

GoActive™ ಪ್ರಸ್ತಾವನೆ ನಮೂನೆ

URN: 003

1. ಪ್ರಸ್ತಾವಕರ ವಿವರಗಳು:

ಶೀರ್ಷಿಕೆ ಹೆಸರು

DOB ಲಿಂಗ: ಗಂಡು ಹೆಣ್ಣು ಇತರ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯತೆ

ಪ್ರಸ್ತುತ ವಿಳಾಸ

ಹೆಗ್ಗುರುತು ನಗರ

ಜಿಲ್ಲೆ ರಾಜ್ಯ ನ್ಯಾಯಾಂಗ ಸಂಖ್ಯೆ

ಲ್ಯಾಂಡ್ ಲೈನ್ ಸಂಖ್ಯೆ ಮೊಬೈಲ್ ಸಂಖ್ಯೆ

ಪರ್ಯಾಯ ಸಂಖ್ಯೆ ಇಮೇಲ್ ಐಡಿ

ಆಧಾರ್ ಸಂಖ್ಯೆ (ಬಾಚ್ಚಿಕೆ) ಪ್ಯಾನ್ ಸಂಖ್ಯೆ

ವಾರ್ಷಿಕ ಆದಾಯ (ರೂ.)

ಉದ್ಯೋಗ: ಸ್ವಯಂ ಉದ್ಯೋಗಿ ವಿದ್ಯಾರ್ಥಿ ಗೃಹಿಣಿ ಇತರ, ದಯವಿಟ್ಟು ನಿರ್ದಿಷ್ಟಪಡಿಸಿ

ಪಾವತಿಸಿದ ಪ್ರೀಮಿಯಂ ಪ್ರಸ್ತಾವಕನೊಂದಿಗಿನ ಸಂಬಂಧ(ಬದಲಾಯಿಸಿ)

ನೀವು ಪಿಇಪಿಯಾಗಿದ್ದೀರಾ #? 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)

ಇತ್ತೀಚಿನ ಬೇಕು ಭೌತಿಕ ನಕಲಿಸು ನೀತಿ ಕಿಟ್: ಹೌದು ಇಲ್ಲ.

ಬ್ಯಾಂಕ್ ವಿವರಗಳು:

ಬ್ಯಾಂಕ್ ಹೆಸರು

ಖಾತೆ ಸಂಖ್ಯೆ IFSC ಕೋಡ್

ಖಾತೆ ಪ್ರಕಾರ: ಉಳಿತಾಯ ಪ್ರಸ್ತುತ ಶಾಖೆ ನಗರ

ಎಲೆಕ್ಟ್ರಾನಿಕ್ ವಿಮಾ ಖಾತೆಯ ವಿವರಗಳು (ಇಬಿಎ)

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

ಇಲ್ಲ, ನಾನು ಇಲ್ಲ-ಇ-ವಿಮಾ ಖಾತೆಯನ್ನು ಹೊಂದಿರಬೇಕು ಮತ್ತು ಒಂದನ್ನು ತೆರೆಯಲು ಬಯಸುವುದಿಲ್ಲ. ಹೌದು, ಈ ಪಾಲಿಸಿಯನ್ನು ನನ್ನ ಇ-ಇನ್ಸೂರೆನ್ಸ್ 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. ಕಾರ್ವಿ 4. ಕ್ಯಾಮ್ಸ್ (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 (ಇಬಿಎ ಫಾರ್ಮ್) ಸಲ್ಲಿಸಿ).

2. ವ್ಯಾಪ್ತಿಯ ಆಯ್ಕೆ:

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

ದಯವಿಟ್ಟು ಸಂಬಂಧಿತ ಪಟ್ಟಿಗಳನ್ನು ಟಿಕ್ ಮಾಡಿ:

ಮೂಲ ವ್ಯಾಪ್ತಿ:

ವಿಮಾ ಮೊತ್ತ ನೀತಿ ಪ್ರಕಾರ: ವೈಯಕ್ತಿಕ ಫ್ಯಾಮಿಲಿ ಫ್ಲೋಟರ್

ಒಳಗೊಳ್ಳಬೇಕಾದ ಜೀವನಗಳು: 1A 1A+1C 1A+2C 1A+3C 1A+4C 2A 2A+1C 2A+2C 2A+3C 2A+4C

ನೀತಿ ವ್ಯಾಪ್ತಿ: ವಲಯ 1: ಅಖಿಲ ಭಾರತ ವ್ಯಾಪ್ತಿ ವಲಯ 2: ಮುಂಬೈ, ದೆಹಲಿ ಎನ್ ಸಿಆರ್, ಕೋಲ್ಕತಾ ಮತ್ತು ಗುಜರಾತ್ ರಾಜ್ಯಗಳಿಗೆ ಸಹ-ಪಾವತಿಯೊಂದಿಗೆ ಅಖಿಲ ಭಾರತ ವ್ಯಾಪ್ತಿ ಅನ್ವಯಿಸುತ್ತದೆ

(ಗಮನಿಸಿ - ನೀವು ವಲಯ 2 ಅನ್ನು ಆಯ್ಕೆ ಮಾಡಿದರೆ, ಮುಂಬೈ, ದೆಹಲಿ ಎನ್ ಸಿಆರ್, ಕೋಲ್ಕತಾ ಮತ್ತು ಗುಜರಾತ್ ರಾಜ್ಯದಲ್ಲಿ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಾಗಿ 20% ಸಹ-ಪಾವತಿ ಅನ್ವಯಿಸುತ್ತದೆ. ಒಪ್ಪಿಡಿ ಸಮಾಲೋಚನೆ, ತುರ್ತು ಆಂಬುಲೆನ್ಸ್, ಅರೋಗ್ಯ ತಪಾಸಣೆ / ರೋಗನಿರ್ಣಯ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳು, ಎರಡನೇ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಅಭಿಪ್ರಾಯ, ನಡವಳಿಕೆಯ ನೆರವು ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ ಮತ್ತು ವೈಯಕ್ತಿಕ ಅಪಘಾತ ವಿಮೆ ಈ ವಲಯವಾರು ಸಹ-ಪಾವತಿ

ವಾರ್ಷಿಕ ಒಟ್ಟು ಕಡಿತ: ಹೌದು ಇಲ್ಲ. ಹೌದು ಎಂದಾದರೆ, ದಯವಿಟ್ಟು ಕಡಿತದ ಮೊತ್ತವನ್ನು ಆಯ್ಕೆ ಮಾಡಿ:

25,000 ರೂ. ರೂ. 50,000 1 ಲಕ್ಷ ರೂ. 2 ಲಕ್ಷ ರೂ. 3 ಲಕ್ಷ ರೂ. 5 ಲಕ್ಷ ರೂ. 10 ಲಕ್ಷ ರೂ.

ಉತ್ಪನ್ನದ ಅಡಿಯಲ್ಲಿ ಐಚ್ಛಿಕ ವ್ಯಾಪ್ತಿ:

a. ಆರೋಗ್ಯ ತರಬೇತುದಾರ (ವೈಯಕ್ತಿಕಗೊಳಿಸಿದ ಆರೋಗ್ಯ ತರಬೇತಿ ಮತ್ತು ಆರೋಗ್ಯ ಸೋಲೋ ನನವೀಕರಣ ರಿಯಾಯಿತಿ ಆಧಾರದ ಲೆಕ್ಕಾಚಾರ): ಹೌದು ಇಲ್ಲ.

ಹೌದು ಎಂದಾದಲ್ಲಿ, ದಯವಿಟ್ಟು ಕವರ್ ಮಾಡಬೇಕಾದ ಜೀವನಗಳನ್ನು ಆಯ್ಕೆಮಾಡಿ: ಪ್ರಾಥಮಿಕ ವಿಮಾದಾರ ವ್ಯಕ್ತಿ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ವಿಮಾದಾರ ವ್ಯಕ್ತಿ ಮತ್ತು ಸಂಗಾತಿ
 'ಹೆಲ್ತ್ ಕೋಚ್' ವ್ಯಾಪ್ತಿಯನ್ನು ಆರಿಸಿಕೊಳ್ಳುವ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ, ಪ್ರಯೋಜನದ ಅಡಿಯಲ್ಲಿ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸಲು ನನ್ನನ್ನು ಸಂಪರ್ಕಿಸಲು ಕಂಪನಿಯು ನನ್ನ ಸಂಬಂಧಿತ ವಿವರಗಳನ್ನು ಸೇವಾ ಪೂರೈಕೆದಾರರಿಗೆ ಒದಗಿಸಬಹುದು ಎಂದು ನಾನು ಒಪ್ಪುತ್ತೇನೆ. ಪ್ರಯೋಜನಗಳನ್ನು ಪಡೆಯಲು ನನ್ನ ಅರ್ಹತೆಯನ್ನು ಟ್ರ್ಯಾಕ್ ಮಾಡಲು, ದಾಖಲಿಸಲು ಮತ್ತು ಲೆಕ್ಕಾಚಾರ ಕಂಪನಿ ಮತ್ತು ಸೇವಾ ಪೂರೈಕೆದಾರರು ಮೊಬೈಲ್ ಅಪ್ಲಿಕೇಶನ್ ನಲ್ಲಿ ಟ್ರ್ಯಾಕಿಂಗ್ ವಿವರಗಳನ್ನು ಟ್ರ್ಯಾಕ್ ಮಾಡುವ ಅಗತ್ಯವಿದೆ ಎಂದು ನಾನು ಒಪ್ಪುತ್ತೇನೆ ಮತ್ತು ಸಮ್ಮತಿಸುತ್ತೇನೆ. ಕಂಪನಿ ಮತ್ತು ಅದರ ಅಧಿಕೃತ ಸೇವಾ ಪೂರೈಕೆದಾರರು ಈ ವಿವರಗಳನ್ನು ನಿಯತಕಾಲಿಕ ಆಧಾರದ ಮೇಲೆ ಪ್ರವೇಶಿಸಬಹುದು ಮತ್ತು ದಾಖಲಿಸಬಹುದು ಮತ್ತು

b. ಐ-ಪ್ರೊಟೆಕ್ಟ್ (ಪ್ರತಿ ವರ್ಷ @ 10% ವಿಮಾ ಮೊತ್ತದಲ್ಲಿ ಜೀವಮಾನದ ಹೆಚ್ಚಳ): ಹೌದು ಇಲ್ಲ.

c. ವೈಯಕ್ತಿಕ ಅಪಘಾತ ವಿಮೆ: ಹೌದು ಇಲ್ಲ.

ಹೌದು ಎಂದಾದಲ್ಲಿ, ದಯವಿಟ್ಟು ಕವರ್ ಮಾಡಬೇಕಾದ ಜೀವನಗಳನ್ನು ಆಯ್ಕೆಮಾಡಿ: ಪ್ರಾಥಮಿಕ ವಿಮಾದಾರ ವ್ಯಕ್ತಿ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ವಿಮಾದಾರ ವ್ಯಕ್ತಿ ಮತ್ತು ಸಂಗಾತಿ

ರೂ. 5 ಲಕ್ಷ ಮತ್ತು ಅದಕ್ಕಿಂತ ಹೆಚ್ಚಿನ ಮೂಲ ವಿಮಾ ಮೊತ್ತಕ್ಕಾಗಿ, ದಯವಿಟ್ಟು ವೈಯಕ್ತಿಕ ಅಪಘಾತ ವಿಮಾ ಮೊತ್ತವನ್ನು ಆಯ್ಕೆಮಾಡಿ 50 ಕೆರೆ (ಡಿಫಾಲ್ಟ್ ವೈಯಕ್ತಿಕ ಅಪಘಾತ ವಿಮಾ ಮೊತ್ತವು ಮೂಲ ರಕ್ಷಣೆಗೆ ರೂ. 10 ಲಕ್ಷ ಅಥವಾ ರೂ. 1 ಲಕ್ಷ ಅಥವಾ 2 ಲಕ್ಷದ ವಿಮಾ ಮೊತ್ತ ಮತ್ತು ಬೇಸ್ ಗೆ ರೂ. 25 ಲಕ್ಷ ಆಗಿದೆ. ಕವರ್‌ಜ್ ಮೊತ್ತ ರೂ. 3 ಲಕ್ಷ ಅಥವಾ 4 ಲಕ್ಷ.)

3. ವಿಮೆಗಾಗಿ ಅರ್ಜಿದಾರರ ವಿವರಗಳು:

ವಯಸ್ಸು 1

ಹೆಸರು

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

ಸೂಂಟದ ಸುತ್ತಳತೆ (ಇಂಚು) ಹುಟ್ಟಿದ ದಿನ ಮೊಬೈಲ್ ಸಂಖ್ಯೆ@ (ಕಡ್ಡಾಯ)

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

ಉದ್ಯೋಗ ಭಾರತೀಯರಲ್ಲಿದ್ದರೆ ದಯವಿಟ್ಟು ಟಿಕ್ ಮಾಡಿ Please tick if PEP#

ವಯಸ್ಸು 2

ಹೆಸರು

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

ಸೂಂಟದ ಸುತ್ತಳತೆ (ಇಂಚು) ಹುಟ್ಟಿದ ದಿನ ಮೊಬೈಲ್ ಸಂಖ್ಯೆ@ (ಕಡ್ಡಾಯ)

ಸಂಬಂಧ: ವಯಸ್ಕರ ಸಂಗಾತಿ 1

ಉದ್ಯೋಗ ಭಾರತೀಯರಲ್ಲಿದ್ದರೆ ದಯವಿಟ್ಟು ಟಿಕ್ ಮಾಡಿ Please tick if PEP#

ಮುಗು 1

ಹೆಸರು

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

ಸಂಖ್ಯೆ ಸಂಖ್ಯೆ (ಇಂಚು) ಹುಟ್ಟಿದ ದಿನ ಸಂಬಂಧ: ವಯಸ್ಕರ ಮಗ 1 ವಯಸ್ಕರ ಡೌಟರ್ 1

ಭಾರತೀಯರಲ್ಲದಿದ್ದರೆ ದಯವಿಟ್ಟು ಟಿಕ್ ಮಾಡಿ Please tick if PEP#

ಮುಗು 2

ಹೆಸರು

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

ಸಂಖ್ಯೆ ಸಂಖ್ಯೆ (ಇಂಚು) ಹುಟ್ಟಿದ ದಿನ ಸಂಬಂಧ: ವಯಸ್ಕರ ಮಗ 1 ವಯಸ್ಕರ ಡೌಟರ್ 1

ಭಾರತೀಯರಲ್ಲದಿದ್ದರೆ ದಯವಿಟ್ಟು ಟಿಕ್ ಮಾಡಿ Please tick if PEP#

ಮುಗು 3

ಹೆಸರು

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

ಸಂಖ್ಯೆ ಸಂಖ್ಯೆ (ಇಂಚು) ಹುಟ್ಟಿದ ದಿನ ಸಂಬಂಧ: ವಯಸ್ಕರ ಮಗ 1 ವಯಸ್ಕರ ಡೌಟರ್ 1

ಭಾರತೀಯರಲ್ಲದಿದ್ದರೆ ದಯವಿಟ್ಟು ಟಿಕ್ ಮಾಡಿ Please tick if PEP#

ಮುಗು 4

ಹೆಸರು

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

ಸಂಖ್ಯೆ ಸಂಖ್ಯೆ (ಇಂಚು) ಹುಟ್ಟಿದ ದಿನ ಸಂಬಂಧ: ವಯಸ್ಕರ ಮಗ 1 ವಯಸ್ಕರ ಡೌಟರ್ 1

ಭಾರತೀಯರಲ್ಲದಿದ್ದರೆ ದಯವಿಟ್ಟು ಟಿಕ್ ಮಾಡಿ Please tick if PEP#

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 ಪ್ರಸ್ತಾಪಕನಾಗಿರಬೇಕು.

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

ನಾಮನಿರ್ದೇಶಿತರ ಬ್ಯಾಂಕ್ ವಿವರಗಳು: ಫಲಾನುಭವಿ ಹೆಸರು:

ಬ್ಯಾಂಕ್ ಹೆಸರು ಖಾತೆ ಪ್ರಕಾರ ಉಳಿತಾಯ ಪ್ರಸ್ತುತ

ಖಾತೆ ಸಂಖ್ಯೆ IFSC ಕೋಡ್

5. ವೈದ್ಯಕೀಯ ಮತ್ತು ಅಭ್ಯಾಸಗಳ ಮಾಹಿತಿ

ಮುಖ್ಯ: ದಯವಿಟ್ಟು ಈ ವಿಭಾಗದಲ್ಲಿರುವ ಎಲ್ಲಾ ಪ್ರಶ್ನೆಗಳಿಗೆ ಸತ್ಯವಾಗಿ ಮತ್ತು ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಉತ್ತರಿಸುವುದನ್ನು ಖಚಿತಪಡಿಸಿಕೊಳ್ಳಿ. ಏಕೆಂದರೆ ನೀವು ಇಲ್ಲಿ ಒದಗಿಸುವ ಮಾಹಿತಿಯು ನಿವಾ ಬೂಪಾ ಅವರ ಅಂಡರ್ ರೈಟಿಂಗ್ ನ ಆಧಾರವಾಗಿರುತ್ತದೆ. ಯಾವುದೇ ಅಪೂರ್ಣ, ತಪ್ಪಾದ, ಭಾಗಶಃ ಸರಿಯಾದ ಮಾಹಿತಿಯು ನಿಮ್ಮ ಹಕ್ಕು ಮತ್ತು/ಅಥವಾ ವ್ಯಾಪ್ತಿಯ ಮೇಲೆ ಪರಿಣಾಮ ಬೀರಬಹುದು ಎಂಬುದನ್ನು ದಯವಿಟ್ಟು ಗಮನಿಸಿ. ಹೌದು (Y)

ವಿಭಾಗ ಎ: ದಯವಿಟ್ಟು ವೈದ್ಯಕೀಯ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಹಂಚಿಕೊಳ್ಳಿ										
ದಯವಿಟ್ಟು ಪ್ರತಿ ಅರ್ಜಿದಾರರಿಗೆ ಈ ಕೆಳಗಿನ ಪ್ರಶ್ನೆಗಳಿಗೆ ಉತ್ತರಿಸಿ. ದಯವಿಟ್ಟು ಹೌದು (Y) ಅಥವಾ ಇಲ್ಲ (N) ಎಂದು ವ್ಯತ್ಯಾಸಕಾರದಲ್ಲಿ ಬರೆಯಿರಿ		ಅರ್ಜಿದಾರರ ಸಂಖ್ಯೆ								
		A1	A2	C1	C2	C3	C4			
1. ಅರ್ಜಿದಾರರು ಮೊದಲೇ ಅಸ್ತಿತ್ವದಲ್ಲಿರುವ ಯಾವುದೇ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಗಳಿಗಾಗಿ ಯಾವುದೇ ಸಮಾಲೋಚನೆಯನ್ನು ತೆಗೆದುಕೊಂಡಿದ್ದಾರೆಯೇ ಅಥವಾ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಪಡೆದಿದ್ದಾರೆಯೇ ಅಥವಾ ಈ ಕೆಳಗಿನವುಗಳಲ್ಲಿ ಯಾವುದನ್ನಾದರೂ ಹೊಂದಿದ್ದೀರಾ?										
i. ಯಾವುದೇ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆ ಅಥವಾ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸಾ ವಿಧಾನಗಳು		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ii. 5 ದಿನಗಳಿಗಿಂತ ಹೆಚ್ಚು ಕಾಲ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ದಾಖಲು		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
iii. 14 ದಿನಗಳಿಗಿಂತ ಹೆಚ್ಚು ಕಾಲ ಔಷಧೋಪಚಾರ (ಮೌಖಿಕ/ಇನ್ವಲೇಶನ್/ಇಂಜೆಕ್ಷನ್/ಟಾಪಿಕಲ್ ಸೇರಿದಂತೆ)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
iv. ಸಾಮಾನ್ಯ ಶೀತ, ಜ್ವರ, ಸೋಂಕುಗಳು, ಸಣ್ಣ ಗಾಯ ಅಥವಾ ಇತರ ಸಣ್ಣ ಕಾಯಿಲೆಗಳನ್ನು ಹೊರತುಪಡಿಸಿ ಕೆಳದಿ 6 ತಿಂಗಳುಗಳಲ್ಲಿ ಯಾವುದೇ ರೋಗನಿರ್ಣಯ ಪರೀಕ್ಷೆ ಅಥವಾ ತನಿಖೆ ಪ್ರತಿಕೂಲ ಫಲಿತಾಂಶಗಳು ಅಥವಾ ಯಾವುದೇ ನಿರಂತರ ರೋಗಲಕ್ಷಣಗಳು		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
v. ಅಧಿಕ ಅಥವಾ ಕಡಿಮೆ ರಕ್ತದೊತ್ತಡ/ಮಧುಮೇಹ ಅಥವಾ ಅಸಹಜ ರಕ್ತ ಸಕ್ಕರೆ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vi. ಯಾವುದೇ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್, ದೀರ್ಘಕಾಲದ ಮೂತ್ರಪಿಂಡದ ಕಾಯಿಲೆ, ಮನೋವೈದ್ಯಕೀಯ, ನರವೈಜ್ಞಾನಿಕ (ಮದುಳು / ಬೆನ್ನುಮೂಳೆ) ಅಥವಾ ಸಂಬಂಧಿತ ಅಸ್ವಸ್ಥತೆಗಳು		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ಕೆಳಗಿನ ಪ್ರಶ್ನೆಗೆ 18-50 ವರ್ಷದವರಿಗಿರುವ ಮಹಿಳೆಯರು ಮಾತ್ರ ಉತ್ತರಿಸಬೇಕು										
2. ನೀವು ಪ್ರಸ್ತುತ ಗರ್ಭಿಣಿಯಾಗಿದ್ದೀರಾ ಮತ್ತು/ ಅಥವಾ ಪ್ರಸ್ತುತ ಅಥವಾ ಹಿಂದಿನ ಗರ್ಭಧಾರಣೆಗಳಲ್ಲಿ ಯಾವುದೇ ತೊಡಕುಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದೀರಾ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ವಿಭಾಗ ಬಿ: ದಯವಿಟ್ಟು ಅಭ್ಯಾಸಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಹಂಚಿಕೊಳ್ಳಿ										
ದಯವಿಟ್ಟು ಪ್ರತಿ ಅರ್ಜಿದಾರರಿಗೆ ಈ ಕೆಳಗಿನ ಪ್ರಶ್ನೆಗಳಿಗೆ ಉತ್ತರಿಸಿ. ದಯವಿಟ್ಟು ಹೌದು (Y) ಅಥವಾ ಇಲ್ಲ (N) ಎಂದು ವ್ಯತ್ಯಾಸಕಾರದಲ್ಲಿ ಬರೆಯಿರಿ		ಅರ್ಜಿದಾರರ ಸಂಖ್ಯೆ								
		A1	A2	C1	C2	C3	C4			
ಅರ್ಜಿದಾರರು ಈ ಕೆಳಗಿನವುಗಳಲ್ಲಿ ಯಾವುದನ್ನಾದರೂ ಸೇವಿಸುತ್ತಾರೆಯೇ:										
i. ಜಗಿಯಬಹುದಾದ ತಂಬಾಕು / ಗುಟ್ಟಾ / ಪಾನ್ ಮಸಾಲಾ - ದಯವಿಟ್ಟು ವಾರಕ್ಕೆ ಪೌಚ್ ಗಳ ಸಂಖ್ಯೆಯನ್ನು ನಿರ್ದಿಷ್ಟಪಡಿಸಿ										
ii. ಆಲ್ಕೋಹಾಲ್ - ದಯವಿಟ್ಟು ವಾರಕ್ಕೆ ಗ್ರಾಸ್ / ಮಿಲಿ ಸಂಖ್ಯೆಯನ್ನು ನಿರ್ದಿಷ್ಟಪಡಿಸಿ										
iii. ಸಿಗರೇಟುಗಳು / ಬೀಡಿ / ಸಿಗಾರ್ - ದಯವಿಟ್ಟು ವಾರಕ್ಕೆ ಬಳಕೆಯನ್ನು ನಿರ್ದಿಷ್ಟಪಡಿಸಿ										

ವಿಭಾಗ ಸಿ: ವಿಭಾಗ ಎ ಯಲ್ಲಿ ಹೌದು (Y) ಎಂದು ಗುರುತಿಸಲಾದ ಪ್ರಶ್ನೆಗಳಿಗೆ, ದಯವಿಟ್ಟು ಈ ಕೆಳಗಿನ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ನಿರ್ದಿಷ್ಟಪಡಿಸಿ:										
ಅರ್ಜಿದಾರರ ಸಂಖ್ಯೆ	ರೋಗಲಕ್ಷಣ(ಗಳು) ಅಥವಾ ತನಿಖೆ(ಗಳು) ಅಥವಾ ರೋಗನಿರ್ಣಯ ಅಥವಾ ಕಾರ್ಯವಿಧಾನ/ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ವಿವರಗಳು		ಸ್ಥಿತಿಯ ಅವಧಿ	ಔಷಧೋಪಚಾರ(ಗಳು)	ಡೋಸೇಜ್	ಪ್ರಸ್ತುತ ಸ್ಥಿತಿ (ಉದಾ. ಸಂಪೂರ್ಣ / ಭಾಗಶಃ ಚೇತರಿಕೆ ಅಥವಾ ನಡೆಯುತ್ತಿರುವ)	ಚಿಕಿತ್ಸೆ ನೀಡುವ ವೈದ್ಯರ ಹೆಸರು ಮತ್ತು ಸಂಪರ್ಕ	ಲಗತ್ತಿಸಲಾದ ದಾಖಲೆಗಳು (ಹೌದು/ಇಲ್ಲ)		
	ವಿವರಗಳು	ಪ್ರಾರಂಭದ ದಿನಾಂಕ (DD/MM/YYYY)								

ಅರ್ಜಿದಾರರ ಜೀವನದ ಮೇಲೆ ಜೀವನ, ಆರೋಗ್ಯ, ಆಸ್ಪತ್ರೆಯ ದೈನಂದಿನ ನಗದು, ವೈಯಕ್ತಿಕ ಅಪಘಾತ ಅಥವಾ ಗಂಭೀರ ಅನಾರೋಗ್ಯ ವಿಷಯ ಯಾವುದೇ ಪ್ರಸ್ತುತವನ್ನು ಯಾವುದೇ ವಿಮಾ ಕಂಪನಿ ಎಂದಾದರೂ ತಿರಸ್ಕರಿಸಿದೆಯೇ,	ಅರ್ಜಿದಾರರ ಸಂಖ್ಯೆ					
	A1	A2	C1	C2	C3	C4
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. ವಿದ್ಯುನ್ಮಾನ ನೀತಿ ನೆರವೇರಿಕೆ ಮತ್ತು ಸೇವಾ ಸಂವಹನಗಳಿಗೆ ಅಧಿಕಾರ

ಅರ್ಜಿ ನಮೂನೆಯಲ್ಲಿ ಇಲ್ಲಿ ಉಲ್ಲೇಖಿಸಿರುವಂತೆ ನಿಮ್ಮ ಎಲ್ಲಾ ನೀತಿ ಮತ್ತು ಸೇವೆಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಸಂವಹನವನ್ನು ಇಮೇಲ್ ಐಡಿಗೇ ಕಳುಹಿಸಲು ಕಂಪನಿಗೆ ಅಧಿಕಾರ ನೀಡುವ ಮೂಲಕ ಪರಿಸರವನ್ನು ರಕ್ಷಿಸಲು ಮತ್ತು ಕಾಗಡಪನ್ನು ಉಳಿಸಲು ಸಹಾಯ ಮಾಡಲು ನೀವು ಬಯಸುವಿರಾ?

8. ನವೀಕರಣ ಪಾವತಿ ಸೈನ್ ಅಪ್

ನಿಮ್ಮ ಆರೋಗ್ಯ ವಿಮಾ ಪಾಲಿಸಿಯ ನವೀಕರಣ ಪ್ರೀಮಿಯಂ ಅನ್ನು ನಿಮ್ಮ ಅಸ್ತಿತ್ವದಲ್ಲಿರುವ ಸ್ವಯಂಚಾಲಿತ ಕ್ವಿಯರಿಂಗ್ ಹೌಸ್ (ಎಸಿಎಚ್) / ಸ್ವಾಯಿ ಸೂಚನೆಗಳು (ಎಸ್‌ಐ) 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.

ನಾನು ಎಸಿಎಚ್ / ಎಸ್‌ಐ ನವೀಕರಣ ಆಯ್ಕೆಯನ್ನು ಆರಿಸಲು ಬಯಸುತ್ತೇನೆ.

9. 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 ಪ್ರಸ್ತಾಪಿಸಲು ನನಗೆ ಅಧಿಕಾರವಿದೆ ಎಂದು ನನ್ನ ಪರವಾಗಿ ಮತ್ತು ವಿಮೆ ಮಾಡಲು ಉದ್ದೇಶಿಸಿರುವ ಎಲ್ಲ ವ್ಯಕ್ತಿಗಳ ಪರವಾಗಿ ನಾನು ಈ ಮೂಲಕ ಘೋಷಿಸುತ್ತೇನೆ.
- ನಾನು ಓದಿರುವ ಮಾಹಿತಿಯು ವಿಮಾ ಪಾಲಿಸಿಯ ಆಧಾರವನ್ನು ರೂಪಿಸುತ್ತದೆ, ವಿಮಾದಾರರ ಮಂಡಳಿ ಅನುಮೋದಿತ ಅಂಡರ್ ರೈಟಿಂಗ್ ಪಾಲಿಸಿಗೆ ಒಳಪಟ್ಟಿರುತ್ತದೆ ಮತ್ತು ವಿಧಿಸಬಹುದಾದ ಪ್ರೀಮಿಯಂ ಅನ್ನು ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಪಾವತಿಸಿದ ನಂತರವೇ ಪಾಲಿಸಿ ಜಾರಿಗೆ ಬರುತ್ತದೆ ಎಂದು ನಾನು ಅರ್ಥಮಾಡಿಕೊಂಡಿದ್ದೇನೆ.
- ಪ್ರಸ್ತಾವನೆಯನ್ನು 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 ವ್ಯಕ್ತಿಯ 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 ಕೋರುವ ಯಾವುದೇ ವೈದ್ಯರು ಅಥವಾ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಿಂದ ಮತ್ತು ವಿಮೆ ಮಾಡಬೇಕಾದ ವ್ಯಕ್ತಿಯ ಮೇಲೆ ವಿಮೆಗಾಗಿ ಅರ್ಜಿ ಸಲ್ಲಿಸಿದ ಯಾವುದೇ ವಿಮಾದಾರರಿಂದ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಕೋರಲು ಕಂಪನಿಗೆ ನಾನು ಸಮ್ಮತಿಸುತ್ತೇನೆ ಎಂದು ನಾನು ಘೋಷಿಸುತ್ತೇನೆ ಪ್ರಸ್ತಾವನೆ ಮತ್ತು / ಅಥವಾ ಕ್ಲೈಮ್ ಇತ್ಯರ್ಥಕ್ಕೆ ಅಂಡರ್ ರೈಟ್ ಮಾಡುವ
- ಪ್ರಸ್ತಾವನೆ ಮತ್ತು/ಅಥವಾ ಕ್ಲೈಮ್ ಇತ್ಯರ್ಥಕ್ಕೆ ಮತ್ತು ಯಾವುದೇ ಸರ್ಕಾರಿ ಮತ್ತು/ಅಥವಾ ನಿಯಂತ್ರಣ ಪ್ರಾಧಿಕಾರದೊಂದಿಗೆ ಅಂಡರ್ ರೈಟ್ ಮಾಡುವ ಏಕೈಕ ಉದ್ದೇಶಕ್ಕಾಗಿ ವಿಮಾದಾರ/ಪ್ರಸ್ತಾಪಕರ ವೈದ್ಯಕೀಯ ದಾಖಲೆಗಳು ಸೇರಿದಂತೆ ನನ್ನ ಪ್ರಸ್ತಾಪಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಹಂಚಿಕೊಳ್ಳಲು ನಾನು ಕಂಪನಿಗೆ ಅಧಿಕಾರ ನೀಡುತ್ತೇನೆ.
- ಸೇವಾ ವಿತರಣೆಯ ಏಕೈಕ ಉದ್ದೇಶಕ್ಕಾಗಿ ವಿಮಾದಾರ / ಪ್ರಸ್ತಾಪಕರ ವೈದ್ಯಕೀಯ ದಾಖಲೆಗಳು ಸೇರಿದಂತೆ ನನ್ನ / ನಮ್ಮ ಪ್ರಸ್ತಾಪಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ನಮ್ಮ ಎಂಪ್ಲೋಯ್ ಪೂರೈಕೆದಾರರೊಂದಿಗೆ ಹಂಚಿಕೊಳ್ಳಲು ನಾನು/ನಾವು ಕಂಪನಿಗೆ ಅಧಿಕಾರ ನೀಡುತ್ತೇವೆ.

ದಿನಾಂಕ ಸ್ಥಳ ಪ್ರಸ್ತಾಪಕರ ಸಹಿ

10. ದೇಶೀಯ ಘೋಷಣೆ

(ಪ್ರಸ್ತಾಪಕರು ಸ್ಥಳೀಯ ಭಾಷೆಯಲ್ಲಿ ಸಹಿ ಮಾಡಿದರೆ ಪ್ರಮಾಣೀಕರಣ (ಕಂಪನಿಯ ಏಜೆಂಟ್ / ಉದ್ಯೋಗಿಯನ್ನು ಹೊರತುಪಡಿಸಿ ಬೇರೆ ಯಾರಾದರೂ ಸಾಕ್ಷಿಯಾಗಬೇಕು). ಈ ನಮೂನೆಯ ವಿಷಯ ಮತ್ತು ಅದರ ವಿವರಗಳನ್ನು ನಾನು ಪ್ರಸ್ತಾಪಿಸುವವರಿಗೆ ಸ್ಥಳೀಯ ಭಾಷೆಯಲ್ಲಿ ವಿವರಿಸಿದ್ದೇನೆ, ಅವರು ಅದನ್ನು ಅರ್ಥಮಾಡಿಕೊಂಡಿದ್ದಾರೆ ಮತ್ತು ದೃಢಪಡಿಸಿದ್ದಾರೆ:

ಸಾಕ್ಷಿಯ ಹೆಸರು ಸಾಕ್ಷಿಯ ಸಹಿ ಪ್ರಸ್ತಾಪಕರ ಸಹಿ

11. ಪ್ರಸ್ತಾಪಕ ಘೋಷಣೆ

(ಯಾವುದೇ ಕಾರಣಕ್ಕಾಗಿ, ಪ್ರಸ್ತಾವನೆ ಮತ್ತು ಇತರ ಸಂಬಂಧಿತ ದಾಖಲೆಗಳನ್ನು ಪ್ರಾಪ್ತವಾದ 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.

ಪ್ರಸ್ತಾಪಕರ ಸಹಿ

12. ಪ್ರೀಮಿಯಂ ವಿವರಗಳು (ಕಚೇರಿ ಬಳಕೆಗೆ ಮಾತ್ರ)

ಪ್ರೀಮಿಯಂ ಪಾವತಿ ಆಯ್ಕೆ ಚೆಕ್ ಡಿಮಾಂಡ್ ಡ್ರಾಫ್ಟ್

ಕ್ರೆಡಿಟ್ ಕಾರ್ಡ್ ಪ್ರೀಮಿಯಂ ಮೊತ್ತ

ಆನ್ ಲೈನ್ ಪಾವತಿ ಪರಿವಾಹನ ID:

ಬ್ಯಾಂಕ್ ಹೆಸರು/ ಶಾಖೆ

ನಿವಾ ಬೂಪಾ ಶಾಖೆಯ ಸ್ಥಳ

ಕೋಡ್ ಸಂಖ್ಯೆ

ವ್ಯವಹಾರ ಮೂಲ:
ಸಲಹೆಗಾರ / ಡಿಎಸ್ ಟಿ / ಕಾರ್ಪೊರೇಟ್ ಐಜಿಎಸ್ / ಇತರ ಚಾನೆಲ್ ಗಳು

ಕೋಡ್ ಸಂಖ್ಯೆ

ಹೆಸರು

ಗ್ರಾಹಕ ID:

ಪ್ರಸ್ತಾಪಕ ಅಥವಾ ಅರ್ಜಿದಾರರು ಸಿಬ್ಬಂದಿಯೇ? ಹೌದು ಇಲ್ಲ

13. ಬ್ಯಾಂಕ್ ಇನ್ಸೂರೆನ್ಸ್ ಚಾನೆಲ್ ಗೆ ಮಾತ್ರ ಹೆಚ್ಚುವರಿ ವಿವರಗಳು (ಕಚೇರಿ ಬಳಕೆಗೆ ಮಾತ್ರ)

ಬ್ರಾಂಚ್ ಕೋಡ್ SP ಕೋಡ್

RM/LG ಕೋಡ್

CUSTOMER ಖಾತೆ ಸಂಖ್ಯೆ

14. ವಿಮಾ ಸಲಹೆಗಾರರ ವರದಿ (ಕಚೇರಿ ಬಳಕೆಗೆ ಮಾತ್ರ)

1. ನೀವು ಪ್ರಪೋಸರ್ ಗೆ ಸಂಬಂಧಿಯೇ? ಹೌದು/ಇಲ್ಲ; ಹೌದು ಎಂದಾದರೆ, ಸಂಬಂಧದ ಸ್ವರೂಪ?
2. ಪ್ರಪೋಸರ್ ಅನ್ನು ನೀವು ಎಷ್ಟು ಸಮಯದಿಂದ ತಿಳಿದಿದ್ದೀರಿ? ತಿಂಗಳುಗಳು
3. ಪ್ರಸ್ತಾಪಕನ ಗುರುತಿನಿಂದ ನೀವು ತೃಪ್ತರಾಗಿದ್ದೀರಾ? ಹೌದು ಇಲ್ಲ
4. ಪ್ರಸ್ತಾಪಕ ಅಥವಾ ಯಾವುದೇ ಅರ್ಜಿದಾರರು ಯಾವುದೇ ದೈಹಿಕ ವಿರೂಪತೆ / ದೋಷ ಅಥವಾ ಬುದ್ಧಿಮಾಂದ್ಯತೆಯನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದಾರೆಯೇ? ಹೌದು ಇಲ್ಲ
5. ಪ್ರಸ್ತಾಪಿತ ಪಾಲಿಸಿಯ ನಿಯಮಗಳು, ನವೀಕರಣದ ಷರತ್ತುಗಳು, ಹೊರಗಡುವಿಕೆಗಳು, ಪಾಲಿಸಿಯ ಕಾಯುವ ಅವಧಿಗಳನ್ನು ನೀವು ವಿವರಿಸಿದ್ದೀರಾ ಮತ್ತು ಪ್ರಸ್ತಾಪಕರು ವೈಯಕ್ತಿಕವಾಗಿ ಆರೋಗ್ಯ ಘೋಷಣೆಯನ್ನು ಹೌದು ಇಲ್ಲ
6. ನೈತಿಕ ಅಪಾಯ ಸೇರಿದಂತೆ ಎಲ್ಲಾ ಅಂಶಗಳನ್ನು ಪರಿಗಣಿಸಿ ಈ ಪ್ರಸ್ತಾಪಿತ ನಮೂನೆಯನ್ನು ಸ್ವೀಕರಿಸಲು ನೀವು ಶಿಫಾರಸು ಮಾಡುತ್ತೀರಾ? ಹೌದು ಇಲ್ಲ
7. ನೀವು ನಿಷ್ಪಕ್ಷಪಾತವಾಗಿ ಪ್ರಸ್ತಾಪಕನಿಗೆ ಸಲಹೆ ನೀಡಿದ್ದೀರಾ ಮತ್ತು ಪ್ರಸ್ತಾಪಕನಿಗೆ ಅವನ / ಅವಳ ಆಸಕ್ತಿಗೆ ಅನುಗುಣವಾಗಿ ಅತ್ಯುತ್ತಮ ಕವರ್ ನಲ್ಲಿ ನಿರ್ಧರಿಸಲು ಅನುವು ಮಾಡಿಕೊಡುವ ಎಲ್ಲಾ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಒದಗಿಸಿದ್ದೀರಾ? ಹೌದು ಇಲ್ಲ

ದಿನಾಂಕ

ವಿಮಾ ಸಲಹೆಗಾರರ ಸಹಿ

15. 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 ರಿಯಾಯಿತಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ವಿಮೆಯನ್ನು ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳಲು ಅಥವಾ ನವೀಕರಿಸಲು ಅಥವಾ ಮುಂದುವರಿಸಲು ಯಾವುದೇ ವ್ಯಕ್ತಿಗೆ ನೇರವಾಗಿ ಅಥವಾ ಪರೋಕ್ಷವಾಗಿ ಪ್ರಚೋದನೆಯಾಗಿ ಯಾವುದೇ ವ್ಯಕ್ತಿಯ ಅನುಮತಿಸುವುದಿಲ್ಲ ಅಥವಾ ಅನುಮತಿಸುವುದಿಲ್ಲ. ವಿಮಾದಾರರ ಪ್ರಕಟಿತ ಪ್ರಾಸ್ಟಿಟ್ಯೂಟ್ ಅಥವಾ ಕೋಷ್ಟಕಗಳಿಗೆ ಅನುಗುಣವಾಗಿ ಅನುಮತಿಸಬಹುದಾದ ರಿಯಾಯಿತಿಯನ್ನು ಹೊರತುಪಡಿಸಿ, ಪಾಲಿಸಿಯನ್ನು ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳುವ ಅಥವಾ ನವೀಕರಿಸುವ ಅಥವಾ ಮುಂದುವರಿಸುವ ಯಾವುದೇ ವ್ಯಕ್ತಿಯು ಯಾವುದೇ ರಿಯಾಯಿತಿಯನ್ನು ಸ್ವೀಕರಿಸುವುದಿಲ್ಲ.
2. ಈ ಸೆಕ್ಷನ್ ನ ನಿಬಂಧನೆಗಳನ್ನು ಅನುಸರಿಸಲು ವಿಫಲವಾದ ಯಾವುದೇ ವ್ಯಕ್ತಿಯು ಹತ್ತು ಲಕ್ಷ ರೂಪಾಯಿಗಳವರೆಗೆ ವಿಸ್ತರಿಸಬಹುದಾದ ದಂಡಕ್ಕೆ ಜವಾಬ್ದಾರನಾಗಿರುತ್ತಾನೆ.

16. ಅಭಾ ID

ಸದಸ್ಯರ ಹೆಸರು	ನಿಮ್ಮ ಬಳಿ ಅಭಾ ಐಡಿ ಇದೆಯೇ?	ಅಭಾ ID	ಎಬಿಎಚ್ಎ ಮೂಲಕ ವಿಮಾದಾರರು/ಟಿಪಿಎಗಳೊಂದಿಗೆ ವೈದ್ಯಕೀಯ 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

17. D...ವರದಿ ಮತ್ತು ಪೇಮೆಂಟ್ ಗಾಗಿ ಬಾಕಿಗಳು...ನಿಮ್ಮವರ ಗಳ ಸಂಖ್ಯೆ

ಪಾವತಿಯನ್ನು ಸ್ವೀಕರಿಸುವ ಆಯ್ಕೆ: ಬ್ಯಾಂಕ್ ವರ್ಗಾವಣೆ

ಫಲಾನುಭವಿಯ ಹೆಸರು

ಬ್ಯಾಂಕ್ ಹೆಸರು

ಖಾತೆ ಸಂಖ್ಯೆ IFSC ಕೋಡ್

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. ಸಿಬಿಎನ್: U66000DL2008PLC182918. ನಿಯಮಗಳು ಮತ್ತು ಷರತ್ತುಗಳು, ಹೊರಗಡುವಿಕೆಗಳು, ಅಪಾಯದ ಅಂಶಗಳು, ಕಾಯುವ ಅವಧಿ ಮತ್ತು ಪ್ರಯೋಜನಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ವಿವರಗಳಿಗಾಗಿ, ಮಾರಾಟವನ್ನು ಮುಕ್ತಾಯಗೊಳಿಸುವ ಮೊದಲು ದಯೆ **6**

ಪ್ರಮುಖ ವೈಶಿಷ್ಟ್ಯ ದಾಖಲೆ (KFD) - GoActive™

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.

ನಿಮ್ಮ ಅಗತ್ಯಗಳನ್ನು ಉತ್ತಮವಾಗಿ ಪೂರೈಸಲು ಅನೇಕ ಐಚ್ಛಿಕ ಪ್ರಯೋಜನಗಳನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಂತೆ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ದಾಖಲಾಗುವುದರಿಂದ ಹೊರತಾಗಿ ಪ್ರಯೋಜನಗಳಿಂದ ವೈಯಕ್ತಿಕ ಅಪಘಾತ ರಕ್ಷಣೆಯವರೆಗೆ ಸಮಗ್ರ ಶ್ರೇಣಿಯ ಪ್ರಯೋಜನಗಳನ್ನು ಆಕ್ಟಿವ್ ನಿಮಗೆ ಒದಗಿಸುತ್ತದೆ.

ನಿಮ್ಮ ಪಾಲಿಸಿಯಲ್ಲಿ ನಿರ್ದಿಷ್ಟಪಡಿಸಿದಂತೆ ಕೆಲವು ಮಿತಿಗಳು ಮತ್ತು ಹೊರಗಡುವಿಕೆಗಳಿಗೆ ಒಳಪಟ್ಟು ಈ ಕೆಳಗಿನ ಮೂಲ ಪ್ರಯೋಜನಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ:

- ಕೊರಡಿ ಬಾಡಿಗೆ ಮತ್ತು ಐಸಿಯು ಶುಲ್ಕಗಳು ಸೇರಿದಂತೆ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಲ್ಲಿ ಒಳರೋಗಿಗಳ ಆರೈಕೆ
- ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ದಾಖಲಾಗುವ ಮೊದಲು ಮತ್ತು ನಂತರದ ವೆಚ್ಚಗಳು ಕ್ರಮವಾಗಿ 90 ಮತ್ತು 180 ದಿನಗಳು
- ಜೀವಂತ ಅಂಗಾಂಗ ಕಸಿ
- ಡೊಮಿಸಿಲಿಯರಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆವಾಸ ಮತ್ತು ಮನೆ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳು
- ತುರ್ತು ಗೌಂಡ್ ಆಂಬ್ಯುಲೆನ್ಸ್
- ಪಾಲಿಸಿ ವರ್ಷದಲ್ಲಿ ಮಾಡಿದ ಕ್ಲೈಮ್ ಗಳಿಂದಾಗಿ ವಿಮಾ ಮೊತ್ತವು ಖಾಲಿಯಾದರೆ, ವಿವಿಧ ಕಾಯಿಲೆಗಳು / ಷರತ್ತುಗಳಿಗೆ ಅಥವಾ ಪಾಲಿಸಿಯ ಅಡಿಯಲ್ಲಿ ಬರುವ ಇತರ ವಿಮಾ
- ಸದಸ್ಯರಿಗೆ ಪ್ರಯೋಜನವನ್ನು ಮರುಭರ್ತಿ ಮಾಡಿ
- ನಿಮ್ಮ ಆಯ್ಕೆಯ ವಾರ್ಷಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ತಪಾಸಣೆ ಪ್ಯಾಕೇಜ್ ಅಥವಾ ರೋಗನಿರ್ಣಯ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳ ಆಯ್ಕೆ
- ಹೊರ-ರೋಗಿ ಸಮಾಲೋಚನೆಗಳು ಗರಿಷ್ಠ ಪ್ರತಿ ಸಮಾಲೋಚನೆ ಮಿತಿಗೆ ಒಳಪಟ್ಟಿರುತ್ತವೆ
- ಎರಡನೆಯದಾಗಿ, ನಿರ್ದಿಷ್ಟ ಕಾಯಿಲೆಗಳ ರೋಗನಿರ್ಣಯ ಅಥವಾ ಯೋಜಿತ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆ ಅಥವಾ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಕಾರ್ಯವಿಧಾನಗಳ ಬಗ್ಗೆ ತಜ್ಞರಿಂದ ವ್ಯವಸ್ಥಿತ ಅಭಿಪ್ರಾಯ
- ಒತ್ತಡ ನಿರ್ವಹಣೆ, ಪೋಷಣೆ, ಪಾಲನೆ ಮತ್ತು ಇತರ ಬಗ್ಗೆ ಬೆಂಬಲವನ್ನು ಒದಗಿಸಲು ಸಮಾಲೋಚನೆ ಅಧಿವೇಶನಗಳು
- ಫಾರ್ಮಸಿ ಮತ್ತು ಡಯಾಗ್ನೋಸ್ಟಿಕ್ ಬುಕಿಂಗ್ ಸೇವೆಗಳು
- ಆರಂಭಿಕ ವಯಸ್ಸಿನ ರಿಯಾಯಿತಿ: ಮೊದಲ ಪಾಲಿಸಿಯ ಪ್ರಾರಂಭದ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಹಿರಿಯ ಸದಸ್ಯರ ವಯಸ್ಸು 35 ವರ್ಷಗಳಿಗಿಂತ ಕಡಿಮೆ ಅಥವಾ ಸಮಾನವಾಗಿದ್ದರೆ, ಮೂಲ ಪ್ರೀಮಿಯಂನ 10% ರಿಯಾಯಿತಿಯನ್ನು (ಅಂದರೆ ಯಾವುದೇ ಲೋಡಿಂಗ್ ಅಥವಾ ರಿಯಾಯಿತಿಗೆ ಮುಂಚಿನ ಪ್ರೀಮಿಯಂ, ಮೂಲ ಕರ್ವೆ ತೆರಿಗೆಗಳನ್ನು ಹೊರತುಪಡಿಸಿ) ಮತ್ತು ಜೀವಿತಾವಧಿಯಲ್ಲಿ ನಂತರದ ಎಲ್ಲಾ ನವೀಕರಣಗಳನ್ನು ನೀಡಲಾಗುವುದು. ಅಂತಹ ರಿಯಾಯಿತಿ ಅನ್ವಯವಾದರೆ ಫ್ಯಾಮಿಲಿ ಫೋಟರ್ ಪಾಲಿಸಿ ಪ್ರೀಮಿಯಂಗಳ ಮುಂಬ್ಯ (ನವೀ ಮುಂಬ್ಯ ಮತ್ತು ಧಾಣೆ ಸೇರಿದಂತೆ), ದೆಹಲಿ ಎನ್ಸಿಆರ್, ಕೋಲ್ಕತಾ ಮತ್ತು ಗುಜರಾತ್ ರಾಜ್ಯದಲ್ಲಿ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ 20% ಸಹ-ಪಾವತಿ ಅನ್ವಯವಾಗದ ವಲಯ ವ್ಯಾಪ್ತಿಯ ಆಧಾರದ ಮೇಲೆ ಆಯ್ಕೆ ಮಾಡುವ ಆಯ್ಕೆ
- ಮಿತಿಗಳಿಗೆ ಒಳಪಟ್ಟು ಆಧುನಿಕ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಳನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿದೆ

ನಿಮ್ಮ ಪಾಲಿಸಿಯಲ್ಲಿ ನಿರ್ದಿಷ್ಟಪಡಿಸಿದಂತೆ ಕೆಲವು ಮಿತಿಗಳು ಮತ್ತು ವಿನಾಯಿತಿಗಳಿಗೆ ಒಳಪಟ್ಟು ಈ ಕೆಳಗಿನ ಐಚ್ಛಿಕ ಪ್ರಯೋಜನಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ:

- ಬ-ಪ್ರೊಟೆಕ್ಟ್: ಪ್ರತಿ ನವೀಕರಣದ ಮೇಲೆ ವಿಮಾ ಮೊತ್ತವನ್ನು ಮೂಲ ವಿಮಾ ಮೊತ್ತದ 10% ರಷ್ಟು ಹೆಚ್ಚಿಸುವುದು. ಪಾಲಿಸಿಯನ್ನು ನವೀಕರಿಸುವವರೆಗೆ ಅಥವಾ ಈ ಪ್ರಯೋಜನದಿಂದ ಹೊರಗುಳಿಯಲು ನೀವು ವಿನಂತಿಸುವವರೆಗೆ ಪ್ರತಿ ಪಾಲಿಸಿ ವರ್ಷಕ್ಕೆ ಈ ಪ್ರಯೋಜನವನ್ನು ಒದಗಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ.
- ಆರೋಗ್ಯ ತರಬೇತುದಾರ - ವೈಯಕ್ತಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ತರಬೇತುದಾರ ಸೇರಿದಂತೆ ನಿಮ್ಮನ್ನು ಸದೃಢವಾಗಿ ಮತ್ತು ಆರೋಗ್ಯಕರವಾಗಿಡಲು ಸ್ವಾಸ್ಥ್ಯ ಸೇವೆಗಳು. ನಿಮ್ಮ ಆರೋಗ್ಯ ಸ್ಕೋರ್ ಆಧಾರದ ಮೇಲೆ, ನವೀಕರಣದ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಮೂಲ ಪ್ರೀಮಿಯಂನ 20% ವರೆಗೆ ಪ್ರೀಮಿಯಂ
- ರಿಯಾಯಿತಿ (ಅಂದರೆ ತೆರಿಗೆಗಳು ಮತ್ತು ಐಚ್ಛಿಕ ಪ್ರಯೋಜನಗಳನ್ನು ಹೊರತುಪಡಿಸಿ ಪ್ರೀಮಿಯಂ) ಅನ್ವಯವಾಗಬಹುದು. ಆಕಸ್ಮಿಕ ಸಾವು, ಶಾಶ್ವತ ಸಂಪೂರ್ಣ ಮತ್ತು ಭಾಗಶಃ ಅಂಗವೈಕಲ್ಯದ ವಿರುದ್ಧ ವೈಯಕ್ತಿಕ ಅಪಘಾತ ರಕ್ಷಣೆ

ಐಚ್ಛಿಕ ಪ್ರಯೋಜನಗಳಿಗಾಗಿ ಹೆಚ್ಚುವರಿ ವಾರ್ಷಿಕ ಪ್ರೀಮಿಯಂ ಅನ್ನು ವಿಧಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ ಎಂಬುದನ್ನು ದಯವಿಟ್ಟು ಗಮನಿಸಿ

ಈ ಜಾಗವನ್ನು ಉದ್ದೇಶಪೂರ್ವಕವಾಗಿ ಖಾಲಿ ಬಿಡಲಾಗಿದೆ.

ನೀತಿಯ ಪ್ರಕಾರ ಕಾಯುವ ಅವಧಿಗಳು ಅನ್ವಯವಾಗುತ್ತವೆ ಎಂಬುದನ್ನು ಗಮನಿಸಿ:

- ಪಾಲಿಸಿಯ ಪ್ರಾರಂಭದಿಂದ 36 ತಿಂಗಳುಗಳ ಮೊದಲೇ ಅಸ್ತಿತ್ವದಲ್ಲಿರುವ ರೋಗ ಕಾಯುವ ಅವಧಿ ಮತ್ತು ನಿರಂತರ ನವೀಕರಣ
- ಅಗತ್ಯವಿರುವ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯು ಅಪಘಾತದ ಪರಿಣಾಮವಾಗದ ಹೊರತು 30 ದಿನಗಳ ಆರಂಭಿಕ ಕಾಯುವಿಕೆ ಅವಧಿ
- ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ (30 ದಿನಗಳ ಆರಂಭಿಕ ಕಾಯುವಿಕೆ ಅವಧಿಯ ನಂತರ ಒಳಗೊಂಡಿದೆ) ಅಥವಾ ಅಪಘಾತ (ದಿನ 1 ರಿಂದ ಒಳಗೊಂಡಿದೆ) ನಿಂದ ನೇರವಾಗಿ ಉಂಟಾಗುವ ಸ್ವೀತಿಯನ್ನು ಹೊರತುಪಡಿಸಿ, ಪಟ್ಟಿ ಮಾಡಲಾದ ಕೆಲವು ಕಾಯಿಲೆಗಳಿಗೆ 24 ತಿಂಗಳ ನಿರ್ದಿಷ್ಟ ಕಾಯುವಿಕೆ ಅವಧಿ
- ವಾರ್ಷಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ತಪಾಸಣೆ ಅಥವಾ ರೋಗನಿರ್ಣಯ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳು, ಎರಡನೇ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಅಭಿಪ್ರಾಯ, ಹೊರ-ರೋಗಿ ಸಮಾಲೋಚನೆಗಳು, ಸಮಾಲೋಚನೆ ಅವಧಿಗಳು ಮತ್ತು ಆಯ್ಕೆ ಮಾಡಿದರೆ ಐಚ್ಛಿಕ ಪ್ರಯೋಜನಗಳಿಗೆ ಕಾಯುವ ಅವಧಿಗಳು ಅನ್ವಯಿಸುವುದಿಲ್ಲ ಎಂಬುದನ್ನು ದಯವಿಟ್ಟು ಗಮನಿಸಿ

ಪಾಲಿಸಿ ಒಪ್ಪಂದದಲ್ಲಿ ವಿವರಿಸಿದಂತೆ ಮಾನದಂಡಗಳ ಹೊರಗಿಡುವಿಕೆಗಳು ಅನ್ವಯವಾಗುತ್ತವೆ ಎಂಬುದನ್ನು ಗಮನಿಸಿ. ಇದಲ್ಲದೆ, ಅಂಡರ್ ರೈಟಿಂಗ್ ಫಲಿತಾಂಶಗಳ ಆಧಾರದ ಮೇಲೆ, ಕೆಲವು ನಿರ್ದಿಷ್ಟ ಹೊರಗಿಡುವಿಕೆಗಳು ಸಹ ನಿಮ್ಮ ಪಾಲಿಸಿಗೆ ಅನ್ವಯವಾಗಬಹುದು.

ನಿಮ್ಮ ಪಾಲಿಸಿಯ ಇತರ ಪ್ರಮುಖ ಲಕ್ಷಣಗಳು ಈ ಕೆಳಗಿನಂತಿವೆ:

- ವೈಯಕ್ತಿಕ ಅಥವಾ ಕುಟುಂಬ ಪ್ರೋಟೆಕ್ಟರ್ ಕವರ್ (2 ವಯಸ್ಕರು ಮತ್ತು 4 ಮಕ್ಕಳವರೆಗೆ), ಪಾಲಿಸಿಯಲ್ಲಿ ಸದಸ್ಯ(ಗಳ) ಯಾವುದೇ ಸೇರ್ಪಡೆ ಅಥವಾ ಅಳಿಸುವಿಕೆಯನ್ನು ನವೀಕರಣದ
- ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಮಾತ್ರ ಮಾಡಲಾಗುತ್ತದೆ.
- ನಿಮ್ಮ ದೃಢೀಕರಣ ಮತ್ತು ಬಾಕಿ ಪ್ರೀಮಿಯಂನ ಸಮಯೋಚಿತ ಪಾವತಿಗೆ ಒಳಪಟ್ಟು ನಿಮ್ಮ ಪಾಲಿಸಿಯ ಆಜೀವ ನವೀಕರಣ.
- ನಿಮ್ಮ ವಯಸ್ಸು ಹೆಚ್ಚಾದಂತೆ ನಿಮ್ಮ ನವೀಕರಣ ಪ್ರೀಮಿಯಂ ಪ್ರತಿವರ್ಷ ಹೆಚ್ಚಾಗುತ್ತದೆ ಆದರೆ ನಿಮ್ಮ ಕ್ಲೈಮ್ 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.

ಟಿಪ್ಪಣಿಗಳು:

ಉಚಿತ ನೋಟದ ನಿಬಂಧನೆ: ನೀವು ಪಾಲಿಸಿಯ ನಿಯಮಗಳು ಮತ್ತು ಷರತ್ತುಗಳನ್ನು ಒಪ್ಪಿದ್ದೀರಿ, ಪಾಲಿಸಿ ದಾಖಲೆಯನ್ನು ಸ್ವೀಕರಿಸಿದ 15 ದಿನಗಳ ಒಳಗೆ ನಿಮ್ಮ ಕಾರಣಗಳನ್ನು ತಿಳಿಸಿ ನೀವು ಪಾಲಿಸಿಯನ್ನು ರದ್ದುಗೊಳಿಸಬಹುದು. ಕವರ್ ಅವಧಿಗೆ ವೈದ್ಯಕೀಯ ತಪಾಸಣೆ, ಸ್ಕ್ರೀನಿಂಗ್ ಡಯಾಗ್ನಿಸ್ಟಿಕ್ ಮತ್ತು ಪ್ರಮಾಣಾನುಗುಣ ರಿಸ್ಕ್ ಪ್ರೀಮಿಯಂ ಶುಲ್ಕಗಳನ್ನು ಕಡಿತಗೊಳಿಸಿದ ನಂತರ ಪ್ರೀಮಿಯಂ ಅನ್ನು ಮರುಪಾವತಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ. ಪಾಲಿಸಿಯನ್ನು ನವೀಕರಿಸುವ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಉಚಿತ ನೋಟ ನಿಬಂಧನೆ ಅನ್ವಯಿಸುವುದಿಲ್ಲ. ಪ್ರೀಮಿಯಂ: ದಯವಿಟ್ಟು ಪ್ರೀಮಿಯಂ ಮೊತ್ತವನ್ನು ನಿವಾ ಬೂಪಾ ಹೆಲ್ತ್ ಇನ್ಶೂರೆನ್ಸ್ ಕಂಪನಿ ಲಿಮಿಟೆಡ್ ಹೆಸರಿನಲ್ಲಿ ಸುರಕ್ಷಿತ ಪಾವತಿ ವಿಧಾನದ ಮೂಲಕ ರೇವಣಿ ಮಾಡಿ. ಈ ಉತ್ಪನ್ನದ ಅಡಿಯಲ್ಲಿ ಹೊರ-ರೋಗಿ ಸಮಾಲೋಚನೆ ಪ್ರಯೋಜನವು ಆಯ್ಕೆ ನಗರಗಳಲ್ಲಿನ ನಮ್ಮ ವೈದ್ಯರ ಜಾಲದಲ್ಲಿ ನಗದುರಹಿತ ಮತ್ತು ಮರುಪಾವತಿ ಆಧಾರದ ಮೇಲೆ ಮಾತ್ರ ಲಭ್ಯವಿದೆ ಎಂಬುದನ್ನು ದಯವಿಟ್ಟು ಗಮನಿಸಿ. ನಮ್ಮ ವೆಬ್‌ಸೈಟ್ www.nivabupa.com ನಲ್ಲಿ ಪಾಲಿಸಿಯನ್ನು ಖರೀದಿಸುವ ಮೊದಲು ಅಥವಾ ನಮ್ಮ ಗ್ರಾಹಕ ಸಹಾಯವಾಣಿ ಸಂಖ್ಯೆ 1860-500-8888 ಗೆ ಕರೆ ಮಾಡುವ ಮೂಲಕ ದಯವಿಟ್ಟು ನಗರಗಳ ಪಟ್ಟಿಯನ್ನು ಪರಿಶೀಲಿಸಿ.

_____ ಕಂಪನಿಯ ಉದ್ದೇಶಿತ ಅಥವಾ ಅಸ್ತಿತ್ವದಲ್ಲಿರುವ ನೀತಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಕಾಲಕಾಲಕ್ಕೆ ಸ್ವಾಗತ ಕರೆಗಳು, ಸೇವಾ ಕರೆಗಳು ಅಥವಾ ಯಾವುದೇ ಇತರ ಸಂವಹನವನ್ನು (ಎಲೆಕ್ಟ್ರಾನಿಕ್ ಅಥವಾ ಬೇರೆ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ) ಮಾಡಲು ನಾನು ಈ ಮೂಲಕ ಕಂಪನಿಗೆ ಸಮ್ಮತಿಸುತ್ತೇನೆ ಮತ್ತು ಅಧಿಕಾರ ನೀಡುತ್ತೇನೆ.

ದಿನಾಂಕ: _____

ಪ್ರಸ್ತಾವಕರ ಸಹಿ: _____

ಸ್ಥಳ: _____

ಪ್ರಪೋಸರ್ ಹೆಸರು: _____

ನಿವಾ ಬೂಪಾ ಹೆಲ್ತ್ ಇನ್ಶೂರೆನ್ಸ್ ಕಂಪನಿ ಲಿಮಿಟೆಡ್, ನೋಂದಾಯಿತ ಕಛೇರಿ:- ಸಿ-98, ಮೊದಲ ಮಹಡಿ, ಲಜಪತ್ ನಗರ, ಭಾಗ 1,

ನವದೆಹಲಿ-110024 ಹಕ್ಕುತ್ಯಾಗ: ವಿಮೆಯು ಕೋರಿಕೆಯ ವಿಷಯವಾಗಿದೆ. ನಿವಾ ಬೂಪಾ ಹೆಲ್ತ್ ಇನ್ಶೂರೆನ್ಸ್ ಕಂಪನಿ ಲಿಮಿಟೆಡ್ (ಹಿಂದೆ ಮ್ಯಾಕ್ಸ್ ಬೂಪಾ ಹೆಲ್ತ್ ಇನ್ಶೂರೆನ್ಸ್ ಕಂಪನಿ ಲಿಮಿಟೆಡ್ ಎಂದು ಕರೆಯಲಾಗುತ್ತಿತ್ತು) (ಐಆರ್ಡಿಎಐ ನೋಂದಣಿ ಸಂಖ್ಯೆ 145). 'ಬೂಪಾ' ಮತ್ತು 'ಹಾರ್ಟ್ ಬೀಟ್' ಲೋಗೋಗಳು ಆಯಾ ಮಾಲೀಕರ ನೋಂದಾಯಿತ ಟ್ರೇಡ್ ಮಾರ್ಕ್ ಗಳಾಗಿವೆ ಮತ್ತು ಇದನ್ನು ನಿವಾ ಬೂಪಾ ಹೆಲ್ತ್ ಇನ್ಶೂರೆನ್ಸ್ ಕಂಪನಿ ಲಿಮಿಟೆಡ್ ಪರಿವಾನಗಿಯಡಿಯಲ್ಲಿ 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

ಉತ್ಪನ್ನ ಹೆಸರು : GoActiveTM , ಉತ್ಪನ್ನ UIN ಸಂಖ್ಯೆ: MAXHLIP21173V022021

ಕಂಪನಿಯಿಂದ ಸ್ವೀಕೃತಿ

ಅಪ್ಪಿಕೇಶನ್ ಸಂಖ್ಯೆ: _____

ದಿನಾಂಕ

DDMMYY

ಚೆಕ್/ಡಿಮಾಂಡ್ ಡ್ರಾಫ್ಟ್/ಇತರ _____ ಮೂಲಕ ನಿಮ್ಮ ಪ್ರಸ್ತಾವನೆ ಮತ್ತು ಮೊತ್ತವನ್ನು ಸ್ವೀಕರಿಸಿರುವುದನ್ನು ನಾವು ದೃಢೀಕರಿಸುತ್ತೇವೆ _____ ದಿನಾಂಕ DDMMYY ಚಿತ್ರ ಬಿಡಿಸಲಾಗಿದೆ DDMMYY

ವಿಮೆಗಾಗಿ ಪೂರ್ಣಗೊಂಡ ಪ್ರಸ್ತಾವನೆಯನ್ನು ನಮಗೆ ಸಲ್ಲಿಸುವುದರಿಂದ ಅಥವಾ ಕೋರಲಾದ ಯಾವುದೇ ಪಾಲಿಸಿಗೆ ಯಾವುದೇ ಪಾವತಿಯು ಪಾಲಿಸಿಯನ್ನು ಹೊರಡಿಸಲು ನಮ್ಮನ್ನು ಒತ್ತಾಯಿಸುವುದಿಲ್ಲ, ಈ ನಿರ್ಧಾರವು ಯಾವಾಗಲೂ ನಮ್ಮ ಸ್ವಂತ ಮತ್ತು ಸಂಪೂರ್ಣ ವಿವೇಚನೆಗೆ ಒಳಪಟ್ಟಿರುತ್ತದೆ. ನಾವು ವಿಮೆಯ ಪ್ರಸ್ತಾವವನ್ನು ಸ್ವೀಕರಿಸಿದರೆ, ಅದು ಪಾಲಿಸಿಯ ನಿಯಮಗಳು ಮತ್ತು ಷರತ್ತುಗಳಿಗೆ ಒಳಪಟ್ಟಿರುತ್ತದೆ ಮತ್ತು ಪ್ರೀಮಿಯಂ ಅನ್ನು ನಾವು ಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಮತ್ತು ಸಮಯಕ್ಕೆ ಸ್ವೀಕರಿಸದಿದ್ದರೆ ಅಥವಾ ಸಾಕಾರಗೊಳ್ಳದಿದ್ದರೆ ನಮಗೆ ಯಾವುದೇ ಹೊಣೆಗಾರಿಕೆ ಇರುವುದಿಲ್ಲ. ನಾವು ಪ್ರಸ್ತಾವವನ್ನು ಸ್ವೀಕರಿಸದಿದ್ದರೆ, ನಾವು ನಿಮಗೆ ತಿಳಿಸುತ್ತೇವೆ ಮತ್ತು ನಿಮ್ಮಿಂದ ಪಡೆದ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳ ವೆಚ್ಚವನ್ನು ಕಡಿತಗೊಳಿಸಿದ ನಂತರ ಪಾವತಿಯನ್ನು ಬಡ್ಡಿಯಿಲ್ಲದೆ ಮರುಪಾವತಿಸುತ್ತೇವೆ.

ಸ್ವೀಕರಿಸುವವರ ಸಹಿ ಮತ್ತು ಕಛೇರಿ ಮುದ್ರೆ

ಉತ್ಪನ್ನ ಹೆಸರು : GoActiveTM , ಉತ್ಪನ್ನ UIN ಸಂಖ್ಯೆ: MAXHLIP21173V022021