

ವಿಮೆಗಾಗಿ ಅರ್ಜಿ: ವೈಯಕ್ತಿಕ ಅಪಘಾತ ಯೋಜನೆ

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 ಕವರಿಜ್ ಪ್ರಾರಂಭಿಸಬಹುದು ಎಂದು ನಿಯಮಗಳು ಆದೇಶಿಸುತ್ತವೆ.

1- ಪ್ರಸ್ತಾವಕ ವಿವರಗಳು:

ಪ್ರಸ್ತಾವಕ (ಶ್ರೀ/ಶ್ರೀಮತಿ/ಶ್ರೀಮತಿ)

ಲಿಂಗ ಗಂಡು ಹೆಣ್ಣು ಇತರ ಹುಟ್ಟಿದ ದಿನ

ವಿಳಾಸ

ಲ್ಯಾಂಡ್ ಮಾರ್ಕ್ ನಗರ

ಜಿಲ್ಲೆ ರಾಜ್ಯ

ಪಿನ್ ಕೋಡ್ ಇಮೇಲ್ ಐಡಿ

ಮೊಬೈಲ್ ಫೋನ್

ಪ್ಯಾನ್ ಸಂಖ್ಯೆ

ಉದ್ಯೋಗ: ಸಂಬಳ ಪಡೆಯುವವರು ಸ್ವಯಂ ಉದ್ಯೋಗಿ ವಿದ್ಯಾರ್ಥಿ ಗೃಹಿಣಿ ಇತರ, ದಯವಿಟ್ಟು ನಿರ್ದಿಷ್ಟಪಡಿಸಿ

ವಾರ್ಷಿಕ ಆದಾಯ (ರೂ.) ಗ್ರಾಮೀಣ ಮತ್ತು ಸಾಮಾಜಿಕ ವಲಯದ ವರ್ಗ (ಅನ್ವಯವಾದರೆ): ಅಜಾ ಕಾರ್ಯಕರ್ತೆ MGNREGA ಕೆಲಸಗಾರ

CKYC ಸಂಖ್ಯೆ (ಐಚ್ಛಿಕ):

ಪಾಲಿಸಿ ಕಿಟ್ ನ ಭೌತಿಕ ಪ್ರತಿ ನಿಮಗೆ ಬೇಕೆ ಹೌದು ಇಲ್ಲ

ಮಕ್ಕಳಿಗಾಗಿ ಗೃಹವನ್ನು ಸಂರಕ್ಷಿಸಲು ನಾನು ನನ್ನ ಕೈಲಾಡನ್ನು ಮಾಡುತ್ತೇನೆ. ನಾನು ಹೆಸರು ಬಣ್ಣಕ್ಕೆ ತಿರುಗುತ್ತೇನೆ. ನನಗೆ ಸಾಫ್ಟ್ ಕಾಪಿಯನ್ನು ಮಾತ್ರ ಕಳುಹಿಸಿ. ದಯವಿಟ್ಟು ಕಟ್ಟುನಿಟ್ಟಾಗಿ ಕಾಗದ ಬೇಡ

ಈ ನೀತಿಯನ್ನು ಇಬಎಂ ಕ್ರೆಡಿಟ್ ಮಾಡಲು ನಾನು ಬಯಸುತ್ತೇನೆ. ಅಸ್ತಿತ್ವದಲ್ಲಿರುವ ಇ-ವಿಮಾ ಖಾತೆ ಸಂಖ್ಯೆ ವಿಮಾ ಛೇದನದ ಹೆಸರು (ನೀವು ಇದರೊಂದಿಗೆ ನಿಮ್ಮ ಖಾತೆಯನ್ನು ತೆರೆದಿದ್ದೀರಿ)

1. ಮೆಸರ್ಸ್ ಎನ್‌ಎಸ್‌ಐಎಲ್ ಡೇಟಾಬೇಸ್ ಮ್ಯಾನೇಜ್‌ಮೆಂಟ್ ಲಿಮಿಟೆಡ್ 2. ಮೆಸರ್ಸ್ ಸೆಂಟ್ರಲ್ ಇನ್‌ಫೋರ್ಮೇಷನ್ ಲಿಮಿಟೆಡ್

3. ಮೆಸರ್ಸ್ ಕಾರ್ವಿ ಇನ್‌ಫೋರ್ಮೇಷನ್ ಲಿಮಿಟೆಡ್ 4. ಮೆಸರ್ಸ್ ಕ್ಯಾಪ್ಸಿಲ್ ಸರ್ವಿಸ್ ಲಿಮಿಟೆಡ್ (ದಯವಿಟ್ಟು ಯಾವುದಾದರೂ ಒಂದನ್ನು ಆಯ್ಕೆ ಮಾಡಿ) ಅಥವಾ

ನಿಮಗಾಗಿ ಇಬಎಂ ಖಾತೆಯನ್ನು ತೆರೆಯಲು ನಾವು ಸಹಾಯ ಮಾಡಬೇಕೆಂದು ನೀವು ಬಯಸಿದರೆ, ದಯವಿಟ್ಟು ಸೆಕ್ಷನ್ 9, ಎನ್‌ಇಎಫ್‌ಐ ಮತ್ತು ಬ್ಯಾಂಕ್ ವಿವರಗಳಲ್ಲಿ ವಿವರಗಳನ್ನು ಭರ್ತಿ ಮಾಡಿ ಅಥವಾ

ನಾನು ಇಬಎಂ ಹೊಂದಿಲ್ಲ ಮತ್ತು ಒಂದನ್ನು ತೆರೆಯಲು ಬಯಸುವುದಿಲ್ಲ.

ನನ್ನ 'ಡಿಎನ್ ಡಿ' ನೋಂದಣಿಯ ಮೂಲಕ ಸ್ವಾಗತ ಕರೆಗಳು / ಎಸ್ ಎಂಎಸ್, ಸೇವಾ ಕರೆಗಳು / ಎಸ್ ಎಂಎಸ್, ಪಾಲಿಸಿ ಸಂಬಂಧಿತ ಮಾಹಿತಿ ಅಥವಾ ಇತರ ಯಾವುದೇ ವಾಣಿಜ್ಯ ಸಂವಹನವನ್ನು ಮಾಡಲು ನನ್ನ ನೋಂದಾಯಿತ ಫೋನ್ ಸಂಖ್ಯೆಗೆ ಎಸ್ ಎಂಎಸ್ / ಇಮೇಲ್ / ಫೋನ್ / ವಾಟ್ಸಾಪ್ / ಫೇಸ್ ಬುಕ್ ಅಥವಾ ಇತರ ಯಾವುದೇ ವಿಧಾನಗಳ ಮೂಲಕ ನನ್ನನ್ನು ಸಂಪರ್ಕಿಸಲು ನಿವಾ ಬೂಪಾ ಹೆಲ್ತ್ ಇನ್‌ಫೋರ್ಮೇಷನ್ ಅಥವಾ ಅದರ ಯಾವುದೇ ಏಜೆಂಟ್ ಮತ್ತು/ಅಥವಾ ಮೂರನೇ ವ್ಯಕ್ತಿ(ಗಳು) / ಅಂಗಸಂಸ್ಥೆಗಳಿಗೆ ನಾನು ಅಧಿಕಾರ ನೀಡುತ್ತೇನೆ.

ನೀವು ಅಥವಾ ಪ್ರಸ್ತಾವಿತ ಅರ್ಜಿದಾರರಲ್ಲಿ ಯಾರಾದರೂ ರಾಜಕೀಯವಾಗಿ ಬಹಿರಂಗಗೊಂಡ ವ್ಯಕ್ತಿಯೇ (ಪಿಇಪಿ) ಹೌದು ಇಲ್ಲ

#PEP ಪ್ರಮುಖ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಕಾರ್ಯಗಳನ್ನು ಆಂದರೆ ಕೇಂದ್ರ ಅಥವಾ ರಾಜ್ಯ ಸರ್ಕಾರದ ಮುಖ್ಯಸ್ಥರು / ಮಂತ್ರಿಗಳು, ಹಿರಿಯ ರಾಜಕಾರಣಿಗಳು, ಹಿರಿಯ ಸರ್ಕಾರ, ನ್ಯಾಯಾಂಗ ಅಥವಾ ಮಿಲಿಟರಿ ಅಧಿಕಾರಿಗಳು, ಸರ್ಕಾರಿ ಕಂಪನಿಗಳ ಹಿರಿಯ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಾಹಕರು, ಪ್ರಖ್ಯಾತ ಪ್ರಮುಖ ಅಧಿಕಾರಿಗಳು ಮುಂತಾದ ಪ್ರಮುಖ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಕಾರ್ಯಗಳನ್ನು ಮೊದಲಾದ. (ನೀವು ಪಿಇಪಿ ವಿರುದ್ಧ ಟೀಕೆ ಮಾಡಿದ್ದರೆ, ದಯವಿಟ್ಟು ವ್ಯಕ್ತಿಯ ಪಿಇಪಿ ವ್ಯಕ್ತಿಯನ್ನು ಭರ್ತಿ ಮಾಡಿ)

2. ಅರ್ಜಿದಾರರ ವಿವರಗಳು ಮತ್ತು ಯೋಜನೆಯ ಆಯ್ಕೆ:

ಹೆಸರು

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

ಹುಟ್ಟಿದ ದಿನ ಪ್ರಸ್ತಾವಕನೊಂದಿಗೆ ಸಂಬಂಧ(ಬದಲಾಯಿಸಿ) ಸ್ವಯಂ

ಸಂಬಳ ಪಡೆಯುವವರು ಸ್ವಯಂ ಉದ್ಯೋಗಿ ಗಳಿಸಿದ ಆದಾಯ ಸಂಪಾದನೆ ಮಾಡುತ್ತಿಲ್ಲ ವಾರ್ಷಿಕ ಆದಾಯ

ಉದ್ಯೋಗ: ಕಂಪನಿಯ ಹೆಸರು

ಹುದ್ದೆ: ಉನ್ನತ ನಿರ್ವಹಣೆ ಹಿರಿಯ ಮ್ಯಾನೇಜ್‌ಮೆಂಟ್ ಮಧ್ಯಮ ನಿರ್ವಹಣೆ ಕೆಳ ನಿರ್ವಹಣೆ

ವೈಯಕ್ತಿಕ ವಿಮಾ ಮೊತ್ತ ಲೋನ್ ಪ್ರೊಟೆಕ್ಟರ್ ವಿಮಾ ಮೊತ್ತ

ಪುಟ 1

ಮುಖ್ಯ 2

ಹೆಸರು _____

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

ಹುಟ್ಟಿದ ದಿನ ಪ್ರಸ್ತಾಪಕನೊಂದಿಗಿನ ಸಂಬಂಧ[ಬದಲಾಯಿಸಿ] ಸ್ವಯಂ

ಸಂಬಳ ಪಡೆಯುವವರು ಸ್ವಯಂ ಉದ್ಯೋಗಿ ಗಳಿಸಿದ ಆದಾಯ ಸಂಪಾದನ ಮಾಡುತ್ತಿಲ್ಲ ವಾರ್ಷಿಕ ಆದಾಯ _____

ಉದ್ಯೋಗ: _____ ಕಂಪನಿಯ ಹೆಸರು _____

ಹುದ್ದೆ: ಉನ್ನತ ನಿರ್ವಹಣೆ ಹಿರಿಯ ಮ್ಯಾನೇಜಿಂಗ್ ಮಧ್ಯಮ ನಿರ್ವಹಣೆ ಕೆಳ ನಿರ್ವಹಣೆ

ವೈಯಕ್ತಿಕ ವಿಮಾ ಮೊತ್ತ _____ ಲೋನ್ ಪ್ರೊಟೆಕ್ಟರ್ ವಿಮಾ ಮೊತ್ತ _____

ಮುಖ್ಯ 1

ಹೆಸರು _____

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

ಹುಟ್ಟಿದ ದಿನ ಪ್ರಸ್ತಾಪಕನೊಂದಿಗಿನ ಸಂಬಂಧ[ಬದಲಾಯಿಸಿ] ಧ್ವನಿ ಮಗಳು

ವೈಯಕ್ತಿಕ ವಿಮಾ ಮೊತ್ತ: ಪ್ರಸ್ತಾಪಿತ ವಿಮಾ ಮೊತ್ತದ 25%

ಮುಖ್ಯ 2

ಹೆಸರು _____

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

ಹುಟ್ಟಿದ ದಿನ ಪ್ರಸ್ತಾಪಕನೊಂದಿಗಿನ ಸಂಬಂಧ[ಬದಲಾಯಿಸಿ] ಧ್ವನಿ ಮಗಳು

ವೈಯಕ್ತಿಕ ವಿಮಾ ಮೊತ್ತ: ಪ್ರಸ್ತಾಪಿತ ವಿಮಾ ಮೊತ್ತದ 25%

ಮುಖ್ಯ 3

ಹೆಸರು _____

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

ಹುಟ್ಟಿದ ದಿನ ಪ್ರಸ್ತಾಪಕನೊಂದಿಗಿನ ಸಂಬಂಧ[ಬದಲಾಯಿಸಿ] ಧ್ವನಿ ಮಗಳು

ವೈಯಕ್ತಿಕ ವಿಮಾ ಮೊತ್ತ: ಪ್ರಸ್ತಾಪಿತ ವಿಮಾ ಮೊತ್ತದ 25%

ಮುಖ್ಯ 4

ಹೆಸರು _____

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

ಹುಟ್ಟಿದ ದಿನ ಪ್ರಸ್ತಾಪಕನೊಂದಿಗಿನ ಸಂಬಂಧ[ಬದಲಾಯಿಸಿ] ಧ್ವನಿ ಮಗಳು

ವೈಯಕ್ತಿಕ ವಿಮಾ ಮೊತ್ತ: ಪ್ರಸ್ತಾಪಿತ ವಿಮಾ ಮೊತ್ತದ 25%

3- ಕವರೇಜ್ ಆಯ್ಕೆ:

| | |
|---------------------------------|---|
| ಮೂಲ ವ್ಯಾಪ್ತಿ: | |
| ನೀತಿ ಪ್ರಕಾರ: | <input type="checkbox"/> ವೈಯಕ್ತಿಕ |
| ಕವರ್ ಮಾಡಬೇಕಾದ ಜೀವನಗಳ ಸಂಖ್ಯೆ: | ವಯಸ್ಕರು _____ ಮಕ್ಕಳು _____ |
| ಸಾವು (ಮೂಲ ವಿಮಾ ಮೊತ್ತ) | ಮೂಲ ವಿಮಾ ಮೊತ್ತದವರೆಗೆ |
| ಶಾಶ್ವತ ಒಟ್ಟು ಅಂಗವೈಕಲ್ಯ (ಪಿಟಿಡಿ) | |
| ಶಾಶ್ವತ ಭಾಗಶಃ ಅಂಗವೈಕಲ್ಯ (ಪಿಟಿಡಿ) | |
| ನೀತಿ ಅವಧಿ: | <input type="checkbox"/> 1 ವರ್ಷ <input type="checkbox"/> 2 ವರ್ಷ <input type="checkbox"/> 3 ವರ್ಷ |

| | |
|---|--|
| ಐಚ್ಛಿಕ ವ್ಯಾಪ್ತಿ: | |
| ಮೃತ ದೇಹಗಳ ಸಾಗಣೆ | <input type="checkbox"/> ಹೌದು <input type="checkbox"/> ಇಲ್ಲ |
| ಅಂತಸ್ತುಸಂಸ್ಕಾರದ ವೆಚ್ಚ | <input type="checkbox"/> ಹೌದು <input type="checkbox"/> ಇಲ್ಲ |
| ರಸ್ತೆ ಆಂಬ್ಯುಲೆನ್ಸ್ | <input type="checkbox"/> ಹೌದು <input type="checkbox"/> ಇಲ್ಲ |
| ಎರ್ ಆಂಬ್ಯುಲೆನ್ಸ್ | <input type="checkbox"/> ಹೌದು <input type="checkbox"/> ಇಲ್ಲ |
| ತಾತ್ಕಾಲಿಕ ಸಂಪೂರ್ಣ ಅಂಗವೈಕಲ್ಯ (ಟಿಟಿಡಿ) | <input type="checkbox"/> ಹೌದು <input type="checkbox"/> ಇಲ್ಲ |
| ತಾತ್ಕಾಲಿಕ ಒಟ್ಟು ಅಂಗವೈಕಲ್ಯ+ (ಟಿಟಿಡಿ +) | <input type="checkbox"/> ಹೌದು <input type="checkbox"/> ಇಲ್ಲ |
| ತಾತ್ಕಾಲಿಕ ಒಟ್ಟು ಅಂಗವೈಕಲ್ಯ ಲೈಟ್ (ಟಿಟಿಡಿ ಲೈಟ್) | <input type="checkbox"/> ಹೌದು <input type="checkbox"/> ಇಲ್ಲ |
| ತಾತ್ಕಾಲಿಕ ಒಟ್ಟು ಅಂಗವೈಕಲ್ಯ ಕಡಿತೆ | <input type="checkbox"/> ಹೌದು <input type="checkbox"/> ಇಲ್ಲ ಹೌದು ಎಂದಾದರೆ, _____ Days |
| ಆಕಸ್ಮಿಕ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ದಾಖಲಾಗುವಿಕೆ (AH) | <input type="checkbox"/> ಹೌದು <input type="checkbox"/> ಇಲ್ಲ |
| ಆಸ್ಪತ್ರೆಯ ದೈನಂದಿನ ನಗದು | <input type="checkbox"/> ಹೌದು <input type="checkbox"/> ಇಲ್ಲ |
| ಆಕಸ್ಮಿಕ ಒಪಿಡಿ | |
| ಮಾಸಿಕ ಅಗತ್ಯಗಳ ಪ್ರಯೋಜನ | <input type="checkbox"/> ಹೌದು <input type="checkbox"/> ಇಲ್ಲ |
| ಅಡ್ವಾಂಚುರಿಬ್ ಸ್ಟೋಟರ್ಸ್ | <input type="checkbox"/> ಹೌದು <input type="checkbox"/> ಇಲ್ಲ |
| ಅಡ್ವಾಂಚರ್ ಸ್ಟೋಟರ್ಸ್ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಕಾನ್ಸಿಯೋನೆಟ್ ಭೇಟಿ | |

| | |
|-------------------------------|---|
| ಹಿರಿಯರ ಆರೈಕೆ | <input type="checkbox"/> ಹೌದು <input type="checkbox"/> ಇಲ್ಲ |
| ಅವಲಂಬಿತ ಮಕ್ಕಳ ಶಿಕ್ಷಣ | <input type="checkbox"/> ಹೌದು <input type="checkbox"/> ಇಲ್ಲ |
| ಮಕ್ಕಳ ಬೆಂಬಲ | <input type="checkbox"/> ಹೌದು <input type="checkbox"/> ಇಲ್ಲ |
| ಮಕ್ಕಳ ಮದುವೆ ವೆಚ್ಚಗಳು | <input type="checkbox"/> ಹೌದು <input type="checkbox"/> ಇಲ್ಲ |
| ಮುರಿದ ಮೂಳೆ/ಮೂಳೆ ಮುರಿತ | <input type="checkbox"/> ಹೌದು <input type="checkbox"/> ಇಲ್ಲ |
| ಮನೆ/ ಪಾಹನದಲ್ಲಿ ಮಾಡಿದ ಮಾರ್ಪಾಡು | <input type="checkbox"/> ಹೌದು <input type="checkbox"/> ಇಲ್ಲ |
| ಪ್ರಾಸ್ಟೆಟಿಸ್ / ವ್ಹೀಲ್ ಚೇರ್ | <input type="checkbox"/> ಹೌದು <input type="checkbox"/> ಇಲ್ಲ |
| ಕೋಮಾಟೋಸ್ | <input type="checkbox"/> ಹೌದು <input type="checkbox"/> ಇಲ್ಲ |
| ಸುಟ್ಟಗಾಯಗಳು | <input type="checkbox"/> ಹೌದು <input type="checkbox"/> ಇಲ್ಲ |
| ತಲೆ ಮತ್ತು ಬೆನ್ನುಹುರಿ ಗಾಯ | <input type="checkbox"/> ಹೌದು <input type="checkbox"/> ಇಲ್ಲ |
| ಅಪಘಾತ ಆರೈಕೆ | <input type="checkbox"/> ಹೌದು <input type="checkbox"/> ಇಲ್ಲ |

1). ಪೋಷಕರು ಮತ್ತು ಅತ್ತೆ ಮಾವಂದಿರು ಯಾವಾಗಲೂ ಅವಲಂಬಿತರಾಗಿರುತ್ತಾರೆ ಮತ್ತು ವಯಸ್ಕರಾಗಿ ಸಂಪಾದಿಸುವುದಿಲ್ಲ. 2) ಸಂಪಾದನೆ ಮಾಡದ ಸಂಗಾತಿ ಮತ್ತು ಪೋಷಕರು / ಅತ್ತೆ ಮಾವಂದಿರಿಗೆ ವಿಮಾ ಮೊತ್ತ (ಎಸ್‌ಐ) ಕೊಡುಗೆಗಳನ್ನು ಪ್ರಸ್ತಾಪಕರ ಎಸಾಐನ 50% ಕ್ಕೆ ಸೀಮಿತಗೊಳಿಸಲಾಗುವುದು, ಇದು ಗರಿಷ್ಠ 1 ಕೋಟಿ ರೂ.ಗೆ ಒಳಪಟ್ಟಿರುತ್ತದೆ. 3). ಅವಲಂಬಿತ ಮಕ್ಕಳಿಗೆ ವಿಮಾ ಮೊತ್ತ (ಎಸ್‌ಐ) ಕೊಡುಗೆಗಳನ್ನು ಪ್ರಸ್ತಾಪಕರ ಎಸಾಐನ 25% ಕ್ಕೆ ಸೀಮಿತಗೊಳಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ, ಇದು ಗರಿಷ್ಠ 25 ಲಕ್ಷ ರೂ.ಗೆ ಒಳಪಟ್ಟಿರುತ್ತದೆ. 4). ಸಂಪಾದನೆ ಮಾಡದ ಸದಸ್ಯರು ಮತ್ತು ಮಕ್ಕಳಿಗೆ ಅನ್ವಯಿಸದ ಪ್ರಯೋಜನಗಳು: ಮಕ್ಕಳ ವಿವಾಹ ವೆಚ್ಚಗಳು, ಅವಲಂಬಿತ ಮಕ್ಕಳ ಶಿಕ್ಷಣ, ಮಕ್ಕಳ ಬೆಂಬಲ, ವ್ಯದ್ಧರ ಆರೈಕೆ, ಸಾಲ ರಕ್ಷಕ. ಅವಲಂಬಿತ ಮಕ್ಕಳಿಗೆ ತಾತ್ಕಾಲಿಕ ಸಂಪೂರ್ಣ ಅಂಗವೈಕಲ್ಯ ಅನ್ವಯಿಸುವುದಿಲ್ಲ. 5). ಟಿಟಿಡಿ ಅಥವಾ ಟಿಟಿಡಿ + ಅಥವಾ ಟಿಟಿಡಿ ಲೈಟ್ ಅನ್ನು ಆಯ್ಕೆ ಮಾಡಬಹುದು.

4 - ನಾಮನಿರ್ದೇಶನ

ಪ್ರಸ್ತಾಪಕನ ಮರಣದ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ, ನಾಮನಿಗಿ ಕ್ಲೇಮ್ ಅನ್ನು ಪಾವತಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ. ಇತರ ವಿಮಾದಾರರಿಗೆ, ಪ್ರಸ್ತಾಪಕರು ನಾಮನಿರ್ದೇಶಿತರಾಗಿರುತ್ತಾರೆ. ನಾಮನಿರ್ದೇಶಿತರಿಗೆ ಪಾವತಿಯು ಕಂಪನಿಯ ಸಂಪೂರ್ಣ ಹೊಣೆಗಾರಿಕೆಯ ನಿರ್ವಹಣೆಯನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿರುತ್ತದೆ.

| ನಾಮನಿ ಹೆಸರು | ಹುಟ್ಟಿದ ದಿನ | ಪ್ರಸ್ತಾಪಕನೊಂದಿಗಿನ ಸಂಬಂಧ(ಬದಲಾಯಿಸಿ) | ವಿಳಾಸ, ಮೊಬೈಲ್ ಸಂಖ್ಯೆ ಮತ್ತು ನಾಮನಿರ್ದೇಶಿತರ 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 ಅಭ್ಯಾಸಗಳು ಮತ್ತು ಹಿಂದಿನ ಪ್ರಸ್ತಾಪ ಮಾಹಿತಿ:

| ವಿಮೆ ಮಾಡಲು ಪ್ರಸ್ತಾಪಿಸಲಾದ ಯಾವುದೇ ವ್ಯಕ್ತಿಗಳಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ: | ವಯಸ್ಕ 1 | ವಯಸ್ಕ 2 | ಮಗು 1 | ಮಗು 2 | ಮಗು 3 | ಮಗು 4 |
|---|--|--|--|--|--|--|
| ಜನನದ ನಂತರ ಅಥವಾ ನಂತರ ನೀವು ಉತ್ತಮ ಆರೋಗ್ಯ ಹೊಂದಿದ್ದೀರಾ ಮತ್ತು/ಅಥವಾ ಯಾವುದೇ ಮಾನಸಿಕ/ದೈಹಿಕ ದೌರ್ಬಲ್ಯ ಮತ್ತು/ಅಥವಾ ವಿರೂಪತೆ ಮತ್ತು/ಅಥವಾ ಅಂಗವೈಕಲ್ಯದಿಂದ ಬಳಲುತ್ತಿದ್ದೀರಾ? | <input type="checkbox"/> ಹೌದು <input type="checkbox"/> ಇಲ್ಲ | <input type="checkbox"/> ಹೌದು <input type="checkbox"/> ಇಲ್ಲ | <input type="checkbox"/> ಹೌದು <input type="checkbox"/> ಇಲ್ಲ | <input type="checkbox"/> ಹೌದು <input type="checkbox"/> ಇಲ್ಲ | <input type="checkbox"/> ಹೌದು <input type="checkbox"/> ಇಲ್ಲ | <input type="checkbox"/> ಹೌದು <input type="checkbox"/> ಇಲ್ಲ |

- 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 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.
- ಪ್ರಸ್ತಾಪನೆಯನ್ನು ಸಲ್ಲಿಸಿದ ನಂತರ ಅದರ ಕಂಪನಿಯು ಅಪಾಯ ಸ್ವೀಕಾರದ ಸಂವಹನದ ಮೊದಲು, ವಿಮೆ ಮಾಡಬೇಕಾದ / ಪ್ರಸ್ತಾಪಿಸಬೇಕಾದ ಜೀವನದ ಉದ್ದಕ್ಕೂ ಅಥವಾ ಸಾಮಾನ್ಯ ಆರೋಗ್ಯದಲ್ಲಿ ಸಂಭವಿಸುವ ಯಾವುದೇ ಬದಲಾವಣೆಯನ್ನು ನಾನು ಲಿಖಿತವಾಗಿ ತಿಳಿಸುತ್ತೇನೆ ಎಂದು ನಾನು ಘೋಷಿಸುತ್ತೇನೆ.
- ವಿಮೆ ಮಾಡಬೇಕಾದ / ಪ್ರಸ್ತಾಪಿಸಬೇಕಾದ ವ್ಯಕ್ತಿಯ ದೈಹಿಕ ಅಥವಾ ಮಾನಸಿಕ ಆರೋಗ್ಯದ ಮೇಲೆ ಪರಿಣಾಮ ಬೀರುವ ಯಾವುದೇ ವಿಷಯದ ಬಗ್ಗೆ ಯಾವುದೇ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ವಿಮೆ ಮಾಡಬೇಕಾದ / ಪ್ರಸ್ತಾಪಿಸುವ ವ್ಯಕ್ತಿಯ ಮೇಲೆ ಅಥವಾ ಯಾವುದೇ ಹಿಂದಿನ ಅಥವಾ ಪ್ರಸ್ತುತ ಉದ್ಯೋಗದಾತರಿಂದ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಕೋರುವ ಯಾವುದೇ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಅಥವಾ ಅಸ್ವಾಭಾವಿಕ ಮತ್ತು ವಿಮೆ ಮಾಡಬೇಕಾದ ವ್ಯಕ್ತಿಯ ಮೇಲೆ ವಿಮೆಗಾಗಿ ಅರ್ಜಿ ಸಲ್ಲಿಸಿದ ಯಾವುದೇ ವಿಮಾದಾರರಿಂದ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಕೋರಲು ಕಂಪನಿಗೆ ನಾನು ಸಮ್ಮತಿಸುತ್ತೇನೆ ಎಂದು ನಾನು ಘೋಷಿಸುತ್ತೇನೆ ಪ್ರಸ್ತಾಪನ ಮತ್ತು / ಅಥವಾ ಕ್ಲೇಮ್ ಇತ್ಯರ್ಥಕ್ಕೆ ಅಂಡರ್ ರೈಟ್ ಮಾಡುವ ಉದ್ದೇಶಕ್ಕಾಗಿ.
- ಪ್ರಸ್ತಾಪಕನ ಮರಣದ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ, ನಾಮನಿಗೆ ಕ್ಲೇಮ್ ಅನ್ನು ಪಾವತಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ. ಇತರ ವಿಮಾದಾರರಿಗೆ, ಪ್ರಸ್ತಾಪಕರು ನಾಮನಿರ್ದೇಶಿತರಾಗಿರುತ್ತಾರೆ. ನಾಮನಿರ್ದೇಶಿತರಿಗೆ ಪಾವತಿಯು ಕಂಪನಿಯ ಸಂಪೂರ್ಣ ಹೊಣೆಗಾರಿಕೆಯ ನಿರ್ವಹಣೆಯನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿರುತ್ತದೆ.
- ಪ್ರಸ್ತಾಪನ ಮತ್ತು/ಅಥವಾ ಕ್ಲೇಮ್ ಇತ್ಯರ್ಥಕ್ಕೆ ಮತ್ತು ಯಾವುದೇ ಸರ್ಕಾರಿ ಮತ್ತು/ಅಥವಾ ನಿಯಂತ್ರಣ ಪ್ರಾಧಿಕಾರದೊಂದಿಗೆ ಅಂಡರ್ ರೈಟ್ ಮಾಡುವ ಏಕೈಕ ಉದ್ದೇಶಕ್ಕಾಗಿ ವಿಮಾದಾರ/ಪ್ರಸ್ತಾಪಕರ ವೈದ್ಯಕೀಯ ದಾಖಲೆಗಳು ಸೇರಿದಂತೆ ನನ್ನ ಪ್ರಸ್ತಾಪಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಹಂಚಿಕೊಳ್ಳಲು ನಾನು ಕಂಪನಿಗೆ ಅಧಿಕಾರ ನೀಡುತ್ತೇನೆ.
- ಪ್ರಸ್ತಾಪಕರು ದೇಶೀಯ ಭಾಷೆಯಲ್ಲಿ ಸಹಿ ಮಾಡಿದ್ದರೆ: ಈ ನಮೂನೆಯ ವಿಷಯವನ್ನು ನಾನು _____ ರಲ್ಲಿ ಪ್ರಸ್ತಾಪಿಸಿದ ಪ್ರಸ್ತಾಪಕನಿಗೆ _____ ಸಮ್ಮುಖದಲ್ಲಿ ವಿವರಿಸಿದ್ದೇನೆ, ಅವರು ಅದನ್ನು ಅರ್ಥಮಾಡಿಕೊಂಡಿದ್ದಾರೆ ಮತ್ತು ದೃಢಪಡಿಸಿದ್ದಾರೆ. ಸಾಕ್ಷಿಯ ಕಂಪನಿಯ ಐಜಿಂಟ್/ ಉದ್ಯೋಗಿಯಲ್ಲದ ಬೇರೆ ಯಾರೋ ಆಗಿರಬೇಕು.

ದಿನಾಂಕ _____ ಸ್ಥಳ _____ ಪ್ರಸ್ತಾಪಕರ ಸಹಿ _____

ಪ್ರಮಾಣೀಕರಿಸುವ ವ್ಯಕ್ತಿಯ ಸಹಿ: _____ ಸಾಕ್ಷಿಯ ಸಹಿ _____

ಪ್ರಮಾಣೀಕರಿಸುವ ವ್ಯಕ್ತಿಯ ಮೊಬೈಲ್ ಸಂಖ್ಯೆ: _____ ಸಾಕ್ಷಿಯ ಮೊಬೈಲ್ ಸಂಖ್ಯೆ: _____

7. ಪ್ರಸ್ತಾವಕ ಮತ್ತು ಸಲಹೆಗಾರರಿಂದ ಫಾರ್ಮ್ ಅನ್ನು ಭರ್ತಿ ಮಾಡದಿದ್ದರೆ ಘೋಷಣೆ:

ಯಾವುದೇ ಕಾರಣಕ್ಕಾಗಿ ಪ್ರಸ್ತಾವನೆ ಮತ್ತು ಇತರ ಸಂಬಂಧಿತ ದಾಖಲೆಗಳನ್ನು ಪ್ರಸ್ತಾವಕರು ಭರ್ತಿ ಮಾಡದಿದ್ದರೆ ಘೋಷಣೆ. ಪ್ರಸ್ತಾವನೆ ನಮೂನೆಯ ವಿಷಯಗಳನ್ನು ನನಗೆ ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ವಿವರಿಸಲಾಗಿದೆ ಮತ್ತು ನಾನು ಎಲ್ಲಾ ಅಂಶಗಳನ್ನು ಪರಿಣಾಮಗಳನ್ನು ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಅರ್ಥಮಾಡಿಕೊಂಡಿದ್ದೇನೆ. ಪ್ರಸ್ತಾವನೆ ನಮೂನೆಯನ್ನು _____ ನನ್ನ ಸೂಚನೆಯ ಮೇರೆಗೆ ಭರ್ತಿ ಮಾಡಲಾಗಿದೆ ಮತ್ತು ಎಲ್ಲಾ ಮಾಹಿತಿಯು _____ ಮೊದಲ ಘೋಷಣೆ ಸರಿಯಾಗಿದೆ ಮತ್ತು ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿದೆ ಎಂದು ನಾನು _____ ಪ್ರಸ್ತಾವಕರ ಸಹಿ _____

ಸಲಹೆಗಾರ ಘೋಷಣೆ: ವಿಮಾ ಸಲಹೆಗಾರನಾಗಿ / ಕಾರ್ಪೊರೇಟ್ ಏಜೆಂಟ್ ನ ನಿರ್ದಿಷ್ಟ ವ್ಯಕ್ತಿಯಾಗಿ / ಬ್ಯಾಂಕರ್ / ಸಂಬಂಧ ಅಧಿಕಾರಿಯ ಅಧಿಕೃತ ಉದ್ಯೋಗಿಯಾಗಿ, ನಾನು ಈ ಉತ್ಪನ್ನ / ಪ್ರಸ್ತಾವನೆಯ ಎಲ್ಲಾ ವಿಷಯಗಳನ್ನು ಪ್ರಸ್ತಾವಕರಿಗೆ ವಿವರಿಸಿದ್ದೇನೆ ಎಂದು ಈ ಮೂಲಕ ಘೋಷಿಸುತ್ತೇನೆ

ವಿಮಾ Advisor _____ ಸಹಿ

8. ಪ್ರೀಮಿಯಂ ವಿವರಗಳು (ಕಚೇರಿ ಬಳಕೆಗೆ ಮಾತ್ರ):

ಪ್ರೀಮಿಯಂ ಪಾವತಿ ಆಯ್ಕೆ ಚೆಕ್ ಡಿಮಾಂಡ್ ಡ್ರಾಫ್ಟ್ ಕ್ರೆಡಿಟ್ ಕಾರ್ಡ್ ನೆಟ್ ಬ್ಯಾಂಕಿಂಗ್ ನಗದು ಇತರ

ಪ್ರೀಮಿಯಂ ಮೊತ್ತ _____ ಪಾವತಿಸಿದ ಪ್ರೀಮಿಯಂ _____

ಪ್ರಸ್ತಾವಕನೊಂದಿಗಿನ ಸಂಬಂಧ [ಬದಲಾಯಿಸಿ] _____ ಆನ್ ಲೈನ್ ಪಾವತಿ ವಹಿವಾಟು ID: _____

ಬ್ಯಾಂಕ್ ಹೆಸರು/ಶಾಖೆ _____ ದಿನಾಂಕ _____

ನಿವಾ ಬೂಪಾ ಶಾಖೆಯ ಸ್ಥಳ _____ ಕೋಡ್ ಸಂಖ್ಯೆ _____

ವ್ಯವಹಾರ ಮೂಲ: ಸಲಹೆಗಾರ / ಡಿವಿಷನ್ / ಕಾರ್ಪೊರೇಟ್ ಏಜೆಂಟ್ / ಇತರ ಚಾನೆಲ್ಗಳು _____ ಕೋಡ್ ಸಂಖ್ಯೆ _____

ಹೆಸರು _____

ಸ್ವೀಕರಿಸಿದ ಪ್ರಸ್ತಾವನೆ: DDMMYY _____ ಗ್ರಾಹಕ ID: _____

ಪ್ರಸ್ತಾವಕ ಅಥವಾ ಅರ್ಜಿದಾರರು ಸಿಬ್ಬಂದಿಯೇ? ಹೌದು ಇಲ್ಲ

9. ನೆಟ್ವರ್ಕ್ ಮತ್ತು ಬ್ಯಾಂಕ್ ವಿವರಗಳು:

ಎಲ್ಲಾ ಪಾವತಿಗಳನ್ನು (ಪ್ರೀಮಿಯಂ, ಕ್ಲೈಮ್ ಗಳು ಇತ್ಯಾದಿಗಳ ಮರುಪಾವತಿ) ನಿಮ್ಮ ಖಾತೆಗೆ ಮಾತ್ರ ವಿದ್ಯುನ್ಮಾನವಾಗಿ ಮಾಡಲಾಗುತ್ತದೆ. ದಯವಿಟ್ಟು ಈ ಕೆಳಗಿನ ವಿವರಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸಿ

ಬ್ಯಾಂಕ್ ಹೆಸರು _____

ಶಾಖೆ _____ ಖಾತೆ ಸಂಖ್ಯೆ _____

ನಗರ _____ ಖಾತೆ ಪ್ರಕಾರ: ಉಳಿತಾಯ ಕ್ಯೂರೆಂಟ್

IFSC ಕೋಡ್ _____

10. ನವೀಕರಣ:

ನವೀಕರಣ ಪಾವತಿ ಸೈನ್ ಅಪ್: ನಿಮ್ಮ ಅಸ್ತಿತ್ವದಲ್ಲಿರುವ ಸ್ವಯಂಚಾಲಿತ ಕ್ರಿಯರಿಂಗ್ ಹೌಸ್ (ಎಸಿಎಚ್) / ಸ್ವಾಯಿ ಸೂಚನೆಗಳು (ಎಸಐ) ಅನ್ನು ಕಂಪನಿಯೊಂದಿಗೆ ಮುಂದುವರಿಸುವ ಮೂಲಕ ನಿಮ್ಮ ಆರೋಗ್ಯ ವಿಮಾ ಪಾಲಿಸಿಯ ನವೀಕರಣ ಪ್ರೀಮಿಯಂ ಪಾವತಿಯನ್ನು ಪ್ರತಿ ವರ್ಷ ಮಾಡಬಹುದು. ಈ ಆಯ್ಕೆಯ ಅಡಿಯಲ್ಲಿ, ನಿಮ್ಮ ಪಾಲಿಸಿಯನ್ನು ಸಕಾಲದಲ್ಲಿ ನವೀಕರಿಸಬಹುದು, ಆದರೆ ಕಂಪನಿಗೆ ಅಗತ್ಯವಿರುವ ಮಾಹಿತಿ ಮತ್ತು ದಸ್ತಾವೇಜಿನ ಎಲ್ಲಾ ಹೆಚ್ಚುವರಿ ಅವಶ್ಯಕತೆಗಳನ್ನು ನೀವು ಪೂರ್ಣಗೊಳಿಸಬಹುದು.

ನಾನು ಎಸಿಎಚ್ / ಎಸಐ ನವೀಕರಣ ಆಯ್ಕೆಯನ್ನು ಆರಿಸಲು ಬಯಸುತ್ತೇನೆ ಮತ್ತು ಆ ಮೂಲಕ ಪಾಲಿಸಿಯನ್ನು ನವೀಕರಿಸುವವರೆಗೆ ಪ್ರೀಮಿಯಂ ಮೇಲೆ 2.5% ರಿಯಾಯಿತಿ ಪಡೆಯಲು ಬಯಸುತ್ತೇನೆ.

Dated _____ Place _____ Proposer _____ ಸಹಿ

11. ಬ್ಯಾಂಕ್ ಇನ್ಸೂರೆನ್ಸ್ ಚಾನೆಲ್ ಗೆ ಮಾತ್ರ ಹೆಚ್ಚುವರಿ ಡಿಟಾಲ್ ಗಳು (ಒಎಫ್ ಐಸಿ/ಇ ಬಳಕೆಗೆ ಮಾತ್ರ)

ಶಾಖೆ Code _____ ಎಸ್ಸಿ Code _____ RM/LG Code _____

ಗ್ರಾಹಕ ಖಾತೆ number _____

12. 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 ಅಥವಾ ಅನುಮತಿಸುವುದಿಲ್ಲ. ವಿಮಾದಾರರ ಪ್ರಕಟಿತ ಪ್ರಾಸ್ಟ್ರಕ್ಚರ್ಸ್ ಅಥವಾ ಕೋಷ್ಟಕಗಳಿಗೆ ಅನುಗುಣವಾಗಿ ಅನುಮತಿಸಬಹುದಾದ ರಿಯಾಯಿತಿಯನ್ನು ಹೊರತುಪಡಿಸಿ, ಪಾಲಿಸಿಯನ್ನು ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳುವ ಅಥವಾ ನವೀಕರಿಸುವ ಅಥವಾ ಮುಂದುವರಿಸುವ ಯಾವುದೇ ವ್ಯಕ್ತಿಯು ಯಾವುದೇ ರಿಯಾಯಿತಿ ಯನ್ನು _____

2. ಈ ಸೆಕ್ಷನ್ ನಿಬಂಧನೆಗಳನ್ನು ಅನುಸರಿಸಲು ವಿಫಲವಾದ ಯಾವುದೇ ವ್ಯಕ್ತಿಯು ಹತ್ತು ಲಕ್ಷ ರೂಪಾಯಿಗಳವರೆಗೆ ವಿಸ್ತರಿಸಬಹುದಾದ ದಂಡಕ್ಕೆ ಗುರಿಯಾಗುತ್ತಾನೆ.

13. ಕಂಪನಿಯಿಂದ ಸ್ವೀಕೃತಿ:

ಅಪ್ರಿಕೇಶನ್ ಸಂಖ್ಯೆ _____ ದಿನಾಂಕ ____/____/____

ಚೆಕ್ / ಡಿಮಾಂಡ್ ಡ್ರಾಫ್ಟ್ / Others _____ of ಮೊತ್ತ ರೂ. _____ ಮೂಲಕ ನಿಮ್ಮ ಪ್ರಸ್ತಾವ ಮತ್ತು ಮೊತ್ತವನ್ನು ಸ್ವೀಕರಿಸಿರುವುದನ್ನು ನಾವು ಕೃತಜ್ಞತೆಯಿಂದ ಅಂಗೀಕರಿಸುತ್ತೇವೆ ದಿನಾಂಕ _____ ಮೇಲೆ ಚಿತ್ರಿಸಲಾಗಿದೆ

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 ಪ್ರಸ್ತಾವವನ್ನು ಸ್ವೀಕರಿಸಿದರೆ, ಅದು ಪಾಲಿಸಿಯ ನಿಯಮಗಳ ಮತ್ತು ಷರತ್ತುಗಳಿಗೆ ಒಳಪಟ್ಟಿರುತ್ತದೆ ಮತ್ತು ಪ್ರೀಮಿಯಂ ಅನ್ನು ನಾವು ಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಮತ್ತು ಸಮಯಕ್ಕೆ ಸ್ವೀಕರಿಸದಿದ್ದರೆ ಅಥವಾ ಸಾಕಾರಗೊಳ್ಳದಿದ್ದರೆ ನಮಗೆ ಯಾವುದೇ ಹಣಕಾಸಿನ ಇರುವುದಿಲ್ಲ. ನಾವು ಪ್ರಸ್ತಾವವನ್ನು ಸ್ವೀಕರಿಸದಿದ್ದರೆ, ನಾವು ನಿಮಗೆ ತಿಳಿಸುತ್ತೇವೆ ಮತ್ತು ನಿಮ್ಮಿಂದ ಪಡೆದ ವ್ಯವಹಾರದ ಪರಿಶೀಲನೆಗೆ ವೆಚ್ಚವನ್ನು ಕಡಿತಗೊಳಿಸಿದ ನಂತರ ಪಾವತಿಯನ್ನು ಬಡ್ಡಿಯಿಲ್ಲದೆ ಮರುಪಾವತಿಸುತ್ತೇವೆ.

ಸ್ವೀಕರಿಸುವವರ ಹೆಸರು ಮತ್ತು ಸಹಿ ಮತ್ತು ಕಚೇರಿ seal _____

ಹಕ್ಕುತ್ಯಾಗ: ವಿಮೆಯ ಕೋರಿಕೆಯ ವಿಷಯವಾಗಿದೆ. ನಿವಾ ಬೂಪಾ ಹೆಲ್ತ್ ಇನ್ಸೂರೆನ್ಸ್ ಕಂಪನಿ ಲಿಮಿಟೆಡ್ (ಹಿಂದೆ ಮ್ಯಾಕ್ಸ್ ಬೂಪಾ ಹೆಲ್ತ್ ಇನ್ಸೂರೆನ್ಸ್ ಕಂಪನಿ ಲಿಮಿಟೆಡ್ ಎಂದು ಕರೆಯಲಾಗುತ್ತಿತ್ತು) (ಐಐಡಿಎಐ ನೋಂದಣಿ ಸಂಖ್ಯೆ 145). 'ಬುಪಾ' ಮತ್ತು 'ಕಾರ್ಡ್ ಬೀಟ್' ಲೋಗೋಗಳು ಆಯಾ ಮಾಲೀಕರ ನೋಂದಾಯಿತ ಟ್ರೇಡ್ ಮಾರ್ಕ್ ಗಳಾಗಿವೆ ಮತ್ತು ಇದನ್ನು ನಿವಾ ಬೂಪಾ ಹೆಲ್ತ್ ಇನ್ಸೂರೆನ್ಸ್ ಕಂಪನಿ ಲಿಮಿಟೆಡ್ ಪರವಾನಗಿಯಡಿಯಲ್ಲಿ ಬಳಸುತ್ತಿದೆ. ಉತ್ಪನ್ನ ಹೆಸರು: ವೈಯಕ್ತಿಕ ಅಪಘಾತ ಯೋಜನೆ | ಉತ್ಪನ್ನ ಯುಐಎನ್: MAXPAIP21585V012021. ನೋಂದಾಯಿತ ಕಚೇರಿ- ಸಿ-98, ಮೊದಲ ಮಹಡಿ, ಲಜಪತ್ ನಗರ, ಭಾಗ 1, ನವದೆಹಲಿ-110024, ಗ್ರಾಹಕ ಸಹಾಯವಾಣಿ: 1860-500-8888. Website: www.nivabupa.com. ಸಿಬಿಎನ್: U66000DL2008PLC182918

14. ಗ್ರಾಮೀಣ ಮತ್ತು ಸಾಮಾಜಿಕ ವಲಯದ ವರ್ಗ (ಅನ್ವಯವಾದರೆ)

ಅಶಾ ಕಾರ್ಯಕರ್ತೆ

MGNREGA ಕೆಲಸಗಾರ

15. ಕ್ರೆಡಿಟ್ ಗಳ ಮರುಪಾವತಿ ಮತ್ತು ಪಾವತಿಯ ವಿವರಗಳು

ಪಾವತಿ ಸ್ವೀಕರಿಸುವ ಆಯ್ಕೆ: ಬ್ಯಾಂಕ್ ವರ್ಗಾವಣೆ

ಫಲಾನುಭವಿ ಹೆಸರು: _____

ಬ್ಯಾಂಕ್ ಹೆಸರು: _____

ಐಎಫ್‌ಎಸ್‌ಸಿ ಕೋಡ್: _____

ಖಾತೆ ಸಂಖ್ಯೆ: _____

ಖಾತೆ ಪ್ರಕಾರ: _____

16. ಅಭಿಜ್ಞಾನ

| ಸದಸ್ಯರ ಹೆಸರು | ನಿಮ್ಮ ಬಳಿ ಅಭಿಜ್ಞಾನ ಇದೆಯೇ? | | ಅಭಿಜ್ಞಾನ ID | ಎಲಿಎಚ್‌ಎ ಮೂಲಕ ವಿಮಾದಾರರು/ಟಿಪ್ಪಣಿಗಳೊಂದಿಗೆ ವೈದ್ಯಕೀಯ ದಾಖಲೆಗಳನ್ನು ಹಂಚಿಕೊಳ್ಳಲು | |
|--------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------|--|-------------------------------|
| | <input type="checkbox"/> ಹೌದು | <input type="checkbox"/> ಇಲ್ಲ | | <input type="checkbox"/> ಹೌದು | <input type="checkbox"/> ಇಲ್ಲ |
| _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |