എംപവർ ഹെൽത്ത് പ്ലാൻ, നിവ ബുപ ഹെൽത്ത് ഇൻഷുറൻസ് കമ്പനി ലിമിറ്റഡ് - പ്രൊപ്പോസൽ ഫോം

URN: 027

1. പ്രൊപ്പോസർ വിശദാംശങ്ങൾ:

Title_____ നാമം_____ ജനന തിയതി_____ ലിംഗഭേദം ☐ പുരുഷൻ ☐ സ്ത്രീ ☐ മറ്റുള്ളവ

നിലവിലെ വിലാസം _____

_____

നഗരം_____

State_____ Pincode_____

മൊബൈൽ n ഉംബർ _ _____ നിമ്പറി ര്ക്കാർ)

പയ്യ്വ ২ ടെലി ഹ്യൂമിക്കേഷ്യ നിമിറ്റ (യ്യ്വ) പാൻ നമ്പർ ____ _____

Nationality_____ വാർഷിക വരുമാനം (_____ രൂപ)

തൊഴിൽ: ☐ ശമ്പളക്കാരൻ ☐ സ്വയംതൊഴിൽ ☐ പോളിസി ടൈ: ২ বর্ষ ☐ മറ്റുള്ളവ, ദയവായി _____ വ്യക്തമാക്കുക

প্রস্তাবিত নিমাধারক অন্তর্গত তথ্যাদি ☐ നിമാധാരക ক্রমাংক / / നിമി

ഹെൽത്ത് കെയർ വർക്കർ * (নিম্নের) (ছাড়া) নিম্নের প্রস্তাবের: কর্মীদের (പ്രീമിയത്തിൽ 5% കിഴിവ് നേടുക.)

_____ അടച്ച പ്രീമിയം പ്രൊപ്പോസർ _____ ബന്ധം

☐ എന്റെ പോളിസിയുമായി ബന്ധപ്പെട്ട വിവരങ്ങളും അപ് ഡേറ്റുകളും എന്റെ മൊബൈൽ നമ്പറിൽ WhatsApp വഴി സ്വീകരിക്കാൻ ഞാൻ ആഗ്രഹിക്കുന്നു.

☐ എല്ലാ നിബന്ധനകളും വ്യവസ്ഥകളും ഞാൻ വായിക്കുകയും മനസ്സിലാക്കുകയും അംഗീകരിക്കുകയും ചെയ്തിട്ടുണ്ട്, സ്വാഗത കോളുകൾ / എസ്എംഎസ്, സേവന കോളുകൾ / എസ്എംഎസ് അല്ലെങ്കിൽ മറ്റേതെങ്കിലും വാണിജ്യ ആശയവിനിമയം

നടത്തുന്നതിന് എന്റെ രജിസ്റ്റർ ചെയ്ത ഫോൺ നമ്പറിലെ മറ്റേതെങ്കിലും മോഡുകൾ വഴി എന്നെ ബന്ധപ്പെടാൻ നിവ ബുപ്പ ഹെൽത്ത് ഇൻഷുറൻസിനോ

അതിന്റെ ഏജന്റുമാർക്കും / അല്ലെങ്കിൽ മൂന്നാം കക്ഷിക്കും / അഫിലിയേറ്റുകൾക്കും എന്നെ അധികാരപ്പെടുത്തുന്നു

നിങ്ങളോ നിർദ്ദിഷ്ട അപേക്ഷകരിൽ ആരെങ്കിലുമോ ഒരു PEP** ആണോ? പ്രസക്തമായത് ☐ അല്ല

** കേന്ദ്ര അല്ലെങ്കിൽ സംസ്ഥാന സർക്കാരുകളുടെ മേധാവികൾ / മന്ത്രിമാർ, മുതിർന്ന രാഷ്ട്രീയക്കാർ, മുതിർന്ന സർക്കാർ, ജുഡീഷ്യൽ അല്ലെങ്കിൽ സൈനിക ഉദ്യോഗസ്ഥർ, സർക്കാർ കമ്പനികളുടെ മുതിർന്ന എക്സിക്യൂട്ടീവുകൾ, പ്രധാനപ്പെട്ട പാർട്ടി ഉദ്യോഗസ്ഥർ എന്നിങ്ങനെ പ്രമുഖ പൊതു ചുമതലകളിൽ ഏർപ്പെട്ടിരിക്കുന്ന വ്യക്തികളാണ് രാഷ്ട്രീയമായി തുറന്നുകാട്ടപ്പെട്ട വ്യക്തികൾ (പിഇപി). (PEP-യ്ക്കെതിരെ നിങ്ങൾ തീരുമാനമെടുത്തിട്ടില്ലെങ്കിൽ, ദയവായി പ്രത്യേക PEP ചോദ്യാവലി പൂരിപ്പിക്കുക)

ബാങ്ക് വിശദാംശങ്ങൾ:

ബാങ്കിന്റെ പേര് _____ ബ്രാഞ്ച് _____ നഗരം_____

അക്കൗണ്ട് നമ്പർ _____ ഐഎഫ്എസ്സി കോഡ് _____ അക്കൗണ്ട് തരം: ☐ സമ്പാദ്യം ☐ കറന്റ്

ഇലക്ട്രോണിക് ഇൻഷുറൻസ് അക്കൗണ്ടിന്റെ (eIA) വിശദാംശങ്ങൾ

ഈ പോളിസി ഒരു ഇ-ഇൻഷുറൻസ് അക്കൗണ്ടിലേക്ക് ക്രെഡിറ്റ് ചെയ്യാൻ നിങ്ങൾ ആഗ്രഹിക്കുന്നുണ്ടോ? (ദയവായി ആവശ്യമെങ്കിലും തിരഞ്ഞെടുക്കുക)

അല്ല ☐ എനിക്ക് ഒരു ഇ-ഇൻഷുറൻസ് അക്കൗണ്ട് ഇല്ല, ഒരെണ്ണം തുറക്കാൻ ആഗ്രഹിക്കുന്നില്ല

ശരി ☐ ഈ പോളിസി എന്റെ ഇ-ഇൻഷുറൻസ് അക്കൗണ്ടിലേക്ക് ക്രെഡിറ്റ് ചെയ്യുക

ഉണ്ടെങ്കിൽ, നിലവിലുള്ള ഇ-ഇൻഷുറൻസ് അക്കൗണ്ട് നമ്പർ പങ്കിടുക. ☐

_____

ദയവായി ഇൻഷുറൻസ് റെപ്പോസിറ്ററിയുടെ പേര് തിരഞ്ഞെടുക്കുക (നിങ്ങൾ നിങ്ങളുടെ അക്കൗണ്ട് തുറന്നു

1. NSDL ഡാറ്റാബേസ് മാനേജ്മെന്റ് ലിമിറ്റഡ് ☐
2. സെൻട്രൽ ഇൻഷുറൻസ് റെപ്പോസിറ്ററി ലിമിറ്റഡ് ☐
3. കാർവി ഇൻഷുറൻസ് റെപ്പോസിറ്ററി ലിമിറ്റഡ് ☐
4. M/s CAMS Repository Services Limited ☐

എനിക്ക് നിലവിലുള്ള ഇ-ഇൻഷുറൻസ് അക്കൗണ്ട് ഇല്ല, ഒരു പുതിയ ഇ-ഇൻഷുറൻസ് അക്കൗണ്ട് സൃഷ്ടിക്കാൻ എനിക്ക് താൽപ്പര്യമുണ്ട് ☐

(പ്രസക്തമായ രേഖകൾക്കൊപ്പം ഇലക്ട്രോണിക് ഇൻഷുറൻസ് അക്കൗണ്ട് തുറക്കൽ ഫോം (ഇഐഎ ഫോം) സമർപ്പിക്കുക).

2. കവറേജ് തിരഞ്ഞെടുപ്പ്:

അടിസ്ഥാന കവറേജ്:	
പോളിസി തരം:	☐ വ്യക്തി
माझाकडे ई-इन्शुरन्स खाते नाही आणि ते उघडण्याची माझी इच्छा नाही	ही पॉलिसी सहायक ई-इन्शुरन्स विमायात ई-मिळकरताते खात्रांक सामाविष्ट करा,000 രൂപ
പോളിസി ടേം:	1 വർഷം

3. ഇൻഷുറൻസിനുള്ള അപേക്ഷകരുടെ വിശദാംശങ്ങൾ:

അപേക്ഷകന്റെ നമ്പർ	നാമം	ലിംഗഭേദം (പുരുഷൻ/സ്ത്രീ/മറ്റുള്ളവ)	ജനനത്തീയതി (dd/mm/yyyy)	ബന്ധം	ഇന്ത്യക്കാരനല്ലെങ്കിൽ ദയവായി ടിക്ക് ചെയ്യുക
खाते क्र.				बचत	चालू आहे

4. നാമനിർദ്ദേശം

പ്രൊപ്പോസറുടെ മരണം സംഭവിക്കുന്ന സാഹചര്യത്തിൽ, പോളിസിക്ക് കീഴിൽ കുടിശ്ശികയുള്ള ഏതൊരു പേയ് മെന്റും ചുവടെ നൽകിയിരിക്കുന്ന നോമിനിക്ക് നൽകപ്പെടും. നോമിനി അത്തരം പേയ്മെന്റ് സ്വീകരിക്കുന്നത് പോളിസിക്ക് കീഴിലുള്ള കമ്പനിയുടെ ബാധ്യത നിറവേറ്റുന്നതിന് തുല്യമാണ്. മറ്റൊരാ അപേക്ഷകർക്കും (അപേക്ഷകർക്ക്) നോമിനി സ്വയം പ്രൊപ്പോസർ ആയിരിക്കും.

നോമിനി	ജനന തിയതി	പ്രൊപ്പോസറുമായുള്ള ബന്ധം	നോമിനിയുടെ വിലാസം, മൊബൈൽ നമ്പർ, ഇമെയിൽ ഐഡി	നിയുക്തന്റെ പേര് (നോമിനിക്ക് 18 വയസ്സിൽ താഴെയാണെങ്കിൽ)

നോമിനിയുടെ ബാങ്ക് വിശദാംശങ്ങൾ: ഗുണഭോക്താവിന്റെ പേര്:

ബാങ്കിന്റെ പേര് ഇഎ സമ്പാദ്യം ഇഎ കറന്റ്

അക്കൗണ്ട് നമ്പർ IFSC കോഡ്

5. മെഡിക്കൽ, ശീലങ്ങൾ, മുൻകാല നിർദ്ദേശ വിവരങ്ങൾ

പ്രധാനം: ഈ വിഭാഗത്തിലെ എല്ലാ ചോദ്യങ്ങൾക്കും സത്യസന്ധമായും പൂർണ്ണമായും ഉത്തരം നൽകിയിട്ടുണ്ടെന്ന് ഉറപ്പാക്കുക, കാരണം നിങ്ങൾ ഇവിടെ നൽകുന്ന വിവരങ്ങൾ നിവ ബുപ്പയുടെ അണ്ടർറൈറ്റിംഗിന്റെ അടിസ്ഥാനമായിരിക്കും. നിങ്ങളുടെ മെഡിക്കൽ ഹെയിമിനെയും പ്രെം/അല്ലെങ്കിൽ കവറേജിനെയും ബാധിച്ചേക്കാവുന്ന അപൂർണ്ണവും തെറ്റായതും ഭാഗികമായി ശരിയായതുമായ എന്തെങ്കിലും വിവരങ്ങൾ ദയവായി ശ്രദ്ധിക്കുക.

	പ്രധാന അപേക്ഷകനുവേണ്ടി ഇനിപ്പറയുന്ന ചോദ്യങ്ങൾക്ക് ഉത്തരം നൽകുക	അപേക്ഷകൻ	
	ദയവായി **Yes (Y)** അല്ലെങ്കിൽ **No (N)** എന്ന് വ്യത്താകൃതിയിലാക്കുക		
1	എന്തെങ്കിലും അപേക്ഷകന് ഇനിപ്പറയുന്ന വൈകല്യങ്ങൾ / രോഗങ്ങൾ ഉണ്ടെന്ന് കണ്ടെത്തിയിട്ടുണ്ടോ (ഉണ്ടെങ്കിൽ, വിശദാംശങ്ങൾ നൽകുക)		
a.	അന്ധത	ഉം	N
b.	മസ്കുലർ ഡിസ്ട്രോഫി	ഉം	N
c.	കാഴ്ചക്കുറവ്	ഉം	N
d.	വിട്ടുമാറാത്ത ന്യൂറോളജിക്കൽ ഡിസോർഡർ	ഉം	N
e.	കുഷ്ഠരോഗം ഭേദമായ വ്യക്തി	ഉം	N
f.	നിർദ്ദിഷ്ട പഠന വൈകല്യങ്ങൾ	ഉം	N
g.	ശ്രവണ വൈകല്യം (ബധിരനും കേൾവിക്കുറവും)	ഉം	N
h.	മൾട്ടിപ്പിൾ സ്ക്ലിറോസിസ്	ഉം	N
i.	ലോക്കോമോട്ടർ വൈകല്യം	ഉം	N
j.	സംസാര വൈകല്യവും ഭാഷാ വൈകല്യവും	ഉം	N
k.	Dawrfism	ഉം	N
l.	തലാസീമിയ	ഉം	N
m.	ബൗദ്ധിക വൈകല്യം	ഉം	N
n.	ഹീമോഫീലിയ	ഉം	N
o.	മാനസിക രോഗം	ഉം	N
p.	സിക്കിൾ സെൽ രോഗം	ഉം	N
q.	Autism Spectrum Disorder	ഉം	N
r.	ബധിരതയും അന്ധതയും ഉൾപ്പെടെ ഒന്നിലധികം വൈകല്യങ്ങൾ	ഉം	N
s.	സെറിബ്രൽ പാൾസി	ഉം	N
t.	ആസിഡ് ആക്രമണത്തിന് ഇരയായി	ഉം	N
u.	പാർക്കിൻസൺ	ഉം	N
2	ജലദോഷം, പനി, അണുബാധ, ചെറിയ പരിക്ക് അല്ലെങ്കിൽ മറ്റ് ചെറിയ അസുഖങ്ങൾ എന്നിവ ഒഴികെ; അപേക്ഷകന് എപ്പോഴെങ്കിലും എന്തെങ്കിലും രോഗം കണ്ടെത്തുകയും / അല്ലെങ്കിൽ 5 ദിവസത്തിൽ കൂടുതൽ ആശുപത്രിയിൽ പ്രവേശിപ്പിക്കുകയും / അല്ലെങ്കിൽ എന്തെങ്കിലും ശസ്ത്രക്രിയാ നടപടിക്രമങ്ങൾക്ക് വിധേയമാകാനും / അല്ലെങ്കിൽ എന്തെങ്കിലും മരുന്ന് കഴിക്കാനും / 14 ദിവസത്തിൽ കൂടുതൽ എന്തെങ്കിലും രോഗലക്ഷണങ്ങൾ ഉണ്ടോ? മരുന്നുകൾ ഇൻഹേലറുകൾ, കുത്തിവയ്പ്പുകൾ, ഓറൽ മരുന്നുകൾ, ശരീരഭാഗങ്ങളിൽ ബാഹ്യ മെഡിക്കൽ പ്രയോഗങ്ങൾ എന്നിവ ഉൾപ്പെടുന്നുവെങ്കിലും അതിൽ മാത്രം പരിമിതപ്പെടുന്നില്ല.	ഉം	N
3	തൈറോയ്ഡ് പ്രൊഫൈൽ, ലിപിഡ് പ്രൊഫൈൽ, ട്രെഡ്മിൽ ടെസ്റ്റ്, ആൻജിയോഗ്രാഫി, എക്കോകാർഡിയോഗ്രാഫി, എൻഡോസ്കോപ്പി, അൾട്രാസൗണ്ട്, സിടി സ്കാൻ, എംആർഐ, ബയോപ്സി, എഫ്എൻഎസി എന്നിവയുമായി ബന്ധപ്പെട്ട എന്തെങ്കിലും ഡയഗ്നോസ്റ്റിക് ടെസ്റ്റുകൾക്കോ അന്വേഷണങ്ങൾക്കോ അപേക്ഷകന് എപ്പോഴെങ്കിലും പ്രതികൂല കണ്ടെത്തലുകൾ ഉണ്ടായിട്ടുണ്ടോ?	ഉം	N
4	അപേക്ഷകന് പ്രമേഹമോ പ്രീ-ഡയബറ്റിസോ ഉണ്ടോ അല്ലെങ്കിൽ അവന് /അവൾക്ക് എപ്പോഴെങ്കിലും ഉയർന്ന രക്ത ഷുഗർ ഉണ്ടായിരുന്നോ?	ഉം	N
5	അപേക്ഷകന് രക്തമാതിമർദ്ദമോ ഉയർന്ന രക്തസമ്മർദ്ദമോ ഉണ്ടോ?	ഉം	N
6	അപേക്ഷകൻ എപ്പോഴെങ്കിലും എന്തെങ്കിലും ജനിതക / പാരമ്പര്യ വൈകല്യങ്ങൾ അല്ലെങ്കിൽ എച്ച്ഐവി / എയ്ഡ്സ് രോഗനിർണയം നടത്തുകയോ ചികിത്സിക്കുകയോ ചെയ്തിട്ടുണ്ടോ?	ഉം	N
7	അപേക്ഷകന്റെ ജീവിതത്തെക്കുറിച്ചുള്ള ലൈഫ്, ആരോഗ്യം, ആശുപത്രി ദൈനംദിന പണം അല്ലെങ്കിൽ ക്രിട്ടിക്കൽ ഇൽനെസ് ഇൻഷുറൻസ് എന്നിവയ്ക്കുള്ള എന്തെങ്കിലും നിർദ്ദേശം എന്തെങ്കിലും ഇൻഷുറൻസ് കമ്പനി എപ്പോഴെങ്കിലും നിരസിക്കുകയോ മാറ്റിവയ്ക്കുകയോ ലോഡ് ചെയ്യുകയോ ഒഴിവാക്കൽ പോലുള്ള എന്തെങ്കിലും പ്രത്യേക വ്യവസ്ഥകൾക്ക് വിധേയമാക്കുകയോ ചെയ്തിട്ടുണ്ടോ?	ഉം	N

6. ഇലക്ട്രോണിക് നയ പൂർത്തീകരണത്തിനും സേവന ആശയവിനിമയത്തിനുമുള്ള അംഗീകാരം

ആപ്ലിക്കേഷൻ ഫോമിൽ ഇവിടെ സൂചിപ്പിച്ചിരിക്കുന്ന പ്രകാരം നിങ്ങളുടെ നയവും സേവനവുമായി ബന്ധപ്പെട്ട എല്ലാ ആശയവിനിമയങ്ങളും ഇമെയിൽ ഐഡിയിലേക്ക് അയയ്ക്കാൻ കമ്പനിയെ അധികാരപ്പെടുത്തിക്കൊണ്ട് പരിസ്ഥിതി സംരക്ഷിക്കാനും പേപ്പർ ലാഭിക്കാനും നിങ്ങൾ ആഗ്രഹിക്കുന്നുണ്ടോ? ☐ ശരി ☐ അല്ല

7. പ്രഖ്യാപനം (നിർദ്ദേശ ഫോമിൽ ഒപ്പിടുന്നതിന് മുമ്പ് ദയവായി ശ്രദ്ധാപൂർവ്വം വായിക്കുകയും ഓരോരുത്തർക്കും ഒരു ചെക്ക് മാർക്ക് ഇടുകയും ചെയ്യുക)

__ മുകളിൽ പറഞ്ഞ പ്രസ്താവനകൾ, ഉത്തരങ്ങൾ, ഒപ്പം/അല്ലെങ്കിൽ വിശദാംശങ്ങൾ എന്നിവ എന്റെ അറിവിന്റെ പരമാവധി എല്ലാ അർത്ഥത്തിലും സത്യവും പൂർണ്ണവുമാണെന്നും ഈ മറ്റ് വ്യക്തികൾക്ക് വേണ്ടി നിർദ്ദേശിക്കാൻ എനിക്ക് അധികാരമുണ്ടെന്നും എനിക്ക് വേണ്ടിയും ഇൻഷ്വർ ചെയ്യാൻ ഉദ്ദേശിക്കുന്ന എല്ലാ വ്യക്തികൾക്കും വേണ്ടിയും ഞാൻ ഇതിനാൽ പ്രഖ്യാപിക്കുന്നു.

ഞാൻ നൽകുന്ന വിവരങ്ങൾ ഇൻഷ്വറൻസ് പോളിസിയുടെ അടിസ്ഥാനമായിരിക്കുമെന്നും ഇൻഷ്വററുടെ ബോർഡ് അംഗീകരിച്ച അണ്ടർറൈറ്റിംഗ് പോളിസിക്ക് വിധേയമാണെന്നും ഈടാക്കാവുന്ന പ്രീമിയം പൂർണ്ണമായും അടച്ചതിനുശേഷം മാത്രമേ പോളിസി പ്രാബല്യത്തിൽ വരികയുള്ളൂ എന്നും __ മനസ്സിലാക്കുന്നു.

__ പ്രൊപ്പോസൽ സമർപ്പിച്ചതിന് ശേഷവും കമ്പനിയുടെ റിസ്ക് സ്വീകാര്യതയുടെ അടിസ്ഥാനത്തിന് മുമ്പും ഇൻഷ്വർ ചെയ്യേണ്ട / പ്രൊപ്പോസറുമായി ബന്ധപ്പെട്ട ജീവിതത്തിന്റെ തൊഴിലിലോ പൊതുവായ ആരോഗ്യത്തിലോ സംഭവിക്കുന്ന എന്തെങ്കിലും മാറ്റം ഞാൻ രേഖാമൂലം അറിയിക്കുമെന്ന് ഞാൻ പ്രഖ്യാപിക്കുന്നു.

ഇൻഷ്വർ ചെയ്യപ്പെടേണ്ട / പ്രൊപ്പോസർ ചെയ്യേണ്ട വ്യക്തിയുടെ ശാരീരികമോ മാനസികമോ ആയ ആരോഗ്യത്തെ ബാധിക്കുന്ന എന്തെങ്കിലും സംബന്ധിച്ച് ഇൻഷ്വർ ചെയ്തിട്ടുള്ള / പ്രൊപ്പോസറുമായി ബന്ധപ്പെട്ട എന്തെങ്കിലും ഡോക്ടറിൽ നിന്നോ ആശുപത്രിയിൽ നിന്നോ അല്ലെങ്കിൽ എന്തെങ്കിലും മുൻകാല അല്ലെങ്കിൽ നിലവിലെ തൊഴിലുമായി നിന്നോ മെഡിക്കൽ വിവരങ്ങൾ തേടുന്നതിനും ഇൻഷ്വർ ചെയ്യേണ്ട / പ്രൊപ്പോസറെക്കുറിച്ച് ഇൻഷ്വറൻസിനായി അപേക്ഷ നൽകിയിട്ടുള്ള എന്തെങ്കിലും ഇൻഷ്വററിൽ നിന്ന് വിവരങ്ങൾ തേടുന്നതിനും ഞാൻ സമ്മതിക്കുന്നുവെന്ന് __ പ്രഖ്യാപിക്കുന്നു. നിർദ്ദേശത്തിനും / അല്ലെങ്കിൽ ക്ലെയിം സെറ്റിൽമെന്റിനും അണ്ടർറൈറ്റിംഗ് ഉദ്ദേശ്യത്തിനായി.

__ പ്രൊപ്പോസൽ, ക്ലെയിം സെറ്റിൽമെന്റ് എന്നിവയുടെ അണ്ടർറൈറ്റിംഗ്, ഏതെങ്കിലും സർക്കാർ, /അല്ലെങ്കിൽ റെഗുലേറ്ററി അതോറിറ്റി എന്നിവയുമായി ഇൻഷ്വർ ചെയ്ത വ്യക്തിയുടെ / പ്രൊപ്പോസറുടെ മെഡിക്കൽ രേഖകൾ ഉൾപ്പെടെയുള്ള എന്റെ നിർദ്ദേശവുമായി ബന്ധപ്പെട്ട വിവരങ്ങൾ പങ്കിടാൻ കമ്പനിയെ അധികാരപ്പെടുത്തുന്നു.

____ സേവന ഡെലിവറിയുടെ ഏക ഉദ്ദേശ്യത്തിനായി ഇൻഷ്വർ ചെയ്ത / പ്രൊപ്പോസറുടെ മെഡിക്കൽ രേഖകൾ ഉൾപ്പെടെ എന്റെ / ഞങ്ങളുടെ നിർദ്ദേശവുമായി ബന്ധപ്പെട്ട വിവരങ്ങൾ ഞങ്ങളുടെ എംപാനൽ ചെയ്ത ദാതാവുമായി പങ്കിടാൻ ഞാൻ/ഞങ്ങൾ കമ്പനിയെ അധികാരപ്പെടുത്തുന്നു.

തീയതി _ /_ /_ _ _

സ്ഥലം_____ Proposer_____ ഒപ്പ്

8. പ്രാദേശിക ഭാഷാ പ്രഖ്യാപനം

(പ്രൊപ്പോസർ പ്രാദേശിക ഭാഷയിൽ ഒപ്പിട്ടിട്ടുണ്ടെങ്കിൽ സർട്ടിഫിക്കേഷൻ കമ്പനിയുടെ ഏജന്റ് / ജീവനക്കാരൻ ഒഴികെ മറ്റാരെങ്കിലും സാക്ഷ്യം വഹിക്കണം).
ഈ ഫോമിന്റെ ഉള്ളടക്കവും അതിന്റെ വിശദാംശങ്ങളും ഞാൻ പ്രാദേശിക ഭാഷയിൽ പ്രൊപ്പോസർക്ക് വിശദീകരിച്ചിട്ടുണ്ട്, അദ്ദേഹം അത് മനസ്സിലാക്കുകയും സ്ഥിരീകരിക്കുകയും ചെയ്തിട്ടുണ്ട്:

സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തിയ വ്യക്തിയുടെ പേര്:_____ സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തുന്ന വ്യക്തിയുടെ ഒപ്പ്:_____ സർട്ടിഫിക്കറ്റ്നൽകുന്നവ്യക്തിയുടെമൊബൈൽനമ്പർ:_____

സാക്ഷിയുടെ പേര് : _____ Witness_____ ഒപ്പ് സാക്ഷിയുടെ മൊബൈൽ നമ്പർ:_____

പ്രൊപ്പോസറുടെ ഒപ്പ് _____

9. പ്രൊപ്പോസർ പ്രഖ്യാപനം

(ഏതെങ്കിലും കാരണത്താൽ, നിർദ്ദേശവും മറ്റ് അനുബന്ധ പേപ്പറുകളും പ്രൊപ്പോസർ പൂരിപ്പിക്കാത്ത സർട്ടിഫിക്കേഷൻ), പ്രൊപ്പോസൽ
ഫോമിന്റെയും ബന്ധപ്പെട്ട ഡോക്യുമെന്റുകളുടെയും ഉള്ളടക്കം എനിക്ക് പൂർണ്ണമായി വിശദീകരിച്ചിട്ടുണ്ട്, നിർദ്ദേശിച്ച കരാറിന്റെ പ്രാധാന്യം ഞാൻ പൂർണ്ണമായി മനസ്സിലാക്കി. എന്റെ നിർദ്ദേശപ്രകാരം _____ പ്രൊപ്പോസൽ ഫോം പൂരിപ്പിച്ചിട്ടുണ്ട്, അത് ശരിയാണെന്ന് ഞാൻ കണ്ടെത്തി.

പ്രൊപ്പോസറുടെ ഒപ്പ് _____

10. വിശദാംശങ്ങൾ റീഫണ്ട് & ക്ലെയിമുകളുടെ പേയ് മെന്റ്

പേയ്മെന്റ് സ്വീകരിക്കുന്നതിനുള്ള ഓപ്ഷൻ: ബാങ്ക് ട്രാൻസ്ഫർ

ഗുണഭോക്താവിന്റെ പേര്: _____

ബാങ്കിന്റെ പേര്: _____ ഐഎഫ്എസ്സി കോഡ്: _____

അക്കൗണ്ട് നമ്പർ: _____

അക്കൗണ്ട് തരം:_____

11. പ്രീമിയം വിശദാംശങ്ങൾ (ഓഫീസ് ഉപയോഗത്തിന് മാത്രം)

പ്രീമിയം പേയ്മെന്റ് ഓപ്ഷൻ ☐ ചെക്ക് ☐ ഡിമാൻഡ് ഡ്രാഫ്റ്റ് ☐ ക്രെഡിറ്റ് കാർഡ് ☐ പണം ☐ മറ്റ് പ്രീമിയം തുക _____

ഓൺലൈൻ പേയ്മെന്റ് ഇടപാട് ഐഡി: _____ ഈതപ്പന:__/__/____ ബാങ്കിന്റെ പേര് / ബ്രാഞ്ച് _____

നിവ ബുപ്പ ബ്രാഞ്ച് ലൊക്കേഷൻ _____ കോഡ് No_____ ഉറവിടം: അഡ്വൈസർ / ഡിഎസ്സി / കോർപ്പറേറ്റ് ഏജൻസി / മറ്റ് ചാനലുകൾ

കോഡ് No_____ നാമം_____ പ്രൊപ്പോസൽ ലഭിച്ചു: _____ ഉപഭോക്തൃ ID: _____

പ്രൊപ്പോസർ അല്ലെങ്കിൽ അപേക്ഷകൻ ഒരു സ്റ്റാഫ് ആണോ? ☐ ശരി ☐ അല്ല

12. ബാങ്ക് ഇൻഷ്വറൻസ് ചാനലിനുള്ള അധിക വിശദാംശങ്ങൾ മാത്രം (ഓഫീസ് ഉപയോഗത്തിന് മാത്രം)

ബ്രാഞ്ച് കോഡ് _____ എസ്സി കോഡ് _____ RM/LG കോഡ് _____

ഉപഭോക്തൃ അക്കൗണ്ട് നമ്പർ _____

13. ഇൻഷ്വറൻസ് അഡ്വൈസറുടെ റിപ്പോർട്ട് (ഓഫീസ് ഉപയോഗത്തിന് മാത്രം)

ഒരു ഇൻഷ്വറൻസ് അഡ്വൈസർ / കോർപ്പറേറ്റ് ഏജന്റിന്റെ / ബ്രോക്കർ / റിലേഷൻഷിപ്പ് ഓഫീസറുടെ അംഗീകൃത ജീവനക്കാരൻ എന്ന നിലയിൽ, ഈ പ്രൊപ്പോസൽ ഫോമിൽ അടങ്ങിയിരിക്കുന്ന ചോദ്യങ്ങളുടെ സ്വഭാവം ഉൾപ്പെടെ, ഈ പ്രൊപ്പോസൽ ഫോമിൽ അടങ്ങിയിരിക്കുന്ന ചോദ്യങ്ങൾക്ക് അദ്ദേഹം /അവൾ സമർപ്പിച്ച

വിവരങ്ങളും പ്രതികരണവും ഉൾപ്പെടെ ഈ പ്രൊപ്പോസൽ ഫോമിലെ എല്ലാ ഉള്ളടക്കങ്ങളും ഞാൻ പ്രൊപ്പോസറോട് വിശദീകരിച്ചിട്ടുണ്ടെന്ന് ഇതിനാൽ പ്രഖ്യാപിക്കുന്നു. പോളിസി നൽകുന്നതിന് കമ്പനി ഈ നിർദ്ദേശം കമ്പനി അംഗീകരിക്കുകയാണെങ്കിൽ, കമ്പനിയും പ്രൊപ്പോസറും തമ്മിലുള്ള ഇൻഷ്വറൻസ് കരാർ.

ഈ പ്രൊപ്പോസൽ ഫോമിൽ എന്തെങ്കിലും അസത്യ, പ്രസ്താവന (പ്രസ്താവനകൾ) / വിവരങ്ങൾ / പ്രതികരണം (കൾ) അടങ്ങിയിട്ടുണ്ടെങ്കിൽ / അനുബന്ധം (കൾ), സത്യവാങ്മൂലങ്ങൾ, പ്രസ്താവനകൾ, സമർപ്പണങ്ങൾ, നൽകപ്പെടേണ്ട / കൂടുതൽ കാര്യങ്ങൾ എന്നിവ ഉൾപ്പെടുന്നുവെങ്കിൽ, ഏതെങ്കിലും ഭൗതിക വസ്തുത വെളിപ്പെടുത്താത്ത സാഹചര്യത്തിൽ, ഈ നിർദ്ദേശത്തിന് അനുസൃതമായി അദ്ദേഹത്തിന് / അവൾക്ക് അനുകൂലമായി നൽകിയ പോളിസി കമ്പനി അസാധുവായി കണക്കാക്കുകയും പോളിസിക്ക് കീഴിൽ അടച്ച എല്ലാ പ്രീമിയങ്ങളും കമ്പനിക്ക് കണ്ടുകെട്ടുകയും ചെയ്യാം.

ഈന്തപ്പന __/__/____

ഇൻഷുറൻസ് Advisor_____ ഒപ്പ്

(കുറിപ്പ് - സെക്ഷൻ *10, 11, 12* എന്നിവ പ്രകാരം നൽകിയിരിക്കുന്ന വിശദാംശങ്ങൾ ഓഫീസ് ഉപയോഗത്തിന് മാത്രമുള്ളതാണ്, പ്രൊപ്പോസർ പൂരിപ്പിക്കരുത്. അതിനാൽ, പ്രൊപ്പോസർ പൂരിപ്പിച്ച വിശദാംശങ്ങളുമായി യാതൊരു ബന്ധവുമില്ലാത്തതിനാൽ ഈ വിഭാഗങ്ങൾ സൂചിപ്പിക്കുന്നു. ഉപഭോക്താക്കൾക്ക് അയയ്ക്കുന്ന പ്രൊപ്പോസൽ ഫോമിൽ ഈ കുറിപ്പ് ദൃശ്യമാകില്ല. ഇത് ഹയലിന്റെ ഭാഗമാണ് & ഉപയോഗ അംഗീകാരം മാത്രം)

14. ABHA ID

അംഗത്തിന്റെ പേര്	നിങ്ങൾക്ക് ABHA ID ഉണ്ടോ?	ABHA ID	ABHA വഴി ഇൻഷുറർമാരുമായി/ടിപിഎമാരുമായി മെഡിക്കൽ രേഖകൾ പങ്കിടുന്നതിനുള്ള
_____	☐ ശരി ☐ അല്ല	☐☐☐☐ - ☐☐☐☐ - ☐☐☐☐ - ☐☐☐☐	☐ ശരി ☐ അല്ല

15. നിയമപരമായ മുന്നറിയിപ്പ്

റിബേറ്റുകളുടെ നിരോധനം (**1938** ലെ ഇൻഷുറൻസ് നിയമത്തിലെ സെക്ഷൻ **41** പ്രകാരം)

1. ഇന്ത്യയിലെ ജീവനുമായോ സ്വത്തുമായോ ബന്ധപ്പെട്ട ഏതെങ്കിലും തരത്തിലുള്ള റിസ്ക്, നൽകേണ്ട കമ്മീഷന്റെ മുഴുവൻ അല്ലെങ്കിൽ ഭാഗിക റിബേറ്റ് അല്ലെങ്കിൽ പോളിസിയിൽ കാണിച്ചിരിക്കുന്ന പ്രീമിയത്തിന്റെ ഏതെങ്കിലും റിബേറ്റ് എന്നിവയുമായി ബന്ധപ്പെട്ട് ഇൻഷുറൻസ് എടുക്കാനോ പുതുക്കാനോ തുടരാനോ ഏതെങ്കിലും വ്യക്തിയെ നേരിട്ടോ അല്ലാതെയോ അനുവദിക്കാനോ വാഗ്ദാനം ചെയ്യാനോ ഒരു വ്യക്തിയും അനുവദിക്കരുത്. ഇൻഷുററുടെ പ്രസിദ്ധീകരിച്ച പ്രോസ്പെക്ടസുകൾക്കോ പട്ടികകൾക്കോ അനുസൃതമായി അനുവദിക്കാവുന്ന റിബേറ്റ് ഒഴികെ പോളിസി എടുക്കുകയോ പുതുക്കുകയോ തുടരുകയോ ചെയ്യുന്ന ഒരു വ്യക്തിയും റിബേറ്റ് സ്വീകരിക്കില്ല.
2. ഈ വകുപ്പിലെ വ്യവസ്ഥകൾ പാലിക്കുന്നതിൽ വീഴ്ച വരുത്തുന്ന ഏതൊരു വ്യക്തിയും പത്ത് ലക്ഷം രൂപ വരെ പിഴ ഈടാക്കും.

നിവ ബുപ ഹെൽത്ത് ഇൻഷുറൻസ് കമ്പനി ലിമിറ്റഡ്; രജിസ്റ്റർ ചെയ്ത ഓഫീസ്- സി-38, ഒന്നാം നില, ലജ്പത് നഗർ, ഭാഗം 1, ന്യൂഡൽഹി-110024 നിരാകരണം: ഇൻഷുറൻസ് ഒരു അപൂർത്ഥന വിഷയമാണ്. നിവ ബുപ ഹെൽത്ത് ഇൻഷുറൻസ് കമ്പനി ലിമിറ്റഡ് (മുമ്പ് മാക്സ് ബുപ്പ ഹെൽത്ത് ഇൻഷുറൻസ് കമ്പനി ലിമിറ്റഡ് എന്നറിയപ്പെട്ടിരുന്നു) (ഐആർഡിഎഐ രജിസ്ട്രേഷൻ നമ്പർ 145). 'ബുപ്പ', 'ഹാർട്ട്ബീറ്റ്' ലോഗോ എന്നിവ അതത് ഉടമകളുടെ രജിസ്റ്റർ ചെയ്ത വ്യാപാരമുദ്രകളാണ്, ഇത് നിവ ബുപ്പ ഹെൽത്ത് ഇൻഷുറൻസ് കമ്പനി ലിമിറ്റഡ് ലൈസൻസിന് കീഴിൽ ഉപയോഗിക്കുന്നു. കസ്റ്റമർ ഹെൽപ്പ് ലൈൻ: 1860-500-8888. വെബ്സൈറ്റ്: www.nivabupa.com. സിഐഎൻ: U66000DL2008PLC182918. നിബന്ധനകളും വ്യവസ്ഥകളും, ഒഴിവാക്കലുകൾ, അപകടസാധ്യത ഘടകങ്ങൾ, കാത്തിരിപ്പ് കാലയളവ്, ആനുകൂല്യങ്ങൾ എന്നിവയെക്കുറിച്ചുള്ള കൂടുതൽ വിശദാംശങ്ങൾക്ക്, വിൽപ്പന അവസാനിപ്പിക്കുന്നതിന് മുമ്പ് സെയിൽസ് ബ്രോഷർ ശ്രദ്ധാപൂർവ്വം വായിക്കുക.

....

കമ്പനിയുടെ അംഗീകാരം

ആപ്ലിക്കേഷൻ No._____

ഈന്തപ്പന __/__/___

നിങ്ങളുടെ നിർദ്ദേശവും തുകയും ചെക്ക് / ഡിമാൻഡ് ഡ്രാഫ്റ്റ് / മറ്റുള്ളവ) വഴി ലഭിച്ചതായി ഞങ്ങൾ നന്ദിയോടെ അംഗീകരിക്കുന്നു.....

തീയതി .....അന്നാൾ തീയതിയിൽ തയ്യാറാക്കിയ ..... രൂപ..... ഇൻഷുറൻസിനായി പൂർത്തിയായ നിർദ്ദേശം ഞങ്ങൾക്ക് സമർപ്പിക്കുകയോ പോളിസി നൽകുന്നതിനായി നടത്തിയ ഏതെങ്കിലും പേയ്മെന്റോ ഒരു പോളിസി നൽകാൻ സമ്മതിക്കാൻ ഞങ്ങളെ നിർബന്ധിക്കുന്നില്ല, ആ തീരുമാനം എല്ലായ്പ്പോഴും ഞങ്ങളുടെ ഏകവും പൂർണ്ണവുമായ വിവേചനാധികാരത്തിലായിരിക്കും. ഇൻഷുറൻസിനായുള്ള ഒരു നിർദ്ദേശം ഞങ്ങൾ സ്വീകരിക്കുകയാണെങ്കിൽ, അത് പോളിസിയുടെ നിബന്ധനകൾക്കും വ്യവസ്ഥകൾക്കും വിധേയമായിരിക്കും, പ്രീമിയം പൂർണ്ണമായും കൃത്യസമയത്തും ഞങ്ങൾക്ക് ലഭിച്ചില്ലെങ്കിൽ അല്ലെങ്കിൽ യഥാർത്ഥ്യമായില്ലെങ്കിൽ ഞങ്ങൾക്ക് യാതൊരു ബാധ്യതയും ഉണ്ടായിരിക്കില്ല. ഞങ്ങൾ നിർദ്ദേശം അംഗീകരിക്കുന്നില്ലെങ്കിൽ, നിങ്ങളിൽ നിന്ന് പലിശയില്ലാതെ ലഭിച്ച മെഡിക്കൽ ടെസ്റ്റുകളുടെ ചെലവ് കുറച്ചതിന് ശേഷം ഞങ്ങൾ നിങ്ങളെ അറിയിക്കുകയും പേയ്മെന്റ് തിരികെ നൽകുകയും ചെയ്യും.

സ്വീകർത്താവിന്റെ പേരും ഒപ്പും ഓഫീസ് മുദ്രയും