





3. ವ್ಯಾಪ್ತಿಯ ಆಯ್ಕೆ:

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

ದಯವಿಟ್ಟು ಸಂಬಂಧಿತ ಪಟ್ಟಿಗಳನ್ನು ಟಿಪ್ಪಣಿ ಮಾಡಿ:

ಮೂಲ ವ್ಯಾಪ್ತಿ:

ನೀತಿ ಪ್ರಕಾರ:  ವೈಯಕ್ತಿಕ  ಫ್ಯಾಮಿಲಿ ಪ್ರೋಟೆಕ್ಟರ್  ಕುಟುಂಬ ಮೊದಲು  ಯೋಜನೆಯ ಪ್ರಕಾರ:  ಬೆಳ್ಳಿ  ಚಿನ್ನ  ಪ್ಲಾಟಿನಂ

ಪ್ರೀಮಿಯಂ ಪಾವತಿ ಮೋಡ್:  ಒಂಟಿ

ಕವರ್ ಮಾಡಬೇಕಾದ ಜೀವನಗಳ ಸಂಖ್ಯೆ:  ವಯಸ್ಕರು  ಮಕ್ಕಳು

ಮೂಲ ವಿಮಾ ಮೊತ್ತ

ಫ್ಯಾಮಿಲಿ ಫಸ್ಟ್ ಪಾಲಿಸಿ ಪ್ರಕಾರದ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ, ಪ್ರೋಟೆಕ್ಟರ್ ವಿಮಾ ಮೊತ್ತವು 'ಸದಸ್ಯರ ಸಂಖ್ಯೆ (6 ಕ್ಕಿಂತ ಹೆಚ್ಚು ಸದಸ್ಯರಿಗೆ ಮೌಲ್ಯವನ್ನು 10 ಎಂದು ಪರಿಗಣಿಸಬೇಕು) \* ಮೂಲ ವಿಮಾ ಮೊತ್ತ \* ಗುಣಕ ಅಂಶ (2 ಸದಸ್ಯರ ಪಾಲಿಸಿಗೆ 1.5 ಮತ್ತು ಇತರರಿಗೆ 1)'

ಕೊರಡಿ ಬಾಡಿಗೆಯನ್ನು ಆಯ್ಕೆ ಮಾಡಲಾಗಿದೆ (ಫ್ಯಾಮಿಲಿ ಫಸ್ಟ್ ಸಿಲ್ವರ್ ರೂಪಾಂತರಕ್ಕೆ ಮಾತ್ರ ಅನ್ವಯಿಸುತ್ತದೆ)  ದಿನಕ್ಕೆ 3,000 ರೂ. ಅಥವಾ ಶೇರ್ಡ್ ರೂಮ್; ಯಾವುದು ಕಡಿಮೆಯೋ ಅದು  
 ದಿನಕ್ಕೆ 5,000 ರೂ. ಅಥವಾ ಒಂದು ಖಾಸಗಿ ಕೊರಡಿ; ಯಾವುದು ಕಡಿಮೆಯೋ ಅದು

ನೀತಿ ವ್ಯಾಪ್ತಿ:  ವಲಯ 1: ಅಖಿಲ ಭಾರತ ವ್ಯಾಪ್ತಿ  
 ವಲಯ 2: ಮುಂಬೈ (ನವೀ ಮುಂಬೈ ಮತ್ತು ಥಾಣೆ ಸೇರಿದಂತೆ), ದೆಹಲಿ ಎನ್ಸಿಆರ್, ಕೋಲ್ಕತಾ ಮತ್ತು ಗುಜರಾತ್ ರಾಜ್ಯಕ್ಕೆ ಸಹ-ಪಾವತಿಯೊಂದಿಗೆ ಅಖಿಲ ಭಾರತ ವ್ಯಾಪ್ತಿ ಅನ್ವಯಿಸುತ್ತದೆ

(ಗಮನಿಸಿ - ನೀವು ವಲಯ 2 ಅನ್ನು ಆಯ್ಕೆ ಮಾಡಿದರೆ, ಮುಂಬೈ (ನವೀ ಮುಂಬೈ ಮತ್ತು ಥಾಣೆ ಸೇರಿದಂತೆ), ದೆಹಲಿ ಎನ್ಸಿಆರ್, ಕೋಲ್ಕತಾ ಮತ್ತು ಗುಜರಾತ್ ರಾಜ್ಯದಲ್ಲಿ ಚಿಕಿತ್ಸಾಗಾತಿ 20% ಸಹ-ಪಾವತಿ ಅನ್ವಯಿಸುತ್ತದೆ.)

ನೀತಿ ಅವಧಿ:  1 ವರ್ಷ  2 ವರ್ಷಗಳು  3 ವರ್ಷಗಳು

ಐಚ್ಛಿಕ ವ್ಯಾಪ್ತಿ:							
						ಆಯ್ಕೆ ಮಾಡಲು ದಯವಿಟ್ಟು ಟಿಪ್ಪಣಿ ಮಾಡಿ	
1.	ವರ್ಧಿತ ನಿಷ್ಕ, ಸೇವೆಗಳ	<input type="checkbox"/>	ಹೌದು	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ಇಲ್ಲ	
2.	ಅಸ್ತಿತ್ವ ನಗದು	<input type="checkbox"/>	ಹೌದು	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ಇಲ್ಲ	
3.	ಅಂತರರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ವ್ಯಾಪ್ತಿ, ಹೆರಿಂಗ್ ಪ್ರಯೋಜನ ಮತ್ತು ನಿರ್ದಿಷ್ಟ ಅನಾರೋಗ್ಯಕ್ಕಾಗಿ ವರ್ಧಿತ ಭೌಗೋಳಿಕ ವ್ಯಾಪ್ತಿ (ಪ್ಲಾಟಿನಂ ಯೋಜನೆಗೆ ಮಾತ್ರ ಅನ್ವಯಿಸುತ್ತದೆ)	<input type="checkbox"/>	ಹೌದು	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ಇಲ್ಲ	
4.	'ಇಂಟರ್ನ್ಯಾಷನಲ್ ಕವರ್ಡ್' ಗಾಗಿ ನಿಮ್ಮ ವಿಮಾ ಮೊತ್ತವನ್ನು ದ್ವಿಗುಣಗೊಳಿಸಿ (ಪ್ಲಾಟಿನಂ ಯೋಜನೆಗೆ ಮಾತ್ರ ಅನ್ವಯಿಸುತ್ತದೆ)	<input type="checkbox"/>	ಹೌದು	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ಇಲ್ಲ	
						ಅರ್ಜಿದಾರರ ಸಂಖ್ಯೆ	
						1 2 3 4 5 6	
5.	'ವೈಯಕ್ತಿಕ ಅಪಘಾತ ಕವರ್' ಆಯ್ಕೆ ಮಾಡಿದರೆ ದಯವಿಟ್ಟು ಟಿಪ್ಪಣಿ ಮಾಡಿ (ಈ ಆಯ್ಕೆಯು 18 ವರ್ಷ ಅಥವಾ ಅದಕ್ಕಿಂತ ಹೆಚ್ಚಿನ ವಯಸ್ಸಿನ ಅರ್ಜಿದಾರರಿಗೆ ಮಾತ್ರ ಲಭ್ಯವಿದೆ). - 'ವೈಯಕ್ತಿಕ ಅಪಘಾತ ಕವರ್' ಅನ್ನು ಆರಿಸಿದರೆ, ಅರ್ಜಿದಾರರು ವಿಮಾನ ಅಥವಾ ಸಮುದ್ರಕ್ಕೆ ಹೋಗುವ ಹಡಗು, ಭೂಗತ ಗಣಿಗಾರಿಕೆ ಅಥವಾ ಸುರಂಗ, ಸಶಸ್ತ್ರ ಪಡೆಗಳು ಅಥವಾ ಭದ್ರತಾ ಪಡೆಗಳಲ್ಲಿ ಸಿಬ್ಬಂದಿಯಾಗಿ ಕೆಲಸ ಮಾಡುವುದು, ಯಾವುದೇ ಸಾಹಸ ಕ್ರೀಡೆಗಳಲ್ಲಿ (ಮೋಟಾರ್ ವೇಗದ ಸ್ಪರ್ಧೆಗಳು ಸೇರಿದಂತೆ) ಭಾಗವಹಿಸುವುದು ಮುಂತಾದ ಉದ್ಯೋಗ ಅಥವಾ ಉದ್ಯೋಗದಲ್ಲಿ ತೊಡಗಿಸಿಕೊಂಡಿದ್ದಾರೆಯೇ ಎಂದು ದಯವಿಟ್ಟು ಟಿಪ್ಪಣಿ ಮಾಡಿ.						
6.	'ಕ್ರಿಟಿಕಲ್ ಇಲ್ಯಾಸ್ ಕವರ್' ಆಯ್ಕೆ ಮಾಡಿದರೆ ದಯವಿಟ್ಟು ಟಿಪ್ಪಣಿ ಮಾಡಿ (ಈ ಆಯ್ಕೆಯು 18 ವರ್ಷ ಅಥವಾ ಅದಕ್ಕಿಂತ ಹೆಚ್ಚಿನ ವಯಸ್ಸಿನ ಅರ್ಜಿದಾರರಿಗೆ ಮಾತ್ರ ಲಭ್ಯವಿದೆ). ಆಯ್ಕೆಮಾಡಿದ ಕವರ್ಡ್ ಮೊತ್ತ <input type="text"/> - 'ಕ್ರಿಟಿಕಲ್ ಇಲ್ಯಾಸ್ ಕವರ್' ಅನ್ನು ಆಯ್ಕೆ ಮಾಡಿದರೆ, ಅರ್ಜಿದಾರರು ಹೃದಯ, ಮೆದುಳು, ಶ್ವಾಸಕೋಶ, ಮೂತ್ರಪಿಂಡಗಳು, ಯಕೃತ್ತು, ಮೆದಲೋಜ್ವೀರಕ ಗ್ರಂಥಿ, ಗುಲ್ಮ, ಕರುಳು, ರಕ್ತನಾಳಗಳು, ಮೂಳೆಗಳು / ಕೀಲುಗಳು ಅಥವಾ ಸಣ್ಣ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಕಾಯಿಲೆಯನ್ನು ಹೊರತುಪಡಿಸಿ ಇತರ ಯಾವುದೇ ದೇಹದ ಅಂಗಗಳ ಮೇಲೆ ಪರಿಣಾಮ ಬೀರುವ ಯಾವುದೇ ದೀರ್ಘಕಾಲದ ಸ್ಥಿತಿಗೆ ರೋಗನಿರ್ಣಯ ಮಾಡಿದ್ದರೆ ಅಥವಾ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಪಡೆಯುತ್ತಿದ್ದರೆ ದಯವಿಟ್ಟು ಟಿಪ್ಪಣಿ ಮಾಡಿ.						
7.	<del>ಐಚ್ಛಿಕವಾಗಿ ಅಪಘಾತ ಕವರ್ ಆಯ್ಕೆಮಾಡಿದರೆ ದಯವಿಟ್ಟು ಟಿಪ್ಪಣಿ ಮಾಡಿ (ಈ ಆಯ್ಕೆಯು 18 ವರ್ಷ ಅಥವಾ ಅದಕ್ಕಿಂತ ಹೆಚ್ಚಿನ ವಯಸ್ಸಿನ ಅರ್ಜಿದಾರರಿಗೆ ಮಾತ್ರ ಲಭ್ಯವಿದೆ).</del>						
<input type="checkbox"/> 'ಹೆಲ್ತ್ ಕೋಚ್' ವ್ಯಾಪ್ತಿಯನ್ನು ಆರಿಸಿಕೊಳ್ಳುವ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ, ಪ್ರಯೋಜನದ ಅಡಿಯಲ್ಲಿ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸಲು ಅರ್ಜಿದಾರರನ್ನು ಸಂಪರ್ಕಿಸಲು ಕಂಪನಿಯು ಅರ್ಜಿದಾರರ ಸಂಬಂಧಿತ ವಿವರಗಳನ್ನು ಸೇವಾ ಪ್ರೂವೈಸರ್‌ನಿಂದ ಒದಗಿಸಬಹುದು ಎಂದು ನಾನು ಒಪ್ಪುತ್ತೇನೆ. ಮೊಬೈಲ್ ಅಪ್ಲಿಕೇಶನ್ ನಲ್ಲಿ ಟ್ರ್ಯಾಕಿಂಗ್ ವಿವರಗಳು ಕಂಪನಿ ಮತ್ತು ಸೇವಾ ಪ್ರೂವೈಸರ್‌ನಿಂದ ಅಗತ್ಯವಾಗಿವೆ ಎಂದು ನಾನು ಒಪ್ಪುತ್ತೇನೆ ಮತ್ತು ಸಮ್ಮತಿಸುತ್ತೇನೆ. ಕಂಪನಿ ಮತ್ತು ಅದರ ಅಧಿಕೃತ ಸೇವಾ ಪ್ರೂವೈಸರ್‌ರರು ಈ ವಿವರಗಳನ್ನು ನಿಯತಕಾಲಿಕ ಅಧಾರದ ಮೇಲೆ ಪ್ರವೇಶಿಸಬಹುದು ಮತ್ತು ದಾಖಲಿಸಬಹುದು ಎಂದು ನಾನು ನನ್ನ ಸ್ವಂತ ಇಚ್ಛೆಯ ಮೂಲಕ ಮತ್ತು ಯಾವುದೇ ಒತ್ತಾಯವಿಲ್ಲದ ಘೋಷಿಸುತ್ತೇನೆ ಮತ್ತು ಸಮ್ಮತಿಸುತ್ತೇನೆ.							
8.	ರಕ್ಷಣೆ	<input type="checkbox"/>	ಇಲ್ಲ	<input type="checkbox"/>	ರಕ್ಷಣೆ	<input type="checkbox"/>	ರಕ್ಷಣೆ+

**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.

ನಾಮನಿರ್ದೇಶಿತರು	ಹುಟ್ಟಿದ ದಿನ	ಪ್ರಸ್ತಾಪಕನೊಂದಿಗಿನ 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  ಪ್ರಸ್ತುತ

ಖಾತೆ ಸಂಖ್ಯೆ:  IFSC ಕೋಡ್:

**5. ವೈದ್ಯಕೀಯ ಮತ್ತು ಅಭ್ಯಾಸಗಳ 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 ಹಕ್ಕು ಮತ್ತು/ಅಥವಾ ವ್ಯಾಪ್ತಿಯ ಮೇಲೆ ಪರಿಣಾಮ ಬೀರಬಹುದು ಎಂಬುದನ್ನು ದಯವಿಟ್ಟು ಗಮನಿಸಿ.

ವಿಭಾಗ: 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 ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಒಳಗಾಗಿದ್ದೀರಾ/ಸಲಹೆ ನೀಡಿದ್ದೀರಾ, ಅಥವಾ ಯಾವುದೇ ಔಷಧೋಪಚಾರವನ್ನು ತೆಗೆದುಕೊಂಡಿದ್ದೀರಾ/14 ದಿನಗಳಿಗಿಂತ ಹೆಚ್ಚು ಕಾಲ ಯಾವುದೇ ರೋಗಲಕ್ಷಣಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದೀರಾ? ಔಷಧೋಪಚಾರವು ಇನ್ನೇನೂ ಗಳು, ಚುಚ್ಚುಮದ್ದುಗಳು, ಮೌಖಿಕ ಔಷಧಿಗಳು ಮತ್ತು ಸಮಕಾಲೀನ ಅನ್ವಯಿಕೆಗಳನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿದೆ ಅದರ ಸೀಮಿತವಾಗಿಲ್ಲ.	ಮತ್ತು N	ಮತ್ತು N	ಮತ್ತು N	ಮತ್ತು N	ಮತ್ತು N	ಮತ್ತು N
ii. ಈ ಕೆಳಗಿನ 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 ಅಧಿಕ ರಕ್ತದೊತ್ತಡವಿದೆಯೇ?	ಮತ್ತು N	ಮತ್ತು N	ಮತ್ತು N	ಮತ್ತು N	ಮತ್ತು N	ಮತ್ತು N
iv. ನೀವು ಮೊದಲೇ ಅಸ್ತಿತ್ವದಲ್ಲಿರುವ ಯಾವುದೇ ರೋಗಗಳು / ಪರಿಸ್ಥಿತಿಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದೀರಾ?	ಮತ್ತು N	ಮತ್ತು N	ಮತ್ತು N	ಮತ್ತು N	ಮತ್ತು N	ಮತ್ತು N
v. ನೀವು ಎಂದಾದರೂ ಯಾವುದೇ ಅನುವಂಶಿಕ / ಅನುವಂಶಿಕ ಅಸ್ವಸ್ಥತೆಗಳು ಅಥವಾ ಎಚ್ಐವಿ / ಐಡ್ಸ್, ರೋಗನಿರ್ಣಯ ಅಥವಾ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಪಡೆದಿದ್ದೀರಾ?	ಮತ್ತು N	ಮತ್ತು N	ಮತ್ತು N	ಮತ್ತು N	ಮತ್ತು N	ಮತ್ತು N
vi. ನೀವು ಎಂದಾದರೂ ಯಾವುದೇ ಮಾನಸಿಕ/ಮನೋವೈದ್ಯಕೀಯ ಅಸ್ವಸ್ಥತೆಗಳಿಗೆ ರೋಗನಿರ್ಣಯ ಅಥವಾ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಪಡೆದಿದ್ದೀರಾ?	ಮತ್ತು N	ಮತ್ತು N	ಮತ್ತು N	ಮತ್ತು N	ಮತ್ತು N	ಮತ್ತು N
vii. ನೀವು ಪ್ರಸ್ತುತ ಗರ್ಭಿಣಿಯಾಗಿದ್ದೀರಾ ಮತ್ತು/ಅಥವಾ ಪ್ರಸ್ತುತ ಅಥವಾ ಹಿಂದಿನ ಗರ್ಭಧಾರಣೆಗಳಲ್ಲಿ ಯಾವುದೇ ತೊಡಕುಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದೀರಾ ಅಥವಾ ಯಾವುದೇ ರೀತಿಯ ಫಲವತ್ತತೆ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಒಳಗಾಗಿದ್ದೀರಾ/ಒಳಗಾಗುತ್ತಿದ್ದೀರಾ? (18 ರಿಂದ 50 ವರ್ಷದೊಳಗಿನ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಅನ್ವಯಿಸುತ್ತದೆ)	ಮತ್ತು N	ಮತ್ತು N	ಮತ್ತು N	ಮತ್ತು N	ಮತ್ತು N	ಮತ್ತು N

ವಿಭಾಗ ಬಿ: (ಅರ್ಜಿದಾರರು ತಂಜಾಕು / ಗುಟಾ / ಪಾನ್ ಮಸಾಲಾ ಅಥವಾ ಅಲ್ಯೂಹಾಲ್ ಸೇರಿದರೆ ಅಥವಾ ಸೇವಿಸಿದರೆ ಮಾತ್ರ ದಯವಿಟ್ಟು ಈ ವಿಭಾಗವನ್ನು ಭರ್ತಿ	i. ಜಗಿಯಬಹುದಾದ ತಂಜಾಕು / ಗುಟಾ / ಪಾನ್ ಮಸಾಲಾ - ಹೌದು ಎಂದಾದಲ್ಲಿ, ದಯವಿಟ್ಟು ದಿನಕ್ಕೆ ಪೌಚ್ ಗಳ ಸಂಖ್ಯೆಯನ್ನು ನಿರ್ದಿಷ್ಟಪಡಿಸಿ		ii. ಅಲ್ಯೂಹಾಲ್. ಹೌದು ಎಂದಾದಲ್ಲಿ, ದಯವಿಟ್ಟು ವಾರಕ್ಕೆ ಮಿಲಿ ನಿರ್ದಿಷ್ಟಪಡಿಸಿ		ಪ್ರತಿದಿನ ಕುಡಿಯುವವರು	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 (Y) ಎಂದು ಗುರುತಿಸಲಾದ ಪ್ರಶ್ನೆಗಳಿಗೆ, ದಯವಿಟ್ಟು ಈ ಕೆಳಗಿನ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ನಿರ್ದಿಷ್ಟಪಡಿಸಿ:

ಅರ್ಜಿದಾರರ ಸಂಖ್ಯೆ	ರೋಗಲಕ್ಷಣ(ಗಳು) ಅಥವಾ ತನಿಖೆ(ಗಳು) ಅಥವಾ ರೋಗನಿರ್ಣಯ ಅಥವಾ ಕಾರ್ಯವಿಧಾನ/ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಒಳಗಾದ ವಿವರಗಳು				ಔಷಧೋಪಚಾರ(ಗಳು)	ದೋಸೇಜ್	ಪ್ರಸ್ತುತ ಸ್ಥಿತಿ (ಉದಾ. ಸಂಪೂರ್ಣ / ಭಾಗಶಃ ಚೇತರಿಕೆ ಅಥವಾ ನಡೆಯುತ್ತಿರುವ)	ಚಿಕಿತ್ಸೆ ನೀಡುವ ವೈದ್ಯರ ಹೆಸರು ಮತ್ತು ಸಂಪರ್ಕ	ಮಧುಮೇಹವಿದ್ದರೆ ಲಗತ್ತಿಸಲಾದ ದಾಖಲೆಗಳು (ಹೌದು/ಇಲ್ಲ)
	ಡಯಾಬಿಟಿಸ್ HBA1c ಮಟ್ಟ	ಅಧಿಕ ರಕ್ತದೊತ್ತಡ ಬಿಡಿ ಮಟ್ಟ		ಪ್ರಾರಂಭ ದಿನಾಂಕ (DD/MM/YYYY)					
		ಸಿಸ್ಟೋಲಿಕ್	ಡಯಾಸ್ಟೋಲಿಕ್						

**6. ಹಿಂದಿನ ಪ್ರಸ್ತಾವನೆಗಳು**

ಅರ್ಜಿದಾರರ ಜೀವನದ ಮೇಲೆ ಜೀವ, ಆರೋಗ್ಯ, ಆಸ್ತಿತ್ವದ ದೈನಂದಿನ ನಗದು ಅಥವಾ ಗಂಭೀರ ಅನಾರೋಗ್ಯ ವಿಷಯ ಯಾವುದೇ ಪ್ರಸ್ತಾವನೆಯನ್ನು ಎಂದಾದರೂ ತಿರಸ್ಕರಿಸಲಾಗಿದೆಯೇ, ಮುಂದೂಡಲಾಗಿದೆಯೇ, ಲೋಡ್ ಮಾಡಲಾಗಿದೆಯೇ ಅಥವಾ ಯಾವುದೇ ವಿವರ ಕಂಪನಿಯಿಂದ ಹೊರಗಿಡುವಿಕೆಯಂತಹ ಯಾವುದೇ ವಿಶೇಷ ಷರತ್ತುಗಳಿಗೆ ಒಳಪಡಿಸಲಾಗಿದೆಯೇ?	ಅರ್ಜಿದಾರರ ಸಂಖ್ಯೆ					
	1	2	3	4	5	6
	ಮತ್ತು N	ಮತ್ತು N	ಮತ್ತು N	ಮತ್ತು N	ಮತ್ತು N	ಮತ್ತು N

**7. ವಿದ್ಯಮಾನ ನೀತಿ ನೆರವೇರಿಕೆ ಮತ್ತು ಸೇವಾ ಸಂವಹನಗಳಿಗೆ ಅಧಿಕಾರ**

ಅರ್ಜಿ ನಮೂನೆಯಲ್ಲಿ ಇಲ್ಲಿ ಉಲ್ಲೇಖಿಸಿರುವಂತೆ ನಿಮ್ಮ ಎಲ್ಲಾ ನೀತಿ ಮತ್ತು ಸೇವೆಗಳ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಸಂವಹನವನ್ನು ಇಮೇಲ್ ಐಡಿಗಳ ಕಳುಹಿಸಲು ಕಂಪನಿಗೆ ಅಧಿಕಾರ ನೀಡುವ ಮೂಲಕ ಪರಿಷರವನ್ನು ರಕ್ಷಿಸಲು ಮತ್ತು ಕಾಗದವನ್ನು ಉಳಿಸಲು ಸಹಾಯ ಮಾಡಲು ನೀವು ಬಯಸುವೀರಾ?

ಹೌದು  ಇಲ್ಲ

**8. 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 ವಿಷಯ ಮಾಡಲು ಉದ್ದೇಶಿಸಿರುವ ಎಲ್ಲ ವ್ಯಕ್ತಿಗಳ ಪರವಾಗಿ ನಾನು ಈ ಮೂಲಕ ಘೋಷಿಸುತ್ತೇನೆ.
- ನಾನು ಓದಿರುವ ಮಾಹಿತಿಯು ವಿವರವಾಗಿ ಅಧಾರವನ್ನು ರೂಪಿಸುತ್ತದೆ, ವಿವರದಿಂದ ಮುಂದೆ ಅನುಮೋದಿತ ಅಂಡರ್ ರೈಟಿಂಗ್ ಪಾಲಿಸಿ ಒಳಪಟ್ಟಿರುತ್ತದೆ ಮತ್ತು ವಿಧಿಸಬಹುದಾದ ಪ್ರೀಮಿಯಂ ಅನ್ನು ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಪಾವತಿಸಿದ ನಂತರವೇ ಪಾಲಿಸಿ ಜಾರಿಗೆ ಬರುತ್ತದೆ ಎಂದು ನಾನು ಅರ್ಥಮಾಡಿಕೊಂಡಿದ್ದೇನೆ.
- ಪ್ರಸ್ತಾವನೆಯನ್ನು ಸಲ್ಲಿಸಿದ ನಂತರ ಅದರ ಕಂಪನಿಯು ಅಪಾಯ ಸ್ವೀಕಾರದ ಸಂವಹನದ ಮೊದಲು, ವಿಷಯ ಮಾಡಬೇಕಾದ / ಪ್ರಸ್ತಾವಿಸಬೇಕಾದ ಜೀವನದ ಉದ್ಯೋಗ ಅಥವಾ ಸಾಮಾನ್ಯ ಆರೋಗ್ಯದಲ್ಲೇ ಸಂಭವಿಸುವ ಯಾವುದೇ ಬದಲಾವಣೆಯನ್ನು ನಾನು ಲಿಖಿತವಾಗಿ ತಿಳಿಸುತ್ತೇನೆ ಎಂದು ನಾನು ಘೋಷಿಸುತ್ತೇನೆ.
- ವಿಷಯ ಮಾಡಬೇಕಾದ / ಪ್ರಸ್ತಾವಿಸಬೇಕಾದ ವ್ಯಕ್ತಿಯ ದೈಹಿಕ ಅಥವಾ ಮಾನಸಿಕ ಆರೋಗ್ಯದ ಮೇಲೆ ಪರಿಣಾಮ ಬೀರುವ ಯಾವುದೇ ವಿಷಯದ ಬಗ್ಗೆ, ಯಾವುದೇ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ವಿಷಯ ಮಾಡಬೇಕಾದ / ಪ್ರಸ್ತಾವಿಸುವ ವ್ಯಕ್ತಿಯ ಮೇಲೆ ಅಥವಾ ಯಾವುದೇ ಹಿಂದಿನ ಅಥವಾ ಪ್ರಸ್ತುತ ಉದ್ಯೋಗದಾತರಿಂದ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಕೋರುವ ಯಾವುದೇ ವೈದ್ಯರು ಅಥವಾ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಿಂದ ಮತ್ತು ವಿಷಯ ಮಾಡಬೇಕಾದ ವ್ಯಕ್ತಿಯ ಮೇಲೆ ವಿಮೆಗಾಗಿ ಅರ್ಜಿ ಸಲ್ಲಿಸಿದ ಯಾವುದೇ ವಿಮಾದಾರರಿಂದ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಕೋರಲು ಕಂಪನಿಗೆ ನಾನು ಸಮ್ಮತಿಸುತ್ತೇನೆ ಎಂದು ನಾನು ಘೋಷಿಸುತ್ತೇನೆ ಪ್ರಸ್ತಾವನೆ ಮತ್ತು / ಅಥವಾ ಕ್ಲೇಮ್ ಇತ್ಯರ್ಥಕ್ಕೆ ಅಂಡರ್ ರೈಟ್ ಮಾಡುವ ಉದ್ದೇಶಕ್ಕಾಗಿ.
- ಪ್ರಸ್ತಾವನೆ ಮತ್ತು/ಅಥವಾ ಕ್ಲೇಮ್ ಇತ್ಯರ್ಥಕ್ಕೆ ಮತ್ತು ಯಾವುದೇ ಸರ್ಕಾರಿ ಮತ್ತು/ಅಥವಾ ನಿಯಂತ್ರಣ ಪ್ರಾಧಿಕಾರದೊಂದಿಗೆ ಅಂಡರ್ ರೈಟ್ ಮಾಡುವ ಏಕೈಕ ಉದ್ದೇಶಕ್ಕಾಗಿ ವಿಮಾದಾರ/ಪ್ರಸ್ತಾವಕರ ವೈದ್ಯಕೀಯ ದಾಖಲೆಗಳು ಸೇರಿದಂತೆ ನನ್ನ ಪ್ರಸ್ತಾವಕರ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಹಂಚಿಕೊಳ್ಳಲು ನಾನು ಕಂಪನಿಗೆ ಅಧಿಕಾರ ನೀಡುತ್ತೇನೆ.
- ಸೇವಾ ವಿತರಣೆಯ ಏಕೈಕ ಉದ್ದೇಶಕ್ಕಾಗಿ ವಿಮಾದಾರ / ಪ್ರಸ್ತಾವಕರ ವೈದ್ಯಕೀಯ ದಾಖಲೆಗಳು ಸೇರಿದಂತೆ ನನ್ನ / ನಮ್ಮ ಪ್ರಸ್ತಾವಕರ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ನಮ್ಮ ಎಂಪ್ಲೋಯಿಡ್ ಪ್ರೊಡ್ಯೂಸರ್‌ರೊಂದಿಗೆ ಹಂಚಿಕೊಳ್ಳಲು ನಾನು/ನಾವು ಕಂಪನಿಗೆ ಅಧಿಕಾರ ನೀಡುತ್ತೇವೆ.

ದಿನಾಂಕ  ಮತ್ತು  ಸ್ಥಳ  ಪ್ರಸ್ತಾವಕರ ಸಹಿ

**9. ದೇಶೀಯ ಘೋಷಣೆ**

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

ಸಾಕ್ಷಿಯ ಹೆಸರು  ಸಾಕ್ಷಿಯ ಸಹಿ  ಪೂರೈಕೆ ಸಂಖ್ಯೆ

**10. 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 \_\_\_\_\_ under ಭರ್ತಿ ಮಾಡಲಾಗಿದೆ ಮತ್ತು ಅದು ಸರಿಯಾಗಿದೆ ಎಂದು ನಾನು ಕಂಡುಕೊಂಡೆ.

ಪ್ರಸ್ತಾವಕರ ಸಹಿ

**11. ಪ್ರೀಮಿಯಂ ವಿವರಗಳು (ಕಚೇರಿ ಬಳಕೆಗೆ ಮಾತ್ರ)**

ಪ್ರೀಮಿಯಂ ಪಾವತಿ ಆಯ್ಕೆ  ಚೆಕ್  ಡಿಮಾಂಡ್ ಡ್ರಾಫ್ಟ್

ಕ್ರೆಡಿಟ್ ಕಾರ್ಡ್  ಡೆಬಿಟ್ ಕಾರ್ಡ್  ನೆಟ್ ಬ್ಯಾಂಕಿಂಗ್

ನಗದು  ಇತರ

ಪ್ರೀಮಿಯಂ ಮೊತ್ತ

ಆನ್ ಲೈನ್ ಪಾವತಿ ಪರಿವಾಹನ ID:

ದಿನಾಂಕ     ಮತ್ತು

ನಿವಾ ಬೂಪಾ ಶಾಖೆಯ ಸ್ಥಳ

ಕೋಡ್ ಸಂಖ್ಯೆ

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

ಕೋಡ್ ಸಂಖ್ಯೆ

ಹೆಸರು

ಸ್ವೀಕರಿಸಿದ ಪ್ರಸ್ತಾವನೆ:     ಮತ್ತು

ಗ್ರಾಹಕ ID:

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

ಬ್ಯಾಂಕ್ ಕೋಡ್  SP ಕೋಡ್

RM/LG ಕೋಡ್

ಗ್ರಾಹಕ ಖಾತೆ ಸಂಖ್ಯೆ

**13. ವಿಮಾ ಸಲಹೆಗಾರರ ವಿವರ (ಕಚೇರಿ ಬಳಕೆಗೆ ಮಾತ್ರ)**

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

2. ಪ್ರಪೋಸರ್ ಅನ್ನು ನೀವು ಎಷ್ಟು ಸಮಯದಿಂದ ತಿಳಿದಿದ್ದೀರಿ?

3. ಪ್ರಸ್ತಾವನೆ ಗುರುತಿನಿಂದ ನೀವು ತೃಪ್ತರಾಗಿದ್ದೀರಾ?  ಹೌದು  ಇಲ್ಲ.

4. ಪ್ರಸ್ತಾವನೆ ಅಥವಾ ಯಾವುದೇ ಅರ್ಜಿದಾರರು ಯಾವುದೇ ದೃಢೀಕರಣ / ದೋಷ ಅಥವಾ ಬುದ್ಧಿಮಾಂದ್ಯತೆಯನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದಾರೆಯೇ?  ಹೌದು  ಇಲ್ಲ.

5. ಪ್ರಸ್ತಾವಿತ ಪಾಲಿಸಿಯ ನಿಯಮಗಳು, ನವೀಕರಣದ ಷರತ್ತುಗಳು, ಹೊರಗಡುವಿಕೆಗಳು, ಪಾಲಿಸಿಯ ಕಾಯುವ ಅವಧಿಗಳನ್ನು ನೀವು ವಿವರಿಸಿದ್ದೀರಾ ಮತ್ತು ಪ್ರಸ್ತಾವಕರು ವೈಯಕ್ತಿಕವಾಗಿ ಅರ್ಹತೆಗಳನ್ನು ಪೂರೈಸಿರಾ?  ಹೌದು  ಇಲ್ಲ.

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

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

ದಿನಾಂಕ     ಮತ್ತು

ವಿಮಾ ಸಲಹೆಗಾರರ ಸಹಿ

**14. 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 ವ್ಯಕ್ತಿಯು ಅನುಮತಿಸುವುದಿಲ್ಲ. ವಿಮಾದಾರರ ಪ್ರಕಟಿತ ಪ್ರಾಸ್ಟೆಕ್ಷನ್ 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 ಜವಾಬ್ದಾರಿಯುಳ್ಳವರಾಗುತ್ತಾನೆ.

**15. ಅಭ್ಯಾ ID**

ಸದಸ್ಯರ ಹೆಸರು	ನಿಮ್ಮ ಬಳಿ ಅಭ್ಯಾ ಐಡಿ ಇದೆಯೇ?		ಅಭ್ಯಾ ID	ಎಲಿಎಚ್‌ಎ ಮೂಲಕ ವಿಮಾದಾರರು/ಟಿಪಿಎಗಳೊಂದಿಗೆ ವ್ಯವಹಾರದ ದಾಖಲೆಗಳನ್ನು ಹಂಚಿಕೊಳ್ಳಲು	
	<input type="checkbox"/> ಹೌದು	<input type="checkbox"/> ಇಲ್ಲ		<input type="checkbox"/> ಹೌದು	<input type="checkbox"/> ಇಲ್ಲ
<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"/>

**16. ಕ್ಲೈಮ್ ಗಳ ಮರುಪಾವತಿ ಮತ್ತು ಪಾವತಿಯ ವಿವರಗಳು**

ಪಾವತಿ ಸ್ವೀಕರಿಸುವ ಆಯ್ಕೆ:  ಬ್ಯಾಂಕ್ ವರ್ಗಾವಣೆ

ಫಲಾನುಭವಿಯ ಹೆಸರು

ಬ್ಯಾಂಕ್ ಹೆಸರು

ಖಾತೆ ಸಂಖ್ಯೆ

ಖಾತೆ ಪ್ರಕಾರ

IFSC ಕೋಡ್

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) (ಐಐಡಿಎಫಐಎಐ ನೋಂದಣಿ ಸಂಖ್ಯೆ 145). 'ಬುಪಾ' ಮತ್ತು 'ಹಾಟ್ ಲೈನ್' 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 ದಯವಿಟ್ಟು ಮಾರಾಟ ಬೋರ್ಡರ್ ಅನ್ನು ಎಚ್ಚರಿಕೆಯಿಂದ ಓದಿ.

ಈ ಡಾಕ್ಯುಮೆಂಟ್ ಅನ್ನು ಸುರಕ್ಷಿತವಾಗಿ ಸಂರಕ್ಷಿಸಿಡಿ

## ಪ್ರಮುಖ ವೈಶಿಷ್ಟ್ಯ ದಾಖಲೆ (ಕೆಎಫ್ಐ) -

### ಆರೋಗ್ಯ ಪ್ರೇಮಿಯಾ

ನಿಮ್ಮ ಬಾಹ್ಯಾತ್ಮಕ ಗ್ರಾಹಕರೊಂದಿಗೆ ನ್ಯಾಯಯುತ ಮತ್ತು ಪಾರದರ್ಶಕವಾಗಿರಲು ಸಮರ್ಪಿತವಾಗಿದೆ. ಈ ದಾಖಲೆಯು ನಿಮ್ಮ ಪಾಲಿಸಿಯ ಪ್ರಮುಖ ವೈಶಿಷ್ಟ್ಯಗಳನ್ನು ಸಂಕ್ಷಿಪ್ತಗೊಳಿಸುತ್ತದೆ, ಆದರೆ ಇದು ನಿಮ್ಮ ಪಾಲಿಸಿ ಒಪ್ಪಂದವನ್ನು ಬದಲಿಸುವುದಿಲ್ಲ ಮತ್ತು ಈ ಉತ್ಪನ್ನದ ಬರೀದಿಯನ್ನು ಮುಗಿಸುವ ಮೊದಲು ನಿಮ್ಮ ಪಾಲಿಸಿಯ ಎಲ್ಲಾ ವಿವರಗಳನ್ನು ಓದಲು ನಾವು ನಿಮ್ಮನ್ನು ಪ್ರೋತ್ಸಾಹಿಸುತ್ತೇವೆ.

'ಹೆಲ್ತ್ ಪ್ರೀಮಿಯಾ' ನಿಮಗೆ ಸಮಗ್ರ ಶ್ರೇಣಿಯ ಒಳರೋಗಿ ಪ್ರಯೋಜನಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸುತ್ತದೆ. ಇದಲ್ಲದೆ, ಚಿನ್ನ ಮತ್ತು ಪ್ಲಾಟಿನಂ ಯೋಜನೆಗಳ ಅಡಿಯಲ್ಲಿ ಕೆಲವು ಹೆಚ್ಚುವರಿ ಪ್ರಯೋಜನಗಳಿವೆ (ಅವುಗಳನ್ನು ಕೆಳಗೆ ಉಲ್ಲೇಖಿಸಲಾಗಿದೆ) ಜೊತೆಗೆ ನಿಮ್ಮ ಕವರ್ ಅನ್ನು ಹೆಚ್ಚಿಸಲು ನೀವು ಬಯಸಿದರೆ ಬರೀದಿಸಲು ಬಹುಕಾಲಕಾಲಕ್ಕೆ ಪ್ರಯೋಜನಗಳಿವೆ.

ನಿಮ್ಮ ಪಾಲಿಸಿಯಲ್ಲಿ ನಿರ್ದಿಷ್ಟಪಡಿಸಿದಂತೆ ಕೆಲವು ಮಿತಿಗಳು ಮತ್ತು ವಿನಾಯಿತಿಗಳಿಗೆ ಒಳಪಟ್ಟು ಈ ಕೆಳಗಿನ ಮೂಲ ಪ್ರಯೋಜನಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ: ಬೆಳ್ಳಿ, ಚಿನ್ನ ಮತ್ತು ಪ್ಲಾಟಿನಂ ಯೋಜನೆಗಳ ಅಡಿಯಲ್ಲಿ ಮೂಲ ಪ್ರಯೋಜನಗಳು

- ಕೊರಡಿ ಬಾಡಿಗೆ (ನೀವು ಆಯ್ಕೆ ಮಾಡಿದ ಯೋಜನೆಯ ಪ್ರಕಾರ) ಮತ್ತು ಬಿಸಿಯು ಶುಲ್ಕಗಳು ಸೇರಿದಂತೆ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಲ್ಲಿ ಒಳರೋಗಿಗಳ ಆರೈಕೆ
- ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ದಾಖಲಾಗುವ ಮೊದಲು ಮತ್ತು ನಂತರದ ವೆಚ್ಚಗಳು ಕ್ರಮವಾಗಿ 90 ಮತ್ತು 180 ದಿನಗಳು
- ಡೇ ಕೇರ್ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಳು
- ಡೊಮಿಸಿಲಿಯರಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ದಾಖಲು
- ಪರ್ಯಾಯ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಳು
- ಜೀವಂತ ಅಂಗಾಂಗ ದಾನಿ ಕಸಿ
- ತುರ್ತು ಅಂಬುಲೆನ್ಸ್
- ಅನಿಯಮಿತ ಟೆಲಿ / ಆನ್‌ಲೈನ್ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸಮಾಲೋಚನೆಗಳು
- 24 ತಿಂಗಳ ಕಾಯುವಿಕೆ ಅವಧಿಯ ನಂತರ 2 ಗರ್ಭಧಾರಣೆಗಳು ಅಥವಾ ಗರ್ಭಪಾತಗಳಿಗೆ ಹೆರಿಗೆ ಪ್ರಯೋಜನವು ಒಳಗೊಳ್ಳುತ್ತದೆ; ಪ್ಲಾಟಿನಂ ಯೋಜನೆಯಡಿ, ಯುಎಸ್‌ಎ ಮತ್ತು ಕೆನಡಾ ಹೊರತುಪಡಿಸಿ ವಿಶ್ವಾದ್ಯಂತ ಒಳಗೊಂಡಿದೆ.
- ನವಜಾತ ಶಿಶು (ನವಜಾತ ಶಿಶುವಿನ ಲಸಿಕೆಗಳು ಸೇರಿದಂತೆ)
- ಆರೋಗ್ಯ ತಪಾಸಣೆ, ದಿನ 1 ರಿಂದ ಪ್ರಾರಂಭವಾಗುತ್ತದೆ
- ವೈಯಕ್ತಿಕ ಮತ್ತು ಫ್ಯಾಮಿಲಿ ಪ್ರಾಕ್ಟಿಷರ್ ಯೋಜನೆಗಳ ಅಡಿಯಲ್ಲಿ ಮಾತ್ರ ಮೂಲ ವಿಮಾ ಮೊತ್ತದವರೆಗೆ ರೀಫಿಲ್ ಪ್ರಯೋಜನವು ಲಭ್ಯವಿದೆ. ಫ್ಯಾಮಿಲಿ ಫ್ಲಸ್ಟ್ ಪ್ಲಾನ್ ರೀಫಿಲ್ ಪ್ರಯೋಜನವನ್ನು ಹೊಂದಿಲ್ಲ.
- ಪಾಲಿಸಿದಾರನು (ವಿಮಾದಾರನೂ ಅಗಿರಬೇಕು) ಪಾಲಿಸಿಯ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಯಾವುದೇ ನಿರ್ದಿಷ್ಟ ಕಾಯಿಲೆಯೊಂದಿಗೆ ಮರಣ ಹೊಂದಿದರೆ ಅಥವಾ ರೋಗನಿರ್ಣಯ ಮಾಡಿದರೆ ಅಥವಾ ಮೊದಲ ಬಾರಿಗೆ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಒಳಗಾಗಿದ್ದರೆ (ವೈಯಕ್ತಿಕ ರಕ್ಷಣೆಗೆ ಲಭ್ಯವಿಲ್ಲ) 1 ವರ್ಷದವರೆಗೆ ಸ್ವಯಂಚಾಲಿತ ಉಚಿತ ವಿಸ್ತರಣೆ
- ಫಾರ್ಮಸಿ ಮತ್ತು ಡಯಾಗ್ನೋಸ್ಟಿಕ್ ಬುಕಿಂಗ್ ಸೇವೆಗಳು
- ಲಾಯಲ್ಟಿ ಸೇವೆಗಳು: ಪಾಲಿಸಿ ವರ್ಷ ಪೂರ್ಣಗೊಂಡ ನಂತರ, ಅವಧಿ ಮುಗಿಯುವ ಮೂಲ ವಿಮಾ ಮೊತ್ತದ 10% ಸೇವೆಗಳಿಗಾಗಿ, ಮೂಲ ವಿಮಾ ಮೊತ್ತದ ಗರಿಷ್ಠ 100% ಗೆ ಒಳಪಟ್ಟಿರುತ್ತದೆ
- ವೈದ್ಯಕೀಯ ರೆಫರಲ್, ತುರ್ತು ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸ್ಥಳಾಂತರ, ವೈದ್ಯಕೀಯ ವಾಪಸಾತಿ, ಅನುಕಂಪದ ಭೇಟಿ, ಆರೈಕೆ ಮತ್ತು / ಅಥವಾ ಅಪ್ರಾಪ್ತ ಮಕ್ಕಳ ಸಾಗಣೆ ಮತ್ತು ಮೃತ ದೇಹಗಳ ಮರಳುವಿಕೆಗಾಗಿ ತುರ್ತು ನೆರವು ಸೇವೆಗಳು
- HIV/AIDS ನಿಂದ ಉಂಟಾಗುವ ಅಥವಾ ಅದಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಸ್ಥಿತಿಯಿಂದಾಗಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ದಾಖಲಾಗಲು (ಡೇ ಕೇರ್ ಟ್ರೀಟ್ ಮೆಂಟ್ ಸೇರಿದಂತೆ) ತೆಗೆಲುವ ವೆಚ್ಚಗಳು ಪಾಲಿಸಿಯಲ್ಲಿ ನಿರ್ದಿಷ್ಟಪಡಿಸಿದಂತೆ ಉಪ-ಮಿತಿಗೆ ಒಳಪಟ್ಟು ಪಾಲಿಸಿಯ ಅಡಿಯಲ್ಲಿ ಬರುತ್ತವೆ.
- ಮಾನಸಿಕ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ಒಳರೋಗಿ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಾಗಿ ಮಾಡಿದ ವೆಚ್ಚಗಳು ಪಾಲಿಸಿಯಲ್ಲಿ ನಿರ್ದಿಷ್ಟ ಪಡಿಸಿದ ನಿರ್ದಿಷ್ಟ ಪರಿಮಿತಿಗಳಿಗೆ ಉಪ-ಮಿತಿಗೆ ಒಳಪಟ್ಟು ಪಾಲಿಸಿಯ ಅಡಿಯಲ್ಲಿ ಒಳಗೊಳ್ಳುತ್ತವೆ.
- ಮಿತಿಗಳಿಗೆ ಒಳಪಟ್ಟು ಅಧುನಿಕ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಳನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿದೆ

ಚಿನ್ನ ಮತ್ತು ಪ್ಲಾಟಿನಂ ಯೋಜನೆಗಳ ಅಡಿಯಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚುವರಿ ಮೂಲ ಪ್ರಯೋಜನಗಳು

- ಲೇಸರ್ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಯು ಪಾಲಿಸಿಯಲ್ಲಿ ನಿರ್ದಿಷ್ಟಪಡಿಸಿದಂತೆ ಉಪ-ಮಿತಿಗೆ ಒಳಪಟ್ಟಿರುತ್ತದೆ.
- ಯುಎಸ್‌ಎ ಮತ್ತು ಕೆನಡಾ ಹೊರತುಪಡಿಸಿ ಭಾರತದ ಹೊರಗೆ ತುರ್ತು ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ದಾಖಲಾಗುವುದು, ತುರ್ತು ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸ್ಥಳಾಂತರ, ಒಪಿಡಿ ಕವರ್ (20% ಸಹ-ಪಾವತಿಯೊಂದಿಗೆ), ಅನುಕಂಪದ ಭೇಟಿ, ಪಾಸ್ಟೋರ್ಟ್ ನಷ್ಟ, ಆರೈಕೆ ಮತ್ತು / ಅಥವಾ ಅಪ್ರಾಪ್ತ ಮಕ್ಕಳ ಸಾಗಣೆ, ಚೆಕ್-ಇನ್ ಸಾಮಾನುಗಳ ನಷ್ಟ, ಮೃತ ದೇಹಗಳ ಮರಳುವಿಕೆ, ಪ್ರವಾಸ ರದ್ದತಿ ಮತ್ತು ಅಡಚಣೆ, ಪ್ರವಾಸ ವಿಳಂಬ, ಚೆಕ್-ಇನ್ ಬ್ಯಾಗ್‌ಗೆ ವಿಳಂಬ, ವೈದ್ಯಕೀಯ ಉಲ್ಲೇಖ ಮತ್ತು ವೈದ್ಯಕೀಯ ವಾಪಸಾತಿ; ನೀತಿಯಲ್ಲಿ ನಿರ್ದಿಷ್ಟಪಡಿಸಿದಂತೆ ಉಪ-ಮಿತಿಗಳಿಗೆ ಒಳಪಟ್ಟಿರುತ್ತದೆ. - ಗೋಲ್ಡ್ ಪ್ಲಾನ್ ಅಡಿಯಲ್ಲಿ ಪ್ರತಿ ವ್ಯಕ್ತಿಗೆ ಗರಿಷ್ಠ 15 ದಿನಗಳವರೆಗೆ ಒಂದು ಟ್ರಿಪ್ ಬರುತ್ತದೆ. - ವಾರ್ಷಿಕ ಬಹು ಪ್ರವಾಸಗಳು ಪ್ಲಾಟಿನಂ ಯೋಜನೆಯಡಿ ಒಂದೇ ಟ್ರಿಪ್‌ನಲ್ಲಿ ಗರಿಷ್ಠ 45 ದಿನಗಳವರೆಗೆ



ಪ್ರಾಚೀನ ಯೋಜನೆಯಡಿ ಮತ್ತಷ್ಟು ಹೆಚ್ಚುವರಿ ಮೂಲ ಪ್ರಯೋಜನಗಳು

- ನಿರ್ದಿಷ್ಟ ಅನಾರೋಗ್ಯ ಅಥವಾ ಯೋಜಿತ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ರೋಗನಿರ್ಣಯದ ಬಗ್ಗೆ, ಎರಡನೇ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಅಭಿಪ್ರಾಯ (ವಿಶ್ಲಾಷಣೆ)
- ಮಕ್ಕಳ ಆರೈಕೆ ಪ್ರಯೋಜನಗಳು (ಲಸಿಕೆಗಾಗಿ ಭೇಟಿಯ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಪೌಷ್ಟಿಕಾಂಶ ಮತ್ತು ಬೆಳವಣಿಗೆಗಾಗಿ ಒಂದು ಸಮಾಲೋಚನೆ ಸೇರಿದಂತೆ 12 ವರ್ಷದವರೆಗಿನ ಮಕ್ಕಳಿಗೆ ಲಸಿಕೆಗಳು)
- ಯುವನ ಮತ್ತು ಕನಡಾ ಹೊರತುಪಡಿಸಿ ಭಾರತದ ಹೊರಗೆ ನಿರ್ದಿಷ್ಟಪಡಿಸಿದ ಅನಾರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆ
- ಯಾವುದೇ ಸಹ-ಪಾವತಿಯಿಲ್ಲದ ಒಪ್ಪಿಡಿ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಮತ್ತು ರೋಗನಿರ್ಣಯ ಸೇವೆಗಳು

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

- ಆಕಸ್ಮಿಕ ಸಾವು, ಶಾಶ್ವತ ಸಂಪೂರ್ಣ ಮತ್ತು ಭಾಗಶಃ ಅಂಗವೈಕಲ್ಯದ ವಿರುದ್ಧ ವೈಯಕ್ತಿಕ ಅಪಘಾತ ರಕ್ಷಣೆ
- 20 ಪ್ರಮುಖ ಗಂಭೀರ ಕಾಯಿಲೆಗಳಿಗೆ ಗಂಭೀರ ಕಾಯಿಲೆಗಳ ರಕ್ಷಣೆ
- ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ದಾಖಲಾದ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ದೈನಂದಿನ ಆಸ್ಪತ್ರೆ ನಗದು ಪ್ರಯೋಜನ
- ನವೀಕರಣದ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಅವಧಿ ಮುಗಿಯುವ ಮೂಲ ವಿಮಾ ಮೊತ್ತದ 20% ನಷ್ಟು ವರ್ಧಿತ ಲಾಯಲ್ಟಿ ಸೇರ್ಪಡೆ, ಮೂಲ ವಿಮಾ ಮೊತ್ತದ ಗರಿಷ್ಠ 200% ಗೆ ಒಳಪಟ್ಟಿರುತ್ತದೆ.
- ಅಂತರರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ವ್ಯಾಪ್ತಿಯ ವಿಸ್ತರಣೆ - ಅಂತರರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ವ್ಯಾಪ್ತಿಯನ್ನು ಹೆಚ್ಚಿಸಲು ಈ ಕೆಳಗಿನ ಆಯ್ಕೆಗಳು ಲಭ್ಯವಿದೆ: - ಒಂದೇ ಟೈಪ್ ಆಧಾರದ ಮೇಲೆ ಹೆಚ್ಚುವರಿ ಪ್ರವಾಸಗಳು ಲಭ್ಯವಿದೆ; ಗೋಲ್ಡ್ ಪ್ಲಾನ್ ಅಡಿಯಲ್ಲಿ ಮಾತ್ರ 1 ದಿನದಿಂದ 30 ದಿನಗಳವರೆಗೆ - "ಇಂಟರ್ನ್ಯಾಷನಲ್ ಕವರೇಜ್" ಪ್ರಯೋಜನಕ್ಕಾಗಿ ವಿಮಾ ಮೊತ್ತವನ್ನು ದ್ವಿಗುಣಗೊಳಿಸಬಹುದು
- ಪ್ರಾಚೀನ ಯೋಜನೆ ಮತ್ತು ಅಂತರರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ವ್ಯಾಪ್ತಿಯ ಮೂಲ ಪ್ರಯೋಜನದ ಅಡಿಯಲ್ಲಿ ಹರಿಗೆ ಪ್ರಯೋಜನ ಮತ್ತು ನಿರ್ದಿಷ್ಟ ಅನಾರೋಗ್ಯಕ್ಕಾಗಿ ಯುವನ ಮತ್ತು ಕನಡಾಕ್ಕೆ ವ್ಯಾಪ್ತಿಯನ್ನು ವಿಸ್ತರಿಸಲು ವರ್ಧಿತ ಭೌಗೋಳಿಕ ವ್ಯಾಪ್ತಿ
- ಪಾಲಿಸಿ ವರ್ಷಕ್ಕೆ ಯಾವುದೇ 90 ದಿನಗಳವರೆಗೆ 18 ವರ್ಷ ಮತ್ತು ಅದಕ್ಕಿಂತ ಹೆಚ್ಚಿನ ವಯಸ್ಸಿನ ವಿಮಾದಾರರಿಗೆ ವೈಯಕ್ತಿಕಗೊಳಿಸಿದ ಆರೋಗ್ಯ ತರಬೇತುದಾರ

ಐಚ್ಛಿಕ ಪ್ರಯೋಜನಗಳಿಗಾಗಿ ಹೆಚ್ಚುವರಿ ವಾರ್ಷಿಕ ಪ್ರೀಮಿಯಂ ಅನ್ನು ವಿಧಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ ಎಂಬುದನ್ನು ದಯವಿಟ್ಟು ಗಮನಿಸಿ

ನೀತಿಯ ಪ್ರಕಾರ ಕಾಯುವ ಅವಧಿಗಳು ಅನ್ವಯವಾಗುತ್ತವೆ ಎಂಬುದನ್ನು ಗಮನಿಸಿ:

- ಪಾಲಿಸಿಯ ಪ್ರಾರಂಭದಿಂದ 24 ತಿಂಗಳುಗಳ ಮೊದಲೇ ಅಸ್ತಿತ್ವದಲ್ಲಿರುವ ರೋಗ ಕಾಯುವ ಅವಧಿ ಮತ್ತು ನಿರಂತರ ನವೀಕರಣಕ್ಕೆ ಒಳಪಟ್ಟಿರುತ್ತದೆ. ಅಗತ್ಯವಿರುವ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಹೊರತು 30 ದಿನಗಳ ಆರಂಭಿಕ ಕಾಯುವಿಕೆ ಅವಧಿಯು ಅಪಘಾತದ ಪರಿಣಾಮವಾಗಿದೆ.
- ಕೆಲವು ಪಟ್ಟಿ ಮಾಡಲಾದ ಕಾಯಿಲೆಗಳಿಗೆ 12 ತಿಂಗಳ ನಿರ್ದಿಷ್ಟ ಕಾಯುವಿಕೆ ಅವಧಿ, ಈ ಸ್ಥಿತಿಯು ನೇರವಾಗಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ನಿಂದ (30 ದಿನಗಳ ಆರಂಭಿಕ ಕಾಯುವಿಕೆ ಅವಧಿಯ ನಂತರ ಒಳಗೊಂಡಿರುತ್ತದೆ) ಅಥವಾ ಅಪಘಾತದಿಂದ (ದಿನ 1 ರಿಂದ ಒಳಗೊಂಡಿರುತ್ತದೆ) ಉಂಟಾಗದಿದ್ದರೆ.
- ಈ ಕೆಳಗಿನ ಪ್ರಯೋಜನಗಳು ಪಾಲಿಸಿಯ ಪ್ರಾರಂಭದಿಂದ 36 ತಿಂಗಳುಗಳ ಕಾಯುವಿಕೆ ಅವಧಿಯನ್ನು ಹೊಂದಿರುತ್ತವೆ ಮತ್ತು ನಿರಂತರ ನವೀಕರಣಕ್ಕೆ ಒಳಪಟ್ಟಿರುತ್ತವೆ:- ಮಾನಸಿಕ ಆಸ್ಪತ್ರೆ ಚಿಕಿತ್ಸೆ - ಲೇಸರ್ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಕವರ್
- ಎಜಿ/ಎಡ್ಜ್ ರಕ್ಷಣೆಗಾಗಿ, ಪಾಲಿಸಿ ಪ್ರಾರಂಭವಾದಾಗಿನಿಂದ 48 ತಿಂಗಳುಗಳ ಕಾಯುವಿಕೆ ಅವಧಿ ಇರುತ್ತದೆ ಮತ್ತು ನಿರಂತರ ನವೀಕರಣಕ್ಕೆ ಒಳಪಟ್ಟಿರುತ್ತದೆ.
- ಗಂಭೀರ ಅನಾರೋಗ್ಯದ ರಕ್ಷಣೆಗಾಗಿ, 90 ದಿನಗಳ ಆರಂಭಿಕ ಕಾಯುವಿಕೆ ಅವಧಿ ಮತ್ತು ಮೊದಲೇ ಅಸ್ತಿತ್ವದಲ್ಲಿರುವ ರೋಗ ಕಾಯುವ ಅವಧಿ 3 ವರ್ಷಗಳು ಮತ್ತು ಬದುಕುಳಿಯುವ ಅವಧಿಯನ್ನು 30 ದಿನಗಳವರೆಗೆ ಹೊರಗಿಡುವುದು ಎಲ್ಲಾ ಷರತ್ತುಗಳಿಗೆ ಅನ್ವಯಿಸುತ್ತದೆ.

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

ಈ ಜಾಗವನ್ನು ಉದ್ದೇಶಪೂರ್ವಕವಾಗಿ ಖಾಲಿ ಬಿಡಲಾಗಿದೆ.

ನಿಮ್ಮ ಪಾಲಿಸಿಯ ಇತರ ಪ್ರಮುಖ ಲಕ್ಷಣಗಳು ಈ ಕೆಳಗಿನಂತಿವೆ:

- ವೈಯಕ್ತಿಕ ಅಥವಾ ಕುಟುಂಬ ಪ್ರೋಟೆಕ್ಟರ್ ಕವರ್ (4 ಮಕ್ಕಳವರೆಗೆ) ಅಥವಾ ಫ್ಯಾಮಿಲಿ ಫ್ಲಾಸ್ಡ್ ಕವರ್ (19 ಸಂಬಂಧಗಳವರೆಗೆ), ಪಾಲಿಸಿಯಲ್ಲಿ ಸದಸ್ಯರ (ಗಳ) ಯಾವುದೇ ಸೇರ್ಪಡೆ ಅಥವಾ ಅಳಿಸುವಿಕೆಯನ್ನು ನವೀಕರಣದ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಮಾತ್ರ ಮಾಡಲಾಗುತ್ತದೆ.
- ವಿಮಾ ಮೊತ್ತ (ಮೊದಲು ಕುಟುಂಬದ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ): ನಿಮ್ಮ ಯೋಜನೆಯು ಒಂದೇ ಪಾಲಿಸಿಯಲ್ಲಿ ವೈಯಕ್ತಿಕ ವಿಮಾ ಮೊತ್ತ ಮತ್ತು ಪ್ರೋಟೆಕ್ಟರ್ ವಿಮಾ ಮೊತ್ತ ಎರಡನ್ನೂ ನೀಡುತ್ತದೆ. ಉದಾಹರಣೆಗೆ, ಫ್ಯಾಮಿಲಿ ಫ್ಲಾಸ್ಡ್ ಪಾಲಿಸಿಯನ್ನು 6 ಸದಸ್ಯರಿಗೆ (ಉದಾಹರಣೆಗೆ ಸ್ವಯಂ, ಸಂಗಾತಿ, ಪ್ರೋಟೆಕ್ಟರ್ ಮತ್ತು ಇಬ್ಬರು ಮಕ್ಕಳು) 5 ಲಕ್ಷ + 30 ಲಕ್ಷ ವಿಮಾ ಮೊತ್ತದೊಂದಿಗೆ ಆಯ್ಕೆ ಮಾಡಲಾಗುತ್ತದೆ. ಯಾವುದೇ ಸದಸ್ಯನು ಅವನ / ಅವಳ ವೈಯಕ್ತಿಕ ವಿಮಾ ಮೊತ್ತದಿಂದ 5 ಲಕ್ಷದವರೆಗೆ ಕ್ಲೇಮ್ ಮಾಡಬಹುದು. 5 ಲಕ್ಷಕ್ಕಿಂತ ಹೆಚ್ಚಿನ ಯಾವುದೇ ಕ್ಲೇಮ್ 30 ಲಕ್ಷ ರೂ.ಗಳ ಪ್ರೋಟೆಕ್ಟರ್ ವಿಮಾ ಮೊತ್ತದ ಮೂಲಕ ಬರುತ್ತದೆ. ಆದ್ದರಿಂದ, ಒಬ್ಬ ವೈಯಕ್ತಿಕ ಸದಸ್ಯನು ಒಂದೇ ಕ್ಲೇಮ್ನಲ್ಲಿ 35 ಲಕ್ಷದವರೆಗೆ ಕ್ಲೇಮ್ ಮಾಡಬಹುದು, ಆದರೆ ಪ್ರೋಟೆಕ್ಟರ್ ವಿಮಾ ಮೊತ್ತವನ್ನು ಪಾಲಿಸಿ ವರ್ಷದಲ್ಲಿ ಎಲ್ಲಾ ಸದಸ್ಯರಿಗೆ ಒಟ್ಟಿಗೆ 30 ಲಕ್ಷದವರೆಗೆ ಮಾತ್ರ ಬಳಸಬಹುದು. ಪಾಲಿಸಿ ವರ್ಷದಲ್ಲಿ ಸಂಚಿತ ಆಧಾರದ ಮೇಲೆ, ಒಟ್ಟು ಕ್ಲೇಮ್ ಗಳನ್ನು 60 ಲಕ್ಷ (ಅಂದರೆ 6 ಸದಸ್ಯರು \* 5 ಲಕ್ಷ + 30 ಲಕ್ಷ ಪ್ರೋಟೆಕ್ಟರ್ ವಿಮಾ ಮೊತ್ತ) ಮಾಡಬಹುದು.
- ನಿಮ್ಮ ದೃಢೀಕರಣ ಮತ್ತು ಬಾಕಿ ಪ್ರೀಮಿಯಂನ ಸಮಯೋಚಿತ ಪಾವತಿಗೆ ಒಳಪಟ್ಟು ನಿಮ್ಮ ಪಾಲಿಸಿಯ ಜೀವನಪರ್ಯಂತ ನವೀಕರಣ
- ನಿಮ್ಮ ವಯಸ್ಸು ಹೆಚ್ಚಾದಂತೆ 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 ಪೂರ್ಣ ವೈದ್ಯಕೀಯ ತಪಾಸಣೆ (ಪಿಪಿಎಂಸಿ) ವೆಚ್ಚಕ್ಕಾಗಿ ತಗಲುವ ವೆಚ್ಚದ 100% ಅನ್ನು ನೀವು ಭರಿಸುತ್ತೀರಿ.
- ಪ್ರೀಮಿಯಂ ನಿಬಂಧನೆ: ನೀವು ಪಾಲಿಸಿಯ ನಿಯಮಗಳು ಮತ್ತು ಷರತ್ತುಗಳನ್ನು ಒಪ್ಪಿದಿದ್ದರೆ, ಪಾಲಿಸಿ ದಾಖಲೆಯನ್ನು ಸ್ವೀಕರಿಸಿದ 15 ದಿನಗಳ ಒಳಗೆ ನಿಮ್ಮ ಕಾರಣಗಳನ್ನು ತಿಳಿಸಿ ನೀವು ಪಾಲಿಸಿಯನ್ನು ರದ್ದುಗೊಳಿಸಬಹುದು. ಕವರ್ ಅವಧಿಗೆ ವೈದ್ಯಕೀಯ ತಪಾಸಣೆ, ಸ್ಟ್ಯಾಂಪ್ ಡ್ಯೂಟಿ ಮತ್ತು ಪ್ರಮಾಣಾನುಗುಣ ರಿನ್ಸು ಪ್ರೀಮಿಯಂ ಶುಲ್ಕಗಳನ್ನು ಕಡಿತಗೊಳಿಸಿದ ನಂತರ ಪ್ರೀಮಿಯಂ ಅನ್ನು ಮರುಪಾವತಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ. ಪಾಲಿಸಿಯನ್ನು ನವೀಕರಿಸುವ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಉಚಿತ ನೋಟಿ ನಿಬಂಧನೆ ಅನ್ವಯಿಸುವುದಿಲ್ಲ.

ಟಿಪ್ಪಣಿಗಳು:

- ಪ್ರೀಮಿಯಂ: ದಯವಿಟ್ಟು ಪ್ರೀಮಿಯಂ ಮೊತ್ತವನ್ನು ಮ್ಯಾಕ್ಸ್ ಬೂಪಾ ಹೆಲ್ತ್ ಇನ್ಸೂರೆನ್ಸ್ ಕಂಪನಿ ಲಿಮಿಟೆಡ್ ಹೆಸರಿನಲ್ಲಿ ಸುರಕ್ಷಿತ ಪಾವತಿ ವಿಧಾನದ ಮೂಲಕ ರೇವಣಿ ಮಾಡಿ.
- ಯಾವುದೇ ಪ್ರಶ್ನೆ ಅಥವಾ ಕ್ಲೇಮ್ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ, ದಯವಿಟ್ಟು ನಮ್ಮ ಗ್ರಾಹಕ ಸಹಾಯವಾಣಿ ಸಂಖ್ಯೆ: 1860-500-8888 ಅನ್ನು ಸಂಪರ್ಕಿಸಿ  
\_\_\_\_\_ ಕಂಪನಿಯ ಉದ್ಯೋಗ 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.

ನವೀಕರಣ ಪಾವತಿ ಸ್ಲೈಡ್ ಅಪ್

ನಿಮ್ಮ ಆರೋಗ್ಯ ವಿಮಾ ಪಾಲಿಸಿಯ ನವೀಕರಣ ಪ್ರೀಮಿಯಂ ಅನ್ನು ನಿಮ್ಮ ಅಸ್ತಿತ್ವದಲ್ಲಿರುವ ಸ್ವಯಂಚಾಲಿತ ಕ್ವಿಯರಿಂಗ್ ಹೌಸ್ (ಎಸಿಎಚ್) / ಸ್ವಾಯಂ 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. ಇದು ನಿಮ್ಮ ಪಾಲಿಸಿ ಪ್ರಯೋಜನಗಳ ನಿರಂತರತೆಯನ್ನು ಖಚಿತಪಡಿಸುತ್ತದೆ.

\_\_\_ ಎಸಿಎಚ್ / ಎಸ್ಐ ನವೀಕರಣ ಆಯ್ಕೆಯನ್ನು ಆರಿಸಲು ಬಯಸುತ್ತೇವೆ.

ದಿನಾಂಕ: \_\_\_\_\_ ಸಹಿ ಪ್ರೋಟೆಕ್ಟರ್ ನೆ: \_\_\_\_\_

ಸ್ಥಳ: \_\_\_\_\_ Pr ನ ಹೆಸರು ಒಪ್ಪೋಸರ್: \_\_\_\_\_

ನಿವಾ ಬೂಪಾ ಹೆಲ್ತ್ ಇನ್ಸೂರೆನ್ಸ್ ಕಂಪನಿ ಲಿಮಿಟೆಡ್, ನೋಂದಾಯಿತ ಕಛೇರಿ: ಸಿ-98, ಮೊದಲ ಮಹಡಿ, ಲಜಪತ್ ನಗರ, ಭಾಗ 1, ನವದೆಹಲಿ-110024 ಹಕ್ಕುತ್ಯಾಗ: ವಿಮೆಯ ಕೋರಿಕೆಯ ವಿಷಯವಾಗಿದೆ. ನಿವಾ ಬೂಪಾ ಹೆಲ್ತ್ ಇನ್ಸೂರೆನ್ಸ್ ಕಂಪನಿ ಲಿಮಿಟೆಡ್ (ಹಿಂದೆ ಮ್ಯಾಕ್ಸ್ ಬೂಪಾ ಹೆಲ್ತ್ ಇನ್ಸೂರೆನ್ಸ್ ಕಂಪನಿ ಲಿಮಿಟೆಡ್ ಎಂದು ಕರೆಯಲಾಗುತ್ತಿತ್ತು) (ಐಆರ್ಡಿಎಐ ನೋಂದಣಿ ಸಂಖ್ಯೆ 145). 'ಬುಪಾ' ಮತ್ತು 'ಹಾಟ್ 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: 6000DL2008PLC182918. ನಿಯಮಗಳು ಮತ್ತು ಷರತ್ತುಗಳು, ಹೊರಗಡುವಿಕೆಗಳು, ಅಪಾಯದ ಅಂಶಗಳು, ಕಾಯುವ ಅವಧಿ ಮತ್ತು ಪ್ರಯೋಜನಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ವಿವರಗಳಿಗಾಗಿ, ಮಾರಾಟವನ್ನು ಮುಕ್ತಾಯಗೊಳಿಸುವ ಮೊದಲು ದಯವಿಟ್ಟು ಮಾರಾಟ ಬೋರ್ಡರ್ ಅನ್ನು ಎಚ್ಚರಿಕೆಯಿಂದ ಓದಿ.

ಕಂಪನಿಯಿಂದ ಸ್ವೀಕೃತಿ

ಅಪ್ರೀಕೇಶನ್ ಸಂಖ್ಯೆ: \_\_\_\_\_ ದಿನಾಂಕ \_\_\_\_\_

ನಿಮ್ಮ ಪ್ರಸ್ತಾವನೆ ಮತ್ತು ಮೊತ್ತವನ್ನು ಚೆಕ್ / ಡಿಮಾಂಡ್ ಡ್ರಾಫ್ಟ್ / ಇತರರ ಮೂಲಕ ಸ್ವೀಕರಿಸಲಾಗಿದೆ \_\_\_\_\_ ದಿನಾಂಕ \_\_\_\_\_ ದಿನಾಂಕದ ರೂ. \_\_\_\_\_ ಮೊತ್ತವನ್ನು \_\_\_\_\_ ರಂದು ಸ್ವೀಕರಿಸಲಾಗಿದೆ ಎಂದು ನಾವು ಕೃತಜ್ಞತೆಯಿಂದ ಅಂಗೀಕರಿಸುತ್ತೇವೆ. ವಿಮೆಗಾಗಿ ಪೂರ್ಣಗೊಂಡ ಪ್ರಸ್ತಾವನೆಯನ್ನು ನಮಗೆ ಸಲ್ಲಿಸುವುದರಿಂದ ಅಥವಾ ಪಾಲಿಸಿಯ ವಿತರಣೆಗಾಗಿ ಮಾಡಿದ ಯಾವುದೇ ಪಾವತಿಯು ಪಾಲಿಸಿಯನ್ನು ನೀಡಲು ಒಪ್ಪುವಂತೆ ನಮ್ಮನ್ನು ಒತ್ತಾಯಿಸುವುದಿಲ್ಲ, ಈ ನಿರ್ಧಾರವು ಯಾವಾಗಲೂ ನಮ್ಮ ಏಕೈಕ 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 ಪರಿಶೀಲನೆ ವೆಚ್ಚವನ್ನು ಕಡಿತಗೊಳಿಸಿದ ನಂತರ ಪಾವತಿಯನ್ನು ಬಡ್ಡಿಯಿಲ್ಲದೆ ಮರುಪಾವತಿಸುತ್ತೇವೆ.

ಸ್ವೀಕರಿಸುವವರ ಸಹಿ ಮತ್ತು ಕಚೇರಿ ಮುದ್ರೆ