

ವಿಮೆಗಾಗಿ ಅರ್ಜಿ:

TravelAssure

ವಿಮಾ ಒಪ್ಪಂದವು ಕಾನೂನುಬದ್ಧ ಒಪ್ಪಂದವಾಗಿದೆ ಮತ್ತು ಇದು ಟ್ರಸ್ಟ್ ಅನ್ನು ಆಧರಿಸಿದೆ ಮತ್ತು ನಾವು ನಿಮ್ಮನ್ನು ನಂಬುತ್ತೇವೆ.

ನಿಮ್ಮ ಆರೋಗ್ಯದ ಬಗ್ಗೆ ಮಾಹಿತಿಯು ಎಷ್ಟು ಪ್ರಸ್ತುತವಾಗಿದೆ ಮತ್ತು ಅದು ನಿಮ್ಮ ಪಾಲಿಸಿಯ ಮೇಲೆ ಪರಿಣಾಮ ಬೀರುತ್ತದೆ ಎಂದು ನಿಮಗೆ ತಿಳಿದಿಲ್ಲದಿರಬಹುದು ಎಂದು ನಾವು ಅರ್ಥಮಾಡಿಕೊಂಡಿದ್ದೇವೆ. ಆದ್ದರಿಂದ ನೀವು ಎಲ್ಲಾ ಆರೋಗ್ಯ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಬಹಿರಂಗಪಡಿಸುವುದು ಬಹಳ ಮುಖ್ಯ ಮತ್ತು ಅದು ಎಷ್ಟು ಪ್ರಸ್ತುತವಾಗಿದೆ ಎಂದು ನಾವು ನಿರ್ಧರಿಸುತ್ತೇವೆ (ನಾವು ಅದನ್ನು 'ವಸ್ತು ಸಂಗತಿ' ಎಂದು ಕರೆಯುತ್ತೇವೆ). ನಾವು ನಿಮ್ಮ ಪಾಲಿಸಿಯನ್ನು ರದ್ದುಗೊಳಿಸುತ್ತೇವೆ, ಯಾವುದೇ ಕ್ಲೇಮ್ ಅನ್ನು ಪಾವತಿಸುವುದಿಲ್ಲ, ಪಾವತಿಸಿದ ಯಾವುದೇ ಪ್ರೀಮಿಯಂ ಅನ್ನು ಮರುಪಾವತಿಸುವುದಿಲ್ಲ ಮತ್ತು ವಿಮೆ ಮಾಡಲು ಉದ್ದೇಶಿಸಿರುವ ಎಲ್ಲಾ ಸದಸ್ಯರ ಬಗ್ಗೆ ಸರಿಯಾದ ಮತ್ತು ಸಂಪೂರ್ಣ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಒದಗಿಸದಿದ್ದರೆ, ಈ ಹಿಂದೆ ಪಾವತಿಸಿದ ಪ್ರಯೋಜನಗಳನ್ನು ಮರುಪಡೆಯುವುದು ಸೇರಿದಂತೆ ನಿಮ್ಮ ವಿರುದ್ಧ ಸಾಧ್ಯವಿರುವ ಎಲ್ಲಾ ಕಾನೂನು ಕ್ರಮಗಳನ್ನು ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳುವ ಹಕ್ಕನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದೇವೆ.

ನಾವು ಪೂರ್ಣ ಪ್ರೀಮಿಯಂ ಪಡೆದ ನಂತರ ಮತ್ತು ಅಪಾಯವನ್ನು ಸ್ಪಷ್ಟವಾಗಿ ಒಪ್ಪಿಕೊಂಡ ನಂತರವೇ ಕವರೆಜ್ ಪ್ರಾರಂಭಿಸಬಹುದು ಎಂದು ನಿಯಮಗಳು ಆದೇಶಿಸುತ್ತವೆ.

1- ಪ್ರಸ್ತಾವಕ ವಿವರಗಳು:

ಪ್ರಸ್ತಾವಕ (ಶ್ರೀ/ಶ್ರೀಮತಿ/ಶ್ರೀಮತಿ)  F  ನಾಡು  S  T   M  ನಾಡು  D  L  ಮತ್ತು     L  A  S  T

ಲಿಂಗ  ಗಂಡು  ಹೆಣ್ಣು  ಇತರ  ಹುಟ್ಟಿದ ದಿನ  D  D  M  M  ಮತ್ತು  ಮತ್ತು  ಮತ್ತು  ಮತ್ತು

ವಿಳಾಸ

ಲ್ಯಾಂಡ್ ಮಾರ್ಕ್  ನಗರ

ಜಿಲ್ಲೆ  ರಾಜ್ಯ

ಪಿನ್ ಕೋಡ್  ಇಮೇಲ್ ಐಡಿ

ಮೊಬೈಲ್ ಫೋನ್

ಪ್ಯಾನ್ ಸಂಖ್ಯೆ  ರಾಷ್ಟ್ರೀಯತೆ

ಉದ್ಯೋಗ:  ಸಂಬಳ ಪಡೆಯುವವರು  ಸ್ವಯಂ ಉದ್ಯೋಗಿ  ವಿದ್ಯಾರ್ಥಿ  ಗೃಹಿಣಿ  ಇತರ, ದಯವಿಟ್ಟು ನಿರ್ದಿಷ್ಟಪಡಿಸಿ \_\_\_\_\_

ವಾರ್ಷಿಕ ಆದಾಯ (ರೂ.) \_\_\_\_\_ ಗ್ರಾಮೀಣ ಮತ್ತು ಸಾಮಾಜಿಕ ವಲಯದ ವರ್ಗ (ಅನ್ವಯವಾದರೆ):  ಆಶಾ ಕಾರ್ಯಕರ್ತೆ  MGNREGA ಕೆಲಸಗಾರ

CKYC ಸಂಖ್ಯೆ (ಐಚ್ಛಿಕ): \_\_\_\_\_

ಪಾಲಿಸಿ ಕಿಟ್ ನ ಭೌತಿಕ ಪ್ರತಿ ನಿಮಗೆ ದೇಕೇ ಹೌದು ಇಲ್ಲ

ಮಕ್ಕಳಿಗಾಗಿ ಗ್ರಹವನ್ನು ಸಂರಕ್ಷಿಸಲು ನಾನು ನನ್ನ ಕೈಲಾದಷ್ಟು ಮಾಡುತ್ತೇನೆ. ನಾನು ಹೆಸರು ಬಣ್ಣಕ್ಕೆ ತಿರುಗುತ್ತೇನೆ. ನನಗೆ ಸಾಕ್ಷ್ಯ ಕಾಪಿಯನ್ನು ಮಾತ್ರ ಕಳುಹಿಸಿ. ದಯವಿಟ್ಟು ಕಟ್ಟುನಿಟ್ಟಾಗಿ ಕಾಗದ ಬೇಡ

ಈ ನೀತಿಯನ್ನು ಇಬಎಂಗೆ ಕೈಡಿಸ್ ಮಾಡಲು ನಾನು ಬಯಸುತ್ತೇನೆ. ಅಸ್ತಿತ್ವದಲ್ಲಿರುವ ಇ-ವಿಮಾ ಖಾತೆ ಸಂಖ್ಯೆ \_\_\_\_\_ ವಿಮಾ ಭಂಡಾರದ ಹೆಸರು (ನೀವು ಇದರೊಂದಿಗೆ ನಿಮ್ಮ ಖಾತೆಯನ್ನು ತೆರೆದಿದ್ದೀರಿ)

1. ಮೆಸರ್ಸ್ ಎನ್‌ಎಸ್‌ಐಎಲ್ ಡೇಟಾಬೇಸ್ ಮ್ಯಾನೇಜ್‌ಮೆಂಟ್ ಲಿಮಿಟೆಡ್  2. ಮೆಸರ್ಸ್ ಸೆಂಟ್ರಲ್ ಇನ್ಫೋರ್ಮೇಷನ್ ರೆಸೋಲ್ಯೂಷನ್ ಲಿಮಿಟೆಡ್

3. ಮೆಸರ್ಸ್ ಕಾರ್ವಿ ಇನ್ಫೋರ್ಮೇಷನ್ ರೆಸೋಲ್ಯೂಷನ್ ಲಿಮಿಟೆಡ್  4. ಮೆಸರ್ಸ್ ಕ್ಯಾಂಪಸ್ ರೆಸೋಲ್ಯೂಷನ್ ಸರ್ವಿಸ್ ಲಿಮಿಟೆಡ್ (ದಯವಿಟ್ಟು ಯಾವುದಾದರೂ ಒಂದನ್ನು ಆಯ್ಕೆ ಮಾಡಿ) ಅಥವಾ

ನಿಮಗಾಗಿ ಇಬಎಂ ಖಾತೆಯನ್ನು ತೆರೆಯಲು ನಾವು ಸಹಾಯ ಮಾಡಬೇಕೆಂದು ನೀವು ಬಯಸಿದರೆ, ದಯವಿಟ್ಟು ಸೆಕ್ಷನ್ 9, ಎನ್‌ಇಎಪ್ಪಿ ಮತ್ತು ಬ್ಯಾಂಕ್ ವಿವರಗಳಲ್ಲಿ ವಿವರಗಳನ್ನು ಭರ್ತಿ ಮಾಡಿ ಅಥವಾ

ನಾನು ಇಬಎಂ ಹೊಂದಿಲ್ಲ ಮತ್ತು ಒಂದನ್ನು ತೆರೆಯಲು ಬಯಸುವುದಿಲ್ಲ.

ನನ್ನ 'ಡಿಎನ್ ಡಿ' ನೋಂದಣಿಯ ಮೂಲಕ ಸ್ವಾಗತ ಕರೆಗಳು / ಎಸ್ ಎಂಎಸ್, ಸೇವಾ ಕರೆಗಳು / ಎಸ್ ಎಂಎಸ್, ಪಾಲಿಸಿ ಸಂಬಂಧಿತ ಮಾಹಿತಿ ಅಥವಾ ಇತರ ಯಾವುದೇ ವಾಣಿಜ್ಯ ಸಂವಹನವನ್ನು ಮಾಡಲು ನನ್ನ ನೋಂದಾಯಿತ ಫೋನ್ ಸಂಖ್ಯೆಗೆ ಎಸ್ ಎಂಎಸ್ / ಇಮೇಲ್ / ಫೋನ್ / ವಾಟ್ಸಾಪ್ / ವ್ಹಾಟ್ಸ್ ಬುಕ್ ಅಥವಾ ಇತರ ಯಾವುದೇ ವಿಧಾನಗಳ ಮೂಲಕ ನನ್ನನ್ನು ಸಂಪರ್ಕಿಸಲು ನಿವಾ ಬೂಪಾ ಹೆಲ್ತ್ ಇನ್ಫೋರ್ಮೇಷನ್ ಅಥವಾ ಅದರ ಯಾವುದೇ ಐಜಿಂಟರು ಮತ್ತು/ಅಥವಾ ಮೂರನೇ ವ್ಯಕ್ತಿ(ಗಳು) / ಅಂಗಸಂಸ್ಥೆಗಳಿಗೆ ನಾನು ಅಧಿಕಾರ ನೀಡುತ್ತೇನೆ.

ನೀವು ಅಥವಾ ಪ್ರಸ್ತಾವಕ ಅರ್ಜಿದಾರರಲ್ಲಿ ಯಾರಾದರೂ ರಾಜಕೀಯವಾಗಿ ಬಹಿರಂಗಗೊಂಡ ವ್ಯಕ್ತಿಯೇ (ಪಿಇಪಿ)  ಹೌದು  ಇಲ್ಲ

#PEP ಕ್ರಮಗಳ ಸಾರಾಂಶವನ್ನು ಅಂತರಜಾಲದ ಮೂಲಕ ಸರ್ಕಾರದ ಮುಖ್ಯಾಂಗ / ಮಂತ್ರಿಗಳು, ಹಿರಿಯ ರಾಜಕಾರಣಿಗಳು, ಹಿರಿಯ ಸರ್ಕಾರಿ ಅಧಿಕಾರಿಗಳು, ಸರ್ಕಾರ ಕಂಪನಿಗಳ ಹಿರಿಯ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಾಹಕರು, ಪ್ರಸಿದ್ಧ ಕ್ರೀಡಾ ಅಧಿಕಾರಿಗಳು ಮುಂತಾದವರುಗಳಿಗೆ ಮಾತ್ರ ಅರ್ಜಿಗಳನ್ನು ಸಲ್ಲಿಸಬಹುದು. (ನೀವು ಪಿಇಪಿ ವಿರುದ್ಧ ಟೀಕೆ ಮಾಡಿದ್ದರೆ, ದಯವಿಟ್ಟು ಕ್ರಮಗಳ ಸಾರಾಂಶವನ್ನು ಭರ್ತಿ ಮಾಡಿ)

2- ಅರ್ಜಿದಾರರ ವಿವರಗಳು ಮತ್ತು ಯೋಜನೆಯ ಆಯ್ಕೆ:

ಯೋಜನೆ:  ಅಂತರರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಏಕ ಪ್ರವಾಸ  ಅಂತರರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಬಹು ಪ್ರವಾಸ  ಅಂತರರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ವಿದ್ಯಾರ್ಥಿ

ಗರಿಷ್ಠ ಟ್ರಿಪ್ ಅವಧಿ (ಮಲ್ಟಿ ಟ್ರಿಪ್ ಯೋಜನೆಗಾಗಿ):  30 ದಿನಗಳು  45 ದಿನಗಳು  60 ದಿನಗಳು  90 ದಿನಗಳು

ಅಂತರರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಭೌಗೋಳಿಕ ವ್ಯಾಪ್ತಿ:  ಏಷ್ಯಾ  ಯುಎಸ್ಎ / ಕೆನಡಾ ಹೊರತುಪಡಿಸಿ ವಿಶ್ವಾದ್ಯಂತ  ವಿಶ್ವಾದ್ಯಂತ

ಅರ್ಜಿದಾರ ಸಂಖ್ಯೆ	ಹೆಸರು	ಲಿಂಗ (ಪುರುಷ / ಮಹಿಳೆ / ಇತರ)	ಎತ್ತರ (ಅಡಿ ಮತ್ತು ಇಂಚುಗಳು)	ತೂಕ (ಕೆಜಿ)	ಹುಟ್ಟಿದ ದಿನಾಂಕ (dd/mm/yyyy)	ಮೊಬೈಲ್ ಸಂಖ್ಯೆ	ಪ್ರಸ್ತಾವಕನೊಂದಿಗಿನ ಸಂಬಂಧ[ಬದಲಾಯಿಸಿ]	ವಿಮಾ ಮೊತ್ತ ವಿಮಾದಾರ ವ್ಯಕ್ತಿ
1.								
2.								

3.								
4.								
5.								
6.								

ಪೂರ್ಣ ಸಮಯದ ಕಾಲೇಜು ಅಥವಾ ಶಾಲಾ ಶಿಕ್ಷಣಕ್ಕಾಗಿ ವಿದ್ಯಾರ್ಥಿ ವಿದೇಶಕ್ಕೆ ಪ್ರಯಾಣಿಸುವ ವಿದ್ಯಾರ್ಥಿಯಿಂದ ಪೂರ್ಣಗೊಳಿಸಬೇಕಾದ ಹೆಚ್ಚುವರಿ ಮಾಹಿತಿ

ವಿದ್ಯಾರ್ಥಿ ಹೆಸರು: \_\_\_\_\_

ಹುಟ್ಟಿದ ದಿನ: \_\_\_\_\_

ಶಾಲೆ/ವಿಶ್ವವಿದ್ಯಾಲಯದ ಹೆಸರು ಮತ್ತು ವಿಳಾಸ: \_\_\_\_\_

ಆಯ್ಕೆಮಾಡಿದ ಕೋರ್ಸ್: \_\_\_\_\_

ಕೋರ್ಸ್ ಅವಧಿ: \_\_\_\_\_

ಪ್ರಾಯೋಜಕರ ಹೆಸರು: \_\_\_\_\_

ವಿದ್ಯಾರ್ಥಿಯೊಂದಿಗಿನ ಸಂಬಂಧವನ್ನು ಪ್ರಾಯೋಜಿಸಿ: \_\_\_\_\_

ಪ್ರಾಯೋಜಕರ ವಿಳಾಸ: \_\_\_\_\_

ಇತರ ವಿವರಗಳು \_\_\_\_\_

ನಿವಾ ಬೂಪಾ ಹೆಲ್ತ್ ಇನ್ಸೂರೆನ್ಸ್ ನಿಂದ ಅಸ್ತಿತ್ವದಲ್ಲಿರುವ ಪಾಲಿಸಿಯ ವಿವರಗಳು- \_\_\_\_\_

ನಿವಾ ಬೂಪಾ ಹೆಲ್ತ್ ಇನ್ಸೂರೆನ್ಸ್ ನಿಂದ ಹಿಂದಿನ ಪ್ರಯಾಣ ವಿಮಾ ಪಾಲಿಸಿಯ ವಿವರಗಳು- \_\_\_\_\_

### 3- ಕವರೇಜ್ ಆಯ್ಕೆ:

ಮೂಲ ವ್ಯಾಪ್ತಿ:	
ನೀತಿ ಪ್ರಕಾರ:	ವೈಯಕ್ತಿಕ
ಕವರ್ ಮಾಡಬೇಕಾದ ಜೀವಗಳ ಸಂಖ್ಯೆ:	Adults _____ ಮಕ್ಕಳು _____
ನೀತಿ ಅವಧಿ:	_____ Days/ ವರ್ಷಗಳು (ಯಾವುದು ಅನ್ವಯಿಸುತ್ತದೆಯೋ ಅದು) ಪ್ರವಾಸ ಪ್ರಾರಂಭ ದಿನಾಂಕ: _____ ಟ್ರಿಪ್ ಮುಕ್ತಾಯ ದಿನಾಂಕ: _____
ಒಳರೋಗಿ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಚಿಕಿತ್ಸೆ (ಮೂಲ ವಿಮಾ ಮೊತ್ತ)	
ಹರಿಗೆ	
ನವಜಾತ ಶಿಶುವಿನ ಕವರ್	
ಐಚ್ಛಿಕ ವ್ಯಾಪ್ತಿ:	
ಹೊರರೋಗಿ ಚಿಕಿತ್ಸೆ	
ತುರ್ತು ಆಂಬುಲೆನ್ಸ್	
ಆಸ್ಪತ್ರೆಯ ದೈನಂದಿನ ಹಣ	
ದಂತ ಚಿಕಿತ್ಸೆ	
ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸ್ಥಳಾಂತರ	
ಒಳರೋಗಿಗಳ ಆರೈಕೆಗೆ ವಿಸ್ತರಣೆ	
ವೈಯಕ್ತಿಕ ಅಪಘಾತ	
ಆಕಸ್ಮಿಕ ಸಾವು ಮತ್ತು ಅಂಗವೈಕಲ್ಯ (ಸಾಮಾನ್ಯ ವಾಹಕ)	
ಮೃತ ದೇಹಗಳ ಸ್ವದೇಶಕ್ಕೆ ವಾಪಸು	
ಚೆಕ್-ಇನ್ ಸಾಮಾನುಗಳ ಒಟ್ಟು ನಷ್ಟ	
ಚೆಕ್-ಇನ್ ಬ್ಯಾಗ್ಗೆಜ್ ವಿಳಂಬ	
ಪ್ರವಾಸ ವಿಳಂಬ	
ಟ್ರಿಪ್ ರದ್ದತಿ	
ಟ್ರಿಪ್ ಅಡೆತಡೆ	
ಪಾಸ್ಪೋರ್ಟ್ ನಷ್ಟ	
ಅಂತರರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಚಾಲನಾ ಪರವಾನಗಿ ನಷ್ಟ	
ಸಂಪರ್ಕ ತಪ್ಪಿಹೋಯಿತು	
ಆರ್ಥಿಕ ತುರ್ತು ನಗದು	
ವೈಯಕ್ತಿಕ ಹೊಣೆಗಾರಿಕೆ	
ದೈನಂದಿನ ಭತ್ಯೆಯನ್ನು ಹೈಜಾಕ್ ಮಾಡಿ	

ಲ್ಯಾಪ್ ಟಾಪ್, ಟ್ಯಾಬ್ಲೆಟ್, ಮೊಬೈಲ್ ಫೋನ್, ಕ್ಯಾಮರಾ ನಷ್ಟ	
ಬೌನ್ಡ್ ಬುಕಿಂಗ್- ಹೋಟೆಲ್ / ಸಾಮಾನ್ಯ ವಾಹಕ	
ಸಹಾನುಭೂತಿ ಭೇಟಿ	
ಅಪ್ರಾಪ್ತ ಮಗುವಿನ ಬೆಂಗಾವಲು	
ಸಾಹಸ ಕ್ರೀಡೆಗಳು	
ಕ್ರೀಡಾ ಸಲಕರಣೆಗಳ ಬಾಡಿಗೆ	
ಬಾಡಿಗೆ ಕ್ರೀಡಾ ಸಲಕರಣೆಗಳ ಹಾನಿ ಅಥವಾ ನಷ್ಟ	
ಕ್ರೀಡಾ ಚಟುವಟಿಕೆಯ ವ್ಯಾಪ್ತಿ	
ಸಾಲ ರಕ್ಷಕ	
ತುರ್ತು ಪ್ರವಾಸ ವಿಸ್ತರಣೆ	
ಬಿಸಿನೆಸ್ ಕ್ಯಾಸ್ ಗೆ ಮೇಲ್ವಿಚಾರಣೆಗಾಗಿರುವುದು	
ಅಧ್ಯಯನ ಅಡಚಣೆ	
ಪ್ರಾಯೋಜಕ ರಕ್ಷಣೆ	
ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಸ್ಪೀನಿಂಗ್ ಮತ್ತು ಮಾವೋಗ್ರಫಿ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳು	
ಜಾಮೀನು ಬಾಂಡ್	
ಕಡಿತೆ ಮನ್ನಾ	
ಐಷಿಕ್ ಸಹ-ಪಾವತಿ	
ವೀಸಾ ಮರುಪಾವತಿ	
ಮನೆ ಮನೆಗೆ ಕವರ್	
ಸಹೋದ್ಯೋಗಿ ಬದಲಿ	
ಮೊದಲೇ ಅಸ್ತಿತ್ವದಲ್ಲಿರುವ ರೋಗದ ಸಂಪೂರ್ಣ ವ್ಯಾಪ್ತಿ	

**4- ನಾಮನಿರ್ದೇಶನ:**

ಪ್ರಸ್ತಾಪಕನ ಮರಣದ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ, ನಾಮನಿಗಿ ಕ್ಲೇಮ್ 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:**

S.No.	ವಿಮೆ ಮಾಡಲು ಪ್ರಸ್ತಾಪಿಸಲಾದ ಯಾವುದೇ ವ್ಯಕ್ತಿಗಳಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ:	ಸದಸ್ಯ 1	ಸದಸ್ಯ 2	ಸದಸ್ಯ 3	ಸದಸ್ಯ 4	ಸದಸ್ಯ 5	ಸದಸ್ಯ 6
1	ಈ ಕೆಳಗಿನ ಯಾವುದೇ ಕಾಯಿಲೆಗಳಿಂದ ಬಳಲುತ್ತಿರುವ ಯಾವುದೇ ಸದಸ್ಯರನ್ನು ವಿಮೆ ಮಾಡಲು ಪ್ರಸ್ತಾಪಿಸಲಾಗಿದೆಯೇ						
1a	ಹೃದಯಾಘಾತ, ಹೃದಯ ವೈಫಲ್ಯ, ಇಸ್ಕೀಮಿಕ್ ಹೃದಯೋಗ ಅಥವಾ ಪರಿಧಮನಿಯ ಹೃದಯ ಕಾಯಿಲೆ, ಅಂಜಿನಾ ಮುಂತಾದ ಹೃದಯೋಗಗಳು.	<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
1b	ಗಡ್ಡೆ, ಯಾವುದೇ ಅಂಗದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್, ಲ್ಯುಕೇಮಿಯಾ, ಲಿಂಫೋಮಾ, ಸಾರ್ಕೋಮಾ	<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
1c	ಪ್ರಮುಖ ಅಂಗಾಂಗ ವೈಫಲ್ಯ (ಮೂತ್ರಪಿಂಡ, ಯಕೃತ್ತು, ಹೃದಯ, ಶ್ವಾಸಕೋಶ ಇತ್ಯಾದಿ)	<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
1d	ಪಾರ್ಶ್ವವಾಯು, ಎನ್ಸೆಫಲಿಟಿಸ್, ಮೆದುಳಿನ ಹುಣ್ಣು, ಅಥವಾ ಯಾವುದೇ ನರವೈಜ್ಞಾನಿಕ ಕಾಯಿಲೆ	<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
1e	ಪಲ್ಮನರಿ ಫೈಬ್ರೋಸಿಸ್, ಶ್ವಾಸಕೋಶದ ಕುಸಿತ ಅಥವಾ ಇಂಟರ್ ಸ್ಟೀಟಲ್ ಶ್ವಾಸಕೋಶದ ಕಾಯಿಲೆ (ಐಎಲ್ ಡಿ)	<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
1f	ಹೆಪಟೈಟಿಸ್ ಬಿ ಅಥವಾ ಸಿ, ದೀರ್ಘಕಾಲದ ಯಕೃತ್ತಿನ ಕಾಯಿಲೆ, ಕ್ರೋನ್ಸ್ ಕಾಯಿಲೆ, ಅಲ್ಟ್ರಾಟೆವ್ ಕೊಲ್ಟೈಟಿಸ್	<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
1g	ಕಬ್ಬಿಣದ ಕೊರತೆಯ ರಕ್ತಹೀನತೆಯನ್ನು ಹೊರತುಪಡಿಸಿ ಬೇರೆ ಯಾವುದೇ ರಕ್ತಹೀನತೆ	<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

ಇತರ ವಿವರಗಳು / ಘೋಷಣೆಗಳು: \_\_\_\_\_

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

- ನಾನು ಇಡೀ 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 ಓದಗಿಸಿದ ಮಾಹಿತಿಯ 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 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 ಪ್ರಸ್ತಾವನೆ ಮತ್ತು / ಅಥವಾ ಕ್ಲೈಮ್ ಇತ್ಯರ್ಥಕ್ಕೆ ಅಂಡರ್ ರೈಟ್ ಮಾಡುವ
- ಪ್ರಸ್ತಾವನೆ ಮತ್ತು/ಅಥವಾ ಕ್ಲೈಮ್ 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 ಎಂಪಲೋಯ್ ಪ್ರೊವೈಡರ್‌ರೊಂದಿಗೆ ಹಂಚಿಕೊಳ್ಳಲು ನಾನು/ನಾವು ಕಂಪನಿಗೆ ಅಧಿಕಾರ ನೀಡುತ್ತೇವೆ.
- ಪ್ರಸ್ತಾವಕರ ದೇಶೀಯ ಭಾಷೆಯಲ್ಲಿ ಸಹಿ ಮಾಡಿದ್ದರೆ: ಈ ನಮೂನೆಯ ವಿಷಯವನ್ನು ನಾನು (ಭಾಷೆಯಲ್ಲಿ) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ (ಸಾಕ್ಷಿಯ ಹೆಸರು) \_\_\_\_\_ ಸಮ್ಮುಖದಲ್ಲಿ ವಿವರಿಸಿದ್ದೇನೆ, ಅವರು ಅದನ್ನು ಅರ್ಥಮಾಡಿಕೊಂಡಿದ್ದಾರೆ ಮತ್ತು ದೃಢಪಡಿಸಿದ್ದಾರೆ.  
ಸಾಕ್ಷಿಯು ಕಂಪನಿಯ ಏಜೆಂಟ್/ ಉದ್ಯೋಗಿಯಲ್ಲದ ದೇರೆ ಯಾರೋ ಆಗಿರಬೇಕು.

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

ಪ್ರಮಾಣೀಕರಿಸುವ ವ್ಯಕ್ತಿಯ ಸಹಿ: \_\_\_\_\_ ಸಾಕ್ಷಿಯ ಸಹಿ \_\_\_\_\_

ಪ್ರಮಾಣೀಕರಿಸುವ ವ್ಯಕ್ತಿಯ ಮೊಬೈಲ್ ಸಂಖ್ಯೆ: \_\_\_\_\_ ಸಾಕ್ಷಿಯ ಮೊಬೈಲ್ ಸಂಖ್ಯೆ: \_\_\_\_\_

7- ಪ್ರಸ್ತಾವಕರ ಮತ್ತು ಸಲಹೆಗಾರರ ಘೋಷಣೆಯಿಂದ ಫಾರ್ಮ್ ಅನ್ನು ಭರ್ತಿ ಮಾಡದಿದ್ದರೆ ಘೋಷಣೆ:

ಯಾವುದೇ ಕಾರಣಕ್ಕಾಗಿ, ಪ್ರಸ್ತಾವನೆ ಮತ್ತು ಇತರ ಸಂಬಂಧಿತ ದಾಖಲೆಗಳನ್ನು ಪ್ರಸ್ತಾವಕರರು ಭರ್ತಿ ಮಾಡದಿದ್ದರೆ ಘೋಷಣೆ, ಪ್ರಸ್ತಾವನೆ ನಮೂನೆಯ ವಿಷಯಗಳನ್ನು ನನಗೆ ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ವಿವರಿಸಲಾಗಿದೆ ಮತ್ತು ನಾನು ಎಲ್ಲಾ ಅಂಶಗಳು ಮತ್ತು ಪರಿಣಾಮಗಳನ್ನು ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಅರ್ಥಮಾಡಿಕೊಂಡಿದ್ದೇನೆ. ಪ್ರಸ್ತಾವನೆ ನಮೂನೆಯನ್ನು \_\_\_\_\_ ನನ್ನ ಸೂಚನೆಯ ಮೇರೆಗೆ ಭರ್ತಿ ಮಾಡಲಾಗಿದೆ ಮತ್ತು ಎಲ್ಲಾ ಮಾಹಿತಿಯು ಸರಿಯಾಗಿದೆ ಮತ್ತು ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿದೆ ಎಂದು ನಾನು \_\_\_\_\_ ಪ್ರಸ್ತಾವಕರ ಸಹಿ \_\_\_\_\_

ಸಲಹೆಗಾರ ಘೋಷಣೆ: ವಿಮಾ ಸಲಹೆಗಾರನಾಗಿ / ಕಾರ್ಪೊರೇಟ್ ಏಜೆಂಟ್ ನ ನಿರ್ದಿಷ್ಟ ವ್ಯಕ್ತಿಯಾಗಿ / ಬ್ರೋಕರ್ / ಸಂಬಂಧ ಅಧಿಕಾರಿಯ ಅಧಿಕೃತ ಉದ್ಯೋಗಿಯಾಗಿ, ನಾನು ಈ ಉತ್ಪನ್ನ / ಪ್ರಸ್ತಾವನೆಯ ಎಲ್ಲಾ ವಿಷಯಗಳನ್ನು ಪ್ರಸ್ತಾವಕರಿಗೆ ವಿವರಿಸಿದ್ದೇನೆ ಎಂದು ಈ ಮೂಲಕ ಘೋಷಿಸುತ್ತೇನೆ

ವಿಮಾ Advisor \_\_\_\_\_ ಮಧ್ಯವರ್ತಿಯ ಸಹಿ code \_\_\_\_\_

8- ಪ್ರೀಮಿಯಂ ವಿವರಗಳು (ಕಡೇರಿ ಬಳಕೆಗೆ ಮಾತ್ರ):

ಪ್ರೀಮಿಯಂ ಪಾವತಿ ಆಯ್ಕೆ  ಚೆಕ್  ಡಿವೈಯಾಂಡ್ ಡ್ರಾಫ್ಟ್  ಕ್ರೆಡಿಟ್ ಕಾರ್ಡ್  ನೆಟ್ ಬ್ಯಾಂಕಿಂಗ್  ನಗದು  ಇತರ

ಪ್ರೀಮಿಯಂ ಮೊತ್ತ \_\_\_\_\_ ಪಾವತಿಸಿದ ಪ್ರೀಮಿಯಂ \_\_\_\_\_

ಪ್ರಸ್ತಾವಕರನೊಂದಿಗಿನ ಸಂಬಂಧ[ಬದಲಾಯಿಸಿ] \_\_\_\_\_ ಆನ್ ಲೈನ್ ಪಾವತಿ ವಹಿವಾಟು ID: \_\_\_\_\_

ಬ್ಯಾಂಕ್ ಹೆಸರು/ಶಾಖೆ \_\_\_\_\_ ದಿನಾಂಕ \_\_\_\_\_

ನಿವಾ ಬೂಪಾ ಶಾಖೆಯ ಸ್ಥಳ \_\_\_\_\_ ಕೋಡ್ ಸಂಖ್ಯೆ: \_\_\_\_\_

ವ್ಯವಹಾರ ಮೂಲ: ಸಲಹೆಗಾರ / ಡಿಎಸ್ಪಿ / ಕಾರ್ಪೊರೇಟ್ ಏಜೆನ್ಸಿ / ಇತರ ಚಾನೆಲ್ಗಳು \_\_\_\_\_ ಕೋಡ್ ಸಂಖ್ಯೆ: \_\_\_\_\_

ಹೆಸರು \_\_\_\_\_

ಸ್ವೀಕರಿಸಿದ ಪ್ರಸ್ತಾವನೆ: DDMMYY \_\_\_\_\_ ಗ್ಯಾಹಕ ID: \_\_\_\_\_

ಪ್ರಸ್ತಾವಕರ ಅಥವಾ ಅರ್ಜಿದಾರರು ಸಿಬ್ಬಂದಿಯೇ?  ಹೌದು  ಇಲ್ಲ

9- ಕ್ಲೈಮ್ ಗಳ ಮರುಪಾವತಿ ಮತ್ತು ಪಾವತಿಯ ವಿವರಗಳು

ಪಾವತಿ ಸ್ವೀಕರಿಸುವ ಆಯ್ಕೆ: ಬ್ಯಾಂಕ್ ವರ್ಗಾವಣೆ

ಫಲಾನುಭವಿಯ ಹೆಸರು \_\_\_\_\_

ಬ್ಯಾಂಕ್ ಹೆಸರು \_\_\_\_\_

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

ಖಾತೆ ಪ್ರಕಾರ \_\_\_\_\_

**10- ನವೀಕರಣ:**

ನವೀಕರಣ ಪಾವತಿ

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

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

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

\* ಸಿಂಗಲ್ ಟ್ರಿಪ್ ಪಾಲಿಸಿಗಳಿಗೆ ನವೀಕರಣ ಅನ್ವಯಿಸುವುದಿಲ್ಲ.

**11- ಬ್ಯಾಂಕ್ ಇನ್‌ಸೂರೆನ್ಸ್ ಚಾನ್ಸ್ ಗೆ ಮಾತ್ರ ಹೆಚ್ಚುವರಿ ವಿವರಗಳು (ಕಚೇರಿ ಬಳಕೆಗೆ ಮಾತ್ರ):**

ಬ್ಯಾಂಕ್ ಕೋಡ್ \_\_\_\_\_ SP ಕೋಡ್ \_\_\_\_\_ RM/LG ಕೋಡ್ \_\_\_\_\_

ಗ್ರಾಹಕ ಖಾತೆ ಸಂಖ್ಯೆ \_\_\_\_\_

**12- ಶಾಸನಬದ್ಧ ಎಚ್ಚರಿಕೆ:**

ರಿಯಾಯಿತಿಗಳ ನಿಷೇಧ (ವಿಮಾ ಕಾಯ್ದೆ 1938 ರ ಸೆಕ್ಷನ್ 41 ರ ಅಡಿಯಲ್ಲಿ) 1. ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಜೀವ ಅಥವಾ ಅಸ್ತಿಗೆ 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 ವ್ಯಕ್ತಿಯ ಅನುಮತಿಸುವುದಿಲ್ಲ ಅಥವಾ ಅನುಮತಿಸುವುದಿಲ್ಲ, ವಿಮಾದಾರರ ಪ್ರಕಟಿತ ಪ್ರಾಸೆಕ್ಯೂಟ್ ಅಥವಾ ಕೋಷ್ಟಕಗಳಿಗೆ ಅನುಗುಣವಾಗಿ ಅನುಮತಿಸಬಹುದಾದ ರಿಯಾಯಿತಿಯನ್ನು ಹೊರತುಪಡಿಸಿ, ಪಾಲಿಸಿಯನ್ನು ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳುವ ಅಥವಾ ನವೀಕರಿಸುವ ಅಥವಾ ಮುಂದುವರಿಸುವ ಯಾವುದೇ ವ್ಯಕ್ತಿಯು ಯಾವುದೇ ರಿಯಾಯಿತಿಯನ್ನು

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

**13- ಕಂಪನಿಯಿಂದ ಸ್ವೀಕೃತಿ:**

ಅಪ್ಪಿಕೇಶನ್ ಸಂಖ್ಯೆ \_\_\_\_\_ ದಿನಾಂಕ \_\_/\_\_/\_\_

ನಿಮ್ಮ ಪ್ರಸ್ತಾವನೆ ಮತ್ತು ಮೊತ್ತವನ್ನು ಚೆಕ್ / ಡಿಮಾಂಡ್ ಡ್ರಾಫ್ಟ್ / Others \_\_\_\_\_ of ದಿನಾಂಕದ \_\_\_\_\_ ದಿನಾಂಕದ ಮೂಲಕ ಸ್ವೀಕರಿಸಿರುವುದನ್ನು 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 ಕಡಿತಗೊಳಿಸಿದ ನಂತರ ಪಾವತಿಯನ್ನು ಬಡ್ಡಿಯಿಲ್ಲದೆ ಮರುಪಾವತಿಸುತ್ತೇವೆ.

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

**14 - ಅಭ್ಯಾ ID**

ಸದಸ್ಯರ ಹೆಸರು	ನಿಮ್ಮ ಬಳಿ ಅಭ್ಯಾ ಐಡಿ ಇದೆಯೇ?	ಅಭ್ಯಾ ID	ಎಬಿಎಚ್‌ಎ ಮೂಲಕ ವಿಮಾದಾರರು/ಟಿಪಿಎಗಳೊಂದಿಗೆ ವೈದ್ಯಕೀಯ ದಾಖಲೆಗಳನ್ನು ಹಂಚಿಕೊಳ್ಳಲು
_____	<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
_____	<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

ನಿವಾ ಬೂಪಾ ಹೆಲ್ತ್ ಇನ್‌ಸೂರೆನ್ಸ್ ಕಂಪನಿ ಲಿಮಿಟೆಡ್; ನೋಂದಾಯಿತ ಕಚೇರಿ:- ಸಿ-98, ಮೊದಲ ಮಹಡಿ, ಲಜಪತ್ ನಗರ, ಭಾಗ 1, ನವದೆಹಲಿ-110024 ಹಕ್ಕುತ್ಯಾಗ: ವಿಮೆಯು ಕೋರಿಕೆಯ ವಿಷಯವಾಗಿದೆ. ನಿವಾ ಬೂಪಾ ಹೆಲ್ತ್ ಇನ್‌ಸೂರೆನ್ಸ್ ಕಂಪನಿ ಲಿಮಿಟೆಡ್ (ಹಿಂದೆ ಮ್ಯಾಕ್ಸ್ ಬೂಪಾ ಹೆಲ್ತ್ ಇನ್‌ಸೂರೆನ್ಸ್ ಕಂಪನಿ ಲಿಮಿಟೆಡ್ ಎಂದು ಕರೆಯಲಾಗುತ್ತಿತ್ತು) (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. ಸಿಬಿಎನ್: U66000DL2008PLC182918. ನಿಯಮಗಳು ಮತ್ತು ಷರತ್ತುಗಳು, ಹೋರಿಡುವಿಕೆಗಳು, ಅಪಾಯದ ಅಂಶಗಳು, ಕಾಯುವ ಅವಧಿ ಮತ್ತು ಪ್ರಯೋಜನಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ವಿವರಗಳಿಗಾಗಿ, ಮಾರಾಟವನ್ನು ಮುಕ್ತಾಯಗೊಳಿಸುವ ಮೊದಲು ದಯವಿಟ್ಟು ಮಾರಾಟ ಬ್ರೋಕರ್ ಅನ್ನು ಎಚ್ಚರಿಕೆಯಿಂದ ಓದಿ.