## ಕರ್ನಾಟಕ ಸರ್ಕಾರಿ ವಿಮಾ ಇಲಾಖೆ

## <u>ಮುಖಪುಟ</u>

| ಪ್ರಸ್ತಾವನೆ ಸಂಖ್ಯೆ   | ವಿಮಾ ಪತ್ರಾ                                 | ನ ಸಂಖ್ಯೆ:   | ಜಿಲ್ಲಾ ವಿವ  | ಾಧಿಕಾರಿಗಳ ಕಛೇರಿ                                  |
|---|--|---|---|--|
|   |  |   |   |  |
|   |  |   |   |  |
|   |  |   |   |  |
| ವಿಮಾದಾರರ ಹೆಸರು ಶ್ರೀ:ಶ್ರೀ  | ನು ತಿ                                      |   |   |  |
|   |  |   |   |  |
| ಪ್ರಥಮ ಪಾಲಿಸಿ ಸಂಖ್ಯೆ:  |  | ಹೊಂದಿರುವ १  | ಒಟ್ಟು ಪಾಲಿಸಿ  | ುಗಳ ಸಂಖ್ಯೆ:                                      |
| ಚಲನ್ಸಂಖ್ಯೆ:   |  | ಚಲನ್ ದಿನಾಂಕ :   |   |  |
| ಪಸಾಪ ಸಲಿಸಿದ ಶೀ / ಶೀಮತಿ  |  | ಆರಂಭಿಕ ಠೇವಣಿಯೊಂದಿಗೆ ₹   |   |  |
| ನಿರ್ದೇಶಕರು, ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಕ  | ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ಇಲಾ                          | ಖೆ ಇವರ ಅಭಿಪ್ರಾಯ   |   |  |
|   |  |   |   |  |
| Caseworker  |  | Offic   | er / Drawing  | District Insurance and Disbursing Officer        |
| Caseworker<br>ದಿನಾಂಕ:   |  | Offic   |   |  |
|   |  | Offic<br>කින  | er / Drawing  | and Disbursing Officer                           |
| ದಿನಾಂಕ:<br>ಮನವಿ ಪತ್ರ/ ವೈದ್ಯಕೀಯ ವರದಿಂ  | ುಗೂ ಶಿಫಾರಸ್ಸು                              | Offic<br>කින  | cer / Drawing<br>ಾಂಕ:   | and Disbursing Officer                           |
| ದಿನಾಂಕ:<br>ಮನವಿ ಪತ್ರ/ ವೈದ್ಯಕೀಯ ವರದಿಂ<br>ಗಮನಿಸಿದ ಪ್ರಮುಖ ಅಂಶಗಳು ಹಾ                                  | ುಗೂ ಶಿಫಾರಸ್ಸು                              | Offic<br>ධිත<br>e<br>Director sign  | cer / Drawing<br>ಾಂಕ:   | and Disbursing Officer<br>೨ದೇಶ:                  |
| ದಿನಾಂಕ:  ಮನವಿ ಪತ್ರ/ ವೈದ್ಯಕೀಯ ವರದಿಂ ಗಮನಿಸಿದ ಪ್ರಮುಖ ಅಂಶಗಳು ಹಾ                                       | oಗೂ ಶಿಫಾರಸ್ಸು<br>Deputy                    | Offic<br>ධිත<br>e<br>Director sign  | er / Drawing  | and Disbursing Officer<br>೨ದೇಶ:                  |
| ದಿನಾಂಕ:  ಮನವಿ ಪತ್ರ/ ವೈದ್ಯಕೀಯ ವರದಿಂ ಗಮನಿಸಿದ ಪ್ರಮುಖ ಅಂಶಗಳು ಹಾ  DIO Sign  ಹೊಣೆಯ ದಿನಾಂಕ:  ಮನವಿದಾರರ    | onno ಶಿಫಾರಸ್ಸು<br>Deputy<br>ಅಂಗೀಕಾರದ ನಂತರಂ | Offic<br>ದಿನ<br>v<br>Director sign<br>ನ ನಿಖರ ಗಣನೆಗಳು                        | er / Drawing<br>ಾಂಕ:<br>ಅಂಗೀಕಾರದ e  | and Disbursing Officer<br>ಆದೇಶ:<br>Director sign |
| ದಿನಾಂಕ:  ಮನವಿ ಪತ್ರ/ ವೈದ್ಯಕೀಯ ವರದಿಂ ಗಮನಿಸಿದ ಪ್ರಮುಖ ಅಂಶಗಳು ಹಾ  ಹೊಣೆಯ ದಿನಾಂಕ:  ಮನವಿದಾರರ ಜನ್ಮ ದಿನಾಂಕ: | oಗೂ ಶಿಫಾರಸ್ಸು<br>Deputy<br>ಅಂಗೀಕಾರದ ನಂತರಂ  | Office<br>ದಿನ<br>Director sign<br>ನ ನಿಖರ ಗಣನೆಗಳು<br>ಮಾಸಿಕ ವಿಮಾ ಕ            | er / Drawing<br>ಾಂಕ:<br>ಅಂಗೀಕಾರದ ಆ<br>ಲಂಗೀಕಾರದ :                          | and Disbursing Officer<br>ಆದೇಶ:<br>Director sign |
| ದಿನಾಂಕ:  ಮನವಿ ಪತ್ರ/ ವೈದ್ಯಕೀಯ ವರದಿಂ ಗಮನಿಸಿದ ಪ್ರಮುಖ ಅಂಶಗಳು ಹಾ  DIO Sign  ಹೊಣೆಯ ದಿನಾಂಕ:  ಮನವಿದಾರರ    | onno ಶಿಫಾರಸ್ಸು<br>Deputy<br>ಅಂಗೀಕಾರದ ನಂತರಂ | Office<br>ದಿನ<br>Director sign<br>ನ ನಿಖರ ಗಣನೆಗಳು<br>ಮಾಸಿಕ ವಿಮಾ ಕ<br>ವಿಮಾ ಮೋ | er / Drawing<br>ಾಂಕ:<br>ಅಂಗೀಕಾರದ e<br>ಅಂಗೀಕಾರದ e<br>ಎಲಗುರೂ :<br>ಳು/ವರ್ಷ : | and Disbursing Officer<br>ಆದೇಶ:                  |

**District Insurance Officer** 

ದಿನಾಂಕ :