



**3- ವ್ಯಾಪ್ತಿಯ ಆಯ್ಕೆ:**

ಮೂಲ ವ್ಯಾಪ್ತಿ:	
ನೀತಿ ಪ್ರಕಾರ:	<input type="checkbox"/> ವೈಯಕ್ತಿಕ
ಕವರ್ ಮಾಡಬೇಕಾದ ಜೀವಗಳ ಸಂಖ್ಯೆ:	Adults _____ ಮಕ್ಕಳು _____
ಸಾವು (ಮೂಲ ವಿಮಾ ಮೊತ್ತ)	
ಶಾಶ್ವತ ಒಟ್ಟು ಅಂಗವ್ಯಕ್ತಿಯ (ಪಿಪಿಡಿ)	ಮೂಲ ವಿಮಾ ಮೊತ್ತದವರೆಗೆ
ಶಾಶ್ವತ ಭಾಗಶಃ ಅಂಗವ್ಯಕ್ತಿಯ (ಪಿಪಿಡಿ)	ಮೂಲ ವಿಮಾ ಮೊತ್ತದವರೆಗೆ
ನೀತಿ ಅವಧಿ:	<input type="checkbox"/> 1 ವರ್ಷ

ಐಚ್ಛಿಕ ವ್ಯಾಪ್ತಿ:	
ತಾತ್ಕಾಲಿಕ ಸಂಪೂರ್ಣ ಅಂಗವ್ಯಕ್ತಿಯ (ಪಿಪಿಡಿ)	<input type="checkbox"/> ಹೌದು <input type="checkbox"/> ಇಲ್ಲ
ಅಪಘಾತದಿಂದಾಗಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ದಾಖಲಾಗುವ ವೆಚ್ಚಗಳು	<input type="checkbox"/> ಹೌದು <input type="checkbox"/> ಇಲ್ಲ
ಶಿಕ್ಷಣ ಅನುದಾನ	<input type="checkbox"/> ಹೌದು <input type="checkbox"/> ಇಲ್ಲ

**4- ನಾಮನಿರ್ದೇಶನ:**

ಪ್ರಸ್ತಾಪನಾ ಮರಣದ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ, ನಾಮನಿಗೆ ಕ್ಷಮ್ ಅನ್ನು ಪಾವತಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ. ಇತರ ವಿಮಾದಾರರಿಗೆ, ಪ್ರಸ್ತಾಪಕರು ನಾಮನಿರ್ದೇಶಿತರಾಗಿರುತ್ತಾರೆ. ನಾಮನಿರ್ದೇಶಿತರಿಗೆ ಪಾವತಿಯು ಕಂಪನಿಯ ಸಂಪೂರ್ಣ ಹೊಣೆಗಾರಿಕೆಯ ನಿರ್ವಹಣೆಯನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿರುತ್ತದೆ.

ನಾಮನಿ ಹೆಸರು	ಹುಟ್ಟಿದ ದಿನ	ಪ್ರಸ್ತಾಪಕನೊಂದಿಗಿನ 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 \_\_\_\_\_

**5- ವೈದ್ಯಕೀಯ, ಅಭ್ಯಾಸಗಳು ಮತ್ತು ಹಿಂದಿನ ಪ್ರಸ್ತಾಪ ಮಾಹಿತಿ:**

ವಿಮೆ ಮಾಡಲು ಪ್ರಸ್ತಾಪಿಸಲಾದ ಯಾವುದೇ ವ್ಯಕ್ತಿಗಳಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ:	ಸದಸ್ಯ 1	ಸದಸ್ಯ 2	ಸದಸ್ಯ 3	ಸದಸ್ಯ 4	ಸದಸ್ಯ 5	ಸದಸ್ಯ 6
ಜನನದ ನಂತರ ಅಥವಾ ನಂತರ ನೀವು ಉತ್ತಮ ಆರೋಗ್ಯ ಹೊಂದಿದ್ದೀರಾ ಮತ್ತು / ಅಥವಾ ಯಾವುದೇ ಮಾನಸಿಕ / ದೈಹಿಕ ದುರ್ಬಲತೆ ಮತ್ತು / ಅಥವಾ ವಿರೂಪತೆ ಮತ್ತು / ಅಥವಾ ಅಂಗವಿಕಲತೆಯಿಂದ ಬಳಲುತ್ತೀರಾ?	<input type="checkbox"/> ಹೌದು <input type="checkbox"/> ಇಲ್ಲ	<input type="checkbox"/> ಹೌದು <input type="checkbox"/> ಇಲ್ಲ	<input type="checkbox"/> ಹೌದು <input type="checkbox"/> ಇಲ್ಲ	<input type="checkbox"/> ಹೌದು <input type="checkbox"/> ಇಲ್ಲ	<input type="checkbox"/> ಹೌದು <input type="checkbox"/> ಇಲ್ಲ	<input type="checkbox"/> ಹೌದು <input type="checkbox"/> ಇಲ್ಲ

**6- ಘೋಷಣೆ:**

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.

ಪ್ರಸ್ತಾಪನೆಯನ್ನು ಸಲ್ಲಿಸಿದ ನಂತರ ಆದರೆ ಕಂಪನಿಯ ಅಪಾಯ ಸ್ವೀಕಾರದ ಸಂವಹನದ ಮೊದಲು, ವಿಮೆ ಮಾಡಬೇಕಾದ / ಪ್ರಸ್ತಾಪಿಸಬೇಕಾದ ಜೀವನದ ಉದ್ಯೋಗ 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 ವಿಮೆಗಾಗಿ ಅರ್ಜಿ ಸಲ್ಲಿಸಿದ ಯಾವುದೇ ವಿಮಾದಾರರಿಂದ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಕೋರಲು ಕಂಪನಿಗೆ ನಾನು ಸಮ್ಮತಿಸುತ್ತೇನೆ ಎಂದು ನಾನು ಘೋಷಿಸುತ್ತೇನೆ ಪ್ರಸ್ತಾಪನಾ ಮತ್ತು / ಅಥವಾ ಕ್ಷಮ್ ಇತ್ಯರ್ಥಕ್ಕೆ ಅಂಡರ್ ರೈಟ್ ಮಾಡುವ

ಪ್ರಸ್ತಾಪನಾ ಮತ್ತು/ಅಥವಾ ಕ್ಷಮ್ ಇತ್ಯರ್ಥಕ್ಕೆ ಮತ್ತು ಯಾವುದೇ ಸರ್ಕಾರಿ ಮತ್ತು/ಅಥವಾ ನಿಯಂತ್ರಣ ಪ್ರಾಧಿಕಾರದೊಂದಿಗೆ ಅಂಡರ್ ರೈಟ್ ಮಾಡುವ ಏಕೈಕ ಉದ್ದೇಶಕ್ಕಾಗಿ ವಿಮಾದಾರ/ಪ್ರಸ್ತಾಪಕರ ವೈದ್ಯಕೀಯ ದಾಖಲೆಗಳು ಸೇರಿದಂತೆ ನನ್ನ ಪ್ರಸ್ತಾಪಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಹಂಚಿಕೊಳ್ಳಲು ನಾನು ಕಂಪನಿಗೆ ಅಧಿಕಾರ ನೀಡುತ್ತೇನೆ.

ಸ್ವೇಚ್ಛಾ ವಿತರಣೆಯ ಏಕೈಕ ಉದ್ದೇಶಕ್ಕಾಗಿ ವಿಮಾದಾರ / ಪ್ರಸ್ತಾಪಕರ ವೈದ್ಯಕೀಯ ದಾಖಲೆಗಳು ಸೇರಿದಂತೆ ನನ್ನ / ನಮ್ಮ ಪ್ರಸ್ತಾಪಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ನಮ್ಮ ಎಂಪನೀಲ್ಡ್ ಪ್ರೊಪ್ರೈಟರಿನೊಂದಿಗೆ ಹಂಚಿಕೊಳ್ಳಲು ನಾನು/ನಾವು ಕಂಪನಿಗೆ ಅಧಿಕಾರ ನೀಡುತ್ತೇವೆ.

ಪ್ರಸ್ತಾಪಕರು ಸ್ಥಳೀಯ ಭಾಷೆಯಲ್ಲಿ ಸಹಿ ಮಾಡಿದ್ದರೆ: ಈ ನಮೂನೆಯ ವಿಷಯವನ್ನು ನಾನು \_\_\_\_\_ ಭಾಷೆಯಲ್ಲಿ ಪ್ರಮಾಣೀಕರಿಸುವ ವ್ಯಕ್ತಿಯ ಹೆಸರು

ವಿವರಿಸಿದ್ದೇನೆ \_\_\_\_\_ to ಪ್ರವೇಶಿಸಲು ಅವರ ಸಮ್ಮುಖದಲ್ಲಿ, ಅವರು ಅದನ್ನು ಅರ್ಥಮಾಡಿಕೊಂಡಿದ್ದಾರೆ ಮತ್ತು ದೃಢಪಡಿಸಿದ್ದಾರೆ.

ಸಾಕ್ಷಿಯು ಕಂಪನಿಯ ಏಜೆಂಟ್/ ಉದ್ಯೋಗಿಯಲ್ಲದೆ ಬೇರೆ ಯಾರೋ ಆಗಿರಬೇಕು.

Dated \_\_\_\_\_ Place \_\_\_\_\_ Proposer \_\_\_\_\_ ಸಹಿ

ಪ್ರಮಾಣೀಕರಿಸುವ Person \_\_\_\_\_ ಸಹಿ ಪ್ರಮಾಣೀಕರಿಸುವ ವ್ಯಕ್ತಿಯ ಮೊಬೈಲ್ ಸಂಖ್ಯೆ \_\_\_\_\_

Witness \_\_\_\_\_ ಸಹಿ ಸಾಕ್ಷಿಯ ಮೊಬೈಲ್ ಸಂಖ್ಯೆ \_\_\_\_\_



14- ಕ್ಷೇಮಗಳ ಮರುಪಾವತಿ ಮತ್ತು ಪಾವತಿಯ ವಿವರಗಳು

ಪಾವತಿಯನ್ನು ಸ್ವೀಕರಿಸುವ ಆಯ್ಕೆ:



ಬ್ಯಾಂಕ್ ವರ್ಗಾವಣೆ

ಫಲಾನುಭವಿ ಹೆಸರು: \_\_\_\_\_

ಬ್ಯಾಂಕ್ ಹೆಸರು: \_\_\_\_\_

ಐಎಫ್‌ಎಸ್‌ಸಿ: \_\_\_\_\_

ಖಾತೆ ಸಂಖ್ಯೆ: \_\_\_\_\_

ಖಾತೆ ಪ್ರಕಾರ: \_\_\_\_\_

15- ಕಂಪನಿಯಿಂದ ಸ್ವೀಕೃತಿ:

ಅಪ್ಪಿಕೇಶನ್ ಸಂಖ್ಯೆ: \_\_\_\_\_

ದಿನಾಂಕ \_\_/\_\_/\_\_

ಚೆಕ್ / ಡಿಮಾಂಡ್ ಡ್ರಾಫ್ಟ್ / Others \_\_\_\_\_ of ಮೊತ್ತ ರೂ. \_\_\_\_\_ ಮೂಲಕ ನಿಮ್ಮ ಪ್ರಸ್ತಾಪ ಮತ್ತು ಮೊತ್ತವನ್ನು  
ಸ್ವೀಕರಿಸಿರುವುದನ್ನು ನಾವು ಕೃತಜ್ಞತೆಯಿಂದ ಅಂಗೀಕರಿಸುತ್ತೇವೆ ದಿನಾಂಕ \_\_\_\_\_ ಮೇಲೆ ಚಿತ್ರಿಸಲಾಗಿದೆ

ವಿಮೆಗಾಗಿ ಪೂರ್ಣಗೊಂಡ ಪ್ರಸ್ತಾವನೆಯನ್ನು ನಮಗೆ ಸಲ್ಲಿಸುವುದರಿಂದ ಅಥವಾ ಪಾಲಿಸಿಯ ವಿತರಣೆಗಾಗಿ ಮಾಡಿದ ಯಾವುದೇ ಪಾವತಿಯು ಪಾಲಿಸಿಯನ್ನು ನಿಗಡಲು ಒಪ್ಪುವಂತೆ ನಮ್ಮನ್ನು  
ಒತ್ತಾಯಿಸುವುದಿಲ್ಲ. ಈ ನಿರ್ಧಾರವು ಯಾವಾಗಲೂ ನಮ್ಮ ಏಕೈಕ ಮತ್ತು ಸಂಪೂರ್ಣ ವಿವೇಚನೆಗೆ ಒಳಪಟ್ಟಿರುತ್ತದೆ. ನಾವು ವಿಮೆಯ ಪ್ರಸ್ತಾಪವನ್ನು ಸ್ವೀಕರಿಸಿದರೆ, ಅದು ಪಾಲಿಸಿಯ  
ನಿಯಮಗಳು ಮತ್ತು ಷರತ್ತುಗಳಿಗೆ ಒಳಪಟ್ಟಿರುತ್ತದೆ ಮತ್ತು ಪ್ರೀಮಿಯಂ ಅನ್ನು ನಾವು ಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಮತ್ತು ಸಮಯಕ್ಕೆ ಸ್ವೀಕರಿಸದಿದ್ದರೆ ಅಥವಾ ಸಾಕಾರಗೊಳ್ಳದಿದ್ದರೆ ನಮಗೆ ಯಾವುದೇ ಹೊಣೆಗಾರಿಕೆ  
ಇರುವುದಿಲ್ಲ. ನಾವು ಪ್ರಸ್ತಾಪವನ್ನು ಸ್ವೀಕರಿಸದಿದ್ದರೆ, ನಾವು ನಿಮಗೆ ತಿಳಿಸುತ್ತೇವೆ ಮತ್ತು ನಿಮ್ಮಿಂದ ಪಡೆದ ವ್ಯಕ್ತಿಯ ಪರಿಶೀಲನೆಗಳ ವೆಚ್ಚವನ್ನು ಕಡಿತಗೊಳಿಸಿದ ನಂತರ  
ಪಾವತಿಯನ್ನು ಬಡ್ಡಿಯಿಲ್ಲದೆ ಮರುಪಾವತಿಸುತ್ತೇವೆ.

ಸ್ವೀಕರಿಸುವವರ ಹೆಸರು ಮತ್ತು ಸಹಿ ಮತ್ತು ಕಚೇರಿ seal \_\_\_\_\_

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

ನವದೆಹಲಿ-110024 ಹಕ್ಕುತ್ಯಾಗ: ವಿಮೆಯು ಕೋರಿಕೆಯ 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.

ಸಿಐಎನ್: U66000DL2008PLC182918. ನಿಯಮಗಳು ಮತ್ತು ಷರತ್ತುಗಳು, ಹೊರಗಡುವಿಕೆಗಳು, ಅಪಾಯದ ಅಂಶಗಳು, ಕಾಯುವ ಅವಧಿ ಮತ್ತು ಪ್ರಯೋಜನಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ವಿವರಗಳಿಗಾಗಿ, ಮಾರಾಟವನ್ನು  
ಮುಕ್ತಾಯಗೊಳಿಸುವ ಮೊದಲು ದಯವಿಟ್ಟು ಮಾರಾಟ ಬ್ರೋಷರ್ ಅನ್ನು ಎಚ್ಚರಿಕೆಯಿಂದ ಓದಿ.