

റെസ് പ്രൊപ്പോസൽ ഫോം

URN: 031

ഇൻഷുറൻസ് കരാർ വിശ്വാസത്തോടെ അടിസ്ഥാനമാക്കിയുള്ള ഒരു നിയമപരമായ കരാറാണ്, ഞങ്ങൾ നിങ്ങളെ വിശ്വസിക്കുന്നു.

നിങ്ങളുടെ ആരോഗ്യത്തെക്കുറിച്ചുള്ള വിവരങ്ങളും പോളിസിയിലുള്ള അതിന്റെ സ്വാധീനവും എത്രത്തോളം പ്രസക്തമാണെന്ന് നിങ്ങൾക്കറിയില്ലായിരിക്കാം എന്ന് ഞങ്ങൾ മനസ്സിലാക്കുന്നു. എല്ലാ ആരോഗ്യ വിവരങ്ങളും നിങ്ങൾ വെളിപ്പെടുത്തേണ്ടത് വളരെ പ്രധാനമായതിനാൽ, അത് എത്രത്തോളം പ്രസക്തമാണെന്ന് ഞങ്ങൾ തീരുമാനിക്കും (ഞങ്ങൾ അതിനെ 'മെറ്റീരിയൽ ഫാക്ട്' എന്ന് വിളിക്കുന്നു).

ഇൻഷുറർ ചെയ്യാൻ നിർദ്ദേശിക്കുന്ന എല്ലാ അംഗങ്ങളെക്കുറിച്ചുമുള്ള ശരിയായതും പൂർണ്ണവുമായ വിവരങ്ങൾ നൽകുന്നില്ലെങ്കിൽ നിങ്ങളുടെ പോളിസി ഞങ്ങൾ റദ്ദാക്കുന്നതാണ്, ക്ലെയിമുകളൊന്നും നൽകില്ല, പ്രീമിയം റീഫണ്ട് ചെയ്യില്ല, കൂടാതെ ഇതിനുമുമ്പ് നൽകിയ ആനുകൂല്യങ്ങൾ തിരികെ ഈടാക്കുന്നത് ഉൾപ്പെടെ നിങ്ങൾക്ക് എതിരായുള്ള സാധ്യമായ എല്ലാ നിയമനടപടികളും എടുക്കാൻ അവകാശമുണ്ട്. ഞങ്ങൾക്ക് പൂർണ്ണമായ പ്രീമിയം ലഭിക്കുകയും നഷ്ടസാധ്യത അംഗീകരിക്കുകയും ചെയ്ത ശേഷം മാത്രമേ പരിരക്ഷ ആരംഭിക്കാൻ കഴിയൂ എന്ന് നിയമങ്ങൾ അനുശാസിക്കുന്നു.

1. പോളിസി ഉടമയുടെ വിവരങ്ങൾ:

ശീർഷകം	പേര്					
ജനന തീയതി	ലിംഗം	പുരുഷൻ	സ്ത്രീ	മറ്റുള്ളവ	ദേശീയത	
നിലവിലെ വിലാസം						
സ്ഥലത്തിന്റെ അടയാളം					നഗരം	
ജില്ല	സംസ്ഥാനം				പിൻകോഡ്	
ലാൻഡ്ലൈൻ നമ്പർ					മൊബൈൽ നമ്പർ	
ഇമെയിൽ ഐഡി					ഇതര നമ്പർ	
വാർഷിക വരുമാനം (രൂ)					CKYC നമ്പർ	
തൊഴിൽ	ശമ്പളമുള്ള	സ്വയം തൊഴിൽ ചെയ്യുന്നയാൾ	വിദ്യാർത്ഥി	വീട്ടമ്മ	മറ്റുള്ളവ, ദയവായി വ്യക്തമാക്കുക	
പ്രീമിയം അടച്ചത്					പോളിസി ഉടമയുമായുള്ള ബന്ധം	

നിങ്ങളുടെ എല്ലാ പോളിസി, സേവന സംബന്ധമായ ആശയവിനിമയങ്ങൾ അപേക്ഷാ ഫോമിൽ സൂചിപ്പിച്ചിട്ടുള്ള ഇമെയിൽ ഐഡിയിലേക്ക് അയയ്ക്കാൻ കമ്പനിയെ അധികാരപ്പെടുത്തി പരിസ്ഥിതിയെ സംരക്ഷിക്കാനും പേപ്പർ ലാഭിക്കാനും നിങ്ങൾ ആഗ്രഹിക്കുന്നുണ്ടോ?

എല്ലാ നിബന്ധനകളും വ്യവസ്ഥകളും ഞാൻ വായിക്കുകയും മനസ്സിലാക്കുകയും അംഗീകരിക്കുകയും ചെയ്യുന്നു. Niva Bupa Health Insurance-നോ അതിന്റെ ഏജന്റുമാർക്കോ കൂടാതെ/അല്ലെങ്കിൽ ഏതെങ്കിലും മൂന്നാം കക്ഷിക്കോ(കൾ)/അഫിലിയേറ്റുകൾക്കോ വെൽക്കം കോളുകൾ / SMS, സേവന കോളുകൾ / SMS അല്ലെങ്കിൽ മറ്റേതെങ്കിലും വാണിജ്യപരമായ ആശയവിനിമയം നടത്താൻ SMS / ഇമെയിൽ / ഫോൺ / വാട്സ് ആപ്പ് / ഫേസ്ബുക്ക് അല്ലെങ്കിൽ മറ്റേതെങ്കിലും മാർഗ്ഗങ്ങളിലൂടെ എന്റെ രജിസ്റ്റർ ചെയ്ത ഫോൺ നമ്പറിൽ 'DND' രജിസ്ട്രേഷൻ മറികടന്ന് എണെ ബന്ധപ്പെടുന്നതിന് ഇതിനാൽ ഞാൻ അംഗീകരിക്കുന്നു.

പോളിസി കിറ്റിന്റെ ഫിസിക്കൽ കോപ്പി നിങ്ങൾക്ക് ആവശ്യമുണ്ടോ ഉണ്ട് ഇല്ല

നിങ്ങളോ നിർദ്ദിഷ്ട അപേക്ഷകരിൽ ആരെങ്കിലുമോ ഒരു PEP# ആണോ? ഉണ്ട് ഇല്ല

*രാഷ്ട്രീയമായി സ്വാധീനമുള്ള വ്യക്തികൾ (PEP) എന്നാൽ കേന്ദ്ര അല്ലെങ്കിൽ സംസ്ഥാന ഗവൺമെന്റിലെ തലവൻമാർ / മന്ത്രിമാർ, മുതിർന്ന രാഷ്ട്രീയക്കാർ, മുതിർന്ന ഗവൺമെന്റ് ജൂഡീഷ്യൽ അല്ലെങ്കിൽ സൈനിക ഉദ്യോഗസ്ഥർ, ഗവൺമെന്റ് കമ്പനികളുടെ മുതിർന്ന ഏകീകൃതവ്യക്തികൾ, പ്രധാന പാർട്ടി ഉദ്യോഗസ്ഥർ തുടങ്ങിയ പ്രധാന പൊതു സ്ഥാനങ്ങൾ വഹിക്കുന്നവരോ വഹിച്ചിരുന്നവരോ ആയ വ്യക്തികളാണ്. (നിങ്ങൾ PEP-ക്ക് എതിരെ ടിക്ക് ചെയ്തിട്ടുണ്ടെങ്കിൽ, പ്രത്യേക PEP ചോദ്യവലി പൂരിപ്പിക്കേണ്ടതാണ്)

ബാങ്ക് വിവരങ്ങൾ:

ബാങ്കിന്റെ പേര്

അക്കൗണ്ട് നമ്പർ ഐ.എഫ്.എസ്.സി കോഡ്

അക്കൗണ്ട് തരം സേവിംഗ്സ് കറന്റ് ശാഖ നഗരം

ഇലക്ട്രോണിക് ഇൻഷുറൻസ് അക്കൗണ്ടിന്റെ വിവരങ്ങൾ (eIA)
 ഈ പോളിസി ഒരു ഇലക്ട്രോണിക് ഇൻഷുറൻസ് അക്കൗണ്ടിലേക്ക് (eIA) മാറ്റാൻ നിങ്ങൾ ആഗ്രഹിക്കുന്നുണ്ടോ? (ഏതെങ്കിലും ഒന്ന് തിരഞ്ഞെടുക്കുക)

ഇല്ല, എനിക്ക് ഇ-ഇൻഷുറൻസ് അക്കൗണ്ടില്ല, ഒരേണ്ണം ഓപ്പൺ ചെയ്യാൻ ഞാൻ ആഗ്രഹിക്കുന്നില്ല ഉണ്ട്, ഈ പോളിസി എന്റെ ഇ-ഇൻഷുറൻസ് അക്കൗണ്ടിലേക്ക് മാറ്റുക

ഇ-ഇൻഷുറൻസ് നിലവിലുണ്ടെങ്കിൽ അതിന്റെ അക്കൗണ്ട് നമ്പർ പങ്കിടുക.

നിങ്ങളുടെ ഇൻഷുറൻസ് റെപോസിറ്ററി പേര് തിരഞ്ഞെടുക്കുക (നിങ്ങളുടെ അക്കൗണ്ട് തുറന്ന)

M/s NSDL ഡാറ്റാബേസ് മാനേജ്മെന്റ് ലിമിറ്റഡ് M/s സെൻട്രൽ ഇൻഷുറൻസ് റെപോസിറ്ററി ലിമിറ്റഡ്

M/s കാർവി ഇൻഷുറൻസ് റിപോസിറ്ററി ലിമിറ്റഡ് M/s CAMS റെപോസിറ്ററി സർവീസസ് ലിമിറ്റഡ് (ഏതെങ്കിലും ഒന്ന് തിരഞ്ഞെടുക്കുക) അല്ലെങ്കിൽ

എനിക്ക് നിലവിൽ ഇ-ഇൻഷുറൻസ് അക്കൗണ്ടില്ല, ഒരു പുതിയ ഇ-ഇൻഷുറൻസ് അക്കൗണ്ട് തുടങ്ങാൻ ഞാൻ ആഗ്രഹിക്കുന്നു.

(ബന്ധപ്പെട്ട രേഖകളോടൊപ്പം ഇലക്ട്രോണിക് ഇൻഷുറൻസ് അക്കൗണ്ട് തുറക്കുന്നതിനുള്ള ഫോം (eIA ഫോം) സമർപ്പിക്കുക).

പുതുക്കൽ ചെയ്തെന്റ് സൈൻ-അപ്പ്:

നിങ്ങളുടെ ഹെൽത്ത് ഇൻഷുറൻസ് പോളിസിയുടെ പുതുക്കൽ പ്രീമിയം, കമ്പനിയുമായി നിലവിലുള്ള ഓട്ടോമേറ്റഡ് ക്ലിയറിംഗ് ഹൗസ് (ACH) / സ്റ്റാൻഡിംഗ് ഇൻസ്റ്റ്രക്ഷൻസ് (SI) എന്നിവയ്ക്ക് വിധേയമായി എല്ലാ വർഷവും തുടർന്ന് അടയ്ക്കാവുന്നതാണ്. ഈ ഓപ്ഷനിൽ, നിങ്ങളുടെ പോളിസി ഉടമസ്ഥി പുതുക്കാവുന്നതാണ്, എന്നാൽ കമ്പനി ആവശ്യപ്പെടുന്ന വിവരങ്ങളുടെയും രേഖകളുടെയും എല്ലാ അധിക ആവശ്യകതകളും നിങ്ങൾ പൂർത്തിയാക്കിയിരിക്കണം.

എനിക്ക് ACH/SI പുതുക്കൽ ഓപ്ഷൻ തിരഞ്ഞെടുക്കാനും അതുവഴി പോളിസി സമാനമായ രീതിയിൽ ഉപയോഗിച്ച് പുതുക്കുന്ന സമയം വരെ പ്രീമിയത്തിൽ 2.5% കിഴിവ് നേടാനും ഞാൻ ആഗ്രഹിക്കുന്നു.

തീയതി സ്ഥലം അപേക്ഷകന്റെ ഒപ്പ്

2. ഇൻഷുറൻസിനായുള്ള അപേക്ഷകരുടെ വിവരങ്ങൾ:

അപേക്ഷകൻ 1

പേര് _____

ലിംഗം പുരുഷൻ സ്ത്രീ മറ്റുള്ളവ ഉയരം _____ (അടി) _____ (ഇഞ്ച്) ഭാരം _____ (കിലോഗ്രാം)

മൊബൈൽ നമ്പർ _____ ജനന തീയതി D D M M Y Y Y Y ഇന്ത്യക്കാരനല്ലെങ്കിൽ ടിക് ചെയ്യുക

പോളിസി ഉടമയുമായുള്ള ബന്ധം _____

ഒരു രജിസ്റ്റർ ചെയ്ത മെഡിക്കൽ പ്രാക്ടീഷണറാണെങ്കിൽ*, ദയവായി നൽകുക: i. മെഡിക്കൽ രജിസ്ട്രേഷൻ നമ്പർ _____

ii. കൗൺസിലിന്റെ പേര് _____

iii. ജോലിസ്ഥലത്തിന്റെ വിലാസം _____

അപേക്ഷകൻ 2

പേര് _____

ലിംഗം പുരുഷൻ സ്ത്രീ മറ്റുള്ളവ ഉയരം _____ (അടി) _____ (ഇഞ്ച്) ഭാരം _____ (കിലോഗ്രാം)

മൊബൈൽ നമ്പർ _____ ജനന തീയതി D D M M Y Y Y Y ഇന്ത്യക്കാരനല്ലെങ്കിൽ ടിക് ചെയ്യുക

പോളിസി ഉടമയുമായുള്ള ബന്ധം _____

ഒരു രജിസ്റ്റർ ചെയ്ത മെഡിക്കൽ പ്രാക്ടീഷണറാണെങ്കിൽ*, ദയവായി നൽകുക: i. മെഡിക്കൽ രജിസ്ട്രേഷൻ നമ്പർ _____

ii. കൗൺസിലിന്റെ പേര് _____

iii. ജോലിസ്ഥലത്തിന്റെ വിലാസം _____

അപേക്ഷകൻ 3

പേര് _____

ലിംഗം പുരുഷൻ സ്ത്രീ മറ്റുള്ളവ ഉയരം _____ (അടി) _____ (ഇഞ്ച്) ഭാരം _____ (കിലോഗ്രാം)

മൊബൈൽ നമ്പർ _____ ജനന തീയതി D D M M Y Y Y Y ഇന്ത്യക്കാരനല്ലെങ്കിൽ ടിക് ചെയ്യുക

പോളിസി ഉടമയുമായുള്ള ബന്ധം _____

ഒരു രജിസ്റ്റർ ചെയ്ത മെഡിക്കൽ പ്രാക്ടീഷണറാണെങ്കിൽ*, ദയവായി നൽകുക: i. മെഡിക്കൽ രജിസ്ട്രേഷൻ നമ്പർ _____

ii. കൗൺസിലിന്റെ പേര് _____

iii. ജോലിസ്ഥലത്തിന്റെ വിലാസം _____

അപേക്ഷകൻ 4

പേര് _____

ലിംഗം പുരുഷൻ സ്ത്രീ മറ്റുള്ളവ ഉയരം _____ (അടി) _____ (ഇഞ്ച്) ഭാരം _____ (കിലോഗ്രാം)

മൊബൈൽ നമ്പർ _____ ജനന തീയതി D D M M Y Y Y Y ഇന്ത്യക്കാരനല്ലെങ്കിൽ ടിക് ചെയ്യുക

പോളിസി ഉടമയുമായുള്ള ബന്ധം _____

ഒരു രജിസ്റ്റർ ചെയ്ത മെഡിക്കൽ പ്രാക്ടീഷണറാണെങ്കിൽ*, ദയവായി നൽകുക: i. മെഡിക്കൽ രജിസ്ട്രേഷൻ നമ്പർ _____

ii. കൗൺസിലിന്റെ പേര് _____

iii. ജോലിസ്ഥലത്തിന്റെ വിലാസം _____

അപേക്ഷകൻ 5

പേര് _____

ലിംഗം പുരുഷൻ സ്ത്രീ മറ്റുള്ളവ ഉയരം _____ (അടി) _____ (ഇഞ്ച്) ഭാരം _____ (കിലോഗ്രാം)

മൊബൈൽ നമ്പർ _____ ജനന തീയതി D D M M Y Y Y Y ഇന്ത്യക്കാരനല്ലെങ്കിൽ ടിക് ചെയ്യുക

പോളിസി ഉടമയുമായുള്ള ബന്ധം _____

ഒരു രജിസ്റ്റർ ചെയ്ത മെഡിക്കൽ പ്രാക്ടീഷണറാണെങ്കിൽ*, ദയവായി നൽകുക: i. മെഡിക്കൽ രജിസ്ട്രേഷൻ നമ്പർ _____

ii. കൗൺസിലിന്റെ പേര് _____

iii. ജോലിസ്ഥലത്തിന്റെ വിലാസം _____

അപേക്ഷകൻ 6

പേര് _____

ലിംഗം പുരുഷൻ സ്ത്രീ മറ്റുള്ളവ ഉയരം _____ (അടി) _____ (ഇഞ്ച്) ഭാരം _____ (കിലോഗ്രാം)

മൊബൈൽ നമ്പർ _____ ജനന തീയതി _____ ഇന്ത്യക്കാരനല്ലെങ്കിൽ ടിക് ചെയ്യുക

പോളിസി ഉടമയുമായുള്ള ബന്ധം _____

ഒരു രജിസ്റ്റർ ചെയ്ത മെഡിക്കൽ പ്രാക്ടീഷണറാണെങ്കിൽ*, ദയവായി നൽകുക: i. മെഡിക്കൽ രജിസ്ട്രേഷൻ നമ്പർ _____

ii. കൗൺസിലിന്റെ പേര് _____

iii. ജോലിസ്ഥലത്തിന്റെ വിലാസം _____

*പ്രീമിയത്തിൽ 5% കിഴിവ് നേടുമെന്ന് മെഡിക്കൽ പ്രാക്ടീഷണർ എന്നാൽ ഏതെങ്കിലും സംസ്ഥാന മെഡിക്കൽ കൗൺസിൽ നിന്നോ ഇന്ത്യൻ മെഡിക്കൽ കൗൺസിൽ നിന്നോ ഇന്ത്യാ ഗവൺമെന്റോ സംസ്ഥാന ഗവൺമെന്റോ സ്ഥാപിച്ച ഇന്ത്യൻ മെഡിസിൻ കൗൺസിലിൽ നിന്നോ ഹോമിയോപ്പതി കൗൺസിലിൽ നിന്നോ സാധുവായ രജിസ്ട്രേഷൻ ഉള്ളതും കൂടാതെ സ്വന്തം അധികാരപരിധിക്കുള്ളിൽ ചികിത്സ പ്രാക്ടീസ് ചെയ്യാൻ അർഹതയുള്ളതുമായ വ്യക്തി

- കുറിപ്പുകൾ:
- പോളിസി ഉടമ നിർബന്ധമായും ഇൻഷുറർ ചെയ്യപ്പെടുന്ന വ്യക്തി ആകണമെന്നില്ല
 - പോളിസി ഉടമയുമായുള്ള അനുബന്ധമായ ബന്ധം - സ്വയം, ഭാര്യ/ഭർത്താവ്, മകൻ, മകൾ, മരുമകൻ, അച്ഛൻ, അമ്മ, പങ്കാളിയുടെ അച്ഛൻ, പങ്കാളിയുടെ അമ്മ, മുത്തച്ഛൻ, മുത്തശ്ശി, കൊച്ചുമകൻ, കൊച്ചുമകൾ, മരുമകൻ, സഹോദരൻ, സഹോദരി, പങ്കാളിയുടെ സഹോദരൻ, പങ്കാളിയുടെ സഹോദരി, അനന്തരവൻ, അനന്തരവൾ, അമ്മാവൻ, അമ്മായി
 - പോളിസി ഉടമയുമായുള്ള അനുബന്ധമായ ബന്ധം (തൊഴിലുടമ, ജീവനക്കാരൻ) - ജീവനക്കാരൻ, ജീവനക്കാരന്റെ ഭാര്യ/ഭർത്താവ്, ജീവനക്കാരന്റെ മകൻ, ജീവനക്കാരന്റെ മകൾ, ജീവനക്കാരന്റെ അച്ഛൻ, ജീവനക്കാരന്റെ അമ്മ, ജീവനക്കാരന്റെ പങ്കാളിയുടെ അച്ഛൻ, ജീവനക്കാരന്റെ പങ്കാളിയുടെ അമ്മ, ജീവനക്കാരന്റെ കൊച്ചുമകൻ, ജീവനക്കാരന്റെ കൊച്ചുമകൾ

3. പരിരക്ഷ തിരഞ്ഞെടുക്കുക:

അടിസ്ഥാന പരിരക്ഷ:

പോളിസി തരം:	<input type="checkbox"/> വ്യക്തിഗത <input type="checkbox"/> ഫാമിലി പ്ലോട്ടർ <input type="checkbox"/> ഒന്നിലധികം അംഗങ്ങൾ വ്യക്തിഗതം
പരിരക്ഷിക്കേണ്ടവരുടെ എണ്ണം:	<input type="checkbox"/> മുതിർന്നവർ <input type="checkbox"/> കുട്ടികൾ
അടിസ്ഥാന സം അച്ചേർഡ്:	_____
പോളിസി കാലാവധി:	<input type="checkbox"/> 1 വർഷം <input type="checkbox"/> 2 വർഷം <input type="checkbox"/> 3 വർഷം

ഓപ്ഷണൽ പരിരക്ഷ:

1. ഹെൽത്ത് ചെക്ക് അപ്പ് (ക്യാഷ്‌ലെസ്സ് മാത്രം)	<input type="checkbox"/> അതെ <input type="checkbox"/> അല്ല	6. ഹെൽത്ത് ചെക്കപ്പുകൾ (പണരഹിതവും 20% കോ-പേയ്മെന്റ് സഹിതമുള്ള റീഇംബേഴ്സ്മെന്റും)	<input type="checkbox"/> അതെ <input type="checkbox"/> അല്ല
2. ഹോസ്പിറ്റൽ ഡെയ്ലി ക്യാഷ്	<input type="checkbox"/> അതെ <input type="checkbox"/> അല്ല	7. രണ്ടാമത് വൈദ്യചികിത്സ അഭിപ്രായം	<input type="checkbox"/> അതെ <input type="checkbox"/> അല്ല
3. സേഫ്ഗാർഡ്	<input type="checkbox"/> അതെ <input type="checkbox"/> അല്ല	8. സേഫ് ഗാർഡ്+	<input type="checkbox"/> അതെ <input type="checkbox"/> അല്ല
4. കോ-പേ നെറ്റ് വർക്ക് ഇല്ല	<input type="checkbox"/> അതെ <input type="checkbox"/> അല്ല	9. മോഡേൺ ട്രീറ്റ്‌മെന്റ്+	<input type="checkbox"/> അതെ <input type="checkbox"/> അല്ല
5. റീഅച്ചർ ഫോർവേർഡ്	<input type="checkbox"/> അതെ <input type="checkbox"/> അല്ല	10. ഫാസ്റ്റ് ഫോർവേർഡ് (ആഡ്-ഓൺ)	<input type="checkbox"/> അതെ <input type="checkbox"/> അല്ല
11. സ്മാർട്ട് ക്യാഷ്+	<input type="checkbox"/> ഇല്ല <input type="checkbox"/> 10K <input type="checkbox"/> 15K <input type="checkbox"/> 20K <input type="checkbox"/> 25K		
12. റിട്ടേൺ +	<input type="checkbox"/> ഇല്ല <input type="checkbox"/> 100%		
13. വ്യക്തിഗത അപകട പരിരക്ഷ	<input type="checkbox"/> 1x <input type="checkbox"/> 2x <input type="checkbox"/> 3x <input type="checkbox"/> 4x <input type="checkbox"/> 5x		
വ്യക്തിഗത അപകട പരിരക്ഷ തിരഞ്ഞെടുക്കുകയാണെങ്കിൽ ദയവായി ടിക്ക് ചെയ്യുക (ഈ ഓപ്ഷൻ 18 വയസോ അതിൽ കൂടുതലോ പ്രായമുള്ള അപേക്ഷകർക്ക് ലഭ്യമാണ്)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. വാർഷിക അഗ്രഗേറ്റ് ഡിഡക്റ്റബിൾ	<input type="checkbox"/> ഇല്ല <input type="checkbox"/> 10,000 <input type="checkbox"/> 20,000 <input type="checkbox"/> 30,000 <input type="checkbox"/> 50,000 <input type="checkbox"/> 1,00,000	<input type="checkbox"/> 2,00,000 <input type="checkbox"/> 3,00,000 <input type="checkbox"/> 4,00,000 <input type="checkbox"/> 5,00,000	
15. കോ-പേയ്മെന്റ്	<input type="checkbox"/> ഇല്ല <input type="checkbox"/> 10% <input type="checkbox"/> 20% <input type="checkbox"/> 30% <input type="checkbox"/> 40% <input type="checkbox"/> 50%		
16. മുൻപ് നിലവിലുള്ള രോഗത്തിനായുള്ള കാത്തിരിപ്പ് സമയത്തിലെ പരിഷ്കരണം	<input type="checkbox"/> ഇല്ല <input type="checkbox"/> 12 മാസങ്ങൾ <input type="checkbox"/> 24 മാസങ്ങൾ		
17. നിർദ്ദിഷ്ട രോഗത്തിനായുള്ള കാത്തിരിപ്പ് സമയത്തിലെ പരിഷ്കരണം	<input type="checkbox"/> ഇല്ല <input type="checkbox"/> 12 മാസങ്ങൾ <input type="checkbox"/> 36 മാസങ്ങൾ		
18. റൂം തരത്തിലെ പരിഷ്കരണം	<input type="checkbox"/> ഇല്ല <input type="checkbox"/> ജനറൽ വാർഡ് <input type="checkbox"/> സിംഗിൾ റൂം <input type="checkbox"/> എല്ലാ വിഭാഗങ്ങളും		

* ഫാമിലി പ്ലോട്ടർ സം ഇൻഷുർ ചെയ്ത എല്ലാ അംഗങ്ങൾക്കും പൊതുവായിരിക്കും. പ്ലോട്ടർ എന്നാൽ വ്യക്തിഗതമായോ കൂട്ടമായോ എല്ലാ ഇൻഷുർ ചെയ്തവർക്കും ഈ പരിധി വരെ ക്ലെയിം ചെയ്യാൻ സാധിക്കും എന്ന് സൂചിപ്പിക്കുന്നു. ശ്രദ്ധിക്കുക: സേഫ്ഗാർഡിനും സേഫ്ഗാർഡ് + നും ഇടയിൽ ഒരു ഓപ്ഷൻ മാത്രമേ തിരഞ്ഞെടുക്കാൻ കഴിയൂ. കോ-പേയ്മെന്റിനും വാർഷിക അഗ്രഗേറ്റ് ഡിഡക്റ്റബിളിനും ഇടയിൽ ഒരു ഓപ്ഷൻ മാത്രമേ തിരഞ്ഞെടുക്കാൻ കഴിയൂ. വാർഷിക ഹെൽത്ത് ചെക്കപ്പ് (പുർസ്സുമായും കാഷ്‌ലെസ്സ്), വാർഷിക ഹെൽത്ത് ചെക്കപ്പ് (ക്യാഷ്‌ലെസ്സ് കൂടാതെ 20% കോ-പേയ്മെന്റോടുകൂടി റീഇംബേഴ്സ്മെന്റ്) എന്നിവയ്ക്കിടയിൽ ഒരു ഓപ്ഷൻ മാത്രമേ തിരഞ്ഞെടുക്കാൻ കഴിയൂ.

4. പോർട്ടബിലിറ്റി

പോളിസി നമ്പർ	ഇൻഷുറൻസ് കമ്പനി	റിസ്ക് ആരംഭ തീയതി	റിസ്ക് കാലയളവ് അവസാനിക്കുന്ന തീയതി	എന്തുകൊണ്ടാണ് പോർട്ട് ചെയ്യുന്നത്?

പോർട്ടബിലിറ്റി അഭ്യർത്ഥിക്കുന്ന നിർദ്ദിഷ്ട ഇൻഷുർ ചെയ്ത വ്യക്തിയുടെ പേര്	ആദ്യ പോളിസി ആരംഭിച്ച തീയതി	പോർട്ടബിലിറ്റിക്ക് അപേക്ഷിച്ച തുടർച്ചയായ കവറേജിന്റെ വർഷങ്ങൾ	പഴയ പോളിസികളിലെ ക്ലെയിമുകൾ	നിലവിലുള്ള നോ ക്ലെയിം ബോണസ്	വർഷം 1-ലെ സം ഇൻഷുർ തുക (ഏറ്റവും പഴയത്)	വർഷം 2-ലെ സം ഇൻഷുർ തുക	സംഗ്രഹമായ ഇൻഷുർ ചെയ്ത തുക - വർഷം 3	ഇൻഷുർ ചെയ്ത തുക - വർഷം 4 (കാലഹരണപ്പെടുന്ന പോളിസി)

5. നാമനിർദ്ദേശം

പ്രൊപ്പോസറുടെ മരണമുണ്ടായാൽ, പോളിസി പ്രകാരം നൽകേണ്ട തുക താഴെ പറയുന്ന നോമിനിയ്ക്ക് നൽകേണ്ടതാണ്.
 നോമിനി ഇത്തരം പെയ്മെന്റ് സ്വീകരിക്കുന്നത് പോളിസി പ്രകാരമുള്ള കമ്പനിയുടെ ബാധ്യതയിൽ നിന്നും ഒഴിവാക്കുന്നതായി കണക്കാക്കും.

നോമിനിയുടെ പേര്	ജനന തീയതി	പ്രൊപ്പോസറുമായുള്ള ബന്ധം	നാമനിർദ്ദേശിയുടെ വിലാസം, മൊബൈൽ നമ്പർ, ഇമെയിൽ ഐഡി	നിയമിതന്റെ പേര് (നോമിനിയ്ക്ക് 18 വയസ്സിൽ കുറവാണെങ്കിൽ)

നോമിനിയുടെ ബാങ്ക് വിവരങ്ങൾ: ഗുണഭോക്താവിന്റെ പേര്: _____

ബാങ്കിന്റെ പേര് _____ അക്കൗണ്ട് തരം _____ സേവിംഗ്സ് _____ കറൻ്റ് _____

അക്കൗണ്ട് നമ്പർ _____ ഐ.എഫ്.എസ്.സി കോഡ് _____

6. മെഡിക്കൽ, ശീലങ്ങൾ, മുൻപത്തെ പ്രൊപ്പോസൽ വിവരങ്ങൾ

പ്രധാനപ്പെട്ടത്: ഈ വിഭാഗത്തിലെ എല്ലാ ചോദ്യങ്ങൾക്കും സത്യസന്ധമായും പൂർണ്ണമായും ഉത്തരം നൽകിയിട്ടുണ്ടെന്ന് ഉറപ്പാക്കുക, കാരണം നിങ്ങൾ ഇവിടെ നൽകുന്ന വിവരങ്ങൾ Niva Bupa-യുടെ അണ്ടർ റൈറ്റിംഗിന്റെ അടിസ്ഥാനമായിരിക്കും. ഏതെങ്കിലും അപൂർണ്ണമായതോ തെറ്റായതോ ഭാഗികമായി ശരിയായതോ ആയ വിവരങ്ങൾ നിങ്ങളുടെ മെഡിക്കൽ ക്ലെയിമിനെയും ക്യാടാതെ/അല്ലെങ്കിൽ പരിരക്ഷയെയും ബാധിച്ചേക്കാമെന്ന് ദയവായി ശ്രദ്ധിക്കുക.

വിഭാഗം A: മെഡിക്കൽ അവസ്ഥകളെക്കുറിച്ചുള്ള വിവരങ്ങൾ പങ്കിടുക										
ഓരോ അപേക്ഷകനും ഇനി പറയുന്ന ചോദ്യങ്ങൾക്ക് ഉത്തരം നൽകുക. ഉണ്ട് (Y) അല്ലെങ്കിൽ ഇല്ല (N) എന്നതിന് ചുറ്റും വൃത്തം വരയ്ക്കുക	അപേക്ഷകന്റെ നമ്പർ									
	1	2	3	4	5	6				
ഇൻഷുർ ചെയ്തവരുടെ പ്രായം <= 35 വയസ്സ്										
1. നിങ്ങൾ താഴെ പറയുന്ന ഏതെങ്കിലും രോഗങ്ങൾ അനുഭവിക്കുന്നുണ്ടോ? a. കാൻസർ / രക്താർബുദം / മാതൃകമായ ട്യൂമർ b. ഹൃദയ സംബന്ധമായ രോഗങ്ങൾ (ഹൃദയാഘാതം, ബൈപാസ് ശസ്ത്രക്രിയ തുടങ്ങിയവ) c. പ്രധാന അവയവങ്ങളുടെ തകരാർ (വൃക്ക, കരൾ, ഹൃദയം, ശ്വാസകോശം, തുടങ്ങിയവ) d. നാഡീ സംബന്ധമായ തകരാർ / പക്ഷാഘാതം / തളർച്ച e. ക്രോണിക് ബ്രോങ്കൈറ്റിസ് പൾമണറി ഡിസീസ് (COPD) / പ്രോഗ്രസീവ് ലങ്ങ്സ് ഡിസീസ് f. ഹെപ്പറ്റൈറ്റിസ് B അല്ലെങ്കിൽ C, വിട്ടുമാറാത്ത കരൾ രോഗം, ക്രോൺസ് രോഗം, വൻകുടൽ പുണ്ണ് g. ഇരുമ്പിന്റെ കുറവ് മൂലമല്ലാത്ത വിളർച്ച h. ടൈപ്പ് 1 പ്രമേഹം	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N
2. നിങ്ങൾക്ക് പ്രമേഹം ഉണ്ടോ?	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N
3. നിങ്ങൾക്ക് രക്താതിമർദ്ദം ഉണ്ടോ?	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N
4. അപേക്ഷകന്റെ പേരിൽ ലൈഫ്, ഹെൽത്ത്, ഹോസ്പിറ്റൽ ഡെയ്ലി ക്യാഷ് അല്ലെങ്കിൽ ക്രിട്ടിക്കൽ ഇൽനെസ്സ് ഇൻഷുറൻസിനായുള്ള ഏതെങ്കിലും പ്രൊപ്പോസൽ ഏതെങ്കിലും ഇൻഷുറൻസ് കമ്പനി നിരസിക്കുകയോ മാറ്റിവയ്ക്കുകയോ ലോഡ് ചെയ്യുകയോ അല്ലെങ്കിൽ ഒഴിവാക്കലുകൾ പോലുള്ള ഏതെങ്കിലും പ്രത്യേക നടപടികൾക്ക് വിധേയമാക്കുകയോ ചെയ്തിട്ടുണ്ടോ?	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N
5. അപേക്ഷകന് ഏതെങ്കിലും മാനസിക / മനശാസ്ത്രപരമായ രോഗങ്ങൾ നിർണ്ണയിക്കുകയോ ചികിത്സിക്കുകയോ ചെയ്തിട്ടുണ്ടോ?	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N
6. ഒരാഴ്ചയിൽ കൂടുതൽ ചികിത്സ ആവശ്യമായ ഒരു രോഗം നിർണ്ണയിക്കപ്പെട്ടിട്ടുണ്ടോ? എപ്പോഴെങ്കിലും ശസ്ത്രക്രിയക്ക് വിധേയനായിട്ടുണ്ടോ? അല്ലെങ്കിൽ നിർദ്ദേശിക്കപ്പെട്ടിട്ടുണ്ടോ? നിലവിൽ എന്തെങ്കിലും തുടർചികിത്സ എടുക്കുന്നുണ്ടോ അല്ലെങ്കിൽ എന്തെങ്കിലും ചികിത്സയ്ക്കായി കാത്തിരിക്കുകയാണോ?	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N
7. ട്രാൻസിലയുകൾ, അഡിനോയിഡുകൾ, ചെവിയിൽ നിന്നുള്ള (സ്രവങ്ങൾ, മിഡിൽ ഇയർ - മാസ്റ്റോയ്ഡ് രോഗങ്ങൾ (ടൈട്ടിഡ് മീഡിയ, കൊളിസ്റ്റിറ്റൈറ്റിംഗ്, ടിംപാനിക് മെംബ്രെയ്നിലെ സുഷിരം എന്നിവയുൾപ്പെടെ), നാസൽ സെപ്റ്റം, നാസൽ നൈനസുകൾ എന്നിവയ്ക്ക് നിങ്ങൾ ശസ്ത്രക്രിയാ ചികിത്സ തേടിയിട്ടുണ്ടോ അല്ലെങ്കിൽ നടത്തിയിട്ടുണ്ടോ?	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N

ഓരോ അപേക്ഷകനും ഇനി പറയുന്ന ചോദ്യങ്ങൾക്ക് ഉത്തരം നൽകുക. ഉണ്ട് (Y) അല്ലെങ്കിൽ ഇല്ല (N) എന്നതിന് ചുറ്റും വൃത്തം വരയ്ക്കുക										
ഓരോ അപേക്ഷകനും ഇനി പറയുന്ന ചോദ്യങ്ങൾക്ക് ഉത്തരം നൽകുക. ഉണ്ട് (Y) അല്ലെങ്കിൽ ഇല്ല (N) എന്നതിന് ചുറ്റും വൃത്തം വരയ്ക്കുക	അപേക്ഷകന്റെ നമ്പർ									
	1	2	3	4	5	6				
ഇൻഷുർ ചെയ്തവരുടെ പ്രായം >=36 മുതൽ =50 വയസ്സ് വരെ										
1. നിങ്ങൾ താഴെ പറയുന്ന ഏതെങ്കിലും രോഗങ്ങൾ അനുഭവിക്കുന്നുണ്ടോ? a. കാൻസർ / രക്താർബുദം / മാതൃകമായ ട്യൂമർ b. ഹൃദയ സംബന്ധമായ രോഗങ്ങൾ (ഹൃദയാഘാതം, ബൈപാസ് ശസ്ത്രക്രിയ തുടങ്ങിയവ) c. പ്രധാന അവയവങ്ങളുടെ തകരാർ (വൃക്ക, കരൾ, ഹൃദയം, ശ്വാസകോശം, തുടങ്ങിയവ) d. നാഡീ സംബന്ധമായ തകരാർ / പക്ഷാഘാതം / തളർച്ച e. ക്രോണിക് ബ്രോങ്കൈറ്റിസ് പൾമണറി ഡിസീസ് (COPD) / പ്രോഗ്രസീവ് ലങ്ങ്സ് ഡിസീസ് f. ഹെപ്പറ്റൈറ്റിസ് B അല്ലെങ്കിൽ C, വിട്ടുമാറാത്ത കരൾ രോഗം, ക്രോൺസ് രോഗം, വൻകുടൽ പുണ്ണ് g. ഇരുമ്പിന്റെ കുറവ് മൂലമല്ലാത്ത വിളർച്ച h. ടൈപ്പ് 1 പ്രമേഹം	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N
2. നിങ്ങൾക്ക് പ്രമേഹം ഉണ്ടോ?	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N
3. നിങ്ങൾക്ക് രക്താതിമർദ്ദം ഉണ്ടോ?	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N
4. അപേക്ഷകന്റെ പേരിൽ ലൈഫ്, ഹെൽത്ത്, ഹോസ്പിറ്റൽ ഡെയ്ലി ക്യാഷ് അല്ലെങ്കിൽ ക്രിട്ടിക്കൽ ഇൽനെസ്സ് ഇൻഷുറൻസിനായുള്ള ഏതെങ്കിലും നിർദ്ദേശം ഏതെങ്കിലും ഇൻഷുറൻസ് കമ്പനി നിരസിക്കുകയോ മാറ്റിവയ്ക്കുകയോ ലോഡ് ചെയ്യുകയോ അല്ലെങ്കിൽ ഒഴിവാക്കലുകൾ പോലുള്ള ഏതെങ്കിലും പ്രത്യേക നടപടികൾക്ക് വിധേയമാക്കുകയോ ചെയ്തിട്ടുണ്ടോ?	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N

	1	2	3	4	5	6		
5. അപേക്ഷകന് ഏതെങ്കിലും മാനസിക / മനശാസ്ത്രപരമായ രോഗങ്ങൾ നിർണ്ണയിക്കുകയോ ചികിത്സിക്കുകയോ ചെയ്തിട്ടുണ്ടോ?	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N
6. ഒരാഴ്ചയിൽ കൂടുതൽ ചികിത്സ ആവശ്യമായ ഒരു രോഗം നിർണ്ണയിക്കപ്പെട്ടിട്ടുണ്ടോ? എപ്പോഴെങ്കിലും ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്ക് വിധേയനായിട്ടുണ്ടോ? അല്ലെങ്കിൽ നിർദ്ദേശിക്കപ്പെട്ടിട്ടുണ്ടോ? നിലവിൽ എന്തെങ്കിലും തുടർചികിത്സ എടുക്കുന്നുണ്ടോ അല്ലെങ്കിൽ എന്തെങ്കിലും ചികിത്സയ്ക്കായി കാത്തിരിക്കുകയാണോ?	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N
7. ടോൺസിലുകൾ, അഡിനോയിഡുകൾ, ചെവിയിൽ നിന്നുള്ള (സവങ്ങൾ, മിഡിൽ ഇയർ - മാസ്റ്റോയ്ഡ് രോഗങ്ങൾ (ഓട്ടൈറ്റിസ് മീഡിയ, കൊളീമ്പിയറ്റോമ, ടിംപാനിക് മെംബ്രെയിലെ സുഷിരം എന്നിവയുൾപ്പെടെ), നാസൽ സെപ്റ്റം, നാസൽ സൈനസുകൾ എന്നിവയ്ക്ക് നിങ്ങൾ ശസ്ത്രക്രിയാ ചികിത്സ തേടിയെടുത്തോ അല്ലെങ്കിൽ നടത്തിയിട്ടുണ്ടോ?	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N
8. തൈറോയ്ഡ് പ്രൊഫൈൽ, ലിപിഡ് പ്രൊഫൈൽ, ട്രൈഗ്ലിസെറൈഡ്സ്, ആൻജിയോഗ്രഫി, എക്സോകാർഡിയോഗ്രഫി, എൻഡോസ്കോപ്പി, അൾട്രാസൗണ്ട്, സിടി സ്കാൻ, എംആർഐ, ബയോപ്സി, എഫിഎൻഎസി എന്നിവയിലുള്ള ഈ അംഗത്തിന് എന്തെങ്കിലും പ്രതികൂലനിരീക്ഷണ ഫലങ്ങൾ ഉണ്ടായിട്ടുണ്ടോ? (പ്രതികൂലം)	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N
9. അസാധാരണമായ ആർത്തവം അല്ലെങ്കിൽ അമിത രക്തസ്രാവം, ഫൈബ്രോയിഡുകൾ, ഗർഭാശയവും സെർവിക്സും താഴെക്ക് തള്ളിവരൽ, എൻഡോമെട്രിയോസിസ്, PCOD, ഗർഭപാത്രം നീക്കം ചെയ്ത തുടങ്ങിയ ഗൈനക്കോളജിക്കൽ പ്രശ്നങ്ങൾ നിങ്ങൾക്ക് ഉണ്ടായിട്ടുണ്ടോ?	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N
10. മലം പോകുമ്പോൾ വേദന, മലത്തിൽ രക്തം, ഹെമറോയ്ഡുകൾ, മലദ്വാരത്തിലോ ഗുണ്ടാഗത്തോ ഉണ്ടാകുന്ന ഫിഷർ, ഫിസ്റ്റുല അല്ലെങ്കിൽ പഴുപ്പ് നിറഞ്ഞ കൂരു, ഇടുപ്പിലെ വേദന, ഹെർണിയ, പാൻക്രിയാറ്റിസ്, വയറുവേദന, പിത്തസഞ്ചിയിലെ കല്ല്, പാൻക്രിയാസിറ്റൈറ്റിസ്, വൃണം, അനനാളം / ആമാശയത്തിലെ പ്രശ്നങ്ങൾ തുടങ്ങിയ ദഹനനാളത്തിലെ എന്തെങ്കിലും തകരാറുകൾ നിങ്ങൾക്ക് ഉണ്ടായിട്ടുണ്ടോ?	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N
11. ശസ്ത്രക്രിയ ആവശ്യമുള്ള മങ്ങിയ കാഴ്ച, തിമിരം, ഗ്ലോക്കോമ, റെറ്റിനൽ ഡിറ്റാച്ച്മെന്റ് തുടങ്ങിയ നേത്ര സംബന്ധമായ എന്തെങ്കിലും തകരാറുകൾ നിങ്ങൾക്ക് ഉണ്ടായിട്ടുണ്ടോ?	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N
12. നിങ്ങൾക്ക് മൂത്രത്തിൽ രക്തം, മൂത്രം ഒഴിക്കുമ്പോൾ വേദന, ഇടയ്ക്കിടെ മൂത്രമൊഴിക്കൽ, പ്രോസ്റ്റേറ്റ് ഹൈപ്പർപ്ലാസിയ, കിഡ്നി സ്റ്റോൺ, ഹൈഡ്രോസെൽ, സ്പൈർമറ്റോസെൽ, നെഫ്രൈറ്റിസ് തുടങ്ങിയ ജനനേന്ദ്രിയമോ മൂത്രവിസർജന വ്യവസ്ഥയോ സംബന്ധമായ എന്തെങ്കിലും തകരാറുകൾ ഉണ്ടായിട്ടുണ്ടോ?	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N
13. നിങ്ങൾക്ക് സന്ധി വേദന / കാൽമുട്ട് വേദന, സന്ധി മാറ്റിവയ്ക്കൽ, ഓസ്റ്റിയോ ആർത്രൈറ്റിസ്, നടുവേദന, ഇന്റർവെർട്ടിബ്രൽ ഡിസ്ക് തകരാറുകൾ / സ്റ്റീപ്പ് ഡിസ്ക് (PVD പോലുള്ളവ), ഓസ്റ്റിയോപൊറോസിസ്, ഗൗട്ട്, വുമറ്റോയ്ഡ് ആർത്രൈറ്റിസ്, ലിഗമെന്റ് റിപ്പയർ ശസ്ത്രക്രിയ (ACL -ലെ വിള്ളൽ, മുതലായവ) പോലുള്ള മസ്കുലോസ്കെലറ്റൽ തകരാറുകൾ എന്തെങ്കിലും ഉണ്ടായിട്ടുണ്ടോ?	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N

ഓരോ അപേക്ഷകനും ഇനി പറയുന്ന ചോദ്യങ്ങൾക്ക് ഉത്തരം നൽകുക. ഉണ്ട് (Y) അല്ലെങ്കിൽ ഇല്ല (N) എന്നതിന് ചുറ്റും വൃത്തം വരയ്ക്കുക.	അപേക്ഷകന്റെ നമ്പർ							
	1	2	3	4	5	6		
ഇൻഷുർ ചെയ്തവരുടെ പ്രായം >=51 വയസ്സ്								
1. നിങ്ങൾ താഴെ പറയുന്ന ഏതെങ്കിലും രോഗങ്ങൾ അനുഭവിക്കുന്നുണ്ടോ? a. കാൻസർ / രക്താർബുദം / മാതൃകമായ ട്യൂമർ b. പുഴുവ സംബന്ധമായ രോഗങ്ങൾ (പുഴുവ്/പാലാതം, ബെപാസ് ശസ്ത്രക്രിയ തുടങ്ങിയവ) c. പ്രധാന അവയവങ്ങളുടെ തകരാറ് (വൃക്ക, കരൾ, ഹൃദയം, ശ്വാസകോശം, തുടങ്ങിയവ) d. നാഡീ സംബന്ധമായ തകരാറ് / പക്ഷാഘാതം / തളർച്ച e. ക്രോണിക് ഒബ്സ്ട്രക്റ്റീവ് പൾമണറി ഡിസീസ് (COPD) / പ്രോഗ്രസീവ് ലങ്ങ്സ് ഡിസീസ് f. ഹെപ്പറ്റൈറ്റിസ് B അല്ലെങ്കിൽ C, വിട്ടുമാറാത്ത കരൾ രോഗം, ക്രോൺസ് രോഗം, വൻകുടൽ പുണ്ണ് g. ഇരുമ്പിന്റെ കുറവ് മൂലമല്ലാത്ത വിളർച്ച h. ടൈപ്പ് 1 പ്രമേഹം	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N
2. നിങ്ങൾക്ക് പ്രമേഹം ഉണ്ടോ?	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N
3. നിങ്ങൾക്ക് രക്താതിമർദ്ദം ഉണ്ടോ?	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N
4. അപേക്ഷകന്റെ പേരിൽ ലൈഫ്, ഹെൽത്ത്, ഹോസ്പിറ്റൽ ഡെൽറ്റാ ക്യാഷ് അല്ലെങ്കിൽ ക്രിട്ടിക്കൽ ഇൽനെസ്സ് ഇൻഷുറൻസിനായുള്ള ഏതെങ്കിലും നിർദ്ദേശം ഏതെങ്കിലും ഇൻഷുറൻസ് കമ്പനി നിരസിക്കുകയോ മാറ്റിവയ്ക്കുകയോ ലോഡ് ചെയ്യുകയോ അല്ലെങ്കിൽ ഒഴിവാക്കുകയോ പോലുള്ള ഏതെങ്കിലും പ്രത്യേക നടപടികൾക്ക് വിധേയമാക്കുകയോ ചെയ്തിട്ടുണ്ടോ?	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N
5. അപേക്ഷകന് ഏതെങ്കിലും മാനസിക / മനശാസ്ത്രപരമായ രോഗങ്ങൾ നിർണ്ണയിക്കുകയോ ചികിത്സിക്കുകയോ ചെയ്തിട്ടുണ്ടോ?	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N
6. ഒരാഴ്ചയിൽ കൂടുതൽ ചികിത്സ ആവശ്യമായ ഒരു രോഗം നിർണ്ണയിക്കപ്പെട്ടിട്ടുണ്ടോ? എപ്പോഴെങ്കിലും ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്ക് വിധേയനായിട്ടുണ്ടോ? അല്ലെങ്കിൽ നിർദ്ദേശിക്കപ്പെട്ടിട്ടുണ്ടോ? നിലവിൽ എന്തെങ്കിലും തുടർചികിത്സ എടുക്കുന്നുണ്ടോ അല്ലെങ്കിൽ എന്തെങ്കിലും ചികിത്സയ്ക്കായി കാത്തിരിക്കുകയാണോ?	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N
7. ടോൺസിലുകൾ, അഡിനോയിഡുകൾ, ചെവിയിൽ നിന്നുള്ള (സവങ്ങൾ, മിഡിൽ ഇയർ - മാസ്റ്റോയ്ഡ് രോഗങ്ങൾ (ഓട്ടൈറ്റിസ് മീഡിയ, കൊളീമ്പിയറ്റോമ, ടിംപാനിക് മെംബ്രെയിലെ സുഷിരം എന്നിവയുൾപ്പെടെ), നാസൽ സെപ്റ്റം, നാസൽ സൈനസുകൾ എന്നിവയ്ക്ക് നിങ്ങൾ ശസ്ത്രക്രിയാ ചികിത്സ തേടിയെടുത്തോ അല്ലെങ്കിൽ നടത്തിയിട്ടുണ്ടോ?	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N
8. തൈറോയ്ഡ് പ്രൊഫൈൽ, ലിപിഡ് പ്രൊഫൈൽ, ട്രൈഗ്ലിസെറൈഡ്സ്, ആൻജിയോഗ്രഫി, എക്സോകാർഡിയോഗ്രഫി, എൻഡോസ്കോപ്പി, അൾട്രാസൗണ്ട്, സിടി സ്കാൻ, എംആർഐ, ബയോപ്സി, എഫിഎൻഎസി എന്നിവയിലുള്ള ഈ അംഗത്തിന് എന്തെങ്കിലും പ്രതികൂലനിരീക്ഷണ ഫലങ്ങൾ ഉണ്ടായിട്ടുണ്ടോ? (പ്രതികൂലം)	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N
9. അസാധാരണമായ ആർത്തവം അല്ലെങ്കിൽ അമിത രക്തസ്രാവം, ഫൈബ്രോയിഡുകൾ, ഗർഭാശയവും സെർവിക്സും താഴെക്ക് തള്ളിവരൽ, എൻഡോമെട്രിയോസിസ്, PCOD, ഗർഭപാത്രം നീക്കം ചെയ്ത തുടങ്ങിയ ഗൈനക്കോളജിക്കൽ പ്രശ്നങ്ങൾ നിങ്ങൾക്ക് ഉണ്ടായിട്ടുണ്ടോ?	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N
10. മലം പോകുമ്പോൾ വേദന, മലത്തിൽ രക്തം, ഹെമറോയ്ഡുകൾ, മലദ്വാരത്തിലോ ഗുണ്ടാഗത്തോ ഉണ്ടാകുന്ന ഫിഷർ, ഫിസ്റ്റുല അല്ലെങ്കിൽ പഴുപ്പ് നിറഞ്ഞ കൂരു, ഇടുപ്പിലെ വേദന, ഹെർണിയ, പാൻക്രിയാറ്റിസ്, വയറുവേദന, പിത്തസഞ്ചിയിലെ കല്ല്, പാൻക്രിയാസിറ്റൈറ്റിസ്, വൃണം, അനനാളം / ആമാശയത്തിലെ പ്രശ്നങ്ങൾ തുടങ്ങിയ ദഹനനാളത്തിലെ എന്തെങ്കിലും തകരാറുകൾ നിങ്ങൾക്ക് ഉണ്ടായിട്ടുണ്ടോ?	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N
11. ശസ്ത്രക്രിയ ആവശ്യമുള്ള മങ്ങിയ കാഴ്ച, തിമിരം, ഗ്ലോക്കോമ, റെറ്റിനൽ ഡിറ്റാച്ച്മെന്റ് തുടങ്ങിയ നേത്ര സംബന്ധമായ എന്തെങ്കിലും തകരാറുകൾ നിങ്ങൾക്ക് ഉണ്ടായിട്ടുണ്ടോ?	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N
12. നിങ്ങൾക്ക് മൂത്രത്തിൽ രക്തം, മൂത്രം ഒഴിക്കുമ്പോൾ വേദന, ഇടയ്ക്കിടെ മൂത്രമൊഴിക്കൽ, പ്രോസ്റ്റേറ്റ് ഹൈപ്പർപ്ലാസിയ, കിഡ്നി സ്റ്റോൺ, ഹൈഡ്രോസെൽ, സ്പൈർമറ്റോസെൽ, നെഫ്രൈറ്റിസ് തുടങ്ങിയ ജനനേന്ദ്രിയമോ മൂത്രവിസർജന വ്യവസ്ഥയോ സംബന്ധമായ എന്തെങ്കിലും തകരാറുകൾ ഉണ്ടായിട്ടുണ്ടോ?	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N
13. നിങ്ങൾക്ക് സന്ധി വേദന / കാൽമുട്ട് വേദന, സന്ധി മാറ്റിവയ്ക്കൽ, ഓസ്റ്റിയോ ആർത്രൈറ്റിസ്, നടുവേദന, ഇന്റർവെർട്ടിബ്രൽ ഡിസ്ക് തകരാറുകൾ / സ്റ്റീപ്പ് ഡിസ്ക് (PVD പോലുള്ളവ), ഓസ്റ്റിയോപൊറോസിസ്, ഗൗട്ട്, വുമറ്റോയ്ഡ് ആർത്രൈറ്റിസ്, ലിഗമെന്റ് റിപ്പയർ ശസ്ത്രക്രിയ (ACL -ലെ വിള്ളൽ, മുതലായവ) പോലുള്ള മസ്കുലോസ്കെലറ്റൽ തകരാറുകൾ എന്തെങ്കിലും ഉണ്ടായിട്ടുണ്ടോ?	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N
14. നിങ്ങൾക്ക് ശരീരത്തിൽ താഴെത്തുള്ള അവയവങ്ങളിൽ വേദനയോ നീരോ, വെരികോസ് റെഡിനുകളോ ഉണ്ടായിട്ടുണ്ടോ?	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N
15. നിങ്ങൾക്ക് ശരീരത്തിന് അകത്തോ പുറത്തോ മുഴുകൾ / ട്യൂമറുകൾ, സിസ്റ്റ്, സൈനസ്, പോളിപ്പ്, നോഡുലുകൾ, വികലമുള്ള ഭാഗം അല്ലെങ്കിൽ തടിപ്പ്, വൃണം അല്ലെങ്കിൽ അനനാളം / ആമാശയത്തിലെ പ്രശ്നങ്ങൾ എന്നിവ ഉണ്ടായിട്ടുണ്ടോ?	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N

8. പ്രാദേശിക ഭാഷയിലുള്ള സത്യവാങ്മൂലം

(പ്രാദേശിക ഭാഷയിൽ അപേക്ഷകൻ ഒപ്പിടാൻ സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തുന്നതിനുള്ള സാക്ഷ്യപത്രം (കമ്പനിയിലെ ഏജന്റോ ജീവനക്കാരനോ അല്ലാത്ത ഒരാളായിരിക്കണം സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തേണ്ടത്). ഈ ഫോമിന്റെ ഉള്ളടക്കവും വിശദാംശങ്ങളും ഞാൻ അപേക്ഷകൻ പ്രാദേശിക ഭാഷയിൽ വിശദീകരിച്ചു നൽകിയിട്ടുണ്ട്. അത് അപേക്ഷകൻ മനസ്സിലായിട്ടുണ്ടെന്ന് അദ്ദേഹം സ്ഥിരീകരിച്ചിട്ടുണ്ട്.)

സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തുന്ന വ്യക്തിയുടെ പേര്: സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തുന്ന വ്യക്തിയുടെ ഒപ്പ്: സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തുന്ന വ്യക്തിയുടെ മൊബൈൽ നമ്പർ:

സാക്ഷിയുടെ പേര് സാക്ഷിയുടെ ഒപ്പ് സാക്ഷിയുടെ മൊബൈൽ നമ്പർ:

അപേക്ഷകന്റെ ഒപ്പ്

9. അപേക്ഷകന്റെ സത്യവാങ്മൂലം

(എന്തെങ്കിലും കാരണത്താൽ അപേക്ഷകൻ നിർദ്ദേശവും മറ്റ് അനുബന്ധ രേഖകളും പൂരിപ്പിക്കാത്ത സാഹചര്യത്തിലുള്ള സാക്ഷ്യപത്രം). നിർദ്ദേശ ഫോമിന്റെയും അനുബന്ധ രേഖകളുടെയും ഉള്ളടക്കം എനിക്ക് പൂർണ്ണമായി വിശദീകരിച്ചു തന്നിട്ടുണ്ട്. നിർദ്ദിഷ്ട കരാറിന്റെ പ്രാധാന്യം എനിക്ക് പൂർണ്ണമായി മനസ്സിലായിട്ടുണ്ട്. എന്റെ നിർദ്ദേശാനുസരണം _____ ആണ് നിർദ്ദേശ ഫോം പൂരിപ്പിച്ചത്. ഇത് ശരിയാണെന്നും പൂർണ്ണമാണെന്നും ഞാൻ അംഗീകരിക്കുന്നു.

അപേക്ഷകന്റെ ഒപ്പ്

10. പ്രീമിയം വിശദാംശങ്ങൾ (ഓഫീസ് ഉപയോഗത്തിന് മാത്രം)

പ്രീമിയം പെയ്മെന്റ് ഓപ്ഷൻ ചെക്ക് ഡിമാൻഡ് ഡ്രാഫ്റ്റ് ക്രെഡിറ്റ് കാർഡ് / ഡെബിറ്റ് കാർഡ് നെറ്റ് ബാങ്കിംഗ് പണം മറ്റുള്ളവ

പ്രീമിയം തുക ഓൺലൈൻ പെയ്മെന്റ് ട്രാൻസാക്ഷൻ ഐഡി: തീയതി

ബാങ്കിന്റെ പേര്/ശാഖ Niva Bupa ബ്രാഞ്ച് ലൊക്കേഷൻ

കോഡ് നമ്പർ ബിസിനസ്സ് നേടിയത്: ഉപദേഷ്ടാവ്/DST/കോർപ്പറേറ്റ് ഏജൻസി/മറ്റ് ചാനലുകൾ

കോഡ് നമ്പർ

പേര്

നിർദ്ദേശം ലഭിച്ച തീയതി: കസ്റ്റമർ ഐഡി:

അപേക്ഷകൻ സ്റ്റാഫ് ആണോ? അതെ അല്ല

11. ബാങ്ക് അച്ചറൻസ് ചാനലിന് മാത്രമുള്ള അധിക വിശദാംശങ്ങൾ (ഓഫീസ് ഉപയോഗത്തിന് മാത്രം)

ബ്രാഞ്ച് കോഡ് എസ്.പി കോഡ് RM/LG കോഡ്

ഉപഭോക്താവിന്റെ അക്കൗണ്ട് നമ്പർ

12. ഇൻഷുറൻസ് ഉപദേഷ്ടാവിന്റെ റിപ്പോർട്ട് (ഓഫീസ് ഉപയോഗത്തിന് മാത്രം)

1. ഒരു ഇൻഷുറൻസ് ഉപദേഷ്ടാവ് / കോർപ്പറേറ്റ് ഏജന്റിലെ നിർദ്ദിഷ്ട വ്യക്തി / ബ്രോക്കറുടെ അംഗീകൃത ജീവനക്കാരൻ / റിലേഷൻഷിപ്പ് ഓഫീസർ എന്നീ നിലകളിൽ ഞാൻ, ഈ പ്രൊപ്പോസൽ ഫോമിലെ എല്ലാ ഉള്ളടക്കങ്ങളും, ഈ പ്രൊപ്പോസൽ ഫോമിലുള്ള, പ്രസ്താവനകൾ, വിവരങ്ങൾ എന്നിവയുടെയും ചോദ്യങ്ങളുടെ സ്വഭാവവും കൂടാതെ ഈ ഫോമിൽ നൽകിയിട്ടുള്ള അദ്ദേഹം/ അവർ നൽകിയിട്ടുള്ള പ്രതികരണവും (ങ്ങളും) ഞാൻ അപേക്ഷകൻ വിശദീകരിച്ചു നൽകിയിട്ടുണ്ട്. ഈ പ്രൊപ്പോസൽ കമ്പനി സ്വീകരിക്കുകയാണെങ്കിൽ, അപേക്ഷകനും കമ്പനിയും തമ്മിലുള്ള ഇൻഷുറൻസ് കരാറിന്റെ അടിസ്ഥാനം ഈ വിവരങ്ങളായിരിക്കും.

ഈ പ്രൊപ്പോസൽ ഫോമിൽ / അനുബന്ധങ്ങളിൽ, സത്യവാങ്മൂലങ്ങളിൽ, പ്രസ്താവനകളിൽ, സമർപ്പണങ്ങളിൽ എന്നിവയിലൂടെ തെറ്റായ പ്രസ്താവനകൾ / വിവരങ്ങൾ / പ്രതികരണങ്ങൾ അടങ്ങിയിട്ടുണ്ടെങ്കിൽ അല്ലെങ്കിൽ എന്തെങ്കിലും പ്രധാനപ്പെട്ട വസ്തുതകൾ മറച്ചുവെച്ചിട്ടുണ്ടെങ്കിൽ ഈ പ്രൊപ്പോസൽ അനുസരിച്ച് അയാൾക്ക് / അവൾക്ക് നൽകിയിട്ടുള്ള പോളിസി, കമ്പനി നിയമപരമല്ലാത്തതായും അസാധുവായും കണക്കാക്കുകയും പോളിസി പ്രകാരം അടച്ച എല്ലാ പ്രീമിയവും കമ്പനിക്ക് നഷ്ടപ്പെടുകയും ചെയ്യും എന്ന് എനോട് വിശദീകരിച്ചിട്ടുണ്ട്.

തീയതി ഇൻഷുറൻസ് ഉപദേഷ്ടാവിന്റെ ഒപ്പ്

13. നിയമപരമായ മുന്നറിയിപ്പ്

റിബേറ്റുകൾക്ക് എതിരായുള്ള നിരോധനം (ഇൻഷുറൻസ് ആക്ട് 1938-ലെ സെക്ഷൻ 41 പ്രകാരം)

- ഇന്ത്യയിലെ ജീവൻ അല്ലെങ്കിൽ സ്വത്തുമായി ബന്ധപ്പെട്ട ഏതെങ്കിലും തരത്തിലുള്ള അപകടസാധ്യതകൾക്കെതിരെ ഇൻഷുറൻസ് എടുക്കുന്നതിനോ പുതുക്കുന്നതിനോ തുടരുന്നതിനോ പ്രേരിപ്പിക്കുന്നതിന് വേണ്ടി ഏതെങ്കിലും വ്യക്തിക്ക് പ്രത്യക്ഷമായോ പരോക്ഷമായോ കമ്മീഷൻ പേയ്മെന്റിലോ മുഴുവനായോ ഭാഗികമോ ഉള്ള കിഴിവ് അല്ലെങ്കിൽ പോളിസിയിൽ കാണിച്ചിരിക്കുന്ന പ്രിമിയത്തിൽ ഏതെങ്കിലും കിഴിവ് അനുവദിക്കാനോ അപകാരം വാഗ്ദാനം ചെയ്യാനോ പാടില്ല. ഇൻഷുറർ പ്രസിദ്ധീകരിച്ചിട്ടുള്ള ലാലുലേഖകളിലോ പട്ടികകളിലോ അനുവദിച്ചിട്ടുള്ള ഇളവുകൾ ഒഴികെ മറ്റ് ഇളവുകളൊന്നും ഒരു പോളിസി എടുക്കുന്നയാളോ പുതുക്കുന്നയാളോ തുടരുന്നയാളോ സ്വീകരിക്കാൻ പാടില്ല.
- ഈ വകുപ്പിലെ വ്യവസ്ഥകൾ പാലിക്കുന്നതിൽ വീഴ്ച വരുത്തുന്ന ഏതൊരാളും പത്ത് ലക്ഷം രൂപ വരെ പിഴയടയ്ക്കാൻ ബാധ്യസ്ഥനാണ്.

14. ഗ്രാമീണ, സാമൂഹിക മേഖല വിഭാഗം (ബാധകമെങ്കിൽ):

ASHA വർക്കർ

MGNREGA തൊഴിലാളി

15. ABHA ID

അംഗത്തിന്റെ പേര്	നിങ്ങൾക്ക് ABHA ID ഉണ്ടോ?	ABHA ID	ABHA വഴി ഇൻഷുറർമാർ / TPA- കളുമായി മെഡിക്കൽ രേഖകൾ പങ്കിടുന്നതിനുള്ള സമ്മതം
	<input type="checkbox"/> ഉണ്ട് <input type="checkbox"/> ഇല്ല	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ഉണ്ട് <input type="checkbox"/> ഇല്ല
	<input type="checkbox"/> ഉണ്ട് <input type="checkbox"/> ഇല്ല	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ഉണ്ട് <input type="checkbox"/> ഇല്ല
	<input type="checkbox"/> ഉണ്ട് <input type="checkbox"/> ഇല്ല	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ഉണ്ട് <input type="checkbox"/> ഇല്ല
	<input type="checkbox"/> ഉണ്ട് <input type="checkbox"/> ഇല്ല	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ഉണ്ട് <input type="checkbox"/> ഇല്ല
	<input type="checkbox"/> ഉണ്ട് <input type="checkbox"/> ഇല്ല	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ഉണ്ട് <input type="checkbox"/> ഇല്ല
	<input type="checkbox"/> ഉണ്ട് <input type="checkbox"/> ഇല്ല	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ഉണ്ട് <input type="checkbox"/> ഇല്ല

16. റീഫണ്ട് & ക്ലെയിമുകൾ അടയ്ക്കുന്നതിനുള്ള വിവരങ്ങൾ

പണം സ്വീകരിക്കാനുള്ള ഓഫീസ്: ബാങ്ക് ട്രാൻസ്ഫർ

ഗുണഭോക്താവിന്റെ പേര്

ബാങ്കിന്റെ പേര്

അക്കൗണ്ട് നമ്പർ

ഐ.എഫ്.എസ്.സി കോഡ്

അക്കൗണ്ട് തരം

Niva Bupa Health Insurance Company Limited; രജിസ്റ്റർ ചെയ്ത ഓഫീസ്: - C-98, ഫസ്റ്റ് ഫ്ലോർ, ലജ്‌പത് നഗർ, പാർട്ട് 1, ന്യൂഡൽഹി-110024
 നിരാകരണം: ഇൻഷുറൻസ് എന്നത് വിവേചനാധികാരത്തോടെ കൈകാര്യം ചെയ്യേണ്ട വിഷയമാണ്. Niva Bupa Health Insurance Company Limited-ന്റെ (മുൻ Max Bupa Health Insurance Company Limited എന്ന് അറിയപ്പെട്ടിരുന്നത്) (IRDAI രജിസ്ട്രേഷൻ നമ്പർ 145), 'Bupa', 'HEARTBEAT' ലോഗോ എന്നിവ അതത് ഉടമസ്ഥരുടെ രജിസ്റ്റർ ചെയ്ത വ്യാപാരച്ചിഹ്നങ്ങളാണ്, ഇവ Niva Bupa Health Insurance Company Limited ലൈസൻസിന് കീഴിൽ ഉപയോഗിക്കുന്നു. കസ്റ്റമർ ഹെൽപ്പ്ലൈൻ: 1860-500-8888. വെബ്സൈറ്റ്: www.nivabupa.com. CIN: U66000DL2008PLC182918. നിബന്ധനകൾ, വ്യവസ്ഥകൾ, ഒഴിവാക്കലുകൾ, നഷ്ടസാധ്യത ഘടകങ്ങൾ, വെയ്റ്റിംഗ് പിരീഡ് & ആനുകൂല്യങ്ങൾ എന്നിവയെക്കുറിച്ചുള്ള കൂടുതൽ വിവരങ്ങൾക്ക്, ഒരു വിൽപ്പന അവസാനിപ്പിക്കുന്നതിന് മുമ്പ് ദയവായി സെയിൽസ് ബ്രോഷർ ശ്രദ്ധാപൂർവ്വം വായിക്കുക.

Niva Bupa Health Insurance Company Limited; രജിസ്റ്റർ ചെയ്ത ഓഫീസ്: - C-98, ഫസ്റ്റ് ഫ്ലോർ, ലജ്ജിംഗ് നഗർ, പാർട്ട് 1, ന്യൂഡൽഹി-110024
നിരോധനം: ഇൻഷുറൻസ് എന്തെങ്കിലും വിവേകപരമായ കാര്യങ്ങൾ ചെയ്യേണ്ട വിഷയമാണ്. Niva Bupa Health Insurance Company Limited-ന്റെ (മുമ്പ് Max Bupa Health Insurance Company Limited എന്ന് അറിയപ്പെട്ടിരുന്നത്) (IRDAI രജിസ്ട്രേഷൻ നമ്പർ 145). 'Bupa', 'HEARTBEAT' ലോഗോ എന്നിവ അതത് ഉടമസ്ഥരുടെ രജിസ്റ്റർ ചെയ്ത വ്യാപാരചിഹ്നമാണ്, ഇവ Niva Bupa Health Insurance Company Limited ലൈസൻസിന് കീഴിൽ ഉപയോഗിക്കുന്നു. കസ്റ്റമർ ഹെൽപ്പ്ലൈൻ: 1860-500-8888. വെബ്സൈറ്റ്: www.nivabupa.com. CIN: U66000DL2008PLC182918. നിബന്ധനകൾ, വ്യവസ്ഥകൾ, ഒഴിവാക്കലുകൾ, നഷ്ടസാധ്യത ഘടകങ്ങൾ, വെയിറ്റിംഗ് പിരീഡ് & ആനുകൂല്യങ്ങൾ എന്നിവയെക്കുറിച്ചുള്ള കൂടുതൽ വിവരങ്ങൾക്ക്, ഒരു വിൽപ്പന അവസാനിപ്പിക്കുന്നതിന് മുമ്പ് ദയവായി സെയിൽസ് ബ്രോഷർ ശ്രദ്ധാപൂർവ്വം വായിക്കുക.

Product Name: ReAssure 2.0, Product UIN: NBHHLIP23169V012223 | Rider Name: Smart Health+, Rider UIN: NBHHLIA22164V012122

കമ്പനിയുടെ രസീത്

അപേക്ഷ നമ്പർ.

തീയതി

നിങ്ങളുടെ പ്രൊപ്പോസലും _____ തീയതിയിൽ _____ തീയതിയിൽ _____ രൂപയുടെ ചെക്ക്/ഡിമാൻഡ് ഡ്രാഫ്റ്റ്/മറ്റുള്ളവ _____ ആയി തുകയും ലഭിച്ചതായി ഞങ്ങൾ നന്ദിപൂർവ്വം അറിയിക്കുകയാണ്. ഇൻഷുറൻസിനായുള്ള പൂർത്തിയാക്കിയ പ്രൊപ്പോസൽ ഞങ്ങൾക്ക് സമർപ്പിക്കുന്നതോ പോളിസി ഇഷ്യൂ ചെയ്യുന്നതിനായി ഏതെങ്കിലും പണമടയ്ക്കൽ നടത്തുന്നതോ ഒരു പോളിസി ഇഷ്യൂ ചെയ്യുന്നതിനായി സമ്മതിക്കാൻ ഞങ്ങളെ നിർബന്ധിക്കുന്നില്ല. ആ തീരുമാനം എല്ലായ്പ്പോഴും ഞങ്ങളുടെ പൂർണ്ണ വിവേകപരമായ തീരുമാനമാണ്. ഇൻഷുറൻസിനായുള്ള ഒരു പ്രൊപ്പോസൽ ഞങ്ങൾ സ്വീകരിക്കുകയാണെങ്കിൽ, അത് പോളിസിയുടെ നിബന്ധനകൾക്കും വ്യവസ്ഥകൾക്കും വിധേയമായിരിക്കും, കൂടാതെ പ്രീമിയം പൂർണ്ണമായി കൃത്യസമയത്ത് ഞങ്ങൾക്ക് ലഭിച്ചില്ലെങ്കിലോ അല്ലെങ്കിൽ അത് സാക്ഷ്യംകരിക്കാൻ കഴിഞ്ഞില്ലെങ്കിലോ അതിൽ ഞങ്ങൾക്ക് യാതൊരു ബാധ്യതയുമില്ല. ഞങ്ങൾ പ്രൊപ്പോസൽ സ്വീകരിക്കുന്നില്ലെങ്കിൽ, അത് നിങ്ങളെ അറിയിക്കുകയും നിങ്ങളിൽ നിന്ന് ലഭിച്ച മെമ്പർഷിപ്പ് പരിശോധനകളുടെ ചിലവ് പലിശയില്ലാതെ കുറച്ചതിന് ശേഷം പണം തിരികെ നൽകുകയും ചെയ്യും.

സ്വീകരിക്കുന്നയാളുടെ പേരും ഒപ്പും, ഓഫീസ് സീലും

Product Name: Rise, Product UIN: NBHHLIP25041V012425 | Add-on Name: Fast Forward, Add-on UIN: NBHHLIA24126V012324