

ರೀಅಶೂರ್ 3.0 ಪ್ರಸ್ತಾವನೆ ನಮೂನೆ

URN: 032

ವಿಮೆ ಒಪ್ಪಂದವು ಕಾನೂನುಬದ್ಧ ಒಪ್ಪಂದವೂ ಆಗಿದೆ ಮತ್ತು ಇದು ಸಂದಿಕೆ ಮತ್ತು ಸಾವು ನಿರ್ಧನು ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಅನ್ನು ಆಧರಿಸಿದೆ. ನಿಮ್ಮ ಆರೋಗ್ಯದ ಕುರಿತಾದ ಮಾಹಿತಿಯು ಮತ್ತು ನಿಮ್ಮ ಪಾಲಿಸಿಯ ಮೇಲೆ ಅದರ ಪರಿಣಾಮ ಎಷ್ಟು ಪ್ರಸ್ತುತವಾಗಿದೆ ಎಂದು ನಿಮಗೆ ತಿಳಿದಿರಬಹುದು ಎಂದು ಸಾವು ಅರ್ಥಮಾಡಿಕೊಂಡಿದ್ದೇವೆ. ಆದ್ದರಿಂದ, ನಿಮ್ಮ ಎಲ್ಲಾ ಆರೋಗ್ಯ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಬಹಿರಂಗಪಡಿಸುವುದು ಬಹಳ ಮುಖ್ಯ ಮತ್ತು ಅದು ಎಷ್ಟು ಪ್ರಸ್ತುತವಾಗಿದೆ ಎಂಬುದನ್ನು ಸಾವು ನಿರ್ಧರಿಸುತ್ತದೆ (ಸಾವು ಅದನ್ನು 'ಮತ್ತು ಸತ್ಯ' ಎಂದು ಕರೆಯುತ್ತದೆ). ವಿಮೆ ಮಾಹಿತಿ ಪ್ರಸ್ತಾವಿಸಲಾದ ಎಲ್ಲಾ ಸಂದರ್ಭದ ಬಗ್ಗೆ ಸರಿಯಾದ ಮತ್ತು ಸಂಪೂರ್ಣ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಒದಗಿಸಿದ್ದರೆ, ಸಾವು ನಿಮ್ಮ ಪಾಲಿಸಿಯನ್ನು ರದ್ದುಗೊಳಿಸುತ್ತದೆ. ಯಾವುದೇ ಕ್ಲೈಮ್ ಅನ್ನು ಪಾವತಿಸುವುದಿಲ್ಲ. ಪಾವತಿಸಿದ ಯಾವುದೇ ಪ್ರೀಮಿಯಂ ಅನ್ನು ಮರುಪಾವತಿಸುವುದಿಲ್ಲ ಮತ್ತು ನಿಮ್ಮ ವಿರುದ್ಧ ಎಲ್ಲಾ ಸಂಭಾವ್ಯ ಕಾನೂನು ಕ್ರಮ ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳುವ ಹಕ್ಕನ್ನು ಹೊಂದಿರುತ್ತದೆ. ಸಾವು ಪೂರ್ಣ ಪ್ರೀಮಿಯಂ ಅನ್ನು ಸ್ವೀಕರಿಸಿದ ನಂತರ ಮತ್ತು ಅಪಾಯವನ್ನು ಪ್ರಸ್ತವಾಗಿ ಸ್ವೀಕರಿಸಿದ ನಂತರದೇ ಕವರೇಜ್ ಪ್ರಾರಂಭವಾಗಬಹುದು ಎಂದು ನಿಯಮಗಳು ಆದೇಶಿಸುತ್ತವೆ.

1. ಪ್ರವೇಶದರ್ ವಿವರಗಳು:

ಶೀರ್ಷಿಕೆ	ಹೆಸರು	ಲಿಂಗ	ಗಂಡು	ಹೆಣ್ಣು	ಇತರೆ	ರಾಷ್ಟ್ರೀಯತೆ
ಜನ್ಮ ದಿನಾಂಕ						
ಪ್ರಸ್ತುತ ವಿಳಾಸ						
ಲ್ಯಾಂಡ್ ಮಾರ್ಕ್					ನಗರ	
ಕುಲಿ			ರಾಜ್ಯ			ಪಿನ್ ಕೋಡ್
ಲ್ಯಾಂಡ್ ಲೈನ್ ಸಂಖ್ಯೆ						ಮೊಬೈಲ್ ಸಂಖ್ಯೆ
ಇಮೇಲ್ ಐಡಿ						ವರ್ಯಾಕಾಯ ಸಂಖ್ಯೆ
PAN ಸಂಖ್ಯೆ						
ವಾಹಿನಿ ಅದಾಯ (ರೂ)				ONC ಸಂಖ್ಯೆ		
ಉದ್ಯೋಗ	ಸಂಬಳ ಪಡೆಯುವವರು	ಸ್ವಯಂ ಉದ್ಯೋಗಿ	ವಿದ್ಯಾರ್ಥಿ	ಗೃಹಿಣಿ	ಇತರೆ, ದಯವಿಟ್ಟು ನಿರ್ದಿಷ್ಟಪಡಿಸಿ	
ಪ್ರೀಮಿಯಂ ಪಾವತಿಸಿದವರು				ಪ್ರಸ್ತಾವಕರಿಗೆ ಸಂಬಂಧ		
☐ ನಿಮ್ಮ ಎಲ್ಲಾ ಪಾಲಿಸಿ ಮತ್ತು ಸೇವೆಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಸಂವಹನಗಳನ್ನು ಆರ್ಜಿ ನಮೂನೆಯಲ್ಲಿ ಉದ್ದೇಶಿಸಿರುವ ಇಮೇಲ್ ಐಡಿಗೆ ಕಳುಹಿಸಲು ಕಂಪನಿಗೆ ಅಧಿಕಾರ ನೀಡುವ ಮೂಲಕ ಪರಿಶರವನ್ನು ರಕ್ಷಿಸಲು ಮತ್ತು ಕಾಗದವನ್ನು ಉಳಿಸಲು ನಾನು ಐಯುತ್ತೇನೆ?						
☐ ನಾನು ಎಲ್ಲಾ ನಿಯಮಗಳು ಮತ್ತು ಷರತ್ತುಗಳನ್ನು ಓದಿದ್ದೇನೆ, ಅರ್ಥಮಾಡಿಕೊಂಡಿದ್ದೇನೆ ಮತ್ತು ಒಪ್ಪಿಕೊಂಡಿದ್ದೇನೆ ಮತ್ತು ಈ ಮೂಲಕ ನಿಮ್ಮ ಬಂಪಾ ಹೆಲ್ತ್ ಇನ್ಸೂರೆನ್ಸ್ ಅಥವಾ ಅದರ ಯಾವುದೇ ಘಟಕಗಳು ಮತ್ತು/ಅಥವಾ ಮೂರನೇ ಪಕ್ಷ (ಗಳು) / ಅಂಗಸಂಸ್ಥೆಗಳು ನನ್ನ 'DNB' ಸೋದರದವರನ್ನು ಅತಿಕ್ರಮಿಸಿ ನನ್ನ ಸೋದರದವರ ಪೂರ್ಣ ಸಂಖ್ಯೆ SMS / ಇಮೇಲ್ / ವಾಟ್ಸಾಪ್ / ಫೇಸ್ಬುಕ್ ಅಥವಾ ಯಾವುದೇ ಇತರ ವಿಧಾನಗಳ ಮೂಲಕ ಸ್ವಾಗತ ಕರೆಗಳು / SMS, ಸೇವಾ ಕರೆಗಳು / SMS ಅಥವಾ ಯಾವುದೇ ಇತರ ವಾಣಿಜ್ಯ ಸಂವಹನಕ್ಕಾಗಿ ನನ್ನನ್ನು ಸಂಪರ್ಕಿಸಲು ಅಧಿಕಾರ ನೀಡುತ್ತೇನೆ.						

ನಿಮ್ಮ ಪಾಲಿಸಿ ಕಟ್ಟ ಭೌತಿಕ ಪ್ರತಿಯನ್ನು ಐಯುತ್ತೇರಾ ☐ ಹೌದು ☐ ಇಲ್ಲ

ನಿಮ್ಮ ಅಥವಾ ಪ್ರಸ್ತಾವಿತ ಆರ್ಜಿಡಾರರು ಯಾವುದರೂ PEP# ಆಗಿದ್ದೀರಾ? ☐ ಹೌದು ☐ ಇಲ್ಲ

ಕರಾಚಿಯವಾಗಿ ತೆರೆದುಕೊಂಡ ವ್ಯಕ್ತಿಗಳು (PEP) ಎಂದರೆ ಪ್ರಮುಖ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಕಾರ್ಯಗಳನ್ನು ವಹಿಸಿಕೊಂಡಿರುವ ಅಥವಾ ವಹಿಸಿಕೊಂಡಿದ್ದ ವ್ಯಕ್ತಿಗಳು ಅಂದರೆ ಕೇಂದ್ರ ಅಥವಾ ರಾಜ್ಯ ಸರ್ಕಾರದ ಮುಖ್ಯಸ್ಥರು / ಮಂತ್ರಿಗಳು, ಹಿರಿಯ ರಾಜಕಾರಣಿಗಳು, ಹಿರಿಯ ಸರ್ಕಾರಿ, ನ್ಯಾಯಾಂಗ ಅಥವಾ ಮಿಲಿಟರಿ ಅಧಿಕಾರಿಗಳು, ಸರ್ಕಾರಿ ಕಂಪನಿಗಳ ಹಿರಿಯ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಾಹಕರು, ಪ್ರಮುಖ ಪಕ್ಷದ ಅಧಿಕಾರಿಗಳು. (ನಿಮ್ಮ PEP ವಿರುದ್ಧ ಗುರುತಿಸಿದ್ದರೆ, ದಯವಿಟ್ಟು ಪ್ರತ್ಯೇಕ PEP ಪ್ರಸ್ತಾವನೆಯನ್ನು ಭರ್ತಿ ಮಾಡಿ)

ಬ್ಯಾಂಕ್ ವಿವರಗಳು:

ಬ್ಯಾಂಕ್ ಹೆಸರು	
ಖಾತೆ ಸಂಖ್ಯೆ	IFSC ಕೋಡ್
ಖಾತೆ ಪ್ರಕಾರ	ಉಳಿತಾಯ
	ಚಾಲ್ತಿ
	ಕಾಪಿ
	ನಗರ

ಎಲೆಕ್ಟ್ರಾನಿಕ್ ವಿಮಾ ಖಾತೆಯ ವಿವರಗಳು (eA)

ಈ ಪಾಲಿಸಿಯನ್ನು ನಿಮ್ಮ eA/ಐಮಾ ಮಾಹಿತಿ ಐಯುತ್ತೇರಾ? (ದಯವಿಟ್ಟು ಯಾವುದಾದರೂ ಒಂದನ್ನು ಆಯ್ಕೆಮಾಡಿ)

☐ ಇಲ್ಲ, ನಾನು eA ಹೊಂದಿಲ್ಲ ಮತ್ತು ಹೊಂದದವು ತೆರೆಯಲು ಐಯುತ್ತೇರಾ ☐ ಹೌದು, ಈ ಪಾಲಿಸಿಯನ್ನು ನನ್ನ ಇ-ವಿಮಾ ಖಾತೆಗೆ ಐಮಾ ಮಾಡಿ

ಹೌದಾದರೆ, ದಯವಿಟ್ಟು ಅಸ್ತಿತ್ವದಲ್ಲಿರುವ ಇ-ವಿಮಾ ಖಾತೆ ಸಂಖ್ಯೆಯನ್ನು ಹಂಚಿಕೊಳ್ಳಿ.

ವಿಮಾ ರಿವೋಸಿಟರಿ ಹೆಸರನ್ನು ಆಯ್ಕೆಮಾಡಿ (ನಿಮ್ಮ ಖಾತೆಯನ್ನು ನಿಮ್ಮ ತೆರೆದಿದ್ದೀರಿ)

☐ M/s NSDL ಡೇಟಾಬೇಸ್ ಮ್ಯಾನೇಜ್‌ಮೆಂಟ್ ಲಿಮಿಟೆಡ್	☐ M/s ಸೆಂಟ್ರಲ್ ಇನ್ಸೂರೆನ್ಸ್ ರಿವೋಸಿಟರಿ ಲಿಮಿಟೆಡ್
☐ M/s ಕಾರ್ವಿ ಇನ್ಸೂರೆನ್ಸ್ ರಿವೋಸಿಟರಿ ಲಿಮಿಟೆಡ್	☐ M/s CAMS ರಿವೋಸಿಟರಿ ಸರ್ವೀಸ್‌ಸ್ ಲಿಮಿಟೆಡ್ (ದಯವಿಟ್ಟು ಯಾವುದಾದರೂ ಒಂದನ್ನು ಆಯ್ಕೆಮಾಡಿ) ಅಥವಾ
☐ ನನ್ನ ಬಳಿ ಇ-ವಿಮಾ ಖಾತೆ ಇಲ್ಲ ಮತ್ತು ಹೊಸ ಇ-ವಿಮಾ ಖಾತೆಯನ್ನು ರಚಿಸಲು ನಾನು ಅನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದೇನೆ (ದಯವಿಟ್ಟು ಸಂಬಂಧಿತ ಡಾಟಾಬೇಸ್‌ನಲ್ಲಿ ಎಲೆಕ್ಟ್ರಾನಿಕ್ ವಿಮಾ ಖಾತೆ ತೆರೆಯುವ ಫಾರ್ಮ್ (eA ಫಾರ್ಮ್) ಅನ್ನು ಸಲ್ಲಿಸಿ).	

ಸರ್ವಿಕರಣ ಪಾವತಿ ಪ್ಲೇನ್-ಆಫ್:

ನಿಮ್ಮ ಆರೋಗ್ಯ ವಿಮಾ ಪಾಲಿಸಿಯ ಸರ್ವಿಕರಣ ಪ್ರೀಮಿಯಂ ಪಾವತಿಯನ್ನು ಪ್ರತಿ ವರ್ಷವೂ ಕಂಪನಿಯೊಂದಿಗೆ ನಿಮ್ಮ ಅಸ್ತಿತ್ವದಲ್ಲಿರುವ ಸ್ವಯಂ-ಉದ್ಧರ ಕ್ಲಿಯರಿಂಗ್ ಹೌಸ್ (ACH) / ಸ್ವಾಯಿ ಸೂಚನೆಗಳನ್ನು (SI) ಮುಂದುವರಿಸುವ ಮೂಲಕ ಮಾಡಬಹುದು. ಈ ಆಯ್ಕೆಯು ಅಡಿಯಲ್ಲಿ, ನಮ್ಮ ಪಾಲಿಸಿಯನ್ನು ತಕ್ಷಣವೇ ಸರ್ವಿಕರಣಿಸಬಹುದು.ಅದರ ಕಂಪನಿಯು ಆಗತ್ಯಪಡಿಸಬಹುದಾದ ಮಾಹಿತಿ ಮತ್ತು ದಾಖಲಾತಿಗಳ ಎಲ್ಲಾ ಹೆಚ್ಚುವರಿ ಅವಶ್ಯಕತೆಗಳನ್ನು ನಿಮ್ಮ ಪೂರ್ಣಗೊಳಿಸಬೇಕು.

☐ ACH/SI ಸರ್ವಿಕರಣ ಆಯ್ಕೆಯನ್ನು ಆರಿಸಿಕೊಳ್ಳಲು ಐಯುತ್ತೇರಾ ಮತ್ತು ಆ ಮೂಲಕ ನನ್ನ ಪಾಲಿಸಿಯನ್ನು ಅದನ್ನು ಬಳಸಿಕೊಂಡು ಸರ್ವಿಕರಿಸಿದರೆ ಪ್ರೀಮಿಯಂನಲ್ಲಿ 2.5% ರಿಯಾಯಿತಿಯನ್ನು ಪಡೆಯುತ್ತೀರಿ.

ದಿನಾಂಕ ಸ್ಥಳ ಪ್ರಸ್ತಾವಕರ ಪತಿ

2. ವಿಮೆಗಾಗಿ ಅರ್ಜಿದಾರರ ವಿವರಗಳು:

ಅರ್ಜಿದಾರರು 1	ಹೆಸರು										
	ಲಿಂಗ	ಗಂಡು	ಹೆಣ್ಣು	ಇತರೆ	ಎತ್ತರ	(ಅಡಿ)	(ಇಂಚು)	ತೂಕ	(ಕೆಜಿ)		
	ಮೊಬೈಲ್ ಸಂಖ್ಯೆ					ಜನ್ಮ ದಿನಾಂಕ	ಭಾರತೀಯರಲ್ಲದಿದ್ದರೆ ದಯವಿಟ್ಟು ಟಿಪ್ ಮಾಡಿ				
	ಪ್ರವೇಶಿಸಲ್ಪಟ್ಟ ಸಂಖ್ಯೆ (ಅಯ್ಕೆಯನ್ನು ಗುರುತಿಸಿ): ಸಂಗಾತಿ/ತಂದೆ/ತಾಯಿ/ಮಾವ/ಅಕ್ಕಿ/ಮಗ/ಮಗಳು/ಉದ್ಯೋಗಿ										
	ನೋಂದಾಯಿತ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಅಭ್ಯಾಸಕಾರರಾಗಿದ್ದರೆ*, ದಯವಿಟ್ಟು ಒದಗಿಸಿ:	1. ವೈದ್ಯಕೀಯ ನೋಂದಣಿ ಸಂಖ್ಯೆ									
	II. ಲೈನ್ಸ್ ಹೆಸರು										
ಅರ್ಜಿದಾರರು 2	ಹೆಸರು										
	ಲಿಂಗ	ಗಂಡು	ಹೆಣ್ಣು	ಇತರೆ	ಎತ್ತರ	(ಅಡಿ)	(ಇಂಚು)	ತೂಕ	(ಕೆಜಿ)		
	ಮೊಬೈಲ್ ಸಂಖ್ಯೆ					ಜನ್ಮ ದಿನಾಂಕ	ಭಾರತೀಯರಲ್ಲದಿದ್ದರೆ ದಯವಿಟ್ಟು ಟಿಪ್ ಮಾಡಿ				
	ಪ್ರವೇಶಿಸಲ್ಪಟ್ಟ ಸಂಖ್ಯೆ (ಅಯ್ಕೆಯನ್ನು ಗುರುತಿಸಿ): ಸಂಗಾತಿ/ತಂದೆ/ತಾಯಿ/ಮಾವ/ಅಕ್ಕಿ/ಮಗ/ಮಗಳು										
	ನೋಂದಾಯಿತ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಅಭ್ಯಾಸಕಾರರಾಗಿದ್ದರೆ*, ದಯವಿಟ್ಟು ಒದಗಿಸಿ:	1. ವೈದ್ಯಕೀಯ ನೋಂದಣಿ ಸಂಖ್ಯೆ									
	II. ಲೈನ್ಸ್ ಹೆಸರು										
ಅರ್ಜಿದಾರರು 3	ಹೆಸರು										
	ಲಿಂಗ	ಗಂಡು	ಹೆಣ್ಣು	ಇತರೆ	ಎತ್ತರ	(ಅಡಿ)	(ಇಂಚು)	ತೂಕ	(ಕೆಜಿ)		
	ಮೊಬೈಲ್ ಸಂಖ್ಯೆ					ಜನ್ಮ ದಿನಾಂಕ	ಭಾರತೀಯರಲ್ಲದಿದ್ದರೆ ದಯವಿಟ್ಟು ಟಿಪ್ ಮಾಡಿ				
	ಪ್ರವೇಶಿಸಲ್ಪಟ್ಟ ಸಂಖ್ಯೆ (ಅಯ್ಕೆಯನ್ನು ಗುರುತಿಸಿ): ಸಂಗಾತಿ/ತಂದೆ/ತಾಯಿ/ಮಾವ/ಅಕ್ಕಿ/ಮಗ/ಮಗಳು										
	ನೋಂದಾಯಿತ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಅಭ್ಯಾಸಕಾರರಾಗಿದ್ದರೆ*, ದಯವಿಟ್ಟು ಒದಗಿಸಿ:	1. ವೈದ್ಯಕೀಯ ನೋಂದಣಿ ಸಂಖ್ಯೆ									
	II. ಲೈನ್ಸ್ ಹೆಸರು										
ಅರ್ಜಿದಾರರು 4	ಹೆಸರು										
	ಲಿಂಗ	ಗಂಡು	ಹೆಣ್ಣು	ಇತರೆ	ಎತ್ತರ	(ಅಡಿ)	(ಇಂಚು)	ತೂಕ	(ಕೆಜಿ)		
	ಮೊಬೈಲ್ ಸಂಖ್ಯೆ					ಜನ್ಮ ದಿನಾಂಕ	ಭಾರತೀಯರಲ್ಲದಿದ್ದರೆ ದಯವಿಟ್ಟು ಟಿಪ್ ಮಾಡಿ				
	ಪ್ರವೇಶಿಸಲ್ಪಟ್ಟ ಸಂಖ್ಯೆ (ಅಯ್ಕೆಯನ್ನು ಗುರುತಿಸಿ): ಸಂಗಾತಿ/ತಂದೆ/ತಾಯಿ/ಮಾವ/ಅಕ್ಕಿ/ಮಗ/ಮಗಳು										
	ನೋಂದಾಯಿತ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಅಭ್ಯಾಸಕಾರರಾಗಿದ್ದರೆ*, ದಯವಿಟ್ಟು ಒದಗಿಸಿ:	1. ವೈದ್ಯಕೀಯ ನೋಂದಣಿ ಸಂಖ್ಯೆ									
	II. ಲೈನ್ಸ್ ಹೆಸರು										
ಅರ್ಜಿದಾರರು 5	ಹೆಸರು										
	ಲಿಂಗ	ಗಂಡು	ಹೆಣ್ಣು	ಇತರೆ	ಎತ್ತರ	(ಅಡಿ)	(ಇಂಚು)	ತೂಕ	(ಕೆಜಿ)		
	ಮೊಬೈಲ್ ಸಂಖ್ಯೆ					ಜನ್ಮ ದಿನಾಂಕ	ಭಾರತೀಯರಲ್ಲದಿದ್ದರೆ ದಯವಿಟ್ಟು ಟಿಪ್ ಮಾಡಿ				
	ಪ್ರವೇಶಿಸಲ್ಪಟ್ಟ ಸಂಖ್ಯೆ (ಅಯ್ಕೆಯನ್ನು ಗುರುತಿಸಿ): ಸಂಗಾತಿ/ತಂದೆ/ತಾಯಿ/ಮಾವ/ಅಕ್ಕಿ/ಮಗ/ಮಗಳು										
	ನೋಂದಾಯಿತ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಅಭ್ಯಾಸಕಾರರಾಗಿದ್ದರೆ*, ದಯವಿಟ್ಟು ಒದಗಿಸಿ:	1. ವೈದ್ಯಕೀಯ ನೋಂದಣಿ ಸಂಖ್ಯೆ									
	II. ಲೈನ್ಸ್ ಹೆಸರು										
ಅರ್ಜಿದಾರರು 6	ಹೆಸರು										
	ಲಿಂಗ	ಗಂಡು	ಹೆಣ್ಣು	ಇತರೆ	ಎತ್ತರ	(ಅಡಿ)	(ಇಂಚು)	ತೂಕ	(ಕೆಜಿ)		
	ಮೊಬೈಲ್ ಸಂಖ್ಯೆ					ಜನ್ಮ ದಿನಾಂಕ	ಭಾರತೀಯರಲ್ಲದಿದ್ದರೆ ದಯವಿಟ್ಟು ಟಿಪ್ ಮಾಡಿ				
	ಪ್ರವೇಶಿಸಲ್ಪಟ್ಟ ಸಂಖ್ಯೆ (ಅಯ್ಕೆಯನ್ನು ಗುರುತಿಸಿ): ಸಂಗಾತಿ/ತಂದೆ/ತಾಯಿ/ಮಾವ/ಅಕ್ಕಿ/ಮಗ/ಮಗಳು										
	ನೋಂದಾಯಿತ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಅಭ್ಯಾಸಕಾರರಾಗಿದ್ದರೆ*, ದಯವಿಟ್ಟು ಒದಗಿಸಿ:	1. ವೈದ್ಯಕೀಯ ನೋಂದಣಿ ಸಂಖ್ಯೆ									
	II. ಲೈನ್ಸ್ ಹೆಸರು										

*ಶ್ರೀಮಿಯಂ ಮೇಲೆ 5% ರಿಯಾಯಿತಿ ಪಡೆಯಿರಿ. ವೈದ್ಯಕೀಯ ಅಭ್ಯಾಸಕಾರರು ಎಂದರೆ ಯಾವುದೇ ರಾಜ್ಯದ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಮಂಡಳಿ ಅಥವಾ ಭಾರತೀಯ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಮಂಡಳಿ ಅಥವಾ ಭಾರತ ಸರ್ಕಾರ ಅಥವಾ ರಾಜ್ಯ ಸರ್ಕಾರದಿಂದ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಭಾರತೀಯ ಶಿಕ್ಷಣೀಯ ಮಂಡಳಿ ಅಥವಾ ಶೋಮಿಯೋವಲ್ಡಿ ಮಂಡಳಿಯಿಂದ ಮಾನ್ಯವಾದ ನೋಂದಣಿಯನ್ನು ಪಡೆದಿರುವ ವೈದ್ಯ ಮತ್ತು ಆದರ ಮೂಲಕ ತನ್ನ ಆಧಿಕಾರ ವ್ಯಾಪ್ತಿಯಲ್ಲಿ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಅಭ್ಯಾಸ ಮಾಡಲು ಅರ್ಹರಾಗಿರುವುದು; ಮತ್ತು ತನ್ನ ಪರವಾನಗಿಯ ವ್ಯಾಪ್ತಿಯಲ್ಲಿ ಅರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಿರುವುದು.

ಟಿಪ್ಪಣಿಗಳು: 1. ಪ್ರವೇಶಿಸಲ್ಪಟ್ಟ ದಿನದಿಂದ 1 ರ ಸಂಬಂಧವು ಉದ್ಯೋಗಿಯಾಗಿದ್ದರೆ, ಇತರ ಅರ್ಜಿದಾರರ ಸಂಬಂಧವು ಅರ್ಜಿದಾರ 1 ದಿನದಿಂದ ಇರುತ್ತದೆ.

3. ಕವರೇಜ್ ಅಯ್ಕೆ						
ಮೂಲ ಕವರೇಜ್						
ಪಾಲಿಸಿ ಪ್ರಕಾರಕ	ವ್ಯಕ್ತಿ	ವ್ಯಾಮಿಲಿ ಮೈಗ್ರೇಟರ್		ಐಟು ಸದಸ್ಯ ವೈಯಕ್ತಿಕ		
ಕವರ್ ಮಾಡೆಲೇಸದ ಪೀದಗಳ ಸಂಖ್ಯೆ	ವಯಸ್ಕರು	ಮಕ್ಕಳು				
ಪೀರಿಯಂಟ್	ಕ್ಯಾಸಿಲ್	ಸೆಲೆಕ್ಟ್		ಎಲೈಟ್	ಕಪ್ಪು	
ಮೂಲ ನಿಮಿಷ ಮೊತ್ತ	ಅನಿಯಮಿತ	₹ 5,00,000		₹ 10,00,000		
ಪಾಲಿಸಿ ಅವಧಿ	1 ವರ್ಷ	2 ವರ್ಷ	3 ವರ್ಷ	4 ವರ್ಷ	5 ವರ್ಷ	
ಅಭ್ಯುಕ್ತ ಕವರೇಜ್						
1. ಕ್ಯಾಶ್-ಬ್ಯಾಂಕ್+	ಹೌದು	ಇಲ್ಲ				
2. ಕ್ರೀಡಾಕೃತ ನಿಟ್ಟಾನ್ ⁽¹⁾	ಹೌದು	ಇಲ್ಲ				
3. ನಿವಾರಣಾಪಾಟ್ ⁽²⁾	ಹೌದು	ಇಲ್ಲ				
4. ವಾರ್ಷಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ತಪಾಸಣೆ ⁽³⁾ (ನಗದರಹಿತ ಮಾತ್ರ)	ಹೌದು	ಇಲ್ಲ				
5. ವಾರ್ಷಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ತಪಾಸಣೆ ⁽³⁾ (ನಗದರಹಿತ + ಮರುಪಾವತಿ)	ಹೌದು	ಇಲ್ಲ				
6. ಹೆಲ್ತ್‌ಆಪ್ ⁽⁴⁾	ಹೌದು	ಇಲ್ಲ				
7. ಆಸ್ಪತ್ರೆಯ ದೈನಂದಿನ ಸಗಡು	ಹೌದು	ಇಲ್ಲ				
8. ಕ್ಲೈಮ್ ಸೇಫ್ ಗಾರ್ಡ್ +	ಹೌದು	ಇಲ್ಲ				
9. ಮೂರನೇ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಆಲಿಪ್ಪಾಯ	ಹೌದು	ಇಲ್ಲ				
10. ಎರಡನೇ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಅಲಿಪ್ಪಾಯ - ಎಲ್ಫ್ ಪ್ರೆಸ್	ಹೌದು	ಇಲ್ಲ				
11. ವೈದ್ಯಕೀಯ ಉಪಕರಣಗಳು	ಹೌದು	ಇಲ್ಲ				
12. ವಯಸ್ಕರಿಗೆ ಭಾವನಾತ್ಮಕ ಯೋಗಕ್ಷೇಮ	ಹೌದು	ಇಲ್ಲ				
13. ಮೈಂಡ್ ವೆಲ್ಫೇರ್ ಕೌನ್ಸಲಿಂಗ್	ಹೌದು	ಇಲ್ಲ				
14. ಲೈಂಗಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಗಕ್ಷೇಮ	ಹೌದು	ಇಲ್ಲ				
15. ಆರೋಗ್ಯ ಆಪಾಯದ ಮೌಲ್ಯಮಾಪನ	ಹೌದು	ಇಲ್ಲ				
16. ಎಕ್ಸಿಸ್ಟೆಂಟ್ ಕೇರ್	ಹೌದು	ಇಲ್ಲ				
17. ಹೆಲ್ತ್ ಮೋಟೀವ್‌ಗಳು	ಹೌದು	ಇಲ್ಲ				
18. ಸಹಾನುಭೂತಿಯ ಭೇಟಿ	ಹೌದು	ಇಲ್ಲ				
19. ವೈಟ್-ಮೋಡ್	ಹೌದು	ಇಲ್ಲ				
20. ಪ್ಯಾಸ್ಟೀಸಿಟಿ ಕವರ್	ಹೌದು	ಇಲ್ಲ				
21. ಜೀತರಿಕೆಯ ಪ್ರಯೋಜನ	ಹೌದು	ಇಲ್ಲ				
22. ಆಧುನಿಕ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಳು+ (ಕ್ಯಾಸಿಲ್ ಮತ್ತು ಸೆಲೆಕ್ಟ್ ಗೆ)	ಹೌದು	ಇಲ್ಲ				
23. ಐಲ್ ಅಂಬುಲೆನ್ಸ್+ (ಕ್ಯಾಸಿಲ್ ಮತ್ತು ಸೆಲೆಕ್ಟ್ ಗೆ)	ಹೌದು	ಇಲ್ಲ				
24. ಆಪಾಯದಿಂದ ವಸತಿ ಸೌಲಭ್ಯ	ಹೌದು	ಇಲ್ಲ				
25. ಅಂತರರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಕವರ್	ಹೌದು ₹ _____	ಇಲ್ಲ				
26. ಕ್ರಿಟಿಕಲ್ ಇಲೈಸ್	ಹೌದು ₹ _____	ಇಲ್ಲ				
27. ಸೆಲೆಕ್ಟ್ ಗೆ+	1x	2x	3x	4x	5x	ಇಲ್ಲ
28. ಎಲ್ಫ್ ಒನ್	ಪೀರಿಯಂಟ್ 1	ಪೀರಿಯಂಟ್ 2	ಪೀರಿಯಂಟ್ 3	ಪೀರಿಯಂಟ್ 4	ಇಲ್ಲ	
29. ಮೊದಲೇ ಅಸ್ತಿತ್ವದಲ್ಲಿರುವ ರೋಗದ ಕಾಯುವ ಅವಧಿಯ ಮಾಡಿಫಿಕೇಷನ್	12 ತಿಂಗಳುಗಳು		24 ತಿಂಗಳುಗಳು		ಇಲ್ಲ	
30. ನಿರ್ದಿಷ್ಟ ರೋಗದ ಕಾಯುವ ಅವಧಿಯ ಮಾಡಿಫಿಕೇಷನ್	12 ತಿಂಗಳುಗಳು		36 ತಿಂಗಳುಗಳು		ಇಲ್ಲ	
31. ಸಹ-ಪಾವತಿ ⁽⁵⁾	10%	20%	30%	40%	50%	ಇಲ್ಲ
32. ವಾರ್ಷಿಕ ಒಟ್ಟು ಕಡಿಹೆಗೊಳಿಸಬಹುದಾದ ಮೊತ್ತ ⁽⁶⁾	₹ 10,000	₹ 20,000	₹ 30,000	₹ 50,000	₹ 1,00,000	ಇಲ್ಲ
	₹ 2,00,000	₹ 3,00,000	₹ 4,00,000	₹ 5,00,000		
33. ಆಸ್ಪತ್ರೆ ಸಂತರದ ಮಾಡಿಫಿಕೇಷನ್	30 ದಿನಗಳು	60 ದಿನಗಳು	90 ದಿನಗಳು	270 ದಿನಗಳು	365 ದಿನಗಳು	
34. ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ದಾಖಲಾಗುವ ಮುನ್ನ ಮಾಡಿಫಿಕೇಷನ್	30 ದಿನಗಳು	90 ದಿನಗಳು	180 ದಿನಗಳು	ಇಲ್ಲ		
35. ಆರಂಭಿಕ ಕಾಯುವ ಅವಧಿಯ ಮಾಡಿಫಿಕೇಷನ್	7 ದಿನಗಳು	10 ದಿನಗಳು	15 ದಿನಗಳು	ಇಲ್ಲ		
36. ಮಹಿಳೆಯರಿಗಾಗಿ ವೆಲ್ಫೇರ್	ಯೋಜನೆ1	ಯೋಜನೆ2	ಯೋಜನೆ3	ಯೋಜನೆ4	ಯೋಜನೆ5	ಯೋಜನೆ 6 ಇಲ್ಲ

37. ಬಗಾರ್ಡ್	ಯೋಜನೆ 1 ಯೋಜನೆ 2 ಯೋಜನೆ 3 ಯೋಜನೆ 4 ಯೋಜನೆ 5 ಯೋಜನೆ 6 ಯೋಜನೆ 7 ಇಲ್ಲ
38. ಲೈವ್-ಫಿಟ್	ಯೋಜನೆ 1 ಯೋಜನೆ 2 ಯೋಜನೆ 3 ಯೋಜನೆ 4 ಯೋಜನೆ 5 ಯೋಜನೆ 6 ಯೋಜನೆ 7 ಯೋಜನೆ 8 ಯೋಜನೆ 9 ಯೋಜನೆ 10 ಯೋಜನೆ 11 ಯೋಜನೆ 12 ಇಲ್ಲ
39. ವೈಯಕ್ತಿಕ ಆವರಣ (1) ಅನಿರ್ಮಿತ ಮೂಲ ವಿಮಾ ಮೊತ್ತದ ಆಯ್ಕೆಗಾಗಿ: ವಿಮಾ ಮೊತ್ತದ ಆಯ್ಕೆಗಳು: ₹1 ಕೋಟಿವರೆಗೆ, ₹5 ಲಕ್ಷಗಳ ಗುಣಕಗಳಲ್ಲಿ PA ಆಯ್ಕೆ ಮಾಡಲಾಗಿದೆ	ತೆರಿಕೆ: ₹ _____ ಇಲ್ಲ ಮೂಲ ವಿಮಾ ಮೊತ್ತದ ಆಯ್ಕೆಗಾಗಿ 5 ಲಕ್ಷಕ್ಕಿಂತ 10 ಲಕ್ಷಕ್ಕಿಂತ ಹೆಚ್ಚಿನ ಆಯ್ಕೆಗಾಗಿ ಆಯ್ಕೆ ಮಾಡಲಾಗಿದೆ 1X 2X 3X 4X 5X ಆರ್ಜಿಎಡ್‌ಗಳು 1 ಆರ್ಜಿಎಡ್‌ಗಳು 2 ಆರ್ಜಿಎಡ್‌ಗಳು 3 ಆರ್ಜಿಎಡ್‌ಗಳು 4 ಆರ್ಜಿಎಡ್‌ಗಳು 5 ಆರ್ಜಿಎಡ್‌ಗಳು 6
40. ವೈಯಕ್ತಿಕ ಆವರಣ ಲೈವ್ (1) ಅನಿರ್ಮಿತ ಮೂಲ ವಿಮಾ ಮೊತ್ತದ ಆಯ್ಕೆಗಾಗಿ: ವಿಮಾ ಮೊತ್ತದ ಆಯ್ಕೆಗಳು: ₹1 ಕೋಟಿವರೆಗೆ, ₹5 ಲಕ್ಷಗಳ ಗುಣಕಗಳಲ್ಲಿ PA ಆಯ್ಕೆ ಮಾಡಲಾಗಿದೆ	ತೆರಿಕೆ: ₹ _____ ಇಲ್ಲ ಮೂಲ ವಿಮಾ ಮೊತ್ತದ ಆಯ್ಕೆಗಾಗಿ 5 ಲಕ್ಷಕ್ಕಿಂತ 10 ಲಕ್ಷಕ್ಕಿಂತ ಹೆಚ್ಚಿನ ಆಯ್ಕೆಗಾಗಿ ಆಯ್ಕೆ ಮಾಡಲಾಗಿದೆ 1X 2X 3X 4X 5X ಆರ್ಜಿಎಡ್‌ಗಳು 1 ಆರ್ಜಿಎಡ್‌ಗಳು 2 ಆರ್ಜಿಎಡ್‌ಗಳು 3 ಆರ್ಜಿಎಡ್‌ಗಳು 4 ಆರ್ಜಿಎಡ್‌ಗಳು 5 ಆರ್ಜಿಎಡ್‌ಗಳು 6
41. ವೈಯಕ್ತಿಕ ಆವರಣ ವೈದ್ಯ (5) ಅನಿರ್ಮಿತ ಮೂಲ ವಿಮಾ ಮೊತ್ತದ ಆಯ್ಕೆಗಾಗಿ: ವಿಮಾ ಮೊತ್ತದ ಆಯ್ಕೆಗಳು: ₹1 ಕೋಟಿವರೆಗೆ, ₹5 ಲಕ್ಷಗಳ ಗುಣಕಗಳಲ್ಲಿ PA ಆಯ್ಕೆ ಮಾಡಲಾಗಿದೆ	ತೆರಿಕೆ: ₹ _____ ಇಲ್ಲ ಮೂಲ ವಿಮಾ ಮೊತ್ತದ ಆಯ್ಕೆಗಾಗಿ 5 ಲಕ್ಷಕ್ಕಿಂತ 10 ಲಕ್ಷಕ್ಕಿಂತ ಹೆಚ್ಚಿನ ಆಯ್ಕೆಗಾಗಿ ಆಯ್ಕೆ ಮಾಡಲಾಗಿದೆ 1X 2X 3X 4X 5X ಆರ್ಜಿಎಡ್‌ಗಳು 1 ಆರ್ಜಿಎಡ್‌ಗಳು 2 ಆರ್ಜಿಎಡ್‌ಗಳು 3 ಆರ್ಜಿಎಡ್‌ಗಳು 4 ಆರ್ಜಿಎಡ್‌ಗಳು 5 ಆರ್ಜಿಎಡ್‌ಗಳು 6
42. ಗಡಿರಹಿತ (4) ವಿಮಾ ಮೊತ್ತದ ಆಯ್ಕೆಗಳು: ಪ್ಲಾನ್: NA; ಸೆಲೆಕ್ಟ್: ₹10 ಲಕ್ಷದವರೆಗೆ ಎಲಿಜ್: ₹50 ಲಕ್ಷದವರೆಗೆ ಪ್ಲಾನ್: ₹5 ಕೋಟಿವರೆಗೆ ಮೂಲ ವಿಮಾ ಮೊತ್ತದ ಆಯ್ಕೆಗಾಗಿ - ₹5 ಲಕ್ಷ: ₹5 ಲಕ್ಷ ಮಾತ್ರ - ₹10 ಲಕ್ಷ: ₹5 ಲಕ್ಷ ಅಥವಾ ₹10 ಲಕ್ಷ ಸಹ-ಪಾವತಿ	ತೆರಿಕೆ: ₹ _____ ಇಲ್ಲ 0% 20% 30% 40% 50%
43. ನಿರ್ದಿಷ್ಟ ಕಾಯಿಲೆಗಳಿಗೆ ಗಡಿರಹಿತ (4) ವಿಮಾ ಮೊತ್ತದ ಆಯ್ಕೆಗಳು: ಪ್ಲಾನ್: NA; ಸೆಲೆಕ್ಟ್: ₹10 ಲಕ್ಷದವರೆಗೆ ಎಲಿಜ್: ₹50 ಲಕ್ಷದವರೆಗೆ ಪ್ಲಾನ್: ₹5 ಕೋಟಿವರೆಗೆ ಮೂಲ ವಿಮಾ ಮೊತ್ತದ ಆಯ್ಕೆಗಾಗಿ - ₹5 ಲಕ್ಷ: ₹5 ಲಕ್ಷ ಮಾತ್ರ - ₹10 ಲಕ್ಷ: ₹5 ಲಕ್ಷ ಅಥವಾ ₹10 ಲಕ್ಷ ಸಹ-ಪಾವತಿ	ತೆರಿಕೆ: ₹ _____ ಇಲ್ಲ 0% 20% 30% 40% 50%

#ವ್ಯಾಪಾರಿ ವೈಯಕ್ತಿಕ ವಿಮಾ ಮೊತ್ತವು ಎಲ್ಲಾ ವಿಮೆ ಮಾರ್ಗದರ್ಶಿ ಸರ್ಟಿಫಿಕೇಟ್‌ಗಳಿಗೆ ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿದೆ. ವೈಯಕ್ತಿಕ ಎಂದರೆ ವೈಯಕ್ತಿಕವಾಗಿ ಆಧಾರ ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿದೆ. ಎಲ್ಲಾ ವಿಮೆ ಮಾರ್ಗದರ್ಶಿ ಸರ್ಟಿಫಿಕೇಟ್‌ಗಳು ಈ ಮಿತಿಯವರೆಗೆ ಕ್ಲೈಮ್ ಮಾಡಬಹುದು. (1) ವೈಯಕ್ತಿಕ ಸೆಲೆಕ್ಟ್ ಆಧಾರ ಸೆಲೆಕ್ಟ್ ಪ್ರಯೋಜನವನ್ನು ಪಡೆದುಕೊಳ್ಳಲು ಆಯ್ಕೆ ಮಾಡಬಹುದು (2) ನಿರ್ದಿಷ್ಟವಾದ ಆಧಾರ ಸೆಲೆಕ್ಟ್ ಪ್ರಯೋಜನವನ್ನು ಪಡೆದುಕೊಳ್ಳಲು ಆಯ್ಕೆ ಮಾಡಬಹುದು. (3) ಸಹ-ಪಾವತಿ ಆಧಾರ ಸೆಲೆಕ್ಟ್ ಪ್ರಯೋಜನವನ್ನು ಪಡೆದುಕೊಳ್ಳಲು ಆಯ್ಕೆ ಮಾಡಬಹುದು (4) ವಾಣಿಜ್ಯ ಕಾಯಿಲೆಗಳಿಗೆ ವಾಣಿಜ್ಯ ಆಯ್ಕೆ ಮಾಡಬಹುದು (5) ವೈಯಕ್ತಿಕ ಆವರಣ ಆಧಾರ ವೈಯಕ್ತಿಕ ಆವರಣ ಲೈವ್ ಆಧಾರ ವೈಯಕ್ತಿಕ ಆವರಣ ವೈದ್ಯ ಈ ಪ್ರಯೋಜನಗಳಲ್ಲಿ ಒಂದನ್ನು ಮಾತ್ರ ಆಯ್ಕೆ ಮಾಡಬಹುದು.

4. ವೈಯಕ್ತಿಕ ವಿಮೆ				
ಪಾಲಿಸಿ ಸಂಖ್ಯೆ	ವಿಮಾ ಕಂಪನಿ	ಅಪಾಯದ ಪ್ರಾರಂಭ ದಿನಾಂಕ	ಅಪಾಯದ ಮುಕ್ತಾಯ ದಿನಾಂಕ	ವೈಯಕ್ತಿಕ ವಿಮೆ ಕಾರಣ

ಪೋಷಕಾಂಶದ ಕೋರಿರುವ ಪ್ರಸ್ತಾವಿತ ವಿಮೋಚಾರದ ಹೆಸರು	ಮೊದಲ ಪಾಲಿಕೆ ಆರಂಭ ದಿನಾಂಕ	ಪೋಷಕಾಂಶದ ವಿವರಿಸಿದ ನಿರಂತರ ವ್ಯಾಪ್ತಿಯ ವರ್ಷಗಳ ಸಂಖ್ಯೆ	ಹಿಂದಿನ ಪಾಲಿಕೆಗಳಲ್ಲಿ ಕೈಪುಟ	ಪ್ರಸ್ತುತ ಕೈಪುಟ ಇಲ್ಲದ ಬೋನಾ	ವಿಮಾ ಮೊತ್ತ - ವರ್ಷ 1 (ಹಳೆಯದು)	ವಿಮಾ ಮೊತ್ತ - ವರ್ಷ 2	ವಿಮಾ ಮೊತ್ತ - ವರ್ಷ 3	ವಿಮಾ ಮೊತ್ತ - ವರ್ಷ 4(ಅವಧಿ ಮುಗಿಯುತ್ತಿರುವ ಪಾಲಿಕೆ)

5. ಸಾಮಾನ್ಯೀಕರಣ

ಪ್ರೋಟೀನ್ ಮರಣ ಹೊಂದಿದ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ, ಪಾಲಿಕೆಯ ಆರೋಗ್ಯದ ಬಾಕಿ ಇರುವ ಯಾವುದೇ ಪಾವತಿಯನ್ನು ಕೆಳಗೆ ಹೆಚ್ಚಿಸಲಾದ ಸಾಮಾನ್ಯ ಪಾವತಿಯಾಗುತ್ತದೆ. ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಅಂತಹ ಪಾವತಿಯನ್ನು ಸ್ವೀಕರಿಸುವುದರಿಂದ ಪಾಲಿಕೆಯ ಆರೋಗ್ಯದ ಕಂಪನಿಯ ಹೊಣೆಗಾರಿಕೆಯಿಂದ ಮುಕ್ತವಾಗುತ್ತದೆ.

ಸಾಮಾನ್ಯ ಹೆಸರು	ಒಮ್ಮೆ ದಿನಾಂಕ	ಪ್ರಸ್ತುತಕರೋದರಿಕ ಸಂಖ್ಯೆ	ಸಾಮಾನ್ಯ ವಿಳಾಸ, ಮೊಬೈಲ್ ಸಂಖ್ಯೆ ಮತ್ತು ಇಮೇಲ್ ಐಡಿ	ಸೇವಾಕಾರಿ ಮಾರುವವರ ಹೆಸರು (ಸಾಮಾನ್ಯ 18 ವರ್ಷಕ್ಕಿಂತ ಕಡಿಮೆ ವಯಸ್ಸಿನವರಾಗಿದ್ದರೆ)

ಸಾಮಾನ್ಯ ಬ್ಯಾಂಕ್ ವಿವರಗಳು: ಫಲಾನುಭವಿಯ ಹೆಸರು: _____

ಬ್ಯಾಂಕ್ ಹೆಸರು: _____ ಪಾಕೆಟ್ ಪ್ರಕಾರ: _____ ಉಳಿತಾಯ: _____ ಬಾಡಿಗೆ: _____

ಪಾಕೆಟ್ ಸಂಖ್ಯೆ: _____ IFSC ಕೋಡ್: _____

6. ವೈದ್ಯಕೀಯ, ಅಭ್ಯಾಸಗಳು ಮತ್ತು ಹಿಂದಿನ ಪ್ರಸ್ತಾವನೆಯ ಮಾಹಿತಿ

ಮುಖ್ಯ: ಈ ವಿಭಾಗದಲ್ಲಿರುವ ಎಲ್ಲಾ ಪ್ರಶ್ನೆಗಳಿಗೆ ಸತ್ಯವಾಗಿ ಮತ್ತು ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಉತ್ತರಿಸಲಾಗಿದೆ ಎಂದು ದಯವಿಟ್ಟು ದೃಢೀಕರಿಸಿ ಏಕೆಂದರೆ ನೀವು ಇಲ್ಲಿ ಒದಗಿಸುವ ಮಾಹಿತಿಯು ನಿಮಗೆ ಭೂಮಿ ಅಥವಾ ಅದರಲ್ಲಿ ಟಿಂಗ್ ಅಧಾರವಾಗಿರುತ್ತದೆ. ಯಾವುದೇ ಅಪೂರ್ಣ, ತಪ್ಪಾದ, ಭಾಗಶಃ ಸರಿಯಾದ ಮಾಹಿತಿಯು ನಿಮ್ಮ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಹಕ್ಕು ಮತ್ತು/ಅಥವಾ ವ್ಯಾಪ್ತಿಯ ಮೇಲೆ ಪರಿಣಾಮ ಬೀರಬಹುದು ಎಂಬುದನ್ನು ದಯವಿಟ್ಟು ಗಮನಿಸಿ.

ವಿಭಾಗ 6: ದಯವಿಟ್ಟು ವೈದ್ಯಕೀಯ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಗಳ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಪರಿಶೀಲಿಸಿ.												
ದಯವಿಟ್ಟು ಅರ್ಜಿದಾರರಿಗೆ ಈ ಕೆಳಗಿನ ಪ್ರಶ್ನೆಗಳಿಗೆ ಉತ್ತರಿಸಿ, ದಯವಿಟ್ಟು ಹೌದು (Y) ಅಥವಾ ಇಲ್ಲ (N) ಎಂದು ಸೂಚಿಸಿ.		ಅರ್ಜಿದಾರರ ಸಂಖ್ಯೆ										
		1	2	3	4	5	6					
ಸಾಮಾನ್ಯ ರೀತಿ, ಜ್ವರ, ಸೊಂಕುಗಳು, ಸಣ್ಣ ಗಾಯ ಅಥವಾ ಇತರ ಸಣ್ಣ ಕಾಯಿಲೆಗಳನ್ನು ಹೊರತುಪಡಿಸಿ; ಅರ್ಜಿದಾರರಿಗೆ ಯಾವುದೇ ಕಾಯಿಲೆ ಇರುವುದು ಪತ್ತೆಯಾಗಿದೆಯೇ ಮತ್ತು / ಅಥವಾ 5 ದಿನಗಳಿಗಿಂತ ಹೆಚ್ಚು ಕಾಲ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ದಾಖಲಾಗಿದ್ದಾರೆಯೇ ಮತ್ತು / ಅಥವಾ ಯಾವುದೇ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸಾ ವಿಧಾನಗಳಿಗೆ ಒಳಗಾಗಲು / ಒಳಗಾಗಲು ಸಲಹೆ ನೀಡಲಾಗಿದೆಯೇ ಮತ್ತು / ಅಥವಾ ಯಾವುದೇ ಔಷಧಿಗಳನ್ನು ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳಲಾಗಿದೆಯೇ / 14 ದಿನಗಳಿಗಿಂತ ಹೆಚ್ಚು ಕಾಲ ಯಾವುದೇ ಲಕ್ಷಣಗಳು ಕಂಡುಬಂದಿವೆಯೇ? ಔಷಧವು ಇನ್ನೇನು ಬರುತ್ತದೆ, ಚುಮ್ಮುಮುಟ್ಟುಗಳು, ಮೌಖಿಕ ಔಷಧಗಳು ಮತ್ತು ರೋಗದ ಭಾಗಶಃ ಮೇಲಿನ ಐಕ್ಯ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿದೆ ಅದರ ಅಪ್ಪುಗಳಿಗೆ ಸೀಮಿತವಾಗಿಲ್ಲ.		Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y
i. ಅರ್ಜಿದಾರರಿಗೆ ಎಂದಾದರೂ ಥೈರಾಯ್ಡ್ ಪ್ರೊಬ್ಲೆಮ್, ಲಿವರ್ ಪ್ರೊಬ್ಲೆಮ್, ಟ್ರಿಪ್ಲಿಕ್ ಪರೀಕ್ಷೆ, ಅಂಶೋನ್ನೇಷ, ಎಂಟೋಸಾರ್ಡಿಯೋಗ್ರಫಿ, ಎಂಟೋಸಾರ್ಡಿಯೋಗ್ರಫಿ, ಅಲ್ಟ್ರಾಸೌಂಡ್, CT ಸ್ಕ್ಯಾನ್, MRI, ಒಯಾಪ್ಟಿ ಮತ್ತು FNAC ಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಯಾವುದೇ ರೋಗವಿರ್ಣಯ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳು ಅಥವಾ ತನಿಖೆಗಳಲ್ಲಿ ಪ್ರತಿರೋಧದ ಪರದಗಳು ಬಂದಿವೆಯೇ?		Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y
ii. ಅರ್ಜಿದಾರರಿಗೆ ಮಧುಮೇಹ ಅಥವಾ ಪೂರ್ವ ಮಧುಮೇಹವಿದೆಯೇ ಅಥವಾ ಅವರಿಗೆ/ಅವಳಿಗೆ ಎಂದಾದರೂ ಅಧಿಕ ರಕ್ತದ ಸಕ್ಕರೆ ಇದೆಯೇ?		Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y
iv. ಅರ್ಜಿದಾರರಿಗೆ ಅಧಿಕ ರಕ್ತದೊತ್ತಡ ಅಥವಾ ಅಧಿಕ ರಕ್ತದ ಒತ್ತಡ ಇದೆಯೇ?		Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y
v. ಅರ್ಜಿದಾರರಿಗೆ ಎಂದಾದರೂ ಯಾವುದೇ ಅನುವಂಶಿಕ/ವಂಶವಾರಂಶವರ್ಯ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಿಗೆ ಅಥವಾ ಎಚ್‌ಐವಿ/ಎಡ್ಸ್ ಇರುವುದು ಪತ್ತೆಯಾಗಿದೆಯೇ ಅಥವಾ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ನೀಡಲಾಗಿದೆಯೇ?		Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y
vi. ಅರ್ಜಿದಾರರಿಗೆ ಎಂದಾದರೂ ಯಾವುದೇ ಮೂತ್ರಕ/ಮೂತ್ರಾಂಶವೈದ್ಯಕೀಯ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಿಗೆ ಇರುವುದು ಪತ್ತೆಯಾಗಿದೆಯೇ ಅಥವಾ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ನೀಡಲಾಗಿದೆಯೇ?		Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y
vii. ಅರ್ಜಿದಾರರ ಜೀವನಾವಧಿಯಲ್ಲಿ ಕೆಲವು, ಒಮ್ಮೆ, ಆಸ್ಪತ್ರೆ ದೈವದಿಂದ ನಗದು ಅಥವಾ ಗಂಭೀರ ಕಾಯಿಲೆಯ ವಿಮೋಚನೆ ಯಾವುದೇ ಪ್ರಸ್ತಾವನೆಯನ್ನು ಯಾವುದೇ ವಿಮಾ ಕಂಪನಿಯು ಎಂದಾದರೂ ತಿರಸ್ಕರಿಸಿದೆಯೇ, ಮುಂದೂಡಲ್ಪಟ್ಟಿದೆಯೇ, ಹೆಚ್ಚುವರಿ ಪ್ರೀಮಿಯಂ ವಿಧಿಸಲಾಗಿದೆಯೇ ಅಥವಾ ವಿಸಾಯಿತಿಗಳಂತಹ ಯಾವುದೇ ವಿಶೇಷ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಗಳಿಗೆ ಒಳಪಟ್ಟಿರುವುದು?		Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y

ವಿಭಾಗ ಬಿ: (ಅರ್ಜಿದಾರರು ಭೂಮಿಯ ಮಾಲೀಕರ ಅಥವಾ ತಂಬಾಕು ಮಾತಾ ಅಥವಾ ಮಧ್ಯ ಸೇವಿಸಿದರೆ ಮಾತ್ರ ಈ ವಿಭಾಗವನ್ನು ಭರ್ತಿಮಾಡಿ)	I. ಆಗಿಯಾದ ತಂಬಾಕು / ಗುಡ್ಡ / ಪಾನ್ /ಗುಡ್ಡ/ಪಾನ್, ಪೊದಾರಿ, ದಯವಿಟ್ಟು ದಿನಕ್ಕೆ ಎಷ್ಟು ಪೌಂಡ್‌ಗಳು ಎಂದು ನಮೂದಿಸಿ		II. ಮಧ್ಯ, ಪೊದಾರಿ ಎಂದಾದರೆ, ದಯವಿಟ್ಟು ಪಾರಕ್ಕೆ ಎಷ್ಟು ಮಿಲಿ ಸೇವಿಸುವಿರಿ ಎಂದು ತಿಳಿಸಿ			III. ಸಿಗರೇಟ್ / ಬೀಡಿ / ಸಿಗಾರ್, ಪೊದಾರಿ ಎಂದಾದರೆ, ದಯವಿಟ್ಟು ದಿನಕ್ಕೆ ಎಷ್ಟು ಸೇವಿಸುವಿರಿ ಎಂದು ತಿಳಿಸಿ	
	1-10	> 10	<= 450	> 450	ಪ್ರತಿದಿನ ಕುಡಿಯುವವರು	1-10	> 10
ಅರ್ಜಿದಾರರು 1							
ಅರ್ಜಿದಾರರು 2							
ಅರ್ಜಿದಾರರು 3							
ಅರ್ಜಿದಾರರು 4							
ಅರ್ಜಿದಾರರು 5							
ಅರ್ಜಿದಾರರು 6							

ವಿಭಾಗ C: ಮೇಲಿನ ವಿಭಾಗದಲ್ಲಿ ಪೌರು (V) ಎಂದು ಗುರುತಿಸಲಾದ ಪ್ರಶ್ನೆಗಳಿಗೆ, ದಯವಿಟ್ಟು ಈ ಕೆಳಗಿನ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ನಿರ್ದಿಷ್ಟಪಡಿಸಿ:											
ಅರ್ಜಿದಾರರ ಸಂಖ್ಯೆ	ರೋಗಲಕ್ಷಣ(ಗಳು) ಅಥವಾ ತನಿಖೆ(ಗಳು) ಅಥವಾ ರೋಗನಿರ್ಣಯ ಅಥವಾ ಒಳಗಾದ ವಿಧಾನ / ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ವಿವರಗಳು				ಸ್ಥಿತಿಯ ಅವಧಿ	ಪಿಪಿಡಿ(ಗಳು)	ರೋಗನಿರ್ಣಯ	ಪ್ರಸ್ತುತ ಸ್ಥಿತಿ (ಉದಾ. ಸಂಪೂರ್ಣ /ಭಾಗಶಃ ಬೀಜರಿಕೆ ಅಥವಾ ನವೀಕರಿಸಿರುವ ಚಿಕಿತ್ಸೆ)	ಚಿಕಿತ್ಸೆ ನೀಡುತ್ತಿರುವ ವೈದ್ಯರ ಹೆಸರು ಮತ್ತು ಸಂಪರ್ಕ ವಿವರಗಳು	ಪಡೆದ ದಾಖಲೆಗಳು (ಪೌರು /ಇಲ್ಲ)	
	ಮಧುಮೇಹ HbA1c ಮಟ್ಟವಿಲ್ಲದರೆ	ಹೆಚ್ಚಿನ ರಕ್ತದೊತ್ತಡದ ದಿನಕ್ಕೆ ಮಟ್ಟವಿಲ್ಲದರೆ		ಇತರೆ ಯಾವುದೇ ವಿವರಗಳು							ಪ್ರಾರಂಭ ದಿನಾಂಕ (DD/MM/YYYY)
		ಸಿಸ್ಟೋಲಿಕ್	ಡಯಾಸ್ಟೋಲಿಕ್								

7. ಘೋಷಣೆ (ದಯವಿಟ್ಟು ಪ್ರಸ್ತಾವನಾ ಸಮೂಹವನ್ನು ಪರಿಶೀಲಿಸಿ ಮತ್ತು ಮೂಲದ ದಾಖಲೆಗಳನ್ನು ಪರಿಶೀಲಿಸಿ ಮತ್ತು ಸಹಿ ಮಾಡಿ)

- ☐ ನನ್ನ ಪರವಾಗಿ ಮತ್ತು ವಿಮೆ ಮಾತಲು ಪ್ರಸ್ತಾಪಿಸಲಾದ ಎಲ್ಲಾ ವ್ಯಕ್ತಿಗಳ ಪರವಾಗಿ, ನಾನು ನಿರ್ದಿಷ್ಟಪಡಿಸಿದ ಮೇಲಿನ ಪೊದಾರಿಗಳು, ಉತ್ಪನ್ನಗಳು ಮತ್ತು/ಅಥವಾ ವಿವರಗಳು ನನಗೆ ತಿಳಿದಿರುವಂತೆ ಎಲ್ಲಾ ರೀತಿಯಲ್ಲೂ ನಿಜ ಮತ್ತು ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿವೆ ಮತ್ತು ಈ ಇತರ ವ್ಯಕ್ತಿಗಳ ಪರವಾಗಿ ಪ್ರಸ್ತಾಪಿಸಲು ನನಗೆ ಅಧಿಕಾರವಿದೆ ಎಂದು ನಾನು ಈ ಮೂಲಕ ಘೋಷಿಸುತ್ತೇನೆ.
- ☐ ನಾನು ಒದಗಿಸಿದ ಮಾಹಿತಿಯು ವಿಮೆ ಪಾಲಿಸಿಗೆ ಅಧಾರವಾಗಲಿಲ್ಲ, ವಿಮೆದಾರರ ಮಂಡಳಿ-ಅನುಮೋದಿತ ಅಂಡರ್ವ್ರೈಟಿಂಗ್ ಪಾಲಿಸಿಗೆ ಒಳಪಟ್ಟಿರುತ್ತದೆ ಮತ್ತು ಪಾಲಿಸಿಯ ಕುರಿತು ಪೂರ್ಣ ಪಾಪತಿಯ ಸಂತರ ಮಾತ್ರ ಪಾಲಿಸಿಯ ಪಾಲಿಗೆ ಬರುತ್ತದೆ ಎಂದು ನಾನು ಅರ್ಥಮಾಡಿಕೊಂಡಿದ್ದೇನೆ.
- ☐ ಇದಲ್ಲದೆ, ಪ್ರಸ್ತಾವನೆಯನ್ನು ಸಲ್ಲಿಸಿದ ನಂತರ ಅದರ ಕಂಪನಿಯಿಂದ ಆವಾಯು ಸ್ವೀಕಾರದ ಸಂಪರ್ಕವನ್ನು ಮೊದಲು ವಿಮೆ ಮಾತುಕೊಳ್ಳುವ ವ್ಯಕ್ತಿಯು/ಪ್ರವರ್ತಕನು ವ್ಯಕ್ತಿ ಅಥವಾ ಸಾಮಾನ್ಯ ಅರೋಗ್ಯದಲ್ಲಿ ಯಾವುದೇ ಬದಲಾವಣೆ ಸಂಭವಿಸಿದರೆ ನಾನು ಲಿಖಿತವಾಗಿ ತಿಳಿಸುತ್ತೇನೆ ಎಂದು ನಾನು ಘೋಷಿಸುತ್ತೇನೆ.
- ☐ ವಿಮೆ ಮಾತುಕೊಳ್ಳುವ ವ್ಯಕ್ತಿ/ಪ್ರವರ್ತಕನು ಯಾವುದೇ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ನೀಡಿದ ಯಾವುದೇ ವೈದ್ಯರು ಅಥವಾ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಿಂದ ಅಥವಾ ಹಿಂದಿನ ಅಥವಾ ಪ್ರಸ್ತುತ ಉದ್ಯೋಗದಾತರಿಂದ ವಿಮೆ ಮಾತುಕೊಳ್ಳುವ ವ್ಯಕ್ತಿಯು/ಪ್ರವರ್ತಕನು ದೈಹಿಕ ಅಥವಾ ಮಾನಸಿಕ ಅರೋಗ್ಯದ ಮೇಲೆ ಪರಿಣಾಮ ಬೀರುವ ಯಾವುದೇ ವಿಷಯದ ಬಗ್ಗೆ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಪಡೆಯಲು ಮತ್ತು ಪ್ರಸ್ತಾವನೆಯನ್ನು ಅಂಡರ್ವ್ರೈಟ್ ಮಾಡುವ ಮತ್ತು/ಅಥವಾ ಕ್ಲೈಮ್ ಇತ್ಯರ್ಥಪಡಿಸುವ ಉದ್ದೇಶಕ್ಕಾಗಿ ವಿಮೆ ಮಾತುಕೊಳ್ಳುವ ವ್ಯಕ್ತಿ/ಪ್ರವರ್ತಕನು ವಿಮೆಗಾಗಿ ಅರ್ಜಿ ಸಲ್ಲಿಸಿದ ಯಾವುದೇ ವಿಮೆದಾರರಿಂದ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಪಡೆಯಲು ಕಂಪನಿಗೆ ನಾನು ಸಮ್ಮತಿಸುತ್ತೇನೆ ಎಂದು ಘೋಷಿಸುತ್ತೇನೆ.
- ☐ ಪ್ರಸ್ತಾವನೆಯು ಅಂಡರ್ವ್ರೈಟಿಂಗ್ ಮತ್ತು/ಅಥವಾ ಕ್ಲೈಮ್ ಇತ್ಯರ್ಥಕ್ಕಾಗಿ ಮತ್ತು ಯಾವುದೇ ಸರ್ಕಾರಿ ಮತ್ತು/ಅಥವಾ ನಿಯಂತ್ರಣ ಪ್ರಾಧಿಕಾರದೊಂದಿಗೆ ನನ್ನ ಪ್ರಸ್ತಾವನೆಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಮಾಹಿತಿ, ವಿಮೆದಾರ/ಪ್ರಸ್ತಾವಕರ ವೈದ್ಯಕೀಯ ದಾಖಲೆಗಳು ಸೇರಿದಂತೆ, ಹಂಚಿಕೊಳ್ಳಲು ಕಂಪನಿಗೆ ನಾನು ಅಧಿಕಾರ ನೀಡುತ್ತೇನೆ.
- ☐ ವಿಮೆ ಮಾತುಕದವರ / ಪ್ರವರ್ತಕರ ವೈದ್ಯಕೀಯ ದಾಖಲೆಗಳು ಸೇರಿದಂತೆ ನನ್ನ / ನಮ್ಮ ಪ್ರಸ್ತಾವನೆಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ನಮ್ಮ ಎಂಪ್ಲಾಯರ್ ಪ್ರಾರ್ಥಿಸಿದರೊಂದಿಗೆ ಸೇವಾ ವಿತರಣೆಯ ಐಕ್ಯಕ ಉದ್ದೇಶಕ್ಕಾಗಿ ಹಂಚಿಕೊಳ್ಳಲು ನಾನು / ನಾವು ಕಂಪನಿಗೆ ಅಧಿಕಾರ ನೀಡುತ್ತೇವೆ.

ದಿನಾಂಕ: ಸ್ಥಳ: ಪ್ರಸ್ತಾವಕರ ಸಹಿ:

8. ಪ್ರಾದೇಶಿಕ ಭಾಷೆಯ ಘೋಷಣೆ

(ಪ್ರಸ್ತಾವಕರು ಮಾತೃಭಾಷೆಯಲ್ಲಿ ಸಹಿ ಮಾಡಿದರೆ ಪ್ರಮಾಣೀಕರಣ (ಕಂಪನಿಯ ಐಜಿಎಸ್ / ಉದ್ಯೋಗಿ ನೋಂದಾವಣೆ) ಬೇರೆಯವರು ಸಾಕ್ಷಿಯಾಗಬೇಕು).
ಈ ಆಕಾರದಲ್ಲಿನ ವಿಷಯ ಮತ್ತು ಅದರ ವಿವರಗಳನ್ನು ನಾನು ಮಾತೃಭಾಷೆಯಲ್ಲಿ ಪ್ರಸ್ತಾವಕರಿಗೆ ವಿವರಿಸಿದ್ದೇನೆ, ಅವರು ಅದನ್ನು ಅರ್ಥಮಾಡಿಕೊಂಡಿದ್ದಾರೆ ಮತ್ತು ದೃಢಪಡಿಸಿದ್ದಾರೆ:

ಪ್ರಮಾಣೀಕರಿಸುವ ವ್ಯಕ್ತಿಯ ಹೆಸರು: ಪ್ರಮಾಣೀಕರಿಸುವ ವ್ಯಕ್ತಿಯ ಸಹಿ: ಪ್ರಮಾಣೀಕರಿಸುವ ವ್ಯಕ್ತಿಯ ಮೊಬೈಲ್ ಸಂಖ್ಯೆ:

ಸಾಕ್ಷಿದಾರರ ಹೆಸರು: ಸಾಕ್ಷಿದಾರರ ಸಹಿ: ಸಾಕ್ಷಿದಾರರ ಮೊಬೈಲ್ ಸಂಖ್ಯೆ:

ಪ್ರಸ್ತಾವಕರ ಸಹಿ:

9. ಪ್ರಸ್ತಾವಕರ ವಿವರಣೆ

(ಯಾವುದೇ ಕಾರಣಕ್ಕಾಗಿ, ಪ್ರಸ್ತಾವನೆ ಮತ್ತು ಇತರ ಪೂರಕ ಪೇಪರ್‌ಗಳನ್ನು ಪ್ರಸ್ತಾವಕರು ಭರ್ತಿ ಮಾಡದಿದ್ದರೆ ಪ್ರಮಾಣೀಕರಣ). ಪ್ರಸ್ತಾವನೆ ಅರ್ಜಿ ಮತ್ತು ಸಂಬಂಧಿತ ದಾಖಲೆಗಳ ವಿಷಯಗಳನ್ನು ನನಗೆ ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ವಿವರಿಸಲಾಗಿದೆ ಮತ್ತು ಪ್ರಸ್ತಾವನೆ ಒಪ್ಪಂದದ ಮಹತ್ವವನ್ನು ನಾನು ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಅರ್ಥಮಾಡಿಕೊಂಡಿದ್ದೇನೆ. ನನ್ನ ಸೂಚನೆಯ ಮೇರೆಗೆ _____ ನಿಂದ ಪ್ರಸ್ತಾವನೆ ಅರ್ಜಿಯನ್ನು ಭರ್ತಿ ಮಾಡಲಾಗಿದೆ ಮತ್ತು ಅದು ಸರಿಯಾಗಿದೆ ಹಾಗೂ ಪೂರ್ಣವಾಗಿದೆ ಎಂದು ನಾನು ಕಂಡುಕೊಂಡಿದ್ದೇನೆ.

ಪ್ರಸ್ತಾವಕರ ಸಹಿ

10. ಪ್ರೀಮಿಯಂ ವಿವರಗಳು (ಕಚೇರಿ ಬಳಕೆಗೆ ಮಾತ್ರ)

ಪ್ರೀಮಿಯಂ ಪಾವತಿ ಆಯ್ಕೆ	☐ ಚೆಕ್	☐ ಡಿಬಿಟ್ ಕಾರ್ಡ್ / ಕ್ರೆಡಿಟ್ ಕಾರ್ಡ್	☐ ನೆಟ್ ಬ್ಯಾಂಕಿಂಗ್	ಸೇವೆ	ಇತರೆ
ಪ್ರೀಮಿಯಂ ಮೊತ್ತ	ಆನ್‌ಲೈನ್ ಪಾವತಿ ಮಾಡಲು ಬದಿ:		ದಿನಾಂಕ		
ಬ್ಯಾಂಕ್ ಹೆಸರು / ಕಾಪಿ			ವಿವರಣೆ		
ಕೋಡ್ ಸಂಖ್ಯೆ	ಉದ್ಯಮವನ್ನು ಪಡೆದವರು: ಸಲಹೆಗಾರ / ಬಿಸ್ / ಕಾರ್ಪೊರೇಟ್ ಏಜೆನ್ಸಿ / ಇತರ ಜಾನಿಲ್ಲ				
ಕೋಡ್ ಸಂಖ್ಯೆ					
ಹೆಸರು					
ಪ್ರಸ್ತಾವನೆಯನ್ನು ಸ್ವೀಕರಿಸಿದ ದಿನಾಂಕ:	ಗ್ರಾಹಕ ID:				
ಪ್ರಸ್ತಾವಕರು ಅಥವಾ ಅರ್ಜಿದಾರರು ಸಿಬ್ಬಂದಿಯೇ?	☐ ಹೌದು	☐ ಇಲ್ಲ			

11. ಬ್ಯಾಂಕಾಕೂರಿಂಗ್ ಅನೇಕ ಮಾತ್ರ ತೆತ್ತುವರಿ ವಿವರಗಳು (ಕಚೇರಿ ಬಳಕೆಗೆ ಮಾತ್ರ)

ಪಾವತಿ ಕೋಡ್	SP ಕೋಡ್	RM/LG ಕೋಡ್
C ಗ್ರಾಹಕ ಹಾಕಿ	ಸಂಖ್ಯೆ	

12. ವಿಮಾ ಸಲಹೆಗಾರರ ವಿವರ (ಕಚೇರಿ ಬಳಕೆಗೆ ಮಾತ್ರ)

ನಾನು, ವಿಮಾ ಸಲಹೆಗಾರ / ಕಾರ್ಪೊರೇಟ್ ಏಜೆನ್ಸಿ ನಿರ್ದಿಷ್ಟ ವ್ಯಕ್ತಿ / ಬ್ರೋಕರ್‌ನ ಅಧಿಕೃತ ಉದ್ಯೋಗಿ / ಸಂಬಂಧ ಅಧಿಕಾರಿಯಾಗಿ, ಈ ಪ್ರಸ್ತಾವನೆಯಲ್ಲಿರುವ ಎಲ್ಲಾ ವಿಷಯಗಳನ್ನು, ಈ ಪ್ರಸ್ತಾವನೆಯಲ್ಲಿರುವ ಪ್ರಶ್ನೆಗಳ ಸ್ವರೂಪವನ್ನು, ಈ ಪ್ರಸ್ತಾವನೆಯಲ್ಲಿರುವ ಪ್ರಶ್ನೆಗಳಿಗೆ ಅವರು ಸಲ್ಲಿಸಿದ ಹೇಳಿಕೆ(ಗಳು), ಮಾಹಿತಿ ಮತ್ತು ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆ(ಗಳು) ಸೇರಿದಂತೆ ಅಥವಾ ಇಲ್ಲಿ ಕೋರಿರುವ ಯಾವುದೇ ವಿವರಗಳು ಕಂಪನಿ ಮತ್ತು ಪ್ರಸ್ತಾವನೆಯಿಂದ ಸಹಜವಾಗಿ ವಿಮಾ ಒಪ್ಪಂದದ ಆಧಾರವನ್ನು ರೂಪಿಸುತ್ತವೆ ಎಂದು ಇಲ್ಲಿ ಘೋಷಿಸುತ್ತೇನೆ, ಈ ಪ್ರಸ್ತಾವನೆಯನ್ನು ಪಾಲಿಸಿ ನೀಡಲು ಕಂಪನಿಯು ಒಪ್ಪಿಕೊಂಡಿದೆ.

ಯಾವುದೇ ಸುಳ್ಳು ಹೇಳಿಕೆ(ಗಳು) / ಮಾಹಿತಿ / ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆ(ಗಳು) ಈ ಪ್ರಸ್ತಾವನೆಯಲ್ಲಿ / ಅನುಬಂಧ(ಗಳು), ಅಧಿಕೃತವಿಲ್ಲದ, ಹೇಳಿಕೆಗಳು, ಸಲ್ಲಿಸಬೇಕಾದ ಸಲ್ಲಿಕೆಗಳು ಸೇರಿದಂತೆ / ಒದಗಿಸಬೇಕಾದವು ಮತ್ತು ಇನ್ನೂ ಹೆಚ್ಚಿನವನ್ನು ಯಾವುದೇ ಮಹತ್ವದ ಸಂಗತಿಯನ್ನು ಬಹಿರಂಗಪಡಿಸದಿದ್ದರೆ, ಈ ಪ್ರಸ್ತಾವನೆಗೆ ಅನುಗುಣವಾಗಿ ಅವರ ವರವಾಗಿ ನೀಡಲಾದ ಪಾಲಿಸಿಯನ್ನು ಕಂಪನಿಯು ಕೂಡ ಮತ್ತು ಅನುಮೋದಿತವೆಂದು ಪರಿಗಣಿಸಬಹುದು ಮತ್ತು ಪಾಲಿಸಿಯ ಅಡಿಯಲ್ಲಿ ಪಾವತಿಸಿದ ಎಲ್ಲಾ ಪ್ರೀಮಿಯಂಗಳನ್ನು ಕಂಪನಿಗೆ ಮುಟ್ಟುಗೋಲು ಹಾಕಿಕೊಳ್ಳಬಹುದು ಎಂದು ನಾನು ಮತ್ತಷ್ಟು ವಿವರಿಸಿದ್ದೇನೆ.

ದಿನಾಂಕ

ವಿಮಾ ಸಲಹೆಗಾರರ ಸಹಿ

13. ಕಾನೂನುಬದ್ಧ ಎಚ್ಚರಿಕೆ

ರಿಯಾಯಿತಿಗಳ ನಿಷೇಧ (ವಿಮಾ ಕಾಯಿದೆ 1938 ರ ಸೆಕ್ಷನ್ 41 ರ ಅಡಿಯಲ್ಲಿ)

1. ಭಾರತದಲ್ಲಿ, ಯಾವುದೇ ವ್ಯಕ್ತಿಯು ಜೀವ ಅಥವಾ ಆಸ್ತಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಯಾವುದೇ ರೀತಿಯ ಆಹಾಯಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ವಿಮೆಯನ್ನು ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳಲು ಅಥವಾ ಸವೀಕರಿಸಲು ಅಥವಾ ಮುಂದುವರಿಸಲು ಪ್ರೋತ್ಸಾಹಿಸುವ ಸಲುವಾಗಿ, ನೇರವಾಗಿ ಅಥವಾ ಪರೋಕ್ಷವಾಗಿ, ಅನುಮತಿಸಬಹುದಾದ ಅಥವಾ ನೀಡಬಹುದಾದ, ವಿಮಾದಾರರ ಪ್ರಕಟ ವಿರೋಧಿತ ಅಥವಾ ಕೋಪಾಳಗಳಿಗೆ ಅನುಗುಣವಾಗಿ ಅನುಮತಿಸಬಹುದಾದ ರಿಯಾಯಿತಿ ಹೊರತುಪಡಿಸಿ ಪಾವತಿಸಬೇಕಾದ ಕನಿಷ್ಠ ಸಂಪೂರ್ಣ ಅಥವಾ ಭಾಗಶಃ ರಿಯಾಯಿತಿ ಅಥವಾ ಪಾಲಿಸಿಯಲ್ಲಿ ಕೋರಿಕೊಂಡ ಪ್ರೀಮಿಯಂ ಯಾವುದೇ ರಿಯಾಯಿತಿ, ಅಥವಾ ಪಾಲಿಸಿಯನ್ನು ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳುವ ಅಥವಾ ಸವೀಕರಿಸುವ ಅಥವಾ ಮುಂದುವರಿಸುವ ಯಾವುದೇ ವ್ಯಕ್ತಿಯು ಯಾವುದೇ ರಿಯಾಯಿತಿಯನ್ನು ಸ್ವೀಕರಿಸಬಹುದು.

2. ಈ ವಿಭಾಗದ ನಿಬಂಧನೆಗಳನ್ನು ಅನುಸರಿಸಲು ಬದ್ಧವಾಗಿರುವ ಯಾವುದೇ ವ್ಯಕ್ತಿಯು ಹತ್ತು ಲಕ್ಷ ರೂಪಾಯಿಗಳವರೆಗೆ ವಿವರಿಸಬಹುದಾದ ದಂಡಕ್ಕೆ ಕೊನೆಗಾರದಾಗುತ್ತಾರೆ.

14. ಗ್ರಾಮೀಣ ಮತ್ತು ಪಾಮಾಣಿಕ ವಲಯದ ವಾರ್ (ಅನ್ವಯಿಸಿದರೆ):

ಆದಾ ಕಾರ್ಯಕರ್ತೆ

MGNREGA ಕಾರ್ಯಕರ್ತೆ

15. ABHA ID

ಸದಸ್ಯರ ಹೆಸರು	ನಿಮ್ಮ ಬಳಿ ABHA ID ಇದೆಯೇ?	ABHA ID	ABHA ಮೂಲಕ ವಿಮೆಯಾರರು / TPA ಗಳೊಂದಿಗೆ ಪೈಪ್ಪಣಿಕೆಯ ಡಾಖದೊಳಗಿರುವ ಹಂತಿಕೊಳ್ಳಲು ಸಿದ್ಧತೆ
	☐ ಹೌದು ☐ ಇಲ್ಲ		☐ ಹೌದು ☐ ಇಲ್ಲ
	☐ ಹೌದು ☐ ಇಲ್ಲ		☐ ಹೌದು ☐ ಇಲ್ಲ
	☐ ಹೌದು ☐ ಇಲ್ಲ		☐ ಹೌದು ☐ ಇಲ್ಲ
	☐ ಹೌದು ☐ ಇಲ್ಲ		☐ ಹೌದು ☐ ಇಲ್ಲ
	☐ ಹೌದು ☐ ಇಲ್ಲ		☐ ಹೌದು ☐ ಇಲ್ಲ
	☐ ಹೌದು ☐ ಇಲ್ಲ		☐ ಹೌದು ☐ ಇಲ್ಲ

16. ಕ್ಷೇತ್ರದ ಮರುಪಾವತಿ ಮತ್ತು ಪಾವತಿಯ ವಿವರಗಳು

ಪಾವತಿ ಸ್ವೀಕರಿಸುವ ಉದ್ದೇಶದಿಂದ ಬ್ಯಾಂಕ್ ವರ್ಗಾವಣೆ ☐

ಫಲಾನುಭವಿಯ ಹೆಸರು

ಬ್ಯಾಂಕ್ ಹೆಸರು

ಪಾವತಿ ಸಂಖ್ಯೆ

ಪಾವತಿ ಪ್ರಕಾರ

IFSC ಕೋಡ್

ನಿವಾ ಭೂಪಾ ಹೆಲ್ತ್ ಇನ್ಶೂರೆನ್ಸ್ ಕಂಪನಿ ಲಿಮಿಟೆಡ್: ನೋಂದಾಯಿತ ಕಛೇರಿ- C-98, ಬೊಂಬಲ ಮಹಡಿ, ರಾಜ್ಕೋ ನಗರ, ಪಾಟ್ 1, ಸದರೇಕರಿ-110024
ಹತ್ತು ನಿರಾಕರಣೆ ವಿಮೆಯು ಕೋರಿಕೆಯ ವಿಷಯವಾಗಿದೆ. ನಿವಾ ಭೂಪಾ ಹೆಲ್ತ್ ಇನ್ಶೂರೆನ್ಸ್ ಕಂಪನಿ ಲಿಮಿಟೆಡ್ (IRDAI ನೋಂದಣಿ ಸಂಖ್ಯೆ 145) 'ಭೂಪಾ' ಮತ್ತು 'ಪಾಟ್' ಲೋಗೋಗಳು ತಮ್ಮ ಸಂಬಂಧಿತ ಮಾರಾಕರ ನೋಂದಾಯಿತ ಟ್ರೇಡ್‌ಮಾರ್ಕ್‌ಗಳಾಗಿವೆ ಮತ್ತು ನಿವಾ ಭೂಪಾ ಹೆಲ್ತ್ ಇನ್ಶೂರೆನ್ಸ್ ಕಂಪನಿ ಲಿಮಿಟೆಡ್‌ನಿಂದ ಪರವಾನಗಿ ಅಡಿಯಲ್ಲಿ ಬಳಸಲಾಗುತ್ತಿದೆ. ಗ್ರಾಹಕ ಸಹಾಯವಾಣಿ: 1860-500-8888. ವೆಬ್‌ಸೈಟ್: www.nivabupa.com.
CIN: U66000DL2003PLC182918. ನಿರ್ದೇಶಕರು ಮತ್ತು ಪರವಾನಗಿ, ವಿಮಾಕರಗಳು, ಅಪಾಯಕಾರಿ ಅಂಶಗಳು, ಕಾಯುವ ಆದಾಯ ಮತ್ತು ಪ್ರಮೋಷನಗಳ ಕುರಿತು ಹೆಚ್ಚಿನ ವಿವರಗಳಿಗಾಗಿ, ದಯವಿಟ್ಟು ಮಾರಾಟದವರ ತೀರ್ಮಾನಿಸುವ ಮೊದಲು ಮಾರಾಟದ ಪ್ರೋಪರ್ ಅನ್ನು ಎಚ್ಚರಿಕೆಯಿಂದ ಓದಿ.

ನಿವಾ ಭೂಪಾ ಖೆಲ್ ಇನ್ಸೂರೆನ್ಸ್ ಕಂಪನಿ ಲಿಮಿಟೆಡ್: ನೋಂದಾಯಿತ ಕಛೇರಿ- C-98, ಮೊದಲ ಮಹಡಿ, ಲಾಘ್ ನಗರ, ಪಾರ್ಕ್ 1, ನವದೆಹಲಿ-110024
ಇತ್ತು ನೋಂದಣಿ: ವಿಮೆಯ ಕೋಡಿಯ ವಿಷಯವಾಗಿದೆ. ನಿವಾ ಭೂಪಾ ಖೆಲ್ ಇನ್ಸೂರೆನ್ಸ್ ಕಂಪನಿ ಲಿಮಿಟೆಡ್ (IRDAI ನೋಂದಣಿ ಸಂಖ್ಯೆ 145) 'ಭೂಪಾ' ಮತ್ತು 'ಪಾರ್ಕ್' ಲೋಗೋಗಳು ತಮ್ಮ ಸಂಬಂಧಿತ ಮಾರಾಟದ ನೋಂದಾಯಿತ ಟ್ರೇಡ್‌ಮಾರ್ಕ್‌ಗಳಾಗಿವೆ ಮತ್ತು ನಿವಾ ಭೂಪಾ ಖೆಲ್ ಇನ್ಸೂರೆನ್ಸ್ ಕಂಪನಿ ಲಿಮಿಟೆಡ್‌ನಿಂದ ಪಡೆದವಾಗಿ ಅಡಿಯಲ್ಲಿ ಒಳಪಟ್ಟಿರುತ್ತದೆ. ಗ್ರಾಹಕ ಸಹಾಯವಾಣಿ: 1860-500-8888. ವೆಬ್‌ಸೈಟ್: www.nhabupa.com.
CIN: U66000DL2008PLC182918. ನಿಯಮಗಳು ಮತ್ತು ಷರತ್ತುಗಳು, ವಿವರಗಳು, ಅವಾಯತಾರಿ ಅಂಶಗಳು, ಕಾಯುವ ಅವಧಿ ಮತ್ತು ಪ್ರಯೋಜನಗಳ ಕುರಿತು ಹೆಚ್ಚಿನ ವಿವರಗಳಿಗಾಗಿ, ದಯವಿಟ್ಟು ಮಾರಾಟವನ್ನು ತೀರ್ಮಾನಿಸುವ ಮೊದಲು ಮಾರಾಟದ ಬ್ರೋಕರ್ ಅನ್ನು ಎಚ್ಚರಿಕೆಯಿಂದ ಓದಿ.

Product Name: ReAssure 3.0, Product UIN: NBHHLIP27059V022627

ಕಂಪನಿಯಿಂದ ಪ್ರೀತ್ಯತಿ

ಆರ್ಜಿ ಸಂಖ್ಯೆ: ದಿನಾಂಕ:

ನಿಮ್ಮ ಪ್ರಸ್ತಾವನೆ ಮತ್ತು ಚೆಕ್/ಡಿಮಾಂಡ್ ಡ್ರಾಫ್ಟ್/ಇತರಗಳು _____ ಮೊತ್ತ ರೂ. _____ ದಿನಾಂಕ _____ ರ _____ ಮೇಲೆ ಪಡೆದಿದ್ದಕ್ಕಾಗಿ ನಾವು ಕೃತಜ್ಞತೆಯೊಂದಿಗೆ ಸ್ವೀಕರಿಸುತ್ತೇವೆ. ವಿಮಾ ಪಾಲಿಸಿಯ ಒಂದು ಸಂಪೂರ್ಣ ಪ್ರಸ್ತಾವನೆಯನ್ನು ನಮಗೆ ಸಲ್ಲಿಸುವುದು ಅಥವಾ ಪಾಲಿಸಿಯನ್ನು ನೀಡಲು ಮಾಡಿದ ಯಾವುದೇ ಪಾವತಿ ಸಮ್ಮ ಮೇಲೆ ಪಾಲಿಸಿಯನ್ನು ನೀಡಲು ಒಪ್ಪಿಸುವ ಬಾಧ್ಯತೆಯನ್ನು ಹೇರುವುದಿಲ್ಲ, ಈ ನಿರ್ಧಾರವು ಸಮ್ಮ ಒಕ್ಕಿತ ಮತ್ತು ಸಂಪೂರ್ಣ ವಿವೇಚನೆಗೆ ಒಳಪಟ್ಟಿರುತ್ತದೆ. ನಾವು ವಿಮಾ ಪ್ರಸ್ತಾವನೆಯನ್ನು ಒಪ್ಪಿಕೊಂಡರೆ, ಅದು ಪಾಲಿಸಿಯ ನಿಯಮಗಳು ಮತ್ತು ಷರತ್ತುಗಳಿಗೆ ಒಳಪಟ್ಟಿರುತ್ತದೆ ಮತ್ತು ಪ್ರೀಮಿಯಂ ಸಮ್ಮಿಂದ ಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಮತ್ತು ಸಮಯಕ್ಕೆ ಸರಿಯಾಗಿ ಸ್ವೀಕರಿಸದಿದ್ದರೆ ಅಥವಾ ಸಗದು ಆಗದಿದ್ದರೆ ಸಮ್ಮಗೆ ಯಾವುದೇ ಹೊಣೆಗಾರಿಕೆ ಇರುವುದಿಲ್ಲ. ನಾವು ಪ್ರಸ್ತಾವನೆಯನ್ನು ಒಪ್ಪಿಕೊಳ್ಳದಿದ್ದರೆ, ನಾವು ನಿಮಗೆ ತಿಳಿಸುತ್ತೇವೆ ಮತ್ತು ನಿಮ್ಮಿಂದ ಯಾವುದೇ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳ ವೆಚ್ಚವನ್ನು ಕಡಿತಗೊಳಿಸಿ, ಬಡ್ತಿ ಇಲ್ಲದೆ ಪಾವತಿಯನ್ನು ಮರುವಾವತಿ ಮಾಡುತ್ತೇವೆ.

ಸ್ವೀಕರಿಸುವವರ ಹೆಸರು ಮತ್ತು ಸಹಿ ಮತ್ತು ಕಚೇರಿ ಮುದ್ರೆ

Product Name: ReAssure 3.0, Product UIN: NBHHLIP27059V022627