



2. ವಿಮೆಗಾಗಿ ಅರ್ಜಿದಾರರ ವಿವರಗಳು:

ಅರ್ಜಿದಾರ 1	ಹೆಸರು										
	ಲಿಂಗ	ಗಂಡು	ಹೆಣ್ಣು	ಇತರ	ಎತ್ತರ	(HUF)	(ಇಂಚು)	ತೂಕ	(ಕೆಜಿ)		
	ಮೊಬೈಲ್ ಸಂಖ್ಯೆ				ಹುಟ್ಟಿದ ದಿನ	D M Y Y		ಭಾರತೀಯರಲ್ಲದಿದ್ದರೆ ದಯವಿಟ್ಟು ಟಿಪ್ಪಣಿ ಮಾಡಿ			
	ಪ್ರಸ್ತಾಪಕರೊಂದಿಗಿನ ಸಂಬಂಧ (ದಯವಿಟ್ಟು ಆಯ್ಕೆಯನ್ನು ಟಿಪ್ಪಣಿ ಮಾಡಿ): ಸಂಗಾತಿ / ತಂದೆ / ತಾಯಿ / ಮಾವ / ಅತ್ತೆ / ಮಗ / ಮಗಳು / ಉದ್ಯೋಗಿ ನೋಂದಾಯಿತ ವ್ಯವಸ್ಥಾಪಕರಾದರೆ*, ದಯವಿಟ್ಟು ಒದಗಿಸಿ: i. ವ್ಯವಸ್ಥಾಪಕರ ನೋಂದಣಿ ಸಂಖ್ಯೆ										
ಅರ್ಜಿದಾರ 2	ಹೆಸರು										
	ಲಿಂಗ	ಗಂಡು	ಹೆಣ್ಣು	ಇತರ	ಎತ್ತರ	(HUF)	(ಇಂಚು)	ತೂಕ	(ಕೆಜಿ)		
	ಮೊಬೈಲ್ ಸಂಖ್ಯೆ				ಹುಟ್ಟಿದ ದಿನ	D M Y Y		ಭಾರತೀಯರಲ್ಲದಿದ್ದರೆ ದಯವಿಟ್ಟು ಟಿಪ್ಪಣಿ ಮಾಡಿ			
	ಪ್ರಸ್ತಾಪಕರೊಂದಿಗಿನ ಸಂಬಂಧ (ದಯವಿಟ್ಟು ಆಯ್ಕೆಯನ್ನು ಟಿಪ್ಪಣಿ ಮಾಡಿ): ಸಂಗಾತಿ / ತಂದೆ / ತಾಯಿ / ಮಾವ / ಅತ್ತೆ / ಮಗ / ಮಗಳು ನೋಂದಾಯಿತ ವ್ಯವಸ್ಥಾಪಕರಾದರೆ*, ದಯವಿಟ್ಟು ಒದಗಿಸಿ: i. ವ್ಯವಸ್ಥಾಪಕರ ನೋಂದಣಿ ಸಂಖ್ಯೆ										
ಅರ್ಜಿದಾರ 3	ಹೆಸರು										
	ಲಿಂಗ	ಗಂಡು	ಹೆಣ್ಣು	ಇತರ	ಎತ್ತರ	(HUF)	(ಇಂಚು)	ತೂಕ	(ಕೆಜಿ)		
	ಮೊಬೈಲ್ ಸಂಖ್ಯೆ				ಹುಟ್ಟಿದ ದಿನ	D M Y Y		ಭಾರತೀಯರಲ್ಲದಿದ್ದರೆ ದಯವಿಟ್ಟು ಟಿಪ್ಪಣಿ ಮಾಡಿ			
	ಪ್ರಸ್ತಾಪಕರೊಂದಿಗಿನ ಸಂಬಂಧ (ದಯವಿಟ್ಟು ಆಯ್ಕೆಯನ್ನು ಟಿಪ್ಪಣಿ ಮಾಡಿ): ಸಂಗಾತಿ / ತಂದೆ / ತಾಯಿ / ಮಾವ / ಅತ್ತೆ / ಮಗ / ಮಗಳು ನೋಂದಾಯಿತ ವ್ಯವಸ್ಥಾಪಕರಾದರೆ*, ದಯವಿಟ್ಟು ಒದಗಿಸಿ: i. ವ್ಯವಸ್ಥಾಪಕರ ನೋಂದಣಿ ಸಂಖ್ಯೆ										
ಅರ್ಜಿದಾರ 4	ಹೆಸರು										
	ಲಿಂಗ	ಗಂಡು	ಹೆಣ್ಣು	ಇತರ	ಎತ್ತರ	(HUF)	(ಇಂಚು)	ತೂಕ	(ಕೆಜಿ)		
	ಮೊಬೈಲ್ ಸಂಖ್ಯೆ				ಹುಟ್ಟಿದ ದಿನ	D M Y Y		ಭಾರತೀಯರಲ್ಲದಿದ್ದರೆ ದಯವಿಟ್ಟು ಟಿಪ್ಪಣಿ ಮಾಡಿ			
	ಪ್ರಸ್ತಾಪಕರೊಂದಿಗಿನ ಸಂಬಂಧ (ದಯವಿಟ್ಟು ಆಯ್ಕೆಯನ್ನು ಟಿಪ್ಪಣಿ ಮಾಡಿ): ಸಂಗಾತಿ / ತಂದೆ / ತಾಯಿ / ಮಾವ / ಅತ್ತೆ / ಮಗ / ಮಗಳು ನೋಂದಾಯಿತ ವ್ಯವಸ್ಥಾಪಕರಾದರೆ*, ದಯವಿಟ್ಟು ಒದಗಿಸಿ: i. ವ್ಯವಸ್ಥಾಪಕರ ನೋಂದಣಿ ಸಂಖ್ಯೆ										
ಅರ್ಜಿದಾರ 5	ಹೆಸರು										
	ಲಿಂಗ	ಗಂಡು	ಹೆಣ್ಣು	ಇತರ	ಎತ್ತರ	(HUF)	(ಇಂಚು)	ತೂಕ	(ಕೆಜಿ)		
	ಮೊಬೈಲ್ ಸಂಖ್ಯೆ				ಹುಟ್ಟಿದ ದಿನ	D M Y Y		ಭಾರತೀಯರಲ್ಲದಿದ್ದರೆ ದಯವಿಟ್ಟು ಟಿಪ್ಪಣಿ ಮಾಡಿ			
	ಪ್ರಸ್ತಾಪಕರೊಂದಿಗಿನ ಸಂಬಂಧ (ದಯವಿಟ್ಟು ಆಯ್ಕೆಯನ್ನು ಟಿಪ್ಪಣಿ ಮಾಡಿ): ಸಂಗಾತಿ / ತಂದೆ / ತಾಯಿ / ಮಾವ / ಅತ್ತೆ / ಮಗ / ಮಗಳು ನೋಂದಾಯಿತ ವ್ಯವಸ್ಥಾಪಕರಾದರೆ*, ದಯವಿಟ್ಟು ಒದಗಿಸಿ: i. ವ್ಯವಸ್ಥಾಪಕರ ನೋಂದಣಿ ಸಂಖ್ಯೆ										
ಅರ್ಜಿದಾರ 6	ಹೆಸರು										
	ಲಿಂಗ	ಗಂಡು	ಹೆಣ್ಣು	ಇತರ	ಎತ್ತರ	(HUF)	(ಇಂಚು)	ತೂಕ	(ಕೆಜಿ)		
	ಮೊಬೈಲ್ ಸಂಖ್ಯೆ				ಹುಟ್ಟಿದ ದಿನ	D M Y Y		ಭಾರತೀಯರಲ್ಲದಿದ್ದರೆ ದಯವಿಟ್ಟು ಟಿಪ್ಪಣಿ ಮಾಡಿ			
	ಪ್ರಸ್ತಾಪಕರೊಂದಿಗಿನ ಸಂಬಂಧ (ದಯವಿಟ್ಟು ಆಯ್ಕೆಯನ್ನು ಟಿಪ್ಪಣಿ ಮಾಡಿ): ಸಂಗಾತಿ / ತಂದೆ / ತಾಯಿ / ಮಾವ / ಅತ್ತೆ / ಮಗ / ಮಗಳು ನೋಂದಾಯಿತ ವ್ಯವಸ್ಥಾಪಕರಾದರೆ*, ದಯವಿಟ್ಟು ಒದಗಿಸಿ: i. ವ್ಯವಸ್ಥಾಪಕರ ನೋಂದಣಿ ಸಂಖ್ಯೆ										

\* ಪ್ರೀಮಿಯಂ ಮೇಲೆ 5% ರಿಯಾಯಿತಿ ಪಡೆಯಿರಿ. ಮೆಡಿಕ್ಲೆ ಪ್ರಾಕ್ಟೀಸನರ್ ಎಂದರೆ ಯಾವುದೇ ರಾಜ್ಯದ ವ್ಯವಸ್ಥಾಪಕರ ನೋಂದಣಿ ಅಥವಾ ಭಾರತೀಯ ವ್ಯವಸ್ಥಾಪಕರ ನೋಂದಣಿ ಅಥವಾ ಕೌನ್ಸಿಲ್ ಫಾರ್ ಇಂಡಿಯನ್ ಮೆಡಿಸಿನ್ ಅಥವಾ ಭಾರತ ಸರ್ಕಾರ ಅಥವಾ ರಾಜ್ಯ ಸರ್ಕಾರ ಸ್ಥಾಪಿಸಿದ ಹೋಮಿಯೋಪೆಥಿಕ್ ಮಾನ್ಯ ನೋಂದಣಿಯನ್ನು ಹೊಂದಿರುವ ಮತ್ತು ಆ ಮೂಲಕ ಅದರ ವ್ಯಾಪ್ತಿಯಲ್ಲಿ ಉಚಿತ ಔಷಧಕ್ಕೆ ಅರ್ಹರಾಗಿರುವ ವ್ಯಕ್ತಿ; ಮತ್ತು ತನ್ನ ಪರಿವಾನೆಯ ವ್ಯಾಪ್ತಿ ಮತ್ತು ನ್ಯಾಯವ್ಯಾಪ್ತಿಯಲ್ಲಿ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಿದ್ದಾನೆ.

3. ಕವರೇಜ್ ಆಯ್ಕೆ:

ಮೂಲ ವ್ಯಾಪ್ತಿ:

#Policy ಪ್ರಕಾರ:	<input type="checkbox"/> ವೈಯಕ್ತಿಕ <input type="checkbox"/> ಫ್ಯಾಮಿಲಿ ಪ್ರೋಟೆಕ್ಟ್ <input type="checkbox"/> ಬಹು ಸದಸ್ಯ ವ್ಯಕ್ತಿ
ಕವರ ಮಾಡೆಲೇಕಾದ ಜೀವಗಳ ಸಂಖ್ಯೆ:	<input type="checkbox"/> ವಯಸ್ಕರು <input type="checkbox"/> ಮಕ್ಕಳು
ರೂಪಾಂತರ:	<input type="checkbox"/> ಚಿನ್ನ <input type="checkbox"/> ನೀಲಮಣಿ <input type="checkbox"/> ವಜ್ರ <input type="checkbox"/> ಪ್ಲಾಟಿನಂ <input type="checkbox"/> ಟೈಟಾನಿಯಂ <input type="checkbox"/> ಚಿನ್ನ+ <input type="checkbox"/> ನೀಲಮಣಿ+ <input type="checkbox"/> ಡೈಮಂಡ್+ <input type="checkbox"/> ಪ್ಲಾಟಿನಂ+ <input type="checkbox"/> ಟೈಟಾನಿಯಂ+ <input type="checkbox"/> ಘೆಸ್ಟಿ
ಮೂಲ ವಿಮಾ ಮೊತ್ತ:	_____
ನೀತಿ ಅವಧಿ:	<input type="checkbox"/> 1 ವರ್ಷ <input type="checkbox"/> 2 ವರ್ಷಗಳು <input type="checkbox"/> 3 ವರ್ಷಗಳು

ಐಚ್ಛಿಕ ವ್ಯಾಪ್ತಿ:

1. ಅಸ್ತತ್ವ ನಗದು	<input type="checkbox"/> ಹೌದು <input type="checkbox"/> ಇಲ್ಲ																		
2. ರಕ್ಷಣೆ \$	<input type="checkbox"/> ಹೌದು <input type="checkbox"/> ಇಲ್ಲ																		
3. ರಕ್ಷಣೆ+ \$	<input type="checkbox"/> ಹೌದು <input type="checkbox"/> ಇಲ್ಲ																		
4. 'ವೈಯಕ್ತಿಕ ಅವಕಾಶ ಕವರ' ಆಯ್ಕೆ ಮಾಡಿದರೆ ದಯವಿಟ್ಟು ಟಿಪ್ಪಣಿ ಮಾಡಿ (ಈ ಆಯ್ಕೆಯು 18 ವರ್ಷ ಅಥವಾ ಅದಕ್ಕಿಂತ ಹೆಚ್ಚಿನ ವಯಸ್ಸಿನ ಅರ್ಜಿದಾರರಿಗೆ ಮಾತ್ರ ಲಭ್ಯವಿದೆ)	<table border="1" style="width:100%; text-align:center;"> <tr> <th colspan="6">ಅರ್ಜಿದಾರರ ಸಂಖ್ಯೆ</th> </tr> <tr> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> <th>6</th> </tr> <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> </table>	ಅರ್ಜಿದಾರರ ಸಂಖ್ಯೆ						1	2	3	4	5	6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ಅರ್ಜಿದಾರರ ಸಂಖ್ಯೆ																			
1	2	3	4	5	6														
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
5. ವಾರ್ಷಿಕ ಒಟ್ಟು ಕಡಿತ ಆಯ್ಕೆಗಳು:	<table border="1" style="width:100%; text-align:center;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> ಇಲ್ಲ</td> <td><input type="checkbox"/> 10,000</td> <td><input type="checkbox"/> 20,000</td> <td><input type="checkbox"/> 30,000</td> <td><input type="checkbox"/> 50,000</td> <td><input type="checkbox"/> 1,00,000</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 2,00,000</td> <td><input type="checkbox"/> 3,00,000</td> <td><input type="checkbox"/> 4,00,000</td> <td><input type="checkbox"/> 5,00,000</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> ಇಲ್ಲ	<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	<input type="checkbox"/> 2,00,000	<input type="checkbox"/> 3,00,000	<input type="checkbox"/> 4,00,000	<input type="checkbox"/> 5,00,000								
<input type="checkbox"/> ಇಲ್ಲ	<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														
<input type="checkbox"/> 2,00,000	<input type="checkbox"/> 3,00,000	<input type="checkbox"/> 4,00,000	<input type="checkbox"/> 5,00,000																
6. ಸಹ-ಪಾವತಿ	<table border="1" style="width:100%; text-align:center;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> ಇಲ್ಲ</td> <td><input type="checkbox"/> 10%</td> <td><input type="checkbox"/> 20%</td> <td><input type="checkbox"/> 30%</td> <td><input type="checkbox"/> 40%</td> <td><input type="checkbox"/> 50%</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> ಇಲ್ಲ	<input type="checkbox"/> 10%	<input type="checkbox"/> 20%	<input type="checkbox"/> 30%	<input type="checkbox"/> 40%	<input type="checkbox"/> 50%												
<input type="checkbox"/> ಇಲ್ಲ	<input type="checkbox"/> 10%	<input type="checkbox"/> 20%	<input type="checkbox"/> 30%	<input type="checkbox"/> 40%	<input type="checkbox"/> 50%														
7. ಮೊದಲೇ ಅಸ್ತಿತ್ವದಲ್ಲಿರುವ ರೋಗ ಕಾಯುವ ಸಮಯ ಮಾರ್ಪಾಡು	<input type="checkbox"/> ಇಲ್ಲ <input type="checkbox"/> 4 ವರ್ಷ <input type="checkbox"/> 3 ವರ್ಷ <input type="checkbox"/> 2 ವರ್ಷ <input type="checkbox"/> 1 ವರ್ಷ																		
8. ರೋಮ್ ಟೈಪ್ ಮಾರ್ಪಾಡು ಫಿಕಾ tion	<input type="checkbox"/> ಇಲ್ಲ <input type="checkbox"/> ಸ್ಟ್ಯಾಂಡರ್ಡ್ ಸಿಂಗಲ್ ರೋಮ್ <input type="checkbox"/> ಹಂಚಿದ ಕೋಣೆ																		
9. ಬಾರ್ಡರ್ ಲೆಸ್ (ಸಹ-ಪಾವತಿಯೊಂದಿಗೆ)	<table border="1" style="width:100%; text-align:center;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> ಇಲ್ಲ</td> <td><input type="checkbox"/> 50%</td> <td><input type="checkbox"/> 40%</td> <td><input type="checkbox"/> 30%</td> <td><input type="checkbox"/> 20%</td> <td><input type="checkbox"/> 0%</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> ಇಲ್ಲ	<input type="checkbox"/> 50%	<input type="checkbox"/> 40%	<input type="checkbox"/> 30%	<input type="checkbox"/> 20%	<input type="checkbox"/> 0%												
<input type="checkbox"/> ಇಲ್ಲ	<input type="checkbox"/> 50%	<input type="checkbox"/> 40%	<input type="checkbox"/> 30%	<input type="checkbox"/> 20%	<input type="checkbox"/> 0%														
10. ಭವಿಷ್ಯ ಸಿದ್ಧವಾಗಿದೆ	<input type="checkbox"/> ಹೌದು <input type="checkbox"/> ಇಲ್ಲ																		
11. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಬ್ಯಾಗ್	<input type="checkbox"/> ಹೌದು <input type="checkbox"/> ಇಲ್ಲ																		
12. ವೆಲ್ ಕನ್ಸಲ್ಟ್ (ಒಪಿಡಿ)	<input type="checkbox"/> ಹೌದು <input type="checkbox"/> ಇಲ್ಲ																		

ಆಡ್-ಆನ್ ಗಳು:

1. ಸ್ಟ್ಯಾಟ್ಸ್ ಹೆಲ್ತ್ + (ರೋಗ ನಿರ್ವಹಣೆ) * ಎಲ್ಲಾ ಪೀಡಿತ ಸದಸ್ಯರು ಒಂದು ರೂಪಾಂತರ ಚಿನ್ನ ಅಥವಾ ಪ್ಲಾಟಿನಂ ಅನ್ನು ಆಯ್ಕೆ ಮಾಡಬಹುದು.	<input type="checkbox"/> ಚಿನ್ನ <input type="checkbox"/> ಪ್ಲಾಟಿನಂ <input type="checkbox"/> ಇಲ್ಲ <table border="1" style="width:100%; text-align:center;"> <tr> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> <th>6</th> </tr> <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> </table>	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								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
2. ಸ್ಟ್ಯಾಟ್ಸ್ ಹೆಲ್ತ್ + (ತೀವ್ರ ಆರೈಕೆ) * ಎರಡರಲ್ಲಿ ಯಾವುದಾದರೂ ಒಂದನ್ನು ಆಯ್ಕೆ ಮಾಡಬಹುದು	<input type="checkbox"/> ಅತ್ಯುತ್ತಮ ಸಲಹೆ <input type="checkbox"/> ಅತ್ಯುತ್ತಮ ಆರೈಕೆ <input type="checkbox"/> ಇಲ್ಲ <table border="1" style="width:100%; text-align:center;"> <tr> <th>INR 5,000</th> <th>INR 10,000</th> <th>INR 15,000</th> <th>INR 20,000</th> <th>INR</th> </tr> <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> </tr> </table>	INR 5,000	INR 10,000	INR 15,000	INR 20,000	INR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
INR 5,000	INR 10,000	INR 15,000	INR 20,000	INR									
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
3. ವೇಗವಾಗಿ ಮುಂದುವರಿಯಿರಿ	<input type="checkbox"/> ಹೌದು <input type="checkbox"/> ಇಲ್ಲ												

\* ಕೆಲವು ಫೈನಲ್ ವಿಷಯಗಳನ್ನು ವಿವರಿಸಲು ಸಾಧ್ಯವಿಲ್ಲ. ಫೈನಲ್ ಎಂದರೆ ವೈಯಕ್ತಿಕವಾಗಿ ಅಥವಾ ಸಾಮೂಹಿಕವಾಗಿ ಎಲ್ಲಾ ವಿಷಯಗಳು ಈ ಮಿತ ಕ್ಷೇತ್ರದ ಮೇಲಿರುತ್ತವೆ. 50% ಸುರಕ್ಷಿತ ಅಥವಾ ಸುರಕ್ಷಿತ + ಅನ್ನು ಆಯ್ಕೆ ಮಾಡಬಹುದು.

4. ಪೋರ್ಟ್‌ಬಿಲಿಟಿ

ನೀತಿ ಸಂಖ್ಯೆ	ವಿಮಾ ಕಂಪನಿ	ಅಪಾಯ ಪ್ರಾರಂಭ ದಿನಾಂಕ	ಅಪಾಯ ಮುಕ್ತಾಯ ದಿನಾಂಕ	ಪೋರ್ಟ್‌ಬಿಲಿಟಿ ಕಾರಣ

ಪೋರ್ಟ್‌ಫೋಲಿಯನ್ನು ವಿವರಿಸಲಾದ ಉದ್ದೇಶಿತ ವಿಮಾದಾರರ ಹೆಸರು	ಮೂಲ ನೀತಿ ಪಾರಂಪರಿಕ ದಿನಾಂಕ	ಇಲ್ಲಿ ಪೋರ್ಟ್‌ಫೋಲಿಯನ್ನು ವಿವರಿಸಲಾದ ವರ್ಷಗಳ ನಿರಂತರ ವ್ಯಾಪ್ತಿಯ ಬಗ್ಗೆ	ಹಿಂದಿನ ನೀತಿಗಳಲ್ಲಿನ ಹಕ್ಕುಗಳು	ಪ್ರಸ್ತುತ ಕ್ಲೇಮ್ ಬೋನಸ್ ಇಲ್ಲ	ವಿಮಾ ಮೊತ್ತ - ವರ್ಷ 1 (ಅತ್ಯಂತ ಹಳೆಯದು)	ವಿಮಾ ಮೊತ್ತ - ವರ್ಷ 2	ವಿಮಾ ಮೊತ್ತ - ವರ್ಷ 3	ವಿಮಾ ಮೊತ್ತ - ವರ್ಷ 4 (ಮುಕ್ತಾಯ ಪಾಲಿಸಿ)

**5. ನಾಮನಿರ್ದೇಶನ**

ಪ್ರಸ್ತುತ ಮರಣದ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ, ಪಾಲಿಸಿಯ ಅಡಿಯಲ್ಲಿ ಬಾಕಿ ಇರುವ ಯಾವುದೇ ಪಾವತಿಯನ್ನು ಕೆಳಗೆ ಹೆಸರಿಸಲಾದ ನಾಮನಿರ್ದೇಶಿತರಿಗೆ ಪಾವತಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ. ನಾಮನಿರ್ದೇಶಿತರಿಂದ ಅಂತಹ ಪಾವತಿಯನ್ನು ಸ್ವೀಕರಿಸುವುದು ನೀತಿಯ ಅಡಿಯಲ್ಲಿ ಕಂಪನಿಯ ಹೊಣೆಗಾರಿಕೆಯ ಬಿಡುಗಡೆಯಾಗುತ್ತದೆ.

ನಾಮನಿರ್ದೇಶಿತರು	ಹುಟ್ಟಿದ ದಿನ	ಪ್ರಸ್ತುತನೊಂದಿಗಿನ ಸಂಬಂಧ[ಬದಲಾಯಿಸಿ]	ನಾಮನಿರ್ದೇಶಿತರ ವಿಳಾಸ, ಮೊಬೈಲ್ ಸಂಖ್ಯೆ ಮತ್ತು ಇಮೇಲ್ ಐಡಿ	ನೇಮಕಗೊಂಡ ಹೆಸರು (ನಾಮನಿರ್ದೇಶಿತರು 18 ವರ್ಷಕ್ಕಿಂತ ಕಡಿಮೆ ವಯಸ್ಸಿನವರಾಗಿದ್ದರೆ)

ನಾಮನಿರ್ದೇಶಿತರ ಬ್ಯಾಂಕ್ ವಿವರಗಳು: ಫಲಾನುಭವಿ ಹೆಸರು: \_\_\_\_\_

ಬ್ಯಾಂಕ್ ಹೆಸರು \_\_\_\_\_ ಖಾತೆ ಪ್ರಕಾರ \_\_\_\_\_ ಉಳಿತಾಯ \_\_\_\_\_ ಪ್ರಸ್ತುತ \_\_\_\_\_

ಖಾತೆ ಸಂಖ್ಯೆ \_\_\_\_\_ IFSC ಕೋಡ್ \_\_\_\_\_

**6. ವೈದ್ಯಕೀಯ, ಅಭ್ಯಾಸಗಳು ಮತ್ತು ಹಿಂದಿನ ಪ್ರಸ್ತಾವದ ಮಾಹಿತಿ**

ಮುಖ್ಯ: ಈ ವಿಭಾಗದಲ್ಲಿನ ಎಲ್ಲಾ ಪ್ರಶ್ನೆಗಳಿಗೆ ಸತ್ಯವಾಗಿ ಮತ್ತು ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಉತ್ತರಿಸಲಾಗಿದೆ ಎಂದು ದಯವಿಟ್ಟು ಖಚಿತಪಡಿಸಿಕೊಳ್ಳಿ. ಏಕೆಂದರೆ ನೀವು ಇಲ್ಲಿ ಒದಗಿಸುವ ಮಾಹಿತಿಯು ನಿವಾ ಬೂಪಾ ಅವರ ಅಂಡರ್ ರೈಟಿಂಗ್ ಗೆ ಆಧಾರವನ್ನು ರೂಪಿಸುತ್ತದೆ. ಯಾವುದೇ ಅಪೂರ್ಣ, ತಪ್ಪಾದ, ಭಾಗಶಃ ಸರಿಯಾದ ಮಾಹಿತಿಯು ನಿಮ್ಮ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಹಕ್ಕು ಮತ್ತು/ಅಥವಾ ವ್ಯಾಪ್ತಿಯ ಮೇಲೆ ಪರಿಣಾಮ ಬೀರಬಹುದು ಎಂಬುದನ್ನು ದಯವಿಟ್ಟು ಗಮನಿಸಿ.

**35 ವರ್ಷದವರೆಗಿನ ಹಿರಿಯ ಸದಸ್ಯರಿಗೆ**

ವಿಭಾಗ: 'ನೀವು' ಎಂದರೆ ನೀವು ಮತ್ತು ಈ ಅಪ್ಲಿಕೇಶನ್ ಮೂಲಕ ಈ ಪಾಲಿಸಿಯನ್ನು ಬಯಸುವ ಎಲ್ಲರೂ.	1	2	3	4	5	6
	1. ನೀವು ಈ ಕೆಳಗಿನ ಯಾವುದೇ ಕಾಯಿಲೆಗಳಿಂದ ಬಳಲುತ್ತಿದ್ದೀರಾ? a. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್/ಲ್ಯೂಕೇಮಿಯಾ/ಮಾರಣಾಂತಿಕ ಗೆಡ್ಡೆ b. ಹೃದಯ ಸಂಬಂಧಿ ಕಾಯಿಲೆಗಳು (ಹೃದಯಾಘಾತ, ಬೈಪಾಸ್ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆ, ಇತ್ಯಾದಿ) c. ಪ್ರಮುಖ ಅಂಗಾಂಗ ವೈಫಲ್ಯ (ಮೂತ್ರಪಿಂಡ, ಯಕೃತ್ತು, ಹೃದಯ, ಶ್ವಾಸಕೋಶ, ಇತ್ಯಾದಿ) d. ನರವೈಜ್ಞಾನಿಕ ಅಸ್ವಸ್ಥತೆ / ಪಾರ್ಶ್ವವಾಯು / ಪಾರ್ಶ್ವವಾಯು ಇ. ದೀರ್ಘಕಾಲದ ಅಬ್ಸ್ಟ್ರಕ್ಟಿವ್ ಪಲ್ಸನರಿ ಡಿಸೀಸ್ (ಸಿಬಿಡಿ) / ಪ್ರಗತಿಶೀಲ ಶ್ವಾಸಕೋಶದ ಕಾಯಿಲೆ ಎಫ್. ಹೆಪಟೈಟಿಸ್ ಬಿ ಅಥವಾ ಸಿ, ದೀರ್ಘಕಾಲದ ಯಕೃತ್ತಿನ ಕಾಯಿಲೆ, ಕ್ರೋನಿಸ್ ಕಾಯಿಲೆ, ಅಲ್ಕೋಹಾಲ್ ಕೊಲೈಟಿಸ್ ಜಿ. ಕಬ್ಬಿಣದ ಕೊರತೆಯ ರಕ್ತಹೀನತೆಯನ್ನು ಹೊರತುಪಡಿಸಿ ಬೇರೆ ಯಾವುದೇ ರಕ್ತಹೀನತೆ ಎಚ್. ಟೈಪ್ 1 ಮಧುಮೇಹ	ಮತ್ತು N	ಮತ್ತು N	ಮತ್ತು N	ಮತ್ತು N	ಮತ್ತು N
2. ನಿಮಗೆ ಡಯಾಬಿಟಿಸ್ ಇದೆಯೇ?	ಮತ್ತು N	ಮತ್ತು N	ಮತ್ತು N	ಮತ್ತು N	ಮತ್ತು N	ಮತ್ತು N
ನಿಮಗೆ ಅಧಿಕ ರಕ್ತದೊತ್ತಡ 3.00?	ಮತ್ತು N	ಮತ್ತು N	ಮತ್ತು N	ಮತ್ತು N	ಮತ್ತು N	ಮತ್ತು N
4. ಒಂದು ವಾರಕ್ಕಿಂತ ಹೆಚ್ಚು ಕಾಲ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಅಗತ್ಯವಿರುವ ರೋಗದಿಂದ ಎಂದಾದರೂ ರೋಗನಿರ್ಣಯ ಮಾಡಲಾಗಿದೆಯೇ?	ಮತ್ತು N	ಮತ್ತು N	ಮತ್ತು N	ಮತ್ತು N	ಮತ್ತು N	ಮತ್ತು N
5. ಎಂದಾದರೂ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಒಳಗಾಗಿದ್ದೀರಾ? ಅಥವಾ ಒಬ್ಬರಿಗೆ ಸಲಹೆ ನೀಡಬೇಕೇ?	ಮತ್ತು N	ಮತ್ತು N	ಮತ್ತು N	ಮತ್ತು N	ಮತ್ತು N	ಮತ್ತು N
6. ಪ್ರಸ್ತುತ ಯಾವುದೇ ಅನುಸರಣೆಯಿಲ್ಲದೆಯೇ ಅಥವಾ ಯಾವುದೇ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಾಗಿ ಕಾಯುತ್ತಿದೆಯೇ?	ಮತ್ತು N	ಮತ್ತು N	ಮತ್ತು N	ಮತ್ತು N	ಮತ್ತು N	ಮತ್ತು N

ವಿಭಾಗ ಬಿ: ಮೇಲಿನ ಯಾವುದೇ ಪ್ರಶ್ನೆಗಳಿಗೆ ನಿಮ್ಮ ಉತ್ತರ 'ಹೌದು' ಎಂದಾದರೆ	ಅರ್ಜಿದಾರ ಸಂಖ್ಯೆ 1	ಅರ್ಜಿದಾರ ಸಂಖ್ಯೆ 2	ಅರ್ಜಿದಾರ ಸಂಖ್ಯೆ 3	ಅರ್ಜಿದಾರ ಸಂಖ್ಯೆ 4	ಅರ್ಜಿದಾರ ಸಂಖ್ಯೆ 5	ಅರ್ಜಿದಾರ ಸಂಖ್ಯೆ 6
	1. ರೋಗನಿರ್ಣಯ ಮತ್ತು ಅಥವಾ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಹೆಸರು?					
2. ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ವಿವರಗಳು? ವರ್ಷ ಮತ್ತು ತಿಂಗಳು						
3. ಪ್ರಸ್ತುತ ಆರೋಗ್ಯ ಸ್ಥಿತಿ?						

ವಿಭಾಗ ಎ: ದಯವಿಟ್ಟು ವೈದ್ಯಕೀಯ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಹಂಚಿಕೊಳ್ಳಿ						
ದಯವಿಟ್ಟು ಪ್ರತಿ ಅರ್ಜಿದಾರರಿಗೆ ಈ ಕೆಳಗಿನ ಪ್ರಶ್ನೆಗಳಿಗೆ ಉತ್ತರಿಸಿ. ದಯವಿಟ್ಟು ಹೌದು (Y) ಅಥವಾ ಇಲ್ಲ (N) ಎಂದು ವ್ಯಕ್ತೀಕರಣದಲ್ಲಿ ಬರೆಯಿರಿ	ಅರ್ಜಿದಾರರ ಸಂಖ್ಯೆ					
	1	2	3	4	5	6
i. ನೆಗಡಿ, ಜ್ವರ, ಸೋಂಕುಗಳು, ಸಣ್ಣ ಗಾಯ ಅಥವಾ ಇತರ ಸಣ್ಣ ಕಾಯಿಲೆಗಳನ್ನು ಹೊರತುಪಡಿಸಿ; ಅರ್ಜಿದಾರರು ಎಂದಾದರೂ ಯಾವುದೇ ರೋಗದಿಂದ ಬಳಲುತ್ತಿದ್ದಾರೆಯೇ ಮತ್ತು/ಅಥವಾ 5 ದಿನಗಳಿಗಿಂತ ಹೆಚ್ಚು ಕಾಲ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ದಾಖಲಾಗಿದ್ದಾರೆ ಮತ್ತು / ಅಥವಾ ಯಾವುದೇ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸಾ ವಿಧಾನಗಳಿಗೆ ಒಳಗಾಗಲು / ಸಲಹೆ ನೀಡಿದ್ದಾರೆಯೇ ಮತ್ತು / ಅಥವಾ ಯಾವುದೇ ಔಷಧಿಗಳನ್ನು ತೆಗೆದುಕೊಂಡಿದ್ದಾರೆ/ 14 ದಿನಗಳಿಗಿಂತ ಹೆಚ್ಚು ಕಾಲ ಯಾವುದೇ ರೋಗಲಕ್ಷಣಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದೀರಾ? ಔಷಧೋಪಚಾರವು ಇನ್ಸೂಲಿನ್ ಗಳು, ಚುಚ್ಚುಮದ್ದುಗಳು, ಮೌಖಿಕ ಔಷಧಿಗಳು ಮತ್ತು ದೇಹದ ಭಾಗಗಳ ಮೇಲೆ ಬಾಹ್ಯ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಅನ್ವಯಿಕೆಗಳನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿದೆ ಆದರೆ ಸೀಮಿತವಾಗಿಲ್ಲ.	ಮತ್ತು N	ಮತ್ತು N	ಮತ್ತು N	ಮತ್ತು N	ಮತ್ತು N	ಮತ್ತು N
ii. ಥೈರಾಯ್ಡ್ ಪ್ರೊಫೈಲ್, ಲಿಪಿಡ್ ಪ್ರೊಫೈಲ್, ಟ್ರಿಡ್ ಮಿಲ್ ಪರಿಶೀಲನೆ, ಅಂಜಿಯೋಗ್ರಫಿ, ಎಕೋಕಾರ್ಡಿಯೋಗ್ರಫಿ, ಎಂಡೋಸೋಪಿ, ಅಲ್ಟ್ರಾಸೌಂಡ್, ಸಿಟಿ ಸ್ಕ್ಯಾನ್, ಎಂಆರ್ ಐ, ಬಯೋಪ್ಸಿ ಮತ್ತು ಎಫ್ ಎನ್ ಎಸ್ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಯಾವುದೇ ರೋಗನಿರ್ಣಯ ಪರಿಶೀಲನೆ ಅಥವಾ ತನಿಖೆಗಳಿಗೆ ಅರ್ಜಿದಾರರು ಎಂದಾದರೂ ಪ್ರತಿಕ್ರಮಿಸಿ ಫಲಿತಾಂಶಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದಾರೆಯೇ?	ಮತ್ತು N	ಮತ್ತು N	ಮತ್ತು N	ಮತ್ತು N	ಮತ್ತು N	ಮತ್ತು N
iii. ಅರ್ಜಿದಾರರಿಗೆ ಮಧುಮೇಹ ಅಥವಾ ಪ್ರೀಡಯಾಬಿಟಿಸ್ ಇದೆಯೇ ಅಥವಾ ಅವನು / ಅವಳು ಎಂದಾದರೂ ಅಧಿಕ ರಕ್ತದ ಸಕ್ಕರೆಯನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದೀರಾ?	ಮತ್ತು N	ಮತ್ತು N	ಮತ್ತು N	ಮತ್ತು N	ಮತ್ತು N	ಮತ್ತು N
iv. ಅರ್ಜಿದಾರರಿಗೆ ಅಧಿಕ ರಕ್ತದೊತ್ತಡ ಅಥವಾ ಅಧಿಕ ರಕ್ತದೊತ್ತಡವಿದೆಯೇ?	ಮತ್ತು N	ಮತ್ತು N	ಮತ್ತು N	ಮತ್ತು N	ಮತ್ತು N	ಮತ್ತು N
v. ಅರ್ಜಿದಾರರು ಎಂದಾದರೂ ಯಾವುದೇ ಅನುವಂಶಿಕ / ಅನುವಂಶಿಕ ಅಸ್ವಸ್ಥತೆಗಳ ಅಥವಾ ಎಜ್ಞವಿ / ಏಡ್ಸ್, ರೋಗನಿರ್ಣಯ ಅಥವಾ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಪಡೆದಿದ್ದಾರೆಯೇ?	ಮತ್ತು N	ಮತ್ತು N	ಮತ್ತು N	ಮತ್ತು N	ಮತ್ತು N	ಮತ್ತು N
vi. ಅರ್ಜಿದಾರರು ಎಂದಾದರೂ ಯಾವುದೇ ಮಾನಸಿಕ/ ಮನೋವೈದ್ಯಕೀಯ ಅಸ್ವಸ್ಥತೆಗಳಿಗೆ ರೋಗನಿರ್ಣಯ ಅಥವಾ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಪಡೆದಿದ್ದಾರೆಯೇ?	ಮತ್ತು N	ಮತ್ತು N	ಮತ್ತು N	ಮತ್ತು N	ಮತ್ತು N	ಮತ್ತು N
vii. ಅರ್ಜಿದಾರರ ಜೀವನದ ಮೇಲೆ ಜೀವ, ಆರೋಗ್ಯ, ಆಸ್ಪತ್ರೆ ದೈನಂದಿನ ನಗದು ಅಥವಾ ಗಂಭೀರ ಅನಾರೋಗ್ಯ ವಿಷಯ ಯಾವುದೇ ಪ್ರಸ್ತಾಪವನ್ನು ಎಂದಾದರೂ ತಿರಸ್ಕರಿಸಲಾಗಿದೆಯೇ, ಮುಂದೂಡಲಾಗಿದೆಯೇ, ಲೋಡ್ ಮಾಡಲಾಗಿದೆಯೇ ಅಥವಾ ಯಾವುದೇ ವಿಮಾ ಕಂಪನಿಯಿಂದ ಹೊರಗಡುವಿಕೆಯಂತಹ ಯಾವುದೇ ವಿಶೇಷ ಷರತ್ತುಗಳಿಗೆ ಒಳಪಟ್ಟಿದೆಯೇ?	ಮತ್ತು N	ಮತ್ತು N	ಮತ್ತು N	ಮತ್ತು N	ಮತ್ತು N	ಮತ್ತು N

ವಿಭಾಗ ಬಿ: ಅರ್ಜಿದಾರರು ತಂಬಾಕು / ಗುಟಾ / ಪಾನ ಮಸಾಲಾ ಅಥವಾ ಆಲ್ಕೋಹಾಲ್ ಸೇರಿದರೆ ಅಥವಾ ಸೇವಿಸಿದರೆ ಮಾತ್ರ ದಯವಿಟ್ಟು ಈ ವಿಭಾಗವನ್ನು ಭರ್ತಿ	i. ಜಗಿಯಬಹುದಾದ ತಂಬಾಕು / ಗುಟಾ / ಪಾನ ಮಸಾಲಾ, ಹೌದು ಎಂದಾದಲ್ಲಿ, ದಯವಿಟ್ಟು ದಿನಕ್ಕೆ ಪೌಚ್ ಗಳ ಸಂಖ್ಯೆಯನ್ನು ನಿರ್ದಿಷ್ಟಪಡಿಸಿ		ii. ಆಲ್ಕೋಹಾಲ್, ಹೌದು ಎಂದಾದಲ್ಲಿ, ದಯವಿಟ್ಟು ವಾರಕ್ಕೆ ಮಿಲಿ ಸಂಖ್ಯೆಯನ್ನು ನಿರ್ದಿಷ್ಟಪಡಿಸಿ		iii. ಸಿಗರೇಟುಗಳು / ಬೀಡಿ / ಸಿಗಾರ್, ಹೌದು ಎಂದಾದಲ್ಲಿ, ದಯವಿಟ್ಟು ದಿನಕ್ಕೆ ಬಳಕೆಯನ್ನು ನಿರ್ದಿಷ್ಟಪಡಿಸಿ	
	1-10	> 10	<= 450	> 450	1-10	> 10
ಅರ್ಜಿದಾರ 1						
ಅರ್ಜಿದಾರ 2						
ಅರ್ಜಿದಾರ 3						
ಅರ್ಜಿದಾರ 4						
ಅರ್ಜಿದಾರ 5						
ಅರ್ಜಿದಾರ 6						

ಎಲ್ಲಾ ಪ್ರಸ್ತಾವಕರಿಗೆ

ವಿಭಾಗ ಸಿ: ಮೇಲಿನ ವಿಭಾಗದಲ್ಲಿ ಹೌದು (Y) ಎಂದು ಗುರುತಿಸಲಾದ ಪ್ರಶ್ನೆಗಳಿಗೆ, ದಯವಿಟ್ಟು ಈ ಕೆಳಗಿನ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ನಿರ್ದಿಷ್ಟಪಡಿಸಿ:											
ಅರ್ಜಿದಾರರ ಸಂಖ್ಯೆ	ರೋಗಲಕ್ಷಣ(ಗಳು) ಅಥವಾ ತನಿಖೆ(ಗಳು) ಅಥವಾ ರೋಗನಿರ್ಣಯ ಅಥವಾ ಕಾರ್ಯವಿಧಾನ/ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಒಳಗಾದ ವಿವರಗಳು				ಸ್ಥಿತಿಯ ಅವಧಿ	ಔಷಧೋಪಚಾರ(ಗಳು)	ಡೋಸೇಜ್	ಪ್ರಸ್ತುತ ಸ್ಥಿತಿ (ಉದಾ. ಸಂಪೂರ್ಣ / ಭಾಗಶಃ ಚೇತರಿಕೆ ಅಥವಾ ನಡೆಯುತ್ತಿರುವ)	ಚಿಕಿತ್ಸೆ ನೀಡುವ ವೈದ್ಯರ ಹೆಸರು ಮತ್ತು ಸಂಪರ್ಕ	ಲಗತ್ತಿಸಲಾದ ದಾಖಲೆಗಳು (ಹೌದು/ಇಲ್ಲ)	
	ಒಂದುವೇಳೆ ಡಯಾಬಿಟಿಸ್		ಅಧಿಕ ರಕ್ತದೊತ್ತಡ ಬಿಪಿ ಇದ್ದರೆ	ಯಾವುದೇ ಇತರ ವಿವರಗಳು							ಪ್ರಾರಂಭದ ದಿನಾಂಕ (DD/MM/YYYY)
	HbA1c ಮಟ್ಟವನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದರೆ	ಸಿಸ್ಟೋಲಿಕ್ ಡಯಾಸ್ಟೋಲಿಕ್									

7. ಘೋಷಣೆ (ಪ್ರಸ್ತಾವನೆ ನಮೂನೆಗೆ ಸಹಿ ಮಾಡುವ ಮೊದಲು ದಯವಿಟ್ಟು ಎಚ್ಚರಿಕೆಯಿಂದ ಓದಿ ಮತ್ತು ಪ್ರತಿಯೊಂದರ ವಿರುದ್ಧ ಚಕ್ರ ಮಾರ್ಕು ಹಾಕಿ )

- ನಾನು ನೀಡಿದ ಮೇಲಿನ ಹೇಳಿಕೆಗಳು, ಉತ್ತರಗಳು ಮತ್ತು/ಅಥವಾ ವಿವರಗಳು ನನಗೆ ತಿಳಿದ ಮಟ್ಟಿಗೆ ಎಲ್ಲಾ ರೀತಿಯಲ್ಲೂ ಸತ್ಯ ಮತ್ತು ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿವೆ ಮತ್ತು ಈ ಇತರ ವ್ಯಕ್ತಿಗಳ ಪರವಾಗಿ ಪ್ರಸ್ತಾವಿಸಲು ನನಗೆ ಅಧಿಕಾರವಿದೆ ಎಂದು ನನ್ನ ಪರವಾಗಿ ಮತ್ತು ವಿಮೆ ಮಾಡಲು ಉದ್ದೇಶಿಸಿರುವ ಎಲ್ಲ ವ್ಯಕ್ತಿಗಳ ಪರವಾಗಿ ನಾನು ಈ ಮೂಲಕ ಘೋಷಿಸುತ್ತೇನೆ.
- ನಾನು ಒದಗಿಸಿದ ಮಾಹಿತಿಯು ವಿಮಾ ಪಾಲಿಸಿಯ ಆಧಾರವನ್ನು ರೂಪಿಸುತ್ತದೆ, ವಿಮಾದಾರರ ಮಂಡಳಿ ಅನುಮೋದಿತ ಅಂಡರ್ ರೈಟಿಂಗ್ ಪಾಲಿಸಿಗೆ ಒಳಪಟ್ಟಿರುತ್ತದೆ ಮತ್ತು ವಿಧಿಸಬಹುದಾದ ಪ್ರೀಮಿಯಂ ಅನ್ನು ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಪಾವತಿಸಿದ ನಂತರವೇ ಪಾಲಿಸಿ ಜಾರಿಗೆ ಬರುತ್ತದೆ ಎಂದು ನಾನು ಅರ್ಥಮಾಡಿಕೊಂಡಿದ್ದೇನೆ.
- ಪ್ರಸ್ತಾವನೆಯನ್ನು ಸಲ್ಲಿಸಿದ ನಂತರ ಆದರೆ ಕಂಪನಿಯು ಅಪಾಯ ಸ್ವೀಕಾರದ ಸಂವಹನದ ಮೊದಲು, ವಿಮೆ ಮಾಡಬೇಕಾದ / ಪ್ರಸ್ತಾವಿಸಬೇಕಾದ ಜೀವನದ ಉದ್ದಕ್ಕೂ ಅಥವಾ ಸಾಮಾನ್ಯ ಆರೋಗ್ಯದಲ್ಲಿ ಸಂಭವಿಸುವ ಯಾವುದೇ ಬದಲಾವಣೆಯನ್ನು ನಾನು ಲಿಖಿತವಾಗಿ ತಿಳಿಸುತ್ತೇನೆ ಎಂದು ನಾನು ಘೋಷಿಸುತ್ತೇನೆ.
- ವಿಮೆ ಮಾಡಬೇಕಾದ / ಪ್ರಸ್ತಾವಿಸಬೇಕಾದ ವ್ಯಕ್ತಿಯ ದೈಹಿಕ ಅಥವಾ ಮಾನಸಿಕ ಆರೋಗ್ಯದ ಮೇಲೆ ಪರಿಣಾಮ ಬೀರುವ ಯಾವುದೇ ವಿಷಯದ ಬಗ್ಗೆ ಯಾವುದೇ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ವಿಮೆ ಮಾಡಬೇಕಾದ / ಪ್ರಸ್ತಾವಿಸುವ ವ್ಯಕ್ತಿಯ ಮೇಲೆ ಅಥವಾ ಯಾವುದೇ ಹಿಂದಿನ ಅಥವಾ ಪ್ರಸ್ತುತ ಉದ್ಯೋಗದಿಂದ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಕೋರುವ ಯಾವುದೇ ವೈದ್ಯರು ಅಥವಾ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಿಂದ ಮತ್ತು ವಿಮೆ ಮಾಡಬೇಕಾದ ವ್ಯಕ್ತಿಯ ಮೇಲೆ ವಿಮೆಗಾಗಿ ಅರ್ಜಿ ಸಲ್ಲಿಸಿದ ಯಾವುದೇ ವಿಮಾದಾರರಿಂದ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಕೋರಲು ಕಂಪನಿಗೆ ನಾನು ಸಮ್ಮತಿಸುತ್ತೇನೆ ಎಂದು ನಾನು ಘೋಷಿಸುತ್ತೇನೆ ಪ್ರಸ್ತಾವನೆ ಮತ್ತು / ಅಥವಾ ಕ್ಲೇಮ್ ಇತ್ಯರ್ಥಕ್ಕೆ ಅಂಡರ್ ರೈಟ್ ಮಾಡುವ
- ಪ್ರಸ್ತಾವನೆ ಮತ್ತು/ಅಥವಾ ಕ್ಲೇಮ್ ಇತ್ಯರ್ಥಕ್ಕೆ ಮತ್ತು ಯಾವುದೇ ಸರ್ಕಾರಿ ಮತ್ತು/ಅಥವಾ ನಿಯಂತ್ರಣ ಪ್ರಾಧಿಕಾರದೊಂದಿಗೆ ಅಂಡರ್ ರೈಟ್ ಮಾಡುವ ಏಕೈಕ ಉದ್ದೇಶಕ್ಕಾಗಿ ವಿಮಾದಾರ/ಪ್ರಸ್ತಾವಕರ ವೈದ್ಯಕೀಯ ದಾಖಲೆಗಳು ಸೇರಿದಂತೆ ನನ್ನ ಪ್ರಸ್ತಾವಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಹಂಚಿಕೊಳ್ಳಲು ನಾನು ಕಂಪನಿಗೆ ಅಧಿಕಾರ ನೀಡುತ್ತೇನೆ.
- ಸೇವಾ ವಿತರಣೆಯ ಏಕೈಕ ಉದ್ದೇಶಕ್ಕಾಗಿ ವಿಮಾದಾರ / ಪ್ರಸ್ತಾವಕರ ವೈದ್ಯಕೀಯ ದಾಖಲೆಗಳು ಸೇರಿದಂತೆ ನನ್ನ / ನಮ್ಮ ಪ್ರಸ್ತಾವಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ನಮ್ಮ ಎಂಪ್ಲೊಯ್ಡ್ ಪ್ರೊರೆಕ್ಟರ್‌ನೊಂದಿಗೆ ಹಂಚಿಕೊಳ್ಳಲು ನಾನು/ನಾವು ಕಂಪನಿಗೆ ಅಧಿಕಾರ ನೀಡುತ್ತೇವೆ.

ದಿನಾಂಕ  ಸ್ಥಳ \_\_\_\_\_ ಪ್ರಸ್ತಾವಕರ ಸಹಿ

8. ದೇಶೀಯ ಘೋಷಣೆ

(ಪ್ರಸ್ತಾವಕರು ಸ್ಥಳೀಯ ಭಾಷೆಯಲ್ಲಿ ಸಹಿ ಮಾಡಿದ್ದರೆ ಪ್ರಮಾಣೀಕರಣ (ಕಂಪನಿಯ ಐಜಿಎಂ / ಉದ್ಯೋಗಿಯನ್ನು ಹೊರತುಪಡಿಸಿ ಬೇರೆ ಯಾರಾದರೂ ಸಾಕ್ಷಿಯಾಗಬೇಕು). ಈ ನಮೂನೆಯ ವಿಷಯ ಮತ್ತು ಅದರ ವಿವರಗಳನ್ನು ನಾನು ಪ್ರಸ್ತಾವಿಸುವವರಿಗೆ ಸ್ಥಳೀಯ ಭಾಷೆಯಲ್ಲಿ ವಿವರಿಸಿದ್ದೇನೆ, ಅವರು ಅದನ್ನು ಅರ್ಥಮಾಡಿಕೊಂಡಿದ್ದಾರೆ ಮತ್ತು ದೃಢಪಡಿಸಿದ್ದಾರೆ:

ಪ್ರಮಾಣೀಕರಿಸುವ ವ್ಯಕ್ತಿಯ ಹೆಸರು:	<input type="text"/>	ಪ್ರಮಾಣೀಕರಿಸುವ ವ್ಯಕ್ತಿಯ ಸಹಿ:	<input type="text"/>	ಪ್ರಮಾಣೀಕರಿಸುವ ವ್ಯಕ್ತಿಯ ಮೊಬೈಲ್ ಸಂಖ್ಯೆ:	<input type="text"/>
ಸಾಕ್ಷಿಯ ಹೆಸರು	<input type="text"/>	ಸಾಕ್ಷಿಯ ಸಹಿ	<input type="text"/>	ಸಾಕ್ಷಿಯ ಮೊಬೈಲ್ ಸಂಖ್ಯೆ:	<input type="text"/>
				ಪ್ರಸ್ತಾವಕರ ಸಹಿ	<input type="text"/>

9. ಪ್ರಸ್ತಾವಕರ ಘೋಷಣೆ

(ಯಾವುದೇ ಕಾರಣಕ್ಕಾಗಿ, ಪ್ರಸ್ತಾವ ಮತ್ತು ಇತರ ಸಂಬಂಧಿತ ದಾಖಲೆಗಳನ್ನು ಪ್ರಸ್ತಾವಕರು ಭರ್ತಿ ಮಾಡದ ಪ್ರಮಾಣೀಕರಣ). ಪ್ರಸ್ತಾವನೆ ನಮೂನೆ ಮತ್ತು ಸಂಬಂಧಿತ ದಾಖಲೆಗಳ ವಿಷಯಗಳನ್ನು ನನಗೆ ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ವಿವರಿಸಲಾಗಿದೆ ಮತ್ತು ಉದ್ದೇಶಿತ ಒಪ್ಪಂದದ ಮಹತ್ವವನ್ನು ನಾನು ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಅರ್ಥಮಾಡಿಕೊಂಡಿದ್ದೇನೆ. ಪ್ರಸ್ತಾವನೆ ನಮೂನೆಯನ್ನು ನನ್ನ ಸೂಚನೆಯ ಮೇರೆಗೆ \_\_\_\_\_ ಭರ್ತಿ ಮಾಡಿದ್ದಾರೆ ಮತ್ತು ಅದು ಸರಿಯಾಗಿದೆ ಮತ್ತು ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿದೆ ಎಂದು ನಾನು

ಪ್ರಸ್ತಾವಕರ ಸಹಿ

10. ಪ್ರೀಮಿಯಂ ವಿವರಗಳು (ಕಚೇರಿ ಬಳಕೆಗೆ ಮಾತ್ರ)

ಪ್ರೀಮಿಯಂ ಪಾವತಿ ಆಯ್ಕೆ  ಚಕ್ರ  ದಿಮ್ಯಾಂಡ್ ಡ್ರಾಫ್ಟ್  ಕ್ರೆಡಿಟ್ ಕಾರ್ಡ್ / ಡೆಬಿಟ್ ಕಾರ್ಡ್  ನೆಟ್ ಬ್ಯಾಂಕಿಂಗ್  ನಗದು  ಇತರ

ಪ್ರೀಮಿಯಂ ಮೊತ್ತ  ಆನ್ ಲೈನ್ ಪಾವತಿ ವೆಬ್‌ವಾಹಿನಿ ID:  ದಿನಾಂಕ

ಬ್ಯಾಂಕ್ ಹೆಸರು/ಶಾಖೆ  ನಿವಾ ಬಾಂಪಾ ಶಾಖೆಯ ಸ್ಥಳ

ಕೋಡ್ ಸಂಖ್ಯೆ  ವ್ಯವಹಾರ ಮೂಲ: ಸಲಹೆಗಾರ / ಡಿವಿಷನ್ / ಕಾರ್ಪೊರೇಟ್ ಏಜೆನ್ಸಿ / ಇತರ ಚಾನೆಲ್‌ಗಳು

ಕೋಡ್ ಸಂಖ್ಯೆ

ಹೆಸರು

ಸ್ವೀಕರಿಸಿದ ಪ್ರಸ್ತಾವನೆ:  ಗ್ರಾಹಕ ID:

ಪ್ರಸ್ತಾವಕರ ಅಥವಾ ಅರ್ಜಿದಾರರು ಸಿಬ್ಬಂದಿಯೇ?  ಹೌದು  ಇಲ್ಲ

11. ಬ್ಯಾಂಕ್ ಇನ್‌ಫೋಮೇಷನ್ ಗೆ ಮಾತ್ರ ಹೆಚ್ಚುವರಿ ವಿವರಗಳು (ಕಡೇರಿ ಬಳಕೆಗೆ ಮಾತ್ರ)

ಬ್ರಾಂಚ್ ಕೋಡ್  SP ಕೋಡ್  RM/LG ಕೋಡ್

CUSTOMER ಖಾತೆ ಸಂಖ್ಯೆ

12. ವಿಮಾ ಸಲಹೆಗಾರರ ವರದಿ (ಕಡೇರಿ ಬಳಕೆಗೆ ಮಾತ್ರ)

ನಾನು, ವಿಮಾ ಸಲಹೆಗಾರನಾಗಿ / ಕಾರ್ಪೊರೇಟ್ ಏಜೆಂಟ್ ನ ನಿರ್ದಿಷ್ಟ ವ್ಯಕ್ತಿಯಾಗಿ / ಬ್ರೋಕರ್ / ಸಂಬಂಧ ಅಧಿಕಾರಿಯ ಅಧಿಕೃತ ಉದ್ಯೋಗಿಯಾಗಿ, ಈ ಪ್ರಸ್ತಾವ ನಮೂನೆಯಲ್ಲಿ ಒಳಗೊಂಡಿರುವ ಪ್ರಶ್ನೆಗಳ ಸ್ಪಷ್ಟ ಸೇರಿದಂತೆ ಈ ಪ್ರಸ್ತಾವ ನಮೂನೆಯ ಎಲ್ಲಾ ವಿಷಯಗಳನ್ನು ಪ್ರಸ್ತಾಪಿಸುವವರಿಗೆ ವಿವರಿಸಿದ್ದೇನೆ, ಇದರಲ್ಲಿ ಒಳಗೊಂಡಿರುವ ಪ್ರಶ್ನೆಗಳಿಗೆ ಅವನು / ಅವಳು ಸಲ್ಲಿಸಿದ ಹೇಳಿಕೆ (ಗಳು), ಮಾಹಿತಿ ಮತ್ತು ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆ (ಗಳು) ಸೇರಿದಂತೆ ಈ ಪ್ರಸ್ತಾವ ನಮೂನೆಯ ಎಲ್ಲಾ ವಿಷಯಗಳನ್ನು ನಾನು ಈ ಮೂಲಕ ಘೋಷಿಸುತ್ತೇನೆ ಪಾಲಿಸಿಯ ವಿತರಣೆಗಾಗಿ ಕಂಪನಿಯು ಈ ಪ್ರಸ್ತಾವವನ್ನು ಒಪ್ಪಿಕೊಂಡರೆ, ಕಂಪನಿ ಮತ್ತು ಪ್ರಸ್ತಾವಕರ ನಡುವಿನ ವಿಮಾ ಒಪ್ಪಂದದ ಬಗ್ಗೆ, ಅನುಬಂಧ(ಗಳು),

ಅಪ್ಲಿಕೇಷನ್ ಗಳು, ಹೇಳಿಕೆಗಳು, ಸಲ್ಲಿಕೆಗಳು, ಒದಗಿಸಬೇಕಾದ / ಒದಗಿಸಬೇಕಾದ ಮತ್ತು ಇನ್ನೂ ಹೆಚ್ಚಿನವುಗಳನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಂತೆ ಯಾವುದೇ ಅಸತ್ಯ ಹೇಳಿಕೆ(ಗಳು) / ಮಾಹಿತಿ / ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆ(ಗಳು) ಈ ಪ್ರಸ್ತಾವ ನಮೂನೆಯಲ್ಲಿ / ಒಳಗೊಂಡಿದ್ದರೆ / ಒಳಗೊಂಡಿದ್ದರೆ, ಈ ಪ್ರಸ್ತಾವಕ್ಕೆ ಅನುಸಾರವಾಗಿ ಅವನ / ಅವಳ ಪರವಾಗಿ ನಿರೀಕ್ಷಿಸಿದ ಪಾಲಿಸಿಯನ್ನು ಕಂಪನಿಯು ಶೂನ್ಯ ಮತ್ತು ಅನುಜ್ಞಿತವೆಂದು ಪರಿಗಣಿಸಬಹುದು ಮತ್ತು ಪಾಲಿಸಿಯ ಅಡಿಯಲ್ಲಿ ಪಾವತಿಸಿದ ಎಲ್ಲಾ ಪ್ರೀಮಿಯಂಗಳನ್ನು ಕಂಪನಿಗೆ ಮುಟ್ಟುಗೋಲು ಹಾಕಿಕೊಳ್ಳಬಹುದು ಎಂದು ನಾನು ವಿವರಿಸಿದ್ದೇನೆ.

ದಿನಾಂಕ  ವಿಮಾ ಸಲಹೆಗಾರರ ಸಹಿ

13. ಶಾಸನಬದ್ಧ ಎಚ್ಚರಿಕೆ

ರಿಯಾಯಿತಿಗಳ ನಿಷೇಧ (ವಿಮಾ ಕಾಯ್ದೆ 1938 ರ ಸೆಕ್ಷನ್ 41 ರ ಅಡಿಯಲ್ಲಿ)

- ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಜೀವ ಅಥವಾ ಆಸ್ತಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಯಾವುದೇ ರೀತಿಯ ಅಪಾಯಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ, ಪಾವತಿಸಬೇಕಾದ ಕಂಪನಿ ನ ಸಂಪೂರ್ಣ ಅಥವಾ ಭಾಗಶಃ ಯಾವುದೇ ರಿಯಾಯಿತಿ ಅಥವಾ ಪಾಲಿಸಿಯಲ್ಲಿ ತೋರಿಸಲಾದ ಪ್ರೀಮಿಯಂನ ಯಾವುದೇ ರಿಯಾಯಿತಿ, ವಿಮಾದಾರರ ಪ್ರಕಟಿತ ಪ್ರಾಸ್ಟೆಕ್ಚರ್ಸ್ ಅಥವಾ ಕೋಷ್ಟಕಗಳಿಗೆ ಅನುಗುಣವಾಗಿ ಅನುಮತಿಸಬಹುದಾದ ರಿಯಾಯಿತಿಯನ್ನು ಹೊರತುಪಡಿಸಿ, ಪಾಲಿಸಿಯನ್ನು ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳುವ ಅಥವಾ ನವೀಕರಿಸುವ ಅಥವಾ ಮುಂದುವರಿಸುವ ಯಾವುದೇ ವ್ಯಕ್ತಿಯು ಯಾವುದೇ ರಿಯಾಯಿತಿಯನ್ನು ಸ್ವೀಕರಿಸುವುದಿಲ್ಲ.
- ಈ ಸೆಕ್ಷನ್ ನಿಬಂಧನೆಗಳನ್ನು ಅನುಸರಿಸಲು ವಿಫಲವಾದ ಯಾವುದೇ ವ್ಯಕ್ತಿಯು ಹತ್ತು ಲಕ್ಷ ರೂಪಾಯಿಗಳವರೆಗೆ ವಿಸ್ತರಿಸಬಹುದಾದ ದಂಡಕ್ಕೆ ಗುರಿಯಾಗುತ್ತಾನೆ.

14. ಅಭಾ ID

ಸದಸ್ಯರ ಹೆಸರು	ನಿಮ್ಮ ಬಳಿ ಅಭಾ ಐಡಿ ಇದೆಯೇ?		ಅಭಾ ID	ಎಲಿಎಚ್ ಎ ಮೂಲಕ ವಿಮಾದಾರರು/ಟಿಪಿಎಗಳೊಂದಿಗೆ ವೈದ್ಯಕೀಯ ದಾಖಲೆಗಳನ್ನು ಕಂಪಿಲೆಟ್ ಮಾಡಿ		
	ಹೌದು	ಇಲ್ಲ		ಹೌದು	ಇಲ್ಲ	ಇಲ್ಲ
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<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="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<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="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<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="checkbox"/>

15. ಕ್ಲೈಮ್ ಗಳ ಮರುಪಾವತಿ ಮತ್ತು ಪಾವತಿಯ ವಿವರಗಳು

ಪಾವತಿ ಸ್ವೀಕರಿಸುವ ಆಯ್ಕೆ: ಬ್ಯಾಂಕ್ ವರ್ಗಾವಣೆ

ಫಲಾನುಭವಿಯ ಹೆಸರು

ಬ್ಯಾಂಕ್ ಹೆಸರು

ಖಾತೆ ಸಂಖ್ಯೆ  IFSC ಕೋಡ್

ಖಾತೆ ಪ್ರಕಾರ

ನಿವಾ ಬೂಪಾ ಹೆಲ್ತ್ ಇನ್ಸೂರೆನ್ಸ್ ಕಂಪನಿ ಲಿಮಿಟೆಡ್, ನೋಂದಾಯಿತ ಕಛೇರಿ: ಸಿ-98, ಮೊದಲ ಮಹಡಿ, ಲಜಪತ್ ನಗರ, ಭಾಗ 1, ನವದೆಹಲಿ-110024 ಹಕ್ಕುತ್ಯಾಗ: ನಿಮಯ ಕೋರಿಕೆಯ ವಿಷಯವಾಗಿದೆ. ನಿವಾ ಬೂಪಾ ಹೆಲ್ತ್ ಇನ್ಸೂರೆನ್ಸ್ ಕಂಪನಿ ಲಿಮಿಟೆಡ್ (ಹಿಂದೆ ಮ್ಯಾಕ್ವಿ ಬೂಪಾ ಹೆಲ್ತ್ ಇನ್ಸೂರೆನ್ಸ್ ಕಂಪನಿ ಲಿಮಿಟೆಡ್ ಎಂದು ಕರೆಯಲ್ಪಡುತ್ತಿತ್ತು) (ಐಆರ್ಡಿಎಐ ನೋಂದಣಿ ಸಂಖ್ಯೆ 145). 'ಬುಪಾ' ಮತ್ತು 'ಹಾರ್ಟ್ ಬೀಟ್' ಲೋಗೋಗಳು ಆಯಾ ಮಾಲೀಕರ ನೋಂದಾಯಿತ ಟ್ರೇಡ್ ಮಾರ್ಕ್ ಗಳಾಗಿವೆ ಮತ್ತು ಇದನ್ನು ನಿವಾ ಬೂಪಾ ಹೆಲ್ತ್ ಇನ್ಸೂರೆನ್ಸ್ ಕಂಪನಿ ಲಿಮಿಟೆಡ್ ಪರವಾನಗಿಯಡಿಯಲ್ಲಿ ಬಳಸುತ್ತಿದೆ. ಗ್ರಾಹಕ ಸಹಾಯವಾಣಿ: 1860-500-8888. ವೆಬ್‌ಸೈಟ್: www.nivabupa.com, ಸಿಐಎನ್: U66000DL2008PLC182918. ನಿಯಮಗಳು ಮತ್ತು ಷರತ್ತುಗಳು, ಹೊರಗಡುವಿಕೆಗಳು, ಅಪಾಯದ ಅಂಶಗಳು, ಕಾಯುವ ಅವಧಿ ಮತ್ತು ಪ್ರಯೋಜನಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ವಿವರಗಳಿಗಾಗಿ, ಮಾರಾಟವನ್ನು ಮುಕ್ತಾಯಗೊಳಿಸುವ ಮೊದಲು ದಯವಿಟ್ಟು ಮೆಂಬರ್‌ನಿಗೆ ಅನ್ನು ಎಚ್ಚರಿಕೆಯಿಂದ ಓದಿ.

ನಿವಾ ಬೂಪಾ ಹೆಲ್ತ್ ಇನ್ಸೂರೆನ್ಸ್ ಕಂಪನಿ ಲಿಮಿಟೆಡ್, ನೋಂದಾಯಿತ ಕಛೇರಿ: ಸಿ-98, ಮೊದಲ ಮಹಡಿ, ಲಜಪತ್ ನಗರ, ಭಾಗ 1,

ನವದೆಹಲಿ-110024 ಹಕ್ಕುತ್ಯಾಗ: ವಿಮೆಯ ಕೋರಿಕೆಯ ವಿಷಯವಾಗಿದೆ. ನಿವಾ ಬೂಪಾ ಹೆಲ್ತ್ ಇನ್ಸೂರೆನ್ಸ್ ಕಂಪನಿ ಲಿಮಿಟೆಡ್ (ಹಿಂದೆ ಮ್ಯಾಕ್ಸ್ ಬೂಪಾ ಹೆಲ್ತ್ ಇನ್ಸೂರೆನ್ಸ್ ಕಂಪನಿ ಲಿಮಿಟೆಡ್ ಎಂದು ಕರೆಯಲಾಗುತ್ತಿತ್ತು) (ಐಆರ್ಡಿಎಐ ನೋಂದಣಿ ಸಂಖ್ಯೆ: 145).

'ಬೂಪಾ' ಮತ್ತು 'ಹಾರ್ಟ್ ಬೀಟ್' ಲೋಗೋಗಳು ಆಯಾ ಮಾಲೀಕರ ನೋಂದಾಯಿತ ಟ್ರೇಡ್ ಮಾರ್ಕ್ ಗಳಾಗಿವೆ ಮತ್ತು ಇದನ್ನು ನಿವಾ ಬೂಪಾ ಹೆಲ್ತ್ ಇನ್ಸೂರೆನ್ಸ್ ಕಂಪನಿ ಲಿಮಿಟೆಡ್ ಪರವಾನಗಿಯಡಿಯಲ್ಲಿ ಬಳಸುತ್ತಿದೆ. ಗ್ರಾಹಕ ಸಹಾಯವಾಣಿ: 1860-500-8888.

ವೆಬ್‌ಸೈಟ್: www.nivabupa.com. ಸಿಬಿಎನ್: U66000DL2008PLC182918. ನಿಯಮಗಳು ಮತ್ತು ಷರತ್ತುಗಳು, ಹೋರಗಿದ್ದುನಿರಿಸಿಕೆಗಳು, ಅಪಾಯದ ಅಂಶಗಳು, ಕಾಯುವ ಅವಧಿ ಮತ್ತು ಪ್ರಯೋಜನಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ವಿವರಗಳಿಗಾಗಿ, ಮಾರಾಟವನ್ನು ಮುಕ್ತಾಯಗೊಳಿಸುವ ಮೊದಲು ದಯವಿಟ್ಟು  
ಬ್ರೋಷರ್ ಅನ್ನು ಎಚ್ಚರಿಕೆಯಿಂದ ಓದಿ.

ಉತ್ಪನ್ನ ಹೆಸರು: ಅಸ್ಟೋರ್, ಉತ್ಪನ್ನ ಯುಐಎನ್: NBHHLIP24129V012324 | ಆಡ್-ಆನ್ ಹೆಸರು: ಸ್ಟಾರ್ಟ್ ಹೆಲ್ತ್ \*, ಆಡ್-ಆನ್ ಯುಐಎನ್: NBHHLIA22164V012122

ಆಡ್-ಆನ್ ಹೆಸರು: ಫಾಸ್ಟ್ ಫಾರ್ವರ್ಡ್, ಆಡ್-ಆನ್ ಯುಐಎನ್: NBHHLIA24126V012324

ಕಂಪನಿಯಿಂದ ಸ್ವೀಕೃತಿ

ಅಪ್ಪಿಕೇಶನ್ ಸಂಖ್ಯೆ:

ದಿನಾಂಕ

ನಿಮ್ಮ ಪ್ರಸ್ತಾವನೆ ಮತ್ತು ಮೊತ್ತವನ್ನು ಚೆಕ್ / ಡಿಮಾಂಡ್ ಡ್ರಾಫ್ಟ್ / ಇತರರ ಮೂಲಕ ಸ್ವೀಕರಿಸಲಾಗಿದೆ \_\_\_\_\_ ದಿನಾಂಕ \_\_\_\_\_ ದಿನಾಂಕದ ರೂ. \_\_\_\_\_ ಮೊತ್ತವನ್ನು \_\_\_\_\_ ರಂದು ಸ್ವೀಕರಿಸಲಾಗಿದೆ ಎಂದು ನಾವು  
ಕೃತಜ್ಞತೆಯಿಂದ ಅಂಗೀಕರಿಸುತ್ತೇವೆ. ವಿಮೆಗಾಗಿ ಪೂರ್ಣಗೊಂಡ ಪ್ರಸ್ತಾವನೆಯನ್ನು ನಮಗೆ ಸಲ್ಲಿಸುವುದರಿಂದ ಅಥವಾ ಪಾಲಿಸಿಯ ವಿತರಣೆಗಾಗಿ ಮಾಡಿದ ಯಾವುದೇ ಪಾವತಿಯು ಪಾಲಿಸಿಯನ್ನು ನೀಡಲು ಒಪ್ಪುವಂತೆ ನಮ್ಮನ್ನು ಒತ್ತಾಯಿಸುವುದಿಲ್ಲ. ಈ ನಿರ್ಧಾರವು  
ಯಾವಾಗಲೂ ನಮ್ಮ ಏಕೈಕ ಮತ್ತು ಸಂಪೂರ್ಣ ವಿವೇಚನೆಗೆ ಒಳಪಟ್ಟಿರುತ್ತದೆ. ನಾವು ವಿಮೆಯ ಪ್ರಸ್ತಾವನೆಯನ್ನು ಸ್ವೀಕರಿಸಿದರೆ, ಅದು ಪಾಲಿಸಿಯ ನಿಯಮಗಳು ಮತ್ತು ಷರತ್ತುಗಳಿಗೆ ಒಳಪಟ್ಟಿರುತ್ತದೆ  
ಮತ್ತು ಪ್ರೀಮಿಯಂ ಅನ್ನು ನಾವು ಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಮತ್ತು ಸಮಯಕ್ಕೆ ಸ್ವೀಕರಿಸದಿದ್ದರೆ ಅಥವಾ ಸಾಕಾರಗೊಳ್ಳದಿದ್ದರೆ ನಮಗೆ ಯಾವುದೇ ಹೊಣೆಗಾರಿಕೆ ಇರುವುದಿಲ್ಲ. ನಾವು ಪ್ರಸ್ತಾವನೆಯನ್ನು ಸ್ವೀಕರಿಸದಿದ್ದರೆ, ನಾವು ನಿಮಗೆ ತಿಳಿಸುತ್ತೇವೆ ಮತ್ತು ನಿಮ್ಮಿಂದ ಪಡೆದ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳ  
ವೆಚ್ಚವನ್ನು ಕಡಿಗೊಳಿಸಿದ ನಂತರ ಪಾವತಿಯನ್ನು ಬಡ್ಡಿಯಿಲ್ಲದ ಮರುಪಾವತಿಸುತ್ತೇವೆ.

ಸ್ವೀಕರಿಸುವವರ ಹೆಸರು ಮತ್ತು ಸಹಿ ಮತ್ತು ಕಚೇರಿ ಮುದ್ರೆ