6	ಮನವಿದಾರರಲ್ಲಿ ಯಾವುದಾದರೂ ಕೊರತೆ ಅಥವಾ ಅಂಗವಿಕಾರವಿದೆಯೇ? ಕೀಲುಗಳಲ್ಲಿ ಕೀವು ಸೋರುವಿಕೆ, ಥೈರಾಯಿಡ್ ಅಥವಾ ದುಗ್ಧ ಗ್ರಂಥಿಗಳು ಊದುವಿಕೆ ಅಥವಾ ಗಾಯದ ಅಥವಾ ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಕಲೆಗಳಿವೆಯೇ ?	ಹೌದು / ಇಲ್ಲ	
7	ಲಿವರ್ ಅಥವಾ ಸ್ಪ್ಲೀನ್ ದೊಡ್ಡದಾಗಿರುವ ಯಾವುದಾದರೂ ಗುರುತಿದೆಯೆ ?	ಹೌದು / ಇಲ್ಲ	
8	ಜಠರ ಅಥವಾ ಜೀರ್ಣಕಾರಿ ಪ್ರದೇಶದ ಯಾವುದೇ ಭಾಗದಲ್ಲಿ ಯಾವುದಾದರೂ ಅಸಹಜತೆ ಇದೆಯೆ ?	ಹೌದು / ಇಲ್ಲ	
9	ಹರ್ನಿಯಾ ಇದೆಯೇ ?	ಹೌದು / ಇಲ್ಲ	
10	ಜನನಾಂಗ, ಮೂತ್ರಾಂಗಗಳಲ್ಲಿ ಅಸಹಜತೆ ಹಾಗೂ ಕಾಯಿಲೆ ಏನಾದರೂ ಕಂಡು ಬರುವುದೆ ?	ಹೌದು / ಇಲ್ಲ	
11	ನರವ್ಯೂಹಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಪಟ್ಟ ಯಾವುದಾದರೂ ಅನಾರೋಗ್ಯ ದಿಂದ ಪೀಡಿತರಾಗಿರುವ ಯಾವುದೇ ಸೂಚನೆ ಇದೆಯೆ ?	ಹೌದು / ಇಲ್ಲ	
12	ಮನವಿದಾರರು ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆ ಮಾಡಿಸಿಕೊಂಡಿರುವ ಬಗ್ಗೆ ಯಾವುದಾದರೂ ಸೂಚನೆ ಇದೆಯೆ ?	ಹೌದು / ಇಲ್ಲ	
13	ಮನವಿದಾರರಲ್ಲಿ ಆಕಸ್ಮಿಕ ಅಥವಾ ಬೇರಾವುದೇ ಕಾರಣದಿಂದ ಆದ ಗಾಯದ ಗುರುತಿದೆಯೇ ?	ಹೌದು / ಇಲ್ಲ	
14	ಮನವಿದಾರರ ಆರೋಗ್ಯ ಅಥವಾ ಸ್ವಭಾವದಲ್ಲಿ ಮುಖ್ಯವಾದ ಪ್ರತಿಕೂಲ ಲಕ್ಷಣಗಳೇನಾದರೂ ಕಂಡುಬರುವುದೇ ?	ಹೌದು / ಇಲ್ಲ	
15	ಈ ಕಾಲಂ ಮಹಿಳಾ ಮನವಿದಾರರಿಗೆ ಮಾತ್ರ ಅನ್ವಯಿಸುತ್ತದೆ: ಅ) ಸ್ತನಗಳಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಯಾವುದಾದರೂ ಕಾಯಿಲೆ ಇದೆಯೆ? ಆ) ಗರ್ಭ ಧರಿಸಿದ ಯಾವುದೇ ಸುಳಿವು ಅಥವಾ ಸಂಶಯ ನಿಮಗೆ ಕಂಡುಬಂದಿದೆಯೇ ? ಆಗಿದ್ದರೆ ಅವಧಿ ತಿಳಿಸಿ. ಇ) ಜೈವಿಕ ಅನಾರೋಗ್ಯ ಅಥವಾ ಅಂಡಾಶಯ ಅಥವಾ ಗರ್ಭಕೋಶದ ರೋಗ ಲಕ್ಷಣಗಳನ್ನೇನಾದರೂ ಗುರುತಿಸುವಿರಾ?	ಹೌದು / ಇಲ್ಲ	
16	ಮನವಿದಾರರ ಜೀವವನ್ನು ಉತ್ತಮವೆಂದು ನೀವು ಪರಿಗಣಿಸುವಿರಾ ? ಹಾಗಿಲ್ಲದಿದ್ದರೆ ನಿಮ್ಮ ಅಭಿಪ್ರಾಯಕ್ಕೆ ಸಷ್ಟ ಕಾರಣಗಳನ್ನು ತಿಳಿಸಿ.	ಹೌದು / ಇಲ್ಲ	

ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ

ಮನವಿದಾರರನ್ನು ಈ ದಿನ ನಾನೇ ಪರೀಕ್ಷಿಸಿ ನನ್ನ ಕೈಬರಹದಲ್ಲಿಯೇ ವರದಿ ಮಾಡಿರುವುದಾಗಿಯೂ ಕಾಲಂ 3 ರ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಮನವಿದಾರರಿಂದ ಖಚಿತಪಡಿಸಿಕೊಂಡು ವರದಿ ಮಾಡಿರುವುದಾಗಿಯೂ ಈ ಮೂಲಕ ಪ್ರಮಾಣೀಕರಿಸುತೇನೆ.

ಮನವಿದಾರರ ಸಹಿ ಮತ್ತು ದಿನಾಂಕ	**ವೈದ್ಯರ ಸರ್ಕಾರಿ ಸೇವಾ ಅವಧಿ (ವರ್ಷಗಳಲ್ಲಿ)**	**ವೈದ್ಯಕೀಯ ಪರೀಕ್ಷಕರ ಸಹಿ ಮೊಹರು ಮತ್ತು ದಿನಾಂಕ**

ಮನವಿದಾರರು ಮಹಿಳೆಯಾಗಿದ್ದು ಪರೀಕ್ಷಿಸುವ ವೈದ್ಯಾಧಿಕಾರಿಗಳು ಪುರುಷರಾಗಿದ್ದರೆ

ಮನವಿದಾರರ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಪರೀಕ್ಷೆಯಲ್ಲಿ ಶ್ರೀಮತಿ -- ಆದ ನಾನು ಸಹಾಯ ಮಾಡಿರುವುದಾಗಿ ಪ್ರಮಾಣೀಕರಿಸುತ್ತೇನೆ.

ದಿನಾಂಕ :   ಸೂಲಗಿತ್ತಿ/ನರ್ಸ್/ದಾದಿಯ ಸಹಿ

ಸ್ಥಳ :   ಹೆಸರು ಮತ್ತು ವಿಳಾಸ

ವೈದ್ಯಾಧಿಕಾರಿಗಳಿಗೆ ಸೂಚನೆಗಳು:

1. ಮನವಿದಾರರು 40 ವರ್ಷ ವಯಸ್ಸು ಮೀರಿದ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಮತ್ತು ಪ್ರಸ್ತಾಪಿಸಿರುವ ಪಾಲಿಸಿಯ ಮಾಸಿಕ ಕಂತು ರೂ.130 ಮೀರಿದ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಮಾತ್ರ ಮನವಿದಾರರನ್ನು ವೈದ್ಯಕೀಯ ಪರೀಕ್ಷೆ ಮಾಡತಕ್ಕದ್ದು.
2. ಮನವಿದಾರರನ್ನೂ ಅವರ ಮಾದರಿ ಸಹಿಯ ಆದಾರದ ಮೇರೆಗೆ ಖಾತರಿಪಡಿಸಿಕೊಂಡು ಅವರಿಂದ ಸಂಪೂರ್ಣ ಮಾಹಿತಿಗಳನ್ನು ಸಂಗ್ರಹಿಸಿ ಸವಿವರ ಪರೀಕ್ಷೆ ಮಾಡಿ ಪೂರ್ಣವಾದ ಸ್ಥಷ್ಟ ಅಭಿಪ್ರಾಯವನ್ನೊಳಗೊಂಡ ವರದಿಯನ್ನು ಗೌಪ್ಯವಾಗಿ ಇಲಾಖೆಗೆ ಕಳುಹಿಸತಕ್ಕದ್ದು.
3. ವರದಿಯಲ್ಲಿ ಯಾವುದೇ ತಿದ್ದುಪಡಿ ಮಾಡಿದ ಪಕ್ಷದಲ್ಲಿ ಸಹಿಯೊಂದಿಗೆ ದೃಢೀಕರಿಸತಕ್ಕದ್ದು.
4. ಮಹಿಳಾ ಮನವಿದಾರರು ಗರ್ಭಧರಿಸಿದ್ದರೆ ಹೆರಿಗೆಯಾದ ಮೂರು ತಿಂಗಳ ನಂತರ ಪರೀಕ್ಷೆಗಾಗಿ ಹಾಜರಾಗಲು ಸೂಚಿಸತಕ್ಕದ್ದು.

ರಶೀದಿ

ಶ್ರೀ/ಶ್ರೀಮತಿ/ಕುಮಾರಿ ________________________________ ರವರ ಕಡ್ಡಾಯ ಜೀವ ವಿಮೆಗಾಗಿ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಪರೀಕ್ಷೆ ಮಾಡಿದ ಶುಲ್ಕ ರೂ______________ ಗಳನ್ನು ನಿರ್ದೇಶಕರು, ಕ.ಸ.ವಿ.ಇ, ಬೆಂಗಳೂರು ಇವರಿಂದ ಸ್ವೀಕರಿಸಲಾಗಿದೆ.

ಮನವಿ ಸಂಖ್ಯೆ ____________________
ವೈದ್ಯಕೀಯ ವರದಿ ದಿನಾಂಕ ___________
ಪಾಲಿಸಿ ಸಂಖ್ಯೆ ____________________
ಶುಲ್ಕ ಪಾವತಿಸಿದ ದಿನಾಂಕ_____________

ಹೆಸರು ಮತ್ತು ವಿಳಾಸ   ವೈದ್ಯರ ಸಹಿ ಮೊಹರು ಮತ್ತು ದಿನಾಂಕ