

									ವೈದ್ಯಕೀಯ ನೋಂದಣಿ ಸಂಖ್ಯೆ, ಕೌನ್ಸಿಲ್ ಹೆಸರು ಮತ್ತು ಕೆಲಸದ ಸ್ಥಳದ ವಿಳಾಸವನ್ನು ಒದಗಿಸಿ*
1		(M / F / ಇತರ)	(dd/mm/yy yy						

ಮೂಲ ವ್ಯಾಪ್ತಿ:	
ನೀತಿ ಪ್ರಕಾರ #:	ವೈಯಕ್ತಿಕ
ಕವರ್ ಮಾಡಬೇಕಾದ ಜೀವಗಳ ಸಂಖ್ಯೆ:	1
ಮೂಲ ವಿಮಾ ಮೊತ್ತ:	_____
ನೀತಿ ಅವಧಿ:	3 ವರ್ಷಗಳು

3. ಪೋರ್ಟ್‌ಬಿಲಿಟಿ

ನೀತಿ ಸಂಖ್ಯೆ	ವಿಮಾ ಕಂಪನಿ	ಅಪಾಯ ಪ್ರಾರಂಭ ದಿನಾಂಕ	ಅಪಾಯ ಮುಕ್ತಾಯ ದಿನಾಂಕ	ಪೋರ್ಟ್‌ಗಾಗಿ ಕಾರಣಗಳು

ಪೋರ್ಟ್‌ಬಿಲಿಟಿಯನ್ನು ವಿನಂತಿಸಲಾಗುವುದಾದ ನೀತಿ ಉದ್ದೇಶಿತ ವಿಮಾದಾರರ ಹೆಸರು	ಪ್ರಾರಂಭ ದಿನಾಂಕ	ಪೋರ್ಟ್‌ಬಿಲಿಟಿಯನ್ನು ವಿನಂತಿಸಲಾಗುವುದಾದ ನೀತಿಗಳಲ್ಲಿನ ನಿರಂತರ ವ್ಯಾಪ್ತಿಯ ವರ್ಷಗಳ ಸಂಖ್ಯೆ	ಪೋರ್ಟ್‌ಬಿಲಿಟಿಯನ್ನು ವಿನಂತಿಸಲಾಗುವುದಾದ ನೀತಿಗಳಲ್ಲಿನ ಹಕ್ಕುಗಳು	ಪ್ರಸ್ತುತ ಕ್ಲೇಮ್ ಬೋನಸ್ ಇಲ್ಲ	ವಿಮಾ ಮೊತ್ತ - ವರ್ಷ 1 (ಅತ್ಯಂತ)	ವಿಮಾ ಮೊತ್ತ - ವರ್ಷ 2	ವಿಮಾ ಮೊತ್ತ - ವರ್ಷ 3	ವಿಮಾ ಮೊತ್ತ - ವರ್ಷ 4 (ಮುಕ್ತಾಯ ಪಾಲಿಸಿ)

4. ನಾಮನಿರ್ದೇಶನ

ಪ್ರಸ್ತಾವಕನ ಮರಣದ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ, ನಾಮನಿಗೆ ಕ್ಲೇಮ್ ಅನ್ನು ಪಾವತಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ. ಇತರ ವಿಮಾದಾರರಿಗೆ, ಪ್ರಸ್ತಾವಕರು ನಾಮನಿರ್ದೇಶಿತರಾಗಿರುತ್ತಾರೆ. ನಾಮನಿರ್ದೇಶಿತರಿಗೆ ಪಾವತಿಯು ಕಂಪನಿಯ ಸಂಪೂರ್ಣ ಹೊಣೆಗಾರಿಕೆಯ ನಿರ್ವಹಣೆಯನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿರುತ್ತದೆ.

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

ನಾಮನಿರ್ದೇಶಿತರ ಬ್ಯಾಂಕ್ ವಿವರಗಳು:

ಫಲಾನುಭವಿ ಹೆಸರು: _____
 ಬ್ಯಾಂಕ್ ಹೆಸರು: _____ ಐಎಫ್‌ಎಸ್‌ಸಿ ಕೋಡ್: _____
 ಖಾತೆ ಸಂಖ್ಯೆ: _____
 ಖಾತೆ ಪ್ರಕಾರ: _____

5. ವೈದ್ಯಕೀಯ, ಅಭ್ಯಾಸಗಳು ಮತ್ತು ಹಿಂದಿನ ಪ್ರಸ್ತಾಪದ ಮಾಹಿತಿ

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

ವಿಭಾಗ ಎ	1	
ದಯವಿಟ್ಟು ಪ್ರತಿ ಅರ್ಜಿದಾರರಿಗೆ ಈ ಕೆಳಗಿನ ಪ್ರಶ್ನೆಗಳಿಗೆ ಉತ್ತರಿಸಿ. ದಯವಿಟ್ಟು ಹೌದು (Y) ಅಥವಾ ಇಲ್ಲ (N) ಎಂದು ವ್ಯಕ್ತೀಕರಿಸಿ. ಬರೆಯಿರಿ		
i. ನೆಗಡಿ, ಜ್ವರ, ಸೋಂಕುಗಳು, ಸಣ್ಣ ಗಾಯ ಅಥವಾ ಇತರ ಸಣ್ಣ ಕಾಯಿಲೆಗಳನ್ನು ಹೊರತುಪಡಿಸಿ; ಅರ್ಜಿದಾರರು ಎಂದಾದರೂ ಯಾವುದೇ ರೋಗದಿಂದ ಬಳಲುತ್ತಿದ್ದಾರೆಯೇ ಮತ್ತು / ಅಥವಾ 5 ದಿನಗಳಿಗಿಂತ ಹೆಚ್ಚು ಕಾಲ ಅಸ್ವಸ್ಥರಾಗಿದ್ದಾರೆಯೇ ಮತ್ತು / ಅಥವಾ ಯಾವುದೇ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಒಳಗಾಗಲು / ಸಲಹೆ ನೀಡಿದ್ದಾರೆಯೇ ಮತ್ತು / ಅಥವಾ ಯಾವುದೇ ಔಷಧಿಗಳನ್ನು ತೆಗೆದುಕೊಂಡಿದ್ದಾರೆಯೇ/ 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
ii. ಧ್ವರಾಯ್ತೆ, ಪೊಫೈಲ್, ಲಿಪಿಡ್ ಪೊಫೈಲ್, ಟ್ರಿಪ್ಲೆ ಮಿಲ್ ಪರಿಶೀಲನೆ, ಅಂಜಿಯೋಗ್ರಫಿ, ಎಕೋಕಾರ್ಡಿಯೋಗ್ರಫಿ, ಎಂಡೋಸೋಪಿ, ಅಲ್ಟ್ರಾಸೌಂಡ್, ಸಿಟಿ ಸ್ಕ್ಯಾನ್, ಎಂಆರ್ ಐ, ಬಯಾಪ್ಸಿ ಮತ್ತು ಎಫ್ ಎನ್ ಎಸಿಗ್ಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಯಾವುದೇ ರೋಗನಿರ್ಣಯ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳು ಅಥವಾ ತನಿಖೆಗಳಿಗೆ ಅರ್ಜಿದಾರರು ಎಂದಾದರೂ ಪ್ರತಿಕೂಲ ಫಲಿತಾಂಶಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದಾರೆಯೇ?	ಮತ್ತು	N
iii. ಅರ್ಜಿದಾರರಿಗೆ ಮಧುಮೇಹ ಅಥವಾ ಪಿ-ಡಯಾಬಿಟಿಸ್ ಇದೆಯೇ ಅಥವಾ ಅವನು / ಅವಳು ಎಂದಾದರೂ ಅಧಿಕ ರಕ್ತದ ಸಕ್ಕರೆಯನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದೀರಾ?	ಮತ್ತು	N
iv. ಅರ್ಜಿದಾರರಿಗೆ ಅಧಿಕ ರಕ್ತದೊತ್ತಡ ಅಥವಾ ಅಧಿಕ ರಕ್ತದೊತ್ತಡವಿದೆಯೇ?	ಮತ್ತು	N
v. ಅರ್ಜಿದಾರರು ಎಂದಾದರೂ ಯಾವುದೇ ಅನುವಂಶಿಕ / ಅನುವಂಶಿಕ ಅಸ್ವಸ್ಥತೆಗಳು ಅಥವಾ ಎಚ್ಐವಿ / ಐಡ್ಸ್ ರೋಗನಿರ್ಣಯ ಅಥವಾ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಪಡೆದಿದ್ದಾರೆಯೇ?	ಮತ್ತು	N
vi. ಅರ್ಜಿದಾರರು ಎಂದಾದರೂ ಯಾವುದೇ ಮಾನಸಿಕ/ ಮನೋವೈದ್ಯಕೀಯ ಅಸ್ವಸ್ಥತೆಗಳಿಗೆ ರೋಗನಿರ್ಣಯ ಅಥವಾ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಪಡೆದಿದ್ದಾರೆಯೇ?	ಮತ್ತು	N
vii. ಅರ್ಜಿದಾರರಿಗೆ ಎಂದಾದರೂ ಯಾವುದೇ ಸ್ಪೀರೋಗ ಕಾಯಿಲೆ ಇರುವುದು ಪತ್ತೆಯಾಗಿದೆಯೇ, ಇದಕ್ಕಾಗಿ ಯಾವುದೇ ಮಧ್ಯಸ್ಥಿಕೆ, ಹಾರ್ಮೋನುಗಳ ಬದಲಿ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಅಥವಾ 5 ದಿನಗಳಿಗಿಂತ ಹೆಚ್ಚಿನ ಔಷಧಿಗಳನ್ನು ಸೂಚಿಸಲಾಗಿದೆಯೇ?	ಮತ್ತು	N
viii. ಅರ್ಜಿದಾರರು ಎಂದಾದರೂ ಗರ್ಭಿಣಿಯಾಗಿದ್ದರೆ ಗರ್ಭಾವಸ್ಥೆಯಲ್ಲಿ ಯಾವುದೇ ತೊಡಕುಗಳಿವೆಯೇ?	ಮತ್ತು	N
ix. ಅರ್ಜಿದಾರರು ಎಂದಾದರೂ ಯಾವುದೇ ಅಸಹಜ ಯೋನಿ ರಕ್ತಸ್ರಾವ ಅಥವಾ ಮುಟ್ಟಿನಲ್ಲಿ ಅಸಮರ್ಪಕತೆಯನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದೀರಾ?	ಮತ್ತು	N

ವಿಭಾಗ ಬಿ: 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				Duration of condition	ಔಷಧಿ(ಗಳು)	ಡೋಸ್ ಮತ್ತು ಸಂಪೂರ್ಣ / ಭಾಗಶಃ ಚೇತರಿಕೆ ಅಥವಾ ನಡೆಯುತ್ತಿರುವ ಚಿಕಿತ್ಸೆ	ಚಿಕಿತ್ಸೆ ನೀಡುವ ವೈದ್ಯಕರ ಹೆಸರು ಮತ್ತು ಸಂಪರ್ಕ	ಡಾಕ್ಟರ್ಮನ್ ಎನ್ ಟಿಗಳನ್ನು ಲಗತ್ತಿಸಲಾಗಿದೆ (ಹೌದು / ಇಲ್ಲ)
	ಡಯಾಬಿಟಿಸ್ HBA1c ಮಟ್ಟ	ಅಧಿಕ ರಕ್ತದೊತ್ತಡ ಬಿಪಿ ಮಟ್ಟ ಸಿಸ್ಟೋಲಿಕ್ / ಡಯಾಸ್ಟೋಲಿಕ್ ಆಗಿದ್ದರೆ	ಯಾವುದೇ ಇತರ ವಿವರಗಳು	ಪ್ರಾರಂಭದ ದಿನಾಂಕ (DD/MM/YYYY)					

6. ಘೋಷಣೆ (ಪ್ರಸ್ತಾವನೆಯನ್ನು ಸಹಿ ಮಾಡುವ ಮೊದಲು ದಯವಿಟ್ಟು ಎಚ್ಚರಿಕೆಯಿಂದ ಓದಿ ಮತ್ತು ಪ್ರತಿಯೊಂದರ ವಿರುದ್ಧ ಚೆಕ್ ಮಾರ್ಕ್ ಹಾಕಿ)

_____ ನನ್ನ ಪರವಾಗಿ ಮತ್ತು ವಿಮಾದಾರನಾಗಲು ಉದ್ದೇಶಿಸಿರುವ ಎಲ್ಲಾ ವ್ಯಕ್ತಿಗಳ ಪರವಾಗಿ, 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 ನಾನು ಈ ಮೂಲಕ ಘೋಷಿಸುತ್ತೇನೆ.

ನಾನು ಒದಗಿಸಿದ ಮಾಹಿತಿಯು ವಿಮಾ ಪಾಲಿಸಿಯ ಅಧಾರವನ್ನು ರೂಪಿಸುತ್ತದೆ, ವಿಮಾದಾರರ ಮಂಡಳಿ ಅನುಮೋದಿತ ಅಂಡರ್ ರೈಟಿಂಗ್ ಪಾಲಿಸಿಗೆ ಒಳಪಟ್ಟಿರುತ್ತದೆ ಮತ್ತು ವಿಧಿಸಬಹುದಾದ ಪ್ರೀಮಿಯಂ ಅನ್ನು ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಪಾವತಿಸಿದ ನಂತರವೇ ಪಾಲಿಸಿ ಜಾರಿಗೆ ಬರುತ್ತದೆ ಎಂದು __ ಅರ್ಥಮಾಡಿಕೊಂಡಿದ್ದೇನೆ.

ಪ್ರಸ್ತಾವನೆಯನ್ನು ಸಲ್ಲಿಸಿದ ನಂತರ ಅದರ ಕಂಪನಿಯಿಂದ ಅಪಾಯ ಸ್ವೀಕಾರದ ಸಂವಹನದ ಮೊದಲು, ವಿಮೆ ಮಾಡಬೇಕಾದ / ಪ್ರಸ್ತಾಪಿಸಬೇಕಾದ ಜೀವನದ ಉದ್ದಕ್ಕೂ ಅಥವಾ ಸಾಮಾನ್ಯ ಆರೋಗ್ಯದಲ್ಲಿ ಸಂಭವಿಸುವ ಯಾವುದೇ ಬದಲಾವಣೆಯನ್ನು ನಾನು ಲಿಖಿತವಾಗಿ ತಿಳಿಸುತ್ತೇನೆ ಎಂದು __ 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 ವೈದ್ಯರು ಅಥವಾ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಿಂದ ಮತ್ತು ವಿಮೆ ಮಾಡಬೇಕಾದ ವ್ಯಕ್ತಿಯ ಮೇಲೆ ವಿಮೆಗಾಗಿ ಅರ್ಜಿ ಸಲ್ಲಿಸಿದ ಯಾವುದೇ ವಿಮಾದಾರರಿಂದ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಕೋರಲು ಕಂಪನಿಗೆ ನಾನು ಸಮ್ಮತಿಸುತ್ತೇನೆ ಎಂದು __ ಘೋಷಿಸುತ್ತೇನೆ ಪ್ರಸ್ತಾವನೆ ಮತ್ತು / ಅಥವಾ ಕ್ಲೈಮ್ ಇತ್ಯರ್ಥಕ್ಕೆ ಅಂಡರ್ ರೈಟ್ ಮಾಡುವ ಉದ್ದೇಶಕ್ಕಾಗಿ.

ಪ್ರಸ್ತಾವನೆ ಮತ್ತು/ಅಥವಾ ಕ್ಲೈಮ್ ಇತ್ಯರ್ಥಕ್ಕೆ ಮತ್ತು ಯಾವುದೇ ಸರ್ಕಾರಿ ಮತ್ತು/ಅಥವಾ ನಿಯಂತ್ರಣ ಪ್ರಾಧಿಕಾರದೊಂದಿಗೆ ಅಂಡರ್ ರೈಟ್ ಮಾಡುವ ಐಕ್ಯಕ ಉದ್ದೇಶಕ್ಕಾಗಿ ವಿಮಾದಾರ/ಪ್ರಸ್ತಾಪಕರ ವೈದ್ಯಕೀಯ ದಾಖಲೆಗಳು ಸೇರಿದಂತೆ ನನ್ನ ಪ್ರಸ್ತಾವಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಹಂಚಿಕೊಳ್ಳಲು __ ಕಂಪನಿಗೆ ಅಧಿಕಾರ ನೀಡುತ್ತೇನೆ.

ಸೇವಾ ವಿತರಣೆಯ ಐಕ್ಯಕ ಉದ್ದೇಶಕ್ಕಾಗಿ ವಿಮಾದಾರ/ಪ್ರಸ್ತಾಪಕರ ವೈದ್ಯಕೀಯ ದಾಖಲೆಗಳು ಸೇರಿದಂತೆ ನನ್ನ ನಮ್ಮ ಪ್ರಸ್ತಾವಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ನಮ್ಮ ಎಂಪಾನೆಲ್ ಮಾಡಿದ ಪೂರೈಕೆದಾರರೊಂದಿಗೆ ಹಂಚಿಕೊಳ್ಳಲು ನಾನು/ನಾವು ಕಂಪನಿಗೆ ಅಧಿಕಾರ ನೀಡುತ್ತೇವೆ.

7. ದೇಶೀಯ ಘೋಷಣೆ

__ If ಪ್ರಸ್ತಾಪಕರು ದೇಶೀಯ ಭಾಷೆಯಲ್ಲಿ ಸಹಿ ಮಾಡಿದಾರೋ: ಈ ನಮೂನೆಯ ವಿಷಯವನ್ನು ನಾನು, __Language__ ರಲ್ಲಿ, ಪ್ರಮಾಣೀಕರಿಸುವ ವ್ಯಕ್ತಿಯ __Name, ಅದನ್ನು ಅರ್ಥಮಾಡಿಕೊಂಡ ಮತ್ತು ದೃಢೀಕರಿಸಿದ ಪ್ರಸ್ತಾಪಕರಿಗೆ __Name witness __ ಸಮ್ಮುಖದಲ್ಲಿ, ವಿವರಿಸಿದ್ದೇನೆ. ಸಾಕ್ಷಿಯು ಕಂಪನಿಯ ಐಜೆಂಟ್/ ಉದ್ಯೋಗಿಯಲ್ಲದ ಬೇರೆ ಯಾರೋ ಆಗಿರಬೇಕು.

ದಿನಾಂಕ __/__/__ Place _____ Proposer _____ ಸಹಿ
 ಪ್ರಮಾಣೀಕರಿಸುವ ವ್ಯಕ್ತಿಯ ಪ್ರಮಾಣೀಕರಿಸುವ Person _____ ಮೊಬೈಲ್ ಸಂಖ್ಯೆಯ ಸಹಿ _____
 ಸಾಕ್ಷಿಯ Witness _____ ಮೊಬೈಲ್ ಸಂಖ್ಯೆಯ ಸಹಿ _____

8. ಘೋಷಣೆ ಫಾರ್ಮ್ ಅನ್ನು ಭರ್ತಿ ಮಾಡದಿದ್ದರೆ ಪ್ರಸ್ತಾಪಕರಿಂದ & ಸಲಹೆಗಾರ ಘೋಷಣೆ

ಯಾವುದೇ ಕಾರಣಕ್ಕಾಗಿ, ಪ್ರಸ್ತಾವನೆ ಮತ್ತು ಇತರ ಸಂಬಂಧಿತ ದಾಖಲೆಗಳನ್ನು ಪ್ರಸ್ತಾಪಕರು ಭರ್ತಿ ಮಾಡದಿದ್ದರೆ ಘೋಷಣೆ, ಪ್ರಸ್ತಾವನೆ ನಮೂನೆಯ ವಿಷಯಗಳನ್ನು ನನಗೆ ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ವಿವರಿಸಲಾಗಿದೆ ಮತ್ತು ನಾನು ಎಲ್ಲಾ ಅಂಶಗಳು ಮತ್ತು ಪರಿಣಾಮಗಳನ್ನು ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಅರ್ಥಮಾಡಿಕೊಂಡಿದ್ದೇನೆ. ಪ್ರಸ್ತಾವನೆ ನಮೂನೆಯನ್ನು __Name __, __Mobile no __ ನನ್ನ ಸೂಚನೆಯ ಮೇರೆಗೆ ಭರ್ತಿ ಮಾಡಲಾಗಿದೆ ಮತ್ತು ಎಲ್ಲಾ ಮಾಹಿತಿಯು ಸರಿಯಾಗಿದೆ ಮತ್ತು ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿದೆ ಎಂದು ನಾನು ಕಂಡುಕೊಂಡಿದ್ದೇನೆ.

ಪ್ರಸ್ತಾಪಕರ ಸಹಿ _____
 ಸಲಹೆಗಾರ ಘೋಷಣೆ: ವಿಮಾ ಸಲಹೆಗಾರನಾಗಿ / ಕಾರ್ಪೊರೇಟ್ ಐಜೆಂಟ್ ನ ನಿರ್ದಿಷ್ಟ ವ್ಯಕ್ತಿಯಾಗಿ / ಬ್ರೋಕರ್ / ಸಂಬಂಧ ಅಧಿಕಾರಿಯ ಅಧಿಕೃತ ಉದ್ಯೋಗಿಯಾಗಿ, ನಾನು ಈ ಉತ್ಪನ್ನ / ಪ್ರಸ್ತಾವನೆ ಎಲ್ಲಾ ವಿಷಯಗಳನ್ನು ಪ್ರಸ್ತಾಪಕರಿಗೆ ವಿವರಿಸಿದ್ದೇನೆ ಎಂದು ಈ ಮೂಲಕ ಘೋಷಿಸುತ್ತೇನೆ
 ವಿಮಾ Advisor _____ ಮಧ್ಯವರ್ತಿ ಸಂಹಿತೆಯ ಸಹಿ: _____

9. ಪ್ರೀಮಿಯಂ ವಿವರಗಳು (ಕಡೇರಿ ಬಳಕೆಗೆ ಮಾತ್ರ)

ಪ್ರೀಮಿಯಂ ಪಾವತಿ ಆಯ್ಕೆ ಚೆಕ್ ಡಿಮಾಂಡ್ ಡ್ರಾಫ್ಟ್ ಕ್ರೆಡಿಟ್ ಕಾರ್ಡ್/ಡೆಬಿಟ್ ಕಾರ್ಡ್ ನೆಟ್ ಬ್ಯಾಂಕಿಂಗ್ ನಗದು ಇತರ
 ಪ್ರೀಮಿಯಂ amount _____
 ಪ್ರೀಮಿಯಂ ಪಾವತಿಸಿದ ಪ್ರೀಮಿಯಂ by _____ proposer _____ ರೊಂದಿಗಿನ ಸಂಬಂಧ
 ಆನ್ ಲೈನ್ ಪಾವತಿ ವಹಿವಾಟು ID: _____ ದಿನಾಂಕ: __ ಬ್ಯಾಂಕ್ ಹೆಸರು / ಶಾಖೆ _____
 ನಿವಾ ಬೂಪಾ ಶಾಖೆಯ ಸ್ಥಳ _____ Code No _____ ವ್ಯವಹಾರ ಮೂಲ: ಸಲಹೆಗಾರ / ಡಿಎಸ್ ಟಿ / ಕಾರ್ಪೊರೇಟ್ ಐಜೆನ್ಸಿ / ಇತರ ಚಾನೆಲ್ ಗಳು
 ಕೋಡ್ No _____ Name _____ ಪ್ರಸ್ತಾಪವನ್ನು ಸ್ವೀಕರಿಸಿದ ದಿನಾಂಕ: _____ ಗ್ರಾಹಕ ಐಡಿ: _____
 ಪ್ರಸ್ತಾಪಕ ಅಥವಾ ಅರ್ಜಿದಾರರು ಸಿಬ್ಬಂದಿಯೇ? ಹೌದು ಇಲ್ಲ

10. ಪ್ರಸ್ತಾಪಕರ ಕ್ಲೈಮ್ ಗಳ ಮರುಪಾವತಿ ಮತ್ತು ಪಾವತಿಯ ವಿವರಗಳು

ಎಲ್ಲಾ ಪಾವತಿಗಳನ್ನು (ಪ್ರೀಮಿಯಂ, ಕ್ಲೈಮ್ ಗಳು ಇತ್ಯಾದಿ) ನಿಮ್ಮ ಖಾತೆಗೆ ಮಾತ್ರ ವಿದ್ಯುನ್ಮಾನವಾಗಿ ಮಾಡಲಾಗುತ್ತದೆ. ದಯವಿಟ್ಟು ಈ ಕೆಳಗಿನ ವಿವರಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸಿ
 ಬ್ಯಾಂಕ್ ಹೆಸರು _____ ಶಾಖೆ _____ City _____
 ಐಎಫ್‌ಎಸ್‌ಸಿ ಕೋಡ್ _____ ಖಾತೆ ಸಂಖ್ಯೆ _____ ಖಾತೆ ಪ್ರಕಾರ: _____ ಉಳಿತಾಯ ಪ್ರಸ್ತುತ

11. ನವೀಕರಣ

ನವೀಕರಣ ಪಾವತಿ ಸ್ಕೆನ್ ಅಪ್:

ನಿಮ್ಮ ಆರೋಗ್ಯ ವಿಮಾ ಪಾಲಿಸಿಯ ನವೀಕರಣ ಪ್ರೀಮಿಯಂ ಅನ್ನು ನಿಮ್ಮ ಅಸ್ತಿತ್ವದಲ್ಲಿರುವ ಸ್ವಯಂಚಾಲಿತ ಕ್ಲಿಯರಿಂಗ್ ಹೌಸ್ (ಎಸಿಎಚ್) / ಸ್ವಾಯಿ ಸೂಚನೆಗಳು (ಎಸಒ) ಅನ್ನು ಕಂಪನಿಯೊಂದಿಗೆ ಮುಂದುವರಿಸುವ ಮೂಲಕ ಪ್ರತಿ ವರ್ಷ ಮಾಡಬಹುದು. ಈ ಆಯ್ಕೆಯ ಅಡಿಯಲ್ಲಿ, ನಿಮ್ಮ ಪಾಲಿಸಿಯನ್ನು ಸಕಾಲದಲ್ಲಿ ನವೀಕರಿಸಬಹುದು, ಆದರೆ ಕಂಪನಿಗೆ ಅಗತ್ಯವಿರುವ ಮಾಹಿತಿ ಮತ್ತು ದಸ್ತಾವೇಜಿನ ಎಲ್ಲಾ ಹೆಚ್ಚುವರಿ ಅವಶ್ಯಕತೆಗಳನ್ನು ನೀವು ಪೂರ್ಣಗೊಳಿಸಬಹುದು.

ನಾನು ಎಸಿಎಚ್ / ಎಸಒ ನವೀಕರಣ ಆಯ್ಕೆಯನ್ನು ಆರಿಸಲು ಬಯಸುತ್ತೇನೆ ಮತ್ತು ಆ ಮೂಲಕ ಪಾಲಿಸಿಯನ್ನು ನವೀಕರಿಸುವವರೆಗೆ ಪ್ರೀಮಿಯಂ ಮೇಲೆ 2.5% ರಿಯಾಯಿತಿಯನ್ನು ಪಡೆಯಲು ಬಯಸುತ್ತೇನೆ.

ದಿನಾಂಕ ____ / ____ Place _____ Proposer _____ ಸಹಿ

12. ಬ್ಯಾಂಕ್ ಇನ್‌ಸೂರೆನ್ಸ್ ಚಾನೆಲ್ ಗೆ ಮಾತ್ರ ಹೆಚ್ಚುವರಿ ವಿವರಗಳು (ಕಚೇರಿ ಬಳಕೆಗೆ ಮಾತ್ರ)

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

13. ಶಾಸನಬದ್ಧ ಎಚ್ಚರಿಕೆ

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

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

14. ಕಂಪನಿಯಿಂದ ಸ್ವೀಕೃತಿ

ಅಪ್ಲಿಕೇಶನ್ ಸಂಖ್ಯೆ _____

ದಿನಾಂಕ ____ - ____ - ____

ದಿನಾಂಕದಂದು ರೂ. _____ ಮೊತ್ತದ ಚೆಕ್ / ಡಿಮಾಂಡ್ ಡ್ರಾಫ್ಟ್ / _____ ಇತರ ಮೂಲಕ ನಿಮ್ಮ ಪ್ರಸ್ತಾವ ಮತ್ತು ಮೊತ್ತವನ್ನು ಸ್ವೀಕರಿಸಿರುವುದನ್ನು, ನಾವು ಧನ್ಯವಾದಗಳಿಂದ ಅಂಗೀಕರಿಸುತ್ತೇವೆ
 drawn on _____ ವಿಮೆಗಾಗಿ ಪೂರ್ಣಗೊಂಡ ಪ್ರಸ್ತಾವನೆಯನ್ನು, ನಮಗೆ ಸಲ್ಲಿಸುವುದರಿಂದ ಅಥವಾ ಪಾಲಿಸಿಯ ವಿತರಣೆಗಾಗಿ ಮಾಡಿದ ಯಾವುದೇ ಪಾವತಿಯ ಪಾಲಿಸಿಯನ್ನು ಹೊರಡಿಸಲು ಒಪ್ಪುವಂತೆ ನಮ್ಮನ್ನು
 ಒತ್ತಾಯಿಸುವುದಿಲ್ಲ. ಈ ನಿರ್ಧಾರವು ಯಾವಾಗಲೂ ನಮ್ಮ ಸ್ವಂತ ಮತ್ತು ಸಂಪೂರ್ಣ ವಿವೇಚನೆಗೆ ಒಳಪಟ್ಟಿರುತ್ತದೆ. ನಾವು ವಿಮೆಯ ಪ್ರಸ್ತಾವವನ್ನು ಸ್ವೀಕರಿಸಿದರೆ, ಅದು ಪಾಲಿಸಿಯ ನಿಯಮಗಳು ಮತ್ತು ಷರತ್ತುಗಳಿಗೆ ಒಳಪಟ್ಟಿರುತ್ತದೆ ಮತ್ತು ಪ್ರೀಮಿಯಂ ಅನ್ನು ನಾವು ಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಮತ್ತು ಸಮಯಕ್ಕೆ ಸ್ವೀಕರಿಸದಿದ್ದರೆ ಅಥವಾ ಸಾಕಾರಗೊಳ್ಳದಿದ್ದರೆ ನಮಗೆ ಯಾವುದೇ ಹೊಣೆಗಾರಿಕೆ ಇರುವುದಿಲ್ಲ. ನಾವು ಪ್ರಸ್ತಾವವನ್ನು ಸ್ವೀಕರಿಸದಿದ್ದರೆ, ನಾವು ನಿಮಗೆ ತಿಳಿಸುತ್ತೇವೆ ಮತ್ತು ನಿಮ್ಮಿಂದ ಪಡೆದ ವ್ಯಕ್ತಿಯ ಪರಿಶೀಲನೆಗಳ ವೆಚ್ಚವನ್ನು ಕಡಿತಗೊಳಿಸಿದ ನಂತರ ಪಾವತಿಯನ್ನು ಬಡ್ಡಿಯಿಲ್ಲದೆ ಮರುಪಾವತಿಸುತ್ತೇವೆ.

ಸ್ವೀಕರಿಸುವವರ ಹೆಸರು ಮತ್ತು ಸಹಿ ಮತ್ತು ಕಚೇರಿ ಮುದ್ರೆ

15. ಅಭಾ ID

ಸದಸ್ಯರ ಹೆಸರು	ನಿಮ್ಮ ಬಳಿ ಅಭಾ ಐಡಿ ಇದೆಯೇ?	ಅಭಾ ID	ಎಬಿಎಚ್‌ಎ ಮೂಲಕ ವಿಮಾದಾರರು/ಟಿಪಿಎಗಳೊಂದಿಗೆ ವ್ಯವಹಾರದ ದಾಖಲೆಗಳನ್ನು ಹಂಚಿಕೊಳ್ಳಲು ಸಮ್ಮತಿ
	ಹೌದು/ಇಲ್ಲ	XX-XXXX-XXXX-XXXX	ಹೌದು/ಇಲ್ಲ