niva Bupa
Health Insurance

ഇൻഷുറൻസിനുള്ള അപേക്ഷ: വ്യക്തിഗത അപകട പ്ലാൻ

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

നിങ്ങളുടെ ആരോഗ്യത്തെക്കുറിച്ചുള്ള വിവരങ്ങളും നിങ്ങളുടെ പോളിസിയിലെ സ്വാധീനവും എത്രത്തോളം പ്രസക്തമാണെന്ന് നിങ്ങൾക്ക് അറിയില്ലായിരിക്കാം എന്ന് ഞങ്ങൾ മനസ്സിലാക്കുന്നു. അതിനാൽ നിങ്ങൾ എല്ലാ ആരോഗ്യ വിവരങ്ങളും വെളിപ്പെടുത്തേണ്ടത് വളരെ പ്രധാനമാണ്, അത് എത്രത്തോളം പ്രസക്തമാണെന്ന് ഞങ്ങൾ തീരുമാനിക്കും (ഞങ്ങൾ ഇതിനെ 'മെറ്റീരിയൽ വസ്തുത' എന്ന് വിളിക്കുന്നു). ഞങ്ങൾ നിങ്ങളുടെ പോളിസി റദ്ദാക്കും, ഒരു ക്ലെയിമും അടയ്ക്കില്ല, അടച്ച പ്രീമിയം തിരികെ നൽകില്ല, നേരത്തെ അടച്ച ആനുകൂല്യങ്ങൾ വീണ്ടെടുക്കുന്നത് ഉൾപ്പെടെ നിങ്ങൾക്കെതിരെ സാധ്യമായ എല്ലാ നിയമനടപടികളും സ്വീകരിക്കാൻ അവകാശമുണ്ട്, ഇൻഷ്വർ ചെയ്യാൻ നിർദ്ദേശിച്ചിട്ടുള്ള എല്ലാ അംഗങ്ങളെയും കുറിച്ച് ശരിയായതും പൂർണ്ണവുമായ വിവരങ്ങൾ നൽകിയില്ലെങ്കിൽ.

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

1- പ്രൊപ്പോസർ വിശദാംശങ്ങൾ:

പ്രൊപ്പോസർ (Mr./Mrs./Ms.) A

ലിംഗഭേദം ☐ പുരുഷൻ ☐ സ്ത്രീ ☐ മറ്റുള്ളവ ജനന തിയതി

വിലാസം

ലാൻഡ് മാർക്ക് നഗരം

ജില്ല സംസ്ഥാനം

പിൻ-കോഡ് ഇമെയിൽ ഐഡി

മൊബൈൽ ഫോൺ.

പാൻ നമ്പർ

തൊഴിൽ: ☐ ശമ്പളക്കാർ ☐ സ്വയംതൊഴിൽ ☐ വിദ്യാർത്ഥി ☐ വീട്ടമ്മ ☐ മറ്റുള്ളവ, ദയവായി വ്യക്തമാക്കുക

വാർഷിക വരുമാനം (രൂപ) ഗ്രാമീണ, സാമൂഹിക മേഖല വിഭാഗം (ബാധകമെങ്കിൽ): ☐ ആശാ വർക്കർ ☐ എംജിഎൻആർഇജിഎ തൊഴിലാളി

CKYC നമ്പർ (ഓപ്ഷണൽ):

നിങ്ങൾക്ക് പോളിസി കിറ്റിന്റെ ഫിസിക്കൽ പകർപ്പ് വേണോ ☐ ശരി ☐ അല്ല

☐ കുട്ടികൾക്കായി ഈ ഗ്രഹത്തെ സംരക്ഷിക്കാൻ ഞാൻ എന്റേതായതെല്ലാം ചെയ്യും. ഞാൻ പച്ചയായി പോകും. സോഫ്റ്റ് കോപ്പി മാത്രം അയച്ചു തരൂ. ദയവായി പേപ്പർ വേണ്ട

☐ ഈ നയം ഒരു eIA-യ്ക്ക് ക്രെഡിറ്റ് ചെയ്യാൻ ഞാൻ ആഗ്രഹിക്കുന്നു.
നിലവിലുള്ള ഇ-ഇൻഷുറൻസ് അക്കൗണ്ട് നമ്പർ. _____ ഇൻഷുറൻസ് റെപ്പോസിറ്ററി നാമം (നിങ്ങൾ നിങ്ങളുടെ അക്കൗണ്ട് തുറന്നു)

☐ 1. എൻഎസ്ഡിഎൽ ഡാറ്റാബേസ് മാനേജ്മെന്റ് ലിമിറ്റഡ് ☐ 2. സെൻട്രൽ ഇൻഷുറൻസ് റെപ്പോസിറ്ററി ലിമിറ്റഡ്
☐ 3. കാർവി ഇൻഷുറൻസ് റെപ്പോസിറ്ററി ലിമിറ്റഡ് ☐ 4. CAMS റെപ്പോസിറ്ററി സർവീസസ് ലിമിറ്റഡ് (ദയവായി ആരെയെങ്കിലും തിരഞ്ഞെടുക്കുക) അല്ലെങ്കിൽ

☐ നിങ്ങൾക്കായി ഒരു ഇഐഎ അക്കൗണ്ട് തുറക്കാൻ ഞങ്ങളെ സഹായിക്കാൻ നിങ്ങൾ ആഗ്രഹിക്കുന്നുവെങ്കിൽ, സെക്ഷൻ 9, 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) ☐ അതെ ☐ ഇല്ല.

#PEP എന്നത് കേന്ദ്ര അല്ലെങ്കിൽ സംസ്ഥാന സർക്കാരുകളുടെ മേധാവികൾ / മന്ത്രിമാർ, മുതിർന്ന രാഷ്ട്രീയക്കാർ, മുതിർന്ന സർക്കാർ, ജുഡീഷ്യൽ അല്ലെങ്കിൽ സൈനിക ഉദ്യോഗസ്ഥർ, സർക്കാർ കമ്പനികളുടെ മുതിർന്ന എക്സിക്യൂട്ടീവുകൾ, പ്രധാനപ്പെട്ട പാർട്ടി ഉദ്യോഗസ്ഥർ എന്നിങ്ങനെ പ്രധാനപ്പെട്ട പൊതു ചുമതലകൾ വഹിക്കുന്ന അല്ലെങ്കിൽ ചുമതലപ്പെടുത്തിയിട്ടുള്ള ഒരാളാണ്. (നിങ്ങൾ PEP-യ്ക്കെതിരെ ടിക്ക് ചെയ്തിട്ടുണ്ടെങ്കിൽ, ദയവായി പ്രത്യേക PEP ഫോമുകൾ പൂരിപ്പിക്കുക)

2. അപേക്ഷകരുടെ വിശദാംശങ്ങളും പ്ലാൻ തിരഞ്ഞെടുപ്പും:

മുതിർന്നവർ 1

നാമം

ലിംഗഭേദം ☐ പുരുഷൻ ☐ സ്ത്രീ ☐ മറ്റുള്ളവ ഉയരം (HUF) (ഇഞ്ച്) ഭാരം (kg)

ജനന തിയതി D D M M Y Y Y Y പ്രൊപ്പോസറുമായുള്ള ബന്ധം ☐ സ്വയം

☐ ശമ്പളക്കാർ ☐ സ്വയംതൊഴിൽ ☐ വരുമാനമില്ലാത്ത വരുമാനം ☐ സമ്പാദിക്കുന്നില്ല വാർഷിക വരുമാനം

തൊഴിൽ: കമ്പനിയുടെ പേര്

പദവി: ☐ മികച്ച മാനേജുമെന്റ് ☐ സീനിയർ മാനേജ്മെന്റ് ☐ മിഡിൽ മാനേജ്മെന്റ് ☐ താഴ്ന്ന മാനേജുമെന്റ്

വ്യക്തിഗത ഇൻഷ്വർ ചെയ്യ തുക ലോൺ പ്രൊട്ടക്റ്റർ തുക ഇൻഷ്വർ ചെയ്യ

മുതിർന്നവർ 2

നാമം

ലിംഗഭേദം ☐ പുരുഷൻ ☐ സ്ത്രീ ☐ മറ്റുള്ളവ ഉയരം ☐☐ (HUF) ☐☐ (ഇഞ്ച്) ഭാരം ☐☐☐ (kg)

ജനന തിയതി D D M M Y Y Y Y പ്രൊപ്പോസറുമായുള്ള ബന്ധം ☐ സ്വയം

☐ ശമ്പളക്കാർ ☐ സ്വയംതൊഴിൽ ☐ വരുമാനമില്ലാത്ത വരുമാനം ☐ സമ്പാദിക്കുന്നില്ല വാർഷിക വരുമാനം

തൊഴിൽ: _____ കമ്പനിയുടെ പേര് _____

പദവി: ☐ മികച്ച മാനേജുമെന്റ് ☐ സീനിയർ മാനേജ്മെന്റ് ☐ മിഡിൽ മാനേജ്മെന്റ് ☐ താഴ്ന്ന മാനേജുമെന്റ്

വ്യക്തിഗത ഇൻഷ്വർ ചെയ്യ തുക ☐☐☐☐☐☐☐☐☐ ലോൺ പ്രൊട്ടക്റ്റർ തുക ഇൻഷ്വർ ചെയ്യ ☐☐☐☐☐☐☐☐☐

കുട്ടി 1

നാമം

ലിംഗഭേദം ☐ പുരുഷൻ ☐ സ്ത്രീ ☐ മറ്റുള്ളവ ഉയരം ☐☐ (HUF) ☐☐ (ഇഞ്ച്) ഭാരം ☐☐☐ (kg)

ജനന തിയതി D D M M Y Y Y Y പ്രൊപ്പോസറുമായുള്ള ബന്ധം ☐ ശമ്പം ☐ പുത്രി

വ്യക്തിഗത ഇൻഷ്വർ തുക: പ്രൊപ്പോസർ തുക ഇൻഷ്വർ ചെയ്യ തുകയുടെ 25%

കുട്ടി 2

നാമം

ലിംഗഭേദം ☐ പുരുഷൻ ☐ സ്ത്രീ ☐ മറ്റുള്ളവ ഉയരം ☐☐ (HUF) ☐☐ (ഇഞ്ച്) ഭാരം ☐☐☐ (kg)

ജനന തിയതി D D M M Y Y Y Y പ്രൊപ്പോസറുമായുള്ള ബന്ധം ☐ ശമ്പം ☐ പുത്രി

വ്യക്തിഗത ഇൻഷ്വർ തുക: പ്രൊപ്പോസർ തുക ഇൻഷ്വർ ചെയ്യ തുകയുടെ 25%

കുട്ടി 3

നാമം

ലിംഗഭേദം ☐ പുരുഷൻ ☐ സ്ത്രീ ☐ മറ്റുള്ളവ ഉയരം ☐☐ (HUF) ☐☐ (ഇഞ്ച്) ഭാരം ☐☐☐ (kg)

ജനന തിയതി D D M M Y Y Y Y പ്രൊപ്പോസറുമായുള്ള ബന്ധം ☐ ശമ്പം ☐ പുത്രി

വ്യക്തിഗത ഇൻഷ്വർ തുക: പ്രൊപ്പോസർ തുക ഇൻഷ്വർ ചെയ്യ തുകയുടെ 25%

കുട്ടി 4

നാമം

ലിംഗഭേദം ☐ പുരുഷൻ ☐ സ്ത്രീ ☐ മറ്റുള്ളവ ഉയരം ☐☐ (HUF) ☐☐ (ഇഞ്ച്) ഭാരം ☐☐☐ (kg)

ജനന തിയതി D D M M Y Y Y Y പ്രൊപ്പോസറുമായുള്ള ബന്ധം ☐ ശമ്പം ☐ പുത്രി

വ്യക്തിഗത ഇൻഷ്വർ തുക: പ്രൊപ്പോസർ തുക ഇൻഷ്വർ ചെയ്യ തുകയുടെ 25%

3- കവറേജ് സെലക്ഷൻ:

അടിസ്ഥാന കവറേജ്:	
പോളിസി തരം:	☐ വ്യക്തി
പരിരക്ഷിക്കപ്പെടേണ്ട ജീവിതങ്ങളുടെ എണ്ണം:	മുതിർന്നവർ_____ കുട്ടികൾ _____
മരണം (അടിസ്ഥാന തുക ഇൻഷ്വർ ചെയ്യ)	അടിസ്ഥാന തുക ഇൻഷ്വർ ചെയ്യ തുക വരെ
സ്ഥിരമായ മൊത്തം വൈകല്യം (PTD)	
സ്ഥിരമായ ഭാഗിക വൈകല്യം (PPD)	
പോളിസി ടേം:	☐ 1 വർഷം ☐ 2 വർഷം ☐ 3 വർഷം

നിർബന്ധമല്ലാത്ത പരിരക്ഷ:	
മൃതശരീരങ്ങളുടെ ഗതാഗതം	☐ ശരി ☐ അല്ല
ശവസംസ്കാരച്ചെലവ്	☐ ശരി ☐ അല്ല
റോഡ് ആംബുലൻസ്	☐ ശരി ☐ അല്ല
എയർ ആംബുലൻസ്	☐ ശരി ☐ അല്ല
താൽക്കാലിക ടോട്ടൽ ഡിസെബിലിറ്റി (ടിടിഡി)	☐ ശരി ☐ അല്ല
താൽക്കാലിക ടോട്ടൽ ഡിസെബിലിറ്റി + (ടിടിഡി +)	☐ ശരി ☐ അല്ല
താൽക്കാലിക ടോട്ടൽ ഡിസെബിലിറ്റി ലൈറ്റ് (ടിടിഡി ലൈറ്റ്)	☐ ശരി ☐ അല്ല
താൽക്കാലിക മൊത്തം വൈകല്യം ഒഴിവാക്കൽ	☐ ശരി ☐ അല്ല ഉണ്ടെങ്കിൽ, _____Days
ആക്സിഡന്റൽ ഹോസ്പിറ്റലൈസേഷൻ (AH)	☐ ശരി ☐ അല്ല
ഹോസ്പിറ്റൽ ഡെയ്ലി ക്യാഷ്	☐ ശരി ☐ അല്ല
ആകസ്മികമായ OPD	
പ്രതിമാസ ആവശ്യങ്ങൾ ആനുകൂല്യം	☐ ശരി ☐ അല്ല
Advantureb Sports	☐ ശരി ☐ അല്ല
അഡ്വാന്റർ സ്പോർട്ടിന്റെ കാര്യത്തിൽ കമന്ദ്രീവ് സന്ദർശനം	

വയോജന പരിചരണം	☐ ശരി ☐ അല്ല
ആശ്രിതരായ കുട്ടികളുടെ വിദ്യാഭ്യാസം	☐ ശരി ☐ അല്ല
ചൈൽഡ് സപ്പ ർട്ട്	☐ ശരി ☐ അല്ല
കുട്ടികളുടെ വിവാഹച്ചെലവ്	☐ ശരി ☐ അല്ല
ഒടിഞ്ഞ അസ്ഥി / ഒടിവ്	☐ ശരി ☐ അല്ല
വീട്ടിൽ / വാഹനത്തിൽ നടത്തിയ പരിഷ്കരണം	☐ ശരി ☐ അല്ല
പ്രോസ്തറ്റിക്സ് / വീൽ ചെയർ	☐ ശരി ☐ അല്ല
Comatose	☐ ശരി ☐ അല്ല
പൊള്ളലുകൾ	☐ ശരി ☐ അല്ല
തലയ്ക്കും നട്ടെല്ലിനും പരിക്ക്	☐ ശരി ☐ അല്ല
അപകട പരിചരണം	☐ ശരി ☐ അല്ല

1). മാതാപിതാക്കളും അമ്മായിയമ്മമാരും എല്ലായ്പ്പോഴും ആശ്രിതരാണ്, മുതിർന്നവരായി സമ്പാദിക്കുന്നില്ല. 2. വരുമാനമില്ലാത്ത ജീവിതപങ്കാളിക്കും മാതാപിതാക്കൾക്കും / മാതാപിതാക്കൾക്കുമുള്ള ഇൻഷുർ ചെയ്ത (എസ്ഐ) ഓഫറുകൾ പ്രൊപ്പോസറുടെ എസ്ഐയുടെ 50% ആയി പരിമിതപ്പെടുത്തും. 3. ആശ്രിതരായ കുട്ടികൾക്കുള്ള ഇൻഷുർ ചെയ്ത (എസ്ഐ) ഓഫറുകൾ പ്രൊപ്പോസറുടെ എസ്ഐയുടെ 25 ശതമാനമായി പരിമിതപ്പെടുത്തും. 4). വരുമാനമില്ലാത്ത അംഗങ്ങൾക്കും കുട്ടികൾക്കും ബാധകമല്ലാത്ത ആനുകൂല്യങ്ങൾ: കുട്ടികളുടെ വിവാഹച്ചെലവ്, ആശ്രിതരായ കുട്ടികളുടെ വിദ്യാഭ്യാസം, ചൈൽഡ് സപ്പോർട്ട്, വയോജന പരിചരണം, ലോൺ പ്രൊട്ടക്റ്റർ. ആശ്രിതരായ കുട്ടികൾക്ക് താൽക്കാലിക സമ്പൂർണ്ണ വൈകല്യം ബാധകമല്ല. 5). ഒന്നുകിൽ ടിടിഡി അല്ലെങ്കിൽ ടിടിഡി + അല്ലെങ്കിൽ ടിടിഡി ലൈറ്റ് തിരഞ്ഞെടുക്കാം,

4 - നാമനിർദ്ദേശം

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

നോമിനിയുടെ പേര്	ജനന തിയതി	പ്രൊപ്പോസറുമായുള്ള ബന്ധം	വിലാസം, മൊബൈൽ നമ്പർ. നോമിനിയുടെ ഇമെയിൽ ഐഡിയും	നിയുക്തന്റെ പേര് (നോമിനിക്ക് 18 വയസ്സിൽ താഴെയാണെങ്കിൽ)

നോമിനിയുടെ ബാങ്ക് വിശദാംശങ്ങൾ: ഗുണഭോക്താവിന്റെ പേര്:

ബാങ്കിന്റെ പേര് അക്കൗണ്ട് തരം ☐ സമ്പാദ്യം ☐ കറന്റ്

അക്കൗണ്ട് നമ്പർ IFSC കോഡ്

5- മെഡിക്കൽ, ശീലങ്ങൾ, മുൻകാല നിർദ്ദേശ വിവരങ്ങൾ:

ഇൻഷുർ ചെയ്യാൻ ഉദ്ദേശിക്കുന്ന ഏതെങ്കിലും വ്യക്തികളെ സംബന്ധിച്ചിടത്തോളം:	മുതിർന്നവർ 1	മുതിർന്നവർ 2	കുട്ടി 1	കുട്ടി 2	കുട്ടി 3	കുട്ടി 4
ജനനത്തിനുശേഷമോ അതിനുശേഷമോ നിങ്ങൾ നല്ല ആരോഗ്യത്തിലാണോ ഒപ്പം / അല്ലെങ്കിൽ ഏതെങ്കിലും മാനസിക / ശാരീരിക വൈകല്യവും / അല്ലെങ്കിൽ വൈകല്യവും / അല്ലെങ്കിൽ വൈകല്യവും ഉണ്ടോ?	☐ ശരി ☐ അല്ല	☐ ശരി ☐ അല്ല	☐ ശരി ☐ അല്ല	☐ ശരി ☐ അല്ല	☐ ശരി ☐ അല്ല	☐ ശരി ☐ അല്ല

☐ മുകളിൽ പറഞ്ഞ പ്രസ്താവനകൾ, ഉത്തരങ്ങൾ, ഒപ്പം/അല്ലെങ്കിൽ വിശദാംശങ്ങൾ എന്നിവ എന്റെ അറിവിന്റെ പരമാവധി എല്ലാ അർത്ഥത്തിലും സത്യവും പൂർണ്ണവുമാണെന്നും ഈ മറ്റ് വ്യക്തികൾക്ക് വേണ്ടി നിർദ്ദേശിക്കാൻ എനിക്ക് അധികാരമുണ്ടെന്നും എനിക്ക് വേണ്ടിയും ഇൻഷുർ 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 ഇൻഷുർ ചെയ്യേണ്ട / പ്രൊപ്പോസറുടെ തൊഴിലിലോ ജീവിതത്തിന്റെ പൊതുവായ ആരോഗ്യത്തിലോ സംഭവിക്കുന്ന എന്തെങ്കിലും മാറ്റം കമ്പനി റിസ്ക് സ്വീകാര്യതയുടെ ആശയവിനിമയത്തിന് മുമ്പായി ഞാൻ രേഖാമൂലം അറിയിക്കുമെന്ന് ഞാൻ പ്രഖ്യാപിക്കുന്നു.

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

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

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

☐ പ്രൊപ്പോസർ പ്രാദേശിക ഭാഷയിൽ ഒപ്പിട്ടിട്ടുണ്ടെങ്കിൽ: ഈ ഫോമിന്റെ ഉള്ളടക്കം ഞാൻ വിശദീകരിച്ചു. _____ _____ ഭാഷ. ഇത് മനസ്സിലാക്കുകയും സ്ഥിരീകരിക്കുകയും ചെയ്ത പ്രൊപ്പോസർക്ക് _____ സാക്ഷിയുടെ പേര് സാന്നിധ്യത്തിൽ.

സാക്ഷി കമ്പനിയുടെ ഏജന്റ്/ ജീവനക്കാരൻ അല്ലാത്ത മറ്റാരെങ്കിലുമായിരിക്കണം.

ഈന്തപ്പന D D M M ഉം ഉം ഉം ഉം സ്ഥലം _____ പ്രൊപ്പോസറുടെ ഒപ്പ്

സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തുന്ന വ്യക്തിയുടെ ഒപ്പ്: സാക്ഷിയുടെ ഒപ്പ്

സർട്ടിഫിക്കറ്റ് നൽകുന്ന വ്യക്തിയുടെ മൊബൈൽ നമ്പർ: സാക്ഷിയുടെ മൊബൈൽ നമ്പർ:

7- നിർദ്ദേശകനും ഉപദേഷ്ടാവും ഫോം പൂരിപ്പിച്ചില്ലെങ്കിൽ പ്രഖ്യാപനം:

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

പ്രൊപ്പോസറുടെ 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

8- പ്രീമിയം വിശദാംശങ്ങൾ (ഓഫീസ് ഉപയോഗത്തിന് മാത്രം):

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

പ്രീമിയം തുക _____ അടച്ച പ്രീമിയം _____

പ്രൊപ്പോസറുമായുള്ള ബന്ധം _____ ഓൺലൈൻ പേയ്മെന്റ് ഇടപാട് ഐഡി: _____

ബാങ്കിന്റെ പേര് / ബ്രാഞ്ച് _____ ഈന്തപ്പന _____

നിവ ബൂപ്പ ബ്രാഞ്ച് ലൊക്കേഷൻ _____ കോഡ് നമ്പർ. _____

ബിസിനസ്സ് ഉറവിടം: അഡ്വൈസർ / ഡിഎസ്സി / കോർപ്പറേറ്റ് ഏജൻസി / മറ്റ് ചാനലുകൾ കോഡ് നമ്പർ. _____

നാമം _____

ലഭിച്ച നിർദ്ദേശം: DD/MM/YY ഉപഭോക്തൃ ID: _____

പ്രൊപ്പോസർ അല്ലെങ്കിൽ അപേക്ഷകൻ ഒരു സ്റ്റാഫ് ആണോ? ☐ ശരി ☐ അല്ല

9- നെഫ്റ്റ് & ബാങ്ക് വിശദാംശങ്ങൾ:

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

ബാങ്കിന്റെ പേര് _____

ബ്രാഞ്ച് _____ അക്കൗണ്ട് നമ്പർ _____

നഗരം _____ അക്കൗണ്ട് തരം: ☐ സേവിംഗ് ☐ ക്യൂറന്റ്

IFSC കോഡ് _____

10- 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 പോളിസി പുതുക്കുന്നതുവരെ പ്രീമിയത്തിൽ 2.5% കിഴിവ് നേടാനും ഞാൻ ആഗ്രഹിക്കുന്നു.

Dated_____ സ്ഥലം_____ Proposer_____ ഒപ്പ്

11- ബാൻകാസ്യൂറൻസ് ചാനലിനായി മാത്രം അധിക ഡെറ്റലുകൾ (ഓഫീസ് ഉപയോഗത്തിന് മാത്രം)

ബ്രാഞ്ച് Code_____ എസ്സി Code_____ RM/LG Code_____

ഉപഭോക്തൃ അക്കൗണ്ട് number_____

12- നിയമപരമായ മുന്നറിയിപ്പ്:

റിബേറ്റുകളുടെ നിരോധനം (1938 ലെ ഇൻഷുറൻസ് നിയമത്തിലെ സെക്ഷൻ 41 പ്രകാരം) 1. ഇന്ത്യയിലെ ജീവനുമായോ സ്വത്തുമായോ ബന്ധപ്പെട്ട ഏതെങ്കിലും തരത്തിലുള്ള റിസ്ക്, നൽകേണ്ട കമ്മീഷന്റെ മുഴുവൻ അല്ലെങ്കിൽ ഭാഗിക റിബേറ്റ് അല്ലെങ്കിൽ പോളിസിയിൽ കാണിച്ചിരിക്കുന്ന പ്രീമിയത്തിന്റെ ഏതെങ്കിലും റിബേറ്റ് എന്നിവയുമായി ബന്ധപ്പെട്ട് ഇൻഷുറൻസ് എടുക്കാനോ പുതുക്കാനോ തുടരാനോ ഏതെങ്കിലും വ്യക്തിയെ നേരിട്ടോ അല്ലാതെയോ പ്രേരിപ്പിക്കാൻ ഒരു വ്യക്തിയും അനുവദിക്കുകയോ വാഗ്ദാനം ചെയ്യുകയോ ചെയ്യരുത്. ഇൻഷുററുടെ പ്രസിദ്ധീകരിച്ച പ്രോസ്പെക്ടസുകൾക്കോ പട്ടികകൾക്കോ അനുസൃതമായി അനുവദനീയമായേക്കാവുന്ന റിബേറ്റ് ഒഴികെ പോളിസി എടുക്കുകയോ പുതുക്കുകയോ തുടരുകയോ ചെയ്യുന്ന ഒരു വ്യക്തിയും ഒരു റിബേറ്റും സ്വീകരിക്കില്ല.

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

13- കമ്പനിയുടെ അംഗീകാരം:

ആപ്ലിക്കേഷൻ നമ്പർ. _____ ഈന്തപ്പന__/__/____

നിങ്ങളുടെ പ്രൊപ്പോസൽ ലഭിച്ചതിനും ചെക്ക് / ഡിമാൻഡ് ഡ്രാഫ്റ്റ് / Others_____of

രൂപ _____ തീയതി _____ _____

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 seal_____ പേരും ഒപ്പും

നിരാകരണം: ഇൻഷുറൻസ് അഭ്യർത്ഥനയുടെ വിഷയമാണ്. നിവ ബൂപ ഹെൽത്ത് ഇൻഷുറൻസ് കമ്പനി ലിമിറ്റഡ് (മുമ്പ് മാക്സ് ബൂപ്പ ഹെൽത്ത് ഇൻഷുറൻസ് കമ്പനി ലിമിറ്റഡ് എന്നറിയപ്പെട്ടിരുന്നു) (ഐആർഡിഎഐ രജിസ്ട്രേഷൻ നമ്പർ 145). 'ബൂപ്പ', 'ഹാർട്ട്ബീറ്റ്' ലോഗോ എന്നിവ അതത് ഉടമകളുടെ രജിസ്റ്റർ ചെയ്ത വ്യാപാരമുദ്രകളാണ്, ഇത് നിവ ബൂപ്പ ഹെൽത്ത് ഇൻഷുറൻസ് കമ്പനി ലിമിറ്റഡ് ലൈസൻസിന് കീഴിൽ ഉപയോഗിക്കുന്നു. ഉൽപ്പന്നത്തിന്റെ പേര്: വ്യക്തിഗത അപകട പദ്ധതി |
ഉൽപ്പന്നം UIN: MAXPAIP21585V012021. രജിസ്റ്റർ ചെയ്ത ഓഫീസ്:- സി-98, ഒന്നാം നില, ലജ്പത് നഗർ, ഭാഗം 1, സൗത്ത് ഡൽഹി-110024, കസ്റ്റമർ ഹെൽപ്പ് ലൈൻ: 1860-500-8888. Website:www.nivabupa.com.
സിഐഎൻ: U66000DL2008PLC182918

14. ഗ്രാമീണ, സാമൂഹിക മേഖല വിഭാഗം (ബാധകമെങ്കിൽ)

ആശാ വർക്കർ ☐ എംജിഎൻആർഇജിഎ തൊഴിലാളി ☐

15. റീഫണ്ടിനും ക്ലെയിമുകളുടെ പേയ്മെന്റിനുമുള്ള വിശദാംശങ്ങൾ

പേയ്മെന്റ് സ്വീകരിക്കുന്നതിനുള്ള ഓപ്ഷൻ: ബാങ്ക് ട്രാൻസ്ഫർ

ഗുണഭോക്താവിന്റെ പേര്: _____

ബാങ്കിന്റെ പേര്: _____ ഐഎഫ്എസ്സി കോഡ്: _____

അക്കൗണ്ട് നമ്പർ: _____

അക്കൗണ്ട് തരം: _____

16. അഭ ഐഡി

അംഗത്തിന്റെ പേര്	നിങ്ങൾക്ക് ABHA ID ഉണ്ടോ?	ABHA ID	ABHA വഴി ഇൻഷുറർമാരുമായി/ടിപിഎമാരുമായി മെഡിക്കൽ രേഖകൾ പങ്കിടുന്നതിനുള്ള
_____	☐ ശരി ☐ അല്ല	☐☐-☐☐☐☐-☐☐☐☐-☐☐☐☐	☐ ശരി ☐ അല്ല
_____	☐ ശരി ☐ അല്ല	☐☐-☐☐☐☐-☐☐☐☐-☐☐☐☐	☐ ശരി ☐ അല്ല
_____	☐ ശരി ☐ അല്ല	☐☐-☐☐☐☐-☐☐☐☐-☐☐☐☐	☐ ശരി ☐ അല്ല
_____	☐ ശരി ☐ അല്ല	☐☐-☐☐☐☐-☐☐☐☐-☐☐☐☐	☐ ശരി ☐ അല്ല
_____	☐ ശരി ☐ അല്ല	☐☐-☐☐☐☐-☐☐☐☐-☐☐☐☐	☐ ശരി ☐ അല്ല
_____	☐ ശരി ☐ അല്ല	☐☐-☐☐☐☐-☐☐☐☐-☐☐☐☐	☐ ശരി ☐ അല്ല

നിരാകരണം: ഇൻഷുറൻസ് അഭ്യർത്ഥനയുടെ വിഷയമാണ്. നിവ ബൂപ ഹെൽത്ത് ഇൻഷുറൻസ് കമ്പനി ലിമിറ്റഡ് (മുമ്പ് മാക്സ് ബുപ്പ ഹെൽത്ത് ഇൻഷുറൻസ് കമ്പനി ലിമിറ്റഡ് എന്നറിയപ്പെട്ടിരുന്നു) (ഐആർഡിഎഐ രജിസ്ട്രേഷൻ നമ്പർ 145). 'ബുപ്പ', 'ഹാർട്ട്ബീറ്റ്' ലോഗോ എന്നിവ അതത് ഉടമകളുടെ രജിസ്റ്റർ ചെയ്ത വ്യാപാരമുദ്രകളാണ്, ഇത് നിവ ബുപ്പ ഹെൽത്ത് ഇൻഷുറൻസ് കമ്പനി ലിമിറ്റഡ് ലൈസൻസിന് കീഴിൽ ഉപയോഗിക്കുന്നു. ഉൽപ്പന്നത്തിന്റെ പേര്: വ്യക്തിഗത അപകട പദ്ധതി |
ഉൽപ്പന്നം UIN: MAXPAIP21585V012021. രജിസ്റ്റർ ചെയ്ത ഓഫീസ്:- സി-98, ഒന്നാം നില, ലജ്പത് നഗർ, ഭാഗം 1, സ്യൂഡൽഹി-110024, കസ്റ്റമർ ഹെൽപ്പ് ലൈൻ: 1860-500-8888. Website:www.nivabupa.com.
സിഐഎൻ: U66000DL2008PLC182918