

URN: 013

1. പൊതുസൽ വിവരങ്ങൾ:

Form fields for personal details: ശീർഷകം, നാമം, DOB, ലിംഗം, പുരുഷൻ/സ്ത്രീ, മറ്റുള്ളവ, ദേശീയത, നിലവിലെ വിലാസം, ലാൻഡ്ലൈൻ നമ്പർ, മൊബൈൽ നമ്പർ, ജില്ല, സംസ്ഥാനം, വ്യക്തിഗത തിരിച്ചറിയൽ നമ്പർ, ലാൻഡ് ലൈൻ നമ്പർ, ഉമെയിൽ ഐഡി, ഉത്തര നമ്പർ, CNIC നമ്പർ (ഓപ്ഷണൽ), പാൽ നമ്പർ, വാർഷിക വരുമാനം (രൂപ), തൊഴിൽ, ശമ്പളം, സ്വയംതൊഴിൽ, വിദ്യാർത്ഥി, വീട്ടമ്മ, മറ്റുള്ളവ, യോഗ്യത, വ്യക്തമാക്കുക, അടച്ച പ്രീമിയം, പൊതുസൽ വരുമാനം.

എല്ലാ നിബന്ധനകളും വ്യവസ്ഥകളും ഞാൻ വായിക്കുകയും മനസ്സിലാക്കുകയും അംഗീകരിക്കുകയും ചെയ്ത സാഹചര്യങ്ങളിൽ / എൻഎംഎസ്, സേവന കോളുകൾ / എൻഎംഎസ് അല്ലെങ്കിൽ മറ്റേതെങ്കിലും വാണിജ്യ ആശയവിനിമയ നടത്തുന്നതിന് എൻറെ രാജ്യത്ത് ചെല്ലുപോകാൻ നിലവിലെ വാട്ടർഷെഡ് / എൻഎംഎസ് / ഉമെയിൽ / മോബൈൽ / മോബൈൽ / മോബൈൽ ക്ലൈന്റ് അല്ലെങ്കിൽ മറ്റേതെങ്കിലും മോഡ്യൂൾ വഴി എന്ന ബന്ധപ്പെടാൻ നിവ ബുപ ഹെൽത്ത് ഇൻഷുറൻസിനോ അതിന്റെ ഏതെങ്കിലും ഏജന്റുമാർക്കോ / അല്ലെങ്കിൽ മൂന്നാം കക്ഷി (ക്രമി) / അംഗീകാരങ്ങൾക്കോ എന്ന അധികാരപ്പെടുത്തുന്നു.

നിങ്ങളോ നിങ്ങളുടെ അപേക്ഷകരിൽ ആരെങ്കിലുമൊരു PEP ആണോ? (ശരി/അല്ല) കേന്ദ്ര അല്ലെങ്കിൽ സംസ്ഥാന സർക്കാരുകളുടെ മോഡ്യൂൾ / മന്ത്രിമാർ, മുതിർന്ന രാഷ്ട്രീയക്കാർ, മുതിർന്ന സർക്കാർ, ജുഡീഷ്യൽ അല്ലെങ്കിൽ സൈനിക ഉദ്യോഗസ്ഥർ, സർക്കാർ കമ്പനികളുടെ മുതിർന്ന എക്സിക്യൂട്ടീവുകൾ, പ്രധാനപ്പെട്ട പാർട്ടി ഉദ്യോഗസ്ഥർ എന്നിങ്ങനെ പ്രമുഖ പൊതു ചുമതലകളിൽ ഏർപ്പെട്ടിരിക്കുന്ന വ്യക്തികളാണ് Politically Exposed Persons (PEP), (നിങ്ങൾ PEP-യ്ക്ക് കൈമാറ്റം ചെയ്തിട്ടുണ്ടെങ്കിൽ, ദയവായി പ്രത്യേക PEP മോഡ്യൂൾ പൂർണ്ണമാക്കുക)

നിങ്ങൾക്ക് പോളിസി ക്ലിമിനോ ഫിസിക്കൽ പകർപ്പ് വേണോ? (ശരി/അല്ല)

Form fields for bank details: ബാങ്ക് വിവരങ്ങൾ, ബാങ്കിന്റെ പേര്, അക്കൗണ്ട് നമ്പർ, IFSC കോഡ്, അക്കൗണ്ട് തരം, സമ്പാദ്യം, കറൻസി, ബ്രാഞ്ച്, നഗരം.

ഇലക്ട്രോണിക് ഇൻഷുറൻസ് അക്കൗണ്ടിന്റെ (EIA) വിവരങ്ങൾ ഈ പോളിസി ഒരു ഇ-ഇൻഷുറൻസ് അക്കൗണ്ടിലേക്ക് ക്രെഡിറ്റ് ചെയ്യാൻ നിങ്ങൾ ആഗ്രഹിക്കുന്നുണ്ടോ? (ദയവായി ആരെയെങ്കിലും തിരഞ്ഞെടുക്കുക) [ ] ഇല്ല, എനിക്ക് ഒരു ഇ-ഇൻഷുറൻസ് അക്കൗണ്ട് ഇല്ല, ദൈവമേ തുറക്കാൻ ആഗ്രഹിക്കുന്നില്ല [ ] അതെ, ഈ പോളിസി എൻറെ ഇ-ഇൻഷുറൻസ് അക്കൗണ്ടിലേക്ക് ക്രെഡിറ്റ് ചെയ്യുക

ഉണ്ടെങ്കിൽ, നിലവിലുള്ള ഇ-ഇൻഷുറൻസ് അക്കൗണ്ട് നമ്പർ പങ്കിടുക.

Form fields for payment method: യോഗ്യത ഇൻഷുറൻസ് റെച്ചാസിറ്റി പേര് തിരഞ്ഞെടുക്കുക (നിങ്ങൾ മിങ്ങളുടെ അക്കൗണ്ട് തുറന്നു) [ ] 1. NSDL [ ] 2. CIREL [ ] 3. കാർഡ് [ ] 4. കാഷ് (ദയവായി ആരെയെങ്കിലും തിരഞ്ഞെടുക്കുക)

അല്ലെങ്കിൽ എനിക്ക് നിലവിലുള്ള ഇ-ഇൻഷുറൻസ് അക്കൗണ്ട് ഇല്ല, ഒരു പുതിയ ഇ-ഇൻഷുറൻസ് അക്കൗണ്ട് സൃഷ്ടിക്കാൻ എനിക്ക് താൽപ്പര്യമുണ്ട് (പ്രസക്തമായ രേഖകൾക്കൊപ്പം ഇലക്ട്രോണിക് ഇൻഷുറൻസ് അക്കൗണ്ട് തുറക്കാൻ ഫോം (ഇ-ഐ എഫ് ഫോം) സമർപ്പിക്കുക).



4. നാമനിർദ്ദേശം

പൊതുമുഖ സംസ്ഥാന സൗകര്യ സാഹചര്യത്തിൽ, പോളിസിക്ക് കീഴിൽ കൂടിയിട്ടുള്ള എന്തെങ്കിലും ചുമട്ടുവകുപ്പുകളുടെ നൽകിയിരിക്കുന്ന നോമിനേഷൻ നൽകപ്പെടും. നോമിനേഷൻ നൽകുന്നതിന് സൗകര്യപ്പെടുന്ന പോളിസിക്ക് കീഴിലുള്ള കമ്പനിയുടെ ബാധ്യത നിറവേറ്റുന്നതിന് തയ്യാറാണ്. മറ്റെല്ലാ അപേക്ഷകർക്കും (അപേക്ഷകർക്ക്) നോമിനേഷൻ നൽകുന്നതിന് തയ്യാറാകണം.

നോമിനേഷൻ പേര്	ജനന തീയതി	പൊതുമുഖസംസ്ഥാനങ്ങളുടെ ബന്ധം	നോമിനേഷൻ വിഭാഗം, മൊബൈൽ നമ്പർ ഇമെയിൽ ഐഡി	നിയുക്തൻ്റെ പേര് (നോമിനേഷൻ 18 വയസ്സിൽ താഴെയാണെങ്കിൽ)
---------------	-----------	-----------------------------	---	--

നോമിനേഷൻ ബാങ്ക് വിവരങ്ങൾ: ഗുണഭോക്താവിൻ്റെ പേര്: \_\_\_\_\_

ബാങ്കിൻ്റെ പേര് \_\_\_\_\_ അക്കൗണ്ട് നമ്പർ \_\_\_\_\_ സ്ഥാപനം \_\_\_\_\_ കൗൺസിൽ \_\_\_\_\_

അക്കൗണ്ട് നമ്പർ \_\_\_\_\_ IFSC കോഡ് \_\_\_\_\_

5. മെമ്പർഷിപ്പ്, ശീലങ്ങൾ, മുൻകാല നിർദ്ദേശ വിവരങ്ങൾ

പ്രധാനം: ഈ വിഭാഗത്തിലെ എല്ലാ ചോദ്യങ്ങൾക്കും സത്യസന്ധമായും പൂർണ്ണമായും ഉത്തരം നൽകിയിട്ടുണ്ടെന്ന് ഉറപ്പാക്കുക, കാരണം നിങ്ങൾ ഉപരികാലം നൽകുന്ന വിവരങ്ങൾ സിവിൽ സർവ്വീസുകളുടെ അഭ്യർത്ഥനയിൽ നിന്ന് അടപടിനൽകുന്നതിന് ഉപയോഗിക്കും. നിങ്ങളുടെ മെമ്പർഷിപ്പ് സ്ഥിരമായി/അല്ലെങ്കിൽ കമ്പനിയുടെ ബാധ്യത നിറവേറ്റുന്നതിന് തയ്യാറാകണം. ഭാഗികമായി ശരിയായതുമായ എന്തെങ്കിലും വിവരങ്ങൾ ദയവായി ശ്രദ്ധിക്കുക.

വിഭാഗം എ: മെമ്പർഷിപ്പ് അല്ലെങ്കിൽ അപേക്ഷകർക്കുള്ള വിവരങ്ങൾ പങ്കിടുക	അപേക്ഷകൻ്റെ നമ്പർ													
	1	2	3	4	5	6								
i. നിങ്ങളുടെ എല്ലാ ചോദ്യങ്ങളും 5 ദിവസത്തിൽ കൂടുതൽ ആശയവിളിയിൽ പ്രവേശിപ്പിച്ചിട്ടുണ്ടോ, എന്തെങ്കിലും ശസ്ത്രക്രിയാ നടപടിക്രമങ്ങൾക്ക് വിധേയമാകാൻ / നിർദ്ദേശിച്ചിട്ടുണ്ടോ, അല്ലെങ്കിൽ ഏതെങ്കിലും മരുന്ന് കഴിച്ചിട്ടുണ്ടോ / 14 ദിവസത്തിൽ കൂടുതൽ ഏതെങ്കിലും രോഗലക്ഷണങ്ങൾ ഉണ്ടായിരുന്നോ? ഇൻഫോമേഷൻ, കൃത്യമായ വിവരങ്ങൾ, ഓരോ മരുന്ന് കൾ, ടോപ്പിക്കൽ ആപ്ലിക്കേഷനുകൾ എന്നിവ മെമ്പർഷിപ്പിന് ഉൾപ്പെടുത്തണമെന്നും അതിൽ മാത്രം പരിമിതപ്പെടുത്തില്ല.	ഉം	N	ഉം	N	ഉം	N	ഉം	N	ഉം	N	ഉം	N	ഉം	N
ii. തൈറോയ്ഡ് പ്രൊഫൈൽ, ലിപിഡ് പ്രൊഫൈൽ, ട്രൈഗ്ലിസറൈഡ്, ആൻജിയോടെൻസിൻ, എഡ്ജിസ്റ്ററിലോ, എൻഡോസാക്രൈൻ, അൾട്രാസൗണ്ട്, സിടി സ്കാൻ, എൻആർഐ, ബയോപ്സി, എഫ്എൻഎസ് തുടങ്ങിയ ഏതെങ്കിലും ഡയഗ്നോസ്റ്റിക് ടെസ്റ്റുകൾക്കോ അനുബന്ധമായിരിക്കാൻ നിങ്ങൾക്ക് എപ്പോഴെങ്കിലും പ്രതികൂല കണ്ടെത്തലുകൾ ഉണ്ടായിട്ടുണ്ടോ?	ഉം	N	ഉം	N	ഉം	N	ഉം	N	ഉം	N	ഉം	N	ഉം	N
iii. നിങ്ങൾക്ക് പ്രമേഹരോഗം (ഡയബറ്റിസോ) ഉണ്ടോ അല്ലെങ്കിൽ നിങ്ങൾക്ക് എപ്പോഴെങ്കിലും ഉയർന്ന രക്തത്തിലെ പഞ്ചസാര ഉണ്ടായിരുന്നോ?	ഉം	N	ഉം	N	ഉം	N	ഉം	N	ഉം	N	ഉം	N	ഉം	N
iv. നിങ്ങൾക്ക് രക്തത്തിൻ്റെ ഉയർന്ന രക്തസമ്മർദ്ദമോ ഉണ്ടോ?	ഉം	N	ഉം	N	ഉം	N	ഉം	N	ഉം	N	ഉം	N	ഉം	N
v. നിങ്ങൾക്ക് നേരത്തെയുള്ള ഏതെങ്കിലും രോഗങ്ങൾ / അസന്ധികൾ ഉണ്ടോ?	ഉം	N	ഉം	N	ഉം	N	ഉം	N	ഉം	N	ഉം	N	ഉം	N
നിങ്ങൾക്ക് എപ്പോഴെങ്കിലും ഏതെങ്കിലും ജനിതക / പാരമ്പര്യ വൈകല്യങ്ങൾ അല്ലെങ്കിൽ എച്ച്ഐവി / എഡ്സ് രോഗനിർണയം നടത്തുകയോ നോം ചികിത്സിക്കുകയോ ചെയ്തിട്ടുണ്ടോ?	ഉം	N	ഉം	N	ഉം	N	ഉം	N	ഉം	N	ഉം	N	ഉം	N
നിങ്ങൾക്ക് എപ്പോഴെങ്കിലും ഏതെങ്കിലും മാനസിക / മാനസിക വൈകല്യങ്ങൾ കണ്ടെത്തുകയോ ചികിത്സിക്കുകയോ ചെയ്തിട്ടുണ്ടോ?	ഉം	N	ഉം	N	ഉം	N	ഉം	N	ഉം	N	ഉം	N	ഉം	N
vii. അപേക്ഷകൻ്റെ ജീവിതത്തെക്കുറിച്ചുള്ള ലൈഫ്, ആരോഗ്യം, ആശയവിളി നേടാനാവാതെ പണം അല്ലെങ്കിൽ ക്രിട്ടിക്കൽ ഇൻഫോമേഷൻ ഇൻഷുറൻസ് എന്നിവയ്ക്കുള്ള എന്തെങ്കിലും നിർദ്ദേശം ഏതെങ്കിലും ഇൻഷുറൻസ് കമ്പനി എപ്പോഴെങ്കിലും നിരസിക്കുകയോ മാറ്റിവയ്ക്കുകയോ ചെയ്തിട്ടുണ്ടോ? ചെറിയൊരു ഓഫീസിൽ പോലുള്ള ഏതെങ്കിലും പ്രത്യേക വ്യവസ്ഥകൾക്ക് വിധേയമാക്കുകയോ ചെയ്തിട്ടുണ്ടോ?	ഉം	N	ഉം	N	ഉം	N	ഉം	N	ഉം	N	ഉം	N	ഉം	N

വിഭാഗം ബി: (അപേക്ഷകർ പൂർവ്വകാലം പൂർവ്വകാലം / ഗുരു / പാൻ മസാല അല്ലെങ്കിൽ മറ്റും കഴിക്കുകയോ ചെയ്യുന്നവർക്കായി മാത്രം) ഈ വിഭാഗം പൂർവ്വകാലം	i. പാവപ്പെട്ടതല്ലെങ്കിൽ പൂർവ്വകാലം / ഗുരു / പാൻ മസാല - ഉണ്ടെങ്കിൽ		ii. മറ്റും ഉണ്ടെങ്കിൽ, ആലയിൽ m വ്യക്തമാക്കുക		iii. സിഗരറ്റ് / ബീഡി / സിഗരറ്റ് ഉണ്ടെങ്കിൽ, പ്രതിദിന ഉപയോഗ വ്യക്തമാക്കുക	
	1-10	>10	<= 450	>450	1-10	>10
അപേക്ഷകൻ്റെ 1						
അപേക്ഷകൻ്റെ 2						
അപേക്ഷകൻ്റെ 3						
അപേക്ഷകൻ്റെ 4						
അപേക്ഷകൻ്റെ 5						
അപേക്ഷകൻ്റെ 6						

വീടോ സി: സെക്ഷൻ ഏയിൽ ഉൾപ്പെടുന്ന എൻ്റെ അടയാളപ്പെടുത്തിയിരിക്കുന്ന ചോദ്യങ്ങൾക്ക്, ഇനിപ്പറയുന്ന വിവരങ്ങൾ വ്യക്തമാക്കുക:										
അപേക്ഷകൻ്റെ നമ്പർ	അപേക്ഷകൻ്റെ (അല്ലെങ്കിൽ അപേക്ഷകൻ്റെ) അല്ലെങ്കിൽ രോഗനിർണയം അല്ലെങ്കിൽ നടപടിക്രമം / ശസ്ത്രക്രിയ എന്നിവയുടെ വിവരങ്ങൾ				മരുന്നുകൾ	ഡോസേജ്	നിലവിലെ അവസ്ഥ (ഉദാഹരണത്തിന്, പൂർണ്ണമായ / ഭാഗിക വീണ്ടെടുക്കൽ അല്ലെങ്കിൽ തുടർച്ചയായ)	ചികിത്സിക്കുന്ന ഡോക്ടറുടെ പേരും സമ്പർക്ക വിവരങ്ങളും	പ്രമേഹമുണ്ടെങ്കിൽ അറ്റാച്ചുചെയ്തുള്ള രേഖകൾ (ഉറവിടം)	
	പ്രമേഹം HbA1c നിലയാണെങ്കിൽ	ഉയർന്ന രക്തസമ്മർദ്ദം ബീപി നിലയാണെങ്കിൽ		മറ്റുതെളിവു വിവരങ്ങൾ						ആരംഭ തീയതി (DD/MM/YYYY)
		സിസ്റ്റോളിക്	ഡയസ്റ്റോളിക്							

6. ഉല്പാദനം നയ പൂർത്തീകരണത്തിനും സേവന ആശയവിനിമയത്തിനുമുള്ള അംഗീകാരം

ആപിക്കാശി ഫോമിൽ ഇവിടെ സൂചിപ്പിച്ചിരിക്കുന്ന പ്രകാരം നിങ്ങളുടെ നയവും സേവനവുമായി ബന്ധപ്പെട്ട എല്ലാ ആശയവിനിമയങ്ങളും ഉടമയിൽ ഐഡിയലേക്ക് അയയ്ക്കാൻ കമ്പനിയെ അധികാരപ്പെടുത്തിക്കൊണ്ട് പരിസീമി സാങ്കേതികവിദ്യയുടെ വെബ്സൈറ്റ് അല്ലെങ്കിൽ ഇമെയിൽ വഴി അയയ്ക്കുന്നുണ്ടോ?

ശരി  അല്ല

7. പ്രഖ്യാപനം (നിർദ്ദേശ ഫോമിൽ ഒപ്പിടുന്നതിന് മുമ്പ് തയ്യാറാക്കിയ) (ശബ്ദപൂർവ്വം വായിക്കുകയും ഓരോരുത്തർക്കും എതിരെ ഒരു ചെക്ക് മാർക്ക് ഇടുകയും ചെയ്യുക)

- മുകളിൽ പറഞ്ഞ പ്രസ്താവനകൾ, ഉത്തരങ്ങൾ, ഒപ്പ്/അല്ലെങ്കിൽ വിവരങ്ങൾ എന്നിവ എൻ്റെ അറിവിൻ്റെ പരമാവധി എല്ലാ അർത്ഥത്തിലും സത്യവും പൂർണ്ണവുമാണെന്നും ഈ മറ്റ് വ്യക്തികൾക്ക് വേണ്ടി നിർദ്ദേശിക്കാൻ എനിക്ക് അധികാരമുണ്ടെന്നും എനിക്ക് വേണ്ടിയും ഇൻഷുറർ ചെയ്യാൻ ഉദ്ദേശിക്കുന്ന എല്ലാ വ്യക്തികൾക്കും വേണ്ടിയും ഞാൻ ഉത്തരവ് പ്രഖ്യാപിക്കുന്നു.
- ഞാൻ നൽകുന്ന വിവരങ്ങൾ ഇൻഷുറർ പോളിസിയിൽ അടിസ്ഥാനമായിരിക്കുമെന്നും ഇൻഷുററുടെ വോർഡ് അംഗീകരിച്ച അണ്ടർവൈറ്റിംഗ് പോളിസിക്ക് വിധേയമാണെന്നും ഇടക്കാലവും പ്രീമിയം പൂർണ്ണമായും അടച്ചിട്ടുണ്ടെന്നും മാത്രമേ പോളിസി പ്രാബല്യത്തിൽ വരികയുള്ളൂ എന്നും ഞാൻ മനസ്സിലാക്കുന്നു.
- പ്രൊപ്പോസർ സമർപ്പിച്ചതിന് ശേഷം ഇൻഷുറർ ചെയ്യേണ്ട / പ്രൊപ്പോസറുടെ തൊഴിലിടമോ ജീവിതത്തിൻ്റെ പൊതുവായ ആരോഗ്യത്തിലോ സംഭവിക്കുന്ന എന്തെങ്കിലും മാറ്റം കമ്പനി റിസ്ക് സർക്കാരുടെ ആശയവിനിമയത്തിന് മുമ്പായി ഞാൻ രേഖാമൂലം അറിയിക്കുമെന്ന് ഞാൻ പ്രഖ്യാപിക്കുന്നു.
- ഇൻഷുറർ ചെയ്യേണ്ട / പ്രൊപ്പോസർ ചെയ്യേണ്ട വ്യക്തിയുടെ ശാരീരികമായ മാനസികമായ ആയ ആരോഗ്യത്തെ ബാധിക്കുന്ന എന്തെങ്കിലും സംഭവമായി ഇൻഷുറർ ചെയ്തിട്ടുള്ള / പ്രൊപ്പോസർ ചെയ്യുന്ന വ്യക്തിയെക്കുറിച്ച് എന്തെങ്കിലും മുൻകാല അല്ലെങ്കിൽ നിലവിലെ തൊഴിലുമായി നീന്തൽ എന്തെങ്കിലും സമയത്ത് പങ്കെടുത്തിട്ടുള്ള എന്തെങ്കിലും ഡോക്ടറിൽ നിന്നോ ആശുപത്രിയിൽ നിന്നോ മെഡിക്കൽ വിവരങ്ങൾ അടങ്ങുന്നതിനും ഇൻഷുറർ ചെയ്യേണ്ട / പ്രൊപ്പോസർ ചെയ്യേണ്ട വ്യക്തിക്ക് ഇൻഷുറർ സിമ്പിൾ അപേക്ഷ നൽകിയ തുടർച്ചയായ എന്തെങ്കിലും ഇൻഷുറർ നിന്ന് വിവരങ്ങൾ അടങ്ങുന്നതിനും ഞാൻ സമ്മതിക്കുന്നുവെന്ന് ഞാൻ പ്രഖ്യാപിക്കുന്നു. നിർദ്ദേശത്തിനും / അല്ലെങ്കിൽ ഷെയിം സെറ്റിൽമെന്റിനും അണ്ടർവൈറ്റിംഗ് ഉദ്ദേശ്യത്തിനായി.
- പ്രൊപ്പോസർ അണ്ടർവൈറ്റിംഗ്, ഒപ്പ്/അല്ലെങ്കിൽ ഷെയിം സെറ്റിൽമെന്റ്, എന്തെങ്കിലും സർക്കാർ, /അല്ലെങ്കിൽ റെഗുലേറ്ററി അതോറിറ്റി എന്നിവയുമായി അണ്ടർവൈറ്റിംഗ് ചെയ്യുക എന്ന ഏക ഉദ്ദേശ്യത്തിനായി ഇൻഷുറർ ചെയ്യേണ്ട വ്യക്തിയുടെ / പ്രൊപ്പോസറുടെ മെഡിക്കൽ രേഖകൾ ഉൾപ്പെടെ എൻ്റെ നിർദ്ദേശവുമായി ബന്ധപ്പെട്ട വിവരങ്ങൾ പങ്കിടാൻ ഞാൻ കമ്പനിയെ അധികാരപ്പെടുത്തുന്നു.
- സേവന ഖാലി വന്നിട്ടുള്ള ഏക ഉദ്ദേശ്യത്തിനായി ഇൻഷുറർ ചെയ്യേണ്ട / പ്രൊപ്പോസറുടെ മെഡിക്കൽ രേഖകൾ ഉൾപ്പെടെ എൻ്റെ / ഞങ്ങളുടെ നിർദ്ദേശവുമായി ബന്ധപ്പെട്ട വിവരങ്ങൾ ഞങ്ങളുടെ എംപനൽ ചെയ്ത ദത്തവുമായി പങ്കിടാൻ ഞാൻ/ഞങ്ങൾ കമ്പനിയെ അധികാരപ്പെടുത്തുന്നു.

ഊതപ്പന  സ്ഥലം  പ്രൊപ്പോസറുടെ ഒപ്പ്

8. പ്രാദേശിക ഭാഷാ പ്രഖ്യാപനം

പ്രൊപ്പോസർ പ്രാദേശിക ഭാഷയിൽ ഒപ്പിട്ടിട്ടുള്ളതെങ്കിൽ സർട്ടിഫിക്കേഷൻ കമ്പനിയുടെ ഏജൻ്റ് / ജീവനക്കാരൻ ഒഴികെ മറ്റാരെങ്കിലും സാക്ഷ്യം വഹിക്കണം. ഈ ഫോമിൻ്റെ ഉള്ളടക്കവും അതിൻ്റെ വിവരങ്ങളും ഞാൻ പ്രാദേശിക ഭാഷയിൽ പ്രൊപ്പോസർക്ക് വിശദീകരിച്ചിട്ടുണ്ട്, അദ്ദേഹം അത് മനസ്സിലാക്കുകയും സ്ഥിരീകരിക്കുകയും ചെയ്തിട്ടുണ്ട്.

പേര്  സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തുന്ന വ്യക്തി:  സാക്ഷിയുടെ പേര്

സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തുന്ന വ്യക്തിയുടെ ഒപ്പ്:  സാക്ഷിയുടെ ഒപ്പ്:

സർട്ടിഫിക്കറ്റ് നൽകുന്ന വ്യക്തിയുടെ മൊബൈൽ നമ്പർ:

സാക്ഷിയുടെ മൊബൈൽ നമ്പർ:

പ്രൊപ്പോസറുടെ ഒപ്പ്:

9. പ്രൊപ്പോസർ പ്രഖ്യാപനം

എന്തെങ്കിലും കാരണത്താൽ, നിർദ്ദേശവും മറ്റ് അനുബന്ധ പേപ്പറുകളും പ്രൊപ്പോസർ പൂർണ്ണമായും സർട്ടിഫിക്കേഷൻ പ്രൊപ്പോസർ ഫോമിൻ്റെയും ബന്ധപ്പെട്ട ഡോക്യുമെന്റുകളുടെയും ഉള്ളടക്കം എനിക്ക് പൂർണ്ണമായി വിശദീകരിച്ചിട്ടുണ്ട്, നിർദ്ദിഷ്ട കരാറിൻ്റെ പ്രാധാന്യം ഞാൻ പൂർണ്ണമായും മനസ്സിലാക്കി. എൻ്റെ നിർദ്ദേശപ്രകാരം  പ്രൊപ്പോസർ ഫോം പൂർണ്ണമായിട്ടുണ്ട്, അത് ശരിയാണെന്ന് ഞാൻ കണ്ടെത്തി.

പ്രൊപ്പോസറുടെ ഒപ്പ്

10. പ്രീമിയം വിശദാംശങ്ങൾ (ഓഫീസ് ഉപയോഗത്തിന് മാത്രം)

പ്രീമിയം പേയ്മെന്റ് ഓപ്ഷൻ  ചെക്ക്  ഡിമാൻഡ് ഡ്രാഫ്റ്റ്

ക്രെഡിറ്റ് കാർഡ്  ഡെബിറ്റ് കാർഡ്  നെറ്റ് ബാങ്കിംഗ്

പണം  മറ്റുള്ളവർ

പ്രീമിയം തുക

ഓൺലൈൻ പേയ്മെന്റ് ഇടപാട് ഏരിയ:

ജന്മനാൾ

ബാങ്കിംഗ് പേര് / ബ്രാഞ്ച്

നില ബുദ്ധി ബ്രാഞ്ച് ലൊക്കേഷൻ

കോഡ് നമ്പർ

ഉറവിടം: അഡ്വൈസർ / ഡി.എസ്.ഐ. / കോർപ്പറേറ്റ് ഏജൻസി / മറ്റ് ചാനലുകൾ

കോഡ് നമ്പർ

നാമം

ലഭിച്ച നിർദ്ദേശം:

ഉപഭോക്തൃ ID:

11. ബാങ്ക് അക്കൗണ്ടിന് ചുമത്തിയ അധിക വിശദാംശങ്ങൾ (ഓഫീസ് ഉപയോഗത്തിന് മാത്രം)

ബ്രാഞ്ച് കോഡ്  എസ്റ്റി കോഡ്

RM/G കോഡ്

C customer account സംഖ്യ

12. ഇൻഷുറൻസ് അഡ്വൈസറുടെ റിപ്പോർട്ട് (ഓഫീസ് ഉപയോഗത്തിന് മാത്രം)

1. നിങ്ങൾ പ്രൊപ്പോസറുമായി ബന്ധമുണ്ടോ? അതെ / ഇല്ല ഉണ്ടെങ്കിൽ, ബന്ധത്തിന്റെ സ്വഭാവം?

2. പ്രൊപ്പോസറുടെ നിങ്ങൾക്ക് എത്ര കാലമായി അറിയാം?  മാസങ്ങൾ

3. പ്രൊപ്പോസറുടെ ഫ്രെഡ്നിറ്റിയിൽ നിങ്ങൾ സംതൃപ്തനാണോ?  ശരി  അല്ല

4. പ്രൊപ്പോസർക്കോ മറ്റേതെങ്കിലും അപേക്ഷകനോ എന്തെങ്കിലും ശാരീരിക വൈകല്യമോ വൈകല്യമോ മാനസിക വൈകല്യമോ ഉണ്ടോ?  ശരി  അല്ല

5. നിർദ്ദിഷ്ട പോളിസിയിലെ നിബന്ധനകൾ, പൂർണ്ണമായി നൽകിയ വ്യവസ്ഥകൾ, ഒഴിവാക്കലുകൾ, പോളിസിയിലെ കാര്യങ്ങൾ എന്നിവ നിങ്ങൾ വിശദീകരിച്ചിട്ടുണ്ടോ, പ്രൊപ്പോസർ വ്യക്തമായി ആരോഗ്യ പ്രഖ്യാപനം പൂർത്തിയാക്കിയിട്ടുണ്ടോ?  ശരി  അല്ല

6. ധാര്മിക അപേക്ഷ ഉൾപ്പെടെയുള്ള എല്ലാ ഘടകങ്ങളും കണക്കിലെടുത്ത് ഈ നിർദ്ദേശം പോലീസ് വിവരങ്ങൾ നിങ്ങൾ ശുപാർശ ചെയ്യുന്നുണ്ടോ?  ശരി  അല്ല

7. നിങ്ങൾ പ്രൊപ്പോസറുടെ നിഷ്കർഷയോട് യോജിക്കുകയും അവന്റെ / അവളുടെ താൽപ്പര്യത്തിന് അനുയോജ്യമായ എല്ലാ മികച്ച കവറിൽ തീരുമാനമെടുക്കാൻ പ്രൊപ്പോസറുടെ പ്രാപ്തതയെ അടിസ്ഥാനമാക്കി നിങ്ങളുടെ നിർദ്ദേശം ചെയ്യാൻ തയ്യാറാണോ?  ശരി  അല്ല

ജന്മനാൾ  ഇൻഷുറൻസ് അഡ്വൈസറുടെ ഒപ്പ്

13. നിയമപരമായ മുന്നറിയിപ്പ്

റിബന്റുകളുടെ നിരോധനം (1938 ലെ ഇൻഷുറൻസ് നിയമത്തിലെ സെക്ഷൻ 41 പ്രകാരം)

1. ഇന്ത്യയിലെ ജീവനുമായോ സ്വത്തുമായോ ബന്ധപ്പെട്ട ഏതെങ്കിലും തരത്തിലുള്ള റിസ്ക് നൽകേണ്ട കമ്മീഷന്റെ മുഴുവൻ അല്ലെങ്കിൽ ഭാഗിക റിബന്റ് അല്ലെങ്കിൽ പോളിസിയിൽ കാണിച്ചിരിക്കുന്ന പ്രീമിയത്തിന്റെ ഏതെങ്കിലും റിബന്റ് എന്നിവയുമായി ബന്ധപ്പെട്ട് ഇൻഷുറൻസ് എടുക്കാനോ പുതുക്കാനോ തുടരാനോ ഏതെങ്കിലും വ്യക്തിയെ തനിക്കോ അല്ലെങ്കിൽ മറ്റൊരാൾക്കോ ഒരു വ്യക്തിയോ അനുവദിക്കുകയോ വാഹനം ചെയ്യുകയോ ചെയ്യരുത്. ഇൻഷുററുടെ പ്രസിദ്ധീകരിച്ച റെഗുലേഷനുകളോട് പാലിക്കാൻ പറ്റാത്തതോ അനുസ്യൂതമായി അനുവദിക്കാത്തതോ ആയ റിബന്റ് ഒഴികെ പോളിസി എടുക്കുകയോ പുതുക്കുകയോ ചെയ്യുന്ന ഒരു വ്യക്തിയും ഒരു റിബന്റും സ്വീകരിക്കില്ല.

2. ഈ വകുപ്പിലെ വ്യവസ്ഥകൾ പാലിക്കുന്നതിൽ വീഴ്ച വരുത്തുന്ന ഏതൊരു വ്യക്തിക്കും പത്ത് ലക്ഷം രൂപ വരെ പിഴ ചുമത്തും.

1 4. ABHA ID

അംഗത്തിന്റെ പേര്	നിങ്ങൾക്ക് ABHA ID ഉണ്ടോ?		ABHA ID	പങ്കിടാനുള്ള സമ്മതം	
	<input type="checkbox"/> ശരി <input type="checkbox"/> അല്ല	<input type="checkbox"/> ശരി <input type="checkbox"/> അല്ല		മെഡിക്കൽ രേഖകൾ	ABHA വഴി ഇൻഷുറർമാർ / ട്രീപി.എ.കൾ
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ശരി <input type="checkbox"/> അല്ല	<input type="checkbox"/> ശരി <input type="checkbox"/> അല്ല	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ശരി <input type="checkbox"/> അല്ല	<input type="checkbox"/> ശരി <input type="checkbox"/> അല്ല
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ശരി <input type="checkbox"/> അല്ല	<input type="checkbox"/> ശരി <input type="checkbox"/> അല്ല	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ശരി <input type="checkbox"/> അല്ല	<input type="checkbox"/> ശരി <input type="checkbox"/> അല്ല
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ശരി <input type="checkbox"/> അല്ല	<input type="checkbox"/> ശരി <input type="checkbox"/> അല്ല	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ശരി <input type="checkbox"/> അല്ല	<input type="checkbox"/> ശരി <input type="checkbox"/> അല്ല
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ശരി <input type="checkbox"/> അല്ല	<input type="checkbox"/> ശരി <input type="checkbox"/> അല്ല	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ശരി <input type="checkbox"/> അല്ല	<input type="checkbox"/> ശരി <input type="checkbox"/> അല്ല
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ശരി <input type="checkbox"/> അല്ല	<input type="checkbox"/> ശരി <input type="checkbox"/> അല്ല	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ശരി <input type="checkbox"/> അല്ല	<input type="checkbox"/> ശരി <input type="checkbox"/> അല്ല
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ശരി <input type="checkbox"/> അല്ല	<input type="checkbox"/> ശരി <input type="checkbox"/> അല്ല	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ശരി <input type="checkbox"/> അല്ല	<input type="checkbox"/> ശരി <input type="checkbox"/> അല്ല

15. റീഫറൻസ് നൽകിയവരുടെ പേര് മെന്റിനുള്ള വിശദാംശങ്ങൾ

പേര് മെന്റ് സ്വീകരിക്കുന്നതിനുള്ള ഓപ്ഷൻ:  ബാങ്ക് ട്രാൻസ്ഫർ

ഗുണഭോക്താവിന്റെ പേര്: \_\_\_\_\_

ബാങ്കിംഗ് പേര്: \_\_\_\_\_

അക്കൗണ്ട് നമ്പർ: \_\_\_\_\_

അക്കൗണ്ട് തരം: \_\_\_\_\_

ഐ.എ.പി.എസ്.ഐ. \_\_\_\_\_

മുൻപോടിയെടുത്തുവെക്കേണ്ടതാണ്



നിവ ബുപ അതിൻറെ ഉപരോഹിതങ്ങളുമായി സായുജ്യം സുരോദ്യവുമായിരിക്കാൻ പ്രതിജ്ഞാബദ്ധമാണ്. ഈ ഡോക്യുമെന്റ് നിങ്ങളുടെ പോളിസിയിലെ പ്രധാന സവിശേഷതകൾ സംഗ്രഹിക്കുന്നു, എന്നിരുന്നാലും ഇത് നിങ്ങളുടെ പോളിസി കരാറിന് പകരമാവില്ല, ഈ ഉൽപ്പന്നം വാങ്ങുന്നതിന് പൂർത്തിയാക്കുന്നതിന് മുമ്പ് നിങ്ങളുടെ പോളിസിയിലെ എല്ലാ വിശദാംശങ്ങളും വായിക്കാൻ ഞങ്ങൾ നിങ്ങളെ പ്രോത്സാഹിപ്പിക്കുന്നു.

നിവ ബുപ നിങ്ങളുടെ ആരോഗ്യ സഞ്ചിവിവരം പോളിസി കൊണ്ടുവരുന്നു. നിങ്ങളുടെ തയ്യാറാക്കിയ എല്ലാ സ്വപ്നങ്ങളും ആനുകൂല്യങ്ങളുമുള്ള ഒരു ആരോഗ്യ ഇൻഷുറൻസ് പ്ലാൻ. ഏതെങ്കിലും തരത്തിലുള്ള ആശുപത്രിവാസം, ഡയ കെയർ ചികിത്സകൾ, ഇതര ചികിത്സകൾ എന്നിവയ്ക്കായി പോളിസി നിങ്ങളെ പരിരക്ഷിക്കുന്നു.

പോളിസി കരാറിൽ വ്യക്തമാക്കിയിരിക്കുന്ന ചില പരിധികൾക്കും ഒഴിവാക്കലുകൾക്കും വിധേയമായി നിങ്ങളുടെ പോളിസിക്ക് ഇനിപ്പറയുന്ന ഇൻഫർമേഷൻ ആനുകൂല്യങ്ങളുണ്ട്:

- മുറി വാടകയും ഐസിയു ചാർജുകളും ഉൾപ്പെടെ ഒരു ആശുപത്രിയിലെ ഇൻപേഷ്യന്റ് പരിചരണം.
- മുറി വാടക പരിധി:
  - മുറി വാടക: പ്രതിദിനം പരമാവധി 5,000 രൂപയ്ക്ക് വിധേയമായി ഇൻഷുർ ചെയ്ത തുകയുടെ 2% വരെ.
  - ഐസിയു / ഐസിയു: പ്രതിദിനം പരമാവധി 10,000 രൂപയ്ക്ക് വിധേയമായി ഇൻഷുർ ചെയ്ത തുകയുടെ 5% വരെ.
- എല്ലാ ഡയ കെയർ ചികിത്സകൾക്കും പരിരക്ഷയുണ്ട്.
- റോഡ് ആംബുലൻസ് ആശുപത്രിയിൽ പ്രവേശിപ്പിക്കുന്നതിന് 2,000 രൂപ വരെ ഊടാക്കുന്നു.
- ആയുഷ് ചികിത്സകൾ ഇൻപേഷ്യന്റ് പരിചരണം മാത്രം.
- ആശുപത്രിയിൽ പ്രവേശിപ്പിക്കുന്നതിന് 30 ദിവസം മുമ്പ് വരെ ആശുപത്രിയിൽ പ്രവേശിപ്പിക്കുന്നതിന് മുമ്പ്.
- ആശുപത്രിയിൽ നിന്ന് ഡിസ്ചാർജ് ചെയ്യുന്നതിന് ശേഷം 60 ദിവസം വരെ ആശുപത്രിയിൽ പ്രവേശിപ്പിക്കപ്പെട്ട ശേഷം.
- ഓറൽ കീമോതെറാപ്പി, റേഡിയേഷൻ സർജിക്രിയകൾ എന്നിവയ്ക്കുള്ള ആധുനിക ചികിത്സകൾ ഇൻഷുർ ചെയ്ത തുകയുടെ 50% വരെ ഉൾക്കൊള്ളുന്നു.
- ഒരു കഴുപ്പിന് പരമാവധി 40,000 രൂപയ്ക്ക് വിധേയമായി ഇൻഷുർ ചെയ്ത തുകയുടെ 25% വരെ തിരിവ് ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്ക് പരിരക്ഷ ലഭിക്കും. 24 മാസത്തെ നിർദ്ദിഷ്ട കാത്തിരിപ്പ് കാലയളവിന് ശേഷമാണ് ഈ ആനുകൂല്യം ലഭ്യമാകുന്നത്.
- ഓരോ ക്ലെയിം പ്രീ പോളിസി വർഷവും സംബന്ധിച്ച് 5% സഞ്ചിത ബോണസ്, പരമാവധി ഇൻഷുർ ചെയ്ത തുകയുടെ 50% വരെ. ഒരു ക്ലെയിമിൻറെ കാര്യത്തിൽ, സമാഹരിച്ച സഞ്ചിത ബോണസ് അതേ നിരക്കിൽ ക്യായ്ക്കും.

പോളിസി അനുസരിച്ച് ഇനിപ്പറയുന്ന കാത്തിരിപ്പ് കാലയളവുകൾ ബാധകമാണെന്ന് ശ്രദ്ധിക്കുക:

- പോളിസി ആരംഭിച്ചതു മുതൽ നിലവിലുള്ള റോൾ കാത്തിരിപ്പ് കാലയളവ് 36 മാസവും തുടർച്ചയായ പുതുക്കലിന് വിധേയമാണ്. ചികിത്സ ആവശ്യമില്ലെങ്കിൽ 30 ദിവസത്തെ പ്രാരംഭ കാത്തിരിപ്പ് കാലയളവ് ദിവസം 1 മുതൽ പരിരക്ഷിക്കപ്പെടുന്ന ഒരു അപകടം മൂലമാണ്.
- ഞങ്ങളുമായുള്ള ആദ്യ പോളിസി ആരംഭിച്ചതു മുതൽ, പോളിസി കരാറിൽ വ്യക്തമാക്കിയിരിക്കുന്ന ചില നിബന്ധനകൾക്കായി, 24 മുതൽ 48 മാസത്തെ നിർദ്ദിഷ്ട കാത്തിരിപ്പ് കാലയളവ്, ഈ അവസ്ഥ മനറിട്ട് അപകടം മൂലമല്ലെങ്കിൽ ദിവസം 1 മുതൽ പരിരക്ഷിക്കപ്പെടുന്നു.

പോളിസി കരാറിൽ പറഞ്ഞിരിക്കുന്ന പ്രകാരം സ്റ്റാൻഡേർഡ് ഒഴിവാക്കലുകൾ ബാധകമാണെന്ന് ശ്രദ്ധിക്കുക. കൂടാതെ, മെഡിക്കൽ വില്പനയിലുപയോഗിക്കുന്ന അടിസ്ഥാനമാക്കി, ചില നിർദ്ദിഷ്ട ഒഴിവാക്കലുകൾ നിങ്ങളുടെ പോളിസിക്ക് ബാധകമായേക്കാം.

നിങ്ങളുടെ പോളിസിയുടെ മറ്റ് പ്രധാന സവിശേഷതകൾ ഇനിപ്പറയുന്നവയാണ്:

- ഒരു വ്യക്തിക്കോ കുടുംബത്തിനോ നിങ്ങളുടെ പോളിസി എടുക്കാം. ഈ പോളിസി പ്രകാരം അനുവദനീയമായ കുടുംബാംഗങ്ങൾ സ്വയം, പങ്കാളി, കുട്ടികൾ, മാതാപിതാക്കൾ, അമ്മായിയമ്മമാർ എന്നിവരാണ്. അംഗങ്ങളുടെ ഏതെങ്കിലും കുട്ടിച്ചേർക്കലോ ഇല്ലാതാക്കലോ പുതുക്കൽ സമയത്ത് മാത്രം ചെയ്യണം.
- തിരഞ്ഞെടുത്ത ഇൻഷുർ ചെയ്ത തുക വ്യക്തിഗത അടിസ്ഥാനത്തിലോ (അതായത് എല്ലാ അംഗങ്ങൾക്കും പ്രത്യേക തുല്യ ഇൻഷുറൻസ് തുക) അല്ലെങ്കിൽ ഘോഷ് അടിസ്ഥാനത്തിലോ (അതായത് എല്ലാ അംഗങ്ങൾക്കും പങ്കിട്ട അതേ ഇൻഷുറൻസ് തുക) ആയിരിക്കാം.
- എല്ലാ ക്ലെയിമുകളും 5% കോ-പേയ്മെന്റിന് വിധേയമായിരിക്കും.
- വാർഷിക, അർദ്ധ വാർഷിക, ത്രൈമാസ, പ്രതിമാസ പ്രീമിയം പേയ്മെന്റ് മോഡ്യൂൾ പോളിസിക്ക് കീഴിൽ ലഭ്യമാണ്. പ്രതിമാസ മോഡിൽ, രണ്ടാമത്തെ പോളിസി മാസത്തെ പ്രീമിയം ആദ്യ മാസത്തെ പ്രീമിയം ഗ്രാഡ്വിനോടും അടയ്ക്കേണ്ടതുണ്ട്. അതിനുശേഷം, മൂന്നാം പോളിസി മാസം മുതൽ പതിവ് പ്രതിമാസ പ്രീമിയം അടയ്ക്കേണ്ടതുണ്ട്. വാർഷിക മോഡ് ഒഴികെയുള്ള എല്ലാ പ്രീമിയം പേയ്മെന്റ് മോഡ്യൂൾക്കും എസിഎച്ച് / എസ്എ നീർബന്ധമാണ്. പ്രീമിയം പേയ്മെന്റ് മോഡ് തിരഞ്ഞെടുത്തുകഴിഞ്ഞാൽ, ഒരു വർഷത്തെ പോളിസി കാലയളവിൻറെ അവസാനത്തിൽ മാത്രമേ മാറ്റാൻ കഴിയൂ.
- ഒരു ക്ലെയിമിൻറെ കാര്യത്തിൽ, പ്രതിമാസ അല്ലെങ്കിൽ ത്രൈമാസ അല്ലെങ്കിൽ അർദ്ധ വാർഷിക പ്രീമിയം പേയ്മെന്റ് മോഡ് തിരഞ്ഞെടുക്കുകയാണെങ്കിൽ, പോളിസി വർഷത്തിൽ അടയ്ക്കേണ്ട ബാക്കി പ്രീമിയം അനുവദനീയമായ ക്ലെയിം തുകയിൽ നിന്ന് ക്യായ്ക്കും.
- നിങ്ങളുടെ സ്ഥിരീകരണത്തിനും നിശ്ചിത പ്രീമിയം സമയബന്ധിതമായി അടയ്ക്കുന്നതിനും വിധേയമായി നിങ്ങളുടെ പോളിസിയുടെ ആജീവനാന്ത പുതുക്കൽ.

ഈ ഇടം മനഃപൂർവ്വം ശൂന്യമായി വിട്ടിരിക്കുന്നു

