

2. ವಿಮರ್ಶಾ ಅರ್ಜಿದಾರರ ವಿವರಗಳು:

ಅರ್ಜಿದಾರ 1

ಹೆಸರು _____

ಲಿಂಗ ಗಂಡು ಹೆಣ್ಣು ಇತರ _____ ಎತ್ತರ _____ (HUF) _____ (ಇಂಚು) ತೂಕ _____ (ಕೆಜಿ)

ಮೊಬೈಲ್ ಸಂಖ್ಯೆ _____ ಹುಟ್ಟಿದ ದಿನ _____ ಮತ್ತು ಮತ್ತು ಮತ್ತು ಮತ್ತು ಭಾರತೀಯರಲ್ಲದಿದ್ದರೆ ದಯವಿಟ್ಟು ಟಿಪ್ಪಣಿ ಮಾಡಿ

ಪ್ರಸ್ತಾವಕರೊಂದಿಗಿನ ಸಂಬಂಧ (ದಯವಿಟ್ಟು ಆಯ್ಕೆಯನ್ನು ಟಿಪ್ಪಣಿ ಮಾಡಿ): ಸ್ವಯಂ / ಸಂಗಾತಿ / ತಂದೆ / ತಾಯಿ / ಮಾವ / ಅತ್ತೆ / ಮಗ / ಮಗಳು / ಉದ್ಯೋಗಿ

ನೋಂದಾಯಿತ ವ್ಯವಹಾರದ್ದರೆ*, ದಯವಿಟ್ಟು ಒದಗಿಸಿ: i. ವೈದ್ಯಕೀಯ ನೋಂದಣಿ ಸಂಖ್ಯೆ _____

ii. ಕೌನ್ಸಿಲ್ ಹೆಸರು _____

iii. ಕೆಲಸದ ಸ್ಥಳದ ವಿಳಾಸ _____

ಅರ್ಜಿದಾರ 2

ಹೆಸರು _____

ಲಿಂಗ ಗಂಡು ಹೆಣ್ಣು ಇತರ _____ ಎತ್ತರ _____ (HUF) _____ (ಇಂಚು) ತೂಕ _____ (ಕೆಜಿ)

ಮೊಬೈಲ್ ಸಂಖ್ಯೆ _____ ಹುಟ್ಟಿದ ದಿನ _____ ಮತ್ತು ಮತ್ತು ಮತ್ತು ಮತ್ತು ಭಾರತೀಯರಲ್ಲದಿದ್ದರೆ ದಯವಿಟ್ಟು ಟಿಪ್ಪಣಿ ಮಾಡಿ

ಪ್ರಸ್ತಾವಕರೊಂದಿಗಿನ ಸಂಬಂಧ (ದಯವಿಟ್ಟು ಆಯ್ಕೆಯನ್ನು ಟಿಪ್ಪಣಿ ಮಾಡಿ): ಸ್ವಯಂ / ಸಂಗಾತಿ / ತಂದೆ / ತಾಯಿ / ಮಾವ / ಅತ್ತೆ / ಮಗ / ಮಗಳು / ಉದ್ಯೋಗಿ

ನೋಂದಾಯಿತ ವ್ಯವಹಾರದ್ದರೆ*, ದಯವಿಟ್ಟು ಒದಗಿಸಿ: i. ವೈದ್ಯಕೀಯ ನೋಂದಣಿ ಸಂಖ್ಯೆ _____

ii. ಕೌನ್ಸಿಲ್ ಹೆಸರು _____

iii. ಕೆಲಸದ ಸ್ಥಳದ ವಿಳಾಸ _____

ಅರ್ಜಿದಾರ 3

ಹೆಸರು _____

ಲಿಂಗ ಗಂಡು ಹೆಣ್ಣು ಇತರ _____ ಎತ್ತರ _____ (HUF) _____ (ಇಂಚು) ತೂಕ _____ (ಕೆಜಿ)

ಮೊಬೈಲ್ ಸಂಖ್ಯೆ _____ ಹುಟ್ಟಿದ ದಿನ _____ ಮತ್ತು ಮತ್ತು ಮತ್ತು ಮತ್ತು ಭಾರತೀಯರಲ್ಲದಿದ್ದರೆ ದಯವಿಟ್ಟು ಟಿಪ್ಪಣಿ ಮಾಡಿ

ಪ್ರಸ್ತಾವಕರೊಂದಿಗಿನ ಸಂಬಂಧ (ದಯವಿಟ್ಟು ಆಯ್ಕೆಯನ್ನು ಟಿಪ್ಪಣಿ ಮಾಡಿ): ಸ್ವಯಂ / ಸಂಗಾತಿ / ತಂದೆ / ತಾಯಿ / ಮಾವ / ಅತ್ತೆ / ಮಗ / ಮಗಳು / ಉದ್ಯೋಗಿ

ನೋಂದಾಯಿತ ವ್ಯವಹಾರದ್ದರೆ*, ದಯವಿಟ್ಟು ಒದಗಿಸಿ: i. ವೈದ್ಯಕೀಯ ನೋಂದಣಿ ಸಂಖ್ಯೆ _____

ii. ಕೌನ್ಸಿಲ್ ಹೆಸರು _____

iii. ಕೆಲಸದ ಸ್ಥಳದ ವಿಳಾಸ _____

ಅರ್ಜಿದಾರ 4

ಹೆಸರು _____

ಲಿಂಗ ಗಂಡು ಹೆಣ್ಣು ಇತರ _____ ಎತ್ತರ _____ (HUF) _____ (ಇಂಚು) ತೂಕ _____ (ಕೆಜಿ)

ಮೊಬೈಲ್ ಸಂಖ್ಯೆ _____ ಹುಟ್ಟಿದ ದಿನ _____ ಮತ್ತು ಮತ್ತು ಮತ್ತು ಮತ್ತು ಭಾರತೀಯರಲ್ಲದಿದ್ದರೆ ದಯವಿಟ್ಟು ಟಿಪ್ಪಣಿ ಮಾಡಿ

ಪ್ರಸ್ತಾವಕರೊಂದಿಗಿನ ಸಂಬಂಧ (ದಯವಿಟ್ಟು ಆಯ್ಕೆಯನ್ನು ಟಿಪ್ಪಣಿ ಮಾಡಿ): ಸ್ವಯಂ / ಸಂಗಾತಿ / ತಂದೆ / ತಾಯಿ / ಮಾವ / ಅತ್ತೆ / ಮಗ / ಮಗಳು / ಉದ್ಯೋಗಿ

ನೋಂದಾಯಿತ ವ್ಯವಹಾರದ್ದರೆ*, ದಯವಿಟ್ಟು ಒದಗಿಸಿ: i. ವೈದ್ಯಕೀಯ ನೋಂದಣಿ ಸಂಖ್ಯೆ _____

ii. ಕೌನ್ಸಿಲ್ ಹೆಸರು _____

iii. ಕೆಲಸದ ಸ್ಥಳದ ವಿಳಾಸ _____

ಅರ್ಜಿದಾರ 5

ಹೆಸರು _____

ಲಿಂಗ ಗಂಡು ಹೆಣ್ಣು ಇತರ _____ ಎತ್ತರ _____ (HUF) _____ (ಇಂಚು) ತೂಕ _____ (ಕೆಜಿ)

ಮೊಬೈಲ್ ಸಂಖ್ಯೆ _____ ಹುಟ್ಟಿದ ದಿನ _____ ಮತ್ತು ಮತ್ತು ಮತ್ತು ಮತ್ತು ಭಾರತೀಯರಲ್ಲದಿದ್ದರೆ ದಯವಿಟ್ಟು ಟಿಪ್ಪಣಿ ಮಾಡಿ

ಪ್ರಸ್ತಾವಕರೊಂದಿಗಿನ ಸಂಬಂಧ (ದಯವಿಟ್ಟು ಆಯ್ಕೆಯನ್ನು ಟಿಪ್ಪಣಿ ಮಾಡಿ): ಸ್ವಯಂ / ಸಂಗಾತಿ / ತಂದೆ / ತಾಯಿ / ಮಾವ / ಅತ್ತೆ / ಮಗ / ಮಗಳು / ಉದ್ಯೋಗಿ

ನೋಂದಾಯಿತ ವ್ಯವಹಾರದ್ದರೆ*, ದಯವಿಟ್ಟು ಒದಗಿಸಿ: i. ವೈದ್ಯಕೀಯ ನೋಂದಣಿ ಸಂಖ್ಯೆ _____

ii. ಕೌನ್ಸಿಲ್ ಹೆಸರು _____

iii. ಕೆಲಸದ ಸ್ಥಳದ ವಿಳಾಸ _____

ಅರ್ಜಿದಾರ 6

ಹೆಸರು _____

ಲಿಂಗ ಗಂಡು ಹೆಣ್ಣು ಇತರ _____ ಎತ್ತರ _____ (HUF) _____ (ಇಂಚು) ತೂಕ _____ (ಕೆಜಿ)

ಮೊಬೈಲ್ ಸಂಖ್ಯೆ _____ ಹುಟ್ಟಿದ ದಿನ _____ ಮತ್ತು ಮತ್ತು ಮತ್ತು ಮತ್ತು ಭಾರತೀಯರಲ್ಲದಿದ್ದರೆ ದಯವಿಟ್ಟು ಟಿಪ್ಪಣಿ ಮಾಡಿ

ಪ್ರಸ್ತಾವಕರೊಂದಿಗಿನ ಸಂಬಂಧ (ದಯವಿಟ್ಟು ಆಯ್ಕೆಯನ್ನು ಟಿಪ್ಪಣಿ ಮಾಡಿ): ಸ್ವಯಂ / ಸಂಗಾತಿ / ತಂದೆ / ತಾಯಿ / ಮಾವ / ಅತ್ತೆ / ಮಗ / ಮಗಳು / ಉದ್ಯೋಗಿ

ನೋಂದಾಯಿತ ವ್ಯವಹಾರದ್ದರೆ*, ದಯವಿಟ್ಟು ಒದಗಿಸಿ: i. ವೈದ್ಯಕೀಯ ನೋಂದಣಿ ಸಂಖ್ಯೆ _____

ii. ಕೌನ್ಸಿಲ್ ಹೆಸರು _____

iii. ಕೆಲಸದ ಸ್ಥಳದ ವಿಳಾಸ _____

* ಪ್ರೀಮಿಯಂ ಮೇಲೆ 5% ರಿಯಾಯಿತಿ ಒದಗಿಸಿ. ಮೆಡಿಕಲ್ ಪ್ರಾಕ್ಟೀಸರ್‌ನಿಂದ ಯಾವುದೇ ರಾಜ್ಯದ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಮಂಡಳಿ ಅಥವಾ ಭಾರತೀಯ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಮಂಡಳಿ ಅಥವಾ ಕೌನ್ಸಿಲ್ ಫಾರ್ ಇಂಡಿಯನ್ ಮೆಡಿಸಿನ್ ಅಥವಾ ಭಾರತ ಸರ್ಕಾರ ಅಥವಾ ರಾಜ್ಯ ಸರ್ಕಾರ ಸ್ಥಾಪಿಸಿದ ಹೋಮಿಯೋಪತಿ ಮಾನ್ಯ ನೋಂದಣಿಯನ್ನು ಹೊಂದಿರುವ ಮತ್ತು ಆ ಮೂಲಕ ಅದರ ವ್ಯಾಪ್ತಿಯಲ್ಲಿ ಔಷಧವನ್ನು ಅಭ್ಯಾಸ ಮಾಡಲು ಅರ್ಹರಾಗಿರುವ ವ್ಯಕ್ತಿ ಮತ್ತು ತನ್ನ ಪರಿವಾಸನಿಯ ವ್ಯಾಪ್ತಿ ಮತ್ತು ನ್ಯಾಯವ್ಯಾಪ್ತಿಯಲ್ಲಿ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಿದ್ದಾನೆ.

3. ಕವರ್‌ಪೇಜ್ ಅಂಶ:

ಮೂಲ ವ್ಯಾಪ್ತಿ:	
ನೀತಿ ಪ್ರಕಾರ #:	<input type="checkbox"/> ವೈಯಕ್ತಿಕ <input type="checkbox"/> ಬಹು-ಸದಸ್ಯ ವ್ಯಕ್ತಿ
ಕವರ್ ಮಾಡಬೇಕಾದ ಜೀವಗಳ ಸಂಖ್ಯೆ:	_____ ವಯಸ್ಕರು _____ ಮಕ್ಕಳು
ಮೂಲ ವಿಮಾ ಮೊತ್ತ:	_____
ನೀತಿ ಅವಧಿ:	<input type="checkbox"/> 1 ವರ್ಷ
ಐಡ್ಲಿಕ್ ವ್ಯಾಪ್ತಿ:	
1. ರಕ್ಷಣೆ	<input type="checkbox"/> ಹೌದು <input type="checkbox"/> ಇಲ್ಲ
2. ರಕ್ಷಣೆ+	<input type="checkbox"/> ಹೌದು <input type="checkbox"/> ಇಲ್ಲ
3. 'ವೈಯಕ್ತಿಕ ಅಪಘಾತ ಕವರ್' ಅನ್ನು ಮಾಡಿದರೆ ದಯವಿಟ್ಟು ಟಿಪ್ಪಣಿ ಮಾಡಿ (ಈ ಅಂಶವನ್ನು 18 ವರ್ಷ ಅಥವಾ ಅದಕ್ಕಿಂತ ಹೆಚ್ಚಿನ ವಯಸ್ಸಿನ ಅರ್ಜಿದಾರರಿಗೆ ಮಾತ್ರ ಲಭ್ಯವಿದೆ)	<input type="checkbox"/> ಹೌದು <input type="checkbox"/> ಇಲ್ಲ

4. ವೋಟಿಂಗ್ ಬಿಟ್ಟು

ನೀತಿ ಸಂಖ್ಯೆ	ವಿಮಾ ಕಂಪನಿ ರಿಸ್ಕ್ ಪ್ರಾರಂಭ ದಿನಾಂಕ	ಅಪಾಯ ಮುಕ್ತಾಯ ದಿನಾಂಕ	Reasons for Porting

ವೋಟಿಂಗ್ ಬಿಟ್ಟು ವಿವರಿಸಲಾದ ಉದ್ದೇಶಿತ ವಿಮಾದಾರರ ಹೆಸರು	ಮೊದಲ ನೀತಿ ಪ್ರಾರಂಭ ದಿನಾಂಕ	ವೋಟಿಂಗ್ ಬಿಟ್ಟು ವಿವರಿಸಲಾದ ನಿರಂತರ ವ್ಯಾಪ್ತಿಯ ವರ್ಷಗಳ ಸಂಖ್ಯೆ	ಹಿಂದಿನ ನೀತಿಗಳಲ್ಲಿನ ಹಕ್ಕುಗಳು	ಪ್ರಸ್ತುತ ಕ್ಲೇಮ್ ದೋಷಗಳ ಇಲ್ಲ	ವಿಮಾ ಮೊತ್ತ - ವರ್ಷ 1 (ಅತ್ಯಂತ ಹೆಚ್ಚಿನದು)	ವಿಮಾ ಮೊತ್ತ - ವರ್ಷ 2	ವಿಮಾ ಮೊತ್ತ - ವರ್ಷ 3	ವಿಮಾ ಮೊತ್ತ - ವರ್ಷ 4 (ಮುಕ್ತಾಯ)

5. ನಾಮನಿರ್ದೇಶನ

ಪ್ರಸ್ತಾಪಕನ ಮರಣದ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ, ಪಾಲಿಸಿಯ ಅಡಿಯಲ್ಲಿ, ಒಬ್ಬ ಇರುವ ಯಾವುದೇ ಪಾವತಿಯನ್ನು ಕೆಳಗೆ ಹೆಸರಿಸಲಾದ ನಾಮನಿರ್ದೇಶಿತರಿಗೆ ಪಾವತಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ. ನಾಮನಿರ್ದೇಶಿತರಿಂದ ಅಂತಹ ಪಾವತಿಯನ್ನು ಸ್ವೀಕರಿಸುವುದು ಪಾಲಿಸಿಯ ಅಡಿಯಲ್ಲಿ ಕಂಪನಿಯ ಹೊಣೆಗಾರಿಕೆಯ ನಿರ್ವಹಣೆಯಾಗುತ್ತದೆ.

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

6. ವೈದ್ಯಕೀಯ, ಅಭ್ಯಾಸಗಳು ಮತ್ತು ಹಿಂದಿನ ಪ್ರಸ್ತಾಪದ ಮಾಹಿತಿ

ವಿಭಾಗ ಎ: ವಿಮೆ ಮಾಡಲು ಪ್ರಸ್ತಾಪಿಸಲಾದ ಯಾವುದೇ ವ್ಯಕ್ತಿಗಳಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ:								
ಜೀವ, ಆರೋಗ್ಯ, ಆಸ್ತಿತ್ವದ ದೈನಂದಿನ ನಗದು ಅಥವಾ ಗಂಭೀರ ಅನಾರೋಗ್ಯ ವಿಮೆಗಾಗಿ ಯಾವುದೇ ಅರ್ಜಿಯು ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಯಲ್ಲಿದೆಯೇ ಅಥವಾ ಯಾವುದೇ ವಿಮಾ ಕಂಪನಿಯಿಂದ ಎಂದಾದರೂ ತಿರಸ್ಕರಿಸಲಾಗಿದೆಯೇ, ಮುಂದೂಡಲಾಗಿದೆಯೇ, ಲೋಕ ಮಾಡಲಾಗಿದೆಯೇ ಅಥವಾ ಯಾವುದೇ ವಿಶೇಷ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಗಳಿಗೆ ಒಳಪಟ್ಟಿದೆಯೇ?		I	N	I	N	I	N	I
ವಿಭಾಗ ಬಿ: ವಿಮೆ ಮಾಡಲು ಪ್ರಸ್ತಾಪಿಸಲಾದ ಯಾವುದೇ ವ್ಯಕ್ತಿಗೆ ಎಂದಾದರೂ ರೋಗನಿರ್ಣಯ ಮಾಡಲಾಗಿದೆಯೇ:								
i.	ಹೃದಯಾಘಾತ, ಹೃದಯ ವೈಫಲ್ಯ, ಇಸ್ಟ್ರೀಮಿಕ್ ಹೃದ್ಯೋಗ ಅಥವಾ ಪರಿಧಮನಿಯ ಹೃದಯ ಕಾಯಿಲೆ, ಆಂಜಿನಾ, ಹೃದಯ ಕವಾಟಗಳ ಕಾಯಿಲೆಗಳು, ಅರಿಥ್ಮಿಯಾ, ಕಾರ್ಡಿಯೋಮಿಯೋಪೆತಿ ಮುಂತಾದ ಹೃದ್ಯೋಗಗಳು.	I	N	I	N	I	N	
ii.	ಯಾವುದೇ ಅಂಗದ ಗಡ್ಡೆ, ಅಥವಾ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್, ಲ್ಯುಕೇಮಿಯಾ, ಲಿಂಫೋಮಾ, ಸಾರ್ಕೋಮಾ	I	N	I	N	I	N	
iii.	ಪ್ರಮುಖ ಅಂಗಾಂಗ ವೈಫಲ್ಯ ಅಥವಾ ಕಸಿ (ಮೂತ್ರಪಿಂಡ, ಯಕೃತ್ತು, ಹೃದಯ, ಶ್ವಾಸಕೋಶ ಇತ್ಯಾದಿ)	I	N	I	N	I	N	
iv.	ಪಾರ್ಶ್ವವಾಯು, ಎನ್ಸೆಫಲೋಪತಿ, ಮೆದುಳಿನ ಹುಣ್ಣು, ಪಾರ್ಶ್ವನ್ಯ ಕಾಯಿಲೆ, ಮಲ್ಟಿಪಲ್ ಸ್ಕ್ಲೆರೋಸಿಸ್, ಮೋಟಾರ್ ನ್ಯೂರಾನ್ ಕಾಯಿಲೆ, ಸ್ನಾಯು ಡಿಸ್ಟ್ರೋಫಿಗಳು, ಅಲ್ಝೈಮರ್ ಕಾಯಿಲೆ ಅಥವಾ ಯಾವುದೇ ನರವೈಜ್ಞಾನಿಕ ಕಾಯಿಲೆ	I	N	I	N	I	N	
v.	ದೀರ್ಘಕಾಲದ ಶ್ವಾಸಕೋಶದ ಕಾಯಿಲೆಗಳು, ವಲ್ನುರಿ ಫೈಬ್ರೋಸಿಸ್, ಶ್ವಾಸಕೋಶದ ಕುಸಿತ ಅಥವಾ ಇಂಟರ್ ಸ್ಟೀಷಿಯಲ್ ಶ್ವಾಸಕೋಶದ ಕಾಯಿಲೆ (ಐಎಲ್ ಡಿ)	I	N	I	N	I	N	
vi.	ಹೆಪಟೈಟಿಸ್ ಬಿ ಅಥವಾ ಸಿ, ದೀರ್ಘಕಾಲದ ಯಕೃತ್ತಿನ ಕಾಯಿಲೆಗಳು, ಪ್ಯಾಂಕ್ರಿಯಾಟೈಟಿಸ್ ಮತ್ತು ಮೇದೋಜ್ವೀರಕ ಗ್ರಂಥಿಯ ಇತರ ಕಾಯಿಲೆಗಳು, ಕ್ರೋನ್ಸ್ ಕಾಯಿಲೆ, ಅಲ್ಟ್ರಾಟಿವ್ ಕೋಲೈಟಿಸ್	I	N	I	N	I	N	
vii.	10 ದಿನಗಳಿಗಿಂತ ಹೆಚ್ಚು ಕಾಲ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ದಾಖಲಾದವರು	I	N	I	N	I	N	
viii.	ಸತತವಾಗಿ 10 ದಿನಗಳಿಗಿಂತ ಹೆಚ್ಚು ಕಾಲ ಯಾವುದೇ ಔಷಧಿಗಳು/ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಳನ್ನು ತೆಗೆದುಕೊಂಡಿದ್ದೀರಾ? ಔಷಧೋಪಚಾರವು ಇನ್ಟೆಲರ್ ಗಳು, ಚುಚ್ಚುಮದ್ದುಗಳು, ಮೌಖಿಕ ಔಷಧಿಗಳು ಮತ್ತು ದೇಹದ ಭಾಗಗಳ ಮೇಲೆ ಬಾಹ್ಯ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಅನ್ವಯಿಕೆಗಳನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿದೆ ಆದರೆ ಸೀಮಿತವಾಗಿಲ್ಲ - ನಿಯಂತ್ರಿತ ಮಧುಮೇಹ, ಅಧಿಕ ರಕ್ತದೊತ್ತಡ, ಅಧಿಕ ಕೊಲೆಸ್ಟ್ರಾಲ್, ಹೈಪೋಥೈರಾಯ್ಡಿಸಮ್, ನಗಡಿ, ಜುದ್ರ, ಅತಿಸಾರ ಮತ್ತು ಭೇದಿ / ತೀವ್ರ ಗ್ಯಾಸ್ಟ್ರೋಎಂಟರೈಟಿಸ್, ಆಮ್ಲಿಯತೆ	I	N	I	N	I	N	
ix.	ಸಲಹೆ ನೀಡಲಾದ ಯಾವುದೇ ಚಿಕಿತ್ಸೆ, ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆ, ಅಥವಾ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಾಗಿ ಕಾಯಿಲಾಗುತ್ತಿದೆ	I	N	I	N	I	N	
x.	ಈ ಹಿಂದೆ ಅನುಭವಿಸಿದ ಯಾವುದೇ ರೋಗಕ್ಕೆ, ಗುಣಪಡಿಸಲಾಗಿದೆಯೇ ಅಥವಾ ಇಲ್ಲವೇ ಎಂಬುದಕ್ಕೆ ಯಾವುದೇ ನಿಯತಕಾಲಿಕ / ನಿಯಮಿತ ಅನುಸರಣೆಯ ಅಡಿಯಲ್ಲಿ? ಅನುಸರಣೆ ಎಂದರೆ ನಿಯತಕಾಲಿಕ ಸಮಾಲೋಚನೆಗಳು, ತನಿಖೆಗಳು ಇತ್ಯಾದಿ	I	N	I	N	I	N	
xi.	ಕಳೆದ 30 ದಿನಗಳಲ್ಲಿ ಪ್ರಸ್ತುತ ಹೊಂದಿರುವ ಅಥವಾ ಹೊಂದಿರುವ ಸಮಸ್ಯೆಗಳಿಗೆ ವೈದ್ಯರೊಂದಿಗೆ ಯಾವುದೇ ಸಮಾಲೋಚನೆಗಳನ್ನು ನಡೆಸಲಾಗಿದೆಯೇ ಅಥವಾ ಯಾವುದೇ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳಿಗೆ ಸಲಹೆ ನೀಡಲಾಗಿದೆಯೇ?	I	N	I	N	I	N	
xii.	ಇನ್ಯುಲಿನ್ ಮೇಲೆ ಮಧುಮೇಹ, ಅನಿಯಂತ್ರಿತ ಅಧಿಕ ರಕ್ತದೊತ್ತಡ	I	N	I	N	I	N	
xiii.	ಯಾವುದೇ ದೀರ್ಘಕಾಲದ ಮೂತ್ರಪಿಂಡದ ಕಾಯಿಲೆ	I	N	I	N	I	N	
xiv.	ಪ್ರಮುಖ ಅಂಗಗಳ ಅಸಹಜತೆಗಳಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಯಾವುದೇ ಅನುವಂಶಿಕ ಅಸ್ವಸ್ಥತೆಗಳು	I	N	I	N	I	N	
xv.	ಎಚ್‌ಐವಿ / ಐಡ್ಸ್, ಧರ್ಮಸ್ಮಿಯಾ, ಕುಡುಗೋಲು ಕೋಶ ರೋಗ, ಹಿಮೋಫಿಲಿಯಾ ಅಥವಾ ಕಬ್ಬಿಣದ ಕೊರತೆಯ ರಕ್ತಹೀನತೆ ಹೊರತುಪಡಿಸಿ ಯಾವುದೇ ರಕ್ತ ಸಂಬಂಧಿತ ಸಮಸ್ಯೆ.	I	N	I	N	I	N	
xvi.	ಮನೋವೈದ್ಯಕೀಯ / ಮಾನಸಿಕ ಕಾಯಿಲೆಗಳು ಅಥವಾ ನಿವೃತ್ತ ಅಸ್ವಸ್ಥತೆ?	I	N	I	N	I	N	

ವಿಭಾಗ ಸಿ: ವಿಭಾಗದಲ್ಲಿ ಹೌದು (Y) ಎಂದು ಗುರುತಿಸಲಾದ ಪ್ರಶ್ನೆಗಳಿಗೆ B , 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)	ಚಿಕಿತ್ಸೆ ನೀಡುವ ವೈದ್ಯರ ಹೆಸರು ಮತ್ತು ಸಂಪರ್ಕ ವಿವರಗಳು	ಲಗತ್ತಿಸಲಾದ ದಾಖಲೆಗಳು (ಹೌದು/ಇಲ್ಲ)
	ಒಂದುವೇಳೆ ಡಯಾಬೀಟಿಸ್ HbA1c ಮಟ್ಟವನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದರೆ	ಅಧಿಕ ರಕ್ತದೊತ್ತಡ ಬಿಬಿ ಮಟ್ಟ	ಯಾವುದೇ ಇತರ ವಿವರಗಳು						

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

- ನಾನು ನೀಡಿದ ಮೇಲಿನ ಹೇಳಿಕೆಗಳು, ಉತ್ತರಗಳು ಮತ್ತು/ಅಥವಾ ವಿವರಗಳು ನನಗೆ ತಿಳಿದ ಮಟ್ಟಿಗೆ ಎಲ್ಲಾ ರೀತಿಯಲ್ಲೂ ಸತ್ಯ ಮತ್ತು ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿವೆ ಮತ್ತು ಈ ಇತರ ವ್ಯಕ್ತಿಗಳ ಪರವಾಗಿ ಪ್ರಸ್ತಾಪಿಸಲು 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 / ಪ್ರಸ್ತಾಪಿಸಬೇಕಾದ ಜೀವನದ ಉದ್ದಕ್ಕೂ ಅಥವಾ ಸಾಮಾನ್ಯ ಆರೋಗ್ಯದಲ್ಲಿ ಸಂಭವಿಸುವ ಯಾವುದೇ ಬದಲಾವಣೆಯನ್ನು ನಾನು ಲಿಖಿತವಾಗಿ ತಿಳಿಸುತ್ತೇನೆ ಎಂದು ನಾನು ಘೋಷಿಸುತ್ತೇನೆ.
- ವಿಮೆ ಮಾಡಬೇಕಾದ / ಪ್ರಸ್ತಾಪಿಸಬೇಕಾದ ವ್ಯಕ್ತಿಯ ದೈಹಿಕ ಅಥವಾ ಮಾನಸಿಕ ಆರೋಗ್ಯದ ಮೇಲೆ ಪರಿಣಾಮ ಬೀರುವ ಯಾವುದೇ ವಿಷಯದ ಬಗ್ಗೆ, ಯಾವುದೇ ಸಮಯದಲ್ಲಿ, ವಿಮೆ ಮಾಡಬೇಕಾದ / ಪ್ರಸ್ತಾಪಿಸುವ ವ್ಯಕ್ತಿಯ ಮೇಲೆ ಅಥವಾ ಯಾವುದೇ ಹಿಂದಿನ ಅಥವಾ ಪ್ರಸ್ತುತ ಉದ್ಯೋಗದಾತರಿಂದ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಕೋರುವ ಯಾವುದೇ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಅಥವಾ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಿಂದ ಮತ್ತು ವಿಮೆ ಮಾಡಬೇಕಾದ ವ್ಯಕ್ತಿಯ ಮೇಲೆ ವಿಮಾಗಾಗಿ ಅರ್ಜಿ ಸಲ್ಲಿಸಿದ ಯಾವುದೇ ವಿಮಾದಾರರಿಂದ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಕೋರಲು ಕಂಪನಿಗೆ ನಾನು ಸಮ್ಮತಿಸುತ್ತೇನೆ ಎಂದು ನಾನು ಘೋಷಿಸುತ್ತೇನೆ ಪ್ರಸ್ತಾವನೆ ಮತ್ತು / ಅಥವಾ ಕ್ಲೇಮ್ ಇತ್ಯರ್ಥಕ್ಕೆ ಅಂಡರ್ ರೈಟ್ ಮಾಡುವ ಉದ್ದೇಶಕ್ಕಾಗಿ.
- ಪ್ರಸ್ತಾವನೆ ಮತ್ತು/ಅಥವಾ ಕ್ಲೇಮ್ ಇತ್ಯರ್ಥಕ್ಕೆ ಮತ್ತು ಯಾವುದೇ ಸರ್ಕಾರಿ ಮತ್ತು/ಅಥವಾ ನಿಯಂತ್ರಣ ಪ್ರಾಧಿಕಾರದೊಂದಿಗೆ ಅಂಡರ್ ರೈಟ್ ಮಾಡುವ ಐಕ್ಯಕ ಉದ್ದೇಶಕ್ಕಾಗಿ ವಿಮಾದಾರ/ಪ್ರಸ್ತಾವಕರ ವ್ಯವಹಾರದ ದಾಖಲೆಗಳು ಸೇರಿದಂತೆ ನನ್ನ ಪ್ರಸ್ತಾವಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಹಂಚಿಕೊಳ್ಳಲು ನಾನು ಕಂಪನಿಗೆ ಅಧಿಕಾರ ನೀಡುತ್ತೇನೆ.

ದಿನಾಂಕ ಸ್ಥಳ _____ ಪ್ರಸ್ತಾವಕರ ಸಹಿ

8. ದೇಶೀಯ ಘೋಷಣೆ

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

ಪ್ರಮಾಣೀಕರಿಸುವ ವ್ಯಕ್ತಿಯ ಹೆಸರು: ಪ್ರಮಾಣೀಕರಿಸುವ ವ್ಯಕ್ತಿಯ ಸಹಿ: ಪ್ರಮಾಣೀಕರಿಸುವ ವ್ಯಕ್ತಿಯ ಮೊಬೈಲ್ ಸಂಖ್ಯೆ:

ಸಾಕ್ಷಿಯ ಹೆಸರು ಇದರ ಸಹಿ ಸಾಕ್ಷಿ ಸಾಕ್ಷಿಯ ಮೊಬೈಲ್ ಸಂಖ್ಯೆ:

ಇದರ ಸಹಿ ಪ್ರವೋಸರ್

9. ಪ್ರಸ್ತಾವಕ 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 ಕಂಡುಕೊಂಡಿದ್ದೇನೆ.

ಪ್ರಸ್ತಾವಕರ ಸಹಿ

10. ಪ್ರೀಮಿಯಂ ವಿವರಗಳು (ಕಚೇರಿ ಬಳಕೆಗೆ ಮಾತ್ರ)

ಪ್ರೀಮಿಯಂ ಪಾವತಿ ಆಯ್ಕೆ ಚೆಕ್ ಡಿಮಾಂಡ್ ಡ್ರಾಫ್ಟ್ ಕ್ರೆಡಿಟ್ ಕಾರ್ಡ್ / ಡೆಬಿಟ್ ಕಾರ್ಡ್ ನೆಟ್ ಬ್ಯಾಂಕಿಂಗ್ CashOthers

ಪ್ರೀಮಿಯಂ ಮೊತ್ತ ಆನ್ ಲೈನ್ ಪಾವತಿ ವೆಬ್‌ವಾಟು ID: ದಿನಾಂಕ

ಬ್ಯಾಂಕ್ ಹೆಸರು/ಶಾಖೆ ನಿವಾ ಬೂಪಾ ಶಾಖೆಯ ಸ್ಥಳ

ಕೋಡ್ ಸಂಖ್ಯೆ ವ್ಯವಹಾರ ಮೂಲ: ಸಲಹೆಗಾರ / ಡಿಎಸ್ಸಿ / ಕಾರ್ಪೊರೇಟ್ ಐಜಿ.ನಿ. / ಇತರ ಚಾನೆಲ್‌ಗಳು

ಕೋಡ್ ಸಂಖ್ಯೆ

ಹೆಸರು

ಸ್ವೀಕರಿಸಿದ ಪ್ರಸ್ತಾವನೆ: ಗ್ರಾಹಕ ID:

ಪ್ರಸ್ತಾವಕ ಅಥವಾ ಅರ್ಜಿದಾರರು ಸಿಬ್ಬಂದಿಯೇ? ಹೌದು ಇಲ್ಲ

11. ಬ್ಯಾಂಕ್ ಇನ್‌ಸ್ಟ್ರೂಮೆಂಟ್ ಚಾನೆಲ್ ಮಾತ್ರ ಹೆಚ್ಚುವರಿ ವಿವರಗಳು (ಕಚೇರಿ ಬಳಕೆಗೆ ಮಾತ್ರ)

ಬ್ಯಾಂಕ್ ಕೋಡ್ SP ಕೋಡ್ RM/LG ಕೋಡ್

CUSTOMER ಖಾತೆ ಸಂಖ್ಯೆ

12. ವಿಮಾ ಸಲಹೆಗಾರರ ವರದಿ (ಕಚೇರಿ ಬಳಕೆಗೆ ಮಾತ್ರ)

ನಾನು, ವಿಮಾ ಸಲಹೆಗಾರನಾಗಿ / ಕಾರ್ಪೊರೇಟ್ ಏಜೆಂಟ್ ನ ನಿರ್ದಿಷ್ಟ ವ್ಯಕ್ತಿಯಾಗಿ / ಬ್ರೋಕರ್ / ಸಂಬಂಧ ಅಧಿಕಾರಿಯ ಅಧಿಕೃತ ಉದ್ಯೋಗಿಯಾಗಿ, ಈ ಪ್ರಸ್ತಾವನೆಯಲ್ಲಿ, ಒಳಗೊಂಡಿರುವ ಪ್ರಶ್ನೆಗಳ ಸ್ಪಷ್ಟವಾದ ಸೇರಿದಂತೆ ಈ ಪ್ರಸ್ತಾವನೆಯಲ್ಲಿ ಎಲ್ಲಾ ವಿಷಯಗಳನ್ನು ಪ್ರಸ್ತಾಪಿಸುವವರಿಗೆ ವಿವರಿಸಿದ್ದೇನೆ. ಇದರಲ್ಲಿ ಒಳಗೊಂಡಿರುವ ಪ್ರಶ್ನೆಗಳಿಗೆ ಅವನು / ಅವಳು ಸಲ್ಲಿಸಿದ ಹೇಳಿಕೆ (ಗಳು), ಮಾಹಿತಿ ಮತ್ತು ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆ (ಗಳು) ಸೇರಿದಂತೆ ಈ ಪ್ರಸ್ತಾವನೆಯಲ್ಲಿ ಎಲ್ಲಾ ವಿಷಯಗಳನ್ನು ನಾನು ಈ ಮೂಲಕ ಘೋಷಿಸುತ್ತೇನೆ ಪಾಲಿಸಿಯ ವಿತರಣೆಗಾಗಿ ಕಂಪನಿಯ ಈ ಪ್ರಸ್ತಾವನೆಯನ್ನು ಒಪ್ಪಿಕೊಂಡರೆ, ಕಂಪನಿ ಮತ್ತು ಪ್ರಸ್ತಾವಕರ ನಡುವಿನ ವಿಮಾ ಒಪ್ಪಂದದ ಬಗ್ಗೆ.

ಅನುಬಂಧ(ಗಳು), ಅಪ್ಪಿಡೆವಿಟ್ ಗಳು, ಹೇಳಿಕೆಗಳು, ಸಲ್ಲಿಕೆಗಳು, ಒದಗಿಸಬೇಕಾದ / ಒದಗಿಸಬೇಕಾದ / ಒದಗಿಸಬೇಕಾದ ಮತ್ತು ಇನ್ನೂ ಹೆಚ್ಚಿನವುಗಳನ್ನು, ಒಳಗೊಂಡಂತೆ ಯಾವುದೇ ಅಸತ್ಯ ಹೇಳಿಕೆ(ಗಳು) / ಮಾಹಿತಿ / ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆ(ಗಳು) ಈ ಪ್ರಸ್ತಾವನೆಯಲ್ಲಿ / ಒಳಗೊಂಡಿದ್ದರೆ / ಒಳಗೊಂಡಿದ್ದರೆ, ಈ ಪ್ರಸ್ತಾವಕರ ಅನುಸಾರವಾಗಿ ಅವನು / ಅವಳ ಪರವಾಗಿ ನೀಡಲಾದ ಪಾಲಿಸಿಯನ್ನು ಕಂಪನಿಯ ಶೂನ್ಯ ಮತ್ತು ಅನುರೋಧವೆಂದು 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) 1. ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಜೀವ ಅಥವಾ ಆಸ್ತಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಯಾವುದೇ ರೀತಿಯ ಅಪಾಯಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ, ಪಾವತಿಸಬೇಕಾದ ಕಮಿಷನ್ ನ ಸಂಪೂರ್ಣ ಅಥವಾ ಭಾಗಶಃ ಯಾವುದೇ ರಿಯಾಯಿತಿ ಅಥವಾ ಪಾಲಿಸಿಯಲ್ಲಿ ತೋರಿಸಲಾದ ಪ್ರೀಮಿಯಂನ ಯಾವುದೇ ರಿಯಾಯಿತಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ವಿಮೆಯನ್ನು ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳಲು ಅಥವಾ ನವೀಕರಿಸಲು ಅಥವಾ ಮುಂದುವರಿಸಲು ಯಾವುದೇ ವ್ಯಕ್ತಿಗೆ ನೇರವಾಗಿ ಅಥವಾ ಪರೋಕ್ಷವಾಗಿ ಪ್ರಚೋದನೆಯಾಗಿ ಯಾವುದೇ ವ್ಯಕ್ತಿಯು ಅನುಮತಿಸುವುದಿಲ್ಲ ಅಥವಾ ಅನುಮತಿಸುವುದಿಲ್ಲ, ವಿಮಾದಾರರ ಪ್ರಕಟಿತ ಪ್ರಾಸ್ಟೆಕ್ಚರ್ಸ್ ಅಥವಾ ಕೋಪ್ಪಡೆಗಳಿಗೆ ಅನುಗುಣವಾಗಿ ಅನುಮತಿಸಬಹುದಾದ ರಿಯಾಯಿತಿ ಯನ್ನು ಹೊರತುಪಡಿಸಿ, ಪಾಲಿಸಿಯನ್ನು ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳುವ ಅಥವಾ ನವೀಕರಿಸುವ ಅಥವಾ ಮುಂದುವರಿಸುವ ಯಾವುದೇ ವ್ಯಕ್ತಿಯು ಯಾವುದೇ ರಿಯಾಯಿತಿ ಯನ್ನು ಸ್ವೀಕರಿಸುವುದಿಲ್ಲ.

2. ಈ ಸೆಕ್ಷನ್ ನಿಬಂಧನೆಗಳನ್ನು ಅನುಸರಿಸಲು ವಿಫಲವಾದ ಯಾವುದೇ ವ್ಯಕ್ತಿಯು ಹತ್ತು ಲಕ್ಷ ರೂಪಾಯಿಗಳವರೆಗೆ ವಿಸ್ತರಿಸಬಹುದಾದ ದಂಡಕ್ಕೆ ಗುರಿಯಾಗುತ್ತಾನೆ.

14. ಗ್ರಾಮೀಣ ಮತ್ತು ಸಾಮಾಜಿಕ ವಲಯದ ವರ್ಗ (ಅನ್ವಯವಾದರೆ):

ಆಶಾ ಕಾರ್ಯಕರ್ತೆ MGNREGA ಕೆಲಸಗಾರ

1.4. ಅಭಾ ID

ಸದಸ್ಯರ ಹೆಸರು	ನಿಮ್ಮ ಬಳಿ ಅಭಾ ಐಡಿ ಇದೆಯೇ?		ಅಭಾ ID	ಎಬಿಎಚ್‌ಎ ಮೂಲಕ ವಿಮಾದಾರರು/ಟಿಪ್ಪಿಎಗಳೊಂದಿಗೆ ವೈದ್ಯಕೀಯ ದಾಖಲೆಗಳನ್ನು ಕಂಟ್ರಿಕ್ಯೂಷನು	
	<input type="checkbox"/> ಹೌದು	<input type="checkbox"/> ಇಲ್ಲ		<input type="checkbox"/> ಹೌದು	<input type="checkbox"/> ಇಲ್ಲ
<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. ಕ್ಷೇಮ ಗಳ ಮರುಪಾವತಿ ಮತ್ತು ಪಾವತಿಯ ವಿವರಗಳು

ಪಾವತಿ ಸ್ವೀಕರಿಸುವ ಆಯ್ಕೆ: ಬ್ಯಾಂಕ್ ವರ್ಗಾವಣೆ

ಫಲಾನುಭವಿಯ ಹೆಸರು

ಬ್ಯಾಂಕ್ ಹೆಸರು

ಖಾತೆ ಸಂಖ್ಯೆ IFSC ಕೋಡ್

ಖಾತೆ ಪುಸ್ತಕ

ನಿವಾ ಬೂಪಾ ಹೆಲ್ತ್ ಇನ್ಶೂರೆನ್ಸ್ ಕಂಪನಿ ಲಿಮಿಟೆಡ್, ನೋಂದಾಯಿತ ಕಚೇರಿ- ಸಿ-98, ಮೊದಲ ಮಹಡಿ, ಅಜಪತ್ ನಗರ, ಭಾಗ 1, ನವದೆಹಲಿ-110024 ಹಕ್ಕುತ್ಯಾಗ: ವಿಮೆಯ ಕುರಿತು ವಿಷಯವಾಗಿದೆ. ನಿವಾ ಬೂಪಾ ಹೆಲ್ತ್ ಇನ್ಶೂರೆನ್ಸ್ ಕಂಪನಿ ಲಿಮಿಟೆಡ್ (ಹಿಂದೆ ಮ್ಯಾಕ್ಸ್ ಬೂಪಾ ಹೆಲ್ತ್ ಇನ್ಶೂರೆನ್ಸ್ ಕಂಪನಿ ಲಿಮಿಟೆಡ್ ಎಂದು ಕರೆಯಲಾಗುತ್ತಿತ್ತು) (ಐಆರ್ಡಿಎಐ ನೋಂದಣಿ ಸಂಖ್ಯೆ 145). 'ಬುಪಾ' ಮತ್ತು 'ಹಾರ್ಟ್ ಬೀಟ್' ಲೋಗೋಗಳು ಆಯಾ ಮಾಲೀಕರ ನೋಂದಾಯಿತ ಟ್ರೇಡ್ ಮಾರ್ಕ್ ಗಳಾಗಿವೆ ಮತ್ತು ಇದನ್ನು ನಿವಾ ಬೂಪಾ ಹೆಲ್ತ್ ಇನ್ಶೂರೆನ್ಸ್ ಕಂಪನಿ ಲಿಮಿಟೆಡ್ ಪರವಾನಗಿಯಡಿಯಲ್ಲಿ ಬಳಸುತ್ತಿದೆ. ಗ್ರಾಹಕ ಸಹಾಯವಾಣಿ: 1860-500-8888. ವೆಬ್‌ಸೈಟ್: www.nivabupa.com. ಸಿಬಿಎನ್: U66000DL2008PLC182918. ನಿಯಮಗಳು ಮತ್ತು ಷರತ್ತುಗಳು, ಹೊರತುಪಡಿಸಿಕೊಳ್ಳುವ ಅಪಾಯದ ಅಂಶಗಳು, ಕಾಯುವ ಅಪಧಿ ಮತ್ತು ಪ್ರಯೋಜನಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ವಿವರಗಳಿಗಾಗಿ, ಮಾರಾಟವನ್ನು ಮುಕ್ತಾಯಗೊಳಿಸುವ ಮೊದಲು ದಯವಿಟ್ಟು ಮಾರಾಟ ಬ್ರೋಷರ್ ಅನ್ನು ಎಚ್ಚರಿಕೆಯಿಂದ ಓದಿ.

This Space Has Been Left Blank Intentionally.

ನಿವಾ ಬೂಪಾ ಹೆಲ್ತ್ ಇನ್ಶೂರೆನ್ಸ್ ಕಂಪನಿ ಲಿಮಿಟೆಡ್; ನೋಂದಾಯಿತ ಕಛೇರಿ:- ಸಿ-98, ಮೊದಲ ಮಹಡಿ, ಲಜಪತ್ ನಗರ, ಭಾಗ 1, ನವದೆಹಲಿ-110024

ಹಕ್ಕುತ್ಯಾಗ: ವಿಮೆಯು ಕೇವಲ ವಿಷಯವಾಗಿದೆ. ನಿವಾ ಬೂಪಾ ಹೆಲ್ತ್ ಇನ್ಶೂರೆನ್ಸ್ ಕಂಪನಿ ಲಿಮಿಟೆಡ್ (ಒಂದೆ ಮ್ಯಾಕ್ಸ್ ಬೂಪಾ ಹೆಲ್ತ್ ಇನ್ಶೂರೆನ್ಸ್ ಕಂಪನಿ ಲಿಮಿಟೆಡ್ ಎಂದು ಕರೆಯಲಾಗುತ್ತಿತ್ತು) (ಐಆರ್ಡಿಎಐ ನೋಂದಣಿ ಸಂಖ್ಯೆ 145). 'ಬೂಪಾ' ಮತ್ತು 'ಹಾರ್ಟ್ ಬೀಟ್' ಲೋಗೋಗಳು ಆಯಾ ಮಾಲೀಕರ ನೋಂದಾಯಿತ ಟ್ರೇಡ್ ಮಾರ್ಕ್ ಗಳಾಗಿವೆ ಮತ್ತು ಇದನ್ನು ನಿವಾ ಬೂಪಾ ಹೆಲ್ತ್ ಇನ್ಶೂರೆನ್ಸ್ 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 ಮಾರಾಟ ಬ್ರೋಕರ್ ಅನ್ನು ಒಪ್ಪಿಕೊಳ್ಳಿ.

ಉತ್ಪನ್ನ ಹೆಸರು: ಅಮೃತ | ಉತ್ಪನ್ನ UIN: NBHHLIP23156V012223

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 ಪಾವತಿಯ 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 ವ್ಯವಹಾರದ ಪರಿಷ್ಕರಣೆಗಳ ವೆಚ್ಚವನ್ನು ಕಡಿತಗೊಳಿಸಿದ ನಂತರ ಪಾವತಿಯನ್ನು ಬಡ್ಡಿಯಿಲ್ಲದೆ ಮರುಪಾವತಿಸುತ್ತೇವೆ.

ಸ್ವೀಕರಿಸುವವರ ಹೆಸರು ಮತ್ತು ಸಹಿ ಮತ್ತು ಕಛೇರಿ ಮುದ್ರೆ