

ആരോഗ്യ അംഗീകരണ പ്രഖ്യാപന ഫോം #

(URN: 002)
 തനിക്കും നിർദ്ദിഷ്ട ഇൻഷുറർ ചെയ്ത ഓരോ വ്യക്തിക്കും വേണ്ടി ക്യാമ്പിറ്റൽ ലെറ്ററുകളിൽ ഈ ഫോം പൂരിപ്പിക്കുക. ഈ പ്രഖ്യാപന ഫോമിലെ ഏതെങ്കിലും ചോദ്യത്തിന് ഉത്തരം നൽകാൻ നിങ്ങൾക്ക് അധിക സ്ഥലം ആവശ്യമുണ്ടെങ്കിൽ, ദയവായി അധിക പേജർ ക്ഷീര്യകൾ ആറാച്ചുചെയ്യുകയും നൽകുന്ന വിവരങ്ങളുമായി ബന്ധപ്പെട്ട ചോദ്യ നമ്പർ അധിക ക്ഷീര്യകൾ സൂചിപ്പിക്കുകയും ചെയ്യുക.

1. പ്രഖ്യാപന വിവരങ്ങൾ

ശീർഷകം നാമം

നിലവിലെ വിലാസം

ലാൻഡ്ലൈൻ നമ്പർ

ജില്ല സംസ്ഥാനം പിൻ കോഡ്

ലാൻഡ് ലൈൻ മൊബൈൽ നമ്പർ

ഇമെയിൽ ഐഡി പാൻ നമ്പർ

ദേശീയത വാർഷിക വരുമാനം (രൂപ) ശമ്പളക്കാരൻ സ്വയംതൊഴിൽ

നിങ്ങൾക്ക് പോളിസി കിറ്റിന്റെ ഫിസിക്കൽ പകർപ്പ് വേണം ശരി അല്ല

ബാങ്ക് വിവരങ്ങൾ

ബാങ്കിന്റെ പേര് ബ്രാഞ്ച്

നമ്പർ അക്കൗണ്ട് നമ്പർ

IFSC കോഡ് അക്കൗണ്ട് തരം സമ്പാദ്യം കറൻസി

ഇലക്ട്രോണിക് ഇൻഷുറർ അക്കൗണ്ടിന്റെ (eIA) വിവരങ്ങൾ

ഈ പോളിസി ഒരു ഇ-ഇൻഷുറർ അക്കൗണ്ടിലേക്ക് ക്രെഡിറ്റ് ചെയ്യാൻ നിങ്ങൾ ആഗ്രഹിക്കുന്നുണ്ടോ? (ദയവായി ആരെയെങ്കിലും തിരഞ്ഞെടുക്കുക)

അല്ല എനിക്ക് ഒരു ഇ-ഇൻഷുറർ അക്കൗണ്ട് ഇല്ല, ഒരേയൊരു തുറക്കാൻ ആഗ്രഹിക്കുന്നില്ല ഗ്രാമീണ, സാമൂഹിക മേഖല വിഭാഗം (ബാധകമെങ്കിൽ):

ശരി എന്റെ ഇ-ഇൻഷുറർ അക്കൗണ്ടിലേക്ക് ഈ പോളിസി ക്രെഡിറ്റ് ചെയ്യുക ആശ്വാസ വാർക്കർ എഞ്ചിനീയറിംഗ്/ഇടതു തൊഴിലാളി

ഉണ്ടെങ്കിൽ, നിലവിലുള്ള ഇ-ഇൻഷുറർ അക്കൗണ്ട് നമ്പർ പങ്കിടുക.

ദയവായി ഇൻഷുറർ റെപ്പ്രസിന്ററി പേർ തിരഞ്ഞെടുക്കുക (നിങ്ങൾ നിങ്ങളുടെ അക്കൗണ്ട് തുറന്നു)

1. NSDL 2. CIRL 3. KARVY 4. CAMS (ദയവായി ആരെയെങ്കിലും തിരഞ്ഞെടുക്കുക)

എനിക്ക് നിലവിലുള്ള ഇ-ഇൻഷുറർ അക്കൗണ്ട് ഇല്ല, ഒരു പുതിയ ഇ-ഇൻഷുറർ അക്കൗണ്ട് സൃഷ്ടിക്കാൻ എനിക്ക് താൽപ്പര്യമുണ്ട് (പ്രസക്തമായ രേഖകൾക്കൊപ്പം ഇലക്ട്രോണിക് ഇൻഷുറർ അക്കൗണ്ട് തുറക്കൽ ഫോം (ഇഫ്എഫ് ഫോം) സമർപ്പിക്കുക).

* പ്രഖ്യാപന ഇൻഷുറർ പോളിസിക്ക് കീഴിൽ പരിരക്ഷ നേടിയിരിക്കണം, അയർക്ക് / അവർക്ക് 18 വയസ്സിൽ കൂടുതൽ പ്രായമുണ്ടായിരിക്കണം.

2. കവരേജ് ബന്ധകങ്ങൾ

ബെനിഫിറ്റ് ടൈപ്പ് (പ്രസക്തമായ ബോക്സുകളിൽ ടിക്ക് ചെയ്യുക, നിങ്ങൾക്ക് ഒന്നിലധികം ആനുകൂല്യങ്ങൾ തിരഞ്ഞെടുക്കാം)

കൂടുമ്പെ കോമ്പിനേഷനുകൾ: 1A 1A+1C 1A+2C 2A 2A+1C 2A+2C

ആക്ടിവ് നെറ്റ് കെയർ # : ഇൻഷുറർ ചെയ്ത തുക (രൂപ)

ആക്ടിവ് നെറ്റ് താൽക്കാലിക ട്രോട്ടൽ ഡിസെമ്പിളിറ്റി (ടിടിഡി) : ശരി അല്ല Sum Insured* (രൂപ)

അപേക്ഷ ആശ്വാസിവാസം

CritiCare# : ഇൻഷുറർ ചെയ്ത തുക (രൂപ) ഓപ്ഷൻ 1 ഓപ്ഷൻ 2

Hospicash : പ്രതിദിന പേറുന്നുകാഷ് പരിധി (രൂപ)

പോളിസി ട്രോ: 1 വർഷം 2 വർഷം 3 വർഷം

* For the first year of the policy, the insured must be aged 18 to 65 years. For the subsequent years, the insured must be aged 18 to 75 years. The maximum sum insured for the first year is Rs. 100 Lakhs. For the subsequent years, the maximum sum insured is Rs. 50 Lakhs. The maximum sum insured for the first year is Rs. 100 Lakhs. For the subsequent years, the maximum sum insured is Rs. 50 Lakhs. The maximum sum insured for the first year is Rs. 100 Lakhs. For the subsequent years, the maximum sum insured is Rs. 50 Lakhs.

3. നിർദ്ദിഷ്ട ഇൻഷുറർ ചെയ്ത വ്യക്തികളുടെ (വ്യക്തികളുടെ) വിവരങ്ങൾ

ഇൻഷുറർ ചെയ്ത നമ്പർ 1	നാമം		ജനനത്തീയതി (DD/MM/YYYY)	ഉയരം (Inch)	ഭാരം (കിലോഗ്രാം)	അരക്കെട്ട് (ഇഞ്ച്)
	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
ലിംഗഭേദം (M/F)	പ്രഖ്യാപനസമയത്തെ ബന്ധം		തൊഴിൽ:	വിദ്യാഭ്യാസം:		റിസ്ക് ക്ലാസ്:
<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>

ഇൻഷുറർ ചെയ്ത നമ്പർ 2	നാമം		ജനനത്തീയതി (DD/MM/YYYY)	ഉയരം (Inch)	ഭാരം (കിലോഗ്രാം)	അരക്കെട്ട് (ഇഞ്ച്)
ലിംഗഭേദം (M/F)	പൊതുസുരമായുള്ള ബന്ധം	തൊഴിൽ:	വിദ്യാഭ്യാസം:		റിസ്ക് ക്ലാസ്സ്	

ഇൻഷുറർ ചെയ്ത നമ്പർ 3	നാമം		ജനനത്തീയതി (DD/MM/YYYY)	ഉയരം (Inch)	ഭാരം (കിലോഗ്രാം)	അരക്കെട്ട് (ഇഞ്ച്)
ലിംഗഭേദം (M/F)	പൊതുസുരമായുള്ള ബന്ധം	തൊഴിൽ:	വിദ്യാഭ്യാസം:		റിസ്ക് ക്ലാസ്സ്	

ഇൻഷുറർ ചെയ്ത നമ്പർ 4	നാമം		ജനനത്തീയതി (DD/MM/YYYY)	ഉയരം (Inch)	ഭാരം (കിലോഗ്രാം)	അരക്കെട്ട് (ഇഞ്ച്)
ലിംഗഭേദം (M/F)	പൊതുസുരമായുള്ള ബന്ധം	തൊഴിൽ:	വിദ്യാഭ്യാസം:		റിസ്ക് ക്ലാസ്സ്	

* റിസ്ക് ക്ലാസ്സ് 2 ന്, പ്രീമിയത്തിൽ 50% ലോഡിംഗ് ഉണ്ടായിരിക്കും. പോളിസി ഉടമയുടെ തൊഴിലിനെ അടിസ്ഥാനമാക്കി ആക്സിഡന്റ് കെയർ പരിരക്ഷയുടെ കാര്യത്തിൽ മാത്രമേ ഇത് ബാധകമാകൂ.

4. നാമനിർദ്ദേശം (പ്രാഥമിക ഇൻഷുറർ ചെയ്തവർക്ക്)

നോമിനിയുടെ പേര്	ജനന തീയതി	പൊതുസുരമായുള്ള ബന്ധം	നോമിനിയുടെ വിലാസം, മൊബൈൽ നമ്പർ, ഇമെയിൽ ഐഡി	നിയമത്തിന്റെ പേര് (നോമിനികൾ 18 വയസ്സിൽ അഴയായാണെങ്കിൽ)
			വിലാസം Ph. No.	

നോമിനി ബാങ്ക് വിശദാംശങ്ങൾ:
 ബാങ്കിന്റെ പേര് _____ (ബ്രാഞ്ച്) _____ IFSC കോഡ് _____
 നഗരം _____ അക്കൗണ്ട് നമ്പർ _____ അക്കൗണ്ട് തരം _____ സമ്പാദ്യം _____ കറൻ്റ് _____

5. മെഡിക്കൽ ചരിത്രം

വിഭാഗം എ: മെഡിക്കൽ വിവരങ്ങൾ

ക്രിട്ടികെയറിന്റെയും / അല്ലെങ്കിൽ ഹോസ്പിറ്റലിസിയുടെയും കാര്യത്തിൽ ഉത്തരം ലഭിക്കും. ആക്സിഡന്റ് കെയർ മാത്രമാണ് തിരഞ്ഞെടുത്തതെങ്കിൽ, ദയവായി a1 ന് മാത്രം ഉത്തരം നൽകുക.	ഇൻഷുറർ ചെയ്ത നമ്പർ. (അപേക്ഷകൻ അംഗത്തിനെതിരെ Yes/No എന്ന ഉത്തരം നൽകുക)			
	1	2	3	4
1. ജനനത്തിന് ശേഷമോ അതിനുശേഷമോ നിങ്ങൾ നല്ല ആരോഗ്യത്തിലാണോ ഒപ്പം / അല്ലെങ്കിൽ ഏതെങ്കിലും മാനസിക / ശാരീരിക വൈകല്യവും / അല്ലെങ്കിൽ വൈകല്യവും / അല്ലെങ്കിൽ വൈകല്യവും അനുഭവിച്ചിട്ടുണ്ടോ?				
2. നിങ്ങളുടെ റെനോസിം പ്രവർത്തനങ്ങളെ ബാധിച്ച ഏതെങ്കിലും ലക്ഷണങ്ങൾക്ക് 7 ദിവസത്തിൽ കൂടുതൽ കിടക്ക വിശ്രമമോ ആശുപത്രിയിൽ പ്രവേശിപ്പിക്കലോ നിർദ്ദേശിച്ചിട്ടുണ്ടോ?				
3. 5 ദിവസത്തിൽ കൂടുതൽ നിങ്ങൾ ഏതെങ്കിലും അസ്വസ്ഥത / ലക്ഷണങ്ങൾ അനുഭവിച്ചിട്ടുണ്ടോ അല്ലെങ്കിൽ നിങ്ങൾ ഒരു കൺസൾട്ടേഷനും എടുത്തിട്ടില്ലാത്തതെങ്കിൽ അങ്ങനെ ചെയ്യാൻ പദ്ധതിയിടുന്നുണ്ടോ?				
4. 7 ദിവസത്തിൽ കൂടുതൽ നിങ്ങളിൽക്കൂടെ അല്ലെങ്കിൽ പ്രതിവാര അല്ലെങ്കിൽ പ്രതിമാസ അടിസ്ഥാനത്തിൽ നിങ്ങൾക്ക് എപ്പോഴെങ്കിലും ഉപദേശം ലഭിച്ചിട്ടുണ്ടോ അല്ലെങ്കിൽ നിലവിൽ ഏതെങ്കിലും ചികിത്സയോ മരുന്നോ നൽകിയിട്ടുണ്ടോ?				
5. ഇനിയൊരു ഏതെങ്കിലും അപേക്ഷണങ്ങൾക്ക് (പതിവ് ആരോഗ്യ പരിശോധന ഒഴികെ) നിങ്ങൾ എപ്പോഴെങ്കിലും വിധേയമാകുകയോ ഉപദേശിക്കപ്പെടുകയോ ചെയ്തിട്ടുണ്ടോ: ടി.എം.ടി, ആർജീവിയോഗ്രാഫി, എക്സോ കാർഡിയോഗ്രാഫി, എൻഡോസ്കോപ്പി, സിടി സ്കാൻ, എംആർഐ, എഫ്എൻഎഫി, ബയോപ്സി മുതലായവ?				
6. നിങ്ങൾ എപ്പോഴെങ്കിലും ഏതെങ്കിലും ഓപ്പറേഷനോ ശസ്ത്രക്രിയയോ നടത്താൻ പദ്ധതിയിട്ടിട്ടുണ്ടോ?				
7. നിങ്ങൾക്ക് രക്തത്തിമർദ്ദവും / അല്ലെങ്കിൽ പ്രമേഹവും / അല്ലെങ്കിൽ ഉയർന്ന കൊളസ്ട്രോളും / അല്ലെങ്കിൽ ഹൃദ്രോഗവും / അല്ലെങ്കിൽ തൈറോയ്ഡ് തകരാറും ഉണ്ടോ?				
8. നിങ്ങൾക്ക് എപ്പോഴെങ്കിലും ഏതെങ്കിലും തരത്തിലുള്ള ക്യാൻസർ ഉണ്ടെന്ന് കണ്ടെത്തിയിട്ടുണ്ടോ? പതിവ് സ്ക്രീനിംഗ് ഒഴികെയുള്ള ക്യാൻസർ രോഗനിർണയം തള്ളിക്കളയുന്നതിന് ഏതെങ്കിലും സ്ക്രീനിങ്ങിന് വിധേയമാകാൻ നിങ്ങളെ എപ്പോഴെങ്കിലും ഉപദേശിച്ചിട്ടുണ്ടോ?				
9. നിങ്ങൾക്ക് എപ്പോഴെങ്കിലും പുകയിലയുമായി ബന്ധപ്പെട്ട ഏതെങ്കിലും ഉൽപ്പന്നങ്ങളായ സിഗററ്റ് / ഗൂഡ്-പാൻ അല്ലെങ്കിൽ മദ്യം അല്ലെങ്കിൽ മറ്റേതെങ്കിലും മയക്കുമരുന്നുകൾ ദിവസേനയോ പ്രതിവാര അടിസ്ഥാനത്തിലോ ഒരു മാസത്തിൽ കൂടുതൽ നിങ്ങളിൽക്കൂടെ ആയ എന്തെങ്കിലും ഉൽപ്പന്നങ്ങൾ കഴിക്കുകയോ കഴിക്കുകയോ ചെയ്തിട്ടുണ്ടോ?				

ഇൻഷുറർ ചെയ്തവർ സ്ക്രീനിംഗിനെതിരെ കാര്യത്തിൽ ഉത്തരം ലഭിക്കേണ്ടതുണ്ട്:

10.	നിങ്ങൾ നിലവിൽ ഗർഭിണിയോടോ / അല്ലെങ്കിൽ ഏതെങ്കിലും തരത്തിലുള്ള ഫെർട്ടിലിറ്റി ചികിത്സയ്ക്ക് വിധേയനോടോ / അല്ലെങ്കിൽ സിസറിയൻ വിഭജനം പ്രസവിച്ചിട്ടുണ്ടോ?				
11.	പതിവ് പരിശോധന ഒഴികെയുള്ള ന്യൂനങ്ങൾ, ആർത്തവചക്രം, ഗർഭാഘാതം, ഒപ്പം/അല്ലെങ്കിൽ PAP സ്ക്രീൻ, മാമോഗ്രാം എന്നിവയുമായി ബന്ധപ്പെട്ട ഏതെങ്കിലും ഗൈനക്കോളജിക്കൽ സങ്കീർണതകൾ നിങ്ങൾക്ക് എപ്പോഴെങ്കിലും ഉണ്ടായിട്ടുണ്ടോ?				

വിഭാഗം ബി: ക്രിട്ടികെയറിനും / അല്ലെങ്കിൽ ഹോസ്പിറ്റലിസിയുടെയും മാത്രം ബാധകമാണ് **a1** ന് 'ഇല്ല' എന്നും / അല്ലെങ്കിൽ വിഭാഗം എയിലെ **a2** മുതൽ **a11** വരെയുള്ള ചോദ്യങ്ങൾക്ക് 'ഇവ്' എന്നും ഉത്തരം നൽകിയിട്ടുണ്ടെങ്കിൽ വിശദാംശങ്ങൾ നൽകുക. അസുഖം / മെഡിസിൻ / ടെസ്റ്റ് / ശസ്ത്രക്രിയ / പരിക്ക് / വൈകല്യം / വൈകല്യം / വൈകല്യം എന്നിവയുടെ പേരും വിശദാംശങ്ങളും.

ഇൻഷുറർ ചെയ്ത നമ്പർ.	മെമ്പർക്കൽ ചോദ്യം നമ്പർ.	രോഗത്തിന്റെ തരം	കൃത്യമായ രോഗനിർണയവും അനേകങ്ങളും പൂർത്തിയായി	രോഗനിർണയ തീയതി	കൺസൾട്ടേഷൻ തീയതി	ചികിത്സയുടെ വിശദാംശങ്ങൾ / ആശുപത്രിയിൽ പ്രവേശിപ്പിച്ചതിന്റെ ചരിത്രം	ഡോക്ടറുടെയും ആശുപത്രിയുടെയും പേരും ഫോൺ നമ്പറും അതിനായി ആശുപത്രിയിൽ പ്രവേശിപ്പിക്കപ്പെട്ടിട്ടുണ്ടോ എന്നും

ഈ പ്രൊപ്പോസൽ ഫോമിലെ എന്തെങ്കിലും ചോദ്യത്തിന് ഉത്തരം നൽകാൻ നിങ്ങൾക്ക് അധിക സ്ഥലം ആവശ്യമാണെങ്കിൽ, ദയവായി അധിക പേപ്പർ ഷീറ്റുകൾ അറ്റാച്ച് ചെയ്യുകയും വിവരങ്ങൾ നൽകുന്ന ചോദ്യ നമ്പർ അധിക ഷീറ്റിൽ സൂചിപ്പിക്കുകയും ചെയ്യുക.

വിഭാഗം സി:
 ഇൻഷുറർ ചെയ്ത വ്യക്തി / പ്രൊപ്പോസർ ഒരു രാഷ്ട്രീയ തുറന്നുകൊടുക്കപ്പെട്ട വ്യക്തിയാണോ (പിഇപി) [] ശരി [] അല്ല
 ? (ഉണ്ടെങ്കിൽ, ദയവായി PEP ചോദ്യാവലി പൂർപ്പിക്കുക)

ഇന്ത്യയിലെ വിദേശത്തോ എന്തെങ്കിലും ക്രിമിനൽ നടപടികൾക്ക് കീഴിൽ ശിക്ഷിക്കപ്പെട്ട ചരിത്രം നിങ്ങൾക്കുണ്ടോ? [] ശരി [] അല്ല

#PEP കേന്ദ്ര അല്ലെങ്കിൽ സംസ്ഥാന സർക്കാരുള്ള തലവൻമാർ / മന്ത്രിമാർ, മുതിർന്ന സർക്കാർ ജൂഡീഷ്യൽ അല്ലെങ്കിൽ സൈനിക ഉദ്യോഗസ്ഥർ, സർക്കാർ കമ്പനികളുടെ മുതിർന്ന എക്സിക്യൂട്ടീവുകൾ, പ്രധാനപ്പെട്ട പാർട്ടി ഉദ്യോഗസ്ഥർ, അടുത്ത കുടുംബാംഗം അല്ലെങ്കിൽ അതിൽ വ്യക്തികൾ (ജീവിതപങ്കാളി, മാതാപിതാക്കൾ, കുട്ടികൾ, പങ്കാളിയുടെ മാതാപിതാക്കൾ അല്ലെങ്കിൽ സഹോദരങ്ങൾ, പിള്ളികളുടെ അടുത്ത സഹോദരികൾ) എന്നിവരാണ്.

വിഭാഗം ഡി: കുടുംബ ചരിത്രം * (കുട്ടികളെയും സഹോദരങ്ങളെയും ഉൾക്കൊള്ളിച്ച് കവരുന്നിട്ടുള്ളവർക്ക് മാത്രം)
 നിങ്ങളുടെ മാതാപിതാക്കൾക്കോ സഹോദരന്മാർക്കോ സഹോദരിമാർക്കോ കാൻസർ, പ്രമേഹം, രക്താതിമർദ്ദം (ഉയർന്ന രക്തസമ്മർദ്ദം), ഹൃദയം അല്ലെങ്കിൽ വൃക്ക രോഗം, പോളിസിസ്റ്റിക് വൃക്ക രോഗം, മനസിക അല്ലെങ്കിൽ നാഡീ വൈകല്യം (അൽഷിമേഴ്സ് രോഗം ഉൾപ്പെടെ), ഹൃദയാഘാതം, മൾട്ടിപ്പിൾ സ്ക്ലെറോസിസ്, മോട്ടോർ ന്യൂറോൺ രോഗം അല്ലെങ്കിൽ സ്ഥിരമായ / ദീർഘകാല സ്വഭാവമുള്ള മറ്റേതെങ്കിലും പാരമ്പര്യ വൈകല്യങ്ങൾ ഉണ്ടോ? [] ശരി [] അല്ല

ഇൻഷുറർ ചെയ്ത നമ്പർ.	പ്രൊപ്പോസറുമായുള്ള ബന്ധം	രോഗമോ തകരാറോ (എന്തെങ്കിലും ഉണ്ടെങ്കിൽ)	പ്രായം (ജീവിച്ചിരുന്നെങ്കിൽ)	ആരംഭത്തിലെ പ്രായം	മരണകാരണം (ബാധകമെങ്കിൽ)	മരണ പ്രായം (ബാധകമെങ്കിൽ)

* പ്രായപൂർത്തിയായ അംഗത്തിന് മാത്രം നൽകണം

6 കുടുംബ ഡോക്ടറുടെ വിവരങ്ങൾ

കുടുംബ ഡോക്ടറുടെ പേര് _____ കോൺടാക്റ്റ് നമ്പർ 1 _____ കോൺടാക്റ്റ് നമ്പർ 2 _____

7 ലഭിച്ചിട്ടുള്ള ഇൻഷുറൻസ് വിവരങ്ങൾ

നിവ ബുദ്ധ ഹെൽത്ത് ഇൻഷുറൻസ് കമ്പനി ലിമിറ്റഡിലോ മറ്റേതെങ്കിലും ഇൻഷുറൻസ് കമ്പനിയോ ഹെൽത്ത് ഇൻഷുറൻസ് / പേജണൽ ആക്ടിവിറ്റി പൊളിസി പ്രകാരം നിങ്ങളോ മറ്റേതെങ്കിലും വ്യക്തിയോ ഇതിനകം ഇൻഷുറർ ചെയ്തിട്ടുണ്ടോ? [] ശരി [] അല്ല

ഉണ്ടെങ്കിൽ, എപ്പോൾ മുതലാണ് നിങ്ങൾ തുടർച്ചയായി ഇൻഷുറർ ചെയ്തപ്പോൾ DD / MM / YYYY

ഇൻഷുറർ ചെയ്ത നമ്പർ.	ഇൻഷുറൻസ് കമ്പനിയുടെ പേര്	പോളിസി നമ്പർ / ആപ്ലിക്കേഷൻ നമ്പർ	ഇൻഷുറർ ചെയ്ത തീയതി (തീയതി)	ഇൻഷുറർ ചെയ്ത തുക	ക്വേഷിം വിവരങ്ങൾ (എന്തെങ്കിലും ഉണ്ടെങ്കിൽ)

8 പദ്ധ്യാപനം (പ്രൊപ്പോസർക്ക് ദയവായി ശ്രദ്ധാപൂർവ്വം വായിക്കുകയും ഓരോന്നിനും എതിരെ ഒരു ചെക്ക് മാർക്ക് ഇടുകയും ചെയ്യുക.)

- ഞാൻ നൽകുന്ന വിവരങ്ങൾ ഇൻഷുറൻസ് പോളിസിയുടെ അടിസ്ഥാനമായിരിക്കുമെന്നും ഇൻഷുറൻസ് കമ്പനിയുടെ റേറ്റിംഗ് അംഗീകരിച്ച അണ്ടർവൈറ്റിംഗ് പോളിസിക്ക് വിധേയമാണെന്നും ഈടാക്കാവുന്ന പ്രീമിയം പൂർണ്ണമായി ലഭിച്ചതിനുശേഷം മാത്രമേ പോളിസി പ്രാബല്യത്തിൽ വരികയുള്ളൂ എന്നും ഞാൻ മനസ്സിലാക്കുന്നു.
- പ്രൊപ്പോസർ സമ്മർപ്പിച്ചതിന് ശേഷവും എന്താൽ കമ്പനിയുടെ റിസ്ക് സൂചികാര്യങ്ങളുടെ ആശയവിനിമയത്തിന് മുമ്പ്, ഇൻഷുറർ ചെയ്യേണ്ട / പ്രൊപ്പോസറുടെ തൊഴിലിലോ ജീവിതത്തിന്റെ പൊതുവായ ആരോഗ്യത്തിലോ സംഭവിക്കുന്ന എന്തെങ്കിലും മാറ്റം ഞാൻ / ഞങ്ങൾ രേഖാമൂലം അറിയിക്കുമെന്ന് ഞാൻ/ഞങ്ങൾ പ്രഖ്യാപിക്കുന്നു.
- ജീവിതത്തിന്റെ ശാരീരികമോ മാനസികമോ ആയ ആരോഗ്യത്തെ ബാധിക്കുന്ന എന്തെങ്കിലും സംഭവമില്ലാത്തതോ ഡോക്ടറിൽ നിന്നോ ആശുപത്രിയിൽ നിന്നോ ഇൻഷുറർ ചെയ്തിട്ടുള്ള / പ്രൊപ്പോസറിൽ പങ്കെടുക്കുന്ന എന്തെങ്കിലും മുൻ അല്ലെങ്കിൽ നിലവിലെ തൊഴിലുമായി നിന്നോ മെമ്പർക്കൽ വിവരങ്ങൾ തേടുന്ന കമ്പനിക്ക് ഞാൻ/ഞങ്ങൾ പ്രഖ്യാപിക്കുകയും സമ്മതിക്കുകയും ചെയ്യുന്നു. നിർദ്ദേശത്തിനും / അല്ലെങ്കിൽ ക്വേഷിം സെന്റിമെന്റിനും അണ്ടർവൈറ്റിംഗ് ഉദ്ദേശ്യത്തിനായി.
- പ്രൊപ്പോസർ അണ്ടർവൈറ്റിംഗ്, /അല്ലെങ്കിൽ ക്വേഷിം സെന്റിമെന്റ് എന്നിവയുടെ ഏക ഉദ്ദേശ്യത്തിനായി മെമ്പർക്കൽ രേഖകൾ ഉൾപ്പെടെ എന്റെ നിർദ്ദേശവുമായി ബന്ധപ്പെട്ട വിവരങ്ങൾ എന്തെങ്കിലും സർക്കാരുമോയോ ഞങ്ങളുടെ സേവന ദാതാവുമോയോ / അല്ലെങ്കിൽ ഹെൽത്ത് അന്വേഷണ ഓഫീസുമോയോ പങ്കിടാൻ ഞാൻ / ഞങ്ങൾ കമ്പനിയെ അധികാരപ്പെടുത്തുന്നു.
- സേവന വിലവിവരങ്ങൾ ഏക ഉദ്ദേശ്യത്തിനായി ഇൻഷുറർ ചെയ്ത / പ്രൊപ്പോസറുടെ മെമ്പർക്കൽ രേഖകൾ ഉൾപ്പെടെ എന്റെ / ഞങ്ങളുടെ നിർദ്ദേശവുമായി ബന്ധപ്പെട്ട വിവരങ്ങൾ ഞങ്ങളുടെ എംപാനൽ ചെയ്ത ദാതാവുമായി പങ്കിടാൻ ഞാൻ/ഞങ്ങൾ കമ്പനിയെ അധികാരപ്പെടുത്തുന്നു.
- മുകളിൽ പറഞ്ഞ പ്രസ്താവനകൾ, ഉത്തരങ്ങൾ, ഒപ്പ്/അല്ലെങ്കിൽ വിവരങ്ങൾ എന്നിവ എന്റെ അറിവിന്റെ പരമാവധി എല്ലാ അർത്ഥത്തിലും സത്യവും പൂർണ്ണവുമാണെന്നും മറ്റ് വ്യക്തികൾക്ക് വേണ്ടി നിർദ്ദേശിക്കാൻ എനിക്ക്/ഞങ്ങൾക്ക് അധികാരമുണ്ടെന്നും എനിക്ക് വേണ്ടിയും ഇൻഷുറർ ചെയ്യാൻ ഉദ്ദേശിക്കുന്ന എല്ലാ വ്യക്തികൾക്കും വേണ്ടിയും ഞാൻ/ഞങ്ങൾ ഇതിനാൽ പ്രഖ്യാപിക്കുന്നു.

ഊതപ്പന: _____ സ്ഥലം: _____ പ്രൊപ്പോസറുടെ ഒപ്പ് _____

9. ഉപകേന്ദ്രങ്ങൾക്ക് പോളിസി പൂർത്തിയാക്കുന്നതിനും സേവന ആശയവിനിമയത്തിനുമുള്ള അംഗീകാരം

എന്റെ പരിസ്ഥിതി സംരക്ഷിക്കാൻ ഞാൻ ആഗ്രഹിക്കുന്നു, അപേക്ഷാ ഫോമിൽ സൂചിപ്പിച്ചിരിക്കുന്ന പ്രകാരം എന്റെ പോളിസിയും സേവനവുമായി ബന്ധപ്പെട്ട എല്ലാ ആശയവിനിമയങ്ങളും ഇമെയിൽ ഐഡിയിലേക്ക് അയയ്ക്കാൻ നിവ ബുദ്ധ ഹീൽത്ത് ഇൻഷുറൻസ് കമ്പനി ലിമിറ്റഡിനെ അധികാരപ്പെടുത്തുന്നതിലൂടെ പേപ്പർ സംരക്ഷിക്കാൻ സഹായിക്കാൻ ഞാൻ ആഗ്രഹിക്കുന്നു. [] ശരി [] അല്ല

10. പ്രാദേശിക ഭാഷാ പ്രഖ്യാപനം

പ്രൊപ്പോസർ പ്രാദേശിക ഭാഷയിൽ ഒപ്പിട്ടിട്ടുണ്ടെങ്കിൽ കമ്പനിയുടെ ഏജന്റ് / ജീവനക്കാരൻ അല്ലാത്ത മറ്റാരുമില്ലാതെ സാക്ഷ്യം വഹിക്കണം. ഈ ഫോമിന്റെ ഉള്ളടക്കവും അതിന്റെ വിവരങ്ങളും ഞാൻ പ്രാദേശിക ഭാഷയിൽ വിശദീകരിക്കുകയും അത് മനസ്സിലാക്കുകയും സ്ഥിരീകരിക്കുകയും ചെയ്ത നിർദ്ദേശകനോട് വിശദീകരിച്ചു.

സാക്ഷിയുടെ പേര്: _____ സാക്ഷിയുടെ ഒപ്പ് _____ പ്രൊപ്പോസറുടെ ഒപ്പ് _____

അംഗത്തിന്റെ പേര്	നിങ്ങളുടെ ABHA ID ഉണ്ടോ?		ABHA ID	ABHA വഴി				
	ഉണ്ട്	ഇല്ല		ഉൾക്കൊള്ളുന്നവരുമായി ബന്ധിക്കാൻ ശ്രമിക്കുക	പങ്കെടുക്കുന്നവരുള്ള			
_____	<input type="checkbox"/>	ശരി	<input type="checkbox"/>	അല്ല	<input type="checkbox"/>	ശരി	<input type="checkbox"/>	അല്ല
_____	<input type="checkbox"/>	ശരി	<input type="checkbox"/>	അല്ല	<input type="checkbox"/>	ശരി	<input type="checkbox"/>	അല്ല
_____	<input type="checkbox"/>	ശരി	<input type="checkbox"/>	അല്ല	<input type="checkbox"/>	ശരി	<input type="checkbox"/>	അല്ല
_____	<input type="checkbox"/>	ശരി	<input type="checkbox"/>	അല്ല	<input type="checkbox"/>	ശരി	<input type="checkbox"/>	അല്ല

12. പണ്ടിനും ക്ഷേമിനുമുള്ള പേയ് മെന്റിനുള്ള വിവരങ്ങൾ

പേയ് മെന്റ് സ്വീകരിക്കുന്നതിനുള്ള ഓപ്ഷൻ: ബാങ്ക് ട്രാൻസ്ഫർ

ബെനിഫിഷ്യറിയുടെ പേര് _____

ബാങ്കിന്റെ പേര് _____ അക്കൗണ്ട് നമ്പർ _____

IFSC കോഡ് _____ അക്കൗണ്ട് തരം _____ സമ്പാദ്യം _____ കറൻറ് _____

ഔദ്യോഗിക ഉപയോഗത്തിന് മാത്രം

പ്രീമിയം പേയ്മെന്റ് വിവരങ്ങൾ: പണം ചെക്ക് / ഡിഡി നമ്പർ _____ ക്രെഡിറ്റ് കാർഡ് _____

ഓൺലൈൻ / ഡയറക്ട് ഡെബിറ്റ് _____ ഉടപാട് ഐഡി _____ തുക _____

ഈത്തൂന്നി (DD/MM/YYYY) _____ ബാങ്ക് പേര് / ബ്രാഞ്ച് _____

നിവ ബ്യൂട്ടി ബ്രാഞ്ച് ലൊക്കേഷൻ _____ കോഡ് നമ്പർ _____

ബിസിനസ്സ് ഉറവിടം: അഡ്രസ്സ് / ഡി.എസ്.ഐ. / കോർപ്പറേറ്റ് ഏജൻസി / മറ്റ് ചാനലുകൾ _____ കോഡ് നമ്പർ _____

നാമം _____ കോഡ് നമ്പർ _____

തീയതിയിൽ ലഭിച്ച നിർദ്ദേശം _____ ഉപഭോക്തൃ ID _____

പ്രൊസസ്സ് ചെയ്തത് _____ ഈത്തൂന്നി DD/MM/YYYY _____ അംഗീകരിച്ചത് _____ ഈത്തൂന്നി DD/MM/YYYY _____

Bancassurance Channel-ന്റെ അധിക വിവരങ്ങൾ മാത്രം

ബ്രാഞ്ച് കോഡ് _____ എസ്റ്റി കോഡ് _____ RM/LG കോഡ് _____

ഉപഭോക്താവിന്റെ അക്കൗണ്ട് നമ്പർ _____

ഇൻഷുറൻസ് ഉപഭോക്താവിന്റെ റിപ്പോർട്ട്

നിങ്ങളുടെ പ്രൊപ്പോസറുമായി ബന്ധമുണ്ടോ? ശരി അല്ല ഉണ്ടെങ്കിൽ, ബന്ധത്തിന്റെ സ്വഭാവം? _____

പ്രൊപ്പോസർ നിങ്ങളുടെ പ്രൊപ്പോസറെ അറിയാവുന്നതോ? വാർഷിക്കുള്ള മാസങ്ങൾ

പ്രൊപ്പോസറുടെ ഐഡൻറിറ്റിയിൽ നിങ്ങൾ സംതൃപ്തനാണോ? ശരി അല്ല

പ്രൊപ്പോസർക്കോ നിർദ്ദിഷ്ട ഇൻഷർ ചെയ് വ്യക്തിക്കോ എന്തെങ്കിലും ശാരീരിക വൈകല്യം / വൈകല്യം അല്ലെങ്കിൽ മാനസിക വൈകല്യം ഉണ്ടോ? ശരി അല്ല

ഏതു സിയുടെ ഒഴിവുകളിലും നിങ്ങളുടെ വിവരങ്ങൾ ഉൾപ്പെടുത്തേണ്ട, പ്രൊപ്പോസർ വ്യക്തിപരമായി ആരോഗ്യ പ്രഖ്യാപനം പൂർത്തിയാക്കിയിട്ടുണ്ടോ? ശരി അല്ല

പ്രൊപ്പോസർക്കോ ഫോം തയ്യാറാക്കുന്ന സമയത്ത് പ്രൊപ്പോസറുടെ ആരോഗ്യസ്ഥിതി എന്താണ്? _____

ധർമ്മിക അപകടം ഉൾപ്പെടെയുള്ള എല്ലാ ഘടകങ്ങളും കണക്കിലെടുത്ത് ഈ നിർദ്ദേശ ഫോം സ്വീകരിക്കാൻ നിങ്ങൾ ശുപാർശ ചെയ്യുന്നുണ്ടോ? ശരി അല്ല

ഈത്തൂന്നി: (DD/MM/YYYY) _____

ഈത്തൂന്നി _____ ഈത്തൂന്നി അഡ്രസ്സുടെ ഒപ്പ് _____

മുന്നറിയിപ്പ്: 1938 ലെ ഇൻഷുറൻസ് നിയമത്തിലെ സെക്ഷൻ 41: (1) ഉന്മയിലെ ജീവനുമായോ സമ്പത്തുമായോ ബന്ധപ്പെട്ട ഏതെങ്കിലും തരത്തിലുള്ള ഇൻഷുറൻസ് എടുക്കാനോ പുതുക്കാനോ തുടരാനോ ഏതെങ്കിലും വ്യക്തിയെ നേരിട്ടോ അല്ലാത്തതോ പേരിട്ടുകൊണ്ട് ഒരു വ്യക്തിയെ അനുവദിക്കില്ല. ഒരു പോളിസി എടുക്കുന്ന അല്ലെങ്കിൽ തുടരുന്ന വ്യക്തി ഇൻഷുററുടെ പ്രസിദ്ധീകരിച്ച പ്രൊസ്പെക്ട് അല്ലെങ്കിൽ പട്ടികകൾക്ക് അനുസൃതമായി അനുവദനീയമായ അത്തരം റിബേറ്റ് ഒഴികെയുള്ള എന്തെങ്കിലും സൗകര്യം സ്വീകരിക്കുക. (2) ഈ വ്യക്തിയെ വ്യവസ്ഥകൾ പാലിക്കുന്നതിൽ വീഴ്ച വരുത്തുന്ന ഏതൊരു വ്യക്തിയും പത്ത് ലക്ഷം രൂപ വരെ നീളുന്ന പിഴയ്ക്ക് ബാധ്യസ്ഥനാണ്.

നിവ ബ്യൂട്ടി ഹീത്ത് ഇൻഷുറൻസ് കമ്പനി ലിമിറ്റഡ് ഇൻഷുറൻസ് നിയമത്തിലെ വിഷയമാണ്. നിവ ബ്യൂട്ടി ഹീത്ത് ഇൻഷുറൻസ് കമ്പനി ലിമിറ്റഡ് (മുൻ മാഷ് ബ്യൂട്ടി ഹീത്ത് ഇൻഷുറൻസ് കമ്പനി ലിമിറ്റഡ് എന്നറിയപ്പെട്ടിരുന്നു) ഐ.ആർ.ടി.എ.ഐ. രജിസ്ട്രേഷൻ നമ്പർ 145. 'ബ്യൂട്ടി', 'ഹെൽത്ത്ബീറ്റ്' ലോഗോ എന്നിവ അത് ഉടമകളുടെ രജിസ്റ്റർ ചെയ്ത വ്യാപാരച്ചിഹ്നമാണ്. ഇത് നിവ ബ്യൂട്ടി ഹീത്ത് ഇൻഷുറൻസ് കമ്പനി ലിമിറ്റഡ് ലൈസൻസിന് കീഴിൽ ഉപയോഗിക്കുന്നു. രജിസ്റ്റർ ചെയ്ത ഓഫീസ്: സി-98, ഒന്നാം നില, ലജ്ജ് സെർ, ഓം 1, ന്യൂഡൽഹി-110024, കന്യാമർ ഹെൽത്ത് ലൈൻ: 1860-500-8888. വെബ്സൈറ്റ്: www.nivabupa.com. സി.എ.എൻ: U66000DL2008PLC182918. കൂറിസ്റ്റ്: പോളിസി കാലയളവിൽ ഇൻഷർ ചെയ് ഏതെങ്കിലും വ്യക്തികളുടെ ജോലിയുടെ സ്വഭാവത്തിൽ ഏതെങ്കിലും മാറ്റം ഉണ്ടെങ്കിൽ നിവ ബ്യൂട്ടിയെ അറിയിക്കാൻ പ്രൊപ്പോസർ ബാധ്യസ്ഥനാണ്.



അംഗീകാരം

No- ന്നിനുള്ള നിർദ്ദേശം. _____ ഈത്തൂന്നി D D M M ഉ ഉ ഉ ഉ

നിങ്ങളുടെ നിർദ്ദേശവും തുകയും ക്യാഷ് / ചെക്ക് / ഡിമാൻഡ് ഡ്രാഫ്റ്റ് / മറ്റ് തുകകൾ വഴി തങ്ങൾ നന്ദിയോടെ അംഗീകരിക്കുന്നു. _____

_____ ഇൻഷുറൻസിനായി പൂർണ്ണമായ ഒരു നിർദ്ദേശമോ ഏതെങ്കിലും പോളിസിനായി പണമടയ്ക്കുന്നതോ ഒരു പോളിസി _____

നൽകാൻ സമ്മതിക്കാൻ തങ്ങളെ നിർബന്ധിക്കുന്നില്ല. ഈ തീരുമാനം എല്ലാഘട്ടങ്ങളും പൂർണ്ണമായ സമ്പൂർണ്ണമായ വിവേചനാധികാരത്തിന് പുറത്തായിരിക്കും. ഇൻഷുറൻസിനുള്ള _____

ഒരു നിർദ്ദേശം തങ്ങൾ സ്വീകരിക്കുകയാണെങ്കിൽ, അത് പോളിസി നിബന്ധനകൾക്കും വ്യവസ്ഥകൾക്കും വിധേയമായിരിക്കും. കൂടാതെ പെർമിയം പൂർണ്ണമായും കൃത്യസമയത്തും _____

തങ്ങൾക്ക് ലഭിച്ചിട്ടുള്ളതിൽ അല്ലെങ്കിൽ യാഥാർത്ഥ്യമായിട്ടുള്ളതിൽ തങ്ങൾക്ക് യാതൊരു ബാധ്യതയുമില്ലാതെ ഉണ്ടായിരിക്കില്ല. തങ്ങൾ നിർദ്ദേശം അംഗീകരിക്കുന്നില്ലെങ്കിൽ, തങ്ങൾ തങ്ങളെ അറിയിക്കുകയും _____

പേയ്മെന്റ് തിരികെ നൽകുകയും ചെയ്യും പലിശയില്ലാതെ തങ്ങളിൽ നിന്ന് എന്തെങ്കിലും ലഭിച്ചിട്ടുണ്ടെങ്കിൽ. _____

പ്രധാന സവിശേഷത അവ

നിവ ബുഡ്ജറ്റ് അതിന്റെ ഉപഭോക്താക്കൾക്ക് ന്യായവും സുതാര്യവുമായിരിക്കാൻ സമർപ്പിച്ചിരിക്കുന്നു. ഈ ഡോക്യുമെന്റ് നിങ്ങളുടെ പോളിസിയിലെ പ്രധാന സവിശേഷതകളും കാത്തിരിപ്പ് കാലയളവുകളും സംഗ്രഹിക്കുന്നു. നിങ്ങളുടെ നയം നന്നായി മനസ്സിലാക്കാൻ ദയവായി ഇത് ശ്രദ്ധാപൂർവ്വം വായിക്കുക.

1 ആക്ടിവിറ്റി കെയർ പരിരക്ഷ

ഒരു ഇൻഷുറർ ചെയ്ത വ്യക്തി അപകടം മൂലം മരിക്കുകയോ എന്തെങ്കിലും പരിക്ക് സംഭവിക്കുകയോ ചെയ്യുകയാണെങ്കിൽ, ആക്ടിവിറ്റി കെയർ പരിരക്ഷ ഇനിപ്പറയുന്ന ആനുകൂല്യങ്ങളിലൂടെ സഹായിക്കും:

മരണ പരിരക്ഷ:	മരണത്തിനു നല്കേണ്ടിവരും.
മുൻകരുതലുള്ള ചെലവുകൾ:	അല്ലെങ്കിൽ ചെലവുള്ള കഴിവിലേക്കോ കൈകാര്യം ചെയ്യേണ്ടതോ ചെയ്യേണ്ടതോ ഉപയോഗം നഷ്ടപ്പെടുമ്പോൾ നിയമിതമായ ചെലവുകൾ നൽകുന്നു.
മുൻകരുതലുള്ള ചെലവുകൾ:	നിങ്ങളുടെ ശരീരത്തിന്റെ ഭാഗത്തെ ചെലവുകൾ ഒരു സ്ഥിരമായ പരിരക്ഷ നൽകേണ്ടതാണ്. ഉദാഹരണത്തിന്: കൈയ്യുടെയോ കാലിന്റെയോ ഉപയോഗം നഷ്ടപ്പെടുമ്പോൾ അല്ലെങ്കിൽ സന്ധി അല്ലെങ്കിൽ കോളിക് നഷ്ടം മുൻകരുതലുള്ള ചെലവുകൾ.
മുൻകരുതലുള്ള ചെലവുകൾ:	മരണമോ സ്ഥിരമായ ചെലവുകൾ മരണമുൻകരുതലുള്ള ചെലവുകൾ 2 കൂട്ടുകൾക്ക് വരെ പാലിയേറ്റീവ് ചെലവുകൾ നൽകേണ്ടതാണ്.
മരണസംസ്കാരച്ചെലവ്:	മരണത്തിനുനൽകേണ്ടിവരും.
മരണശേഷിയിലെ ചെലവുകൾ: (ഓപ്പറേഷൻ ബെനിഫിറ്റ്)	ഇൻഷുറർ ചെയ്ത വ്യക്തിക്ക് തന്റെ പതിവ് തൊഴിലിൽ പങ്കെടുക്കാൻ കഴിയാത്ത വൈകല്യത്തിന് നൽകുന്നു.
ആക്ടിവിറ്റി കെയർ പരിരക്ഷ: (ഓപ്പറേഷൻ ബെനിഫിറ്റ്)	ഒരു അപകടത്തെത്തുടർന്ന് ആശുപത്രിയിൽ പ്രവേശിപ്പിക്കപ്പെട്ട ചെലവുകൾക്കായി അടയ്ക്കുന്നു.
ഇൻഷുറർ ചെയ്ത തുക (എസ്ഐ) യോഗ്യത:	സ്വയം - 100% എസ്ഐ പങ്കാളി - 50% എസ്ഐ അല്ലെങ്കിൽ 10 ലക്ഷം രൂപ (ഏതാണോ കുറവ്) കുട്ടികൾ - എസ്ഐയുടെ 20% അല്ലെങ്കിൽ 5 ലക്ഷം രൂപ (ഏതാണോ കുറവ്)

2 Anti-Care Cover

പോളിസിയിൽ പരിരക്ഷയുള്ള 20 ഗുരുതരമായ രോഗങ്ങളിൽ (കാൻസർ, ഹൃദയാഘാതം, ഓപ്പൺ ചെസ്റ്റ് സിന്റൈറ്റിസ്, മൾട്ടിപ്പിൾ സ്ക്വിറോസിസ് മുതലായവ) എന്തെങ്കിലും ഇൻഷുറർ ചെയ്ത വ്യക്തിക്ക് അനുഭവപ്പെടുകയാണെങ്കിൽ, തിരഞ്ഞെടുത്ത ആനുകൂല്യ ഓപ്പറേഷൻ അനുസരിച്ച് നിവ ബുഡ്ജറ്റ് ഇൻഷുറർ ചെയ്ത തുക നൽകും.

ആനുകൂല്യ ഓപ്പറേഷനുകൾ:	ബെനിഫിറ്റ് ഓപ്പറേഷൻ 1 - ഒറ്റത്തവണയായി അടയ്ക്കേണ്ട ഇൻഷുറർ ചെയ്ത തുക ആനുകൂല്യ ഓപ്പറേഷൻ 2 - ഒറ്റത്തവണയായി അടയ്ക്കേണ്ട ഇൻഷുറർ ചെയ്ത തുകയും തുടർന്നുള്ള 5 വർഷത്തേക്ക് ഓരോ വർഷവും നൽകേണ്ട ഇൻഷുറർ ചെയ്ത തുകയുടെ
ഇൻഷുറർ ചെയ്ത തുക (എസ്ഐ) യോഗ്യത:	സ്വയം-100%എസ്ഐ പങ്കാളി-100%എസ്ഐ
കാൻസർ കാത്തിരിപ്പ് കാലയളവ്:	കുറഞ്ഞത് 90 ദിവസം മുതൽ 36 മാസം വരെ തുടർച്ചയായ പരിരക്ഷ കഴിയുന്നതുവരെ അടയാളങ്ങളോടുകൂടി അടയാളങ്ങളോടൊപ്പം വിട്ടുപോകാൻ ആനുകൂല്യം ലഭിക്കില്ല.
മരണത്തെത്തുടർന്ന് ചെലവുകൾ:	ആദ്യ പോളിസി ആരംഭിച്ചതു മുതൽ 36 മാസത്തെ തുടർച്ചയായ പരിരക്ഷ കഴിയുന്നതുവരെ നിലവിലുള്ള രോഗങ്ങൾക്ക് ആനുകൂല്യങ്ങൾ ലഭിക്കില്ല.
പോളിസി മെമ്പർമാർക്ക് ചെലവുകൾ: (പിപിഎംസി):	ക്രിറ്റിക്കലിൻറെ നിർദ്ദേശം നിരസിക്കപ്പെടുകയാണെങ്കിൽ, പിപിഎംസിക്ക് വേണ്ടിവരുന്ന ചെലവിന്റെ 100% ഉപഭോക്താവിന് വഹിക്കേണ്ടിവരും.

3 InspiCash Cover

ഇൻഷുറർ ചെയ്ത വ്യക്തിയെ ആശുപത്രിയിൽ പ്രവേശിപ്പിക്കുകയാണെങ്കിൽ, 24 മണിക്കൂർ ആശുപത്രിയിൽ പ്രവേശിപ്പിക്കുന്നതിന് തുടർച്ചയായ പൂർത്തിയാക്കിയതായ ഓരോ കാലയളവിനും നിവ ബുഡ്ജറ്റ് അനുസരിച്ച് അല്ലെങ്കിൽ (തിരഞ്ഞെടുത്ത പ്രകാരം) നൽകും. ഇൻഷുറർ ചെയ്ത വ്യക്തിയെ ഒരു ആശുപത്രിയിലെ തീവ്രരോഗ വിഭാഗത്തിൽ (എസി) പ്രവേശിപ്പിക്കുകയാണെങ്കിൽ, നിവ ബുഡ്ജറ്റ് തിരഞ്ഞെടുത്ത പ്രതിദിന അല്ലെങ്കിൽ ഇരുട്ടി നൽകും.

ഇൻഷുറർ ചെയ്ത തുക (എസ്ഐ) യോഗ്യത:	സ്വയം - തിരഞ്ഞെടുത്ത നൈമിഷ് പോളിസി പങ്കാളിയുടെ 100% പങ്കാളികൾ - തിരഞ്ഞെടുത്ത നൈമിഷ് പോളിസി പങ്കാളിയുടെ 100% കുട്ടികൾ - തിരഞ്ഞെടുത്ത നൈമിഷ് പോളിസി പങ്കാളിയുടെ
പ്രാരംഭ കാത്തിരിപ്പ് കാലയളവ്:	50% ഒരു പോളിസി വർഷത്തിൽ ഇൻഷുറർ ചെയ്ത വ്യക്തിക്ക് പരമാവധി 45 ദിവസം വരെ അല്ലെങ്കിൽ ഈ ആനുകൂല്യത്തിന് കീഴിൽ പേയ്മെന്റ് നടത്തും. എസിയുവിലെ പ്രവേശിപ്പിച്ച പരമാവധി 7 ദിവസം ഉൾപ്പെടെ.
പ്രാരംഭ കാത്തിരിപ്പ് കാലയളവ്:	കുറഞ്ഞത് 90 ദിവസം മുതൽ 30 ദിവസം. അപകടത്തെത്തുടർന്ന് ആശുപത്രിയിൽ പ്രവേശിപ്പിക്കപ്പെട്ടാൽ പ്രാരംഭ കാത്തിരിപ്പ് കാലയളവ് ഉണ്ടാകില്ല.
മരണത്തെത്തുടർന്ന് ചെലവുകൾ:	ആദ്യ പോളിസി ആരംഭിച്ചതു മുതൽ 36 മാസത്തെ തുടർച്ചയായ പരിരക്ഷ കഴിയുന്നതുവരെ നിലവിലുള്ള രോഗങ്ങൾക്ക് ആനുകൂല്യങ്ങൾ ലഭിക്കില്ല.
സ്റ്റിറ്റിഷ് കാത്തിരിപ്പ് കാലയളവ്:	തിമിരം, സൈനൈറ്റിസ്, പിത്തസഞ്ചിയിലെയും മുതലായവിലെയും കല്ലുകൾ, ആർത്രൈറ്റിസ്, പ്രമേഹം, അനുബന്ധ സങ്കീർണതകൾ തുടങ്ങിയ നിർദ്ദിഷ്ട അവസ്ഥകൾ / ചികിത്സകൾക്കായി 24 മാസത്തെ കാത്തിരിപ്പ് കാലയളവ്.
Look Provision:	നിങ്ങളുടെ പോളിസിയുടെ നിബന്ധനകളും വ്യവസ്ഥകളും അംഗീകരിക്കുന്നില്ലെങ്കിൽ, ഷെയിം (കൾ) നടത്തിയിട്ടില്ലെങ്കിൽ, പോളിസി ഡോക്യുമെന്റ് ലഭിച്ച 15 ദിവസത്തിനുള്ളിൽ കാരണങ്ങൾ വ്യക്തമാക്കി നിങ്ങൾക്ക് പോളിസി റദ്ദാക്കാവുന്നതാണ്. ഡിസ്കൗണ്ട് മാർക്കറ്റിംഗ് മോഡൽ വഴി പോളിസി വാങ്ങുകയാണെങ്കിൽ പ്രീ ലുക്ക് കാലയളവ് 30 ദിവസവും പോളിസി കാലയളവ് 3 വർഷവുമായിരിക്കും. സ്റ്റാമ്പ് ഡ്യൂട്ടി, പ്രീ പോളിസി മെമ്പർമാർക്ക് ചെലവുകൾ, ആനുപാതിക റിസ്ക് പ്രിം എന്നിവയ്ക്കുള്ള ചാർജ്ജുകൾ കുറച്ചതിന് ശേഷം പ്രീമിയം തിരികെ നൽകും.

പ്രധാന സവിശേഷത രേഖ

കുറിപ്പ്: ഇവ വാഗ്ദാനം ചെയ്യുന്ന പരിരക്ഷകളുടെ സംഗ്രഹം മാത്രമാണ്. ഒരു വിശദീകരണ അവസാനിപ്പിക്കുന്നതിന് മുമ്പ് പൂർണ്ണമായ വിശദാംശങ്ങൾക്കായി പോളിസി വാക്കുകൾ കാണുക. ഈ രേഖാകൃത്യമെന്ന് പോളിസിയിലെ പ്രധാന രേഖകളിലൂടെയല്ല ഒരു സ്വയം മാനദണ്ഡമാണ്.

ഈ രേഖയ്ക്ക്: _____

പ്രൊപ്പോസറുടെ ഒപ്പ്: _____

സ്ഥലം: _____

പ്രൊപ്പോസറുടെ പേര്: _____