

URN: 010

1. പൊതുസൗകര്യ വിവരങ്ങൾ:

ശീർഷകം നാമം

DOB ലിംഗം: പുരുഷൻ സ്ത്രീ മറ്റുള്ളവ

നിലവിലെ വിലാസം

ലാൻഡ്ലൈൻ നമ്പർ നഗരം

ജില്ല സംസ്ഥാനം വ്യക്തിഗത തിരിച്ചറിയൽ നമ്പർ

ലാൻഡ് ലൈൻ നമ്പർ മൊബൈൽ നമ്പർ

ഇമെയിൽ ഐഡി ഇതര നമ്പർ

ആധാർ നമ്പർ (ഓപ്ഷണൽ) പാൻ നമ്പർ

ദേശീയത വാർഷിക വരുമാനം (രൂപ)

തൊഴിൽ ശമ്പളക്കാർ സ്വയംതൊഴിൽ വിദ്യാർത്ഥി വീട്ടമ്മ മറ്റുള്ളവ, ദയവായി വ്യക്തമാക്കുക

അടുത്ത പ്രീമിയം പൊതുസൗകര്യങ്ങളുടെ ബന്ധം

നിങ്ങളോ നിങ്ങളുടെ അപേക്ഷകരിൽ ആരെയെങ്കിലും ഒരു PEP ആണോ? ശരി അല്ല

ഒരു അല്ലെങ്കിൽ സംസ്ഥാന സർക്കാരുള്ള മറ്റാരുമില്ലാത്തവർക്ക് മാത്രമാണ് ഇത് ബാധിക്കാവുന്നത്. മൂലകർമ്മങ്ങൾക്കായി മുമ്പാകെ അപേക്ഷിക്കുന്നവർക്ക് മാത്രമാണ് ഇത് ബാധിക്കാവുന്നത്. നിങ്ങളോ കമ്പനിയുടെ മൂലകർമ്മ ഏജന്റുമാർക്ക് പരാമർശിച്ചിട്ടുള്ളവർക്ക് മാത്രമാണ് ഇത് ബാധിക്കാവുന്നത്. പൊതുസൗകര്യങ്ങളുടെ ബന്ധം പൂർണ്ണമായി എഴുതുക.

ഗ്രാമീണ, സാമൂഹിക മേഖല വിഭാഗം (ബ്രാഹ്മണങ്ങൾ): ആശാ വർക്കർ എംജിഎൻആർഇജിഎ തൊഴിലാളി

നിങ്ങളുടെ പോളിസി കിറ്റിന്റെ ഫിസിക്കൽ പകർപ്പ് വേണോ ശരി അല്ല

ബാങ്ക് വിവരങ്ങൾ:

ബാങ്കിന്റെ പേര്

അക്കൗണ്ട് നമ്പർ IFSC കോഡ്

അക്കൗണ്ട് തരം: സമ്പാദ്യം കറൻറ് ബ്രാഞ്ച് നഗരം

ഇലക്ട്രോണിക് ഇൻഷുറൻസ് അക്കൗണ്ടിന്റെ (eIA) വിവരങ്ങൾ

ഈ പോളിസി ഒരു eIA-യിൽ ക്രമീകരിച്ചിട്ടുണ്ടോ? (ദയവായി ആരെങ്കിലും തിരഞ്ഞെടുക്കുക)

ഇല്ല, എനിക്ക് ഒരു eIA ഇല്ല, ഒരേയൊരു തുകക്കാർ ആഗ്രഹിക്കുന്നില്ല അതെ, ഈ പോളിസി എന്റെ ഇ-ഇൻഷുറൻസ് അക്കൗണ്ടിലേക്ക് ക്രമീകരിച്ചിട്ടുണ്ട്

ഉണ്ടെങ്കിൽ, നിലവിലുള്ള ഇ-ഇൻഷുറൻസ് അക്കൗണ്ട് നമ്പർ പങ്കിടുക.

ദയവായി ഇൻഷുറൻസ് റെപ്ലാസ്മെന്റ് പേർ തിരഞ്ഞെടുക്കുക (നിങ്ങളുടെ അക്കൗണ്ട് തുറന്നു)

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

അല്ലെങ്കിൽ

എനിക്ക് നിലവിലുള്ള ഇ-ഇൻഷുറൻസ് അക്കൗണ്ട് ഇല്ല, ഒരു പുതിയ ഇ-ഇൻഷുറൻസ് അക്കൗണ്ട് സൃഷ്ടിക്കാൻ എനിക്ക് താൽപ്പര്യമുണ്ട് (പ്രസക്തമായ രേഖകൾക്കൊപ്പം ഇലക്ട്രോണിക് ഇൻഷുറൻസ് അക്കൗണ്ട് തുറക്കാൻ ഫോം (ഇ-ഐഎ ഫോം) സമർപ്പിക്കുക).

2. ഇൻഷുറൻസിനുള്ള അപേക്ഷകരുടെ വിവരങ്ങൾ:

നാമം

ലിംഗം പുരുഷൻ സ്ത്രീ മറ്റുള്ളവ ഉയരം (HUF) (ഇഞ്ച്) ഭാരം (kg)

ജനന തീയതി ഇന്ത്യക്കാരനല്ലെങ്കിൽ ദയവായി ടിക്ക് ചെയ്യുക

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

അപേക്ഷകൻ 1

അപേക്ഷകർ 2

നാമം: _____

ലിംഗഭേദം: പുരുഷൻ സ്ത്രീ മറ്റുള്ളവ ഉയരം: _____ (HUF) _____ (ഇഞ്ച്) ഭാരം: _____ (kg)

ജനന തീയതി: _____ ഇന്ത്യക്കാരനല്ലെങ്കിൽ ദയവായി ടിക്ക് ചെയ്യുക

പൊതുസമ്പന്നായുള്ള ബന്ധം (ദയവായി ടിക്ക് ചെയ്യുക): സ്വയം / പങ്കാളി / മകൻ / മരുമകൻ / മകൾ / മരുമകൻ / പിതാവ് / അമ്മ / അമ്മായിയപ്പൻ / മുത്തശ്ശി / ചെറുമകൻ / സഹോദരൻ / സഹോദരി / സഹോദരി ഭർത്താവ് / മരുമകൻ / മരുമകൾ / തൊഴിലുടമ - ജീവനക്കാരൻ

അപേക്ഷകർ 3

നാമം: _____

ലിംഗഭേദം: പുരുഷൻ സ്ത്രീ മറ്റുള്ളവ ഉയരം: _____ (HUF) _____ (ഇഞ്ച്) ഭാരം: _____ (kg)

ജനന തീയതി: _____ ഇന്ത്യക്കാരനല്ലെങ്കിൽ ദയവായി ടിക്ക് ചെയ്യുക

പൊതുസമ്പന്നായുള്ള ബന്ധം (ദയവായി ടിക്ക് ചെയ്യുക): സ്വയം / പങ്കാളി / മകൻ / മരുമകൻ / മകൾ / മരുമകൻ / പിതാവ് / അമ്മ / അമ്മായിയപ്പൻ / മുത്തശ്ശി / ചെറുമകൻ / സഹോദരൻ / സഹോദരി / സഹോദരി ഭർത്താവ് / മരുമകൻ / മരുമകൾ / തൊഴിലുടമ - ജീവനക്കാരൻ

അപേക്ഷകർ 4

നാമം: _____

ലിംഗഭേദം: പുരുഷൻ സ്ത്രീ മറ്റുള്ളവ ഉയരം: _____ (HUF) _____ (ഇഞ്ച്) ഭാരം: _____ (kg)

ജനന തീയതി: _____ ഇന്ത്യക്കാരനല്ലെങ്കിൽ ദയവായി ടിക്ക് ചെയ്യുക

പൊതുസമ്പന്നായുള്ള ബന്ധം (ദയവായി ടിക്ക് ചെയ്യുക): സ്വയം / പങ്കാളി / മകൻ / മരുമകൻ / മകൾ / മരുമകൻ / പിതാവ് / അമ്മ / അമ്മായിയപ്പൻ / മുത്തശ്ശി / ചെറുമകൻ / സഹോദരൻ / സഹോദരി / സഹോദരി ഭർത്താവ് / മരുമകൻ / മരുമകൾ / തൊഴിലുടമ - ജീവനക്കാരൻ

അപേക്ഷകർ 5

നാമം: _____

ലിംഗഭേദം: പുരുഷൻ സ്ത്രീ മറ്റുള്ളവ ഉയരം: _____ (HUF) _____ (ഇഞ്ച്) ഭാരം: _____ (kg)

ജനന തീയതി: _____ ഇന്ത്യക്കാരനല്ലെങ്കിൽ ദയവായി ടിക്ക് ചെയ്യുക

പൊതുസമ്പന്നായുള്ള ബന്ധം (ദയവായി ടിക്ക് ചെയ്യുക): സ്വയം / പങ്കാളി / മകൻ / മരുമകൻ / മകൾ / മരുമകൻ / പിതാവ് / അമ്മ / അമ്മായിയപ്പൻ / മുത്തശ്ശി / ചെറുമകൻ / സഹോദരൻ / സഹോദരി / സഹോദരി ഭർത്താവ് / മരുമകൻ / മരുമകൾ / തൊഴിലുടമ - ജീവനക്കാരൻ

അപേക്ഷകർ 6

നാമം: _____

ലിംഗഭേദം: പുരുഷൻ സ്ത്രീ മറ്റുള്ളവ ഉയരം: _____ (HUF) _____ (ഇഞ്ച്) ഭാരം: _____ (kg)

ജനന തീയതി: _____ ഇന്ത്യക്കാരനല്ലെങ്കിൽ ദയവായി ടിക്ക് ചെയ്യുക

പൊതുസമ്പന്നായുള്ള ബന്ധം (ദയവായി ടിക്ക് ചെയ്യുക): സ്വയം / പങ്കാളി / മകൻ / മരുമകൻ / മകൾ / മരുമകൻ / പിതാവ് / അമ്മ / അമ്മായിയപ്പൻ / മുത്തശ്ശി / ചെറുമകൻ / സഹോദരൻ / സഹോദരി / സഹോദരി ഭർത്താവ് / മരുമകൻ / മരുമകൾ / തൊഴിലുടമ - ജീവനക്കാരൻ

3. കവറേജ് തിരഞ്ഞെടുപ്പ്:

നിങ്ങൾ പോർട്ടബിളിറ്റിക്ക് അപേക്ഷിക്കുകയാണെങ്കിൽ: _____ ശരി അല്ല (ഈ എങ്കിൽ, ദയവായി പ്രത്യേക പോർട്ടബിളിറ്റി ഫോമും പൂരിപ്പിക്കുക).

പ്രസക്തമായ ബോക്സുകളിൽ ടിക്ക് ചെയ്യുക:

അടിസ്ഥാന കവറേജ്:

പോളിസി തരം: വ്യക്തി ഫാമിലി കൂടുതൽ ആദ്യം പ്ലാൻ തരം: വെള്ളി സ്വർണം പ്ലാറ്റിനം

(ശ്രദ്ധിക്കുക - സിൽവർ പ്ലാൻ ഫാമിലി ഫസ്റ്റ് പോളിസി തരത്തിന് മാത്രമേ ലഭ്യമാകൂ)

പരിരക്ഷിക്കപ്പെടേണ്ട ജീവിതങ്ങളുടെ എണ്ണം: മുതിർന്നവർ കുട്ടികൾ

വ്യക്തിഗത അല്ലെങ്കിൽ ഫാമിലി പോളിസി തരത്തിനുള്ള കവറേജ്: അടിസ്ഥാന തുക ഇൻഷുറർ ചെയ്യൂ

ഫാമിലി ഫസ്റ്റ് പോളിസി തരത്തിനുള്ള കവറേജ്: വ്യക്തിഗത തുക ഇൻഷുറർ ചെയ്യൂ പോളിസി ഇൻഷുറർ ചെയ്യൂ

സിൽവർ, ഗോൾഡ് പ്ലാനിനുള്ള പോളിസി കവറേജ്: സോൺ 1: അഖിലാത്മ കവറേജ്

സോൺ 2: മുൻപെ (നവി മുൻപെ, തന്നെ ഉൾപ്പെടെ), ഡൽഹി എൻസിആർ, കൊൽക്കത്ത, ഗുജറാത്ത് സംസ്ഥാനം എന്നിവിടങ്ങളിൽ ചികിത്സയ്ക്കായ 20% കോ-പേയ്മെന്റ് ബാധകമാകും

കുറിപ്പ് -
a) നിങ്ങൾ സോൺ 2 തിരഞ്ഞെടുക്കുകയാണെങ്കിൽ, മുൻപെ (നവി മുൻപെ, തന്നെ ഉൾപ്പെടെ), ദില്ലി എൻസിആർ, കൊൽക്കത്ത, ഗുജറാത്ത് സംസ്ഥാനം എന്നിവിടങ്ങളിൽ ചികിത്സയ്ക്കായ 20% കോ-പേയ്മെന്റ് ബാധകമാകും.
b) പ്ലാറ്റിനം പ്ലാനിനുള്ള പ്രീമിയം നിങ്ങൾ നൽകിയ വില്ലാസത്തെ അടിസ്ഥാനമാക്കിയുള്ളതാണ്. പ്ലാറ്റിനം പ്ലാനിന് സോൺ അടിസ്ഥാനമാക്കിയുള്ള കോ-പേയ്മെന്റ് ബാധകമാകും.

നിർബന്ധമായുള്ള കോ-പേയ്മെന്റ്: അല്ല 10% 20% 30% 40% 50%

പോളിസി ടേം 1 വർഷം 2 വർഷം * സേവ് പ്ലസ് ആഡ്-ഓണിൽ നിന്ന് കോ-പേയ്മെന്റ് ഓപ്ഷനുകൾ വാഗ്ദാനം ചെയ്യുന്നു.

നിർവ്വേദനപത്ര പരിരക്ഷ:		ദയവായി തിരഞ്ഞെടുക്കാൻ ടിക്ക് ചെയ്യുക							
1. പോസ്റ്റിംഗ് ക്യാഷ്		<input type="checkbox"/>	ശരി	<input type="checkbox"/>	അല്ല				
2. നിർദ്ദിഷ്ട രോഗ പരിരക്ഷ, അടിയന്തിര മെഡിക്കൽ ഇവാക്യേഷൻ, എമർജൻസി പോസ്റ്റിംഗ് ലൈസൻസ് എന്നിവയ്ക്കായി യുഎസ്എയെയും കാനഡയെയും ഉൾപ്പെടുത്തി മെച്ചപ്പെടുത്തിയ മുതിർന്നവർക്കായ വ്യാപി തിരഞ്ഞെടുക്കുകയാണെങ്കിൽ ദയവായി അതെ എന്ന് ടിക്ക് ചെയ്യുക (പ്ലാറ്റിനം പ്ലാനിന് കീഴിൽ മാത്രം ലഭ്യമാണ്)		<input type="checkbox"/>	ശരി	<input type="checkbox"/>	അല്ല				
3. ഇ-കൺസൾട്ടേഷൻ		<input type="checkbox"/>	ശരി	<input type="checkbox"/>	അല്ല				
4. പ്രീമിയം ഇളവ് ക്യൂട്ടിംഗ് - എ ഈ ഓപ്ഷൻ വ്യക്തിഗത പോളിസി തരത്തിന് ബാധകമാണ്. ബി) ഈ ഓപ്ഷണൽ ആനുകൂല്യം തിരഞ്ഞെടുക്കുന്നതിന് പ്രൊപ്പോസർ ഒരു ഇൻഷുർ ചെയ്ജ് വ്യക്തിയായിരിക്കണം.		<input type="checkbox"/>	ശരി	<input type="checkbox"/>	അല്ല				
5. വാർഷിക അഡിഷണൽ കീഴിന് (ഫാമിലി ഫസ്റ്റ് പോളിസി തരത്തിന് ബാധകമാണ്)		<input type="checkbox"/>	അല്ല	<input type="checkbox"/>	10,000	<input type="checkbox"/>	20,000	<input type="checkbox"/>	30,000
		<input type="checkbox"/>	50,000	<input type="checkbox"/>	1 തടവുക	<input type="checkbox"/>	2 തടവുക	<input type="checkbox"/>	3 തടവുക
		<input type="checkbox"/>	4 തടവുക	<input type="checkbox"/>	5 തടവുക	<input type="checkbox"/>	10 തടവുക		
		അപേക്ഷകൻറെ നമ്പർ							
		1	2	3	4	5	6		
6. പേജണൽ ആക്ടിവിറ്റി കവർ തിരഞ്ഞെടുക്കുകയാണെങ്കിൽ ദയവായി ടിക്ക് ചെയ്യുക (ഈ ഓപ്ഷൻ 18 വയസ്സോ അതിൽ കൂടുതലോ പ്രായമുള്ള അപേക്ഷകർക്ക് മാത്രമേ ലഭ്യമാകൂ). പേജണൽ ആക്ടിവിറ്റി കവർ തിരഞ്ഞെടുക്കുകയാണെങ്കിൽ, അപേക്ഷകൻ ഒരു വിമാനത്തിലോ കടലിൽ പോകുന്ന കപ്പലിലോ, ഭൂഗർഭ വനം അല്ലെങ്കിൽ തുരങ്കം, സായുധ സേന അല്ലെങ്കിൽ സുരക്ഷാ സേന, ഏതെങ്കിലും സാഹസിക കായിക ഇനങ്ങളിൽ (മോട്ടോർ സ്പീഡ് മത്സരങ്ങൾ ഉൾപ്പെടെ) പങ്കെടുക്കുന്നതുമായി ബന്ധപ്പെട്ട അപകടങ്ങളിലോ തൊഴിലിലോ ഏർപ്പെട്ടിട്ടുണ്ടെങ്കിൽ ദയവായി ടിക്ക് ചെയ്യുക. വ്യക്തിഗത അപകട പരിരക്ഷ തുക ഇൻഷുർ ചെയ്ജിട്ടുണ്ട് (തിരഞ്ഞെടുത്ത പ്രകാരം ഇൻഷുർ ചെയ്ജ് അടിസ്ഥാന തുകയുടെ 1x, 2x 3x, 4x അല്ലെങ്കിൽ 5x; വ്യക്തിഗത അപകട പരിരക്ഷ തിരഞ്ഞെടുക്കുന്ന എല്ലാ അംഗങ്ങൾക്കും ബാധകമാണ്)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
7. ക്രിട്ടിക്കൽ ഇൻഫൻസ് കവർ തിരഞ്ഞെടുക്കുകയാണെങ്കിൽ ദയവായി ടിക്ക് ചെയ്യുക ക്രിട്ടിക്കൽ ഇൻഫൻസ് കവർ തിരഞ്ഞെടുക്കുകയാണെങ്കിൽ, ഹൃദയം, മസ്തിഷ്കം, ശ്വാസകോശം, വൃക്കകൾ, കരൾ, പാൻക്രിയാസ്, പ്ലീഹ, കൂടൽ, രക്തക്കുഴലുകൾ, അസ്ഥികൾ / സന്ധികൾ അല്ലെങ്കിൽ ചെറിയ മെഡിക്കൽ അസുഖങ്ങൾ ഒഴികെയുള്ള മറ്റെന്തെങ്കിലും ശരീര അവയവങ്ങൾ എന്നിവയുമായി ബന്ധപ്പെട്ട ഏതെങ്കിലും വിട്ടുമാറാത്ത അവസ്ഥയ്ക്ക് അപേക്ഷകൻ രോഗനിർണയം നടത്തുകയോ ചികിത്സയ്ക്ക് വിധേയനാകുകയോ ചെയ്തിട്ടുണ്ടെങ്കിൽ ദയവായി പരിശോധിക്കുക.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
8. നേരത്തെയുള്ള രോഗ കാത്തിരിപ്പ് സമയ പരിഷ്കരണം സിൻഡ്രം വേരിയൻ്റ് ഗോൾഡ് & പ്ലാറ്റിനം വേരിയൻ്റ്	<input type="checkbox"/>	അല്ല	<input type="checkbox"/>	1 വർഷം	<input type="checkbox"/>	2 വർഷം			
	<input type="checkbox"/>	അല്ല	<input type="checkbox"/>	1 വർഷം	<input type="checkbox"/>	3 വർഷം			
9. റൂം തരം പരിഷ്കരണം ഗോൾഡ് & പ്ലാറ്റിനം വേരിയൻ്റ്	<input type="checkbox"/>	അല്ല	<input type="checkbox"/>	സ്റ്റാൻഡേർഡ് സിംഗിൾ റൂം					
	<input type="checkbox"/>	പങ്കിട്ട മുറി							
10. സുരക്ഷ	<input type="checkbox"/>	അല്ല	<input type="checkbox"/>	സുരക്ഷ	<input type="checkbox"/>	സുരക്ഷ+			

* വ്യക്തിഗത, ഇടത്തരം ഫ്ലോട്ടിംഗ് പോളിസികൾക്ക് മാത്രം ബാധകമാണ്. ഫാമിലി ഫസ്റ്റ് പോളിസികൾക്ക്, 5 എക്സ് ഓപ്ഷൻ മാത്രമേ ലഭ്യമാകൂ.

4. നാമനിർദ്ദേശം

പ്രൊപ്പോസറുടെ മരണം സംഭവിക്കുന്ന സാഹചര്യത്തിൽ, പോളിസിക്ക് കീഴിൽ കൂടിശ്രീകയുള്ള എന്തൊരു പേയ് മെന്റും ചുവടെ നൽകിയിരിക്കുന്ന നോമിനേഷൻ നൽകപ്പെടും. നോമിനി അത്തരം പേയ് മെന്റ് സ്വീകരിക്കുന്ന പോളിസിക്ക് കീഴിലുള്ള കമ്പനിയുടെ ബാധ്യത നിറവേറ്റുന്നതിന് തുല്യമാണ്. മറ്റൊരു അപേക്ഷകർക്കും (അപേക്ഷകർക്ക്) നോമിനി സയം പ്രൊപ്പോസർ ആയിരിക്കും.

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

നോമിനിയുടെ ബാങ്ക് വിവരങ്ങൾ: ഗുണഭോക്താവിൻറെ പേര്:

ബാങ്കിൻറെ പേര്: അക്കൗണ്ട് തരം: സ്ഥാപനം: കന്റൻ:

അക്കൗണ്ട് നമ്പർ: IFSC കോഡ്:

5. മെഡിക്കൽ, ശീല വിവരങ്ങൾ

പ്രധാനം: ഈ വിഭാഗത്തിലെ എല്ലാ ചോദ്യങ്ങൾക്കും സത്യസന്ധമായും പൂർണ്ണമായും ഉത്തരം നൽകിയിട്ടുണ്ടെന്ന് ഉറപ്പാക്കുക, കാരണം നിങ്ങൾ ഇവിടെ നൽകുന്ന വിവരങ്ങൾ നിവ ബ്യൂട്ടിയുടെ അഭ്യർത്ഥനയിൽനിന്ന് അടിസ്ഥാനമായിരിക്കും. നിങ്ങളുടെ മെഡിക്കൽ ക്ലെയിംബിനെയും/അല്ലെങ്കിൽ കമ്പോളിനെയും ബാധിച്ചേക്കാവുന്ന അപൂർണ്ണവും തെറ്റായതും ഭാഗികമായും ശരിയായതുമായ എന്തെങ്കിലും വിവരങ്ങൾ യഥാർത്ഥ ശ്രദ്ധിക്കുക.

വിഭാഗം എ: മെഡിക്കൽ അവസ്ഥകളെക്കുറിച്ചുള്ള വിവരങ്ങൾ പങ്കിടുക										
ഓരോ അപേക്ഷകനും ഇനിപ്പറയുന്ന ചോദ്യങ്ങൾക്ക് ഉത്തരം നൽകുക. ദയവായി Yes (Y) അല്ലെങ്കിൽ No (N) എന്ന് വ്യക്തമാക്കിയിരിക്കുക	അപേക്ഷകൻ്റെ നമ്പർ									
i. ജലദോഷം, പനി, അണുബാധ, ചെറിയ പരിക്ക് അല്ലെങ്കിൽ മറ്റ് ചെറിയ അസുഖങ്ങൾ എന്നിവ ഒഴികെ, അപേക്ഷകൻ എപ്പോഴെങ്കിലും ഏതെങ്കിലും 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, കൃത്രിമവയ്പ്പുകൾ, ഓറൽ മരുന്നുകൾ, ശരീരഭാഗങ്ങളിൽ ബാഹ്യ മെഡിക്കൽ പ്രയോഗങ്ങൾ എന്നിവ ഉൾപ്പെടുത്തുന്നവെങ്കിലും അതിൽ മാത്രം പരിമിതപ്പെടുത്തില്ല.	ഉം	N	ഉം	N	ഉം	N	ഉം	N	ഉം	N
ii. തെറ്റായ് പൊഹെൻ, ലിപിഡ് പൊഹെൻ, ട്രൈഗ്ലിസെറൈഡ്, ആൻജിയോറ്റൻസി, എക്കോകാർഡിയോഗ്രാഫി, എൻഡോസ്കോപ്പി, അൾട്രാസൗണ്ട്, സിടി സ്കാൻ, എംആർഐ, ബയോപ്സി, എഫ്എൻഎസി എന്നിവയുമായി ബന്ധപ്പെട്ട ഏതെങ്കിലും ഡയഗ്നോസ്റ്റിക് ടെസ്റ്റുകൾക്കോ അപേക്ഷണങ്ങൾക്കോ അപേക്ഷകൻ എപ്പോഴെങ്കിലും പ്രതികൂല കണ്ടെത്തലുകൾ ഉണ്ടായിട്ടുണ്ടോ?	ഉം	N	ഉം	N	ഉം	N	ഉം	N	ഉം	N
iii. അപേക്ഷകൻ പ്രമേഹരോഗിയെങ്കിലും അല്ലെങ്കിൽ ഉണ്ടോ?	ഉം	N	ഉം	N	ഉം	N	ഉം	N	ഉം	N
iv. അപേക്ഷകൻ എപ്പോഴെങ്കിലും ഏതെങ്കിലും ജനിതക / പാരമ്പര്യ വൈകല്യങ്ങൾ അല്ലെങ്കിൽ എച്ച്എഫി / എച്ച്സ് രോഗനിർണ്ണയം നടത്തുകയോ ചികിത്സിക്കുകയോ ചെയ്തിട്ടുണ്ടോ?	ഉം	N	ഉം	N	ഉം	N	ഉം	N	ഉം	N
v. അപേക്ഷകൻ എപ്പോഴെങ്കിലും ഏതെങ്കിലും മാനസിക / മാനസിക വൈകല്യങ്ങൾ നിർണ്ണയിക്കുകയോ ചികിത്സിക്കുകയോ ചെയ്തിട്ടുണ്ടോ?	ഉം	N	ഉം	N	ഉം	N	ഉം	N	ഉം	N
vi. അപേക്ഷകൻ നിലവിൽ ഗർഭിണിയെന്നോ, ഒപ്പം / അല്ലെങ്കിൽ നിലവിലെ അല്ലെങ്കിൽ മുമ്പത്തെ ഗർഭധാരങ്ങളിൽ എന്തെങ്കിലും സങ്കീർണതകൾ ഉണ്ടായിട്ടുണ്ടോ അല്ലെങ്കിൽ ഏതെങ്കിലും തരത്തിലുള്ള ഹെർട്ടിളിറ്റി ചികിത്സയ്ക്ക് വിധേയനായിട്ടുണ്ടോ / വിധേയനായിട്ടുണ്ടോ? (18 നും 50 നും ഇടയിൽ പ്രായമുള്ള സ്ത്രീകൾക്ക്)	ഉം	N	ഉം	N	ഉം	N	ഉം	N	ഉം	N

വിഭാഗം ബി: (അപേക്ഷകൻ പങ്കിടുന്നവയെക്കുറിച്ചുള്ള വിവരങ്ങൾ / ഗ്ലൂട്ട / പാൻ മസാല അല്ലെങ്കിൽ മദ്യം കഴിക്കുകയോ ചെയ്യുകയാണെങ്കിൽ മാത്രം ഈ വിഭാഗം പൂരിപ്പിക്കുക)	i. ചവയ്ക്കുന്നവയെക്കുറിച്ചുള്ള വിവരങ്ങൾ / ഗ്ലൂട്ട / പാൻ മസാല - ഉണ്ടെങ്കിൽ, പ്രതിദിനം എത്ര പാച്ചുകളുടെ എണ്ണം വ്യക്തമാക്കുക		ii. മദ്യം, ഉണ്ടെങ്കിൽ, ആഴ്ചയിൽ ml വ്യക്തമാക്കുക			iii. സിഗരറ്റ് / ബീഡി / സിഗാർ, ഉണ്ടെങ്കിൽ, പ്രതിദിനം ഉപയോഗം വ്യക്തമാക്കുക	
	1-10	>10	<= 450	>450	Daily Drinker	1-10	>10
അപേക്ഷകൻ 1							
അപേക്ഷകൻ 2							
അപേക്ഷകൻ 3							
അപേക്ഷകൻ 4							
അപേക്ഷകൻ 5							
അപേക്ഷകൻ 6							

വിഭാഗം സി: സെക്ഷൻ എയിൽ ഉദ്ദേശ്യം എന്ന് അടയാളപ്പെടുത്തിയിരിക്കുന്ന ചോദ്യങ്ങൾക്ക്, ഇനിപ്പറയുന്ന വിവരങ്ങൾ വ്യക്തമാക്കുക:									
അപേക്ഷകൻ്റെ നമ്പർ	രോഗലക്ഷണങ്ങൾ അല്ലെങ്കിൽ അനേകജനങ്ങൾ അല്ലെങ്കിൽ രോഗനിർണ്ണയം അല്ലെങ്കിൽ നടപടിക്രമം / ശസ്ത്രക്രിയാ എന്നിവയുടെ വിവരങ്ങൾ				മരുന്ന്(കൾ)	ഔഷധങ്ങൾ	നിലവിലെ അവസ്ഥ (ഉദാഹരണത്തിന്, പൂർണ്ണമായ / ഭാഗിക വീണ്ടെടുക്കൽ അല്ലെങ്കിൽ തുടർച്ചയായ)	ചികിത്സിക്കുന്ന ഡോക്ടറുടെ പേരും സമ്പർക്ക വിവരങ്ങളും	പ്രമേഹമുണ്ടെങ്കിൽ അറ്റാച്ചുമെന്റിനുള്ള രേഖകൾ (ഉദ്ദേശ്യം)
	പ്രമേഹം HbA1c നിലയാണെങ്കിൽ	ഉയർന്ന രക്തസമ്മർദ്ദം ബിപി നിലയാണെങ്കിൽ		മറ്റേതെങ്കിലും വിവരങ്ങൾ					
		സിസ്റ്റോളിക്	ഡയസ്റ്റോളിക്						

6. മുൻകാല നിർദ്ദേശങ്ങൾ

അപേക്ഷകൻ്റെ ജീവിതത്തെക്കുറിച്ചുള്ള ലൈഫ്, ആരോഗ്യം, ആശുപത്രി എന്നിവയുടെ പേര് അല്ലെങ്കിൽ കൂട്ടിക്കൽ ഇൽനൈസ് ഇൻഷുറൻസ് എന്നിവയ്ക്കുള്ള എന്തെങ്കിലും നിർദ്ദേശം എന്തെങ്കിലും ഇൻഷുറൻസ് കമ്പനി എപ്പോഴെങ്കിലും നിരസിക്കുകയോ മാറ്റിവയ്ക്കുകയോ ചെയ്തുകൊടുത്ത ചെലവുകൾ ഓടിക്കാൻ കഴിയാതെ പോയതിനെക്കുറിച്ച് എന്തെങ്കിലും പ്രത്യേക വ്യവസ്ഥകൾക്ക് വിധേയമാക്കുകയോ ചെയ്തിട്ടുണ്ടോ?	അപേക്ഷകൻ്റെ നമ്പർ											
	1		2		3		4		5		6	
	ഉം	N	ഉം	N	ഉം	N	ഉം	N	ഉം	N	ഉം	N

7. ഇലക്ട്രോണിക് നയ പൂർത്തീകരണത്തിനും സേവന ആശയവിനിമയത്തിനുമുള്ള അംഗീകാരം

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

ശരി അല്ല

8. പ്രഖ്യാപനം (നിർദ്ദേശ ഫോമിൽ ഒപ്പിടുന്നതിന് മുമ്പ് യഥാർത്ഥ ശ്രദ്ധാപൂർവ്വം വായിക്കുകയും ഓരോരുത്തർക്കും എതിരെ ഒരു ചെക്ക് മാർക്ക് ഇടുകയും ചെയ്യുക)

- മുകളിൽ പറഞ്ഞ പ്രസ്താവനകൾ, ഉത്തരങ്ങൾ, ഒപ്പ്/അല്ലെങ്കിൽ വിശദാംശങ്ങൾ എന്നിവ എൻ്റെ അറിവിൻ്റെ പരമാവധി എല്ലാ അർത്ഥത്തിലും സത്യവും പൂർണ്ണവുമാണെന്നും ഈ മറ്റ് വ്യക്തികൾക്ക് വേണ്ടി നിർദ്ദേശിക്കാൻ എനിക്ക് അധികാരമുണ്ടെന്നും എനിക്ക് വേണ്ടിയും ഇൻഷുറർ ചെയ്യാൻ ഉദ്ദേശിക്കുന്ന എല്ലാ വ്യക്തികൾക്കും വേണ്ടിയും ഞാൻ ഉത്തരം പ്രഖ്യാപിക്കുന്നു.
- ഞാൻ നൽകുന്ന വിവരങ്ങൾ ഇൻഷുറൻസ് പോളിസിയിലെ അടിസ്ഥാനമായിരിക്കുമെന്നും ഇൻഷുററുടെ ബോർഡ് അംഗീകരിച്ച അണ്ടർവൈറ്റിംഗ് പോളിസിക്ക് വിധേയമാണെന്നും ഉറപ്പാക്കുന്ന പ്രീമിയം പൂർണ്ണമായും അടച്ചതിനുശേഷം മാത്രമേ പോളിസി പ്രാബല്യത്തിൽ വരികയുള്ളൂ എന്നും ഞാൻ മനസ്സിലാക്കുന്നു.
- പ്രൊപ്പോസൽ സമർപ്പിച്ചതിന് ശേഷം ഇൻഷുറർ ചെറുപ്പം / പ്രൊപ്പോസറുടെ തൊഴിലില്ലായ്മ പരിരക്ഷയോടൊപ്പം ജീവിതത്തിൻ്റെ പൊതുവായ ആരോഗ്യത്തിലോ സംഭവിക്കുന്ന എന്തെങ്കിലും മാറ്റം കമ്പനി റിസ്ക് സ്വീകാര്യതയുടെ ആശയവിനിമയത്തിന് മുമ്പായി ഞാൻ രേഖാമൂലം അറിയിക്കുമെന്ന് ഞാൻ പ്രഖ്യാപിക്കുന്നു.
- ഇൻഷുറർ ചെയ്യപ്പെടേണ്ട / പ്രൊപ്പോസർ ചെറുപ്പം വ്യക്തിയുടെ ശാരീരികമായ മാനസികമായ ആയ ആരോഗ്യത്തെ ബാധിക്കുന്ന എന്തെങ്കിലും സംഭവമില്ലാത്ത ഇൻഷുറർ ചെയ്തിട്ടുള്ള / പ്രൊപ്പോസർ ചെയ്യുന്ന വ്യക്തിയെക്കുറിച്ച് എന്തെങ്കിലും മുൻകാല അല്ലെങ്കിൽ നിലവിലെ തൊഴിലുമായി നീന്തുന്ന എന്തെങ്കിലും സമയത്ത് പങ്കെടുത്തിട്ടുള്ള എന്തെങ്കിലും ഡോക്ടറിൽ നിന്നോ ആശുപത്രിയിൽ നിന്നോ മെഡിക്കൽ വിവരങ്ങൾ തേടുന്നതിനും ഇൻഷുറർ ചെറുപ്പം / പ്രൊപ്പോസർ ചെറുപ്പം വ്യക്തിക്ക് ഇൻഷുറർസിയായി അപേക്ഷ നൽകിയിട്ടുള്ള എന്തെങ്കിലും ഇൻഷുററിൽ നിന്ന് വിവരങ്ങൾ തേടുന്നതിനും ഞാൻ സമ്മതിക്കുന്നുവെന്ന് ഞാൻ പ്രഖ്യാപിക്കുന്നു നിർദ്ദേശത്തിനും / അല്ലെങ്കിൽ ക്ഷേമം സെറ്റിൽമെന്റിനും അണ്ടർവൈറ്റിംഗ് ഉദ്ദേശ്യത്തിനായി.
- പ്രൊപ്പോസർ അണ്ടർവൈറ്റിംഗ്, ഒപ്പ്/അല്ലെങ്കിൽ ക്ഷേമം സെറ്റിൽമെന്റ്, എന്തെങ്കിലും സർക്കാർ, / അല്ലെങ്കിൽ സെലിക്ട് അണ്ടർവൈറ്റിംഗ് എന്നിവയുമായി അണ്ടർവൈറ്റിംഗ് ചെയ്യുക എന്ന ഏക ഉദ്ദേശ്യത്തിനായി ഇൻഷുറർ ചെയ്യുന്ന വ്യക്തിയുടെ / പ്രൊപ്പോസറുടെ മെഡിക്കൽ രേഖകൾ എൻ്റെ നിർദ്ദേശവുമായി ബന്ധപ്പെട്ട വിവരങ്ങൾ പങ്കിടാൻ ഞാൻ കമ്പനിയെ അധികാരപ്പെടുത്തുന്നു.
- സേവന സെലിവിനിയുടെ ഏക ഉദ്ദേശ്യത്തിനായി ഇൻഷുറർ ചെയ്യുന്ന / പ്രൊപ്പോസറുടെ മെഡിക്കൽ രേഖകൾ ഉൾപ്പെടെ എൻ്റെ / ഞങ്ങളുടെ നിർദ്ദേശവുമായി ബന്ധപ്പെട്ട വിവരങ്ങൾ ഞങ്ങളുടെ ഫോറംഗൽ ചെയ്യുന്ന ഓരോരുത്തർക്കും കമ്പനിയെ അധികാരപ്പെടുത്തുന്നു.

ഈത്തപ്പന നമ്പരം പ്രൊപ്പോസറുടെ ഒപ്പ്

9. പ്രാദേശിക ഭാഷാ പ്രഖ്യാപനം

പ്രൊപ്പോസർ പ്രാദേശിക ഭാഷയിൽ ഒപ്പിട്ടിട്ടുണ്ടെങ്കിൽ സർട്ടിഫിക്കേഷൻ കമ്പനിയുടെ ഏജൻ്റ് / ജീവനക്കാരൻ ഒഴികെ മറ്റാരെങ്കിലും സാക്ഷ്യം വഹിക്കേണ്ടതാണ് ഈ ഫോമിൻ്റെ ഉള്ളടക്കവും അതിൻ്റെ വിശദാംശങ്ങളും ഞാൻ പ്രാദേശിക ഭാഷയിൽ പ്രൊപ്പോസർക്ക് വിശദീകരിച്ചിട്ടുണ്ട്, അദ്ദേഹം അത് മനസ്സിലാക്കുകയും സ്ഥിരീകരിക്കുകയും ചെയ്തിട്ടുണ്ട്.

സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തുന്ന വ്യക്തിയുടെ പേര്

സർട്ടിഫിക്കറ്റ് നൽകുന്ന വ്യക്തിയുടെ മൊബൈൽ നമ്പർ സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തുന്ന വ്യക്തിയുടെ ഒപ്പ്

സാക്ഷിയുടെ പേര്

സാക്ഷിയുടെ മൊബൈൽ നമ്പർ സാക്ഷിയുടെ ഒപ്പ് പ്രൊപ്പോസറുടെ ഒപ്പ്

10. പ്രൊപ്പോസർ പ്രഖ്യാപനം

എന്തെങ്കിലും കാരണത്താൽ, നിർദ്ദേശവും മറ്റ് അനുബന്ധ പേപ്പറുകളും പ്രൊപ്പോസർ പൂർണ്ണമായും സർട്ടിഫിക്കേഷൻ, പ്രൊപ്പോസർ ഫോമിൻ്റെയും ബന്ധപ്പെട്ട ഡോക്യുമെന്റുകളുടെയും ഉള്ളടക്കം എനിക്ക് പൂർണ്ണമായി വിശദീകരിച്ചിട്ടുണ്ട്, നിർദ്ദിഷ്ട കരാറിൻ്റെ പ്രാധാന്യം ഞാൻ പൂർണ്ണമായി മനസ്സിലാക്കി. എൻ്റെ നിർദ്ദേശപ്രകാരം പ്രൊപ്പോസർ ഫോമം പൂർണ്ണമായിട്ടുണ്ട്, അത് ശരിയാണെന്ന് ഞാൻ കണ്ടെത്തി.

പ്രൊപ്പോസറുടെ ഒപ്പ്

നീവ ബുപ ഹെൽത്ത് ഇൻഷുറൻസ് കമ്പനി
 ലിമിറ്റഡ് രജിസ്റ്റർ ചെയ്ത ഓഫീസ്- സി-98, ഒന്നാം നില, ലങ്ക്വെ നഗർ, ഭാഗം
 1, ന്യൂവൽഹി-110024 നീരാകരണം-ഇൻഷുറൻസ് ഒരു അല്ലെങ്കിൽ വിഷയമാണ്. നീവ ബുപ ഹെൽത്ത് ഇൻഷുറൻസ് കമ്പനി ലിമിറ്റഡ് മുമ്പ് മാക്സ് ബുപ ഹെൽത്ത് ഇൻഷുറൻസ് കമ്പനി
 ലിമിറ്റഡ് എന്നറിയപ്പെട്ടിരുന്നു ഐആർഡിഎഐ രജിസ്ട്രേഷൻ നമ്പർ 145. ബുപ, 'ഹാർട്ട്ബീറ്റ്' ലോഗോ എന്നിവ അത്തരം ഉടമകളുടെ രജിസ്റ്റർ ചെയ്ത വ്യാപാരമുദ്രകളാണ്, ഇത് നീവ ബുപ ഹെൽത്ത് ഇൻഷുറൻസ് കമ്പനി
 ലിമിറ്റഡ് പ്രൊപ്പോസർസിന് കീഴിൽ ഉപയോഗിക്കുന്നു. കസ്റ്റമർ സെർവീസ് നമ്പർ: 1860-500-8888. വെബ്സൈറ്റ്: www.nivabupa.com. സീഎൻ: U66000D2008PLC182918. കൂടുതൽ വിവരങ്ങൾക്കായി

11. പ്രീമിയം വിവരങ്ങൾ (ഓഫീസ് ഉപയോഗത്തിന് മാത്രം)

പ്രീമിയം പേയ്മെന്റ് ഓപ്ഷൻ ചെക്ക് ഡിമൻഡ് ഡ്രാഫ്റ്റ്

ക്രെഡിറ്റ് കാർഡ് ഡെബിറ്റ് കാർഡ് നെറ്റ് ബാങ്കിംഗ്

പണം മറ്റുള്ളവർ

പ്രീമിയം തുക

ഓൺലൈൻ പേയ്മെന്റ് ഇടപാട് ഐഡി:

ജനനത്തീയതി

ബാങ്കിംഗ് പേര് / ബ്രാഞ്ച്

നിവ ബ്യൂ ഓൺലൈൻ ലൊക്കേഷൻ

കോഡ് നമ്പർ

ഉറവിടം:
അഡ്വൈസർ / ഡിപ്യൂട്ടി / കോർപ്പറേറ്റ് ഏജൻസി / മറ്റ് ചാനലുകൾ

കോഡ് നമ്പർ

നാമം

ലഭിച്ച നിർദ്ദേശം:

ഉപഭോക്തൃ ID:

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

ബ്രാഞ്ച് കോഡ് എസ്റ്റിമേറ്റ് കോഡ്

RM/LG കോഡ്

ഉപഭോക്തൃ അക്കൗണ്ട് നമ്പർ

13. ഇൻഷുറൻസ് അഡ്വൈസറുടെ റിപ്പോർട്ട് (ഓഫീസ് ഉപയോഗത്തിന് മാത്രം)

- നിങ്ങൾ പ്രൊപ്പോസറുമായി ബന്ധമുണ്ടോ? അതെ / ഇല്ല. ഉണ്ടെങ്കിൽ, ബന്ധത്തിന്റെ സ്വഭാവം?
- പ്രൊപ്പോസറെ നിങ്ങൾക്ക് എത്ര കാലമായി അറിയാം? മാസങ്ങൾ
- പ്രൊപ്പോസറുടെ ഐഡൻറിറ്റിയിൽ നിങ്ങൾ സംതൃപ്തനോ? ശരി അല്ല
- പ്രൊപ്പോസർക്കോ മറ്റേതെങ്കിലും അപേക്ഷകനോ എന്തെങ്കിലും ശാരീരിക വൈകല്യം / വൈകല്യം അല്ലെങ്കിൽ മാനസിക വൈകല്യം ഉണ്ടോ? ശരി അല്ല
- നിർദ്ദിഷ്ട പോളിസിയിലെ നിബന്ധനകൾ, പരിമിതങ്ങളുള്ള വ്യവസ്ഥകൾ, ഒഴിവാക്കലുകൾ, പോളിസിയിലെ കാത്തിരിപ്പുകാലാവധികൾ എന്നിവ നിങ്ങൾ വിശദീകരിച്ചിട്ടുണ്ടോ, പ്രൊപ്പോസർ വ്യക്തിപരമായി ആരോഗ്യ പ്രഖ്യാപനം ശരി അല്ല
- ധാർമ്മിക അപകടം ഉൾപ്പെടെയുള്ള എല്ലാ ഘടകങ്ങളും കണക്കിലെടുത്ത് ഈ നിർദ്ദേശ പോലീസുകാരൻ നിങ്ങൾ ശുപാർശ ചെയ്യുന്നുണ്ടോ? ശരി അല്ല
- നിങ്ങൾ നിഷ്പക്ഷമായി പ്രൊപ്പോസറെ ഉപദേശിക്കുകയും അവർക്ക് / അവളുടെ താൽപ്പര്യത്തിന് അനുസൃതമായ ഏറ്റവും മികച്ച കവറിൽ തീരുമാനമെടുക്കാൻ പ്രൊപ്പോസറെ പ്രാപമാക്കുന്നതിന് എല്ലാ വിവരങ്ങളും നൽകുകയും ചെയ്തിട്ടുണ്ടോ? ശരി അല്ല

Date: ഇൻഷുറൻസ് അഡ്വൈസറുടെ ഒപ്പ്

14. നിയമപരമായ മുന്നറിയിപ്പ്

റിബന്റുകളുടെ നിരവധി (1938 ലെ ഇൻഷുറൻസ് നിയമത്തിലെ സെക്ഷൻ 41 പ്രകാരം)

- ഇന്ത്യയിലെ ജീവനുമായോ സ്വത്തുമായോ ബന്ധപ്പെട്ട ഏതെങ്കിലും തരത്തിലുള്ള റിസ്ക് നൽകേണ്ട കമ്മീഷൻ മൂലമുണ്ടാകാൻ സാധ്യതയുള്ള റിബന്റുകളുടെ പേരിൽ റിബന്റുകൾക്ക് പോളിസിയിൽ കമ്മീഷൻ നൽകുന്ന പ്രീമിയത്തിന്റെ ഏതെങ്കിലും റിബന്റുകൾക്ക് പ്രൊപ്പോസർക്ക് ഇൻഷുറൻസ് എടുക്കാനോ തുടരാനോ തുടരാനോ ഏതെങ്കിലും വ്യക്തിയെ നേരിട്ടോ അല്ലാതെയോ പ്രേരിപ്പിക്കാൻ ഒരു വ്യക്തിയും അനുവദിക്കുകയോ വാഗ്ദാനം ചെയ്യുകയോ ചെയ്യരുത്. ഇൻഷുററുടെ പ്രസിദ്ധീകരിച്ച പോസ്റ്റ്-പ്രൈം ക്ലെയിംഗ് പരിമിതികൾക്ക് അനുസൃതമായി അനുവദിക്കാൻ സാധ്യതയുള്ള റിബന്റുകൾക്ക് പോളിസി എടുക്കുകയോ പരിമിതികൾക്ക് അനുസൃതമായി അനുവദിക്കാൻ സാധ്യതയുള്ള റിബന്റുകൾക്ക് പോളിസി എടുക്കുകയോ ചെയ്യരുത്.
- 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 ഇൻഷുറൻസുമായി ബന്ധിതമായി മെഡിക്കൽ സേവകൾ പങ്കിടുന്നതിനുള്ള
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ശരി <input type="checkbox"/> അല്ല	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ശരി <input type="checkbox"/> അല്ല
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ശരി <input type="checkbox"/> അല്ല	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ശരി <input type="checkbox"/> അല്ല
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ശരി <input type="checkbox"/> അല്ല	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ശരി <input type="checkbox"/> അല്ല
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ശരി <input type="checkbox"/> അല്ല	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ശരി <input type="checkbox"/> അല്ല
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ശരി <input type="checkbox"/> അല്ല	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ശരി <input type="checkbox"/> അല്ല
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ശരി <input type="checkbox"/> അല്ല	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ശരി <input type="checkbox"/> അല്ല

16. റിഫറൻസും ക്ലെയിമുകളുടെ പേയ്മെന്റിനുമുള്ള വിവരങ്ങൾ

പേയ്മെന്റ് സ്വീകരിക്കുന്നതിനുള്ള ഓപ്ഷൻ: ബാങ്ക് ട്രാൻസ്ഫർ

ബെനിഫിഷ്യറിയുടെ പേര്

ബാങ്കിംഗ് പേര്

അക്കൗണ്ട് നമ്പർ IFSC കോഡ്

അക്കൗണ്ട് തരം

നിവ ബ്യൂ ഹെൽത്ത് ഇൻഷുറൻസ് കമ്പനി
 ലിമിറ്റഡ് രജിസ്റ്റർ ചെയ്ത ഓഫീസ് - സി-88, ഒന്നാം നില, ലളിത നഗർ, ഭാഗം
 1, ന്യൂഡൽഹി-110024 നിരകരണം: ഇൻഷുറൻസ് ഒരു അല്ലെങ്കിൽ വിഷയമാണ്. നിവ ബ്യൂ ഹെൽത്ത് ഇൻഷുറൻസ് കമ്പനി ലിമിറ്റഡ് (മുൻ മാക്സ് ബ്യൂ ഹെൽത്ത് ഇൻഷുറൻസ് കമ്പനി ലിമിറ്റഡ് എന്നറിയപ്പെട്ടിരുന്നു) ഐആർഡിഎഫ് റീസിസ്റ്റേംസ് നമ്പർ 145, ബ്യൂ, ഹാർട്ട്ബീറ്റ് ലോഗോ എന്നിവ അതത് ഉടമകളുടെ രജിസ്റ്റർ ചെയ്ത വ്യാപാരമുദ്രകളാണ്, ഇത് നിവ ബ്യൂ ഹെൽത്ത് ഇൻഷുറൻസ് കമ്പനി ലിമിറ്റഡ് ലൈസൻസിന് കീഴിൽ ഉപയോഗിക്കുന്നു. കസ്റ്റമർ ഹെൽപ്പ് ലൈൻ: 1860-500-8888. വെബ്സൈറ്റ്: www.nivabupa.com. സിഇഎൻ: U66000DL2008PLC182918. കൂടുതൽ വിവരങ്ങൾക്കായി

സുരക്ഷിതത്വം

നിങ്ങളുടെ ഉപയോഗം ഉറപ്പാക്കുന്നതിനായി സുരക്ഷിതത്വം നിലനിർത്തുന്നതിനായി പ്രതിജ്ഞാബദ്ധമാണ്, ഈ ഉപയോഗാനുബന്ധം നിങ്ങളുടെ ഉപയോഗത്തിന്റെ ഭാഗമായി സമ്മതിക്കുന്നു. ഈ ഉപയോഗാനുബന്ധം നിങ്ങളുടെ ഉപയോഗത്തിന്റെ ഭാഗമായി സമ്മതിക്കുന്നു. ഈ ഉപയോഗാനുബന്ധം നിങ്ങളുടെ ഉപയോഗത്തിന്റെ ഭാഗമായി സമ്മതിക്കുന്നു.

'സുരക്ഷിതത്വം' നിങ്ങളുടെ ഉപയോഗം ഉറപ്പാക്കുന്നതിനായി സുരക്ഷിതത്വം നിലനിർത്തുന്നതിനായി പ്രതിജ്ഞാബദ്ധമാണ്, ഈ ഉപയോഗാനുബന്ധം നിങ്ങളുടെ ഉപയോഗത്തിന്റെ ഭാഗമായി സമ്മതിക്കുന്നു. ഈ ഉപയോഗാനുബന്ധം നിങ്ങളുടെ ഉപയോഗത്തിന്റെ ഭാഗമായി സമ്മതിക്കുന്നു.

നിങ്ങളുടെ ഉപയോഗത്തിൽ സുരക്ഷിതത്വം നിലനിർത്തുന്നതിനായി പ്രതിജ്ഞാബദ്ധമാണ്, ഈ ഉപയോഗാനുബന്ധം നിങ്ങളുടെ ഉപയോഗത്തിന്റെ ഭാഗമായി സമ്മതിക്കുന്നു. ഈ ഉപയോഗാനുബന്ധം നിങ്ങളുടെ ഉപയോഗത്തിന്റെ ഭാഗമായി സമ്മതിക്കുന്നു.

സുരക്ഷിതത്വം, സുരക്ഷിതത്വം ഉറപ്പാക്കുന്നതിനായി സുരക്ഷിതത്വം നിലനിർത്തുന്നതിനായി പ്രതിജ്ഞാബദ്ധമാണ്, ഈ ഉപയോഗാനുബന്ധം നിങ്ങളുടെ ഉപയോഗത്തിന്റെ ഭാഗമായി സമ്മതിക്കുന്നു. ഈ ഉപയോഗാനുബന്ധം നിങ്ങളുടെ ഉപയോഗത്തിന്റെ ഭാഗമായി സമ്മതിക്കുന്നു.

- മൂന്ന് വാടകയും (നിങ്ങൾ തിരഞ്ഞെടുത്ത പൂർണ്ണ സമയം) എന്നിവയുടെ ചെലവുകളും ഉൾപ്പെടെ ഒരു ആശുപത്രിയിലെ ഉപയോഗം പരിചരണം
- യഥാക്രമം 60, 90 ദിവസത്തേക്ക് ആശുപത്രിയിൽ പ്രവേശിപ്പിക്കുന്നതിന് മുമ്പും ശേഷവും ചെലവുകൾ
- ഡോക്ടർ ചികിത്സകൾ
- ഡോക്ടർ സിലിയിൻ ഹോസ്പിറ്റലൈസേഷൻ
- ഇതര ചികിത്സകൾ
- ജീവനുള്ള അവയവ ദാതാവ് മാറ്റിവയ്ക്കൽ
- എമർജൻസി ആംബുലൻസ്
- 24 മണിക്കൂർ കാത്തിരുന്ന് കൗൺസിലിംഗ് സേവനം 2 ഗർഭധാരണം അല്ലെങ്കിൽ ഗർഭച്ഛിദ്രം വരെ മെറ്റേണിറ്റി ബെനിഫിറ്റ് പരിരക്ഷിക്കപ്പെടുന്നു
- നവജാത ശിശു (നവജാത ശിശുവിന്റെ പ്രതിരോധ കുത്തിവയ്പ്പുകൾ ഉൾപ്പെടെ)
- ആരോഗ്യ പരിരക്ഷ, ആദ്യ പോളിസി വാർഷിക പൂർത്തിയാക്കലിന് ശേഷം
- വ്യക്തിഗത, ഫാമിലി റിപ്പോർട്ട് ചെയ്ത കേസുകൾ കീഴിൽ മാത്രമേ അടിസ്ഥാന ഇൻഷുറർ ചെയ്ത തുക വരെയുള്ള റീഫിൽ ആനുകൂല്യം ലഭ്യമാകൂ. ഫാമിലി ഫണ്ട് പ്ലാനിൽ റീഫിൽ ആനുകൂല്യം ഉണ്ട്.
- ഹാർമനി, ഡയഗ്നോസ്റ്റിക് ബുക്കിംഗ് സേവനങ്ങൾ
- ലോയർ കൂട്ടിച്ചേർക്കലുകൾ: ഒരു പോളിസി വാർഷിക പൂർത്തിയാക്കലിന് ശേഷം, കോലമ്പയിൽ തിരുന്ന അടിസ്ഥാന തുകയുടെ 10% ചേർക്കൽ, അടിസ്ഥാന ഇൻഷുറർ ചെയ്ത തുകയുടെ പരമാവധി 100% (സീൽഡർ പ്ലാനിന്റെ കാര്യത്തിൽ 50%) വിധേയമായി
- മെഡിക്കൽ ഫാർമി, അടിയന്തിര മെഡിക്കൽ ഓപ്പറേഷൻ, മെഡിക്കൽ തിരിച്ചറിയൽ, പ്രായപൂർത്തിയാകാത്ത കുട്ടികളുടെ ആനുകൂല്യം സന്ദർശനം, പരിചരണം, ബ്ലോ / അല്ലെങ്കിൽ ഗർഭധാരം, മുൻകരുതലില്ലാതെ മടക്കം എന്നിവയ്ക്കുള്ള അടിയന്തിര സഹായ സേവനങ്ങൾ
- എച്ച്എസ്വി / എച്ച്ബി മൂലമുണ്ടാകുന്ന അല്ലെങ്കിൽ അതുമായി ബന്ധപ്പെട്ട ആവസ്ഥ കാരണം ആശുപത്രിയിൽ പ്രവേശിപ്പിക്കുന്നതിന് (ഡോക്ടർ ചികിത്സ ഉൾപ്പെടെ) ഉണ്ടാകുന്ന ചെലവുകൾ പോളിസിയിൽ വ്യക്തമാക്കിയിരിക്കുന്ന ഉപപരിധിക്ക് വിധേയമായി പോളിസിക്ക് കീഴിൽ പരിരക്ഷിക്കപ്പെടും.
- മാനസിക രോഗത്തിനുള്ള ഉപയോഗം ചികിത്സയ്ക്കായി ഉണ്ടാകുന്ന ചെലവുകൾ പോളിസിയിൽ വ്യക്തമാക്കിയിട്ടുള്ള നിർദ്ദിഷ്ട വ്യവസ്ഥകൾക്കുള്ള ഉപപരിധിക്ക് വിധേയമായി പോളിസിക്ക് കീഴിൽ പരിരക്ഷിക്കപ്പെടും.
- പരിമിതികൾക്ക് വിധേയമായി ആധുനിക ചികിത്സകൾ ഉൾക്കൊള്ളുന്നു

പൂർണ്ണ പ്ലാനിന് കീഴിലുള്ള അധിക അടിസ്ഥാന ആനുകൂല്യങ്ങൾ

- നിർദ്ദിഷ്ട രോഗം അല്ലെങ്കിൽ ആശുപത്രി ശസ്ത്രക്രിയയുടെ രോഗനിർണയത്തെക്കുറിച്ചുള്ള രണ്ടാമത്തെ മെഡിക്കൽ അഭിപ്രായം
- ഹെൽത്ത് കെയർ ആനുകൂല്യങ്ങൾ (വാക്സിനേഷനുള്ള സന്ദർശന വേളയിൽ പൊഷകാഹാരത്തിനും വളർച്ചയ്ക്കും വേണ്ടിയുള്ള ഒരു കൺസൾട്ടേഷൻ ഉൾപ്പെടെ 12 വയസ്സ് വരെയുള്ള കുട്ടികൾക്കുള്ള പ്രതിരോധ കുത്തിവയ്പ്പുകൾ)
- യൂഎസ്എയും കാനഡയും ഒഴികെ ഇന്ത്യയ്ക്ക് പുറത്ത് നിർദ്ദിഷ്ട രോഗ പരിരക്ഷ
- അടിയന്തിര ഹോസ്പിറ്റലൈസേഷനും എമർജൻസി മെഡിക്കൽ ഇൻഷുറർ ചെയ്ത യൂഎസ്എയും കാനഡയും ഒഴികെ ഇന്ത്യയ്ക്ക് പുറത്തുള്ള അന്താരാഷ്ട്ര കവരണം
- 000 ചികിത്സയും രോഗനിർണ്ണയ സേവനങ്ങളും

നിങ്ങളുടെ ഉപയോഗത്തിൽ സുരക്ഷിതത്വം നിലനിർത്തുന്നതിനായി പ്രതിജ്ഞാബദ്ധമാണ്, ഈ ഉപയോഗാനുബന്ധം നിങ്ങളുടെ ഉപയോഗത്തിന്റെ ഭാഗമായി സമ്മതിക്കുന്നു. ഈ ഉപയോഗാനുബന്ധം നിങ്ങളുടെ ഉപയോഗത്തിന്റെ ഭാഗമായി സമ്മതിക്കുന്നു.

- ആകസ്മിക മരണം, സ്ഥിരമായ പൂർണ്ണവും ഭാഗികവുമായ വൈകല്യം എന്നിവയ്ക്കെതിരായ വ്യക്തിഗത അപകട പരിരക്ഷ
- 20 പ്രധാന ഗുരുതരമായ രോഗങ്ങൾക്ക് ക്രിട്ടിക്കൽ ഇൻസെൻസ് പരിരക്ഷ
- ആശുപത്രിയിൽ പ്രവേശിപ്പിക്കുന്ന സാഹചര്യത്തിൽ ദൈനംദിന ആശുപത്രി ക്യാഷ് ബെനിഫിറ്റ്
- പരിധിയില്ലാത്ത ടെലി / ഓൺലൈൻ മെഡിക്കൽ കൺസൾട്ടേഷനുകൾ
- പോളിസി വേളയിൽ നിർദ്ദിഷ്ട രോഗങ്ങളിൽ ഏതെങ്കിലും ഉപയോഗിച്ച് പോളിസി ഉടമ ഇൻഷുറർ ചെയ്ത വ്യക്തി കൂട്ടി (ആയിരിക്കണം) മരിക്കുകയോ രോഗനിർണ്ണയം നടത്തുകയോ അല്ലെങ്കിൽ ആദ്യമായി ചികിത്സയ്ക്ക് വിധേയമാകുകയോ ചെയ്താൽ 1 വർഷത്തേക്ക് ഓട്ടോമറ്റിക് സൗജന്യ എക്സ്ട്രാർഷൻ (വ്യക്തിഗത പരിരക്ഷയ്ക്ക് ലഭ്യമാണ്)
- ഇന്ത്യയിലെ ഓർഗനോട്രാൻസ്പ്ലാന്റേഷൻ അതിർത്തികൾക്ക് പുറത്ത് നിർദ്ദിഷ്ട രോഗ പരിരക്ഷ, അടിയന്തിര മെഡിക്കൽ ഇൻഷുറർ ചെയ്ത, അടിയന്തിര ആശുപത്രിവാസം എന്നിവയ്ക്കായി യൂഎസ്എയിലേക്കും കാനഡയിലേക്കും പരിരക്ഷ വ്യാപിപ്പിക്കുന്നതിനുള്ള മെച്ചപ്പെട്ട ഓർഗനോട്രാൻസ്പ്ലാന്റേഷൻ സാധ്യത

പോളിസി അനുസരിച്ച് കാത്തിരിപ്പ് കാലയളവുകൾ ബാധകമാണെന്ന് ശ്രദ്ധിക്കുക:

- പോളിസിയുടെ ആരംഭം മുതൽ നിലവിലുള്ള രോഗ കാത്തിരിപ്പ് കാലയളവ് 24 മാസം (സീൽഡർ പ്ലാനിംഗ് കാര്യത്തിൽ 36 മാസം) തുടർച്ചയായ പുതുക്കലിന് വിധേയമാണ്.
- ചികിത്സ ആവശ്യമില്ലെങ്കിൽ 30 ദിവസത്തെ പ്രാരംഭ കാത്തിരിപ്പ് കാലയളവ് ഒരു അപകടത്തിന്റേ ഫലമാണ്.
- കൺസർ (30 ദിവസത്തെ പ്രാരംഭ കാത്തിരിപ്പ് കാലയളവിന് ശേഷം പരിരക്ഷ) അല്ലെങ്കിൽ ഒരു അപകടം (ദിവസം 1 മുതൽ പരിരക്ഷ) എന്നിവ മൂലമാണ് ഈ അവസ്ഥ നേരിട്ട് ഉണ്ടാകുന്നതെങ്കിൽ, ലിസ്റ്റുചെയ്ത ചില രോഗങ്ങൾക്ക് 24 മാസത്തെ നിർദ്ദിഷ്ട കാത്തിരിപ്പ് കാലയളവ്. ഈ കാത്തിരിപ്പ് കാലയളവ് 45 വയസ്സിന് മുകളിലുള്ളവർക്ക് മാത്രമേ ബാധകമാകൂ.
- മാനസിക വൈകല്യ ചികിത്സാ ആനുകൂല്യത്തിന് തിരഞ്ഞെടുക്കപ്പെട്ട പരിരക്ഷയുടെ ആരംഭം മുതൽ 36 മാസത്തെ കാത്തിരിപ്പ് കാലയളവ് ഉണ്ടായിരിക്കും, അതൽ ഇൻഷുറർ ചെയ്ത വ്യക്തിക്ക് മാനസിക രോഗം ഒരു ആനുകൂല്യമായി പരിരക്ഷ ലഭിക്കും.
- എച്ച്ഐവി / എജ്സ് പരിരക്ഷയ്ക്കായി, ഇൻഷുറൻസ് ചെയ്തിട്ടുള്ള വ്യക്തിക്ക് എച്ച്ഐവി / എജ്സ് പരിരക്ഷയുള്ള തിരഞ്ഞെടുക്കലിൽ കവർ ആരംഭിച്ചതുമുതൽ 48 മാസത്തെ കാത്തിരിപ്പ് കാലയളവ് ഉണ്ടായിരിക്കും.
- ക്രിട്ടിക്കൽ ഇൻഫർമിറ്റി പരിരക്ഷയ്ക്കായി, 90 ദിവസത്തെ പ്രാരംഭ കാത്തിരിപ്പ് കാലയളവും 3 വർഷത്തെ നിലവിലുള്ള രോഗ കാത്തിരിപ്പ് കാലയളവും 30 ദിവസത്തെ അതിജീവനം കാലയളവും എല്ലാ അവസ്ഥകൾക്കും ബാധകമാണ്.

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

- വ്യക്തിഗത അല്ലെങ്കിൽ ഫാമിലി ഫ്ലോട്ടർ കവർ (4 കൂട്ടികൾ വരെ) അല്ലെങ്കിൽ ഫാമിലി ഫസ്റ്റ് കവർ (19 ബന്ധങ്ങൾ വരെ), പോളിസിയുടെ അംഗത്തെ (അംഗങ്ങളെ) ചേർക്കുകയോ ഇല്ലാതാക്കുകയോ ചെയ്യുന്നത് പുതുക്കൽ സമയത്ത് മാത്രമാണ്.
- ഇൻഷുറർ ചെയ്ത തുക (കൂടാതെ അതിന്റേ കാര്യത്തിൽ ആദ്യം) നിങ്ങളുടെ പ്ലാൻ വ്യക്തിഗത ഇൻഷുറർ ചെയ്ത തുകയും ഫ്ലോട്ടർ സൗകര്യം ഇൻഷുറർ ചെയ്തതും ഒരേ പോളിസിയുടെ വാഗ്ദാനം ചെയ്യുന്നു. ഉദാഹരണത്തിന്, 5 ലക്ഷം + 30 ലക്ഷം രൂപയുടെ ഇൻഷുറൻസ് തുകയുള്ള 6 അംഗങ്ങൾക്കായി (സ്വയം, പങ്കാളി, മരുമകന്മാർ, രണ്ട് കുട്ടികൾ) ഒരു ഫാമിലി ഫസ്റ്റ് പോളിസി തിരഞ്ഞെടുക്കുന്നു. ഏതൊരു അംഗത്തിനും അവന്റെ / അവളുടെ വ്യക്തിഗത ഇൻഷുറർ ചെയ്ത തുകയിൽ നിന്ന് 5 ലക്ഷം വരെ ക്ഷയിം ചെയ്യാൻ കഴിയും. 5 ലക്ഷത്തിൽ കൂടുതലുള്ള ഏതൊരു ക്ഷയിം ചെയ്യാൻ കഴിയും 30 ലക്ഷം രൂപയുടെ ഫ്ലോട്ടർ സൗകര്യം ഇൻഷുറർ വഴി പരിരക്ഷ ലഭിക്കും. അതിനാൽ, ഒരു വ്യക്തിഗത അംഗത്തിന് ഒരൊരു ക്ഷയിം ചെയ്യാൻ കഴിയും 35 ലക്ഷം വരെ ക്ഷയിം ചെയ്യാൻ കഴിയും, എന്നിരുന്നാലും ഫ്ലോട്ടർ സൗകര്യം ഇൻഷുറർ ചെയ്ത ഫ്ലോട്ടർ സൗകര്യം പോളിസി വർഷത്തിൽ എല്ലാ അംഗങ്ങൾക്കും ഒരുമിച്ച് 30 ലക്ഷം വരെ മാത്രമേ ഉപയോഗിക്കാൻ കഴിയൂ. ഒരു പോളിസി വർഷത്തിലെ സഞ്ചിത അടിസ്ഥാനത്തിൽ, മൊത്തം ക്ഷയിം ചെയ്യാൻ കഴിയുന്ന അംഗങ്ങൾ * 5 ലക്ഷം വീതം + 30 ലക്ഷം ഫ്ലോട്ടർ സൗകര്യം (ഇൻഷുറർ)
- നിങ്ങളുടെ സ്ഥിരീകരണത്തിനും നിശ്ചിത പ്രീമിയം സമയബന്ധിതമായി അടയ്ക്കുന്നതിനും വിധേയമായി നിങ്ങളുടെ പോളിസിയുടെ ആജീവനാന്ത പുതുക്കൽ.
- നിങ്ങളുടെ പ്രായം കൂടുന്നതിനനുസരിച്ച് നിങ്ങളുടെ പുതുക്കൽ പ്രീമിയം വർദ്ധിക്കും. പക്ഷേ നിങ്ങളുടെ ക്ഷയിം അനുഭവത്തെ അടിസ്ഥാനമാക്കി മാറ്റി. ഐആർഡിഎഫ് അംഗീകാരത്തിന് വിധേയമായി കാലാകാലങ്ങളിൽ ബാധകമായ ഐആർഡിഎഫ് ക്ഷയിം നിശ്ചയിക്കും. അനുസൃതമായും ഉൽപ്പന്നത്തിനായുള്ള പുതുക്കൽ പ്രീമിയം നിരക്കുകൾ ഭാവിയിൽ.
- നിങ്ങളുടെ നിർദ്ദേശം ഇഷ്യൂ ചെയ്യുന്നതിന് നിരസിക്കപ്പെടുകയാണെങ്കിൽ, പ്രീ പോളിസി മെമ്പർഷിപ്പിന്റെ (പിപിഎസ്) ചെലവിനായി ചെലവായ തുകയുടെ 100% നിങ്ങൾ വഹിക്കും.
- പ്രീ ലുക്ക് വ്യവസ്ഥ: പോളിസിയുടെ നിബന്ധനകളും വ്യവസ്ഥകളും നിങ്ങൾ അംഗീകരിക്കുന്നില്ലെങ്കിൽ, പോളിസി ഡോക്യുമെന്റ് ലഭിച്ച് 15 ദിവസത്തിനുള്ളിൽ നിങ്ങളുടെ കാരണങ്ങൾ വ്യക്തമാക്കി നിങ്ങൾക്ക് പോളിസി റദ്ദാക്കാം. മെമ്പർഷിപ്പ് ചെയ്തപ്പോൾ, സ്റ്റാമ്പ് ഡ്യൂട്ടി, കവർ കാലയളവിലെ ആനുപാതിക നിസ്തു പ്രീമിയം എന്നിവയ്ക്കുള്ള ചാർജ്ജുകൾ കൂറുചെയ്ത ശേഷം പ്രീമിയം തിരികെ നൽകും. പോളിസി പുതുക്കുന്ന സമയത്ത് പ്രീ ലുക്ക് വ്യവസ്ഥ.

കുറിപ്പുകൾ:

- പ്രീമിയം: രേഖയായി നിവ്വേദിച്ച ഹെൽത്ത് ഇൻഷുറൻസ് കമ്പനി ലിമിറ്റഡിന്റെ ഹെൽത്ത് ഒരു സുരക്ഷിത പേയ്മെന്റ് മോഡ് വഴി പ്രീമിയം തുക നിക്ഷേപിക്കുക.
- എന്തെങ്കിലും ചോദ്യമോ ക്ഷയിംമോ ഉണ്ടെങ്കിൽ, തിരഞ്ഞെടുക്കലിൽ, തിരഞ്ഞെടുക്കലിൽ കസ്റ്റമർ ഹെൽപ്പ് ലൈൻ നമ്പർ: 1860-500-8888 ൽ ബന്ധപ്പെടുക.

കമ്പനിയുടെ നിർദ്ദിഷ്ട അല്ലെങ്കിൽ നിലവിലുള്ള നയവുമായി ബന്ധപ്പെട്ട് സ്ഥാനം കോളുകൾ, സേവന കോളുകൾ അല്ലെങ്കിൽ മറ്റേതെങ്കിലും ആശയവിനിമയം ഇലക്ട്രോണിക് അല്ലെങ്കിൽ മറ്റേതെങ്കിലും നടത്തുന്നതിന് ഞാൻ ഇതിനാൽ കമ്പനിക്ക് സമ്മതം നൽകുകയും അധികാരപ്പെടുത്തുകയും ചെയ്യുന്നു.

ഈ സ്ഥലം മനഃപൂർവ്വം ശൂന്യമായി വിട്ടിരിക്കുന്നു.

നിങ്ങളുടെ നിലവിലുള്ള ഓട്ടോമറ്റഡ് ക്രെഡിറ്റ് ഹൗസ് / എസിഎച്ച് / സ്റ്റാൻഡിംഗ് നിർദ്ദേശങ്ങൾ (എസ്ഐ) കമ്പനിയുമായി തുടരുന്നതിലൂടെ നിങ്ങളുടെ ആരോഗ്യ ഉൽപ്പന്നങ്ങൾ പോളിസിയിലെ പുതുക്കൽ പ്രക്രിയയ്ക്ക് വിധേയമാക്കുകയും ഈ ഓപ്പറേഷൻ കീഴിൽ നിങ്ങളുടെ പോളിസി ഉടൻ പുതുക്കാൻ കഴിയും എന്നാൽ കമ്പനിക്ക് ആവശ്യമായേക്കാവുന്ന വിവരങ്ങളുടെയും ഡാറ്റാകൃതികൾക്കും എല്ലാ അധിക ആവശ്യകതകളും നിങ്ങൾ പൂർത്തിയാക്കുന്നതിന് വിധേയമാണ്.

എസിഎച്ച് / എസ്ഐ പുതുക്കൽ ഓപ്പറേഷൻ തിരഞ്ഞെടുക്കാൻ ആഗ്രഹിക്കുന്നു.

ഈത്തരൂപം: _____

പൊതുസംരക്ഷണ ഓപ്പർ: _____

സ്ഥലം: _____

പൊതുസംരക്ഷണ പേര്: _____

നിവ ബുഡ്ജെറ്റ് ഉൽപ്പന്നങ്ങൾ കമ്പനി
ലിമിറ്റഡ് രജിസ്റ്റർ ചെയ്ത ഓഫീസ്: സി-98, ഒന്നാം നില, ലണ്ടൻ നഗർ, ഓഗ്സ്
1, ന്യൂഡൽഹി-110024 നിരകരണം: ഉൽപ്പന്നങ്ങൾ ഒരു അഭ്യർത്ഥന വിഷയമാണ്. നിവ ബുഡ്ജെറ്റ് ഉൽപ്പന്നങ്ങൾ കമ്പനി ലിമിറ്റഡ് (മുൻ മാക്സ് ബുഡ്ജെറ്റ് ഉൽപ്പന്നങ്ങൾ കമ്പനി ലിമിറ്റഡ് എന്നറിയപ്പെട്ടിരുന്നു) (ഐആർസിഐഐ രജിസ്റ്റർ ചെയ്ത നമ്പർ 145) 'ബുഡ്ജെറ്റ്' 'ഹാർട്ട്ബീറ്റ്' ലോഗോ എന്നിവ അതത് ഉടമകളുടെ രജിസ്റ്റർ ചെയ്ത വ്യാപാരമുദ്രകളാണ്, ഇത് നിവ ബുഡ്ജെറ്റ് ഉൽപ്പന്നങ്ങൾ കമ്പനി ലിമിറ്റഡ് ലൈസൻസിന് കീഴിൽ ഉപയോഗിക്കുന്നു. കസ്റ്റമർ സർവീസ് നമ്പർ: 1860-500-8888. വെബ്സൈറ്റ്: www.nivabupa.com. സിഐഎൻ: U66000DL2008PLC182918. കൂടുതൽ വിവരങ്ങൾക്ക്

കമ്പനിയുടെ അംഗീകാരം

ആപ്ലിക്കേഷൻ നമ്പർ:

ഈത്തരൂപം

_____ ന്റെ ഏതെങ്കിലും തീയതിയിലെ _____ രൂപയുടെ ചെക്ക് / ഡിമാൻഡ് ഡ്രാഫ്റ്റ് / മറ്റുള്ളവ വഴി നിങ്ങളുടെ നിർദ്ദേശവും തുകയും _____ തങ്ങൾ നിർദ്ദേശിച്ച അംഗീകരിക്കുന്നു. ഉൽപ്പന്നങ്ങൾ സിനായി പൂർത്തിയാക്കിയ ഒരു നിർദ്ദേശമാണ് പോളിസി നൽകുന്നതിന് നൽകിയ ഏതെങ്കിലും പേയ്മെന്റോ തങ്ങൾക്ക് സ്വീകരിക്കുന്നത് ഒരു പോളിസി നൽകാൻ സമ്മതിക്കാൻ തങ്ങളെ നിർബന്ധിക്കുന്നില്ല, ഏത് തീരുമാനമാണ് എടുക്കപ്പെടാൻ തങ്ങളുടെ ഏകദേശ സമ്പൂർണ്ണമായ വിവേചനാധികാരത്തിൽ ആയിരിക്കും. ഉൽപ്പന്നങ്ങൾ സിനായിയുള്ള ഒരു നിർദ്ദേശം തങ്ങൾ സ്വീകരിക്കുകയാണെങ്കിൽ, അത് പോളിസിയിലെ നിബന്ധനകൾക്കും വ്യവസ്ഥകൾക്കും വിധേയമായിരിക്കും. പ്രക്രിയയ്ക്ക് പുറത്തുവരുന്ന കൃത്യസമയത്തും തങ്ങൾക്ക് ലഭിച്ചില്ലെങ്കിൽ അല്ലെങ്കിൽ യഥാർത്ഥവുമായില്ലെങ്കിൽ തങ്ങൾക്ക് യാതൊരു ബാധ്യതയും ഉണ്ടായിരിക്കില്ല. തങ്ങൾ നിർദ്ദേശം അംഗീകരിക്കുന്നില്ലെങ്കിൽ, നിങ്ങളിൽ നിന്ന് പലിശയില്ലാതെ ലഭിച്ച മെഡിക്കൽ ചെക്ക് കൂറുതിന് ശേഷം തങ്ങൾ നിങ്ങളെ അറിയിക്കുകയും പേയ്മെന്റ് തിരികെ നൽകുകയും ചെയ്യും.

നിവ ബുഡ്ജെറ്റ് ഓപ്പറേഷൻ സീലും