niva Bupa
Health Insurance

ഹെൽത്ത് പ്രീമിയ

പ്രൊപ്പോസൽ ഫോം

URN: 008

1. പ്രൊപ്പോസർ വിശദാംശങ്ങൾ:

ശീർഷകം

നാമം

DOB DD MM YYYY

ലിംഗഭേദം: പുരുഷൻ സ്ത്രീ

ദേശീയത

നിലവിലെ വിലാസം

ലാൻഡ്മാർക്ക്

നഗരം

ജില്ല

സംസ്ഥാനം

വ്യക്തിഗത തിരിച്ചറിയൽ നമ്പർ

ലാൻഡ് ലൈൻ നമ്പർ

മൊബൈൽ നമ്പർ

ഇമെയിൽ ഐഡി

ഇതര നമ്പർ

CKYC നമ്പർ (ഓപ്ഷണൽ):

പാൻ നമ്പർ

വാർഷിക വരുമാനം (രൂപ)

തൊഴിൽ ശമ്പളക്കാരൻ സ്വയംതൊഴിൽ വിദ്യാർത്ഥി വീട്ടമ്മ മറ്റുള്ളവ, ദയവായി വ്യക്തമാക്കുക

അടച്ച പ്രീമിയം

പ്രൊപ്പോസറുമായുള്ള ബന്ധം

എല്ലാ നിബന്ധനകളും വ്യവസ്ഥകളും ഞാൻ വായിക്കുകയും മനസ്സിലാക്കുകയും അംഗീകരിക്കുകയും ചെയ്തു, സ്വാഗത കോളുകൾ / എസ്എംഎസ്, സേവന കോളുകൾ / എസ്എംഎസ് അല്ലെങ്കിൽ മറ്റെന്തെങ്കിലും വാണിജ്യ ആശയവിനിമയം നടത്തുന്നതിന് എന്റെ രജിസ്റ്റർ ചെയ്ത ഫോൺ നമ്പറിലെ വാട്ട്സ്ആപ്പ് / എസ്എംഎസ് / ഇമെയിൽ / ഫോൺ / ഫേസ്ബുക്ക് അല്ലെങ്കിൽ മറ്റെന്തെങ്കിലും മോഡ്യൂകൾ വഴി എന്നെ ബന്ധപ്പെടാൻ നിവ ബുപ്പ ഹെൽത്ത് ഇൻഷുറൻസിനോ അതിന്റെ ഏതെങ്കിലും ഏജന്റുമാർക്കും / അല്ലെങ്കിൽ മൂന്നാം കക്ഷി (കൾ)/ അഫിലിയേറ്റുകൾക്കോ എന്നെ അധികാരപ്പെടുത്തുന്നു

നിങ്ങളോ നിർദ്ദിഷ്ട അപേക്ഷകരിൽ ആരെങ്കിലുമോ ഒരു PEP# ആണോ? ശരി 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 #Politically എക്സ്പോസ്ഡ് പേഴ്സൺസ് (പിഇപി). (നിങ്ങൾ PEP യ് ക്കെതിരെ ടിക്ക് ചെയ്തിട്ടുണ്ടെങ്കിൽ, ദയവായി പ്രത്യേക PEP ചോദ്യാവലി പൂരിപ്പിക്കുക)

നിങ്ങൾക്ക് പോളിസി കിറ്റിന്റെ ഫിസിക്കൽ പകർപ്പ് വേണോ: ശരി അല്ല

ബാങ്ക് വിശദാംശങ്ങൾ:

ബാങ്കിന്റെ പേര്

അക്കൗണ്ട് നമ്പർ

IFSC കോഡ്

അക്കൗണ്ട് തരം സമ്പാദ്യം കറന്റ് ബ്രാഞ്ച്

നഗരം

ഇലക്ട്രോണിക് ഇൻഷ്വറൻസ് അക്കൗണ്ടിന്റെ (eIA) വിശദാംശങ്ങൾ

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

ഇല്ല, എനിക്ക് ഒരു ഇ-ഇൻഷ്വറൻസ് അക്കൗണ്ട് ഇല്ല, ഒരെണ്ണം തുറക്കാൻ ആഗ്രഹിക്കുന്നില്ല

അതെ, ഈ പോളിസി എന്റെ ഇ-ഇൻഷ്വറൻസ് അക്കൗണ്ടിലേക്ക് ക്രെഡിറ്റ് ചെയ്യുക

ഉണ്ടെങ്കിൽ, നിലവിലുള്ള ഇ-ഇൻഷ്വറൻസ് അക്കൗണ്ട് നമ്പർ പങ്കിടുക.

ദയവായി ഇൻഷ്വറൻസ് റെപ്പോസിറ്ററി പേര് തിരഞ്ഞെടുക്കുക (നിങ്ങൾ നിങ്ങളുടെ അക്കൗണ്ട് തുറന്നു)

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

അല്ലെങ്കിൽ

എനിക്ക് നിലവിലുള്ള ഇ-ഇൻഷ്വറൻസ് അക്കൗണ്ട് ഇല്ല, ഒരു പുതിയ ഇ-ഇൻഷ്വറൻസ് അക്കൗണ്ട് സൃഷ്ടിക്കാൻ എനിക്ക് താൽപ്പര്യമുണ്ട്

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

2. ഇൻഷുറൻസിനുള്ള അപേക്ഷകരുടെ വിശദാംശങ്ങൾ:

അപേക്ഷകൻ 1

നാമം

ലിംഗഭേദം ☐ പുരുഷൻ ☐ സ്ത്രീ ☐ മറ്റുള്ളവ ഉയരം ☐☐ (HUF) ☐☐ (ഇഞ്ച്) ഭാരം ☐☐☐ (kg)

അരക്കെട്ട് ☐☐ (ഇഞ്ച്) ജനന തിയതി D D M M Y Y Y Y മൊബൈൽ നമ്പർ

ഇന്ത്യക്കാരനല്ലെങ്കിൽ ദയവായി ടിക്ക് ചെയ്യുക ☐ പാസ്പോർട്ട് നമ്പർ

പ്രൊപ്പോസറുമായുള്ള ബന്ധം (ദയവായി ടിക്ക് ഓപ്ഷൻ): സ്വയം / പങ്കാളി / മകൻ / മരുമകൾ / മകൾ / മരുമകൻ / പിതാവ് / അമ്മ / അമ്മായിയപ്പൻ / മുത്തശ്ശി / ചെറുമകൾ / സഹോദരൻ / സഹോദരി / സഹോദരീ ഭർത്താവ് / മരുമകൻ / മരുമകൾ / തൊഴിലുടമ - ജീവനക്കാരൻ

അപേക്ഷകൻ 2

നാമം

ലിംഗഭേദം ☐ പുരുഷൻ ☐ സ്ത്രീ ☐ മറ്റുള്ളവ ഉയരം ☐☐ (HUF) ☐☐ (ഇഞ്ച്) ഭാരം ☐☐☐ (kg)

അരക്കെട്ട് ☐☐ (ഇഞ്ച്) ജനന തിയതി D D M M Y Y Y Y മൊബൈൽ നമ്പർ

ഇന്ത്യക്കാരനല്ലെങ്കിൽ ദയവായി ടിക്ക് ചെയ്യുക ☐ പാസ്പോർട്ട് നമ്പർ

പ്രൊപ്പോസറുമായുള്ള ബന്ധം (ദയവായി ടിക്ക് ഓപ്ഷൻ): സ്വയം / പങ്കാളി / മകൻ / മരുമകൾ / മകൾ / മരുമകൻ / പിതാവ് / അമ്മ / അമ്മായിയപ്പൻ / മുത്തശ്ശി / ചെറുമകൾ / സഹോദരൻ / സഹോദരി / സഹോദരീ ഭർത്താവ് / മരുമകൻ / മരുമകൾ / തൊഴിലുടമ - ജീവനക്കാരൻ

അപേക്ഷകൻ 3

നാമം

ലിംഗഭേദം ☐ **പുരുഷൻ** ☐ **സ്ത്രീ** ☐ **മറ്റുള്ളവ** **ഉയരം** ☐☐ **(HUF)** ☐☐ **(ഇഞ്ച്)** **ഭാരം** ☐☐☐ **(kg)**

അരക്കെട്ട് ☐☐ **(ഇഞ്ച്)** **ജനന തിയതി** D D M M Y Y Y Y **മൊബൈൽ നമ്പർ**

ഇന്ത്യക്കാരനല്ലെങ്കിൽ ദയവായി ടിക്ക് ചെയ്യുക ☐ **പാസ്പോർട്ട് നമ്പർ**

പ്രൊപ്പോസറുമായുള്ള ബന്ധം (ദയവായി ടിക്ക് ഓപ്ഷൻ): സ്വയം / പങ്കാളി / മകൻ / മരുമകൾ / മകൾ / മരുമകൻ / പിതാവ് / അമ്മ / അമ്മായിയപ്പൻ / മുത്തശ്ശി / ചെറുമകൾ / സഹോദരൻ / സഹോദരി / സഹോദരീ ഭർത്താവ് / മരുമകൻ / മരുമകൾ / തൊഴിലുടമ - ജീവനക്കാരൻ

അപേക്ഷകൻ 4

നാമം

ലിംഗഭേദം ☐ **പുരുഷൻ** ☐ **സ്ത്രീ** ☐ **മറ്റുള്ളവ** **ഉയരം** ☐☐ **(HUF)** ☐☐ **(ഇഞ്ച്)** **ഭാരം** ☐☐☐ **(kg)**

അരക്കെട്ട് ☐☐ **(ഇഞ്ച്)** **ജനന തിയതി** D D M M Y Y Y Y **മൊബൈൽ നമ്പർ**

ഇന്ത്യക്കാരനല്ലെങ്കിൽ ദയവായി ടിക്ക് ചെയ്യുക ☐ **പാസ്പോർട്ട് നമ്പർ**

പ്രൊപ്പോസറുമായുള്ള ബന്ധം (ദയവായി ടിക്ക് ഓപ്ഷൻ): സ്വയം / പങ്കാളി / മകൻ / മരുമകൾ / മകൾ / മരുമകൻ / പിതാവ് / അമ്മ / അമ്മായിയപ്പൻ / മുത്തശ്ശി / ചെറുമകൾ / സഹോദരൻ / സഹോദരി / സഹോദരീ ഭർത്താവ് / മരുമകൻ / മരുമകൾ / തൊഴിലുടമ - ജീവനക്കാരൻ

അപേക്ഷകൻ 5

നാമം

ലിംഗഭേദം ☐ പുരുഷൻ ☐ സ്ത്രീ ☐ മറ്റുള്ളവ ഉയരം ☐☐ (HUF) ☐☐ (ഇഞ്ച്) ഭാരം ☐☐☐ (kg)

അരക്കെട്ട് ☐☐ (ഇഞ്ച്) ജനന തിയതി D D M M Y Y Y Y മൊബൈൽ നമ്പർ

ഇന്ത്യക്കാരനല്ലെങ്കിൽ ദയവായി ടിക്ക് ചെയ്യുക ☐ പാസ്പോർട്ട് നമ്പർ

പ്രൊപ്പോസറുമായുള്ള ബന്ധം (ദയവായി ടിക്ക് ഓപ്ഷൻ): സ്വയം / പങ്കാളി / മകൻ / മരുമകൾ / മകൾ / മരുമകൻ / പിതാവ് / അമ്മ / അമ്മായിയപ്പൻ / മുത്തശ്ശി / ചെറുമകൾ / സഹോദരൻ / സഹോദരി / സഹോദരീ ഭർത്താവ് / മരുമകൻ / മരുമകൾ / തൊഴിലുടമ - ജീവനക്കാരൻ

അപേക്ഷകൻ 6

നാമം

ലിംഗഭേദം ☐ പുരുഷൻ ☐ സ്ത്രീ ☐ മറ്റുള്ളവ ഉയരം ☐☐ (HUF) ☐☐ (ഇഞ്ച്) ഭാരം ☐☐☐ (kg)

അരക്കെട്ട് ☐☐ (ഇഞ്ച്) ജനന തിയതി D D M M Y Y Y Y മൊബൈൽ നമ്പർ

ഇന്ത്യക്കാരനല്ലെങ്കിൽ ദയവായി ടിക്ക് ചെയ്യുക ☐ പാസ്പോർട്ട് നമ്പർ

പ്രൊപ്പോസറുമായുള്ള ബന്ധം (ദയവായി ടിക്ക് ഓപ്ഷൻ): സ്വയം / പങ്കാളി / മകൻ / മരുമകൾ / മകൾ / മരുമകൻ / പിതാവ് / അമ്മ / അമ്മായിയപ്പൻ / മുത്തശ്ശി / ചെറുമകൾ / സഹോദരൻ / സഹോദരി / സഹോദരീ ഭർത്താവ് / മരുമകൻ / മരുമകൾ / തൊഴിലുടമ - ജീവനക്കാരൻ

3. കവറേജ് തിരഞ്ഞെടുപ്പ്:

നിങ്ങൾ പോർട്ടബിലിറ്റിക്ക് അപേക്ഷിക്കുകയാണോ: ☐ ശരി ☐ അല്ല (ഇവ്വ് എങ്കിൽ, ദയവായി പ്രത്യേക പോർട്ടബിലിറ്റി ഫോമും പൂരിപ്പിക്കുക).

പ്രസക്തമായ ബോക്സുകളിൽ ടിക്ക് ചെയ്യുക:

അടിസ്ഥാന കവറേജ്:

പോളിസി തരം: വ്യക്തി ☐ ☐ ഫാമിലി ഫ്ലോട്ടർ ☐ കുടുംബം ആദ്യം

പ്ലാൻ തരം: വെള്ളി ☐ ☐ സ്വർണം ☐ പ്ലാറ്റിനം

പ്രീമിയം പേയ്മെന്റ് മോഡ്: ☐ സിംഗിൾ

പരിരക്ഷിക്കപ്പെടേണ്ട ജീവിതങ്ങളുടെ എണ്ണം: മുതിർന്നവർ ☐☐ കുട്ടികൾ ☐☐

അടിസ്ഥാന തുക ഇൻഷ്വർ ചെയ്തു ☐☐☐☐☐☐☐☐

ഫാമിലി ഫ്ലോട്ട് പോളിസി തരത്തിന്റെ കാര്യത്തിൽ ഫ്ലോട്ടർ സം ഇൻഷ്വർ ചെയ്തിരിക്കുന്നത് 'അംഗങ്ങളുടെ എണ്ണം (6 ൽ കൂടുതൽ അംഗങ്ങൾക്ക് മൂല്യം 10 ആയി കണക്കാക്കണം) * അടിസ്ഥാന തുക ഇൻഷ്വർ ചെയ്ത * ഗുണിത ഘടകം (2 അംഗ പോളിസിക്ക് 1.5 ഉം മറ്റുള്ളവർക്ക് 1 ഉം)'

റൂം വാടക തിരഞ്ഞെടുത്തു (ഫാമിലി ഫ്ലോട്ട് സിൽവർ വേരിയന്റിന് മാത്രം ബാധകമാണ്) ☐ പ്രതിദിനം 3,000 രൂപ അല്ലെങ്കിൽ ഷെയർ റൂം; ഏതാണ് കുറവ്? ☐ പ്രതിദിനം 5,000 രൂപ അല്ലെങ്കിൽ ഒറ്റ സ്വകാര്യ മുറി; ഏതാണ് കുറവ്?

പോളിസി കവറേജ്: ☐ സോൺ 1: അഖിലേന്ത്യാ കവറേജ്

☐ സോൺ 2: മുംബൈ (നവി മുംബൈ, താനെ ഉൾപ്പെടെ), ഡൽഹി എൻസിആർ, കൊൽക്കത്ത, ഗുജറാത്ത് സംസ്ഥാനം എന്നിവയ്ക്ക് ബാധകമായ അഖിലേന്ത്യാ കവറേജ്

(കുറിപ്പ് - നിങ്ങൾ സോൺ 2 തിരഞ്ഞെടുക്കുകയാണെങ്കിൽ, മുംബൈ (നവി മുംബൈ, താനെ എന്നിവയുൾപ്പെടെ), ഡൽഹി എൻസിആർ, കൊൽക്കത്ത, ഗുജറാത്ത് സംസ്ഥാനം എന്നിവിടങ്ങളിൽ ചികിത്സയ്ക്കായി 20% കോ-പേയ്മെന്റ് ബാധകമാകും.)

പോളിസി ടേം: ☐ 1 വർഷം ☐ 2 വർഷം ☐ 3 വർഷം

നിർബന്ധമല്ലാത്ത പരിരക്ഷ:						
	ദയവായി തിരഞ്ഞെടുക്കാൻ ടിക്ക് ചെയ്യുക					
1. മെച്ചപ്പെട്ട വിശ്വസ്തത കൂട്ടിച്ചേർക്കൽ	☐ ശരി ☐ അല്ല					
2. ഹോസ്പിറ്റൽ ക്യാഷ്	☐ ശരി ☐ അല്ല					
3. അന്താരാഷ്ട്ര പരിരക്ഷ, പ്രസവാനുകൂല്യം, നിർദ്ദിഷ്ട അസുഖം എന്നിവയ്ക്കായി മെച്ചപ്പെട്ട ഭൂമിശാസ്ത്രപരമായ വ്യാപ്തി (പ്ലാറ്റിനം പ്ലാനിന് മാത്രം ബാധകമാണ്)	☐ ശരി ☐ അല്ല					
4. 'ഇന്റർനാഷണൽ കവറേജിനായി' നിങ്ങളുടെ ഇൻഷ്വറൻസ് തുക ഉരുട്ടിയാക്കുക (പ്ലാറ്റിനം പ്ലാനിന് മാത്രം ബാധകമാണ്)	☐ ശരി ☐ അല്ല					
	അപേക്ഷകന്റെ നമ്പർ					
	1	2	3	4	5	6
5. 'പേഴ്സണൽ ആക്സിഡന്റ് കവർ' തിരഞ്ഞെടുക്കുകയാണെങ്കിൽ ദയവായി ടിക്ക് ചെയ്യുക (ഈ ഓപ്ഷൻ 18 വയസ്സോ അതിൽ കൂടുതലോ പ്രായമുള്ള അപേക്ഷകർക്ക് മാത്രമേ ലഭ്യമാകൂ).						
- 'പേഴ്സണൽ ആക്സിഡന്റ് കവർ' തിരഞ്ഞെടുക്കുകയാണെങ്കിൽ, അപേക്ഷകൻ ഒരു വിമാനത്തിലോ കടലിൽ പോകുന്ന കപ്പലിലോ, ഭൂഗർഭ ഖനനം അല്ലെങ്കിൽ തുരങ്കം, സായുധ സേന അല്ലെങ്കിൽ സുരക്ഷാ സേന, ഏതെങ്കിലും സാഹസിക കായിക ഇനങ്ങളിൽ (മോട്ടോർ സ്പീഡ് മത്സരങ്ങൾ ഉൾപ്പെടെ) പങ്കെടുക്കുന്നതുമായി ബന്ധപ്പെട്ട ജോലിയിലോ തൊഴിലിലോ ഏർപ്പെട്ടിട്ടുണ്ടെങ്കിൽ ദയവായി ടിക്ക് ചെയ്യുക.						
6. 'ക്രിട്ടിക്കൽ ഇൽനെസ് കവർ' തിരഞ്ഞെടുക്കുകയാണെങ്കിൽ ദയവായി ടിക്ക് ചെയ്യുക (ഈ ഓപ്ഷൻ 18 വയസ്സോ അതിൽ കൂടുതലോ പ്രായമുള്ള അപേക്ഷകർക്ക് മാത്രമേ ലഭ്യമാകൂ) തിരഞ്ഞെടുത്ത കവറേജ് തുക ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐						
- ഹൃദയം, തലച്ചോറ്, ശ്വാസകോശം, വൃക്കകൾ, കരൾ, പാൻക്രിയാസ്, പ്ലീഹ, കുടൽ, രക്തക്കുഴലുകൾ, അസ്ഥികൾ / സന്ധികൾ അല്ലെങ്കിൽ ചെറിയ മെഡിക്കൽ അസുഖങ്ങൾ ഒഴികെയുള്ള മറ്റേതെങ്കിലും ശരീര അവയവങ്ങൾ എന്നിവയെ ബാധിക്കുന്ന ഏതെങ്കിലും വിട്ടുമാറാത്ത അവസ്ഥയ്ക്ക് അപേക്ഷകൻ രോഗനിർണയം നടത്തുകയോ ചികിത്സയ്ക്ക് വിധേയനാകുകയോ ചെയ്തിട്ടുണ്ടെങ്കിൽ ദയവായി പരിശോധിക്കുക.						
7. **'ഹെൽത്ത് കോച്ച്' തിരഞ്ഞെടുക്കുകയാണെങ്കിൽ ഈ കാൾ സെന്ററിൽ നിന്ന് ലഭ്യമായ ഉപദേശത്തിനായി** അപേക്ഷകന്റെ മൊബൈൽ നമ്പർ						

☐ 'ഹെൽത്ത് കോച്ച്' കവറേജ് തിരഞ്ഞെടുക്കുന്ന സാഹചര്യത്തിൽ, ആനുകൂല്യത്തിന് കീഴിലുള്ള സേവനങ്ങൾ നൽകുന്നതിന് അപേക്ഷകനെ ബന്ധപ്പെടുന്നതിന് കമ്പനി അപേക്ഷകന്റെ പ്രസക്തമായ വിശദാംശങ്ങൾ സേവന ദാതാവിന് നൽകിയേക്കാമെന്ന് ഞാൻ സമ്മതിക്കുന്നു, മൊബൈൽ ആപ്ലിക്കേഷനിലെ ട്രാക്കിംഗ് വിശദാംശങ്ങൾ കമ്പനിക്കും സേവന ദാതാവിനും ആവശ്യമാണെന്ന് ഞാൻ സമ്മതിക്കുകയും സമ്മതിക്കുകയും ചെയ്യുന്നു. കമ്പനിക്കും അതിന്റെ അംഗീകൃത സേവന ദാതാവിനും ആനുകാലിക അടിസ്ഥാനത്തിൽ ഈ വിശദാംശങ്ങൾ ആക്സസ് ചെയ്യാനും രേഖപ്പെടുത്താനും കഴിയുന്ന എന്റെ സ്വന്തം ഇച്ഛാശക്തിയിലൂടെയും ഒരു നിർബന്ധവുമില്ലാതെ ഞാൻ പ്രഖ്യാപിക്കുകയും സമ്മതിക്കുകയും

8. സുരക്ഷ	☐ അല്ല	☐ സുരക്ഷ	☐ സുരക്ഷ+

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. മറ്റെല്ലാ അപേക്ഷകർക്കും (അപേക്ഷകർക്ക്) നോമിനി സ്വയം

പ്രൊപ്പോസർ ആയിരിക്കും.

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

നോമിനിയുടെ ബാങ്ക് വിശദാംശങ്ങൾ: ഗുണഭോക്താവിന്റെ പേര്:

ബാങ്കിന്റെ പേര് അക്കൗണ്ട് തരം സമ്പാദ്യം കറന്റ്

അക്കൗണ്ട് നമ്പർ IFSC കോഡ്

5. മെഡിക്കൽ, ശീല വിവരങ്ങൾ

പ്രധാനം: ഈ വിഭാഗത്തിലെ എല്ലാ ചോദ്യങ്ങൾക്കും സത്യസന്ധമായും പൂർണ്ണമായും ഉത്തരം നൽകിയിട്ടുണ്ടെന്ന് ഉറപ്പാക്കുക, കാരണം നിങ്ങൾ ഇവിടെ നൽകുന്ന വിവരങ്ങൾ നിവ

ബുപ്പയുടെ അണ്ടർറൈറ്റിംഗിന്റെ അടിസ്ഥാനമായിരിക്കും. നിങ്ങളുടെ ഫെയിമിനെയും/അല്ലെങ്കിൽ കവറേജിനെയും ബാധിച്ചേക്കാവുന്ന അപൂർണ്ണവും തെറ്റായതും ഭാഗികമായി ശരിയായതുമായ എന്തെങ്കിലും വിവരങ്ങൾ ദയവായി ശ്രദ്ധിക്കുക.

വിഭാഗം എ: മെഡിക്കൽ അവസ്ഥകളെക്കുറിച്ചുള്ള വിവരങ്ങൾ പങ്കിടുക												
ഓരോ അപേക്ഷകനും ഇനിപ്പറയുന്ന ചോദ്യങ്ങൾക്ക് ഉത്തരം നൽകുക. ദയവായി Yes (Y) അല്ലെങ്കിൽ No (N) എന്നി വ്യത്താകൃതിയിലാക്കുക	അപേക്ഷകന്റെ നമ്പർ											
	1		2		3		4		5		6	
i. നിങ്ങൾ എപ്പോഴെങ്കിലും 5 ദിവസത്തിൽ കൂടുതൽ ആശുപത്രിയിൽ പ്രവേശിപ്പിക്കപ്പെട്ടിട്ടുണ്ടോ, ഏതെങ്കിലും ശസ്ത്രക്രിയാ നടപടിക്രമങ്ങൾക്ക് വിധേയമാകാൻ / നിർദ്ദേശിച്ചിട്ടുണ്ടോ, അല്ലെങ്കിൽ ഏതെങ്കിലും മരുന്ന് എടുത്തിട്ടുണ്ടോ / 14 ദിവസത്തിൽ കൂടുതൽ എന്തെങ്കിലും രോഗലക്ഷണങ്ങൾ ഉണ്ടായിരുന്നോ? ഇൻഹേലറുകൾ, കുത്തിവയ്പ്പുകൾ, ഓറൽ മരുന്നുകൾ, ടോപ്പിക്കൽ ആപ്ലിക്കേഷനുകൾ എന്നിവ മെഡിക്കേഷൻ ഉൾപ്പെടുന്നുവെങ്കിലും അതിൽ മാത്രം	ഉം	N	ഉം	N	ഉം	N	ഉം	N	ഉം	N	ഉം	N
ii. ഇനിപ്പറയുന്നതുപോലുള്ള ഏതെങ്കിലും ഡയഗ്നോസ്റ്റിക് ടെസ്റ്റുകൾക്കോ അന്വേഷണങ്ങൾക്കോ നിങ്ങൾക്ക് എപ്പോഴെങ്കിലും പ്രതികൂല കണ്ടെത്തലുകൾ ഉണ്ടായിട്ടുണ്ടോ	ഉം	N	ഉം	N	ഉം	N	ഉം	N	ഉം	N	ഉം	N
iii. നിങ്ങൾക്ക് പ്രമേഹമോ ഉയർന്ന രക്തസമ്മർദ്ദമോ ഉണ്ടോ?	ഉം	N	ഉം	N	ഉം	N	ഉം	N	ഉം	N	ഉം	N
iv. നിങ്ങൾക്ക് മുമ്പ് നിലവിലുള്ള ഏതെങ്കിലും രോഗങ്ങൾ / അവസ്ഥകൾ ഉണ്ടോ?	ഉം	N	ഉം	N	ഉം	N	ഉം	N	ഉം	N	ഉം	N
v. നിങ്ങൾക്ക് എപ്പോഴെങ്കിലും ഏതെങ്കിലും ജനിതക/പാരമ്പര്യ വൈകല്യങ്ങൾ അല്ലെങ്കിൽ എച്ച്ഐവി / എയ്ഡ്സ് രോഗനിർണയം നടത്തുകയോ ചികിത്സിക്കുകയോ ചെയ്തിട്ടുണ്ടോ?	ഉം	N	ഉം	N	ഉം	N	ഉം	N	ഉം	N	ഉം	N
vi. നിങ്ങൾക്ക് എപ്പോഴെങ്കിലും ഏതെങ്കിലും മാനസിക / മാനസിക വൈകല്യങ്ങൾ കണ്ടെത്തുകയോ ചികിത്സിക്കുകയോ ചെയ്തിട്ടുണ്ടോ?	ഉം	N	ഉം	N	ഉം	N	ഉം	N	ഉം	N	ഉം	N
vii. നിങ്ങൾ നിലവിൽ ഗർഭിണിയാണോ, പ്രൈം/അല്ലെങ്കിൽ നിലവിലെ അല്ലെങ്കിൽ മുമ്പത്തെ ഗർഭധാരണങ്ങളിൽ എന്തെങ്കിലും സങ്കീർണതകൾ ഉണ്ടായിട്ടുണ്ടോ അല്ലെങ്കിൽ ഏതെങ്കിലും തരത്തിലുള്ള ഫെർട്ടിലിറ്റി ചികിത്സയ്ക്ക് വിധേയമായിട്ടുണ്ടോ/ വിധേയമായിട്ടുണ്ടോ? (18 നും 50 നും ഇടയിൽ പ്രായമുള്ള സ്ത്രീകൾക്ക് ബാധകമാണ്)	ഉം	N	ഉം	N	ഉം	N	ഉം	N	ഉം	N	ഉം	N

വിഭാഗം ബി: (അപേക്ഷകൻ പുകവലിക്കുകയോ പുകയില / ഗുട്ക / പാൻ മസാല അല്ലെങ്കിൽ മദ്യം കഴിക്കുകയോ ചെയ്യുകയാണെങ്കിൽ മാത്രം ഈ വിഭാഗം പൂരിപ്പിക്കുക)	i. ചവയ്ക്കാവുന്ന പുകയില / ഗുട്ക / പാൻ മസാല - ഉണ്ടെങ്കിൽ, പ്രതിദിനം എത്ര പൗച്ചുകളുടെ എണ്ണം വ്യക്തമാക്കുക		ii. മദ്യം. ഉണ്ടെങ്കിൽ, ആഴ്ചയിൽ ml വ്യക്തമാക്കുക			iii. സിഗരറ്റ് / ബീഡി / സിഗാർ. ഉണ്ടെങ്കിൽ, പ്രതിദിന ഉപഭോഗം വ്യക്തമാക്കുക	
	1-10	>10	<= 450	>450	ദിവസവും മദ്യപാനി	1-10	>10
അപേക്ഷകൻ 1							
അപേക്ഷകൻ 2							
അപേക്ഷകൻ 3							
അപേക്ഷകൻ 4							
അപേക്ഷകൻ 5							
അപേക്ഷകൻ 6							

വിഭാഗം സി: സെക്ഷൻ എയിൽ ഉവ് (Y) എന്ന് അടയാളപ്പെടുത്തിയിരിക്കുന്ന ചോദ്യങ്ങൾക്ക്, ഇനിപ്പറയുന്ന വിവരങ്ങൾ വ്യക്തമാക്കുക:										
അപേക്ഷകന്റെ നമ്പർ	രോഗലക്ഷണം(കൾ) അല്ലെങ്കിൽ അസ്വസ്ഥത(കൾ) അല്ലെങ്കിൽ രോഗനിർണയം അല്ലെങ്കിൽ നടപടിക്രമം / ശസ്ത്രക്രിയ എന്നിവയുടെ വിശദാംശങ്ങൾ					മരുന്ന്(കൾ)	ഡോസേജ്	നിലവിലെ അവസ്ഥ (ഉദാഹരണത്തിന്, പുരോഗമിക്കുന്ന / ഭേദിക്കുന്ന / ആവർത്തിക്കുന്ന / ദീർഘകാലം അല്ലെങ്കിൽ തുടർച്ചയായ)	ചികിത്സിക്കുന്ന ഡോക്ടറുടെ പേരും സ്പെഷ്യൽറ്റി വിശദാംശങ്ങളും	പ്രമേഹമുണ്ടെങ്കിൽ അറ്റാച്ചുചെയ്തിട്ടുള്ള രേഖകൾ (ഉവ്/ഇല്ല)
	പ്രമേഹം HbA1c നിലയാണെങ്കിൽ	ഉയർന്ന രക്തസമ്മർദ്ദം ബിപി നിലയാണെങ്കിൽ		മറ്റേതെങ്കിലും വിശദാംശങ്ങൾ	ആരംഭ തീയതി (DD/MM/YYYY)					
		സിസ്റ്റോളിക്	ഡയസ്റ്റോളിക്							

6. മുൻകാല നിർദ്ദേശങ്ങൾ

അപേക്ഷകന്റെ ജീവിതത്തെക്കുറിച്ചുള്ള ലൈഫ്, ആരോഗ്യം, ആശുപത്രി ദൈനംദിന പണം അല്ലെങ്കിൽ ക്രിട്ടിക്കൽ ഇൽനെസ് ഇൻഷുറൻസ് എന്നിവയ്ക്കുള്ള ഏതെങ്കിലും നിർദ്ദേശം എന്തെങ്കിലും ഇൻഷുറൻസ് കമ്പനി എപ്പോഴെങ്കിലും നിരസിക്കുകയോ മാറ്റിവയ്ക്കുകയോ ലോഡ് ചെയ്യുകയോ ഒഴിവാക്കൽ പോലുള്ള ഏതെങ്കിലും പ്രത്യേക വ്യവസ്ഥകൾക്ക് വിധേയമാക്കുകയോ ചെയ്തിട്ടുണ്ടോ?	അപേക്ഷകന്റെ നമ്പർ											
	1		2		3		4		5		6	
	ഉം	N	ഉം	N	ഉം	N	ഉം	N	ഉം	N	ഉം	N

7. ഇലക്ട്രോണിക് പോളിസി പുരത്തീകരണത്തിനും 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

8. പ്രഖ്യാപനം (നിർദ്ദേശ ഫോമിൽ ഒപ്പിടുന്നതിന് മുമ്പ് ദയവായി ശ്രദ്ധാപൂർവ്വം വായിക്കുകയും ഓരോരുത്തർക്കും എതിരെ 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 ഇൻഷുറൻസ് പോളിസിയുടെ അടിസ്ഥാനമായിരിക്കുമെന്നും ഇൻഷുററുടെ ബോർഡ് അംഗീകരിച്ച അണ്ടർറൈറ്റിംഗ് പോളിസിക്ക് വിധേയമാണെന്നും ഈടാക്കാവുന്ന പ്രീമിയം പൂർണ്ണമായും അടച്ചതിനുശേഷം മാത്രമേ പോളിസി പ്രാബല്യത്തിൽ വരികയുള്ളൂ എന്നും ഞാൻ മനസ്സിലാക്കുന്നു.

☐ പ്രൊപ്പോസൽ സമർപ്പിച്ചതിന് ശേഷം ഇൻഷ്വർ ചെയ്യേണ്ട / പ്രൊപ്പോസറുടെ തൊഴിലിലോ ജീവിതത്തിന്റെ പൊതുവായ ആരോഗ്യത്തിലോ സംഭവിക്കുന്ന എന്തെങ്കിലും മാറ്റം കമ്പനി റിസ്ക് സ്വീകാര്യതയുടെ ആശയവിനിമയത്തിന് മുമ്പായി ഞാൻ രേഖാമൂലം അറിയിക്കുമെന്ന് ഞാൻ പ്രഖ്യാപിക്കുന്നു.

☐ ഇൻഷ്വർ ചെയ്യപ്പെടേണ്ട / പ്രൊപ്പോസർ ചെയ്യേണ്ട വ്യക്തിയുടെ ശാരീരികമോ മാനസികമോ ആയ ആരോഗ്യത്തെ ബാധിക്കുന്ന എന്തെങ്കിലും സംബന്ധിച്ച് ഇൻഷ്വർ ചെയ്തിട്ടുള്ള / പ്രൊപ്പോസർ ചെയ്യുന്ന വ്യക്തിയെക്കുറിച്ച് എന്തെങ്കിലും മുൻകാല അല്ലെങ്കിൽ നിലവിലെ തൊഴിലുടമയിൽ നിന്ന് എന്തെങ്കിലും സമയത്ത് പങ്കെടുത്തിട്ടുള്ള എന്തെങ്കിലും ഡോക്ടറിൽ നിന്നോ ആശുപത്രിയിൽ നിന്നോ മെഡിക്കൽ വിവരങ്ങൾ തേടുന്നതിനും ഇൻഷ്വർ ചെയ്യേണ്ട / പ്രൊപ്പോസറിൽ ഇൻഷുറൻസിനായി അപേക്ഷ നൽകിയിട്ടുള്ള എന്തെങ്കിലും ഇൻഷുററിൽ നിന്ന് വിവരങ്ങൾ തേടുന്നതിനും ഞാൻ സമ്മതിക്കുന്നുവെന്ന് ഞാൻ പ്രഖ്യാപിക്കുന്നു നിർദ്ദേശത്തിനും / അല്ലെങ്കിൽ ക്ലെയിം സെറ്റിൽമെന്റിനും അണ്ടർറൈറ്റിംഗ് ഉദ്ദേശ്യത്തിനായി.

☐ പ്രൊപ്പോസൽ അണ്ടർറൈറ്റിംഗ്, ഒപ്പം/അല്ലെങ്കിൽ ക്ലെയിം സെറ്റിൽമെന്റ്, ഏതെങ്കിലും സർക്കാർ, /അല്ലെങ്കിൽ റെഗുലേറ്ററി അതോറിറ്റി എന്നിവയുമായി അണ്ടർറൈറ്റിംഗ് ചെയ്യുക എന്ന ഏക ഉദ്ദേശ്യത്തിനായി ഇൻഷ്വർ ചെയ്ത വ്യക്തിയുടെ / പ്രൊപ്പോസറുടെ മെഡിക്കൽ രേഖകൾ ഉൾപ്പെടെ എന്റെ നിർദ്ദേശവുമായി ബന്ധപ്പെട്ട വിവരങ്ങൾ പങ്കിടാൻ ഞാൻ കമ്പനിയെ അധികാരപ്പെടുത്തുന്നു.

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

ഈന്തപ്പന D D M M Y Y Y Y സ്ഥലം _____ പ്രൊപ്പോസറുടെ ഒപ്പ്

9. പ്രാദേശിക ഭാഷാ പ്രഖ്യാപനം

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

സാക്ഷിയുടെ പേര് സാക്ഷിയുടെ ഒപ്പ് പ്രൊപ്പോസറുടെ ഒപ്പ്

10. പ്രൊപ്പോസർ പ്രഖ്യാപനം

(ഏതെങ്കിലും കാരണത്താൽ, നിർദ്ദേശവും മറ്റ് അനുബന്ധ പേപ്പറുകളും പ്രൊപ്പോസർ പൂരിപ്പിക്കാത്ത സർട്ടിഫിക്കേഷൻ), പ്രൊപ്പോസൽ ഫോമിന്റെയും ബന്ധപ്പെട്ട ഡോക്യുമെന്റുകളുടെയും ഉള്ളടക്കം എനിക്ക് പൂർണ്ണമായി വിശദീകരിച്ചിട്ടുണ്ട്, നിർദ്ദിഷ്ട കരാറിന്റെ പ്രാധാന്യം ഞാൻ പൂർണ്ണമായും മനസ്സിലാക്കി.

എന്റെ നിർദ്ദേശം _____under പ്രൊപ്പോസൽ ഫോം പൂരിപ്പിക്കുന്നത്, അത് ശരിയാണെന്ന് ഞാൻ കണ്ടെത്തി.

പ്രൊപ്പോസറുടെ ഒപ്പ്

11. പ്രീമിയം വിശദാംശങ്ങൾ (ഓഫീസ് ഉപയോഗത്തിന് മാത്രം)

പ്രീമിയം പേയ്മെന്റ് ഓപ്ഷൻ

☐ ചെക്ക് ☐ ഡിമാൻഡ് ഡ്രാഫ്റ്റ്

☐ ക്രെഡിറ്റ് കാർഡ് ☐ ഡെബിറ്റ് കാർഡ് ☐ നെറ്റ് ബാങ്കിംഗ്

☐ പണം ☐ മറ്റുള്ളവർ

പ്രീമിയം തുക

ഓൺലൈൻ പേയ്മെന്റ് ഐഡി.

ഈന്തപ്പന D D M M Yo Yo Yo Yo

നിവ ബുപ്പ ബ്രാഞ്ച് ലൊക്കേഷൻ

കോഡ് നമ്പർ.

ഉറവിടം:

അഡ്വൈസർ / ഡിഎസി / കോർപ്പറേറ്റ് ഏജൻസി / മറ്റ് ചാനലുകൾ

കോഡ് നമ്പർ

നാമം

ലഭിച്ച നിർദ്ദേശം:

ഉപഭോക്തൃ ID:

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

ബ്രാഞ്ച് കോഡ്

എസ്പി കോഡ്

RM/LG കോഡ്

ഉപഭോക്തൃ അക്കൗണ്ട് നമ്പർ

13. ഇൻഷുറൻസ് അഡ്വൈസറുടെ റിപ്പോർട്ട് (ഓഫീസ് ഉപയോഗത്തിന് മാത്രം)

1. നിങ്ങൾ പ്രൊപ്പോസറുമായി ബന്ധമുണ്ടോ? അതെ / ഇല്ല. ഉണ്ടെങ്കിൽ, ബന്ധത്തിന്റെ സ്വഭാവം?

2. പ്രപ്പോസറെ നിങ്ങൾക്ക് എത്ര കാലമായി അറിയാം?

3. പ്രപ്പോസറുടെ ഐഡന്റിറ്റിയിൽ നിങ്ങൾ സംതൃപ്തനാണോ? ☐ ശരി ☐ അല്ല

4. പ്രൊപ്പോസർക്കോ ഏതെങ്കിലും അപേക്ഷകനോ എന്തെങ്കിലും ശാരീരിക വൈകല്യം / വൈകല്യം അല്ലെങ്കിൽ മാനസിക വൈകല്യം ഉണ്ടോ? ☐ ശരി ☐ അല്ല

5. നിർദ്ദിഷ്ട പോളിസിയുടെ നിബന്ധനകൾ, പുതുക്കുന്നതിനുള്ള വ്യവസ്ഥകൾ, ഒഴിവാക്കലുകൾ, പോളിസിയുടെ കാത്തിരിപ്പ് കാലയളവുകൾ എന്നിവ നിങ്ങൾ വിശദീകരിച്ചിട്ടുണ്ടോ, പ്രൊപ്പോസർ വ്യക്തിപരമായി ആരോഗ്യ പ്രഖ്യാപനം ☐ ശരി ☐ അല്ല

6. ധാർമ്മിക അപകടം ഉൾപ്പെടെയുള്ള എല്ലാ ഘടകങ്ങളും കണക്കിലെടുത്ത് ഈ നിർദ്ദേശ ഫോം സ്വീകരിക്കാൻ നിങ്ങൾ ശുപാർശ ചെയ്യുന്നുണ്ടോ? ☐ ശരി ☐ അല്ല

7. നിങ്ങൾ നിഷ്പക്ഷമായി പ്രൊപ്പോസറെ ഉപദേശിക്കുകയും അവന്റെ / അവളുടെ താൽപ്പര്യത്തിന് അനുസൃതമായ ഏറ്റവും മികച്ച കവറിൽ തീരുമാനമെടുക്കാൻ പ്രൊപ്പോസറെ പ്രാപ്തമാക്കുന്നതിന് എല്ലാ വിവരങ്ങളും നൽകുകയും ചെയ്തിട്ടുണ്ടോ? ☐ ശരി ☐ അല്ല

ഈന്തപ്പന D D M M Yo Yo Yo Yo

ഇൻഷുറൻസ് അഡ്വൈസറുടെ ഒപ്പ്

14. നിയമപരമായ മുന്നറിയിപ്പ്

റിബേറ്റുകളുടെ നിരോധനം (1938 ലെ ഇൻഷുറൻസ് നിയമത്തിലെ സെക്ഷൻ 41 പ്രകാരം)

1. ഇന്ത്യയിലെ ജീവനുമായോ സ്വത്തുമായോ ബന്ധപ്പെട്ട എന്തെങ്കിലും തരത്തിലുള്ള റിസ്ക്, നൽകേണ്ട കമ്മീഷന്റെ മുഴുവൻ അല്ലെങ്കിൽ ഭാഗിക റിബേറ്റ് അല്ലെങ്കിൽ പോളിസിയിൽ കാണിച്ചിരിക്കുന്ന പ്രീമിയത്തിന്റെ എന്തെങ്കിലും റിബേറ്റ് എന്നിവയുമായി ബന്ധപ്പെട്ട് ഇൻഷുറൻസ് എടുക്കാനോ പുതുക്കാനോ തുടരാനോ എന്തെങ്കിലും വ്യക്തിയെ മനസിലാക്കാതെയോ മുഖേനയോ പേരിപ്പിക്കാൻ ഒരു വ്യക്തിയും അനുവദിക്കുകയോ വാഗ്ദാനം ചെയ്യുകയോ ചെയ്യരുത്. ഇൻഷുററുടെ പ്രസിദ്ധീകരിച്ച പ്രോസ്പെക്ടസുകൾക്കോ പട്ടികകൾക്കോ അനുസൃതമായി അനുവദനീയമായേക്കാവുന്ന റിബേറ്റ് ഒഴികെ പോളിസി എടുക്കുകയോ പുതുക്കുകയോ തുടരുകയോ ചെയ്യുന്ന ഒരു വ്യക്തിയും ഒരു റിബേറ്റും സ്വീകരിക്കില്ല.

2. ഈ വകുപ്പിലെ വ്യവസ്ഥകൾ പാലിക്കുന്നതിൽ വീഴ്ച വരുത്തുന്ന ഏതൊരു വ്യക്തിയും പത്ത് ലക്ഷം രൂപ വരെ പിഴ ഈടാക്കും.

15. ABHA ID

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

16. നീഫണ്ടിനും ക്ലെയിമുകളുടെ പേയ് മെന്റിനുമുള്ള വിശദാംശങ്ങൾ

പേയ്മെന്റ് സ്വീകരിക്കുന്നതിനുള്ള ഓപ്ഷൻ: ☐ ബാങ്ക് ട്രാൻസ്ഫർ

ബെനിഫിഷ്യറിയുടെ പേര്

ബാങ്കിന്റെ പേര്

അക്കൗണ്ട് നമ്പർ

IFSC കോഡ്

അക്കൗണ്ട് തരം

നിവ ബുപ്പ ഹെൽത്ത് ഇൻഷുറൻസ് കമ്പനി ലിമിറ്റഡ്

രജിസ്റ്റർ ചെയ്ത ഓഫീസ്:- സി-98, നാലാം നില, ലജ്പത് നഗർ, ഭാഗം 1, സൗത്ത് ഡൽഹി-110024

നിരാകരണം: ഇൻഷുറൻസ് അഭ്യർത്ഥനയുടെ വിഷയമാണ്. നിവ ബുപ ഹെൽത്ത് ഇൻഷുറൻസ് കമ്പനി ലിമിറ്റഡ് (മുമ്പ് മാക്സ് ബുപ്പ ഹെൽത്ത് ഇൻഷുറൻസ് കമ്പനി ലിമിറ്റഡ് എന്നറിയപ്പെട്ടിരുന്നു) (ഐആർഡിഎഐ രജിസ്ട്രേഷൻ നമ്പർ 145). 'ബുപ്പ', 'ഹാരിട്ട്ബീറ്റ്' 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.

ഇതുമലയാളത്തിലുള്ളതാണ് സ്റ്റുഡിയോ

പ്രധാന സവിശേഷത രേഖ (കെഎഫ്ഡി)

– ആരോഗ്യം

നിവ ബുപ്പ അതിന്റെ ഉപഭോക്താക്കളുമായി സ്വായവും സുതാര്യവുമായിരിക്കാൻ പ്രതിജ്ഞാബദ്ധമാണ്. ഈ ഡോക്യുമെന്റ് നിങ്ങളുടെ പോളിസിയുടെ പ്രധാന സവിശേഷതകൾ സംഗ്രഹിക്കുന്നു, എന്നിരുന്നാലും ഇത് നിങ്ങളുടെ പോളിസി കരാറിന് പകരമാവില്ല. ഈ ഉൽപ്പന്നം വാങ്ങുന്നത് പൂർത്തിയാക്കുന്നതിന് മുമ്പ് നിങ്ങളുടെ പോളിസിയുടെ എല്ലാ വിശദാംശങ്ങളും വായിക്കാൻ ഞങ്ങൾ നിങ്ങളെ പ്രോത്സാഹിപ്പിക്കുന്നു.

'ഹെൽത്ത് പ്രീമിയ' നിങ്ങൾക്ക് ഇൻപേഷ്യന്റ് ആനുകൂല്യങ്ങളുടെ സമഗ്രമായ ശ്രേണി നൽകുന്നു. കൂടാതെ, സ്വർണ്ണ, പ്ലാറ്റിനം പ്ലാനുകൾക്ക് കീഴിൽ
ചില അധിക ആനുകൂല്യങ്ങളും പ്രയോജനപ്പെടുത്തുന്നതിലേക്ക് നിങ്ങളുടെ പരിരക്ഷ വർദ്ധിപ്പിക്കാൻ നിങ്ങൾ ആഗ്രഹിക്കുന്നുവെങ്കിൽ വാങ്ങേണ്ട ഓപ്ഷണൽ ആനുകൂല്യങ്ങളും ഉണ്ട്.

നിങ്ങളുടെ പോളിസിയിൽ വ്യക്തമാക്കിയിരിക്കുന്ന ചില പരിധികൾക്കും ഒഴിവാക്കലുകൾക്കും വിധേയമായി ഇനിപ്പറയുന്ന അടിസ്ഥാന ആനുകൂല്യങ്ങൾ നൽകുന്നു: വെള്ളി,
സ്വർണ്ണ, പ്ലാറ്റിനം പ്ലാനുകൾക്ക് കീഴിലുള്ള അടിസ്ഥാന ആനുകൂല്യങ്ങൾ

- മുറി വാടകയും (നിങ്ങൾ തിരഞ്ഞെടുത്ത പ്ലാൻ അനുസരിച്ച് ഐസിയു ചാർജുകളും ഉൾപ്പെടെ ഒരു ആശുപത്രിയിലെ ഇൻപേഷ്യന്റ് പരിചരണം
- യഥാക്രമം 90, 180 ദിവസത്തേക്ക് ആശുപത്രിയിൽ പ്രവേശിപ്പിക്കുന്നതിന് മുമ്പും ശേഷവുമുള്ള ചെലവുകൾ
- ഡേ കെയർ ചികിത്സകൾ
- ഡൊമിസിലിയറി ഹോസ്പിറ്റലൈസേഷൻ
- ഇതര ചികിത്സകൾ
- ജീവനുള്ള അവയവ ദാതാവ് മാറ്റിവയ്ക്കൽ
- എമർജൻസി ആംബുലൻസ്
- പരിധിയില്ലാത്ത ടെലി / ഓൺലൈൻ മെഡിക്കൽ കൺസൾട്ടേഷനുകൾ
- 24 മാസത്തെ കാത്തിരിപ്പ് കാലയളവിന് ശേഷം 2 ഗർഭധാരണം അല്ലെങ്കിൽ ഗർഭച്ഛിദ്രം വരെ മെറ്റേണിറ്റി ബെനിഫിറ്റ് പരിരക്ഷിക്കപ്പെടുന്നു; പ്ലാറ്റിനം പ്ലാൻ പ്രകാരം, യുഎസ്എയും കാനഡയും

  ഒഴികെ ലോകമെമ്പാടും ഇത് ഉൾപ്പെടുന്നു.
- നവജാത ശിശു (നവജാത ശിശുവിന്റെ പ്രതിരോധ കുത്തിവയ്പ്പുകൾ ഉൾപ്പെടെ)
- ആരോഗ്യ പരിശോധന, ദിവസം 1 മുതൽ ആരംഭിക്കുന്നു
- വ്യക്തിഗത, ഫാമിലി ഫ്ലോട്ടർ പ്ലാനുകൾക്ക് കീഴിൽ മാത്രമേ അടിസ്ഥാന ഇൻഷ്വർ ചെയ്ത തുക വരെയുള്ള റീഫിൽ ആനുകൂല്യം ലഭ്യമാകൂ. ഫാമിലി ഫ്ലോട്ട് പ്ലാനിൽ റീഫിൽ ആനുകൂല്യം ഇല്ല.
- പോളിസി വേളയിൽ നിർദ്ദിഷ്ട രോഗങ്ങളിൽ ഏതെങ്കിലും ഉപയോഗിച്ച് പോളിസി ഉടമ (ഇൻഷ്വർ ചെയ്ത വ്യക്തി കൂടി ആയിരിക്കണം) മരിക്കുകയോ രോഗനിർണയം നടത്തുകയോ അല്ലെങ്കിൽ

  ആദ്യമായി ചികിത്സയ്ക്ക് വിധേയമാകുകയോ ചെയ്താൽ 1 വർഷത്തേക്ക് ഓട്ടോമാറ്റിക് സൌജന്യമായി എക്സ്റ്റൻഷൻ നൽകുക (വ്യക്തിഗത പരിരക്ഷയ്ക്ക് ലഭ്യമല്ല)
- ഫാർമസി, ഡയഗ്നോസ്റ്റിക് ബുക്കിംഗ് സേവനങ്ങൾ
- ലോയൽറ്റി കൂട്ടിച്ചേർക്കലുകൾ: ഒരു പോളിസി വർഷം പൂർത്തിയായ ശേഷം, കാലാവധി കഴിഞ്ഞ അടിസ്ഥാന തുകയുടെ 10% ചേർക്കൽ, അടിസ്ഥാന ഇൻഷ്വർ ചെയ്ത തുകയുടെ പരമാവധി 100%

  ന് വിധേയമായി
- മെഡിക്കൽ റഫറൽ, അടിയന്തിര മെഡിക്കൽ ഒഴിപ്പിക്കൽ, മെഡിക്കൽ തിരിച്ചയക്കൽ, പ്രായപൂർത്തിയാകാത്ത കുട്ടികളുടെ അനുകമ്പാ സന്ദർശനം, പരിചരണം, ഒപ്പം /

  അല്ലെങ്കിൽ ഗതാഗതം, മൃതശരീരങ്ങളുടെ മടക്കം എന്നിവയ്ക്കുള്ള അടിയന്തര സഹായ സേവനങ്ങൾ
- HIV/AIDS മൂലമുണ്ടാകുന്നതോ അതുമായി ബന്ധപ്പെട്ടതോ ആയ അവസ്ഥ കാരണം ആശുപത്രിയിൽ പ്രവേശിപ്പിക്കുന്നതിന് (ഡേ കെയർ ചികിത്സ ഉൾപ്പെടെ) ഉണ്ടാകുന്ന

  ചെലവുകൾ പോളിസിയിൽ വ്യക്തമാക്കിയിരിക്കുന്ന ഉപപരിധിക്ക് വിധേയമായി പോളിസിക്ക് കീഴിൽ പരിരക്ഷിക്കപ്പെടും.
- മാനസിക രോഗത്തിനുള്ള ഇൻപേഷ്യന്റ് ചികിത്സയ്ക്കായി ഉണ്ടാകുന്ന ചെലവുകൾ പോളിസിയിൽ വ്യക്തമാക്കിയിട്ടുള്ള നിർദ്ദിഷ്ട വ്യവസ്ഥകൾക്കുള്ള ഉപപരിധിക്ക് വിധേയമായി പോളിസിക്ക്

  കീഴിൽ പരിരക്ഷിക്കപ്പെടും.
- പരിമിതികൾക്ക് വിധേയമായി ആധുനിക ചികിത്സകൾ ഉൾക്കൊള്ളുന്നു

ഗോൾഡ്, പ്ലാറ്റിനം പ്ലാനുകൾക്ക് കീഴിൽ അധിക അടിസ്ഥാന ആനുകൂല്യങ്ങൾ

- നയത്തിൽ വ്യക്തമാക്കിയിരിക്കുന്ന ഉപപരിധിക്ക് വിധേയമായി ലേസർ ശസ്ത്രക്രിയ പരിരക്ഷിക്കപ്പെടുന്നു.
- യുഎസ്എയും കാനഡയും ഒഴികെയുള്ള ഇന്ത്യയ്ക്ക് പുറത്തുള്ള അന്താരാഷ്ട്ര കവറേജ് അടിയന്തിര ആശുപത്രിവാസം, അടിയന്തിര മെഡിക്കൽ ഇവാക്കേഷൻ, ഒപിഡി പരിരക്ഷ (20% കോ-പേയ്മെന്റോടെ), അനുകമ്പയുള്ള സന്ദർശനം, പാസ്പോർട്ട് നഷ്ടപ്പെടൽ, പരിചരണവും / അല്ലെങ്കിൽ പ്രായപൂർത്തിയാകാത്ത കുട്ടികളുടെ

  ഗതാഗതവും, പെക്ക് ഇൻ ബാഗേജ് നഷ്ടപ്പെടൽ, മരണാവശിഷ്ടങ്ങളുടെ മടക്കം, ട്രിപ്പ് റദ്ദാക്കലും തടസ്സവും, ട്രിപ്പ് കാലതാമസം, പെക്ക് ഇൻ ബാഗേജിന്റെ കാലതാമസം, മെഡിക്കൽ റഫറൽ, മെഡിക്കൽ നാട്ടിലേക്ക് മടങ്ങൽ; പോളിസിയിൽ വ്യക്തമാക്കിയിരിക്കുന്ന

  ഉപപരിധികൾക്ക് വിധേയമായി. ഒരാൾക്ക് പരമാവധി 15 ദിവസത്തേക്ക് ഒരു സിംഗിൾ ട്രിപ്പ് ഗോൾഡ് പ്ലാനിന്

  കീഴിൽ ഉൾപ്പെടുന്നു. വാർഷിക മൾട്ടി ട്രിപ്പുകൾ പ്ലാറ്റിനം പ്ലാനിന് കീഴിൽ ഒരു ട്രിപ്പിൽ പരമാവധി 45 ദിവസത്തേക്ക് ഉൾക്കൊള്ളുന്നു.

പ്ലാറ്റിനം പ്ലാനിന് കീഴിൽ കൂടുതൽ അധിക അടിസ്ഥാന ആനുകൂല്യങ്ങൾ

- നിർദ്ദിഷ്ട രോഗം അല്ലെങ്കിൽ ആസൂത്രിത ശസ്ത്രക്രിയയുടെ രോഗനിർണയത്തെക്കുറിച്ചുള്ള രണ്ടാമത്തെ മെഡിക്കൽ അഭിപ്രായം (ലോകമെമ്പാടും)
- ചൈൽഡ് കെയർ ആനുകൂല്യങ്ങൾ (വാക്സിനേഷനുള്ള സന്ദർശന വേളയിൽ പോഷകാഹാരത്തിനും വളർച്ചയ്ക്കും വേണ്ടിയുള്ള ഒരു കൺസൾട്ടേഷൻ ഉൾപ്പെടെ 12 വയസ്സ് വരെയുള്ള കുട്ടികൾക്കുള്ള പ്രതിരോധ കുത്തിവയ്പ്പുകൾ)
- യുഎസ്എയും കാനഡയും ഒഴികെ ഇന്ത്യയ്ക്ക് പുറത്ത് നിർദ്ദിഷ്ട രോഗ പരിരക്ഷ
- കോ-പേയ് മെന്റ് ഇല്ലാതെ OPD ചികിത്സയും ഡയഗ്നോസ്റ്റിക് സേവനങ്ങളും

നിങ്ങളുടെ പോളിസിയിൽ വ്യക്തമാക്കിയിരിക്കുന്ന ചില പരിധികൾക്കും ഒഴിവാക്കലുകൾക്കും വിധേയമായി ഇനിപ്പറയുന്ന ഓപ്ഷണൽ ആനുകൂല്യങ്ങൾ നൽകുന്നു:

- ആകസ്മിക മരണം, സ്ഥിരമായ പൂർണ്ണവും ഭാഗികവുമായ വൈകല്യം എന്നിവയ്ക്കതിരായ വ്യക്തിഗത അപകട പരിരക്ഷ
- 20 പ്രധാന ഗുരുതരമായ രോഗങ്ങൾക്ക് ക്രിട്ടിക്കൽ ഇൽനെസ് പരിരക്ഷ
- ആശുപത്രിയിൽ പ്രവേശിപ്പിക്കുന്ന സാഹചര്യത്തിൽ ദൈനംദിന ആശുപത്രി ക്യാഷ് ബെനിഫിറ്റ്
- പുതുക്കുമ്പോൾ കാലാവധി തീരുന്ന അടിസ്ഥാന തുകയുടെ 20% മെച്ചപ്പെട്ട ലോയൽറ്റി കൂട്ടിച്ചേർക്കൽ, അടിസ്ഥാന ഇൻഷ്വർ ചെയ്ത തുകയുടെ പരമാവധി 200% ന് വിധേയമായി.
- അന്താരാഷ്ട്ര കവറേജ് വിപുലീകരണം - അന്താരാഷ്ട്ര കവറേജ് വർദ്ധിപ്പിക്കുന്നതിന് ചുവടെയുള്ള ഓപ്ഷനുകൾ ലഭ്യമാണ്:

  - സിംഗിൾ ട്രിപ്പ് അടിസ്ഥാനത്തിൽ അധിക യാത്രകൾ ലഭ്യമാണ്; ഗോൾഡ് പ്ലാനിന് കീഴിൽ 1 ദിവസം മുതൽ 30 ദിവസം വരെ

  മാത്രം - ഇന്റർനാഷണൽ കവറേജ് ആനുകൂല്യത്തിനായി ഇൻഷ്വർ ചെയ്ത തുക ഇരട്ടിയാക്കാം
- പ്ലാറ്റിനം പ്ലാനിനും അന്താരാഷ്ട്ര കവറേജ് ബേസ് ബെനിഫിറ്റിനും കീഴിൽ പ്രസവാനുകൂല്യത്തിനും നിർദ്ദിഷ്ട അസുഖത്തിനും യുഎസ്എയിലേക്കും കാനഡയിലേക്കും പരിരക്ഷ വ്യാപിപ്പിക്കുന്നതിനുള്ള

  മെച്ചപ്പെട്ട ഭൂമിശാസ്ത്രപരമായ സാധ്യത
- പോളിസി വർഷത്തിൽ എത്തെങ്കിലും 90 ദിവസത്തേക്ക് 18 വയസും അതിൽ കൂടുതലും പ്രായമുള്ള ഇൻഷ്വർ ചെയ്യവർക്കുള്ള വ്യക്തിഗത ആരോഗ്യ പരിശീലകൻ

ഓപ്ഷണൽ ആനുകൂല്യങ്ങൾക്കായി ഒരു അധിക വാർഷിക പ്രീമിയം ഈടാക്കുന്നുവെന്നത് ശ്രദ്ധിക്കുക

പോളിസി അനുസരിച്ച് കാത്തിരിപ്പ് കാലയളവുകൾ ബാധകമാണെന്ന് ശ്രദ്ധിക്കുക:

- പോളിസി ആരംഭിച്ചതു മുതൽ നിലവിലുള്ള രോഗ കാത്തിരിപ്പ് കാലയളവ് 24 മാസവും തുടർച്ചയായ പുതുക്കലിന് വിധേയവുമാണ്.

  ചികിത്സ ആവശ്യമില്ലെങ്കിൽ 30 ദിവസത്തെ പ്രാരംഭ കാത്തിരിപ്പ് കാലയളവ് ഒരു അപകടത്തിന്റെ ഫലമാണ്.
- കാൻസർ (30 ദിവസത്തെ പ്രാരംഭ കാത്തിരിപ്പ് കാലയളവിന് ശേഷം പരിരക്ഷ) അല്ലെങ്കിൽ ഒരു അപകടം (ദിവസം 1 മുതൽ പരിരക്ഷ) എന്നിവ മൂലമാണ് ഈ അവസ്ഥ നേരിട്ട് ഉണ്ടാകുന്നതെങ്കിൽ, ലിസ്റ്റുചെയ്ത ചില രോഗങ്ങൾക്ക് 12 മാസത്തെ നിർദ്ദിഷ്ട കാത്തിരിപ്പ് കാലയളവ്.
- ഇനിപ്പറയുന്ന ആനുകൂല്യങ്ങൾക്ക് പോളിസി ആരംഭിച്ചതു മുതൽ 36 മാസത്തെ കാത്തിരിപ്പ് കാലയളവ് ഉണ്ടായിരിക്കും, തുടർച്ചയായ പുതുക്കലിന് വിധേയമായിരിക്കും:- മാനസിക

  വൈകല്യ ചികിത്സ -

  ലേസർ ശസ്ത്രക്രിയ പരിരക്ഷ
- എച്ച്ഐവി/എയ്ഡ്സ് പരിരക്ഷയ്ക്കായി, പോളിസി ആരംഭിച്ചതു മുതൽ 48 മാസത്തെ കാത്തിരിപ്പ് കാലയളവ് ഉണ്ടായിരിക്കും, തുടർച്ചയായ പുതുക്കലിന് വിധേയമായിരിക്കും.
- ക്രിട്ടിക്കൽ ഇൽനെസ് പരിരക്ഷയ്ക്ക്, 90 ദിവസത്തെ പ്രാരംഭ കാത്തിരിപ്പ് കാലയളവും 3 വർഷത്തെ നിലവിലുള്ള രോഗ കാത്തിരിപ്പ് കാലയളവും 30 ദിവസത്തെ അതിജീവന കാലയളവും എല്ലാ അവസ്ഥകൾക്കും ബാധകമാണ്.

പോളിസി കരാറിൽ പറഞ്ഞിരിക്കുന്ന പ്രകാരം സ്റ്റാൻഡേർഡ് ഒഴിവാക്കലുകൾ ബാധകമാണെന്ന് ശ്രദ്ധിക്കുക. കൂടാതെ, അണ്ടർറൈറ്റിംഗ് ഫലങ്ങളെ അടിസ്ഥാനമാക്കി, ചില നിർദ്ദിഷ്ട ഒഴിവാക്കലുകളോ വ്യക്തിഗത കാത്തിരിപ്പ് കാലയളവോ നിങ്ങളുടെ പോളിസിക്ക് ബാധകമായേക്കാം.

ഈ സ്ഥലം മനഃപൂർവ്വം ശൂന്യമായി വിട്ടിരിക്കുന്നു.

നിങ്ങളുടെ പോളിസിയുടെ മറ്റ് പ്രധാന സവിശേഷതകൾ ഇനിപ്പറയുന്നവയാണ്:

- വ്യക്തിഗത അപ്ലൈങ്കിൽ ഫാമിലി ഫ്ലോട്ടർ കവർ (4 കുട്ടികൾ വരെ) അപ്ലൈങ്കിൽ ഫാമിലി ഫസ്റ്റ് കവർ (19 ബന്ധങ്ങൾ വരെ), പോളിസിയിൽ അംഗത്തെ

  (അംഗങ്ങളെ) ചേർക്കുകയോ ഇല്ലാതാക്കുകയോ ചെയ്യുന്നത് പുതുക്കൽ സമയത്ത് മാത്രമാണ്.

- ഇൻഷ്വർ ചെയ്ത തുക (കുടുംബത്തിന്റെ കാര്യത്തിൽ ആദ്യം): നിങ്ങളുടെ പ്ലാൻ വ്യക്തിഗത ഇൻഷ്വർ ചെയ്ത തുകയും ഫ്ലോട്ടർ സം ഇൻഷ്വർ ചെയ്തതും ഒരേ പോളിസിയിൽ വാഗ്ദാനം ചെയ്യുന്നു. ഉദാഹരണത്തിന്, 5

  ലക്ഷം + 30 ലക്ഷം രൂപയുടെ ഇൻഷ്വറൻസ് തുകയുള്ള 6 അംഗങ്ങൾക്കായി (സ്വയം, പങ്കാളി, മാതാപിതാക്കൾ, രണ്ട് കുട്ടികൾ) ഒരു ഫാമിലി ഫസ്റ്റ് പോളിസി തിരഞ്ഞെടുക്കുന്നു. ഏതൊരു അംഗത്തിനും അവന്റെ / അവളുടെ

  വ്യക്തിഗത ഇൻഷ്വർ ചെയ്ത തുകയിൽ നിന്ന് 5 ലക്ഷം വരെ ക്ലെയിം ചെയ്യാൻ കഴിയും. 5 ലക്ഷത്തിൽ കൂടുതലുള്ള ഏതൊരു ക്ലെയിമിനും 30 ലക്ഷം രൂപയുടെ ഫ്ലോട്ടർ സം ഇൻഷ്വർ വഴി

  പരിരക്ഷ ലഭിക്കും. അതിനാൽ, ഒരു വ്യക്തിഗത അംഗത്തിന് ഒരൊറ്റ ക്ലെയിമിൽ 35 ലക്ഷം വരെ ക്ലെയിം ചെയ്യാൻ കഴിയും, എന്നിരുന്നാലും ഫ്ലോട്ടർ സം ഇൻഷ്വർ ചെയ്ത ഫ്ലോട്ടർ സം ഇൻഷ്വർഡ് പോളിസി വർഷത്തിൽ എല്ലാ

  അംഗങ്ങൾക്കും ഒരുമിച്ച് 30 ലക്ഷം വരെ മാത്രമേ ഉപയോഗിക്കാൻ കഴിയൂ. ഒരു പോളിസി വർഷത്തിലെ സഞ്ചിത അടിസ്ഥാനത്തിൽ, മൊത്തം ക്ലെയിമുകൾ 60 ലക്ഷം (അതായത് 6 അംഗങ്ങൾ * 5 ലക്ഷം

  വീതം + 30 ലക്ഷം ഫ്ലോട്ടർ സം ഇൻഷ്വർഡ്)

- നിങ്ങളുടെ സ്ഥിരീകരണത്തിനും കുടിശ്ശിക പ്രീമിയം സമയബന്ധിതമായി അടയ്ക്കുന്നതിനും വിധേയമായി നിങ്ങളുടെ പോളിസിയുടെ ആജീവനാന്ത പുതുക്കൽ
- നിങ്ങളുടെ പ്രായം കൂടുന്നതിനനുസരിച്ച് നിങ്ങളുടെ പുതുക്കൽ പ്രീമിയം വർദ്ധിക്കും, പക്ഷേ നിങ്ങളുടെ ക്ലെയിം അനുഭവത്തെ അടിസ്ഥാനമാക്കി മാറില്ല.

  ഐആർഡിഎഐ അംഗീകാരത്തിന് വിധേയമായും കാലാകാലങ്ങളിൽ ബാധകമായ ഐആർഡിഎഐയുടെ നിയമങ്ങൾക്കും ചട്ടങ്ങൾക്കും അനുസൃതമായും ഉൽപ്പന്നത്തിനായുള്ള പുതുക്കൽ പ്രീമിയം നിരക്കുകൾ

  ഭാവിയിൽ

- നിങ്ങളുടെ നിർദ്ദേശം ഇഷ്യു ചെയ്യുന്നതിന് നിരസിക്കപ്പെടുകയാണെങ്കിൽ, പ്രീ പോളിസി മെഡിക്കൽ ചെക്കപ്പിന്റെ (പിപിഎംസി) ചെലവിനായി ചെലവായ തുകയുടെ 100% നിങ്ങൾ വഹിക്കും.
- ഫ്രീ ലുക്ക് വ്യവസ്ഥ: പോളിസിയുടെ നിബന്ധനകളും വ്യവസ്ഥകളും നിങ്ങൾ അംഗീകരിക്കുന്നില്ലെങ്കിൽ, പോളിസി ഡോക്യുമെന്റ് ലഭിച്ച് 15 ദിവസത്തിനുള്ളിൽ

  നിങ്ങളുടെ കാരണങ്ങൾ വ്യക്തമാക്കി നിങ്ങൾക്ക് പോളിസി റദ്ദാക്കാം. മെഡിക്കൽ ചെക്കപ്പ്, സ്റ്റാമ്പ് ഡ്യൂട്ടി, കവർ കാലയളവിലെ

  ആനുപാതിക റിസ്ക് പ്രീമിയം എന്നിവയ്ക്കുള്ള ചാർജുകൾ കുറച്ച ശേഷം പ്രീമിയം തിരികെ നൽകും. പോളിസി

  പുതുക്കുന്ന സമയത്ത് ഫ്രീ ലുക്ക് വ്യവസ്ഥ

കുറിപ്പുകൾ:

- പ്രീമിയം: ദയവായി മാക്സ് ബുപ്പ ഹെൽത്ത് ഇൻഷ്വറൻസ് കമ്പനി ലിമിറ്റഡിന്റെ പേരിൽ ഒരു സുരക്ഷിത പേയ്മെന്റ് മോഡ് വഴി പ്രീമിയം തുക നിക്ഷേപിക്കുക.
- എന്തെങ്കിലും ചോദ്യമോ ക്ലെയിമോ ഉണ്ടെങ്കിൽ, ഞങ്ങളുടെ കസ്റ്റമർ ഹെൽപ്പ് ലൈൻ നമ്പർ: 1860-500-8888 ൽ ബന്ധപ്പെടുക

_____ കമ്പനിയുടെ നിർദ്ദിഷ്ട അപ്ലൈങ്കിൽ നിലവിലുള്ള നയവുമായി ബന്ധപ്പെട്ട സ്വാഗത കോളുകൾ, സേവന കോളുകൾ അപ്ലൈങ്കിൽ മറ്റെന്തെങ്കിലും ആശയവിനിമയം (ഇലക്ട്രോണിക്

അപ്ലൈങ്കിൽ മറ്റെന്തെങ്കിലും) നടത്തുന്നതിന് ഞാൻ ഇതിനാൽ കമ്പനിക്ക് സമ്മതം നൽകുകയും അധികാരപ്പെടുത്തുകയും ചെയ്യുന്നു.

പുതുക്കൽ പേയ് മെന്റ് സ്കെൻ-അപ്പ്

കമ്പനിയുമായി നിലവിലുള്ള ഓട്ടോമേറ്റഡ് ക്ലിയറിംഗ് ഹൗസ് (എസിഎച്ച്) / സ്റ്റാൻഡിംഗ് നിർദ്ദേശങ്ങൾ (എസ്ഐ) തുടരുന്നതിലൂടെ നിങ്ങളുടെ ആദ്യേശ്യ, ഇൻഷ്വറൻസ് പോളിസിയുടെ പുതുക്കൽ പ്രീമിയം എല്ലാ വർഷവും അടയ്ക്കാൻ കഴിയും. ഈ ഓപ്ഷനു കീഴിൽ, നിങ്ങളുടെ പോളിസി ഉടനടി പുതുക്കാൻ കഴിയും, എന്നാൽ കമ്പനിക്ക് ആവശ്യമായേക്കാവുന്ന വിവരങ്ങളുടെയും ഡോക്യുമെന്റേഷന്റെയും എല്ലാ അധിക ആവശ്യകതകളും നിങ്ങൾ പൂർത്തിയാക്കുന്നതിന് വിധേയമാണ്. ഇത് നിങ്ങളുടെ പോളിസി ആനുകൂല്യങ്ങളുടെ തുടർച്ച ഉറപ്പാക്കും.

___! എസിഎച്ച് / എസ്ഐ പുതുക്കൽ ഓപ്ഷൻ തിരഞ്ഞെടുക്കാൻ ആഗ്രഹിക്കുന്നു.

ഈന്തപ്പന:_____ ഒപ്പ് നിർദ്ദേശകൻ: _____

സ്ഥലം:_____ Pr ന്റെ പേര് ഉത്തരം: _____

നിവ ബുപ ഹെൽത്ത് ഇൻഷ്വറൻസ് കമ്പനി ലിമിറ്റഡ്; രജിസ്റ്റർ ചെയ്ത ഓഫീസ്: സി-38, ഒന്നാം നില, ലജ്പത് നഗർ, ഭാഗം
1. സ്വ്വഡൻഹി-110024 നിരാകരണം: ഇൻഷ്വറൻസ് ഒരു അപ്രമാദന വിഷയമാണ്, നിവ ബുപ ഹെൽത്ത് ഇൻഷ്വറൻസ് കമ്പനി ലിമിറ്റഡ് (മുമ്പ് മാക്സ് ബുപ്പ ഹെൽത്ത് ഇൻഷ്വറൻസ് കമ്പനി ലിമിറ്റഡ് എന്നറിയപ്പെട്ടിരുന്നു) (ഐആർഡിഎഐ രജിസ്ട്രേഷൻ നമ്പർ 145), 'ബുപ്പ', 'ഹാർട്ട്ബീറ്റ് ലോഗോ എന്നിവ അതത് ഉടമകളുടെ രജിസ്റ്റർ ചെയ്ത വ്യാപാരമുദ്രകളാണ്, ഇത് നിവ ബുപ്പ ഹെൽത്ത് ഇൻഷ്വറൻസ് കമ്പനി ലിമിറ്റഡ് ലൈസൻസിന് കീഴിൽ ഉപയോഗിക്കുന്നു. കസ്റ്റമർ ഹെൽപ്പ് ലൈൻ: 1860-500-8888, വെബ്സൈറ്റ്: www.nivabupa.com. CIN: 60000DL2008PLC182918. നിബന്ധനകളും വ്യവസ്ഥകളും, ഒഴിവാക്കലുകൾ, അപകടസാധ്യത ഘടകങ്ങൾ, കാത്തിരിപ്പ് കാലയളവ്, ആനുകൂല്യങ്ങൾ എന്നിവയെക്കുറിച്ചുള്ള കൂടുതൽ വിശദാംശങ്ങൾക്ക്, വിൽപ്പന അവസാനിപ്പിക്കുന്നതിന് മുമ്പ് സെയിൽസ് ബ്രോഷർ ശ്രദ്ധാപൂർവ്വം വായിക്കുക.

കമ്പനിയുടെ അംഗീകാരം

ആപ്ലിക്കേഷൻ നമ്പർ. ഈന്തപ്പന

_____ന് എടുത്ത _____ തീയതിയിലെ _____ രൂപ _____ ചെക്ക് / ഡിമാൻഡ് ഡ്രാഫ്റ്റ് / മറ്റുള്ളവ വഴി നിങ്ങളുടെ നിർദ്ദേശവും തുകയും ലഭിച്ചതായി ഞങ്ങൾ നന്ദിയോടെ അംഗീകരിക്കുന്നു. ഇൻഷ്വറൻസിനായി പൂർത്തിയായ ഒരു നിർദ്ദേശമോ പോളിസി നൽകുന്നതിന് നൽകിയ ഏതെങ്കിലും പേയ്മെന്റോ ഞങ്ങൾക്ക് സമർപ്പിക്കുന്നത് ഒരു പോളിസി പുറപ്പെടുവിക്കാൻ സമ്മതിക്കാൻ ഞങ്ങളെ നിർബന്ധിക്കുന്നില്ല, ആ തീരുമാനം എല്ലായ്പ്പോഴും ഞങ്ങളുടെ ഏകവും സമ്പൂർണ്ണവുമായ വിവേചനാധികാരത്തിലായിരിക്കും. ഇൻഷ്വറൻസിനായുള്ള 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 ഒപ്പും ഓഫീസ് മുദ്രയും