

ಅರ್ಜಿ ಸಂಖ್ಯೆ 2

ಹೆಸರು: _____

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

ಹುಟ್ಟಿದ ದಿನ: _____ ಭಾರತೀಯರಲ್ಲದಿದ್ದರೆ ದಯವಿಟ್ಟು ಟಿಪ್ಪಣಿ ಮಾಡಿ _____

ಪ್ರಸ್ತಾಪಕರೊಂದಿಗಿನ ಸಂಬಂಧ (ದಯವಿಟ್ಟು ಅಯ್ಯಯನ್ನು ಟಿಪ್ಪಣಿ ಮಾಡಿ): ಸ್ವಯಂ / ಸಂಗಾತಿ / ಮಗ / ಸೀನಿ / ಮಗಳು / ಅಳಿಯ / ತಂದೆ / ತಾಯಿ / ಮಾವ / ಅತ್ತೆ / ಅಜ್ಜ / ಅಜ್ಜಿ / ವೋಮನ್ / ವೋಮನ್ ಗಳು / ಸಹೋದರ / ಸಹೋದರಿ / ಅತ್ತಿಗೆ / ಸೋದರ ಮಾವ / ಸೋದರಳಿಯ / ಸೀನಿ / ಉದ್ಯೋಗದಾತ-ಉದ್ಯೋಗಿ

ಅರ್ಜಿ ಸಂಖ್ಯೆ 3

ಹೆಸರು: _____

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

ಹುಟ್ಟಿದ ದಿನ: _____ ಭಾರತೀಯರಲ್ಲದಿದ್ದರೆ ದಯವಿಟ್ಟು ಟಿಪ್ಪಣಿ ಮಾಡಿ _____

ಪ್ರಸ್ತಾಪಕರೊಂದಿಗಿನ ಸಂಬಂಧ (ದಯವಿಟ್ಟು ಅಯ್ಯಯನ್ನು ಟಿಪ್ಪಣಿ ಮಾಡಿ): ಸ್ವಯಂ / ಸಂಗಾತಿ / ಮಗ / ಸೀನಿ / ಮಗಳು / ಅಳಿಯ / ತಂದೆ / ತಾಯಿ / ಮಾವ / ಅತ್ತೆ / ಅಜ್ಜ / ಅಜ್ಜಿ / ವೋಮನ್ / ವೋಮನ್ ಗಳು / ಸಹೋದರ / ಸಹೋದರಿ / ಅತ್ತಿಗೆ / ಸೋದರ ಮಾವ / ಸೋದರಳಿಯ / ಸೀನಿ / ಉದ್ಯೋಗದಾತ-ಉದ್ಯೋಗಿ

ಅರ್ಜಿ ಸಂಖ್ಯೆ 4

ಹೆಸರು: _____

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

ಹುಟ್ಟಿದ ದಿನ: _____ ಭಾರತೀಯರಲ್ಲದಿದ್ದರೆ ದಯವಿಟ್ಟು ಟಿಪ್ಪಣಿ ಮಾಡಿ _____

ಪ್ರಸ್ತಾಪಕರೊಂದಿಗಿನ ಸಂಬಂಧ (ದಯವಿಟ್ಟು ಅಯ್ಯಯನ್ನು ಟಿಪ್ಪಣಿ ಮಾಡಿ): ಸ್ವಯಂ / ಸಂಗಾತಿ / ಮಗ / ಸೀನಿ / ಮಗಳು / ಅಳಿಯ / ತಂದೆ / ತಾಯಿ / ಮಾವ / ಅತ್ತೆ / ಅಜ್ಜ / ಅಜ್ಜಿ / ವೋಮನ್ / ವೋಮನ್ ಗಳು / ಸಹೋದರ / ಸಹೋದರಿ / ಅತ್ತಿಗೆ / ಸೋದರ ಮಾವ / ಸೋದರಳಿಯ / ಸೀನಿ / ಉದ್ಯೋಗದಾತ-ಉದ್ಯೋಗಿ

ಅರ್ಜಿ ಸಂಖ್ಯೆ 5

ಹೆಸರು: _____

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

ಹುಟ್ಟಿದ ದಿನ: _____ ಭಾರತೀಯರಲ್ಲದಿದ್ದರೆ ದಯವಿಟ್ಟು ಟಿಪ್ಪಣಿ ಮಾಡಿ _____

ಪ್ರಸ್ತಾಪಕರೊಂದಿಗಿನ ಸಂಬಂಧ (ದಯವಿಟ್ಟು ಅಯ್ಯಯನ್ನು ಟಿಪ್ಪಣಿ ಮಾಡಿ): ಸ್ವಯಂ / ಸಂಗಾತಿ / ಮಗ / ಸೀನಿ / ಮಗಳು / ಅಳಿಯ / ತಂದೆ / ತಾಯಿ / ಮಾವ / ಅತ್ತೆ / ಅಜ್ಜ / ಅಜ್ಜಿ / ವೋಮನ್ / ವೋಮನ್ ಗಳು / ಸಹೋದರ / ಸಹೋದರಿ / ಅತ್ತಿಗೆ / ಸೋದರ ಮಾವ / ಸೋದರಳಿಯ / ಸೀನಿ / ಉದ್ಯೋಗದಾತ-ಉದ್ಯೋಗಿ

ಅರ್ಜಿ ಸಂಖ್ಯೆ 6

ಹೆಸರು: _____

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

ಹುಟ್ಟಿದ ದಿನ: _____ ಭಾರತೀಯರಲ್ಲದಿದ್ದರೆ ದಯವಿಟ್ಟು ಟಿಪ್ಪಣಿ ಮಾಡಿ _____

ಪ್ರಸ್ತಾಪಕರೊಂದಿಗಿನ ಸಂಬಂಧ (ದಯವಿಟ್ಟು ಅಯ್ಯಯನ್ನು ಟಿಪ್ಪಣಿ ಮಾಡಿ): ಸ್ವಯಂ / ಸಂಗಾತಿ / ಮಗ / ಸೀನಿ / ಮಗಳು / ಅಳಿಯ / ತಂದೆ / ತಾಯಿ / ಮಾವ / ಅತ್ತೆ / ಅಜ್ಜ / ಅಜ್ಜಿ / ವೋಮನ್ / ವೋಮನ್ ಗಳು / ಸಹೋದರ / ಸಹೋದರಿ / ಅತ್ತಿಗೆ / ಸೋದರ ಮಾವ / ಸೋದರಳಿಯ / ಸೀನಿ / ಉದ್ಯೋಗದಾತ-ಉದ್ಯೋಗಿ

3. ವ್ಯಾಪ್ತಿಯ ಆಯ್ಕೆ:

ನೀವು ವೋಟರ್‌ನಾಗಿರಲು ಅರ್ಜಿ ಸಲ್ಲಿಸುತ್ತಿದ್ದೀರಾ: ಹೌದು ಇಲ್ಲ (ಹೌದು ಎಂದಾದರೆ, ದಯವಿಟ್ಟು ಪ್ರತ್ಯೇಕ ವೋಟರ್‌ನಿರಲಿಟ್ಟಿ ಫಾರ್ಮ್ ಅನ್ನು ಸಹ ಭರ್ತಿ ಮಾಡಿ).

ದಯವಿಟ್ಟು ಸಂಬಂಧಿತ ಪಟ್ಟಿಗಳನ್ನು ಟಿಪ್ಪಣಿ ಮಾಡಿ:

ಮೂಲ ವ್ಯಾಪ್ತಿ: _____

ನೀತಿ ಪ್ರಕಾರ: _____ ವೈಯಕ್ತಿಕ _____ ಫ್ಯಾಮಿಲಿ ವೋಟರ್ _____ ಕುಟುಂಬ ವೋಟರ್ _____ ಯೋಜನೆಯ ಪ್ರಕಾರ: _____ ಬೆಳ್ಳಿ _____ ಚಿನ್ನ _____ ಪ್ಲಾಟಿನಂ _____ (ಗ್ರಮನಿಸಿ - ಸಿಲ್ವರ್ ಪ್ಲಾನ್ ಫ್ಯಾಮಿಲಿ ಫಸ್ಟ್ ಪಾಲಿಸಿ ಪ್ರಕಾರಕ್ಕೆ ಮಾತ್ರ ಲಭ್ಯವಿದೆ)

ಕವರ್ ಮಾಡಬೇಕಾದ ಜೀವಗಳ ಸಂಖ್ಯೆ: _____ ವಯಸ್ಸು _____ ಮಕ್ಕಳು _____

ವ್ಯಯಕ್ತ ಅಥವಾ ಫ್ಯಾಮಿಲಿ ವೋಟರ್ ಪಾಲಿಸಿ ಪ್ರಕಾರಕ್ಕೆ ಕವರೇತ: _____ ಮೂಲ ವಿಮಾ ಮೊತ್ತ _____

ಫ್ಯಾಮಿಲಿ ಫಸ್ಟ್ ಪಾಲಿಸಿ ಪ್ರಕಾರಕ್ಕೆ ಕವರೇತ: ವ್ಯಯಕ್ತ ವಿಮಾ ಮೊತ್ತ _____ ವೋಟರ್ ವಿಮಾ ಮೊತ್ತ _____

ಬೆಳ್ಳಿ ಮತ್ತು ಚಿನ್ನದ ಯೋಜನೆಗಳಿಗೆ ಪಾಲಿಸಿ ವ್ಯಾಪ್ತಿ: _____ ವಲಯ 1: ಅಖಿಲ ಭಾರತ ವ್ಯಾಪ್ತಿ _____

_____ ವಲಯ 2: ಮುಂಬೈ (ನವೀ ಮುಂದೆ ಮತ್ತು ಧಾಣೆ ಸೇರಿದಂತೆ), ದೆಹಲಿ ಎನ್‌ಸಿಆರ್, ಕೋಲ್ಕತಾ ಮತ್ತು ಗುಜರಾತ್ ರಾಜ್ಯದಲ್ಲಿ ಚಿಕ್ಕತನಾಗಿ 20% ಸಹ-ಪಾವತಿ ಅನ್ವಯಿಸುತ್ತದೆ

ಎನ್‌ಸಿಆರ್, ಕೋಲ್ಕತಾ ಮತ್ತು ಗುಜರಾತ್ ರಾಜ್ಯಕ್ಕೆ ಸಹ-ಪಾವತಿಯೊಂದಿಗೆ ಅಖಿಲ ಭಾರತ ವ್ಯಾಪ್ತಿ ಅನ್ವಯಿಸುತ್ತದೆ

ಸೂಚನೆ -

a) ನೀವು ವಲಯ 2 ಅನ್ನು ಆಯ್ಕೆ ಮಾಡಿದರೆ, ಮುಂಬೈ (ನವೀ ಮುಂದೆ ಮತ್ತು ಧಾಣೆ ಸೇರಿದಂತೆ), ದೆಹಲಿ ಎನ್‌ಸಿಆರ್, ಕೋಲ್ಕತಾ ಮತ್ತು ಗುಜರಾತ್ ರಾಜ್ಯದಲ್ಲಿ ಚಿಕ್ಕತನಾಗಿ 20% ಸಹ-ಪಾವತಿ ಅನ್ವಯಿಸುತ್ತದೆ.

b) ಪ್ಲಾಟಿನಂ ಯೋಜನೆಯ ಪ್ರಮಾಣವನ್ನು ನೀವು ಒದಗಿಸಿದ ವಿಳಾಸವನ್ನು ಆಧರಿಸಿದೆ. ಪ್ಲಾಟಿನಂ ಯೋಜನೆಗೆ ವಲಯ ಆಧಾರಿತ ಸಹ-ಪಾವತಿ ಅನ್ವಯಿಸುವುದಿಲ್ಲ.

ಐಚ್ಛಿಕ ಸಹ-ಪಾವತಿ: ಇಲ್ಲ 10% 20% 30% 40% 50%

ಪಾಲಿಸಿ ಅವಧಿ: 1 ವರ್ಷ 2 ವರ್ಷಗಳು

* ಸಿಲ್ವರ್ ಅಡ್ಡ-ಅನ್ವಯಿತ ಸಹ-ಪಾವತಿ ಆಯ್ಕೆಗಳನ್ನು ನಿರ್ದೇಶಿಸುತ್ತದೆ.

ಬಾಡಿಗೆ ವ್ಯಾಪ್ತಿ:		ಆಯ್ಕೆ ಮಾಡಲು ದಯವಿಟ್ಟು ಟಿಕ್ ಮಾಡಿ								
1.	ಆಸ್ಪತ್ರೆ ನಗದು	<input type="checkbox"/>	ಹೌದು	<input type="checkbox"/>	ಇಲ್ಲ					
2.	ನಿರ್ದಿಷ್ಟ ಅನಾರೋಗ್ಯದ ರಕ್ಷಣೆ, ತುರ್ತು ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸೌಕರ್ಯ ಮತ್ತು ತುರ್ತು ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ದಾಖಲಾಗುವಿಕೆಗಾಗಿ ಯಾವುದೇ ಮತ್ತು ಕನಡಾವನ್ನು ಸೇರಿಸುವ ಮೂಲಕ ವರ್ಧಿತ ಭೌಗೋಳಿಕ ವ್ಯಾಪ್ತಿಯನ್ನು ಆಯ್ಕೆ ಮಾಡಿದರೆ ದಯವಿಟ್ಟು 'ಹೌದು' ಕ್ಷಿಪ್ತ ಮಾಡಿ (ಪ್ರಾಚೀನ ಯೋಜನೆಯಡಿ ಮಾತ್ರ ಲಭ್ಯವಿದೆ)	<input type="checkbox"/>	ಹೌದು	<input type="checkbox"/>	ಇಲ್ಲ					
3.	ಇ-ಸಮಾಲೋಚನೆ	<input type="checkbox"/>	ಹೌದು	<input type="checkbox"/>	ಇಲ್ಲ					
4.	ಪ್ರೀಮಿಯಂ ಮನ್ನಾ ಸೂಚನೆ - ಎ) ಈ ಆಯ್ಕೆಯು ವೈಯಕ್ತಿಕ ಪಾಲಿಸಿ ಪ್ರಕಾರಕ್ಕೆ ಅನ್ವಯಿಸುವುದಿಲ್ಲ. ಬಿ) ಈ ಬಾಡಿಗೆ ಪ್ರಯೋಜನವನ್ನು ಆಯ್ಕೆ ಮಾಡಲು ಪ್ರಸ್ತಾಪಿಸುವ ವಿವರ ವ್ಯಕ್ತಿಯಾಗಿರಬೇಕು.	<input type="checkbox"/>	ಹೌದು	<input type="checkbox"/>	ಇಲ್ಲ					
5.	ವಾರ್ಷಿಕ ಒಟ್ಟು ಕಡಿಿತ (ಕುಟುಂಬದ ಮೊದಲ ಪಾಲಿಸಿ ಪ್ರಕಾರಕ್ಕೆ ಅನ್ವಯಿಸುವುದಿಲ್ಲ)	<input type="checkbox"/>	ಇಲ್ಲ	<input type="checkbox"/>	10,000	<input type="checkbox"/>	20,000	<input type="checkbox"/>	30,000	
		<input type="checkbox"/>	50,000	<input type="checkbox"/>	1 ಸರೋವರ	<input type="checkbox"/>	2 ಸರೋವರ	<input type="checkbox"/>	3 ಸರೋವರ	
		<input type="checkbox"/>	4 ಸರೋವರ	<input type="checkbox"/>	5 ಸರೋವರ	<input type="checkbox"/>	10 ಸರೋವರ			
		ಆರ್ಜಿಡಾರ್ ಸಂಖ್ಯೆ								
		1	2	3	4	5	6			
6.	ವೈಯಕ್ತಿಕ ಅಪಘಾತ ಕವರ್ ಆಯ್ಕೆ ಮಾಡಿದರೆ ದಯವಿಟ್ಟು ಟಿಕ್ ಮಾಡಿ (ಈ ಆಯ್ಕೆಯು 18 ವರ್ಷ ಅಥವಾ ಅದಕ್ಕಿಂತ ಹೆಚ್ಚಿನ ವಯಸ್ಸಿನ ಆರ್ಜಿಡಾರರಿಗೆ ಮಾತ್ರ ಲಭ್ಯವಿದೆ). • ವೈಯಕ್ತಿಕ ಅಪಘಾತ ಕವರ್ ಅನ್ನು ಆರಿಸಿದರೆ, ಆರ್ಜಿಡಾರರು ವಿವರಿಸಿದ ಅಥವಾ ಸಮುದ್ರಕ್ಕೆ ಹೋಗುವ ಹೆಜ್ಜೆ, ಭೂಗತ ಗತಿಯಾದರೆ ಅಥವಾ ಸುರಂಗ, ಸಶಸ್ತ್ರ ಪಡೆಗಳು ಅಥವಾ ಭದ್ರತಾ ಪಡೆಗಳಲ್ಲಿ ಸಿಬ್ಬಂದಿಯಾಗಿ ಕೆಲಸ ಮಾಡುವುದಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಉದ್ಯೋಗ ಅಥವಾ ಉದ್ಯೋಗದಲ್ಲಿ ತೊಡಗಿಸಿಕೊಂಡಿದ್ದರೆ, ಯಾವುದೇ ಸಾಹಸ ಕ್ರೀಡೆಗಳಲ್ಲಿ (ಮೋಟಾರು ವೇಗದ ಸ್ಪರ್ಧೆಗಳು ಸೇರಿದಂತೆ) ಭಾಗವಹಿಸುತ್ತಿದ್ದರೆ ದಯವಿಟ್ಟು ಟಿಕ್ ಮಾಡಿ. • ವೈಯಕ್ತಿಕ ಅಪಘಾತ ಕವರ್ ವಿವರಿಸಿದ (ಆಯ್ಕೆ ಮಾಡಿದಂತೆ ಮೂಲ ವಿವರಿಸಿದ ಮೊತ್ತದ 1X, 2X, 3X, 4X ಅಥವಾ 5X; ವೈಯಕ್ತಿಕ ಅಪಘಾತ ವಿಮೆಯನ್ನು ಆರಿಸಿಕೊಳ್ಳುವ ಎಲ್ಲಾ ಸಂದರ್ಭಗಳಿಗೆ ಅನ್ವಯಿಸುತ್ತದೆ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	INR _____		
7.	'ಕ್ರಿಟಿಕಲ್ ಇಲ್ಯಾನ್ಸ್ ಕವರ್' ಆಯ್ಕೆ ಮಾಡಿದರೆ ದಯವಿಟ್ಟು ಟಿಕ್ ಮಾಡಿ • 'ಕ್ರಿಟಿಕಲ್ ಇಲ್ಯಾನ್ಸ್ ಕವರ್' ಅನ್ನು ಆಯ್ಕೆ ಮಾಡಿದರೆ, ಆರ್ಜಿಡಾರರು ಹೃದಯ, ಮಿದುಳು, ಶ್ವಾಸಕೋಶಗಳು, ಮೂತ್ರಪಿಂಡಗಳು, ಯಕೃತ್ತು, ಮಿದುಳುಜೀರಣ ಗ್ರಂಥಿ, ಗುಲ್ಮ, ಕರುಳು, ರಕ್ತನಾಳಗಳು, ಮೂಳೆಗಳು / ಕೀಲುಗಳು ಅಥವಾ ಸಣ್ಣ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಕಾರ್ಯಾಲಯವನ್ನು ಹೊರತುಪಡಿಸಿ ಯಾವುದೇ ದೇಹದ ಅಂಗಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಯಾವುದೇ ದೀರ್ಘಕಾಲದ ಸ್ಥಿತಿಗೆ ರೋಗನಿರ್ಣಯ ಮಾಡಿದ್ದರೆ ಅಥವಾ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಪಡೆಯುತ್ತಿದ್ದರೆ ದಯವಿಟ್ಟು ಟಿಕ್ ಮಾಡಿ.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
8.	ಮೊದಲ ಅಸ್ತಿತ್ವದಲ್ಲಿರುವ ರೋಗ ಕಾಯುವ ಸಮಯ ಮಾರ್ಪಾಡು • ಬೆಳ್ಳಿ ರೂಪಾಂತರ • ಗೋಲ್ಡ್ & ಪ್ಲಾಟಿನಂ ರೂಪಾಂತರ	<input type="checkbox"/>	ಇಲ್ಲ	<input type="checkbox"/>	1 ವರ್ಷ	<input type="checkbox"/>	2 ವರ್ಷಗಳು			
		<input type="checkbox"/>	ಇಲ್ಲ	<input type="checkbox"/>	1 ವರ್ಷ	<input type="checkbox"/>	3 ವರ್ಷಗಳು			
9.	ಕೊರಡಿದ ಪ್ರಕಾರದ ಮಾರ್ಪಾಡು • ಗೋಲ್ಡ್ & ಪ್ಲಾಟಿನಂ ರೂಪಾಂತರ	<input type="checkbox"/>	ಇಲ್ಲ	<input type="checkbox"/>	ಸ್ಪ್ಯಾಂಡರ್ ಸಿಂಗಲ್ ರೂಪಾಂತರ					
		<input type="checkbox"/>	ಹಂಚಿದ ಕೋಡ್							
10.	ರಕ್ಷಣೆ	<input type="checkbox"/>	ಇಲ್ಲ	<input type="checkbox"/>	ರಕ್ಷಣೆ	<input type="checkbox"/>	ರಕ್ಷಣೆ+			

* ವೈಯಕ್ತಿಕ ಮತ್ತು ಎಕ್ಸ್‌ಪ್ಲೋ ಫ್ಲೋಟರ್ ಪಾಲಿಸಿಗಳಿಗೆ ಮಾತ್ರ ಅನ್ವಯಿಸುತ್ತದೆ. ಫ್ಯಾಮಿಲಿ ಫ಼ಸ್ಟ್ ಪಾಲಿಸಿಗಳಿಗೆ, ಕನಡ 5 ಎಕ್ಸ್ ಆಯ್ಕೆ ಮಾಡಿ ಲಭ್ಯವಿದೆ.

4. ನಾಮನಿರ್ದೇಶನ

ಪ್ರಸ್ತಾಪಿಸಿದ ಮರಣದ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ, ಪಾಲಿಸಿಯ ಅಡಿಯಲ್ಲಿ ಒಬ್ಬ ಇತರ ಯಾವುದೇ ಪಾವತಿಯನ್ನು ಕೆಳಗೆ ಹೆಸರಿನಿಂದ ನಾಮನಿರ್ದೇಶಿತರಿಗೆ ಪಾವತಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ. ನಾಮನಿರ್ದೇಶಿತರಿಂದ ಅಂತಹ ಪಾವತಿಯನ್ನು ಸ್ವೀಕರಿಸುವುದು ಪಾಲಿಸಿಯ ಅಡಿಯಲ್ಲಿ ಕಂಪನಿಯ ಹೋಣೆಗಾರಿಕೆಯ ನಿರ್ವಹಣೆಯಾಗುತ್ತದೆ. ಇತರ ಎಲ್ಲಾ ಆರ್ಜಿಡಾರರ (ಗಳ) ನಾಮನಿರ್ದೇಶಿತನು ಸ್ವೀಕರಿಸುವುದು ಪ್ರಸ್ತಾಪಿಸಲಾಗಿದೆ.

ಪ್ರಸ್ತಾಪಿಸಲಾಗಿದೆ.

ನಾಮನಿರ್ದೇಶಿತರು	ಹುಟ್ಟಿದ ದಿನ	ಪ್ರಸ್ತಾಪಿಸಲಾಗಿದ ಗಿರಿ ಸಂಬಂಧ(ಬದಲಾಯಿಸಿ)	ನಾಮನಿರ್ದೇಶಿತರ ವಿಳಾಸ, ಮೊಬೈಲ್ ಸಂಖ್ಯೆ ಇಮೇಲ್ ಐಡಿ	ನಾಮನಿರ್ದೇಶಿತರು (ನಾಮನಿರ್ದೇಶಿತರು 18 ವರ್ಷಕ್ಕಿಂತ ಕಡಿಮೆ ವಯಸ್ಸಿನವರಾಗಿದ್ದರೆ)

ನಾಮನಿರ್ದೇಶಿತರ ಚ್ಯಾಂಕ್ ವಿವರಗಳು: ಫಲಾನುಭವಿ ಹೆಸರು:

ಚ್ಯಾಂಕ್ ಹೆಸರು: ಖಾತೆ ಪ್ರಕಾರ: ಉಳಿತಾಯ ಪ್ರಸ್ತುತ

ಖಾತೆ ಸಂಖ್ಯೆ: IFSC ಕೋಡ್:

5. ವೈದ್ಯಕೀಯ ಮತ್ತು ಅಧ್ಯಾಸಗಳ ಮಾಹಿತಿ

ಮುಖ್ಯ: ಈ ವಿಭಾಗದಲ್ಲಿನ ಎಲ್ಲಾ ಪ್ರಶ್ನೆಗಳಿಗೆ ಸತ್ಯವಾಗಿ ಮತ್ತು ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಉತ್ತರಿಸಲಾಗಿದ ಎಂದು ದಯವಿಟ್ಟು ಖಚಿತಪಡಿಸಿಕೊಳ್ಳಿ. ಏಕೆಂದರೆ ನೀವು ಇಲ್ಲಿ ಒದಗಿಸುವ ಮಾಹಿತಿಯು ನಿಜಾ ಬಹು ಅಪರ ಅಂಡರ್ ರೈಟಿಂಗ್ ಗೆ ಆಧಾರವಾಗಿರುತ್ತದೆ. ಯಾವುದೇ ಅಪೂರ್ಣ, ತಪ್ಪಾದ, ಭಾಗಶಃ ಸರಿಯಾದ ಮಾಹಿತಿಯು ನಿಮ್ಮ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಹಕ್ಕು ಮತ್ತು/ಅಥವಾ ವ್ಯಾಪ್ತಿಯ ಮೇಲೆ ಪರಿಣಾಮ ಬೀರಬಹುದು ಎಂಬುದನ್ನು ದಯವಿಟ್ಟು ಗಮನಿಸಿ.

ವಿಭಾಗ 5: ದಯವಿಟ್ಟು ವೈದ್ಯಕೀಯ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಪರಿಶೀಲಿಸಿ											
ದಯವಿಟ್ಟು ಪ್ರತಿ ಅರ್ಜಿದಾರರಿಗೆ ಈ ಕೆಳಗಿನ ಪ್ರಶ್ನೆಗಳಿಗೆ ಉತ್ತರಿಸಿ. ದಯವಿಟ್ಟು ಹೌದು (Y) ಅಥವಾ ಇಲ್ಲ (N) ಎಂದು ಪ್ರತ್ಯಾಕಾರದಲ್ಲಿ ಬರೆಯಿರಿ		ಅರ್ಜಿದಾರರ ಸಂಖ್ಯೆ									
i. ಸಾಮಾನ್ಯ ಶೀತ, ಜ್ವರ, ಸೋಂಕುಗಳು, ಸಣ್ಣ ಗಾಯ ಅಥವಾ ಇತರ ಸಣ್ಣ ಕಾಯಿಲೆಗಳನ್ನು ಹೊರತುಪಡಿಸಿ, ಅರ್ಜಿದಾರರು ಎಂದಾದರೂ ಯಾವುದೇ ರೋಗದಿಂದ ಬಳಲುತ್ತಿದ್ದಾರೆಯೇ ಮತ್ತು / ಅಥವಾ 5 ದಿನಗಳಿಗಿಂತ ಹೆಚ್ಚು ಕಾಲ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ದಾಖಲಾಗಿದ್ದಾರೆಯೇ ಮತ್ತು / ಅಥವಾ ಯಾವುದೇ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಒಳಗಾಗಲು / ಸಲಹೆ ನೀಡಿದ್ದಾರೆಯೇ ಮತ್ತು / ಅಥವಾ ಯಾವುದೇ ಔಷಧಿಗಳನ್ನು ತೆಗೆದುಕೊಂಡಿದ್ದಾರೆಯೇ / 14 ದಿನಗಳಿಗಿಂತ ಹೆಚ್ಚು ಕಾಲ ಯಾವುದೇ ರೋಗಲಕ್ಷಣಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದೀರಾ? ಔಷಧೋಪಚಾರವು ಇನ್ನೆಲ್ಲರ ಗಳು, ಚುಚ್ಚುಮದ್ದುಗಳು, ಮೌಖಿಕ ಔಷಧಿಗಳು ಮತ್ತು ದೇಹದ ಭಾಗಗಳ ಮೇಲೆ ಬಾಹ್ಯ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಅನ್ವಯಿಕೆಗಳನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿದೆ ಆದರೆ ಸೀಮಿತವಾಗಿಲ್ಲ.		ಮತ್ತು	N	ಮತ್ತು	N	ಮತ್ತು	N	ಮತ್ತು	N	ಮತ್ತು	N
ii. ಧೃದ್ವಾಂಶ ಪೂರ್ಣ, ಲಿವಿಡ್ ಪೂರ್ಣ, ಟೈಡ್ ಮಿಲ್ ಪರಿಶೀಲನೆ, ಅಂಜಿಯೋಗ್ರಫಿ, ಎಕ್ಸೋಕ್ಯಾರ್ಡಿಯೋಗ್ರಫಿ, ಎಂಡೋಸಲ್ಯೂಪಿ, ಅಲ್ಟ್ರಾಸೌಂಡ್, ಸಿಟಿ ಸ್ಕ್ಯಾನಿಂಗ್, ಎಂಆರ್ ಐ, ಬಯೋಪ್ಸಿ ಮತ್ತು ಎನ್ ಎಸ್ ಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಯಾವುದೇ ರೋಗನಿರ್ಣಯ ಪರಿಶೀಲನೆ ಅಥವಾ ತನಿಖೆಗಳಿಗೆ ಅರ್ಜಿದಾರರು ಎಂದಾದರೂ ಪ್ರತಿಕ್ರಮ ಫಲಿತಾಂಶಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದೀರಾ?		ಮತ್ತು	N	ಮತ್ತು	N	ಮತ್ತು	N	ಮತ್ತು	N	ಮತ್ತು	N
iii. ಅರ್ಜಿದಾರರಿಗೆ ಮಧುಮೇಹ/ಅಧಿಕ್ರಮ ಅಧಿಕರಣದೊಂದಿಗೆ ಯಾವುದೇ?		ಮತ್ತು	N	ಮತ್ತು	N	ಮತ್ತು	N	ಮತ್ತು	N	ಮತ್ತು	N
iv. ಅರ್ಜಿದಾರರು ಎಂದಾದರೂ ಯಾವುದೇ ಅನುಪಚಾರ / ಅನುಪಚಾರ ಅಸ್ಪಷ್ಟತೆಗಳು ಅಥವಾ ಎಚ್‌ಐವಿ / ಎಡ್ಸ್ ರೋಗನಿರ್ಣಯ ಅಥವಾ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಪಡೆದಿದ್ದಾರೆಯೇ?		ಮತ್ತು	N	ಮತ್ತು	N	ಮತ್ತು	N	ಮತ್ತು	N	ಮತ್ತು	N
v. ಅರ್ಜಿದಾರರು ಎಂದಾದರೂ ಯಾವುದೇ ಮಾನಸಿಕ/ ಮನೋವೈದ್ಯಕೀಯ ಅಸ್ಪಷ್ಟತೆಗಳಿಗೆ ರೋಗನಿರ್ಣಯ ಅಥವಾ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಪಡೆದಿದ್ದಾರೆಯೇ?		ಮತ್ತು	N	ಮತ್ತು	N	ಮತ್ತು	N	ಮತ್ತು	N	ಮತ್ತು	N
vi. ಅರ್ಜಿದಾರರು ಪ್ರಸ್ತುತ ಗರ್ಭಿಣಿಯಾಗಿದ್ದಾರೆಯೇ ಮತ್ತು/ಅಥವಾ ಪ್ರಸ್ತುತ ಅಥವಾ ಹಿಂದಿನ ಗರ್ಭಧಾರಣೆಗಳಲ್ಲಿ ಯಾವುದೇ ತೊಡಕುಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದಾರೆಯೇ ಅಥವಾ ಯಾವುದೇ ರೀತಿಯ ಫಲವತ್ತತೆ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಒಳಗಾಗಿದ್ದಾರೆಯೇ/ಒಳಗಾಗುತ್ತಿದ್ದಾರೆಯೇ? (18 ರಿಂದ 50 ವರ್ಷದವರೆಗಿನ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಅನ್ವಯಿಸುತ್ತದೆ)		ಮತ್ತು	N	ಮತ್ತು	N	ಮತ್ತು	N	ಮತ್ತು	N	ಮತ್ತು	N

ವಿಭಾಗ 5: ಅರ್ಜಿದಾರರು ತಿಳಿಸಲು / ಗುಣ್ಯ / ಪಾನ್ ಮೂಲಾ ಅಥವಾ ಅಲ್ಟ್ರಾಸೌಂಡ್ ಸೇರಿದಂತೆ ಅಥವಾ ಸೇರಿದಂತೆ ಯಾವುದೇ ದಯವಿಟ್ಟು ಈ ವಿಭಾಗವನ್ನು ಭರ್ತಿ	i. ಬಳಿಯಿರುವುದಾದ ತಿಳಿಸಲು / ಗುಣ್ಯ / ಪಾನ್ ಮೂಲಾ - ಹೌದು ಎಂದಾದಲ್ಲಿ, ದಯವಿಟ್ಟು ದಿನಕ್ಕೆ ಫೋಟೋಗಳ ಸಂಖ್ಯೆಯನ್ನು ನಿರ್ದಿಷ್ಟಪಡಿಸಿ		ii. ಅಲ್ಟ್ರಾಸೌಂಡ್, ಹೌದು ಎಂದಾದಲ್ಲಿ, ದಯವಿಟ್ಟು ವಾರಕ್ಕೆ ಮಿಲಿ ನಿರ್ದಿಷ್ಟಪಡಿಸಿ			iii. ಸಿಗರೆಟುಗಳು / ರೀಡಿ / ಸೀಲ್. ಹೌದು ಎಂದಾದಲ್ಲಿ, ದಯವಿಟ್ಟು ದಿನಕ್ಕೆ ಬಳಕೆಯನ್ನು ನಿರ್ದಿಷ್ಟಪಡಿಸಿ	
	1-10	>10	<= 450	>450	Daily Drinker	1-10	>10
ಅರ್ಜಿದಾರ 1							
ಅರ್ಜಿದಾರ 2							
ಅರ್ಜಿದಾರ 3							
ಅರ್ಜಿದಾರ 4							
ಅರ್ಜಿದಾರ 5							
ಅರ್ಜಿದಾರ 6							

ವಿಭಾಗ 5: ವಿಭಾಗ 5 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)	ರೋಗನಿರ್ಣಯ	ಪ್ರಸ್ತುತ ಸ್ಥಿತಿ (ಉದಾ. ಸಂಪೂರ್ಣ / ಭಾಗಶಃ ಬೇತರಿತ ಅಥವಾ ನಡೆಯುತ್ತಿರುವ)	ಚಿಕಿತ್ಸೆ ನೀಡುವ ವೈದ್ಯರ ಹೆಸರು ಮತ್ತು ಸಂಪರ್ಕ	ಮಧುಮೇಹವಿದ್ದರೆ ಲಗತ್ತಿಸಲಾದ ದಾಖಲೆಗಳು (ಹೌದು/ಇಲ್ಲ)
	ಡಯಾಬಿಟಿಸ್ HbA1c ಮಟ್ಟ	ಅಧಿಕ ರಕ್ತದೊತ್ತಡದ ಬಿಡಿ ಮಟ್ಟ		ಯಾವುದೇ ಇತರ ವಿವರಗಳು					
		ಸಿಸ್ಟೋಲಿಕ್	ಡಯಾಸ್ಟೋಲಿಕ್						

6. ಹಿಂದಿನ ಪ್ರಸ್ತಾವನೆಗಳು

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

7. ವಿದ್ಯಾರ್ಹತೆ ನಿರೀಕ್ಷಿಸಿದಂತೆ ಮತ್ತು ಸೇವಾ ಸಂವಹನಗಳಿಗೆ ಅಧಿಕಾರ

ಅರ್ಜಿ ನಮೂನೆಯಲ್ಲಿ ಇಲ್ಲಿ ಉಲ್ಲೇಖಿಸಿರುವಂತೆ ನಿಮ್ಮ ಎಲ್ಲಾ ನಿರೀಕ್ಷಿಸಿದ ಮತ್ತು ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಸಂವಹನವನ್ನು ಇಮೇಲ್ ಬದಿಗೆ ಕಳುಹಿಸಲು ಕಂಪನಿಗೆ ಅಧಿಕಾರ ನೀಡುವ ಮೂಲಕ

ಪರಿಶರವನ್ನು 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 ಪ್ರಸ್ತಾಪಿಸಲು ನನಗೆ ಅಧಿಕಾರವಿದೆ ಎಂದು ನನ್ನ ಪರವಾಗಿ ಮತ್ತು ವಿವಿಧ ಮಾರ್ಗಗಳಿಂದ ಉದ್ಘೋಷಿಸಿರುವ ಎಲ್ಲಾ ವ್ಯಕ್ತಿಗಳ ಪರವಾಗಿ ನಾನು ಈ ಮೂಲಕ ಘೋಷಿಸುತ್ತೇನೆ.
- ನಾನು ಒದಗಿಸಿದ ಮಾಹಿತಿಯು ವಿವಿಧ ಸಂಸ್ಥೆಗಳಿಂದ ದೊರಕಿಸುತ್ತದೆ, ವಿವಿಧ ಮೂಲಗಳಿಂದ ಅಂದಾಜು ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ಒದಗಿಸಿರುವ ಮತ್ತು ವಿಧಿಸಬಹುದಾದ ಪ್ರಮಾಣದ ಅನ್ವಯ ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಪಾವತಿಸಿದ ನಂತರವೇ ಪಾಲಿಸಿ ಜಾರಿಗೆ ಬರುತ್ತದೆ ಎಂದು ನಾನು ಅರ್ಥಮಾಡಿಕೊಂಡಿದ್ದೇನೆ.
- ಪ್ರಸ್ತಾವನೆಯನ್ನು ಸಲ್ಲಿಸಿದ ನಂತರ ಆದರೆ ಕಂಪನಿಯು ಅಪಾಯ ಸ್ಥಿತಿಯಲ್ಲಿ ಸಂವಹನದ ಮೊದಲು, ವಿವಿಧ ಮಾರ್ಗಗಳಿಂದ / ಪ್ರಸ್ತಾಪಿಸಬೇಕಾದ ಜೀವನದ ಉದ್ಯೋಗ ಅಥವಾ ಸಾಮಾನ್ಯ ಅರೋಗ್ಯದಲ್ಲಿ ಸಂಭವಿಸುವ ಯಾವುದೇ ಬದಲಾವಣೆಯನ್ನು ನಾನು ಲಿಖಿತವಾಗಿ ತಿಳಿಸುತ್ತೇನೆ ಎಂದು ನಾನು ಘೋಷಿಸುತ್ತೇನೆ.
- ವಿವಿಧ ಮಾರ್ಗಗಳಿಂದ / ಪ್ರಸ್ತಾಪಿಸಬೇಕಾದ ವ್ಯಕ್ತಿಯ ದೃಢೀಕರಣ ಅಥವಾ ಮಾನಸಿಕ ಅರೋಗ್ಯದ ಮೇಲೆ ಪರಿಣಾಮ ಬೀರುವ ಯಾವುದೇ ವಿಷಯದ ಬಗ್ಗೆ, ಯಾವುದೇ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ವಿವಿಧ ಮಾರ್ಗಗಳಿಂದ / ಪ್ರಸ್ತಾಪಿಸುವ ವ್ಯಕ್ತಿಯ ಮೇಲೆ ಅಥವಾ ಯಾವುದೇ ಹಿಂದಿನ ಅಥವಾ ಪ್ರಸ್ತುತ ಉದ್ಯೋಗದಿಂದ ವ್ಯತ್ಯಾಸವನ್ನು ಕೊಡುವ ಯಾವುದೇ ವೈದ್ಯಕೀಕರಣ ಅಥವಾ ಅಸ್ಥಿತ್ವದಿಂದ ಮತ್ತು ವಿವಿಧ ಮಾರ್ಗಗಳಿಂದ ವ್ಯಕ್ತಿಯ ಮೇಲೆ ವಿವಿಧ ಮಾರ್ಗಗಳಿಂದ ಅರ್ಜಿ ಸಲ್ಲಿಸಿದ ಯಾವುದೇ ವಿವಿಧ ಮೂಲಗಳಿಂದ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಕೊಡಲು ಕಂಪನಿಗೆ ನಾನು ಸಮ್ಮತಿಸುತ್ತೇನೆ ಎಂದು ನಾನು ಘೋಷಿಸುತ್ತೇನೆ ಪ್ರಸ್ತಾವನೆ ಮತ್ತು / ಅಥವಾ ಕ್ಲೈಮ್ ಇತ್ಯರ್ಥಕ್ಕೆ ಅಂದಾಜು ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ಮಾಡುವ ಉದ್ದೇಶಕ್ಕಾಗಿ.
- ಪ್ರಸ್ತಾವನೆ ಮತ್ತು/ಅಥವಾ ಕ್ಲೈಮ್ ಇತ್ಯರ್ಥಕ್ಕೆ ಮತ್ತು ಯಾವುದೇ ಸರ್ಕಾರಿ ಮತ್ತು/ಅಥವಾ ನಿಯಂತ್ರಣ ಪ್ರಾಧಿಕಾರದೊಂದಿಗೆ ಅಂದಾಜು ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ಮಾಡುವ ಎಕ್ಸ್‌ಪ್ಲಿಕಿಟ್ ಉದ್ದೇಶಕ್ಕಾಗಿ ವಿವಿಧ ಮಾರ್ಗಗಳಿಂದ/ಪ್ರಸ್ತಾಪಿಸಿದ ವೈದ್ಯಕೀಕರಣ ದಾಖಲೆಗಳು ಸೇರಿದಂತೆ ನನ್ನ ಪ್ರಸ್ತಾಪನೆ, ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಹಂಚಿಕೊಳ್ಳಲು ನಾನು ಕಂಪನಿಗೆ ಅಧಿಕಾರ ನೀಡುತ್ತೇನೆ.
- ಸೇವಾ ವಿತರಣೆಯ ಎಕ್ಸ್‌ಪ್ಲಿಕಿಟ್ ಉದ್ದೇಶಕ್ಕಾಗಿ ವಿವಿಧ ಮಾರ್ಗಗಳಿಂದ / ಪ್ರಸ್ತಾಪಿಸಿದ ವೈದ್ಯಕೀಕರಣ ದಾಖಲೆಗಳು ಸೇರಿದಂತೆ ನನ್ನ / ನಮ್ಮ ಪ್ರಸ್ತಾಪನೆ, ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ನಮ್ಮ ಎಂಪಲೋಯ್ಡ್ ಪ್ರೋಟೆಕ್ಷನ್ ಡಿವಿಷನ್‌ನಲ್ಲಿ ಹಂಚಿಕೊಳ್ಳಲು ನಾನು/ನಾವು ಕಂಪನಿಗೆ ಅಧಿಕಾರ ನೀಡುತ್ತೇವೆ.

ದಿನಾಂಕ ಸ್ಥಳ ಪ್ರಸ್ತಾಪಕರ ಸಹಿ

9. ದೃಢೀಕರಣ ಘೋಷಣೆ

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

ಪ್ರಮಾಣೀಕರಿಸುವ ವ್ಯಕ್ತಿಯ ಹೆಸರು

ಪ್ರಮಾಣೀಕರಿಸುವ ವ್ಯಕ್ತಿಯ ಪೋಸ್ಟಲ್ ಸಂಖ್ಯೆ ಪ್ರಮಾಣೀಕರಿಸುವ ವ್ಯಕ್ತಿಯ ಸಹಿ

ಸಾಕ್ಷಿಯ ಹೆಸರು

ಸಾಕ್ಷಿಯ ಪೋಸ್ಟಲ್ ಸಂಖ್ಯೆ ಸಾಕ್ಷಿಯ ಸಹಿ ಪ್ರಸ್ತಾಪಕರ ಸಹಿ

10. ಪ್ರಸ್ತಾಪಕ ಘೋಷಣೆ

(ಯಾವುದೇ ಕಾರಣಕ್ಕಾಗಿ, ಪ್ರಸ್ತಾಪ ಮತ್ತು ಇತರ ಸಂಬಂಧಿತ ದಾಖಲೆಗಳನ್ನು ಪ್ರಸ್ತಾಪಕರು ಭರ್ತಿ ಮಾಡಿದ ಪ್ರಮಾಣೀಕರಣ). ಪ್ರಸ್ತಾವನೆ ನಮೂನೆ ಮತ್ತು ಸಂಬಂಧಿತ ದಾಖಲೆಗಳ ವಿಷಯಗಳನ್ನು ನನಗೆ ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ವಿವರಿಸಲಾಗಿದೆ ಮತ್ತು ಉದ್ದೇಶಿತ ಒಪ್ಪಂದದ ಮಹತ್ವವನ್ನು ನಾನು ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಅರ್ಥಮಾಡಿಕೊಂಡಿದ್ದೇನೆ. ಪ್ರಸ್ತಾವನೆ ನಮೂನೆಯನ್ನು ನನ್ನ ಸೂಚನೆಯ ಮೇರೆಗೆ _____ ಭರ್ತಿ ಮಾಡಿದ್ದಾರೆ ಮತ್ತು ಅದು ಸರಿಯಾಗಿದೆ ಎಂದು ನಾನು ಕಂಡುಕೊಂಡಿದ್ದೇನೆ.

ಪ್ರಸ್ತಾಪಕರ ಸಹಿ

ನಿವಾ ಬೂಪಾ ಹೆಲ್ತ್ ಇನ್ಸೂರೆನ್ಸ್ ಕಂಪನಿ
 ಲಿಮಿಟೆಡ್ ನೋಂದಾಯಿತ ಕಛೇರಿ:- ಸಿ-98, ಮೊದಲ ಮಹಡಿ, ಲಜಪತ್ ನಗರ, ಭಾಗ 1,
 ನವದೆಹಲಿ-110024 ಹೆಚ್.ಟಿ.ಎಸ್. ವಿಮೆಯ ಕೊಠಡಿಯ ವಿಷಯವಾಗಿದೆ. ನಿವಾ ಬೂಪಾ ಹೆಲ್ತ್ ಇನ್ಸೂರೆನ್ಸ್ ಕಂಪನಿ ಲಿಮಿಟೆಡ್ (ಹಿಂದೆ ಮ್ಯಾಕ್ಸ್ ಬೂಪಾ ಹೆಲ್ತ್ ಇನ್ಸೂರೆನ್ಸ್ ಕಂಪನಿ ಲಿಮಿಟೆಡ್ ಎಂದು ಕರೆಯಲಾಗುತ್ತಿತ್ತು) (ಇಆರ್.ಡಿ.ಎಂ.ನೋಂದಣಿ ಸಂಖ್ಯೆ 145). 'ಬುಪಾ' ಮತ್ತು 'ಹಾರ್ಟ್ ಬೀಟ್' ಲೋಗೋಗಳು ಆಯಾ ಮಾರ್ಕೆಟಿಂಗ್ 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. ಹೆಚ್.ಟಿ.ಎಸ್. ನವದೆಹಲಿ ವಿವರಗಳಿಗಾಗಿ

11. ಪ್ರೀಮಿಯಂ ವಿವರಗಳು (ಕಚೇರಿ ಬಳಕೆಗಾಗಿ ಮಾತ್ರ)

ಪ್ರೀಮಿಯಂ ಪಾವತಿ ಆಯ್ಕೆ ಚೆಕ್ ಡಿಮಾಂಡ್ ಡ್ರಾಫ್ಟ್

ಕ್ರೆಡಿಟ್ ಕಾರ್ಡ್ ಡೆಬಿಟ್ ಕಾರ್ಡ್ ನೆಟ್ ಬ್ಯಾಂಕಿಂಗ್

ನಗದು ಇತರ

ಪ್ರೀಮಿಯಂ ವೊಕ್ರಮ

ಆನ್ ಲೈನ್ ಪಾವತಿ ವಹಿವಾಟು ID:

ದಿನಾಂಕ

ಬ್ಯಾಂಕ್ ಹೆಸರು/ಶಾಖೆ

ನಿವಾ ಬಲಪಾ ಶಾಖೆಯ ಸ್ಥಳ

ಕೋಡ್ ಸಂಖ್ಯೆ

ವ್ಯವಹಾರ ಮೂಲ:

ಸಲಹೆಗಾರ / ಡಿವಿಡೆಂಡ್ / ಕಾರ್ಪೊರೇಟ್ ಐಟಿ/ಇತರ ಚಾನೆಲ್ ಗಳು

ಕೋಡ್ ಸಂಖ್ಯೆ

ಹೆಸರು

ಸ್ವೀಕರಿಸಿದ ಪ್ರಸ್ತಾವನೆ:

ಗ್ರಾಹಕ ID:

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

ಬ್ಯಾಂಕ್ ಕೋಡ್ SP ಕೋಡ್

RM/LG ಕೋಡ್

ಗ್ರಾಹಕ ಪಾತಿ ಸಂಖ್ಯೆ

13. ವಿಮಾ ಸಲಹೆಗಾರರ ವರದಿ (ಕಚೇರಿ ಬಳಕೆಗಾಗಿ ಮಾತ್ರ)

1. ನೀವು ಪ್ರವೇಶಿಸಿದ ಸಂಖ್ಯೆಯೇ? ಹೌದು/ಇಲ್ಲ, ಹೌದು ಎಂದಾದರೆ, ಸಂಬಂಧದ ಸ್ವರೂಪ?

2. ಪ್ರವೇಶಿಸಿದ ಅನ್ನು ನೀವು ಎಷ್ಟು ಸಮಯದಿಂದ ತಿಳಿದಿದ್ದೀರಿ? ತಿಂಗಳುಗಳು

3. ಪ್ರಸ್ತಾವನೆ ಸುರಕ್ಷಿತವೆಂದು ನೀವು ತೃಪ್ತರಾಗಿದ್ದೀರಾ? ಹೌದು ಇಲ್ಲ

4. ಪ್ರಸ್ತಾವಕ ಅಥವಾ ಯಾವುದೇ ಅರ್ಜಿದಾರರು ಯಾವುದೇ ದೈಹಿಕ ವಿರೂಪತೆ / ದೋಷ ಅಥವಾ ಬುದ್ಧಿಮಾಂದ್ಯತೆಯನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದಾರೆಯೇ? ಹೌದು ಇಲ್ಲ

5. ಪ್ರಸ್ತಾವನೆ ಪಾಲಿಸಿಯ ನಿಯಮಗಳು, ನವೀಕರಣದ ಷರತ್ತುಗಳು, ಹೊರಗಡುವಿಕೆಗಳು, ಪಾಲಿಸಿಯ ಕಾಯುವ ಅವಧಿಗಳನ್ನು ನೀವು ವಿವರಿಸಿದ್ದೀರಾ ಮತ್ತು ಪ್ರಸ್ತಾವಕರು ವ್ಯಯಕ್ತವಾಗಿ ಅದರೊಳಗೆ ಕೋಷ್ಠಕವನ್ನು ಹೌದು ಇಲ್ಲ

6. ವೈತಿಕ ಅಪಾಯ ಸರಿಯಾದಂತೆ ಎಲ್ಲಾ ಅಂಶಗಳನ್ನು ಪರಿಗಣಿಸಿ ಈ ಪ್ರಸ್ತಾವನೆ ನಮೂನೆಯನ್ನು ಸ್ವೀಕರಿಸಲು ನೀವು ತೀರ್ಮಾನ ಮಾಡುತ್ತೀರಾ? ಹೌದು ಇಲ್ಲ

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

ದಿನಾಂಕ ವಿಮಾ ಸಲಹೆಗಾರರ ಸಹಿ

14. ಶಾಸನಬದ್ಧ ಎಚ್ಚರಿಕೆ

ರಿಯಾಯಿತಿಗಳ ನಿಯಮ (ವಿಮಾ ಕಾಯ್ದೆ, 1938 ರ ಸೆಕ್ಷನ್ 41 ರ ಅಡಿಯಲ್ಲಿ)

- ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಜೀವ ಅಥವಾ ಆಸ್ತಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಯಾವುದೇ ರೀತಿಯ ಅಪಾಯಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ, ಪಾವತಿಸಬೇಕಾದ ಕಮಿಷನ್ ನ ಸಂಪೂರ್ಣ ಅಥವಾ ಭಾಗ: ಯಾವುದೇ ರಿಯಾಯಿತಿ ಅಥವಾ ಪಾಲಿಸಿಯಲ್ಲಿ ತೋರಿಸಲಾದ ಪ್ರೀಮಿಯಂನ ಯಾವುದೇ ರಿಯಾಯಿತಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ವಿಮೆಯನ್ನು ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳಲು ಅಥವಾ ನವೀಕರಿಸಲು ಅಥವಾ ಮುಂದುವರಿಸಲು ಯಾವುದೇ ವ್ಯಕ್ತಿಗೆ ನೇರವಾಗಿ ಅಥವಾ ಪರೋಕ್ಷವಾಗಿ ಪ್ರೋತ್ಸಾಹದಂತೆಯಾಗಿ ಯಾವುದೇ ವ್ಯಕ್ತಿಯ ಅನುಮತಿಸುವುದಿಲ್ಲ. ಅಥವಾ ಅನುಮತಿಸುವುದಿಲ್ಲ. ವಿಮಾದಾರರ ಪ್ರಕಟಿತ ಪ್ರಾಸ್ಟಿಟ್ಯೂಟ್ ಅಥವಾ ಕೋಷ್ಠಕಗಳಿಗೆ ಅನುಗುಣವಾಗಿ ಅನುಮತಿಸಬಹುದಾದ ರಿಯಾಯಿತಿಯನ್ನು ಹೊರತುಪಡಿಸಿ, ಪಾಲಿಸಿಯನ್ನು ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳುವ ಅಥವಾ ನವೀಕರಿಸುವ ಅಥವಾ ಮುಂದುವರಿಸುವ ಯಾವುದೇ ವ್ಯಕ್ತಿಯು ಯಾವುದೇ ರಿಯಾಯಿತಿಯನ್ನು ಸ್ವೀಕರಿಸುವುದಿಲ್ಲ.
- ಈ ಸೆಕ್ಷನ್ ನ ನಿಯಮಗಳನ್ನು ಅನುಸರಿಸಲು ವಿಫಲವಾದ ಯಾವುದೇ ವ್ಯಕ್ತಿಯು ಹಕ್ಕು ಅಕ್ಷ ರೂಪಾಯಿಗಳವರೆಗೆ ವಿಸ್ತರಿಸಬಹುದಾದ ದಂಡಕ್ಕೆ ಜವಾಬ್ದಾರಿಯಾಗಿರುತ್ತಾನೆ.

15. ಅಧ್ಯಾ ID

ಸದಸ್ಯರ ಹೆಸರು	ನಿಮ್ಮ ಬಳಿ ಅಧ್ಯಾ ID ಇದೆಯೇ?	ಅಧ್ಯಾ ID	ಎವಿಎಚ್‌ಎ ಮೂಲಕ ವಿಮಾದಾರರು/ಟಿಪ್ಪಣಿಗಳೊಂದಿಗೆ ಪ್ರದರ್ಶಿಸಿರುವ ದಾಖಲೆಗಳನ್ನು ಪರಿಶೀಲಿಸಿ	
			ಹೌದು	ಇಲ್ಲ
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ಹೌದು <input type="checkbox"/> ಇಲ್ಲ	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ಹೌದು	<input type="checkbox"/> ಇಲ್ಲ
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ಹೌದು <input type="checkbox"/> ಇಲ್ಲ	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ಹೌದು	<input type="checkbox"/> ಇಲ್ಲ
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ಹೌದು <input type="checkbox"/> ಇಲ್ಲ	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ಹೌದು	<input type="checkbox"/> ಇಲ್ಲ
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ಹೌದು <input type="checkbox"/> ಇಲ್ಲ	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ಹೌದು	<input type="checkbox"/> ಇಲ್ಲ
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ಹೌದು <input type="checkbox"/> ಇಲ್ಲ	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ಹೌದು	<input type="checkbox"/> ಇಲ್ಲ
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ಹೌದು <input type="checkbox"/> ಇಲ್ಲ	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ಹೌದು	<input type="checkbox"/> ಇಲ್ಲ

16. ಕ್ರಿಮಿನ್ ಗಳ ಮರುಪಾವತಿ ಮತ್ತು ಪಾವತಿಯ ವಿವರಗಳು

ಪಾವತಿ ಸ್ವೀಕರಿಸುವ ಆಯ್ಕೆ: ಬ್ಯಾಂಕ್ ವರ್ಗಾವಣೆ

ಫಲಾನುಭವಿಯ ಹೆಸರು

ಬ್ಯಾಂಕ್ ಹೆಸರು

ಪಾತಿ ಸಂಖ್ಯೆ IFSC ಕೋಡ್

ಪಾತಿ ಪ್ರಕಾರ

ನಿವಾ ಬಲಪಾ ಹೆಲ್ಪ್ ಡೆಸ್ಕ್ ಕಂಪನಿ ಲಿಮಿಟೆಡ್ ನೋಂದಾಯಿತ ಕಚೇರಿ- ಸಿ-98, ವೊರಂ ಮಹಡಿ, ಲಾಜಪತ್ ನಗರ, ಭಾಗ 1, ನವದೆಹಲಿ-110024 ಹಕ್ಕುತ್ಯಾಗ: ವಿಮೆಯ ಕೋರಿಕೆಯ ವಿಷಯವಾಗಿದೆ. ನಿವಾ ಬಲಪಾ ಹೆಲ್ಪ್ ಡೆಸ್ಕ್ ಕಂಪನಿ ಲಿಮಿಟೆಡ್ (ಹಿಂದೆ ಮ್ಯಾಕ್ಸ್ ಬಲಪಾ ಹೆಲ್ಪ್ ಡೆಸ್ಕ್ ಕಂಪನಿ ಲಿಮಿಟೆಡ್ ಎಂದು ಕರೆಯಲಾಗುತ್ತಿತ್ತು) (ಉರ್ದು ನೋಂದಣಿ ಸಂಖ್ಯೆ 145), 'ಬುಪಾ' ಮತ್ತು 'ಹಾರ್ಟ್ ಬಿಟ್' ಲೋಗೋಗಳು ಆಯಾ ಮಾಲೀಕರ ನೋಂದಾಯಿತ ಟ್ರೇಡ್ ಮಾರ್ಕ್ ಗಳಾಗಿವೆ ಮತ್ತು ಇದನ್ನು ನಿವಾ ಬಲಪಾ ಹೆಲ್ಪ್ ಡೆಸ್ಕ್ ಕಂಪನಿ ಲಿಮಿಟೆಡ್ ಪರವಾನಗಿಯಡಿಯಲ್ಲಿ ಬಳಸುತ್ತಿದೆ. ಗ್ರಾಹಕ ಸಹಾಯವಾಣಿ: 1860-500-8888, ವೆಬ್‌ಸೈಟ್: www.nivabupa.com, ಸಿ.ಐ.ಎನ್: U6600012008PLC182918, ಹೆಚ್‌ಸಿಎನ್ ವಿವರಗಳಿಗಾಗಿ

ಬಡಿತ

ನಿಮ್ಮ ಬಾಹ್ಯಾಂತರ, ಗಾತ್ರದೊಂದಿಗೆ 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.

'ಹೃದಯ ಬಡಿತ' ನಿಮ್ಮ ಸಮಗ್ರ ಪ್ರೇಮಿಯ ಒಳರೋಗಿ ಪ್ರಯೋಜನಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸುತ್ತದೆ. ಇದಲ್ಲದೆ, ಪ್ರಾಟಿನಂ ಯೋಜನೆಯಡಿ ಕೆಲವು ಹೆಚ್ಚುವರಿ ಪ್ರಯೋಜನಗಳಿವೆ (ಅವುಗಳನ್ನು ಕೆಳಗೆ ಉಲ್ಲೇಖಿಸಲಾಗಿದೆ) ಮತ್ತು ನಿಮ್ಮ ಕೆವರ್ ಅನ್ನು ಹೆಚ್ಚಿಸಲು ನಿಮ್ಮ ಬಯಸಿದರೆ ಖರೀದಿಸಲು ಐಚ್ಛಿಕ ಪ್ರಯೋಜನಗಳಿವೆ.

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

ಬೆಳ್ಳಿ ಚಿನ್ನ ಮತ್ತು ಪ್ರಾಟಿನಂ ಯೋಜನೆಗಳ ಅಡಿಯಲ್ಲಿ ಮೂಲ ಪ್ರಯೋಜನಗಳು

- ಕೊಠಡಿ ಬಾಡಿಗೆ (ನಿಮ್ಮ ಆಯ್ಕೆ ಮಾಡಿದ ಯೋಜನೆಯ ಪ್ರಕಾರ) ಮತ್ತು ಐಸಿಯು ಶುಲ್ಕಗಳು ಸೇರಿದಂತೆ ಆಸ್ಟ್ರೇಲಿಯದಲ್ಲಿ ಒಳರೋಗಿಗಳ ಆರೈಕೆ
- ಆಸ್ಟ್ರೇಲಿಯ ದಾಖಲಾಗುವ ಮೊದಲು ಮತ್ತು ನಂತರದ ವೆಚ್ಚಗಳು ಕ್ರಮವಾಗಿ 60 ಮತ್ತು 90 ದಿನಗಳು
- ದೇ ಕೆರ್ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಳು
- ರೋಮಿಸಿಲಿಯರಿ ಆಸ್ಟ್ರೇಲಿಯ ದಾಖಲು
- ಪರ್ಯಾಯ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಳು
- ಜೀವಂತ ಅಂಗಾಂಗ ದಾನಿ ಕೆಸಿ
- ತುರ್ತು ಆಂಬುಲೆನ್ಸ್
- 24 ತಿಂಗಳ ಕಾಯುವಿಕೆ ಅವಧಿಯ ನಂತರ 2 ಗರ್ಭಧಾರಣೆಗಳು ಅಥವಾ ಮುಕ್ತಾಯಗಳಿಗೆ ಹೆರಿಗೆ ಪ್ರಯೋಜನವು ಕೆವರ್ ಅನುಕ್ರಮ
- ನವಜಾತ ಶಿಶು (ನವಜಾತ ಶಿಶುವಿನ ಲಸಿಕೆಗಳು ಸೇರಿದಂತೆ)
- ಆರೋಗ್ಯ ತಪಾಸಣೆ, ಮೊದಲ ಪಾಲಿಸಿ ವರ್ಷ ಪೂರ್ಣಗೊಂಡ ನಂತರ
- ವೈದ್ಯಕೀಕ ಮತ್ತು ಫ್ಯಾಮಿಲಿ ವೈಜ್ಞಾನಿಕ ಯೋಜನೆಗಳ ಅಡಿಯಲ್ಲಿ ಮಾತ್ರ ಮೂಲ ವಿಮಾ ಮೊತ್ತದವರೆಗೆ ರಿಥಿಲ್ ಪ್ರಯೋಜನವು ಲಭ್ಯವಿದೆ. ಫ್ಯಾಮಿಲಿ ಫಸ್ಟ್ ರಿಥಿಲ್ ಪ್ರಯೋಜನವನ್ನು ಹೊಂದಿಲ್ಲ.
- ಫಾರ್ಮಸಿ ಮತ್ತು ಡಯಾಗ್ನೋಸ್ಟಿಕ್ ಬುಕಿಂಗ್ ಸೇವೆಗಳು
- ನಿಷ್ಠೆ ಸೇರ್ಪಡೆಗಳು: ಪಾಲಿಸಿ ವರ್ಷ ಪೂರ್ಣಗೊಂಡ ನಂತರ, ಅವಧಿ ಮುಗಿಯುವ ಮೂಲ ವಿಮಾ ಮೊತ್ತದ 10% ಸೇರ್ಪಡೆ, ಮೂಲ ವಿಮಾ ಮೊತ್ತದ ಗರಿಷ್ಠ 100% (ಬೆಳ್ಳಿ ಯೋಜನೆಯ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ, 50%) ಗೆ ಒಳಪಟ್ಟಿರುತ್ತದೆ
- ವೈದ್ಯಕೀಕ ರೆಫರಲ್, ತುರ್ತು ವೈದ್ಯಕೀಕ ಸೃಷ್ಟಾಂತರ, ವೈದ್ಯಕೀಕ ವಾಪಸಾತಿ, ಅನುಕಂಪದ ಭೇಟಿ, ಆರೈಕೆ ಮತ್ತು / ಅಥವಾ ಅಪ್ರಾಪ್ತ ಮಕ್ಕಳ ಸಾಕಾಣಿಕೆ ಮತ್ತು ಮೃತ ದೇಹಗಳ ಮರಳುವಿಕೆಗಾಗಿ ತುರ್ತು ನೆರವು ಸೇವೆಗಳು
- HIV/AIDS ನಿಂದ ಉಂಟಾಗುವ ಅಥವಾ ಅದಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಸ್ಥಿತಿಯಿಂದಾಗಿ ಆಸ್ಟ್ರೇಲಿಯ ದಾಖಲಾಗಲು (ದೇ ಕೆರ್ ಟ್ರೇಟ್ ಮೆಂಟ್ ಸೇರಿದಂತೆ) ತಗಲುವ ವೆಚ್ಚಗಳು ಪಾಲಿಸಿಯಲ್ಲಿ ನಿರ್ದಿಷ್ಟಪಡಿಸಿದಂತೆ ಉಪ-ಮಿತಿಗೆ ಒಳಪಟ್ಟು ಪಾಲಿಸಿಯ ಅಡಿಯಲ್ಲಿ ಲಭ್ಯವಿವೆ.
- ಮಾನಸಿಕ ಆಸ್ಟ್ರೇಲಿಯ ಒಳರೋಗಿ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಾಗಿ ಮಾಡಿದ ವೆಚ್ಚಗಳು ಪಾಲಿಸಿಯಲ್ಲಿ ನಿರ್ದಿಷ್ಟಪಡಿಸಿದ ನಿರ್ದಿಷ್ಟ ಪರಿಮಿತಿಯ ಉಪ-ಮಿತಿಗೆ ಒಳಪಟ್ಟು ಪಾಲಿಸಿಯ ಅಡಿಯಲ್ಲಿ ಒಳಗೊಳ್ಳುತ್ತವೆ.
- ಮಿತಿಗಳಿಗೆ ಒಳಪಟ್ಟು ಆಧುನಿಕ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಳನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿದೆ

ಪ್ರಾಟಿನಂ ಯೋಜನೆಯಡಿ ಹೆಚ್ಚುವರಿ ಮೂಲ ಪ್ರಯೋಜನಗಳು

- ನಿರ್ದಿಷ್ಟ ಅನಾರೋಗ್ಯ ಅಥವಾ ಯೋಜಿತ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ರೋಗನಿರ್ಣಯದ ಬಗ್ಗೆ ಎರಡನೇ ವೈದ್ಯಕೀಕಯ ಅಭಿಪ್ರಾಯ
- ಮಕ್ಕಳ ಆರೈಕೆ ಪ್ರಯೋಜನಗಳು (ಲಸಿಕೆಗಾಗಿ ಭೇಟಿಯ ಸಮಯದಲ್ಲಿ, ಪೌಷ್ಟಿಕಾಂಶ ಮತ್ತು ಬೆಳವಣಿಗೆಗಾಗಿ ಒಂದು ಸಮಾಲೋಚನೆ ಸೇರಿದಂತೆ 12 ವರ್ಷದವರೆಗಿನ ಮಕ್ಕಳಿಗೆ ಲಸಿಕೆಗಳು)
- ಯುಎಸ್ಎ ಮತ್ತು ಕೆನಡಾ ಹೊರತುಪಡಿಸಿ ಭಾರತದ ಹೊರಗೆ ನಿರ್ದಿಷ್ಟಪಡಿಸಿದ ಅನಾರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆ
- ತುರ್ತು ಆಸ್ಟ್ರೇಲಿಯ ದಾಖಲಾಗುವಿಕೆ ಮತ್ತು ತುರ್ತು ವೈದ್ಯಕೀಕಯ ಸೃಷ್ಟಾಂತರಕ್ಕಾಗಿ ಯುಎಸ್ಎ ಮತ್ತು ಕೆನಡಾ ಹೊರತುಪಡಿಸಿ ಭಾರತದ ಹೊರಗೆ ಅಂತರರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ವ್ಯಾಪ್ತಿ
- ಒಪ್ಪಿದ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಮತ್ತು ರೋಗನಿರ್ಣಯ ಸೇವೆಗಳು

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

- ಆಕಸ್ಮಿಕ ಸಾವು, ಕಾಶ್ಚಿಕೆ ಸಂಪೂರ್ಣ ಮತ್ತು ಭಾಗಶಃ ಅಂಗವ್ಯಕ್ತಿಯ ವಿರುದ್ಧ ವೈದ್ಯಕೀಕ ಅಪಘಾತ ರಕ್ಷಣೆ
- 20 ಪ್ರಮುಖ ಗಂಭೀರ ಕಾಯಿಲೆಗಳಿಗೆ ಗಂಭೀರ ಕಾಯಿಲೆಗಳ ರಕ್ಷಣೆ
- ಆಸ್ಟ್ರೇಲಿಯ ದಾಖಲಾದ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ದೈನಂದಿನ ಆಸ್ಟ್ರೇಲಿಯದ ಪ್ರಯೋಜನ
- ಅನಿರೀಕ್ಷಿತ ಟಿಲಿ / ಆನ್ಲೈನ್ ವೈದ್ಯಕೀಕಯ ಸಮಾಲೋಚನೆಗಳು
- ಪಾಲಿಸಿದಾರನು (ವಿಮಾದಾರನೂ ಆಗಿರಬೇಕು) ಪಾಲಿಸಿಯ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಯಾವುದೇ ನಿರ್ದಿಷ್ಟ ಕಾಯಿಲೆಯೊಂದಿಗೆ ಮರಣ ಹೊಂದಿದರೆ ಅಥವಾ ರೋಗನಿರ್ಣಯ ಮಾಡಿದರೆ ಅಥವಾ ಮೊದಲ ಬಾರಿಗೆ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಾಗಿ ದೃಢೀಕರಿಸಿದ (ವೈದ್ಯಕೀಕ ರಕ್ಷಣೆಗೆ ಲಭ್ಯವಿಲ್ಲ) 1 ವರ್ಷದವರೆಗೆ ಸ್ವಯಂಚಾಲಿತ ಉಚಿತ ವಿಸ್ತರಣೆ
- ಭಾರತದ ಭೌಗೋಳಿಕ ಗಡಿಗಳ ಹೊರಗೆ ನಿರ್ದಿಷ್ಟ ಅನಾರೋಗ್ಯದ ರಕ್ಷಣೆ, ತುರ್ತು ವೈದ್ಯಕೀಕಯ ಸೃಷ್ಟಾಂತರ - ಭಾರತದ ಭೌಗೋಳಿಕ ಗಡಿಗಳ ಹೊರಗೆ ಮತ್ತು ತುರ್ತು ಆಸ್ಟ್ರೇಲಿಯ ದಾಖಲಾಗುವಿಕೆಗಾಗಿ ಯುಎಸ್ಎ ಮತ್ತು ಕೆನಡಾಕ್ಕೆ ವ್ಯಾಪ್ತಿಯನ್ನು ವಿಸ್ತರಿಸಲು ವರ್ಧಿತ ಭೌಗೋಳಿಕ ವ್ಯಾಪ್ತಿ

ನೀತಿಯ ಪ್ರಕಾರ ಕಾಯವ ಅವಧಿಗಳು ಅನ್ವಯವಾಗುತ್ತವೆ ಎಂಬುದನ್ನು ಗಮನಿಸಿ:

- ಪಾಲಿಸಿಯ ಪ್ರಾರಂಭದಿಂದ 24 ತಿಂಗಳುಗಳು (ಬೆಳಿ, ಯೋಜನೆಯ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ, 36 ತಿಂಗಳುಗಳು) ಮತ್ತು ನಿರಂತರ ನವೀಕರಣ, ಒಳಪಟ್ಟಿರುತ್ತದೆ.
- ಅಗತ್ಯವಿರುವ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಹೊರತು 30 ದಿನಗಳ ಆರಂಭಿಕ ಕಾಯುವಿಕೆ ಅವಧಿಯು ಅಪಘಾತದ ಪರಿಣಾಮವಾಗಿದೆ.
- ಕೆಲವು ಪಟ್ಟಿ ಮಾಡಲಾದ ಕಾಯಿಲೆಗಳಿಗೆ 24 ತಿಂಗಳ ನಿರ್ದಿಷ್ಟ ಕಾಯುವಿಕೆ ಅವಧಿ, ಈ ಸ್ಥಿತಿಯ ನೇರವಾಗಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ನಿಂದ (30 ದಿನಗಳ ಆರಂಭಿಕ ಕಾಯುವಿಕೆ ಅವಧಿಯ ನಂತರ ಒಳಗೊಂಡಿರುತ್ತದೆ) ಅಥವಾ ಅಪಘಾತದಿಂದ (ದಿನ 1 ರಿಂದ ಒಳಗೊಂಡಿರುತ್ತದೆ) ಉಂಟಾಗದಿದ್ದರೆ. ಈ ಕಾಯುವ ಅವಧಿಯು 45 ವರ್ಷಕ್ಕಿಂತ ಮೇಲ್ಪಟ್ಟ ವ್ಯಕ್ತಿಗಳಿಗೆ ಮಾತ್ರ ಅನ್ವಯಿಸುತ್ತದೆ.
- ಮಾನಸಿಕ ಅಸ್ವಸ್ಥತೆಯ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯು ಪ್ರಯೋಜನವನ್ನು ನಮ್ಮೊಂದಿಗೆ ಕವರ್ ಪ್ರಾರಂಭವಾದಾಗಿನಿಂದ 36 ತಿಂಗಳುಗಳ ಕಾಯುವ ಅವಧಿಯನ್ನು ಹೊಂದಿರುತ್ತದೆ, ಮಾನಸಿಕ ಅಸ್ವಸ್ಥತೆಯನ್ನು ಪ್ರಯೋಜನವಾಗಿ ಒಳಗೊಂಡಿರುತ್ತದೆ, ಸಂಬಂಧಿತ ವಿಮಾದಾರ ವ್ಯಕ್ತಿಗೆ ಮಾನಸಿಕ ಅಸ್ವಸ್ಥತೆಯನ್ನು ಪ್ರಯೋಜನವಾಗಿ ಒಳಗೊಂಡಿರುತ್ತದೆ.
- ಎಚ್‌ಐವಿ / ಐಡ್ಸ್ ರಕ್ಷಣೆಗಾಗಿ, ನಮ್ಮೊಂದಿಗೆ ಕವರ್ ಪ್ರಾರಂಭವಾದಾಗಿನಿಂದ 48 ತಿಂಗಳುಗಳ ಕಾಯುವಿಕೆ ಅವಧಿ ಇರುತ್ತದೆ, ಎಚ್‌ಐವಿ / ಐಡ್ಸ್ ಅನ್ನು ಪ್ರಯೋಜನವಾಗಿ ಒಳಗೊಂಡಿರುತ್ತದೆ, ಆಯಾ ವಿಮಾದಾರ ವ್ಯಕ್ತಿಗೆ.
- ಗಂಭೀರ ಅಪಾರ್ಥಗ್ರಹ ರಕ್ಷಣೆಗಾಗಿ, 90 ದಿನಗಳ ಆರಂಭಿಕ ಕಾಯುವಿಕೆ ಅವಧಿ ಮತ್ತು ಮೊದಲೇ ಅಸ್ತಿತ್ವದಲ್ಲಿರುವ ರೋಗ ಕಾಯುವ ಅವಧಿ 3 ವರ್ಷಗಳು ಮತ್ತು ಬದುಕುಳಿಯುವ ಅವಧಿಯನ್ನು 30 ದಿನಗಳವರೆಗೆ ಹೊರಗಿಡುವುದು ಎಲ್ಲಾ ಪರಿಷ್ಕರಣೆಗಳಿಗೆ ಅನ್ವಯಿಸುತ್ತದೆ.

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

- ವೈಯಕ್ತಿಕ ಅಥವಾ ಫ್ಯಾಮಿಲಿ ಪ್ರೋಟೆಕ್ಟರ್ ಕವರ್ (4 ಮಕ್ಕಳವರೆಗೆ) ಅಥವಾ ಫ್ಯಾಮಿಲಿ ಫ್ಲಾಟ್ ಕವರ್ (19 ಸಂಬಂಧಗಳವರೆಗೆ), ಪಾಲಿಸಿಯಲ್ಲಿ ಸದಸ್ಯ(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 ನಿೀಡುತ್ತದೆ. ಉದಾಹರಣೆಗೆ, ಫ್ಯಾಮಿಲಿ ಫ್ಲಾಟ್ ಪಾಲಿಸಿಯನ್ನು 6 ಸದಸ್ಯರಿಗೆ (ಉದಾಹರಣೆಗೆ ಸ್ವಯಂ, ಸಂಗಾತಿ, ಪ್ರೋಟೆಕ್ಟರ್ ಮತ್ತು ಇಬ್ಬರು ಮಕ್ಕಳು) 5 ಲಕ್ಷ + 30 ಲಕ್ಷ ವಿಮಾ ಮೊತ್ತದೊಂದಿಗೆ ಅಯಿ ಮಾಡಲಾಗುತ್ತದೆ. ಯಾವುದೇ ಸದಸ್ಯನು ಅವನ / ಅವಳ ವೈಯಕ್ತಿಕ ವಿಮಾ ಮೊತ್ತದಿಂದ 5 ಲಕ್ಷದವರೆಗೆ ಕ್ಲೈಮ್ ಮಾಡಬಹುದು. 5 ಲಕ್ಷಕ್ಕಿಂತ ಹೆಚ್ಚಿನ ಯಾವುದೇ ಕ್ಲೈಮ್ 30 ಲಕ್ಷ ರೂ.ಗಳ ಪ್ರೋಟೆಕ್ಟರ್ ವಿಮಾ ಮೊತ್ತದ ಮೂಲಕ ಬರುತ್ತದೆ. ಆದ್ದರಿಂದ, ಒಬ್ಬ ವೈಯಕ್ತಿಕ ಸದಸ್ಯನು ಒಂದೇ ಕ್ಲೈಮ್‌ನಲ್ಲಿ 35 ಲಕ್ಷದವರೆಗೆ ಕ್ಲೈಮ್ ಮಾಡಬಹುದು, ಆದರೆ ಪ್ರೋಟೆಕ್ಟರ್ ವಿಮಾ ಮೊತ್ತವನ್ನು ಪಾಲಿಸಿ ವರ್ಷದಲ್ಲಿ ಎಲ್ಲಾ ಸದಸ್ಯರಿಗೆ ಒಟ್ಟಿಗೆ 30 ಲಕ್ಷದವರೆಗೆ ಮಾತ್ರ ಬಳಸಬಹುದು. ಪಾಲಿಸಿ ವರ್ಷದಲ್ಲಿ ಸಂಚಿತ ಆಧಾರದ ಮೇಲೆ, ಒಟ್ಟು ಕ್ಲೈಮ್ ಗಳನ್ನು 60 ಲಕ್ಷ (ಅಂದರೆ 6 ಸದಸ್ಯರು * 5 ಲಕ್ಷ + 30 ಲಕ್ಷ ಪ್ರೋಟೆಕ್ಟರ್ ವಿಮಾ ಮೊತ್ತ) ಮಾಡಬಹುದು.
- ನಿಮ್ಮ ದೃಢೀಕರಣ ಮತ್ತು ಬಾಕಿ ಪ್ರೀಮಿಯಂನ ಸಮಯೋಚಿತ ಪಾವತಿಗೆ ಒಳಪಟ್ಟು ನಿಮ್ಮ ಪಾಲಿಸಿಯ ಆಜೀವ ನವೀಕರಣ.
- ನಿಮ್ಮ ವಯಸ್ಸು ಹೆಚ್ಚಾದಂತೆ ನಿಮ್ಮ ನವೀಕರಣ ಪ್ರೀಮಿಯಂ ಹೆಚ್ಚಾಗುತ್ತದೆ ಆದರೆ ನಿಮ್ಮ ಕ್ಲೈಮ್ ಅನುಭವದ ಆಧಾರದ ಮೇಲೆ ಬದಲಾಗುವುದಿಲ್ಲ. ಉತ್ಪನ್ನದ ನವೀಕರಣ ಪ್ರೀಮಿಯಂ ದರಗಳನ್ನು ನಿಮ್ಮ ಪ್ರೊಟೆಕ್ಟರ್ ಐಆರ್‌ಡಿಎಫ್ ಅನುಭವದ ಮೇಲೆ ಒಳಪಟ್ಟು ಮತ್ತು ಕಾಲಕಾಲಕ್ಕೆ ಅನ್ವಯವಾಗುವ ಐಆರ್‌ಡಿಎಫ್‌ನ ನಿಯಮಗಳು ಮತ್ತು ನಿಬಂಧನೆಗಳಿಗೆ ಅನುಸಾರವಾಗಿ ಪರಿಷ್ಕರಿಸಬಹುದು.
- ಒಂದು ವೇಳೆ ನಿಮ್ಮ ಪ್ರಸ್ತಾವನೆಯನ್ನು ವಿತರಿಸಲು ನಿರಾಕರಿಸಿದರೆ, ಪಾಲಿಸಿ ಪರ್ಫಾರ್ಮೆನ್ಸ್ ವೈಯಕ್ತಿಕ ಯು ತಪಾಸಣೆ (ಪಿಪಿಎಂಸಿ) ವೆಚ್ಚಕ್ಕಾಗಿ ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳುವ ವೆಚ್ಚದ 100% ಅನ್ನು ನೀವು ಭರಿಸುತ್ತೀರಿ.
- ಪ್ರೀಮಿಯಂ ನಿಬಂಧನೆ: ನೀವು ಪಾಲಿಸಿಯ ನಿಯಮಗಳು ಮತ್ತು ಪರಿಷ್ಕರಣೆಗಳನ್ನು ಒಪ್ಪದಿದ್ದರೆ, ಪಾಲಿಸಿ ದಾಖಲೆಯನ್ನು ಸ್ವೀಕರಿಸಿದ 15 ದಿನಗಳ ಒಳಗೆ ನಿಮ್ಮ ಕಾರಣಗಳನ್ನು ತಿಳಿಸಿ ನೀವು ಪಾಲಿಸಿಯನ್ನು ರದ್ದುಗೊಳಿಸಬಹುದು. ಕವರ್ ಅವಧಿಗೆ ವೈಯಕ್ತಿಕ ಯು ತಪಾಸಣೆ, ಸ್ಟ್ಯಾಂಪ್ ಡಿಕ್ಲೇರಿ ಮತ್ತು ಪ್ರಮಾಣಾನುಸಾರ ರಿಸ್ಕ್ ಪ್ರೀಮಿಯಂ ಶುಲ್ಕಗಳನ್ನು ಕಡಿತಗೊಳಿಸಿದ ನಂತರ ಪ್ರೀಮಿಯಂ ಅನ್ನು ಮರುಪಾವತಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ. ಪಾಲಿಸಿಯನ್ನು ನವೀಕರಿಸುವ ಸಮಯದಲ್ಲಿ, ಉಚಿತ ನೋಟ ನಿಬಂಧನೆ ಅನ್ವಯಿಸುವುದಿಲ್ಲ.

ಟಿಪ್ಪಣಿಗಳು:

- ಪ್ರೀಮಿಯಂ: ದಯವಿಟ್ಟು ಪ್ರೀಮಿಯಂ ವೊತ್ತವನ್ನು ನಿವಾ ಬಹುಶಾ ಹೆಲ್ತ್ ಇನ್ಸೂರೆನ್ಸ್ ಕಂಪನಿ ಲಿಮಿಟೆಡ್ ಹೆಸರಿನಲ್ಲಿ ಸುರಕ್ಷಿತ ಪಾವತಿ ವಿಧಾನದ ಮೂಲಕ ಕೇವಲ ಮಾಡಿ.
- ಯಾವುದೇ ಪ್ರಶ್ನೆ ಅಥವಾ ಕ್ಲೈಮ್ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ, ದಯವಿಟ್ಟು ನಮ್ಮ ಗ್ರಾಹಕ ಸಹಾಯವಾಣಿ ಸಂಖ್ಯೆ: 1860-500-8888 ಅನ್ನು ಸಂಪರ್ಕಿಸಿ.

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

ಈ ಪಾಲಿಸಿಯ ಉದ್ದೇಶಪೂರ್ವಕವಾಗಿ ಪಾಲಿಸಿ ನೀಡಲಾಗಿದೆ.

ನಿಮ್ಮ ಆರ್ಥಿಕ ವಿವರಗಳನ್ನು ಪರಿಶೀಲಿಸಿ ನವೀಕರಣ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಯನ್ನು ನಿಮ್ಮ ಆಸ್ತಿಪತ್ರದಲ್ಲಿರುವ ಸ್ವಯಂಚಾಲಿತ ಕ್ರಿಯೆಯಿಂದ ಹೆಚ್ಚು (ಎಸಿಎಚ್) / ಸ್ವಯಂ
ಸಂಪನ್ಮೂಲ (ಎಸ್ಎಚ್) ಅನ್ನು ಕಂಪನಿಯೊಂದಿಗೆ ಮುಂದುವರಿಸುವ ಮೂಲಕ ಪರಿಶೀಲಿಸಿ ಮಾಡಬಹುದು. ಈ ಆಯ್ಕೆಯ ಅಡಿಯಲ್ಲಿ, ನಿಮ್ಮ ಪಾಲಿಸಿಯನ್ನು ಸಕಾಲದಲ್ಲಿ ನವೀಕರಿಸಬಹುದು, ಆದರೆ
ಕಂಪನಿಗೆ ಅಗತ್ಯವಿರುವ ಮಾಹಿತಿ ಮತ್ತು ದಸ್ತಾವೇಜುಗಳನ್ನು ನೀಡಿ ಪೂರ್ಣಗೊಳಿಸಬಹುದು.

___ ಎಸಿಎಚ್ / ಎಸ್ಎಚ್ ನವೀಕರಣ ಆಯ್ಕೆಯನ್ನು ಆರಿಸಲು ಬಯಸುತ್ತೀರಿ.

ದಿನಾಂಕ: _____

ಪ್ರಸ್ತಾವಕರ ಸಹಿ: _____

ಸ್ಥಳ: _____

ಪ್ರವೇಶಿಸಿದ ಹೆಸರು: _____

ನಿವಾ ಬೂಪಾ ಹೆಲ್ತ್ ಇನ್ಶೂರೆನ್ಸ್ ಕಂಪನಿ

ಲಿಮಿಟೆಡ್ ನೋಂದಾಯಿತ ಕಛೇರಿ: 98, ಮೊದಲ ಮಹಡಿ, ಅಜ್ಜನ ನಗರ, ಭಾಗ 1,

ನವದೆಹಲಿ-110024 ಹಕ್ಕುಪತ್ರ: ವಿಮೆಯ ಕೊರತೆಯ ವಿಷಯವಾಗಿದೆ. ನಿವಾ ಬೂಪಾ ಹೆಲ್ತ್ ಇನ್ಶೂರೆನ್ಸ್ ಕಂಪನಿ ಲಿಮಿಟೆಡ್ (ಹಿಂದೆ ಮ್ಯಾಕ್ಸ್ ಬೂಪಾ ಹೆಲ್ತ್ ಇನ್ಶೂರೆನ್ಸ್ ಕಂಪನಿ ಲಿಮಿಟೆಡ್ ಎಂದು
ಕರೆಯಲಾಗುತ್ತಿತ್ತು) (ಇಆರ್ಡಿಎಂ ನೋಂದಣಿ ಸಂಖ್ಯೆ 145) 'ಬೂಪಾ' ಮತ್ತು 'ಹಾಲ್ವ್ ದಿಟ್' 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. ಸಿಐಎನ್: U66000DL2008PLC182918. ಹೆಚ್ಚಿನ ವಿವರಗಳಿಗಾಗಿ

ಕಂಪನಿಯಿಂದ ಸ್ವೀಕೃತಿ

ಅಪ್ಪಿಕರಣ ಸಂಖ್ಯೆ

ದಿನಾಂಕ

ನಿಮ್ಮ ಪ್ರಸ್ತಾವನೆ ಮತ್ತು ಪರಿಶೀಲನೆಗೆ ಒಳಪಟ್ಟಿರುವ ದಾಖಲೆ/ಇತರ ಮೂಲಕ _____ ರಂದು ಪಡೆದ ದಿನಾಂಕದ
ರೂ. ಮೊತ್ತದ ಸ್ವೀಕೃತಿಯನ್ನು ನಾವು ಕೃತಜ್ಞತೆಯಿಂದ ಅಂಗೀಕರಿಸುತ್ತೇವೆ. ವಿಮೆಗಾಗಿ ಪೂರ್ಣಗೊಂಡ
ಪ್ರಸ್ತಾವನೆಯನ್ನು ನಮಗೆ ಸಲ್ಲಿಸುವುದರಿಂದ ಅಥವಾ ಪಾಲಿಸಿಯನ್ನು ವಿತರಿಸಲು ಮಾಡಿದ ಯಾವುದೇ ಪಾವತಿಯ ಪಾಲಿಸಿಯನ್ನು ನಿರಾಕರಿಸುವುದನ್ನು, ಈ ನಿರ್ಧಾರವು ಯಾವಾಗಲೂ ನಮ್ಮ ಏಕೈಕ
ಮತ್ತು ಸಂಪೂರ್ಣ ವಿವೇಚನೆಗೆ ಒಳಪಟ್ಟಿರುತ್ತದೆ. ನಾವು ವಿಮೆಯ ಪ್ರಸ್ತಾವನೆಯನ್ನು ಸ್ವೀಕರಿಸಿದರೆ, ಅದು ಪಾಲಿಸಿಯ ನಿಯಮಗಳು ಮತ್ತು ಷರತ್ತುಗಳಿಗೆ ಒಳಪಟ್ಟಿರುತ್ತದೆ ಮತ್ತು ಪ್ರಮಾಣ
ಅನ್ನು ನಾವು ಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಮತ್ತು ಸಮಯಕ್ಕೆ ಸ್ವೀಕರಿಸಿದರೆ ಅಥವಾ ಸಾಕಾರಗೊಳ್ಳದಿದ್ದರೆ ನಮಗೆ ಯಾವುದೇ ಮೂಲಕ ಇರುವುದಿಲ್ಲ. ನಾವು ಪ್ರಸ್ತಾವನೆಯನ್ನು ಸ್ವೀಕರಿಸಿದರೆ, ನಾವು ನಿಮಗೆ ತಿಳಿಸುತ್ತೇವೆ ಮತ್ತು
ನಿಮ್ಮಿಂದ ಪಡೆದ ವೈಯಕ್ತಿಕ ಮಾಹಿತಿಗಳ ವಜ್ರವನ್ನು ಕಡಿತಗೊಳಿಸಿದ ನಂತರ ಪಾವತಿಯನ್ನು ಬಡ್ಡಿಯಿಲ್ಲದೆ ಮರುಪಾವತಿಸುತ್ತೇವೆ.

ಸ್ವೀಕರಿಸುವವರ ಹೆಸರು ಮತ್ತು ಸಹಿ ಮತ್ತು ಅಧಿಕೃತ ಸ್ಥಳ
