

ಆರೋಗ್ಯ ಭರವಸೆ ಪ್ರಸ್ತಾವನೆ ನಮೂನೆ#

(URN: 002)

ದಯವಿಟ್ಟು ಈ ಫಾರ್ಮ್ ಅನ್ನು ಸ್ವಯಂ ಮತ್ತು ಪ್ರತಿ ಪ್ರಸ್ತಾವಿತ ವಿಮಾ ವ್ಯಕ್ತಿಗಾಗಿ ಕ್ಯಾಪಿಟಲ್ ಲೆಟರ್ಸ್ ನಲ್ಲಿ ಭರ್ತಿ ಮಾಡಿ. ಈ ಪ್ರಪೋಸಲ್ ಫಾರ್ಮ್ ನಲ್ಲಿನ ಯಾವುದೇ ಪ್ರಶ್ನೆಗೆ ಉತ್ತರಿಸಲು ನಿಮಗೆ ಹೆಚ್ಚುವರಿ ಸ್ವಲ್ಪಕಾಲದ ಅಗತ್ಯವಿದ್ದರೆ, ದಯವಿಟ್ಟು ಹೆಚ್ಚುವರಿ ಕಾಗದದ ಹಾಳೆಗಳನ್ನು ಲಗತ್ತಿಸಿ ಮತ್ತು ಒದಗಿಸಲಾಗುತ್ತಿರುವ ಮಾಹಿತಿಯು ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಪ್ರಶ್ನೆ ಸಂಖ್ಯೆಯನ್ನು ಹೆಚ್ಚುವರಿ ಹಾಳೆಯಲ್ಲಿ ಸೂಚಿಸಿ.

1. ಪ್ರಸ್ತಾವಕ ವಿವರಗಳು*

ಶೀರ್ಷಿಕೆ ಹೆಸರು

ಪ್ರಸ್ತುತ ವಿಳಾಸ

ಹೆಚ್ಚುವರಿ ನಗರ

ಜಿಲ್ಲೆ ರಾಜ್ಯ ಪಿನ್ ಕೋಡ್

ಲ್ಯಾಂಡ್ ಲೈನ್ ಮೊಬೈಲ್ ಸಂಖ್ಯೆ

ಇಮೇಲ್ ಐಡಿ ವ್ಯಾನ್ ಸಂಖ್ಯೆ

ರಾಷ್ಟ್ರೀಯತೆ ವಾರ್ಷಿಕ ಆದಾಯ (ರೂ.) ಸ್ವಯಂ ಉದ್ಯೋಗಿ

ಪಾಲಿಸಿ ಕಿಟ್ ನ ಭೌತಿಕ ಪ್ರತಿ ನಿಮಗೆ ಬೇಕೆ ಹೌದು ಇಲ್ಲ

ಬ್ಯಾಂಕ್ ವಿವರಗಳು

ಬ್ಯಾಂಕ್ ಹೆಸರು ಶಾಖೆ

ನಗರ ಖಾತೆ ಸಂಖ್ಯೆ

IFSC ಕೋಡ್ ಖಾತೆ ಪ್ರಕಾರ ಉಳಿತಾಯ ಪ್ರಸ್ತುತ

ಎಲೆಕ್ಟ್ರಾನಿಕ್ ವಿಮಾ ಖಾತೆಯ ವಿವರಗಳು (ಇಬಿಎ)

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

ಇಲ್ಲ ನಾನು ಇ-ವಿಮಾ ಖಾತೆಯನ್ನು ಹೊಂದಿಲ್ಲ ಮತ್ತು ಒಂದನ್ನು ತೆರೆಯಲು ಬಯಸುವುದಿಲ್ಲ ಗ್ರಾಮೀಣ ಮತ್ತು ಸಾಮಾಜಿಕ ವಲಯದ ವರ್ಗ (ಅನ್ವಯವಾದರೆ):

ಹೌದು ಈ ಪಾಲಿಸಿಯನ್ನು ನನ್ನ ಇ-ವಿಮಾ ಖಾತೆಗೆ ಕ್ರೆಡಿಟ್ ಮಾಡಿ ಆಶಾ ಕಾರ್ಯಕರ್ತೆ MGNREGA ಕೆಲಸಗಾರ

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)

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

ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಮಾಹಿತಿಗಳನ್ನು ಲಗತ್ತಿಸಿ) ಎಲೆಕ್ಟ್ರಾನಿಕ್ ವಿಮಾ ಖಾತೆ ತೆರೆದಿರುವ ನಮೂನೆಯನ್ನು (ಇಬಿಎ ಫಾರ್ಮ್) ಸಲ್ಲಿಸಿ.

2. ಕವರೇಜ್ ಆಯ್ಕೆ

ಪ್ರಯೋಜನ ಪ್ರಕಾರ (ದಯವಿಟ್ಟು ಸಂಬಂಧಿತ ಪೆಟ್ಟಿಗೆಗಳನ್ನು ಟಿಕ್ ಮಾಡಿ. ನೀವು ಅನೇಕ ಪ್ರಯೋಜನಗಳನ್ನು ಆಯ್ಕೆ ಮಾಡಬಹುದು.)

ಕುಟುಂಬ ಸಂಯೋಜನೆಗಳು: 1A 1A+1C 1A+2C 2A 2A+1C 2A+2C

ಅಪಘಾತ ಆರೈಕೆ # : ವಿಮಾ ಮೊತ್ತ (ರೂ.)

ಅಪಘಾತ ತಾತ್ಕಾಲಿಕ ಸಂಪೂರ್ಣ ಅಂಗವೈಕಲ್ಯ (ಟಿಟಿಡಿ): ಹೌದು ಇಲ್ಲ ವಿಮಾ ಮೊತ್ತ (ರೂ.)

ಅಪಘಾತ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ದಾಖಲು

CritiCare# : ವಿಮಾ ಮೊತ್ತ (ರೂ.) ಆಯ್ಕೆ 1 ಆಯ್ಕೆ 2

Hospicash : ದೈನಂದಿನ ಹೋಸ್ಟಿಂಗ್ ಮಿತಿ (ರೂ.)

ಪಾಲಿಸಿ ಅವಧಿ : 1 ವರ್ಷ 2 ವರ್ಷ 3 ವರ್ಷ

#For ಆಕ್ಟಿವೇಟ್ ಕೆಲಸ ಮತ್ತು ಕ್ರೆಡಿಟ್ ಆಯ್ಕೆ ಮಾಡಬಹುದಾದ ಗರಿಷ್ಠ ವಿಮಾ ಮೊತ್ತವು ಸಂಬಳ ಪಡೆಯುತ್ತಿರುವ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ವಾರ್ಷಿಕ ಆದಾಯದ 12 ಪಟ್ಟು ಅಥವಾ ಸ್ವಯಂ ಉದ್ಯೋಗಿಯಾಗಿದ್ದರೆ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ವಾರ್ಷಿಕ ಆದಾಯದ 15 ಪಟ್ಟು ಇರುತ್ತದೆ. 2 ವರ್ಷಕ್ಕಿಂತ ಕಡಿಮೆ ವಯಸ್ಸಿನ ಅರಬಿಯತ ಮಕ್ಕಳಿಗೆ ಅಪಘಾತ ಆರೈಕೆ ಲಭ್ಯವಿರುವುದಿಲ್ಲ. ಅವಲಂಬಿತ ಮಕ್ಕಳಿಗೆ ಕ್ರೆಡಿಟ್ ಆಯ್ಕೆ ಮಾಡಬಹುದು. ಸಂಬಳ ಪಡೆಯುವ ವ್ಯಕ್ತಿಗಳಿಗೆ ವಾರ್ಷಿಕ ಆದಾಯವನ್ನು ಸ್ಥಿರ ಸಿಟಿ (ಬೋನಸ್ ಮತ್ತು ಕಮಿಷನ್‌ಗಳನ್ನು ಹೊರತುಪಡಿಸಿ ಕಂಪನಿ ವೆಚ್ಚ) ಆಧಾರದ ಮೇಲೆ ಪರಿಗಣಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ. * ಒಟ್ಟು ತಾತ್ಕಾಲಿಕ ಅಂಗವೈಕಲ್ಯ (ಟಿಟಿಡಿ) ವಿಮಾ ಮೊತ್ತವು ರೂ. 1 ಲಕ್ಷದಿಂದ ರೂ. 20 ಲಕ್ಷಗಳ ನಡುವೆ ಇರಬಹುದು (ರೂ. 50,000 ರ ಏಕಗುಣದಲ್ಲಿ). ಆದರೆ ಟಿಟಿಡಿ ವಿಮಾ ಮೊತ್ತವು ವಾರ್ಷಿಕ ಆದಾಯ ಅಥವಾ ಅಪಘಾತ ಆರೈಕೆ ವಿಮಾ ಮೊತ್ತವು 2 ಪಟ್ಟು ಕಡಿಮೆ ಮಿತಿಗಿಂತಿಲ್ಲ. ವಾರ್ಷಿಕ ಆದಾಯವು ಒಮ್ಮಟ್ಟವಲ್ಲ. ಬೋನಸ್‌ಗಳು, ಸಲಹೆಗಳು, ಕಮಿಷನ್‌ಗಳು, ಭತ್ಯೆಗಳು, ವಿಶೇಷ ಪರಿಹಾರಗಳು, ಇತರ ಮೂಲಗಳಿಂದ ಬರುವ ಆದಾಯ ಅಥವಾ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ವಿಮಾದಾರನು ಪಡೆಯಲು ಅರ್ಹರಾಗಿರುವುದಾದ ವರಿಯಲ್ಸ್ ಮೇತನದ ಯಾವುದೇ ಘಟಕಗಳನ್ನು ಹೊರತುಪಡಿಸಿ ಕಂಪನಿ ನಿಜವಾದ ವೆಚ್ಚವಾಗಿದೆ.

3. ಉದ್ದೇಶಿತ ವಿಮಾದಾರ ವ್ಯಕ್ತಿ(ಗಳ) ವಿವರಗಳು

ವಿಮಾ ಸಂಖ್ಯೆ 1	ಹೆಸರು				ಹುಟ್ಟಿದ ದಿನಾಂಕ (DD/MM/YYYY)	ಎತ್ತರ (ಇಂಚು)	ತೂಕ (ಕೆಜಿ)	ಸೊಂಟ (ಇಂಚು)
	<input type="text"/>				<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
ಲಿಂಗ (M/F)	ಪ್ರಸ್ತಾವಕನೊಂದಿಗಿನ ಸಂಬಂಧ[ಬದಲಾಯಿಸಿ]		ಉದ್ಯೋಗ:		ಶಿಕ್ಷಣ:		ರಿಸ್ಕ್ ಕ್ಯಾಸ್*	

ವಿಮೂ ಸಂಖ್ಯೆ 2	ಹೆಸರು		ಹುಟ್ಟಿದ ದಿನಾಂಕ (DD/MM/YYYY)	ಎತ್ತರ (ಇಂಚು)	ತೂಕ (ಕೆಜಿ)	ಸೊಂಟ (ಇಂಚು)
	ಲಿಂಗ (M/F)	ಪ್ರಸ್ತಾಪಕನೊಂದಿಗಿನ ಸಂಬಂಧ[ಬದಲಾಯಿಸಿ]	ಉದ್ಯೋಗ:	ಶಿಕ್ಷಣ:	ರಿಸ್ಕ್ ಕ್ಯಾಸ್*	

ವಿಮೂ ಸಂಖ್ಯೆ 3	ಹೆಸರು		ಹುಟ್ಟಿದ ದಿನಾಂಕ (DD/MM/YYYY)	ಎತ್ತರ (ಇಂಚು)	ತೂಕ (ಕೆಜಿ)	ಸೊಂಟ (ಇಂಚು)
	ಲಿಂಗ (M/F)	ಪ್ರಸ್ತಾಪಕನೊಂದಿಗಿನ ಸಂಬಂಧ[ಬದಲಾಯಿಸಿ]	ಉದ್ಯೋಗ:	ಶಿಕ್ಷಣ:	ರಿಸ್ಕ್ ಕ್ಯಾಸ್*	

ವಿಮೂ ಸಂಖ್ಯೆ 4	ಹೆಸರು		ಹುಟ್ಟಿದ ದಿನಾಂಕ (DD/MM/YYYY)	ಎತ್ತರ (ಇಂಚು)	ತೂಕ (ಕೆಜಿ)	ಸೊಂಟ (ಇಂಚು)
	ಲಿಂಗ (M/F)	ಪ್ರಸ್ತಾಪಕನೊಂದಿಗಿನ ಸಂಬಂಧ[ಬದಲಾಯಿಸಿ]	ಉದ್ಯೋಗ:	ಶಿಕ್ಷಣ:	ರಿಸ್ಕ್ ಕ್ಯಾಸ್*	

* ರಿಸ್ಕ್ ಕ್ಯಾಸ್ 2 ಗೆ, ಪ್ರೀಮಿಯಂ ಮೇಲೆ 50% ಲೋಡಿಂಗ್ ಇರುತ್ತದೆ. ಪಾಲಿಸಿದಾರರ ಉದ್ಯೋಗದ ಆಧಾರದ ಮೇಲೆ ಅಪಘಾತ ಆರೈಕೆ ರಕ್ಷಣೆಯ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಮಾತ್ರ ಅನ್ವಯಿಸುತ್ತದೆ.

4. ನಾಮನಿರ್ದೇಶನ (ಪ್ರಾಥಮಿಕ ವಿಮಾದಾರರಿಗೆ)

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

ನಾಮಿನಿ ಬ್ಯಾಂಕ್ ವಿವರಗಳು:

ಬ್ಯಾಂಕ್ ಹೆಸರು _____ ಶಾಖೆ _____ IFSC ಕೋಡ್ _____

ನಗರ _____ ಖಾತೆ ಸಂಖ್ಯೆ _____ ಖಾತೆ ಪ್ರಕಾರ ಉಳಿತಾಯ ಪ್ರಸ್ತುತ

5. ವೈದ್ಯಕೀಯ ಇತಿಹಾಸ

ವಿಭಾಗ ಎ: ವೈದ್ಯಕೀಯ ಮಾಹಿತಿ

ಕ್ರಿಟಿಕೇಟ್ ಮತ್ತು / ಅಥವಾ ಹೋಸ್ಟಿಕ್ಯಾಸ್ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಉತ್ತರಿಸಬೇಕು. ಒಂದು ವೇಳೆ ಅಕ್ಯುಡೆಂಟ್ ಕೇರ್ ಅನ್ನು ಮಾತ್ರ ಆಯ್ಕೆ ಮಾಡಿದರೆ, ದಯವಿಟ್ಟು Q1 ಗೆ ಮಾತ್ರ ಉತ್ತರಿಸಿ.	ವಿಮೂ ಸಂಖ್ಯೆ (ದಯವಿಟ್ಟು ಅರ್ಜಿದಾರರ ಸದಸ್ಯರ ವಿವರ, ಹೌದು / ಇಲ್ಲ ಎಂದು ಉತ್ತರವನ್ನು ನೀಡಿ)			
	1	2	3	4
1. ಜನನದ ನಂತರ ಅಥವಾ ನಂತರ ನೀವು ಉತ್ತಮ ಆರೋಗ್ಯ ಹೊಂದಿದ್ದೀರಾ ಮತ್ತು / ಅಥವಾ ಯಾವುದೇ ಮಾನಸಿಕ / ದೈಹಿಕ ದುರ್ಬಲತೆ ಮತ್ತು / ಅಥವಾ ವಿರೂಪತೆ ಮತ್ತು / ಅಥವಾ ಅಂಗವಿಕಲತೆಯಿಂದ ಬಳಲುತ್ತಿಲ್ಲವೇ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ನಿಮ್ಮ ದೈನಂದಿನ ಚಟುವಟಿಕೆಗಳ ಮೇಲೆ ಪರಿಣಾಮ ಬೀರುವ ಯಾವುದೇ ರೋಗಲಕ್ಷಣಗಳಿಗಾಗಿ 7 ದಿನಗಳಿಗಿಂತ ಹೆಚ್ಚು ಕಾಲ ಬೆಡ್ ರಿಸ್ಟ್ ಅಥವಾ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ದಾಖಲಾಗಲು ನಿಮಗೆ ಸೂಚಿಸಲಾಗಿದೆಯೇ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ನೀವು 5 ದಿನಗಳಿಗಿಂತ ಹೆಚ್ಚು ಕಾಲ ಯಾವುದೇ ಅಸ್ವಸ್ಥತೆ/ರೋಗಲಕ್ಷಣದಿಂದ ಬಳಲುತ್ತಿದ್ದೀರಾ ಅಥವಾ ಬಳಲುತ್ತಿದ್ದೀರಾ, ಇದಕ್ಕಾಗಿ ನೀವು ಯಾವುದೇ ಸಮಾಲೋಚನೆಯನ್ನು ತೆಗೆದುಕೊಂಡಿಲ್ಲ ಅಥವಾ ಹಾಗೆ ಮಾಡಲು ಯೋಚಿಸುತ್ತಿದ್ದೀರಾ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 7 ದಿನಗಳಿಗಿಂತ ಹೆಚ್ಚು ಕಾಲ ಅಥವಾ ಸಾಪ್ತಾಹಿಕ ಅಥವಾ ಮಾಸಿಕ ಆಧಾರದ ಮೇಲೆ ದೈನಂದಿನ ಆಧಾರದ ಮೇಲೆ ಯಾವುದೇ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಅಥವಾ ಔಷಧೋಪಚಾರಕ್ಕೆ ನಿಮಗೆ ಎಂದಾದರೂ ಸಲಹೆ ನೀಡಲಾಗಿದೆಯೇ ಅಥವಾ ಪ್ರಸ್ತುತ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ನೀವು ಎಂದಾದರೂ ಈ ಕೆಳಗಿನ ಯಾವುದೇ ತನಿಖೆಗಳಿಗೆ ಒಳಗಾಗಿದ್ದೀರಾ ಅಥವಾ ಸಲಹೆ ನೀಡಿದ್ದೀರಾ (ವಾಡಿಕೆಯ ಆರೋಗ್ಯ ತಪಾಸಣೆಯನ್ನು ಹೊರತುಪಡಿಸಿ): ಟಿಎಂಟಿ, ಆಂಜಿಯೋಗ್ರಫಿ, ಎಕೋ ಕಾರ್ಡಿಯೋಗ್ರಫಿ, ಎಂಡೋಸಕ್ಯೋಪಿ, ಸಿಟಿ ಸ್ಕ್ಯಾನ್, ಎಂಆರ್ ಐ, ಎಫ್ ಎನ್ ಎಸ್, ಬಯೋಪ್ಸಿ, ಇತ್ಯಾದಿ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ನೀವು ಎಂದಾದರೂ ಯಾವುದೇ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆ ಅಥವಾ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಒಳಗಾಗಿದ್ದೀರಾ ಅಥವಾ ಯೋಚಿಸುತ್ತಿದ್ದೀರಾ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ನಿಮಗೆ ಅಧಿಕ ರಕ್ತದೊತ್ತಡ ಮತ್ತು/ಅಥವಾ ಮಧುಮೇಹ ಮತ್ತು/ಅಥವಾ ಅಧಿಕ ಕೊಲೆಸ್ಟ್ರಾಲ್ ಮತ್ತು/ಅಥವಾ ಹೃದಯ ಸಮಸ್ಯೆ ಮತ್ತು/ಅಥವಾ ಧ್ಮರಾಯ್ಸ್ ಅಸ್ವಸ್ಥತೆ ಇದೆಯೇ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ನೀವು ಎಂದಾದರೂ ಯಾವುದೇ ರೀತಿಯ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ನಿಂದ ಬಳಲುತ್ತಿದ್ದೀರಾ? ವಾಡಿಕೆಯ ಸ್ಕ್ರೀನಿಂಗ್ ಹೊರತುಪಡಿಸಿ ಸಂಭಾವ್ಯ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗನಿರ್ಣಯವನ್ನು ತಳ್ಳಿಹಾಕಲು ಯಾವುದೇ ಸ್ಕ್ರೀನಿಂಗ್ ಗೆ ಒಳಗಾಗುವಂತೆ ನಿಮಗೆ ಎಂದಾದರೂ ಸಲಹೆ ನೀಡಲಾಗಿದೆಯೇ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ನೀವು ಎಂದಾದರೂ ತಂಬಾಕು ಸಂಬಂಧಿತ ಉತ್ಪನ್ನಗಳಾದ ಸಿಗರೆಟ್ / ಗುಟ್ಯಾ-ಪಾನ್ ಅಥವಾ ಆಲ್ಕೋಹಾಲ್ ಅಥವಾ ಇತರ ಯಾವುದೇ ಮಾದಕವಸ್ತುಗಳನ್ನು ಪ್ರತಿದಿನ ಅಥವಾ ವಾರಕ್ಕೊಮ್ಮೆ ಒಂದು ತಿಂಗಳಿಗಿಂತ ಹೆಚ್ಚು ಕಾಲ ಸೇವಿಸಿದ್ದೀರಾ ಅಥವಾ ಸೇವಿಸಿದ್ದೀರಾ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ಸ್ತ್ರೀ ಜೀವಕ್ಕೆ ವಿಮೆ ಮಾಡಬೇಕಾದ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಉತ್ತರಿಸಬೇಕಾದದ್ದು:

10. ನೀವು ಪ್ರಸ್ತುತ ಗರ್ಭಿಣಿಯಾಗಿದ್ದೀರಾ ಮತ್ತು/ಅಥವಾ ಯಾವುದೇ ರೀತಿಯ ಫಲವತ್ತತೆ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಒಳಗಾಗುತ್ತಿದ್ದೀರಾ/ಒಳಗಾಗುತ್ತಿದ್ದೀರಾ ಮತ್ತು/ಅಥವಾ ಸಿಸ್ಟೇರಿಯನ್ ಮೂಲಕ ಮಗುವಿಗೆ ಜನ್ಮ ನೀಡಿದ್ದೀರಾ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ಸ್ವನ, ಋತುಚಕ್ರ, ಗರ್ಭಧಾರಣೆ ಮತ್ತು/ಅಥವಾ ಗರ್ಭಧಾರಣೆಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಯಾವುದೇ ಸ್ತ್ರೀರೋಗ ತೊಡಕುಗಳನ್ನು ನೀವು ಎಂದಾದರೂ ಹೊಂದಿದ್ದೀರಾ ಮತ್ತು/ಅಥವಾ ವಾಡಿಕೆಯ ಪರಿಶೀಲನೆಯನ್ನು ಹೊರತುಪಡಿಸಿ ಪಿಎಪಿ ಸ್ತ್ರಿಯರ್, ಪ್ಯಾಪ್‌ಸ್ಮಾಂಕ್ರಿಯಾ ಗೆ ಒಳಗಾಗಿದ್ದೀರಾ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ವಿಭಾಗ ಬಿ: (ಕ್ರಿಟಿಕೇಟ್ ಮತ್ತು/ಅಥವಾ ಹೋಸ್ಟಿಕ್ಯಾಸ್ ಗೆ ಮಾತ್ರ ಅನ್ವಯಿಸುತ್ತದೆ) Q1 ಅನ್ನು 'ಇಲ್ಲ' ಎಂದು ಉತ್ತರಿಸಿದರೆ ಮತ್ತು/ಅಥವಾ ವಿಭಾಗ A ನಲ್ಲಿ Q2 ರಿಂದ
Q11 ರವರೆಗಿನ ಪ್ರಶ್ನೆಗಳಿಗೆ 'ಹೌದು' ಎಂದು ಉತ್ತರಿಸಿದರೆ ದಯವಿಟ್ಟು ವಿವರಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸಿ. ಅನಾರೋಗ್ಯ / ಔಷಧಿ / ಪರಿಶೀಲನೆ / ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆ
/ ಗಾಯ / ಅಂಗವೈಕಲ್ಯ / ವಿರೂಪತೆ / ದುರ್ಬಲತೆಯ ಹೆಸರು ಮತ್ತು ವಿವರಗಳು.

ವಿಮಾ ಸಂಖ್ಯೆ	ವೈದ್ಯಕೀಯ ಪ್ರಶ್ನೆ ಸಂಖ್ಯೆ	ಕಾಯಿಲೆಯ ವಿವರ (ಬರಹದಲ್ಲಿ)	ನಿಖರವಾದ ರೋಗನಿರ್ಣಯ ಮತ್ತು ತನಿಖೆಯನ್ನು ಮಾಡಲಾಗಿದ	ರೋಗನಿರ್ಣಯ ದಿನಾಂಕ	ಸಮಾಲೋಚನೆಯ ದಿನಾಂಕ	ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ವಿವರಗಳು/ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ದಾಖಲಾದ ಇತಿಹಾಸ	ವೈದ್ಯರು ಮತ್ತು ಆಸ್ಪತ್ರೆಯ ಹೆಸರು ಮತ್ತು ಪೋನ್ ಸಂಖ್ಯೆ ಮತ್ತು ಅದಕ್ಕಾಗಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ದಾಖಲಿಸಲಾಗಿದೆಯೇ

(ಈ ಪ್ರಸ್ತಾವನೆಯ ನಮೂನೆಯಲ್ಲಿ ಯಾವುದೇ ಪ್ರಶ್ನೆಗೆ ಉತ್ತರಿಸಲು ನಿಮಗೆ ಹೆಚ್ಚುವರಿ ಸ್ಥಳಾವಕಾಶದ ಅಗತ್ಯವಿದ್ದರೆ, ದಯವಿಟ್ಟು ಹೆಚ್ಚುವರಿ ಕಾಗದದ ಹಾಳೆಗಳನ್ನು ಲಗತ್ತಿಸಿ

ವಿಭಾಗ ಸಿ: ಫಿಮಾದಾರ/ಪ್ರೋಸೆಸ್ ರಾಜಕೀಯವಾಗಿ ಬಹಿರಂಗಗೊಂಡ ವ್ಯಕ್ತಿಯೇ (ಪಿಇಪಿ)? (ಹೌದು ಎಂದಾದರೆ, ದಯವಿಟ್ಟು ಪಿಇಪಿ ಪ್ರಶ್ನಾವಳಿಯನ್ನು ಭರ್ತಿ ಮಾಡಿ)

ಹೌದು ಇಲ್ಲ

ಹೌದು ಇಲ್ಲ

#PEP 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, ಹತ್ತಿರದ ಕುಟುಂಬ

ವಿಭಾಗ ಡಿ: ಕುಟುಂಬ ಇತಿಹಾಸ * (ಕ್ರಿಟಿಕಲ್ ಮತ್ತು ಹೋಸ್ಟಿಕ್ಯಾಲ್ ವ್ಯಾಪ್ತಿಗೆ ಅನ್ವಯಿಸುತ್ತದೆ) ನಿಮ್ಮ ಪೋಷಕರು, ಸಹೋದರರು ಅಥವಾ ಸಹೋದರಿಯರು ಕ್ಯಾನ್ಸರ್, ಮಧುಮೇಹ, ಅಧಿಕ ರಕ್ತದೊತ್ತಡ (ಅಧಿಕ ರಕ್ತದೊತ್ತಡ), ಹೃದಯ ಅಥವಾ ಮೂತ್ರಪಿಂಡದ ಕಾಯಿಲೆ, ಪಾಲಿಸಿಯೋಸಿಸ್ ಮೂತ್ರಪಿಂಡದ ಕಾಯಿಲೆ, ಮಾನಸಿಕ ಅಥವಾ ನರ ಅಸ್ವಸ್ಥತೆ (ಅಲ್ಟ್ರಾಸೌಂಡ್ ಕಾಯಿಲೆ ಸೇರಿದಂತೆ), ಫಾರ್ಮ್‌ವಾಯು, ಮಲ್ಟಿಪಲ್ ಸ್ಕ್ವರೋಸಿಸ್, ಮೋಟಾರ್ ನ್ಯೂರಾನ್ ಕಾಯಿಲೆ ಅಥವಾ ನಿರಂತರ / ದೀರ್ಘಕಾಲದ ಸ್ವಾಭಾವದ ಯಾವುದೇ ಆನುವಂಶಿಕ ಅಸ್ವಸ್ಥತೆಗಳನ್ನು

ವಿಮಾ ಸಂಖ್ಯೆ	ಪ್ರಸ್ತಾವಕನೊಂದಿನ ಸಂಬಂಧ (ಬರಹದಲ್ಲಿ)	ರೋಗ ಅಥವಾ ಅಸ್ವಸ್ಥತೆ (ಯಾವುದಾದರೂ ಇದ್ದರೆ)	ವಯಸ್ಸು (ಬದುಕಿದ್ದರೆ)	ಪ್ರಾರಂಭದ ವಯಸ್ಸು	ಸಾವಿಗ ಕಾರಣ (ಅನ್ವಯವಾದರೆ)	ಮರಣದ ವಯಸ್ಸು (ಅನ್ವಯವಾದರೆ)

* ವಯಸ್ಸು ಸದಸ್ಯರಿಗೆ ಮಾತ್ರ ಒದಗಿಸಬೇಕು

6 ಕುಟುಂಬ ವೈದ್ಯರ ವಿವರಗಳು

ಕುಟುಂಬ ವೈದ್ಯರ ಹೆಸರು _____ ಸಂಪರ್ಕ ಸಂಖ್ಯೆ 1 _____ ಸಂಪರ್ಕ ಸಂಖ್ಯೆ 2 _____

7 ಚಿಕಿತ್ಸೆಯಲ್ಲಿರುವ ವಿಮಾ ವಿವರಗಳು

ನೀವು ಅಥವಾ ನೀವು ಅಥವಾ ಯಾವುದೇ ವ್ಯಕ್ತಿ (ಗಳ) ಈಗಾಗಲೇ ನಿವಾ ಬೂಪಾ ಹೆಲ್ತ್ ಇನ್ಶೂರೆನ್ಸ್ ಕಂಪನಿ ಲಿಮಿಟೆಡ್ ಅಥವಾ ಇತರ ಯಾವುದೇ ವಿಮಾ ಕಂಪನಿಯೊಂದಿಗೆ ಆರೋಗ್ಯ ವಿಮೆ / ವೈಯಕ್ತಿಕ ಅಪಘಾತ ಪಾಲಿಸಿ ಅಡಿಯಲ್ಲಿ ವಿಮೆ ಮಾಡಿಸಿಲ್ಲವು ಪ್ರಸ್ತಾಪಿಸಿದ್ದೀರಾ? ಹೌದು ಇಲ್ಲ

ಹೌದು ಎಂದಾದರೆ, ನೀವು ಯಾವಾಗನಿಂದ ನಿರಂತರವಾಗಿ ವಿಮೆ ಮಾಡಿಸಿಕೊಂಡಿದ್ದೀರಿ DD / MM / YYYY

ವಿಮಾ ಸಂಖ್ಯೆ	ವಿಮಾ ಕಂಪನಿ ಹೆಸರು	ಪಾಲಿಸಿ ಸಂಖ್ಯೆ / ಅಪ್ಲಿಕೇಶನ್ ಸಂಖ್ಯೆ	(ದಿನಾಂಕ) ರಿಂದ ವಿಮೆ ಮಾಡಲಾಗಿದೆ	To (ದಿನಾಂಕ)	ವಿಮಾ ಮೊತ್ತ	ಕ್ಲೇಮ್ ವಿವರಗಳು (ಯಾವುದಾದರೂ ಇದ್ದರೆ)

8 ಘೋಷಣೆ (ದಯವಿಟ್ಟು ಎಚ್ಚರಿಕೆಯಿಂದ ಓದಿ ಮತ್ತು ಸಹಿ ಮಾಡುವ ಮೊದಲು ಪ್ರತಿಯೊಂದರ ವಿರುದ್ಧ ಚೆಕ್ ಮಾರ್ಕ್ ಹಾಕಿ)

- ನಾನು ಒದಗಿಸಿದ ಮಾಹಿತಿಯು ವಿಮಾ ಪಾಲಿಸಿಯ ಆಧಾರವನ್ನು ರೂಪಿಸುತ್ತದೆ, ವಿಮಾ ಕಂಪನಿಯ ಮಂಡಳಿ ಅನುಮೋದಿತ ಅಂಡರ್ ರೈಟಿಂಗ್ ನೀತಿಗೆ ಒಳಪಟ್ಟಿರುತ್ತದೆ ಮತ್ತು ವಿಧಿಸಬಹುದಾದ ಪ್ರೀಮಿಯಂ ಅನ್ನು ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಸ್ವೀಕರಿಸಿದ ನಂತರವೇ ಪಾಲಿಸಿ ಜಾರಿಗೆ ಬರುತ್ತದೆ ಎಂದು ನಾನು ಅರ್ಥಮಾಡಿಕೊಂಡಿದ್ದೇನೆ.
- ಪ್ರಸ್ತಾವನೆಯನ್ನು ಸಲ್ಲಿಸಿದ ನಂತರ ಆದರೆ ಕಂಪನಿಯು ಅಪಾಯ ಸ್ವೀಕಾರದ ಸಂವಹನದ ಮೊದಲು, ವಿಮೆ ಮಾಡಬೇಕಾದ ಜೀವ ವಿಮೆ/ಪ್ರಸ್ತಾವಕನ ಉದ್ಯೋಗ ಅಥವಾ ಸಾಮಾನ್ಯ ಆರೋಗ್ಯದಲ್ಲಿ ಉಂಟಾಗುವ ಯಾವುದೇ ಬದಲಾವಣೆಯನ್ನು ನಾನು/ನಾವು ಲಿಖಿತವಾಗಿ ತಿಳಿಸುತ್ತೇವೆ ಎಂದು ನಾನು/ನಾವು ಘೋಷಿಸುತ್ತೇವೆ
- ವಿಮೆ ಮಾಡಬೇಕಾದ ಜೀವದ ಮೇಲೆ ಯಾವುದೇ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ವಿಮೆ ಮಾಡಬೇಕಾದ / ಪ್ರಸ್ತಾವಿಸುವ ಅಥವಾ ಯಾವುದೇ ಹಿಂದಿನ ಅಥವಾ ಪ್ರಸ್ತುತ ಉದ್ಯೋಗದಾತರಿಂದ ವಿಮೆ ಮಾಡಬೇಕಾದ ಯಾವುದೇ ವೈದ್ಯರಿಂದ ಅಥವಾ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಿಂದ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಬಯಸುವ ಕಂಪನಿಗೆ ನಾನು/ನಾವು ಘೋಷಿಸುತ್ತೇವೆ ಮತ್ತು ಸಮ್ಮತಿಸುತ್ತೇವೆ ಮತ್ತು ಜೀವ ವಿಮೆಗಾಗಿ ಅರ್ಜಿ ಸಲ್ಲಿಸಬೇಕಾದ ಯಾವುದೇ ವಿಮಾ ಕಂಪನಿಯಿಂದ ಮಾಹಿತಿ ಕೋರುತ್ತೇವೆ / ಪ್ರಸ್ತಾವಿಸುತ್ತೇವೆ ಪ್ರಸ್ತಾವನೆ ಮತ್ತು / ಅಥವಾ ಕ್ಲೇಮ್ ಇತ್ಯರ್ಥಕ್ಕೆ ಅಂಡರ್ ರೈಟ್ ಮಾಡುವ ಉದ್ದೇಶಕ್ಕಾಗಿ.
- ಪ್ರಸ್ತಾವನೆಯ ಅಂಡರ್ ರೈಟಿಂಗ್ ಮತ್ತು/ಅಥವಾ ಕ್ಲೇಮ್ ಗಳ ಇತ್ಯರ್ಥದ ಖರ್ಚು ಉದ್ದೇಶಕ್ಕಾಗಿ ವೈದ್ಯಕೀಯ ದಾಖಲೆಗಳು ಸೇರಿದಂತೆ ನನ್ನ ಪ್ರಸ್ತಾವಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಮತ್ತು ಯಾವುದೇ ಸರ್ಕಾರ, ನಮ್ಮ ಸೇವಾ ಪೂರೈಕೆದಾರರು ಮತ್ತು/ಅಥವಾ ನಿಯಂತ್ರಣ ಪ್ರಾಧಿಕಾರದೊಂದಿಗೆ ಹಂಚಿಕೊಳ್ಳಲು ನಾನು/ನಾವು ಕಂಪನಿಗೆ ಅಧಿಕಾರ ನೀಡುತ್ತೇವೆ.
- ಸೇವಾ ವಿತರಣೆಯ ಏಕೈಕ ಉದ್ದೇಶಕ್ಕಾಗಿ ವಿಮಾದಾರ / ಪ್ರಸ್ತಾವಕರ ವೈದ್ಯಕೀಯ ದಾಖಲೆಗಳು ಸೇರಿದಂತೆ ನನ್ನ / ನಮ್ಮ ಪ್ರಸ್ತಾವಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ನಮ್ಮ ಎಂಪ್ಲೋಯ್ಡ್ ಪೂರೈಕೆದಾರರೊಂದಿಗೆ ಹಂಚಿಕೊಳ್ಳಲು ನಾನು/ನಾವು ಕಂಪನಿಗೆ ಅಧಿಕಾರ ನೀಡುತ್ತೇವೆ.
- ನಾನು ನೀಡಿದ ಮೇಲಿನ ಹೇಳಿಕೆಗಳು, ಉತ್ತರಗಳು ಮತ್ತು/ಅಥವಾ ವಿವರಗಳು ನನಗೆ ತಿಳಿದ ಮಟ್ಟಿಗೆ ಎಲ್ಲ ರೀತಿಯಲ್ಲೂ ಸತ್ಯ ಮತ್ತು ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿವೆ ಮತ್ತು ಇತರ ವ್ಯಕ್ತಿಗಳ ಪರವಾಗಿ ಪ್ರಸ್ತಾವಿಸಲು ನಾನು/ನಮಗೆ ಅಧಿಕಾರವಿದೆ ಎಂದು ನಾನು/ನಾವು ಈ ಮೂಲಕ ಘೋಷಿಸುತ್ತೇವೆ.

ದಿನಾಂಕ: _____ ಸ್ಥಳ: _____ ಪ್ರಸ್ತಾವಕರ ಸಹಿ _____

9. ವಿದ್ಯುನ್ಮಾನ ನೀತಿ ನೆರವೇರಿಕೆ ಮತ್ತು ಸೇವಾ ಸಂವಹನಗಳಿಗೆ ಅಧಿಕಾರ

ನಾನು ನನ್ನ ಪರಿಸರವನ್ನು ರಕ್ಷಿಸಲು ಬಯಸುತ್ತೇನೆ ಮತ್ತು ಅರ್ಜಿ ನಮೂನೆಯಲ್ಲಿ ಉಲ್ಲೇಖಿಸಿರುವಂತೆ ನನ್ನ ಎಲ್ಲಾ ಪಾಲಿಸಿ ಮತ್ತು ಸೇವೆಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಸಂವಹನವನ್ನು ಇಮೇಲ್ ಐಡಿಗಿ ಕಳುಹಿಸಲು ನಿವಾ ಬೂಪಾ ಹಿಟ್ ಇನ್ಶೂರೆನ್ಸ್ ಕಂಪನಿ ಲಿಮಿಟೆಡ್ ಗೆ ಅಧಿಕಾರ ನೀಡುವ ಮೂಲಕ ಕಾಗದವನ್ನು ಉಳ್ಳಷ್ಟು ಸಹಾಯ ಘಾಡ್ಲೆ ಬಯಸುತ್ತೇನೆ.

10. ದೇಶೀಯ ಘೋಷಣೆ

ಪ್ರಸ್ತಾವಕರ ಸ್ಥಳೀಯ ಭಾಷೆಯಲ್ಲಿ ಸಹಿ ಮಾಡಿದ್ದರೆ, ಕಂಪನಿಯ ಏಜೆಂಟ್ / ಉದ್ಯೋಗಿಯನ್ನು ಹೊರತುಪಡಿಸಿ ಬೇರೆ ಯಾರಾದರೂ ಸಾಕ್ಷಿಯಾಗಲು ಪ್ರಮಾಣೀಕರಣ. ಈ ನಮೂನೆಯ ವಿಷಯ ಮತ್ತು ಅದರ ವಿವರಗಳನ್ನು ನಾನು ಪ್ರಸ್ತಾವಿಸುವವರಿಗೆ ಸ್ಥಳೀಯ ಭಾಷೆಯಲ್ಲಿ ವಿವರಿಸಿದ್ದೇನೆ, ಅವರು ಅದನ್ನು ಅರ್ಥಮಾಡಿಕೊಂಡಿದ್ದಾರೆ ಮತ್ತು ದೃಢಪಡಿಸಿದ್ದಾರೆ.

ಸಾಕ್ಷಿಯ ಹೆಸರು: _____ ಸಾಕ್ಷಿಯ ಸಹಿ _____ ಪ್ರಸ್ತಾವಕರ ಸಹಿ _____

ಸದಸ್ಯರ ಹೆಸರು	ನಿಮ್ಮ ಬಳಿ ಅಭಿಾ ಐಡಿ ಇದೆಯೇ?	ಅಭಿಾ ID	ಎಬಿಎಚ್‌ಎ ಮೂಲಕ ವಿಮಾದಾರರು/ಟಿಪಿಎಗಳೊಂದಿಗೆ ವ್ಯವಹಾರ ಮಾಡಲು ಸಿದ್ಧರೇ?
	<input type="checkbox"/> ಹೌದು <input type="checkbox"/> ಇಲ್ಲ		<input type="checkbox"/> ಹೌದು <input type="checkbox"/> ಇಲ್ಲ
	<input type="checkbox"/> ಹೌದು <input type="checkbox"/> ಇಲ್ಲ		<input type="checkbox"/> ಹೌದು <input type="checkbox"/> ಇಲ್ಲ
	<input type="checkbox"/> ಹೌದು <input type="checkbox"/> ಇಲ್ಲ		<input type="checkbox"/> ಹೌದು <input type="checkbox"/> ಇಲ್ಲ
	<input type="checkbox"/> ಹೌದು <input type="checkbox"/> ಇಲ್ಲ		<input type="checkbox"/> ಹೌದು <input type="checkbox"/> ಇಲ್ಲ

12. ಪ್ಲಾನುಗಳ ಮರುಪಾವತಿ ಮತ್ತು ಪಾವತಿಯ ವಿವರಗಳು

ಪಾವತಿಯನ್ನು ಸ್ವೀಕರಿಸುವ ಆಯ್ಕೆ: ಬ್ಯಾಂಕ್ ವರ್ಗಾವಣೆ

ಫಲಾನುಭವಿಯ ಹೆಸರು _____

ಬ್ಯಾಂಕ್ ಹೆಸರು _____ ಖಾತೆ ಸಂಖ್ಯೆ _____

IFSC ಕೋಡ್ _____ ಖಾತೆ ಪ್ರಕಾರ _____ ಉಳಿತಾಯ _____ ಪ್ರಸ್ತುತ _____

ಅಧಿಕೃತ ಬಳಕೆಗೆ ಮಾತ್ರ

ಪ್ರೀಮಿಯಂ ಪಾವತಿ ವಿವರಗಳು: ನಗದು ಚೆಕ್ / ಡಿಡಿ ಸಂಖ್ಯೆ _____ ಕ್ರೆಡಿಟ್ ಕಾರ್ಡ್ _____

ಆನ್ ಲೈನ್/ಡ್ರಾಕ್ಡ್ ಡೆಬಿಟ್ _____ ವಹಿವಾಟು ID _____ ಮೊತ್ತ _____

ದಿನಾಂಕ (DD/MM/YYYY) _____ ಬ್ಯಾಂಕ್ ಹೆಸರು/ ಶಾಖೆ _____

ನಿವಾ ಬೂಪಾ ಶಾಖೆಯ ಸ್ಥಳ _____ ಕೋಡ್ ಸಂಖ್ಯೆ _____

ವ್ಯವಹಾರ ಮೂಲ: ಸಲಹೆಗಾರ / ಡಿಎಸ್ಪಿ / ಕಾರ್ಪೊರೇಟ್ ಏಜೆನ್ಸಿ / ಇತರ ಚಾನೆಲ್ಗಳು _____ ಕೋಡ್ ಸಂಖ್ಯೆ _____

ಹೆಸರು _____ ಕೋಡ್ ಸಂಖ್ಯೆ _____

ದಿನಾಂಕದಂದು ಸ್ವೀಕರಿಸಿದ ಪ್ರಸ್ತಾವನೆ _____ ಗ್ರಾಹಕ ID _____

ಇವರಿಂದ ಸಂಸ್ಕರಿಸಲ್ಪಟ್ಟಿದೆ _____ ದಿನಾಂಕ DD/MM/YYYY _____ ಇವರಿಂದ ಅನುಮೋದಿಸಲ್ಪಟ್ಟಿದೆ _____ ದಿನಾಂಕ DD/MM/YYYY _____

ಬ್ಯಾಂಕ್ ಇನ್ಸೂರೆನ್ಸ್ ಚಾನೆಲ್ ಗೆ ಮಾತ್ರ ಹೆಚ್ಚುವರಿ ವಿವರಗಳು

ಬ್ರಾಂಚ್ ಕೋಡ್ _____ SP ಕೋಡ್ _____ RM/LG ಕೋಡ್ _____

ಗ್ರಾಹಕರ ಖಾತೆ ಸಂಖ್ಯೆ _____

ವಿಮಾ ಸಲಹೆಗಾರರ ವರದಿ

ನೀವು ಪ್ರಸ್ತಾವಕನಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಯೇ? ಹೌದು ಇಲ್ಲ ಹೌದು ಎಂದಾದರೆ, ಸಂಬಂಧದ ಸ್ವರೂಪ? _____

ಪ್ರಸ್ತಾವಕನನ್ನು ನೀವು ಯಾವಾಗಿನಿಂದ ತಿಳಿದಿದ್ದೀರಿ? _____ ವರ್ಷಗಳು _____ ತಿಂಗಳುಗಳು _____

ಪ್ರಸ್ತಾವಕರ ಗುರುತಿನಿಂದ ನೀವು ತೃಪ್ತರಾಗಿದ್ದೀರಾ? ಹೌದು ಇಲ್ಲ

ಪ್ರಸ್ತಾವಕ ಅಥವಾ ಯಾವುದೇ ಪ್ರಸ್ತಾವಿತ ವಿಮಾದಾರನು ಯಾವುದೇ ದೈಹಿಕ ವಿರೂಪತೆ / ದೋಷ ಅಥವಾ ಬುದ್ಧಿಮಾಂದ್ಯತೆಯನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದಾನೆಯೇ? ಹೌದು ಇಲ್ಲ

ಪಾಲಿಸಿಯ ಹೊರಗಿಡುವಿಕೆಗಳನ್ನು ನೀವು ವಿವರಿಸಿದ್ದೀರಾ ಮತ್ತು ಪ್ರಸ್ತಾವಕರು ವೈಯಕ್ತಿಕವಾಗಿ ಆರೋಗ್ಯ ಘೋಷಣೆಯನ್ನು ಪೂರ್ಣಗೊಳಿಸಿದ್ದಾರೆಯೇ? ಹೌದು ಇಲ್ಲ

ಈ ಪ್ರಸ್ತಾವ ನಮೂನೆಯನ್ನು ತಯಾರಿಸುವ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಪ್ರಸ್ತಾವಕರ ಆರೋಗ್ಯದ ಸ್ಥಿತಿ ಏನು? _____

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

ದಿನಾಂಕ: (DD/MM/YYYY) _____

ವಿಮಾ ಸಲಹೆಗಾರರ ಸಹಿ

ಶಾಸನಬದ್ಧ ಎಚ್ಚರಿಕೆ
 : ವಿಮಾ ಕಾಯ್ದೆ 1938 ರ ಸೆಕ್ಷನ್ 41: (1) ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಜೀವ ಅಥವಾ ಆಸ್ತಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಯಾವುದೇ ರೀತಿಯ ಅಥವಾ ಅಪಾಯಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ವಿಮೆಯನ್ನು ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳಲು ಅಥವಾ ನವೀಕರಿಸಲು ಅಥವಾ ಮುಂದುವರಿಸಲು ಯಾವುದೇ ವ್ಯಕ್ತಿಗೆ ನೇರವಾಗಿ ಅಥವಾ ಪರೋಕ್ಷವಾಗಿ ಪ್ರಚೋದನೆಯಾಗಿ ಯಾವುದೇ ವ್ಯಕ್ತಿಯು ಅನುಮತಿಸಬಾರದು ಅಥವಾ ಅನುಮತಿಸಬಾರದು ಅಥವಾ ಅನುಮತಿಸಬಾರದು ಪಾಲಿಸಿಯನ್ನು ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳುವ ಅಥವಾ ಮುಂದುವರಿಸುವ ವ್ಯಕ್ತಿಯು ವಿಮಾದಾರರ ಪಕ್ಕಟೆಟ್ ಪ್ರಾಕ್ಟೀಸ್ ಅಥವಾ ಕೋಷ್ಟಕಗಳಿಗೆ ಅನುಗುಣವಾಗಿ ಅನುಮತಿಸಬಹುದಾದ ರಿಯಾಯಿತಿಯನ್ನು ಹೊರತುಪಡಿಸಿ ಯಾವುದೇ ರಿಯಾಯಿತಿಯನ್ನು ಸ್ವೀಕರಿಸುತ್ತಾನೆ. (2) ಈ ಸೆಕ್ಷನ್ ನ ನಿಬಂಧನೆಗಳನ್ನು ಅನುಸರಿಸಲು ವಿಫಲವಾದ ಯಾವುದೇ ವ್ಯಕ್ತಿಯು ಹತ್ತು ಲಕ್ಷ ರೂಪಾಯಿಗಳವರೆಗೆ ವಿಸ್ತರಿಸಬಹುದಾದ ದಂಡಕ್ಕೆ ಜವಾಬ್ದಾರನಾಗಿರುತ್ತಾನೆ.

ನಿವಾ ಬೂಪಾ ಹೀತ್ ಇನ್ಸೂರೆನ್ಸ್ ಕಂಪನಿ ಲಿಮಿಟೆಡ್ 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 ಪರಿವಹನಯಡಿಯಲ್ಲಿ ಬಳಸುತ್ತಿದೆ. ನೋಂದಾಯಿತ ಕಚೇರಿ: ಸಿ-98, ಮೊದಲ ಮಹಡಿ, ಲಜಪತ್ ನಗರ, ಭಾಗ 1, ನವದೆಹಲಿ-110024, ಗ್ರಾಹಕ ಸಹಾಯವಾಣಿ: 1860-500-8888, ವೆಬ್‌ಸೈಟ್: www.nivabupa.com. ಸಿಬಿಎನ್: U66000DL2008PLC182918. ಸೂಚನೆ: ಪಾಲಿಸಿ ಅಪಧಿಯಲ್ಲಿ ಯಾವುದೇ ವಿಮಾದಾರ ವ್ಯಕ್ತಿಗಳ ಕೆಲಸದ ಸ್ವರೂಪದಲ್ಲಿ ಯಾವುದೇ ಬದಲಾವಣೆ ಕಂಡುಬಂದರೆ ನಿವಾ ಬೂಪಾ ತಿಳಿಸಲು ಪ್ರಸ್ತಾವಕರು ಜವಾಬ್ದಾರನಾಗಿರುತ್ತಾರೆ.



ಸ್ವೀಕೃತಿ

ಸಂಖ್ಯೆಯಿಂದ ಪ್ರಸ್ತಾವನೆ. _____ ದಿನಾಂಕ DD MM _____

ನಿಮ್ಮ ಪ್ರಸ್ತಾವ ಮತ್ತು ಮೊತ್ತವನ್ನು ನಗದು / ಚೆಕ್ / ಡಿಮಾಂಡ್ ಡ್ರಾಫ್ಟ್ / ಇತರ ಮೊತ್ತದಿಂದ ಸ್ವೀಕರಿಸಿರುವುದನ್ನು ನಾವು ಧನ್ಯವಾದಗಳೊಂದಿಗೆ ಅಂಗೀಕರಿಸುತ್ತೇವೆ _____

_____ ವಿಮೆಗಾಗಿ ಪೂರ್ಣಗೊಂಡ ಪ್ರಸ್ತಾವನೆಯನ್ನು ನಮಗೆ ಸಲ್ಲಿಸುವುದರಿಂದ ಅಥವಾ ಕೋರಲಾದ ಯಾವುದೇ ಪಾಲಿಸಿಗೆ ಯಾವುದೇ ಪಾವತಿಯು ಪಾಲಿಸಿಯನ್ನು _____

ನೀಡಲು ಒಪ್ಪುವಂತೆ ನಮ್ಮನ್ನು ಒತ್ತಾಯಿಸುವುದಿಲ್ಲ, ಈ ನಿರ್ಧಾರವು ಯಾವಾಗಲೂ ಏಕೈಕ ಮತ್ತು ಸಂಪೂರ್ಣ ವಿವೇಚನೆಗೆ ಒಳಪಟ್ಟಿರುತ್ತದೆ. ನಾವು _____

ವಿಮೆಯ ಪ್ರಸ್ತಾವವನ್ನು ಒಪ್ಪಿಕೊಂಡರೆ, ಅದು ಪಾಲಿಸಿ ನಿಯಮಗಳು ಮತ್ತು ಷರತ್ತುಗಳಿಗೆ ಒಳಪಟ್ಟಿರುತ್ತದೆ ಮತ್ತು ಪರ್ಮಿಯಂ ಅನ್ನು ನಾವು _____

ಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಮತ್ತು ಸಮಯಕ್ಕೆ ಸ್ವೀಕರಿಸದಿದ್ದರೆ ಅಥವಾ ಸಾಕಾರಗೊಳ್ಳದಿದ್ದರೆ ನಮಗೆ ಯಾವುದೇ ಹೋಣೆಗಾರಿಕೆ ಇರುವುದಿಲ್ಲ. ನಾವು ಪ್ರಸ್ತಾವವನ್ನು ಸ್ವೀಕರಿಸದಿದ್ದರೆ, ನಾವು ನಿಮಗೆ _____

ತಿಳಿಸುತ್ತೇವೆ ಮತ್ತು ಪಾವತಿಯನ್ನು ಮರುಪಾವತಿಸುತ್ತೇವೆ. ಯಾವುದಾದರೂ ಇದ್ದರೆ, ಬಡ್ಡಿಯಿಲ್ಲದೆ ನಿಮ್ಮಿಂದ ಸ್ವೀಕರಿಸಲಾಗಿದೆ.

ಪ್ರಮುಖ ವೈಶಿಷ್ಟ್ಯ ದಾಖಲೆ

ನಿವಾ ಬೂಪಾ ತನ್ನ ಗ್ರಾಹಕರಿಗೆ ನ್ಯಾಯಯುತ ಮತ್ತು ಪಾರದರ್ಶಕವಾಗಿರಲು ಸಮರ್ಪಿತವಾಗಿದೆ. ಈ ದಾಖಲೆಯು ನಿಮ್ಮ ಪಾಲಿಸಿಯಲ್ಲಿನ ಪ್ರಮುಖ ವೈಶಿಷ್ಟ್ಯಗಳು ಮತ್ತು ಕಾಯುವ ಅವಧಿಗಳನ್ನು ಸಂಕ್ಷಿಪ್ತಗೊಳಿಸುತ್ತದೆ. ನಿಮ್ಮ ನೀತಿಯನ್ನು ಚೆನ್ನಾಗಿ ಅರ್ಥಮಾಡಿಕೊಳ್ಳಲು ದಯವಿಟ್ಟು ಅದನ್ನು ಎಚ್ಚರಿಕೆಯಿಂದ ಓದಿ.

1. ಅಪಘಾತ ಆರೈಕೆ ರಕ್ಷಣೆ

ಅಪಘಾತದಿಂದಾಗಿ ವಿಮಾದಾರನು ಸತ್ತರೆ ಅಥವಾ ಯಾವುದೇ ಗಾಯಕ್ಕೆ ಒಳಗಾದರೆ ಅಪಘಾತ ಆರೈಕೆ ರಕ್ಷಣೆಯು ಈ ಕೆಳಗಿನ ಪ್ರಯೋಜನಗಳ ಮೂಲಕ ಸಹಾಯ ಮಾಡುತ್ತದೆ:

ಡೆತ್ ಕವರ್ :	ಮರಣದ ನಂತರ ಪಾವತಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ.
ಛಾತ್ರತ ಸಂಪೂರ್ಣ ಅಂಗವೈಕಲ್ಯ:	ಕೆಲಸ ಮಾಡುವ ಸಾಮರ್ಥ್ಯದ ಮೇಲೆ ಪರಿಣಾಮ ಬೀರುವ ಅಥವಾ ಕೈಕಾಲುಗಳು ಅಥವಾ ದೃಷ್ಟಿಯು ಬಳಕೆಯ ನಷ್ಟದ ಮೇಲೆ ಪರಿಣಾಮ ಬೀರುವ ಕಾಶ್ಚತ ಅಂಗವಿಕಲತೆಗೆ ಪಾವತಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ.
ಛಾತ್ರತ ಭಾಗಶಃ ಅಂಗವೈಕಲ್ಯ:	ನಿಮ್ಮ ದೇಹದ ಭಾಗಗಳ ಮೇಲೆ ಪರಿಣಾಮ ಬೀರುವ ಶಾಶ್ವತ ಗಾಯಕ್ಕೆ ಪಾವತಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ ಉದಾ: ಕೈ ಅಥವಾ ಪಾದದ ಬಳಕೆಯ ನಷ್ಟ ಅಥವಾ ಮಾತು ಅಥವಾ ಶ್ರವಣದ ನಷ್ಟ ಇತ್ಯಾದಿ.
ಮಕ್ಕಳ ಶಿಕ್ಷಣ ಪ್ರಯೋಜನ:	ಸಾವು ಅಥವಾ ಶಾಶ್ವತ ಸಂಪೂರ್ಣ ಅಂಗವೈಕಲ್ಯದ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ 2 ಅವಲಂಬಿತ ಮಕ್ಕಳಿಗೆ ಕುಟುಂಬ ಆಯ್ಕೆಯ ಅಡಿಯಲ್ಲಿ ಪಾವತಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ.
ಔತ್ಯೇಕ ಸಂಸ್ಕಾರದ ವೆಚ್ಚ:	ಮರಣದ ನಂತರ ಪಾವತಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ.
ಔತ್ಯಾಲಿಕ ಸಂಪೂರ್ಣ ಅಂಗವೈಕಲ್ಯ : (ಐಚ್ಛಿಕ ಪ್ರಯೋಜನ)	ಅಂಗವೈಕಲ್ಯಕ್ಕೆ ಪಾವತಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ, ಇದರಿಂದಾಗಿ ವಿಮಾದಾರನು ತನ್ನ ಸಾಮಾನ್ಯ ಉದ್ಯೋಗಕ್ಕೆ ಹಾಜರಾಗಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗುವುದಿಲ್ಲ.
ಅಪಘಾತ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ದಾಖಲು : (ಐಚ್ಛಿಕ ಪ್ರಯೋಜನ)	ಅಪಘಾತದಿಂದಾಗಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯ ವೆಚ್ಚಗಳಿಗೆ ಪಾವತಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ.
ವಿಮಾ ಮೊತ್ತ (ಎಸ್‌ಐ) ಅರ್ಹತೆ:	ಸ್ವಯಂ - 100% ಎಸ್‌ಐ ಸಂಗಾತಿ - 50% ಎಸ್‌ಐ ಅಥವಾ 10 ಲಕ್ಷ ರೂ (ಯಾವುದು ಕಡಿಮೆ) ಮಕ್ಕಳು - 20% ಎಸ್‌ಐ ಅಥವಾ 5 ಲಕ್ಷ ರೂ (ಯಾವುದು ಕಡಿಮೆ)

2. ಕ್ರಿಟಿಕೇರ್ ಕವರ್

ವಿಮಾದಾರನು ಪಾಲಿಸಿಯಲ್ಲಿ ಒಳಗೊಂಡಿರುವ 20 ಗಂಭೀರ ಕಾಯಿಲೆಗಳಲ್ಲಿ (ಕ್ಯಾನ್ಸರ್, ಹೃದಯಾಘಾತ, ತೆರದ ಎದೆ ಸಿಎಬಿಜಿ, ಮಲ್ಟಿಪಲ್ ಸ್ಕ್ವರೋಸಿಸ್ ಇತ್ಯಾದಿ) ಬಳಲುತ್ತಿದ್ದರೆ, ನಿವಾ ಬೂಪಾ ಆಯ್ಕೆ ಮಾಡಿದ ಪ್ರಯೋಜನ ಆಯ್ಕೆಯ ಪ್ರಕಾರ ವಿಮಾ ಮೊತ್ತವನ್ನು ಪಾವತಿಸುತ್ತಾರೆ.

ಪ್ರಯೋಜನ ಆಯ್ಕೆಗಳು:	ಪ್ರಯೋಜನ ಆಯ್ಕೆ 1 - ವಿಮಾ ಮೊತ್ತವನ್ನು ಒಂದೇ ಮೊತ್ತವಾಗಿ ಪಾವತಿಸಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ ಪ್ರಯೋಜನ ಆಯ್ಕೆ 2 - ವಿಮಾ ಮೊತ್ತವನ್ನು ಒಂದೇ ಮೊತ್ತವಾಗಿ ಪಾವತಿಸಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ ಮತ್ತು ಮುಂದಿನ 5 ವರ್ಷಗಳವರೆಗೆ ಪ್ರತಿ ವರ್ಷ ಪಾವತಿಸಬೇಕಾದ ವಿಮಾ ಮೊತ್ತದ
ವಿಮಾ ಮೊತ್ತ (ಎಸ್‌ಐ) ಅರ್ಹತೆ:	ಸ್ವಯಂ-100%ಎಸ್‌ಐ ಸಂಗಾತಿ-100%ಎಸ್‌ಐ
ಆರಂಭಿಕ ಕಾಯುವಿಕೆ ಅವಧಿ:	ಕವರ್‌ಜ್ ಪ್ರಾರಂಭವಾದ ದಿನಾಂಕದಿಂದ 90 ದಿನಗಳು, ಅಂದರೆ ಮೊದಲ 90 ದಿನಗಳಲ್ಲಿ ಅಥವಾ ಅದಕ್ಕಿಂತ ಮೊದಲು ಚಿಹ್ನೆಗಳು ಅಥವಾ ರೋಗಲಕ್ಷಣಗಳು ಸಂಭವಿಸಿದರೆ ಪ್ರಯೋಜನವನ್ನು ಪಾವತಿಸಲಾಗುವುದಿಲ್ಲ.
ಮೊದಲೇ ಅಸ್ತಿತ್ವದಲ್ಲಿರುವ ರೋಗಗಳಿಗಾಗಿ ಕಾಯಲಾಗುತ್ತಿದೆ:	ಮೊದಲ ಪಾಲಿಸಿ ಪ್ರಾರಂಭವಾದಾಗಿನಿಂದ 36 ತಿಂಗಳ ನಿರಂತರ ವ್ಯಾಪ್ತಿ ಮುಗಿಯುವವರೆಗೆ ಮೊದಲೇ ಅಸ್ತಿತ್ವದಲ್ಲಿರುವ ರೋಗಗಳಿಗೆ ಪ್ರಯೋಜನಗಳು ಲಭ್ಯವಿರುವುದಿಲ್ಲ.
ಪಾಲಿಸಿ ಪೂರ್ವ ವೈದ್ಯಕೀಯ ತಪಾಸಣೆಯ ವೆಚ್ಚ (ಪಿಪಿಎಂಸಿ):	ಕ್ರಿಟಿಕೇರ್ ಪ್ರಸ್ತಾಪವನ್ನು ತಿರಸ್ಕರಿಸಿದರೆ, ಗ್ರಾಹಕರು ಪಿಪಿಎಂಸಿಗೆ ಮಾಡಿದ ವೆಚ್ಚದ 100% ಅನ್ನು ಭರಿಸಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ

3. Hospicash ಕವರ್

ವಿಮಾದಾರನು ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ದಾಖಲಾದರೆ, ನಿವಾ ಬೂಪಾ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ದಾಖಲಾದ 24 ಗಂಟೆಗಳ ನಿರಂತರ ಮತ್ತು ಪೂರ್ಣಗೊಂಡ ಅವಧಿಗೆ ದೈನಂದಿನ ಭತ್ಯೆಯನ್ನು (ಆಯ್ಕೆ ಮಾಡಿದಂತೆ) ಪಾವತಿಸುತ್ತಾನೆ. ವಿಮಾದಾರನನ್ನು ಆಸ್ಪತ್ರೆಯ ತೀವ್ರ ನಿಗಾ ಘಟಕಕ್ಕೆ (ಐಸಿಯು) ದಾಖಲಿಸಿದರೆ, ನಿವಾ ಬೂಪಾ ಅವರು ಆಯ್ಕೆ ಮಾಡಿದ ದೈನಂದಿನ ಭತ್ಯೆಯ ಎರಡು ಪಟ್ಟು ಪಾವತಿಸುತ್ತಾರೆ.

ವಿಮಾ ಮೊತ್ತ (ಎಸ್‌ಐ) ಅರ್ಹತೆ:	ಸ್ವಯಂ - ಆಯ್ಕೆ ಮಾಡಿದ ದೈನಂದಿನ ಹೋಸ್ಟಿಕ್ಯಾಶ್ ಮಿತಿಯು 100% ಸಂಗಾತಿ - ಆಯ್ಕೆ ಮಾಡಿದ ದೈನಂದಿನ ಹೋಸ್ಟಿಕ್ಯಾಶ್ ಮಿತಿಯು 100% ಮಕ್ಕಳು - ಆಯ್ಕೆ ಮಾಡಿದ ದೈನಂದಿನ ಹೋಸ್ಟಿಕ್ಯಾಶ್ ಮಿತಿಯು 50% ಐಸಿಯುನಲ್ಲಿ ದಾಖಲಾದ ಗರಿಷ್ಠ 7 ದಿನಗಳು ಸೇರಿದಂತೆ ಪಾಲಿಸಿ ವರ್ಷದಲ್ಲಿ ವಿಮಾದಾರ ವ್ಯಕ್ತಿಗೆ ಗರಿಷ್ಠ 45 ದಿನಗಳವರೆಗೆ ನಾವು ಈ ಪ್ರಯೋಜನದ ಅಡಿಯಲ್ಲಿ ಪಾವತಿ ಮಾಡುತ್ತೇವೆ.
ಆರಂಭಿಕ ಕಾಯುವಿಕೆ ಅವಧಿ:	ಕವರ್‌ಜ್ ಪ್ರಾರಂಭವಾದ ದಿನಾಂಕದಿಂದ 30 ದಿನಗಳು. ಅಪಘಾತದಿಂದಾಗಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ದಾಖಲಾದ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಆರಂಭಿಕ ಕಾಯುವಿಕೆ ಅವಧಿ ಇರುವುದಿಲ್ಲ.
ಮೊದಲೇ ಅಸ್ತಿತ್ವದಲ್ಲಿರುವ ರೋಗಗಳಿಗೆ ಕಾಯುವ ಅವಧಿ:	ಮೊದಲ ಪಾಲಿಸಿ ಪ್ರಾರಂಭವಾದಾಗಿನಿಂದ 36 ತಿಂಗಳ ನಿರಂತರ ವ್ಯಾಪ್ತಿ ಮುಗಿಯುವವರೆಗೆ ಮೊದಲೇ ಅಸ್ತಿತ್ವದಲ್ಲಿರುವ ರೋಗಗಳಿಗೆ ಪ್ರಯೋಜನಗಳು ಲಭ್ಯವಿರುವುದಿಲ್ಲ.
ನಿರ್ದಿಷ್ಟ ಕಾಯುವ ಅವಧಿ:	ಕಛೇನ ಪೊರ, ಸೈನಸ್‌ಟೈಟ್, ಪಿತ್ತರಸ ಮತ್ತು ಮೂತ್ರ ವ್ಯವಸ್ಥೆಗಳಲ್ಲಿ ಕಲ್ಲುಗಳು, ಸಂಧಿವಾತ, ಮಧುಮೇಹ ಮತ್ತು ಸಂಬಂಧಿತ ತೊಡಕುಗಳು ಮುಂತಾದ ನಿರ್ದಿಷ್ಟ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಗಳು / ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಳಿಗೆ 24 ತಿಂಗಳ ಕಾಯುವಿಕೆ ಅವಧಿ.
ಉಚಿತ ನೋಟ ನಿಬಂಧನೆ:	ನೀವು ಪಾಲಿಸಿಯ ನಿಯಮಗಳು ಮತ್ತು ಷರತ್ತುಗಳನ್ನು ಓದಿದ್ದರೆ, ಯಾವುದೇ ಕ್ಲೇಮ್‌(ಗಳು) ಮಾಡದಿದ್ದರೆ ಪಾಲಿಸಿ ದಾಖಲೆಯನ್ನು ಸ್ವೀಕರಿಸಿದ 15 ದಿನಗಳ ಒಳಗೆ ಕಾರಣಗಳನ್ನು ಉಲ್ಲೇಖಿಸಿ ನೀವು ಪಾಲಿಸಿಯನ್ನು ರದ್ದುಗೊಳಿಸಬಹುದು. ಡಿಸ್‌ನೋ ಮಾರ್ಕೆಟಿಂಗ್ ಮೋಡ್ ಮೂಲಕ ಪಾಲಿಸಿಯನ್ನು ಖರೀದಿಸಿದರೆ ಪ್ರೀ ಲುಕ್ ಅವಧಿ 30 ದಿನಗಳು ಮತ್ತು ಪಾಲಿಸಿ ಅವಧಿ 3 ವರ್ಷಗಳು. ಸ್ಟ್ಯಾಂಪ್ ಡ್ಯೂಟಿ, ಪಾಲಿಸಿ ಪೂರ್ವ ವೈದ್ಯಕೀಯ ತಪಾಸಣೆ ಮತ್ತು ಪ್ರಮಾಣಾನುಗುಣ ರಿಸ್ಕ್ ಪ್ರೆಮ್ ಗಾಗಿ ಶುಲ್ಕಗಳನ್ನು ಕಡಿತಗೊಳಿಸಿದ ನಂತರ ಪ್ರೀಮಿಯಂ ಅನ್ನು ಮರುಪಾವತಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ

ಪ್ರಮುಖ ವೈಶಿಷ್ಟ್ಯ ದಾಖಲೆ

ಸೂಚನೆ: ಇವು ನೀಡಲಾದ ಕವರ್ ಗಳ ಸಾರಾಂಶ ಮಾತ್ರ. ಮಾರಾಟವನ್ನು ಮುಕ್ತಾಯಗೊಳಿಸುವ ಮೊದಲು ಸಂಪೂರ್ಣ ವಿವರಗಳಿಗಾಗಿ ದಯವಿಟ್ಟು ಪಾಲಿಸಿ ಪದಗಳನ್ನು ನೋಡಿ. ಈ ದಾಖಲೆಯು ಪಾಲಿಸಿಯ ಪ್ರಮುಖ ಪ್ರಯೋಜನಗಳ ಸೂಚಕವಾಗಿದೆ.

ದಿನಾಂಕ: _____

ಪ್ರಸ್ತಾಪಕರ ಸಹಿ: _____

ಸ್ಥಳ: _____

ಪ್ರಸ್ತಾಪಕರ ಹೆಸರು: _____