

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 ನಿರ್ದರಿಸುತ್ತೇವೆ (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 ಕವರೇಜ್ ಪ್ರಾರಂಭಿಸಬಹುದು ಎಂದು ನಿಯಮಗಳು ಆದೇಶಿಸುತ್ತವೆ.

**1. ಪ್ರಸ್ತಾವಕರ ವಿವರಗಳು:**

ಶೀರ್ಷಿಕೆ	ಹೆಸರು		F T N A M R S T M N A D P L M S U L A S T										
DOB	DDMM ಮತ್ತು ಮತ್ತು ಮತ್ತು			ಲಿಂಗ:	ಗಂಡು	ಹೆಣ್ಣು	ಇತರ						
ಪ್ರಸ್ತುತ ವಿಳಾಸ													
ಹೆಸರು/ತು							ನಗರ/ಪಟ್ಟಣ						
ಜಿಲ್ಲೆ							ರಾಜ್ಯ		ವೈಯಕ್ತಿಕ ಗುರುತಿನ ಸಂಖ್ಯೆ				
ಮೊಬೈಲ್ ಸಂಖ್ಯೆ	ಎಸ್ ಟಿಡಿ ಕೋಡ್ ಹೊಂದಿರುವ ದೂರವಾಣಿ												
ಇಮೇಲ್ ಐಡಿ													
ಪ್ಯಾನ್ ಸಂಖ್ಯೆ	KYC ಸಂಖ್ಯೆ (ಬಾಡೀಕೆ):												
ವಾರ್ಷಿಕ ಆದಾಯ (ರೂ.)							ರಾಷ್ಟ್ರೀಯತೆ						
ಉದ್ಯೋಗ	ಸಂಬಳ ಪಡೆಯುವವರು			ಸ್ವಯಂ ಉದ್ಯೋಗಿ			ವಿದ್ಯಾರ್ಥಿ		ಗೃಹಿಣಿ		ಇತರ, ದಯವಿಟ್ಟು ನಿರ್ದಿಷ್ಟಪಡಿಸಿ		
ಪಾಲಿಸಿ ಕಿಟ್ ನ ಭೌತಿಕ ಪ್ರತಿ ನಿಮಗೆ ಬೇಕೇ ಹೌದು ಇಲ್ಲ													
<input type="checkbox"/> ಮಕ್ಕಳಿಗಾಗಿ ಗ್ರಹವನ್ನು ಸಂರಕ್ಷಿಸಲು ನಾನು ನನ್ನ ಕೈಲಾದಷ್ಟು ಮಾಡುತ್ತೇನೆ. ನಾನು ಹಸಿರು ಬಣ್ಣಕ್ಕೆ ತಿರುಗುತ್ತೇನೆ. ನನಗೆ ಸಾಕ್ಷ್ಯ ಕಾಪಿಯನ್ನು ಮಾತ್ರ ಕಳುಹಿಸಿ. ದಯವಿಟ್ಟು ಕಟ್ಟುನಿಟ್ಟಾಗಿ ಕಾಗದ ಬೇಡ <input type="checkbox"/> ಈ ನೀತಿಯನ್ನು ಇಬಂಗೆ ಕ್ರೆಡಿಟ್ ಮಾಡಲು ನಾನು ಬಯಸುತ್ತೇನೆ.													
ಅಸ್ತಿತ್ವದಲ್ಲಿರುವ ಇ-ವಿಮಾ ಖಾತೆ ಸಂಖ್ಯೆ.													

ವಿಮಾ ಭಂಡಾರದ ಹೆಸರು (ನೀವು ನಿಮ್ಮ ಖಾತೆಯನ್ನು ಇದರೊಂದಿಗೆ ತೆರೆದಿದ್ದೀರಿ)

<input type="checkbox"/>	ಮೆಸರ್ಸ್ ಎನ್‌ಎಸ್‌ಎಲ್ ಡೇಟಾಬೇಸ್ ಮ್ಯಾನೇಜ್‌ಮೆಂಟ್ ಲಿಮಿಟೆಡ್	<input type="checkbox"/>	ಮೆಸರ್ಸ್ ಸೆಂಟ್ರಲ್ ಇನ್ಸೂರೆನ್ಸ್ ರೆಪ್ರೆಸೆಂಟಿಟಿವ್ ಲಿಮಿಟೆಡ್
<input type="checkbox"/>	ಮೆಸರ್ಸ್ ಕಾರ್ವಿ ಇನ್ಸೂರೆನ್ಸ್ ರೆಪ್ರೆಸೆಂಟಿಟಿವ್ ಲಿಮಿಟೆಡ್	<input type="checkbox"/>	ಮೆಸರ್ಸ್ ಕ್ಯಾಮ್ರಸ್ ರೆಪ್ರೆಸೆಂಟಿಟಿವ್ ಸರ್ವಿಸಸ್ ಲಿಮಿಟೆಡ್

(ದಯವಿಟ್ಟು ಯಾವುದಾದರೂ ಒಂದನ್ನು ಆಯ್ಕೆ ಮಾಡಿ) ಅಥವಾ

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

ನಾನು ಇಬಂ ಹೊಂದಿಲ್ಲ ಮತ್ತು ಒಂದನ್ನು ತೆರೆಯಲು ಬಯಸುವುದಿಲ್ಲ.

ಸ್ವಾಗತ ಕರೆಗಳು / ಎಸ್‌ಎಂಎಸ್, ಸೇವಾ ಕರೆಗಳು / ಎಸ್‌ಎಂಎಸ್, ಪಾಲಿಸಿ ಸಂಬಂಧಿತ ಮಾಹಿತಿ ಅಥವಾ ಇತರ ಯಾವುದೇ ವಾಣಿಜ್ಯ ಸಂವಹನವನ್ನು ಮಾಡಲು ನನ್ನ ನೋಂದಾಯಿತ ಫೋನ್ ಸಂಖ್ಯೆಗೆ ಎಸ್‌ಎಂಎಸ್ / ಇಮೇಲ್ / ಫೋನ್ / ವಾಟ್ಸಾಪ್ / ಫೇಸ್‌ಬುಕ್ ಅಥವಾ ಇತರ ಯಾವುದೇ ವಿಧಾನಗಳ ಮೂಲಕ ನನ್ನನ್ನು ಸಂಪರ್ಕಿಸಲು ನಿವಾ ಬೂಪಾ ಹೆಲ್ತ್ ಇನ್ಸೂರೆನ್ಸ್ ಅಥವಾ ಅದರ ಯಾವುದೇ ಏಜೆಂಟರು ಮತ್ತು / ಅಥವಾ ಮೂರನೇ ಪಕ್ಷಿಗಳು / ಅಂಗಸಂಸ್ಥೆಗಳಿಗೆ ನಾನು ಅಧಿಕಾರ

ನೀವು ಅಥವಾ ಪ್ರಸ್ತಾವಿತ ಅರ್ಜಿದಾರರಲ್ಲಿ ಯಾರಾದರೂ ರಾಜಕೀಯವಾಗಿ ಬಹಿರಂಗಗೊಂಡ ವ್ಯಕ್ತಿಯೇ (ಪಿಇಪಿ)

ಗ್ರಾಮೀಣ ಮತ್ತು ಸಾಮಾಜಿಕ ವಲಯದ ವರ್ಗ (ಅನ್ವಯವಾದರೆ):  ಅಶಾ ಕಾರ್ಯಕರ್ತೆ  MGNREGA ಕೆಲಸಗಾರ

ಪಿಇಪಿ ಎಂದರೆ ಪ್ರಮುಖ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಕಾರ್ಯಗಳನ್ನು ಅಂದರೆ ಕೇಂದ್ರ ಅಥವಾ ರಾಜ್ಯ ಸರ್ಕಾರದ ಮುಖ್ಯಸ್ಥರು / ಮಂತ್ರಿಗಳು, ಹಿರಿಯ ರಾಜಕಾರಣಿಗಳು, ಹಿರಿಯ ಸರ್ಕಾರ, ನ್ಯಾಯಾಂಗ ಅಥವಾ ಮಿಲಿಟರಿ ಅಧಿಕಾರಿಗಳು, ಸರ್ಕಾರಿ ಕಂಪನಿಗಳ ಹಿರಿಯ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಾಹಕರು, ಪಕ್ಷದ ಪ್ರಮುಖ ಅಧಿಕಾರಿಗಳು. (ನೀವು ಪಿಇಪಿ ವಿರುದ್ಧ ಟೀಕೆ ಮಾಡಿದ್ದರೆ, ದಯವಿಟ್ಟು ಪ್ರತ್ಯೇಕ ಪಿಇಪಿ ಪ್ರಶ್ನಾವಳಿಯನ್ನು ಭರ್ತಿ ಮಾಡಿ)

**2. ಅರ್ಜಿದಾರರ ವಿವರಗಳು ಮತ್ತು ಯೋಜನೆಯ ಆಯ್ಕೆ**

ನಿಮ್ಮ ಯೋಜನೆಯನ್ನು ಆಯ್ಕೆ ಮಾಡಿ: ಪ್ರಾಚೀನ	<input type="checkbox"/>	ಜಿನ್ನ	<input type="checkbox"/>	ಪಾಲಿಸಿ ಅವಧಿ:	<input type="checkbox"/>	1 ವರ್ಷ	<input type="checkbox"/>	2 ವರ್ಷಗಳು	<input type="checkbox"/>	3 ವರ್ಷಗಳು									
ಮೂಲ ವಿಮಾ ಮೊತ್ತ:	<input type="checkbox"/>	೫ ಸರೋವರಗಳು	<input type="checkbox"/>	10 ಕರೆಗಳು	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	೫ ಸರೋವರಗಳು	<input type="checkbox"/>	20 ಕರೆಗಳು	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	೫ ಸರೋವರಗಳು	* ವಿಮಾ ಮೊತ್ತ:	ವೈಯಕ್ತಿಕ	<input type="checkbox"/>	ವ್ಯೂಟರ್	<input type="checkbox"/>
ಹೆಸರು																			
ಲಿಂಗ	<input type="checkbox"/>	ಗಂಡು	<input type="checkbox"/>	ಹೆಣ್ಣು	<input type="checkbox"/>	ಇತರ	ಎತ್ತರ	<input type="checkbox"/>	(HUF)	<input type="checkbox"/>	(ಇಂಚು)	ತೂಕ	<input type="checkbox"/>	(ಕೆಜಿ)					
ಹುಟ್ಟಿದ ದಿನ	DDMM ಮತ್ತು ಮತ್ತು ಮತ್ತು ಮತ್ತು			ಮೊಬೈಲ್ ಸಂಖ್ಯೆ															
ಪ್ರಸ್ತಾವಕರೊಂದಿಗೆ ಸಂಬಂಧ (ದಯವಿಟ್ಟು ಆಯ್ಕೆಯನ್ನು ಟೀಕೆ ಮಾಡಿ): ಸ್ವಯಂ / ಸಂಗಾತಿ / ತಂದೆ / ತಾಯಿ / ಮಾವ / ಅತ್ತೆ / ಮಗ / ಮಗಳು																			
ಹೆಸರು																			
ಲಿಂಗ	<input type="checkbox"/>	ಗಂಡು	<input type="checkbox"/>	ಹೆಣ್ಣು	<input type="checkbox"/>	ಇತರ	ಎತ್ತರ	<input type="checkbox"/>	(HUF)	<input type="checkbox"/>	(ಇಂಚು)	ತೂಕ	<input type="checkbox"/>	(ಕೆಜಿ)					
ಹುಟ್ಟಿದ ದಿನ	DDMM ಮತ್ತು ಮತ್ತು ಮತ್ತು ಮತ್ತು			ಮೊಬೈಲ್ ಸಂಖ್ಯೆ															
ಸಂಬಂಧ: ಅರ್ಜಿದಾರ ಸಂಗಾತಿ 1 <input type="checkbox"/>																			

ತುರ್ತು ಸಂಪರ್ಕ

ಹೆಸರು

STD ಕೋಡ್ ನೊಂದಿಗೆ ಸಂಪರ್ಕ ಸಂಖ್ಯೆ

ಮೊಬೈಲ್ ಸಂಖ್ಯೆ

ಐಚ್ಛಿಕ ಲಕ್ಷಣ  
ಸಹ-ಪಾವತಿ (ಮೂಲ ನೀತಿಯು 50% ಸಹ-ಪಾವತಿಯನ್ನು ಹೊಂದಿದೆ, ಆದರೆ ನೀವು ಅದನ್ನು 0% ವರೆಗೆ ಕಡಿಮೆ ಮಾಡಬಹುದು)

0% (ಆಡ್-ಆನ್)  20%  30%  40%

ವಾರ್ಷಿಕ ಒಟ್ಟು ಕಡಿತ (ಕಡಿತದ ಮೊತ್ತವು ಮೂಲ ವಿಮಾ ಮೊತ್ತದ 1/5 ಭಾಗವಾಗಿರುತ್ತದೆ)

ಹೌದು  ಇಲ್ಲ

ಆಡ್-ಆನ್(ಗಳು) : ರಕ್ಷಣೆ  ಹೌದು  ಇಲ್ಲ

3. ಪ್ರೋಟಿಬಿಲಿಟಿ

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

ಪ್ರೋಟಿಬಿಲಿಟಿಯನ್ನು ವಿನಂತಿಸಲಾದ ಉದ್ದೇಶಿತ ವಿಮಾದಾರರ ಹೆಸರು	ಮೊದಲ ಪ್ರೋಟಿಬಿಲಿಟಿಯನ್ನು ವಿನಂತಿಸಲಾದ ಹಿಂದಿನ ನೀತಿ ಪ್ರಾರಂಭ ದಿನಾಂಕ	ವಿನಂತಿತರ ವ್ಯಾಪ್ತಿಯ ವರ್ಷಗಳ ಸಂಖ್ಯೆ	ಅಪಾಯ 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)

4. ನಾಮನಿರ್ದೇಶನ

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

ನಾಮನಿರ್ದೇಶಿತರ ಹೆಸರು	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

5. ವೈದ್ಯಕೀಯ, ಅಭ್ಯಾಸಗಳು ಮತ್ತು ಹಿಂದಿನ ಪ್ರಸ್ತಾಪ ಮಾಹಿತಿ

ವಿಭಾಗ ಎ: ವಿಮೆ ಮಾಡಲು ಉದ್ದೇಶಿಸಲಾದ ಯಾವುದೇ ವ್ಯಕ್ತಿಗಳಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ:	ಅರ್ಜಿದಾರ 1	ಅರ್ಜಿದಾರ 2
ಜೀವ, ಆರೋಗ್ಯ, ಆಸ್ಪತ್ಯೆಯ ದೈನಂದಿನ ನಗದು ಅಥವಾ ಗಂಭೀರ ಅನಾರೋಗ್ಯ ವಿಮೆಗಾಗಿ ಯಾವುದೇ ಅರ್ಜಿಯನ್ನು ಯಾವುದೇ ವಿಮಾ ಕಂಪನಿ ಎಂದಾದರೂ ತಿರಸ್ಕರಿಸಿದೆಯೇ, ಮುಂದೂಡಿದೆಯೇ, ಲೋಡ್ ಮಾಡಲಾಗಿದೆಯೇ ಅಥವಾ ಯಾವುದೇ ವಿಶೇಷ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಗಳಿಗೆ ಒಳಪಟ್ಟಿದೆಯೇ?	ಹೌದು <input type="checkbox"/> ಇಲ್ಲ <input type="checkbox"/>	ಹೌದು <input type="checkbox"/> ಇಲ್ಲ <input type="checkbox"/>
ವಿಭಾಗ ಬಿ: ವಿಮೆ ಮಾಡಲು ಪ್ರಸ್ತಾಪಿಸಲಾದ ಯಾವುದೇ ವ್ಯಕ್ತಿಗೆ ಎಂದಾದರೂ ರೋಗನಿರ್ಣಯ ಮಾಡಲಾಗಿದೆಯೇ:	ಅರ್ಜಿದಾರ 1	ಅರ್ಜಿದಾರ 2
ನಾನು ಹೃದಯಾಘಾತ, ಹೃದಯ ವ್ಯಥೆ, ಇನ್ಫಾರ್ಷನ್ ಹೃದಯದ ಅಥವಾ ಪರಿಧರ್ಮನಿಯ ಹೃದಯ ಕಾಯಿಲೆ, ಆಂಜಿನಾ ಮುಂತಾದ ಹೃದಯದ ರೋಗಗಳಿಗೆ	ಹೌದು <input type="checkbox"/> ಇಲ್ಲ <input type="checkbox"/>	ಹೌದು <input type="checkbox"/> ಇಲ್ಲ <input type="checkbox"/>
ii. ಗೆಡ್ಡೆ, ಯಾವುದೇ ಅಂಗದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್, ಲ್ಯೂಕೇಮಿಯಾ, ಲಿಂಫೋಮಾ, ಸಾರ್ಕೋಮಾ	ಹೌದು <input type="checkbox"/> ಇಲ್ಲ <input type="checkbox"/>	ಹೌದು <input type="checkbox"/> ಇಲ್ಲ <input type="checkbox"/>
iii. ಪ್ರಮುಖ ಅಂಗಾಂಗ ವೈಫಲ್ಯ (ಮೂತ್ರಪಿಂಡ, ಯಕೃತ್ತು, ಹೃದಯ, ಶ್ವಾಸಕೋಶ ಇತ್ಯಾದಿ)	ಹೌದು <input type="checkbox"/> ಇಲ್ಲ <input type="checkbox"/>	ಹೌದು <input type="checkbox"/> ಇಲ್ಲ <input type="checkbox"/>
iv. ಪಾರ್ಶ್ವವಾಯು, ಎನ್ಫಲೋಪತಿ, ಮೆದುಳಿನ ಹುಣ್ಣು, ಅಥವಾ ಯಾವುದೇ ನರವೈಜ್ಞಾನಿಕ ಕಾಯಿಲೆ	ಹೌದು <input type="checkbox"/> ಇಲ್ಲ <input type="checkbox"/>	ಹೌದು <input type="checkbox"/> ಇಲ್ಲ <input type="checkbox"/>
v. ಪಲ್ಮನರಿ ಫೈಬ್ರೋಸಿಸ್, ಶ್ವಾಸಕೋಶದ ಕುಸಿತ ಅಥವಾ ಇಂಟರ್ ಸ್ಟೀಷಿಯಲ್ ಶ್ವಾಸಕೋಶದ ಕಾಯಿಲೆ (ಐಎಲ್ ಡಿ)	ಹೌದು <input type="checkbox"/> ಇಲ್ಲ <input type="checkbox"/>	ಹೌದು <input type="checkbox"/> ಇಲ್ಲ <input type="checkbox"/>
ನಾವು ಹೆಪಟೈಟಿಸ್ ಬಿ ಅಥವಾ ಸಿ, ದೀರ್ಘಕಾಲದ ಯಕೃತ್ತಿನ ಕಾಯಿಲೆ, ಕ್ರೋನ್ಸ್ ಕಾಯಿಲೆ, ಅಲ್ಯೂರೈಟಿಸ್ ಕೊಲ್ಡೈಟಿಸ್	ಹೌದು <input type="checkbox"/> ಇಲ್ಲ <input type="checkbox"/>	ಹೌದು <input type="checkbox"/> ಇಲ್ಲ <input type="checkbox"/>
vii. ಕಬ್ಬಿಣದ ಕೊರತೆಯ ರಕ್ತಹೀನತೆಯನ್ನು ಹೊರತುಪಡಿಸಿ ಬೇರೆ ಯಾವುದೇ ರಕ್ತಹೀನತೆ	ಹೌದು <input type="checkbox"/> ಇಲ್ಲ <input type="checkbox"/>	ಹೌದು <input type="checkbox"/> ಇಲ್ಲ <input type="checkbox"/>
viii. 5 ದಿನಗಳಿಗಿಂತ ಹೆಚ್ಚು ಕಾಲ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ದಾಖಲಾದವರು	ಹೌದು <input type="checkbox"/> ಇಲ್ಲ <input type="checkbox"/>	ಹೌದು <input type="checkbox"/> ಇಲ್ಲ <input type="checkbox"/>
ix. ಸತತವಾಗಿ 10 ದಿನಗಳಿಗಿಂತ ಹೆಚ್ಚು ಕಾಲ ಯಾವುದೇ ಔಷಧಿಗಳನ್ನು ತೆಗೆದುಕೊಂಡಿದ್ದೀರಾ? ಔಷಧೋಪಚಾರವು ಇನ್ಸೈಲರ್ ಗಳು, ಚುಚ್ಚುಮದ್ದುಗಳು, ಮೌಖಿಕ ಔಷಧಿಗಳು ಮತ್ತು ದೇಹದ ಭಾಗಗಳ ಮೇಲೆ ಬಾಹ್ಯ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಅನ್ವಯಿಕೆಗಳನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿದೆ ಆದರೆ ಸೀಮಿತವಾಗಿಲ್ಲ.	ಹೌದು <input type="checkbox"/> ಇಲ್ಲ <input type="checkbox"/>	ಹೌದು <input type="checkbox"/> ಇಲ್ಲ <input type="checkbox"/>
x. ಸಲಹೆ ನೀಡಲಾದ ಯಾವುದೇ ಚಿಕಿತ್ಸೆ, ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆ, ಅಥವಾ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಾಗಿ ಕಾಯಲಾಗುತ್ತಿದೆ	ಹೌದು <input type="checkbox"/> ಇಲ್ಲ <input type="checkbox"/>	ಹೌದು <input type="checkbox"/> ಇಲ್ಲ <input type="checkbox"/>

xi. ಈ ಹಿಂದೆ ಅನುಭವಿಸಿದ ಯಾವುದೇ ರೋಗವನ್ನು ಗುಣಪಡಿಸಲಾಗದೆಯೇ ಅಥವಾ ಇಲ್ಲವೇ ಎಂಬುದಕ್ಕೆ ಯಾವುದೇ ನಿಯತಕಾಲಿಕ / ನಿಯಮಿತ ಅನುಸರಣೆಯ ಅಡಿಯಲ್ಲಿ? ಅನುಸರಣೆ ಎಂದರೆ ನಿಯತಕಾಲಿಕ ಸಮಾಲೋಚನೆಗಳು, ತನಿಖೆಗಳು ಇತ್ಯಾದಿ	ಹೌದು <input type="checkbox"/> ಇಲ್ಲ <input type="checkbox"/>	ಹೌದು <input type="checkbox"/> ಇಲ್ಲ <input type="checkbox"/>
xiii. ಪ್ರಸ್ತುತ ಹೊಂದಿರುವ ಅಥವಾ ಕಳೆದ 30 ದಿನಗಳಲ್ಲಿ ಹೊಂದಿರುವ ಅಥವಾ ಹೊಂದಿರುವ ಸಮಸ್ಯೆಗಳಿಗೆ ವೈದ್ಯರೊಂದಿಗೆ ಯಾವುದೇ ಸಮಾಲೋಚನೆಗಳನ್ನು ನಡೆಸಲಾಗಿದೆಯೇ ಅಥವಾ ಯಾವುದೇ ನೀಡಲಾಗಿದೆಯೇ?	ಪರಿಶೀಲನೆಗಳಿಗೆ ಸಹಜ ಹೌದು <input type="checkbox"/> ಇಲ್ಲ <input type="checkbox"/>	ಹೌದು <input type="checkbox"/> ಇಲ್ಲ <input type="checkbox"/>
xiii. ಮಧುಮೇಹ (ಅಧಿಕ ರಕ್ತ ಸಕ್ಕರೆ), ಪೂರ್ವ-ಮಧುಮೇಹ, ಅಧಿಕ ಅಥವಾ ಕಡಿಮೆ ರಕ್ತದೊತ್ತಡ, ಎದೆ ನೋವು ಅಥವಾ ಯಾವುದೇ ಹೃದ್ಯೋಗ ಅಥವಾ ಧ್ಮರಾಯ್ ಅಸ್ಪಸ್ವತೆ, ಅಸ್ತಮಾ, ಬ್ರಾಂಕೈಟಿಸ್	ಹೌದು <input type="checkbox"/> ಇಲ್ಲ <input type="checkbox"/>	ಹೌದು <input type="checkbox"/> ಇಲ್ಲ <input type="checkbox"/>
xiv. ಪೋಷಕರಿಗೆ ಯಾವುದೇ ಅನುವಂಶಿಕ ಅಥವಾ ಅನುವಂಶಿಕ ಸ್ಥಿತಿ ಇದೆಯೇ? ಅವುಗಳಲ್ಲಿ ಯಾವುದಾದರೂ ವಾಹಕ ರಾಜ್ಯವಾಗಿದ್ದರೂ, ಅಂದರೆ ರೋಗವನ್ನು ಹೊಂದಿಲ್ಲ ಆದರೆ ವಾಹಕವಾಗಿದ್ದರೂ ಸಹ ದಯವಿಟ್ಟು ನಮೂದಿಸಿ	ಹೌದು <input type="checkbox"/> ಇಲ್ಲ <input type="checkbox"/>	ಹೌದು <input type="checkbox"/> ಇಲ್ಲ <input type="checkbox"/>
xv. ಪಿತ್ತಕೋಶ, ಮೂತ್ರಪಿಂಡಗಳು, ಮೂತ್ರಕೋಶ, ಮೂತ್ರನಾಳ ಮುಂತಾದ ಯಾವುದೇ ಅಂಗದಲ್ಲಿ ಯಾವುದೇ ಕಲನಶಾಸ್ತ್ರ (ಕಲ್ಯು) ಅಸ್ಪಸ್ವತೆ.	ಹೌದು <input type="checkbox"/> ಇಲ್ಲ <input type="checkbox"/>	ಹೌದು <input type="checkbox"/> ಇಲ್ಲ <input type="checkbox"/>
xvi. ಗೆಡ್ಡೆ (ಊತ)-ಹಾನಿಕಾರಕ ಅಥವಾ ಮಾರಕ, ದೇಹದಲ್ಲಿ ಎಲ್ಲಿಯಾದರೂ ಯಾವುದೇ ಬಾಹ್ಯ ಹುಣ್ಣು / ಬೆಳವಣಿಗೆ / ಸಿಸ್ಟ / ದ್ರವ್ಯರಾಶಿ?	ಹೌದು <input type="checkbox"/> ಇಲ್ಲ <input type="checkbox"/>	ಹೌದು <input type="checkbox"/> ಇಲ್ಲ <input type="checkbox"/>
xvii. HIV/AIDS, ರಕ್ತಜೀನತೆ, ಧರ್ಮಸಮಿಯಾ, ಹಿಮೋಫಿಲಿಯಾ ಅಥವಾ ಇತರ ಯಾವುದೇ ರಕ್ತ ಸಂಬಂಧಿತ ಸಮಸ್ಯೆ.	ಹೌದು <input type="checkbox"/> ಇಲ್ಲ <input type="checkbox"/>	ಹೌದು <input type="checkbox"/> ಇಲ್ಲ <input type="checkbox"/>
xviii. ಮನೋವೈದ್ಯಕೀಯ/ಮಾನಸಿಕ ಅಸ್ಪಸ್ವತೆಗಳು ಅಥವಾ ನಿದ್ರೆಯ ಅಸ್ಪಸ್ವತೆ?	ಹೌದು <input type="checkbox"/> ಇಲ್ಲ <input type="checkbox"/>	ಹೌದು <input type="checkbox"/> ಇಲ್ಲ <input type="checkbox"/>
xix. ಮೇಲೆ ಸೆರೆಹಿಡಿಯದ ಯಾವುದೇ ಆರೋಗ್ಯ ಸ್ಥಿತಿ, ರೋಗ, ರೋಗಲಕ್ಷಣಗಳು ಅಥವಾ ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಮಾಹಿತಿ. ಈ ಪ್ರಶ್ನೆಗೆ ಉತ್ತರ ಯಾರಿಗಾದರೂ ಹೌದು ಎಂದಾದರೆ, ಎಲ್ಲಾ ವೈದ್ಯಕೀಯ ದಾಖಲೆಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸಿ	ಹೌದು <input type="checkbox"/> ಇಲ್ಲ <input type="checkbox"/>	ಹೌದು <input type="checkbox"/> ಇಲ್ಲ <input type="checkbox"/>
xx. ತಂಬಾಕು / ಗುಟ್ಯಾ / ಪಾನ ಮಸಾಲಾ ಅಥವಾ ಆಲ್ಕೋಹಾಲ್ ಸೇರುವುದು ಅಥವಾ ಸೇವಿಸುವುದು ಹೌದು ಎಂದಾದರೆ, ದಯವಿಟ್ಟು ಈ ಕೆಳಗಿನವುಗಳಿಗೆ ಉತ್ತರಿಸಿ:	ಹೌದು <input type="checkbox"/> ಇಲ್ಲ <input type="checkbox"/>	ಹೌದು <input type="checkbox"/> ಇಲ್ಲ <input type="checkbox"/>
i. ಅರ್ಜಿದಾರರು ಯಾವಾಗ ಧೂಮಪಾನ / ತಂಬಾಕು ಸೇವನೆಯನ್ನು ಪ್ರಾರಂಭಿಸಿದರು? a) ಶಾಲೆ b) 10+2 c) ಕಾಲೇಜು d) ಕೆಲಸ ಮಾಡಲು ಪ್ರಾರಂಭಿಸಿದಾಗ e) ನಂತರ		
ii. ಅರ್ಜಿದಾರರು ಎಷ್ಟು ವರ್ಷಗಳಿಂದ ಮದ್ಯಪಾನ ಮಾಡುತ್ತಿದ್ದಾರೆ?		
iii. ಅರ್ಜಿದಾರರು ವಾರದಲ್ಲಿ ಎಷ್ಟು ದಿನ ಮದ್ಯಪಾನ ಮಾಡುತ್ತಾರೆ? (1/2/3/4/5/6/7)		

**6. 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 ಪ್ರಸ್ತಾಪಿಸಲು 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 / 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 ವೈದ್ಯರು ಅಥವಾ ಅಸ್ಪತ್ರೆ ಯಿಂದ ಮತ್ತು ವಿಮೆ ಮಾಡಬೇಕಾದ ವ್ಯಕ್ತಿಯ ಮೇಲೆ ವಿಮೆಗಾಗಿ ಅರ್ಜಿ ಸಲ್ಲಿಸಿದ ಯಾವುದೇ ವಿಮಾದಾರರಿಂದ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಕೋರಲು ಕಂಪನಿಗೆ ನಾನು ಸಮ್ಮತಿಸುತ್ತೇನೆ ಎಂದು ನಾನು ಘೋಷಿಸುತ್ತೇನೆ ಪ್ರಸ್ತಾವನೆ ಮತ್ತು / ಅಥವಾ ಕ್ಲೇಮ್ ಇತ್ಯರ್ಥಕ್ಕೆ ಅಂಡರ್ ರೈಟ್ ಮಾಡುವ ಉದ್ದೇಶಕ್ಕಾಗಿ.
- ಪ್ರಸ್ತಾವನೆ ಮತ್ತು/ಅಥವಾ ಕ್ಲೇಮ್ ಇತ್ಯರ್ಥಕ್ಕೆ ಮತ್ತು ಯಾವುದೇ ಸರ್ಕಾರಿ ಮತ್ತು/ಅಥವಾ ನಿಯಂತ್ರಣ ಪ್ರಾಧಿಕಾರದೊಂದಿಗೆ ಅಂಡರ್ ರೈಟ್ ಮಾಡುವ ಐಕ್ಯಕೆ ಉದ್ದೇಶಕ್ಕಾಗಿ ವಿಮಾದಾರ/ಪ್ರಸ್ತಾಪಕರ ವೈದ್ಯಕೀಯ ದಾಖಲೆಗಳು ಸೇರಿದಂತೆ ನನ್ನ ಪ್ರಸ್ತಾಪಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಹಂಚಿಕೊಳ್ಳಲು ನಾನು ಕಂಪನಿಗೆ ಅಧಿಕಾರ ನೀಡುತ್ತೇನೆ.
- ಸೇವಾ ವಿತರಣೆಯ ಐಕ್ಯಕೆ ಉದ್ದೇಶಕ್ಕಾಗಿ ವಿಮಾದಾರ / ಪ್ರಸ್ತಾಪಕರ ವೈದ್ಯಕೀಯ ದಾಖಲೆಗಳು ಸೇರಿದಂತೆ ನನ್ನ / ನಮ್ಮ ಪ್ರಸ್ತಾಪಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ನಮ್ಮ ಎಂಪ್ಲೋಯ್ ಪ್ರೊಡ್ಯುಕ್ಟಿವಿಟಿಯೊಂದಿಗೆ ಹಂಚಿಕೊಳ್ಳಲು ನಾನು/ನಾವು ಕಂಪನಿಗೆ ಅಧಿಕಾರ ನೀಡುತ್ತೇವೆ.
- ಪ್ರಸ್ತಾಪಕರು ದೇಶೀಯ ಭಾಷೆಯಲ್ಲಿ ಸಹಿ ಮಾಡಿದ್ದರೆ: ಈ ನಮೂನೆಯ ವಿಷಯವನ್ನು ನಾನು \_\_\_\_\_ ರಲ್ಲಿ ಪ್ರಸ್ತಾಪಿಸುವವರಿಗೆ \_\_\_\_\_ ಸಮ್ಮುಖದಲ್ಲಿ ವಿವರಿಸಿದ್ದೇನೆ, ಅವರು ಅದನ್ನು ಅರ್ಥಮಾಡಿಕೊಂಡಿದ್ದಾರೆ ಮತ್ತು ದೃಢಪಡಿಸಿದ್ದಾರೆ. ಸಾಕ್ಷಿಯು ಕಂಪನಿಯ ಏಜೆಂಟ್/ಉದ್ಯೋಗಿಯಲ್ಲದೆ ಬೇರೆ ಯಾರೂ \_\_\_\_\_

ದಿನಾಂಕ  ಸ್ಥಳ  ಪ್ರಸ್ತಾಪಕರ ಸಹಿ

ಪ್ರಮಾಣೀಕರಿಸುವ ವ್ಯಕ್ತಿಯ ಸಹಿ:  ಸಾಕ್ಷಿಯ ಸಹಿ

ಪ್ರಮಾಣೀಕರಿಸುವ ವ್ಯಕ್ತಿಯ ಮೊದಲ ಸಂಖ್ಯೆ:  ಸಾಕ್ಷಿಯ ಮೊದಲ ಸಂಖ್ಯೆ:

**7. ಪ್ರಸ್ತಾಪಕ ಮತ್ತು ಸಲಹೆಗಾರರ ಘೋಷಣೆಯಿಂದ ಫಾರ್ಮ್ ಅನ್ನು ಭರ್ತಿ ಮಾಡದಿದ್ದರೆ ಘೋಷಣೆ**

ಯಾವುದೇ ಕಾರಣಕ್ಕಾಗಿ, ಪ್ರಸ್ತಾವನೆ ಮತ್ತು ಇತರ ಸಂಬಂಧಿತ ದಾಖಲೆಗಳನ್ನು ಪ್ರಸ್ತಾಪಕರು ಭರ್ತಿ ಮಾಡದಿದ್ದರೆ ಘೋಷಣೆ. ಪ್ರಸ್ತಾವನೆ ನಮೂನೆಯ ವಿಷಯಗಳನ್ನು ನನಗೆ ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ವಿವರಿಸಲಾಗಿದೆ ಮತ್ತು ನಾನು ಎಲ್ಲಾ ಅಂಶಗಳು ಮತ್ತು ಪರಿಣಾಮಗಳನ್ನು ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಅರ್ಥಮಾಡಿಕೊಂಡಿದ್ದೇನೆ. ಪ್ರಸ್ತಾವನೆ ನಮೂನೆಯನ್ನು \_\_\_\_\_ ನನ್ನ ಸೋಜನೆಯ ಮೇರೆಗೆ ಭರ್ತಿ ಮಾಡಲಾಗಿದೆ ಮತ್ತು ಎಲ್ಲಾ ಮಾಹಿತಿಯು ಸರಿಯಾಗಿದೆ ಮತ್ತು ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿದೆ ಎಂದು ನಾನು ಕಂಡುಕೊಂಡಿದ್ದೇನೆ.

ಪ್ರಸ್ತಾಪಕರ ಸಹಿ

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

ವಿಮಾ ಸಲಹೆಗಾರರ ಸಹಿ

8. ಪ್ರೀಮಿಯಂ ವಿವರಗಳು (ಕಚೇರಿ ಬಳಕೆಗೆ ಮಾತ್ರ)

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

ಪ್ರೀಮಿಯಂ ಮೊತ್ತ  ಪಾವತಿಸಿದ ಪ್ರೀಮಿಯಂ

ಪ್ರಸ್ತಾಪಕನೊಂದಿಗಿನ ಸಂಬಂಧ(ಬದಲಾಯಿಸಿ)  ಆನ್ ಲೈನ್ ಪಾವತಿ ವಹಿವಾಟು ID:

ಬ್ಯಾಂಕ್ ಹೆಸರು/ಶಾಖೆ  ದಿನಾಂಕ

ನಿವಾ ಬೂಪಾ ಕಾಖೆಯ ಸ್ಥಳ  ಕೋಡ್ ಸಂಖ್ಯೆ

ವ್ಯವಹಾರ ಮೂಲ: ಸಲಹೆಗಾರ / ಡಿಎಸ್ಸಿ / ಕಾರ್ಪೊರೇಟ್ ಐಜಿಎನ್ಸಿ / ಇತರ ಚಾನೆಲ್ಗಳು  ಕೋಡ್ ಸಂಖ್ಯೆ

ಹೆಸರು

ಸ್ವೀಕರಿಸಿದ ಪ್ರಸ್ತಾಪನ:  ಗ್ರಾಹಕ ID:

ಪ್ರಸ್ತಾಪಕ ಅಥವಾ ಅರ್ಜಿದಾರರು ಸಿಬ್ಬಂದಿಯೇ?  ಹೌದು  ಇಲ್ಲ

9. ಕ್ಲೈಮ್ ಗಳ ಮರುಪಾವತಿ ಮತ್ತು ಪಾವತಿಯ ವಿವರಗಳು

ಪಾವತಿ ಸ್ವೀಕರಿಸುವ ಆಯ್ಕೆ: ಬ್ಯಾಂಕ್ ವರ್ಗಾವಣೆ

ಫಲಾನುಭವಿಯ ಹೆಸರು

ಮೂಲಹೆಸರು

ಖಾತೆ ಸಂಖ್ಯೆ  IFSC ಕೋಡ್

ಖಾತೆ ಪ್ರಕಾರ:  ಉಳಿತಾಯ  ಪ್ರಸ್ತುತ

10. ನವೀಕರಣ

ನವೀಕರಣ ಪಾವತಿ ಸೈನ್ ಅಪ್:

ನಿಮ್ಮ ಆರೋಗ್ಯ ವಿಮಾ ಪಾಲಿಸಿಯ ನವೀಕರಣ ಪ್ರೀಮಿಯಂ ಅನ್ನು ನಿಮ್ಮ ಅಸ್ತಿತ್ವದಲ್ಲಿರುವ ಸ್ವಯಂಚಾಲಿತ ಕ್ರಿಯರಿಂಗ್ ಹೌಸ್ (ಎಸಿಎಚ್) / ಸ್ವಾಮಿ ಸೂಚನೆಗಳು (ಎಎಎಫ್) 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 / ಎಎಎಫ್ ನವೀಕರಣ ಆಯ್ಕೆಯನ್ನು ಆರಿಸಲು ಬಯಸುತ್ತೇನೆ ಮತ್ತು ಆ ಮೂಲಕ ಪಾಲಿಸಿಯನ್ನು ನವೀಕರಿಸುವವರೆಗೆ ಪ್ರೀಮಿಯಂ ಮೇಲೆ 2.5% ರಿಯಾಯಿತಿ ಪಡೆಯಲು ಬಯಸುತ್ತೇನೆ.

ದಿನಾಂಕ  ಸ್ಥಳ  ಪ್ರಸ್ತಾಪಕರ ಸಹಿ

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

ಬ್ಯಾಂಕ್ ಕೋಡ್  SP ಕೋಡ್  RM/LG ಕೋಡ್

CUSTOMER ಖಾತೆ ಸಂಖ್ಯೆ

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 ರಿಯಾಯಿತಿ, ವಿಮಾದಾರರ ಪ್ರಕಟಿತ ಪ್ರಾನ್ಟಿಕ್ಯೂಸ್ ಅಥವಾ ಕೋಷ್ಟಕಗಳಿಗೆ ಅನುಗುಣವಾಗಿ ಅನುಮತಿಸಬಹುದಾದ ರಿಯಾಯಿತಿಯನ್ನು ಹೊರತುಪಡಿಸಿ, ಪಾಲಿಸಿಯನ್ನು ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳುವ ಅಥವಾ ನವೀಕರಿಸುವ ಅಥವಾ ಮುಂದುವರಿಸುವ ಯಾವುದೇ ವ್ಯಕ್ತಿಯ ಯಾವುದೇ ರಿಯಾಯಿತಿಯನ್ನು ಸ್ವೀಕರಿಸುವುದಿಲ್ಲ.

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

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

ಅಪ್ಪಿಕೇಶನ 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 ವೈದ್ಯಕೀಯ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳ ವೆಚ್ಚವನ್ನು ಕಡಿತಗೊಳಿಸಿದ ನಂತರ ಪಾವತಿಯನ್ನು ಬಡ್ಡಿಯಿಲ್ಲದೆ ಮರುಪಾವತಿಸುತ್ತೇವೆ.

ಸ್ವೀಕರಿಸುವವರ ಹೆಸರು ಮತ್ತು ಸಹಿ ಮತ್ತು ಕಚೇರಿ ಮುದ್ರೆ

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

ನವದೆಹಲಿ-110024 ಹಕ್ಕುತ್ಯಾಗ: ವಿಮೆಯ ಕೋರಿಕೆಯ ವಿಷಯವಾಗಿದೆ. ನಿಮ್ಮ ಬೂಪಾ ಹೆಲ್ತ್ ಇನ್ಶೂರೆನ್ಸ್ ಕಂಪನಿ ಲಿಮಿಟೆಡ್ (ಹಿಂದೆ ಮ್ಯಾಕ್ಸ್ ಬೂಪಾ ಹೆಲ್ತ್ ಇನ್ಶೂರೆನ್ಸ್ ಕಂಪನಿ ಲಿಮಿಟೆಡ್ ಎಂದು ಕರೆಯಲಾಗುತ್ತಿತ್ತು) (ಐಆರ್ಡಿಎಐ ನೋಂದಣಿ ಸಂಖ್ಯೆ 145). 'ಬುಪಾ' ಮತ್ತು 'ಹಾಟ್ ಬೀಟ್' ಲೋಗೋಗಳು ಆಯಾ ಮಾಲೀಕರ ನೋಂದಾಯಿತ ಟ್ರೇಡ್ ಮಾರ್ಕ್ ಗಳಾಗಿವೆ ಮತ್ತು ಇದನ್ನು ನಿಮ್ಮ ಬೂಪಾ ಹೆಲ್ತ್ ಇನ್ಶೂರೆನ್ಸ್ ಕಂಪನಿ ಲಿಮಿಟೆಡ್ ಪರವಾನಗಿಯಡಿಯಲ್ಲಿ ಬಳಸುತ್ತಿದೆ. ಗ್ರಾಹಕ ಸಹಾಯವಾಣಿ: 1860-500-8888. ವೆಬ್‌ಸೈಟ್: www.nivabupa.com. ಸಿಬಿಎನ್: U66000DL2008PLC182918. ನಿಯಮಗಳು ಮತ್ತು ಷರತ್ತುಗಳು, ಹೊರಗಡುವಿಕೆಗಳು, ಅಪಾಯದ ಅಂಶಗಳು, ಕಾಯುವ ಅವಧಿ ಮತ್ತು ಪ್ರಯೋಜನಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ವಿವರಗಳಿಗಾಗಿ, ಮಾರಾಟವನ್ನು ಮುಕ್ತಾಯಗೊಳಿಸುವ ಮೊದಲು ದಯವಿಟ್ಟು ಮಾರಾಟ ಬೋರ್ಡರ್ ಅನ್ನು ಎಚ್ಚರಿಕೆಯಿಂದ ಓದಿ.