

ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಗಾತಿ

ಪ್ರಸ್ತಾವನೆ ನಮೂನೆ

URN: 025

ವಿಮಾ ಒಪ್ಪಂದವು ಕಾನೂನುಬದ್ಧ ಒಪ್ಪಂದವಾಗಿದೆ ಮತ್ತು ಇದು ಟ್ರಸ್ಟ್ ಅನ್ನು ಆಧರಿಸಿದೆ ಮತ್ತು ನಾವು ನಿಮ್ಮನ್ನು ನಂಬುತ್ತೇವೆ.

ನಿಮ್ಮ ಆರೋಗ್ಯದ ಬಗ್ಗೆ ಮಾಹಿತಿಯು ಎಷ್ಟು ಪ್ರಸ್ತುತವಾಗಿದೆ ಮತ್ತು ಅದು ನಿಮ್ಮ ಪಾಲಿಸಿಯ ಮೇಲೆ ಪರಿಣಾಮ ಬೀರುತ್ತದೆ ಎಂದು ನಿಮಗೆ ತಿಳಿದಿಲ್ಲದಿರಬಹುದು ಎಂದು ನಾವು ಅರ್ಥಮಾಡಿಕೊಂಡಿದ್ದೇವೆ. ಆದ್ದರಿಂದ ನೀವು

ಎಲ್ಲಾ ಆರೋಗ್ಯ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಬಹಿರಂಗಪಡಿಸುವುದು ಬಹಳ ಮುಖ್ಯ ಮತ್ತು ಅದು ಎಷ್ಟು ಪ್ರಸ್ತುತವಾಗಿದೆ ಎಂದು ನಾವು ನಿರ್ಧರಿಸುತ್ತೇವೆ (ನಾವು ಅದನ್ನು

'ವಸ್ತು ಸಂಗತಿ' ಎಂದು ಕರೆಯುತ್ತೇವೆ). ನಾವು ನಿಮ್ಮ ಪಾಲಿಸಿಯನ್ನು ರದ್ದುಗೊಳಿಸುತ್ತೇವೆ, ಯಾವುದೇ ಕ್ಲೇಮ್ ಅನ್ನು ಪಾವತಿಸುವುದಿಲ್ಲ, ಪಾವತಿಸಿದ ಯಾವುದೇ ಪ್ರೀಮಿಯಂ ಅನ್ನು ಮರುಪಾವತಿಸುವುದಿಲ್ಲ ಮತ್ತು ವಿಮೆ ಮಾಡಲು ಉದ್ದೇಶಿಸಿರುವ ಎಲ್ಲಾ ಸದಸ್ಯರ

ಬಗ್ಗೆ ಸರಿಯಾದ ಮತ್ತು ಸಂಪೂರ್ಣ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಒದಗಿಸದಿದ್ದರೆ, ಈ ಹಿಂದೆ ಪಾವತಿಸಿದ ಪ್ರಯೋಜನಗಳನ್ನು ಮರುಪಡೆಯುವುದು ಸೇರಿದಂತೆ ನಿಮ್ಮ ವಿರುದ್ಧ ಸಾಧ್ಯವಿರುವ ಎಲ್ಲಾ ಕಾನೂನು ಕ್ರಮಗಳನ್ನು ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳುವ ಹಕ್ಕನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದೇವೆ. ನಾವು ಪೂರ್ಣ ಪ್ರೀಮಿಯಂ ಪಡೆದ ನಂತರ ಮತ್ತು ಅಪಾಯವನ್ನು ಸ್ಪಷ್ಟವಾಗಿ ಒಪ್ಪಿಕೊಂಡ ನಂತರವೇ ಕವರೇಜ್ ಪ್ರಾರಂಭಿಸಬಹುದು ಎಂದು ನಿಯಮಗಳು ಆದೇಶಿಸುತ್ತವೆ.

1. ಪ್ರಸ್ತಾವಕರ ವಿವರಗಳು:

ಶೀರ್ಷಿಕೆ	ಹೆಸರು									
DOB	D	D	M	M	ಮತ್ತು ಮತ್ತು ಮತ್ತು ಮತ್ತು	ಲಿಂಗ:	ಗಂಡು	ಹೆಣ್ಣು	ಇತರ	ರಾಷ್ಟ್ರೀಯತೆ
ಪ್ರಸ್ತುತ ವಿಳಾಸ										
ಹೆಗ್ಗುರುತು	ನಗರ									
ಜಿಲ್ಲೆ	ರಾಜ್ಯ									
ಲ್ಯಾಂಡ್ ಲೈನ್ ಸಂಖ್ಯೆ	ಮೊಬೈಲ್ ಸಂಖ್ಯೆ									
ಇಮೇಲ್ ಐಡಿ	ಪರ್ಯಾಯ ಸಂಖ್ಯೆ									
ಪಾನ್ ಸಂಖ್ಯೆ	(50,000 ರೂ.ಗಿಂತ ಹೆಚ್ಚಿನ ಪ್ರೀಮಿಯಂ ನಗದು ಮತ್ತು 1 ಲಕ್ಷ ರೂ.ಗಿಂತ ಹೆಚ್ಚಿನ ಪ್ರೀಮಿಯಂ ಅನ್ನು ಇತರ ವಿಧಾನಗಳ ಮೂಲಕ ಕಡ್ಡಾಯಗೊಳಿಸಲಾಗಿದೆ)									
ವಾರ್ಷಿಕ ಆದಾಯ (ರೂ.)	CKYC ಸಂಖ್ಯೆ									
ಉದ್ಯೋಗ	ಸಂಬಳ ಪಡೆಯುವವರು	ಸ್ವಯಂ ಉದ್ಯೋಗಿ	ವಿದ್ಯಾರ್ಥಿ	ಗೃಹಿಣಿ	ಇತರ, ದಯವಿಟ್ಟು ನಿರ್ದಿಷ್ಟಪಡಿಸಿ					
ಪಾವತಿಸಿದ ಪ್ರೀಮಿಯಂ	ಪ್ರಸ್ತಾವಕನೊಂದಿಗಿನ ಸಂಬಂಧ(ಬದಲಾಯಿಸಿ)									

ನಿಮ್ಮ ಎಲ್ಲಾ ಪಾಲಿಸಿ ಮತ್ತು ಸೇವೆಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಎಲ್ಲಾ ಪಾಲಿಸಿ ಮತ್ತು ಸೇವೆಯನ್ನು ಕಳುಹಿಸಲು ಕಂಪನಿಗೆ ಅಧಿಕಾರ ನೀಡುವ ಮೂಲಕ ಪರಿಸರವನ್ನು ರಕ್ಷಿಸಲು ಮತ್ತು ಕಾಗದವನ್ನು ಉಳಿಸಲು ಸಹಾಯ ಮಾಡಲು ನಾನು ಬಯಸುತ್ತೇನೆ
ಅರ್ಜಿ ನಮೂನೆಯಲ್ಲಿ ಇಲ್ಲಿ ಉಲ್ಲೇಖಿಸಿರುವಂತೆ ಇಮೇಲ್ ಐಡಿಗೆ ಸಂಪರ್ಕಿಸಿ?

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

ನೀವು ಅಥವಾ ಪ್ರಸ್ತಾವಿತ ಅರ್ಜಿದಾರರಲ್ಲಿ ಯಾರಾದರೂ PEP# ಅಗಿದ್ದೀರಾ? ☐ ಹೌದು ☐ ಇಲ್ಲ

Periodically ಬಹಿರಂಗಪಡಿಸಿದ ವ್ಯಕ್ತಿಗಳು (ಪಿಹಿಎ) ಎಂದರೆ ಪ್ರಮುಖ ಸಾಮಾನ್ಯ ಕಾರ್ಯಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿರುವ ಅಥವಾ ಮೇಲಿನಿಂದ ವ್ಯಕ್ತಿಗಳು, ಅಂದರೆ ಕೇಂದ್ರ ಅಥವಾ ರಾಜ್ಯ ಸರ್ಕಾರದ ಮುಖ್ಯಸ್ಥರು / ಮಂತ್ರಿಗಳು, ಹಿರಿಯ ರಾಜಕಾರಣಿಗಳು, ಹಿರಿಯ ಸರ್ಕಾರಿ ನ್ಯಾಯಾಂಗ ಅಥವಾ ಮೇಜರಿ ಅಧಿಕಾರಿಗಳು, ಸರ್ಕಾರಿ ಕಂಪನಿಗಳ ಹಿರಿಯ ಕಾರ್ಯ ನಿರ್ವಾಹಕರು, ಪ್ರಕೃತ ಪ್ರಮುಖ ಅಧಿಕಾರಿಗಳು, ನಿಗದಿತ ವಿಹಿಮೆ ನಿರ್ದೇಶಕರಾದವರು, ರಿಯಲ್ ಎಸ್ಟೇಟ್ ವ್ಯಕ್ತಿಗಳ ವಿಹಿಮೆ ಪ್ರಸ್ತಾವಕರನ್ನು, ಇತರ (ಮಾತು)

ಬ್ಯಾಂಕ್ ವಿವರಗಳು:

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

ಎಲೆಕ್ಟ್ರಾನಿಕ್ ವಿಮಾ ಖಾತೆಯ ವಿವರಗಳು (ಇಐಎ)

ಈ ಪಾಲಿಸಿಯನ್ನು ಇಐಎಗೆ ಕ್ರೆಡಿಟ್ ಮಾಡಲು ನೀವು ಬಯಸುವೀರಾ? (ದಯವಿಟ್ಟು ಯಾವುದಾದರೂ ಒಂದನ್ನು ಆಯ್ಕೆ ಮಾಡಿ)

ಇಲ್ಲ, ನನ್ನ ಬಳಿ ಇಐಎ ಇಲ್ಲ ಮತ್ತು ಒಂದನ್ನು ತೆರೆಯಲು ಬಯಸುವುದಿಲ್ಲ. ☐ ಹೌದು, ಈ ಪಾಲಿಸಿಯನ್ನು ನನ್ನ ಇ-ವಿಮಾ ಖಾತೆಗೆ ಕ್ರೆಡಿಟ್ ಮಾಡಿ

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

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

☐	ಮೆಸರ್ಸ್ ಎನ್ಎಸ್ಐಎಲ್ ಡೇಟಾಬೇಸ್ ಮ್ಯಾನ್‌ಜೆರ್ಟ್ ಲಿಮಿಟೆಡ್	☐	ಮೆಸರ್ಸ್ ಸೆಂಟ್ರಲ್ ಇನ್ಶೂರೆನ್ಸ್ ರೆಪ್ರೆಸೆಂಟಿಟರಿ ಲಿಮಿಟೆಡ್
☐	ಮೆಸರ್ಸ್ ಕಾರ್ವಿ ಇನ್ಶೂರೆನ್ಸ್ ರೆಪ್ರೆಸೆಂಟಿಟರಿ ಲಿಮಿಟೆಡ್	☐	ಮೆಸರ್ಸ್ ಕ್ಯಾವ್ಸ್ ರೆಪ್ರೆಸೆಂಟಿಟರಿ ಸರ್ವಿಸಸ್ ಲಿಮಿಟೆಡ್ (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).

ನವೀಕರಣ ಪಾವತಿ ಸ್ಕನ್ ಅಪ್:

ನಿಮ್ಮ ಆರೋಗ್ಯ ವಿಮಾ ಪಾಲಿಸಿಯ ನವೀಕರಣ ಪ್ರೀಮಿಯಂ ಅನ್ನು ನಿಮ್ಮ ಅಸ್ತಿತ್ವದಲ್ಲಿರುವ ಸ್ವಯಂಚಾಲಿತ ಕ್ಲಿಯರಿಂಗ್ ಹೌಸ್ (ಎಸಿಎಚ್) / ಸ್ವಾಯಿ

ಸೂಚನೆಗಳು (ಎಸ್ಐ) ಅನ್ನು ಕಂಪನಿಯೊಂದಿಗೆ ಮುಂದುವರಿಸುವ ಮೂಲಕ ಪ್ರತಿ ವರ್ಷ ಮಾಡಬಹುದು. ಈ ಆಯ್ಕೆಯು ಅಡಿಯಲ್ಲಿ, ನಿಮ್ಮ ಪಾಲಿಸಿಯನ್ನು ಸಕಾಲದಲ್ಲಿ ನವೀಕರಿಸಬಹುದು,

ಆದರೆ ಕಂಪನಿಗೆ ಅಗತ್ಯವಿರುವ ಮಾಹಿತಿ ಮತ್ತು ದಸ್ತಾವೇಜಿನ ಎಲ್ಲಾ ಹೆಚ್ಚುವರಿ ಅವಶ್ಯಕತೆಗಳನ್ನು ನೀವು ಪೂರ್ಣಗೊಳಿಸಬಹುದು.

☐ ನಾನು ಎಸಿಎಚ್ / ಎಸ್ಐ ನವೀಕರಣ ಆಯ್ಕೆಯನ್ನು ಆರಿಸಲು ಬಯಸುತ್ತೇನೆ.

ದಿನಾಂಕ ಸ್ಥಳ ಪ್ರಸ್ತಾವಕರ ಸಹಿ

2. ವಿಮಾಣಿ ಅರ್ಜಿ ಸಲ್ಲಿಸಿದವರ ವಿವರಗಳು:

ಅರ್ಜಿದಾರ 1	ಹೆಸರು																
	ಲಿಂಗ		ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಇತರ		ಎತ್ತರ		(HUF)		(ಇಂಚು)		ತೂಕ		(ಕೆಜಿ)
	ಮೊಬೈಲ್ ಸಂಖ್ಯೆ						ಹುಟ್ಟಿದ ದಿನ										ಭಾರತೀಯರಲ್ಲಿದ್ದರೆ ದಯವಿಟ್ಟು ಟಿಕ್ ಮಾಡಿ
	ಪ್ರಸ್ತಾಪಕರೊಂದಿಗಿನ ಸಂಬಂಧ (ದಯವಿಟ್ಟು ಆಯ್ಕೆಯನ್ನು ಟಿಕ್ ಮಾಡಿ): ಸ್ವಯಂ / ಸಂಗಾತಿ / ತಂದೆ / ತಾಯಿ / ಮಾವ / ಅತ್ತೆ / ಮಗ / ಮಗಳು / ಉದ್ಯೋಗಿ																
ನೋಂದಾಯಿತ ವೈದ್ಯರಾಗಿದ್ದರೆ*, ದಯವಿಟ್ಟು ಒದಗಿಸಿ: i. ವೈದ್ಯಕೀಯ ನೋಂದಣಿ ಸಂಖ್ಯೆ																	
ii. ಕೌನ್ಸಿಲ್ ಹೆಸರು																	
iii. ಕೆಲಸದ ಸ್ಥಳದ ವಿಳಾಸ																	
ಅರ್ಜಿದಾರ 2	ಹೆಸರು																
	ಲಿಂಗ		ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಇತರ		ಎತ್ತರ		(HUF)		(ಇಂಚು)		ತೂಕ		(ಕೆಜಿ)
	ಮೊಬೈಲ್ ಸಂಖ್ಯೆ						ಹುಟ್ಟಿದ ದಿನ										ಭಾರತೀಯರಲ್ಲಿದ್ದರೆ ದಯವಿಟ್ಟು ಟಿಕ್ ಮಾಡಿ
	ಪ್ರಸ್ತಾಪಕರೊಂದಿಗಿನ ಸಂಬಂಧ (ದಯವಿಟ್ಟು ಆಯ್ಕೆಯನ್ನು ಟಿಕ್ ಮಾಡಿ): ಸ್ವಯಂ / ಸಂಗಾತಿ / ತಂದೆ / ತಾಯಿ / ಮಾವ / ಅತ್ತೆ / ಮಗ / ಮಗಳು / ಉದ್ಯೋಗಿ																
ನೋಂದಾಯಿತ ವೈದ್ಯರಾಗಿದ್ದರೆ*, ದಯವಿಟ್ಟು ಒದಗಿಸಿ: i. ವೈದ್ಯಕೀಯ ನೋಂದಣಿ ಸಂಖ್ಯೆ																	
ii. ಕೌನ್ಸಿಲ್ ಹೆಸರು																	
iii. ಕೆಲಸದ ಸ್ಥಳದ ವಿಳಾಸ																	
ಅರ್ಜಿದಾರ 3	ಹೆಸರು																
	ಲಿಂಗ		ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಇತರ		ಎತ್ತರ		(HUF)		(ಇಂಚು)		ತೂಕ		(ಕೆಜಿ)
	ಮೊಬೈಲ್ ಸಂಖ್ಯೆ						ಹುಟ್ಟಿದ ದಿನ										ಭಾರತೀಯರಲ್ಲಿದ್ದರೆ ದಯವಿಟ್ಟು ಟಿಕ್ ಮಾಡಿ
	ಪ್ರಸ್ತಾಪಕರೊಂದಿಗಿನ ಸಂಬಂಧ (ದಯವಿಟ್ಟು ಆಯ್ಕೆಯನ್ನು ಟಿಕ್ ಮಾಡಿ): ಸ್ವಯಂ / ಸಂಗಾತಿ / ತಂದೆ / ತಾಯಿ / ಮಾವ / ಅತ್ತೆ / ಮಗ / ಮಗಳು / ಉದ್ಯೋಗಿ																
ನೋಂದಾಯಿತ ವೈದ್ಯರಾಗಿದ್ದರೆ*, ದಯವಿಟ್ಟು ಒದಗಿಸಿ: i. ವೈದ್ಯಕೀಯ ನೋಂದಣಿ ಸಂಖ್ಯೆ																	
ii. ಕೌನ್ಸಿಲ್ ಹೆಸರು																	
iii. ಕೆಲಸದ ಸ್ಥಳದ ವಿಳಾಸ																	
ಅರ್ಜಿದಾರ 4	ಹೆಸರು																
	ಲಿಂಗ		ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಇತರ		ಎತ್ತರ		(HUF)		(ಇಂಚು)		ತೂಕ		(ಕೆಜಿ)
	ಮೊಬೈಲ್ ಸಂಖ್ಯೆ						ಹುಟ್ಟಿದ ದಿನ										ಭಾರತೀಯರಲ್ಲಿದ್ದರೆ ದಯವಿಟ್ಟು ಟಿಕ್ ಮಾಡಿ
	ಪ್ರಸ್ತಾಪಕರೊಂದಿಗಿನ ಸಂಬಂಧ (ದಯವಿಟ್ಟು ಆಯ್ಕೆಯನ್ನು ಟಿಕ್ ಮಾಡಿ): ಸ್ವಯಂ / ಸಂಗಾತಿ / ತಂದೆ / ತಾಯಿ / ಮಾವ / ಅತ್ತೆ / ಮಗ / ಮಗಳು / ಉದ್ಯೋಗಿ																
ನೋಂದಾಯಿತ ವೈದ್ಯರಾಗಿದ್ದರೆ*, ದಯವಿಟ್ಟು ಒದಗಿಸಿ: i. ವೈದ್ಯಕೀಯ ನೋಂದಣಿ ಸಂಖ್ಯೆ																	
ii. ಕೌನ್ಸಿಲ್ ಹೆಸರು																	
iii. ಕೆಲಸದ ಸ್ಥಳದ ವಿಳಾಸ																	
ಅರ್ಜಿದಾರ 5	ಹೆಸರು																
	ಲಿಂಗ		ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಇತರ		ಎತ್ತರ		(HUF)		(ಇಂಚು)		ತೂಕ		(ಕೆಜಿ)
	ಮೊಬೈಲ್ ಸಂಖ್ಯೆ						ಹುಟ್ಟಿದ ದಿನ										ಭಾರತೀಯರಲ್ಲಿದ್ದರೆ ದಯವಿಟ್ಟು ಟಿಕ್ ಮಾಡಿ
	ಪ್ರಸ್ತಾಪಕರೊಂದಿಗಿನ ಸಂಬಂಧ (ದಯವಿಟ್ಟು ಆಯ್ಕೆಯನ್ನು ಟಿಕ್ ಮಾಡಿ): ಸ್ವಯಂ / ಸಂಗಾತಿ / ತಂದೆ / ತಾಯಿ / ಮಾವ / ಅತ್ತೆ / ಮಗ / ಮಗಳು / ಉದ್ಯೋಗಿ																
ನೋಂದಾಯಿತ ವೈದ್ಯರಾಗಿದ್ದರೆ*, ದಯವಿಟ್ಟು ಒದಗಿಸಿ: i. ವೈದ್ಯಕೀಯ ನೋಂದಣಿ ಸಂಖ್ಯೆ																	
ii. ಕೌನ್ಸಿಲ್ ಹೆಸರು																	
iii. ಕೆಲಸದ ಸ್ಥಳದ ವಿಳಾಸ																	
ಅರ್ಜಿದಾರ 6	ಹೆಸರು																
	ಲಿಂಗ		ಗಂಡು		ಹೆಣ್ಣು		ಇತರ		ಎತ್ತರ		(HUF)		(ಇಂಚು)		ತೂಕ		(ಕೆಜಿ)
	ಮೊಬೈಲ್ ಸಂಖ್ಯೆ						ಹುಟ್ಟಿದ ದಿನ										ಭಾರತೀಯರಲ್ಲಿದ್ದರೆ ದಯವಿಟ್ಟು ಟಿಕ್ ಮಾಡಿ
	ಪ್ರಸ್ತಾಪಕರೊಂದಿಗಿನ ಸಂಬಂಧ (ದಯವಿಟ್ಟು ಆಯ್ಕೆಯನ್ನು ಟಿಕ್ ಮಾಡಿ): ಸ್ವಯಂ / ಸಂಗಾತಿ / ತಂದೆ / ತಾಯಿ / ಮಾವ / ಅತ್ತೆ / ಮಗ / ಮಗಳು / ಉದ್ಯೋಗಿ																
ನೋಂದಾಯಿತ ವೈದ್ಯರಾಗಿದ್ದರೆ*, ದಯವಿಟ್ಟು ಒದಗಿಸಿ: i. ವೈದ್ಯಕೀಯ ನೋಂದಣಿ ಸಂಖ್ಯೆ																	
ii. ಕೌನ್ಸಿಲ್ ಹೆಸರು																	
iii. ಕೆಲಸದ ಸ್ಥಳದ ವಿಳಾಸ																	

* ಪ್ರೀಮಿಯಂ ಮೇಲೆ 5% ರಿಯಾಯಿತಿ ಪಡೆಯಿರಿ, ಇದು ರೂಪಾಂತರ 2022 ಗೆ ಮಾತ್ರ ಅನ್ವಯಿಸುತ್ತದೆ. ಮೆಡಿಕಲ್ ಪ್ರಾಕ್ಟೀಷನರ್ ಎಂದರೆ ಯಾವುದೇ ರಾಜ್ಯದ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಮಂಡಳಿ ಅಥವಾ ಭಾರತೀಯ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಮಂಡಳಿ ಅಥವಾ ಕೌನ್ಸಿಲ್ ಫಾರ್ ಇಂಡಿಯನ್ ಮೆಡಿಸಿನ್ ಅಥವಾ ಭಾರತ ಸರ್ಕಾರ ಅಥವಾ ರಾಜ್ಯ ಸರ್ಕಾರ ಸ್ಥಾಪಿಸಿದ ಹೋಮಿಯೋಪತಿಗೆ ಮಾನ್ಯ ನೋಂದಣಿಯನ್ನು ಹೊಂದಿರುವ ಮತ್ತು ಆ ಮೂಲಕ ಅದರ ವ್ಯಾಪ್ತಿಯಲ್ಲಿ ಔಷಧವನ್ನು ಅಭ್ಯಾಸ ಮಾಡಲು ಅರ್ಹರಾಗಿರುವ ವ್ಯಕ್ತಿ; ಮತ್ತು ತನ್ನ ಪರವಾನಗಿಯ ವ್ಯಾಪ್ತಿ ಮತ್ತು ನ್ಯಾಯವ್ಯಾಪ್ತಿಯಲ್ಲಿ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಿದ್ದಾನೆ. ಟಿಪ್ಪಣಿಗಳು: 1. ಪ್ರಸ್ತಾಪಕನೊಂದಿಗೆ ಅರ್ಜಿದಾರ 1 ರ ಸಂಬಂಧವು ಉದ್ಯೋಗಿಯಾಗಿದ್ದರೆ, ಇತರ ಅರ್ಜಿದಾರರ ಸಂಬಂಧವು ಅರ್ಜಿದಾರ 1 ನೊಂದಿಗೆ ಇರುತ್ತದೆ.

3.ವ್ಯಾಪ್ತಿಯ ಅಯ್ಕೆ:

ಮೂಲ ವ್ಯಾಪ್ತಿ:

ನೀತಿ ಪ್ರಕಾರ#:

ವೈಯಕ್ತಿಕಫ್ಯಾಮಿಲಿ ಪ್ರೋಟೆಕ್ಟ್

ಕವರ್ ಮಾಡಬೇಕಾದ ಜೀವಗಳ ಸಂಖ್ಯೆ:

ವಯಸ್ಕರುಮಕ್ಕಳು

ರೂಪಾಂತರ:

ರೂಪಾಂತರ 2022ರೂಪಾಂತರ 1ರೂಪಾಂತರ 2ರೂಪಾಂತರ 3ಕುಟುಂಬ ಮೊದಲುರೂಪಾಂತರ 2023

ಮೂಲ ವಿಮಾ ಮೊತ್ತ:

ವಿಮಾ ಮೊತ್ತ (ವೈಯಕ್ತಿಕ ಅಥವಾ ಫ್ಯಾಮಿಲಿ ಪ್ರೋಟೆಕ್ಟ್)

ವಿಮಾ ಮೊತ್ತ (ಕುಟುಂಬ ಮೊದಲು) ವ್ಯಕ್ತಿ

ವಿಮಾ ಮೊತ್ತ (ಫ್ಯಾಮಿಲಿ ಫಸ್ಟ್) ಪ್ರೋಟೆಕ್ಟ್

ನೀತಿ ಅವಧಿ:

1 ವರ್ಷ2 ವರ್ಷಗಳು3 ವರ್ಷಗಳು

ಐಜಿಕ್ ವ್ಯಾಪ್ತಿ:

1. ಆಸ್ಪತ್ರೆ ನಗದು

ಹೌದುಇಲ್ಲ

a. ಕುಟುಂಬದ ಮೊದಲ ಯೋಜನೆಗಾಗಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯ ನಗದು (ಅಯ್ಯಾದಾರ)

ದಿನಕ್ಕೆ 1,000ದಿನಕ್ಕೆ 2,000 ರೂ.

2. ವಾರ್ಷಿಕ ಒಟ್ಟು ಕಡಿತ

ಇಲ್ಲ10,00020,00030,00050,0001 ಸರೋವರ2 ಸರೋವರ3 ಸರೋವರ4 ಸರೋವರ5 ಸರೋವರ10 ಸರೋವರ

3. 'ವೈಯಕ್ತಿಕ ಅಪಘಾತ ಕವರ್' ಅಯ್ಯ ಮಾಡಿದರೆ ದಯವಿಟ್ಟು ಟಿಕ್ ಮಾಡಿ (ಈ ಅಯ್ಯಯು 18 ವರ್ಷ ಅಥವಾ ಅದಕ್ಕಿಂತ ಹೆಚ್ಚಿನ ವಯಸ್ಸಿನ ಅರ್ಜಿದಾರರಿಗೆ ಮಾತ್ರ ಅನ್ವಯಿಸುತ್ತದೆ)

ಅರ್ಜಿದಾರ 1ಅರ್ಜಿದಾರ 2ಅರ್ಜಿದಾರ 3ಅರ್ಜಿದಾರ 4ಅರ್ಜಿದಾರ 5ಅರ್ಜಿದಾರ 6

ವೈಯಕ್ತಿಕ ಅಪಘಾತ ಕವರ್ ಫ್ಯಾಕ್ಟರ್ (ಮೂಲ ವಿಮಾ ಮೊತ್ತದ ಸಮಯ)

1X2X3X4X5X

ಆಡ್-ಆನ್(ಗಳು):

1. ರಕ್ಷಣೆ

ಇಲ್ಲರಕ್ಷಣೆರಕ್ಷಣೆ+

2. ಸಹ-ಪಾವತಿ

ಇಲ್ಲ1 0%2 0%3 0%4 0%50%

3. ಪ್ರೋವೆನ್-ನಿಗಮನ ರೋಗ ಕಾಯುವ ಸಮಯ ಮಾರ್ಪಾಡು

i. ರೂಪಾಂತರ 1

ಇಲ್ಲ ಆಯ್ಕೆಮಾಡಿ1 ವರ್ಷ2 ವರ್ಷ3 ವರ್ಷ

ii. ರೂಪಾಂತರ 2 , ರೂಪಾಂತರ 3 , ರೂಪಾಂತರ 2022, ಫ್ಯಾಮಿಲಿ ಫಸ್ಟ್

ಆಯ್ಕೆಯಾಗಿಲ್ಲ1 ವರ್ಷ2 ವರ್ಷ4 ವರ್ಷ

4. ಕೊರಡಿ ಪ್ರಕಾರದ ಮಾರ್ಪಾಡು

ಇಲ್ಲಸ್ಟ್ಯಾಂಡರ್ಡ್ ಸಿಂಗಲ್ ರೂಮ್ಹಂಚಲಾಗಿದ್ದೇನೆ

Family ಪ್ರೋಟೆಕ್ಟ್ ವಿಮಾ ಮೊತ್ತವು ಎಲ್ಲಾ ವಿಮಾದಾರರಿಗೆ ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿದೆ. ಪ್ರೋಟೆಕ್ಟ್ ಎಂದರೆ ವೈಯಕ್ತಿಕವಾಗಿ ಅಥವಾ ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಎಲ್ಲಾ ವಿಮಾದಾರರು ಈ ಮಿತಿಗೆ ಕ್ಲೇಮ್ ಮಾಡಲು ಸಮರ್ಥರಾಗಿರುತ್ತಾರೆ. ಆಸ್ಪತ್ರೆ ನಗದು: ದಿನಕ್ಕೆ 1,000 ರೂ (ರೂಪಾಂತರ 1 ಕ್ಕೆ), ದಿನಕ್ಕೆ 2,000 ರೂ (ರೂಪಾಂತರ 2 ಕ್ಕೆ), ದಿನಕ್ಕೆ 4,000 ರೂ (ರೂಪಾಂತರ 3 ಕ್ಕೆ). ಮಕ್ಕಳ ರೂಪಾಂತರ 2022 ಕ್ಕೆ, ದಿನಕ್ಕೆ 1,000 ರೂ (5 ಅಥವಾ ಹೆಚ್ಚಿನ ವಯಸ್ಸಿನ ವಿಮಾ ಮೊತ್ತಕ್ಕೆ), ದಿನಕ್ಕೆ 2,000 ರೂ. 15 ಅಥವಾ ಹೆಚ್ಚಿನ ವಯಸ್ಸಿನ ವಿಮಾ ಮೊತ್ತಕ್ಕೆ.

4. ಪ್ರೋಟೆಕ್ಟ್‌ನಲ್ಲಿ								
ನೀತಿ ಸಂಖ್ಯೆ		ವಿಮಾ ಕಂಪನಿ		ಅಪಾಯ ಮುಕ್ತಾಯ ದಿನಾಂಕ		ಅಪಾಯ ಮುಕ್ತಾಯ ದಿನಾಂಕ		ಪ್ರೋಟೆಕ್ಟ್ ಗೆ ಕಾರಣಗಳು
ಪ್ರೋಟೆಕ್ಟ್‌ನಲ್ಲಿರುವವರು ವಿನಂತಿಸಲಾದ ಉದ್ದೇಶಿತ ವಿಮಾದಾರರ ಹೆಸರು	ಮೊದಲ ನೀತಿ ಪ್ರಾರಂಭ ದಿನಾಂಕ	ಪ್ರೋಟೆಕ್ಟ್‌ನಲ್ಲಿರುವವರು ವಿನಂತಿಸಲಾದ ನಿರಂತರ ವ್ಯಾಪ್ತಿಯ ವರ್ಷಗಳ ಸಂಖ್ಯೆ	ಹಿಂದಿನ ನೀತಿಗಳಲ್ಲಿನ ಹಕ್ಕುಗಳು	ಪ್ರಸ್ತುತ ಕ್ಲೇಮ್ ಬೋನಸ್ ಇಲ್ಲ	ವಿಮಾ ಮೊತ್ತ - ವರ್ಷ 1 (ಅತ್ಯಂತ ಹಳೆಯದು)	ವಿಮಾ ಮೊತ್ತ- ವರ್ಷ 2	ವಿಮಾ ಮೊತ್ತ - ವರ್ಷ 3	ವಿಮಾ ಮೊತ್ತ - ವರ್ಷ 4 (ಮುಕ್ತಾಯ ಪಾಲಿಸಿ)

Product Name: Health Companion, Product UIN: NBHHLIP25040V082425 | Add-on Name: Safeguard, Add-on UIN: NBHHLIA24109V022324 Add-on

Name: SavePlus, Add-on UIN: NBHHLIA24070V012324 | Add-on Name: Tiered Network, Add-on UIN: NBHHLIA25039V012425

5. ನಾಮನಿರ್ದೇಶನ

ಪ್ರಸ್ತಾವಕನ ಮರಣದ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ, ಪಾಲಿಸಿಯ ಅಡಿಯಲ್ಲಿ ಬಾಕಿ ಇರುವ ಯಾವುದೇ ಪಾವತಿಯನ್ನು ಕೆಳಗೆ ಹೆಸರಿಸಲಾದ ನಾಮನಿರ್ದೇಶಿತರಿಗೆ ಪಾವತಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ. ನಾಮನಿರ್ದೇಶಿತರಿಂದ ಅಂತಹ ಪಾವತಿಯನ್ನು ಸ್ವೀಕರಿಸುವುದು ಪಾಲಿಸಿಯ ಅಡಿಯಲ್ಲಿ ಕಂಪನಿಯ ಹೊಣೆಗಾರಿಕೆಯ ನಿರ್ವಹಣೆಯಾಗುತ್ತದೆ.

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

ನಾಮನಿರ್ದೇಶಿತರ ಬ್ಯಾಂಕ್ ವಿವರಗಳು: ಫಲಾನುಭವಿಯ ಹೆಸರು: _____

ಬ್ಯಾಂಕ್ ಹೆಸರು _____ ಖಾತೆ ಪ್ರಕಾರ _____ ಉಳಿತಾಯ _____ Cur ಬಾಡಿಗೆ _____

ಖಾತೆ ಸಂಖ್ಯೆ _____ IFSC ಕೋಡ್ _____

6. ವೈದ್ಯಕೀಯ, ಅಭ್ಯಾಸಗಳು ಮತ್ತು ಹಿಂದಿನ ಪ್ರಸ್ತಾವದ ಮಾಹಿತಿ

ವಿಭಾಗ ಎ: ವಿಮೆ ಮಾಡಲು ಪ್ರಸ್ತಾಪಿಸಲಾದ ಯಾವುದೇ ವ್ಯಕ್ತಿಗಳಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ:	ಸದಸ್ಯ 1	ಸದಸ್ಯ 2	ಸದಸ್ಯ 3	ಸದಸ್ಯ 4	ಸದಸ್ಯ 5	ಸದಸ್ಯ 6
ಜೀವ, ಆರೋಗ್ಯ, ಆಸ್ಪತ್ರೆಯ ದೈನಂದಿನ ನಗದು ಅಥವಾ ಗಂಭೀರ ಆನಾರೋಗ್ಯ ವಿಮೆಗಾಗಿ ಯಾವುದೇ ಅರ್ಜಿಯನ್ನು ಯಾವುದೇ ವಿಮಾ ಕಂಪನಿ ಎಂದಾದರೂ ತಿರಸ್ಕರಿಸಿದೆಯೇ, ಮುಂದೂಡಿದೆಯೇ, ಲೋಡ್ ಮಾಡಲಾಗಿದೆಯೇ ಅಥವಾ ಯಾವುದೇ ವಿಶೇಷ ಪರತ್ಯುಗಳಿಗೆ						
ವಿಭಾಗ ಬಿ: ವಿಮೆ ಮಾಡಲು ಪ್ರಸ್ತಾಪಿಸಲಾದ ಯಾವುದೇ ವ್ಯಕ್ತಿಗೆ ಎಂದಾದರೂ ರೋಗನಿರ್ಣಯ ಮಾಡಲಾಗಿದೆಯೇ:						
i. ಹೃದಯಾಘಾತ, ಹೃದಯ ವೈಫಲ್ಯ, ಇಸ್ಕೀಮಿಕ್ ಹೃದ್ರೋಗ ಅಥವಾ ಪರಿಧಮನಿಯ ಹೃದಯ ಕಾಯಿಲೆ, ಅಂಜಿನಾ ಮುಂತಾದ ಹೃದ್ರೋಗಗಳು	I	N	I	N	I	N
ii.ಗಡ್ಡೆ, ಯಾವುದೇ ಅಂಗದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್, ಲುಕೇಮಿಯಾ, ಲಿಂಫೋಮಾ, ಸಾರ್ಕೋಮಾ	I	N	I	N	I	N
iii. ಪ್ರಮುಖ ಅಂಗಾಂಗ ವೈಫಲ್ಯ (ಮೂತ್ರಪಿಂಡ, ಯಕೃತ್ತು, ಹೃದಯ, ಶ್ವಾಸಕೋಶ ಇತ್ಯಾದಿ)	I	N	I	N	I	N
iv. ಪಾರ್ಶ್ವವಾಯು, ಎನ್ಸೆಫಲೋಪತಿ, ಮೆದುಳಿನ ಹುಣ್ಣು, ಅಥವಾ ಯಾವುದೇ ನರವೈಜ್ಞಾನಿಕ ಕಾಯಿಲೆ	I	N	I	N	I	N
v. ಪಲ್ಮನರಿ ಫೈಬ್ರೋಸಿಸ್, ಶ್ವಾಸಕೋಶದ ಕುಸಿತ ಅಥವಾ ಇಂಟರ್ ಸ್ಟೀಟಲ್ ಶ್ವಾಸಕೋಶದ ಕಾಯಿಲೆ (ಐಎಲ್ ಡಿ)	I	N	I	N	I	N
vi. ಹೆಪಟೈಟಿಸ್ ಬಿ ಅಥವಾ ಸಿ, ದೀರ್ಘಕಾಲದ ಯಕೃತ್ತಿನ ಕಾಯಿಲೆ, ಕ್ರೋನಿಸ್ ಕಾಯಿಲೆ, ಅಲ್ಕರೇಟಿವ್ ಕೊಲೈಟಿಸ್	I	N	I	N	I	N
vii. ಕಬ್ಬಿಣದ ಕೊರತೆಯ ರಕ್ತಹೀನತೆಯನ್ನು ಹೊರತುಪಡಿಸಿ ಬೇರೆ ಯಾವುದೇ ರಕ್ತಹೀನತೆ	I	N	I	N	I	N
viii. 5 ದಿನಗಳಿಗಿಂತ ಹೆಚ್ಚು ಕಾಲ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ದಾಖಲಾದವರು	I	N	I	N	I	N
ix. ಸತತವಾಗಿ 10 ದಿನಗಳಿಗಿಂತ ಹೆಚ್ಚು ಕಾಲ ಯಾವುದೇ ಔಷಧಿಗಳನ್ನು ತೆಗೆದುಕೊಂಡಿದ್ದೀರಾ? ಔಷಧೋಪಚಾರವು ಇನ್ನೇಲರ ಗಳು, ಚುಚ್ಚುಮದ್ದುಗಳು, ಮೌಖಿಕ ಔಷಧಿಗಳು ಮತ್ತು ದೇಹದ ಭಾಗಗಳ ಮೇಲೆ ಬಾಹ್ಯ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಅನ್ವಯಿಕೆಗಳನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿದೆ ಆದರೆ ಸೀಮಿತವಾಗಿಲ್ಲ.	I	N	I	N	I	N
X. ಸಲಹೆ ನೀಡಲಾದ ಯಾವುದೇ ಚಿಕಿತ್ಸೆ, ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆ ಅಥವಾ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಾಗಿ ಕಾಯಿಲಾಗುತ್ತಿದೆ	I	N	I	N	I	N
Xi. ಈ ಹಿಂದೆ ಅನುಭವಿಸಿದ ಯಾವುದೇ ರೋಗಕ್ಕೆ, ಗುಣಪಡಿಸಲಾಗಿದೆಯೇ ಅಥವಾ ಇಲ್ಲವೇ ಎಂಬುದಕ್ಕೆ ಯಾವುದೇ ನಿಯತಕಾಲಿಕ / ನಿಯಮಿತ ಅನುಸರಣೆಯ ಅಡಿಯಲ್ಲಿ? ಅನುಸರಣೆ ಎಂದರೆ ನಿಯತಕಾಲಿಕ ಸಮಾಲೋಚನೆಗಳು, ತನಿಖೆಗಳು ಇತ್ಯಾದಿ	I	N	I	N	I	N
xii. ವೈದ್ಯ(ರೊಂದಿಗೆ) ಯಾವುದೇ ಸಮಾಲೋಚನೆಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದರೆ ಅಥವಾ	I	N	I	N	I	N
xiii. ಮಧುಮೇಹ (ಅಧಿಕ ರಕ್ತ ಸಕ್ಕರೆ), ಪಿ-ಡಯಾಬಿಟಿಸ್, ಅಧಿಕ ಅಥವಾ ಕಡಿಮೆ ರಕ್ತದೊತ್ತಡ, ಎದೆ ನೋವು ಅಥವಾ ಯಾವುದೇ ಹೃದ್ರೋಗ ಅಥವಾ ಧ್ವರಾಯ್ಡ್ ಅಸ್ಥಸ್ಥಿ, ಅಸ್ತಮಾ, ಬ್ರಾಂಕೈಟಿಸ್	I	N	I	N	I	N
xiv. ಫೋಷಕರು ಯಾವುದೇ ಅನುವಂಶಿಕ ಅಥವಾ ಅನುವಂಶಿಕ ಸ್ಥಿತಿಯನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದಾರೆಯೇ? ಅವುಗಳಲ್ಲಿ ಯಾವುದಾದರೂ ವಾಹಕ ರಾಜ್ಯವಾಗಿದ್ದರೂ, ಅಂದರೆ, ರೋಗವನ್ನು ಹೊಂದಿಲ್ಲ, ಆದರೆ ಕಾರ್ ಆಗಿದ್ದರೂ ಸಹ ದಯವಿಟ್ಟು ನಮೂದಿಸಿ	I	N	I	N	I	N
xv. ಪಿತ್ತಕೋಶ, ಮೂತ್ರಪಿಂಡಗಳು, ಮೂತ್ರಕೋಶ, ಮೂತ್ರನಾಳ ಮುಂತಾದ ಯಾವುದೇ ಅಂಗದಲ್ಲಿ ಯಾವುದೇ ಕೆಲಸಾಸ್ಥಿ (ಕಲ್ಕು) ಅಸ್ಥಸ್ಥಿ.	I	N	I	N	I	N
xvi.ಗಡ್ಡೆ (ಊತ)-ಹಾನಿಕಾರಕ ಅಥವಾ ಮಾರಕ, ದೇಹದಲ್ಲಿ ಎಲ್ಲಿಯಾದರೂ ಯಾವುದೇ ಬಾಹ್ಯ ಹುಣ್ಣು / ಬೆಳವಣಿಗೆ / ಸಿಸ್ಟ್ / ದ್ರವ್ಯರಾಶಿ?	I	N	I	N	I	N
xvii. HIV/AIDS, ರಕ್ತಹೀನತೆ, ಧರ್ಮಸೂಯಾ, ಹಿಮೋಫಿಲಿಯಾ ಅಥವಾ ಇತರ ಯಾವುದೇ ರಕ್ತ ಸಂಬಂಧಿತ ಸಮಸ್ಯೆ.	I	N	I	N	I	N
xviii. ಮನೋವೈದ್ಯಕೀಯ / ಮಾನಸಿಕ ಕಾಯಿಲೆಗಳು ಅಥವಾ ನಿದ್ರೆಯ ಅಸ್ಥಸ್ಥಿ?	I	N	I	N	I	N
xix. ಮೇಲೆ ಸೆರೆಹಿಡಿಯದ ಯಾವುದೇ ಆರೋಗ್ಯ ಸ್ಥಿತಿ, ರೋಗ, ರೋಗಲಕ್ಷಣಗಳು ಅಥವಾ ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಮಾಹಿತಿ. ಈ ಪ್ರಶ್ನೆಗೆ ಉತ್ತರ ಯಾರಿಗಾದರೂ ಹೌದು ಎಂದಾದರೆ, ಎಲ್ಲಾ ವೈದ್ಯಕೀಯ ದಾಖಲೆಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸಿ	I	N	I	N	I	N
xx. ತಂಬಾಕು / ಗುಟ್ರಾ / ಪಾನ್ ಮಸಾಲಾ ಅಥವಾ ಆಲ್ಕೋಹಾಲ್ ಧೂಮಪಾನ ಅಥವಾ ಸೇವೆ ಹೌದು ಎಂದಾದರೆ, ದಯವಿಟ್ಟು ಈ ಕೆಳಗಿನವುಗಳಿಗೆ ಉತ್ತರಿಸಿ:	I	N	I	N	I	N
ಅರ್ಜಿದಾರರು ಯಾವಾಗ ಧೂಮಪಾನ / ತಂಬಾಕು ಸೇವಿಸಲು ಪ್ರಾರಂಭಿಸಿದರು? a) ಶಾಲೆ b) 10+2 c) ಕಾಲೇಜು d) ಕೆಲಸ ಮಾಡಲು ಪ್ರಾರಂಭಿಸಿದಾಗ e) ನಂತರ						
ಅರ್ಜಿದಾರರು ಎಷ್ಟು ವರ್ಷಗಳಿಂದ ಮದ್ಯಪಾನ ಮಾಡುತ್ತಿದ್ದಾರೆ?						
ಅರ್ಜಿದಾರರು ವಾರದಲ್ಲಿ ಎಷ್ಟು ದಿನ ಮದ್ಯ ಸೇವಿಸುತ್ತಾರೆ? (1/2/3/4/5/6/7)						

ವಿಭಾಗ ಸಿ: ವಿಭಾಗ ಬಿ ಯಲ್ಲಿ ಹೌದು (V) ಎಂದು ಗುರುತಿಸಲಾದ ಪ್ರಶ್ನೆಗಳಿಗೆ, ದಯವಿಟ್ಟು ಈ ಕೆಳಗಿನ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ನಿರ್ದಿಷ್ಟಪಡಿಸಿ:											
ಅರ್ಜಿದಾರರ ಸಂಖ್ಯೆ	ರೋಗಲಕ್ಷಣ(ಗಳು) ಅಥವಾ ತನಿಖೆ(ಗಳು) ಅಥವಾ ರೋಗನಿರ್ಣಯ ಅಥವಾ ಕಾರ್ಯವಿಧಾನ/ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಒಳಗಾದ ವಿವರಗಳು					ಸ್ಥಿತಿಯ ಅವಧಿ	ಔಷಧೋಪಚಾರ(ಗಳು)	ಡೋಸೇಜ್	ಪ್ರಸ್ತುತ ಸ್ಥಿತಿ (ಉದಾ. ಸಂಪೂರ್ಣ / ಭಾಗಶಃ ಚೇತರಿಕೆ ಅಥವಾ ನಡೆಯುತ್ತಿರುವ ಚಿಕಿತ್ಸೆ)	ಚಿಕಿತ್ಸೆ ನೀಡುವ ವೈದ್ಯರ ಹೆಸರು ಮತ್ತು ಸಂಪರ್ಕ ವಿವರಗಳು	ಲಗತ್ತಿಸಲಾದ ದಾಖಲೆಗಳು (ಹೌದು/ಇಲ್ಲ)
	ಒಂದುವೇಳೆ ಡಯಾಬೀಟಸ್ HbA1c ಮಟ್ಟವನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದರೆ	ಅಧಿಕ ರಕ್ತದೊತ್ತಡ ಬಿಡಿ ಮಟ್ಟ		ಯಾವುದೇ ಇತರ ವಿವರಗಳು	ಪ್ರಾರಂಭದ ದಿನಾಂಕ (DD/MM/YYYY)						
		ಸಿಸ್ಟೋಲಿಕ್	ಡಯಾಸ್ಟೋಲಿಕ್								

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 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 / ಪ್ರಸ್ತಾವಿಸಬೇಕಾದ ಜೀವನದ ಉದ್ದಕ್ಕೂ 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 ವಿಮೆಗಾಗಿ ಅರ್ಜಿ ಸಲ್ಲಿಸಿದ ಯಾವುದೇ ವಿಮಾದಾರರಿಂದ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಕೋರಲು ಕಂಪನಿಗೆ ನಾನು ಸಮ್ಮತಿಸುತ್ತೇನೆ ಎಂದು ನಾನು ಘೋಷಿಸುತ್ತೇನೆ ಪ್ರಸ್ತಾವನೆ ಮತ್ತು / ಅಥವಾ ಕ್ಲೈಮ್ ಇತ್ಯರ್ಥಕ್ಕೆ ಅಂಡರ್ ರೈಟ್ ಮಾಡುವ ಉದ್ದೇಶಕ್ಕಾಗಿ.

ಪ್ರಸ್ತಾವನೆ ಮತ್ತು/ಅಥವಾ ಕ್ಲೈಮ್ 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 ಎಂಪ್ಲೋಯ್ ಪ್ರೊರೆಕ್ಟದಾರರೊಂದಿಗೆ ಹಂಚಿಕೊಳ್ಳಲು ನಾನು/ನಾವು ಕಂಪನಿಗೆ ಅಧಿಕಾರ ನೀಡುತ್ತೇವೆ.

ದಿನಾಂಕ

DDMM ಮತ್ತು ಮತ್ತು ಮತ್ತು ಮತ್ತು

ಸ್ಥಳ

ಪ್ರಸ್ತಾವಕರ ಸಹಿ

8. ದೇಶೀಯ ಘೋಷಣೆ

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

ಪ್ರಮಾಣೀಕರಿಸುವ ವ್ಯಕ್ತಿಯ ಹೆಸರು:

ಪ್ರಮಾಣೀಕರಿಸುವ ವ್ಯಕ್ತಿಯ ಸಹಿ:

ಪ್ರಮಾಣೀಕರಿಸುವ ವ್ಯಕ್ತಿಯ ಮೊಬೈಲ್ ಸಂಖ್ಯೆ:

ಸಾಕ್ಷಿಯ ಹೆಸರು

ಇದರ ಸಹಿ ಸಾಕ್ಷಿ

ಸಾಕ್ಷಿಯ ಮೊಬೈಲ್ ಸಂಖ್ಯೆ:

ಇದರ ಸಹಿ ಪ್ರಪೋಸರ್

9. ಪ್ರಸ್ತಾವಕ 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 ಮತ್ತು ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿದೆ ಎಂದು ನಾನು ಕಂಡುಕೊಂಡಿದ್ದೇನೆ.

ಪ್ರಸ್ತಾವಕರ ಸಹಿ

Product Name: Health Companion, Product UIN: NBHHLIP25040V082425 | Add-on Name: Safeguard, Add-on UIN: NBHHLIA24109V022324 Add-on Name: SavePlus, Add-on UIN: NBHHLIA24070V012324 | Add-on Name: Tiered Network, Add-on UIN: NBHHLIA25039V012425

10. ಪ್ರೀಮಿಯಂ ವಿವರಗಳು (ಕಚೇರಿ ಬಳಕೆಗೆ ಮಾತ್ರ)

ಪ್ರೀಮಿಯಂ ಪಾವತಿ ಆಯ್ಕೆ	ಚೆಕ್	ಡಿಮ್ಯಾಂಡ್ ಡ್ರಾಫ್ಟ್	ಕ್ರೆಡಿಟ್ ಕಾರ್ಡ್ / ಡೆಬಿಟ್ ಕಾರ್ಡ್	ನೆಟ್ ಬ್ಯಾಂಕಿಂಗ್	CashOthers
ಪ್ರೀಮಿಯಂ ಮೊತ್ತ	ಆನ್ ಲೈನ್ ಪಾವತಿ ವಹಿವಾಟು ID:			ದಿನಾಂಕ	D D M M ಮತ್ತು ಮತ್ತು ಮತ್ತು ಮತ್ತು
ಬ್ಯಾಂಕ್ ಹೆಸರು/ಶಾಖೆ				ನಿವಾ ಬೂಪಾ ಶಾಖೆಯ ಸ್ಥಳ	
ಕೋಡ್ ಸಂಖ್ಯೆ				ವ್ಯವಹಾರ ಮೂಲ: ಸಲಹೆಗಾರ / ಡಿಎಸ್ಸಿ / ಕಾರ್ಪೊರೇಟ್ ಏಜೆನ್ಸಿ / ಇತರ ಚಾನೆಲ್ಗಳು	
ಕೋಡ್ ಸಂಖ್ಯೆ					
ಹೆಸರು					
ಸ್ವೀಕರಿಸಿದ ಪ್ರಸ್ತಾವನೆ:	D D M M ಮತ್ತು ಮತ್ತು ಮತ್ತು ಮತ್ತು	ಗ್ರಾಹಕ ID:			
ಪ್ರಸ್ತಾಪಿತ ಅಥವಾ ಅರ್ಜಿದಾರರು ಸಿಬ್ಬಂದಿಯೇ?	ಹೌದು	ಇಲ್ಲ			

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

ಬ್ರಾಂಚ್ ಕೋಡ್ SP ಕೋಡ್		RM/LG ಕೋಡ್	
C CUSTOMER ಖಾತೆ ಸಂಖ್ಯೆ			

12. ವಿಮಾ ಸಲಹೆಗಾರರ ವರದಿ (ಕಚೇರಿ ಬಳಕೆಗೆ ಮಾತ್ರ)

ನಾನು, ವಿಮಾ ಸಲಹೆಗಾರನಾಗಿ / ಕಾರ್ಪೊರೇಟ್ ಏಜೆಂಟ್ ನ ನಿರ್ದಿಷ್ಟ ವ್ಯಕ್ತಿಯಾಗಿ / ಬ್ರೋಕರ್ / ಸಂಬಂಧ ಅಧಿಕಾರಿಯ ಅಧಿಕೃತ ಉದ್ಯೋಗಿಯಾಗಿ, ಈ ಪ್ರಸ್ತಾಪ ನಮೂನೆಯಲ್ಲಿ ಒಳಗೊಂಡಿರುವ ಪ್ರಶ್ನೆಗಳ ಸ್ಪಂದನವು ಸೇರಿದಂತೆ ಈ ಪ್ರಸ್ತಾಪ ನಮೂನೆಯ ಎಲ್ಲಾ ವಿಷಯಗಳನ್ನು ಪ್ರಸ್ತಾಪಿಸುವವರಿಗೆ ವಿವರಿಸಿದ್ದೇನೆ, ಇದರಲ್ಲಿ ಒಳಗೊಂಡಿರುವ ಪ್ರಶ್ನೆಗಳಿಗೆ ಅವನು / ಅವಳು ಸಲ್ಲಿಸಿದ ಹೇಳಿಕೆ(ಗಳು), ಮಾಹಿತಿ ಮತ್ತು ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆ(ಗಳು) ಸೇರಿದಂತೆ ಈ ಪ್ರಸ್ತಾಪ ನಮೂನೆಯ ಎಲ್ಲಾ ವಿಷಯಗಳನ್ನು ನಾನು ಈ ಮೂಲಕ ಘೋಷಿಸುತ್ತೇನೆ ಪಾಲಿಸಿಯ ವಿತರಣೆಗಾಗಿ ಕಂಪನಿಯು ಈ ಪ್ರಸ್ತಾಪವನ್ನು ಒಪ್ಪಿಕೊಂಡರೆ, ಕಂಪನಿ ಮತ್ತು ಪ್ರಸ್ತಾಪಕರ ನಡುವಿನ ವಿಮಾ ಒಪ್ಪಂದದ ಬಗ್ಗೆ, ಅನುಬಂಧ(ಗಳು), ಅಫಿಡವಿಟ್ ಗಳು, ಹೇಳಿಕೆಗಳು, ಸಲ್ಲಿಕೆಗಳು, ಒದಗಿಸಬೇಕಾದ / ಒದಗಿಸಬೇಕಾದ / ಒದಗಿಸಬೇಕಾದ ಮತ್ತು ಇನ್ನೂ ಹೆಚ್ಚಿನವುಗಳನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಂತೆ ಯಾವುದೇ ಅಸತ್ಯ ಹೇಳಿಕೆ(ಗಳು) / ಮಾಹಿತಿ / ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆ(ಗಳು) ಈ ಪ್ರಸ್ತಾಪ ನಮೂನೆಯಲ್ಲಿ / ಒಳಗೊಂಡಿದ್ದರೆ / ಒಳಗೊಂಡಿದ್ದರೆ, ಈ ಪ್ರಸ್ತಾಪಕ್ಕೆ ಅನುಸಾರವಾಗಿ ಅವನ / ಅವಳ ಪರವಾಗಿ ನೀಡಲಾದ ಪಾಲಿಸಿಯನ್ನು ಕಂಪನಿಯು ಶೂನ್ಯ ಮತ್ತು ಅನೂರ್ಜಿತವೆಂದು ಪರಿಗಣಿಸಬಹುದು ಮತ್ತು ಪಾಲಿಸಿಯ ಅಡಿಯಲ್ಲಿ ಪಾವತಿಸಿದ ಎಲ್ಲಾ ಪ್ರೀಮಿಯಂಗಳನ್ನು ಕಂಪನಿಗೆ ಮುಟ್ಟುಗೋಲು ಹಾಕಿಕೊಳ್ಳಬಹುದು ಎಂದು ನಾನು ವಿವರಿಸಿದ್ದೇನೆ.

ದಿನಾಂಕ	D D M M ಮತ್ತು ಮತ್ತು ಮತ್ತು ಮತ್ತು	ವಿಮಾ ಸಲಹೆಗಾರರ ಸಹಿ	
--------	--	-------------------	--

13. ಕಾಸನಬದ್ಧ ಎಚ್ಚರಿಕೆ

ಗ್ರಾಹಕರಲ್ಲಿ ಸಂಭವಿಸಬಹುದಾದ ಅನುಭವದ ಬಗ್ಗೆ, 1938 ರ ಸರ್ವೋಚ್ಚ ನ್ಯಾಯಾಂಗದ ಸಂಭಂಧಿಸಿದಂತೆ, ಪಾವತಿಸಬೇಕಾದ ಕಮಿಷನ್ ನ ಸಂಪೂರ್ಣ ಅಥವಾ ಭಾಗಶಃ ಯಾವುದೇ ರಿಯಾಯಿತಿ ಅಥವಾ ಪಾಲಿಸಿಯಲ್ಲಿ ತೋರಿಸಲಾದ ಪ್ರೀಮಿಯಂನ ಯಾವುದೇ ರಿಯಾಯಿತಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ವಿಮೆಯನ್ನು ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳಲು ಅಥವಾ ನವೀಕರಿಸಲು ಯಾವುದೇ ವ್ಯಕ್ತಿಗೆ ನೇರವಾಗಿ ಅಥವಾ ಪರೋಕ್ಷವಾಗಿ ಪ್ರಚೋದನೆಯಾಗಿ ಯಾವುದೇ ವ್ಯಕ್ತಿಯು ಅನುಮತಿಸುವುದಿಲ್ಲ, ಅಥವಾ ಅನುಮತಿಸುವುದಿಲ್ಲ, ವಿಮಾದಾರರ ಪ್ರಕಟಿತ ಕ್ಲಾಸಿಫೈಡ್ ಅಥವಾ ಕೋಡ್ಗಳಿಗೆ ಅನುಗುಣವಾಗಿ ಅನುಮತಿಸಬಹುದಾದ ರಿಯಾಯಿತಿಯನ್ನು ಹೊರತುಪಡಿಸಿ, ಪಾಲಿಸಿಯನ್ನು ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳುವ ಅಥವಾ ನವೀಕರಿಸುವ ಅಥವಾ ಮುಂದುವರಿಸುವ ಯಾವುದೇ ವ್ಯಕ್ತಿಯು ಯಾವುದೇ ರಿಯಾಯಿತಿಯನ್ನು ಸ್ವೀಕರಿಸುವುದಿಲ್ಲ.

ಈ ಸೆಕ್ಷನ್ ನ ನಿಬಂಧನೆಗಳನ್ನು ಅನುಸರಿಸಲು ವಿಫಲವಾದ ಯಾವುದೇ ವ್ಯಕ್ತಿಯು ಹತ್ತು ಲಕ್ಷ ರೂಪಾಯಿಗಳವರೆಗೆ ವಿಸ್ತರಿಸಬಹುದಾದ ದಂಡಕ್ಕೆ ಜವಾಬ್ದಾರನಾಗಿರುತ್ತಾನೆ.

14. ಗ್ರಾಹೀಣ ಮತ್ತು ಸಾಮಾಜಿಕ ಪಲಯದ ವರ್ಗ (ಅನ್ವಯವಾದರೆ):

ಆಶಾ ಕಾರ್ಯಕರ್ತೆ		MGNREGA ಕೆಲಸಗಾರ	
----------------	--	-----------------	--

15. ಆಭಾ ID

ಸದಸ್ಯರ ಹೆಸರು	ನಿಮ್ಮ ಬಳಿ ಆಭಾ ಐಡಿ ಇದೆಯೇ?		ಆಭಾ ID	ಎಲಿಎಜ್ ಎ ಮೂಲಕ	
				ವಿಮಾದಾರರು/ಟಿಪಿಎಗಳೊಂದಿಗೆ ವೈದ್ಯಕೀಯ ದಾಖಲೆಗಳನ್ನು	ಹಂಚಿಕೊಳ್ಳಲು
	ಹೌದು	ಇಲ್ಲ		ಹೌದು	ಇಲ್ಲ
	ಹೌದು	ಇಲ್ಲ		ಹೌದು	ಇಲ್ಲ
	ಹೌದು	ಇಲ್ಲ		ಹೌದು	ಇಲ್ಲ
	ಹೌದು	ಇಲ್ಲ		ಹೌದು	ಇಲ್ಲ
	ಹೌದು	ಇಲ್ಲ		ಹೌದು	ಇಲ್ಲ
	ಹೌದು	ಇಲ್ಲ		ಹೌದು	ಇಲ್ಲ

ನಿವಾ ಬೂಪಾ ಹೆಲ್ತ್ ಇನ್ಸೂರೆನ್ಸ್ ಕಂಪನಿ ಲಿಮಿಟೆಡ್; ನೋಂದಾಯಿತ ಕಚೇರಿ:- ಸಿ-98, ಮೊದಲ ಮಹಡಿ, ಲಜಪತ್ ನಗರ, ಭಾಗ 1, ನವದೆಹಲಿ-110024 ಹಕ್ಕುತ್ಯಾಗಿ: ವಿಮೆಯು ಕೋರಿಕೆಯ ವಿಷಯವಾಗಿದೆ. ನಿವಾ ಬೂಪಾ ಹೆಲ್ತ್ ಇನ್ಸೂರೆನ್ಸ್ ಕಂಪನಿ ಲಿಮಿಟೆಡ್ (ಹಿಂದೆ ಮ್ಯಾಕ್ಸ್ ಬೂಪಾ ಹೆಲ್ತ್ ಇನ್ಸೂರೆನ್ಸ್ ಕಂಪನಿ ಲಿಮಿಟೆಡ್ ಎಂದು ಕರೆಯಲಾಗುತ್ತಿತ್ತು) (ಐಆರ್ಡಿಎಐ ನೋಂದಣಿ ಸಂಖ್ಯೆ 145), 'ಬುಪಾ' ಮತ್ತು 'ಹಾರ್ಡ್ 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. CIN: 6000D12008PL182918. ನಿಯಮಗಳು ಮತ್ತು ಪರಕಲ್ಪಗಳು, ಹೊರಗಡುವಿಕೆಗಳು, ಅಪಾಯದ ಅಂಶಗಳು, ಕಾಯುವ ಅವಧಿ ಮತ್ತು ಪ್ರಯೋಜನಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ವಿವರಗಳಿಗಾಗಿ, ಮಾರಾಟವನ್ನು ಮುಕ್ತಾಯಗೊಳಿಸುವ ಮೊದಲು ದಯವಿಟ್ಟು ಮಾರಾಟ ಬೋರ್ಡ್ ಅನ್ನು ಎಚ್ಚರಿಕೆಯಿಂದ ಓದಿ.

16. ಕ್ಲೈಮ್ ಗಳ ಮರುಪಾವತಿ ಮತ್ತು ಪಾವತಿಯ ವಿವರಗಳು

ಪಾವತಿ ಸ್ವೀಕರಿಸುವ ಆಯ್ಕೆ:

ಬ್ಯಾಂಕ್ ವರ್ಗಾವಣೆ

ಫಲಾನುಭವಿಯ ಹೆಸರು

ಬ್ಯಾಂಕ್ ಹೆಸರು

ಖಾತೆ ಸಂಖ್ಯೆ

IFSC ಕೋಡ್

ಖಾತೆ ವ್ಯಕ್ತಾರ

ನಿವಾ ಬುಪ್ಪಾ ಹೆಲ್ತ್ ಇನ್ಸೂರೆನ್ಸ್ ಕಂಪನಿ ಲಿಮಿಟೆಡ್, ನೋಂದಾಯಿತ ಕಛೇರಿ- ಸಿ-98, ಮೆದಲ ಮಹಡಿ, ಲಜಪತ್ ನಗರ, ಭಾಗ 1, ನವದೆಹಲಿ-110024 ಹಕ್ಕುಸ್ಥಾಪನೆ: ವಿಮೆಯ ಕೋರಿಕೆಯ ವಿಷಯವಾಗಿದೆ. ನಿವಾ ಬುಪ್ಪಾ ಹೆಲ್ತ್ ಇನ್ಸೂರೆನ್ಸ್ ಕಂಪನಿ ಲಿಮಿಟೆಡ್ (ಗೌರವ ಮ್ಯಾಕ್ಸ್ ಬುಪ್ಪಾ ಹೆಲ್ತ್ ಇನ್ಸೂರೆನ್ಸ್ ಕಂಪನಿ ಲಿಮಿಟೆಡ್) ಎಂದು ಕರೆಯಲಾಗುತ್ತಿತ್ತು) (ಐಒಡಿಫಿಎನೋಂದಣಿಸಂಖ್ಯೆ:145). 'ಬುಪ್ಪಾ' ಮತ್ತು 'ಹಾಕರ್' ಬೀಜ್' ಲೋಗೋಗಳು ಆಯಾ ಮಾಲೀಕರ ನೋಂದಾಯಿತ ಟ್ರೇಡ್ ಮಾರ್ಕ್ ಗಳಾಗಿವೆ ಮತ್ತು 'ಇದನ್ನು, ನಿವಾ ಬುಪ್ಪಾ ಹೆಲ್ತ್ ಇನ್ಸೂರೆನ್ಸ್ ಕಂಪನಿ ಲಿಮಿಟೆಡ್' ಪರವಾನಿಯಾಡಿಯಲ್ಲಿ ಬಳಸುತ್ತಿದೆ. ಗ್ರಾಹಕ ಸಹಾಯವಾಣಿ: 1860-500-8888. ವೆಬ್ಸೈಟ್: www.nivabupa.com. CIN: 6000042008PLI82918. ನಿಯಮಗಳು ಮತ್ತು ಪರತುಗಳು, ಹೊರಗಡುವಳಿಕೆಗಳು, ಆಪಾಯದ ಅವಧಿ ಮತ್ತು ಪ್ರಯೋಜನಗಳ ಬಗ್ಗೆ, ಹೆಚ್ಚಿನ ವಿವರಗಳಿಗಾಗಿ, ಮಾರಾಟದಿನ್ನು ಮುಕ್ತಾಯಗೊಳಿಸುವ ಮೊದಲ ದಯಮಾಡಿ ಮಾರಾಟ ದೋಷ/ಅನ್ನು ಅಪ್ಪಿಕೊಡುವುದಿಲ್ಲ.

ಆಡ್-ಆನ್ ಹೆಸರು: ಸೇವ್ವಿಸ್, ಆಡ್-ಆನ್ ಯುಐಎನ್: NBHHLIA24070V012324

ಅಪ್ಪಿಕೇಶನ್ ಸಂಖ್ಯೆ.

[illegible]

ದಿನಾಂಕ

[illegible]

ನಿಮ್ಮ ಪ್ರಸ್ತಾವನೆ ಮತ್ತು ಮೊತ್ತವನ್ನು ಚೆಕ್ / ಡಿಮಾಂಡ್ ಡ್ರಾಫ್ಟ್ / ಇತರ ಮೂಲಕ ಸ್ವೀಕರಿಸಲಾಗಿದೆ _____ ದಿನಾಂಕ _____ ದಿನಾಂಕದ ರೂ. _____ ಮೊತ್ತವನ್ನು _____ ರಂದು ಸ್ವೀಕರಿಸಲಾಗಿದೆ ಎಂದು ನಾವು ಘೋಷಿತೆಯಿಂದ ಅಂಗೀಕರಿಸುತ್ತೇವೆ. ವಿಮಾನಗಾಿ ಪೂರ್ಣಗೊಂಡ ಪ್ರಸ್ತಾವನೆಯನ್ನು ನಮಗೆ ಸಲ್ಲಿಸುವುದರಿಂದ ಅಥವಾ ಪಾಲಿಸಿಯ ವಿತರಣಾಗಾಗಿ ಮಾಡಿದ ಯಾವುದೇ ಪಾವತಿಯು ಹಾಲಿಸಿಯನ್ನು ನಿಗಡಲು ಒಪ್ಪುವಂತೆ ನಮ್ಮನ್ನು ಒತ್ತಾಯಿಸುವುದಿಲ್ಲ, ಈ ನಿರ್ಧಾರವು ಯಾವಾಗಲೂ ನಮ್ಮ ಒಬ್ಬಳ ಮತ್ತು ಸಂಪೂರ್ಣ ವಿವೇಚನೆಗೆ ಒಳಪಟ್ಟಿರುತ್ತದೆ. ನಾವು ವಿಮೆಯ ಪ್ರಸ್ತಾವವನ್ನು ಸ್ವೀಕರಿಸಿದರೆ, ಅದು ಪಾಲಿಸಿಯ ನಿಯಮಗಳು ಮತ್ತು ಪರತುಳಿಗೆ ಒಳಪಟ್ಟಿರುತ್ತದೆ ಮತ್ತು ಪ್ರೀಮಿಯಂನು ನಮ್ಮ ಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಮತ್ತು ಸಮಯಕ್ಕೆ ಸ್ವೀಕರಿಸದಿದ್ದರೆ ಅಥವಾ ನಾಕಾರಗೊಳಗಿದ್ದರೆ ನಮಗೆ ಯಾವುದೇ ಹೊಣೆಗಾರಿಕೆ ಇರುವುದಿಲ್ಲ. ನಾವು ಪ್ರಸ್ತಾವವನ್ನು ಸ್ವೀಕರಿಸದಿದ್ದರೆ, ನಾವು ನಿಮಗೆ ತಿಳಿಸುತ್ತೇವೆ ಮತ್ತು ನಿಮ್ಮಿಂದ ಪಡೆದ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳ ವೆಚ್ಚವನ್ನು ಕಡಿತಗೊಳಿಸಿದ ನಂತರ ಪಾವತಿಯನ್ನು ಬಡ್ಡಿಯಾದ್ದರೆ ಮರುಪಾವತಿಸುತ್ತೇವೆ.

ಸ್ವೀಕರಿಸುವವರ ಹೆಸರು ಮತ್ತು ಸಹಿ ಮತ್ತು ಕಚೇರಿ ಮುದ್ರೆ
