niva Bupa
Health Insurance

ഇൻഷുറൻസിനുള്ള അപേക്ഷ: ആരോഗ്യം +

യുആർഎൻ: **030**

ഇൻഷുറൻസ് കരാർ ഒരു നിയമപരമായ കരാറാണ്, ഇത് ട്രസ്റ്റിനെയും ഞങ്ങൾ നിങ്ങളെ വിശ്വസിക്കുന്നതിനെയും അടിസ്ഥാനമാക്കിയുള്ളതാണ്.

നിങ്ങളുടെ ആരോഗ്യത്തെക്കുറിച്ചുള്ള വിവരങ്ങളും നിങ്ങളുടെ പോളിസിയിലെ സ്വാധീനവും എത്രത്തോളം പ്രസക്തമാണെന്ന് നിങ്ങൾക്ക് അറിയിച്ചായിരിക്കാം എന്ന് ഞങ്ങൾ മനസ്സിലാക്കുന്നു. അതിനാൽ നിങ്ങൾ എല്ലാ ആരോഗ്യ വിവരങ്ങളും വെളിപ്പെടുത്തേണ്ടത് വളരെ പ്രധാനമാണ്, അത് എത്രത്തോളം പ്രസക്തമാണെന്ന് ഞങ്ങൾ തീരുമാനിക്കും ഞങ്ങൾ ഇതിനെ

'മെറ്റീരിയൽ വസ്തുത' എന്ന് വിളിക്കുന്നു. പോളിസി റദ്ദാക്കാം, കുടിശ്ശികകൾ നിരസിക്കപ്പെടും, അടച്ച പ്രീമിയം റീഫണ്ട് ചെയ്യില്ല, ഇൻഷുറർ ചെയ്യാൻ ഉദ്ദേശിക്കുന്ന എല്ലാ അംഗങ്ങളെയും കുറിച്ച് ശരിയായതും പূർണ്ണവുമായ വിവരങ്ങൾ നൽകിയില്ലെങ്കിൽ മേൽപ്പറഞ്ഞ അടച്ച ആനുകൂല്യങ്ങൾ വീണ്ടെടുക്കുന്നതിനുള്ള നിയമനടപടികൾ ആരംഭിക്കാം.

മുഴുവൻ പ്രീമിയവും ലഭിക്കുകയും റിസ്ക് വ്യക്തമായി അംഗീകരിക്കുകയും ചെയ്തതിനുശേഷം മാത്രമേ കവറേജ് ആരംഭിക്കാൻ കഴിയൂ എന്ന് ചട്ടങ്ങൾ അനുശാസിക്കുന്നു.

1. പ്രൊപ്പോസർ വിശദാംശങ്ങൾ:

പ്രൊപ്പോസർ: (Mr/Mrs/Ms)	FIRST											MIDDLE																എൽ.എസ്.ടി									
ജനന തിയതി	DDMMYYYY											ലിംഗഭേദം: ☐ പുരുഷൻ ☐ സ്ത്രീ ☐ മറ്റുള്ളവ																											
നിലവിലെ വിലാസം:																																					
ലാൻഡ് മാർക്ക്:																							നഗരം/നഗരം:														
ജില്ല:																							സംസ്ഥാനം:														
പിൻ കോഡ്:																							മൊബൈൽ ഫോൺ:														
എസ്ടിഡി കോഡ് ഉള്ള ടെലിഫോൺ																							ഇ-മെയിൽ:														
പാൻ നമ്പർ																							ദേശീയത														

തൊഴിൽ: ☐ ശമ്പളക്കാർ ☐ സ്വയംതൊഴിൽ ☐ വിദ്യാർത്ഥി ☐ വീട്ടമ്മ ☐ അല്ലാത്തപക്ഷം, _____Annual വരുമാനം (_____ രൂപ) വ്യക്തമാക്കുക

OVC നമ്പർ (ഓപ്ഷണൽ): _____

നിങ്ങൾക്ക് പോളിസി കിറ്റിന്റെ ഫിസിക്കൽ പകർപ്പ് വേണോ: അതെ ഇല്ല ☐ ☐

☐ ചെറുവയെ കോളനിവത്കരിക്കുക എന്നത് വളരെ ബുദ്ധിമുട്ടുള്ള കാര്യമാണ്. എലോണും ഐഎസ്ആർഒയും അത് കണ്ടെത്തുന്നതുവരെ, ഞാൻ ഹരിത പോരാളിയായി തുടരും. സോഫ്റ്റ് കോപ്പി അയച്ചു തരൂ, പേപ്പർ പാഴാക്കരുത്

☐ ഈ നയം ഒരു eIA-യ്ക്ക് ക്രെഡിറ്റ് ചെയ്യാൻ ഞാൻ ആഗ്രഹിക്കുന്നു, ഇത് നിങ്ങളുടെ നയങ്ങൾക്കുള്ള ഒരു ഡിജിറ്റൽ നിലവറ പോലെയാണ്.

നിലവിലുള്ള ഇ-ഇൻഷുറൻസ് അക്കൗണ്ട് നമ്പർ. ☐ _____ ഇൻഷുറൻസ് റെപ്പോസിറ്ററി നാമം (നിങ്ങൾ നിങ്ങളുടെ അക്കൗണ്ട് തുറന്നു)

1. NSDL ഡാറ്റാബേസ് മാനേജ്മെന്റ് ലിമിറ്റഡ് ☐
2. സെൻട്രൽ ഇൻഷുറൻസ് റെപ്പോസിറ്ററി ലിമിറ്റഡ് ☐
3. കാർവി ഇൻഷുറൻസ് റെപ്പോസിറ്ററി ലിമിറ്റഡ് ☐
4. M/s CAMS Repository Services Limited ☐ (മുകളിലുള്ളവയിൽ ആരെയെങ്കിലും തിരഞ്ഞെടുക്കുക) അല്ലെങ്കിൽ

☐ നിങ്ങൾക്കായി ഒരു ഇഐഎ അക്കൗണ്ട് തുറക്കാൻ ഞങ്ങളെ സഹായിക്കാൻ നിങ്ങൾ ആഗ്രഹിക്കുന്നുവെങ്കിൽ, സെക്ഷൻ 3, നെഫ്റ്റ് & ബാങ്ക് വിശദാംശങ്ങൾ അല്ലെങ്കിൽ

☐ എനിക്ക് ഒരു eIA ഇല്ല, ഒരെണ്ണം തുറക്കാൻ ആഗ്രഹിക്കുന്നില്ല

☐ സ്വാഗത കോളുകൾ / എസ്എംഎസ്, സർവീസ് കോളുകൾ / എസ്എംഎസ്, പോളിസിയുമായി ബന്ധപ്പെട്ട വിവരങ്ങൾ അല്ലെങ്കിൽ മറ്റേതെങ്കിലും വാണിജ്യ ആശയവിനിമയം നടത്തുന്നതിന് എന്റെ രജിസ്റ്റർ ചെയ്ത ഫോൺ നമ്പറിൽ എസ്എംഎസ് / ഇമെയിൽ / ഫോൺ / വാട്ട്സ്ആപ്പ് / ഫേസ്ബുക്ക് അല്ലെങ്കിൽ മറ്റേതെങ്കിലും മോഡുകൾ വഴി എന്നെ ബന്ധപ്പെടാൻ നിവ ബുപ്പ ഹെൽത്ത് ഇൻഷുറൻസിനോ അതിന്റെ ഏതെങ്കിലും ഏജന്റുമാർക്കും / അല്ലെങ്കിൽ മൂന്നാം കക്ഷി (കൾ) / അഫിലിയേറ്റുകൾക്കും ഞാൻ അധികാരം നൽകുന്നു.

നിങ്ങളോ നിർദ്ദിഷ്ട അപേക്ഷകരിൽ ആരെങ്കിലുമോ രാഷ്ട്രീയമായി തുറന്നുകാട്ടപ്പെട്ട വ്യക്തിയാണോ (PEP) ☐ ശരി ☐ അല്ല

കേന്ദ്ര അല്ലെങ്കിൽ സംസ്ഥാന സർക്കാരുകളുടെ മേധാവികൾ / മന്ത്രിമാർ, മുതിർന്ന രാഷ്ട്രീയക്കാർ, മുതിർന്ന സർക്കാർ, ജുഡീഷ്യൽ അല്ലെങ്കിൽ ഭരണഘടന, ഉദ്യോഗസ്ഥർ, സർക്കാർ കമ്പനികളുടെ

മുതിർന്ന എക്സിക്യൂട്ടീവുകൾ, പ്രധാനപ്പെട്ട പാർട്ടി ഉദ്യോഗസ്ഥർ എന്നിങ്ങനെ പ്രധാനപ്പെട്ട പൊതു പ്രമുഖരുടെ സ്വഭാവമുള്ള അല്ലെങ്കിൽ

പ്രമുഖരുടെയുള്ളത്തിലുള്ള ബന്ധുക്കൾ **PEP**. നിങ്ങൾ **PEP**-യ് ക്കതിരെ ടിക്ക് ചെയ്തിട്ടുണ്ടെങ്കിൽ, ദയവായി പ്രത്യേക **PEP** ഫോട്ടോകോപ്പി

ഗ്രാമീണ, സാമൂഹിക മേഖല വിഭാഗം (ബാധകമെങ്കിൽ: ☐ ആശാ വർക്കർ ☐

niva Bupa
Health Insurance

2. അപേക്ഷകരുടെ വിശദാംശങ്ങളും പ്ലാൻ തിരഞ്ഞെടുപ്പും

1	നാമം	ലിംഗഭേദം	ജനന തീയതി	ഉയരം (സെന്റിമീറ്ററിൽ)	ഭാരം (കിലോഗ്രാമിൽ)	മൊബൈൽ നമ്പർ	പ്രൊപ്പോസറുമായുള്ള ബന്ധം	ഒരു രജിസ്റ്റർ ചെയ്ത മെഡിക്കൽ പ്രാക്ടീഷണർ ആണെങ്കിൽ, മെഡിക്കൽ രജിസ്ട്രേഷൻ നമ്പർ, കൗൺസിൽ പേര്, ജോലിസ്ഥലത്തിന്റെ വിലാസം* നൽകുക*
		(M / F / മറ്റുള്ളവ)	(dd/mm/yyyy)					

അടിയന്തിര സമ്പർക്കം	നാമം	എസ്ടിഡി കോഡ് ഉപയോഗിച്ച് ബന്ധപ്പെടുക	മൊബൈൽ നമ്പർ

അടിസ്ഥാന കവറേജ്:	
പോളിസി തരം:	വ്യക്തി
പരിരക്ഷിക്കപ്പെടേണ്ട ജീവിതങ്ങളുടെ എണ്ണം:	1 മുതിർന്നവർ
വേരിയന്റ്:	പ്ലാൻ 1
അടിസ്ഥാന തുക ഇൻഷ്വർ ചെയ്തു:	_____
പോളിസി ടേം:	1 വർഷം 2 വർഷം

3. പോർട്ടബിലിറ്റി

പോളിസി നമ്പർ	ഇൻഷ്വറൻസ് കമ്പനി	റിസ്ക് ആരംഭിക്കുന്ന തീയതി	റിസ്ക് അവസാന തീയതി	Porting കാരണങ്ങൾ

പോർട്ടബിലിറ്റി അഭ്യർത്ഥിക്കുന്ന നിർദ്ദിഷ്ട ഇൻഷ്വർ ചെയ്ത വ്യക്തിയുടെ പേര്	ആദ്യ പോളിസി ആരംഭിക്കുന്ന തീയതി	പോർട്ടബിലിറ്റി അഭ്യർത്ഥിക്കുന്ന വർഷങ്ങളുടെ തുടർച്ചയായ കവറേജിന്റെ എണ്ണം	മുൻകാല നയങ്ങളിലെ ക്ലെയിമുകൾ	നിലവിലെ നോ ക്ലെയിം ബോണസ്	ഇൻഷ്വർ ചെയ്ത തുക - വർഷം 1 (ഏറ്റവും പഴയത്)	ഇൻഷ്വർ ചെയ്ത തുക- വർഷം 2	ഇൻഷ്വർ ചെയ്ത തുക - വർഷം 3	ഇൻഷ്വർ ചെയ്ത തുക - വർഷം 4 (കാലഹരണപ്പെടുന്ന

4. നാമനിർദ്ദേശം

പ്രൊപ്പോസറുടെ മരണം സംഭവിക്കുന്ന സാഹചര്യത്തിൽ, നോമിനിക്ക് ക്ലെയിം നൽകും. മറ്റ് ഇൻഷ്വർ ചെയ്ത വ്യക്തികൾക്ക്, പ്രൊപ്പോസർ നോമിനിയാണ്, നോമിനിക്ക് പണം നൽകുന്നത് കമ്പനിയുടെ മുഴുവൻ ബാധ്യതയും നിറവേറ്റുന്നതിൽ ഉൾപ്പെടുന്നു.

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

നോമിനിയുടെ ബാങ്ക് വിശദാംശങ്ങൾ: ഗുണഭോക്താവിന്റെ പേര്:

ബാങ്കിന്റെ പേര്

അക്കൗണ്ട് തരം സമ്പാദ്യം കറന്റ്

അക്കൗണ്ട് നമ്പർ

IFSC കോഡ്

niva Bupa
Health Insurance

5. 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 വേണ്ടിയും ഇൻഷ്വർ ചെയ്യാൻ ഉദ്ദേശിക്കുന്ന എല്ലാ വ്യക്തികൾക്കും വേണ്ടിയും ഞാൻ ഇതിനാൽ പ്രഖ്യാപിക്കുന്നു.

☐ ഞാൻ നൽകുന്ന വിവരങ്ങൾ ഇൻഷുറൻസ് പോളിസിയുടെ അടിസ്ഥാനമായിരിക്കുമെന്നും ഇൻഷുററുടെ ബോർഡ് അംഗീകരിച്ച അണ്ടർറൈറ്റിംഗ് പോളിസിക്ക് വിധേയമാണെന്നും ഈടാക്കാവുന്ന പ്രീമിയം പൂർണ്ണമായും അടച്ചതിനുശേഷം മാത്രമേ പോളിസി പ്രാബല്യത്തിൽ വരികയുള്ളൂ എന്നും ഞാൻ മനസ്സിലാക്കുന്നു.

☐ പ്രൊപ്പോസൽ സമർപ്പിച്ചതിന് ശേഷം ഇൻഷ്വർ ചെയ്യണം / പ്രൊപ്പോസറുടെ തൊഴിലിലോ ജീവിതത്തിന്റെ പൊതുവായ ആരോഗ്യത്തിലോ സംഭവിക്കുന്ന എന്തെങ്കിലും മാറ്റം കമ്പനി റിസ്ക് സ്വീകാര്യതയുടെ ആശയവിനിമയത്തിന് മുമ്പായി ഞാൻ രേഖാമൂലം അറിയിക്കുമെന്ന് ഞാൻ പ്രഖ്യാപിക്കുന്നു.

☐ ഇൻഷ്വർ ചെയ്യപ്പെടേണ്ട / പ്രൊപ്പോസർ ചെയ്യുന്ന വ്യക്തിയുടെ ശാരീരികമോ മാനസികമോ ആയ ആരോഗ്യത്തെ ബാധിക്കുന്ന എന്തെങ്കിലും സംബന്ധിച്ച് ഇൻഷ്വർ ചെയ്യിട്ടുള്ള / പ്രൊപ്പോസറുമായി ബന്ധപ്പെട്ട് എന്തെങ്കിലും ഡോക്ടറിൽ നിന്നോ ആശുപത്രിയിൽ നിന്നോ എന്തെങ്കിലും മുൻകാല അല്ലെങ്കിൽ നിലവിലെ തൊഴിലുടമയിൽ നിന്നോ മെഡിക്കൽ വിവരങ്ങൾ തേടുന്നതിനും ഇൻഷ്വർ ചെയ്യണം / പ്രൊപ്പോസറിൽ ഇൻഷുറൻസിന് അപേക്ഷ നൽകിയിട്ടുള്ള എന്തെങ്കിലും ഇൻഷുററിൽ നിന്ന് വിവരങ്ങൾ തേടുന്നതിനും ഞാൻ സമ്മതിക്കുന്നുവെന്ന് ഞാൻ പ്രഖ്യാപിക്കുന്നു നിർദ്ദേശത്തിനും / അല്ലെങ്കിൽ ക്ലെയിം സെറ്റിൽമെന്റിനും അണ്ടർറൈറ്റിംഗ്.

☐ പ്രൊപ്പോസൽ അണ്ടർറൈറ്റിംഗ്, ഒപ്പം/അല്ലെങ്കിൽ ക്ലെയിം സെറ്റിൽമെന്റ്, എന്തെങ്കിലും സർക്കാർ, /അല്ലെങ്കിൽ റെഗുലേറ്ററി അതോറിറ്റി എന്നിവയുമായി അണ്ടർറൈറ്റിംഗ് ചെയ്യുക എന്ന ഏക ഉദ്ദേശ്യത്തിനായി ഇൻഷ്വർ ചെയ്ത വ്യക്തിയുടെ / പ്രൊപ്പോസറുടെ മെഡിക്കൽ രേഖകൾ ഉൾപ്പെടെ എന്റെ നിർദ്ദേശവുമായി ബന്ധപ്പെട്ട വിവരങ്ങൾ പങ്കിടാൻ ഞാൻ കമ്പനിയെ അധികാരപ്പെടുത്തുന്നു.

☐ സേവന ഡെലിവറിയുടെ ഏക ഉദ്ദേശ്യത്തിനായി ഇൻഷ്വർ ചെയ്ത / പ്രൊപ്പോസറുടെ മെഡിക്കൽ രേഖകൾ ഉൾപ്പെടെ എന്റെ / ഞങ്ങളുടെ നിർദ്ദേശവുമായി ബന്ധപ്പെട്ട വിവരങ്ങൾ ഞങ്ങളുടെ എംപാനൽ ചെയ്ത ദാതാവുമായി പങ്കിടാൻ ഞാൻ/ഞങ്ങൾ കമ്പനിയെ അധികാരപ്പെടുത്തുന്നു.

☐ ഞാൻ പ്രൊപ്പോസർ പ്രാദേശിക ഭാഷയിൽ ഒപ്പിട്ടിട്ടുണ്ടെങ്കിൽ: ഈ ഫോമിന്റെ ഉള്ളടക്കം ഞാൻ വിശദീകരിച്ചിട്ടുണ്ട്. ഭാഷയിൽ സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തുന്ന വ്യക്തിയുടെ പേര്, അത് _____ മനസ്സിലാക്കുകയും സ്ഥിരീകരിക്കുകയും ചെയ്തു പ്രൊപ്പോസർക്ക് സാക്ഷിയുടെ പേര് സാന്നിധ്യത്തിൽ. സാക്ഷി കമ്പനിയുടെ ഏജന്റ്/ ജീവനക്കാരൻ അല്ലാത്ത മറ്റാരെങ്കിലുമായിരിക്കണം.

തീയതി __/__/___ സ്ഥലം_____ Proposer_____ ഒപ്പ്

സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തുന്ന Person_____ ഒപ്പ് സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തിയ വ്യക്തിയുടെ മൊബൈൽ നമ്പർ _____

Witness_____ ഒപ്പ്

6. പ്രൊപ്പോസർ & അഡ്വൈസർ ഡിക്ലറേഷൻ ഫോം പൂരിപ്പിച്ചില്ലെങ്കിൽ പ്രഖ്യാപനം

_____ മുഖേന

ഏതെങ്കിലും കാരണത്താൽ, നിർദ്ദേശവും ബന്ധപ്പെട്ട മറ്റ് പേപ്പറുകളും പ്രൊപ്പോസർ പൂരിപ്പിച്ചിട്ടില്ലെങ്കിൽ പ്രഖ്യാപനം. പ്രൊപ്പോസൽ ഫോമിന്റെ ഉള്ളടക്കം എനിക്ക് പൂർണ്ണമായി വിശദീകരിച്ചിട്ടുണ്ട്. എല്ലാ വശങ്ങളും പ്രത്യാഘാതങ്ങളും ഞാൻ പൂർണ്ണമായി മനസ്സിലാക്കിയിട്ടുണ്ട്. എന്റെ നിർദ്ദേശപ്രകാരം പ്രൊപ്പോസൽ ഫോം _____ മൊബൈൽ നമ്പർ _____ പൂരിപ്പിച്ചു. എല്ലാ വിവരങ്ങളും ശരിയും പൂർണ്ണവുമാണെന്ന് ഞാൻ കണ്ടെത്തി.

Proposer_____ ഒപ്പ്

അഡ്വൈസർ ഡിക്ലറേഷൻ: കോർപ്പറേറ്റ് ഏജന്റിന്റെ ഒരു ഇൻഷുറൻസ് അഡ്വൈസർ / നിർദ്ദിഷ്ട വ്യക്തി / ബ്രോക്കർ / റിലേഷൻഷിപ്പ് ഓഫീസറുടെ അംഗീകൃത ജീവനക്കാരൻ എന്ന നിലയിൽ, ഈ ഉൽപ്പന്നത്തിന്റെ / നിർദ്ദേശത്തിന്റെ എല്ലാ ഉള്ളടക്കങ്ങളും ഞാൻ പ്രൊപ്പോസറോട് വിശദീകരിച്ചിട്ടുണ്ടെന്ന് ഇതിനാൽ പ്രഖ്യാപിക്കുന്നു

ഇൻഷുറൻസ് Advisor_____ ഒപ്പ് ഇന്റർമീഡിയറി കോഡ്: _____

7. പ്രീമിയം വിശദാംശങ്ങൾ (ഓഫീസ് ഉപയോഗത്തിന് മാത്രം)

പ്രീമിയം പേയ്മെന്റ് ഓപ്ഷൻ ☐ ചെക്ക് ☐ ഡിമാൻഡ് ഡ്രാഫ്റ്റ് ☐ ക്രെഡിറ്റ് കാർഡ് / ഡെബിറ്റ് കാർഡ് ☐ നെറ്റ് ബാങ്കിംഗ് ☐ പണം ☐ മറ്റുള്ളവർ

പ്രീമിയം amount_____

അടച്ച പ്രീമിയം by_____ proposer_____ ബന്ധം

ഓൺലൈൻ പേയ്മെന്റ് ഇടപാട് ഐഡി: _____ ഈത്തപ്പന: __/__/____ ബാങ്കിന്റെ പേര് / ബ്രാഞ്ച് _____

നിവ ബുപ്പ ബ്രാഞ്ച് ലൊക്കേഷൻ _____ കോഡ് No_____ ഉറവിടം: അഡ്വൈസർ / ഡിഎസ്പി / കോർപ്പറേറ്റ് ഏജൻസി / മറ്റ് ചാനലുകൾ

കോഡ് No_____ നാമം_____ പ്രൊപ്പോസൽ ലഭിച്ചു: _____ ഉപഭോക്തൃ ID: _____

പ്രൊപ്പോസർ അല്ലെങ്കിൽ അപേക്ഷകൻ ഒരു സ്റ്റാഫ് ആണോ? ☐ ശരി ☐

8. പേഡ്റ്റ് & ബാങ്ക് വിശദാംശങ്ങൾ

എല്ലാ പേയ് മെന്റുകളും (പ്രീമിയം റീഫണ്ട്, ക്ലെയിമുകൾ മുതലായവ) നിങ്ങളുടെ അക്കൗണ്ടിലേക്ക് ഇലക്ട്രോണിക് രീതിയിൽ മാത്രമേ നടത്തുകയുള്ളൂ. ഇനിപ്പറയുന്ന വിശദാംശങ്ങൾ നൽകുക

ബാങ്കിന്റെ പേര് _____ ബ്രാഞ്ച് _____ നഗരം_____

അക്കൗണ്ട് number_____ ഐഎഫ്എസ്സി കോഡ് _____ അക്കൗണ്ട് തരം: ☐ സമ്പാദ്യം ☐ കറന്റ്

niva Bupa
Health Insurance

9. പുതുക്കൽ

പുതുക്കൽ പേയ്മെന്റ്

സൈൻ-അപ്പ്: കമ്പനിയുമായി നിലവിലുള്ള ഓട്ടോമേറ്റഡ് ക്ലിയറിംഗ് ഹൗസ് (എസിഎച്ച്) / സ്റ്റാൻഡിംഗ് നിർദ്ദേശങ്ങൾ (എസ്ഐ) തുടരുന്നതിലൂടെ നിങ്ങളുടെ ആരോഗ്യ ഇൻഷുറൻസ് പോളിസിയുടെ പുതുക്കൽ പ്രീമിയം എല്ലാ വർഷവും അടയ്ക്കാൻ കഴിയും. ഈ ഓപ്ഷനു കീഴിൽ, നിങ്ങളുടെ പോളിസി ഉടനടി പുതുക്കാൻ കഴിയും, എന്നാൽ കമ്പനിക്ക് ആവശ്യമായേക്കാവുന്ന വിവരങ്ങളുടെയും ഡോക്യുമെന്റേഷന്റെയും എല്ലാ അധിക ആവശ്യകതകളും നിങ്ങൾ പൂർത്തിയാക്കുന്നതിന് വിധേയമാണ്.

____ എസിഎച്ച് / എസ്ഐ പുതുക്കൽ ഓപ്ഷൻ തിരഞ്ഞെടുക്കാനും അതുവഴി അത് ഉപയോഗിച്ച് പോളിസി പുതുക്കുന്നതുവരെ പ്രീമിയത്തിൽ 2.5% കിഴിവ് നേടാനും ഞാൻ ആഗ്രഹിക്കുന്നു.

തീയതി __/__/____ സ്ഥലം_____ പ്രൊപ്പോസറുടെ ഒപ്പ് _____

10. ബാങ്ക് ഇൻഷുറൻസ് ചാനലിനുള്ള അധിക വിശദാംശങ്ങൾ മാത്രം (ഓഫീസ് ഉപയോഗത്തിന് മാത്രം)

ബ്രാഞ്ച് കോഡ് _____ എസ്പി കോഡ് _____ RM/LG കോഡ് _____

ഉപഭോക്തൃ അക്കൗണ്ട് നമ്പർ _____

11. ABHA ID

അംഗത്തിന്റെ പേര്	നിങ്ങൾക്ക് **ABHA ID** ഉണ്ടോ?	**ABHA ID**	**ABHA** വഴി ഇൻഷുറർമാരുമായി/ടിപിഎമാരുമായി മെഡിക്കൽ റെക്കോർഡുകൾ പങ്കിടുന്നതിനുള്ള സമ്മതം
	☐ശരി/ ☐അല്ല	☐☐-☐☐☐☐-☐☐☐☐-☐☐☐☐	☐ശരി/ ☐

12. നിയമപരമായ മുന്നറിയിപ്പ്

1. റിബേറ്റുകളുടെ നിരോധനം **(1938-**ലെ ഇൻഷുറൻസ് നിയമത്തിലെ

   സെക്ഷൻ **41** പ്രകാരം) ഇന്ത്യയിലെ ജീവനുമായോ സ്വത്തുമായോ ബന്ധപ്പെട്ട ഏതെങ്കിലും തരത്തിലുള്ള അപകടസാധ്യതയുമായി ബന്ധപ്പെട്ട് ഇൻഷുറൻസ് എടുക്കാനോ പുതുക്കാനോ തുടരാനോ ഏതെങ്കിലും വ്യക്തിയെ നേരിട്ടോ അല്ലാതെയോ പ്രേരിപ്പിക്കാൻ ഒരു വ്യക്തിയും അനുവദിക്കുകയോ വാഗ്ദാനം ചെയ്യുകയോ ചെയ്യരുത്. ഇൻഷുററുടെ പ്രസിദ്ധീകരിച്ച പ്രോസ്പെക്ടസുകൾക്കോ പട്ടികകൾക്കോ അനുസൃതമായി അനുവദനീയമായേക്കാവുന്ന

2. റിബേറ്റ് ഒഴികെ പോളിസി എടുക്കുകയോ പുതുക്കുകയോ തുടരുകയോ ചെയ്യുന്ന ഒരു വ്യക്തിയും ഒരു റിബേറ്റും സ്വീകരിക്കില്ല. ഈ വകുപ്പിലെ വ്യവസ്ഥകൾ പാലിക്കുന്നതിൽ വീഴ്ച വരുത്തുന്ന ഏതൊരു വ്യക്തിയും പത്ത് ലക്ഷം രൂപ വരെ പിഴ ഈടാക്കും.

13. കമ്പനിയുടെ അംഗീകാരം

ആപ്ലിക്കേഷൻ നമ്പർ. _____ ഈന്തപ്പന_____

ചെക്ക് / ഡിമാൻഡ് ഡ്രാഫ്റ്റ് / Others_____ വഴി നിങ്ങളുടെ നിർദ്ദേശവും തുകയും സ്വീകരിച്ചതിന് ഞങ്ങൾ നന്ദിയോടെ അഭിനന്ദിക്കുന്നു

Rs._____ അളവ് dated_____ വരച്ചത് on_____

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 യഥാർത്ഥ്യമായില്ലെങ്കിൽ ഞങ്ങൾക്ക് യാതൊരു ബാധ്യതയും ഉണ്ടായിരിക്കില്ല. ഞങ്ങൾ നിർദ്ദേശം അംഗീകരിക്കുന്നില്ലെങ്കിൽ, നിങ്ങളിൽ നിന്ന് പലിശയില്ലാതെ ലഭിച്ച മെഡിക്കൽ ടെസ്റ്റുകളുടെ ചെലവ് കുറച്ചതിന് ശേഷം ഞങ്ങൾ നിങ്ങളെ അറിയിക്കുകയും പേയ്മെന്റ് തിരികെ നൽകുകയും ചെയ്യും.

സ്വീകർത്താവിന്റെ പേരും ഒപ്പും ഓഫീസ് മുദ്രയും

14. റീഫണ്ടിനും ക്ലെയിമുകളുടെ പേയ് മെന്റിനുമുള്ള വിശദാംശങ്ങൾ

പേയ്മെന്റ് സ്വീകരിക്കുന്നതിനുള്ള ഓപ്ഷൻ: ബാങ്ക് ട്രാൻസ്ഫർ ☐

ഗുണഭോക്താവിന്റെ പേര്: _____

ബാങ്കിന്റെ പേര് _____ അക്കൗണ്ട് number_____ IFSC കോഡ് _____

അക്കൗണ്ട് തരം: _____