

ಕರ್ನಾಟಕ ಸರ್ಕಾರಿ ವಿಮಾ ಇಲಾಖೆ

ಮುಖಪುಟ

ಪ್ರಸ್ತಾವನೆ ಸಂಖ್ಯೆ

ವಿಮಾ ಪತ್ರದ ಸಂಖ್ಯೆ:

ಜಿಲ್ಲಾ ವಿಮಾಧಿಕಾರಿಗಳ ಕಛೇರಿ

ವಿಮಾದಾರರ ಹೆಸರು ಶ್ರೀ:ಶ್ರೀಮತಿ

ಪ್ರಥಮ ಪಾಲಿಸಿ ಸಂಖ್ಯೆ:

ಹೊಂದಿರುವ ಒಟ್ಟು ಪಾಲಿಸಿಗಳ ಸಂಖ್ಯೆ:

ಚಲನ್ ಸಂಖ್ಯೆ:

ಚಲನ್ ದಿನಾಂಕ:

ಪ್ರಸ್ತುತ ಸಲ್ಲಿಸಿದ ಶ್ರೀ / ಶ್ರೀಮತಿ

ಆರಂಭಿಕ ಠೇವಣಿಯೊಂದಿಗೆ ₹

ನಿರ್ದೇಶಕರು, ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ಇಲಾಖೆ ಇವರ ಅಭಿಪ್ರಾಯ

Caseworker

Superintendents District Insurance
Officer / Drawing and Disbursing Officer

ದಿನಾಂಕ:

ದಿನಾಂಕ:

ಮನವಿ ಪತ್ರ/ ವೈದ್ಯಕೀಯ ವರದಿಯಲ್ಲಿ
ಗಮನಿಸಿದ ಪ್ರಮುಖ ಅಂಶಗಳು ಹಾಗೂ ಶಿಫಾರಸ್ಸು

ಅಂಗೀಕಾರದ ಆದೇಶ:

DIO Sign

Deputy Director sign

Director sign

ಅಂಗೀಕಾರದ ನಂತರದ ನಿಖರ ಗಣನೆಗಳು

ಹೊಣೆಯ ದಿನಾಂಕ:

ಮಾಸಿಕ ವಿಮಾ ಕಂತು ರೂ :

ಮನವಿದಾರರ

ವಿಮಾ ಮೊಬಲಗುರೂ :

ಜನ್ಮ ದಿನಾಂಕ:

ಫಲಪ್ರದವಾಗುವ ತಿಂಗಳು/ವರ್ಷ :

ಮನವಿದಾರರ

ಪಾಲಿಸಿ ಬಾಂಡ್ ನೀಡುವದಿನಾಂಕ:

ವಯಸ್ಸು:

District Insurance Officer

ದಿನಾಂಕ :