

ಕರ್ನಾಟಕ ಸರ್ಕಾರಿ ವಿಮಾ ಇಲಾಖೆ

ಜೀವ ವಿಮಾ ಪ್ರಸ್ತಾವನೆ



ಪ್ರಸ್ತಾವನೆ ಸಂಖ್ಯೆ	
ನೋಂದಾಯಿಸಿದ ದಿನಾಂಕ	

(ಎಲ್ಲಾ ಉತ್ತರಗಳನ್ನು ಸ್ಪಷ್ಟವಾಗಿ ಬರೆಯಬೇಕು. ಬಿಂದುಗಳನ್ನಾಗಲಿ, ಅಡ್ಡಗೆರೆಗಳನ್ನಾಗಲಿ ಉತ್ತರವೆಂದು ಅಂಗೀಕರಿಸಲಾಗುವುದಿಲ್ಲ. ಮನವಿದಾರರು ಭರ್ತಿ ಮಾಡಿ ತಮ್ಮ ಮೇಲಧಿಕಾರಿಯ ಸಮಕ್ಷಮದಲ್ಲಿ ಸಹಿ ಮಾಡಬೇಕು)

ಜಿಲ್ಲಾ ವಿಮಾ

ಕಛೇರಿ ಮೊಹರು ಮತ್ತು ದಿನಾಂಕ

1. ಮನವಿದಾರರ ಹೆಸರು ಮತ್ತು ಕಾರ್ಯ ನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಿರುವ ಕಛೇರಿಯ ಪೂರ್ಣ ವಿಳಾಸ	2. (ಅ) ತಂದೆಯ ಹೆಸರು (ಆ) ಗಂಡನ ಹೆಸರು	
	3. ಜನ್ಮ ಸ್ಥಳ	
ದೂರವಾಣಿ ಸಂಖ್ಯೆ ಪಿನ್	4. ಜನ್ಮ ದಿನಾಂಕ	
5. (ಅ) ಪ್ರಥಮವಾಗಿ ಸರ್ಕಾರಿ ಸೇವೆಗೆ ಸೇರಿದ ದಿನಾಂಕ ಮತ್ತು ಹುದ್ದೆ	(ಆ) ಈಗಿನ ಹುದ್ದೆಯ ಹೆಸರು	
(ಇ) ಖಾಯಂ ಅಥವಾ ತಾತ್ಕಾಲಿಕ	(ಈ) ಈಗಿನ ವೇತನ ಮತ್ತು ವೇತನ ಶ್ರೇಣಿ	
6. (ಅ) ಈಗ ಪಡೆಯಲಿಚ್ಛಿಸಿರುವ ಪಾಲಿಸಿಗೆ ಸಂದಾಯ ಮಾಡಿರುವ ಮೂಲಕ ವಿಮಾ ಕಂತಿನ ಪ್ರಾರಂಭಿಕ ಠೇವಣಿ ವಿವರ : ದಿನಾಂಕ : ಸ್ಥಳ : ಕೆ.ಜಿ.ಐ.ಡಿ. / ಸ್ಟೇಟ್ ಬ್ಯಾಂಕ್ ಆಫ್ ಜಲನ್ ಸಂಖ್ಯೆ ಮೊತ್ತ ರೂ.		
(ಆ) ಈಗಾಗಲೇ ಹೊಂದಿರುವ ಪಾಲಿಸಿಗಳ ವಿವರ ಪಾಲಿಸಿ ಸಂಖ್ಯೆ (1) (2) (3) (4) ಅವುಗಳ ವಿಮಾ ಕಂತು + + + = ಮೊತ್ತ ರೂ.		
(ಇ) ಒಟ್ಟು ಮೊತ್ತ (ಅ) + (ಆ) = ರೂ.		
7. ನಾಮ ನಿರ್ದೇಶನ	ವಯಸ್ಸು	ಸಂಬಂಧ
(ಅ) ನಾಮ ನಿರ್ದಿಷ್ಟ ವ್ಯಕ್ತಿಯ ಹೆಸರು		
(ಆ) ನಾಮ ನಿರ್ದಿಷ್ಟ ವ್ಯಕ್ತಿ ಅಪ್ರಾಪ್ತ ವಯಸ್ಕರಾಗಿದ್ದಲ್ಲಿ ಸಂರಕ್ಷಕರ ಹೆಸರು ಮತ್ತು ವಿಳಾಸ	ವಯಸ್ಸು	ನಾಮ ನಿರ್ದಿಷ್ಟ ವ್ಯಕ್ತಿಗೂ ಪೋಷಕರಿಗೂ ಇರುವ ಸಂಬಂಧ
ಪಿನ್		ವಿ.ಸೂ. : ಮನವಿದಾರರು ವಿವಾಹವಾಗಿದ್ದರೆ ಹೆಂಡತಿ/ಗಂಡ ಅಥವಾ ಮಕ್ಕಳಿಗೆ ಬಿಟ್ಟು ಬೇರೆಯವರಿಗೆ ನಾಮ ನಿರ್ದೇಶನ ಮಾಡಲು ಅವಕಾಶವಿರುವುದಿಲ್ಲ.

ಕುಟುಂಬದ ವಿವರ	ಜೀವಂತವಿರುವವರು		ಮೃತಪಟ್ಟವರು	
	ವಯಸ್ಸು	ಆರೋಗ್ಯ ಸ್ಥಿತಿ ಚೆನ್ನಾಗಿಲ್ಲದಿದ್ದರೆ ಪೂರ್ಣ ವಿವರ ಕೊಡಿ	ಮೃತಪಟ್ಟ ವರ್ಷ ಮತ್ತು ಆಗ ಅವರ ವಯಸ್ಸು	ಮರಣದ ಕಾರಣ
1. ತಂದೆ 2. ತಾಯಿ 3. ಅ) ಸೋದರರ ಸಂಖ್ಯೆ ಆ) ಜೀವಂತವಿರುವವರ ಸಂಖ್ಯೆ ಇ) ಮೃತಪಟ್ಟವರ ಸಂಖ್ಯೆ 4. ಅ) ಸೋದರಿಯರ ಸಂಖ್ಯೆ ಆ) ಜೀವಂತವಿರುವವರ ಸಂಖ್ಯೆ ಇ) ಮೃತಪಟ್ಟವರ ಸಂಖ್ಯೆ 5. ಪತ್ನಿ/ಪತಿ 6. ಮಕ್ಕಳ ಸಂಖ್ಯೆ ಅ) ಜೀವಂತವಿರುವವರ ಸಂಖ್ಯೆ ಆ) ಮೃತಪಟ್ಟವರ ಸಂಖ್ಯೆ				
7. ವೈಯಕ್ತಿಕ ವಿವರ				
ಅ) ನಿಮ್ಮ ಆರೋಗ್ಯವು ಈಗ ಸುಸ್ಥಿತಿಯಲ್ಲಿದೆಯೇ ?				
ಆ) ಕಳೆದ ಮೂರು ವರ್ಷಗಳಲ್ಲಿ ಯಾವುದೇ ಖಾಯಿಲೆಗೆ ಒಂದು ವಾರಕ್ಕಿಂತ ಹೆಚ್ಚು ಕಾಲ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಪಡೆದಿದ್ದಲ್ಲಿ ಅಥವಾ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಒಳಪಟ್ಟಿದ್ದಲ್ಲಿ ಅದರ ವಿವರಗಳು ?				
ಇ) ಕಳೆದ ಮೂರು ವರ್ಷಗಳಲ್ಲಿ ಅನಾರೋಗ್ಯ ನಿಮಿತ್ತ ಕೆಲಸಕ್ಕೆ ಗೈರುಹಾಜರಾಗಿದ್ದಲ್ಲಿ ವಿವರಗಳು				
ಈ) ನೀವು ಹೊಟ್ಟೆ, ಹೃದಯ, ಶ್ವಾಸಕೋಶ, ಮೂತ್ರಜನಕಾಂಗ, ಮೆದುಳು, ನರಗಳು ಅಥವಾ ಇನ್ನಾವುದೇ ಭಾಗಗಳಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ರೋಗಗಳಿಂದ, ಮಧುಮೂತ್ರರೋಗ, ಕ್ಷಯ ಹೆಚ್ಚು/ಕಡಿಮೆ ರಕ್ತದ ಒತ್ತಡ, ಕ್ಯಾನ್ಸರ್, ಮೂರ್ಛರೋಗ, ಕುಷ್ಠ, ಹರ್ಮಿಯ ಅಂಡವಾಯು, ಹೆಪಟೈಟಿಸ್-ಬಿ ಅಥವಾ ಏಡ್ಸ್ ಖಾಯಿಲೆಗಳಿಗೆ ಒಳಗಾಗಿದ್ದರೆ ವಿವರ ಕೊಡಿ.				
ಉ) ನಿಮ್ಮ ನಿಖರವಾದ ಎತ್ತರ ಮತ್ತು ತೂಕ		ಎತ್ತರ	ಸೆ.ಮೀ.ಗಳು	
		ತೂಕ	ಕೆ.ಜಿ.ಗಳು	
8. ಮಹಿಳಾ ಮನವಿದಾರರು ಮಾತ್ರ ಉತ್ತರಿಸಬೇಕು (ಅ) ನೀವು ಇತ್ತೀಚೆಗೆ ಹೊರಗಾದ ದಿನಾಂಕ (ಆ) ನೀವು ಈಗ ಗರ್ಭಿಣಿಯಾಗಿದ್ದೀರಾ ?				

ಘೋಷಣೆ

1. ಕಡ್ಡಾಯ ಜೀವ ವಿಮೆಗಾಗಿ ಪ್ರಸ್ತಾವನೆ ಸಲ್ಲಿಸಿರುವ ಶ್ರೀ / ಶ್ರೀಮತಿ / ಕುಮಾರಿಆದ ನಾನು ಈ ಪ್ರಸ್ತಾವನೆಯಲ್ಲಿರುವ ಎಲ್ಲಾ ಪ್ರಶ್ನೆಗಳನ್ನು ಪೂರ್ಣವಾಗಿ ತಿಳಿದುಕೊಂಡು ಅವುಗಳಿಗೆ ಸತ್ಯವಾದ ಮಾಹಿತಿಗಳನ್ನೇ ಒದಗಿಸಿರುತ್ತೇನೆಂದು ಈ ಮೂಲಕ ಘೋಷಿಸುತ್ತೇನೆ.
2. ಪ್ರಸ್ತಾವನೆ ಸಲ್ಲಿಸಿದ ದಿನದಿಂದ ಅಂಗೀಕಾರದವರೆಗಿನ ಮಧ್ಯಂತರ ಅವಧಿಯಲ್ಲಿ ನನ್ನ ಆರೋಗ್ಯದಲ್ಲಿ ವ್ಯತ್ಯಾಸ ಉಂಟಾದಲ್ಲಿ ಅವುಗಳನ್ನು ವಿಮಾ ಇಲಾಖೆಗೆ ಲಿಖಿತ ಮೂಲಕ ತಿಳಿಸುತ್ತೇನೆ.
3. ನಾನು ನೀಡಿರುವ ಮಾಹಿತಿಗಳು ವಿಮಾ ಕರಾರಿಗೆ ಆಧಾರವಾಗಿರುವುದಾಗಿಯೂ ಸುಳ್ಳು ಮಾಹಿತಿ ನೀಡಿ ಪಾಲಿಸಿ ಪಡೆದಲ್ಲಿ ವಿಮಾ ಕರಾರು ನಿಷ್ಪರಿಣಾಮವಾಗಿ ನಾನು ಪಾವತಿಸಿದ ವಿಮಾ ಕಂತುಗಳು ಇಲಾಖೆಗೆ ಮುಟ್ಟುಗೋಲಾಗುತ್ತದೆಂದು ನಾನು ತಿಳಿದಿರುತ್ತೇನೆ.
4. ಕಡ್ಡಾಯ ವಿಮಾ ನಿಯಮಾವಳಿಗಳ ಎಲ್ಲಾ ನಿಬಂಧನೆಗಳನ್ನು ನಾನು ಒಪ್ಪಿಕೊಂಡಿರುತ್ತೇನೆ.

ದಿನಾಂಕ :

ಸ್ಥಳ :

ಮನವಿದಾರರ ಸಹಿ ಮತ್ತು ಪದನಾಮ

ಮೇಲಧಿಕಾರಿಗಳ ಪ್ರಮಾಣಪತ್ರ

1. ಕಳೆದ ಮೂರು ವರ್ಷಗಳಲ್ಲಿ ಮನವಿದಾರರು ವೈದ್ಯಕೀಯ ಕಾರಣದ ಮೇಲೆ ಈ ಕೆಳಕಂಡಂತೆ ರಜೆ ಪಡೆದಿರುತ್ತಾರೆ.

ಕ್ರಮ ಸಂಖ್ಯೆ	ಇಂದ	ವರೆಗೆ	ಅವಧಿ	ಕಾರಣಗಳು	ರಜೆ ಪಡೆಯುವಾಗ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ ನೀಡಿದ್ದರೆ ಅದರ ಒಂದು ದೃಢೀಕೃತ ಪ್ರತಿ ಪ್ರಸ್ತಾವನೆಯೊಂದಿಗೆ ಸಲ್ಲಿಸತಕ್ಕದ್ದು.

ಅಂಕಣ 1 ರಿಂದ 5 ರಲ್ಲಿ ನಮೂದಿಸಿದ ಮಾಹಿತಿ ಪರಿಶೀಲಿಸಲಾಗಿ ಅದು ಸರಿಯಾಗಿರುತ್ತದೆಂದು ಹಾಗೂ ಮನವಿದಾರರು ಮೇಲಿನ ಎಲ್ಲಾ ಪ್ರಶ್ನೆಗಳಿಗೆ ಸರಿಯಾದ ಮಾಹಿತಿ ನೀಡಿರುತ್ತಾರೆಂದು ಈ ಮೂಲಕ ದೃಢೀಕರಿಸಿರುತ್ತೇನೆ.

ದಿನಾಂಕ :

ಸ್ಥಳ :

ಮನವಿದಾರರ ಮೇಲಧಿಕಾರಿಗಳ ಸಹಿ
ಪದನಾಮ ಮತ್ತು ಪೂರ್ಣ ವಿಳಾಸ.
(ಪಿನ್ ಕೋಡ್ ಒಳಗೊಂಡ ಮೊಹರು)
(ವೇತನ ಬಟವಾಡೆ ಮಾಡುವ ಅಧಿಕಾರಿ)

- ಸೂಚನೆ :**
1. ಈ ಪ್ರಸ್ತಾವನೆಯನ್ನು 50 ವರ್ಷ ಮೀರದ ಸರ್ಕಾರಿ ನೌಕರರು ಮಾತ್ರ ಸಲ್ಲಿಸಲು ಅರ್ಹರು.
 2. ಮನವಿದಾರರು 40 ವರ್ಷ ವಯಸ್ಸು ಮೀರಿದ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಮತ್ತು ಪ್ರಸ್ತಾಪಿಸಿರುವ ಪಾಲಿಸಿಯ ಮಾಸಿಕ ವಿಮಾ ಕಂತಿನ ಪಾವತಿ ರೂ. 1000 ಮೀರಿದ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಮನವಿದಾರರು ವೈದ್ಯಕೀಯ ಪರೀಕ್ಷೆಗೆ ಒಳಪಟ್ಟು ವೈದ್ಯಕೀಯ ಪರೀಕ್ಷಕರ ವರದಿಯನ್ನು ಈ ಪ್ರಸ್ತಾವನೆಯೊಂದಿಗೆ ಸಲ್ಲಿಸತಕ್ಕದ್ದು.
 3. ಪ್ರಸ್ತಾವನೆಯನ್ನು ಇಲಾಖೆಯು ಅಂಗೀಕರಿಸಿದ ದಿನಾಂಕದಂದು ಆ ಮನವಿದಾರರ ಸರ್ಕಾರಿ ಸೇವೆಯು ಯಾವುದೇ ಕಾರಣಕ್ಕಾಗಿ ಸಮಾಪ್ತಿಯಾಗಿದ್ದಲ್ಲಿ ಅಂತಹ ಪ್ರಸ್ತಾವನೆಯು ತಾನಾಗಿಯೇ ರದ್ದಾಗುವುದು.
 4. ಅರ್ಜಿ ನಮೂನೆಯನ್ನು ವಿಮಾ ಇಲಾಖೆಯ ಜಾಲತಾಣ www.kgid.kar.nic.in ದಿಂದಲೂ ಪಡೆಯಬಹುದಾಗಿದೆ. (Download)