

2. ഇൻഷുറൻസിനുള്ള അപേക്ഷകരുടെ വിശദാംശങ്ങൾ:

അപേക്ഷകൻ 1	നാമം										
	ലിംഗഭേദം	പുരുഷൻ	സ്ത്രീ	മറ്റുള്ളവ	ഉയരം	(HUF)	(ഇഞ്ച്)	ഭാരം	(kg)		
	മൊബൈൽ നമ്പർ				ജനന തീയതി	D D M M 00 00 00 00				ഇന്ത്യക്കാരനല്ലെങ്കിൽ ദയവായി ടിക്ക് ചെയ്യുക	
പൊപ്പോസറുമായുള്ള ബന്ധം (ദയവായി ടിക്ക് ഓപ്ഷൻ): സഹായം / പങ്കാളി / പിതാവ് / അമ്മ / അമ്മായിയപ്പൻ / അമ്മായിയമ്മ / മകൻ / മകൾ / ജീവനക്കാരൻ											
ഒരു രജിസ്റ്റർ ചെയ്ത മെഡിക്കൽ പ്രാക്ടീഷണർ*, ദയവായി നൽകുക: i. മെഡിക്കൽ രജിസ്ട്രേഷൻ നമ്പർ											
ii. കൗൺസിലിന്റെ പേര്											
iii. ജോലിസ്ഥലത്തിന്റെ വിലാസം											
അപേക്ഷകൻ 2	നാമം										
	ലിംഗഭേദം	പുരുഷൻ	സ്ത്രീ	മറ്റുള്ളവ	ഉയരം	(HUF)	(ഇഞ്ച്)	ഭാരം	(kg)		
	മൊബൈൽ നമ്പർ				ജനന തീയതി	D D M M 00 00 00 00				ഇന്ത്യക്കാരനല്ലെങ്കിൽ ദയവായി ടിക്ക് ചെയ്യുക	
പൊപ്പോസറുമായുള്ള ബന്ധം (ദയവായി ടിക്ക് ഓപ്ഷൻ): പങ്കാളി / പിതാവ് / അമ്മ / അമ്മായിയമ്മ / അമ്മായിയമ്മ / മകൻ / മകൾ											
ഒരു രജിസ്റ്റർ ചെയ്ത മെഡിക്കൽ പ്രാക്ടീഷണർ*, ദയവായി നൽകുക: i. മെഡിക്കൽ രജിസ്ട്രേഷൻ നമ്പർ											
ii. കൗൺസിലിന്റെ പേര്											
iii. ജോലിസ്ഥലത്തിന്റെ വിലാസം											
അപേക്ഷകൻ 3	നാമം										
	ലിംഗഭേദം	പുരുഷൻ	സ്ത്രീ	മറ്റുള്ളവ	ഉയരം	(HUF)	(ഇഞ്ച്)	ഭാരം	(kg)		
	മൊബൈൽ നമ്പർ				ജനന തീയതി	D D M M 00 00 00 00				ഇന്ത്യക്കാരനല്ലെങ്കിൽ ദയവായി ടിക്ക് ചെയ്യുക	
പൊപ്പോസറുമായുള്ള ബന്ധം (ദയവായി ടിക്ക് ഓപ്ഷൻ): പങ്കാളി / പിതാവ് / അമ്മ / അമ്മായിയമ്മ / അമ്മായിയമ്മ / മകൻ / മകൾ											
ഒരു രജിസ്റ്റർ ചെയ്ത മെഡിക്കൽ പ്രാക്ടീഷണർ*, ദയവായി നൽകുക: i. മെഡിക്കൽ രജിസ്ട്രേഷൻ നമ്പർ											
ii. കൗൺസിലിന്റെ പേര്											
iii. ജോലിസ്ഥലത്തിന്റെ വിലാസം											
അപേക്ഷകൻ 4	നാമം										
	ലിംഗഭേദം	പുരുഷൻ	സ്ത്രീ	മറ്റുള്ളവ	ഉയരം	(HUF)	(ഇഞ്ച്)	ഭാരം	(kg)		
	മൊബൈൽ നമ്പർ				ജനന തീയതി	D D M M 00 00 00 00				ഇന്ത്യക്കാരനല്ലെങ്കിൽ ദയവായി ടിക്ക് ചെയ്യുക	
പൊപ്പോസറുമായുള്ള ബന്ധം (ദയവായി ടിക്ക് ഓപ്ഷൻ): പങ്കാളി / പിതാവ് / അമ്മ / അമ്മായിയമ്മ / അമ്മായിയമ്മ / മകൻ / മകൾ											
ഒരു രജിസ്റ്റർ ചെയ്ത മെഡിക്കൽ പ്രാക്ടീഷണർ*, ദയവായി നൽകുക: i. മെഡിക്കൽ രജിസ്ട്രേഷൻ നമ്പർ											
ii. കൗൺസിലിന്റെ പേര്											
iii. ജോലിസ്ഥലത്തിന്റെ വിലാസം											
അപേക്ഷകൻ 5	നാമം										
	ലിംഗഭേദം	പുരുഷൻ	സ്ത്രീ	മറ്റുള്ളവ	ഉയരം	(HUF)	(ഇഞ്ച്)	ഭാരം	(kg)		
	മൊബൈൽ നമ്പർ				ജനന തീയതി	D D M M 00 00 00 00				ഇന്ത്യക്കാരനല്ലെങ്കിൽ ദയവായി ടിക്ക് ചെയ്യുക	
പൊപ്പോസറുമായുള്ള ബന്ധം (ദയവായി ടിക്ക് ഓപ്ഷൻ): പങ്കാളി / പിതാവ് / അമ്മ / അമ്മായിയമ്മ / അമ്മായിയമ്മ / മകൻ / മകൾ											
ഒരു രജിസ്റ്റർ ചെയ്ത മെഡിക്കൽ പ്രാക്ടീഷണർ*, ദയവായി നൽകുക: i. മെഡിക്കൽ രജിസ്ട്രേഷൻ നമ്പർ											
ii. കൗൺസിലിന്റെ പേര്											
iii. ജോലിസ്ഥലത്തിന്റെ വിലാസം											
അപേക്ഷകൻ 6	നാമം										
	ലിംഗഭേദം	പുരുഷൻ	സ്ത്രീ	മറ്റുള്ളവ	ഉയരം	(HUF)	(ഇഞ്ച്)	ഭാരം	(kg)		
	മൊബൈൽ നമ്പർ				ജനന തീയതി	D D M M 00 00 00 00				ഇന്ത്യക്കാരനല്ലെങ്കിൽ ദയവായി ടിക്ക് ചെയ്യുക	
പൊപ്പോസറുമായുള്ള ബന്ധം (ദയവായി ടിക്ക് ഓപ്ഷൻ): പങ്കാളി / പിതാവ് / അമ്മ / അമ്മായിയമ്മ / അമ്മായിയമ്മ / മകൻ / മകൾ											
ഒരു രജിസ്റ്റർ ചെയ്ത മെഡിക്കൽ പ്രാക്ടീഷണർ*, ദയവായി നൽകുക: i. മെഡിക്കൽ രജിസ്ട്രേഷൻ നമ്പർ											
ii. കൗൺസിലിന്റെ പേര്											
iii. ജോലിസ്ഥലത്തിന്റെ വിലാസം											

* പ്രീമിയത്തിൽ 5% കിഴിവ് നേടുക. മെഡിക്കൽ പ്രാക്ടീഷണർ എന്നാൽ ഏതെങ്കിലും സംസ്ഥാനത്തിന്റെ മെഡിക്കൽ കൗൺസിൽ അല്ലെങ്കിൽ മെഡിക്കൽ കൗൺസിൽ ഓഫ് ഇന്ത്യ അല്ലെങ്കിൽ കൗൺസിൽ ഫോർ ഇന്ത്യൻ മെഡിസിൻ അല്ലെങ്കിൽ ഇന്ത്യാ ഗവൺമെന്റ് അല്ലെങ്കിൽ ഒരു സംസ്ഥാന സർക്കാർ സ്ഥാപിച്ച ഹോമിയോപ്പതി എന്നിവയിൽ നിന്ന് സാധുവായ രജിസ്ട്രേഷൻ കൈവശമുള്ള ഒരു വ്യക്തി എന്നാണ് അർത്ഥമാക്കുന്നത്. തന്റെ ലൈസൻസിന്റെ പരിധിയിലും അധികരപരിധിയിലും പ്രവർത്തിക്കുന്നു. കുറിപ്പുകൾ: 1. പൊപ്പോസറുമായുള്ള അപേക്ഷകൻ 1-ന്റെ ബന്ധം ജീവനക്കാരനാണെങ്കിൽ, മറ്റ് അപേക്ഷകരുടെ ബന്ധം അപേക്ഷകനുമായുള്ളതാണ്. 2. ആരോഗ്യകരമായ ജീവിത ആനുകൂല്യത്തിനായി, അർഹരായ ഇൻഷുറർ ചെയ്ത വ്യക്തികൾ ഇനിപ്പറയുന്നവയായിരിക്കും: ഫാമിലി ഫ്ലോട്ടർ പോളിസി ബി പ്രകാരം എല്ലാ അംഗങ്ങളും മകനെ / മകളെ പ്രതീക്ഷിക്കുന്നു. വ്യക്തിഗത പോളിസിക്ക് കീഴിൽ കുറഞ്ഞത് 18 വയസ്സ് പ്രായമുള്ള ഏതൊരു അംഗവും

3. കവരേജ് തിരഞ്ഞെടുപ്പ്:

നിങ്ങൾ പോർട്ടബിളിറ്റിക്ക് അപേക്ഷിക്കുകയാണെങ്കിൽ:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																				
അടിസ്ഥാന കവരേജ്:																																					
പോളിസി തരം:	<input type="checkbox"/> വ്യക്തി <input type="checkbox"/> ഫാമിലി ഫ്ലോട്ടർ																																				
അടിസ്ഥാന ഇൻഷുറർ ചെയ്ത തുക: (രൂപ.)	<table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>7.5</td><td>10</td><td>12.5</td><td>15</td><td>20</td><td>25</td><td>50</td><td>75</td><td>1</td> </tr> <tr> <td>കെണി</td><td>കെണി</td><td>കെണി</td><td>കെണി</td><td>കെണി</td><td>കെണി</td><td>കെണി</td><td>കെണി</td><td>കെണി</td><td>കെണി</td><td>കെണി</td><td>൫</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3	4	5	7.5	10	12.5	15	20	25	50	75	1	കെണി	കെണി	കെണി	കെണി	കെണി	കെണി	കെണി	കെണി	കെണി	കെണി	കെണി	൫
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																										
3	4	5	7.5	10	12.5	15	20	25	50	75	1																										
കെണി	കെണി	കെണി	കെണി	കെണി	കെണി	കെണി	കെണി	കെണി	കെണി	കെണി	൫																										
പോളിസി ടേം:	<input type="checkbox"/> 1 വർഷം <input type="checkbox"/> 2 വർഷം <input type="checkbox"/> 3 വർഷം																																				
നിർബന്ധമല്ലാത്ത പരിരക്ഷ:																																					
1. ഹോസ്പിറ്റൽ ക്യാഷ്: (പ്രതിദിനം 1,000 രൂപ (5 ലക്ഷം രൂപ വരെയുള്ള ഇൻഷുറൻസ് തുകയ്ക്ക്), പ്രതിദിനം 2,000 രൂപ (7.5 ലക്ഷം മുതൽ 15 ലക്ഷം രൂപ വരെ ഇൻഷുറർ ചെയ്ത തുകയ്ക്ക്), പ്രതിദിനം 4,000 രൂപ (15 ലക്ഷത്തിന് മുകളിലുള്ള ഇൻഷുറർ തുകയ്ക്ക്))	<input type="checkbox"/> ശരി <input type="checkbox"/> അല്ല																																				
2. സുരക്ഷ+	<input type="checkbox"/> ശരി <input type="checkbox"/> അല്ല																																				
3. സുരക്ഷ	<input type="checkbox"/> ശരി <input type="checkbox"/> അല്ല																																				
4. സ്മാർട്ട് ഹെൽത്ത് + (ഡിസിസ് മാനേജ്മെന്റ്) *രോഗബാധിതരായ എല്ലാ അംഗങ്ങളും ഒരു വകഭേദം തിരഞ്ഞെടുക്കണം- ഗോൾഡ് അല്ലെങ്കിൽ പ്ലാറ്റിനം.	<input type="checkbox"/> സ്വർണം <input type="checkbox"/> പ്ലാറ്റിനം <input type="checkbox"/> അല്ല																																				
	<table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	5	6																								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																
1	2	3	4	5	6																																
5. സ്മാർട്ട് ഹെൽത്ത് + (അക്യൂട്ട് കെയർ) *രണ്ടിൽ ഏതെങ്കിലും ഒന്ന് തിരഞ്ഞെടുക്കാം	<input type="checkbox"/> മികച്ച കൺസൾട്ട് <input type="checkbox"/> മികച്ച പരിചരണം <input type="checkbox"/> അല്ല																																				
	മികച്ച പരിചരണ തുക ഇൻഷുറർ ചെയ്ത ഓപ്ഷനുകൾ:																																				
	<table border="1"> <tr> <td>രൂപ 5,000</td><td>രൂപ 10,000 രൂപ</td><td>രൂപ 15,000</td><td>രൂപ 20,000 രൂപ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	രൂപ 5,000	രൂപ 10,000 രൂപ	രൂപ 15,000	രൂപ 20,000 രൂപ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																												
രൂപ 5,000	രൂപ 10,000 രൂപ	രൂപ 15,000	രൂപ 20,000 രൂപ																																		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																		
6. 'പേഴ്സണൽ ആക്സിഡന്റ് കവർ' തിരഞ്ഞെടുക്കുകയാണെങ്കിൽ ദയവായി ടിപ്പ് ചെയ്യുക (ഈ ഓപ്ഷൻ 18 വയസ്സോ അതിൽ കൂടുതലോ പ്രായമുള്ള അപേക്ഷകർക്ക് മാത്രമേ	അപേക്ഷകന്റെ നമ്പർ																																				
	<table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	5	6																								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																
1	2	3	4	5	6																																
7. വാർഷിക മൊത്തം കിഴിവ്	<input type="checkbox"/> അല്ല <input type="checkbox"/> 10,000 <input type="checkbox"/> 20,000 <input type="checkbox"/> 30,000 <input type="checkbox"/> 50,000 <input type="checkbox"/> 1,00,000																																				
8. കോ-പേയ് മെന്റ്	<input type="checkbox"/> അല്ല <input type="checkbox"/> 10% <input type="checkbox"/> 20% <input type="checkbox"/> 30% <input type="checkbox"/> 40% <input type="checkbox"/> 50%																																				
9. നേരത്തെയുള്ള രോഗ കാത്തിരിപ്പ് സമയ പരിഷ്കരണം	<input type="checkbox"/> തിരഞ്ഞെടുത്തിട്ടില്ല <input type="checkbox"/> 1 വർഷം <input type="checkbox"/> 2 വർഷം <input type="checkbox"/> 4 വർഷം																																				
10. റൂം തരം പരിഷ്കരണം	<input type="checkbox"/> അല്ല <input type="checkbox"/> സ്റ്റാൻഡേർഡ് സിംഗിൾ റൂം <input type="checkbox"/> പങ്കിട്ട മുറി																																				
11. ആധുനിക ചികിത്സ+	<input type="checkbox"/> ശരി <input type="checkbox"/> അല്ല																																				

4. നാമനിർദ്ദേശം:

പ്രൊപ്പോസറുടെ മരണം സംഭവിക്കുന്ന സാഹചര്യത്തിൽ, പോളിസിക്ക് കീഴിൽ കൂടിച്ചേർന്നുള്ള ഏതൊരു പേയ് മെന്റും ചുവടെ നൽകിയിരിക്കുന്ന നോമിനീക്ക് നൽകപ്പെടും. നോമിനീ അത്തരം പേയ്മെന്റ് സ്വീകരിക്കുന്നത് പോളിസിക്ക് കീഴിലുള്ള കമ്പനിയുടെ ബാധ്യത നിറവേറ്റുന്നതിന് തുല്യമാണ്.

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

നോമിനിയുടെ ബാങ്ക് വിശദാംശങ്ങൾ ശുണഭാടോവിന്റെ പേര്:

ബാങ്കിന്റെ പേര് അക്കൗണ്ട് തരം

അക്കൗണ്ട് നമ്പർ IFSC കോഡ്

5. മെഡിക്കൽ, ശീലങ്ങൾ, മുൻകാല നിർദ്ദേശ വിവരങ്ങൾ

പ്രധാനം: ഈ വിഭാഗത്തിലെ എല്ലാ ചോദ്യങ്ങൾക്കും സത്യസന്ധമായും പൂർണ്ണമായും ഉത്തരം നൽകിയിട്ടുണ്ടെന്ന് ഉറപ്പാക്കുക, കാരണം നിങ്ങൾ ഇവിടെ നൽകുന്ന വിവരങ്ങൾ നിവ ബുദ്ധിയുടെ അളവ് വർദ്ധിപ്പിക്കുന്നതിന് അടിസ്ഥാനമാകും. നിങ്ങളുടെ മെഡിക്കൽ ക്ലെയിമിനെയും ഒപ്പം/അല്ലെങ്കിൽ കവറേജിനെയും ബാധിച്ചേക്കാവുന്ന അപൂർണ്ണവും തെറ്റായതും ഭാഗികമായ ശരിയായതുമായ എന്തെങ്കിലും വിവരങ്ങൾ ദയവായി ശ്രദ്ധിക്കുക.

വിഭാഗം എ: മെഡിക്കൽ അവസ്ഥകളെക്കുറിച്ചുള്ള വിവരങ്ങൾ പങ്കിടുക										
ഓരോ അപേക്ഷകനും ഇനിപ്പറയുന്ന ചോദ്യങ്ങൾക്ക് ഉത്തരം നൽകുക.										
ദയവായി Yes (Y) അല്ലെങ്കിൽ No (N) എന്ന് വ്യക്തമാക്കിയിരിക്കുക										
അപേക്ഷകൻ്റെ നമ്പർ										
1 2 3 4 5 6										
i. ജലദോഷം, പനി, അണുബാധ, ചെറിയ പരിക്കുകൾ അല്ലെങ്കിൽ മറ്റ് ചെറിയ അസുഖങ്ങൾ എന്നിവ ഒഴികെ; അപേക്ഷകൻ എപ്പോഴെങ്കിലും ഏതെങ്കിലും രോഗം കണ്ടെത്തുകയും / അല്ലെങ്കിൽ 5 ദിവസത്തിൽ കൂടുതൽ ആശുപത്രിയിൽ പ്രവേശിപ്പിക്കുകയും / അല്ലെങ്കിൽ ഏതെങ്കിലും ശസ്ത്രക്രിയാ നടപടിക്രമങ്ങൾക്ക് വിധേയമാകാനും / അല്ലെങ്കിൽ ഏതെങ്കിലും മരുന്ന് കഴിക്കാനും / 14 ദിവസത്തിൽ കൂടുതൽ എന്തെങ്കിലും രോഗലക്ഷണങ്ങൾ ഉണ്ടോ? മരുന്ന്കൾ ഇൻഹേലറുകൾ, കുത്തിവെയ്പ്പുകൾ, ഓറൽ മരുന്ന്കൾ, ശരീരഭാഗങ്ങളിൽ ബാഹ്യ മെഡിക്കൽ പ്രയോഗങ്ങൾ എന്നിവ										
ii. തൈറോയ്ഡ് പ്രോഫൈൽ, ലിപിഡ് പ്രൊഫൈൽ, ട്രൈപ്പിൾ ടെസ്റ്റ്, ആൻജിയോഗ്രാഫി, എക്കോകാർഡിയോഗ്രാഫി, എൻഡോസ്കോപ്പി, അൾട്രാസൗണ്ട്, സിടി സ്കാൻ, എൻആർഐ, ബയോപ്സി, എഫ്എൻഎസി എന്നിവയുമായി ബന്ധപ്പെട്ട ഏതെങ്കിലും ഡയഗ്നോസ്റ്റിക് ടെസ്റ്റുകൾക്കോ അന്വേഷണങ്ങൾക്കോ അപേക്ഷകൻ എപ്പോഴെങ്കിലും പ്രതികൂല										
iii. അപേക്ഷകൻ പ്രമേഹമോ പ്രീ-ഡയബറ്റിനോ ഉണ്ടോ അല്ലെങ്കിൽ അവൻ/അവൾക്ക് എപ്പോഴെങ്കിലും ഉയർന്ന രക്തപ്പുഴു										
iv. അപേക്ഷകൻ രക്താതിമർദ്ദമോ ഉയർന്ന രക്തസമ്മർദ്ദമോ ഉണ്ടോ?										
v. അപേക്ഷകൻ എപ്പോഴെങ്കിലും ഏതെങ്കിലും ജനിതക / പാരമ്പര്യ വൈകല്യങ്ങൾ അല്ലെങ്കിൽ എച്ച്ഐവി / എയ്സ് രോഗനിർണയം നടത്തുകയോ ചികിത്സിക്കുകയോ ചെയ്തിട്ടുണ്ടോ?										
vi. അപേക്ഷകൻ എപ്പോഴെങ്കിലും ഏതെങ്കിലും മാനസിക/ മാനസിക വൈകല്യങ്ങൾ നിർണ്ണയിക്കുകയോ ചികിത്സിക്കുകയോ ചെയ്തിട്ടുണ്ടോ?										
vii. അപേക്ഷകൻ്റെ ജീവിതത്തെക്കുറിച്ചുള്ള ലൈഫ്, ആരോഗ്യം, ആശുപത്രി ദൈനംദിന പണം അല്ലെങ്കിൽ ക്രിട്ടിക്കൽ ഇൻഫർമേഷൻ ഇൻഷുറൻസ് എന്നിവയ്ക്കുള്ള ഏതെങ്കിലും നിർദ്ദേശം ഏതെങ്കിലും ഇൻഷുറൻസ് കമ്പനി എപ്പോഴെങ്കിലും നിരസിക്കുകയോ മാറ്റിവെയ്ക്കുകയോ ലോഡ് ചെയ്യുകയോ ഒഴിവാക്കൽ പോലുള്ള ഏതെങ്കിലും പ്രത്യേക വ്യവസ്ഥകൾക്ക്										

വിഭാഗം ബി: (അപേക്ഷകൻ പുകവലിക്കുകയോ പുകയില / ഗുഡ് / പാൻ മസാല അല്ലെങ്കിൽ മദ്യം കഴിക്കുകയോ ചെയ്യുകയാണെങ്കിൽ മാത്രം ഈ വിഭാഗം പൂരിപ്പിക്കുക)	i. ചവയ്ക്കാവുന്ന പുകയില / ഗുഡ് / പാൻ മസാല. ഉണ്ടെങ്കിൽ, പ്രതിദിനം എത്ര പാക്കറ്റുകളെ എണ്ണം വ്യക്തമാക്കുക		ii. മദ്യം. ഉണ്ടെങ്കിൽ, ആഴ്ചയിൽ ml എണ്ണം നൽകുക			iii. സിഗരറ്റ് / ബീഡ് / സിഗാർ. ഉണ്ടെങ്കിൽ, പ്രതിദിന ഉപഭോഗം വ്യക്തമാക്കുക	
	1-10	> 10	<= 450	> 450	ദിവസവും മദ്യപാനി	1-10	> 10
അപേക്ഷകൻ 1							
അപേക്ഷകൻ 2							
അപേക്ഷകൻ 3							
അപേക്ഷകൻ 4							
അപേക്ഷകൻ 5							
അപേക്ഷകൻ 6							

വിഭാഗം സി: മുകളിലെ വിഭാഗത്തിൽ ഉവ്വ് (Y) എന്ന് അടയാളപ്പെടുത്തിയിരിക്കുന്ന ചോദ്യങ്ങൾക്ക്, ഇനിപ്പറയുന്ന വിവരങ്ങൾ വ്യക്തമാക്കുക:										
അപേക്ഷകൻ്റെ നമ്പർ	അപേക്ഷകൻ്റെ അല്ലെങ്കിൽ അന്വേഷണ(കൾ) അല്ലെങ്കിൽ രോഗനിർണയം അല്ലെങ്കിൽ മരണസന്ധിയുടെ		മരുന്ന്(കൾ)	ഡോസേജ്	നിലവിലെ അവസ്ഥ (ഉദാഹരണത്തിന്: പൂർണ്ണമായ ഭാഗിക വീണ്ടെടുക്കൽ അല്ലെങ്കിൽ തുടർച്ചയായ)	ചികിത്സിക്കുന്ന രോഗം	രോഗിയുടെ വിവരങ്ങൾ	രോഗിയുടെ വിവരങ്ങൾ	രോഗിയുടെ വിവരങ്ങൾ	രോഗിയുടെ വിവരങ്ങൾ
	നടപടിക്രമം / ശസ്ത്രക്രിയ എന്നിവയുടെ വിവരങ്ങൾ									
	HbA1c ലെവൽ ഉണ്ടെങ്കിൽ	ഉയർന്ന രക്തസമ്മർദ്ദം ബിപി കുറയ്ക്കുകയാണെങ്കിൽ സിസ്റ്റോളിക് ഡയസ്റ്റോളിക്								
മറ്റേതെങ്കിലും വിവരങ്ങൾ		ആരംഭ തീയതി (DD/MM /								

6. ഉപകട്രാണിക് പോളിസി പൂർത്തീകരണത്തിനും സേവന ആശയവിനിമയത്തിനുമുള്ള അംഗീകാരം

ആപ്ലിക്കേഷൻ ഫോമിൽ ഇവിടെ സൂചിപ്പിച്ചിരിക്കുന്ന പ്രകാരം നിങ്ങളുടെ നയവും സേവനവുമായി ബന്ധപ്പെട്ട എല്ലാ ആശയവിനിമയങ്ങളും ഇമെയിൽ ഐഡിയിലേക്ക് അയയ്ക്കാൻ കമ്പനിയെ അധികാരപ്പെടുത്തിക്കൊണ്ട് പരിസ്ഥിതി സംരക്ഷിക്കാനും പേപ്പർ ലാഭിക്കാനും നിങ്ങൾ ആഗ്രഹിക്കുന്നുണ്ടോ?

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 വേണ്ടിയും ഇൻഷുർ ചെയ്യാൻ ഉദ്ദേശിക്കുന്ന എല്ലാ വ്യക്തികൾക്കും വേണ്ടിയും ഞാൻ ഇതിനാൽ പ്രഖ്യാപിക്കുന്നു.
- ഞാൻ നൽകുന്ന വിവരങ്ങൾ ഇൻഷുറൻസ് പോളിസിയുടെ അടിസ്ഥാനമായിരിക്കുമെന്നും ഇൻഷുററുടെ ബോർഡ് അംഗീകരിച്ച അണ്ടർവൈറ്റിംഗ് പോളിസിക്ക് വിധേയമാണെന്നും ഈടാക്കാവുന്ന പ്രീമിയം പൂർണ്ണമായും അടച്ചതിനുശേഷം മാത്രമേ പോളിസി പ്രാബല്യത്തിൽ വരികയുള്ളൂ എന്നും ഞാൻ മനസ്സിലാക്കുന്നു.
- പ്രൊപ്പോസൽ സമർപ്പിച്ചതിന് ശേഷം ഇൻഷുർ ചെയ്യേണ്ട / പ്രൊപ്പോസറുടെ തൊഴിലില്ലാത്ത ജീവിതത്തിന്റെ പൊതുവായ ആരോഗ്യത്തിലോ സംഭവിക്കുന്ന എന്തെങ്കിലും മാറ്റം കമ്പനി റിസ്ക് സർക്കാരുതയുടെ ആശയവിനിമയത്തിന് മുമ്പായി ഞാൻ രേഖാമൂലം അറിയിക്കുമെന്ന് ഞാൻ പ്രഖ്യാപിക്കുന്നു.
- ഇൻഷുർ ചെയ്യപ്പെടേണ്ട / പ്രൊപ്പോസർ ചെയ്യേണ്ട വ്യക്തിയുടെ ശാരീരികമോ മാനസികമോ ആയ ആരോഗ്യത്തെ ബാധിക്കുന്ന എന്തെങ്കിലും സംബന്ധിച്ച് ഇൻഷുർ ചെയ്തിട്ടുള്ള / പ്രൊപ്പോസർ ചെയ്യുന്ന വ്യക്തിയെക്കുറിച്ച് ഏതെങ്കിലും മുൻകാല അല്ലെങ്കിൽ നിലവിലെ തൊഴിലുമായ് നിന്നു ഏതെങ്കിലും സമയത്ത് പങ്കെടുത്തിട്ടുള്ള ഏതെങ്കിലും ഡോക്ടറിൽ നിന്നോ ആശുപത്രിയിൽ നിന്നോ മെഡിക്കൽ വിവരങ്ങൾ തേടുന്നതിനും ഇൻഷുർ ചെയ്യേണ്ട / പ്രൊപ്പോസർ ചെയ്യേണ്ട വ്യക്തിക്ക് ഇൻഷുറൻസിനായി അപേക്ഷ നൽകിയതിട്ടുള്ള ഏതെങ്കിലും ഇൻഷുററിൽ നിന്ന് വിവരങ്ങൾ തേടുന്നതിനും ഞാൻ സമ്മതിക്കുന്നുവെന്ന് ഞാൻ പ്രഖ്യാപിക്കുന്നു. നിർദ്ദേശത്തിനും / അല്ലെങ്കിൽ ക്ഷേമം സെറ്റിൽമെന്റിനും അണ്ടർവൈറ്റിംഗ് ഉദ്ദേശ്യത്തിനായി.
- പ്രൊപ്പോസൽ അണ്ടർവൈറ്റിംഗ്, ഒപ്പം/അല്ലെങ്കിൽ ക്ഷേമം സെറ്റിൽമെന്റ്, ഏതെങ്കിലും സർക്കാർ, /അല്ലെങ്കിൽ ഹെൽത്ത്കെയർ അതോറിറ്റി എന്നിവയുമായി അണ്ടർവൈറ്റിംഗ് ചെയ്യുക എന്ന ഏക ഉദ്ദേശ്യത്തിനായി ഇൻഷുർ ചെയ്ത വ്യക്തിയുടെ / പ്രൊപ്പോസറുടെ മെഡിക്കൽ രേഖകൾ ഉൾപ്പെടെ എന്റെ / ഞങ്ങളുടെ നിർദ്ദേശവുമായി ബന്ധപ്പെട്ട വിവരങ്ങൾ പങ്കിടാൻ ഞാൻ കമ്പനിയെ അധികാരപ്പെടുത്തുന്നു.
- സേവന ഡെലിവറിയുടെ ഏക ഉദ്ദേശ്യത്തിനായി ഇൻഷുർ ചെയ്ത / പ്രൊപ്പോസറുടെ മെഡിക്കൽ രേഖകൾ ഉൾപ്പെടെ എന്റെ / ഞങ്ങളുടെ നിർദ്ദേശവുമായി ബന്ധപ്പെട്ട വിവരങ്ങൾ ഞങ്ങളുടെ എംപാനൽ ചെയ്ത ഭാരതവുമായി പങ്കിടാൻ ഞാൻ/ഞങ്ങൾ കമ്പനിയെ അധികാരപ്പെടുത്തുന്നു.

ഇത്തരം നമ്പരം പ്രൊപ്പോസറുടെ ഒപ്പ്

8. പ്രാദേശിക ഭാഷാ പ്രഖ്യാപനം

(പ്രൊപ്പോസർ പ്രാദേശിക ഭാഷയിൽ ഒപ്പിട്ടിട്ടുണ്ടെങ്കിൽ 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 സാക്ഷിയുടെ ഒപ്പ് സാക്ഷിയുടെ മൊബൈൽ നമ്പർ:

പ്രൊപ്പോസറുടെ ഒപ്പ്

9. പ്രൊപ്പോസർ പ്രഖ്യാപനം

(ഏതെങ്കിലും കാരണത്താൽ, നിർദ്ദേശവും മറ്റ് അനുബന്ധ പേപ്പറുകളും പ്രൊപ്പോസർ പൂർത്തിയാക്കിയ സർട്ടിഫിക്കേഷൻ). പ്രൊപ്പോസർ ഫോമിന്റെയും ബന്ധപ്പെട്ട ഡോക്യുമെന്റുകളുടെയും ഉള്ളടക്കം എനിക്ക് പൂർണ്ണമായി വിശദീകരിച്ചിട്ടുണ്ട്, നിർദ്ദിഷ്ട കരാറിന്റെ പ്രാധാന്യം ഞാൻ പൂർണ്ണമായും മനസ്സിലാക്കി. എന്റെ നിർദ്ദേശപ്രകാരം പ്രൊപ്പോസൽ ഫോം പൂർത്തിയാക്കിയിട്ടുണ്ട്, അത് ശരിയും പൂർണ്ണവുമാണെന്ന് ഞാൻ കണ്ടെത്തി.

പ്രൊപ്പോസറുടെ ഒപ്പ്

ഉൽപ്പന്നത്തിന്റെ പേര്: ReAssure | ഉൽപ്പന്നം UIN: NBHHLIP25037V032425

ആഡ്-ഓൺ പേര്: സ്മാർട്ട് ഹെൽത്ത് + | ആഡ്-ഓൺ യുഎഫ്ഐ: NBHHLIA22164V012122; ആഡ്-ഓൺ പേര്: SavePlus, Add-on UIN: NBHHLIA24070V012324

ഈ സ്ഥലം മനഃപൂർവ്വം ശൂന്യമായി വിട്ടിരിക്കുന്നു.

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 ഐഡി: ഈന്തപ്പന

ബാങ്കിംഗ് പേര് / ബ്രാഞ്ച് നിവ ബുദ്ധി (ബ്രാഞ്ച് ലൊക്കേഷൻ)

കോഡ് നമ്പർ ബിസിനസ്സ് ഉറവിടം: അഡ്വൈസർ / ഡിഎസി / കോർപ്പറേറ്റ് ഏജൻസി / മറ്റ് ചാനലുകൾ

കോഡ് നമ്പർ

നാമം

ലഭിച്ച നിർദ്ദേശം: ഉപഭോക്തൃ ID:

പ്രൊപ്പോസർ അല്ലെങ്കിൽ അപേക്ഷകൻ ഒരു സ്റ്റാഫ് ആനോൺ അല്ല

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

ബ്രാഞ്ച് കോഡ് എസ്സി കോഡ് RM/LG കോഡ്

ഉപഭോക്തൃ അക്കൗണ്ട് നമ്പർ

12. ഇൻഷുറൻസ് അഡ്വൈസറുടെ റിപ്പോർട്ട് (ഓഫീസ് ഉപയോഗത്തിന് മാത്രം)

ഒരു ഇൻഷുറൻസ് അഡ്വൈസർ / കോർപ്പറേറ്റ് ഏജൻസി / ബ്രോക്കർ / റിലേഷൻഷിപ്പ് 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 വെളിപ്പെടുത്താത്ത സാഹചര്യത്തിൽ, ഈ നിർദ്ദേശത്തിന് അനുസൃതമായി അദ്ദേഹത്തിന് / അവൾക്ക് അനുകൂലമായി നൽകിയ പോളിസി കമ്പനി അസാധ്യവായി കണക്കാക്കുകയും പോളിസിക്ക് കീഴിൽ അടച്ച എല്ലാ പ്രീമിയങ്ങളും കമ്പനിക്ക് കണ്ടുകൊടുക്കുകയും ചെയ്യാം.

ഈന്തപ്പന ഇൻഷുറൻസ് അഡ്വൈസറുടെ ഒപ്പ്

13. നിയമപരമായ മുന്നറിയിപ്പ്

റിബേറ്റുകളുടെ നിരോധനം (1938 ലെ ഇൻഷുറൻസ് നിയമത്തിലെ സെക്ഷൻ 41 (പകാരം)

- 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 പ്രോസ്പെക്ചറുകൾക്കോ പട്ടികകൾക്കോ അനുസൃതമായി അനുബന്ധമായേക്കാവുന്ന 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.

14. ABHA ID

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

15. റീഫണ്ടിംഗ് ക്ലെയിമുകളുടെ പേയ്മെന്റിനുള്ള വിവരങ്ങൾ

പേയ്മെന്റ് സ്വീകരിക്കുന്നതിനുള്ള ഓപ്ഷൻ: ബാങ്ക് ട്രാൻസ്ഫർ

ബെനീഫിഷ്യറിയുടെ പേര്
ബാങ്കിന്റെ പേര്
അക്കൗണ്ട് നമ്പർ
അക്കൗണ്ട് തരം
IFSC കോഡ്

കമ്പനിയുടെ അംഗീകാരം

ആപ്ലിക്കേഷൻ നമ്പർ.
ഇൻസുറൻസ്

എടുത്ത തീയതിയിലെ രൂപ ചെക്ക് / ഡിമാൻഡ് ഡ്രാഫ്റ്റ് / മറ്റുള്ളവ വഴി നിങ്ങളുടെ നിർദ്ദേശവും തുകയും ലഭിച്ചതായി ഞങ്ങൾ നന്ദിയോടെ 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 യഥാർത്ഥവുമായില്ലെങ്കിൽ ഞങ്ങൾക്ക് യാതൊരു ബാധ്യതയും ഉണ്ടായിരിക്കില്ല. ഞങ്ങൾ നിർദ്ദേശം അംഗീകരിക്കുന്നില്ലെങ്കിൽ, നിങ്ങളിൽ നിന്ന് പലിശയില്ലാതെ ലഭിച്ച മെഡിക്കൽ ട്രെസുറികളുടെ ചെലവ് കുറച്ചതിന് ശേഷം ഞങ്ങൾ നിങ്ങളെ അറിയിക്കുകയും പേയ്മെന്റ് തിരികെ നൽകുകയും ചെയ്യും.

സ്വീകർത്താവിന്റെയും ഓഫീസ് സീലിന്റെയും പേരും ഒപ്പും

Signature box

നിവ ബുപ ഹെൽത്ത് ഇൻഷുറൻസ് കമ്പനി ലിമിറ്റഡ്, രജിസ്റ്റർ ചെയ്ത ഓഫീസ് - സി-88, ഒന്നാം നില, ലജ്ജ് നഗർ, ഭഗം 1, ന്യൂഡൽഹി-110024 നിരാകരണം: ഇൻഷുറൻസ് ഒരു അഭ്യർത്ഥന വിഷയമാണ്. നിവ ബുപ ഹെൽത്ത് ഇൻഷുറൻസ് കമ്പനി ലിമിറ്റഡ് (മുൻ മാക്സ് 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. സിഎൻ: U66000DL2008PLC182918. നിബന്ധനകളും വ്യവസ്ഥകളും, ഒഴിവാക്കലുകൾ, അപകടസാധ്യത ഘടകങ്ങൾ, കാത്തിരിപ്പ് കാലാവധി, ആനുകൂല്യങ്ങൾ എന്നിവയെക്കുറിച്ചുള്ള കൂടുതൽ വിവരങ്ങൾക്കായി, വീൽപ്പൻ അവസാനിപ്പിക്കുന്നതിന് മുമ്പ് സെയിൽസ് ബ്രോഷർ ശ്രദ്ധാപൂർവ്വം വായിക്കുക.