡಲು ಮಾರ್ಗವಾದ ಇತರ ಯಾವುದೇ ದಾಖಲೆಯಲ್ಲಿ ಮಾಡಲಾದ ಹೇಳಿಕೆ ಕರಾರುವಾಕ್ಕಾಗಿಲ್ಲ ಅಥವಾ ಸುಳ್ಳು ಎಂಬ ಆಧಾರದ ಮೇಲೆ ಅಂತಹ ಹೇಳಿಕೆಯು ಒಂದು ಮುಖ್ಯ ವಿಷಯದ ಮೇಲಿತ್ತು ಅಥವಾ ಅದು ಬಹಿರಂಗ ಪಡಿಸಲು ಮುಖವಾಗಿದ್ದ ಸತ್ಯಾಂಶಗಳನ್ನು ಮುಚ್ಚಿಟ್ಟಿದುದಾಗಿತ್ತು ಮತ್ತು ಅದು ಪಾಲಿಸಿದಾರರಿಂದ ಮೋಸದಿಂದ ಮಾಡಲ್ಪಟ್ಟಿತ್ತು ಮತ್ತು ಅದನ್ನು ಮಾಡುವ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಹೇಳಿಕೆಯು ಸುಳ್ಳು ಅಥವಾ ಅದು ಬಹಿರಂಗಪಡಿಸಲು ಮುಖ್ಯವಾಗಿರುವ ಸತ್ಯಾಂಶಗಳನ್ನು ಮುಚ್ಚಿಟ್ಟಿತ್ತು ಎಂದು ಪಾಲಿಸಿದಾರರು ತಿಳಿದಿದ್ದರು ಎಂದು ವಿಮಾಗಾರರು ತೋರಿಸದಿದ್ದಲ್ಲಿ ವಿಮಾಗಾರರು ಪ್ರಶ್ನಿಸ ತಕ್ಕದ್ದಲ್ಲ. ಈ ಕಲಮಿನಲ್ಲಿನ ಯಾವುದೂ ಕೂಡ ವಿಮಾಗಾರರನ್ನು ಅವರು ಹಾಗೆ ಮಾಡಲು ಹಕ್ಕನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದರೆ ಯಾವುದೇ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ವಯಸ್ಸಿನ ರುಜುವಾತನ್ನು ತರಿಸಿ ಕೊಳ್ಳುವುದನ್ನು ತಡೆಯುವುದಿಲ್ಲ ಮತ್ತು ಯಾವುದೇ ಪಾಲಿಸಿಯನ್ನು ಕೇವಲ ಪ್ರಸ್ತಾವದಲ್ಲಿ ವಿಮೆದಾರರ ವಯಸ್ಸನ್ನು ತಪ್ಪಾಗಿ ನಮೂದಿಸಲಾಗಿತ್ತು ಎಂಬ ತದನಂತರದ ರುಜುವಾತಿನ ಮೇಲೆ ಪಾಲಿಸಿಯ ಅವಧಿಗಳನ್ನು ಸರಿಹೊಂದಿಸಲಾಗಿತ್ತು ಎಂಬ ಕಾರಣಕ್ಕಾಗಿ ಮಾತ್ರ ಪ್ರಶ್ನಿಸಲಾಗಬೇಕು ಎಂದು ಪರಿಗಣಿಸತಕ್ಕದ್ದಲ್ಲ ಎಂದು ಉಪಬಂಧಿಸಲಾಗಿದೆ.

ಸಿಂಧುತ್ವ: ಈ ಆರೋಗ್ಯ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರವನ್ನು ಸಹಿ ಮಾಡಿದ ದಿನಾಂಕದಿಂದ 90 ದಿನಗಳು

ವಿಮೆದಾರರ ಸಹಿ/ಹೆಬ್ಬೆರಳ ಗುರುತು	**ಪಾಲಿಸಿದಾರರ ಸಹಿ/ಹೆಬ್ಬೆರಳ ಗುರುತು**	**ಆರೋಗ್ಯ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರದ ಮೇಲೆ ಸಹಿಯ ದಿನಾಂಕ**	**ಏಜೆಂಟರ ಸಹಿ**

ಪಾಲಿಸಿದಾರರಲ್ಲದ ಬೇರೆ ವ್ಯಕ್ತಿಯಿಂದ ಪ್ರಶ್ನೆಗಳಿಗೆ ಉತ್ತರಗಳು ತುಂಬಿಸಲ್ಪಟ್ಟ/ಪಾಲಿಸಿದಾರರ ವಿಮಾಯಿತ ವ್ಯಕ್ತಿಯ ಸಹಿಗಳು ಪ್ರಾದೇಶಿಕ ಭಾಷೆಯಲ್ಲಿದ್ದ ಪ್ರಸಂಗದಲ್ಲಿ

ಪಾಲಿಸಿದಾರರ/ವಿಮಾಯಿತ ವ್ಯಕ್ತಿಯ ಹೆಬ್ಬೆರಳ ಗುರುತು ಅಥವಾ ಸಹಿ ಅವರ ಗುರುತನ್ನು ಸುಲಭವಾಗಿ ಸ್ಥಾಪಿತ ಗೊಳಿಸಬಹುದಾದ ಓರ್ವ ಗಣ್ಯ ವ್ಯಕ್ತಿಯಿಂದ ಪ್ರಮಾಣೀಕರಿಸಲ್ಪಡಬೇಕು ಮತ್ತು ಈ ಘೋಷಣೆಯು ಅವನಿಂದ/ಅವಳಿಂದ ಮಾಡಲ್ಪಡಬೇಕಾಗಿರುತ್ತದೆ

ನಾನು ______________________________ (ಹೆಸರು) ______________ (ಗುರುತು ಕಾರ್ಡ್ ಪ್ರಕಾರ) ____________________ (ಗುರುತು ಕಾರ್ಡ್ ಸಂಖ್ಯೆ) ಹೊಂದಿದ್ದು ಈ ಮೂಲಕ ಘೋಷಿಸುತ್ತೇನೆ, ಏನೆಂದರೆ ನಾನು ಈ ನಮೂನೆಯಲ್ಲಿನ ವಿಷಯಗಳನ್ನು ಪಾಲಿಸಿದಾರರಿಗೆ/ವಿಮಾಯಿತ ವ್ಯಕ್ತಿಗೆ ______________ ಭಾಷೆಯಲ್ಲಿ ವಿವರಿಸಿದ್ದೇನೆ ಮತ್ತು ನಾನು ಪಾಲಿಸಿದಾರರಿಗೆ/ವಿಮಾಯಿತ ವ್ಯಕ್ತಿಗೆ ಪಾಲಿಸಿದಾರರು/ವಿಮಾಯಿತ ವ್ಯಕ್ತಿ ಹೇಳಿ ಬರೆಸಿದಂತೆ ಪ್ರಶ್ನೆಗಳಿಗೆ ಉತ್ತರಗಳನ್ನು ಓದಿ ಹೇಳಿದ್ದೇನೆ. ಈ ನಮೂನೆಯಲ್ಲಿ ತುಂಬಿಸಲ್ಪಟ್ಟ ಮಾಹಿತಿ/ಉತ್ತರಗಳು ಪಾಲಿಸಿದಾರರಿಂದ/ವಿಮಾಯಿತ ವ್ಯಕ್ತಿಯಿಂದ ನನಗೆ ಒದಗಿಸಲ್ಪಟ್ಟ ಮಾಹಿತಿ/ಉತ್ತರಗಳ ನಿಖರವಾದ ಪ್ರತಿರೂಪವಾಗಿವೆ ಮತ್ತು ಪಾಲಿಸಿದಾರರು/ವಿಮಾಯಿತ ವ್ಯಕ್ತಿ ಅದರಲ್ಲಿನ ವಿಷಯಗಳನ್ನು ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಅರ್ಥ ಮಾಡಿಕೊಂಡ ನಂತರ ಅವನ/ಅವಳ ಸಹಿ/ಹೆಬ್ಬೆರಳ ಗುರುತನ್ನು ಹಾಕಿದ್ದಾರೆ

ಸಾಕ್ಷೀದಾರರ ಹೆಸರು ____________ ಸಹಿ ____________ ಐಡಿ ರುಜುವಾತು ಪ್ರಕಾರ: ____________ ಐಡಿ ರುಜುವಾತು ಸಂಖ್ಯೆ : ____________

ಹೆಚ್ಚಿನ ವಿವರಗಳಿಗಾಗಿ ದಯವಿಟ್ಟು ನಮ್ಮ ವಿಮಾ ಸಲಹಾಕಾರರನ್ನು ಸಂಪರ್ಕಿಸಿರಿ ಅಥವಾ ನಮ್ಮ ಟಾಟಾ ಎಐಎ ಲೈಫ್‌ನ ಅತಿ ಹತ್ತಿರದ ಶಾಖಾ ಕಛೇರಿಯನ್ನು ಭೇಟಿ ಮಾಡಿರಿ ಅಥವಾ ನಮ್ಮ ಸಹಾಯವಾಣಿ ಸಂಖ್ಯೆಗಳು 1800 267 9966 (ಶುಲ್ಕ ಮುಕ್ತ) ಅಥವಾ 1860 266 9966 (ಸ್ಥಳೀಯ ಶುಲ್ಕಗಳು ಅನ್ವಯವಾಗುತ್ತವೆ) ಅಥವಾ customercare@tataaia.com ನಲ್ಲಿ ನಮಗೆ ಇಮ್ಮೈಲ್ ಮಾಡಿ ಅಥವಾ 58888ಗೆ "LIFE" ಎಂದು ಎಸ್‌ಎಮ್‌ಎಸ್ ಮಾಡಿ ಅಥವಾ www.tataaia.com. ನಲ್ಲಿ ನಮ್ಮನ್ನು ಸಂದರ್ಶಿಸಿ.

ಟಾಟಾ ಎಐಎ ಲೈಫ್ ಇನ್‌ಶ್ಯೂರೆನ್ಸ್ ಕಂಪನಿ ಲಿಮಿಟೆಡ್ (ಐಆರ್‌ಡಿಎ ನೋಂದಣಿ ಸಂ. 110) CIN: U66010MH2000PLC128403.
ರಿಜಿಸ್ಟರ್ಡ್ ಮತ್ತು ಕಾರ್ಪೊರೇಟ್ ಆಫೀಸು: 14ನೇ ಮಹಡಿ, ಟವರ್ ಎ, ಪೆನಿನ್‌ಸುಲಾ ಬಿಸಿನೆಸ್ ಪಾರ್ಕ್, ಸೇನಾಪತಿ ಬಾಪಟ್ ಮಾರ್ಗ್, ಲೋವರ್ ಪರೇಲ್, ಮುಂಬೈ–400013.