



1. ಪ್ರಸ್ತಾವಕರ ವಿವರಗಳು:

Title _____ ಹೆಸರು _____ ಕುಟುಂಬ ದಿನ _____ ಲಿಂಗ _____ ಗಂಡು _____ ಹೆಣ್ಣು _____ ಇತರ _____
 ಪ್ರಸ್ತುತ ವಿಳಾಸ _____

 ನಗರ _____
 State _____ Pincode _____
 ಮೊಬೈಲ್ n _____ ಉಂಬಲ್ _____
 ಇಮೇಲ್ ID _____ ಪ್ಯಾನ್ ಸಂಖ್ಯೆ _____
 Nationality _____ ವಾರ್ಷಿಕ ಆದಾಯ _____ (ರೂ. _____)
 ಉದ್ಯೋಗ: _____ ಸಂಬಳ ಪಡೆಯುವವರು _____ ಸ್ವಯಂ ಉದ್ಯೋಗಿ _____ ವಿದ್ಯಾರ್ಥಿ _____ ಗೃಹಿಣಿ _____ ಇತರ, ದಯವಿಟ್ಟು ನಿರ್ದಿಷ್ಟಪಡಿಸಿ _____
 ಪಾಲನೆ ಕೆಳ ನ ಛೇತಿಕ ಪ್ರತಿಯನ್ನು ನೀವು ಬಯಸುವಿರಾ: _____ ಹೌದು _____ ಇಲ್ಲ _____
 ಆದೇಶ್ಯ ಕಾರ್ಯಕರ್ತೆ * : _____ ಹೌದು _____ ಇಲ್ಲ _____ (* ಪ್ರಮಿಯಂ ಮೇಲೆ 5% ರಿಯಾಯಿತಿ ಪಡೆಯಬೇಡಿ.)
 _____ ಪಾವತಿಸಿದ ಪ್ರಮಿಯಂ _____ ಪ್ರಸ್ತಾವಕನೊಂದಿಗೆ ನ ಸಂಬಂಧ _____

ನನ್ನ ಪಾಲನೆಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಮಾಹಿತಿ ಮತ್ತು ಸವಿಕೇಶನಗಳನ್ನು ನನ್ನ ಮೊಬೈಲ್ ಸಂಖ್ಯೆಗೆ ವಾಟ್ಸಾಪ್ ಮೂಲಕ ಸ್ವೀಕರಿಸಲು ನಾನು ಬಯಸುತ್ತೇನೆ.
 ನಾನು ಎಲ್ಲಾ ನಿಯಮಗಳು ಮತ್ತು ಪರತ್ಯುಗಳನ್ನು ಓದಿದ್ದೇನೆ, ಅರ್ಥಮಾಡಿಕೊಂಡಿದ್ದೇನೆ ಮತ್ತು ಸ್ವೀಕರಿಸಿದ್ದೇನೆ ಮತ್ತು ಈ ಮೂಲಕ ನಿವಾ ಬೂಟಾ ಹೆಲ್ತ್ ಇನ್ಶೂರೆನ್ಸ್ ಅಥವಾ ಅದರ ಯಾವುದೇ ಏಜೆಂಟರು ಮತ್ತು/ಅಥವಾ ಮೂರನೇ ಪಕ್ಷ(ಗಳು)/ಆಂಗ್ಲಂವೆಗಳನ್ನು ನನ್ನ ನೋಂದಾಯಿತ ಫೋನ್ ಸಂಖ್ಯೆಗೆ SMS/ಇಮೇಲ್/ವೆಪೋನ್/WhatsApp/Facebook ಅಥವಾ ಇತರ ಯಾವುದೇ ವಿಧಾನಗಳ ಮೂಲಕ ನನ್ನನ್ನು ಸಂಪರ್ಕಿಸಲು ಅಧಿಕಾರ ನೀಡುತ್ತೇನೆ.

ನೀವು ಅಥವಾ ಪ್ರಸ್ತಾವಕ ಅರ್ಜಿದಾರರಲ್ಲಿ ಯಾರಾದರೂ ಶಿಷಿ** ಆಗಿದ್ದೀರಾ? _____ ಹೌದು _____ ಇಲ್ಲ _____
 ** ಉಪಶೇಷವಾಗಿ ಬಹಿರಂಗಗೊಂಡ ವ್ಯಕ್ತಿಗಳು (ಶಿಷಿ) ಎಂದರೆ ಪ್ರಮುಖ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಕಾರ್ಯಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿರುವ ಅಥವಾ ವಹಿಸಲಾದ ವ್ಯಕ್ತಿಗಳು, ಅಂದರೆ ಕೆಲವು ಅಥವಾ ಸರ್ಕಾರದ ಮುಖ್ಯಸ್ಥರು / ಮಂತ್ರಿಗಳು, ಹಿರಿಯ ರಾಜಕಾರಣಿಗಳು, ಹಿರಿಯ ಸರ್ಕಾರ, ನ್ಯಾಯಾಂಗ ಅಥವಾ ಮಿಲಿಟರಿ ಅಧಿಕಾರಿಗಳು, ಸರ್ಕಾರಿ ಕಂಪನಿಗಳ ಹಿರಿಯ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಾಹಕರು, ಪತ್ರದ ಪ್ರಮುಖ ಅಧಿಕಾರಿಗಳು, (ನೀವು ಶಿಷಿ ದೆರೆದವು ಅನುಮಾನದ ವ್ಯಕ್ತಿಗಳಾಗಿರಬಹುದು, ದಯವಿಟ್ಟು ಪ್ರಶ್ನೆಗಳ ಶಿಷಿ ಪ್ರಸ್ತಾವಕರಿಯನ್ನು ಭರ್ತಿ ಮಾಡಿ)

ಬ್ಯಾಂಕ್ ವಿವರಗಳು:

ಬ್ಯಾಂಕ್ ಹೆಸರು _____ ಕಾಖೆ _____ ನಗರ _____
 ಖಾತೆ ಸಂಖ್ಯೆ _____ ಐಎಫ್‌ಎಸ್‌ಡಿ ಕೋಡ್ _____ ಖಾತೆ ಪ್ರಕಾರ: _____ ಉಳಿತಾಯ _____ ಪ್ರಸ್ತುತ _____

ಎಲೆಕ್ಟ್ರಾನಿಕ್ ವಿಮಾ ಖಾತೆಯ ವಿವರಗಳು (ಇವು) _____
 ಈ ಪಾಲನೆಯನ್ನು ಇ-ವಿಮಾ ಖಾತೆಗೆ ಐಮಾ ಮಾಡಲು ನೀವು ಬಯಸುವಿರಾ? (ದಯವಿಟ್ಟು ಯಾವುದಾದರೂ ಒಂದನ್ನು ಆಯ್ಕೆ ಮಾಡಿ)
 ಇಲ್ಲ _____ ನಾನು ಇ-ವಿಮಾ ಖಾತೆಯನ್ನು ಹೊಂದಿಲ್ಲ ಮತ್ತು ಒಂದನ್ನು ತೆರೆದುಲು ಬಯಸುವುದಿಲ್ಲ _____
 ಹೌದು _____ ಈ ಪಾಲನೆಯನ್ನು ನನ್ನ ಇ-ವಿಮಾ ಖಾತೆಗೆ ಕ್ರೆಡಿಟ್ ಮಾಡಿ _____
 ಹೌದು ಎಂದಾದಲ್ಲಿ, ದಯವಿಟ್ಟು ಅಸ್ತಿತ್ವದಲ್ಲಿರುವ ಇ-ವಿಮಾ ಖಾತೆ ಸಂಖ್ಯೆಯನ್ನು ಹಂಚಿಕೊಳ್ಳಿ _____

- ದಯವಿಟ್ಟು ವಿಮಾ ಭಂಡಾರದ ಹೆಸರನ್ನು ಆಯ್ಕೆ ಮಾಡಿ (ನೀವು ನಮ್ಮ ಖಾತೆಯನ್ನು ತೆರೆದಿದ್ದೀರಿ)
- ಮೆಸರ್ಸ್ ಎನ್‌ಎಸ್‌ಐಎಲ್ ಡಿಫೆನ್ಸೆಸ್ ಮ್ಯಾನೇಜ್‌ಮೆಂಟ್ ಲಿಮಿಟೆಡ್
 - ಮೆಸರ್ಸ್ ಸೆಂಟ್ರಲ್ ಇನ್ಸೂರೆನ್ಸ್ ರೆಪ್ರೆಸೆಂಟಿಟಿ ಲಿಮಿಟೆಡ್
 - ಮೆಸರ್ಸ್ ಕಾರ್ವಿ ಇನ್ಸೂರೆನ್ಸ್ ರೆಪ್ರೆಸೆಂಟಿಟಿ ಲಿಮಿಟೆಡ್
 - ಮೆಸರ್ಸ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೆಪ್ರೆಸೆಂಟಿಟಿ ಸರ್ವಿಸಸ್ ಲಿಮಿಟೆಡ್
- ನಾನು ಅಸ್ತಿತ್ವದಲ್ಲಿರುವ ಇ-ವಿಮಾ ಖಾತೆಯನ್ನು ಹೊಂದಿಲ್ಲ ಮತ್ತು ಹೊಸ ಇ-ವಿಮಾ ಖಾತೆಯನ್ನು ರಚಿಸಲು ನಾನು ಅನುಕೂಲವಾಗಿದ್ದೇನೆ (ದಯವಿಟ್ಟು ಸಂಬಂಧಿತ ದಾಖಲೆಗಳೊಂದಿಗೆ ಎಲೆಕ್ಟ್ರಾನಿಕ್ ವಿಮಾ ಖಾತೆ ತೆರೆಯುವ ನಮೂನೆಯನ್ನು (ಇವು ಫಾರ್ಮ್) ಸಲ್ಲಿಸಿ).

2. ವ್ಯಾಪ್ತಿಯ ಆಯ್ಕೆ:

ಮೂಲ ವ್ಯಾಪ್ತಿ:		
ನೀತಿ ಪ್ರಕಾರ:	ವೈಯಕ್ತಿಕ	
ಮೂಲ ವಿಮಾ ಮೊತ್ತ:	INR 4,00,000	INR 5,00,000
ನೀತಿ ಅವಧಿ:	1 ವರ್ಷ	

3. ವಿಮೆಗಾಗಿ ಅರ್ಜಿ ಸಲ್ಲಿಸಿದವರ ವಿವರಗಳು:

ಅರ್ಜಿದಾರರ ಸಂಖ್ಯೆ	ಹೆಸರು	ಲಿಂಗ (ಪುರುಷ / ಮಹಿಳೆ / ಇತರ)	ಕುಟುಂಬ ದಿನಾಂಕ (dd/mm/yyyy)	ಸಂಬಂಧ	ಬಾಂಧವರೊಂದಿಗಿದ್ದರೆ ದಯವಿಟ್ಟು ಟಿಪ್ಪಣಿ ಮಾಡಿ
1				ಸ್ವಯಂ	

4. ನಾಮನಿರ್ದೇಶನ

ಪ್ರಸ್ತಾವಕನ ಮರಣದ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ, ಪಾಲನೆಯ ಅಡಿಯಲ್ಲಿ ಬಾಕಿ ಇರುವ ಯಾವುದೇ ಪಾವತಿಯನ್ನು ಕೆಳಗೆ ಹೆಸರಿನಿಂದ ನಾಮನಿರ್ದೇಶಿತರಿಗೆ ಪಾವತಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ. ನಾಮನಿರ್ದೇಶಿತರಿಂದ ಅಂತಹ ಪಾವತಿಯನ್ನು ಸ್ವೀಕರಿಸುವುದು ಪಾಲನೆಯ ಅಡಿಯಲ್ಲಿ ಕಂಪನಿಯ ಹೊಣೆಗಾರಿಕೆಯ ನಿರ್ವಹಣೆಯಾಗುತ್ತದೆ. ಇತರ ಎಲ್ಲಾ ಅರ್ಜಿದಾರರ (n/a) ನಾಮನಿರ್ದೇಶಿತರನ್ನು ಸ್ವೀಕರಿಸುವುದಿಲ್ಲ.

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

ನಾಮನಿರ್ದೇಶಿತರ ಬ್ಯಾಂಕ್ ವಿವರಗಳು: _____ ಫೋನ್ ನಂ. _____

ಬ್ಯಾಂಕ್ ಹೆಸರು _____ ಖಾತೆ ಪ್ರಕಾರ _____ ಉಳಿತಾಯ _____ ಪ್ರಸ್ತುತ _____

ಖಾತೆ ಸಂಖ್ಯೆ _____ IPSC ಕೋಡ್ _____

5. ವೈದ್ಯಕೀಯ, ಅಭ್ಯಾಸಗಳು ಮತ್ತು ಹಿಂದಿನ ಪ್ರಸ್ತಾವನೆ ಮಾಹಿತಿ

ಮುಖ್ಯ: ಈ ವಿಭಾಗದಲ್ಲಿನ ಎಲ್ಲಾ ಪ್ರಶ್ನೆಗಳಿಗೆ ಸತ್ಯವಾಗಿ ಮತ್ತು ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಉತ್ತರಿಸಲಾಗಿದೆ ಎಂದು ದಯವಿಟ್ಟು ಖಚಿತಪಡಿಸಿಕೊಳ್ಳಿ. ಏಕೆಂದರೆ ನೀವು ಇಲ್ಲಿ ಒದಗಿಸುವ ಮಾಹಿತಿಯು ನಿಜಾ ಬುಜಾ ಆವರ ಆಂದರ್ ಲೈಟಿಂಗ್ ಗೆ ಆಧಾರವಾಗಿರುತ್ತದೆ. ಯಾವುದೇ ಅಪೂರ್ಣ, ತಪ್ಪಾದ, ಭಾಗಶಃ ಸರಿಯಾದ ಮಾಹಿತಿಯು ನಿಮ್ಮ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಹಕ್ಕು ಮತ್ತು/ಅಥವಾ ವ್ಯಾಪ್ತಿಯ ಮೇಲೆ ಪರಿಣಾಮ ಬೀರಬಹುದು ಎಂಬುದನ್ನು ದಯವಿಟ್ಟು ಗಮನಿಸಿ.

ಮುಖ್ಯ ಅರ್ಜಿದಾರರಿಗೆ ದಯವಿಟ್ಟು ಈ ಕೆಳಗಿನ ಪ್ರಶ್ನೆಗಳಿಗೆ ಉತ್ತರಿಸಿ		ಅರ್ಜಿದಾರ	
ದಯವಿಟ್ಟು ತೌರು (Y) ಅಥವಾ ಇಲ್ಲ (N) ಎಂದು ಪ್ರತ್ಯಾಕಾರದಲ್ಲಿ ಬರೆಯಿರಿ			
1	ಯಾವುದೇ ಅರ್ಜಿದಾರರು ಈ ಕೆಳಗಿನ ಯಾವುದೇ ಆಂಗ್ಲವೈದ್ಯಕೀಯ/ಕಾಯಿಲೆಗಳಿಂದ ಬಳಲುತ್ತಿದ್ದಾರೆಯೇ (ತೌರು ಎಂದಾದರೆ, ದಯವಿಟ್ಟು ವಿವರಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸಿ)		
a.	ಕುರುಡುತನ	ಮತ್ತು	N
b.	ಸ್ವಯಂ ರಿಹಬಿಲಿಟೇಷನ್	ಮತ್ತು	N
c.	ಕಡಿಮೆ ದೃಷ್ಟಿ	ಮತ್ತು	N
d.	ದೀರ್ಘಕಾಲದ ನರವೈಜ್ಞಾನಿಕ ಅಸ್ವಸ್ಥತೆ	ಮತ್ತು	N
e.	ಕುಷ್ಠರೋಗದಿಂದ ಗುಣಮುಖವಾದ ವ್ಯಕ್ತಿ	ಮತ್ತು	N
f.	ನಿರ್ದಿಷ್ಟ ಕಠಿಣತೆಯ ನ್ಯೂನತೆಗಳು	ಮತ್ತು	N
g.	ಶ್ರವಣ ದೋಷ (ಕಿವುಡು ಮತ್ತು ಶ್ರವಣ ಕಷ್ಟ)	ಮತ್ತು	N
h.	ಮಲ್ಟಿಪಲ್ ಸ್ಕೆ ರೋಸಿಸ್	ಮತ್ತು	N
i.	ಲಿಂಫೋಮಾಟರ್ ಆಂಗ್ಲವೈದ್ಯಕೀಯ	ಮತ್ತು	N
j.	ಮಾತು ಮತ್ತು ಭಾಷಾ ಅನಾಮಧ್ಯೇಯ	ಮತ್ತು	N
k.	ದಾಖಲಿಸಿದ	ಮತ್ತು	N
l.	ಧರ್ಮಿಮಿಯಾ	ಮತ್ತು	N
m.	ಬೌದ್ಧಿಕ ಆಂಗ್ಲವೈದ್ಯಕೀಯ	ಮತ್ತು	N
n.	ಹಿಮೋಕ್ಸಿಲಿಯಾ	ಮತ್ತು	N
o.	ಮಾನಸಿಕ ಅಸ್ವಸ್ಥತೆ	ಮತ್ತು	N
p.	ಕುಡುಗೋಲು ಕೋಶ ರೋಗ	ಮತ್ತು	N
q.	ಆಟೊ ಇಮ್ಯೂನ್ ಅಸ್ವಸ್ಥತೆ	ಮತ್ತು	N
r.	ಕಿವುಡು ಮತ್ತು ಕುರುಡುತನ ಸೇರಿದಂತೆ ಬಹು ಆಂಗ್ಲವೈದ್ಯಕೀಯ	ಮತ್ತು	N
s.	ಸೆರೆಬ್ರಲ್ ಪಾಲ್ಸಿ	ಮತ್ತು	N
t.	ಅಸಿಡ್ ದಾಳಿ ಸಂತ್ರಸ್ತ	ಮತ್ತು	N
u.	ಪಾರ್ಕಿನ್ಸನ್	ಮತ್ತು	N
2	ಸಾಮಾನ್ಯ ಶಿಶು, ಜ್ವರ, ಸೋಂಕುಗಳು, ಸಣ್ಣ ಗಾಯ ಅಥವಾ ಇತರ ಸಣ್ಣ ಕಾಯಿಲೆಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿರುವುದಿಲ್ಲ; ಅರ್ಜಿದಾರರು ಎಂದಾದರೂ ಯಾವುದೇ ರೋಗದಿಂದ ಬಳಲುತ್ತಿದ್ದಾರೆಯೇ ಮತ್ತು / ಅಥವಾ 5 ದಿನಗಳಿಗಿಂತ ಹೆಚ್ಚು ಕಾಲ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ದಾಖಲಾಗಿದ್ದಾರೆ ಮತ್ತು / ಅಥವಾ ಯಾವುದೇ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಒಳಗಾಗಲು / ಸಲಹೆ ನೀಡಿದ್ದಾರೆಯೇ ಮತ್ತು / ಅಥವಾ ಯಾವುದೇ ಔಷಧಿಗಳನ್ನು ತೆಗೆದುಕೊಂಡಿದ್ದಾರೆಯೇ / 14 ದಿನಗಳಿಗಿಂತ ಹೆಚ್ಚು ಕಾಲ ಯಾವುದೇ ರೋಗಲಕ್ಷಣಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದೀರಾ? ಔಷಧೋಪಚಾರವು ಇನ್ನೇನೂ ಗಳು, ಚುಚ್ಚುಮದ್ದುಗಳು, ಮೌಖಿಕ ಔಷಧಿಗಳು ಮತ್ತು ದೇಹದ ಭಾಗಗಳ ಮೇಲೆ ಬಾಹ್ಯ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಅನ್ವಯಗಳನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿದೆ ಆದರೆ ಸೀಮಿತವಾಗಿಲ್ಲ.	ಮತ್ತು	N
3	ಧೈಯಾತ್ಮ ಪ್ರೊಸ್ಟೇಟ್, ಲಿಟರ್ ಪ್ರೊಸ್ಟೇಟ್, ಟ್ರೈಡ್ ಮೀಲ್ ಪರಿಣತಿ, ಅಂಜಿಯೋಕ್ರಮಿ, ಎಕೋನಾರ್ಡಿಯೋಕ್ರಮಿ, ಎಂಡೋಕ್ರಿಯೋಕ್ರಮಿ, ಅಲ್ಯಾಸೆಂಟ್, ಸಿಟಿ ಸ್ಪ್ಯಾನ್, ಎಂಟರ್ ಐ, ಬಯೋಪ್ಟಿ ಮತ್ತು ಎಚ್ ಎನ್ ಎನ್ ಎನ್ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಯಾವುದೇ ರೋಗನಿರ್ಣಯ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳು ಅಥವಾ ತನಿಖೆಗಳಿಗೆ ಅರ್ಜಿದಾರರು ಎಂದಾದರೂ ಪ್ರತಿಕ್ರಮಿಸಿ ಘಟನೆಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದಾರೆಯೇ?	ಮತ್ತು	N
4	ಅರ್ಜಿದಾರರಿಗೆ ಮಧುಮೇಹ ಅಥವಾ ಪ್ರಿ-ಡಯಾಬಿಟಿಸ್ ಇದೆಯೇ ಅಥವಾ ಅವರು / ಅವರು ಎಂದಾದರೂ ಅಧಿಕ ರಕ್ತದ ಸಕ್ಕರೆಯನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದೀರಾ?	ಮತ್ತು	N
5	ಅರ್ಜಿದಾರರಿಗೆ ಅಧಿಕ ರಕ್ತದೊತ್ತಡ ಅಥವಾ ಅಧಿಕ ರಕ್ತದೊತ್ತಡವಿದೆಯೇ?	ಮತ್ತು	N
6	ಅರ್ಜಿದಾರರು ಎಂದಾದರೂ ಯಾವುದೇ ಅನುವಂಶಿಕ / ಅನುವಂಶಿಕ ಅಸ್ವಸ್ಥತೆಗಳು ಅಥವಾ ಎಚ್‌ಐವಿ / ಎಡ್ಸ್ ರೋಗನಿರ್ಣಯ ಅಥವಾ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಪಡೆದಿದ್ದಾರೆಯೇ?	ಮತ್ತು	N
7	ಅರ್ಜಿದಾರರ ಜೀವನದ ಮೇಲೆ ಜೀವ, ಆರೋಗ್ಯ, ಆಸ್ಪತ್ರೆ ಮತ್ತು ದೈನಂದಿನ ನಗದು ಅಥವಾ ಗಂಭೀರ ಅನಾರೋಗ್ಯ ವಿಷಯ ಯಾವುದೇ ಪ್ರಸ್ತಾವನೆಯು ಎಂದಾದರೂ ತಿರಸ್ಕರಿಸಲಾಗಿದೆಯೇ, ಮುಂದೂಡಲಾಗಿದೆಯೇ, ಲೋಪ ಮಾಡಲಾಗಿದೆಯೇ ಅಥವಾ ಯಾವುದೇ ವಿಷಯ ಕಂಪಿಯುಂದ ವಿಷಯಗಳಂತಹ ಯಾವುದೇ ವಿಶೇಷ ಷರತ್ತುಗಳಿಗೆ ಒಳಪಡಿಸಲಾಗಿದೆಯೇ?	ಮತ್ತು	N

6. ವಿದ್ಯಾಭ್ಯಾಸ ನೀತಿ ನೆರವೇರಿಕೆ ಮತ್ತು ಸೇವಾ ಸಂಪನ್ಮೂಲಗಳಿಗೆ ಅಧಿಕಾರ

ಅರ್ಜಿ ಸಮೀಕ್ಷೆಯಲ್ಲಿ ಇಲ್ಲಿ ಉಲ್ಲೇಖಿಸಿರುವಂತೆ ನಿಮ್ಮ ಎಲ್ಲಾ ನೀತಿ ಮತ್ತು ಸೇವೆಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಸಂಪನ್ಮೂಲವನ್ನು ಇಮೇಲ್ ಐಡಿ ಗೆ ಕಳುಹಿಸಲು ಕಂಪನಿ ಅಧಿಕಾರ ನೀಡುವ ಮೂಲಕ ಪರಿಶರಮ್ನು ರಕ್ಷಿಸಲು ಮತ್ತು ಕಾಗದವನ್ನು ಉಳಿಸಲು ಸಹಾಯ ಮಾಡಲು ನೀವು ಬಯಸುವಿರಾ?

ತೌರು ಇಲ್ಲ

7. ಘೋಷಣೆ (ಪ್ರಸ್ತಾವನೆ ನಮೂನೆಗೆ ಸಹಿ ಮಾಡುವ ಮೊದಲು ದಯವಿಟ್ಟು ಎಚ್ಚರಿಕೆಯಿಂದ ಓದಿ ಮತ್ತು ಪ್ರತಿಯೊಂದರ ವಿರುದ್ಧ ಟಿಪ್ಪಣಿ ಮಾಡಬೇಡಿ)

_____ ನನ್ನ ಪರವಾಗಿ ಮತ್ತು ವಿಮಾದಾರನಾಗಲು ಉದ್ದೇಶಿಸಿರುವ ಎಲ್ಲ ವ್ಯಕ್ತಿಗಳ ಪರವಾಗಿ, ನಾನು ನೀಡಿದ ಮೇಲಿನ ಹೇಳಿಕೆಗಳು, ಉತ್ತರಗಳು ಮತ್ತು/ಅಥವಾ ವಿವರಗಳು ನನಗೆ ತಿಳಿದ ಮಟ್ಟಿಗೆ ಎಲ್ಲಾ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ಸತ್ಯ ಮತ್ತು ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿವೆ ಮತ್ತು ಈ ಇತರ ವ್ಯಕ್ತಿಗಳ ಪರವಾಗಿ ಪ್ರಸ್ತಾಪಿಸಲು ನನಗೆ ಅಧಿಕಾರವಿದೆ ಎಂದು ನಾನು ಈ ಮೂಲಕ ಘೋಷಿಸುತ್ತೇನೆ.

ನಾನು ಒದಗಿಸಿದ ಮಾಹಿತಿಯು ವಿಮಾ ಪಾಲಿಸಿಯ ಆಧಾರವನ್ನು ರೂಪಿಸುತ್ತದೆ, ವಿಮಾದಾರರ ಮಂಕು ಅನುಮೋದಿಸಿ ಅಂತರ್ ರೈಟಿಂಗ್ ಪಾಲಿಸಿಗೆ ಒಳಪಟ್ಟಿರುತ್ತದೆ ಮತ್ತು ವಿದೇಶೀಯದ ಪ್ರತಿಯನ್ನು ಅನ್ವಯಿಸುವಂತೆ ಪಾಲಿಸಿ ಜಾರಿಗೆ ಬರುತ್ತದೆ ಎಂದು. _ ಅರ್ಥಮಾಡಿಕೊಂಡಿದ್ದೇನೆ.

ಪ್ರಸ್ತಾವನೆಯನ್ನು ಸಲ್ಲಿಸಿದ ನಂತರ ಆದರೆ ಕಂಪನಿಯಿಂದ ಆವಾಯ ಸ್ವೀಕಾರದ ನಂತರವೂ ಮೊದಲು, ವಿಮಾ ಮಾಹಳೀಕಾರದ / ಪ್ರಸ್ತಾಪಿಸಬೇಕಾದ ಔಪಚಾರಿಕ ಉದ್ದೇಶಗಳ ಅಥವಾ ಸಾಮಾನ್ಯ ಆದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಸಂಭವಿಸುವ ಯಾವುದೇ ಬದಲಾವಣೆಯನ್ನು ನಾನು ಲಿಖಿತವಾಗಿ ತಿಳಿಸುತ್ತೇನೆ ಎಂದು. _ ಘೋಷಿಸುತ್ತೇನೆ.

ವಿಮಾ ಮಾಹಳೀಕಾರದ / ಪ್ರಸ್ತಾಪಿಸಬೇಕಾದ ವ್ಯಕ್ತಿಯ ದೈಹಿಕ ಅಥವಾ ಮಾನಸಿಕ ಆದೇಶಗಳ ಮೇಲೆ ಪರಿಣಾಮ ಬೀರುವ ಯಾವುದೇ ವಿಷಯದ ಬಗ್ಗೆ ಯಾವುದೇ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ವಿಮಾ ಮಾಹಳೀಕಾರದ / ಪ್ರಸ್ತಾಪಿಸುವ ವ್ಯಕ್ತಿಯ ಮೇಲೆ ಅಥವಾ ಯಾವುದೇ ಹಿಂದಿನ ಅಥವಾ ಪ್ರಸ್ತುತ ಉದ್ಯೋಗದಾಕಾರದ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಕೋರುವ ಯಾವುದೇ ವ್ಯವಸ್ಥೆ ಅಥವಾ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಿಂದ ಮತ್ತು ವಿಮಾ ಮಾಹಳೀಕಾರದ ವ್ಯಕ್ತಿಯ ಮೇಲೆ ವಿಮಾ ಅರ್ಜಿ ಸಲ್ಲಿಸಿದ ಯಾವುದೇ ವಿಮಾದಾರರಿಂದ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಕೋರಲು ಕಂಪನಿಗೆ ನಾನು ಸಮ್ಮತಿಸುತ್ತೇನೆ ಎಂದು. _ ಘೋಷಿಸುತ್ತೇನೆ ಮತ್ತು / ಅಥವಾ ಕ್ಲೈಮ್ ಇನ್ಸೂರೆನ್ಸ್ ಅಂತರ್ ರೈಟಿಂಗ್ ಮಾಡುವ ಉದ್ದೇಶಕ್ಕಾಗಿ.

ಪ್ರಸ್ತಾವನೆ ಮತ್ತು/ಅಥವಾ ಕ್ಲೈಮ್ ಇನ್ಸೂರೆನ್ಸ್ ಮತ್ತು ಯಾವುದೇ ಸರ್ಕಾರಿ ಮತ್ತು/ಅಥವಾ ನಿಯಂತ್ರಣ ಪ್ರಾಧಿಕಾರದೊಂದಿಗೆ ಅಂತರ್ ರೈಟಿಂಗ್ ಮಾಡುವ ಐಕ್ಯತೆ ಉದ್ದೇಶಕ್ಕಾಗಿ ವಿಮಾದಾರ/ಪ್ರಸ್ತಾಪಕರ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯ ದಾಖಲೆಗಳು ಸೇರಿದಂತೆ ನನ್ನ ಪ್ರಸ್ತಾವಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಹಂಚಿಕೊಳ್ಳಲು. _ ಕಂಪನಿಗೆ ಅಧಿಕಾರ ನೀಡುತ್ತೇನೆ.

ನೇವಾ ವಿತರಣೆಯ ಐಕ್ಯತೆ ಉದ್ದೇಶಕ್ಕಾಗಿ ವಿಮಾದಾರ/ಪ್ರಸ್ತಾಪಕರ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯ ದಾಖಲೆಗಳು ಸೇರಿದಂತೆ ನನ್ನ / ನಮ್ಮ ಪ್ರಸ್ತಾವಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ನಮ್ಮ ಎಂಪ್ಲಾಯ್ ಮಾಡಿದ ಪೂರೈಕೆದಾರರೊಂದಿಗೆ ಹಂಚಿಕೊಳ್ಳಲು ನಾನು/ನಾವು ಕಂಪನಿಗೆ ಅಧಿಕಾರ ನೀಡುತ್ತೇನೆ.

ದಿನಾಂಕ __ __ Place _____ Proposer _____ ಸಹಿ

8. ದೀಕ್ಷೆಯ ಘೋಷಣೆ

(ಪ್ರಸ್ತಾಪಕರು ಸ್ಥಳೀಯ ಭಾಷೆಯಲ್ಲಿ ಸಹಿ ಮಾಡಿದರೆ ಪ್ರಮಾಣೀಕರಣ (ಕಂಪನಿಯ ಐಜಿಎಲ್ / ಉದ್ಯೋಗಿಯನ್ನು ಹೊರತುಪಡಿಸಿ 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: _____ Witness _____ ಸಹಿ _____ ಸಾಕ್ಷಿಯ ಮೊಬೈಲ್ ಸಂಖ್ಯೆ: _____
 ಪ್ರವೇಶಿಸಿದ ಸಹಿ _____

9. ಪ್ರಸ್ತಾಪಕರ ಘೋಷಣೆ

(ಯಾವುದೇ ಕಾರಣಕ್ಕಾಗಿ, ಪ್ರಸ್ತಾವ ಮತ್ತು ಇತರ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ದಾಖಲೆಗಳನ್ನು ಪ್ರಸ್ತಾಪಕರು ಭರ್ತಿ ಮಾಡಿದ ಪ್ರಮಾಣೀಕರಣ) ಪ್ರಸ್ತಾವನೆ ನಮೂನೆ ಮತ್ತು ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ದಾಖಲೆಗಳನ್ನು ನನಗೆ ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ವಿವರಿಸಲಾಗಿದೆ ಮತ್ತು ಉದ್ದೇಶಿತ ಒಪ್ಪಂದದ ಮಹತ್ವವನ್ನು ನಾನು ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಅರ್ಥಮಾಡಿಕೊಂಡಿದ್ದೇನೆ. ಪ್ರಸ್ತಾವನೆ ನಮೂನೆಯನ್ನು ನನ್ನ ನೋಟಿಯ ಮೇಲೆಗೆ _____ ಭರ್ತಿ ಮಾಡಿದ್ದಾರೆ ಮತ್ತು ಅದು ಸರಿಯಾಗಿದೆ ಎಂದು ನಾನು ಕಂಡುಕೊಂಡಿದ್ದೇನೆ.

ಪ್ರಸ್ತಾಪಕರ ಸಹಿ _____

10. ಇತರ ವಿವರಗಳು ಮರುಪಾವತಿ & ಕ್ಲೈಮ್ ಗಳ ಪಾವತಿ

ಪಾವತಿ ಸ್ವೀಕರಿಸುವ ಆಯ್ಕೆ: ಬ್ಯಾಂಕ್ ವರ್ಗಾವಣೆ
 ಫಲಾನುಭವಿ ಹೆಸರು: _____
 ಬ್ಯಾಂಕ್ ಹೆಸರು: _____ ಐಎಚ್‌ಎಸ್‌ಸಿ ಕೋಡ್: _____
 ಖಾತೆ ಸಂಖ್ಯೆ: _____
 ಖಾತೆ ಪ್ರಕಾರ: _____

11. ಪ್ರೀಮಿಯಂ ವಿವರಗಳು (ಕಚೇರಿ ಒಳಗೆ ಮಾತ್ರ)

ಪ್ರೀಮಿಯಂ ಪಾವತಿ ಆಯ್ಕೆ _____ ಟಿಪ್ಪಣಿ _____ ಡಿಮಾಂಡ್ ಡ್ರಾಫ್ಟ್ _____ ಕ್ರೆಡಿಟ್ ಕಾರ್ಡ್ _____ ನಗದು _____ ಇತರ ಪ್ರೀಮಿಯಂ ಮೊತ್ತ _____
 ಆನ್ ಲೈನ್ ಪಾವತಿ ವಹಿವಾಟು ಐಡಿ: _____ ದಿನಾಂಕ: _____ ಬ್ಯಾಂಕ್ ಹೆಸರು/ ಕಾಖೆ _____
 ನಿವಾ ಬೂಟಾ ಕಾಖೆಯ ಸ್ಥಳ _____ ಕೋಡ್ No _____ ವ್ಯವಹಾರ ಮೂಲ: ಸಲಹೆಗಾರ / ಡಿಎನ್ ಟಿ / ಕಾರ್ಪೊರೇಟ್ ಎಜಿಎಸ್ಸಿ / ಇತರ ಜುನೀಸ್ ಗಳು
 ಕೋಡ್ No _____ ಹೆಸರು _____ ಸ್ವೀಕರಿಸಿದ ಪ್ರಸ್ತಾವನೆ: _____ ಗ್ರಾಹಕ ಐಡಿ: _____
 ಪ್ರಸ್ತಾಪಕ ಅಥವಾ ಅರ್ಜಿದಾರರು ಸಿಬ್ಬಂದಿಯೇ? _____ ಹೌದು _____ ಇಲ್ಲ _____

12. ಬ್ಯಾಂಕ್ ಇನ್ಸೂರೆನ್ಸ್ ಟಾನ್‌ನ ಗೆ ಮಾತ್ರ ಹೆಚ್ಚುವರಿ ವಿವರಗಳು (ಕಚೇರಿ ಒಳಗೆ ಮಾತ್ರ)

ಬ್ಯಾಂಕ್ ಕೋಡ್ _____ ಎಸ್ಸಿ ಕೋಡ್ _____ RM/LG ಕೋಡ್ _____
 ಗ್ರಾಹಕ ಖಾತೆ ಸಂಖ್ಯೆ _____

13. ವಿಮಾ ಸಲಹೆಗಾರರ ವರದಿ (ಕಚೇರಿ ಒಳಗೆ ಮಾತ್ರ)

ನಾನು, ವಿಮಾ ಸಲಹೆಗಾರನಾಗಿ / ಕಾರ್ಪೊರೇಟ್ ಐಜಿಎಲ್ ನ ನಿರ್ದಿಷ್ಟ ವ್ಯಕ್ತಿಯಾಗಿ / ಮೈಗ್ರೇಟ್ / ಸಂಬಂಧ ಅಧಿಕಾರಿಯ ಅಧಿಕೃತ ಉದ್ಯೋಗಿಯಾಗಿ, ಈ ಪ್ರಸ್ತಾವ ನಮೂನೆಯಲ್ಲಿ ಒಳಗೊಂಡಿರುವ ಪ್ರಶ್ನೆಗಳ ಸ್ವರೂಪ 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 ಪ್ರಸ್ತಾಪಕರ ನಡುವಿನ ವಿಮಾ ಒಪ್ಪಂದದ ಬಗ್ಗೆ.

ಅನುಬಂಧ(ಗಳು), ಅಭಿವಿಷಯ ಗಳು, ಕೋಶಿಗಳ, ಸಲ್ಲಿಕೆಗಳು, ಒದಗಿಸಬೇಕಾದ / ಒದಗಿಸಬೇಕಾದ ಮತ್ತು ಇನ್ನೂ ಹೆಚ್ಚಿನವುಗಳನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಂತೆ ಯಾವುದೇ ಅನುಕ್ರಮ ಕೋಶಿ(ಗಳು) / ಮಾಹಿತಿ / ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆ(ಗಳು) ಈ ಪ್ರಸ್ತಾವನೆ ನಮೂನೆಯಲ್ಲಿ / ಒಳಗೊಂಡಿದ್ದರೆ / ಒಳಗೊಂಡಿದ್ದರೆ, ಈ ಪ್ರಸ್ತಾವನೆ ಅನುಪರವಾಗಿ ಅವನ / ಅವಳ ಪರವಾಗಿ ನೀಡಲಾದ ಪಾಲಿಸಿಯನ್ನು ಕಂಪನಿಯು ಕಂಪನಿ ಮತ್ತು ಅನುಪರವಕರು ಪರಿಗಣಿಸಬಹುದು ಮತ್ತು ಪಾಲಿಸಿಯ ಅಡಿಯಲ್ಲಿ ಪಾವತಿಯನ್ನು ಎಲ್ಲಾ ಶ್ರಮಿಸುವುದನ್ನು ಕಂಪನಿಗೆ ಮುಖ್ಯವಾಗಿ ಹಾಕಿಕೊಳ್ಳಬಹುದು ಎಂದು ನಾನು ವಿವರಿಸಿದ್ದೇನೆ.

ದಿನಾಂಕ _____ ನೆಹಿ
 ವಿಮಾ Advisor _____ ನೆಹಿ

(ನೋಟ - ಸೆಕ್ಷನ್ 10, 11 ಮತ್ತು 12 ರ ಅಡಿಯಲ್ಲಿ ಒದಗಿಸಲಾದ ವಿವರಗಳು ಕಚೇರಿ ಒಳಗೆ ಮಾತ್ರ ಮತ್ತು ಪ್ರಸ್ತಾವಕರು ಭರ್ತಿ ಮಾಡಬಹುದು. ಆದ್ದರಿಂದ, ಈ ವಿಭಾಗಗಳು ಸೂಚಕವಾಗಿವೆ ಏಕೆಂದರೆ ಅವುಗಳು ಪ್ರಸ್ತಾವಕರು ಭರ್ತಿ ಮಾಡಿದ ವಿವರಗಳೊಂದಿಗೆ ಯಾವುದೇ ಸಂಬಂಧವನ್ನು ಹೊಂದಿಲ್ಲ. ಈ ಟಿಪ್ಪಣಿಯು ಗ್ರಾಹಕರಿಗೆ ಕಳುಹಿಸಲಾದ ಪ್ರಸ್ತಾವನೆ ನಮೂನೆಯಲ್ಲಿ ಕಾಣಿಸಿಕೊಳ್ಳುವುದಿಲ್ಲ ಮತ್ತು ಇದು ಫೈನಲ್ ಮತ್ತು ಬಳಕೆ ಅನುಪರವಕರನಿಂದ ಒಂದು ಭಾಗವಾಗಿದೆ ಮಾತ್ರ)

14. ಅಧಾ ID

ಸದಸ್ಯರ ಹೆಸರು	ನಿಮ್ಮ ಬಳಿ ಅಧಾ ಪರಿ ಇದೆಯೇ?	ಅಧಾ ID	ಎಡಿಎಲ್ಎ ಮೂಲಕ ವಿಮಾದಾರರು/ಟಿಸಿಎಗಳೊಂದಿಗೆ ವೈದ್ಯಕೀಯ ದಾಖಲೆಗಳನ್ನು ಪರಿಶೀಲಿಸಿ
_____	<input type="checkbox"/> ಹೌದು <input type="checkbox"/> ಇಲ್ಲ	_____	<input type="checkbox"/> ಹೌದು <input type="checkbox"/> ಇಲ್ಲ

15. ಶಾಸನಬದ್ಧ ಎಲ್ಲರಿಗೆ

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

- ಬಾರತದಲ್ಲಿ ಜೀವ ಅಥವಾ ಆಸ್ತಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಯಾವುದೇ ರೀತಿಯ ಅಪಾಯಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ, ಪಾವತಿಸಬೇಕಾದ ಕಮಿಷನ್ ನ ಸಂಪೂರ್ಣ ಅಥವಾ ಭಾಗಶಃ ಯಾವುದೇ ರಿಯಾಯಿತಿ ಅಥವಾ ಪಾಲಿಸಿಯಲ್ಲಿ ತೋರಿಸಲಾದ ಶ್ರಮಿಯಿಂದ ಯಾವುದೇ ರಿಯಾಯಿತಿಯನ್ನು ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳಲು ಅಥವಾ ನವೀಕರಿಸಲು ಅಥವಾ ಮುಂದುವರಿಸಲು ಯಾವುದೇ ವ್ಯಕ್ತಿಗೆ ನೇರವಾಗಿ ಅಥವಾ ಪರೋಕ್ಷವಾಗಿ ಪ್ರಚೋದನೆಯಾಗಿ ಯಾವುದೇ ವ್ಯಕ್ತಿಯು ಅನುಮತಿಸುವುದಿಲ್ಲ ಅಥವಾ ಅನುಮತಿಸುವುದಿಲ್ಲ. ವಿಮಾದಾರರ ಪ್ರಕಟಿತ ಪ್ರಾಸ್ಟಿಟ್ಯೂಟ್ ಅಥವಾ ಕೋಷ್ಟಕಗಳಿಗೆ ಅನುಗುಣವಾಗಿ ಅನುಮತಿಸಬಹುದಾದ ರಿಯಾಯಿತಿಯನ್ನು ಹೊರತುಪಡಿಸಿ, ಪಾಲಿಸಿಯನ್ನು ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳುವ ಅಥವಾ ನವೀಕರಿಸುವ ಅಥವಾ ಮುಂದುವರಿಸುವ ಯಾವುದೇ ವ್ಯಕ್ತಿಯು ಯಾವುದೇ ರಿಯಾಯಿತಿಯನ್ನು ಸ್ವೀಕರಿಸುವುದಿಲ್ಲ.
- ಈ ಸೆಕ್ಷನ್ ನ ನಿಬಂಧನೆಗಳನ್ನು ಅನುಪರವಕರು ವಿಫಲವಾದ ಯಾವುದೇ ವ್ಯಕ್ತಿಯು ಹತ್ತು ಲಕ್ಷ ರೂಪಾಯಿಗಳವರೆಗೆ ವಿವರಿಸಬಹುದಾದ ದಂಡಕ್ಕೆ ಒಪ್ಪಬಹುದಾದವಾಗಿದೆ.

ನಿವಾ ಬೂಪಾ ಹೆಲ್ತ್ ಇನ್ಸೂರೆನ್ಸ್ ಕಂಪನಿ ಲಿಮಿಟೆಡ್, ನೋಂದಾಯಿತ ಕಚೇರಿ- ಸಿ-98, ಮೊದಲ ಮಹಡಿ, ಲಜಪತ್ ನಗರ, ಭಾಗ 1, ನವದೆಹಲಿ-110024 ಹೆಚ್ಚುತ್ತಾ. ವಿಮೆಯು ಕೋಶಿಕೆಯ ವಿಷಯವಾಗಿದೆ. ನಿವಾ ಬೂಪಾ ಹೆಲ್ತ್ ಇನ್ಸೂರೆನ್ಸ್ ಕಂಪನಿ ಲಿಮಿಟೆಡ್ (ಹಿಂದೆ ಮ್ಯಾಕ್ಸ್ ಬೂಪಾ ಹೆಲ್ತ್ ಇನ್ಸೂರೆನ್ಸ್ ಕಂಪನಿ ಲಿಮಿಟೆಡ್ ಎಂದು ಕರೆಯಲಾಗುತ್ತಿತ್ತು) (ಐಆರ್ಎಂ ನೋಂದಣಿ ಸಂಖ್ಯೆ 145). 'ಬುಪಾ' ಮತ್ತು 'ಹಾಟ್ ಲೈನ್' ಲೋಗೋಗಳು ಆಯಾ ಮಾರ್ಕೆಟರ ನೋಂದಾಯಿತ ಟ್ರೇಡ್ ಮಾರ್ಕ್ ಗಳಾಗಿವೆ ಮತ್ತು ಇವನ್ನು ನಿವಾ ಬೂಪಾ ಹೆಲ್ತ್ ಇನ್ಸೂರೆನ್ಸ್ ಕಂಪನಿ ಲಿಮಿಟೆಡ್ ಪರವಾನಗಿಯಡಿಯಲ್ಲಿ ಬಳಸುತ್ತಿದೆ. ಗ್ರಾಹಕ ಸಹಾಯವಾಣಿ: 1860-500-8888. ವೆಬ್ಸೈಟ್: www.nivabupa.com. ಸಿಎಎಸ್: U66000DL2008PLC182918. ನಿಯಮಗಳು ಮತ್ತು ಪದ್ಧತಿಗಳು, ಹೊರಗಡುವಿಕೆಗಳು, ಅಪಾಯದ ಅಂಶಗಳು, ಕಾಯುವ ಅವಧಿ ಮತ್ತು ವ್ಯಯೋಜನೆಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ವಿವರಗಳಿಗಾಗಿ, ಮಾರಾಟವನ್ನು ಮುಕ್ತಾಯಗೊಳಿಸುವ ಮೊದಲು ದಯವಿಟ್ಟು ಮಾರಾಟ ಡೆಲ್ಟಾ ಅನ್ನು ಎಚ್ಚರಿಕೆಯಿಂದ ಓದಿ.

ಅಪ್ಪಣಿಸಿದ ಹೆಸರು: ಎಂಪವರ್ ಹೆಲ್ತ್ ಪ್ರಾನ್ಸ್, ನಿವಾ ಬೂಪಾ ಹೆಲ್ತ್ ಇನ್ಸೂರೆನ್ಸ್ ಪ್ರೈವೇಟ್ ಲಿಮಿಟೆಡ್ | ಉದ್ಯಾನ: NBHHLIP23193V012223

ಕಂಪನಿಯಿಂದ ಸ್ವೀಕೃತಿ

ಅಪ್ಪಣಿಸಿದ No. _____ ದಿನಾಂಕ _____

ನಿಮ್ಮ ಪ್ರಸ್ತಾವನೆ ಮತ್ತು ಮೊತ್ತವನ್ನು ಚೆಕ್ / ಡಿಮಾಂಡ್ ಡ್ರಾಫ್ಟ್ / ಇತರರು _____ ದಿನಾಂಕ _____ ಡ್ರಾ ಮಾಡಿದ ರೂ. _____

ಮೊತ್ತದ ಸ್ವೀಕೃತಿಯನ್ನು ನಾವು ಧನ್ಯವಾದಗಳೊಂದಿಗೆ ಅಂಗೀಕರಿಸುತ್ತೇವೆ _____ ವಿಮಾಗಾಗಿ ಪೂರ್ಣಗೊಂಡ ಪ್ರಸ್ತಾವನೆಯನ್ನು ನಮಗೆ ಸಲ್ಲಿಸುವುದರಿಂದ ಅಥವಾ ಪಾಲಿಸಿಯ ವಿತರಣೆಗಾಗಿ ಮಾಡಿದ ಯಾವುದೇ ಪಾವತಿಯು ಪಾಲಿಸಿಯನ್ನು ಹೊಂದಿಸಲು ಒಪ್ಪುವಂತೆ ನಮ್ಮನ್ನು ಒತ್ತಾಯಿಸುವುದಿಲ್ಲ, ಈ ನಿರೀಕ್ಷೆಯ ಯಾವಾಗಲೂ ನಮ್ಮ ಸ್ವಂತ ಮತ್ತು ಸಂಪೂರ್ಣ ವಿಚಾರಣೆಗೆ ಒಳಪಟ್ಟಿರುತ್ತದೆ. ನಾವು ವಿಮೆಯ ಪ್ರಸ್ತಾವನೆಯನ್ನು ಸ್ವೀಕರಿಸಿದರೆ, ಅದು ಪಾಲಿಸಿಯ ನಿಯಮಗಳು ಮತ್ತು ಪದ್ಧತಿಗಳಿಗೆ ಒಳಪಟ್ಟಿರುತ್ತದೆ ಮತ್ತು ಪ್ರೀಮಿಯಂ ಅನ್ನು ನಾವು ಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಮತ್ತು ನಮಯಕ್ಕೆ ಸ್ವೀಕರಿಸದಿದ್ದರೆ ಅಥವಾ ಸಾರ್ವಜನಿಕವಾಗಿ ನಮಗೆ ಯಾವುದೇ ಹೋಣಾಕಾರಿ ಇರುವುದಿಲ್ಲ, ನಾವು ಪ್ರಸ್ತಾವನೆಯನ್ನು ಸ್ವೀಕರಿಸದಿದ್ದರೆ, ನಾವು ನಿಮಗೆ ತಿಳಿಸುತ್ತೇವೆ ಮತ್ತು ನಿಮ್ಮಿಂದ ಪಡೆದ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಪರಿಶೀಲನೆ ಮತ್ತು ವೈದ್ಯಕೀಯ ಪರಿಶೀಲನೆಗಳನ್ನು ವೈದ್ಯಕೀಯ ಕಠಿಣಗೊಳಿಸಿದ ನಂತರ ಪಾವತಿಯನ್ನು ಒತ್ತಾಯಿಸುವುದಿಲ್ಲ.