

URN: 013

## 1. ಪ್ರಸ್ತಾವಕರ ವಿವರಗಳು:

ಶೀರ್ಷಿಕೆ	ಹೆಸರು					
DOB	DD MM ಮತ್ತು ಮತ್ತು ಮತ್ತು ಮತ್ತು	ಲಿಂಗ:	ಗಂಡು	ಹೆಣ್ಣು	ಇತರ	ರಾಷ್ಟ್ರೀಯತೆ
ಪ್ರಸ್ತುತ ವಿಳಾಸ						
ಹೆಗ್ಗುರುತು				ನಗರ		
ಜಿಲ್ಲೆ		ರಾಜ್ಯ		ವೈಯಕ್ತಿಕ ಗುರುತಿನ ಸಂಖ್ಯೆ		
ಲ್ಯಾಂಡ್ ಲೈನ್ ಸಂಖ್ಯೆ		ಮೊಬೈಲ್ ಸಂಖ್ಯೆ				
ಇಮೇಲ್ ಐಡಿ		ಪರ್ಯಾಯ ಸಂಖ್ಯೆ				
CKYC ಸಂಖ್ಯೆ (ಐಚ್ಛಿಕ):		ಪ್ಯಾನ್ ಸಂಖ್ಯೆ				
ವಾರ್ಷಿಕ ಆದಾಯ (ರೂ.)						
ಉದ್ಯೋಗ	ಸಂಬಳ ಪಡೆಯುವವರು	ಸ್ವಯಂ ಉದ್ಯೋಗಿ	ವಿದ್ಯಾರ್ಥಿ	ಗೃಹಿಣಿ	ಇತರ, ದಯವಿಟ್ಟು ನಿರ್ದಿಷ್ಟಪಡಿಸಿ	
ಪಾವತಿಸಿದ ಪ್ರೀಮಿಯಂ		ಪ್ರಸ್ತಾವಕನೊಂದಿಗಿನ ಸಂಬಂಧ(ಬದಲಾಯಿಸಿ)				

ನಾನು ಎಲ್ಲಾ ನಿಯಮಗಳು ಮತ್ತು ಷರತ್ತುಗಳನ್ನು ಓದಿದ್ದೇನೆ, ಅರ್ಥಮಾಡಿಕೊಂಡಿದ್ದೇನೆ ಮತ್ತು ಸ್ವೀಕರಿಸಿದ್ದೇನೆ ಮತ್ತು ಈ ಮೂಲಕ ನಿವಾ ಬೂಪಾ ಹೆಲ್ತ್ ಇನ್ಶೂರೆನ್ಸ್ ಅಥವಾ ಅದರ ಯಾವುದೇ ಏಜೆಂಟ್ ಮತ್ತು/ಅಥವಾ ಮೂರನೇ ಪಕ್ಷ(ಗಳು)/ಅಂಗಸಂಸ್ಥೆಗಳಿಗೆ ವಾಟ್ಸಾಪ್/SMS/ಇಮೇಲ್/ಫೋನ್/ಫೇಸ್ಬುಕ್ ಅಥವಾ ನನ್ನ ನೋಂದಾಯಿತ ಫೋನ್ ಸಂಖ್ಯೆಯ ಇತರ ಯಾವುದೇ ವಿಧಾನಗಳ ಮೂಲಕ ನನ್ನನ್ನು ಸಂಪರ್ಕಿಸಲು ಅಧಿಕಾರ ನೀಡುತ್ತೇನೆ.

ನೀವು ಅಥವಾ ಪ್ರಸ್ತಾವಕರ ಅರ್ಜಿದಾರರಲ್ಲಿ ಯಾರಾದರೂ PEP# ಆಗಿದ್ದೀರಾ?  ಹೌದು  ಇಲ್ಲ.  
 #Politically ಬಹಿರಂಗಪಡಿಸಿದ ವ್ಯಕ್ತಿಗಳು (ಪಿಇಪಿ) ಎಂದರೆ ಪ್ರಮುಖ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಕಾರ್ಯಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿರುವ ಅಥವಾ ವಹಿಸಲಾದ ವ್ಯಕ್ತಿಗಳು, ಅಂದರೆ ಕೇಂದ್ರ ಅಥವಾ ರಾಜ್ಯ ಸರ್ಕಾರದ ಮುಖ್ಯಸ್ಥರು/ಮಂತ್ರಿಗಳು, ಹಿರಿಯ ರಾಜಕಾರಣಿಗಳು, ಹಿರಿಯ ಸರ್ಕಾರಿ ನ್ಯಾಯಾಂಗ ಅಥವಾ ಮಿಲಿಟರಿ ಅಧಿಕಾರಿಗಳು, ಸರ್ಕಾರಿ ಕಂಪನಿಗಳ ಹಿರಿಯ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಾಹಕರು, ಪಕ್ಷದ ಪ್ರಮುಖ ಅಧಿಕಾರಿಗಳು. (ನೀವು ಪಿಇಪಿ ವಿರುದ್ಧ ಟಿಕ್ ಮಾಡಿದ್ದರೆ, ದಯವಿಟ್ಟು ಪ್ರತ್ಯೇಕ ಪಿಇಪಿ ಪ್ರಶ್ನಾವಳಿಯನ್ನು ಭರ್ತಿ ಮಾಡಿ)

ಪಾಲಿಸಿ ಕಿಟ್ ನ ಭೌತಿಕ ಪ್ರತಿಯನ್ನು ನೀವು ಬಯಸುವಿರಾ:  ಹೌದು  ಇಲ್ಲ.

## ಬ್ಯಾಂಕ್ ವಿವರಗಳು:

ಬ್ಯಾಂಕ್ ಹೆಸರು				
ಖಾತೆ ಸಂಖ್ಯೆ		IFSC ಕೋಡ್		
ಖಾತೆ ಪ್ರಕಾರ	ಉಳಿತಾಯ	ಪ್ರಸ್ತುತ	ಶಾಖೆ	ನಗರ

## ಎಲೆಕ್ಟ್ರಾನಿಕ್ ವಿಮಾ ಖಾತೆಯ ವಿವರಗಳು (ಇಐಎ)

ಈ ಪಾಲಿಸಿಯನ್ನು ಇ-ವಿಮಾ ಖಾತೆಗೆ ಜಮಾ ಮಾಡಲು ನೀವು ಬಯಸುವಿರಾ? (ದಯವಿಟ್ಟು ಯಾವುದಾದರೂ ಒಂದನ್ನು ಆಯ್ಕೆ ಮಾಡಿ)

ಇಲ್ಲ, ನಾನು ಇ-ವಿಮಾ ಖಾತೆಯನ್ನು ಹೊಂದಿಲ್ಲ ಮತ್ತು ಒಂದನ್ನು ತೆರೆಯಲು ಬಯಸುವುದಿಲ್ಲ.  ಹೌದು, ಈ ಪಾಲಿಸಿಯನ್ನು ನನ್ನ ಇ-ಇನ್ಶೂರೆನ್ಸ್ ಖಾತೆಗೆ ಕ್ರೆಡಿಟ್ ಮಾಡಿ

ಹೌದು ಎಂದಾದಲ್ಲಿ, ದಯವಿಟ್ಟು ಅಸ್ತಿತ್ವದಲ್ಲಿರುವ ಇ-ವಿಮಾ ಖಾತೆ ಸಂಖ್ಯೆಯನ್ನು ಹಂಚಿಕೊಳ್ಳಿ.

ದಯವಿಟ್ಟು ವಿಮಾ ಭಂಡಾರದ ಹೆಸರನ್ನು ಆಯ್ಕೆ ಮಾಡಿ (ನೀವು ನಿಮ್ಮ ಖಾತೆಯನ್ನು ಇದರೊಂದಿಗೆ ತೆರೆದಿದ್ದೀರಿ)

1. NSDL  2. CIRL  3. ಕಾವಿ  4. ಕ್ಯಾಮ್ರ್ (ದಯವಿಟ್ಟು ಯಾವುದಾದರೂ ಒಂದನ್ನು ಆಯ್ಕೆ ಮಾಡಿ)

## ಅಥವಾ

ನಾನು ಅಸ್ತಿತ್ವದಲ್ಲಿರುವ ಇ-ವಿಮಾ ಖಾತೆಯನ್ನು ಹೊಂದಿಲ್ಲ ಮತ್ತು ಹೊಸ ಇ-ವಿಮಾ ಖಾತೆಯನ್ನು ರಚಿಸಲು ನಾನು ಆಸಕ್ತಿ ಹೊಂದಿದ್ದೇನೆ

(ದಯವಿಟ್ಟು ಸಂಬಂಧಿತ ದಾಖಲೆಗಳೊಂದಿಗೆ ಎಲೆಕ್ಟ್ರಾನಿಕ್ ವಿಮಾ ಖಾತೆ ತೆರೆಯುವ ನಮೂನೆಯನ್ನು (ಇಐಎ ಫಾರ್ಮ್) ಸಲ್ಲಿಸಿ).

2. ವ್ಯಾಪ್ತಿಯ ಆಯ್ಕೆ:

ನೀವು ಪೋರ್ಟ್‌ಫಿಲಿಂಗ್‌ಗೆ ಅರ್ಜಿ ಸಲ್ಲಿಸುತ್ತಿದ್ದೀರಾ:  ಹೌದು  ಇಲ್ಲ. ("ಹೌದು" ಎಂದಾದರೆ, ದಯವಿಟ್ಟು ಪ್ರತ್ಯೇಕ ಪೋರ್ಟ್‌ಫಿಲಿಂಗ್ ಫಾರ್ಮ್ ಅನ್ನು ಸಹ ಭರ್ತಿ ಮಾಡಿ).

ದಯವಿಟ್ಟು ಸಂಬಂಧಿತ ಪೆಟ್ಟಿಗೆಗಳನ್ನು ಟಿಕ್ ಮಾಡಿ:

ಮೂಲ ವ್ಯಾಪ್ತಿ: \_\_\_\_\_

ವಿವಾಹ ವ್ಯಾಪ್ತಿ: (ರೂ.)  50,000  1 ಸರೋವರ  1.5 ಸರೋವರ  2 ಸರೋವರ  2.5 ಲೇಕ್  3 ಸರೋವರ  3.5 ಸರೋವರ  4 ಸರೋವರ  4.5 ಸರೋವರ  ಸರೋವರ  
 5.5 ಸರೋವರ  6 ಸರೋವರ  6.5 ಸರೋವರ  7 ಸರೋವರ  7.5 ಸರೋವರ  8 ಸರೋವರ  8.5 ಸರೋವರ  9 ಸರೋವರ  9.5 ಲೇಕ್  10 ಸರೋವರ

ವ್ಯಾಪ್ತಿಯ ಪ್ರಕಾರ:  ವೈಯಕ್ತಿಕ ಆಧಾರ  ಫ್ಯಾಮಿಲಿ ಫ್ಲೋಟರ್ ಆಧಾರದ ಮೇಲೆ

ಇಲ್ಲ. ಒಳಗೊಳ್ಳಬೇಕಾದ ಜೀವಗಳ ಸಂಖ್ಯೆ: ವಯಸ್ಕರು \_\_\_\_\_ ಮಕ್ಕಳು \_\_\_\_\_

ಪ್ರೀಮಿಯಂ ಪಾವತಿ ಮೋಡ್:  ವಾರ್ಷಿಕ  ಅರ್ಧವಾರ್ಷಿಕ  ತ್ರೈಮಾಸಿಕ  ಮಾಸಿಕ

3. ವಿಮೆಗಾಗಿ ಅರ್ಜಿದಾರರ ವಿವರಗಳು:

**ಅರ್ಜಿದಾರ 1**

ಹೆಸರು: \_\_\_\_\_

ಲಿಂಗ:  ಗಂಡು  ಹೆಣ್ಣು  ಇತರ ಎತ್ತರ:  (HUF)  (ಇಂಚು) ತೂಕ:  (ಕೆಜಿ)

ಸೊಂಟದ ಸುತ್ತಳತೆ:  (ಇಂಚು) ಹುಟ್ಟಿದ ದಿನ:    ಭಾರತೀಯರಲ್ಲಿದ್ದರೆ ದಯವಿಟ್ಟು ಟಿಕ್ ಮಾಡಿ

ಪ್ರಸ್ತಾವಕರೊಂದಿಗಿನ ಸಂಬಂಧ (ದಯವಿಟ್ಟು ಆಯ್ಕೆಯನ್ನು ಟಿಕ್ ಮಾಡಿ): ಸ್ವಯಂ / ಸಂಗಾತಿ / ಮಗ / ಸೋಸೆ / ಮಗಳು / ಅಳಿಯ / ತಂದೆ / ತಾಯಿ / ಮಾವ / ಅತ್ತೆ / ಅಜ್ಜ / ಅಜ್ಜಿ / ಮೊಮ್ಮಗ / ಮೊಮ್ಮಗಳು / ಸಹೋದರ / ಸಹೋದರಿ / ಅತ್ತಿಗೆ / ಸೋದರ ಮಾವ / ಸೋದರಳಿಯ / ಸೋಸೆ / ಉದ್ಯೋಗದಾತ-ಉದ್ಯೋಗಿ

**ಅರ್ಜಿದಾರ 2**

ಹೆಸರು: \_\_\_\_\_

ಲಿಂಗ:  ಗಂಡು  ಹೆಣ್ಣು  ಇತರ ಎತ್ತರ:  (HUF)  (ಇಂಚು) ತೂಕ:  (ಕೆಜಿ)

ಸೊಂಟದ ಸುತ್ತಳತೆ:  (ಇಂಚು) ಹುಟ್ಟಿದ ದಿನ:    ಭಾರತೀಯರಲ್ಲಿದ್ದರೆ ದಯವಿಟ್ಟು ಟಿಕ್ ಮಾಡಿ

ಸಂಬಂಧ: ಸಂಗಾತಿ  ಧ್ವನಿ  ಮಗಳು  ಅಪ್ಪ  ಅಮ್ಮ  ಮಾವ  ಅತ್ತೆ

**ಅರ್ಜಿದಾರ 3**

ಹೆಸರು: \_\_\_\_\_

ಲಿಂಗ:  ಗಂಡು  ಹೆಣ್ಣು  ಇತರ ಎತ್ತರ:  (HUF)  (ಇಂಚು) ತೂಕ:  (ಕೆಜಿ)

ಸೊಂಟದ ಸುತ್ತಳತೆ:  (ಇಂಚು) ಹುಟ್ಟಿದ ದಿನ:    ಭಾರತೀಯರಲ್ಲಿದ್ದರೆ ದಯವಿಟ್ಟು ಟಿಕ್ ಮಾಡಿ

ಸಂಬಂಧ: ಸಂಗಾತಿ  ಧ್ವನಿ  ಮಗಳು  ಅಪ್ಪ  ಅಮ್ಮ  ಮಾವ  ಅತ್ತೆ

**ಅರ್ಜಿದಾರ 4**

ಹೆಸರು: \_\_\_\_\_

ಲಿಂಗ:  ಗಂಡು  ಹೆಣ್ಣು  ಇತರ ಎತ್ತರ:  (HUF)  (ಇಂಚು) ತೂಕ:  (ಕೆಜಿ)

ಸೊಂಟದ ಸುತ್ತಳತೆ:  (ಇಂಚು) ಹುಟ್ಟಿದ ದಿನ:    ಭಾರತೀಯರಲ್ಲಿದ್ದರೆ ದಯವಿಟ್ಟು ಟಿಕ್ ಮಾಡಿ

ಸಂಬಂಧ: ಸಂಗಾತಿ  ಧ್ವನಿ  ಮಗಳು  ಅಪ್ಪ  ಅಮ್ಮ  ಮಾವ  ಅತ್ತೆ

**ಅರ್ಜಿದಾರ 5**

ಹೆಸರು: \_\_\_\_\_

ಲಿಂಗ:  ಗಂಡು  ಹೆಣ್ಣು  ಇತರ ಎತ್ತರ:  (HUF)  (ಇಂಚು) ತೂಕ:  (ಕೆಜಿ)

ಸೊಂಟದ ಸುತ್ತಳತೆ:  (ಇಂಚು) ಹುಟ್ಟಿದ ದಿನ:    ಭಾರತೀಯರಲ್ಲಿದ್ದರೆ ದಯವಿಟ್ಟು ಟಿಕ್ ಮಾಡಿ

ಸಂಬಂಧ: ಸಂಗಾತಿ  ಧ್ವನಿ  ಮಗಳು  ಅಪ್ಪ  ಅಮ್ಮ  ಮಾವ  ಅತ್ತೆ

**ಅರ್ಜಿದಾರ 6**

ಹೆಸರು: \_\_\_\_\_

ಲಿಂಗ:  ಗಂಡು  ಹೆಣ್ಣು  ಇತರ ಎತ್ತರ:  (HUF)  (ಇಂಚು) ತೂಕ:  (ಕೆಜಿ)

ಸೊಂಟದ ಸುತ್ತಳತೆ:  (ಇಂಚು) ಹುಟ್ಟಿದ ದಿನ:    ಭಾರತೀಯರಲ್ಲಿದ್ದರೆ ದಯವಿಟ್ಟು ಟಿಕ್ ಮಾಡಿ

ಸಂಬಂಧ: ಸಂಗಾತಿ  ಧ್ವನಿ  ಮಗಳು  ಅಪ್ಪ  ಅಮ್ಮ  ಮಾವ  ಅತ್ತೆ

4. ನಾಮನಿರ್ದೇಶನ

ಪ್ರಸ್ತಾಪನಾ ಮರಣದ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ, ಪಾಲಿಸಿಯ ಅಡಿಯಲ್ಲಿ ಬಾಕಿ ಇರುವ ಯಾವುದೇ ಪಾವತಿಯನ್ನು ಕೆಳಗೆ ಹೆಸರಿಸಲಾದ ನಾಮನಿರ್ದೇಶಿತರಿಗೆ ಪಾವತಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ. ನಾಮನಿರ್ದೇಶಿತರಿಂದ ಅಂತಹ ಪಾವತಿಯನ್ನು ಸ್ವೀಕರಿಸುವುದು ಪಾಲಿಸಿಯ ಅಡಿಯಲ್ಲಿ ಕಂಪನಿಯ ಹೊಣೆಗಾರಿಕೆಯ ನಿರ್ವಹಣೆಯಾಗುತ್ತದೆ. ಇತರ ಎಲ್ಲಾ ಅರ್ಜಿದಾರರ (ಗಳ) ನಾಮನಿರ್ದೇಶಿತನು ಸ್ವತಃ ಪ್ರಸ್ತಾಪಕನಾಗಿರಬೇಕು.

ನಾಮನಿರ್ದೇಶಿತರು	ಹುಟ್ಟಿದ ದಿನ	ಪ್ರಸ್ತಾಪಕನೊಂದಿಗಿನ ಸಂಬಂಧ[ಬದಲಾಯಿಸಿ]	ನಾಮನಿರ್ದೇಶಿತರ ವಿಳಾಸ, ಮೊಬೈಲ್ ಸಂಖ್ಯೆ ಇಮೇಲ್ ಐಡಿ	ನೇಮಕಗೊಂಡ ಹೆಸರು (ನಾಮನಿರ್ದೇಶಿತರು 18 ವರ್ಷಕ್ಕಿಂತ ಕಡಿಮೆ ವಯಸ್ಸಿನವರಾಗಿದ್ದರೆ)
----------------	-------------	-----------------------------------	----------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------

ನಾಮನಿರ್ದೇಶಿತರ ಬ್ಯಾಂಕ್ ವಿವರಗಳು:  ಫಲಾನುಭವಿ ಹೆಸರು:

ಬ್ಯಾಂಕ್ ಹೆಸರು  ಖಾತೆ ಪ್ರಕಾರ  ಉಳಿತಾಯ  ಪ್ರಸ್ತುತ

ಖಾತೆ ಸಂಖ್ಯೆ  IFSC ಕೋಡ್

5. ವೈದ್ಯಕೀಯ ಅಭ್ಯಾಸಗಳು ಮತ್ತು ಹಿಂದಿನ ಪ್ರಸ್ತಾಪ ಮಾಹಿತಿ

ಮುಖ್ಯ: ಈ ವಿಭಾಗದಲ್ಲಿನ ಎಲ್ಲಾ ಪ್ರಶ್ನೆಗಳಿಗೆ ಸತ್ಯವಾಗಿ ಮತ್ತು ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಉತ್ತರಿಸಲಾಗಿದೆ ಎಂದು ದಯವಿಟ್ಟು ಖಚಿತಪಡಿಸಿಕೊಳ್ಳಿ. ಏಕೆಂದರೆ ನೀವು ಇಲ್ಲಿ ಒದಗಿಸುವ ಮಾಹಿತಿಯು ನಿವಾ ಬುಪಾ ಅವರ ಅಂಡರ್ ರೈಟಿಂಗ್ ಗೆ ಆಧಾರವಾಗಿರುತ್ತದೆ. ಯಾವುದೇ ಅಪೂರ್ಣ, ತಪ್ಪಾದ, ಭಾಗಶಃ ಸರಿಯಾದ ಮಾಹಿತಿಯು ನಿಮ್ಮ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಹಕ್ಕು ಮತ್ತು/ಅಥವಾ ವ್ಯಾಪ್ತಿಯ ಮೇಲೆ ಪರಿಣಾಮ ಬೀರಬಹುದು ಎಂಬುದನ್ನು ದಯವಿಟ್ಟು ಗಮನಿಸಿ.

ವಿಭಾಗ ಎ: ದಯವಿಟ್ಟು ವೈದ್ಯಕೀಯ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಹಂಚಿಕೊಳ್ಳಿ	ಅರ್ಜಿದಾರರ ಸಂಖ್ಯೆ					
	1	2	3	4	5	6
ದಯವಿಟ್ಟು ಪ್ರತಿ ಅರ್ಜಿದಾರರಿಗೆ ಈ ಕೆಳಗಿನ ಪ್ರಶ್ನೆಗಳಿಗೆ ಉತ್ತರಿಸಿ. ದಯವಿಟ್ಟು ಹೌದು (Y) ಅಥವಾ ಇಲ್ಲ (N) ಎಂದು ವ್ಯಾಖ್ಯಾನಿಸಿ. ಬರೆಯಿರಿ						
i. ನೀವು ಎಂದಾದರೂ 5 ದಿನಗಳಿಗಿಂತ ಹೆಚ್ಚು ಕಾಲ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ದಾಖಲಾಗಿದ್ದೀರಾ, ಯಾವುದೇ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸಾ ವಿಧಾನಗಳಿಗೆ ಒಳಗಾಗಿದ್ದೀರಾ/ ಸಲಹೆ ನೀಡಿದ್ದೀರಾ, ಅಥವಾ ಯಾವುದೇ ಔಷಧೋಪಚಾರವನ್ನು ತೆಗೆದುಕೊಂಡಿದ್ದೀರಾ/ 14 ದಿನಗಳಿಗಿಂತ ಹೆಚ್ಚು ಕಾಲ ಯಾವುದೇ ರೋಗಲಕ್ಷಣಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದೀರಾ? ಔಷಧೋಪಚಾರವು ಇನ್ಸೂಲಿನ್ ಗಳು, ಚುಚ್ಚುಮದ್ದುಗಳು, ಮೌಖಿಕ ಔಷಧಿಗಳು ಮತ್ತು ಸಮಕಾಲೀನ ಅನ್ವಯಿಕೆಗಳನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿದೆ ಆದರೆ ಸೀಮಿತವಾಗಿಲ್ಲ.	ಮತ್ತು N	ಮತ್ತು N	ಮತ್ತು N	ಮತ್ತು N	ಮತ್ತು N	ಮತ್ತು N
ii. ಥೈರಾಯ್ಡ್ ಪ್ರೊಫೈಲ್, ಲಿಪಿಡ್ ಪ್ರೊಫೈಲ್, ಟ್ರೈಡ್ ಮಿಲ್ ಪರೀಕ್ಷೆ, ಆಂಜಿಯೋಗ್ರಫಿ, ಎಕೋಕಾರ್ಡಿಯೋಗ್ರಫಿ, ಎಂಡೋಸಕ್ರಾಪಿ, ಅಲ್ಟ್ರಾಸೌಂಡ್, ಸಿಟಿ ಸ್ಕ್ಯಾನ್, ಎಂಆರ್ ಐ, ಬಯೋಪ್ಸಿ ಮತ್ತು ಎಫ್ ಎನ್ ಎಸಿಯಂತಹ ಯಾವುದೇ ರೋಗನಿರ್ಣಯ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳು ಅಥವಾ ತನಿಖೆಗಳಿಗೆ ನೀವು ಎಂದಾದರೂ ಪ್ರತಿಕೂಲ ಫಲಿತಾಂಶಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದೀರಾ?	ಮತ್ತು N	ಮತ್ತು N	ಮತ್ತು N	ಮತ್ತು N	ಮತ್ತು N	ಮತ್ತು N
iii. ನಿಮಗೆ ಮಧುಮೇಹ ಅಥವಾ ಪ್ರಿಡಯಾಬಿಟಿಸ್ ಇದೆಯೇ ಅಥವಾ ನೀವು ಎಂದಾದರೂ ಅಧಿಕ ರಕ್ತದ ಸಕ್ಕರೆಯನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದೀರಾ?	ಮತ್ತು N	ಮತ್ತು N	ಮತ್ತು N	ಮತ್ತು N	ಮತ್ತು N	ಮತ್ತು N
iv. ನಿಮಗೆ ಅಧಿಕ ರಕ್ತದೊತ್ತಡ ಅಥವಾ ಅಧಿಕ ರಕ್ತದೊತ್ತಡವಿದೆಯೇ?	ಮತ್ತು N	ಮತ್ತು N	ಮತ್ತು N	ಮತ್ತು N	ಮತ್ತು N	ಮತ್ತು N
v. ನೀವು ಮೊದಲೇ ಅಸ್ತಿತ್ವದಲ್ಲಿರುವ ಯಾವುದೇ ರೋಗಗಳು / ಪರಿಸ್ಥಿತಿಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದೀರಾ?	ಮತ್ತು N	ಮತ್ತು N	ಮತ್ತು N	ಮತ್ತು N	ಮತ್ತು N	ಮತ್ತು N
vi. ನೀವು ಎಂದಾದರೂ ಯಾವುದೇ ಅನುವಂಶಿಕ / ಅನುವಂಶಿಕ ಅಸ್ವಸ್ಥತೆಗಳು ಅಥವಾ ಎಚ್ಐವಿ / ಏಡ್ಸ್ ರೋಗನಿರ್ಣಯ ಅಥವಾ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಪಡೆದಿದ್ದೀರಾ?	ಮತ್ತು N	ಮತ್ತು N	ಮತ್ತು N	ಮತ್ತು N	ಮತ್ತು N	ಮತ್ತು N
vii. ನೀವು ಎಂದಾದರೂ ಯಾವುದೇ ಮಾನಸಿಕ/ ಮನೋವೈದ್ಯಕೀಯ ಅಸ್ವಸ್ಥತೆಗಳಿಗೆ ರೋಗನಿರ್ಣಯ ಅಥವಾ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಪಡೆದಿದ್ದೀರಾ?	ಮತ್ತು N	ಮತ್ತು N	ಮತ್ತು N	ಮತ್ತು N	ಮತ್ತು N	ಮತ್ತು N
viii. ಅರ್ಜಿದಾರರ ಜೀವನದ ಮೇಲೆ ಜೀವ, ಆರೋಗ್ಯ, ಆಸ್ಪತ್ರೆ ದೈನಂದಿನ ನಗದು ಅಥವಾ ಗಂಭೀರ ಅನಾರೋಗ್ಯ ವಿಷಯ ಯಾವುದೇ ಪ್ರಸ್ತಾಪವನ್ನು ಎಂದಾದರೂ ತಿರಸ್ಕರಿಸಲಾಗಿದೆಯೇ, ಮುಂದೂಡಲಾಗಿದೆಯೇ, ಲೋಡ್ ಮಾಡಲಾಗಿದೆಯೇ ಅಥವಾ ಯಾವುದೇ ವಿಮಾ ಕಂಪನಿಯಿಂದ ಹೊರಗಿಡುವಿಕೆಯಂತಹ ಯಾವುದೇ ವಿಶೇಷ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಗಳಿಗೆ ಒಳಪಡಿಸಲಾಗಿದೆಯೇ?	ಮತ್ತು N	ಮತ್ತು N	ಮತ್ತು N	ಮತ್ತು N	ಮತ್ತು N	ಮತ್ತು N

ವಿಭಾಗ ಬಿ: ಅರ್ಜಿದಾರರು ತಂಟಾಕು / ಗುಟಾ / ಪಾನ್ ಮಸಾಲಾ ಅಥವಾ ಅಲ್ಯೂಕಾಲ್ ಸೇರಿದ ಅಥವಾ ಸೇವಿಸಿದ ಮಾತ್ರ ದಯವಿಟ್ಟು ಈ ವಿಭಾಗವನ್ನು ಭರ್ತಿ	i. ಜಗಿಯಬಹುದಾದ ತಂಟಾಕು / ಗುಟಾ / ಪಾನ್ ಮಸಾಲಾ - ಹೌದು ಎಂದಾದಲ್ಲಿ, ದಯವಿಟ್ಟು ದಿನಕ್ಕೆ ಪೌಚ್ ಗಳ ಸಂಖ್ಯೆಯನ್ನು ನಿರ್ದಿಷ್ಟಪಡಿಸಿ		ii. ಅಲ್ಯೂಕಾಲ್. ಹೌದು ಎಂದಾದಲ್ಲಿ, ದಯವಿಟ್ಟು ವಾರಕ್ಕೆ ಮಿಲಿ ನಿರ್ದಿಷ್ಟಪಡಿಸಿ		ಪ್ರತಿದಿನ ಕುದಿಯುವವರು	iii. ಸಿಗರೇಟುಗಳು / ಬೀಡಿ / ಸಿಗಾರ್. ಹೌದು ಎಂದಾದಲ್ಲಿ, ದಯವಿಟ್ಟು ದಿನಕ್ಕೆ ಬಳಕೆಯನ್ನು ನಿರ್ದಿಷ್ಟಪಡಿಸಿ	
	1-10	>10	<= 450	>450		1-10	>10
ಅರ್ಜಿದಾರ 1							
ಅರ್ಜಿದಾರ 2							
ಅರ್ಜಿದಾರ 3							
ಅರ್ಜಿದಾರ 4							
ಅರ್ಜಿದಾರ 5							
ಅರ್ಜಿದಾರ 6							

ವಿಭಾಗ ಸಿ: ವಿಭಾಗ ಎ ಯಲ್ಲಿ ಹೌದು (H) ಎಂದು ಗುರುತಿಸಲಾದ ಪ್ರಶ್ನೆಗಳಿಗೆ, ದಯವಿಟ್ಟು ಈ ಕೆಳಗಿನ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ನಿರ್ದಿಷ್ಟಪಡಿಸಿ:										
ಅರ್ಜಿದಾರರ ಸಂಖ್ಯೆ	ರೋಗಲಕ್ಷಣ(ಗಳು) ಅಥವಾ ತನಿಖೆ(ಗಳು) ಅಥವಾ ರೋಗನಿರ್ಣಯ ಅಥವಾ ಕಾರ್ಯವಿಧಾನ/ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಒಳಗಾದ ವಿವರಗಳು				ಬಿಡುಗಡೆಪತ್ರ(ಗಳು)	ರೋಗಸೇಜೆ	ಪ್ರಸ್ತುತ ಸ್ಥಿತಿ (ಉದಾ. ಸಂಪೂರ್ಣ / ಭಾಗಶಃ ಚೇತರಿಕೆ ಅಥವಾ ನಡೆಯುತ್ತಿರುವ)	ಚಿಕಿತ್ಸೆ ನೀಡುವ ವೈದ್ಯಕರ ಹೆಸರು ಮತ್ತು ಸಂಪರ್ಕ	ಮಧುಮೇಹವಿದ್ದರೆ ಲಗತ್ತಿಸಲಾದ ದಾಖಲೆಗಳು (ಹೌದು/ಇಲ್ಲ)	
	ಡಯಾಬಿಟಿಸ್ HBA1c ಮಟ್ಟ	ಅಧಿಕ ರಕ್ತದೊತ್ತಡ ಬಿಡಿ ಮಟ್ಟ		ಯಾವುದೇ ಇತರ ವಿವರಗಳು						ಪ್ರಾರಂಭ ದಿನಾಂಕ (DD/MM/YYYY)
		ಸಿಸ್ಟೋಲಿಕ್	ಡಯಾಸ್ಟೋಲಿಕ್							

6. ವಿದ್ಯುನ್ಮಾನ ನೀತಿ ನೆರವೇರಿಕೆ ಮತ್ತು ಸೇವಾ ಸಂವಹನಕ್ಕಾಗಿ ಅಧಿಕಾರ

ಅರ್ಜಿ ನಮೂನೆಯಲ್ಲಿ ಇಲ್ಲಿ ಉಲ್ಲೇಖಿಸಿರುವಂತೆ ನಿಮ್ಮ ಎಲ್ಲಾ ನೀತಿ ಮತ್ತು ಸೇವೆಗಳ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಸಂವಹನವನ್ನು ಇಮೇಲ್ ಬಡಿಗೆ ಕಳುಹಿಸಲು ಕಂಪನಿಗೆ ಅಧಿಕಾರ ನೀಡುವ ಮೂಲಕ ಪರಿಸರವನ್ನು ರಕ್ಷಿಸಲು ಮತ್ತು ಕಾಗದವನ್ನು ಉಳಿಸಲು ಸಹಾಯ ಮಾಡಲು ನೀವು ಬಯಸುವೀರಾ?  ಹೌದು  ಇಲ್ಲ.

7. ಘೋಷಣೆ (ಪ್ರಸ್ತಾವನೆ ನಮೂನೆಗೆ ಸಹಿ ಮಾಡುವ ಮೊದಲು ದಯವಿಟ್ಟು ಎಚ್ಚರಿಕೆಯಿಂದ ಓದಿ ಮತ್ತು ಪ್ರತಿಯೊಂದರ ವಿರುದ್ಧ ಚೆಕ್ ಮಾರ್ಕ್ ಹಾಕಿ )

ನಾನು ನೀಡಿದ ಮೇಲಿನ ಹೇಳಿಕೆಗಳು, ಉತ್ತರಗಳು ಮತ್ತು/ಅಥವಾ ವಿವರಗಳು ನನಗೆ ತಿಳಿದ ಮಟ್ಟಿಗೆ ಎಲ್ಲಾ ರೀತಿಯಲ್ಲೂ ಸತ್ಯ ಮತ್ತು ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿವೆ ಮತ್ತು ಈ ಇತರ ವ್ಯಕ್ತಿಗಳ ಪರವಾಗಿ ಪ್ರಸ್ತಾವಿಸಲು ನನಗೆ ಅಧಿಕಾರವಿದೆ ಎಂದು ನನ್ನ ಪರವಾಗಿ ಮತ್ತು ವಿಮೆ ಮಾಡಲು ಉದ್ದೇಶಿಸಿರುವ ಎಲ್ಲ ವ್ಯಕ್ತಿಗಳ ಪರವಾಗಿ ನಾನು ಈ ಮೂಲಕ ಘೋಷಿಸುತ್ತೇನೆ.

ನಾನು ಒದಗಿಸಿದ ಮಾಹಿತಿಯು ವಿಮಾ ಪಾಲಿಸಿಯ ಅಧಾರವನ್ನು ರೂಪಿಸುತ್ತದೆ, ವಿಮಾದಾರರ ಮಂಡಳಿ ಅನುಮೋದಿತ ಅಂಡರ್ ರೈಟಿಂಗ್ ಪಾಲಿಸಿಗೆ ಒಳಪಟ್ಟಿರುತ್ತದೆ ಮತ್ತು ವಿಸ್ತರಿಸಬಹುದಾದ ಪ್ರೀಮಿಯಂ ಅನ್ನು ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಪಾವತಿಸಿದ ನಂತರವೇ ಪಾಲಿಸಿ ಜಾರಿಗೆ ಬರುತ್ತದೆ ಎಂದು ನಾನು ಅರ್ಥಮಾಡಿಕೊಂಡಿದ್ದೇನೆ.

ಪ್ರಸ್ತಾವನೆಯನ್ನು ಸಲ್ಲಿಸಿದ ನಂತರ ಆದರೆ ಕಂಪನಿಯ ಅಪಾಯ ಸ್ವೀಕಾರದ ಸಂವಹನದ ಮೊದಲು, ವಿಮೆ ಮಾಡಬೇಕಾದ / ಪ್ರಸ್ತಾವಿಸಬೇಕಾದ ಜೀವನದ ಉದ್ದೋಗ ಅಥವಾ ಸಾಮಾನ್ಯ ಆರೋಗ್ಯದಲ್ಲಿ ಸಂಭವಿಸುವ ಯಾವುದೇ ಬದಲಾವಣೆಯನ್ನು ನಾನು ಲಿಖಿತವಾಗಿ ತಿಳಿಸುತ್ತೇನೆ ಎಂದು ನಾನು ಘೋಷಿಸುತ್ತೇನೆ.

ವಿಮೆ ಮಾಡಬೇಕಾದ / ಪ್ರಸ್ತಾವಿಸಬೇಕಾದ ವ್ಯಕ್ತಿಯ ದೈಹಿಕ ಅಥವಾ ಮಾನಸಿಕ ಆರೋಗ್ಯದ ಮೇಲೆ ಪರಿಣಾಮ ಬೀರುವ ಯಾವುದೇ ವಿಷಯದ ಬಗ್ಗೆ ಯಾವುದೇ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ವಿಮೆ ಮಾಡಬೇಕಾದ / ಪ್ರಸ್ತಾವಿಸುವ ವ್ಯಕ್ತಿಯ ಮೇಲೆ ಅಥವಾ ಯಾವುದೇ ಹಿಂದಿನ ಅಥವಾ ಪ್ರಸ್ತುತ ಉದ್ಯೋಗದಾತರಿಂದ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಕೋರುವ ಯಾವುದೇ ವೈದ್ಯರು ಅಥವಾ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಿಂದ ಮತ್ತು ವಿಮೆ ಮಾಡಬೇಕಾದ ವ್ಯಕ್ತಿಯ ಮೇಲೆ ವಿಮಾಗಾಗಿ ಅರ್ಜಿ ಸಲ್ಲಿಸಿದ ಯಾವುದೇ ವಿಮಾದಾರರಿಂದ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಕೋರಲು ಕಂಪನಿಗೆ ನಾನು ಸಮ್ಮತಿಸುತ್ತೇನೆ ಎಂದು ನಾನು ಘೋಷಿಸುತ್ತೇನೆ ಪ್ರಸ್ತಾವನೆ ಮತ್ತು / ಅಥವಾ ಕ್ಲೇಮ್ ಇತ್ಯರ್ಥಕ್ಕೆ ಅಂಡರ್ ರೈಟ್ ಮಾಡುವ

ಪ್ರಸ್ತಾವನೆ ಮತ್ತು/ಅಥವಾ ಕ್ಲೇಮ್ ಇತ್ಯರ್ಥಕ್ಕೆ ಮತ್ತು ಯಾವುದೇ ಸರ್ಕಾರಿ ಮತ್ತು/ಅಥವಾ ನಿಯಂತ್ರಣ ಪ್ರಾಧಿಕಾರದೊಂದಿಗೆ ಅಂಡರ್ ರೈಟ್ ಮಾಡುವ ಏಕೈಕ ಉದ್ದೇಶಕ್ಕಾಗಿ ವಿಮಾದಾರ/ಪ್ರಸ್ತಾವಕರ ವೈದ್ಯಕೀಯ ದಾಖಲೆಗಳು ಸೇರಿದಂತೆ ನನ್ನ ಪ್ರಸ್ತಾವಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಹಂಚಿಕೊಳ್ಳಲು ನಾನು ಕಂಪನಿಗೆ ಅಧಿಕಾರ ನೀಡುತ್ತೇನೆ.

ಸೇವಾ ವಿತರಣೆಯ ಏಕೈಕ ಉದ್ದೇಶಕ್ಕಾಗಿ ವಿಮಾದಾರ / ಪ್ರಸ್ತಾವಕರ ವೈದ್ಯಕೀಯ ದಾಖಲೆಗಳು ಸೇರಿದಂತೆ ನನ್ನ / ನಮ್ಮ ಪ್ರಸ್ತಾವಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ನಮ್ಮ ಎಂಪನೇಲ್ಡ್ ಪೂರೈಕೆದಾರರೊಂದಿಗೆ ಹಂಚಿಕೊಳ್ಳಲು ನಾನು/ನಾವು ಕಂಪನಿಗೆ ಅಧಿಕಾರ ನೀಡುತ್ತೇವೆ.

ದಿನಾಂಕ  ಸ್ಥಳ  ಪ್ರಸ್ತಾವಕರ ಸಹಿ

8. ದೇಶೀಯ ಘೋಷಣೆ

(ಪ್ರಸ್ತಾವಕರು ಸ್ಥಳೀಯ ಭಾಷೆಯಲ್ಲಿ ಸಹಿ ಮಾಡಿದ್ದರೆ ಪ್ರಮಾಣೀಕರಣ (ಕಂಪನಿಯ ಐಜಿಎಂ / ಉದ್ಯೋಗಿಯನ್ನು ಹೊರತುಪಡಿಸಿ ಬೇರೆ ಯಾರಾದರೂ ಸಾಕ್ಷಿಯಾಗಬೇಕು). ಈ ನಮೂನೆಯ ವಿಷಯ ಮತ್ತು ಅದರ ವಿವರಗಳನ್ನು ನಾನು ಪ್ರಸ್ತಾವಿಸುವವರಿಗೆ ಸ್ಥಳೀಯ ಭಾಷೆಯಲ್ಲಿ ವಿವರಿಸಿದ್ದೇನೆ, ಅವರು ಅದನ್ನು ಅರ್ಥಮಾಡಿಕೊಂಡಿದ್ದಾರೆ ಮತ್ತು ದೃಢಪಡಿಸಿದ್ದಾರೆ:

ಹೆಸರು[ಬದಲಾಯಿಸಿ]  ಪ್ರಮಾಣೀಕರಿಸುವ ವ್ಯಕ್ತಿಯ ಸಹಿ:  ಪ್ರಮಾಣೀಕರಿಸುವ ವ್ಯಕ್ತಿಯ ಮೊಬೈಲ್ ಸಂಖ್ಯೆ:

ಪ್ರಮಾಣೀಕರಿಸುವ ವ್ಯಕ್ತಿ:  ಸಾಕ್ಷಿಯ ಹೆಸರು  ಸಾಕ್ಷಿಯ ಸಹಿ  ಸಾಕ್ಷಿಯ ಮೊಬೈಲ್ ಸಂಖ್ಯೆ:

ಪ್ರಸ್ತಾವಕರ ಸಹಿ

9. ಪ್ರಸ್ತಾವಕರ ಘೋಷಣೆ

(ಯಾವುದೇ ಕಾರಣಕ್ಕಾಗಿ, ಪ್ರಸ್ತಾವ ಮತ್ತು ಇತರ ಸಂಬಂಧಿತ ದಾಖಲೆಗಳನ್ನು ಪ್ರಸ್ತಾವಕರು ಭರ್ತಿ ಮಾಡದ ಪ್ರಮಾಣೀಕರಣ). ಪ್ರಸ್ತಾವನೆ ನಮೂನೆ ಮತ್ತು ಸಂಬಂಧಿತ ದಾಖಲೆಗಳ ವಿಷಯಗಳನ್ನು ನನಗೆ ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ವಿವರಿಸಲಾಗಿದೆ ಮತ್ತು ಉದ್ದೇಶಿತ ಒಪ್ಪಂದದ ಮಹತ್ವವನ್ನು ನಾನು ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಅರ್ಥಮಾಡಿಕೊಂಡಿದ್ದೇನೆ. ಪ್ರಸ್ತಾವನೆ ನಮೂನೆಯನ್ನು ನನ್ನ ಸೂಚನೆಯ ಮೇರೆಗೆ \_\_\_\_\_ ಭರ್ತಿ ಮಾಡಿದ್ದಾರೆ ಮತ್ತು ಅದು ಸರಿಯಾಗಿದೆ ಎಂದು ನಾನು ಕಂಡುಕೊಂಡಿದ್ದೇನೆ.

ಪ್ರಸ್ತಾವಕರ ಸಹಿ

10. ಪ್ರೀಮಿಯಂ ವಿವರಗಳು (ಕಚೇರಿ ಬಳಕೆಗೆ ಮಾತ್ರ)

ಪ್ರೀಮಿಯಂ ಪಾವತಿ ಆಯ್ಕೆ  ಚೆಕ್  ಡಿಮಾಂಡ್ ಡ್ರಾಫ್ಟ್

ಕ್ರೆಡಿಟ್ ಕಾರ್ಡ್  ಡೆಬಿಟ್ ಕಾರ್ಡ್  ನೆಟ್ ಬ್ಯಾಂಕಿಂಗ್

ನಗದು  ಇತರ

ಪ್ರೀಮಿಯಂ ಮೊತ್ತ

ಆನ್ ಲೈನ್ ಪಾವತಿ ವಹಿವಾಟು ID:

ದಿನಾಂಕ     ಮತ್ತು

ಬ್ಯಾಂಕ್ ಹೆಸರು/ಶಾಖೆ

ನಿವಾ ಬೂಪಾ ಶಾಖೆಯ ಸ್ಥಳ

ಕೋಡ್ ಸಂಖ್ಯೆ

ವ್ಯವಹಾರ ಮೂಲ:  
ಸಲಹೆಗಾರ / ಡಿವಿಷನ್ / ಕಾರ್ಪೊರೇಟ್ ಐಜಿ.ನಿ. / ಇತರ ಚಾನೆಲ್ ಗಳು

ಕೋಡ್ ಸಂಖ್ಯೆ

ಹೆಸರು

ಸ್ವೀಕರಿಸಿದ ಪ್ರಸ್ತಾವನೆ:       ಮತ್ತು

ಗ್ರಾಹಕ ID:

11. ಬ್ಯಾಂಕ್ ಇನ್‌ಫಾರ್ಮೇಷನ್ ಚಾನೆಲ್ ಗೆ ಮಾತ್ರ ಹೆಚ್ಚುವರಿ ವಿವರಗಳು (ಕಚೇರಿ ಬಳಕೆಗೆ ಮಾತ್ರ)

ಬ್ಯಾಂಕ್ ಕೋಡ್  SP ಕೋಡ್

RM/LG ಕೋಡ್

CUSTOMER ಖಾತೆ ಸಂಖ್ಯೆ

12. ವಿಮಾ ಸಲಹೆಗಾರರ ವರದಿ (ಕಚೇರಿ ಬಳಕೆಗೆ ಮಾತ್ರ)

1. ನೀವು ಪ್ರಪೋಸರ್ ಗೆ ಸಂಬಂಧಿಯೇ? ಹೌದು/ಇಲ್ಲ; ಹೌದು ಎಂದಾದರೆ, ಸಂಬಂಧದ ಸ್ವರೂಪ?

2. ಪ್ರಪೋಸರ್ ನಿಮಗೆ ಎಷ್ಟು ಸಮಯದಿಂದ ಗೊತ್ತು?  ತಿಂಗಳುಗಳು

3. ಪ್ರಸ್ತಾವಕನ ಗುರುತಿನಿಂದ ನೀವು ತೃಪ್ತರಾಗಿದ್ದೀರಾ?  ಹೌದು  ಇಲ್ಲ.

4. ಪ್ರಸ್ತಾವಕ ಅಥವಾ ಯಾವುದೇ ಅರ್ಜಿದಾರರು ಯಾವುದೇ ದೈಹಿಕ ವಿರೂಪತೆ / ದೋಷ ಅಥವಾ ಬುದ್ಧಿಮಾಂದ್ಯತೆಯನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದಾರೆಯೇ?  ಹೌದು  ಇಲ್ಲ.

5. ಪ್ರಸ್ತಾವಿತ ಪಾಲಿಸಿಯ ನಿಯಮಗಳು, ನವೀಕರಣದ ಷರತ್ತುಗಳು, ಹೊರಗಿಡುವಿಕೆಗಳು, ಪಾಲಿಸಿಯ ಕಾಯುವ ಅವಧಿಗಳನ್ನು ನೀವು ವಿವರಿಸಿದ್ದೀರಾ ಮತ್ತು ಪ್ರಸ್ತಾವಕರು ವ್ಯಯಕ್ತವಾಗಿ ಅರೋಗ್ಯ ಘೋಷಣೆಯನ್ನು ಪೂರ್ಣಗೊಳಿಸಿದ್ದಾರೆಯೇ?  ಹೌದು  ಇಲ್ಲ.

6. ನೈತಿಕ ಅಪಾಯ ಸೇರಿದಂತೆ ಎಲ್ಲಾ ಅಂಶಗಳನ್ನು ಪರಿಗಣಿಸಿ ಈ ಪ್ರಸ್ತಾವ ನಮೂನೆಯನ್ನು ಸ್ವೀಕರಿಸಲು ನೀವು ಶಿಫಾರಸು ಮಾಡುತ್ತೀರಾ?  ಹೌದು  ಇಲ್ಲ.

7. ನೀವು ನಿಷ್ಪಕ್ಷಪಾತವಾಗಿ ಪ್ರಸ್ತಾವಕರಿಗೆ ಸಲಹೆ ನೀಡಿದ್ದೀರಾ ಮತ್ತು ಪ್ರಸ್ತಾವಕನಿಗೆ ಅವನ / ಅವಳ ಅಸಕ್ತಿಗೆ ಅನುಗುಣವಾಗಿ ಉತ್ತಮ ಕವರ್ ನಲ್ಲಿ ನಿರ್ಧರಿಸಲು ಅನುವು ಮಾಡಿಕೊಡುವ ಎಲ್ಲಾ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಒದಗಿಸಿದ್ದೀರಾ?  ಹೌದು  ಇಲ್ಲ.

ದಿನಾಂಕ     ಮತ್ತು

ವಿಮಾ ಸಲಹೆಗಾರರ ಸಹಿ

13. ಶಾಸನಬದ್ಧ ಎಚ್ಚರಿಕೆ

ರಿಯಾಯಿತಿಗಳ ನಿಷೇಧ (ವಿಮಾ ಕಾಯ್ದೆ 1938 ರ ಸೆಕ್ಷನ್ 41 ರ ಅಡಿಯಲ್ಲಿ)

1. ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಜೀವ ಅಥವಾ ಆಸ್ತಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಯಾವುದೇ ರೀತಿಯ ಅಪಾಯಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಪಾವತಿಸಬೇಕಾದ ಕಮಿಷನ್ ನ ಸಂಪೂರ್ಣ ಅಥವಾ ಭಾಗಶಃ ಯಾವುದೇ ರಿಯಾಯಿತಿ ಅಥವಾ ಪಾಲಿಸಿಯಲ್ಲಿ ತೋರಿಸಲಾದ ಪ್ರೀಮಿಯಂನ ಯಾವುದೇ ರಿಯಾಯಿತಿ, ವಿಮಾದಾರರ ಪ್ರಕಟಿತ ಪ್ರಾಸ್ಯಕ್ಟಸ್ ಅಥವಾ ಕೋಷ್ಟಕಗಳಿಗೆ ಅನುಗುಣವಾಗಿ ಅನುಮತಿಸಬಹುದಾದ ರಿಯಾಯಿತಿಯನ್ನು ಹೊರತುಪಡಿಸಿ, ಪಾಲಿಸಿಯನ್ನು ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳುವ ಅಥವಾ ನವೀಕರಿಸುವ ಅಥವಾ ಮುಂದುವರಿಸುವ ಯಾವುದೇ ವ್ಯಕ್ತಿಯು ಯಾವುದೇ ರಿಯಾಯಿತಿಯನ್ನು ಸ್ವೀಕರಿಸುವುದಿಲ್ಲ.

2. ಈ ಸೆಕ್ಷನ್ ನಿಯಂತ್ರಣಗಳನ್ನು ಅನುಸರಿಸಲು ವಿಫಲವಾದ ಯಾವುದೇ ವ್ಯಕ್ತಿಯು ಹತ್ತು ಲಕ್ಷ ರೂಪಾಯಿಗಳವರೆಗೆ ವಿಸ್ತರಿಸಬಹುದಾದ ದಂಡಕ್ಕೆ ಗುರಿಯಾಗುತ್ತಾನೆ.

1.4. ಅಭಾ ID

ಸದಸ್ಯರ ಹೆಸರು	ನಿಮ್ಮ ಬಳಿ ಅಭಾ ಐಡಿ ಇದೆಯೇ?		ಅಭಾ ID	ಹಂಚಿಕೊಳ್ಳಲು ಸಮ್ಮತಿ ವ್ಯವಸ್ಥಿತಿಯ ದಾಖಲೆಗಳೊಂದಿಗೆ	
	<input type="checkbox"/> ಹೌದು	<input type="checkbox"/> ಇಲ್ಲ		ವಿಮಾಡ್ ಎ ಮೂಲಕ ವಿವರಿಸಿದ / ಟಿಪ್ಪಣಿಗಳು	<input type="checkbox"/> ಹೌದು
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15. ಕ್ಲೈಮ್ ಗಳ ಮರುಪಾವತಿ ಮತ್ತು ಪಾವತಿಯ ವಿವರಗಳು

ಪಾವತಿಯನ್ನು ಸ್ವೀಕರಿಸುವ ಆಯ್ಕೆ:  ಬ್ಯಾಂಕ್ ವರ್ಗಾವಣೆ

ಫಲಾನುಭವಿ ಹೆಸರು: \_\_\_\_\_

ಬ್ಯಾಂಕ್ ಹೆಸರು: \_\_\_\_\_ ಐಎಫ್‌ಎಸ್ಐ: \_\_\_\_\_

ಖಾತೆ ಸಂಖ್ಯೆ: \_\_\_\_\_

ಖಾತೆ ಪ್ರಕಾರ: \_\_\_\_\_

ನಿವಾ ಬೂಪಾ ಹೆಲ್ತ್ ಇನ್ಸೂರೆನ್ಸ್ ಕಂಪನಿ ಲಿಮಿಟೆಡ್  
ನೋಂದಾಯಿತ ಕಚೇರಿ: ಸಿ-98, ಮೊದಲ ಮಹಡಿ, ಲಜಪತ್ ನಗರ, ಭಾಗ 1, ನವದೆಹಲಿ-110024

ಹಕ್ಕುತ್ಯಾಗ: ವಿಮೆಯು ಕೋರಿಕೆಯ ವಿಷಯವಾಗಿದೆ. ನಿವಾ ಬೂಪಾ ಹೆಲ್ತ್ ಇನ್ಸೂರೆನ್ಸ್ ಕಂಪನಿ ಲಿಮಿಟೆಡ್ (ಹಿಂದೆ ಮ್ಯಾಕ್ಸ್ ಬೂಪಾ ಹೆಲ್ತ್ ಇನ್ಸೂರೆನ್ಸ್ ಕಂಪನಿ ಲಿಮಿಟೆಡ್ ಎಂದು ಕರೆಯಲಾಗುತ್ತಿತ್ತು) (ಐಆರ್ಡಿಎಐ ನೋಂದಣಿ ಸಂಖ್ಯೆ 145), 'ಬುಪಾ' ಮತ್ತು 'ಹಾರ್ಟ್ ಬೀಟ್' ಲೋಗೋಗಳು ಆಯಾ ಮಾಲೀಕರ ನೋಂದಾಯಿತ ಟ್ರೇಡ್ ಮಾರ್ಕ್ ಗಳಾಗಿವೆ ಮತ್ತು ಇದನ್ನು ನಿವಾ ಬೂಪಾ ಹೆಲ್ತ್ ಇನ್ಸೂರೆನ್ಸ್ ಕಂಪನಿ ಲಿಮಿಟೆಡ್ ಪರವಾನಗಿಯಡಿಯಲ್ಲಿ ಬಳಸುತ್ತಿದೆ. ಗ್ರಾಹಕ ಸಹಾಯವಾಣಿ: 1860-500-8888. ವೆಬ್‌ಸೈಟ್: www.nivabupa.com. ಸಿಐಎನ್: U66000DL2008PLC182918. ನಿಯಮಗಳು ಮತ್ತು ಷರತ್ತುಗಳು, ಹೊರಗಿಡುವಿಕೆಗಳು, ಅಪಾಯದ ಅಂಶಗಳು, ಕಾಯುವ ಅವಧಿ ಮತ್ತು ಪ್ರಯೋಜನಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ವಿವರಗಳಿಗಾಗಿ, ಮಾರಾಟವನ್ನು ಮುಕ್ತಾಯಗೊಳಿಸುವ ಮೊದಲು ದಯವಿಟ್ಟು ಮಾರಾಟ ಬೋರ್ಡ್ ಅನ್ನು ಎಚ್ಚರಿಕೆಯ

ಶಾಂತಿಯು ಉದ್ಭವಿಸುವುದು ಕೇವಲ ಶಾಂತಿಯಿಂದ

ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಜೀವಿನಿ,

ನಿವಾ ಬೂಪಾ ಹೆಲ್ತ್ ಇನ್ಶೂರೆನ್ಸ್ ಕಂಪನಿ ಲಿಮಿಟೆಡ್

ಪ್ರಸ್ತಾವನೆ ನಮೂನೆ

ನಿವಾ ಬೂಪಾ ತನ್ನ ಗ್ರಾಹಕರೊಂದಿಗೆ ನ್ಯಾಯಯುತ ಮತ್ತು ಪಾರದರ್ಶಕವಾಗಿರುಲು ಸಮರ್ಪಿತವಾಗಿದೆ. ಈ ದಾಖಲೆಯು ನಿಮ್ಮ ಪಾಲಿಸಿಯ ಪ್ರಮುಖ ವೈಶಿಷ್ಟ್ಯಗಳನ್ನು ಸಂಕ್ಷಿಪ್ತಗೊಳಿಸುತ್ತದೆ, ಆದರೆ ಇದು ನಿಮ್ಮ ಪಾಲಿಸಿ ಒಪ್ಪಂದವನ್ನು ಬದಲಿಸುವುದಿಲ್ಲ ಮತ್ತು ಈ ಉತ್ಪನ್ನದ ಬರಿದಿರುವುದನ್ನು ಮುಗಿಸುವ ಮೊದಲು ನಿಮ್ಮ ಪಾಲಿಸಿಯ ಎಲ್ಲಾ ವಿವರಗಳನ್ನು ಓದಲು ನಾವು ನಿಮ್ಮನ್ನು ಪ್ರೋತ್ಸಾಹಿಸುತ್ತೇವೆ.

ನಿವಾ ಬೂಪಾ ನಿಮಗೆ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಜೀವಿನಿ ಪಾಲಿಸಿಯನ್ನು ತರುತ್ತದೆ - ನಿಮಗಾಗಿ ತಯಾರಿಸಿದ ಎಲ್ಲಾ ಪ್ರಮುಖ ಪ್ರಯೋಜನಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿರುವ ಆರೋಗ್ಯ ವಿಮಾ ಯೋಜನೆ. ಯಾವುದೇ ರೀತಿಯ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ದಾಖಲಾಗುವುದು, ಡೇ ಕೇರ್ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಳು ಮತ್ತು ಪರ್ಯಾಯ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಳಿಗೆ ಈ ಪಾಲಿಸಿಯು ನಿಮ್ಮನ್ನು ಒಳಗೊಳ್ಳುತ್ತದೆ.

ಪಾಲಿಸಿ ಒಪ್ಪಂದದಲ್ಲಿ ನಿರ್ದಿಷ್ಟಪಡಿಸಿದಂತೆ ಕೆಲವು ಮಿತಿಗಳು ಮತ್ತು ವಿನಾಯಿತಿಗಳಿಗೆ ಒಳಪಟ್ಟು ನಿಮ್ಮ ಪಾಲಿಸಿಯು ಈ ಕೆಳಗಿನ ಅಂತರ್ನಿರ್ಮಿತ ಪ್ರಯೋಜನಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿದೆ:

- ಕೊಠಡಿ ಬಾಡಿಗೆ ಮತ್ತು ಐಸಿಯ ಶುಲ್ಕಗಳು ಸೇರಿದಂತೆ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಲ್ಲಿ ಒಳರೋಗಿಗಳ ಆರೈಕೆ.
- ಕೊಠಡಿ ಬಾಡಿಗೆ ಮಿತಿಗಳು:- ಕೊಠಡಿ ಬಾಡಿಗೆ: ದಿನಕ್ಕೆ ಗರಿಷ್ಠ 5,000 ರೂ.ಗೆ ಒಳಪಟ್ಟು ವಿಮಾ ಮೊತ್ತದ 2% ವರೆಗೆ.  
- ಐಸಿಯ / ಐಸಿಯು: ವಿಮಾ ಮೊತ್ತದ 5% ವರೆಗೆ ದಿನಕ್ಕೆ ಗರಿಷ್ಠ 10,000 ರೂ.ಗೆ
- ಎಲ್ಲಾ ಡೇ ಕೇರ್ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಳನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿದೆ.
- ರಸ್ತೆ ಅಂಬುಲೆನ್ಸ್ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ದಾಖಲಾದ ಪ್ರತಿ ವ್ಯಕ್ತಿಗೆ ರೂ.2,000 ವರೆಗೆ ಶುಲ್ಕ ವಿಧಿಸುತ್ತದೆ.
- ಆಯುಷ್ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಳು (ಒಳರೋಗಿ ಆರೈಕೆ ಮಾತ್ರ).
- ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ದಾಖಲಾಗುವ 30 ದಿನಗಳ ಮೊದಲು ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ದಾಖಲಾಗುವ ಮೊದಲು.
- ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ದಾಖಲಾದ ನಂತರ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಿಂದ ಬಿಡುಗಡೆಯಾದ ನಂತರ 60 ದಿನಗಳವರೆಗೆ.
- ಮೌಖಿಕ ಕೀರ್ಮೋಧರಪಿ, ರೂಬೋಟಿಕ್ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಗಳು ಸೇರಿದಂತೆ ಅಧುನಿಕ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಳು ವಿಮಾ ಮೊತ್ತದ 50% ವರೆಗೆ ಒಳಗೊಂಡಿವೆ.
- ಕಚ್ಚಿನ ಪೂರ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಪ್ರತಿ ಕಛೇರಿಗೆ ಗರಿಷ್ಠ ರೂ.40,000 ಕ್ಕೆ ಒಳಪಟ್ಟು ವಿಮಾ ಮೊತ್ತದ 25% ಮಿತಿಯವರೆಗೆ ಒಳಗೊಳ್ಳುತ್ತದೆ. 24 ತಿಂಗಳ ನಿರ್ದಿಷ್ಟ ಕಾಯುವಿಕೆ ಅವಧಿಯ ನಂತರ ಈ ಪ್ರಯೋಜನ ಲಭ್ಯವಿದೆ.
- ಪ್ರತಿ ಕ್ಲೈಮ್ ಮುಕ್ತ ಪಾಲಿಸಿ ವರ್ಷಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ 5% ಸಂಚಿತ ಬೋನಸ್, ವಿಮಾ ಮೊತ್ತದ ಗರಿಷ್ಠ 50% ವರೆಗೆ. ಕ್ಲೈಮ್ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ, ಸಂಚಿತ ಬೋನಸ್ ಅನ್ನು ಅದೇ ದರದಲ್ಲಿ ಕಡಿಮೆ ಮಾಡಲಾಗುತ್ತದೆ

ನೀತಿಯ ಪ್ರಕಾರ ಈ ಕೆಳಗಿನ ಕಾಯುವಿಕೆ ಅವಧಿಗಳು ಅನ್ವಯವಾಗುತ್ತವೆ ಎಂಬುದನ್ನು ಗಮನಿಸಿ:

- ಪಾಲಿಸಿಯ ಪ್ರಾರಂಭದಿಂದ 36 ತಿಂಗಳಿಗೂ ಮೊದಲೇ ಅಸ್ತಿತ್ವದಲ್ಲಿರುವ ರೋಗ ಕಾಯುವಿಕೆ ಅವಧಿ ಮತ್ತು ನಿರಂತರ ನವೀಕರಣಕ್ಕೆ ಒಳಪಟ್ಟಿರುತ್ತದೆ.  
ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಅಗತ್ಯವಿದ್ದರೆ 30 ದಿನಗಳ ಆರಂಭಿಕ ಕಾಯುವಿಕೆ ಅವಧಿಯು ಅಪಘಾತದಿಂದಾಗಿ ಉಂಟಾಗುತ್ತದೆ, ಇದು ದಿನ 1 ರಿಂದ ಕವರ್ ಆಗುತ್ತದೆ.
- ನಮ್ಮೊಂದಿಗೆ ಮೊದಲ ಪಾಲಿಸಿಯ ಪ್ರಾರಂಭದಿಂದಲೂ, ಪಾಲಿಸಿ ಒಪ್ಪಂದದಲ್ಲಿ ನಿರ್ದಿಷ್ಟಪಡಿಸಿದ ಕೆಲವು ಷರತ್ತುಗಳಿಗಾಗಿ, ಸ್ಥಿತಿಯ ನೇರವಾಗಿ ಅಪಘಾತದಿಂದ ಉಂಟಾಗದ ಹೊರತು (ದಿನ 1 ರಿಂದ ಒಳಗೊಂಡಿದೆ) 24 ಮತ್ತು 48 ತಿಂಗಳಿಗೂ ನಿರ್ದಿಷ್ಟ ಕಾಯುವಿಕೆ ಅವಧಿ.

ಪಾಲಿಸಿ ಒಪ್ಪಂದದಲ್ಲಿ ವಿವರಿಸಿದಂತೆ ಪ್ರಮಾಣಿತ ಹೊರಗಿಡುವಿಕೆಗಳು ಅನ್ವಯವಾಗುತ್ತವೆ ಎಂಬುದನ್ನು ಗಮನಿಸಿ. ಇದಲ್ಲದೆ, ವೈದ್ಯಕೀಯ ಮೌಲ್ಯಮಾಪನದ ಆಧಾರದ ಮೇಲೆ, ಕೆಲವು ನಿರ್ದಿಷ್ಟ ವಿನಾಯಿತಿಗಳು ನಿಮ್ಮ ಪಾಲಿಸಿಗೆ ಅನ್ವಯವಾಗಬಹುದು.

ನಿಮ್ಮ ಪಾಲಿಸಿಯ ಇತರ ಪ್ರಮುಖ ಲಕ್ಷಣಗಳು ಈ ಕೆಳಗಿನಂತಿವೆ:

- ನೀವು ಒಬ್ಬ ವ್ಯಕ್ತಿ ಅಥವಾ ಕುಟುಂಬಕ್ಕಾಗಿ ಪಾಲಿಸಿಯನ್ನು ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳಬಹುದು. ಈ ಪಾಲಿಸಿಯು ಅಡಿಯಲ್ಲಿ ಅನುಮತಿಸಲಾದ ಕುಟುಂಬ ಸದಸ್ಯರು ಸ್ವಯಂ, ಸಂಗಾತಿ, ಮಕ್ಕಳು, ಪೋಷಕರು ಮತ್ತು ಅತ್ತೆ ಮಾವಂದಿರು. ನವೀಕರಣದ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಮಾತ್ರ ಸದಸ್ಯರ ಯಾವುದೇ ಸೇರ್ಪಡೆ ಅಥವಾ ಅಳಿಸುವಿಕೆಯನ್ನು ಮಾಡಬೇಕು.
- ಆಯ್ಕೆ ಮಾಡಿದ ವಿಮಾ ಮೊತ್ತವು ವೈಯಕ್ತಿಕ ಆಧಾರದ ಮೇಲೆ (ಅಂದರೆ ಎಲ್ಲಾ ಸದಸ್ಯರಿಗೆ ಪ್ರತ್ಯೇಕ ಸಮಾನ ವಿಮಾ ಮೊತ್ತ) ಅಥವಾ ಪೋರ್ಟಲ್ ಆಧಾರದ ಮೇಲೆ (ಅಂದರೆ ಎಲ್ಲಾ ಸದಸ್ಯರ ನಡುವೆ ಹಂಚಿಕೊಳ್ಳಲಾದ ಒಂದೇ ವಿಮಾ ಮೊತ್ತ) ಇರಬಹುದು.
- ಎಲ್ಲಾ ಕ್ಲೈಮ್ ಗಳು 5% ಸಹ-ಪಾವತಿಗೆ ಒಳಪಟ್ಟಿರುತ್ತವೆ.
- ಈ ಪಾಲಿಸಿಯ ಅಡಿಯಲ್ಲಿ ವಾರ್ಷಿಕ, ಅರ್ಧ ವಾರ್ಷಿಕ, ತ್ರೈಮಾಸಿಕ ಮತ್ತು ಮಾಸಿಕ ಪ್ರೀಮಿಯಂ ಪಾವತಿ ವಿಧಾನಗಳು ಲಭ್ಯವಿವೆ. ಮಾಸಿಕ ಮೋಡ್ಲಾಗಿ, ಎರಡನೇ ಪಾಲಿಸಿ ತಿಂಗಳ ಪ್ರೀಮಿಯಂ ಅನ್ನು ಮೊದಲ ತಿಂಗಳ ಪ್ರೀಮಿಯಂ ಕಂತುಗಳೊಂದಿಗೆ ಪಾವತಿಸಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ, ನಂತರ ಮೂರನೇ ಪಾಲಿಸಿ ತಿಂಗಳಿನಿಂದ ನಿಯಮಿತ ಮಾಸಿಕ ಪ್ರೀಮಿಯಂ ಪಾವತಿಸಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ವಾರ್ಷಿಕ ಮೋಡ್ಲಾಗಿ ಹೊರತುಪಡಿಸಿ ಎಲ್ಲಾ ಪ್ರೀಮಿಯಂ ಪಾವತಿ ವಿಧಾನಗಳಿಗೆ ಎಸಿಎಚ್ / ಎಸ್ಐ ಕಡ್ಡಾಯವಾಗಿದೆ. ಪ್ರೀಮಿಯಂ ಪಾವತಿ ಮೋಡ್ಲಾಗಿ ಅನ್ನು ಒಮ್ಮೆ ಆಯ್ಕೆ ಮಾಡಿದ ನಂತರ, ಒಂದು ವರ್ಷದ ಪಾಲಿಸಿ ಅವಧಿಯ ಕೊನೆಯಲ್ಲಿ ಮಾತ್ರ ಬದಲಾಯಿಸಬಹುದು.
- ಕ್ಲೈಮ್ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ, ಮಾಸಿಕ ಅಥವಾ ತ್ರೈಮಾಸಿಕ ಅಥವಾ ಅರ್ಧ ವಾರ್ಷಿಕ ಪ್ರೀಮಿಯಂ ಪಾವತಿ ವಿಧಾನವನ್ನು ಆರಿಸಿಕೊಂಡರೆ, ಪಾಲಿಸಿ ವರ್ಷಕ್ಕೆ ಪಾವತಿಸಬೇಕಾದ ಉಳಿದ ಪ್ರೀಮಿಯಂ ಅನ್ನು ಸ್ವೀಕಾರಾರ್ಹ ಕ್ಲೈಮ್ ಮೊತ್ತದಿಂದ ಕಡಿತಗೊಳಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ.
- ನಿಮ್ಮ ದೃಢೀಕರಣ ಮತ್ತು ಬಾಕಿ ಪ್ರೀಮಿಯಂನ ಸಮಯೋಚಿತ ಪಾವತಿಗೆ ಒಳಪಟ್ಟು ನಿಮ್ಮ ಪಾಲಿಸಿಯ ಆಜೀವ ನವೀಕರಣ.

ಈ ಜಾಗವನ್ನು ಉದ್ದೇಶಪೂರ್ವಕವಾಗಿ ಬಾಳಿ ಬಿಡಲಾಗಿದೆ

- ನಿಮ್ಮ ವಯಸ್ಸಿನ ಆಧಾರದ ಮೇಲೆ ನಿಮ್ಮ ನವೀಕರಣ ಪ್ರೀಮಿಯಂ ಹೆಚ್ಚಾಗುತ್ತದೆ ಆದರೆ ನಿಮ್ಮ ಕ್ಲೇಮ್ ಅನುಭವದ ಆಧಾರದ ಮೇಲೆ ಬದಲಾಗುವುದಿಲ್ಲ. ಉತ್ಪನ್ನದ ನವೀಕರಣ ಪ್ರೀಮಿಯಂ ದರಗಳನ್ನು ಭವಿಷ್ಯದಲ್ಲಿ ಐಆರ್ಡಿಎಐ ಅನುಮೋದನೆಗೆ ಒಳಪಟ್ಟು ಮತ್ತು ಕಾಲಕಾಲಕ್ಕೆ ಅನ್ವಯವಾಗುವ ಐಆರ್ಡಿಎಐನ ನಿಯಮಗಳು ಮತ್ತು ನಿಬಂಧನೆಗಳಿಗೆ ಅನುಗುಣವಾಗಿ ಪರಿಷ್ಕರಿಸಬಹುದು.
- ಒಂದು ವೇಳೆ ನಿಮ್ಮ ಪ್ರಸ್ತಾವನೆಯನ್ನು ವಿತರಿಸಲು ನಿರಾಕರಿಸಿದರೆ, ಪಾಲಿಸಿ ಪೂರ್ವ ವೈದ್ಯಕೀಯ ತಪಾಸಣೆ (ಪಿಪಿಎಂಸಿ) ವೆಚ್ಚಕ್ಕಾಗಿ ತಗಲುವ ವೆಚ್ಚದ 100% ಅನ್ನು ನೀವು ಭರಿಸುತ್ತೀರಿ.
- ಉಚಿತ ನೋಟದ ನಿಬಂಧನೆ: ಪಾಲಿಸಿಯ ನಿಯಮಗಳು ಮತ್ತು ಷರತ್ತುಗಳನ್ನು ನೀವು ಒಪ್ಪಿದಿದ್ದರೆ, ಪಾಲಿಸಿ ದಾಖಲೆಯನ್ನು ಸ್ವೀಕರಿಸಿದ 15 ದಿನಗಳ ಒಳಗೆ (ದೂರ ಮಾರ್ಕೆಟಿಂಗ್ ಮೂಲಕ ಪಾಲಿಸಿಯನ್ನು ಮಾರಾಟ ಮಾಡಿದ್ದರೆ 30 ದಿನಗಳು) ನಿಮ್ಮ ಕಾರಣಗಳನ್ನು ತಿಳಿಸಿ ನೀವು ಪಾಲಿಸಿಯನ್ನು ರದ್ದುಗೊಳಿಸಬಹುದು. ಕವರ್ ಅವಧಿಗೆ ವೈದ್ಯಕೀಯ ತಪಾಸಣೆ, ಸ್ಟ್ಯಾಂಪ್ ಡ್ಯೂಟಿ ಮತ್ತು ಪ್ರಮಾಣಾನುಗುಣ ರಿಸ್ಕ್ ಪ್ರೀಮಿಯಂ ಶುಲ್ಕಗಳನ್ನು ಕಡಿತಗೊಳಿಸಿದ ನಂತರ ಪ್ರೀಮಿಯಂ ಅನ್ನು ಮರುಪಾವತಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ. ಪಾಲಿಸಿಯನ್ನು ನವೀಕರಿಸುವ ಸಮಯದಲ್ಲಿ, ಉಚಿತ ನೋಟ ನಿಬಂಧನೆ ಅನ್ವಯಿಸುವುದಿಲ್ಲ.

**ಟಿಪ್ಪಣಿಗಳು:**  
ಪ್ರೀಮಿಯಂ: ದಯವಿಟ್ಟು ಪ್ರೀಮಿಯಂ ಮೊತ್ತವನ್ನು ನಿವಾ ಬೂಪಾ ಹೆಲ್ತ್ ಇನ್ಶೂರೆನ್ಸ್ ಕಂಪನಿ ಲಿಮಿಟೆಡ್ ಹೆಸರಿನಲ್ಲಿ ಸುರಕ್ಷಿತ ಪಾವತಿ ವಿಧಾನದ ಮೂಲಕ ಠೇವಣಿ ಮಾಡಿ. ಯಾವುದೇ ಪ್ರಶ್ನೆ ಅಥವಾ ಕ್ಲೇಮ್ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ, ದಯವಿಟ್ಟು ನಮ್ಮ ಗ್ರಾಹಕ ಸಹಾಯವಾಣಿ ಸಂಖ್ಯೆ: 1860-500-8888 ಅನ್ನು ಸಂಪರ್ಕಿಸಿ.  
ಕಾಲಕಾಲಕ್ಕೆ ಸ್ವಾಗತ ಕರಗಳನ್ನು, ಸೇವಾ ಕರಗಳನ್ನು ಅಥವಾ ಯಾವುದೇ ಇತರ ಸಂವಹನವನ್ನು (ಎಲೆಕ್ಟ್ರಾನಿಕ್ ಅಥವಾ ಬೇರೆ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ) ಮಾಡಲು ನಾನು ಈ ಮೂಲಕ ಕಂಪನಿಗೆ ಸಮ್ಮತಿಸುತ್ತೇನೆ ಮತ್ತು ಅಧಿಕಾರ ನೀಡುತ್ತೇನೆ.

### ನವೀಕರಣ ಪಾವತಿ ಸ್ಥಾನ ಅಪ್

ನಿಮ್ಮ ಆರೋಗ್ಯ ವಿಮಾ ಪಾಲಿಸಿಯ ನವೀಕರಣ ಪ್ರೀಮಿಯಂ ಅನ್ನು ನಿಮ್ಮ ಅಸ್ತಿತ್ವದಲ್ಲಿರುವ ಸ್ವಯಂಚಾಲಿತ ಕ್ವಿಯರಿಂಗ್ ಹೌಸ್ (ಎಸಿಎಚ್) / ಸ್ವಾಯಂ ಸೂಚನೆಗಳು (ಎಸಐ) ಅನ್ನು ಕಂಪನಿಯೊಂದಿಗೆ ಮುಂದುವರಿಸುವ ಮೂಲಕ ಪ್ರತಿ ವರ್ಷ ಮಾಡಬಹುದು. ಈ ಆಯ್ಕೆಯ ಅಡಿಯಲ್ಲಿ, ನಿಮ್ಮ ಪಾಲಿಸಿಯನ್ನು ಸಕಾಲದಲ್ಲಿ ನವೀಕರಿಸಬಹುದು, ಆದರೆ ಕಂಪನಿಗೆ ಅಗತ್ಯವಿರುವ ಮಾಹಿತಿ ಮತ್ತು ದಸ್ತಾವೇಜಿನ ಎಲ್ಲಾ ಹೆಚ್ಚುವರಿ ಅವಶ್ಯಕತೆಗಳನ್ನು ನೀವು ಪೂರ್ಣಗೊಳಿಸಬಹುದು. ಇದು ನಿಮ್ಮ ಪಾಲಿಸಿ ಪ್ರಯೋಜನಗಳ ನಿರಂತರತೆಯನ್ನು ಖಚಿತಪಡಿಸುತ್ತದೆ.

ನಾನು ಎಸಿಎಚ್ / ಎಸಐ ನವೀಕರಣ ಆಯ್ಕೆಯನ್ನು ಆರಿಸಲು ಬಯಸುತ್ತೇನೆ.

ದಿನಾಂಕ: \_\_\_\_\_

ಸಹಿ ಪ್ರೋಸೆಸರ್ ನ: \_\_\_\_\_

ಸ್ಥಳ: \_\_\_\_\_

Pr ನ ಹೆಸರು ಒಪ್ಪೋಸರ್: \_\_\_\_\_

ನಿವಾ ಬೂಪಾ ಹೆಲ್ತ್ ಇನ್ಶೂರೆನ್ಸ್ ಕಂಪನಿ ಲಿಮಿಟೆಡ್ ನೋಂದಾಯಿತ ಕಛೇರಿ: ಸಿ-98, ಮೊದಲ ಮಹಡಿ, ಲಜಪತ್ ನಗರ, ಭಾಗ 1, ನವದೆಹಲಿ-110024 ಹಕ್ಕುತ್ಯಾಗ: ವಿಮೆಯು ಕೇವಲ ವಿಷಯವಾಗಿದೆ. ನಿವಾ ಬೂಪಾ ಹೆಲ್ತ್ ಇನ್ಶೂರೆನ್ಸ್ ಕಂಪನಿ ಲಿಮಿಟೆಡ್ (ಹಿಂದೆ ಮ್ಯಾಕ್ಸ್ ಬೂಪಾ ಹೆಲ್ತ್ ಇನ್ಶೂರೆನ್ಸ್ ಕಂಪನಿ ಲಿಮಿಟೆಡ್ ಎಂದು ಕರೆಯಲಾಗುತ್ತಿತ್ತು) (ಐಆರ್ಡಿಎಐ ನೋಂದಣಿ ಸಂಖ್ಯೆ 145), 'ಬುಪಾ' ಮತ್ತು 'ಹಾರ್ಟ್ ಬೀಟ್' ಲೋಗೋಗಳು ಆಯಾ ಮಾರ್ಕೆಟಿಂಗ್ ನೋಂದಾಯಿತ ಟ್ರೇಡ್ ಮಾರ್ಕ್ ಗಳಾಗಿವೆ ಮತ್ತು ಇದನ್ನು ನಿವಾ ಬೂಪಾ ಹೆಲ್ತ್ ಇನ್ಶೂರೆನ್ಸ್ ಕಂಪನಿ ಲಿಮಿಟೆಡ್ ಪರವಾನಗಿಯಡಿಯಲ್ಲಿ ಬಳಸುತ್ತಿದೆ. ಗ್ರಾಹಕ ಸಹಾಯವಾಣಿ: 1860-500-8888. ವೆಬ್ಸೈಟ್: [www.nivabupa.com](http://www.nivabupa.com). ಸಿಐಎನ್: U66000DL2008PLC182918. ನಿಯಮಗಳು ಮತ್ತು ಷರತ್ತುಗಳು, ಹೊರಗಡುವಿಕೆಗಳು, ಅಪಾಯದ ಅಂಶಗಳು, ಕಾಯುವ ಅವಧಿ ಮತ್ತು ಪ್ರಯೋಜನಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ವಿವರಗಳಿಗಾಗಿ, ಮಾರಾಟವನ್ನು ಮುಕ್ತಾಯಗೊಳಿಸುವ ಮೊದಲು ದಯವಿಟ್ಟು ಮಾರಾಟ ಮೊದಲ ಅನ್ವಯಿಸುವುದಿಲ್ಲ.

### ಕಂಪನಿಯಿಂದ ಸ್ವೀಕೃತಿ

ಅಪ್ಪಿಕೇಶನ್ ಸಂಖ್ಯೆ:

\_\_\_\_\_

ದಿನಾಂಕ

\_\_\_\_\_ ಮತ್ತು \_\_\_\_\_ ಮತ್ತು \_\_\_\_\_

ದಿನಾಂಕದಂದು ರೂ. \_\_\_\_\_ ಮೊತ್ತದ ಚೆಕ್ / ಡಿಮಾಂಡ್ ಡ್ರಾಫ್ಟ್ / \_\_\_\_\_ ಇತರರ ಮೂಲಕ ನಿಮ್ಮ \_\_\_\_\_ ವಿಮೆಗಾಗಿ ಪೂರ್ಣಗೊಂಡ ಪ್ರಸ್ತಾವನೆಯನ್ನು ಸ್ವೀಕರಿಸಿರುವುದನ್ನು ನಾವು ಧನ್ಯವಾದಗಳಿಂದ ಅಂಗೀಕರಿಸುತ್ತೇವೆ \_\_\_\_\_ ವಿಮೆಗಾಗಿ ಪೂರ್ಣಗೊಂಡ ಪ್ರಸ್ತಾವನೆಯನ್ನು ನಮಗೆ ಸಲ್ಲಿಸುವುದರಿಂದ ಅಥವಾ ಪಾಲಿಸಿಯ ವಿತರಣೆಗಾಗಿ ಮಾಡಿದ ಯಾವುದೇ ಪಾವತಿಯು ಪಾಲಿಸಿಯನ್ನು ಹೊರಡಿಸಲು ಒಪ್ಪುವಂತೆ ನಮ್ಮನ್ನು ಒತ್ತಾಯಿಸುವುದಿಲ್ಲ. ಈ ನಿರ್ಧಾರವು ಯಾವಾಗಲೂ ನಮ್ಮ ಸ್ವಂತ ಮತ್ತು ಸಂಪೂರ್ಣ ವಿವೇಚನೆಗೆ ಒಳಪಟ್ಟಿರುತ್ತದೆ. ನಾವು ವಿಮೆಯ ಪ್ರಸ್ತಾವನೆಯನ್ನು ಸ್ವೀಕರಿಸಿದರೆ, ಅದು ಪಾಲಿಸಿಯ ನಿಯಮಗಳು ಮತ್ತು ಷರತ್ತುಗಳಿಗೆ ಒಳಪಟ್ಟಿರುತ್ತದೆ ಮತ್ತು ಪ್ರೀಮಿಯಂ ಅನ್ನು ನಾವು ಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಮತ್ತು ಸಮಯಕ್ಕೆ ಸ್ವೀಕರಿಸದಿದ್ದರೆ ಅಥವಾ ಸಾಕಾರಗೊಳ್ಳದಿದ್ದರೆ ನಮಗೆ ಯಾವುದೇ ಹೊಣೆಗಾರಿಕೆ ಇರುವುದಿಲ್ಲ. ನಾವು ಪ್ರಸ್ತಾವನೆಯನ್ನು ಸ್ವೀಕರಿಸದಿದ್ದರೆ, ನಾವು ನಿಮಗೆ ತಿಳಿಸುತ್ತೇವೆ ಮತ್ತು ನಿಮ್ಮಿಂದ ಪಡೆದ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಪರಿಶೀಲನೆಗಳ ವೆಚ್ಚವನ್ನು ಕಡಿತಗೊಳಿಸಿದ ನಂತರ ಪಾವತಿಯನ್ನು ಬಡ್ಡಿಯಿಲ್ಲದೆ ಮರುಪಾವತಿಸುತ್ತೇವೆ.

ಸ್ವೀಕರಿಸುವವರ ಹೆಸರು ಮತ್ತು ಸಹಿ ಮತ್ತು ಕಚೇರಿ ಮುದ್ರೆ

\_\_\_\_\_