

സരൾ സുരക്ഷാ ബീമ, നീവ ബുപ ഹെൽത്ത്

ഇൻഷുറൻസ് കമ്പനി ലിമിറ്റഡ് - പൊപ്പോസൽ ഫോം

ഇൻഷുറൻസ് കരാർ ഒരു നിയമപരമായ കരാറാണ്, ഇത് (ട്രസ്റ്റിനെയും ഞങ്ങൾ നിങ്ങളെ വിശ്വസിക്കുന്നതിനെയും അടിസ്ഥാനമാക്കിയുള്ളതാണ്.

നിങ്ങളുടെ ആരോഗ്യത്തെക്കുറിച്ചുള്ള വിവരങ്ങളും നിങ്ങളുടെ പോളിസിയിലെ സ്വാധീനവും എത്രത്തോളം പ്രസക്തമാണെന്ന് നിങ്ങൾക്ക് അറിയില്ലായിരിക്കാം എന്ന് ഞങ്ങൾ മനസ്സിലാക്കുന്നു. അതിനാൽ നിങ്ങൾ എല്ലാ ആരോഗ്യ വിവരങ്ങളും വെളിപ്പെടുത്തേണ്ടത് വളരെ പ്രധാനമാണ്, അത് എത്രത്തോളം പ്രസക്തമാണെന്ന് ഞങ്ങൾ തീരുമാനിക്കും (ഞങ്ങൾ ഇതിനെ 'മെറ്റീരിയൽ വസ്തുത'

എന്ന് വിളിക്കുന്നു). ഞങ്ങൾ നിങ്ങളുടെ പോളിസി റദ്ദാക്കും, ഒരു ക്ലെയിമും അടയ്ക്കില്ല, അടച്ച പ്രീമിയം തിരികെ നൽകില്ല, നേരത്തെ അടച്ച ആനുകൂല്യങ്ങൾ വീണ്ടെടുക്കുന്നത് ഉൾപ്പെടെ നിങ്ങൾക്കെതിരെ സാധ്യമായ എല്ലാ നിയമനടപടികളും സ്വീകരിക്കാൻ അവകാശമുണ്ട്, ഇൻഷുറർ ചെയ്യാൻ നിർദ്ദേശിച്ചിട്ടുള്ള എല്ലാ അംഗങ്ങളെയും കുറിച്ച് ശരിയായതും പൂർണ്ണവുമായ വിവരങ്ങൾ നൽകിയിട്ടില്ലെങ്കിൽ.

മുഴുവൻ പ്രീമിയവും ലഭിക്കുകയും നിസ്തു വ്യക്തമായി അംഗീകരിക്കുകയും ചെയ്തതിനുശേഷം മാത്രമേ കവറേജ് ആരംഭിക്കാൻ കഴിയൂ എന്ന് ചട്ടങ്ങൾ അനുശാസിക്കുന്നു.

1-പൊപ്പോസൽ വിവരങ്ങൾ:

നാമം: F S T N A M M D L N A M L A S T N A M

ലിംഗഭേദം: പുരുഷൻ സ്ത്രീ മൂന്നാം ലിംഗം ജനന തീയതി: D D M M

വിലാസം:

ലാൻഡ് മാർക്ക്: നഗരം:

ജില്ല: സംസ്ഥാനം:

പിൻ-കോഡ്: ഉമെയിൽ ഐഡി:

മൊബൈൽ ഫോൺ: അക്കൗണ്ട് നമ്പർ:

പാൻ നമ്പർ: ദേശീയത:

തൊഴിൽ: ശമ്പളക്കാർ സ്വയംതൊഴിൽ വിദ്യാർത്ഥി വീട്ടമ്മ മറ്റുള്ളവ, ദയവായി _____ വ്യക്തമാക്കുക

വാർഷിക വരുമാനം (_____ രൂപ) CKYC നമ്പർ (ഓപ്ഷണൽ): _____

നിങ്ങൾക്ക് പോളിസി കിറ്റിന്റെ ഫിസിക്കൽ പകർപ്പ് വേണോ അതല്ല

കൂട്ടിക്കർക്കായി ഈ ഗ്രഹത്തെ സംരക്ഷിക്കാൻ ഞാൻ എന്തെങ്കിലും ചെയ്യും. ഞാൻ പച്ചയായി പോകും. സോഫ്റ്റ് കോപ്പി മാത്രം അയച്ചു തരു. ദയവായി പേപ്പർ വേണ്ട

ഈ നയം ഒരു eA-യ്ക്ക് ക്രെഡിറ്റ് ചെയ്യാൻ ഞാൻ ആഗ്രഹിക്കുന്നു.

നിലവിലുള്ള ഇ-ഇൻഷുറൻസ് അക്കൗണ്ട് നമ്പർ: _____ ഇൻഷുറൻസ് റെപ്പോസിറ്ററി നാമം (നിങ്ങൾ നിങ്ങളുടെ അക്കൗണ്ട് തുറന്നു)

1. NSDL ഡാറ്റാബേസ് മാനേജ്മെന്റ് ലിമിറ്റഡ്
2. സെൻട്രൽ ഇൻഷുറൻസ് റെപ്പോസിറ്ററി ലിമിറ്റഡ്
3. കാർഡി ഇൻഷുറൻസ് റെപ്പോസിറ്ററി ലിമിറ്റഡ്
4. M/s CAMS Repository Services Limited (ദയവായി ആരെയെങ്കിലും തിരഞ്ഞെടുക്കുക) അല്ലെങ്കിൽ

നിങ്ങൾക്കായി ഒരു ഉപേക്ഷ അക്കൗണ്ട് തുറക്കാൻ ഞങ്ങളെ സഹായിക്കാൻ നിങ്ങൾ ആഗ്രഹിക്കുന്നുവെങ്കിൽ, സെക്ഷൻ 9, നെഫ്റ്റ് & ബാങ്ക് വിവരങ്ങൾ അല്ലെങ്കിൽ

എനിക്ക് ഒരു eA ഇല്ല, ഒരേയ്ക്കും തുറക്കാൻ ആഗ്രഹിക്കുന്നില്ല

സ്വാഗത കോളുകൾ / എസ്എംഎസ്, സർവീസ് കോളുകൾ / എസ്എംഎസ്, പോളിസിയുമായി ബന്ധപ്പെട്ട വിവരങ്ങൾ അല്ലെങ്കിൽ മറ്റേതെങ്കിലും വാണിജ്യ ആശയവിനിമയം നടത്തുന്നതിന് എന്റെ രജിസ്റ്റർ ചെയ്ത ഫോൺ നമ്പറിൽ എസ്എംഎസ് / ഉമെയിൽ / ഫോൺ / വാട്ട്സ്ആപ്പ് / ഫേസ്ബുക്ക് അല്ലെങ്കിൽ മറ്റേതെങ്കിലും മോഡ്യൂൾ വഴി എന്ന ബന്ധപ്പെടാൻ നീവ ബുപ ഹെൽത്ത് ഇൻഷുറൻസിനോ അതിന്റെ ഏതെങ്കിലും ഏജന്റുമാർക്കും / അല്ലെങ്കിൽ മൂന്നാം കക്ഷി (കൾ) / അപീലിയേറ്റുകൾക്കും ഞാൻ അധികാരം നൽകുന്നു.

നിങ്ങളോ നിർദ്ദിഷ്ട അപേക്ഷകരിൽ ആരെങ്കിലുമോ രാഷ്ട്രീയമായി തുറന്നുകാട്ടപ്പെട്ട വ്യക്തിയാണോ (PEP) ശരി അല്ല

#PEP എന്നത് കേന്ദ്ര അല്ലെങ്കിൽ സംസ്ഥാന സർക്കാരുകളുടെ മേധാവികൾ / മന്ത്രിമാർ, മുതിർന്ന രാഷ്ട്രീയക്കാർ, മുതിർന്ന സർക്കാർ, ജുഡീഷ്യൽ അല്ലെങ്കിൽ സൈനിക ഉദ്യോഗസ്ഥർ, സർക്കാർ കമ്പനികളുടെ മുതിർന്ന എക്സിക്യൂട്ടീവുകൾ, പ്രധാനപ്പെട്ട പാർട്ടി ഉദ്യോഗസ്ഥർ എന്നിങ്ങനെ പ്രധാനപ്പെട്ട പൊതു ചുമതലകൾ വഹിക്കുന്ന അല്ലെങ്കിൽ ചുമതലപ്പെടുത്തിയിട്ടുള്ള ഒരാളാണ്. (നിങ്ങൾ PEP-യ്ക്ക് എതിരെ ടിക്ക് ചെയ്തിട്ടുണ്ടെങ്കിൽ, ദയവായി പ്രത്യേക PEP ചോദ്യാവലി പൂരിപ്പിക്കുക)

2- അപേക്ഷകരുടെ വിവരങ്ങളും പ്ലാൻ തിരഞ്ഞെടുപ്പും:

അപേക്ഷകൻ്റെ നമ്പർ	നാമം	ലിംഗഭേദം (പുരുഷൻ / സ്ത്രീ / മറ്റുള്ളവ)	ഉയരം (Feet & Inc)	ഭാരം (കിലോഗ്രാം)	ജനനത്തീയതി (dd/mm/yyyy)	മൊബൈൽ നമ്പർ	പൊപ്പോസറുമായുള്ള ബന്ധം	ഇൻഷുറർ ചെയ്ത വ്യക്തിയുടെ തുക
1.								
2.								
3.								
4.								
5.								
6.								

3- കവരജ്ജ് നെലകുഴൻ:

അടിസ്ഥാന കവരജ്ജ്:	
പോളിസി തരം:	<input type="checkbox"/> വ്യക്തി
പരിരക്ഷിക്കപ്പെടേണ്ട ജീവിതങ്ങളുടെ എണ്ണം:	Adults _____ കുട്ടികൾ _____
മരണം (അടിസ്ഥാന തുക ഇൻഷുറർ ചെയ്ത)	
സ്ഥിരമായ മൊത്തം വൈകല്യം (PTD)	അടിസ്ഥാന തുക ഇൻഷുറർ ചെയ്ത തുക വരെ
സ്ഥിരമായ ഭൗതിക വൈകല്യം (PPD)	അടിസ്ഥാന തുക ഇൻഷുറർ ചെയ്ത തുക വരെ
പോളിസി ടേം:	<input type="checkbox"/> 1 വർഷം

നിർബന്ധമല്ലാത്ത പരിരക്ഷ:	
താൽക്കാലിക ട്രോട്ടൽ ഡിസെമ്പിൾമെന്റ് (ട്രിട്രിഡിംഗ്)	<input type="checkbox"/> ശരി <input type="checkbox"/> അല്ല
അപകടം കാരണം ആശുപത്രിയിൽ പ്രവേശിപ്പിക്കുന്നതിനുള്ള ചെലവുകൾ	<input type="checkbox"/> ശരി <input type="checkbox"/> അല്ല
വിദ്യാഭ്യാസ ഗ്രാന്റ്	<input type="checkbox"/> ശരി <input type="checkbox"/> അല്ല

4- നോമിനേഷൻ:

പ്രൊപ്പോസറുടെ മരണം സംഭവിക്കുന്ന സാഹചര്യത്തിൽ, നോമിനേഷൻ ക്ലെയിം നൽകും. മറ്റ് ഇൻഷുറർ ചെയ്ത വ്യക്തികൾക്ക്, പ്രൊപ്പോസർ നോമിനേഷൻ നോമിനേഷൻ പണം നൽകുന്നത് കമ്പനിയുടെ മുഴുവൻ ബാധ്യതയും നിറവേറ്റുന്നതിൽ ഉൾപ്പെടുന്നു.

നോമിനേഷൻ പേർ	ജനന തീയതി	പ്രൊപ്പോസറുമായുള്ള ബന്ധം	നോമിനേഷൻ വിവരണം, മൊബൈൽ നമ്പർ, ഇമെയിൽ ഐഡി	നിയുക്തൻ്റെ പേർ (നോമിനേഷൻ 18 വയസ്സിൽ താഴെയാണെങ്കിൽ)

നോമിനേഷൻ പേർ വിവരങ്ങൾ: _____ ഗുണഭോക്താവിൻ്റെ പേർ: _____

ബാങ്കിൻ്റെ പേർ _____ അക്കൗണ്ട് നമ്പർ _____ സമ്പാദ്യം _____ കറൻ്റ് _____

അക്കൗണ്ട് നമ്പർ _____ IFSC കോഡ് _____

5- മെഡിക്കൽ, ശീലങ്ങൾ, മുൻകാല നിർദ്ദേശ വിവരങ്ങൾ:

ഇൻഷുറർ ചെയ്യാൻ ഉദ്ദേശിക്കുന്ന ഏതെങ്കിലും വ്യക്തികളെ സംബന്ധിച്ചിടത്തോളം:	അംഗം 1	അംഗം 2	അംഗം 3	അംഗം 4	അംഗം 5	അംഗം 6
ജനനത്തിന് ശേഷമോ അതിനുശേഷമോ നിങ്ങൾ നല്ല ആരോഗ്യത്തിലാണോ ഒപ്പം / അല്ലെങ്കിൽ ഏതെങ്കിലും മാനസിക / ശാരീരിക വൈകല്യവും / അല്ലെങ്കിൽ വൈകല്യവും / അല്ലെങ്കിൽ വൈകല്യവും അനുഭവിക്കുന്നുണ്ടോ?	<input type="checkbox"/> ശരി <input type="checkbox"/> അല്ല	<input type="checkbox"/> ശരി <input type="checkbox"/> അല്ല	<input type="checkbox"/> ശരി <input type="checkbox"/> അല്ല	<input type="checkbox"/> ശരി <input type="checkbox"/> അല്ല	<input type="checkbox"/> ശരി <input type="checkbox"/> അല്ല	<input type="checkbox"/> ശരി <input type="checkbox"/> അല്ല

6- പ്രഖ്യാപനം:

മുകളിൽ പറഞ്ഞ പ്രസ്താവനകൾ, ഉത്തരങ്ങൾ, ഒപ്പം/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 ഇതിനാൽ പ്രഖ്യാപിക്കുന്നു.

ഞാൻ നൽകുന്ന വിവരങ്ങൾ ഇൻഷുറർ ചെയ്യാൻ പോളിസിയിലെ അടിസ്ഥാനമായിരിക്കുമെന്നും ഇൻഷുററുടെ ബോർഡ് അംഗീകരിച്ച അണ്ടർവൈറ്റിംഗ് പോളിസിക്ക് വിധേയമാണെന്നും ഈടാക്കാവുന്ന പ്രീമിയം പൂർണ്ണമായും അടച്ചതിനുശേഷം മാത്രമേ പോളിസി പ്രാബല്യത്തിൽ വരികയുള്ളൂ എന്നും ഞാൻ മനസ്സിലാക്കുന്നു.

പ്രൊപ്പോസർ സമർപ്പിച്ചതിന് ശേഷം ഇൻഷുറർ ചെയ്ത / പ്രൊപ്പോസറുടെ തൊഴിലില്ലാത്ത ജീവിതത്തിൻ്റെ പൊതുവായ ആരോഗ്യത്തിലോ സംഭവിക്കുന്ന ഏതെങ്കിലും മറ്റോ കമ്പനി റിസ്ക് സ്വീകാര്യതയുടെ ആശയവിനിമയത്തിന് മുമ്പായി ഞാൻ രേഖാമൂലം അറിയിക്കുമെന്ന് ഞാൻ പ്രഖ്യാപിക്കുന്നു.

ഇൻഷുറർ ചെയ്യപ്പെടേണ്ട / പ്രൊപ്പോസർ ചെയ്യുന്ന വ്യക്തിയുടെ ശാരീരികമോ മാനസികമോ ആയ ആരോഗ്യത്തെ ബാധിക്കുന്ന ഏതെങ്കിലും സംഭവം ഇൻഷുറർ ചെയ്തിട്ടുള്ള / പ്രൊപ്പോസറുമായി ബന്ധപ്പെട്ട് ഏതെങ്കിലും ഡോക്ടറിൽ നിന്നോ ആശുപത്രിയിൽ നിന്നോ ഏതെങ്കിലും മുൻകാല അല്ലെങ്കിൽ നിലവിലെ തൊഴിലുമായിൽ നിന്നോ മെഡിക്കൽ വിവരങ്ങൾ തേടുന്നതിനും ഇൻഷുറർ ചെയ്യേണ്ട / പ്രൊപ്പോസറിൽ ഇൻഷുറർ ചെയ്ത അപേക്ഷ നൽകിയിട്ടുള്ള ഏതെങ്കിലും ഇൻഷുററിൽ നിന്ന് വിവരങ്ങൾ തേടുന്നതിനും ഞാൻ സമ്മതിക്കുന്നവെന്ന് ഞാൻ പ്രഖ്യാപിക്കുന്നു. നിർദ്ദേശത്തിനും / അല്ലെങ്കിൽ ക്ലെയിം സെറ്റിൽമെന്റിനും അണ്ടർവൈറ്റിംഗ് ഉദ്ദേശ്യത്തിനായി.

പ്രൊപ്പോസർ അണ്ടർവൈറ്റിംഗ്, ഒപ്പം/അല്ലെങ്കിൽ ക്ലെയിം സെറ്റിൽമെന്റ്, ഏതെങ്കിലും സർക്കാർ, /അല്ലെങ്കിൽ റെഗുലേറ്ററി അതോറിറ്റി എന്നിവയുമായി അണ്ടർവൈറ്റിംഗ് ചെയ്തുകൊണ്ടിരിക്കുന്ന ഏക ഉദ്ദേശ്യത്തിനായി ഇൻഷുറർ ചെയ്ത വ്യക്തിയുടെ / പ്രൊപ്പോസറുടെ മെഡിക്കൽ രേഖകൾ ഉൾപ്പെടെ എൻ്റെ നിർദ്ദേശവുമായി ബന്ധപ്പെട്ട വിവരങ്ങൾ പങ്കിടാൻ ഞാൻ കമ്പനിയെ അധികാരപ്പെടുത്തുന്നു.

ഇന്ത്യൻ ഡെലിവറിയുടെ ഏക ഉദ്ദേശ്യത്തിനായി ഇൻഷുറർ ചെയ്ത / പ്രൊപ്പോസറുടെ മെഡിക്കൽ രേഖകൾ ഉൾപ്പെടെ എൻ്റെ / ഞങ്ങളുടെ നിർദ്ദേശവുമായി ബന്ധപ്പെട്ട വിവരങ്ങൾ ഞങ്ങളുടെ ഏപനൽ ചെയ്ത ദാതാവുമായി പങ്കിടാൻ ഞാൻ/ഞങ്ങൾ കമ്പനിയെ അധികാരപ്പെടുത്തുന്നു.

പ്രൊപ്പോസർ പ്രാദേശിക ഭാഷയിൽ ഒപ്പിട്ടിട്ടുണ്ടെങ്കിൽ: ഈ ഫോമിൻ്റെ ഉള്ളടക്കം ഞാൻ വിശദീകരിച്ചിട്ടുണ്ട്. _____ സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തുന്ന വ്യക്തിയുടെ പേർ

ഭാഷയിൽ _____ to പ്രൊപ്പോസറുടെ സാന്നിധ്യത്തിൽ, അദ്ദേഹം അത് മനസ്സിലാക്കുകയും സ്ഥിരീകരിക്കുകയും ചെയ്തു.

സാക്ഷികൾ കമ്പനിയുടെ ഏജൻ്റ് / ജീവനക്കാർക്ക് അല്ലാത്ത മറ്റാരെങ്കിലുമായിരിക്കണം.

Dated _____ സ്ഥലം _____ Proposer _____ ഒപ്പ്

സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തുന്ന Person _____ ഒപ്പ് _____ സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തിയ വ്യക്തിയുടെ മൊബൈൽ നമ്പർ _____

Witness _____ ഒപ്പ് _____ സാക്ഷിയുടെ മൊബൈൽ നമ്പർ _____

14- റീഫണ്ടിംഗും ക്ലെയിമുകളുടെ പേയ്മെന്റിനുമുള്ള വിശദാംശങ്ങൾ

പേയ്മെന്റ് സ്വീകരിക്കുന്നതിനുള്ള ഓപ്ഷൻ: ബാങ്ക് ട്രാൻസ്ഫർ
ഗുണഭോക്താവിന്റെ പേര്: _____
ബാങ്കിന്റെ പേര്: _____
അക്കൗണ്ട് നമ്പർ: _____
അക്കൗണ്ട് തരം: _____

ഐഎഫ്എസ്ഡി: _____

15- കമ്പനിയുടെ അംഗീകാരം

ആപ്ലിക്കേഷൻ നമ്പർ _____

ഉറപ്പുവരുത്തൽ / /

നിങ്ങളുടെ പ്രൊപ്പോസൽ ലഭിച്ചതിനും ചെക്ക് / ഡിമാൻഡ് ഡ്രാഫ്റ്റ് / Others _____ of
രൂപ _____ തീയതി _____

ഇൻഷുറൻസിനായി പൂർത്തിയായ ഒരു നിർദ്ദേശമോ പോളിസി നൽകുന്നതിന് നൽകിയ എന്തെങ്കിലും പേയ്മെന്റോ ഞങ്ങൾക്ക് സമർപ്പിക്കുന്നത് ഒരു പോളിസി പുറപ്പെടുവിക്കാൻ സമ്മതിക്കാൻ ഞങ്ങളെ നിർബന്ധിക്കുന്നില്ല. ആ തീരുമാനം എല്ലായ്പ്പോഴും ഞങ്ങളുടെ ഏകവ്യക്തമായ സമ്പൂർണ്ണമായ വിവേചനാധികാരത്തിലായിരിക്കും. ഇൻഷുറൻസിനായുള്ള ഒരു നിർദ്ദേശം ഞങ്ങൾ സ്വീകരിക്കുകയാണെങ്കിൽ, അത് പോളിസിയുടെ നിബന്ധനകൾക്കും വ്യവസ്ഥകൾക്കും വിധേയമായിരിക്കും. പ്രീമിയം പൂർണ്ണമായും കൃത്യസമയത്തും ഞങ്ങൾക്ക് ലഭിച്ചില്ലെങ്കിൽ അല്ലെങ്കിൽ യാഥാർത്ഥ്യമായില്ലെങ്കിൽ ഞങ്ങൾക്ക് യാതൊരു ബാധ്യതയും ഉണ്ടായിരിക്കില്ല. ഞങ്ങൾ നിർദ്ദേശം അംഗീകരിക്കുന്നില്ലെങ്കിൽ, നിങ്ങളിൽ നിന്ന് പലിശയില്ലാതെ ലഭിച്ച മെഡിക്കൽ ട്രെഡ്ഡുകളുടെ ചെലവ് കുറച്ചതിന് ശേഷം ഞങ്ങൾ നിങ്ങളെ അറിയിക്കുകയും പേയ്മെന്റ് തിരികെ നൽകുകയും ചെയ്യും.

സ്വീകർത്താവിന്റെയും ഓഫീസ് seal _____ പേരും ഒപ്പും

നിവ ബുപ ഹെൽത്ത് ഇൻഷുറൻസ് കമ്പനി ലിമിറ്റഡ്, രജിസ്റ്റർ ചെയ്ത ഓഫീസ്:- സി-98, ഒന്നാം നില, ലജ്ജത് നഗർ, ഭഗം
1, ന്യൂഡൽഹി-110024 നിരകരണം: ഇൻഷുറൻസ് ഒരു അഭ്യർത്ഥന വിഷയമാണ്. നിവ ബുപ ഹെൽത്ത് ഇൻഷുറൻസ് കമ്പനി ലിമിറ്റഡ് (മുൻ മാക്സ് ബുപ ഹെൽത്ത് ഇൻഷുറൻസ് കമ്പനി ലിമിറ്റഡ് എന്നറിയപ്പെട്ടിരുന്നു) (ഐആർഡിഎഫെ) രജിസ്റ്റർ ചെയ്ത
നമ്പർ 145, 'ബുപ', 'ഹാർട്ട്ബീറ്റ്' ലോഗോ എന്നിവ അതത് ഉടമകളുടെ രജിസ്റ്റർ ചെയ്ത വ്യവഹാരമുദ്രകളാണ്. ഇത് നിവ ബുപ ഹെൽത്ത് ഇൻഷുറൻസ് കമ്പനി ലിമിറ്റഡ് ലൈസൻസിന് കീഴിൽ ഉപയോഗിക്കുന്നു. കസ്റ്റമർ ഹെൽപ്പ്
ലൈൻ: 1860-500-8888 വെബ്സൈറ്റ്: www.nivabupa.com. സിഎൻ: U66000DL2008PLC182918. നിബന്ധനകളും വ്യവസ്ഥകളും, ഒഴിവാക്കലുകൾ, അപകടസാധ്യത ഘടകങ്ങൾ, കാത്തിരിപ്പ് കാലയളവ്, ആനുകൂല്യങ്ങൾ എന്നിവയെക്കുറിച്ചുള്ള കൂടുതൽ
വിശദാംശങ്ങൾക്ക്, വിൽപ്പന അവസാനിപ്പിക്കുന്നതിന് മുമ്പ് സെയിൽസ് ബോംബർ ശ്രദ്ധാപൂർവ്വം വായിക്കുക.