

1		(M / F / മറ്റുള്ളവ)	(dd/mm/yy yy					
---	--	---------------------	-----------------	--	--	--	--	--

അടിസ്ഥാന കവരണം:	
പോളിസി തരം:	വ്യക്തി
പരിരക്ഷിക്കപ്പെടേണ്ട ജീവിതങ്ങളുടെ എണ്ണം:	1
അടിസ്ഥാന തുക ഇൻഷുർ ചെയ്യൂ:	_____
പോളിസി ടേം:	1 വർഷം

3. പോർട്ടബിലിറ്റി

പോളിസി നമ്പർ.	ഇൻഷുറൻസ് കമ്പനി	നിന്ന് ആരംഭിക്കുന്ന തീയതി	നിന്ന് അവസാന തീയതി	Porting കാരണങ്ങൾ

പോർട്ടബിലിറ്റി അഭ്യർത്ഥിക്കുന്ന നിർദ്ദിഷ്ട ഇൻഷുർ ചെയ്ത വ്യക്തിയുടെ പേര്	ആദ്യ പോളിസി ആരംഭിക്കുന്ന തീയതി	പോർട്ടബിലിറ്റി അഭ്യർത്ഥിക്കുന്ന വർഷങ്ങളുടെ തുടർച്ചയായ കവരണത്തിന്റെ എണ്ണം	മുൻകാല നയങ്ങളിലെ ക്ലെയിമുകൾ	നിലവിലെ നോ ക്ലെയിം ബോണസ്	ഇൻഷുർ ചെയ്ത തുക - വർഷം 1 (ഏറ്റവും പഴയത്)	ഇൻഷുർ ചെയ്ത തുക - വർഷം 2	ഇൻഷുർ ചെയ്ത തുക - വർഷം	ഇൻഷുർ ചെയ്ത തുക - വർഷം 4 (കാലഹരണപ്പെടുന്ന)

4. നാമനിർദ്ദേശം

പൊതുസമ്പാദ്യ മരണം സംഭവിക്കുന്ന സാഹചര്യത്തിൽ, നോമിനേഷൻ ക്ലെയിം നൽകും. മറ്റ് ഇൻഷുർ ചെയ്ത വ്യക്തികൾക്ക്, പൊതുസർ നോമിനേഷൻ നോമിനേഷൻ പണം നൽകുന്നതും കമ്പനിയുടെ മുഴുവൻ ബാധ്യതയും നിറവേറ്റുന്നതിൽ ഉൾപ്പെടുന്നു.

നോമിനേഷൻ പേര്	ജനന തീയതി	പൊതുസമ്പാദ്യമുള്ള ബന്ധം	നോമിനേഷൻ വിലാസം, മൊബൈൽ നമ്പർ, ഇമെയിൽ ഐഡി	നിയുക്തന്റെ പേര് (നോമിനേഷൻ 18 വയസ്സിൽ താഴെയാണെങ്കിൽ)

നോമിനേഷൻ ബാങ്ക് വിവരങ്ങൾ: ഗുണഭോക്താവിന്റെ പേര്: _____

ബാങ്കിന്റെ പേര് _____ അക്കൗണ്ട് തരം _____ സമ്പാദ്യം _____ കറൻസി _____

അക്കൗണ്ട് നമ്പർ _____ /ISC കോഡ് _____

5. മെഡിക്കൽ, ശീലങ്ങൾ, മുൻകാല നിർദ്ദേശ വിവരങ്ങൾ

പ്രധാനം: ഈ വിഭാഗത്തിലെ എല്ലാ ചോദ്യങ്ങൾക്കും സത്യസന്ധമായും പൂർണ്ണമായും ഉത്തരം നൽകിയിട്ടുണ്ടെന്ന് ഉറപ്പാക്കുക. കാരണം നിങ്ങൾ ഇവിടെ നൽകുന്ന വിവരങ്ങൾ നില ബുദ്ധിയുടെ അഭാവമില്ലാതെ അടിസ്ഥാനമായിരിക്കും. നിങ്ങളുടെ മെഡിക്കൽ ക്ലെയിമിനെയും ഒപ്പം/അല്ലെങ്കിൽ കവരണത്തിനെയും ബാധിക്കാവുന്ന അപൂർണ്ണവും തെറ്റായതും ഭാഗികമായി ശരിയായതുമായ എന്തെങ്കിലും വിവരങ്ങൾ ദയവായി ശ്രദ്ധിക്കുക.

വിഭാഗം എ	
ഓരോ അപേക്ഷകനും ഇനിപ്പറയുന്ന ചോദ്യങ്ങൾക്ക് ഉത്തരം നൽകുക. ദയവായി Yes (Y) അല്ലെങ്കിൽ No (N) എന്ന് വ്യക്തമാക്കിയിരിക്കുക	
	1

<p>i. ജലദോഷം, പനി, അണുബാധ, ചെറിയ പരിക്ക് അല്ലെങ്കിൽ മറ്റ് ചെറിയ അസുഖങ്ങൾ എന്നിവ ഒഴികെ, അപേക്ഷകൻ എപ്പോഴെങ്കിലും ഏതെങ്കിലും രോഗം കണ്ടെത്തുകയും / അല്ലെങ്കിൽ 5 ദിവസത്തിൽ കൂടുതൽ ആശുപത്രിയിൽ പ്രവേശിപ്പിക്കുകയും / അല്ലെങ്കിൽ ഏതെങ്കിലും ശസ്ത്രക്രിയ നടപടിക്രമങ്ങൾക്ക് വിധേയമാകാനും / അല്ലെങ്കിൽ ഏതെങ്കിലും മരുന്ന് കഴിക്കാനും / 14 ദിവസത്തിൽ കൂടുതൽ ഏതെങ്കിലും രോഗലക്ഷണങ്ങൾ ഉണ്ടോ? മരുന്നുകൾ ഉൾപ്പെടെയുള്ള കൂടുതൽ പരീക്ഷണങ്ങൾ, ഓറൽ മരുന്നുകൾ, ശരീരഭാഗങ്ങളിൽ ബാഹ്യ മെഡിക്കൽ പ്രയോഗങ്ങൾ എന്നിവ ഉൾപ്പെടുത്തുന്നവെങ്കിലും അതിൽ മാത്രം പരിമിതപ്പെടുത്തില്ല.</p>	ഉം	N
<p>ii. തെടോസ്റ്റ് പ്രൊഫൈൽ, ലിപിഡ് പ്രൊഫൈൽ, ട്രൈഗ്ലിസെറൈഡ്, ആൽബിമിൻ, എക്കോകാർഡിയോഗ്രാഫി, എൻഡോസ്കോപ്പി, അൾട്രാസൗണ്ട്, സിടി സ്കാൻ, എംആർഐ, ബയോപ്സി, എഫ്എൽഎസി എന്നിവയുമായി ബന്ധപ്പെട്ട ഏതെങ്കിലും ഡയഗ്നോസ്റ്റിക് ടെസ്റ്റുകൾക്കോ അന്വേഷണങ്ങൾക്കോ അപേക്ഷകൻ എപ്പോഴെങ്കിലും പ്രതികൂല കണ്ടെത്തലുകൾ ഉണ്ടായിട്ടുണ്ടോ?</p>	ഉം	N
<p>iii. അപേക്ഷകൻ പ്രമേഹരോഗി (പ്രീ-ഡയബറ്റിക്) ഉണ്ടോ അല്ലെങ്കിൽ അവൻ / അവൾക്ക് എപ്പോഴെങ്കിലും ഉയർന്ന രക്തശ്ലുശ്ശ ഉണ്ടായിട്ടുണ്ടോ?</p>	ഉം	N
<p>iv. അപേക്ഷകൻ രക്തത്തിൽമർദ്ദം ഉയർന്ന രക്തസമ്മർദ്ദം ഉണ്ടോ?</p>	ഉം	N
<p>v. അപേക്ഷകൻ എപ്പോഴെങ്കിലും ഏതെങ്കിലും ജനിതക / പാരമ്പര്യ വൈകല്യങ്ങൾ അല്ലെങ്കിൽ എച്ച്ഐവി / എസ്സ് രോഗനിർണ്ണയ നടപടികൾ ചെയ്തിട്ടുണ്ടോ?</p>	ഉം	N
<p>vi. അപേക്ഷകൻ എപ്പോഴെങ്കിലും ഏതെങ്കിലും മാനസിക / മാനസിക വൈകല്യങ്ങൾ നിർണ്ണയിക്കുകയോ ചികിത്സിക്കുകയോ ചെയ്തിട്ടുണ്ടോ?</p>	ഉം	N
<p>vii. അപേക്ഷകൻ എപ്പോഴെങ്കിലും ഏതെങ്കിലും ഗൈനക്കോളജിക്കൽ രോഗം ഉണ്ടെന്ന് നിർണ്ണയിക്കപ്പെട്ടിട്ടുണ്ടോ, അതിനായി ഏതെങ്കിലും ഇടപെടൽ, ഹോർമോൺ റീപ്ലേസ്മെന്റ് തെറാപ്പി അല്ലെങ്കിൽ 5 ദിവസത്തിൽ കൂടുതലുള്ള മരുന്നുകൾ എന്നിവ നിർദ്ദേശിച്ചിട്ടുണ്ടോ?</p>	ഉം	N
<p>viii. അപേക്ഷകൻ എപ്പോഴെങ്കിലും ഗർഭിണിയായിട്ടുണ്ടെങ്കിൽ, ഗർഭാവസ്ഥയിൽ ഏതെങ്കിലും സങ്കീർണ്ണതകൾ ഉണ്ടായിട്ടുണ്ടോ?</p>	ഉം	N
<p>ix. അപേക്ഷകൻ എപ്പോഴെങ്കിലും അസാധാരണമായ യോനി രക്തസ്രാവമോ ആർത്തവത്തിലെ ക്രമക്കേടുകളോ ഉണ്ടായിട്ടുണ്ടോ?</p>	ഉം	N

വിഭാഗം ബി: മുകളിലെ വിഭാഗത്തിൽ അതേ (v) എന്ന് അടയാളപ്പെടുത്തിയിരിക്കുന്ന ചോദ്യങ്ങൾക്ക്, ഉന്നിപ്പറയുന്ന വിവരങ്ങൾ വ്യക്തമാക്കുക:										
അപേക്ഷകൻ നമ്പർ	രോഗലക്ഷണങ്ങൾ (കൾ) അല്ലെങ്കിൽ അനവേഷണങ്ങൾ (കൾ) അല്ലെങ്കിൽ രോഗനിർണ്ണയ ടെസ്റ്റുകൾ				ഓൺ ഓഫ് കോൺഡിഷൻ	മെഡിക്കേഷൻ	കമ്പ്യൂട്ടർ പ്രായം	നിലവിലെ അവസ്ഥ (ഉദാഹരണത്തിന്) പൂർണ്ണമായ / ഭാഗിക വീണ്ടെടുക്കൽ അല്ലെങ്കിൽ തുടർച്ചയായ ചികിത്സ	നിലവിലെ അവസ്ഥ (ഉദാഹരണത്തിന്) ചികിത്സിക്കുന്ന ഡോക്ടറുടെ പേരും സമ്പർക്ക വിവരങ്ങളും	Documents (അറ്റാച്ചുചെയ്തിരിക്കുന്നു) (Yes / No)
	പ്രമേഹം HbA1c നിലയാണെങ്കിൽ	ഉയർന്ന രക്തസമ്മർദ്ദം ബിപി നിലയാണെങ്കിൽ സിസ്റ്റോളിക് / ഡയസ്റ്റോളിക്	മറ്റേതെങ്കിലും വിശദാംശങ്ങൾ	ആരംഭ തീയതി (DD/MM /						

6. പ്രഖ്യാപനം (നിർദ്ദേശ മോമിൽ ഒപ്പിടുന്നതിന് മുമ്പ് ദയവായി ശ്രദ്ധാപൂർവ്വം വായിക്കുകയും ഓരോരുത്തർക്കും എതിരെ ഒരു ചെക്ക് മാർക്ക് ഇടുകയും ചെയ്യുക)

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

ഞാൻ നൽകുന്ന വിവരങ്ങൾ ഇൻഷുറർക്ക് പോളിസിയിലെ അടിസ്ഥാനമായിരിക്കുമെന്നും ഇൻഷുററുടെ ബോർഡ് അംഗീകരിച്ച അണ്ടർവൈറിംഗ് പോളിസിക്ക് വിധേയമാണെന്നും ഈടാക്കാവുന്ന പ്രീമിയം പൂർണ്ണമായും അടച്ചതിനുശേഷം മാത്രമേ പോളിസി പ്രാബല്യത്തിൽ വരികയുള്ളൂ എന്നും — മനസ്സിലാക്കുന്നു.

— പ്രഖ്യാപനം സമർപ്പിച്ചതിന് ശേഷവും കമ്പനിയുടെ റിസ്ക് സീക്യൂറൈറ്റിയുടെ ആശയവിനിമയത്തിന് മുമ്പും ഇൻഷുറർ ചെയ്യാനോ / പ്രഖ്യാപനവുമായി ബന്ധപ്പെട്ട ജീവിതത്തിന്റെ തൊഴിലിലോ പൊതുവായ ആരോഗ്യത്തിലോ സംഭവിക്കുന്ന ഏതെങ്കിലും മാറ്റം ഞാൻ രേഖാമൂലം അറിയിക്കുമെന്ന് ഞാൻ പ്രഖ്യാപിക്കുന്നു.

ഇൻഷുറർ ചെയ്യാനോ / പ്രഖ്യാപനം ചെയ്യാനോ വ്യക്തിയുടെ ശാരീരികമോ മാനസികമോ ആയ ആരോഗ്യത്തെ ബാധിക്കുന്ന ഏതെങ്കിലും സംഭവമായി ഇൻഷുറർ ചെയ്തിട്ടുള്ള / പ്രഖ്യാപനവുമായി ബന്ധപ്പെട്ട ഏതെങ്കിലും ഡോക്ടറിൽ നിന്നോ ആശുപത്രിയിൽ നിന്നോ അല്ലെങ്കിൽ ഏതെങ്കിലും മൂർകാല അല്ലെങ്കിൽ നിലവിലെ തൊഴിലുമായിൽ നിന്നോ മെഡിക്കൽ വിവരങ്ങൾ അടുത്തറിയാൻ ഇൻഷുറർ ചെയ്യാനോ / പ്രഖ്യാപനവുമായി ബന്ധപ്പെട്ട ഇൻഷുറർ സിമ്പോളിൻ്റെ അപേക്ഷ നൽകിയതിനുള്ള ഏതെങ്കിലും ഇൻഷുററിൽ നിന്ന് വിവരങ്ങൾ അടുത്തറിയാൻ ഞാൻ സമ്മതിക്കുന്നവെന്ന് — പ്രഖ്യാപിക്കുന്നു. നിർദ്ദേശത്തിനും / അല്ലെങ്കിൽ ക്ലെയിം സെറ്റിൽമെന്റിനും അണ്ടർവൈറിംഗ് ഉദ്ദേശ്യത്തിനായി.

— പ്രഖ്യാപനം, ക്ലെയിം സെറ്റിൽമെന്റ് എന്നിവയുടെ അണ്ടർവൈറിംഗ്, ഏതെങ്കിലും സർക്കാർ, / അല്ലെങ്കിൽ റെഗുലേറ്ററി അതോറിറ്റി എന്നിവയുമായി ഇൻഷുറർ ചെയ്യാനോ / പ്രഖ്യാപനവുമായി ബന്ധപ്പെട്ട വിവരങ്ങൾ തങ്ങളുടെ എപ്പോഴും മെഡിക്കൽ രേഖകൾ ഉൾപ്പെടെയുള്ള എൻറെ നിർദ്ദേശവുമായി ബന്ധപ്പെട്ട വിവരങ്ങൾ പങ്കിടാൻ കമ്പനിയെ അധികാരപ്പെടുത്തുന്നു.

— സേവന ഡെലിവറിയിലൂടെ ഏക ഉദ്ദേശ്യത്തിനായി ഇൻഷുറർ ചെയ്യാനോ / പ്രഖ്യാപനവുമായി ബന്ധപ്പെട്ട മെഡിക്കൽ രേഖകൾ ഉൾപ്പെടെ എൻറെ / തങ്ങളുടെ നിർദ്ദേശവുമായി ബന്ധപ്പെട്ട വിവരങ്ങൾ തങ്ങളുടെ എപ്പോഴും മെഡിക്കൽ രേഖകൾ ഉൾപ്പെടെയുള്ള എൻറെ കമ്പനിയെ അധികാരപ്പെടുത്തുന്നു.

7. പ്രാദേശിക ഭാഷാ പ്രഖ്യാപനം

പ്രൊപ്പോസർ പ്രാദേശിക ഭാഷയിൽ ഒപ്പിട്ടു ചുരുക്കപ്പേരും ഉള്ളടക്കം ഞാൻ വിശദീകരിച്ചു. Language സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തുന്ന വ്യക്തിയുടെ Name, witness Name സാന്നിധ്യത്തിൽ, ഇത് മനസ്സിലാക്കുകയും സ്ഥിരീകരിക്കുകയും ചെയ്ത പ്രൊപ്പോസറോട് സാക്ഷി കമ്പനിയുടെ ഏജൻ്റ് ജീവനക്കാർക്ക് അല്ലാത്ത മറ്റാരുമില്ലാത്ത വിധത്തിൽ കൈമാറ്റം ചെയ്യും.

തീയതി ././. സ്ഥലം _____ Proposer _____ ഒപ്പ്
 സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തുന്ന Person _____ ഒപ്പ് സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തിയ വ്യക്തിയുടെ മൊബൈൽ നമ്പർ _____
 Witness _____ ഒപ്പ് സാക്ഷിയുടെ മൊബൈൽ നമ്പർ _____

8. പ്രൊപ്പോസർ & അഡ്വൈസർ ഡിക്ലറേഷൻ ഫോം പൂരിപ്പിച്ചിട്ടുള്ളതിൽ പ്രഖ്യാപനം

ഏതെങ്കിലും കാരണത്താൽ, നിർദ്ദേശവും ബന്ധപ്പെട്ട മറ്റ് പേപ്പറുകളും പ്രൊപ്പോസർ പൂരിപ്പിച്ചിട്ടുള്ളതിൽ പ്രഖ്യാപനം. പ്രൊപ്പോസർ ഫോമിൻ്റെ ഉള്ളടക്കം എനിക്ക് പൂർണ്ണമായി വിശദീകരിച്ചിട്ടുണ്ട്, എല്ലാ വശങ്ങളും പ്രത്യേകതകളും ഞാൻ പൂർണ്ണമായി മനസ്സിലാക്കിയിട്ടുണ്ട്. പ്രൊപ്പോസർ ഫോം പൂരിപ്പിച്ചിരിക്കുന്നത് Name, എൻ്റെ നിർദ്ദേശപ്രകാരം Mobile no, എല്ലാ വിവരങ്ങളും ശരിയും പൂർണ്ണവുമാണെന്ന് ഞാൻ കണ്ടെത്തി.

പ്രൊപ്പോസറുടെ ഒപ്പ് _____
 അഡ്വൈസർ ഡിക്ലറേഷൻ: കോർപ്പറേറ്റ് ഏജൻ്റ് ഓഫീസിൽ അഡ്വൈസർ / നിർദ്ദേശ വ്യക്തി / രേഖാക്കർ / റിപ്രിസന്റേറ്റീവ് ഓഫീസറുടെ അംഗീകൃത ജീവനകൻ്റെ നിലയിൽ, ഈ ഉൽപ്പന്നത്തിൻ്റെ / നിർദ്ദേശത്തിൻ്റെ എല്ലാ ഉള്ളടക്കങ്ങളും ഞാൻ പ്രൊപ്പോസറോട് വിശദീകരിച്ചിട്ടുണ്ടെന്ന് ഇതിനാൽ പ്രഖ്യാപിക്കുന്നു
 ഇൻ്റർഷ്യൂറർ Advisor _____ ഒപ്പ് ഇൻ്റർഷ്യൂററി കോഡ്: _____

9. പ്രീമിയം വിവരങ്ങൾ (ഓഫീസ് ഉപയോഗത്തിന് മാത്രം)

പ്രീമിയം പേയ്മെൻ്റ് ഓപ്ഷൻ ചെക്ക് ഡിമാൻഡ് ഡ്രാഫ്റ്റ് ക്രെഡിറ്റ് കാർഡ് പണം മറ്റ് പ്രീമിയം തുക _____
 ഓൺലൈൻ പേയ്മെൻ്റ് ഇടപാട് ഐഡി: _____ ഇന്റർപ്രീറ്റ് _____ ബാങ്കിൻ്റെ പേര് / ബ്രാഞ്ച് _____
 നിവ ബുഡ് ബ്രാഞ്ച് ലൊക്കേഷൻ _____ കോഡ് No _____ ഉറവിടം: അഡ്വൈസർ / ഡിപ്യൂട്ടി / കോർപ്പറേറ്റ് ഏജൻ്റ് / മറ്റ് ചാനലുകൾ
 കോഡ് No _____ നാമം _____ പ്രൊപ്പോസർ ലഭിച്ചു: _____ ഉപഭോക്തൃ ID: _____
 പ്രൊപ്പോസർ അല്ലെങ്കിൽ അപേക്ഷകൻ ഒരു സ്റ്റാഫ് ആരോ? ശരി അല്ല

10. പ്രൊപ്പോസറുടെ നീഹണ്ടിനും ക്ലെയിമുകളുടെ പേയ്മെന്റിനുമുള്ള വിവരങ്ങൾ

പേയ്മെൻ്റ് സ്വീകരിക്കുന്നതിനുള്ള ഓപ്ഷൻ: ബാങ്ക് അക്കൗണ്ട്
 ഗുണഭോക്താവിൻ്റെ പേര്: _____
 ബാങ്കിൻ്റെ പേര്: _____ ഐഎഫ്എസ്ഡി കോഡ്: _____
 അക്കൗണ്ട് നമ്പർ: _____
 അക്കൗണ്ട് തരം: _____

11. പുതുക്കൽ

പുതുക്കൽ പേയ്മെൻ്റ് നൈൽ-അപ്പ്:
 നിങ്ങളുടെ നിലവിലുള്ള ഓട്ടോമറ്റഡ് ക്ലിയറിംഗ് ഹൗസ് (എസിഎച്ച്) / സ്റ്റാൻഡിംഗ് നിർദ്ദേശങ്ങൾ (എസ്എ) കമ്പനിയുമായി തുടരുന്നതിലൂടെ നിങ്ങളുടെ ആരോഗ്യ ഇൻഷുറൻസ് പോളിസിയുടെ പുതുക്കൽ പ്രീമിയം എല്ലാ വർഷവും അടയ്ക്കാൻ കഴിയും. ഈ ഓപ്ഷൻ കീഴിൽ, നിങ്ങളുടെ പോളിസി ഉടമസ്ഥി പുതുക്കാൻ കഴിയും, എന്നാൽ കമ്പനിക്ക് ആവശ്യമായേക്കാവുന്ന വിവരങ്ങളുടെയും ഡോക്യുമെന്റേഷൻ്റെയും എല്ലാ അധിക ആവശ്യകതകളും നിങ്ങൾ പൂർത്തിയാക്കുന്നതിന് വിധേയമാണ്.
 _____ എസിഎച്ച് / എസ്എ പുതുക്കൽ ഓപ്ഷൻ തിരഞ്ഞെടുക്കാനും അതുവഴി അത് ഉപയോഗിച്ച് പോളിസി പുതുക്കുന്നതുവരെ പ്രീമിയത്തിൽ 2.5% കീഴിന് റേറ്റാറും ഞാൻ ആഗ്രഹിക്കുന്നു.

തീയതി ././. സ്ഥലം _____ Proposer _____ ഒപ്പ്

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

ബ്രാഞ്ച് കോഡ് _____ എസ്ഡി കോഡ് _____ RM/LG കോഡ് _____
 കസ്റ്റമർ അക്കൗണ്ട് നമ്പർ _____

13. നിയമപരമായ മുന്നറിയിപ്പ്

റിബേറ്റുകളുടെ നിരോധനം (1938 ലെ ഇൻഷുറൻസ് നിയമത്തിലെ സെക്ഷൻ 41 പ്രകാരം)
 ജന്തുയിലെ ജീവനുമായോ സാത്തുമായോ ബന്ധപ്പെട്ട ഏതെങ്കിലും തരത്തിലുള്ള അപകടസാധ്യത, അടയ്ക്കലിനെ കമ്മീഷൻ്റെ മുഴുവൻ അല്ലെങ്കിൽ ഭാഗിക റിബേറ്റ് അല്ലെങ്കിൽ കാണിച്ചിരിക്കുന്ന പ്രീമിയത്തിൻ്റെ ഏതെങ്കിലും റിബേറ്റ് എന്നിവയുമായി ബന്ധപ്പെട്ട ഇൻഷുറൻസ് എടുക്കാനോ പുതുക്കാനോ തുടരാനോ ഏതെങ്കിലും വ്യക്തിയെ പ്രേരിപ്പിക്കുന്നതിന് നേരിട്ടോ അല്ലാത്തതോ ഒരു വ്യക്തിയും അനുവദിക്കുകയോ വാഗ്ദാനം ചെയ്യുകയോ ചെയ്യരുത്

പോളിസി, ഇൻഷുററുടെ പ്രസിദ്ധീകരിച്ച പ്രോസ്പെക്ടസുകൾക്കോ പട്ടികകൾക്കോ അനുസൃതമായി അനുവദനീയമായ അത്തരം റിബേറ്റ് ഒഴികെ പോളിസി എടുക്കുകയോ പുതുക്കുകയോ തുടരുകയോ ചെയ്യുന്ന ഒരു വ്യക്തിയും ഒരു റിബേറ്റ് സ്വീകരിക്കില്ല.

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

14. കമ്പനിയുടെ അംഗീകാരം

ആപ്ലിക്കേഷൻ നമ്പർ _____ ഈന്തപ്പന _____/____/____

നിങ്ങളുടെ നിർദ്ദേശവും തുകയും ചെക്ക് / ഡിമാൻഡ് ഡ്രാഫ്റ്റ് / മറ്റുള്ളവ _____ രൂപ _____ ഈൻഷുറൻസിനായി പുർത്തിയായ ഒരു നിർദ്ദേശം തങ്ങൾക്ക് സമർപ്പിക്കുകയോ പോളിസി നൽകുന്നതിനായി നടത്തിയ ഏതെങ്കിലും ചെയ്തെന്റോ ഒരു പോളിസി പുറപ്പെടുവിക്കാൻ സമ്മതിക്കാൻ തങ്ങളെ നിർബന്ധിക്കുന്നു. ആ തീരുമാനം എല്ലായ്പ്പോഴും തങ്ങളുടെ ഏകവും സ്വയർത്ഥവുമായ വിവേചനാധികാരത്തിലായിരിക്കും. ഈൻഷുറൻസിനായുള്ള ഒരു നിർദ്ദേശം തങ്ങൾ സ്വീകരിക്കുകയോണ്ടാകിൽ, അത് പോളിസിയുടെ നിബന്ധനകൾക്കും വ്യവസ്ഥകൾക്കും വിധേയമായിരിക്കും. പ്രീമിയം പൂർണ്ണമായും കൃത്യസമയത്തും തങ്ങൾക്ക് ലഭിച്ചിട്ടുള്ളതിൽ അല്ലെങ്കിൽ യാഥാർത്ഥ്യമായിട്ടുള്ളതിൽ തങ്ങൾക്ക് യാതൊരു ബാധ്യതയും ഉണ്ടായിരിക്കില്ല. തങ്ങൾ നിർദ്ദേശം അംഗീകരിക്കുന്നില്ലെങ്കിൽ, നിങ്ങളിൽ നിന്ന് പലിശയില്ലാതെ ലഭിച്ച മെഡിക്കൽ ടെസ്റ്റുകളുടെ ചെലവ് കുറച്ചതിന് ശേഷം തങ്ങൾ നിങ്ങളെ അറിയുകയും ചെയ്തെന്റിൽ നിന്നെ നൽകുകയും ചെയ്യും.

സ്വീകർത്താവിന്റെ പേരും ഒപ്പും ഓഫീസ് മുദ്രയും

15. ഇൻഷുറൻസ് അഡ്വൈസറുടെ റിപ്പോർട്ട് (ഓഫീസ് ഉപയോഗത്തിന് മാത്രം)

- നിങ്ങൾ പ്രൊപ്പോസറുമായി ബന്ധമുണ്ടോ? അതെ / ഇല്ല. ഉണ്ടെങ്കിൽ, ബന്ധത്തിന്റെ സ്വഭാവം? _____
- പ്രൊപ്പോസറെ നിങ്ങൾക്ക് എത്ര കാലമായി അറിയാം? വർഷങ്ങളിൽ ___ മാസം ___
- പ്രൊപ്പോസറുടെ ഐഡിന്റിറ്റിയിൽ നിങ്ങൾ സംതൃപ്തനോ? _____ ശരി _____ അല്ല
- പ്രൊപ്പോസർക്കോ ഏതെങ്കിലും അപേക്ഷകനോ എന്തെങ്കിലും ശാരീരിക വൈകല്യം / വൈകല്യം അല്ലെങ്കിൽ മാനസിക വൈകല്യം ഉണ്ടോ? _____ ശരി _____ അല്ല
- പോളിസിയുടെ ഒഴിവാക്കലുകൾ നിങ്ങൾ വിശദീകരിച്ചിട്ടുണ്ടോ, പ്രൊപ്പോസർ വ്യക്തിപരമായി ആരോഗ്യ പ്രഖ്യാപനം പുർത്തിയാക്കിയിട്ടുണ്ടോ? _____ ശരി _____ അല്ല
- ഈ പ്രൊപ്പോസർ ഫോം നിർമ്മിക്കുന്ന സമയത്ത് പ്രൊപ്പോസറുടെ ആരോഗ്യസ്ഥിതി എന്താണ്? _____
- ധാർമ്മിക അപകടം ഉൾപ്പെടെയുള്ള എല്ലാ ഘടകങ്ങളും കണക്കിലെടുത്ത് ഈ നിർദ്ദേശ ഫോം സ്വീകരിക്കാൻ നിങ്ങൾ ശുപാർശ ചെയ്യുന്നുണ്ടോ? _____ ശരി _____ അല്ല
- നിങ്ങൾ നിഷ്കക്ഷമായി പ്രൊപ്പോസറെ ഉപദേശിക്കുകയും അവന്റെ / അവളുടെ താൽപ്പര്യത്തിന് അനുസൃതമായ ഏറ്റവും മികച്ച കവറിൽ തീരുമാനമെടുക്കാൻ പ്രൊപ്പോസറെ പ്രാപ്തമാക്കുന്നതിന് എല്ലാ ഭൗതിക വിവരങ്ങളും നൽകുകയും ചെയ്തിട്ടുണ്ടോ? _____ ശരി _____ അല്ല

ഈന്തപ്പന _____ ഈൻഷുറൻസ് Advisor _____ ഒപ്പ്

16. ABHA ID

അംഗത്തിന്റെ പേര്	നിങ്ങൾക്ക് ABHA ID ഉണ്ടോ?	ABHA ID	ABHA വഴി ഇൻഷുറൻസുമായിട്ട് വിവേകമായി മെഡിക്കൽ റെക്കോർഡുകൾ പങ്കിടുന്നതിനുള്ള സമ്മതം
	ഉവ്വ്/ഇല്ല	XX - XXXX - XXXX - XXXX	ഉവ്വ്/ഇല്ല