

2. ವಿಮೆಗಾಗಿ ಅರ್ಜಿ ಸಲ್ಲಿಸಿದವರ ವಿವರಗಳು:

ಅರ್ಜಿದಾರ 1	ಹೆಸರು										
	ಲಿಂಗ	ಗಂಡು	ಹೆಣ್ಣು	ಇತರ	ಎತ್ತರ	(HUF)	(ಇಂಚು)	ತೂಕ	(ಕೆಜಿ)		
	ಮೊಬೈಲ್ ಸಂಖ್ಯೆ				ಹುಟ್ಟಿದ ದಿನ	D D M M	ಮಕ್ಕಳ ಸಂಖ್ಯೆ	ಭಾರತೀಯರಲ್ಲದಿದ್ದರೆ ದಯವಿಟ್ಟು ಟಿಪ್ಪಣಿ ಮಾಡಿ			
	ಪ್ರಸ್ತಾಪಕರೊಂದಿಗಿನ ಸಂಬಂಧ (ದಯವಿಟ್ಟು ಅಯ್ಯಯನ್ನು ಟಿಪ್ಪಣಿ ಮಾಡಿ): ಸಂಗಾತಿ / ತಂದೆ / ತಾಯಿ / ಮಾವ / ಅತ್ತೆ / ಮಗ / ಮಗಳು / ಉದ್ಯೋಗಿ										
	ನೋಂದಾಯಿತ ವ್ಯವಹಾರೀಯ ವ್ಯವಹಾರ* ಆಗಿದ್ದರೆ, ದಯವಿಟ್ಟು ಒದಗಿಸಿ: i. ವ್ಯವಹಾರೀಯ ನೋಂದಣಿ ಸಂಖ್ಯೆ										
	ii. ಕೌನ್ಸಿಲ್ ಹೆಸರು										
	iii. ಕೆಲಸದ ಸ್ಥಳದ ವಿಳಾಸ										
ಅರ್ಜಿದಾರ 2	ಹೆಸರು										
	ಲಿಂಗ	ಗಂಡು	ಹೆಣ್ಣು	ಇತರ	ಎತ್ತರ	(HUF)	(ಇಂಚು)	ತೂಕ	(ಕೆಜಿ)		
	ಮೊಬೈಲ್ ಸಂಖ್ಯೆ				ಹುಟ್ಟಿದ ದಿನ	D D M M	ಮಕ್ಕಳ ಸಂಖ್ಯೆ	ಭಾರತೀಯರಲ್ಲದಿದ್ದರೆ ದಯವಿಟ್ಟು ಟಿಪ್ಪಣಿ ಮಾಡಿ			
	ಪ್ರಸ್ತಾಪಕರೊಂದಿಗಿನ ಸಂಬಂಧ (ದಯವಿಟ್ಟು ಅಯ್ಯಯನ್ನು ಟಿಪ್ಪಣಿ ಮಾಡಿ): ಸಂಗಾತಿ / ತಂದೆ / ತಾಯಿ / ಮಾವ / ಅತ್ತೆ / ಮಗ / ಮಗಳು										
	ನೋಂದಾಯಿತ ವ್ಯವಹಾರೀಯ ವ್ಯವಹಾರ* ಆಗಿದ್ದರೆ, ದಯವಿಟ್ಟು ಒದಗಿಸಿ: i. ವ್ಯವಹಾರೀಯ ನೋಂದಣಿ ಸಂಖ್ಯೆ										
	ii. ಕೌನ್ಸಿಲ್ ಹೆಸರು										
	iii. ಕೆಲಸದ ಸ್ಥಳದ ವಿಳಾಸ										
ಅರ್ಜಿದಾರ 3	ಹೆಸರು										
	ಲಿಂಗ	ಗಂಡು	ಹೆಣ್ಣು	ಇತರ	ಎತ್ತರ	(HUF)	(ಇಂಚು)	ತೂಕ	(ಕೆಜಿ)		
	ಮೊಬೈಲ್ ಸಂಖ್ಯೆ				ಹುಟ್ಟಿದ ದಿನ	D D M M	ಮಕ್ಕಳ ಸಂಖ್ಯೆ	ಭಾರತೀಯರಲ್ಲದಿದ್ದರೆ ದಯವಿಟ್ಟು ಟಿಪ್ಪಣಿ ಮಾಡಿ			
	ಪ್ರಸ್ತಾಪಕರೊಂದಿಗಿನ ಸಂಬಂಧ (ದಯವಿಟ್ಟು ಅಯ್ಯಯನ್ನು ಟಿಪ್ಪಣಿ ಮಾಡಿ): ಸಂಗಾತಿ / ತಂದೆ / ತಾಯಿ / ಮಾವ / ಅತ್ತೆ / ಮಗ / ಮಗಳು										
	ನೋಂದಾಯಿತ ವ್ಯವಹಾರೀಯ ವ್ಯವಹಾರ* ಆಗಿದ್ದರೆ, ದಯವಿಟ್ಟು ಒದಗಿಸಿ: i. ವ್ಯವಹಾರೀಯ ನೋಂದಣಿ ಸಂಖ್ಯೆ										
	ii. ಕೌನ್ಸಿಲ್ ಹೆಸರು										
	iii. ಕೆಲಸದ ಸ್ಥಳದ ವಿಳಾಸ										
ಅರ್ಜಿದಾರ 4	ಹೆಸರು										
	ಲಿಂಗ	ಗಂಡು	ಹೆಣ್ಣು	ಇತರ	ಎತ್ತರ	(HUF)	(ಇಂಚು)	ತೂಕ	(ಕೆಜಿ)		
	ಮೊಬೈಲ್ ಸಂಖ್ಯೆ				ಹುಟ್ಟಿದ ದಿನ	D D M M	ಮಕ್ಕಳ ಸಂಖ್ಯೆ	ಭಾರತೀಯರಲ್ಲದಿದ್ದರೆ ದಯವಿಟ್ಟು ಟಿಪ್ಪಣಿ ಮಾಡಿ			
	ಪ್ರಸ್ತಾಪಕರೊಂದಿಗಿನ ಸಂಬಂಧ (ದಯವಿಟ್ಟು ಅಯ್ಯಯನ್ನು ಟಿಪ್ಪಣಿ ಮಾಡಿ): ಸಂಗಾತಿ / ತಂದೆ / ತಾಯಿ / ಮಾವ / ಅತ್ತೆ / ಮಗ / ಮಗಳು										
	ನೋಂದಾಯಿತ ವ್ಯವಹಾರೀಯ ವ್ಯವಹಾರ* ಆಗಿದ್ದರೆ, ದಯವಿಟ್ಟು ಒದಗಿಸಿ: i. ವ್ಯವಹಾರೀಯ ನೋಂದಣಿ ಸಂಖ್ಯೆ										
	ii. ಕೌನ್ಸಿಲ್ ಹೆಸರು										
	iii. ಕೆಲಸದ ಸ್ಥಳದ ವಿಳಾಸ										
ಅರ್ಜಿದಾರ 5	ಹೆಸರು										
	ಲಿಂಗ	ಗಂಡು	ಹೆಣ್ಣು	ಇತರ	ಎತ್ತರ	(HUF)	(ಇಂಚು)	ತೂಕ	(ಕೆಜಿ)		
	ಮೊಬೈಲ್ ಸಂಖ್ಯೆ				ಹುಟ್ಟಿದ ದಿನ	D D M M	ಮಕ್ಕಳ ಸಂಖ್ಯೆ	ಭಾರತೀಯರಲ್ಲದಿದ್ದರೆ ದಯವಿಟ್ಟು ಟಿಪ್ಪಣಿ ಮಾಡಿ			
	ಪ್ರಸ್ತಾಪಕರೊಂದಿಗಿನ ಸಂಬಂಧ (ದಯವಿಟ್ಟು ಅಯ್ಯಯನ್ನು ಟಿಪ್ಪಣಿ ಮಾಡಿ): ಸಂಗಾತಿ / ತಂದೆ / ತಾಯಿ / ಮಾವ / ಅತ್ತೆ / ಮಗ / ಮಗಳು										
	ನೋಂದಾಯಿತ ವ್ಯವಹಾರೀಯ ವ್ಯವಹಾರ* ಆಗಿದ್ದರೆ, ದಯವಿಟ್ಟು ಒದಗಿಸಿ: i. ವ್ಯವಹಾರೀಯ ನೋಂದಣಿ ಸಂಖ್ಯೆ										
	ii. ಕೌನ್ಸಿಲ್ ಹೆಸರು										
	iii. ಕೆಲಸದ ಸ್ಥಳದ ವಿಳಾಸ										
ಅರ್ಜಿದಾರ 6	ಹೆಸರು										
	ಲಿಂಗ	ಗಂಡು	ಹೆಣ್ಣು	ಇತರ	ಎತ್ತರ	(HUF)	(ಇಂಚು)	ತೂಕ	(ಕೆಜಿ)		
	ಮೊಬೈಲ್ ಸಂಖ್ಯೆ				ಹುಟ್ಟಿದ ದಿನ	D D M M	ಮಕ್ಕಳ ಸಂಖ್ಯೆ	ಭಾರತೀಯರಲ್ಲದಿದ್ದರೆ ದಯವಿಟ್ಟು ಟಿಪ್ಪಣಿ ಮಾಡಿ			
	ಪ್ರಸ್ತಾಪಕರೊಂದಿಗಿನ ಸಂಬಂಧ (ದಯವಿಟ್ಟು ಅಯ್ಯಯನ್ನು ಟಿಪ್ಪಣಿ ಮಾಡಿ): ಸಂಗಾತಿ / ತಂದೆ / ತಾಯಿ / ಮಾವ / ಅತ್ತೆ / ಮಗ / ಮಗಳು										
	ನೋಂದಾಯಿತ ವ್ಯವಹಾರೀಯ ವ್ಯವಹಾರ* ಆಗಿದ್ದರೆ, ದಯವಿಟ್ಟು ಒದಗಿಸಿ: i. ವ್ಯವಹಾರೀಯ ನೋಂದಣಿ ಸಂಖ್ಯೆ										
	ii. ಕೌನ್ಸಿಲ್ ಹೆಸರು										
	iii. ಕೆಲಸದ ಸ್ಥಳದ ವಿಳಾಸ										

* ಪ್ರೀಮಿಯಂ ಮೇಲೆ 5% ರಿಯಾಯಿತಿ ಪಡೆಯಿರಿ. ಮೆಡಿಕಲ್ ಪ್ರಾಕ್ಟೀಷನರ್ ಎಂದರೆ ಯಾವುದೇ ರಾಜ್ಯದ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಮಂಡಳಿ ಅಥವಾ ಭಾರತೀಯ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಮಂಡಳಿ ಅಥವಾ ಕೌನ್ಸಿಲ್ ಫಾರ್ ಇಂಡಿಯನ್ ಮೆಡಿಸಿನ್ ಅಥವಾ ಭಾರತ ಸರ್ಕಾರ ಅಥವಾ ರಾಜ್ಯ ಸರ್ಕಾರ ಸ್ಥಾಪಿಸಿದ ಹೋಮಿಯೋಪತಿಗೆ ಮಾನ್ಯ ನೋಂದಣಿಯನ್ನು ಹೊಂದಿರುವ ಮತ್ತು ಆ ಮೂಲಕ ಅದರ ವ್ಯಾಪ್ತಿಯಲ್ಲಿ ಔಷಧವನ್ನು ಅಭ್ಯಾಸ ಮಾಡಲು ಅರ್ಹರಾಗಿರುವ ವ್ಯಕ್ತಿ; ಮತ್ತು ತನ್ನ ಪರವಾನಗಿಯ ವ್ಯಾಪ್ತಿ ಮತ್ತು ನ್ಯಾಯವ್ಯಾಪ್ತಿಯಲ್ಲಿ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಿದ್ದಾನೆ. ಟಿಪ್ಪಣಿಗಳು: 1. ಪ್ರಸ್ತಾಪಕನೊಂದಿಗೆ ಅರ್ಜಿದಾರ 1 ರ ಸಂಬಂಧವು ಉದ್ಯೋಗಿಯಾಗಿದ್ದರೆ, ಇತರ ಅರ್ಜಿದಾರರ ಸಂಬಂಧವು ಅರ್ಜಿದಾರ 1 ನೊಂದಿಗೆ ಇರುತ್ತದೆ. 2. ಜೀವಂತ ಆರೋಗ್ಯಕರ ಪ್ರಯೋಜನಕ್ಕಾಗಿ, ಅರ್ಹ ವಿಮಾದಾರ ವ್ಯಕ್ತಿಗಳು ಈ ಕೆಳಗಿನಂತಿರುತ್ತಾರೆ: ಫ್ಯಾಮಿಲಿ ವೈಲ್ಡ್‌ಲೈವ್ ಪಾಲಿಸಿ ಬಿ ಅಡಿಯಲ್ಲಿ, ಎಲ್ಲಾ ಸದಸ್ಯರು ಮಗ/ಮಗಳನ್ನು ನಿರೀಕ್ಷಿಸುತ್ತಾರೆ. ವೈಯಕ್ತಿಕ ಪಾಲಿಸಿಯ ಅಡಿಯಲ್ಲಿ, ಕನಿಷ್ಠ 18 ವರ್ಷ ವಯಸ್ಸಿನ ಯಾವುದೇ ಸದಸ್ಯ

3. ವ್ಯಾಪ್ತಿಯ ಆಯ್ಕೆ:

ನೀವು ಪೋರ್ಟ್‌ಬಿಲಿಟಿಗಾಗಿ ಅರ್ಜಿ ಸಲ್ಲಿಸುತ್ತಿದ್ದೀರಾ:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																				
ಮೂಲ ವ್ಯಾಪ್ತಿ:																																					
ನೀತಿ ಪ್ರಕಾರ:	<input type="checkbox"/> ವೈಯಕ್ತಿಕ <input type="checkbox"/> ಫ್ಯಾಮಿಲಿ ಪ್ರೋಟೆಕ್ಟ್																																				
ಮೂಲ ವಿಮಾ ಮೊತ್ತ: (ರೂ.)	<table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>7.5</td><td>10</td><td>12.5</td><td>15</td><td>20</td><td>25</td><td>50</td><td>75</td><td>1</td> </tr> <tr> <td>ಬಲೆ</td><td>ಬಲೆ</td><td>ಬಲೆ</td><td>ಬಲೆ</td><td>ಬಲೆ</td><td>ಬಲೆ</td><td>ಬಲೆ</td><td>ಬಲೆ</td><td>ಬಲೆ</td><td>ಬಲೆ</td><td>ಬಲೆ</td><td>ರೂ.</td> </tr> </table>	<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"/>	3	4	5	7.5	10	12.5	15	20	25	50	75	1	ಬಲೆ	ಬಲೆ	ಬಲೆ	ಬಲೆ	ಬಲೆ	ಬಲೆ	ಬಲೆ	ಬಲೆ	ಬಲೆ	ಬಲೆ	ಬಲೆ	ರೂ.
<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"/>																										
3	4	5	7.5	10	12.5	15	20	25	50	75	1																										
ಬಲೆ	ಬಲೆ	ಬಲೆ	ಬಲೆ	ಬಲೆ	ಬಲೆ	ಬಲೆ	ಬಲೆ	ಬಲೆ	ಬಲೆ	ಬಲೆ	ರೂ.																										
ನೀತಿ ಅವಧಿ:	<input type="checkbox"/> 1 ವರ್ಷ <input type="checkbox"/> 2 ವರ್ಷಗಳು <input type="checkbox"/> 3 ವರ್ಷಗಳು																																				
ಐಚ್ಛಿಕ ವ್ಯಾಪ್ತಿ:																																					
1. ಆಸ್ಪತ್ರೆ ನಗದು: ದಿನಕ್ಕೆ 1,000 ರೂ (5 ಲಕ್ಷ ರೂ.ವರೆಗಿನ ವಿಮಾ ಮೊತ್ತಕ್ಕೆ), ದಿನಕ್ಕೆ 2,000 ರೂ (7.5 ಲಕ್ಷ ರೂ.ಗಳಿಂದ 15 ಲಕ್ಷ ರೂ.ವರೆಗಿನ ವಿಮಾ ಮೊತ್ತಕ್ಕೆ) ಮತ್ತು ದಿನಕ್ಕೆ 4,000 ರೂ (15 ಲಕ್ಷ ರೂ.ಗಿಂತ ಹೆಚ್ಚಿನ ವಿಮಾ ಮೊತ್ತಕ್ಕೆ)	<input type="checkbox"/> ಹೌದು <input type="checkbox"/> ಇಲ್ಲ																																				
2. ರಕ್ಷಣೆ+	<input type="checkbox"/> ಹೌದು <input type="checkbox"/> ಇಲ್ಲ																																				
3. ರಕ್ಷಣೆ	<input type="checkbox"/> ಹೌದು <input type="checkbox"/> ಇಲ್ಲ																																				
4. ಸ್ಟಾರ್ಟ್ ಹೆಲ್ಪ್ + (ರೂ.ಗಳ ನಿರ್ವಹಣೆ) * ಎಲ್ಲಾ ಪೀಡಿತ ಸದಸ್ಯರು ಒಂದು ರೂಪಾಂತರವನ್ನು ಆಯ್ಕೆ ಮಾಡಬೇಕು - ಚಿನ್ನ ಅಥವಾ ಪ್ಲಾಟಿನಂ.	<table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/> ಚಿನ್ನ</td> <td><input type="checkbox"/> ಪ್ಲಾಟಿನಂ</td> <td><input type="checkbox"/> ಇಲ್ಲ</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> ಚಿನ್ನ	<input type="checkbox"/> ಪ್ಲಾಟಿನಂ	<input type="checkbox"/> ಇಲ್ಲ	1	2	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																								
<input type="checkbox"/> ಚಿನ್ನ	<input type="checkbox"/> ಪ್ಲಾಟಿನಂ	<input type="checkbox"/> ಇಲ್ಲ																																			
1	2	3																																			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																			
5. ಸ್ಟಾರ್ಟ್ ಹೆಲ್ಪ್ + (ತೀವ್ರ ಆರೈಕೆ) * ಎರಡರಲ್ಲಿ ಯಾವುದಾದರೂ ಒಂದನ್ನು ಆಯ್ಕೆ ಮಾಡಬಹುದು	<table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/> ಅತ್ಯುತ್ತಮ ಸಲಹೆ</td> <td><input type="checkbox"/> ಅತ್ಯುತ್ತಮ ಆರೈಕೆ</td> <td><input type="checkbox"/> ಇಲ್ಲ</td> </tr> <tr> <td colspan="3">ಅತ್ಯುತ್ತಮ ಆರೈಕೆ ಮೊತ್ತ ವಿಮಾ ಆಯ್ಕೆಗಳು:</td> </tr> <tr> <td>INR 5,000</td> <td>INR 10,000</td> <td>INR 15,000</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> ಅತ್ಯುತ್ತಮ ಸಲಹೆ	<input type="checkbox"/> ಅತ್ಯುತ್ತಮ ಆರೈಕೆ	<input type="checkbox"/> ಇಲ್ಲ	ಅತ್ಯುತ್ತಮ ಆರೈಕೆ ಮೊತ್ತ ವಿಮಾ ಆಯ್ಕೆಗಳು:			INR 5,000	INR 10,000	INR 15,000	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																					
<input type="checkbox"/> ಅತ್ಯುತ್ತಮ ಸಲಹೆ	<input type="checkbox"/> ಅತ್ಯುತ್ತಮ ಆರೈಕೆ	<input type="checkbox"/> ಇಲ್ಲ																																			
ಅತ್ಯುತ್ತಮ ಆರೈಕೆ ಮೊತ್ತ ವಿಮಾ ಆಯ್ಕೆಗಳು:																																					
INR 5,000	INR 10,000	INR 15,000																																			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																			
6. 'ವೈಯಕ್ತಿಕ ಅಪಘಾತ ಕವರ್' ಆಯ್ಕೆ ಮಾಡಿದರೆ ದಯವಿಟ್ಟು ಟಿಪ್ಪಣಿ ಮಾಡಿ (ಈ ಆಯ್ಕೆಯು 18 ವರ್ಷ ಅಥವಾ ಅದಕ್ಕಿಂತ ಹೆಚ್ಚಿನ ವಯಸ್ಸಿನ ಅರ್ಜಿದಾರರಿಗೆ ಮಾತ್ರ ಲಭ್ಯವಿದೆ)	<table border="1"> <tr> <td colspan="6">ಅರ್ಜಿದಾರರ ಸಂಖ್ಯೆ</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	ಅರ್ಜಿದಾರರ ಸಂಖ್ಯೆ						1	2	3	4	5	6	<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"/>												
ಅರ್ಜಿದಾರರ ಸಂಖ್ಯೆ																																					
1	2	3	4	5	6																																
<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"/>																																
7. ವಾರ್ಷಿಕ ಒಟ್ಟು ಕಡಿತ	<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"/> 1,00,000																																				
8. ಸಹ-ಪಾವತಿ	<input type="checkbox"/> ಇಲ್ಲ <input type="checkbox"/> 10% <input type="checkbox"/> 20% <input type="checkbox"/> 30% <input type="checkbox"/> 40% <input type="checkbox"/> 50%																																				
9. ಮೊದಲೇ ಅಸ್ತಿತ್ವದಲ್ಲಿರುವ ರೋಗ ಕಾಯುವ ಸಮಯ ಮಾರ್ಪಾಡು	<input type="checkbox"/> ಆಯ್ಕೆಯಾಗಿಲ್ಲ <input type="checkbox"/> 1 ವರ್ಷ <input type="checkbox"/> 2 ವರ್ಷ <input type="checkbox"/> 4 ವರ್ಷ																																				
10. ಕೊರಡಿ ಪ್ರಕಾರದ ಮಾರ್ಪಾಡು	<input type="checkbox"/> ಇಲ್ಲ <input type="checkbox"/> ಸ್ಟ್ಯಾಂಡರ್ಡ್ ಸಿಂಗಲ್ ರೂಮ್ <input type="checkbox"/> ಹಂಚಿದ ಕೋಣೆ																																				
11. ಆಧುನಿಕ ಚಿಕಿತ್ಸೆ+	<input type="checkbox"/> ಹೌದು <input type="checkbox"/> ಇಲ್ಲ																																				

4. ನಾಮನಿರ್ದೇಶನ:

ಪ್ರಸ್ತುತಪಡಿಸಿದ ಮರಣದ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ, ಪಾಲಿಸಿಯ ಅಡಿಯಲ್ಲಿ ಬಾಕಿ ಇರುವ ಯಾವುದೇ ಪಾವತಿಯನ್ನು ಕೆಳಗೆ ಹೆಸರಿಸಲಾದ ನಾಮನಿರ್ದೇಶಿತರಿಗೆ ಪಾವತಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ. ನಾಮನಿರ್ದೇಶಿತರಿಂದ ಅಂತಹ ಪಾವತಿಯನ್ನು ಸ್ವೀಕರಿಸುವುದು ಪಾಲಿಸಿಯ ಅಡಿಯಲ್ಲಿ ಕಂಪನಿಯ ಹೊಣೆಗಾರಿಕೆಯ ನಿರ್ವಹಣೆಯಾಗುತ್ತದೆ.

ನಾಮನಿರ್ದೇಶಿತರ ಹೆಸರು	ಹುಟ್ಟಿದ ದಿನ	ಪ್ರಸ್ತುತಪಡಿಸಿದ ನಾಮನಿರ್ದೇಶಿತರ 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:

ಖಾತೆ ಸಂಖ್ಯೆ: IFSC ಕೋಡ್:

5. ವೈದ್ಯಕೀಯ, ಅಭ್ಯಾಸಗಳು ಮತ್ತು ಹಿಂದಿನ ಪ್ರಸ್ತಾವದ ಮಾಹಿತಿ

ಮುಖ್ಯ: ಈ ವಿಭಾಗದಲ್ಲಿನ ಎಲ್ಲಾ ಪ್ರಶ್ನೆಗಳಿಗೆ ಸತ್ಯವಾಗಿ ಮತ್ತು ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಉತ್ತರಿಸಲಾಗಿದೆ ಎಂದು ದಯವಿಟ್ಟು ಖಚಿತಪಡಿಸಿಕೊಳ್ಳಿ. ಏಕೆಂದರೆ ನೀವು ಇಲ್ಲಿ ಒದಗಿಸುವ ಮಾಹಿತಿಯು ನಿವಾ ಬುಪಾ ಅವರ ಅಂಡರ್ ರೈಟಿಂಗ್ ಗೆ ಆಧಾರವನ್ನು ರೂಪಿಸುತ್ತದೆ. ಯಾವುದೇ ಅಪೂರ್ಣ, ತಪ್ಪಾದ, ಭಾಗಶಃ ಸರಿಯಾದ ಮಾಹಿತಿಯು ನಿಮ್ಮ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಹಕ್ಕು ಮತ್ತು/ಅಥವಾ ವ್ಯಾಪ್ತಿಯ ಮೇಲೆ ಪರಿಣಾಮ ಬೀರಬಹುದು ಎಂಬುದನ್ನು ದಯವಿಟ್ಟು ಗಮನಿಸಿ.

ವಿಭಾಗ ಎ: ದಯವಿಟ್ಟು ವೈದ್ಯಕೀಯ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಹಂಚಿಕೊಳ್ಳಿ						
ದಯವಿಟ್ಟು ಪ್ರತಿ ಅರ್ಜಿದಾರರಿಗೆ ಈ ಕೆಳಗಿನ ಪ್ರಶ್ನೆಗಳಿಗೆ ಉತ್ತರಿಸಿ. ದಯವಿಟ್ಟು ಹೌದು (Y) ಅಥವಾ ಇಲ್ಲ (N) ಎಂದು ಮೃತ್ತಾಕಾರದಲ್ಲಿ ಬರೆಯಿರಿ	ಅರ್ಜಿದಾರರ ಸಂಖ್ಯೆ					
	1	2	3	4	5	6
i. ಸಾಮಾನ್ಯ ತೀವ್ರತೆ, ಬುದ್ಧಿ, ಸ್ಮರಣಶಕ್ತಿಗಳು, ಸ್ವಲ್ಪ ಗಾಯ ಅಥವಾ ಇತರ ಸಣ್ಣ ಕಾಯಿಲೆಗಳನ್ನು ಹೊರತುಪಡಿಸಿ; ಅರ್ಜಿದಾರರು ಎಂದಾದರೂ ಯಾವುದೇ ರೋಗದಿಂದ ಬಳಲುತ್ತಿದ್ದಾರೆಯೇ ಮತ್ತು / ಅಥವಾ 5 ದಿನಗಳಿಗಿಂತ ಹೆಚ್ಚು ಕಾಲ ಅಸ್ವಸ್ಥರಾಗಿದ್ದಾರೆಯೇ ಮತ್ತು / ಅಥವಾ ಯಾವುದೇ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಒಳಗಾಗಲು / ಸಲಹೆ ನೀಡಿದ್ದಾರೆಯೇ ಮತ್ತು / ಅಥವಾ ಯಾವುದೇ ಔಷಧಿಗಳನ್ನು ತೆಗೆದುಕೊಂಡಿದ್ದಾರೆಯೇ / 14 ದಿನಗಳಿಗಿಂತ ಹೆಚ್ಚು ಕಾಲ ಯಾವುದೇ ರೋಗಲಕ್ಷಣಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದೀರಾ? ಔಷಧೀಪರಿಚಾರವು ಇನ್ಸುಲಿನ್ ಗಳು, ಚುಚ್ಚುಮದ್ದುಗಳು, ಮೌಖಿಕ ಔಷಧಿಗಳು ಮತ್ತು ದೇಹದ ಭಾಗಗಳ ಮೇಲೆ ಚಾಚು ವೈದ್ಯಕೀಯ ಅನ್ವಯಗಳನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿದೆ ಅದರ ಸೀಮಿತವಾಗಿಲ್ಲ.	ಮತ್ತುN	ಮತ್ತುN	ಮತ್ತುN	ಮತ್ತುN	ಮತ್ತುN	ಮತ್ತುN
ii. ಥೈರಾಯ್ಡ್ ಪ್ರೊಫೈಲ್, ಲಿಪಿಡ್ ಪ್ರೊಫೈಲ್, ಟ್ರೈಡ್ ಮಿಲ್ ಪರೀಕ್ಷೆ, ಆಂಜಿಯೋಗ್ರಫಿ, ಎಕೋಕಾರ್ಡಿಯೋಗ್ರಫಿ, ಎಂಡೋಸೋಪಿ, ಅಲ್ಟ್ರಾಸೌಂಡ್, ಸಿಟಿ ಸ್ಕ್ಯಾನ, ಎಂಆರ್ ಐ, ಬಯಾಪ್ಸಿ ಮತ್ತು ಎಫ್ ಎನ್ ಎಸಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಯಾವುದೇ ರೋಗನಿರ್ಣಯ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳು ಅಥವಾ ತನಿಖೆಗಳಿಗೆ ಅರ್ಜಿದಾರರು ಎಂದಾದರೂ ಪ್ರತಿಕ್ರಮ ಫಲಿತಾಂಶಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದಾರೆಯೇ?	ಮತ್ತುN	ಮತ್ತುN	ಮತ್ತುN	ಮತ್ತುN	ಮತ್ತುN	ಮತ್ತುN
iii. ಅರ್ಜಿದಾರರಿಗೆ ಮಧುಮೇಹ ಅಥವಾ ಪ್ರಿಡಿಯಾಬಿಟಿಸ್ ಇದೆಯೇ ಅಥವಾ ಅವನು / ಅವಳು ಎಂದಾದರೂ ಅಧಿಕ ರಕ್ತದ ಸಕ್ಕರೆ ಯನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದೀರಾ?	ಮತ್ತುN	ಮತ್ತುN	ಮತ್ತುN	ಮತ್ತುN	ಮತ್ತುN	ಮತ್ತುN
iv. ಅರ್ಜಿದಾರರಿಗೆ ಅಧಿಕ ರಕ್ತದೊತ್ತಡ ಅಥವಾ ಅಧಿಕ ರಕ್ತದೊತ್ತಡವಿದೆಯೇ?	ಮತ್ತುN	ಮತ್ತುN	ಮತ್ತುN	ಮತ್ತುN	ಮತ್ತುN	ಮತ್ತುN
v. ಅರ್ಜಿದಾರರು ಎಂದಾದರೂ ಯಾವುದೇ ಆನುವಂಶಿಕ / ಆನುವಂಶಿಕ ಅಸ್ವಸ್ಥತೆಗಳು ಅಥವಾ ಎಚ್ಐವಿ / ಐಡ್ಸ್ ರೋಗನಿರ್ಣಯ ಅಥವಾ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಪಡೆದಿದ್ದಾರೆಯೇ?	ಮತ್ತುN	ಮತ್ತುN	ಮತ್ತುN	ಮತ್ತುN	ಮತ್ತುN	ಮತ್ತುN
vi. ಅರ್ಜಿದಾರರು ಎಂದಾದರೂ ಯಾವುದೇ ಮನನಿಶ / ಮನೋವೈದ್ಯಕೀಯ ಅಸ್ವಸ್ಥತೆಗಳಿಗೆ ರೋಗನಿರ್ಣಯ ಅಥವಾ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಪಡೆದಿದ್ದಾರೆಯೇ?	ಮತ್ತುN	ಮತ್ತುN	ಮತ್ತುN	ಮತ್ತುN	ಮತ್ತುN	ಮತ್ತುN
vii. ಅರ್ಜಿದಾರರ ಜೀವನದ ಮೇಲೆ ಜೀವ, ಆರೋಗ್ಯ, ಆಸ್ಪತ್ರೆ ದೈನಂದಿನ ನಗದು ಅಥವಾ ಗಂಭೀರ ಅನಾರೋಗ್ಯ ವಿಮೆಯ ಯಾವುದೇ ಪ್ರಸ್ತಾವವನ್ನು ಎಂದಾದರೂ ತಿರಸ್ಕರಿಸಲಾಗಿದೆಯೇ, ಮುಂದೂಡಲಾಗಿದೆಯೇ, ಲೋಡ್ ಮಾಡಲಾಗಿದೆಯೇ ಅಥವಾ ಯಾವುದೇ ವಿಮಾ ಕಂಪನಿಯಿಂದ ವಿನಾಯಿತಿಗಳಂತಹ ಯಾವುದೇ ವಿಶೇಷ ಪರಿಹಾರಗಳಿಗೆ ಒಳಪಡಿಸಲಾಗಿದೆಯೇ?	ಮತ್ತುN	ಮತ್ತುN	ಮತ್ತುN	ಮತ್ತುN	ಮತ್ತುN	ಮತ್ತುN

ವಿಭಾಗ ಬಿ: (ಅರ್ಜಿದಾರರು ತಂಬಾಕು / ಗುಟ್ಯಾ / ಪಾನ್ ಮಸಾಲಾ ಅಥವಾ ಆಲ್ಕೋಹಾಲ್ ಸೇರಿದರೆ ಅಥವಾ ಸೇವಿಸಿದರೆ ಮಾತ್ರ ದಯವಿಟ್ಟು ಈ ವಿಭಾಗವನ್ನು ಭರ್ತಿ	i. ಜಗಿಯಬಹುದಾದ ತಂಬಾಕು / ಗುಟ್ಯಾ / ಪಾನ್ ಮಸಾಲಾ. ಹೌದು ಎಂದಾದಲ್ಲಿ, ದಯವಿಟ್ಟು ದಿನಕ್ಕೆ ಪೌಚ್ ಗಳ ಸಂಖ್ಯೆಯನ್ನು ನಿರ್ದಿಷ್ಟಪಡಿಸಿ		ii. ಆಲ್ಕೋಹಾಲ್. ಹೌದು ಎಂದಾದಲ್ಲಿ, ದಯವಿಟ್ಟು ವಾರಕ್ಕೆ ಮಿಲಿ ಸಂಖ್ಯೆಯನ್ನು ನಿರ್ದಿಷ್ಟಪಡಿಸಿ		iii. ಸಿಗರೇಟುಗಳು / ಬೀಡಿ / ಸಿಗಾರ್. ಹೌದು ಎಂದಾದಲ್ಲಿ, ದಯವಿಟ್ಟು ದಿನಕ್ಕೆ ಬಳಕೆಯನ್ನು	
	1-10	> 10	<= 450	> 450	1-10	> 10
ಅರ್ಜಿದಾರ 1					ಪ್ರತಿದಿನ ಕುಡಿಯುವವರು	
ಅರ್ಜಿದಾರ 2						
ಅರ್ಜಿದಾರ 3						
ಅರ್ಜಿದಾರ 4						
ಅರ್ಜಿದಾರ 5						
ಅರ್ಜಿದಾರ 6						

ವಿಭಾಗ ಸಿ: ಮೇಲಿನ ವಿಭಾಗದಲ್ಲಿ ಹೌದು (Y) ಎಂದು ಗುರುತಿಸಲಾದ ಪ್ರಶ್ನೆಗಳಿಗೆ, ದಯವಿಟ್ಟು ಈ ಕೆಳಗಿನ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ನಿರ್ದಿಷ್ಟಪಡಿಸಿ:										
ಅರ್ಜಿದಾರರ ಸಂಖ್ಯೆ	ರೋಗಲಕ್ಷಣ(ಗಳು) ಅಥವಾ ತನಿಖೆ(ಗಳು) ಅಥವಾ ರೋಗನಿರ್ಣಯ ಅಥವಾ ಕಾರ್ಯವಿಧಾನ/ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಒಳಗಾದ ವಿವರಗಳು				ಸ್ಥಿತಿಯ ಅವಧಿ	ಔಷಧೀಪರಿಚಾರ(ಗಳು)	ಡೋಸೇಜ್	ಪ್ರಸ್ತುತ ಸ್ಥಿತಿ (ಉದಾ. ಸಂಪೂರ್ಣ / ಭಾಗಶಃ ಚೇತರಿಕೆ ಅಥವಾ ನಡೆಯುತ್ತಿರುವ	ಚಿಕಿತ್ಸೆ ನೀಡುವ ವೈದ್ಯಕರ ಮತ್ತು ಸಂಪರ್ಕ	ಲಗತ್ತಿಸಲಾದ ದಾಖಲೆಗಳು (ಹೌದು/ಇಲ್ಲ)
	ಒಂದುವೇಳೆ ಡಯಾಬೀಟಿಸ್ HbA1c ಮಟ್ಟವನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದರೆ	ಅಧಿಕ ರಕ್ತದೊತ್ತಡ ಬಿಪಿ ಇದ್ದರೆ		ಯಾವುದೇ ಇತರ ವಿವರಗಳು						
		ಸಿಸ್ಟೋಲಿಕ್	ಡಯಾಸ್ಟೋಲಿಕ್							

6. ವಿದ್ಯಾರ್ಹತೆ ನಿರೀಕ್ಷಿಸಲಾಗುವ ಮತ್ತು ಸೇವಾ ಸಂವಹನಗಳಿಗೆ ಅಧಿಕಾರ

ಅರ್ಜಿ ನಮೂನೆಯಲ್ಲಿ ಇಲ್ಲಿ ಉಲ್ಲೇಖಿಸಿರುವಂತೆ ನಿಮ್ಮ ಎಲ್ಲಾ ನೀತಿ ಮತ್ತು ಸೇವೆಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಸಂವಹನವನ್ನು ಇಮೇಲ್ ಐಡಿ ಕಳುಹಿಸಲು ಕಂಪನಿಗೆ ಅಧಿಕಾರ ನೀಡುವ ಮೂಲಕ ಪರಿಶರವನ್ನು ರಕ್ಷಿಸಲು ಮತ್ತು ಕಾಗದವನ್ನು ಉಳಿಸಲು ಸಹಾಯ ಮಾಡಲು ನೀತಿ ಒಪ್ಪಿಸುವಿರಾ?

ಹೌದು ಇಲ್ಲ

7. ಘೋಷಣೆ (ಪ್ರಸ್ತಾವನೆ ನಮೂನೆಗೆ ಸಹಿ ಮಾಡುವ ಮೊದಲು ದಯವಿಟ್ಟು ಎಚ್ಚರಿಕೆಯಿಂದ ಓದಿ ಮತ್ತು ಪ್ರತಿಯೊಂದರ ವಿರುದ್ಧ ಚರ್ಚೆ ಮಾಡಬಹುದು)

ನಾನು ನೀಡಿದ ಮೇಲಿನ ಹೇಳಿಕೆಗಳು, ಉತ್ತರಗಳು ಮತ್ತು/ಅಥವಾ ವಿವರಗಳು ನನಗೆ ತಿಳಿದ ಮಟ್ಟಿಗೆ ಎಲ್ಲಾ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ 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 ಆರೋಗ್ಯದಲ್ಲಿ 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 ವೈದ್ಯಕೀಯ 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 ರೈಟಿಂಗ್ ಮಾಡುವ ಉದ್ದೇಶಕ್ಕಾಗಿ.

ಪ್ರಸ್ತಾವನೆ ಮತ್ತು/ಅಥವಾ ಕ್ಲೇಮ್ ಇತ್ಯರ್ಥಕ್ಕೆ ಮತ್ತು ಯಾವುದೇ ಸರ್ಕಾರಿ ಮತ್ತು/ಅಥವಾ ನಿಯಂತ್ರಣ ಪ್ರಾಧಿಕಾರದೊಂದಿಗೆ ಅಂಡರ್ ರೈಟಿಂಗ್ ಮಾಡುವ ಏಕೈಕ ಉದ್ದೇಶಕ್ಕಾಗಿ ವಿಮಾದಾರ/ಪ್ರಸ್ತಾವಕರ ವೈದ್ಯಕೀಯ ದಾಖಲೆಗಳು ಸೇರಿದಂತೆ ನನ್ನ ಪ್ರಸ್ತಾವಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಹಂಚಿಕೊಳ್ಳಲು ನಾನು ಕಂಪನಿಗೆ ಅಧಿಕಾರ ನೀಡುತ್ತೇನೆ.

ಸೇವಾ ವಿತರಣೆಯ ಏಕೈಕ ಉದ್ದೇಶಕ್ಕಾಗಿ ವಿಮಾದಾರ / ಪ್ರಸ್ತಾವಕರ ವೈದ್ಯಕೀಯ ದಾಖಲೆಗಳ ಸೇರಿದಂತೆ ನನ್ನ / ನಮ್ಮ ಪ್ರಸ್ತಾವಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ನಮ್ಮ ಎಂಪ್ಲೋಯ್ಡ್ ಪೂರೈಕೆದಾರರೊಂದಿಗೆ ಹಂಚಿಕೊಳ್ಳಲು ನಾನು/ನಾವು ಕಂಪನಿಗೆ ಅಧಿಕಾರ ನೀಡುತ್ತೇವೆ.

ದಿನಾಂಕ ಸ್ಥಳ ಪ್ರಸ್ತಾವಕರ ಸಹಿ

8. ದೇಶೀಯ ಘೋಷಣೆ

(ಪ್ರಸ್ತಾವಕರ ಸ್ಥಳೀಯ ಭಾಷೆಯಲ್ಲಿ ಸಹಿ ಮಾಡಿದರೆ ಪ್ರಮಾಣೀಕರಣ (ಕಂಪನಿಯ ಏಜೆಂಟ್ / ಉದ್ಯೋಗಿಯನ್ನು ಹೊರತುಪಡಿಸಿ ಬೇರೆ ಯಾರಾದರೂ ಸಾಕ್ಷಿಯಾಗಬೇಕು).

ಈ ನಮೂನೆಯ ವಿಷಯ ಮತ್ತು ಅದರ ವಿವರಗಳನ್ನು ನಾನು ಪ್ರಸ್ತಾವಿಸುವವರಿಗೆ ಸ್ಥಳೀಯ ಭಾಷೆಯಲ್ಲಿ ವಿವರಿಸಿದ್ದೇನೆ, ಅವರು ಅದನ್ನು ಅರ್ಥಮಾಡಿಕೊಂಡಿದ್ದಾರೆ ಮತ್ತು ದೃಢಪಡಿಸಿದ್ದಾರೆ:

ಪ್ರಮಾಣೀಕರಿಸುವ ವ್ಯಕ್ತಿಯ ಹೆಸರು:

ಪ್ರಮಾಣೀಕರಿಸುವ ವ್ಯಕ್ತಿಯ ಸಹಿ:

ಪ್ರಮಾಣೀಕರಿಸುವ ವ್ಯಕ್ತಿಯ ಮೊಬೈಲ್ ಸಂಖ್ಯೆ:

ಸಾಕ್ಷಿಯ ಹೆಸರು

ಸಾಕ್ಷಿಯ ಸಹಿ

ಸಾಕ್ಷಿಯ ಮೊಬೈಲ್ ಸಂಖ್ಯೆ:

ಪ್ರಸ್ತಾವಕರ ಸಹಿ

9. ಪ್ರಸ್ತಾವಕರ ಘೋಷಣೆ

(ಯಾವುದೇ ಕಾರಣಕ್ಕಾಗಿ, ಪ್ರಸ್ತಾವ ಮತ್ತು ಇತರ ಸಂಬಂಧಿತ ದಾಖಲೆಗಳನ್ನು ಪ್ರಸ್ತಾವಕರ 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 ಮತ್ತು ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿದೆ ಎಂದು ನಾನು

ಪ್ರಸ್ತಾವಕರ ಸಹಿ

ಉತ್ತಮ ಹೆಸರು: ReAssure | ಉತ್ತಮ UIN: NBHHLIP25037V032425

ಆಡ್-ಆನ್ ಹೆಸರು: ಸ್ಪೋರ್ಟ್ ಹೆಲ್ತ್+ | ಆಡ್-ಆನ್ ಯುಐಎನ್: NBHHLIA22164V012122; ಆಡ್-ಆನ್ ಹೆಸರು: ಸೇವ್ಸ್, ಆಡ್-ಆನ್ ಯುಐಎನ್: NBHHLIA24070V012324

ಈ ಜಾಗವನ್ನು ಉದ್ದೇಶಪೂರ್ವಕವಾಗಿ ಖಾಲಿ ಬಿಡಲಾಗಿದೆ.

10. ಪ್ರೀಮಿಯಂ ವಿವರಗಳು (ಕಚೇರಿ ಬಳಕೆಗೆ ಮಾತ್ರ)

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

ಪ್ರೀಮಿಯಂ ಮೊತ್ತ ಆನ್ ಲೈನ್ ಪಾವತಿ ವಹಿವಾಟು ID: ದಿನಾಂಕ

ಬ್ಯಾಂಕ್ ಹೆಸರು/ಶಾಖೆ ನಿವಾ ಬೂಪಾ ಶಾಖೆಯ ಸ್ಥಳ

ಕೋಡ್ ಸಂಖ್ಯೆ ವ್ಯವಹಾರ ಮೂಲ: ಸಲಹೆಗಾರ / ಡಿವಿಷನ್ / ಕಾರ್ಪೊರೇಟ್ ಏಜೆನ್ಸಿ / ಇತರ ಚಾನೆಲ್‌ಗಳು

ಕೋಡ್ ಸಂಖ್ಯೆ

ಹೆಸರು

ಸ್ವೀಕರಿಸಿದ ಪ್ರಸ್ತಾವನೆ: ಗ್ರಾಹಕ ID:

ಪ್ರಸ್ತಾಪಕ ಅಥವಾ ಅರ್ಜಿದಾರರು ಸಿಬ್ಬಂದಿಯೇ? ಹೌದು ಇಲ್ಲ

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

ಬ್ರಾಂಚ್ ಕೋಡ್ SP ಕೋಡ್ RM/LG ಕೋಡ್

ಗ್ರಾಹಕ ಖಾತೆ ಸಂಖ್ಯೆ

12. ವಿಮಾ ಸಲಹೆಗಾರರ ವರದಿ (ಕಚೇರಿ ಬಳಕೆಗೆ ಮಾತ್ರ)

ನಾನು, ವಿಮಾ ಸಲಹೆಗಾರನಾಗಿ / ಕಾರ್ಪೊರೇಟ್ ಏಜೆಂಟ್ ನ ನಿರ್ದಿಷ್ಟ ವ್ಯಕ್ತಿಯಾಗಿ / ಬ್ರೋಕರ್ / ಸಂಬಂಧ ಅಧಿಕಾರಿಯ ಅಧಿಕೃತ ಉದ್ಯೋಗಿಯಾಗಿ, ಈ ಪ್ರಸ್ತಾಪ ನಮೂನೆಯಲ್ಲಿ ಒಳಗೊಂಡಿರುವ ಪ್ರಶ್ನೆಗಳ ಸ್ವರೂಪ ಸೇರಿದಂತೆ ಈ ಪ್ರಸ್ತಾಪ ನಮೂನೆಯ ಎಲ್ಲಾ ವಿಷಯಗಳನ್ನು ಪ್ರಸ್ತಾಪಿಸುವವರಿಗೆ ವಿವರಿಸಿದ್ದೇನೆ, ಇದರಲ್ಲಿ ಒಳಗೊಂಡಿರುವ ಪ್ರಶ್ನೆಗಳಿಗೆ ಅವನು / ಅವಳು ಸಲ್ಲಿಸಿದ ಹೇಳಿಕೆ (ಗಳು), ಮಾಹಿತಿ ಮತ್ತು ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆ (ಗಳು) ಸೇರಿದಂತೆ ಈ ಪ್ರಸ್ತಾಪ ನಮೂನೆಯ ಎಲ್ಲಾ ವಿಷಯಗಳನ್ನು ನಾನು ಈ ಮೂಲಕ ಘೋಷಿಸುತ್ತೇನೆ ಪಾಲಿಸಿಯ ವಿತರಣೆಗಾಗಿ ಕಂಪನಿಯು ಈ ಪ್ರಸ್ತಾಪವನ್ನು ಒಪ್ಪಿಕೊಂಡರೆ, ಕಂಪನಿ ಮತ್ತು ಪ್ರಸ್ತಾಪಕರ ನಡುವಿನ ವಿಮಾ ಒಪ್ಪಂದದ ಬಗ್ಗೆ.

ಅನುಬಂಧ(ಗಳು), ಅಫಿಡವಿಟ್ ಗಳು, ಹೇಳಿಕೆಗಳು, ಸಲಹೆಗಳು, ಒದಗಿಸಬೇಕಾದ / ಒದಗಿಸಬೇಕಾದ / ಒದಗಿಸಬೇಕಾದ ಮತ್ತು ಇನ್ನೂ ಹೆಚ್ಚಿನವುಗಳನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಂತೆ ಯಾವುದೇ ಅಸತ್ಯ ಹೇಳಿಕೆ(ಗಳು) / ಮಾಹಿತಿ / ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆ(ಗಳು) ಈ ಪ್ರಸ್ತಾಪ ನಮೂನೆಯಲ್ಲಿ / ಒಳಗೊಂಡಿದ್ದರೆ / ಒಳಗೊಂಡಿದ್ದರೆ, ಈ ಪ್ರಸ್ತಾಪಕ್ಕೆ ಅನುಸಾರವಾಗಿ ಅವನು / ಅವಳ ಪರವಾಗಿ ನೀಡಲಾದ ಪಾಲಿಸಿಯನ್ನು ಕಂಪನಿಯು ಶೂನ್ಯ ಮತ್ತು ಅನೂರ್ಜಿತವೆಂದು ಪರಿಗಣಿಸಬಹುದು ಮತ್ತು ಪಾಲಿಸಿಯ ಅಡಿಯಲ್ಲಿ ಪಾವತಿಸಿದ ಎಲ್ಲಾ ಪ್ರೀಮಿಯಂಗಳನ್ನು ಕಂಪನಿಗೆ ಮುಟ್ಟುಗೋಲು ಹಾಕಿಕೊಳ್ಳಬಹುದು ಎಂದು ನಾನು ವಿವರಿಸಿದ್ದೇನೆ.

ದಿನಾಂಕ: ವಿಮಾ ಸಲಹೆಗಾರರ ಸಹಿ

13. ಶಾಸನಬದ್ಧ ಎಚ್ಚರಿಕೆ

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

- 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 ಪ್ರಾಕ್ಟೀಸ್ ಅಥವಾ ಕೋಷ್ಟಕಗಳಿಗೆ ಅನುಗುಣವಾಗಿ ಅನುಮತಿಸಬಹುದಾದ ರಿಯಾಯಿತಿಯನ್ನು ಹೊರತುಪಡಿಸಿ, ಪಾಲಿಸಿಯನ್ನು ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳುವ ಅಥವಾ ನವೀಕರಿಸುವ ಅಥವಾ ಮುಂದುವರಿಸುವ ಯಾವುದೇ ವ್ಯಕ್ತಿಯು ಯಾವುದೇ ರಿಯಾಯಿತಿಯನ್ನು ಸ್ವೀಕರಿಸುವುದಿಲ್ಲ.
- ಈ ಸೆಕ್ಷನ್ ನ ನಿಬಂಧನೆಗಳನ್ನು ಅನುಸರಿಸಲು ವಿಫಲವಾದ ಯಾವುದೇ ವ್ಯಕ್ತಿಯು ಹತ್ತು ಲಕ್ಷ ರೂಪಾಯಿಗಳವರೆಗೆ ವಿಸ್ತರಿಸಬಹುದಾದ ದಂಡಕ್ಕೆ ಜವಾಬ್ದಾರನಾಗಿರುತ್ತಾನೆ.

14. ಅಭ್ಯಾ ID

ಸದಸ್ಯರ ಹೆಸರು	ನಿಮ್ಮ ಬಳಿ ಅಭ್ಯಾ ಐಡಿ ಇದೆಯೇ?	ಅಭ್ಯಾ ID	ಎಬಿಎಚ್‌ಎ ಮೂಲಕ ವಿಮಾದಾರರು/ಟಿಎಫ್‌ಐಎಂ‌ಡಿಗಿ ವ್ಯವಹಾರದ 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="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

15. ಕ್ಷೇಮಗಳ ಮರುಪಾವತಿ ಮತ್ತು ಪಾವತಿಯ ವಿವರಗಳು

ಪಾವತಿಯನ್ನು ಸ್ವೀಕರಿಸುವ ಆಯ್ಕೆ:

ಬ್ಯಾಂಕ್ ವರ್ಗಾವಣೆ

ಫಲಾನುಭವಿಯ ಹೆಸರು

ಬ್ಯಾಂಕ್ ಹೆಸರು

ಖಾತೆ ಸಂಖ್ಯೆ

ಖಾತೆ ಪ್ರಕಾರ

IFSC ಕೋಡ್

ಕಂಪನಿಯಿಂದ ಸ್ವೀಕೃತಿ

ಅಪ್ಪಿಕೇಶನ್ ಸಂಖ್ಯೆ

ದಿನಾಂಕ

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

ಸ್ವೀಕರಿಸುವವರ ಹೆಸರು ಮತ್ತು ಸಹಿ ಮತ್ತು ಕಚೇರಿ ಮುದ್ರೆ

ನಿವಾ ಬೂಪಾ ಹೆಲ್ತ್ ಇನ್ಶೂರೆನ್ಸ್ ಕಂಪನಿ ಲಿಮಿಟೆಡ್; ನೋಂದಾಯಿತ ಕಚೇರಿ:- ಸಿ-98, ಮೊದಲ ಮಹಡಿ, ಅಜಪತ್ ನಗರ, ಭಾಗ 1,

ಲಿ-110024 ಹಕ್ಕುತ್ಯಾಗ: ವಿಮೆಯು ಕೋರಿಕೆಯ ವಿಷಯವಾಗಿದೆ. ನಿವಾ ಬೂಪಾ ಹೆಲ್ತ್ ಇನ್ಶೂರೆನ್ಸ್ ಕಂಪನಿ ಲಿಮಿಟೆಡ್ (ಹಿಂದೆ ಮ್ಯಾಕ್ಸ್ ಬೂಪಾ ಹೆಲ್ತ್ ಇನ್ಶೂರೆನ್ಸ್ ಕಂಪನಿ ಲಿಮಿಟೆಡ್ ಎಂದು ಕರೆಯಲಾಗುತ್ತಿತ್ತು) (ಬೀಡಿಎಫ್‌ಎಫ್ ನೋಂದಣಿ ಸಂಖ್ಯೆ 145)

ಬೀಡಿಎಫ್ ಲೋಗೋಗಳು ಆಯಾ ಮಾಲೀಕರ ನೋಂದಾಯಿತ ಟ್ರೇಡ್ ಮಾರ್ಕ್ ಗಳಾಗಿವೆ ಮತ್ತು ಇದನ್ನು ನಿವಾ ಬೂಪಾ ಹೆಲ್ತ್ ಇನ್ಶೂರೆನ್ಸ್ ಕಂಪನಿ ಲಿಮಿಟೆಡ್ ಪರವಾನಗಿಯಡಿಯಲ್ಲಿ ಬಳಸುತ್ತಿದೆ. ಗ್ರಾಹಕ ಸಹಾಯವಾಣಿ: 1860-500-8888. ವೆಬ್‌ಸೈಟ್: www.

ಸಿಬಿಎನ್: U66000DL2008PLC182918. ನಿಯಮಗಳು ಮತ್ತು ಷರತ್ತುಗಳ , ಹೊರಗಡುವಿಕೆಗಳು, ಅಪಾಯದ ಅಂಶಗಳು, ಕಾಯುವ ಅವಧಿ ಮತ್ತು ಪ್ರಯೋಜನಗಳ ಬಗ್ಗೆ, ಹೆಚ್ಚಿನ ವಿವರಗಳಿಗಾಗಿ, ಮಾರಾಟವನ್ನು

ಮುಕ್ತಾಯಗೊಳಿಸುವ ಮೊದಲು ದಯವಿಟ್ಟು ಮಾರಾಟ ಬ್ರೋಷರ್ ಅನ್ನು ಎಚ್ಚರಿಕೆಯಿಂದ ಓದಿ.

ಉತ್ಪನ್ನ ಹೆಸರು: ReAssure | ಉತ್ಪನ್ನ UIN: NBHHLIP25037V032425

ಆಡ್-ಆನ್ ಹೆಸರು: ಸ್ಟಾರ್ಟ್ ಹೆಲ್ತ್+ | ಆಡ್-ಆನ್ ಯುಬಿಎನ್: NBHHLIA22164V012122; ಆಡ್-ಆನ್ ಹೆಸರು: ಸೇವ್ಸ್, ಆಡ್-ಆನ್ ಯುಬಿಎನ್: NBHHLIA24070V012324