

URN: 023

ವಿಮಾ ಒಪ್ಪಂದವು ಕಾನೂನುಬದ್ಧ ಒಪ್ಪಂದವಾಗಿದೆ ಮತ್ತು ಇದು ಟ್ರಸ್ಟ್ ಅನ್ನು ಆಧರಿಸಿದೆ ಮತ್ತು ನಾವು ನಿಮ್ಮನ್ನು ನಂಬುತ್ತೇವೆ. ನಿಮ್ಮ ಆರೋಗ್ಯದ ಬಗ್ಗೆ, ಮಾಹಿತಿ ಮತ್ತು ನಿಮ್ಮ ನೀತಿಯ ಮೇಲೆ ಅದರ ಪರಿಣಾಮ ಎಷ್ಟು ಪ್ರಸ್ತುತವಾಗಿದೆ 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 ಪ್ರಯೋಜನಗಳ ಮರುಪಡೆಯುವಿಕೆ ಸೇರಿದಂತೆ ನಿಮ್ಮಿಂದ ಸಾಧ್ಯವಿರುವ ಎಲ್ಲಾ ಕ್ರಮಗಳನ್ನು ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳುವ ಹಕ್ಕನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದೇವೆ. ನಾವು ಪೂರ್ಣ ಪ್ರೀಮಿಯಂ ಪಡೆದ ಮತ್ತು ಅಪಾಯವನ್ನು ಸ್ಪಷ್ಟವಾಗಿ ಒಪ್ಪಿಕೊಂಡ ನಂತರವೇ ಕವರೇಜ್ ಪ್ರಾರಂಭಿಸಬಹುದು ಎಂದು ನಿಯಮಗಳು ಆದೇಶಿಸುತ್ತವೆ.

**1. ಪ್ರಸ್ತಾವಕರ ವಿವರಗಳು:**

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

ಅರ್ಜಿ ನಮೂನೆಯಲ್ಲಿ ಇಲ್ಲಿ ಉಲ್ಲೇಖಿಸಿರುವಂತೆ ನಿಮ್ಮ ಎಲ್ಲಾ ಪಾಲಿಸಿ ಮತ್ತು ಸೇವೆಗಳ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಸಂವಹನವನ್ನು ಇಮೇಲ್ ಐಡಿಗೆ ಕಳುಹಿಸಲು ಕಂಪನಿಗೆ ಅಧಿಕಾರ ನೀಡುವ ಮೂಲಕ ಪರಿಶರವನ್ನು ರಕ್ಷಿಸಲು ಮತ್ತು ಕಾಗದವನ್ನು ಉಳಿಸಲು ಸಹಾಯ ಮಾಡಲು ನಾನು ಬಯಸುತ್ತೇನೆ?

ನಾನು ಎಲ್ಲಾ ನಿಯಮಗಳು ಮತ್ತು ಷರತ್ತುಗಳನ್ನು ಓದಿದ್ದೇನೆ, ಅರ್ಥಮಾಡಿಕೊಂಡಿದ್ದೇನೆ ಮತ್ತು ಸ್ವೀಕರಿಸಿದ್ದೇನೆ ಮತ್ತು ಈ ಮೂಲಕ ನಿಮಾ ಬೂಪಾ ಹೆಲ್ತ್ ಇನ್ಶೂರೆನ್ಸ್ ಅಥವಾ ಅದರ ಯಾವುದೇ ಏಜೆಂಟ್ ಮತ್ತು/ಅಥವಾ ಮೂರನೇ ಪಕ್ಷ(ಗಳು) / ಅಂಗಸಂಸ್ಥೆಗಳಿಗೆ ನನ್ನ ನೋಂದಾಯಿತ ಫೋನ್ ಸಂಖ್ಯೆ / ಎಸ್ಎಂಎಸ್ / ಇಮೇಲ್ / ಫೋನ್ / ವಾಟ್ಸಾಪ್ / ಫೇಸ್ಬುಕ್ ಅಥವಾ ಇತರ ಯಾವುದೇ ವಿಧಾನಗಳ ಮೂಲಕ ನನ್ನನ್ನು ಸಂಪರ್ಕಿಸಲು ಅಧಿಕಾರ ನೀಡುತ್ತೇನೆ.

ಪಾಲಿಸಿ ಕಿಟ್ ನ ಭೌತಿಕ ಪ್ರತಿ ನಿಮಗೆ ಬೇಕೆ  ಹೌದು  ಇಲ್ಲ.

ನೀವು ಅಥವಾ ಪ್ರಸ್ತಾವಿತ ಅರ್ಜಿದಾರರಲ್ಲಿ ಯಾರಾದರೂ PEP# ಆಗಿದ್ದೀರಾ?  ಹೌದು  ಇಲ್ಲ.

*#Politically* ಬಹಿರಂಗಪಡಿಸಿದ ವ್ಯಕ್ತಿಗಳು (ಪಿಇಸಿ) ಎಂದರೆ ಪ್ರಮುಖ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಕಾರ್ಯಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿರುವ ಅಥವಾ ವಹಿಸಲಾದ ವ್ಯಕ್ತಿಗಳು, ಅಂದರೆ ಕೇಂದ್ರ ಅಥವಾ ರಾಜ್ಯ ಸರ್ಕಾರದ ಮುಖ್ಯಸ್ಥರು / ಮಂತ್ರಿಗಳು, ಹಿರಿಯ ರಾಜಕಾರಣಿಗಳು, ಹಿರಿಯ ಸರ್ಕಾರ, ನ್ಯಾಯಾಂಗ ಅಥವಾ ಮಿಲಿಟರಿ ಅಧಿಕಾರಿಗಳು, ಸರ್ಕಾರಿ ಕಂಪನಿಗಳ ಹಿರಿಯ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಕರು, ಪಕ್ಷದ ಪ್ರಮುಖ ಅಧಿಕಾರಿಗಳು. (ನೀವು ಪಿಇಸಿ ವಿರುದ್ಧ ಟೀಕೆ ಮಾಡಿದ್ದರೆ, ದಯವಿಟ್ಟು ಪ್ರತ್ಯೇಕ ಪಿಇಸಿ ಪ್ರಸ್ತಾವನೆಯನ್ನು ಧರ್ತಿ ಮಾಡಿ)

ಬ್ಯಾಂಕ್ ವಿವರಗಳು:

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

ಎಲೆಕ್ಟ್ರಾನಿಕ್ ವಿಮಾ ಖಾತೆಯ ವಿವರಗಳು (ಇಇಎ)

ಈ ಪಾಲಿಸಿಯನ್ನು ಇಇಎಗೆ ಕ್ರೆಡಿಟ್ ಮಾಡಲು ನೀವು ಬಯಸುವೀರಾ? (ದಯವಿಟ್ಟು ಯಾವುದಾದರೂ ಒಂದನ್ನು ಆಯ್ಕೆ ಮಾಡಿ)

ಇಲ್ಲ, ನನ್ನ ಬಳಿ ಇಇಎ ಇಲ್ಲ ಮತ್ತು ಒಂದನ್ನು ತೆರೆಯಲು ಬಯಸುವುದಿಲ್ಲ.  ಹೌದು, ಈ ಪಾಲಿಸಿಯನ್ನು ನನ್ನ ಇ-ವಿಮಾ ಖಾತೆಗೆ ಕ್ರೆಡಿಟ್ ಮಾಡಿ

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

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

<input type="checkbox"/> ಮೆಸರ್ಸ್ ಎನ್ಎಸ್ಐಎಲ್ ಡೇಟಾಬೇಸ್ ಮ್ಯಾನ್‌ಜಿಂಟ್ ಲಿಮಿಟೆಡ್	<input type="checkbox"/> ಮೆಸರ್ಸ್ ಸೆಂಟ್ರಲ್ ಇನ್ಶೂರೆನ್ಸ್ ರೆಪ್ರೆಸೆಂಟಿಟಿ ಲಿಮಿಟೆಡ್
<input type="checkbox"/> ಮೆಸರ್ಸ್ ಕಾರ್ವಿ ಇನ್ಶೂರೆನ್ಸ್ ರೆಪ್ರೆಸೆಂಟಿಟಿ ಲಿಮಿಟೆಡ್	<input type="checkbox"/> ಮೆಸರ್ಸ್ ಕ್ಯಾವ್ಸ್ ರೆಪ್ರೆಸೆಂಟಿಟಿ ಸರ್ವಿಸ್ ಲಿಮಿಟೆಡ್ (ದಯವಿಟ್ಟು ಯಾವುದಾದರೂ ಒಂದನ್ನು ಆಯ್ಕೆ ಮಾಡಿ) ಅಥವಾ

ನಾನು ಅಸ್ತಿತ್ವದಲ್ಲಿರುವ ಇ-ವಿಮಾ ಖಾತೆಯನ್ನು ಹೊಂದಿಲ್ಲ ಮತ್ತು ಹೊಸ ಇ-ವಿಮಾ ಖಾತೆಯನ್ನು ರಚಿಸಲು ನಾನು ಆಸಕ್ತಿ ಹೊಂದಿದ್ದೇನೆ

(ದಯವಿಟ್ಟು ಸಂಬಂಧಿತ ದಾಖಲೆಗಳೊಂದಿಗೆ ಎಲೆಕ್ಟ್ರಾನಿಕ್ ವಿಮಾ ಖಾತೆ ತೆರೆಯುವ ನಮೂನೆಯನ್ನು (ಇಇಎ ಫಾರ್ಮ್) ಸಲ್ಲಿಸಿ).

ನವೀಕರಣ ಪಾವತಿ ಸೈನ್ ಅಪ್:

ನಿಮ್ಮ ಆರೋಗ್ಯ ವಿಮಾ ಪಾಲಿಸಿಯ ನವೀಕರಣ ಪ್ರೀಮಿಯಂ ಅನ್ನು ನಿಮ್ಮ ಅಸ್ತಿತ್ವದಲ್ಲಿರುವ ಸ್ವಯಂಚಾಲಿತ ಕ್ಷಿಯರಿಂಗ್ ಹೌಸ್ (ಎಸಿಎಚ್) / ಸ್ವಾಯಂ ಸೂಚನೆಗಳು (ಎಸ್ಐ) ಅನ್ನು ಕಂಪನಿಯೊಂದಿಗೆ ಮುಂದುವರಿಸುವ ಮೂಲಕ ಪ್ರತಿ ವರ್ಷ ಮಾಡಬಹುದು. ಈ ಆಯ್ಕೆಯ ಅಡಿಯಲ್ಲಿ, ನಿಮ್ಮ ಪಾಲಿಸಿಯನ್ನು ಸಕಾಲದಲ್ಲಿ ನವೀಕರಿಸಬಹುದು, ಆದರೆ ಕಂಪನಿಗೆ ಅಗತ್ಯವಿರುವ ಮಾಹಿತಿ ಮತ್ತು ದಸ್ತಾವೇಜಿನ ಎಲ್ಲಾ ಹೆಚ್ಚುವರಿ ಅವಶ್ಯಕತೆಗಳನ್ನು ನೀವು ಪೂರ್ಣಗೊಳಿಸಬಹುದು.

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

ದಿನಾಂಕ	ಸ್ಥಳ	ಪ್ರಸ್ತಾವಕರ ಸಹಿ
--------	------	----------------

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	ಮತ್ತು ಮತ್ತು ಮತ್ತು ಮತ್ತು	ಭಾರತೀಯರಲ್ಲಿದ್ದರೆ ದಯವಿಟ್ಟು ಟಿಪ್ಪಣಿ ಮಾಡಿ
ಪ್ರಸ್ತಾವಕರೊಂದಿಗಿನ ಸಂಬಂಧ (ದಯವಿಟ್ಟು ಅಯ್ಯಯನ್ನು ಟಿಪ್ಪಣಿ ಮಾಡಿ): ಸ್ವಯಂ / ಸಂಗಾತಿ / ತಂದೆ / ತಾಯಿ / ಮಾವ / ಅತ್ತೆ / ಮಗ / ಮಗಳು / ಉದ್ಯೋಗಿ											
ನೋಂದಾಯಿತ ವೈದ್ಯಕೀಯ ವೈದ್ಯರು* ಅಗಿದ್ದರೆ, ದಯವಿಟ್ಟು ಒದಗಿಸಿ: <b>i.</b> ವೈದ್ಯಕೀಯ 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	ಮತ್ತು ಮತ್ತು ಮತ್ತು ಮತ್ತು	ಭಾರತೀಯರಲ್ಲಿದ್ದರೆ ದಯವಿಟ್ಟು ಟಿಪ್ಪಣಿ ಮಾಡಿ
ಪ್ರಸ್ತಾವಕರೊಂದಿಗಿನ ಸಂಬಂಧ (ದಯವಿಟ್ಟು ಅಯ್ಯಯನ್ನು ಟಿಪ್ಪಣಿ ಮಾಡಿ): ಸಂಗಾತಿ / ತಂದೆ / ತಾಯಿ / ಮಾವ / ಅತ್ತೆ / ಮಗ / ಮಗಳು											
ನೋಂದಾಯಿತ ವೈದ್ಯಕೀಯ ವೈದ್ಯರು* ಅಗಿದ್ದರೆ, ದಯವಿಟ್ಟು ಒದಗಿಸಿ: <b>i.</b> ವೈದ್ಯಕೀಯ 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	ಮತ್ತು ಮತ್ತು ಮತ್ತು ಮತ್ತು	ಭಾರತೀಯರಲ್ಲಿದ್ದರೆ ದಯವಿಟ್ಟು ಟಿಪ್ಪಣಿ ಮಾಡಿ
ಪ್ರಸ್ತಾವಕರೊಂದಿಗಿನ ಸಂಬಂಧ (ದಯವಿಟ್ಟು ಅಯ್ಯಯನ್ನು ಟಿಪ್ಪಣಿ ಮಾಡಿ): ಸಂಗಾತಿ / ತಂದೆ / ತಾಯಿ / ಮಾವ / ಅತ್ತೆ / ಮಗ / ಮಗಳು											
ನೋಂದಾಯಿತ ವೈದ್ಯಕೀಯ ವೈದ್ಯರು* ಅಗಿದ್ದರೆ, ದಯವಿಟ್ಟು ಒದಗಿಸಿ: <b>i.</b> ವೈದ್ಯಕೀಯ 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	ಮತ್ತು ಮತ್ತು ಮತ್ತು ಮತ್ತು	ಭಾರತೀಯರಲ್ಲಿದ್ದರೆ ದಯವಿಟ್ಟು ಟಿಪ್ಪಣಿ ಮಾಡಿ
ಪ್ರಸ್ತಾವಕರೊಂದಿಗಿನ ಸಂಬಂಧ (ದಯವಿಟ್ಟು ಅಯ್ಯಯನ್ನು ಟಿಪ್ಪಣಿ ಮಾಡಿ): ಸಂಗಾತಿ / ತಂದೆ / ತಾಯಿ / ಮಾವ / ಅತ್ತೆ / ಮಗ / ಮಗಳು											
ನೋಂದಾಯಿತ ವೈದ್ಯಕೀಯ ವೈದ್ಯರು* ಅಗಿದ್ದರೆ, ದಯವಿಟ್ಟು ಒದಗಿಸಿ: <b>i.</b> ವೈದ್ಯಕೀಯ 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	ಮತ್ತು ಮತ್ತು ಮತ್ತು ಮತ್ತು	ಭಾರತೀಯರಲ್ಲಿದ್ದರೆ ದಯವಿಟ್ಟು ಟಿಪ್ಪಣಿ ಮಾಡಿ
ಪ್ರಸ್ತಾವಕರೊಂದಿಗಿನ ಸಂಬಂಧ (ದಯವಿಟ್ಟು ಅಯ್ಯಯನ್ನು ಟಿಪ್ಪಣಿ ಮಾಡಿ): ಸಂಗಾತಿ / ತಂದೆ / ತಾಯಿ / ಮಾವ / ಅತ್ತೆ / ಮಗ / ಮಗಳು											
ನೋಂದಾಯಿತ ವೈದ್ಯಕೀಯ ವೈದ್ಯರು* ಅಗಿದ್ದರೆ, ದಯವಿಟ್ಟು ಒದಗಿಸಿ: <b>i.</b> ವೈದ್ಯಕೀಯ 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	ಮತ್ತು ಮತ್ತು ಮತ್ತು ಮತ್ತು	ಭಾರತೀಯರಲ್ಲಿದ್ದರೆ ದಯವಿಟ್ಟು ಟಿಪ್ಪಣಿ ಮಾಡಿ
ಪ್ರಸ್ತಾವಕರೊಂದಿಗಿನ ಸಂಬಂಧ (ದಯವಿಟ್ಟು ಅಯ್ಯಯನ್ನು ಟಿಪ್ಪಣಿ ಮಾಡಿ): ಸಂಗಾತಿ / ತಂದೆ / ತಾಯಿ / ಮಾವ / ಅತ್ತೆ / ಮಗ / ಮಗಳು											
ನೋಂದಾಯಿತ ವೈದ್ಯಕೀಯ ವೈದ್ಯರು* ಅಗಿದ್ದರೆ, ದಯವಿಟ್ಟು ಒದಗಿಸಿ: <b>i.</b> ವೈದ್ಯಕೀಯ ನೋಂದಣಿ ಸಂಖ್ಯೆ											
ii. ಕೌನ್ಸಿಲ್ ಹೆಸರು											
iii. ಕೆಲಸದ ಸ್ಥಳದ ವಿಳಾಸ											

\* ಪೀವಿಯಂ ಮೇಲೆ 5% ರಿಯಾಯಿತಿ ಪಡೆಯಿರಿ. ಮಡಿಕಲ್ ಪ್ರಾಕ್ಟೀಸರ್ 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. ಪ್ರಸ್ತಾವಕನೊಂದಿಗೆ ಅರ್ಜಿದಾರ 1 ರ ಸಂಬಂಧವು ಉದ್ಯೋಗಿಯಾಗಿದ್ದರೆ, ಇತರ ಅರ್ಜಿದಾರರ ಸಂಬಂಧವು ಅರ್ಜಿದಾರ 1 ನೊಂದಿಗೆ ಇರುತ್ತದೆ.

### 3. ಕವರೇಜ್ ಆನ್ ಆಗಿದೆ:

ಮೂಲ ವ್ಯಾಪ್ತಿ:

ನೀತಿ ಪ್ರಕಾರ#:	<input type="text"/> ವ್ಯಯಕ್ತಿಕ <input type="text"/> ಫ್ಯಾಮಿಲಿ ಪ್ರೋಟೆಕ್ಟ್ <input type="text"/> ಬಹು ಸದಸ್ಯ ವ್ಯಕ್ತಿ
ಕವರ್ ಮಾಡಬೇಕಾದ ಜೀವಗಳ ಸಂಖ್ಯೆ:	<input type="text"/> ವಯಸ್ಕರು <input type="text"/> ಮಕ್ಕಳು
ರೂಪಾಂತರ:	<input type="text"/> ಕಂಚು <input type="text"/> ಬೆಳ್ಳಿ <input type="text"/> ಚಿನ್ನ <input type="text"/> ಕಂಚು+ <input type="text"/> ಬೆಳ್ಳಿ+ <input type="text"/> ಚಿನ್ನ+ <input type="text"/> ಡೈಮಂಡ್+ <input type="text"/> ಪ್ಲಾಟಿನಂ+ <input type="text"/> ಟೈಟಾನಿಯಂ+
ಮೂಲ ವಿಮಾ ಮೊತ್ತ:	_____
ನೀತಿ ಅವಧಿ:	<input type="text"/> 1 ವರ್ಷ <input type="text"/> 2 ವರ್ಷಗಳು <input type="text"/> 3 ವರ್ಷಗಳು

ಐಚ್ಛಿಕ ವ್ಯಾಪ್ತಿ:

1. ಆಸ್ತುತ್ಯ ನಗದು	<input type="text"/> ಹೌದು <input type="text"/> ಇಲ್ಲ											
2. ರಕ್ಷಣೆ \$	<input type="text"/> ಹೌದು <input type="text"/> ಇಲ್ಲ											
3. ರಕ್ಷಣೆ+ \$	<input type="text"/> ಹೌದು <input type="text"/> ಇಲ್ಲ											
4. ಸ್ಟಾರ್ಟ್ ಹೆಲ್ಪ್ + (ರೂ(ಗ) ನಿರ್ವಹಣೆ) * ಎಲ್ಲಾ ಪೀಡಿತ ಸದಸ್ಯರು ಒಂದರ ರೂಪಾಂತರ ಗೋಲ್ಡ್ ಅಥವಾ ಪ್ಲಾಟಿನಂ ಅನ್ನು ಆಯ್ಕೆ ಮಾಡಬೇಕು.	<input type="text"/> ಚಿನ್ನ <input type="text"/> ಪ್ಲಾಟಿನಂ <input type="text"/> ಇಲ್ಲ											
	<table border="1"> <tr> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> <th>6</th> </tr> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	6	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
1	2	3	4	5	6							
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>							
5. ಸ್ಟಾರ್ಟ್ ಹೆಲ್ಪ್ + (ತೀವ್ರ ಆರೈಕೆ) * ಎರಡರಲ್ಲಿ ಯಾವುದಾದರೂ ಒಂದನ್ನು ಆಯ್ಕೆ ಮಾಡಬಹುದು	<input type="text"/> ಅತ್ಯುತ್ತಮ ಸಲಹೆ <input type="text"/> ಅತ್ಯುತ್ತಮ ಆರೈಕೆ <input type="text"/> ಇಲ್ಲ											
	<table border="1"> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>							
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>									
6. ವ್ಯಯಕ್ತಿಕ ಅಪಘಾತ ಕವರ್ ಗಾಗಿ ಐಚ್ಛಿಕವಾಗಿದ್ದರೆ ದಯವಿಟ್ಟು ಟೆಕ್ ಮಾಡಿ (ಈ ಆಯ್ಕೆಯು 18 ವರ್ಷ ಅಥವಾ ಅದಕ್ಕಿಂತ ಹೆಚ್ಚಿನ ವಯಸ್ಸಿನ ಅರ್ಜಿದಾರರಿಗೆ ಮಾತ್ರ ಲಭ್ಯವಿದೆ)	ಅರ್ಜಿದಾರರ ಸಂಖ್ಯೆ											
	<table border="1"> <tr> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> <th>6</th> </tr> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	6	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
1	2	3	4	5	6							
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>							
7. ವಾರ್ಷಿಕ ಒಟ್ಟು ಕಡಿತ ಆಯ್ಕೆಗಳು:	<input type="text"/> ಇಲ್ಲ <input type="text"/>											
8. ಸಹ-ಪಾವತಿ	<input type="text"/> ಇಲ್ಲ <input type="text"/> 20% <input type="text"/> 30% <input type="text"/> 40% <input type="text"/> 50%											
9. ಮೊದಲೇ ಅಸ್ತಿತ್ವದಲ್ಲಿರುವ ರೋಗ ಕಾಯುವ ಸಮಯ ಮಾರ್ಪಾಡು	<input type="text"/> ಇಲ್ಲ <input type="text"/> 4 ವರ್ಷ <input type="text"/>											
10. ಕೊರಡಿ ಪ್ರಕಾರದ ಮಾರ್ಪಾಡು	<input type="text"/> ಇಲ್ಲ <input type="text"/> ಒಂದೇ ಖಾಸಗಿ ಕೋಣೆ <input type="text"/> ಹಂಚಿದ ಕೋಣೆ											

#ಅನ್ಯ ಪ್ರೋಟೆಕ್ಟ್ ವಿಮಾ ಮೊತ್ತವು ಎಲ್ಲಾ ವಿಮಾದಾರರಿಗೆ ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿದೆ. ಪ್ರೋಟೆಕ್ಟ್ ಎಂದರೆ ವ್ಯಯಕ್ತಿಕವಾಗಿ ಅಥವಾ ಸಾಮೂಹಿಕವಾಗಿ ಎಲ್ಲಾ ವಿಮಾದಾರರು ಈ ಮಿತಿಗೆ ಕ್ರಮ ಮಾಡಬಹುದು. #ಆನ್ ಸುರಕ್ಷಣೆ

ಅಥವಾ ಸುರಕ್ಷಣೆ + ಆಯ್ಕೆ ಮಾಡಬಹುದು

### 4. ಪ್ರೋಟೆಕ್ಟ್ ವಿಮೆ

ನೀತಿ ಸಂಖ್ಯೆ	ವಿಮಾ ಕಂಪನಿ	ಅಪಾಯ ಪ್ರಾರಂಭ ದಿನಾಂಕ	ಅಪಾಯ ಮುಕ್ತಾಯ ದಿನಾಂಕ	ಪ್ರೋಟೆಕ್ಟ್ ಗೆ ಕಾರಣಗಳು

ಪ್ರೋಟೆಕ್ಟ್ ವಿಮೆಯನ್ನು ವಿನಂತಿಸಲಾದ ಉದ್ದೇಶಿತ ವಿಮಾದಾರರ ಹೆಸರು	ಮೊದಲ ನೀತಿ ಪ್ರಾರಂಭ ದಿನಾಂಕ	ಪ್ರೋಟೆಕ್ಟ್ ವಿಮೆಯನ್ನು ವಿನಂತಿಸಲಾದ ನಿರಂತರ ವ್ಯಾಪ್ತಿಯ ವರ್ಷಗಳ ಸಂಖ್ಯೆ	ಹಿಂದಿನ ನೀತಿಗಳಲ್ಲಿನ ಹಕ್ಕುಗಳು	ಪ್ರಸ್ತುತ ಕ್ಲೇಮ್ ಬೋನಸ್ ಇಲ್ಲ	ವಿಮಾ ಮೊತ್ತ - ವರ್ಷ 1 (ಅತ್ಯಂತ ಹಳೆಯದು)	ವಿಮಾ ಮೊತ್ತ - ವರ್ಷ 2	ವಿಮಾ ಮೊತ್ತ - ವರ್ಷ 3	ವಿಮಾ ಮೊತ್ತ - ವರ್ಷ 4 (ಮುಕ್ತಾಯ ಪಾಲಿಸಿ)

5. ನಾಮನಿರ್ದೇಶನ

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

ನಾಮನಿರ್ದೇಶಿತರು	ಹುಟ್ಟಿದ ದಿನ	ಪ್ರಸ್ತಾಪಕನೊಂದಿಗಿನ ಸಂಬಂಧ[ಬದಲಾಯಿಸಿ]	ನಾಮನಿರ್ದೇಶಿತರ ವಿಳಾಸ, ಮೊಬೈಲ್ ಸಂಖ್ಯೆ ಮತ್ತು ಇಮೇಲ್ ಐಡಿ	ನೇಮಕಗೊಂಡ ಹೆಸರು (ನಾಮನಿರ್ದೇಶಿತರು 18 ವರ್ಷಕ್ಕಿಂತ ಕಡಿಮೆ ವಯಸ್ಸಿನವರಾಗಿದ್ದರೆ)

ನಾಮನಿರ್ದೇಶಿತರ ಬ್ಯಾಂಕ್ ವಿವರಗಳು: ಫಲಾನುಭವಿ ಹೆಸರು: \_\_\_\_\_

ಬ್ಯಾಂಕ್ ಹೆಸರು \_\_\_\_\_ ಖಾತೆ ಪ್ರಕಾರ \_\_\_\_\_ ಉಳಿತಾಯ \_\_\_\_\_ ಪ್ರಸ್ತುತ \_\_\_\_\_

ಖಾತೆ ಸಂಖ್ಯೆ \_\_\_\_\_ IFSC ಕೋಡ್ \_\_\_\_\_

6. ವೈದ್ಯಕೀಯ ಅಭ್ಯಾಸಗಳು ಮತ್ತು ಹಿಂದಿನ ಪ್ರಸ್ತಾಪದ 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 ವ್ಯಾಖ್ಯಾನಿಸಿ. ಬರೆಯಿರಿ	ಅರ್ಜಿದಾರರ ಸಂಖ್ಯೆ									
	1	2	3	4	5	6				
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 ಇನ್ನೇನೂ ಗಳು, ಚುಚ್ಚುಮದ್ದುಗಳು, ಮೌಖಿಕ ಔಷಧಿಗಳು ಮತ್ತು ದೇಹದ ಭಾಗಗಳ ಮೇಲೆ ಬಾಹ್ಯ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಅನ್ವಯಿಕೆಗಳನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿದೆ ಅದರ ಸೀಮಿತವಾಗಿಲ್ಲ.	ಮತ್ತು	N	ಮತ್ತು	N	ಮತ್ತು	N	ಮತ್ತು	N	ಮತ್ತು	N
ii. ಧರಾಯ್ತ ಪ್ರೊಫೈಲ್, ಲಿಪಿಡ್ ಪ್ರೊಫೈಲ್, ಟ್ರಿಗ್ಲಿಸರೈಡ್, ಲಿಪೋಪ್ರೋಟಿನ್, ಎಕ್ಸೋಕ್ರಾಡಿಯೋಗ್ರಫಿ, ಎಂಡೋಸ್ಟ್ರೋಪಿ, ಅಲ್ಯೂಸೊಂಡ್, ಸಿಟಿ ಸ್ಕ್ಯಾನ್, ಎಂಆರ್ ಐ, ಬಯೋಪ್ಸಿ ಮತ್ತು ಎನ್ ಎನ್ ಎಸ್ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಯಾವುದೇ ರೋಗನಿರ್ಣಯ ಪರಿಶೀಲನೆ ಅಥವಾ ತನಿಖೆಗಳಿಗೆ ಅರ್ಜಿದಾರರು ಎಂದಾದರೂ ಪ್ರತಿಕ್ರಮಿಸಿ ಫಲಿತಾಂಶಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದಾರೆಯೇ?	ಮತ್ತು	N	ಮತ್ತು	N	ಮತ್ತು	N	ಮತ್ತು	N	ಮತ್ತು	N
iii. ಅರ್ಜಿದಾರರಿಗೆ ಮಧುಮೇಹ ಅಥವಾ ಪ್ರೀಡಯಾಬಿಟಿಸ್ ಇದೆಯೇ ಅಥವಾ ಅವನು / ಅವಳು ಎಂದಾದರೂ ಅಧಿಕ ರಕ್ತದ ಸಕ್ಕರೆಯನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದೀರಾ?	ಮತ್ತು	N	ಮತ್ತು	N	ಮತ್ತು	N	ಮತ್ತು	N	ಮತ್ತು	N
iv. ಅರ್ಜಿದಾರರಿಗೆ ಅಧಿಕ ರಕ್ತದೊತ್ತಡ ಅಥವಾ ಅಧಿಕ ರಕ್ತದೊತ್ತಡವಿದೆಯೇ?	ಮತ್ತು	N	ಮತ್ತು	N	ಮತ್ತು	N	ಮತ್ತು	N	ಮತ್ತು	N
v. ಅರ್ಜಿದಾರರು ಎಂದಾದರೂ ಯಾವುದೇ ಅನುವಂಶಿಕ / ಅನುವಂಶಿಕ ಅಸ್ವಸ್ಥತೆಗಳ ಅಥವಾ ಎಚ್ಐವಿ / ಐಡ್ಸ್, ರೋಗನಿರ್ಣಯ ಅಥವಾ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಪಡೆದಿದ್ದಾರೆಯೇ?	ಮತ್ತು	N	ಮತ್ತು	N	ಮತ್ತು	N	ಮತ್ತು	N	ಮತ್ತು	N
vi. ಅರ್ಜಿದಾರರು ಎಂದಾದರೂ ಯಾವುದೇ ಮಾನಸಿಕ/ ಮನೋವೈದ್ಯಕೀಯ ಅಸ್ವಸ್ಥತೆಗಳಿಗೆ ರೋಗನಿರ್ಣಯ ಅಥವಾ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಪಡೆದಿದ್ದಾರೆಯೇ?	ಮತ್ತು	N	ಮತ್ತು	N	ಮತ್ತು	N	ಮತ್ತು	N	ಮತ್ತು	N
vii. ಅರ್ಜಿದಾರರ ಜೀವನದ ಮೇಲೆ ಜೀವ, ಅರೋಗ್ಯ, ಅಸ್ವಸ್ಥತೆಯ ದೈನಂದಿನ ನಗದು ಅಥವಾ ಗಂಭೀರ ಅನಾರೋಗ್ಯ ವಿಷಯ ಯಾವುದೇ ಪ್ರಸ್ತಾಪವನ್ನು ಎಂದಾದರೂ ತಿರಸ್ಕರಿಸಲಾಗಿದೆಯೇ, ಮುಂದೂಡಲಾಗಿದೆಯೇ, ಲೋಡ್ ಮಾಡಲಾಗಿದೆಯೇ ಅಥವಾ ಯಾವುದೇ ವಿಮಾ ಕಂಪನಿಯಿಂದ ವಿನಾಯಿತಿಗಳಿಗಿಂತ ಹೆಚ್ಚು ಯಾವುದೇ ವಿಶೇಷ ಷರತ್ತುಗಳಿಗೆ ಒಳಪಡಿಸಲಾಗಿದೆಯೇ?	ಮತ್ತು	N	ಮತ್ತು	N	ಮತ್ತು	N	ಮತ್ತು	N	ಮತ್ತು	N

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

ವಿಭಾಗ ಸಿ: ಮೇಲಿನ ವಿಭಾಗದಲ್ಲಿ ಕೌದು (7) ಎಂದು ಗುರುತಿಸಲಾದ ಪ್ರಶ್ನೆಗಳಿಗೆ, ದಯವಿಟ್ಟು ಈ ಕೆಳಗಿನ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ನಿರ್ದಿಷ್ಟಪಡಿಸಿ:

ಅರ್ಜಿದಾರರ ಸಂಖ್ಯೆ	ರೋಗಲಕ್ಷಣ(ಗಳು) ಅಥವಾ ತನಿಖೆ(ಗಳು) ಅಥವಾ ರೋಗನಿರ್ಣಯ ಅಥವಾ ಕಾರ್ಯವಿಧಾನ/ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಒಳಗಾದ ವಿವರಗಳು				ಸ್ಥಿತಿಯ ಅವಧಿ	ಔಷಧೋಪಚಾರ(ಗಳು)	ಡೋಸೇಜ್	ಪ್ರಸ್ತುತ ಸ್ಥಿತಿ (ಉದಾ. ಸಂಪೂರ್ಣ / ಭಾಗಶಃ ಚೇತರಿಕೆ ಅಥವಾ ನಡೆಯುತ್ತಿರುವ)	ಚಿಕಿತ್ಸೆ ನೀಡುವ ವೈದ್ಯಕೀನ ಮತ್ತು ಸಂಪರ್ಕ	ಲಗತ್ತಿಸಲಾದ ದಾಖಲೆಗಳು (ಕೌದು/ಇಲ್ಲ)
	ಒಂದುವೇಳೆ ಡಯಾಬಿಟಿಸ್ HbA1c ಮಟ್ಟವನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದರೆ	ಅಧಿಕ ರಕ್ತದೊತ್ತಡ ಬಿಪಿ ಇದ್ದರೆ		ಯಾವುದೇ ಇತರ ವಿವರಗಳು						
		ಸಿಸ್ಟೋಲಿಕ್	ಡಯಾಸ್ಟೋಲಿಕ್							

**7. ಘೋಷಣೆ (ಪ್ರಸ್ತಾವನೆ ನಮೂನೆಗೆ ಸಹಿ ಮಾಡುವ ಮೊದಲು ದಯವಿಟ್ಟು ಎಚ್ಚರಿಕೆಯಿಂದ ಓದಿ ಮತ್ತು ಪ್ರತಿಯೊಂದರ ವಿರುದ್ಧ ಚೆಕ್ ಮಾರ್ಕ್ ಹಾಕಿ )**

- ನಾನು ನೀಡಿದ ಮೇಲಿನ ಹೇಳಿಕೆಗಳು, ಉತ್ತರಗಳು ಮತ್ತು/ಅಥವಾ ವಿವರಗಳು ನನಗೆ ತಿಳಿದ ಮಟ್ಟಿಗೆ ಎಲ್ಲಾ ರೀತಿಯಲ್ಲೂ ಸತ್ಯ ಮತ್ತು ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿವೆ ಮತ್ತು ಈ ಇತರ ವ್ಯಕ್ತಿಗಳ ಪರವಾಗಿ ಪ್ರಸ್ತಾವಿಸಲು ನನಗೆ ಅಧಿಕಾರವಿದೆ ಎಂದು ನನ್ನ ಪರವಾಗಿ ಮತ್ತು ವಿಮೆ ಮಾಡಲು ಉದ್ದೇಶಿಸಿರುವ 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.
- ಪ್ರಸ್ತಾವನೆಯನ್ನು ಸಲ್ಲಿಸಿದ ನಂತರ ಆದರೆ ಕಂಪನಿಯು ಅಪಾಯ ಸ್ವೀಕಾರದ ಸಂವಹನದ ಮೊದಲು, ವಿಮೆ ಮಾಡಬೇಕಾದ / ಪ್ರಸ್ತಾವಿಸಬೇಕಾದ ಜೀವನದ ಉದ್ದೋಗ 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 ವೈದ್ಯಕೀನ ಅಥವಾ ಅಸ್ವತ್ತಿಯಿಂದ ಮತ್ತು ವಿಮೆ ಮಾಡಬೇಕಾದ ವ್ಯಕ್ತಿಯ ಮೇಲೆ ವಿಮೆಗಾಗಿ ಅರ್ಜಿ ಸಲ್ಲಿಸಿದ ಯಾವುದೇ ವಿಮಾದಾರರಿಂದ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಕೋರಲು ಕಂಪನಿಗೆ ನಾನು ಸಮ್ಮತಿಸುತ್ತೇನೆ ಎಂದು ನಾನು ಘೋಷಿಸುತ್ತೇನೆ ಮತ್ತು / ಅಥವಾ ಕ್ಲೈಮ್ ಇತ್ಯರ್ಥಕ್ಕೆ ಅಂಡರ್ ರೈಟ್ ಮಾಡುವ ಉದ್ದೇಶಕ್ಕಾಗಿ.
- ಪ್ರಸ್ತಾವನೆ ಮತ್ತು/ಅಥವಾ ಕ್ಲೈಮ್ ಇತ್ಯರ್ಥಕ್ಕೆ ಮತ್ತು ಯಾವುದೇ ಸರ್ಕಾರಿ ಮತ್ತು/ಅಥವಾ ನಿಯಂತ್ರಣ ಪ್ರಾಧಿಕಾರದೊಂದಿಗೆ ಅಂಡರ್ ರೈಟ್ ಮಾಡುವ ಏಕೈಕ ಉದ್ದೇಶಕ್ಕಾಗಿ ವಿಮಾದಾರ/ಪ್ರಸ್ತಾವಕರ ವೈದ್ಯಕೀನ ದಾಖಲೆಗಳು ಸೇರಿದಂತೆ ನನ್ನ ಪ್ರಸ್ತಾವಕರ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಹಂಚಿಕೊಳ್ಳಲು ನಾನು ಕಂಪನಿಗೆ ಅಧಿಕಾರ ನೀಡುತ್ತೇನೆ.
- ಸೇವಾ ವಿತರಣೆಯ ಏಕೈಕ ಉದ್ದೇಶಕ್ಕಾಗಿ ವಿಮಾದಾರ / ಪ್ರಸ್ತಾವಕರ ವೈದ್ಯಕೀನ ದಾಖಲೆಗಳು ಸೇರಿದಂತೆ ನನ್ನ / ನಮ್ಮ ಪ್ರಸ್ತಾವಕರ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ನಮ್ಮ ಎಂಪಲೋಯ್ಡ್ ಪೂರೈಕೆದಾರರೊಂದಿಗೆ ಹಂಚಿಕೊಳ್ಳಲು ನಾನು/ನಾವು ಕಂಪನಿಗೆ ಅಧಿಕಾರ ನೀಡುತ್ತೇವೆ.

ದಿನಾಂಕ  ಸ್ಥಳ  ಪ್ರಸ್ತಾವಕರ ಸಹಿ

**8. ದೇಶೀಯ ಘೋಷಣೆ**

(ಪ್ರಸ್ತಾವಕರು 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 ಪ್ರಸ್ತಾವಕರು ಭರ್ತಿ ಮಾಡದ ಪ್ರಮಾಣೀಕರಣ). ಪ್ರಸ್ತಾವನೆ ನಮೂನೆ ಮತ್ತು ಸಂಬಂಧಿತ ದಾಖಲೆಗಳ ವಿಷಯಗಳನ್ನು ನನಗೆ ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ವಿವರಿಸಲಾಗಿದೆ ಮತ್ತು ಉದ್ದೇಶಿತ ಒಪ್ಪಂದದ ಮಹತ್ವವನ್ನು ನಾನು ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಅರ್ಥಮಾಡಿಕೊಂಡಿದ್ದೇನೆ. ಪ್ರಸ್ತಾವನೆ ನಮೂನೆಯನ್ನು ನನ್ನ ಸೂಚನೆಯ ಮೇರೆಗೆ  ಭರ್ತಿ ಮಾಡಿದ್ದಾರೆ ಮತ್ತು ಅದು ಸರಿಯಾಗಿದೆ ಮತ್ತು ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿದೆ ಎಂದು ನಾನು

ಪ್ರಸ್ತಾವಕರ ಸಹಿ

10. ಪ್ರೀಮಿಯಂ ವಿವರಗಳು (ಕಚೇರಿ ಬಳಕೆಗೆ ಮಾತ್ರ)

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

ಪ್ರೀಮಿಯಂ ಮೊತ್ತ  ಆನ್ ಲೈನ್ ಪಾವತಿ ವರಿವಾಟು ID:  ದಿನಾಂಕ

ಬ್ಯಾಂಕ್ ಹೆಸರು/ಶಾಖೆ  ನಿವಾ ಬೂಪಾ ಶಾಖೆಯ ಸ್ಥಳ

ಕೋಡ್ ಸಂಖ್ಯೆ  ವ್ಯವಹಾರ ಮೂಲ: ಸಲಹೆಗಾರ / ಡಿಎಸ್ಪಿ / ಕಾರ್ಪೊರೇಟ್ ಐಜಿಎಸ್ / ಇತರ ಚಾನಲ್ಗಳು

ಕೋಡ್ ಸಂಖ್ಯೆ

ಹೆಸರು

ಸ್ವೀಕರಿಸಿದ ಪ್ರಸ್ತಾವನೆ:  ಗ್ರಾಹಕ ID:

ಪ್ರಸ್ತಾವಕ ಅಥವಾ ಅರ್ಜಿದಾರರು ಸಿಬ್ಬಂದಿಯೇ?  ಹೌದು  ಇಲ್ಲ

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

ಬ್ಯಾಂಕ್ ಕೋಡ್  SP ಕೋಡ್  RM/LG ಕೋಡ್

CUSTOMER ಖಾತೆ ಸಂಖ್ಯೆ

12. ವಿಮಾ ಸಲಹೆಗಾರರ ವರದಿ (ಕಚೇರಿ ಬಳಕೆಗೆ ಮಾತ್ರ)

ನಾನು, ವಿಮಾ ಸಲಹೆಗಾರನಾಗಿ / ಕಾರ್ಪೊರೇಟ್ ಐಜಿಎಸ್ ನ ನಿರ್ದಿಷ್ಟ ವ್ಯಕ್ತಿಯಾಗಿ / ಬ್ರೋಕರ್ / ಸಂಬಂಧ ಅಧಿಕಾರಿಯ ಅಧಿಕೃತ ಉದ್ಯೋಗಿಯಾಗಿ, ಈ ಪ್ರಸ್ತಾವ ನಮೂನೆಯಲ್ಲಿ, ಒಳಗೊಂಡಿರುವ ಪ್ರಶ್ನೆಗಳ ಸ್ಪಷ್ಟವಾದ ಸೇರಿದಂತೆ ಈ ಪ್ರಸ್ತಾವ ನಮೂನೆಯ ಎಲ್ಲಾ ವಿಷಯಗಳನ್ನು ಪ್ರಸ್ತಾವಿಸುವವರಿಗೆ ವಿವರಿಸಿದ್ದೇನೆ, ಇದರಲ್ಲಿ ಒಳಗೊಂಡಿರುವ ಪ್ರಶ್ನೆಗಳಿಗೆ ಅವನು / ಅವಳು ಸಲ್ಲಿಸಿದ ಹೇಳಿಕೆ (ಗಳು), ಮಾಹಿತಿ ಮತ್ತು ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆ (ಗಳು) ಸೇರಿದಂತೆ ಈ ಪ್ರಸ್ತಾವ ನಮೂನೆಯ ಎಲ್ಲಾ ವಿಷಯಗಳನ್ನು ನಾನು ಈ ಮೂಲಕ ಘೋಷಿಸುತ್ತೇನೆ ಪಾಲಿಸಿಯ ವಿತರಣೆಗಾಗಿ ಕಂಪನಿಯು ಈ ಪ್ರಸ್ತಾವವನ್ನು ಒಪ್ಪಿಕೊಂಡರೆ, ಕಂಪನಿ ಮತ್ತು ಪ್ರಸ್ತಾವಕರ ನಡುವಿನ ವಿಮಾ ಒಪ್ಪಂದದ ಭಾಗ.

ಅನುಬಂಧ(ಗಳು), ಅಪ್ಪಿಡೆವಿಟ್ ಗಳು, ಹೇಳಿಕೆಗಳು, ಸಲ್ಲಿಕೆಗಳು, ಒದಗಿಸಬೇಕಾದ / ಒದಗಿಸಬೇಕಾದ / ಒದಗಿಸಬೇಕಾದ ಮತ್ತು ಇನ್ನೂ ಹೆಚ್ಚಿನವುಗಳನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಂತೆ ಯಾವುದೇ ಅಸತ್ಯ ಹೇಳಿಕೆ(ಗಳು) / ಮಾಹಿತಿ / ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆ(ಗಳು) ಈ ಪ್ರಸ್ತಾವ ನಮೂನೆಯಲ್ಲಿ / ಒಳಗೊಂಡಿದ್ದರೆ/ ಒಳಗೊಂಡಿದ್ದರೆ, ಈ ಪ್ರಸ್ತಾವಕ್ಕೆ ಅನುಸಾರವಾಗಿ ಅವನ / ಅವಳ ಪರವಾಗಿ ನೀಡಲಾದ ಪಾಲಿಸಿಯನ್ನು ಕಂಪನಿಯು ಶೂನ್ಯ ಮತ್ತು ಅನರ್ಜಿತವೆಂದು 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 ಕಂಪನಿ ನ ಸಂಪೂರ್ಣ ಅಥವಾ ಭಾಗಶಃ ಯಾವುದೇ ರಿಯಾಯಿತಿ ಅಥವಾ ಪಾಲಿಸಿಯಲ್ಲಿ ತೋರಿಸಲಾದ ಪ್ರೀಮಿಯಂನ ಯಾವುದೇ ರಿಯಾಯಿತಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ವಿಮೆಯನ್ನು ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳಲು ಅಥವಾ ನವೀಕರಿಸಲು ಅಥವಾ ಮುಂದುವರಿಸಲು ಯಾವುದೇ ವ್ಯಕ್ತಿಗೆ ನೇರವಾಗಿ ಅಥವಾ ಪರೋಕ್ಷವಾಗಿ ಪ್ರಚೋದನೆ ಯಾಗಿ ಯಾವುದೇ ವ್ಯಕ್ತಿಯ ಅನುಮತಿಸುವುದಿಲ್ಲ ಅಥವಾ ಅನುಮತಿಸುವುದಿಲ್ಲ, ವಿಮಾದಾರರ ಪ್ರಕಟಿತ ಪ್ರಾಸ್ಟೆಕ್ಟ್ಸ್ ಅಥವಾ ಕೋಷ್ಟಕಗಳಿಗೆ ಅನುಸಾರವಾಗಿ ಅವನ / ಅವಳ ಪರವಾಗಿ ನೀಡಲಾದ ಪಾಲಿಸಿಯನ್ನು ಕಂಪನಿಯು ಶೂನ್ಯ ಮತ್ತು ಅನರ್ಜಿತವೆಂದು ಪರಿಗಣಿಸಬಹುದು ಮತ್ತು ಪಾಲಿಸಿಯ ಅಡಿಯಲ್ಲಿ ಪಾವತಿಸಿದ ಎಲ್ಲಾ ಪ್ರೀಮಿಯಂಗಳನ್ನು ಕಂಪನಿಗೆ ರಿಯಾಯಿತಿಯನ್ನು ಸ್ವೀಕರಿಸುವುದಿಲ್ಲ.
  - ಈ ಸೆಕ್ಷನ್ ನ ನಿಬಂಧನೆಗಳನ್ನು ಅನುಸರಿಸಲು ವಿಫಲವಾದ ಯಾವುದೇ ವ್ಯಕ್ತಿಯು ಹತ್ತು ಲಕ್ಷ ರೂಪಾಯಿಗಳವರೆಗೆ ವಿಸ್ತರಿಸಬಹುದಾದ ದಂಡಕ್ಕೆ ಜವಾಬ್ದಾರಿಯಾಗಿರುತ್ತಾನೆ.

14. ಗ್ರಾಮೀಣ ಮತ್ತು ಸಾಮಾಜಿಕ ವಲಯದ ವರ್ಗ (ಅನ್ವಯವಾದರೆ):

ಆಶಾ ಕಾರ್ಯಕರ್ತ  MGNREGA ಕೆಲಸಗಾರ

15. ಅಭಾ ID

ಸದಸ್ಯರ ಹೆಸರು	ನಿಮ್ಮ ಬಳಿ ಅಭಾ ಐಡಿ ಇದೆಯೇ?	ಅಭಾ ID	ಎಬಿಎಚ್‌ಎ ಮೂಲಕ ವಿಮಾದಾರರು/ಟಿಪಿಎಗಳೊಂದಿಗೆ ವೈದ್ಯಕೀಯ 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

ನಿವಾ ಬೂಪಾ ಹೆಲ್ತ್ ಇನ್ಸೂರೆನ್ಸ್ ಕಂಪನಿ ಲಿಮಿಟೆಡ್; ನೋಂದಾಯಿತ ಕಚೇರಿ:- ಸಿ-98, ಮೊದಲ ಮಹಡಿ, ಲಜಪತ್ ನಗರ, ಭಾಗ 1, ನವದೆಹಲಿ-110024 ಹಕ್ಕುತ್ಯಾಗ: ವಿಮೆಯು ಕೋರಿಕೆಯ ವಿಷಯವಾಗಿದೆ. ನಿವಾ ಬೂಪಾ ಹೆಲ್ತ್ ಇನ್ಸೂರೆನ್ಸ್ ಕಂಪನಿ ಲಿಮಿಟೆಡ್ (ಹಿಂದೆ ಮ್ಯಾಕ್ಸ್ ಬೂಪಾ ಹೆಲ್ತ್ ಇನ್ಸೂರೆನ್ಸ್ ಕಂಪನಿ ಲಿಮಿಟೆಡ್ ಎಂದು ಕರೆಯಲಾಗುತ್ತಿತ್ತು) (ಐಆರ್ಡಿಎಐ ನೋಂದಣಿ ಸಂಖ್ಯೆ 145). 'ಬುಪಾ' ಮತ್ತು 'ಹಾಟ್ ಲೀಟ್' ಲೋಗೋಗಳು ಆಯಾ ಮಾರ್ಕೆಟ್‌ನಲ್ಲಿ ನೋಂದಾಯಿತ ಟ್ರೇಡ್ ಮಾರ್ಕ್ ಗಳಾಗಿವೆ ಮತ್ತು ಇದನ್ನು ನಿವಾ ಬೂಪಾ ಹೆಲ್ತ್ ಇನ್ಸೂರೆನ್ಸ್ ಕಂಪನಿ ಲಿಮಿಟೆಡ್ ಪರವಾನಗಿಯಡಿಯಲ್ಲಿ ಬಳಸುತ್ತಿದೆ. ಗ್ರಾಹಕ ಸಹಾಯವಾಣಿ: 1860-500-8888. ವೆಬ್‌ಸೈಟ್: www.nivabupa.com. ಸಿಐಎನ್: U66000DL2008PLC182918. ನಿಯಮಗಳು ಮತ್ತು ಪರಿಶೋಧನೆ, ಹೊರಗಡುವಿಕೆಗಳು, ಅಪಾಯದ ಅಂಶಗಳು, ಕಾಯುವ ಅವಧಿ ಮತ್ತು ಪ್ರಯೋಜನಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ವಿವರಗಳಿಗಾಗಿ, ಮಾರಾಟವನ್ನು ಮುಕ್ತಾಯಗೊಳಿಸುವ ಮೊದಲು ದಯವಿಟ್ಟು ಮಾರಾಟ ಬ್ರೋಷರ್ ಅನ್ನು ಎಚ್ಚರಿಕೆಯಿಂದ ಓದಿ.



ನಿವಾ ಬೂಪಾ ಹೆಲ್ತ್ ಇನ್ಶೂರೆನ್ಸ್ ಕಂಪನಿ ಲಿಮಿಟೆಡ್; ನೋಂದಾಯಿತ ಕಛೇರಿ: ಸಿ-98, ಮೊದಲ ಮಹಡಿ, ಲಜಪತ್ ನಗರ, ಭಾಗ 1, ನವದೆಹಲಿ-110024 ಹಕ್ಕುತ್ಯಾಗ: ವಿಮೆಯು ಕೋರಿಕೆಯ ವಿಷಯವಾಗಿದೆ. ನಿವಾ ಬೂಪಾ ಹೆಲ್ತ್ ಇನ್ಶೂರೆನ್ಸ್ ಕಂಪನಿ ಲಿಮಿಟೆಡ್ (ಹಿಂದೆ ಮ್ಯಾಕ್ಸ್ ಬೂಪಾ ಹೆಲ್ತ್ ಇನ್ಶೂರೆನ್ಸ್ ಕಂಪನಿ ಲಿಮಿಟೆಡ್ ಎಂದು ಕರೆಯಲಾಗುತ್ತಿತ್ತು) (ಐಆರ್ಡಿಎಐ ನೋಂದಣಿ ಸಂಖ್ಯೆ 145). 'ಬೂಪಾ' ಮತ್ತು 'ಹಾರ್ಟ್ ಲೀಟ್' 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. ನಿಯಮಗಳು ಮತ್ತು ಷರತ್ತುಗಳು, ಹೊರಗಡುವಿಕೆಗಳು, ಅಪಾಯದ ಅಂಶಗಳು, ಕಾಯುವ ಅವಧಿ ಮತ್ತು ಪ್ರಯೋಜನಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ವಿವರಗಳಿಗಾಗಿ, ಮಾರಾಟವನ್ನು ಮುಕ್ತಾಯಗೊಳಿಸುವ ಮೊದಲು ದಯವಿಟ್ಟು ಮಾರಾಟ ಬ್ರೋಷರ್ ಅನ್ನು ಎಚ್ಚರಿಕೆಯಿಂದ ಓದಿ.

ಉತ್ಪನ್ನ ಹೆಸರು: ReAssure 2.0, ಉತ್ಪನ್ನ UIN: NBHHLIP23169V012223 | ರೈಡರ್ ಹೆಸರು: ಸ್ಟಾರ್ಟ್ ಹೆಲ್ತ್ +, ರೈಡರ್ ಯುಐಎನ್: NBHHLIA22164V012122

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 ಏಜೆಂಟ್ ಮತ್ತು ಸಂಪೂರ್ಣ ವಿವೇಚನೆಗೆ ಒಳಪಟ್ಟಿರುತ್ತದೆ. ನಾವು ವಿಮೆಯ ಪ್ರಸ್ತಾವನೆಯನ್ನು ಸ್ವೀಕರಿಸಿದರೆ, ಅದು ಪಾಲಿಸಿಯ ನಿಯಮಗಳು ಮತ್ತು ಷರತ್ತುಗಳಿಗೆ ಒಳಪಟ್ಟಿರುತ್ತದೆ ಮತ್ತು ಪ್ರೀಮಿಯಂ ಅನ್ನು ನಾವು ಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಮತ್ತು ಸಮಯಕ್ಕೆ ಸ್ವೀಕರಿಸದಿದ್ದರೆ ಅಥವಾ ಸಾಕಾರಗೊಳ್ಳದಿದ್ದರೆ ನ \_\_\_\_\_ ಗೆ ಯಾವುದೇ ಹೊಣೆಗಾರಿಕೆ ಇರುವುದಿಲ್ಲ. ನಾವು ಪ್ರಸ್ತಾವನೆಯನ್ನು ಸ್ವೀಕರಿಸದಿದ್ದರೆ, ನಾವು ನಿಮಗೆ ತಿಳಿಸುತ್ತೇವೆ ಮತ್ತು ನಿಮ್ಮಿಂದ ಪಡೆದ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳ ವೆಚ್ಚವನ್ನು ಕಡಿತಗೊಳಿಸಿದ ನಂತರ ಪಾವತಿಯನ್ನು ಬಡ್ಡಿಯಿಲ್ಲದೆ ಮರುಪಾವತಿಸುತ್ತೇವೆ.

ಸ್ವೀಕರಿಸುವವರ ಹೆಸರು ಮತ್ತು ಸಹಿ ಮತ್ತು ಕಚೇರಿ ಮುದ್ರೆ