

2. ഇൻഷുറർസിനുള്ള അപേക്ഷകരുടെ വിവരങ്ങൾ:

അപേക്ഷകൻ 1	നാമം										
	ലിംഗഭേദം	പുരുഷൻ	സ്ത്രീ	മറ്റുള്ളവ	ഉയരം	(HUF)	(ഇഞ്ച്)	ഭാരം	(kg)		
	മൊബൈൽ നമ്പർ				ജനന തീയതി	D D M M				ഇന്ത്യക്കാരനല്ലെങ്കിൽ ദയവായി ടിക്ക് ചെയ്യുക	
	പൊപ്പോസറുമായുള്ള ബന്ധം (ദയവായി ടിക്ക് ഓപ്ഷൻ): സ്വയം / പങ്കാളി / പിതാവ് / അമ്മ / അമ്മായിയപ്പൻ / അമ്മായിയമ്മ / മകൻ / മകൾ / ജീവനക്കാരൻ										
ഒരു രജിസ്റ്റർ ചെയ്ത മെഡിക്കൽ പ്രാക്ടീഷണർ *, ദയവായി നൽകുക: i. മെഡിക്കൽ രജിസ്ട്രേഷൻ നമ്പർ											
ii. കൗൺസിലിംഗ് പേർ											
iii. ജോലിസ്ഥലത്തിന്റെ വിലാസം											
അപേക്ഷകൻ 2	നാമം										
	ലിംഗഭേദം	പുരുഷൻ	സ്ത്രീ	മറ്റുള്ളവ	ഉയരം	(HUF)	(ഇഞ്ച്)	ഭാരം	(kg)		
	മൊബൈൽ നമ്പർ				ജനന തീയതി	D D M M				ഇന്ത്യക്കാരനല്ലെങ്കിൽ ദയവായി ടിക്ക് ചെയ്യുക	
	പൊപ്പോസറുമായുള്ള ബന്ധം (ദയവായി ടിക്ക് ഓപ്ഷൻ): സ്വയം / പങ്കാളി / പിതാവ് / അമ്മ / അമ്മായിയപ്പൻ / അമ്മായിയമ്മ / മകൻ / മകൾ / ജീവനക്കാരൻ										
ഒരു രജിസ്റ്റർ ചെയ്ത മെഡിക്കൽ പ്രാക്ടീഷണർ *, ദയവായി നൽകുക: i. മെഡിക്കൽ രജിസ്ട്രേഷൻ നമ്പർ											
ii. കൗൺസിലിംഗ് പേർ											
iii. ജോലിസ്ഥലത്തിന്റെ വിലാസം											
അപേക്ഷകൻ 3	നാമം										
	ലിംഗഭേദം	പുരുഷൻ	സ്ത്രീ	മറ്റുള്ളവ	ഉയരം	(HUF)	(ഇഞ്ച്)	ഭാരം	(kg)		
	മൊബൈൽ നമ്പർ				ജനന തീയതി	D D M M				ഇന്ത്യക്കാരനല്ലെങ്കിൽ ദയവായി ടിക്ക് ചെയ്യുക	
	പൊപ്പോസറുമായുള്ള ബന്ധം (ദയവായി ടിക്ക് ഓപ്ഷൻ): സ്വയം / പങ്കാളി / പിതാവ് / അമ്മ / അമ്മായിയപ്പൻ / അമ്മായിയമ്മ / മകൻ / മകൾ / ജീവനക്കാരൻ										
ഒരു രജിസ്റ്റർ ചെയ്ത മെഡിക്കൽ പ്രാക്ടീഷണർ *, ദയവായി നൽകുക: i. മെഡിക്കൽ രജിസ്ട്രേഷൻ നമ്പർ											
ii. കൗൺസിലിംഗ് പേർ											
iii. ജോലിസ്ഥലത്തിന്റെ വിലാസം											
അപേക്ഷകൻ 4	നാമം										
	ലിംഗഭേദം	പുരുഷൻ	സ്ത്രീ	മറ്റുള്ളവ	ഉയരം	(HUF)	(ഇഞ്ച്)	ഭാരം	(kg)		
	മൊബൈൽ നമ്പർ				ജനന തീയതി	D D M M				ഇന്ത്യക്കാരനല്ലെങ്കിൽ ദയവായി ടിക്ക് ചെയ്യുക	
	പൊപ്പോസറുമായുള്ള ബന്ധം (ദയവായി ടിക്ക് ഓപ്ഷൻ): സ്വയം / പങ്കാളി / പിതാവ് / അമ്മ / അമ്മായിയപ്പൻ / അമ്മായിയമ്മ / മകൻ / മകൾ / ജീവനക്കാരൻ										
ഒരു രജിസ്റ്റർ ചെയ്ത മെഡിക്കൽ പ്രാക്ടീഷണർ *, ദയവായി നൽകുക: i. മെഡിക്കൽ രജിസ്ട്രേഷൻ നമ്പർ											
ii. കൗൺസിലിംഗ് പേർ											
iii. ജോലിസ്ഥലത്തിന്റെ വിലാസം											
അപേക്ഷകൻ 5	നാമം										
	ലിംഗഭേദം	പുരുഷൻ	സ്ത്രീ	മറ്റുള്ളവ	ഉയരം	(HUF)	(ഇഞ്ച്)	ഭാരം	(kg)		
	മൊബൈൽ നമ്പർ				ജനന തീയതി	D D M M				ഇന്ത്യക്കാരനല്ലെങ്കിൽ ദയവായി ടിക്ക് ചെയ്യുക	
	പൊപ്പോസറുമായുള്ള ബന്ധം (ദയവായി ടിക്ക് ഓപ്ഷൻ): സ്വയം / പങ്കാളി / പിതാവ് / അമ്മ / അമ്മായിയപ്പൻ / അമ്മായിയമ്മ / മകൻ / മകൾ / ജീവനക്കാരൻ										
ഒരു രജിസ്റ്റർ ചെയ്ത മെഡിക്കൽ പ്രാക്ടീഷണർ *, ദയവായി നൽകുക: i. മെഡിക്കൽ രജിസ്ട്രേഷൻ നമ്പർ											
ii. കൗൺസിലിംഗ് പേർ											
iii. ജോലിസ്ഥലത്തിന്റെ വിലാസം											
അപേക്ഷകൻ 6	നാമം										
	ലിംഗഭേദം	പുരുഷൻ	സ്ത്രീ	മറ്റുള്ളവ	ഉയരം	(HUF)	(ഇഞ്ച്)	ഭാരം	(kg)		
	മൊബൈൽ നമ്പർ				ജനന തീയതി	D D M M				ഇന്ത്യക്കാരനല്ലെങ്കിൽ ദയവായി ടിക്ക് ചെയ്യുക	
	പൊപ്പോസറുമായുള്ള ബന്ധം (ദയവായി ടിക്ക് ഓപ്ഷൻ): സ്വയം / പങ്കാളി / പിതാവ് / അമ്മ / അമ്മായിയപ്പൻ / അമ്മായിയമ്മ / മകൻ / മകൾ / ജീവനക്കാരൻ										
ഒരു രജിസ്റ്റർ ചെയ്ത മെഡിക്കൽ പ്രാക്ടീഷണർ *, ദയവായി നൽകുക: i. മെഡിക്കൽ രജിസ്ട്രേഷൻ നമ്പർ											
ii. കൗൺസിലിംഗ് പേർ											
iii. ജോലിസ്ഥലത്തിന്റെ വിലാസം											

* പ്രീമിയത്തിൽ 5% കിഴിവ് നേടുക. മെഡിക്കൽ പ്രാക്ടീഷണർ എന്നാൽ ഏതെങ്കിലും സംസ്ഥാനത്തിന്റെ മെഡിക്കൽ കൗൺസിൽ അല്ലെങ്കിൽ മെഡിക്കൽ കൗൺസിൽ ഓഫ് ഇന്ത്യ അല്ലെങ്കിൽ കൗൺസിൽ പോർ ഇന്ത്യൻ മെഡിസിൻ അല്ലെങ്കിൽ ഇന്ത്യ ഗവൺമെന്റ് അല്ലെങ്കിൽ ഒരു സംസ്ഥാന സർക്കാർ സ്ഥാപിച്ച ഹോമിയോപ്പതി എന്നിവയിൽ നിന്ന് സാധുവായ രജിസ്ട്രേഷൻ കൈവശമുള്ള ഒരു വ്യക്തി എന്നാണ് അർത്ഥമാക്കുന്നത്. തന്റെ ലൈസൻസിന്റെ പരിധിയിലും അധികാരപരിധിയിലും പ്രവർത്തിക്കുന്നു.

3. കവറേജ് തിരഞ്ഞെടുപ്പ്:

അടിസ്ഥാന കവറേജ്:	
പോളിസി നമ്പർ #:	<input type="text"/> വ്യക്തി <input type="text"/> മൾട്ടി-മെമ്പർ വ്യക്തി
പരിരക്ഷിക്കപ്പെടേണ്ട ജീവിതങ്ങളുടെ എണ്ണം:	_____ മുതിർന്നവർ _____ കുട്ടികൾ
അടിസ്ഥാന തുക ഇൻഷുറർ ചെയ്യും:	_____
പോളിസി ടേം:	<input type="text"/> 1 വർഷം
നിർവ്വഹണമല്ലാത്ത പരിരക്ഷ:	
1. സുരക്ഷ	<input type="text"/> ശരി <input type="text"/> അല്ല
2. സുരക്ഷ+	<input type="text"/> ശരി <input type="text"/> അല്ല
3. പേഴ്സണൽ ആക്സിഡന്റ് കവർ തിരഞ്ഞെടുക്കുകയാണെങ്കിൽ ദയവായി ചെയ്യുക (ഈ ഓപ്ഷൻ 18 വയസ്സോ അതിൽ കൂടുതലോ പ്രായമുള്ള അപേക്ഷകർക്ക് മാത്രമേ	ടിക്കിൻ <input type="text"/> ശരി <input type="text"/> അല്ല

4. പോർട്ടബിലിറ്റി

പോളിസി നമ്പർ	ഇൻഷുറൻസ് കമ്പനിയായ നിസ്തു ആരംഭിക്കുന്ന തീയതി	നിസ്തു അവസാന തീയതി	Reasons for Porting

പോർട്ടബിലിറ്റി അപേക്ഷിക്കുന്നതിന് മുമ്പ് ഇൻഷുറർ ചെയ്ത വ്യക്തിയുടെ പേര്	ആദ്യ പോളിസി ആരംഭിക്കുന്ന തീയതി	പോർട്ടബിലിറ്റി അപേക്ഷിക്കുന്ന വർഷങ്ങളുടെ തുടർച്ചയായ കവറേജിന്റെ എണ്ണം	മുൻകാല നയങ്ങളിലെ ഷെഡ്യൂൾ	നിലവിലെ നോഷ്വെയിം ബോണസ്	ഇൻഷുറർ ചെയ്ത തുക - വർഷം 1 (ഏറ്റവും പഴയത്)	ഇൻഷുറർ ചെയ്ത തുക - വർഷം 2	ഇൻഷുറർ ചെയ്ത തുക - വർഷം 3	ഇൻഷുറർ ചെയ്ത തുക - വർഷം 4 (കാലഹരണപ്പെടുന്ന പോളിസി)

5. നോമിനേഷൻ

പ്രൊപ്പോസറുടെ മരണം സംഭവിക്കുന്ന സാഹചര്യത്തിൽ, പോളിസിക്ക് കീഴിൽ കൂടിശ്രീകയുള്ള ഏതൊരു പേയ് മെമ്പറും ചുവടെ നൽകിയിരിക്കുന്ന നോമിനേഷൻ നൽകപ്പെടും. നോമിനേഷൻ അത്തരം പേയ് മെമ്പർ സ്വീകരിക്കുന്നതിന് പോളിസിക്ക് കീഴിലുള്ള കമ്പനിയുടെ ബാധ്യത നിറവേറ്റുന്നതിന് തുല്യമാണ്.

നോമിനേഷൻ പേര്	ജനന തീയതി	പ്രൊപ്പോസറുമായുള്ള ബന്ധം	നോമിനേഷൻ വിലാസം, മൊബൈൽ നമ്പർ, ഇമെയിൽ ഐഡി	നിയുക്തന്റെ പേര് (നോമിനേഷൻ 18 വയസ്സിൽ താഴെയാണെങ്കിൽ)

6. മെഡിക്കൽ, ശീലങ്ങൾ, മുൻകാല നിർദ്ദേശ വിവരങ്ങൾ

വിഭാഗം എ: ഇൻഷുറർ ചെയ്യാൻ നിർദ്ദേശിച്ചിട്ടുള്ള ഏതെങ്കിലും വ്യക്തികളെ സംബന്ധിച്ചിടത്തോളം:							
ലൈഫ്, ആരോഗ്യം, ആശുപത്രി ദൈനംദിന പണം അല്ലെങ്കിൽ ക്രിട്ടിക്കൽ ഇൻ്റെന്നെസ് ഇൻഷുറൻസ് എന്നിവയ്ക്കുള്ള ഏതെങ്കിലും അപേക്ഷ പ്രക്രിയയിലാണോ അല്ലെങ്കിൽ ഏതെങ്കിലും ഇൻഷുറൻസ് കമ്പനി എപ്പോഴെങ്കിലും നിരസിക്കുകയോ മാറ്റിവയ്ക്കുകയോ ലോഡ് ചെയ്യുകയോ ഏതെങ്കിലും പ്രത്യേക നിബന്ധനകൾക്ക് വിധേയമാക്കുകയോ ചെയ്തിട്ടുണ്ടോ?		I	N	I	N	I	N
വിഭാഗം ബി: ഇൻഷുറർ ചെയ്യാൻ നിർദ്ദേശിക്കപ്പെട്ടിട്ടുള്ള ഏതെങ്കിലും വ്യക്തിക്ക് എപ്പോഴെങ്കിലും രോഗനിർണ്ണയം നടത്തിയിട്ടുണ്ടോ:							
i.	ഹൃദയഘാതം, ഹൃദയസ്തംഭനം, ഇസ്കെമിക് ഹൃദ്രോഗം അല്ലെങ്കിൽ കൊറോണറി ഹൃദ്രോഗം, ആൻജിന, ഹൃദയ വാൽവുകളുടെ രോഗങ്ങൾ, അരിത്മിയ, കാർഡിയോമയോപ്പതി മുതലായവ.	I	N	I	N	I	N
ii.	ഏതെങ്കിലും അവയവത്തിന്റേ ട്യൂമർ അല്ലെങ്കിൽ കാൻസർ, ലൂക്കീമിയ, ലിംഫോമ, സാർകോമ	I	N	I	N	I	N
iii.	പ്രധാന അവയവ പരാജയം അല്ലെങ്കിൽ മാറ്റിവയ്ക്കൽ (വൃക്ക, കരൾ, ഹൃദയം, ശ്വാസകോശം മുതലായവ)	I	N	I	N	I	N
iv.	സ്ത്രോക്ക്, എൻസെഫലോപതി, മസ്തിഷ്ക മുഴ, പാർക്കിൻസൺ രോഗം, മൾട്ടിപ്പിൾ സ്ക്ലിറോസിസ്, മോട്ടോർ ന്യൂറോൺ രോഗം, മസ്തിഷ്ക ഡിസ്ത്രോഫിയ, അൽഷിമേഴ്സ് രോഗം അല്ലെങ്കിൽ ഏതെങ്കിലും ന്യൂറോളജിക്കൽ രോഗം	I	N	I	N	I	N
v.	വിട്ടുമാറാത്ത ശ്വാസകോശ രോഗങ്ങൾ, പർമണറി ഹൈപോക്സിയം, ശ്വാസകോശത്തിന്റേ തകർച്ച അല്ലെങ്കിൽ ഇന്റർസ്റ്റീഷ്യൽ ശ്വാസകോശ രോഗം (ഐഎൽഡി)	I	N	I	N	I	N
vi.	ഹെപ്പറ്റൈറ്റിസ് ബി അല്ലെങ്കിൽ സി, വിട്ടുമാറാത്ത കരൾ രോഗങ്ങൾ, പാൻക്രിയാറ്റൈറ്റിസ്, പാൻക്രിയാസിന്റേ മറ്റു രോഗങ്ങൾ, ക്രോൺസ് രോഗം, അൾസറേറ്റീവ് കോളിറ്റിസ്	I	N	I	N	I	N
vii.	10 ദിവസത്തിൽ കൂടുതൽ ആശുപത്രിയിൽ പ്രവേശിപ്പിക്കപ്പെട്ടിട്ടുണ്ട്	I	N	I	N	I	N
viii.	തുടർച്ചയായി 10 ദിവസത്തിൽ കൂടുതൽ ഏതെങ്കിലും മരുന്നുകൾ / ചികിത്സകൾ എടുത്തിട്ടുണ്ടോ? നിയന്ത്രിത പ്രമേഹം, രക്താതിമർദ്ദം, ഉയർന്ന കൊളെസ്റ്റോൾ, ഹൈപ്പോതൈറോയിഡിസം, ജലദോഷം, പനി, വയറിളക്കം, ഡിബറ്റീസ് / അക്യൂട്ട് ഗ്ലൂസെറ്റോമിയ, അസിഡിറ്റി എന്നിവ ഒഴികെ മരുന്നുകളിൽ ഉൾപ്പെടാത്തവകൾ, കൃത്രിമവസ്തുക്കൾ, ഓറൽ മരുന്നുകൾ, ശരീരഭാഗങ്ങളിൽ ബാഹ്യ മെഡിക്കൽ ആപ്ലിക്കേഷനുകൾ എന്നിവ ഉൾപ്പെടുന്നു.	I	N	I	N	I	N
ix.	ഉപദേശിച്ചിട്ടുള്ള ഏതെങ്കിലും ചികിത്സ, സർജിക്കൽ അല്ലെങ്കിൽ മെഡിക്കൽ ചികിത്സയ്ക്കായി കാത്തിരിക്കുന്നു	I	N	I	N	I	N
x.	മുൻകാലങ്ങളിൽ അനുഭവിച്ച ഏതെങ്കിലും രോഗത്തിന്, ഭേദമായാലും ഇല്ലെങ്കിലും, ഏതെങ്കിലും ആനുകാലിക / പതിവ് ഫോളോ-അപ്പിന് കീഴിൽ? ഫോളോ-അപ്പി എന്നാൽ ആനുകാലിക കൺസൾട്ടേഷനുകൾ, അന്വേഷണങ്ങൾ മുതലായവ	I	N	I	N	I	N
xi.	കഴിഞ്ഞ 30 ദിവസത്തിനുള്ളിൽ നിലവിൽ ഉണ്ടായിട്ടുള്ളതോ ഉള്ളതോ ആയ പ്രശ്നങ്ങൾക്കായി ഡോക്ടറുമായി ഏതെങ്കിലും കൺസൾട്ടേഷനുകൾ നടത്തുകയോ ഏതെങ്കിലും പരിശോധനകൾ നിർദ്ദേശിക്കുകയോ ചെയ്തിട്ടുണ്ടോ?	I	N	I	N	I	N
xii.	ഇൻസുലിൻ പ്രമേഹം, അനിയന്ത്രിതമായ രക്താതിമർദ്ദം	I	N	I	N	I	N
xiii.	ഏതെങ്കിലും വിട്ടുമാറാത്ത വൃക്കരോഗം	I	N	I	N	I	N
xiv.	പ്രധാന അവയവങ്ങളുടെ അന്ധാരണതകളുമായി ബന്ധപ്പെട്ട ഏതെങ്കിലും ജനിതക വൈകല്യങ്ങൾ	I	N	I	N	I	N
xv.	എച്ച്ഐവി / എയ്സ്, തലസീമിയ, സിക്കിൾ സെൽ രോഗം, ഹീമോഫിലിയ അല്ലെങ്കിൽ ഇരുമ്പിന്റേ കുറവുള്ള വിളർച്ച ഒഴികെ മറ്റേതെങ്കിലും രക്ത സംബന്ധമായ പ്രശ്നങ്ങൾ.	I	N	I	N	I	N
xvi.	സൈക്യാട്രിക് / മാനസിക രോഗങ്ങൾ അല്ലെങ്കിൽ ഉറക്ക വൈകല്യം?	I	N	I	N	I	N

വിഭാഗം സി: വിഭാഗത്തിൽ അതെ (Y) എന്ന് അടയാളപ്പെടുത്തിയിട്ടുള്ള ചോദ്യങ്ങളിൽ നിന്ന് വിവരങ്ങൾ വ്യക്തമാക്കുക:								
അപേക്ഷകൻ്റെ നമ്പർ	രക്തപ്രസരണങ്ങൾ (കൾ) അല്ലെങ്കിൽ അന്വേഷണങ്ങൾ (കൾ) അല്ലെങ്കിൽ രോഗനിർണ്ണയം അല്ലെങ്കിൽ രോഗനിർണ്ണയം നടത്തിയിട്ടുള്ള വിവരങ്ങൾ		മരുന്നുകൾ	ഡോസേജ്	നിലവിലെ അവസ്ഥ (ഉദാഹരണത്തിന്, പൂർണ്ണമായ / ഭാഗിക വീണ്ടെടുക്കൽ അല്ലെങ്കിൽ തുടർച്ചയായ ചികിത്സ)	ചികിത്സിക്കുന്ന ഡോക്ടറുടെ പേരും സമ്പർക്ക വിവരങ്ങളും	അറ്റാച്ചുമെന്റുള്ള രേഖകൾ (Yes/No)	
	HbA1c ലെവൽ ഉണ്ടെങ്കിൽ	ഉയർന്ന രക്തസമ്മർദ്ദം ബിപി നിലയാണെങ്കിൽ						മറ്റേതെങ്കിലും വിവരങ്ങൾ

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

- മുകളിൽ പറഞ്ഞ പ്രസ്താവനകൾ, ഉത്തരങ്ങൾ, ഒപ്പം/അല്ലെങ്കിൽ വിശദാംശങ്ങൾ എന്നിവ എന്റെ അറിവിന്റെ പരമാവധി എല്ലാ അർത്ഥത്തിലും സത്യവും പൂർണ്ണവുമാണെന്നും ഈ മറ്റ് വ്യക്തികൾക്ക് വേണ്ടി നിർദ്ദേശിക്കാൻ എനിക്ക് അധികാരമുണ്ടെന്നും എനിക്ക് വേണ്ടിയിട്ടുള്ള ഇൻഷുറർ ചെയ്യാൻ ഉദ്ദേശിക്കുന്ന എല്ലാ വ്യക്തികൾക്കും വേണ്ടിയും ഞാൻ ഇതിനാൽ പ്രഖ്യാപിക്കുന്നു.
- ഞാൻ നൽകുന്ന വിവരങ്ങൾ ഇൻഷുറൻസ് പോളിസിയിലെ അടിസ്ഥാനമായിരിക്കുമെന്നും ഇൻഷുററുടെ ബോർഡ് അംഗീകരിച്ച അണ്ടർവൈറ്റിംഗ് പോളിസിക്ക് വിധേയമാണെന്നും ഇടയാക്കാവുന്ന പ്രീമിയം പൂർണ്ണമായും അടച്ചതിനുശേഷം മാത്രമേ പോളിസി പ്രാബല്യത്തിൽ വരികയുള്ളൂ എന്നും ഞാൻ മനസ്സിലാക്കുന്നു.
- പ്രൊപ്പോസൽ സമർപ്പിച്ചതിന് ശേഷം ഇൻഷുറർ ചെയ്യേണ്ട / പ്രൊപ്പോസറുടെ തൊഴിലിലോ ജീവിതത്തിന്റെ പൊതുവായ ആരോഗ്യത്തിലോ സംഭവിക്കുന്ന എന്തെങ്കിലും മാറ്റം കമ്പനി റിസ്ക് സ്വീകാര്യതയുടെ ആശയവിനിമയത്തിന് മുമ്പായി ഞാൻ രേഖാമൂലം അറിയിക്കുമെന്ന് ഞാൻ പ്രഖ്യാപിക്കുന്നു.
- ഇൻഷുറർ ചെയ്യപ്പെടേണ്ട / പ്രൊപ്പോസർ ചെയ്യുന്ന വ്യക്തിയുടെ ശാരീരികമോ മാനസികമോ ആയ ആരോഗ്യത്തെ ബാധിക്കുന്ന എന്തെങ്കിലും സംഭവമായിട്ടുള്ള / പ്രൊപ്പോസറുമായി ബന്ധപ്പെട്ട ഏതെങ്കിലും ഡോക്ടറിൽ നിന്നോ ആശുപത്രിയിൽ നിന്നോ ഏതെങ്കിലും മുൻകാല അല്ലെങ്കിൽ നിലവിലെ തൊഴിലുമായിൽ നിന്നോ മെഡിക്കൽ വിവരങ്ങൾ തേടുന്നതിനും ഇൻഷുറർ ചെയ്യേണ്ട / പ്രൊപ്പോസറിൽ ഇൻഷുറൻസിന് അപേക്ഷ നൽകിയിട്ടുള്ള ഏതെങ്കിലും ഇൻഷുററിൽ നിന്ന് വിവരങ്ങൾ തേടുന്നതിനും ഞാൻ സമ്മതിക്കുന്നുവെന്ന് ഞാൻ പ്രഖ്യാപിക്കുന്നു നിർദ്ദേശത്തിനും / അല്ലെങ്കിൽ ക്ഷേമം സെറ്റിൽമെന്റിനും അണ്ടർവൈറ്റിംഗ് ഉദ്ദേശ്യത്തിനായി.
- പ്രൊപ്പോസൽ അണ്ടർവൈറ്റിംഗ്, ഒപ്പം/അല്ലെങ്കിൽ ക്ഷേമം സെറ്റിൽമെന്റ്, ഏതെങ്കിലും സർക്കാർ, / അല്ലെങ്കിൽ റെഗുലേറ്ററി അതോറിറ്റി എന്നിവയുമായി അണ്ടർവൈറ്റിംഗ് ചെയ്യുക എന്ന ഏക ഉദ്ദേശ്യത്തിനായി ഇൻഷുറർ ചെയ്ത വ്യക്തിയുടെ / പ്രൊപ്പോസറുടെ മെഡിക്കൽ രേഖകൾ ഉൾപ്പെടെ എന്റെ നിർദ്ദേശവുമായി ബന്ധപ്പെട്ട വിവരങ്ങൾ പങ്കിടാൻ ഞാൻ കമ്പനിയെ അധികാരപ്പെടുത്തുന്നു.

ഉത്തരപ്പന

D	D	M	M	So	So	So	So
---	---	---	---	----	----	----	----

 സ്ഥലം _____ പ്രൊപ്പോസറുടെ ഒപ്പ്

8. പ്രാദേശിക ഭാഷാ പ്രഖ്യാപനം

(പ്രൊപ്പോസർ പ്രാദേശിക ഭാഷയിൽ ഒപ്പിട്ടിട്ടുള്ളെങ്കിൽ സർട്ടിഫിക്കേഷൻ കമ്പനിയുടെ ഏജന്റ് / ജീവനക്കാരൻ ഒഴികെ മറ്റാരെങ്കിലും സാക്ഷ്യം വഹിക്കണം). ഈ ഫോമിന്റെ ഉള്ളടക്കവും അതിന്റെ വിശദാംശങ്ങളും ഞാൻ പ്രാദേശിക ഭാഷയിൽ പ്രൊപ്പോസർക്ക് വിശദീകരിച്ചിട്ടുണ്ട്, അദ്ദേഹം അത് മനസ്സിലാക്കുകയും സ്ഥിരീകരിക്കുകയും ചെയ്തിട്ടുണ്ട്.

സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തുന്ന വ്യക്തിയുടെ പേര്: സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തുന്ന വ്യക്തിയുടെ ഒപ്പ്: സർട്ടിഫിക്കറ്റ് നൽകുന്ന വ്യക്തിയുടെ മൊബൈൽ നമ്പർ:

സാക്ഷിയുടെ പേര് ഒപ്പ് സാക്ഷി സാക്ഷിയുടെ മൊബൈൽ നമ്പർ:

ഒപ്പ് പ്രൊപ്പോസർ

9. പ്രൊപ്പോസർ ഡിക്ലറേഷൻ

(ഏതെങ്കിലും കാരണത്താൽ, നിർദ്ദേശവും മറ്റ് അനുബന്ധ പേപ്പറുകളും പ്രൊപ്പോസർ പുരിപ്പിക്കാത്ത സർട്ടിഫിക്കേഷൻ, പ്രൊപ്പോസൽ ഫോമിന്റെയും ബന്ധപ്പെട്ട ഡോക്യുമെന്റുകളുടെയും ഉള്ളടക്കം എനിക്ക് പൂർണ്ണമായി വിശദീകരിച്ചിട്ടുണ്ട്, നിർദ്ദിഷ്ട കരാറിന്റെ പ്രധാന്യം ഞാൻ പൂർണ്ണമായും മനസ്സിലാക്കി. പ്രൊപ്പോസൽ ഫോമിന്റെ നിർദ്ദേശപ്രകാരം _____ പുരിപ്പിക്കുന്നു, അത് ശരിയും പൂർണ്ണവുമാണെന്ന് ഞാൻ കണ്ടെത്തി.

പ്രൊപ്പോസറുടെ ഒപ്പ്

10. പ്രീമിയം വിശദാംശങ്ങൾ (ഓഫീസ് ഉപയോഗത്തിന് മാത്രം)

പ്രീമിയം പേയ്മെന്റ് ഓപ്ഷൻ ചെക്ക് ഡിമാൻഡ് ഡ്രാഫ്റ്റ് ക്രെഡിറ്റ് കാർഡ് / ഡെബിറ്റ് കാർഡ് നെറ്റ് ബാങ്കിംഗ് Cash/Others

പ്രീമിയം തുക ഓൺലൈൻ പേയ്മെന്റ് ഇടപാട് ഐഡി: ഉത്തരപ്പന

D	D	M	M	So	So	So	So
---	---	---	---	----	----	----	----

ബാങ്കിന്റെ പേര് / ബ്രാഞ്ച് നിവ ബുപ്പ ബ്രാഞ്ച് ലൊക്കേഷൻ

കോഡ് നമ്പർ ബിസിനസ്സ് ഉറവിടം: അഡ്രസ്സ് / ഡിഎസ്സി / കോർപ്പറേറ്റ് ഏജൻസി / മറ്റ് ചാനലുകൾ

കോഡ് നമ്പർ

നാമം

ലഭിച്ച നിർദ്ദേശം:

D	D	M	M	So	So	So	So
---	---	---	---	----	----	----	----

 ഉപഭോക്തൃ ID:

പ്രൊപ്പോസർ അല്ലെങ്കിൽ അപേക്ഷകൻ ഒരു സ്റ്റാഫ് ആഗ്നോജൻറി അല്ല

11. ബാങ്ക് അക്കൗണ്ട് ചാനലിലുള്ള അധിക വിശദാംശങ്ങൾ മാത്രം (ഓഫീസ് ഉപയോഗത്തിന് മാത്രം)

ബ്രാഞ്ച് കോഡ് എസ്സി കോഡ് RM/LG കോഡ്

C customer account number

12. ഇൻഷുറൻസ് അഡ്വൈസറുടെ റിപ്പോർട്ട് (ഓഫീസ് ഉപയോഗത്തിന് മാത്രം)

ഒരു ഇൻഷുറൻസ് അഡ്വൈസർ / കോർപ്പറേറ്റ് ഏജൻറിന്റെ / ബ്രോക്കർ / റിപ്പ്രെന്റേഷിപ്പ് ഓഫീസറുടെ അംഗീകൃത ജീവനക്കാരൻ എന്ന നിലയിൽ, ഈ പ്രൊപ്പോസൽ ഫോമിൽ അടങ്ങിയിരിക്കുന്ന ചോദ്യങ്ങളുടെ സ്വഭാവം ഉൾപ്പെടെ, ഈ പ്രൊപ്പോസൽ ഫോമിൽ അടങ്ങിയിരിക്കുന്ന ചോദ്യങ്ങൾക്ക് അദ്ദേഹം / അവൾ സമർപ്പിച്ച വിവരങ്ങളും പ്രതികരണവും ഉൾപ്പെടെ ഈ പ്രൊപ്പോസൽ ഫോമിലെ എല്ലാ ഉള്ളടക്കങ്ങളും ഞാൻ പ്രൊപ്പോസറോട് വിശദീകരിച്ചിട്ടുണ്ടെന്ന് ഇതിനാൽ പ്രഖ്യാപിക്കുന്നു. പോളിസി നൽകുന്നതിന് കമ്പനി ഈ നിർദ്ദേശം കമ്പനി അംഗീകരിക്കുകയാണെങ്കിൽ, കമ്പനിയും പ്രൊപ്പോസറും തമ്മിലുള്ള ഇൻഷുറൻസ് കരാർ.

ഈ പ്രൊപ്പോസൽ ഫോമിൽ എന്തെങ്കിലും അസത്യ പ്രസ്താവന (പ്രസ്താവനകൾ) / വിവരങ്ങൾ / പ്രതികരണം (കൾ) അടങ്ങിയിട്ടുണ്ടെങ്കിൽ / അനുബന്ധം (കൾ), സത്യവാങ്മൂലങ്ങൾ, പ്രസ്താവനകൾ, സമർപ്പണങ്ങൾ, നൽകപ്പെടേണ്ട / കൂടുതൽ കാര്യങ്ങൾ എന്നിവ ഉൾപ്പെടുന്നവെങ്കിൽ, എന്തെങ്കിലും ഭൗതിക വസ്തു വെളിച്ചപ്പെടുത്താത്ത സാഹചര്യത്തിൽ, ഈ നിർദ്ദേശത്തിന് അനുസൃതമായി അദ്ദേഹത്തിന് / അവൾക്ക് അനുകൂലമായി നൽകിയ പോളിസി കമ്പനി അസാധ്യമായി കണക്കാക്കുകയും പോളിസിക്ക് കീഴിൽ അടച്ച എല്ലാ പ്രീമിയങ്ങളും കമ്പനിക്ക് കണ്ടുകൊടുക്കുകയും ചെയ്യാം.

ഈ തീയതി

ഇൻഷുറൻസ് അഡ്വൈസറുടെ ഒപ്പ്

13. നിയമപരമായ മൂന്നറിയിപ്പ്

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 നേരിട്ടോ അല്ലാതെയോ പേരല്ലിക്കാൻ ഒരു വ്യക്തിയും അനുവദിക്കുകയോ വാഗ്ദാനം ചെയ്യുകയോ ചെയ്യരുത്. ഇൻഷുററുടെ പ്രസിഡൻ്റ് പ്രോസ്പെക്ടുകൾക്കോ പട്ടികകൾക്കോ അനുസൃതമായി അനുവദിയായേക്കാവുന്ന റിബന്റ് ഒഴികെ പോളിസി എടുക്കുകയോ പുതുക്കുകയോ തുടരുകയോ ചെയ്യുന്ന ഒരു വ്യക്തിയും ഒരു റിബന്റും സ്വീകരിക്കില്ല.

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

14. ഗ്രാമീണ, സാമൂഹിക മേഖല വിഭാഗം (ബ്രാധകമെങ്കിൽ):

ആശാ വർക്കർ എംജിഎൻആർഇജിഎ തൊഴിലാളി

1.4. ABHA ID

അംഗത്തിന്റെ പേര്	നിങ്ങൾക്ക് ABHA ID ഉണ്ടോ?		ABHA ID	ABHA വഴി ഇൻഷുറർമാരുമായി/ടിപിഎമാരുമായി മെഡിക്കൽ രേഖകൾ പങ്കിടുന്നതിനുള്ള	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ശരി	<input type="checkbox"/> അല്ല	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ശരി	<input type="checkbox"/> അല്ല
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ശരി	<input type="checkbox"/> അല്ല	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ശരി	<input type="checkbox"/> അല്ല
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ശരി	<input type="checkbox"/> അല്ല	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ശരി	<input type="checkbox"/> അല്ല
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ശരി	<input type="checkbox"/> അല്ല	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ശരി	<input type="checkbox"/> അല്ല
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ശരി	<input type="checkbox"/> അല്ല	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ശരി	<input type="checkbox"/> അല്ല
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ശരി	<input type="checkbox"/> അല്ല	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ശരി	<input type="checkbox"/> അല്ല

15. റീഫറൻസും ക്ലെയിമുകളുടെ പേയ്മെന്റിനുമുള്ള വിശദാംശങ്ങൾ

പേയ്മെന്റ് സ്വീകരിക്കുന്നതിനുള്ള ഓപ്പഷൻ: ബാങ്ക് ട്രാൻസ്ഫർ

ബെനിഫിഷ്യറിയുടെ പേര്

ബാങ്കിന്റെ പേര്

അക്കൗണ്ട് നമ്പർ IFSC കോഡ്

അക്കൗണ്ട് തരം

നിവ ബുപ ഹെൽത്ത് ഇൻഷുറൻസ് കമ്പനി ലിമിറ്റഡ്; രജിസ്റ്റർ ചെയ്ത ഓഫീസ്:- സി-98, ഒന്നാം നില, ലജ്ജൻ ഗൾ, ഭാഗം 1, ന്യൂഡൽഹി-110024
 നിരാകരണം: ഇൻഷുറൻസ് അഭ്യർത്ഥനയുടെ വിഷയമാണ്. നിവ ബുപ ഹെൽത്ത് ഇൻഷുറൻസ് കമ്പനി ലിമിറ്റഡ് (മുമ്പ് മാക്സ് ബുപ ഹെൽത്ത് ഇൻഷുറൻസ് കമ്പനി ലിമിറ്റഡ് എന്നറിയപ്പെട്ടിരുന്നു) (ഐആർഡിഎഐ രജിസ്ട്രേഷൻ നമ്പർ 145), ബുപ, ഹാർട്ട്ബീറ്റ് ലോഗോ എന്നിവ അതൽ ഉടമകളുടെ രജിസ്റ്റർ ചെയ്ത വ്യാപാരമുദ്രകളാണ്, ഇത് നിവ ബുപ ഹെൽത്ത് ഇൻഷുറൻസ് കമ്പനി ലിമിറ്റഡ് ലൈസൻസിന് കീഴിൽ ഉപയോഗിക്കുന്നു. കസ്റ്റമർ ഹെൽപ്പ് ലൈൻ: 1860-500-8888. വെബ്സൈറ്റ്: www.nivabupa.com. സിന്റേഴ്സ്: U66000DL2008PLC182918. നിബന്ധനകളും വ്യവസ്ഥകളും, ഒഴിവാക്കലുകൾ, അപകടസാധ്യത ഘടകങ്ങൾ, കാത്തിരിപ്പ് കാലയളവ്, ആനുകൂല്യങ്ങൾ എന്നിവയെക്കുറിച്ചുള്ള കൂടുതൽ വിശദാംശങ്ങൾക്ക്, വിൽപ്പന അവസാനിപ്പിക്കുന്നതിന് മുമ്പ് സെയിൽസ് ബ്രോഷർ ശ്രദ്ധാപൂർവ്വം വായിക്കുക.

This Space Has Been Left Blank Intentionally.

നിവ ബുപ ഹെൽത്ത് ഇൻഷുറൻസ് കമ്പനി ലിമിറ്റഡ്; രജിസ്റ്റർ ചെയ്ത ഓഫീസ്: സി-98, ഒന്നാം നില, ലജ്ജി നഗർ, ഭാഗം 1, ന്യൂഡൽഹി-110024

നിരാകരണം: ഇൻഷുറൻസ് അഭ്യർത്ഥനയുടെ വിഷയമാണ്. നിവ ബുപ ഹെൽത്ത് ഇൻഷുറൻസ് കമ്പനി ലിമിറ്റഡ് (മുമ്പ് മാക് ബുപ ഹെൽത്ത് ഇൻഷുറൻസ് കമ്പനി ലിമിറ്റഡ് എന്നറിയപ്പെട്ടിരുന്നു) (ഐആർഡിഎഐ രജിസ്ട്രേഷൻ നമ്പർ 145), 'ബുപ', 'ഹാർട്ട്ബീറ്റ്' ലോഗോ എന്നിവ അതത് ഉടമകളുടെ രജിസ്റ്റർ ചെയ്ത വ്യാപാരമുദ്രകളാണ്, ഇത് നിവ ബുപ ഹെൽത്ത് ഇൻഷുറൻസ് കമ്പനി ലിമിറ്റഡ് ലൈസൻസിന് കീഴിൽ ഉപയോഗിക്കുന്നു. കസ്റ്റമർ ഹെൽപ്പ് ലൈൻ: 1860-500-8888. വെബ്സൈറ്റ്: www.nivabupa.com. സിഐഎൻ: U66000DL2008PLC182918. നിബന്ധനകളും വ്യവസ്ഥകളും, ഒഴിവാക്കലുകൾ, അപകടസാധ്യത ഘടകങ്ങൾ, കാത്തിരിപ്പ് കാലാവധി, ആനുകൂല്യങ്ങൾ എന്നിവയെക്കുറിച്ചുള്ള കൂടുതൽ വിവരങ്ങൾക്കായി, വിൽപ്പന അവസാനിപ്പിക്കുന്നതിന് മുമ്പ് സെയിൽസ് ബ്രോഷർ ശ്രദ്ധാപൂർവ്വം വായിക്കുക.

ഉൽപ്പന്നത്തിന്റെ പേര്: എലിക്സിർ | ഉൽപ്പന്നം UIN: NBHHUP23156V012223

കമ്പനിയുടെ അംഗീകാരം

ആപ്ലിക്കേഷൻ നമ്പർ:

ഈതരപ്പന

_____ ന് എടുത്ത _____ തീയതിയിലെ _____ രൂപ _____ ചെക്ക് / ഡിമാൻഡ് ഡ്രാഫ്റ്റ് / മറ്റുള്ളവ വഴി നിങ്ങളുടെ നിർദ്ദേശവും തുകയും ലഭിച്ചതായി ഞങ്ങൾ നിങ്ങളോട് അംഗീകരിക്കുന്നു. ഇൻഷുറൻസിനായി പൂർത്തിയായ ഒരു നിർദ്ദേശമോ പോളിസി നൽകുന്നതിന് നൽകിയ ഏതെങ്കിലും പേയ്മെന്റോ ഞങ്ങൾക്ക് സമർപ്പിക്കുന്നത് ഒരു പോളിസി പുറപ്പെടുവിക്കാൻ സമ്മതിക്കാൻ ഞങ്ങളെ നിർബന്ധിക്കുന്നില്ല. ആ തീരുമാനം എല്ലായ്പ്പോഴും ഞങ്ങളുടെ ഏകവും സമ്പൂർണ്ണവുമായ വിവേചനാധികാരത്തിലായിരിക്കും. ഇൻഷുറൻസിനായുള്ള ഒരു നിർദ്ദേശം ഞങ്ങൾ സ്വീകരിക്കുകയാണെങ്കിൽ, അത് പോളിസിയുടെ നിബന്ധനകൾക്കും വ്യവസ്ഥകൾക്കും വിധേയമായിരിക്കും, പ്രീമിയം പൂർണ്ണമായും കൃത്യസമയത്തും ഞങ്ങൾക്ക് ലഭിച്ചില്ലെങ്കിൽ അല്ലെങ്കിൽ യാഥാർത്ഥ്യമായില്ലെങ്കിൽ ഞങ്ങൾക്ക് യാതൊരു ബാധ്യതയും ഉണ്ടായിരിക്കില്ല. ഞങ്ങൾ നിർദ്ദേശം അംഗീകരിക്കുന്നില്ലെങ്കിൽ, നിങ്ങളിൽ നിന്ന് പലിശയില്ലാതെ ലഭിച്ച മെഡിക്കൽ ടെസ്റ്റുകളുടെ ചെലവ് കുറച്ചതിന് ശേഷം ഞങ്ങൾ നിങ്ങളെ അറിയിക്കുകയും പേയ്മെന്റ് തിരികെ നൽകുകയും ചെയ്യും.

സ്വീകർത്താവിന്റെയും ഓഫീസ് സീലിന്റെയും പേരും ഒപ്പും