

1. ಪ್ರಸ್ತಾವಕರ ವಿವರಗಳು:

ಶೀರ್ಷಿಕೆ	ಹೆಸರು		
DOB	D M M Y Y	ಲಿಂಗ:	ಗಂಡು ಹೆಣ್ಣು ಇತರ
ಪ್ರಸ್ತುತ ವಿಳಾಸ			
ಹೆಸರು	ನಗರ		
ಜಿಲ್ಲೆ	ರಾಜ್ಯ	ವೈಯಕ್ತಿಕ ಗುರುತಿನ ಸಂಖ್ಯೆ	
ಲ್ಯಾಂಡ್ ಲೈನ್ ಸಂಖ್ಯೆ	ಮೊಬೈಲ್ ಸಂಖ್ಯೆ		
ಇಮೇಲ್ ಐಡಿ	ಪರ್ಯಾಯ ಸಂಖ್ಯೆ		
CKYC ಸಂಖ್ಯೆ (ಐಚ್ಛಿಕ):	ಪ್ಯಾನ್ ಸಂಖ್ಯೆ		
ವಾರ್ಷಿಕ ಆದಾಯ (ರೂ.)			
ಉದ್ಯೋಗ	ಸಂಬಳ ಪಡೆಯುವವರು ಸ್ವಯಂ ಉದ್ಯೋಗಿ ವಿದ್ಯಾರ್ಥಿ ಗೃಹಿಣಿ ಇತರ, ದಯವಿಟ್ಟು ನಿರ್ದಿಷ್ಟಪಡಿಸಿ		
ಪಾವತಿಸಿದ ಪ್ರೀಮಿಯಂ	ಪ್ರಸ್ತಾವಕನೊಂದಿಗಿನ ಸಂಬಂಧ(ಬದಲಾಯಿಸಿ)		

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

ನೀವು ಅಥವಾ ಪ್ರಸ್ತಾವಕರ ಅರ್ಜಿದಾರರಲ್ಲಿ ಯಾರಾದರೂ PEPH ಆಗಿದ್ದೀರಾ? ಹೌದು ಇಲ್ಲ.
 #Politically ಬಹಿರಂಗಪಡಿಸಿದ ವ್ಯಕ್ತಿಗಳು (ಪಿಇಪಿ) ಎಂದರೆ ಪ್ರಮುಖ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಕಾರ್ಯಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿರುವ ಅಥವಾ ವಹಿಸಲಾದ ವ್ಯಕ್ತಿಗಳು, ಅಂದರೆ ಕೇಂದ್ರ ಅಥವಾ ರಾಜ್ಯ ಸರ್ಕಾರದ ಮುಖ್ಯಸ್ಥರು/ಮಂತ್ರಿಗಳು, ಹಿರಿಯ ರಾಜಕಾರಣಿಗಳು, ಹಿರಿಯ ಸರ್ಕಾರ, ನ್ಯಾಯಾಂಗ ಅಥವಾ ಮಿಲಿಟರಿ ಅಧಿಕಾರಿಗಳು, ಸರ್ಕಾರ ಕಂಪನಿಗಳ ಹಿರಿಯ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಾಹಕರು, ಪ್ರಕೃತ ಪ್ರಮುಖ ಅಧಿಕಾರಿಗಳು. (ನೀವು ಪಿಇಪಿ ವಿರುದ್ಧ ಟೀಕೆ ಮಾಡಿದ್ದರೆ, ದಯವಿಟ್ಟು ಪ್ರತ್ಯೇಕ ಪಿಇಪಿ ಪ್ರಶ್ನಾವಳಿಯನ್ನು ಭರ್ತಿ ಮಾಡಿ)

ಪಾಲಿಸಿ ಕಿಟ್ ನ ಭೌತಿಕ ಪ್ರತಿಯನ್ನು ನೀವು ಬಯಸುವಿರಾ: ಹೌದು ಇಲ್ಲ.

ಬ್ಯಾಂಕ್ ವಿವರಗಳು:

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

ಎಲೆಕ್ಟ್ರಾನಿಕ್ ವಿಮಾ ಖಾತೆಯ ವಿವರಗಳು (ಇಎಎ)

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

ಇಲ್ಲ, ನಾನು ಇ-ವಿಮಾ ಖಾತೆಯನ್ನು ಹೊಂದಿಲ್ಲ ಮತ್ತು ಒಂದನ್ನು ತೆರೆಯಲು ಬಯಸುವುದಿಲ್ಲ. ಹೌದು, ಈ ಪಾಲಿಸಿಯನ್ನು ನನ್ನ ಇ-ಇನ್ಶೂರೆನ್ಸ್ ಖಾತೆಗೆ ಕ್ರೆಡಿಟ್ ಮಾಡಿ

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

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

1. NSDL 2. CIL 3. ಕಾರ್ವಿ 4. ಕ್ಯಾಮ್ಸ್ (ದಯವಿಟ್ಟು ಯಾವುದಾದರೂ ಒಂದನ್ನು ಆಯ್ಕೆ ಮಾಡಿ)

ಅಥವಾ

ನಾನುಂಚಿತವಾಗಿ ಖಾತೆಯನ್ನು ತೆರೆದಿದ್ದೇನೆ ಮತ್ತು ಅದನ್ನು ಪರಿಶೀಲಿಸಿ ನನ್ನ ಇ-ಇನ್ಶೂರೆನ್ಸ್ ಖಾತೆಗೆ ಕ್ರೆಡಿಟ್ ಮಾಡಿ

2. ವ್ಯಾಪ್ತಿಯ ಆಯ್ಕೆ:

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

ದಯವಿಟ್ಟು ಸಂಬಂಧಿತ ವೆಬ್‌ಸೈಟ್‌ಗಳನ್ನು ಟಿಪ್ ಮಾಡಿ:

ಮೂಲ ವ್ಯಾಪ್ತಿ: 1A 1A+1C 1A+2C 1A+3C 1A+4C 2A 2A+1C 2A+2C 2A+3C 2A+4C

ಆಯ್ಕೆಮಾಡಿದ ಯೋಜನೆ: ಕ್ಲಾಸಿಕ್ ಯೋಜನೆ ವರ್ಧಿತ ಯೋಜನೆ

ವಿಮಾ ಮೊತ್ತ: (ರೂ.) ೨ ಸರೋವರಗಳು ೪ ಸರೋವರಗಳು ೫ ಸರೋವರಗಳು 7.5 ಸರೋವರ 10 ಸರೋವರ 15 ಸರೋವರ 20 ಸರೋವರ 25 ಸರೋವರ

ನೀತಿ ಅವಧಿ: 1 ವರ್ಷ 2 ವರ್ಷಗಳು 3 ವರ್ಷಗಳು

ಉತ್ಪನ್ನದ ಅಡಿಯಲ್ಲಿ ಐಚ್ಛಿಕ ವ್ಯಾಪ್ತಿ:

a. ವೈಯಕ್ತಿಕ ಅಪಘಾತ ವಿಮೆ: ಹೌದು ಇಲ್ಲ.

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

ವಿಮಾನ ಅಥವಾ ಸಮುದ್ರಕ್ಕೆ ಹೋಗುವ ಹಡಗಿನಲ್ಲಿ ಸಿಬ್ಬಂದಿಯಾಗಿ ಕೆಲಸ ಮಾಡುವುದು, ಭೂಗತ ಗಣಿಗಾರಿಕೆ ಅಥವಾ ಸುರಂಗ, ಸಶಸ್ತ್ರ ಪಡೆಗಳು ಅಥವಾ ಭದ್ರತಾ ಪಡೆಗಳು, ಯಾವುದೇ ಸಾಹಸ ಕ್ರೀಡೆಗಳಲ್ಲಿ (ಮೋಟಾರು ವೇಗದ ಸ್ಪರ್ಧೆಗಳು ಸೇರಿದಂತೆ) ಭಾಗವಹಿಸುವುದಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಉದ್ಯೋಗ ಅಥವಾ ಉದ್ಯೋಗದಲ್ಲಿ ಒಳಗೊಂಡಿರುವ ಈ ಐಚ್ಛಿಕ ಪ್ರಯೋಜನದ ಅಡಿಯಲ್ಲಿ

ಜೀವನಗಳನ್ನು ಒಳಗೊಳ್ಳಬೇಕೇ? ಹೌದು ಇಲ್ಲ.

b. ಗಂಭೀರ ಅನಾರೋಗ್ಯದ ರಕ್ಷಣೆ: ಹೌದು ಇಲ್ಲ.

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

c. ಇ-ಸಮಾಲೋಚನೆ: ಹೌದು ಇಲ್ಲ.

d. ಸುರಕ್ಷತಾ (ರೈಡರ್): ಹೌದು ಇಲ್ಲ.

e. ಆಸ್ತಿ ನಗದು: ಹೌದು ಇಲ್ಲ. (5 ಲಕ್ಷ ಮತ್ತು ಅದಕ್ಕಿಂತ ಕಡಿಮೆ ವಿಮಾ ಮೊತ್ತಕ್ಕೆ, ದೈನಂದಿನ ನಗದು ಪ್ರಯೋಜನವು ದಿನಕ್ಕೆ ರೂ.1,000 ಮತ್ತು 5 ಲಕ್ಷಕ್ಕಿಂತ ಹೆಚ್ಚಿನ ವಿಮಾ ಮೊತ್ತಕ್ಕೆ ದಿನಕ್ಕೆ ರೂ.2,000)

f. ವರ್ಧಿತ ನೋ ಕ್ಲೇಮ್ ಬೋನಸ್: ಹೌದು ಇಲ್ಲ.

g. ವರ್ಧಿತ ಮರುಭರ್ತಿ ಪ್ರಯೋಜನ: ಹೌದು ಇಲ್ಲ.

3. ವಿಮೆಗಾಗಿ ಅರ್ಜಿದಾರರ ವಿವರಗಳು:

ವಯಸ್ಕ 1

ಹೆಸರು

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

ಸೊಂಟದ ಸುತ್ತಳತೆ (ಇಂಚು) ಹುಟ್ಟಿದ ದಿನ ಭಾರತೀಯರಲ್ಲದಿದ್ದರೆ ದಯವಿಟ್ಟು ಟಿಪ್ ಮಾಡಿ

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

ವಯಸ್ಕ 2

ಹೆಸರು

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

ಸೊಂಟದ ಸುತ್ತಳತೆ (ಇಂಚು) ಹುಟ್ಟಿದ ದಿನ ಭಾರತೀಯರಲ್ಲದಿದ್ದರೆ ದಯವಿಟ್ಟು ಟಿಪ್ ಮಾಡಿ

ಸಂಬಂಧ: ವಯಸ್ಕರ ಸಂಗಾತಿ 1 ಭಾರತೀಯರಲ್ಲದಿದ್ದರೆ ದಯವಿಟ್ಟು ಟಿಪ್ ಮಾಡಿ

ಮಗು 1

ಹೆಸರು

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

ಸೊಂಟದ ಸುತ್ತಳತೆ (ಇಂಚು) ಹುಟ್ಟಿದ ದಿನ ಭಾರತೀಯರಲ್ಲದಿದ್ದರೆ ದಯವಿಟ್ಟು ಟಿಪ್ ಮಾಡಿ

ಸಂಬಂಧ: ವಯಸ್ಕರ ಮಗ 1 ವಯಸ್ಕ 1 ರ ಮಗಳು ಭಾರತೀಯರಲ್ಲದಿದ್ದರೆ ದಯವಿಟ್ಟು ಟಿಪ್ ಮಾಡಿ

ಮಗು 2

ಹೆಸರು

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

ಸೊಂಟದ ಸುತ್ತಳತೆ (ಇಂಚು) ಹುಟ್ಟಿದ ದಿನ ಭಾರತೀಯರಲ್ಲದಿದ್ದರೆ ದಯವಿಟ್ಟು ಟಿಪ್ ಮಾಡಿ

ಸಂಬಂಧ: ವಯಸ್ಕರ ಮಗ 1 ವಯಸ್ಕ 1 ರ ಮಗಳು ಭಾರತೀಯರಲ್ಲದಿದ್ದರೆ ದಯವಿಟ್ಟು ಟಿಪ್ ಮಾಡಿ

ಮುಖ್ಯ 3

ಹೆಸರು: _____

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

ಸೊಂಟದ ಸುತ್ತಳತೆ: _____ (ಇಂಚು) ಹುಟ್ಟಿದ ದಿನ: _____

ಸಂಬಂಧ: ವಯಸ್ಕರ ಮಗ 1 _____ ವಯಸ್ಕ 1 ರ ಮಗಳು _____ ಭಾರತೀಯರಲ್ಲದಿದ್ದರೆ ದಯವಿಟ್ಟು ಟಿಪ್ಪಣಿ ಮಾಡಿ _____

ಮುಖ್ಯ 4

ಹೆಸರು: _____

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

ಸೊಂಟದ ಸುತ್ತಳತೆ: _____ (ಇಂಚು) ಹುಟ್ಟಿದ ದಿನ: _____

ಸಂಬಂಧ: ವಯಸ್ಕರ ಮಗ 1 _____ ವಯಸ್ಕ 1 ರ ಮಗಳು _____ ಭಾರತೀಯರಲ್ಲದಿದ್ದರೆ ದಯವಿಟ್ಟು ಟಿಪ್ಪಣಿ ಮಾಡಿ _____

4. ನಾಮನಿರ್ದೇಶನ

ಪ್ರಸ್ತಾಪನ 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 ವರ್ಷಕ್ಕಿಂತ ಕಡಿಮೆ ವಯಸ್ಸಿನವರಾಗಿದ್ದರೆ)

ನಾಮನಿರ್ದೇಶಿತರ ಬ್ಯಾಂಕ್ ವಿವರಗಳು: _____ ಫಲಾನುಭವಿ 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 ಎ: ದಯವಿಟ್ಟು ವೈದ್ಯಕೀಯ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಹಂಚಿಕೊಳ್ಳಿ.	ಅರ್ಜಿದಾರರ ಸಂಖ್ಯೆ					
	A1	A2	C1	C2	C3	C4
ದಯವಿಟ್ಟು ಪ್ರತಿ ಅರ್ಜಿದಾರರಿಗೆ ಈ ಕೆಳಗಿನ ಪ್ರಶ್ನೆಗಳಿಗೆ ಉತ್ತರಿಸಿ. ದಯವಿಟ್ಟು ಹೌದು (Y) ಅಥವಾ ಇಲ್ಲ (N) ಎಂದು ವ್ಯಕ್ತಪಡಿಸಿ. 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. ಧೈರಿಯ ಪೂರೈಕೆ, ಲಿಪಿಡ್ ಪೂರೈಕೆ, ಟ್ರೆಡ್ ಮಿಲ್ ಪರೀಕ್ಷೆ, ಆಂಜಿಯೋಗ್ರಫಿ, ಎಕೋಕಾರ್ಡಿಯೋಗ್ರಫಿ, ಎಂಡೋಸ್ಕೋಪಿ, ಅಲ್ಟ್ರಾಸೌಂಡ್, ಸಿಟಿ ಸ್ಕ್ಯಾನ್, ಎಂಆರ್ ಐ, ಬಯಾಪಿ ಮತ್ತು ಎಫ್ ಎನ್ ಎಸಿಯಂತಹ ಯಾವುದೇ ರೋಗನಿರ್ಣಯ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳು ಅಥವಾ ತನಿಖೆಗಳಿಗೆ ನೀವು ಎಂದಾದರೂ ಪ್ರತಿರೋಧಿಸಿ ಅಥವಾ ತಡೆಗಟ್ಟಿದೀರಾ?	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

ವಿಭಾಗ ಬಿ: (ಅರ್ಜಿದಾರರು ತೆಂಬಾಕು / ಗುಟಾ / ಪಾನ್ ಮಸಾಲಾ ಅಥವಾ ಅಲ್ಯೂರ್ಜಿಕ್ ಸೇದಿದರೆ ಅಥವಾ ಸೇವಿಸಿದರೆ ಮಾತ್ರ ದಯವಿಟ್ಟು ಈ ವಿಭಾಗವನ್ನು ಭರ್ತಿ	ಅರ್ಜಿದಾರರ ಸಂಖ್ಯೆ					
	A1	A2	C1	C2	C3	C4
i. ಜಗಿಯಬಹುದಾದ ತೆಂಬಾಕು/ಗುಟಾ/ಪಾನ್ ಮಸಾಲಾ - ದಯವಿಟ್ಟು ದಿನಕ್ಕೆ ಫೋಟ್ ಗಳ ಸಂಖ್ಯೆಯನ್ನು ನಿರ್ದಿಷ್ಟಪಡಿಸಿ						
ii. ಅಲ್ಯೂರ್ಜಿಕ್ - ದಯವಿಟ್ಟು ವಾರಕ್ಕೆ ಮಿಲಿ ಮತ್ತು / ಅಥವಾ ದೈನಂದಿನ ಕುಡುಕರನ್ನು ನಿರ್ದಿಷ್ಟಪಡಿಸಿ	<input type="checkbox"/> ಪ್ರತಿದಿನ ಕುಡಿಯುವವರು	<input type="checkbox"/> ಪ್ರತಿದಿನ ಕುಡಿಯುವವರು	<input type="checkbox"/> ಪ್ರತಿದಿನ ಕುಡಿಯುವವರು	<input type="checkbox"/> ಪ್ರತಿದಿನ ಕುಡಿಯುವವರು	<input type="checkbox"/> ಪ್ರತಿದಿನ ಕುಡಿಯುವವರು	<input type="checkbox"/> ಪ್ರತಿದಿನ ಕುಡಿಯುವವರು
iii. ಸಿಗರೇಟುಗಳು/ಬೀಡಿ/ಸಿಗಾರ್ - ದಯವಿಟ್ಟು ದಿನಕ್ಕೆ 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/ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಒಳಗಾದ ವಿವರಗಳು				ಔಷಧೋಪಚಾರ(ಗಳು)	ಡೋಸೇಜ್	ಪ್ರಸ್ತುತ ಸ್ಥಿತಿ (ಉದಾ. ಸಂಪೂರ್ಣ / ಭಾಗಶಃ ಚೇತರಿತ ಅಥವಾ ನಡೆಯುತ್ತಿರುವ)	ಚಿಕಿತ್ಸೆ ನೀಡುವ ವೈದ್ಯಕರ ಹೆಸರು ಮತ್ತು ಸಂವರ್ಕ	ಮಧುಮೇಹವಿದ್ದರ ಲಗತ್ತಿಸಲಾದ ದಾಖಲೆಗಳು (ಹೌದು/ಇಲ್ಲ)	
	ಡಯಾಬಿಟಿಸ್ HbA1c ಮಟ್ಟ	ಅಧಿಕ ರಕ್ತದೊತ್ತಡ ಬಿಡಿ ಮಟ್ಟ		ಯಾವುದೇ ಇತರ ವಿವರಗಳು						ಪ್ರಾರಂಭ ದಿನಾಂಕ (DD/MM/YYYY)
		ಸಿಸ್ಟೋಲಿಕ್	ಡಯಾಸ್ಟೋಲಿಕ್							

6. ಹಿಂದಿನ ಪ್ರಸ್ತಾವನೆಗಳು

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

7. ವಿದ್ಯುನ್ಮಾನ ನೀತಿ ನೆರವೇರಿಕೆ ಮತ್ತು ಸೇವಾ ಸಂವಹನಗಳಿಗೆ ಅಧಿಕಾರ

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

ಹೌದು ಇಲ್ಲ

8. ಘೋಷಣೆ (ಪ್ರಸ್ತಾವನೆ ನಮೂನೆಯ 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 ಎಲ್ಲಾ 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 ಆರೋಗ್ಯದಲ್ಲಿದ್ದ, 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 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 ಪ್ರಸ್ತಾವಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಹಂಚಿಕೊಳ್ಳಲು ನಾನು ಕಂಪನಿಗೆ ಅಧಿಕಾರ ನೀಡುತ್ತೇನೆ.
- ಸೇವಾ ವಿತರಣೆಯ ಏಕೈಕ ಉದ್ದೇಶಕ್ಕಾಗಿ ವಿಮಾದಾರ / ಪ್ರಸ್ತಾವಕರ ವೈದ್ಯಕೀಯ ದಾಖಲೆಗಳು ಸೇರಿದಂತೆ ನನ್ನ / ನಮ್ಮ ಪ್ರಸ್ತಾವಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ನಮ್ಮ ಎಂಪ್ಲೋಯ್ ಪ್ರೊವೈಡರ್‌ನೊಂದಿಗೆ ಹಂಚಿಕೊಳ್ಳಲು ನಾನು/ನಾವು ಕಂಪನಿಗೆ ಅಧಿಕಾರ ನೀಡುತ್ತೇವೆ.

ದಿನಾಂಕ ಸ್ಥಳ ಪ್ರಸ್ತಾವಕರ ಸಹಿ

9. ದತ್ತಿಯ ಘೋಷಣೆ

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

ಸಾಕ್ಷಿಯ ಹೆಸರು ಸಾಕ್ಷಿಯ ಸಹಿ ಪ್ರಸ್ತಾವಕರ ಸಹಿ

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 ಮೇರೆಗೆ ಭರ್ತಿ ಮಾಡಿದ್ದಾರೆ ಮತ್ತು ಅದು ಸರಿಯಾಗಿದೆ ಎಂದು ನಾನು ಕಂಡುಕೊಂಡಿದ್ದೇನೆ.

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

ಬ್ಯಾಂಕ್ ಹೆಸರು/ಶಾಖೆ

ನಿವಾ ಬೂಪಾ ಶಾಖೆಯ ಸ್ಥಳ

ಕೋಡ್ ಸಂಖ್ಯೆ

ವ್ಯವಹಾರ ಮೂಲ:

ಸಲಹೆಗಾರ / ಡಿಎಸ್ ಟಿ / ಕಾರ್ಪೊರೇಟ್ ಏಜೆನ್ಸಿ / ಇತರ ಚಾನೆಲ್ ಗಳು

ಕೋಡ್ ಸಂಖ್ಯೆ

ಹೆಸರು

ಸ್ಟ್ರೀಕರಿನ 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 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 ಬುದ್ಧಿವಂತಿಕೆಯನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದಾರೆಯೇ? ಹೌದು ಇಲ್ಲ

5. ಪ್ರಸ್ತಾವಿತ ಪಾಲಿಸಿಯ ನಿಯಮಗಳು, ನವೀಕರಣದ ಷರತ್ತುಗಳು, ಹೊರಗಡುವಿಕೆಗಳು, ಪಾಲಿಸಿಯ ಕಾಯುವ ಅವಧಿಗಳನ್ನು ನೀವು ವಿವರಿಸಿದ್ದೀರಾ ಮತ್ತು ಪ್ರಸ್ತಾಪಕರು ವೈಯಕ್ತಿಕವಾಗಿ ಆರೋಗ್ಯ ಘೋಷಣೆಯನ್ನು ಹೌದು ಇಲ್ಲ

6. ಪ್ರತಿ ಅಪಾಯ ಸೇರಿದಂತೆ ಎಲ್ಲಾ ಅಂಶಗಳನ್ನು ಪರಿಗಣಿಸಿ ಈ ಪ್ರಸ್ತಾಪನೆಯನ್ನು ಸ್ವೀಕರಿಸಲು ನೀವು ತೀರ್ಮಾನ ಮಾಡುತ್ತೀರಾ? ಹೌದು ಇಲ್ಲ

7. ನೀವು ನಿಷ್ಪಕ್ಷಪಾತವಾಗಿ ಪ್ರಸ್ತಾಪಕನಿಗೆ ಸಲಹೆ ನೀಡಿದ್ದೀರಾ ಮತ್ತು ಪ್ರಸ್ತಾಪಕನಿಗೆ ಅವನ / ಅವಳ ಅಸ್ತಿತ್ವ ಅನುಗುಣವಾಗಿ ಅತ್ಯುತ್ತಮ ಕೆವರ್ 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 ಅಸ್ತಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಯಾವುದೇ ರೀತಿಯ ಅಪಾಯಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ, ಪಾವತಿಸಬೇಕಾದ ಕೆಮಿಷನ್ 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, ಅಥವಾ ಅನುಮತಿಸುವುದಿಲ್ಲ, ವಿಮಾದಾರರ ಪ್ರಕಟಿತ ಪ್ರಾಸ್ಪೆಕ್ಟಸ್ 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.

15. ಅಭಾ ID

ಸದಸ್ಯರ ಹೆಸರು	ನಿಮ್ಮ ಬಳಿ ಅಭಾ ಐಡಿ ಇದೆಯೇ?	ಅಭಾ ID	ವಿವಿಧವಾದ ಮೂಲಕ ವಿಮಾದಾರರು/ಟೆಲಿವಿಗಳೊಂದಿಗೆ ವ್ಯವಹಾರಿಸಿದ ದಾಖಲೆಗಳನ್ನು ಹಂಚಿಕೊಳ್ಳಲು	
			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="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="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="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="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="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="checkbox"/> ಹೌದು <input type="checkbox"/> ಇಲ್ಲ

16. ಕ್ಲೈಮ್ ಗಳ ಮರುಪಾವತಿ ಮತ್ತು ಪಾವತಿಯ ವಿವರಗಳು

ಪಾವತಿ 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) (ಐಆರ್ಡಿಎಫ ನೋಂದಣಿ ಸಂಖ್ಯೆ 145). 'ಬುಪಾ' ಮತ್ತು 'ಕಾರ್ಡ್ ಬಿಟ್' 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. ಸಿಐಎನ್: U66000DL2008PLC182918. ನಿಯಮಗಳು ಮತ್ತು ಷರತ್ತುಗಳು, ಹೊರಗಡುವಿಕೆಗಳು, ಅಪಾಯದ ಅಂಶಗಳು, ಕಾಯುವ ಅವಧಿ ಮತ್ತು ಪ್ರಯೋಜನಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ವಿವರಗಳಿಗಾಗಿ, ಮಾರಾಟವನ್ನು ಮುಕ್ತಾಯಗೊಳಿಸುವ ಮೊದಲು ದಯವಿಟ್ಟು ಮಾರಾಟ ಬ್ರೋಷರ್ ಅನ್ನು ಎಚ್ಚರಿಕೆಯಿಂದ ಓದಿ.

ಈ ಡಾಕ್ಯುಮೆಂಟ್ ಅನ್ನು ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಸುರಕ್ಷಿತವಾಗಿಡಲು ಉದ್ದೇಶಿಸಲಾಗಿದೆ

ಹೆಲ್ತ್ ಪಲ್ಸ್

ಕೀ ಫೀಚರ್ ಡಾಕ್ಯುಮೆಂಟ್ (KFD)

ನಿವಾ ಬೂಟಾ 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.

ಹೆಲ್ತ್ ಪಲ್ಸ್ ನಿಮಗೆ ಮತ್ತು ನಿಮ್ಮ ಕುಟುಂಬಕ್ಕೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ಮೌಲ್ಯವನ್ನು ನೀಡುವ ವ್ಯಾಪಕ ಶ್ರೇಣಿಯ ಪ್ರಯೋಜನಗಳನ್ನು ನಿಮಗೆ ಒದಗಿಸುತ್ತದೆ. ಈ ಪ್ರಯೋಜನಗಳಲ್ಲಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆ ದಾಖಲಾಗುವ ವ್ಯಾಪ್ತಿ, ವಾರ್ಷಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ತಪಾಸಣೆ, ಡೇ ಕೇರ್ ಮತ್ತು ಪ್ರಯಾಣ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಳ ಸೇರಿವೆ. ವೈಯಕ್ತಿಕ ಅಪಘಾತ ವಿಮೆ, ಗಂಭೀರ ಅನಾರೋಗ್ಯದ ರಕ್ಷಣೆ, ವರ್ಧಿತ ರೀಫೀಲ್ ಪ್ರಯೋಜನ, ಇ-ಸಮಾಲೋಚನೆ, ವರ್ಧಿತ ನೋ ಕ್ಲೈಮ್ ಬೋನಸ್ ಮತ್ತು ಆಸ್ಪತ್ರೆಯ ನಗದು ಮುಂತಾದ ಐಚ್ಛಿಕ ಪ್ರಯೋಜನಗಳೊಂದಿಗೆ ನಿಮ್ಮ ಕವರೇಜ್ ಅನ್ನು ಹೆಚ್ಚಿಸಬಹುದು.

ಪಾಲಿಸಿ ಒಪ್ಪಂದದಲ್ಲಿ ನಿರ್ದಿಷ್ಟಪಡಿಸಿದಂತೆ ಕೆಲವು ಮಿತಿಗಳು ಮತ್ತು ವಿನಾಯಿತಿಗಳಿಗೆ ಒಳಪಟ್ಟು ನಿಮ್ಮ ಪಾಲಿಸಿಯ ಈ ಕೆಳಗಿನ ಅಂತರ್ನಿರ್ಮಿತ ಪ್ರಯೋಜನಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿದೆ:

- ಕೊರಡಿ ಬಾಡಿಗೆ ಮತ್ತು ಐಸಿಯ ಶುಲ್ಕಗಳು ಸೇರಿದಂತೆ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಲ್ಲಿ ಒಳರೋಗಿಗಳ ಆರೈಕೆ
- ಕೊರಡಿ ಬಾಡಿಗೆ / ವರ್ಗ: - 3 ಲಕ್ಷ ಅಥವಾ 4 ಲಕ್ಷ ರೂ.ಗಳ ವಿಮಾ ಮೊತ್ತಕ್ಕೆ - ದಿನಕ್ಕೆ ಮೂಲ ವಿಮಾ ಮೊತ್ತದ 1% ವರೆಗೆ ಅಥವಾ ಸಿಂಗಲ್ ಖಾಸಗಿ ಕೋಣೆಯಲ್ಲಿ ಯಾವುದು ಕಡಿಮೆಯೋ ಅದು. ಐಸಿಯ ಶುಲ್ಕಗಳು ದಿನಕ್ಕೆ ಮೂಲ ವಿಮಾ ಮೊತ್ತದ 2% ವರೆಗೆ ಒಳಗೊಳ್ಳುತ್ತವೆ
- 5 ಲಕ್ಷ ಮತ್ತು ಅದಕ್ಕಿಂತ ಹೆಚ್ಚಿನ ವಿಮಾ ಮೊತ್ತಕ್ಕೆ - ಒಂದೇ ಖಾಸಗಿ ಕೋಣೆ. ಐಸಿಯ ಶುಲ್ಕಗಳು ವಿಮಾ ಮೊತ್ತದವರೆಗೆ ಒಳಗೊಳ್ಳುತ್ತವೆ
- ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ದಾಖಲಾಗುವ ಮೊದಲು ಮತ್ತು ನಂತರದ ವೆಚ್ಚಗಳು ಕ್ರಮವಾಗಿ 30 ಮತ್ತು 60 ದಿನಗಳು
- ಪ್ರಯಾಣ ಚಿಕಿತ್ಸೆ,
- ಡೇ ಕೇರ್ ಚಿಕಿತ್ಸೆ,
- ಜೀವಂತ ಅಂಗಾಂಗ ಕಸಿ
- ಡೊಮಿಸಿಲಿಯರಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ದಾಖಲು
- ತುರ್ತು ಗ್ರಾಂಡ್ ಅಂಬುಲೆನ್ಸ್
- ಪಾಲಿಸಿ ವರ್ಷದಲ್ಲಿ, ವಿವಿಧ ಕಾಯಿಲೆಗಳು / ಷರತ್ತುಗಳಿಗೆ ಅಥವಾ ಪಾಲಿಸಿಯ ಅಡಿಯಲ್ಲಿ ಬರುವ ಇತರ ವಿಮಾ ಸದಸ್ಯರಿಗೆ ಮಾಡಿದ ಕ್ಲೈಮ್ ಗಳಿಂದಾಗಿ ವಿಮಾ ಮೊತ್ತವು ಖಾಲಿಯಾದರೆ 100% ಮೂಲ ವಿಮಾ ಮೊತ್ತದವರೆಗೆ ರೀಫೀಲ್ ಪ್ರಯೋಜನ
- 2ನೇ ಪಾಲಿಸಿ ವರ್ಷದಿಂದ ವಾರ್ಷಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ತಪಾಸಣಾ ಪ್ಯಾಕೇಜ್ ಅಭ್ಯಾಸ
- ಫಾರ್ಮಸಿ ಮತ್ತು ಡಯಾಗ್ನೋಸ್ಟಿಕ್ ಬುಕಿಂಗ್ ಸೇವೆಗಳು
- ಯಾವುದೇ ಕ್ಲೈಮ್ ಬೋನಸ್ ಇಲ್ಲ: ಪ್ರತಿ ಕ್ಲೈಮ್ ಮುಕ್ತ ವರ್ಷದಲ್ಲಿ, ನವೀಕರಣದ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಮುಕ್ತಾಯಗೊಳ್ಳುವ ಮೂಲ ವಿಮಾ ಮೊತ್ತದ 10% ಹೆಚ್ಚಳ, ಮೂಲ ವಿಮಾ ಮೊತ್ತದ ಗರಿಷ್ಠ 100% ಗೆ ಒಳಪಟ್ಟಿರುತ್ತದೆ. ಕ್ಲೈಮ್ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ನೋ ಕ್ಲೈಮ್ ಬೋನಸ್ ನಲ್ಲಿ ಯಾವುದೇ ಕಡಿತ ಇರುವುದಿಲ್ಲ.
- ಮಾನಕ ಅಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ಒಳರೋಗಿ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ತಗಲುವ ವೆಚ್ಚಗಳು ಪಾಲಿಸಿ ಒಪ್ಪಂದದಲ್ಲಿ ನಿರ್ದಿಷ್ಟಪಡಿಸಿದಂತೆ ನಿರ್ದಿಷ್ಟ ಪರಿಮಿತಿಗಳಿಗೆ ಉಪ-ಮಿತಿಗೆ ಒಳಪಟ್ಟು ಪಾಲಿಸಿಯ ಅಡಿಯಲ್ಲಿ ಒಳಗೊಳ್ಳುತ್ತವೆ
- ಎಚ್‌ಐವಿ / ಐಡ್ಸ್‌ನಿಂದ ಉಂಟಾಗುವ ಅಥವಾ ಅದಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಸ್ಥಿತಿಯಿಂದಾಗಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ದಾಖಲಾಗಲು (ಡೇ ಕೇರ್ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಸೇರಿದಂತೆ) ಮಾಡಿದ ವೆಚ್ಚಗಳು ಪಾಲಿಸಿ ಒಪ್ಪಂದದಲ್ಲಿ ನಿರ್ದಿಷ್ಟಪಡಿಸಿದಂತೆ ಉಪ-ಮಿತಿಗೆ ಒಳಪಟ್ಟು ಪಾಲಿಸಿಯ ಅಡಿಯಲ್ಲಿ ಬರುತ್ತವೆ. ಈ ಪ್ರಯೋಜನವನ್ನು ನಮ್ಮೊಂದಿಗೆ ಕವರ್ ಪ್ರಾರಂಭವಾದಾಗಿನಿಂದ 48 ತಿಂಗಳ ಕಾಯುವ ಅವಧಿಗೆ ಒಳಪಟ್ಟು ಒದಗಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ, ಎಚ್‌ಐವಿ / ಐಡ್ಸ್ ಅನ್ನು ಪ್ರಯೋಜನವಾಗಿ ಒಳಗೊಳ್ಳಲಾಗುತ್ತದೆ
- ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಯೋಜನೆಯಡಿ, ಮುಂಚೆ (ನವೀ, ಮುಂಚೆ ಮತ್ತು ಫಾಣಿ ಸೇರಿದಂತೆ), ದೆಹಲಿ ಎನ್‌ಸಿಆರ್, ಕೋಲ್ಕತಾ ಮತ್ತು ಗುಜರಾತ್ ರಾಜ್ಯದಲ್ಲಿ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಾಗಿ 20% ಸಹ-ಪಾವತಿ ಅನ್ವಯಿಸುತ್ತದೆ
- ಮಿತಿಗಳಿಗೆ ಒಳಪಟ್ಟು ಅಧುನಿಕ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಳನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿದೆ

ನಿಮ್ಮ ಪಾಲಿಸಿ ಒಪ್ಪಂದದಲ್ಲಿ ನಿರ್ದಿಷ್ಟಪಡಿಸಿದಂತೆ ಕೆಲವು ಮಿತಿಗಳು ಮತ್ತು ವಿನಾಯಿತಿಗಳಿಗೆ ಒಳಪಟ್ಟು ಈ ಕೆಳಗಿನ ಐಚ್ಛಿಕ ಪ್ರಯೋಜನಗಳೊಂದಿಗೆ ನಿಮ್ಮ ಪಾಲಿಸಿಯನ್ನು ನೀವು ಗ್ರಾಹಕಿಯಾಗೊಳಿಸಬಹುದು:

- ಆಕಸ್ಮಿಕ ಸಾವು, ಶಾಶ್ವತ ಸಂಪೂರ್ಣ ಮತ್ತು ಭಾಗಶಃ ಅಂಗವೈಕಲ್ಯದ ವಿರುದ್ಧ ವೈಯಕ್ತಿಕ ಅಪಘಾತ ರಕ್ಷಣೆ
- 20 ಪ್ರಮುಖ ಗಂಭೀರ ಕಾಯಿಲೆಗಳಿಗೆ ಗಂಭೀರ ಕಾಯಿಲೆಗಳ ರಕ್ಷಣೆ
- ಅನಿಯಮಿತ ಟೆಲಿ / ಆನ್ ಲೈನ್ ಸಮಾಲೋಚನೆಗಳು
- ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ದಾಖಲಾದ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ, ದೈನಂದಿನ ಆಸ್ಪತ್ರೆ ನಗದು ಪ್ರಯೋಜನ
- ನವೀಕರಣದ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಅವಧಿ ಮುಗಿಯುವ ಮೂಲ ವಿಮಾ ಮೊತ್ತದ 20% ನಷ್ಟು ಕ್ಲೈಮ್ ಬೋನಸ್ ಅನ್ನು ಹೆಚ್ಚಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ, ಇದು ಮೂಲ ವಿಮಾ ಮೊತ್ತದ ಗರಿಷ್ಠ 200% ಗೆ ಒಳಪಟ್ಟಿರುತ್ತದೆ.
- ಮೂಲ ವಿಮಾ ಮೊತ್ತದ 150% ವರೆಗೆ ವರ್ಧಿತ ಮರು-ಫರ್ತಿ ಪ್ರಯೋಜನ

ಐಚ್ಛಿಕ ಪ್ರಯೋಜನಗಳಿಗಾಗಿ ಹೆಚ್ಚುವರಿ ವಾರ್ಷಿಕ ಪ್ರೀಮಿಯಂ ಅನ್ನು ವಿಧಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ ಎಂಬುದನ್ನು ದಯವಿಟ್ಟು ಗಮನಿಸಿ

ಕಂಪನಿಯಿಂದ ಸ್ವೀಕೃತಿ

ಅಪ್ಪಿಕೇಶನ ಸಂಖ್ಯೆ: _____ ದಿನಾಂಕ _____

ನಿಮ್ಮ ಪ್ರಸ್ತಾವನೆ ಮತ್ತು ಮೊತ್ತವನ್ನು ಚೆಕ್ / ಡಿಮಾಂಡ್ ಡ್ರಾಫ್ಟ್ / ಇತರ 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 ಪ್ರಸ್ತಾವನೆಯನ್ನು ಸ್ವೀಕರಿಸಿದರೆ, ಅದು ಪಾಲಿಸಿಯ ನಿಯಮಗಳು ಮತ್ತು ಷರತ್ತುಗಳಿಗೆ ಒಳಪಟ್ಟಿರುತ್ತದೆ ಮತ್ತು ಪ್ರೀಮಿಯಂ ಅನ್ನು ನಾವು ಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಮತ್ತು ಸಮಯಕ್ಕೆ ಸ್ವೀಕರಿಸದಿದ್ದರೆ ಅಥವಾ ಸಾಕಾರಗೊಳ್ಳದಿದ್ದರೆ ನಮಗೆ ಯಾವುದೇ ಹೊಣೆಗಾರಿಕೆ ಇರುವುದಿಲ್ಲ. ನಾವು ಪ್ರಸ್ತಾವನೆಯನ್ನು ಸ್ವೀಕರಿಸದಿದ್ದರೆ, ನಾವು ನಿಮಗೆ ತಿಳಿಸುತ್ತೇವೆ ಮತ್ತು ನಿಮ್ಮಿಂದ ಪಡೆದ ವೈಯಕ್ತಿಕ ಪರಿಕಲ್ಪನೆಗಳ ವೆಚ್ಚವನ್ನು ಕಡಿತಗೊಳಿಸಿದ ನಂತರ ಪಾವತಿಯನ್ನು ಬಡ್ಡಿಯಾದ ಮರುಪಾವತಿಸುತ್ತೇವೆ.

ಸ್ವೀಕರಿಸುವವರ ಸಹಿ ಮತ್ತು ಕಚೇರಿ ಮುದ್ರೆ

ನೀತಿಯ ಪ್ರಕಾರ ಕಾಯುವ ಅವಧಿಗಳು ಅನ್ವಯವಾಗುತ್ತವೆ ಎಂಬುದನ್ನು ಗಮನಿಸಿ

- ಪಾಲಿಸಿಯ ಪ್ರಾರಂಭದಿಂದ 36 ತಿಂಗಳುಗಳ ಮೊದಲೇ ಅಸ್ತಿತ್ವದಲ್ಲಿರುವ ರೋಗ ಕಾಯುವ ಅವಧಿ ಮತ್ತು ನಿರಂತರ ನವೀಕರಣ, ಕ್ರಿಟಿಕಲ್ ಇಲ್ಯಾಸ್ ಕವರ್ ಗಾಗಿ, ಮೊದಲೇ ಅಸ್ತಿತ್ವದಲ್ಲಿರುವ ರೋಗ ಕಾಯುವ ಅವಧಿ 36 ತಿಂಗಳುಗಳು.
- ಅಪಘಾತದ ಕಾರಣದಿಂದಾಗಿ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಅಗತ್ಯವಿಲ್ಲದಿದ್ದರೆ ಆರಂಭಿಕ ಕಾಯುವಿಕೆ ಅವಧಿ 30 ದಿನಗಳು. ಗಂಭೀರ ಅನಾರೋಗ್ಯದ ರಕ್ಷಣೆಗಾಗಿ, ಆರಂಭಿಕ ಕಾಯುವ ಅವಧಿ 90 ದಿನಗಳು.
- ನಮ್ಮೊಂದಿಗೆ ಮೊದಲ ಪಾಲಿಸಿ ಪ್ರಾರಂಭವಾದಾಗಿನಿಂದ, ಕೆಲವು ಪಟ್ಟಿ ಮಾಡಲಾದ ಕಾಯಿಲೆಗಳಿಗೆ, ಸ್ಥಿತಿಯು ನೇರವಾಗಿ ಅಪಘಾತದಿಂದ ಉಂಟಾಗದ ಹೊರತು (ದಿನ 1 ರಿಂದ ಒಳಗೊಂಡಿದೆ) 24 ತಿಂಗಳ ನಿರ್ದಿಷ್ಟ ಕಾಯುವ ಅವಧಿ.
- ಫಾರ್ಮಸಿ ಮತ್ತು ಡಯಾಗ್ನೋಸ್ಟಿಕ್ ಸೇವೆಗಳು ಮತ್ತು ವೈಯಕ್ತಿಕ ಅಪಘಾತ ರಕ್ಷಣೆ ಮತ್ತು ಇ-ಸಮಾಲೋಚನೆಯಂತಹ ಐಚ್ಛಿಕ ಪ್ರಯೋಜನಗಳಿಗೆ (ಆಯ್ಕೆ ಮಾಡಿದರೆ) ಕಾಯುವ ಅವಧಿಗಳು ಅನ್ವಯಿಸುವುದಿಲ್ಲ ಎಂಬುದನ್ನು ದಯವಿಟ್ಟು ಗಮನಿಸಿ.

ಪಾಲಿಸಿ ಒಪ್ಪಂದದಲ್ಲಿ ವಿವರಿಸಿದಂತೆ ಪ್ರಮಾಣಿತ ಹೊರಗಡುವಿಕೆಗಳು ಅನ್ವಯವಾಗುತ್ತವೆ ಎಂಬುದನ್ನು ಗಮನಿಸಿ. ಇದಲ್ಲದೆ, ವೈದ್ಯಕೀಯ ಮೌಲ್ಯಮಾಪನದ ಆಧಾರದ ಮೇಲೆ, ಕೆಲವು ನಿರ್ದಿಷ್ಟ ವಿನ್ಯಾಸಗಳನ್ನು ನಿಮ್ಮ ಪಾಲಿಸಿಗೆ ಅನ್ವಯವಾಗಬಹುದು.

ನಿಮ್ಮ ಪಾಲಿಸಿಯ ಇತರ ಪ್ರಮುಖ ಲಕ್ಷಣಗಳು ಈ ಕೆಳಗಿನಂತಿವೆ:

- ವೈಯಕ್ತಿಕ ಅಥವಾ ಕುಟುಂಬ ಪ್ರೋಟೆಕ್ಟ್ 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 ಅರ್ಜಿ ನವೀಕರಣ.
- ನಿಮ್ಮ ವಯಸ್ಸಿನ ಆಧಾರದ ಮೇಲೆ ನಿಮ್ಮ ನವೀಕರಣ ಪ್ರೀಮಿಯಂ 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.

ಕಾಲಕಾಲಕ್ಕೆ ಸ್ವಾಗತ ಕರೆಗಳು, ಸೇವಾ ಕರೆಗಳು ಅಥವಾ ಯಾವುದೇ ಇತರ ಸಂವಹನವನ್ನು (ಎಲೆಕ್ಟ್ರಾನಿಕ್ ಅಥವಾ ಬೇರೆ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ) ಮಾಡಲು ಕಂಪನಿಗೆ ___ ಈ ಮೂಲಕ ಸಮತಿಸುತ್ತೇನೆ ಮತ್ತು ಅಧಿಕಾರ ನೀಡುತ್ತೇನೆ.

ಟಿಪ್ಪಣಿಗಳು: ಪ್ರೀಮಿಯಂ ನಿಬಂಧನೆ: ನೀವು ಪಾಲಿಸಿಯ ನಿಯಮಗಳು ಮತ್ತು ಷರತ್ತುಗಳನ್ನು ಒಪ್ಪಿದಿದ್ದರೆ, ಪಾಲಿಸಿ ದಾಖಲೆಯನ್ನು ಸ್ವೀಕರಿಸಿದ 15 ದಿನಗಳ ಒಳಗೆ (ದೂರ ಮಾರ್ಕೆಟಿಂಗ್ ಮೂಲಕ ಪಾಲಿಸಿಯನ್ನು ಮಾರಾಟ ಮಾಡಿದ್ದರೆ 30 ದಿನಗಳು) ನಿಮ್ಮ ಕಾರಣಗಳನ್ನು ತಿಳಿಸಿ ನೀವು ಪಾಲಿಸಿಯನ್ನು ರದ್ದುಗೊಳಿಸಬಹುದು. ಕವರ್ ಅವಧಿಗೆ ವೈದ್ಯಕೀಯ ತಪಾಸಣೆ, ಸ್ಕ್ರೀನಿಂಗ್ ಡ್ಯೂಟಿ 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 ಠೇವಣಿ ಮಾಡಿ.

ನವೀಕರಣ ಪಾವತಿ ಸೈನ್ 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 ಆಯ್ಕೆಯು ಅಡಿಯಲ್ಲಿ, ನಿಮ್ಮ ಪಾಲಿಸಿಯನ್ನು ಸಕಾಲದಲ್ಲಿ ನವೀಕರಿಸಬಹುದು, ಆದರೆ ಕಂಪನಿಗೆ ಅಗತ್ಯವಿರುವ ಮಾಹಿತಿ ಮತ್ತು ದಸ್ತಾವೇಜಿನ ಎಲ್ಲಾ ಹೆಚ್ಚುವರಿ ಅವಶ್ಯಕತೆಗಳನ್ನು ನೀವು ಪೂರೈಸಬಹುದು. ಇದು ನಿಮ್ಮ ಪಾಲಿಸಿ ಪ್ರಯೋಜನಗಳ ನಿರಂತರತೆಯನ್ನು ಖಚಿತಪಡಿಸುತ್ತದೆ. ___ ಎಸಿಎಚ್ / ಎಸ್ಐ ನವೀಕರಣ ಆಯ್ಕೆಯನ್ನು ಅರಿಸಲು ಬಯಸುತ್ತೇವೆ.

ದಿನಾಂಕ: _____

ಪ್ರಸ್ತಾಪಕರ ಸಹಿ: _____

ಸ್ಥಳ: _____

ಪ್ರೋಸೆಸರ್ ಹೆಸರು: _____

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

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