

URN: 016

1. ಪ್ರಸ್ತಾವಕರ ವಿವರಗಳು:

ಶೀರ್ಷಿಕೆ	ಹೆಸರು			
DOB	ಲಿಂಗ:	ಗಂಡು	ಹೆಣ್ಣು	ಇತರ
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
ಪಾವತಿಸಿದ ಪ್ರೀಮಿಯಂ	ಪ್ರಸ್ತಾವಕನೊಂದಿಗಿನ ಸಂಬಂಧ(ಬದಲಾಯಿಸಿ)			
<input type="checkbox"/> ನನ್ನ ಪಾಲಿಸಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಮಾಹಿತಿ ಮತ್ತು ನವೀಕರಣಗಳನ್ನು ನನ್ನ ಮೊಬೈಲ್ ಸಂಖ್ಯೆಗೆ ವಾಟ್ಸಾಪ್ ಮೂಲಕ ಸ್ವೀಕರಿಸಲು ನಾನು ಬಯಸುತ್ತೇನೆ.				
<input type="checkbox"/> ನಾನು ಎಲ್ಲಾ ನಿಯಮಗಳು ಮತ್ತು ಷರತ್ತುಗಳನ್ನು ಓದಿದ್ದೇನೆ, ಅರ್ಥಮಾಡಿಕೊಂಡಿದ್ದೇನೆ ಮತ್ತು ಸ್ವೀಕರಿಸಿದ್ದೇನೆ ಮತ್ತು ಈ ಮೂಲಕ ನಿವಾ ಬೂಪಾ ಹೆಲ್ತ್ ಇನ್ಶೂರೆನ್ಸ್ ಅಥವಾ ಅದರ ಯಾವುದೇ ಏಜೆಂಟರು ಮತ್ತು/ಅಥವಾ ಮೂರನೇ ಪಕ್ಷ(ಗಳು)/ಅಂಗಸಂಸ್ಥೆ(ಗಳಿಗೆ) ವಾಟ್ಸಾಪ್/ಎನ್‌ಎಂಎಸ್/ಇಮೇಲ್/ಫೋನ್/ಫೇಸ್‌ಬುಕ್ ಅಥವಾ ನನ್ನ ನೋಂದಾಯಿತ ಫೋನ್ ಸಂಖ್ಯೆಯ ಇತರ ಯಾವುದೇ ವಿಧಾನಗಳ ಮೂಲಕ ನನ್ನನ್ನು ಸಂಪರ್ಕಿಸಲು ಅಧಿಕಾರ ನೀಡುತ್ತೇನೆ.				

ನೀವು ಅಥವಾ ಪ್ರಸ್ತಾವಿತ ಅರ್ಜಿದಾರರಲ್ಲಿ ಯಾರಾದರೂ PEPH 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 ಸರ್ಕಾರ, ನ್ಯಾಯಾಂಗ ಅಥವಾ ಮಿಲಿಟರಿ ಅಧಿಕಾರಿಗಳು, ಸರ್ಕಾರ ಕಂಪನಿಗಳ ಹಿರಿಯ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಾಹಕರು, ಪಕ್ಷದ ಪ್ರಮುಖ ಅಧಿಕಾರಿಗಳು. (ನೀವು ಪಿಇಪಿ ವಿರುದ್ಧ ಟೀಕೆ ಮಾಡಿದ್ದರೆ, ದಯವಿಟ್ಟು ಪ್ರತ್ಯೇಕ ಪಿಇಪಿ ಪ್ರಶ್ನಾವಳಿಯನ್ನು ಭರ್ತಿ ಮಾಡಿ)

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 ಬಯಸುವೀರಾ? (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 ತೆರೆದಿದ್ದೀರಿ) (ದಯವಿಟ್ಟು ಯಾವುದಾದರೂ ಒಂದನ್ನು ಆಯ್ಕೆ ಮಾಡಿ)

 1. NSDL 2. CIRL 3. ಕಾರ್ವಿ 4. ಕ್ಯಾಮ್ಸ್

 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. ಕವರೇಜ್ ಆಯ್ಕೆ:

ಮೂಲ ವ್ಯಾಪ್ತಿ:			
ನೀತಿ ಪ್ರಕಾರ:	<input type="checkbox"/> ವೈಯಕ್ತಿಕ ಆಧಾರ	<input type="checkbox"/> ಫ್ಯಾಮಿಲಿ ಫ್ಲೋಟರ್ ಆಧಾರದ ಮೇಲೆ	
ಕವರ ಮಾಡೆಲೇಕಾದ ಜೀವಗಳ ಸಂಖ್ಯೆ:	<input type="checkbox"/> ವಯಸ್ಕರು	<input type="checkbox"/> ಮಕ್ಕಳು	
ಮೂಲ ವಿಮಾ ಮೊತ್ತ:			
ನೀತಿ ಅವಧಿ:	<input type="checkbox"/> 3.5 ತಿಂಗಳುಗಳು	<input type="checkbox"/> 6.5 ತಿಂಗಳುಗಳು	<input type="checkbox"/> 9.5 ತಿಂಗಳುಗಳು
ಐಚ್ಛಿಕ ವ್ಯಾಪ್ತಿ:			
ಆಸ್ಪತ್ರೆ ದಿನ: ದಿನಕ್ಕೆ ಮೂಲ ವಿಮಾ ಮೊತ್ತದ 0.5%	<input type="checkbox"/> ಹೌದು	<input type="checkbox"/> ಇಲ್ಲ	

3. ವಿಮೆಗಾಗಿ ಅರ್ಜಿದಾರರ ವಿವರಗಳು:

ಅರ್ಜಿದಾರರ ಸಂಖ್ಯೆ	ಹೆಸರು	ಲಿಂಗ (ಪುರುಷ / ಮಹಿಳೆ / ಇತರ)	ಹುಟ್ಟಿದ ದಿನಾಂಕ (dd/mm/yyyy)	ಸಂಬಂಧ (ಸ್ವಯಂ / ಸಂಗಾತಿ / ಮಗ / ಮಗಳು / ತಂದೆ / ತಾಯಿ / ಮಾವ / ಅತ್ತೆ)	ಭಾರತೀಯರಲ್ಲದಿದ್ದರೆ ದಯವಿಟ್ಟು ಟಿಪ್ಪಣಿ ಮಾಡಿ
1					
2					
3					
4					
5					
n					

4. ನಾಮನಿರ್ದೇಶನ

ಪ್ರಸ್ತಾಪಕನ 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 ಪ್ರಸ್ತಾಪಕನಾಗಬೇಕು.

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

ನಾಮನಿರ್ದೇಶಿತರ ಬ್ಯಾಂಕ್ ವಿವರಗಳು: ಫಲಾನುಭವಿ ಹೆಸರು: _____

ಬ್ಯಾಂಕ್ ಹೆಸರು _____ ಖಾತೆ ಪ್ರಕಾರ _____ ಉಳಿತಾಯ _____ Cur ಬಾಡಿಗೆ _____

ಖಾತೆ ಸಂಖ್ಯೆ _____ IFSC ಕೋಡ್ _____

5. ವೈದ್ಯಕೀಯ ಅಭ್ಯಾಸಗಳು ಮತ್ತು ಹಿಂದಿನ ಪ್ರಸ್ತಾಪ ಮಾಹಿತಿ

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

ದಯವಿಟ್ಟು ಪ್ರತಿ ಅರ್ಜಿದಾರರಿಗೆ ಈ ಕೆಳಗಿನ ಪ್ರಶ್ನೆಗಳಿಗೆ ಉತ್ತರಿಸಿ. ದಯವಿಟ್ಟು ಹೌದು (Y) ಅಥವಾ ಇಲ್ಲ (N) ಎಂದು ವ್ಯಾಖ್ಯಾನಿಸಿ. ಬರೆಯಿರಿ	ಅರ್ಜಿದಾರರ ಸಂಖ್ಯೆ					
	1	2	3	4	5	6
1. ನೀವು ಅಥವಾ ನೀವು ಈ ಪಾಲಿಸಿಯನ್ನು ಖರೀದಿಸುತ್ತಿರುವ ಇತರ ಯಾವುದೇ ಸದಸ್ಯರು ಕಳೆದ 21 ದಿನಗಳಲ್ಲಿ ಕೋವಿಡ್-19 ಪಾಸಿಟಿವ್ ವ್ಯಕ್ತಿಯೊಂದಿಗೆ ವಾಸಿಸುತ್ತಿದ್ದೀರಾ ಅಥವಾ ವಾಸಿಸುತ್ತಿದ್ದೀರಾ?	ಮತ್ತು N	ಮತ್ತು N	ಮತ್ತು N	ಮತ್ತು N	ಮತ್ತು N	ಮತ್ತು N
2. ಕಳೆದ 21 ದಿನಗಳಲ್ಲಿ ನೀವು ಯಾವುದೇ ಸ್ಥಳದಲ್ಲಿ ಭಾಗವಹಿಸಿದ್ದೀರಾ ಅಥವಾ ಯಾರನ್ನಾದರೂ ಭೇಟಿ ಮಾಡಿದ್ದೀರಾ, ಯಾವುದೇ ವ್ಯಕ್ತಿಯನ್ನು ಪರಿಶೀಲಿಸಿದ್ದೀರಾ ಅಥವಾ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮದ ನಂತರ ಕೋವಿಡ್-19 ಪಾಸಿಟಿವ್ ಆಗಿದ್ದೀರಾ?	ಮತ್ತು N	ಮತ್ತು N	ಮತ್ತು N	ಮತ್ತು N	ಮತ್ತು N	ಮತ್ತು N
3. ಕಳೆದ 21 ದಿನಗಳಲ್ಲಿ ನಿಮ್ಮ ಮನಗೆ ಭೇಟಿ ನೀಡಿದ ಯಾರಾದರೂ (ಮನೆ ಸಹಾಯಕರು, ವಿತರಣಾ ವ್ಯಕ್ತಿ, ಚಾಲಕ, ಅಡುಗೆಯವರು, ತೋಟಗಾರ, ಸ್ವಚ್ಛಗೊಳಿಸುವ ವ್ಯಕ್ತಿ ಇತ್ಯಾದಿ) ಕೋವಿಡ್-19 ಗೆ ಧನಾತ್ಮಕ ಪರಿಶೀಲನೆ ಮಾಡಿದ್ದಾರೆಯೇ?	ಮತ್ತು N	ಮತ್ತು N	ಮತ್ತು N	ಮತ್ತು N	ಮತ್ತು N	ಮತ್ತು N

6. ವಿದ್ಯುನ್ಮಾನ ನೀತಿ ನೆರವರಿಕೆ ಮತ್ತು ಸೇವಾ ಸಂವಹನಗಳಿಗೆ ಅಧಿಕಾರ

ಅರ್ಜಿ ನಮೂನೆಯಲ್ಲಿ ಇಲ್ಲಿ ಉಲ್ಲೇಖಿಸಿರುವಂತೆ ನಿಮ್ಮ ಎಲ್ಲಾ ನೀತಿ ಮತ್ತು ಸೇವಾ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಸಂವಹನವನ್ನು ಇಮೇಲ್ ಐಡಿಗೆ ಕಳುಹಿಸಲು ಕಂಪನಿಗೆ ಅಧಿಕಾರ ನೀಡುವ ಮೂಲಕ ಪರಿಶರವನ್ನು ರಕ್ಷಿಸಲು ಮತ್ತು ಕಾಗದವನ್ನು ಉಳಿಸಲು ಸಹಾಯ ಮಾಡಲು ನೀವು ಬಯಸುವೀರಾ? _____ ಹೌದು _____ ಇಲ್ಲ.

7. ಘೋಷಣೆ (ಪ್ರಸ್ತಾಪನ 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 ಪ್ರಸ್ತಾಪಿಸಲು ನನಗೆ ಅಧಿಕಾರವಿದೆ ಎಂದು ನನ್ನ ಪರವಾಗಿ ಮತ್ತು ವಿಮೆ ಮಾಡಲು ಉದ್ದೇಶಿಸಿರುವ ಎಲ್ಲಾ ವ್ಯಕ್ತಿಗಳ ಪರವಾಗಿ ನಾನು ಈ ಮೂಲಕ ಘೋಷಿಸುತ್ತೇನೆ.
- ನಾನು ಒದಗಿಸಿದ ಮಾಹಿತಿಯು ವಿಮೆ ಪಾಲಿಸಿಯ ಅಧಾರವನ್ನು ರೂಪಿಸುತ್ತದೆ, ವಿಮಾದಾರರ ಮಂಡಳಿ ಅನುಮೋದಿತ ಅಂಡರ್ ರೈಟಿಂಗ್ ಪಾಲಿಸಿಗೆ ಒಳಪಟ್ಟಿರುತ್ತದೆ ಮತ್ತು ವಿಧಿಸಬಹುದಾದ ಪ್ರೀಮಿಯಂ ಅನ್ನು ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಪಾವತಿಸಿದ ನಂತರವೇ ಪಾಲಿಸಿ ಜಾರಿಗೆ ಬರುತ್ತದೆ ಎಂದು ನಾನು ಅರ್ಥಮಾಡಿಕೊಂಡಿದ್ದೇನೆ.
- ಪ್ರಸ್ತಾಪನೆಯನ್ನು ಸಲ್ಲಿಸಿದ ನಂತರ ಆದರೆ ಕಂಪನಿಯು ಅಪಾಯ ಸ್ವೀಕಾರದ ಸಂವಹನದ ಮೊದಲು ವಿಮೆ ಮಾಡಬೇಕಾದ / ಪ್ರಸ್ತಾಪಿಸಬೇಕಾದ ಜೀವನದ ಉದ್ಯೋಗ ಅಥವಾ ಸಾಮಾನ್ಯ ಆರೋಗ್ಯದಲ್ಲಿ ಸಂಭವಿಸುವ ಯಾವುದೇ ಬದಲಾವಣೆಯನ್ನು ನಾನು ಲಿಖಿತವಾಗಿ ತಿಳಿಸುತ್ತೇನೆ ಎಂದು ನಾನು ಘೋಷಿಸುತ್ತೇನೆ.
- ವಿಮೆ ಮಾಡಬೇಕಾದ / ಪ್ರಸ್ತಾಪಿಸಬೇಕಾದ ವ್ಯಕ್ತಿಯು ದೈಹಿಕ ಅಥವಾ ಮಾನಸಿಕ ಆರೋಗ್ಯದ ಮೇಲೆ ಪರಿಣಾಮ ಬೀರುವ ಯಾವುದೇ ವಿಷಯದ ಬಗ್ಗೆ ಯಾವುದೇ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ವಿಮೆ ಮಾಡಬೇಕಾದ / ಪ್ರಸ್ತಾಪಿಸುವ ವ್ಯಕ್ತಿಯ ಮೇಲೆ ಅಥವಾ ಯಾವುದೇ ಹಿಂದಿನ ಅಥವಾ ಪ್ರಸ್ತುತ ಉದ್ಯೋಗದಾತರಿಂದ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಕೋರಬಹುದಾದ ಯಾವುದೇ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಅಥವಾ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಿಂದ ಮತ್ತು ವಿಮೆ ಮಾಡಬೇಕಾದ ವ್ಯಕ್ತಿಯ ಮೇಲೆ ವಿಮೆಗಾಗಿ ಅರ್ಜಿ ಸಲ್ಲಿಸಿದ ಯಾವುದೇ ವಿಮಾದಾರರಿಂದ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಕೋರಲು ಕಂಪನಿಗೆ ನಾನು ಸಮ್ಮತಿಸುತ್ತೇನೆ ಎಂದು ನಾನು ಘೋಷಿಸುತ್ತೇನೆ ಪ್ರಸ್ತಾಪನೆ ಮತ್ತು/ಅಥವಾ ಕ್ಲೈಮ್ ಇತ್ಯರ್ಥಕ್ಕೆ ಅಂಡರ್ ರೈಟ್ ಮಾಡುವ
- ಪ್ರಸ್ತಾಪನೆ ಮತ್ತು/ಅಥವಾ ಕ್ಲೈಮ್ ಇತ್ಯರ್ಥಕ್ಕೆ ಮತ್ತು ಯಾವುದೇ ಸರ್ಕಾರಿ ಮತ್ತು/ಅಥವಾ ನಿಯಂತ್ರಣ ಪ್ರಾಧಿಕಾರದೊಂದಿಗೆ ಅಂಡರ್ ರೈಟ್ ಮಾಡುವ ವ್ಯಕ್ತಿ ಉದ್ದೇಶಕ್ಕಾಗಿ ವಿಮಾದಾರ/ಪ್ರಸ್ತಾಪಕರ ವೈದ್ಯಕೀಯ ದಾಖಲೆಗಳು ಸೇರಿದಂತೆ ನನ್ನ ಪ್ರಸ್ತಾಪಕ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಹಂಚಿಕೊಳ್ಳಲು ನಾನು ಕಂಪನಿಗೆ ಅಧಿಕಾರ ನೀಡುತ್ತೇನೆ.
- ಸೇವಾ ವಿತರಣೆಯ ವ್ಯಕ್ತಿ ಉದ್ದೇಶಕ್ಕಾಗಿ ವಿಮಾದಾರ / ಪ್ರಸ್ತಾಪಕರ ವೈದ್ಯಕೀಯ ದಾಖಲೆಗಳು ಸೇರಿದಂತೆ ನನ್ನ / ನಮ್ಮ ಪ್ರಸ್ತಾಪಕ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ನಮ್ಮ ಎಂಪ್ಲೋಯ್ ಪ್ರೊವೈಡರ್‌ನೊಂದಿಗೆ ಹಂಚಿಕೊಳ್ಳಲು ನಾನು/ನಾವು ಕಂಪನಿಗೆ ಅಧಿಕಾರ ನೀಡುತ್ತೇವೆ.

ದಿನಾಂಕ _____ ಸ್ಥಳ _____ ಪ್ರಸ್ತಾಪಕರ ಸಹಿ _____

8. ದೇಶೀಯ ಘೋಷಣೆ

(ಪ್ರಸ್ತಾವಕರ ಸ್ಥಳೀಯ ಭಾಷೆಯಲ್ಲಿ, ಸಹಿ ಮಾಡಿದ ಪ್ರಮಾಣೀಕರಣ (ಕಂಪನಿಯ ಏಜೆಂಟ್ / ಉದ್ಯೋಗಿಯನ್ನು ಹೊರತುಪಡಿಸಿ ಬೇರೆ ಯಾರಾದರೂ ಸಾಕ್ಷಿಯಾಗಬೇಕು).

ಈ ನಮೂನೆಯ ವಿಷಯ ಮತ್ತು ಅದರ ವಿವರಗಳನ್ನು ನಾನು ಪ್ರಸ್ತಾವಿಸುವವರಿಗೆ ಸ್ಥಳೀಯ ಭಾಷೆಯಲ್ಲಿ ವಿವರಿಸಿದ್ದೇನೆ, ಅವರು ಅದನ್ನು ಅರ್ಥಮಾಡಿಕೊಂಡಿದ್ದಾರೆ ಮತ್ತು ದೃಢಪಡಿಸಿದ್ದಾರೆ:

ಹೆಸರು(ಬದಲಾಯಿಸಿ) ಪ್ರಮಾಣೀಕರಿಸುವ ವ್ಯಕ್ತಿ:	<input type="text"/>	ಪ್ರಮಾಣೀಕರಿಸುವ ವ್ಯಕ್ತಿಯ ಸಹಿ:	<input type="text"/>	ಪ್ರಮಾಣೀಕರಿಸುವ ವ್ಯಕ್ತಿಯ ಮೊಬೈಲ್ ಸಂಖ್ಯೆ: <input type="text"/>
ಸಾಕ್ಷಿಯ ಹೆಸರು	<input type="text"/>	ಸಾಕ್ಷಿಯ ಸಹಿ	<input type="text"/>	ಸಾಕ್ಷಿಯ ಮೊಬೈಲ್ ಸಂಖ್ಯೆ: <input type="text"/>
				ಪ್ರಸ್ತಾವಕರ ಸಹಿ <input type="text"/>

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 ಬಳಕೆಗಾಗಿ ಮಾತ್ರ)

ಪ್ರೀಮಿಯಂ ಪಾವತಿ ಆಯ್ಕೆ <input type="checkbox"/> ಕ್ರೆಡಿಟ್ ಕಾರ್ಡ್ <input type="checkbox"/> ನಗದು <input type="checkbox"/> ಚೆಕ್ <input type="checkbox"/> ಇತರರು, _____ ಡಿಮಾಂಡ್ ಡ್ರಾಫ್ಟ್	ಪ್ರೀಮಿಯಂ ಮೊತ್ತ <input type="text"/>
ಆನ್ ಲೈನ್ ಪಾವತಿ ವಹಿವಾಟು ID: <input type="text"/>	ದಿನಾಂಕ D D M M ಮತ್ತು ಮತ್ತು ಮತ್ತು ಮತ್ತು
ಬ್ಯಾಂಕ್ ಹೆಸರು/ಶಾಖೆ <input type="text"/>	ನಿವಾ ಬಂಪಾ ಶಾಖೆಯ ಸ್ಥಳ <input type="text"/>
ಕೋಡ್ ಸಂಖ್ಯೆ <input type="text"/>	ಹೆಸರು <input type="text"/>
ವ್ಯವಹಾರ ಮೂಲ: ಸಲಹೆಗಾರ / ಡಿಎಸ್ ಟಿ / ಕಾರ್ಪೊರೇಟ್ ಏಜೆನ್ಸಿ / ಇತರ ಚಾನೆಲ್ ಗಳು	ಗ್ರಾಹಕ ID: <input type="text"/>
ಕೋಡ್ ಸಂಖ್ಯೆ <input type="text"/>	
ಸ್ವೀಕರಿಸಿದ ಪ್ರಸ್ತಾವನೆ: <input type="text"/>	
ಪ್ರಪೋಸರ್ ಅಥವಾ ಅರ್ಜಿದಾರರು ಸಿಬ್ಬಂದಿಯೇ <input type="checkbox"/> ಹೌದು <input type="checkbox"/> ಇಲ್ಲ	

ಈ ಜಾಗವನ್ನು ಉದ್ದೇಶಪೂರ್ವಕವಾಗಿ ಬಾಲಿ ಬಿಡಲಾಗಿದೆ.

11. ಬ್ಯಾಂಕ್ ಇನ್‌ಫೋರ್ಮೇಷನ್ ಗಳ ಮಾತೃ ಹೆಚ್‌ಸಿ/ವಿವರಗಳು (ಕಚೇರಿ ಬಳಕೆಗೆ ಮಾತ್ರ)

ಬ್ಯಾಂಕ್ ಕೋಡ್ SP ಕೋಡ್ RM/LG ಕೋಡ್

C CUSTOMER ಖಾತೆ ಸಂಖ್ಯೆ

12. ವಿಮಾ ಸಲಹೆಗಾರರ ವಿವರ (ಕಚೇರಿ ಬಳಕೆಗೆ ಮಾತ್ರ)

ನಾನು, ವಿಮಾ ಸಲಹೆಗಾರನಾಗಿ / ಕಾರ್ಪೊರೇಟ್ ಏಜೆಂಟ್ ನ ನಿರ್ದಿಷ್ಟ ವ್ಯಕ್ತಿಯಾಗಿ / ಬೋರ್ಡರ್ / ಸಂಬಂಧ ಅಧಿಕಾರಿಯ ಅಧಿಕೃತ ಉದ್ಯೋಗಿಯಾಗಿ, ಈ ಪ್ರಸ್ತಾವ ನಮೂನೆಯಲ್ಲಿ ಒಳಗೊಂಡಿರುವ ಪ್ರಶ್ನೆಗಳ ಸ್ವರೂಪ ಸೇರಿದಂತೆ ಈ ಪ್ರಸ್ತಾವ ನಮೂನೆಯ ಎಲ್ಲಾ ವಿಷಯಗಳನ್ನು ಪ್ರಸ್ತಾವಿಸುವವರಿಗೆ ವಿವರಿಸಿದ್ದೇನೆ, ಇದರಲ್ಲಿ ಒಳಗೊಂಡಿರುವ ಪ್ರಶ್ನೆಗಳಿಗೆ ಅವನು / ಅವಳು ಸಲ್ಲಿಸಿದ ಹೇಳಿಕೆ (ಗಳು), ಮಾಹಿತಿ ಮತ್ತು ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆ (ಗಳು) ಸೇರಿದಂತೆ ಈ ಪ್ರಸ್ತಾವ ನಮೂನೆಯ ಎಲ್ಲಾ ವಿಷಯಗಳನ್ನು ನಾನು ಈ ಮೂಲಕ ಘೋಷಿಸುತ್ತೇನೆ ಪಾಲಿಸಿಯ ವಿತರಣೆಗಾಗಿ ಕಂಪನಿಯು ಈ ಪ್ರಸ್ತಾವವನ್ನು ಒಪ್ಪಿಕೊಂಡರೆ, ಕಂಪನಿ ಮತ್ತು ಪ್ರಸ್ತಾವಕರ ನಡುವಿನ ವಿಮಾ ಒಪ್ಪಂದದ ಬಗ್ಗೆ ಅನುಬಂಧ(ಗಳು),

ಅಪ್ಪಿಡೇಟ್ ಗಳು, ಹೇಳಿಕೆಗಳು, ಸಲ್ಲಿಕೆಗಳು, ಒದಗಿಸಬೇಕಾದ / ಒದಗಿಸಬೇಕಾದ / ಒದಗಿಸಬೇಕಾದ ಮತ್ತು ಇನ್ನೂ ಹೆಚ್ಚಿನವುಗಳನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಂತೆ ಯಾವುದೇ ಅಸತ್ಯ ಹೇಳಿಕೆ(ಗಳು) / ಮಾಹಿತಿ / ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆ(ಗಳು) ಈ ಪ್ರಸ್ತಾವ ನಮೂನೆಯಲ್ಲಿ / ಒಳಗೊಂಡಿದ್ದರೆ/ ಒಳಗೊಂಡಿದ್ದರೆ, ಈ ಪ್ರಸ್ತಾವಕ್ಕೆ ಅನುಸಾರವಾಗಿ ಅವನು / ಅವಳ ಪರವಾಗಿ ನೀಡಲಾದ ಪಾಲಿಸಿಯನ್ನು ಕಂಪನಿಯು ಶೂನ್ಯ ಮತ್ತು ಅನುಚರಿಸುವುದು ಪರಿಗಣಿಸಬಹುದು ಮತ್ತು ಪಾಲಿಸಿಯ ಅಡಿಯಲ್ಲಿ ಪಾವತಿಸಿದ ಎಲ್ಲಾ ಪ್ರೀಮಿಯಂಗಳನ್ನು ಕಂಪನಿಗೆ ಮುಟ್ಟುಗೋಲು ಹಾಕಿಕೊಳ್ಳಬಹುದು ಎಂದು ನಾನು ವಿವರಿಸಿದ್ದೇನೆ.

ದಿನಾಂಕ ವಿಮಾ ಸಲಹೆಗಾರರ ಸಹಿ

ಟಿಪ್ಪಣಿ
 ಸೆಕ್ಷನ್ 10, 11 ಮತ್ತು 12 ರ ಅಡಿಯಲ್ಲಿ ಒದಗಿಸಲಾದ ವಿವರಗಳು ಕಚೇರಿ ಬಳಕೆಗೆ ಮಾತ್ರ ಮತ್ತು ಪ್ರಸ್ತಾವಕರು ಭರ್ತಿ ಮಾಡಬಾರದು. ಆದ್ದರಿಂದ, ಈ ವಿವರಗಳು ಸೂಚಕವಾಗಿವೆ ಏಕೆಂದರೆ ಅವುಗಳು ಪ್ರಸ್ತಾವಕರು ಭರ್ತಿ ಮಾಡಿದ ವಿವರಗಳೊಂದಿಗೆ ಯಾವುದೇ ಸಂಬಂಧವನ್ನು ಹೊಂದಿಲ್ಲ. ಈ ಟಿಪ್ಪಣಿಯು ಗ್ರಾಹಕರಿಗೆ ಕಳುಹಿಸಲಾದ ಪ್ರಸ್ತಾವನೆ ನಮೂನೆಯಲ್ಲಿ ಕಾಣಿಸಿಕೊಳ್ಳುವುದಿಲ್ಲ ಮತ್ತು ಫೈಲ್ ಮತ್ತು ಬಳಕೆ ಅನುಮೋದನೆಯ ಒಂದು.

13. ಶಾಸನಬದ್ಧ ಎಡ್ವರ್ಟಿಸ್

- ರಿಯಾಯಿತಿಗಳ ನಿಷೇಧ (ವಿಮಾ ಕಾಯ್ದೆ 1938 ರ ಸೆಕ್ಷನ್ 41 ರ ಅಡಿಯಲ್ಲಿ)
- 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 ಪ್ರಾಸ್ಟೆಕ್ಟ್ಸ್ ಅಥವಾ ಕೋಷ್ಟಕಗಳಿಗೆ ಅನುಗುಣವಾಗಿ ಅನುಮತಿಸಬಹುದಾದ ರಿಯಾಯಿತಿಯನ್ನು ಹೊರತುಪಡಿಸಿ, ಪಾಲಿಸಿಯನ್ನು ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳುವ ಅಥವಾ ನವೀಕರಿಸುವ ಅಥವಾ ಮುಂದುವರಿಸುವ ಯಾವುದೇ ವ್ಯಕ್ತಿಯು ಯಾವುದೇ ರಿಯಾಯಿತಿಯನ್ನು ಸ್ವೀಕರಿಸುವುದಿಲ್ಲ.
 - ಈ ಸೆಕ್ಷನ್ ನಿಬಂಧನೆಗಳನ್ನು ಅನುಸರಿಸಲು ವಿಫಲವಾದ ಯಾವುದೇ ವ್ಯಕ್ತಿಯು ಹತ್ತು ಲಕ್ಷ ರೂಪಾಯಿಗಳವರೆಗೆ ವಿಸ್ತರಿಸಬಹುದಾದ ದಂಡಕ್ಕೆ ಗುರಿಯಾಗುತ್ತಾನೆ.

14. ಅಭಿಧಾ ID

ಸದಸ್ಯರ ಹೆಸರು	ನಿಮ್ಮ ಬಳಿ ಅಭಿಧಾ ಐದೆಯೇ?	ಅಭಿಧಾ ID	ಎಡಿಎಚ್‌ಎ ಮೂಲಕ ವಿಮಾದಾರರು/ಟಿಪ್ಪಣಿಗಳೊಂದಿಗೆ ವ್ಯಕ್ತಿಯ ದಾಖಲೆಗಳನ್ನು ಹಂಚಿಕೊಳ್ಳಲು
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ಹೌದು <input type="checkbox"/> ಇಲ್ಲ	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ಹೌದು <input type="checkbox"/> ಇಲ್ಲ
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ಹೌದು <input type="checkbox"/> ಇಲ್ಲ	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ಹೌದು <input type="checkbox"/> ಇಲ್ಲ
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ಹೌದು <input type="checkbox"/> ಇಲ್ಲ	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ಹೌದು <input type="checkbox"/> ಇಲ್ಲ
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ಹೌದು <input type="checkbox"/> ಇಲ್ಲ	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ಹೌದು <input type="checkbox"/> ಇಲ್ಲ
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ಹೌದು <input type="checkbox"/> ಇಲ್ಲ	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ಹೌದು <input type="checkbox"/> ಇಲ್ಲ
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ಹೌದು <input type="checkbox"/> ಇಲ್ಲ	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ಹೌದು <input type="checkbox"/> ಇಲ್ಲ

15. ಕ್ಲೈಮ್ ಗಳ ಮರುಪಾವತಿ ಮತ್ತು ಪಾವತಿಯ ವಿವರಗಳು

ಪಾವತಿ ಸ್ವೀಕರಿಸುವ ಆಯ್ಕೆ: ಬ್ಯಾಂಕ್ ವರ್ಗಾವಣೆ

ಫಲಾನುಭವಿಯ ಹೆಸರು

ಬ್ಯಾಂಕ್ ಹೆಸರು

ಖಾತೆ ಸಂಖ್ಯೆ IFSC ಕೋಡ್

ಖಾತೆ ಪ್ರಕಾರ:

ಅಪ್ಪಿಕೇಶನ್ ಸಂಖ್ಯೆ

ದಿನಾಂಕ

ದಿನಾಂಕದಂದು ರೂ. _____ ಮೊತ್ತದ ಚೆಕ್ / ಡಿಮಾಂಡ್ ಡ್ರಾಫ್ಟ್ / _____ ಇತರರ ಮೂಲಕ ನಿಮ್ಮ _____ ವಿಮೆಗಾಗಿ ಪೂರ್ಣಗೊಂಡ ಪ್ರಸ್ತಾವನೆಯನ್ನು ನಮಗೆ ಸಲ್ಲಿಸುವುದರಿಂದ ಅಥವಾ ಪಾಲಿಸಿಯ ವಿತರಣೆಗಾಗಿ ಮಾಡಿದ ಯಾವುದೇ ಪ್ರಸ್ತಾವ ಮತ್ತು ಮೊತ್ತವನ್ನು ಸ್ವೀಕರಿಸುವುದನ್ನು ನಾವು ಧನ್ಯವಾದಗಳಿಂದ ಅಂಗೀಕರಿಸುತ್ತೇವೆ drawn on _____ ಪಾವತಿಯ ಪಾಲಿಸಿಯನ್ನು ಹೊಂದಿಸಲು ಒಪ್ಪುವಂತೆ ನಮ್ಮನ್ನು ಒತ್ತಾಯಿಸುವುದಿಲ್ಲ. ಈ ನಿರ್ಧಾರವು ಯಾವಾಗಲೂ ನಮ್ಮ ಸ್ವಂತ ಮತ್ತು ಸಂಪೂರ್ಣ ವಿವೇಚನೆಗೆ ಒಳಪಟ್ಟಿರುತ್ತದೆ. ನಾವು ವಿಮೆಯ ಪ್ರಸ್ತಾವನನ್ನು ಸ್ವೀಕರಿಸಿದರೆ, ಅದು ಪಾಲಿಸಿಯ ನಿಯಮಗಳು ಮತ್ತು ಷರತ್ತುಗಳಿಗೆ ಒಳಪಟ್ಟಿರುತ್ತದೆ ಮತ್ತು ಪ್ರೀಮಿಯಂ ಅನ್ನು ನಾವು ಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಮತ್ತು ಸಮಯಕ್ಕೆ ಸ್ವೀಕರಿಸದಿದ್ದರೆ ಅಥವಾ ಸಾಕಾರಗೊಳ್ಳದಿದ್ದರೆ ನಮಗೆ ಯಾವುದೇ ಹೊಣೆಗಾರಿಕೆ ಇರುವುದಿಲ್ಲ. ನಾವು ಪ್ರಸ್ತಾವನನ್ನು ಸ್ವೀಕರಿಸದಿದ್ದರೆ, ನಾವು ನಿಮಗೆ ತಿಳಿಸುತ್ತೇವೆ ಮತ್ತು ನಿಮ್ಮಿಂದ ಪಡೆದ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಪರಿಶೀಲನೆಗಳ ವೆಚ್ಚವನ್ನು ಕಡಿಗೊಳಿಸಿದ ನಂತರ ಪಾವತಿಯನ್ನು ಬಡ್ಡಿಯಿಲ್ಲದೆ ಮರುಪಾವತಿಸುತ್ತೇವೆ.

ಸ್ವೀಕರಿಸುವವರ ಹೆಸರು ಮತ್ತು ಸಹಿ ಮತ್ತು ಕಚೇರಿ ಮುದ್ರೆ

ಪ್ರಮುಖ ವೈಶಿಷ್ಟ್ಯ ದಾಖಲೆ (ಕಂಪನಿ)

- ಕರೋನಾ ಕವಚ್

ಪಾಲಿಸಿ, ನಿವಾ ಬೂಪಾ ಹೆಲ್ತ್ ಇನ್ಶೂರೆನ್ಸ್ ಕಂಪನಿ

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

'ಕರೋನಾ ಕವಚ್' ಪಾಲಿಸಿ, ನಿವಾ ಬೂಪಾ ಹೆಲ್ತ್ ಇನ್ಶೂರೆನ್ಸ್ ಕಂಪನಿ ಲಿಮಿಟೆಡ್ ನಿಮ್ಮ ನಿರ್ದಿಷ್ಟ ಕೋವಿಡ್-19 ಸಂಬಂಧಿತ ಪ್ರಯೋಜನಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸುತ್ತದೆ. ಅಲ್ಲದೆ, ನಿಮ್ಮ ಕವರ್ ಅನ್ನು ಹೆಚ್ಚಿಸಲು ನೀವು ಬಯಸಿದರೆ ಖರೀದಿಸಲು ಐಚ್ಛಿಕ ಪ್ರಯೋಜನವಿದೆ.

ಪಾಲಿಸಿ ಒಪ್ಪಂದದಲ್ಲಿ ನಿರ್ದಿಷ್ಟಪಡಿಸಿದಂತೆ ಕೆಲವು ಮಿತಿಗಳು ಮತ್ತು ವಿನಾಯಿತಿಗಳಿಗೆ ಒಳಪಟ್ಟು ಈ ಕೆಳಗಿನ ಮೂಲ ಪ್ರಯೋಜನಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ:

- ಕೋವಿಡ್-19 ಗಾಗಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ದಾಖಲಾಗುವ ವೆಚ್ಚಗಳನ್ನು ವಿಮಾ ಮೊತ್ತದವರೆಗೆ ಭರಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ. ಕೋವಿಡ್-19 ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಜೊತೆಗೆ ಯಾವುದೇ ಕೊಮೊರ್ಬಿಡ್ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೂ ಮಾಡಿದ ವೆಚ್ಚಗಳನ್ನು ಸಹ ವಿಮಾ ಮೊತ್ತದವರೆಗೆ ಭರಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ.
- ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ದಾಖಲಾಗುವ ಮೊದಲು ಮತ್ತು ನಂತರದ ವೆಚ್ಚಗಳ ಕ್ರಮವಾಗಿ 15 ಮತ್ತು 30 ದಿನಗಳು.
- ಆಯುರ್ವೇದ, ಯೋಗ ಮತ್ತು ಪ್ರಕೃತಿ ಚಿಕಿತ್ಸೆ, ಯುನಾನಿ, ಸಿದ್ಧ ಮತ್ತು ಹೋಮಿಯೋಪತಿ ವೈದ್ಯ ಪದ್ಧತಿಗಳ ಅಡಿಯಲ್ಲಿ ಕೋವಿಡ್-19 ಗಾಗಿ ಒಳರೋಗಿಗಳ ಆರೈಕೆ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ತಗಲುವ ಆಯುಷ್ ವೆಚ್ಚಗಳನ್ನು ಭರಿಸಲಾಗುವುದು.
- ಕೋವಿಡ್-19 ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ದಾಖಲಾದ ಪ್ರತಿ ರೋಗಿಗೆ 2,000 ರೂ.ಗಳವರೆಗೆ ರಸ್ತೆ ಅಂಚುಲೆನ್ಸ್ ರಕ್ಷಣೆಯನ್ನು ಒದಗಿಸುತ್ತದೆ.
- ಕೋವಿಡ್-19 ಪಾಸಿಟಿವ್ ರೋಗಿನಿರ್ಣಯದ ನಂತರ ಮನೆಯಲ್ಲಿ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಪಡೆಯಲು ಹೋಮ್ ಕೇರ್ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ವೆಚ್ಚಗಳು, ಪ್ರತಿ ಘಟನೆಗೆ ಗರಿಷ್ಠ 14 ದಿನಗಳವರೆಗೆ.

ಪಾಲಿಸಿ ಒಪ್ಪಂದದಲ್ಲಿ ನಿರ್ದಿಷ್ಟಪಡಿಸಿದಂತೆ ಕೆಲವು ಮಿತಿಗಳು ಮತ್ತು ವಿನಾಯಿತಿಗಳಿಗೆ ಒಳಪಟ್ಟು ಈ ಕೆಳಗಿನ ಐಚ್ಛಿಕ ಪ್ರಯೋಜನವನ್ನು ಒದಗಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ:

ಪ್ರತಿ ವಿಮಾದಾರ ಸದಸ್ಯನಿಗೆ ಪಾಲಿಸಿ ಅವಧಿಯಲ್ಲಿ ಗರಿಷ್ಠ 15 ದಿನಗಳವರೆಗೆ ಒಳಪಟ್ಟು ದಿನಕ್ಕೆ ವಿಮಾ ಮೊತ್ತದ 0.5% ನಷ್ಟು ಆಸ್ಪತ್ರೆ ದೈನಂದಿನ ನಗದು.

ನಿಮ್ಮ ಪಾಲಿಸಿಯ ಇತರ ಪ್ರಮುಖ ಲಕ್ಷಣಗಳು ಈ ಕೆಳಗಿನಂತಿವೆ:

- ಈ ಪಾಲಿಸಿಯು ವೈಯಕ್ತಿಕ ಮತ್ತು ಫ್ಯಾಮಿಲಿ ಫ್ಲೋಟರ್ ಆಧಾರದ ಮೇಲೆ ಲಭ್ಯವಿದೆ.
- ಫ್ಯಾಮಿಲಿ ಫ್ಲೋಟರ್ ಕವರ್ ಗರಿಷ್ಠ 2 ವಯಸ್ಕರು ಮತ್ತು 4 ಮಕ್ಕಳಿಗೆ ಲಭ್ಯವಿದೆ. ಫ್ಯಾಮಿಲಿ ಫ್ಲೋಟರ್ ಪಾಲಿಸಿಯಲ್ಲಿ ವಯಸ್ಕರಿಗೆ ಅನುಮತಿಸಲಾದ ಸಂಬಂಧವೆಂದರೆ ಸ್ವಯಂ, ಸಂಗಾತಿ, ತಂದೆ, ಮಾವ, ತಾಯಿ ಅಥವಾ ಅತ್ತೆ.
- 3 ಪಾಲಿಸಿ ಅವಧಿ ಲಭ್ಯವಿದೆ: 3.5 ತಿಂಗಳು, 6.5 ತಿಂಗಳು ಮತ್ತು 9.5 ತಿಂಗಳುಗಳು.
- ಈ ಪಾಲಿಸಿಯನ್ನು ನವೀಕರಿಸಲು, ಪೋರ್ಟ್ ಮಾಡಲು ಅಥವಾ ಸ್ಥಳಾಂತರಿಸಲು ಸಾಧ್ಯವಿಲ್ಲ.

ಟಿಪ್ಪಣಿಗಳು:

1. ಐಚ್ಛಿಕ ಪ್ರಯೋಜನಕ್ಕಾಗಿ ಹೆಚ್ಚುವರಿ ಪ್ರೀಮಿಯಂ ವಿಧಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ.
2. ಪಾಲಿಸಿಗೆ 15 ದಿನಗಳ ಆರಂಭಿಕ ಕಾಯುವಿಕೆ ಅವಧಿ ಅನ್ವಯಿಸುತ್ತದೆ ಎಂಬುದನ್ನು ಗಮನಿಸಿ.
3. ಪಾಲಿಸಿ ಒಪ್ಪಂದದಲ್ಲಿ ವಿವರಿಸಿದಂತೆ ಪ್ರಮಾಣಿತ ಹೊರಗಡುವಿಕೆಗಳು ಅನ್ವಯವಾಗುತ್ತವೆ ಎಂಬುದನ್ನು ಗಮನಿಸಿ.
4. ಪ್ರೀಮಿಯಂ: ದಯವಿಟ್ಟು ಪ್ರೀಮಿಯಂ ಮೊತ್ತವನ್ನು ನಿವಾ ಬೂಪಾ ಹೆಲ್ತ್ ಇನ್ಶೂರೆನ್ಸ್ ಕಂಪನಿ ಲಿಮಿಟೆಡ್ ಹೆಸರಿನಲ್ಲಿ ಸುರಕ್ಷಿತ ಪಾವತಿ ವಿಧಾನದ ಮೂಲಕ ರೇವಣಿ ಮಾಡಿ.
5. ಯಾವುದೇ ಪ್ರಶ್ನೆ ಅಥವಾ ಕ್ಲೇಮ್ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ, ದಯವಿಟ್ಟು ನಮ್ಮ ಗ್ರಾಹಕ ಸಹಾಯವಾಣಿ ಸಂಖ್ಯೆ: 1860-500-888 ಅನ್ನು ಸಂಪರ್ಕಿಸಿ