

ഇൻഷുറൻസ് കരാർ ഒരു നിയമപരമായ കരാറാണ്, ഇത് ട്രസ്റ്റിനെയും തങ്ങൾ നിങ്ങളെ വിശ്വസിക്കുന്നതിനെയും അടിസ്ഥാനമാക്കിയുള്ളതാണ്. നിങ്ങളുടെ ആരോഗ്യത്തെക്കുറിച്ചുള്ള വിവരങ്ങളും നിങ്ങളുടെ പോളിസിയിലെ സ്വാധീനവും എത്രത്തോളം പ്രസക്തമാണെന്ന് നിങ്ങൾക്ക് അറിയില്ലായിരിക്കാം എന്ന് തങ്ങൾ മനസ്സിലാക്കുന്നു. അതിനാൽ നിങ്ങൾ എല്ലാ ആരോഗ്യ വിവരങ്ങളും വെളിപ്പെടുത്തേണ്ടത് വളരെ പ്രധാനമാണ്, അത് എത്രത്തോളം പ്രസക്തമാണെന്ന് തങ്ങൾ തീരുമാനിക്കും (തങ്ങൾ ഇതിനെ 'മെറ്റീരിയൽ വസ്തു' എന്ന് വിളിക്കുന്നു). തങ്ങൾ 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 കൂറിച്ച് ശരിയായതും പൂർണ്ണവുമായ വിവരങ്ങൾ നൽകിയിട്ടില്ലെങ്കിൽ. മുഴുവൻ പ്രീമിയവും ലഭിക്കുകയും റിസ്ക് വ്യക്തമായി അംഗീകരിക്കുകയും ചെയ്യാതിരുന്നെങ്കിൽ മാത്രമേ കവറേജ് ആരംഭിക്കാൻ കഴിയൂ എന്ന് ചട്ടങ്ങൾ അനുശാസിക്കുന്നു.

1. പ്രൊപ്പോസർ വിവരങ്ങൾ:

ശീർഷകം:  നാമം:

DOB:  ലിംഗഭേദം:  പുരുഷൻ  സ്ത്രീ  മറ്റുള്ളവ

നിലവിലെ വിലാസം:

ലാൻഡ്ഫോൺ:  നഗരം/നഗരം:

ജില്ല:  സംസ്ഥാനം:  വ്യക്തിഗത തിരിച്ചറിയൽ നമ്പർ:

മൊബൈൽ നമ്പർ:  എസ്റ്റിമേറ്റ് കോഡ് ഉള്ള ടെലിഫോൺ:

ഇമെയിൽ ഐഡി:

പാൻ നമ്പർ:  CVC നമ്പർ (ഓപ്ഷണൽ):

വാർഷിക വരുമാനം (രൂപ):  ദേശീയത:

തൊഴിൽ:  ശമ്പളക്കാർ  സ്വയംതൊഴിൽ  വിദ്യാർത്ഥി  വീട്ടമ്മ  മറ്റുള്ളവ, ദയവായി വ്യക്തമാക്കുക

നിങ്ങൾക്ക് പോളിസി കിറ്റിന്റെ ഫിസിക്കൽ പകർപ്പ് വേണോ അതെല്ലാം  കൂട്ടികൾക്കായി ഈ ഗ്രഹത്തെ സംരക്ഷിക്കാൻ ഞാൻ എന്തൊരു തരത്തിലും 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):

NSD ഡാറ്റാബേസ് മാനേജ്മെന്റ് ലിമിറ്റഡ്  സെൻട്രൽ ഇൻഷുറൻസ് റെപ്പോസിറ്ററി ലിമിറ്റഡ്

കാർവി ഇൻഷുറൻസ് റെപ്പോസിറ്ററി ലിമിറ്റഡ്  M/S CAMS Repository Services Limited (ദയവായി ആരെയെങ്കിലും തിരഞ്ഞെടുക്കുക) അല്ലെങ്കിൽ

നിങ്ങൾക്കായി ഒരു ഇ-എഐ അക്കൗണ്ട് തുറക്കാൻ തങ്ങളെ 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 എസ്എംഎസ് / ഇമെയിൽ / ഫോൺ / വാട്ട്സ്ആപ്പ് / ഫേസ്ബുക്ക് അല്ലെങ്കിൽ മറ്റേതെങ്കിലും മോഡ്യൂൾ വഴി എന്ന ബന്ധപ്പെടാൻ നിവ ബുദ്ധ ഹെൽത്ത് ഇൻഷുറൻസിനോ അതിന്റെ ഏതെങ്കിലും ഏജൻറുമാർക്കോ / അല്ലെങ്കിൽ മൂന്നാം കക്ഷി (കൾ)/ അഫിലിയേറ്റുകൾക്കും ഞാൻ അധികാരം നൽകുന്നു.

നിങ്ങളോ നിർദ്ദിഷ്ട അപേക്ഷകരിൽ ആരെങ്കിലും രാഷ്ട്രീയമായി തുറന്നുകൊടുക്കപ്പെട്ട വ്യക്തിയാണോ (PEP)  ശരി  അല്ല

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

\*കേന്ദ്ര അല്ലെങ്കിൽ സംസ്ഥാന സർക്കാരുള്ള മേധാവികൾ / മുതിർന്ന, മുതിർന്ന രാഷ്ട്രീയക്കാർ, മുതിർന്ന സർക്കാർ, ജുഡീഷ്യൽ അല്ലെങ്കിൽ സൈനിക ഉദ്യോഗസ്ഥർ, സർക്കാർ കമ്പനികളുടെ മുതിർന്ന എക്സിക്യൂട്ടീവ് ഉദ്യോഗസ്ഥർ എന്നിങ്ങനെ പ്രധാനപ്പെട്ട പൊതു പ്രവർത്തനങ്ങൾ ചുമതലപ്പെടുത്തിയിട്ടുള്ള ഒരാളാണ് പിഇപി. (നിങ്ങൾ PEP-യ്ക്ക് കെതിരെ ടിക്ക് ചെയ്തിട്ടുണ്ടെങ്കിൽ, ദയവായി പ്രത്യേക PEP ചോദ്യാവലി പൂരിപ്പിക്കുക)

2. അപേക്ഷകരുടെ വിവരങ്ങൾ/പ്ലാൻ തിരഞ്ഞെടുപ്പ്

പ്ലാൻ തിരഞ്ഞെടുക്കുക: പ്ലാൻ നം  സ്വർണം  പോളിസി ടോ:  1 വർഷം  2 വർഷം  3 വർഷം

അടിസ്ഥാന തുക ഇൻഷുറർ ചെയ്യും തടാകങ്ങൾ:  10 തടാകങ്ങൾ:  1 5 തടാകങ്ങൾ:  20 തടാകങ്ങൾ:  2 5 തടാകങ്ങൾ:  \*ഇൻഷുറർ ചെയ്ത തുക തരം: വ്യക്തി  ഫ്ലോട്ടർ

നാമം:

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

ജനന തീയതി:  മൊബൈൽ നമ്പർ:

പ്രൊപ്പോസറുമായുള്ള ബന്ധം (ദയവായി ടിക്ക് ഓപ്ഷൻ): സ്വയം / പങ്കാളി / പിതാവ് / അമ്മ / അമ്മായിയപ്പൻ / അമ്മായിയമ്മ / മകൻ / മകൾ

നാമം:

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

ജനന തീയതി:  മൊബൈൽ നമ്പർ:

ബന്ധം: അപേക്ഷകന്റെ പങ്കാളി 1

അടിയന്തിര സമ്പർക്കം

നാമം

എസ്റ്റിമേറ്റ് കോഡ് ഉപയോഗിച്ച് ബന്ധപ്പെടുക  മൊബൈൽ നമ്പർ

നിർബന്ധമല്ലാത്ത സവിശേഷത

കോ-പേയ് മെമ്പർ (അടിസ്ഥാന പോളിസിയിൽ 50% കോ-പേയ് മെമ്പർ ഉണ്ട്, എന്നിരുന്നാലും നിങ്ങൾക്ക് ഇത് 0% വരെ കുറയ്ക്കാൻ കഴിയും)  20%  30%  40%

വാർഷിക അഗ്രഗേറ്റ് കിഴിവ് (കിഴിവുള്ള തുക അടിസ്ഥാന ഇൻഷുറർ ചെയ്ത തുകയുടെ 1/5 ആയിരിക്കും)  ശരി  അല്ല

Add-on(കൾ) : സൂരക്ഷ  ശരി  അല്ല

3. പോർട്ടബിലിറ്റി

പോളിസി നമ്പർ	ഇൻഷുറൻസ് കമ്പനി	റിസ്ക് ആരംഭിക്കുന്ന തീയതി	റിസ്ക് അവസാന തീയതി	Porting കാരണങ്ങൾ			
പോർട്ടബിലിറ്റി അഭ്യർത്ഥിക്കുന്ന നിർദ്ദിഷ്ട ഇൻഷുറർ ചെയ്ത വ്യക്തിയുടെ	ആദ്യപോർട്ടബിലിറ്റി അഭ്യർത്ഥിക്കുന്ന പോളിസി ആരംഭിക്കുന്ന തീയതി	വർഷങ്ങളുടെ തുടർച്ചയായ കവറേജിന്റെ എണ്ണം	നിബന്ധിത നിയമനിയമങ്ങൾ ക്ലെയിമുകൾ നോക്കിയിട്ടുണ്ടോ	ഇൻഷുറർ ചെയ്ത തുക - വർഷം 1 (ഏറ്റവും പഴയത്)	ഇൻഷുറർ ചെയ്ത തുക - വർഷം 2	ഇൻഷുറർ ചെയ്ത തുക - വർഷം 3	ഇൻഷുറർ ചെയ്ത തുക - വർഷം 4 (കാലഹരണപ്പെടുന്ന)

4. നാമനിർദ്ദേശം

പ്രൊപ്പോസറുടെ മരണം സംഭവിക്കുന്ന സാഹചര്യത്തിൽ, നോമിനീക്ക് ക്ലെയിം നൽകും. മറ്റ് ഇൻഷുറർ ചെയ്ത വ്യക്തികൾക്ക്, പ്രൊപ്പോസർ നോമിനിയായിട്ടില്ലാത്തതുകൊണ്ട് നോമിനീക്ക് പണം നൽകുന്നതിൽ കമ്പനിയുടെ മുഴുവൻ ബാധ്യതയും നിറവേറ്റുന്നതിൽ ഉൾപ്പെടുന്നു.

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

നോമിനിയുടെ ബാങ്ക് വിവരങ്ങൾ ഗുണഭോക്താവിന്റെ പേര്:

ബാങ്കിന്റെ പേര്  അക്കൗണ്ട് തരം  സമ്പാദ്യം  കറൻ്റ്

അക്കൗണ്ട് നമ്പർ  IFSC കോഡ്

5. മെഡിക്കൽ, ശീലങ്ങൾ, മുൻകാല നിർദ്ദേശ വിവരങ്ങൾ

സെക്ഷൻ എ: ഇൻഷുറർ ചെയ്യാൻ നിർദ്ദേശിച്ചിട്ടുള്ള ഏതെങ്കിലും വ്യക്തികളെ സംബന്ധിച്ചിടത്തോളം:	അപേക്ഷകൻ 1	അപേക്ഷകൻ 2
i. ലൈഫ്, ആരോഗ്യം, ആശുപത്രി ദൈനംദിന പണം അല്ലെങ്കിൽ കിട്ടിക്കൽ ഇൻസുറൻസ് എന്നിവയ്ക്കുള്ള ഏതെങ്കിലും അപേക്ഷ ഏതെങ്കിലും ഇൻഷുറൻസ് കമ്പനി എപ്പോഴെങ്കിലും നിരസിക്കുകയോ മാറ്റിവയ്ക്കുകയോ ലോഡ് ചെയ്യുകയോ ഏതെങ്കിലും പ്രത്യേക നിബന്ധനകൾക്ക് വിധേയമായി നൽകുകയോ ചെയ്തിട്ടുണ്ടോ?	<input type="checkbox"/> ശരി <input type="checkbox"/> അല്ല	<input type="checkbox"/> ശരി <input type="checkbox"/> അല്ല
വിഭാഗം ബി: ഇൻഷുറർ ചെയ്യാൻ നിർദ്ദേശിക്കപ്പെട്ടിട്ടുള്ള ഏതെങ്കിലും വ്യക്തിക്ക് എപ്പോഴെങ്കിലും രോഗനിർണയം നടത്തിയിട്ടുണ്ടോ:	അപേക്ഷകൻ 1	അപേക്ഷകൻ 2
i. ഞാൻ/ഞാൻ/ഞാൻ, ഹൃദയസ്തംഭനം, ഇൻക്രമിക് ഹൃദ്രോഗം അല്ലെങ്കിൽ കൊറോണറി ഹൃദ്രോഗം, ആൻജിന മുതലായ ഹൃദ്രോഗം	<input type="checkbox"/> ശരി <input type="checkbox"/> അല്ല	<input type="checkbox"/> ശരി <input type="checkbox"/> അല്ല
ii. ട്യൂമർ, ഏതെങ്കിലും അവയവത്തിന്റെ കാൻസർ, ലൂക്കീമിയ, ലിംഫോമ, സാർകോമ	<input type="checkbox"/> ശരി <input type="checkbox"/> അല്ല	<input type="checkbox"/> ശരി <input type="checkbox"/> അല്ല
iii. പ്രധാന അവയവ പരാജയം (വൃക്ക, കരൾ, ഹൃദയം, ശ്വാസകോശം മുതലായവ)	<input type="checkbox"/> ശരി <input type="checkbox"/> അല്ല	<input type="checkbox"/> ശരി <input type="checkbox"/> അല്ല
iv. സ്റ്റ്രോക്ക്, എൻസെഫലോപ്പതി, മസ്തിഷ്ക മുഴ അല്ലെങ്കിൽ ഏതെങ്കിലും ന്യൂറോളജിക്കൽ രോഗം	<input type="checkbox"/> ശരി <input type="checkbox"/> അല്ല	<input type="checkbox"/> ശരി <input type="checkbox"/> അല്ല
v. പൾമണറി ഫൈബ്രോസിസ്, ശ്വാസകോശത്തിന്റെ തകർച്ച അല്ലെങ്കിൽ ഇൻറർസ്റ്റീഷ്യൽ ശ്വാസകോശ രോഗം (ഐഎൽഡി)	<input type="checkbox"/> ശരി <input type="checkbox"/> അല്ല	<input type="checkbox"/> ശരി <input type="checkbox"/> അല്ല
നാ. ഹെപ്പറ്റൈറ്റിസ് ബി അല്ലെങ്കിൽ സി, വിട്ടുമാറാത്ത കരൾ രോഗം, കോണ്ടൻ്റ് രോഗം, അൾസറേറ്റീവ് കോളിറ്റിസ്	<input type="checkbox"/> ശരി <input type="checkbox"/> അല്ല	<input type="checkbox"/> ശരി <input type="checkbox"/> അല്ല
vii. ഇരുമ്പിന്റെ അപര്യാപ്ത അനീമിയ ഒഴികെയുള്ള ഏതെങ്കിലും വിളർച്ച	<input type="checkbox"/> ശരി <input type="checkbox"/> അല്ല	<input type="checkbox"/> ശരി <input type="checkbox"/> അല്ല
viii. 5 ദിവസത്തിൽ കൂടുതൽ ആശുപത്രിയിൽ പ്രവേശിപ്പിക്കപ്പെട്ടിട്ടുണ്ട്	<input type="checkbox"/> ശരി <input type="checkbox"/> അല്ല	<input type="checkbox"/> ശരി <input type="checkbox"/> അല്ല
ix. തുടർച്ചയായി 10 ദിവസത്തിൽ കൂടുതൽ എന്തെങ്കിലും മരുന്നുകൾ ഉൾപ്പെടെയുള്ള മരുന്നുകൾ, കുത്തിവയ്പ്പുകൾ, ഓറൽ മരുന്നുകൾ, ശരീരഭാഗങ്ങളിലെ ബാഹ്യ മെഡിക്കൽ പ്രയോഗങ്ങൾ എന്നിവ ഉൾപ്പെടുന്നവയെങ്കിലും അതിൽ മാത്രം പരിമിതപ്പെടുന്നില്ല.	<input type="checkbox"/> ശരി <input type="checkbox"/> അല്ല	<input type="checkbox"/> ശരി <input type="checkbox"/> അല്ല
x. ഉപദേശിച്ചിട്ടുള്ള ഏതെങ്കിലും ചികിത്സ, സർജിക്കൽ അല്ലെങ്കിൽ മെഡിക്കൽ ചികിത്സയ്ക്കായി കാത്തിരിക്കുന്നു	<input type="checkbox"/> ശരി <input type="checkbox"/> അല്ല	<input type="checkbox"/> ശരി <input type="checkbox"/> അല്ല

xi. മുൻകാലങ്ങളിൽ അനുഭവിച്ച ഏതെങ്കിലും രോഗത്തിന്, ദേഹമായാലും ഇല്ലെങ്കിലും, ഏതെങ്കിലും ആനുകാലിക / പതിവ് ഫോളോ-അപ്പിന് കീഴിൽ? ഫോളോ-അപ്പ് എന്നാൽ ആനുകാലിക കൺസൾട്ടേഷനുകൾ, അന്വേഷണങ്ങൾ മുതലായവ	ശരി <input type="checkbox"/> അല്ല <input type="checkbox"/>	ശരി <input type="checkbox"/> അല്ല <input type="checkbox"/>
xii. കഴിഞ്ഞ 30 ദിവസത്തിനുള്ളിൽ നിലവിൽ ഉണ്ടായതോ അനുഭവിച്ചതോ ആയ പ്രശ്നങ്ങൾക്കായി ഡോക്ടറുമായി എന്തെങ്കിലും കൺസൾട്ടേഷനുകൾ നടത്തുകയോ എന്തെങ്കിലും പരിശോധനകൾ നിർദ്ദേശിക്കുകയോ ചെയ്തിട്ടുണ്ടോ?	ശരി <input type="checkbox"/> അല്ല <input type="checkbox"/>	ശരി <input type="checkbox"/> അല്ല <input type="checkbox"/>
xiii. പ്രമേഹം (ഉയർന്ന രക്തത്തിലെ പഞ്ചസാര), പ്രീ-ഡയബറ്റിസ്, ഉയർന്ന അല്ലെങ്കിൽ താഴ്ന്ന രക്തസമ്മർദ്ദം, നെഞ്ചുവേദന അല്ലെങ്കിൽ ഏതെങ്കിലും ഹൃദ്രോഗം അല്ലെങ്കിൽ തൈറോയ്ഡ് ഡിസോർഡർ, ആസ്തമ, ബ്രോങ്കൈറ്റിസ്	ശരി <input type="checkbox"/> അല്ല <input type="checkbox"/>	ശരി <input type="checkbox"/> അല്ല <input type="checkbox"/>
14. മാതാപിതാക്കൾക്ക് പാരമ്പര്യമോ ജനിതകമോ ആയ എന്തെങ്കിലും അവസ്ഥ ഉണ്ടോ? അവരിൽ ആരെങ്കിലും ഒരു കാര്യം സംസ്ഥാനമാണെങ്കിൽ പോലും ദയവായി പരാമർശിക്കുക, അതായത് രോഗം ഇല്ലെങ്കിലും ഒരു വാഹകനായിരുന്നു	ശരി <input type="checkbox"/> അല്ല <input type="checkbox"/>	ശരി <input type="checkbox"/> അല്ല <input type="checkbox"/>
xv. പിത്തസഞ്ചി, വൃക്കകൾ, മുത്രസഞ്ചി, മുത്രസഞ്ചി മുതലായ ഏതെങ്കിലും അവയവത്തിലെ ഏതെങ്കിലും കാൽക്കുലസ് (കല്ല്) തകരാറ്.	ശരി <input type="checkbox"/> അല്ല <input type="checkbox"/>	ശരി <input type="checkbox"/> അല്ല <input type="checkbox"/>
xvi. ട്യൂമർ (വീക്കം) - നിരുപദ്രവകരമോ മാർകരമോ, ശരീരത്തിലെവിടെയെങ്കിലും ഏതെങ്കിലും ബാഹ്യ അൾസർ / വളർച്ച / സിസ്റ്റ് / പിണ്ഡം?	ശരി <input type="checkbox"/> അല്ല <input type="checkbox"/>	ശരി <input type="checkbox"/> അല്ല <input type="checkbox"/>
xvii. എച്ച്ഐവി / എയ്സ്, വിളർച്ച, തലസീമിയ, ഹീമോഫിലിയ അല്ലെങ്കിൽ മറ്റേതെങ്കിലും രക്ത സംബന്ധമായ പ്രശ്നങ്ങൾ.	ശരി <input type="checkbox"/> അല്ല <input type="checkbox"/>	ശരി <input type="checkbox"/> അല്ല <input type="checkbox"/>
xviii. സൈക്യാട്രിക് / മാനസിക രോഗങ്ങൾ അല്ലെങ്കിൽ ഉറക്ക വൈകല്യം?	ശരി <input type="checkbox"/> അല്ല <input type="checkbox"/>	ശരി <input type="checkbox"/> അല്ല <input type="checkbox"/>
xix. മുകളിൽ രേഖപ്പെടുത്തിയിട്ടില്ലാത്ത ഏതെങ്കിലും ആരോഗ്യ അവസ്ഥ, രോഗം, ലക്ഷണങ്ങൾ അല്ലെങ്കിൽ ആരോഗ്യവുമായി ബന്ധപ്പെട്ട വിവരങ്ങൾ. ഈ ചോദ്യത്തിനുള്ള ഉത്തരം ആർക്കെങ്കിലും ഉപ്ത എന്ന് എങ്കിൽ, എല്ലാ മെഡിക്കൽ ഡോക്ടർമാർക്കുമെന്റുകൊണ്ട് നൽകുക	ശരി <input type="checkbox"/> അല്ല <input type="checkbox"/>	ശരി <input type="checkbox"/> അല്ല <input type="checkbox"/>
xx. പുകയില / ഗൂഡു / പാൻ മസാല അല്ലെങ്കിൽ മദ്യം പുകവലിക്കുകയോ കഴിക്കുകയോ ചെയ്യുന്നു എങ്കിൽ, ഇനിപ്പറയുന്നവയ്ക്ക് ഉത്തരം നൽകുക:	ശരി <input type="checkbox"/> അല്ല <input type="checkbox"/>	ശരി <input type="checkbox"/> അല്ല <input type="checkbox"/>
i. എപ്പോഴാണ് അപേക്ഷകൻ പുകവലി / പുകയില ഉപയോഗിക്കാൻ തുടങ്ങിയത്? എ സ്റ്റേജ് ബി) 10 + 2 സി) കോളേജ് ഡി) ജോലി ചെയ്യാൻ തുടങ്ങിയപ്പോൾ ഇ) പിന്നീട്		
ii. അപേക്ഷകൻ എത്ര വർഷമായി മദ്യപിക്കുന്നു?		
3. അപേക്ഷകൻ ആഴ്ചയിൽ എത്ര ദിവസം മദ്യം കഴിക്കുന്നു? (1/2/3/4/5/6/7)		

**6. പ്രഖ്യാപനം (നിർദ്ദേശ ഫോമിൽ ഒപ്പിടുന്നതിന് മുമ്പ് ദയവായി ശ്രദ്ധാപൂർവ്വം വായിക്കുകയും ഓരോരുത്തർക്കും 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 ഇൻഷുറർ ചെയ്യാൻ ഉദ്ദേശിക്കുന്ന എല്ലാ വ്യക്തികൾക്കും വേണ്ടിയും ഞാൻ ഇതിനാൽ പ്രഖ്യാപിക്കുന്നു.
- ഞാൻ നൽകുന്ന വിവരങ്ങൾ ഇൻഷുറൻസ് പോളിസിയിലെ അടിസ്ഥാനമായിരിക്കുമെന്നും ഇൻഷുററുടെ ബോർഡ് അംഗീകരിച്ച അണ്ടർവൈറ്റിംഗ് പോളിസിക്ക് വിധേയമാണെന്നും ഈടാക്കാവുന്ന സ്വീകാര്യതയുടെ ആശയവിനിമയത്തിന് മുമ്പായി ഞാൻ രേഖാമൂലം അറിയിക്കുമെന്ന് ഞാൻ പ്രഖ്യാപിക്കുന്നു.
- പ്രൊപ്പോസൽ സമർപ്പിച്ചതിന് ശേഷം ഇൻഷുറർ ചെയ്യേണ്ട / പ്രൊപ്പോസറുടെ തൊഴിലിലോ ജീവിതത്തിന്റെ പൊതുവായ ആരോഗ്യത്തിലോ സംഭവിക്കുന്ന ഏതെങ്കിലും മാറ്റം കമ്പനി റിസ്ക് സ്വീകാര്യതയുടെ ആശയവിനിമയത്തിന് മുമ്പായി ഞാൻ രേഖാമൂലം അറിയിക്കുമെന്ന് ഞാൻ പ്രഖ്യാപിക്കുന്നു.
- ഇൻഷുറർ ചെയ്യേണ്ട / പ്രൊപ്പോസർ ചെയ്യുന്ന വ്യക്തിയുടെ ശാരീരികമോ മാനസികമോ ആയ ആരോഗ്യത്തെ ബാധിക്കുന്ന ഏതെങ്കിലും സംബന്ധിച്ച് ഇൻഷുറർ ചെയ്തിട്ടുള്ള / പ്രൊപ്പോസറുമായി ബന്ധപ്പെട്ട ഏതെങ്കിലും ഡോക്ടറിൽ നിന്നോ ആശുപത്രിയിൽ നിന്നോ ഏതെങ്കിലും മുൻകാല അല്ലെങ്കിൽ നിലവിലെ തൊഴിലുടമയിൽ നിന്നോ മെഡിക്കൽ വിവരങ്ങൾ തേടുന്നതിനും ഇൻഷുറർ ചെയ്യേണ്ട / പ്രൊപ്പോസറിൽ ഇൻഷുറൻസിന് അപേക്ഷ നൽകിയിട്ടുള്ള ഏതെങ്കിലും ഇൻഷുററിൽ നിന്ന് വിവരങ്ങൾ തേടുന്നതിനും ഞാൻ സമ്മതിക്കുന്നുവെന്ന് ഞാൻ പ്രഖ്യാപിക്കുന്നു നിർദ്ദേശത്തിനും / അല്ലെങ്കിൽ ക്ലെയിം സെറ്റിൽമെന്റിനും അണ്ടർവൈറ്റിംഗ് ഉദ്ദേശ്യത്തിനായി.
- പ്രൊപ്പോസൽ അണ്ടർവൈറ്റിംഗ്, ഒപ്പം/അല്ലെങ്കിൽ ക്ലെയിം സെറ്റിൽമെന്റ്, ഏതെങ്കിലും സർക്കാർ, /അല്ലെങ്കിൽ റെഗുലേറ്ററി അതോറിറ്റി എന്നിവയുമായി അണ്ടർവൈറ്റിംഗ് ചെയ്യുക എന്ന ഏക ഉദ്ദേശ്യത്തിനായി ഇൻഷുറർ ചെയ്ത വ്യക്തിയുടെ / പ്രൊപ്പോസറുടെ മെഡിക്കൽ രേഖകൾ ഉൾപ്പെടെ എന്റെ നിർദ്ദേശവുമായി ബന്ധപ്പെട്ട വിവരങ്ങൾ പങ്കിടാൻ ഞാൻ കമ്പനിയെ അധികാരപ്പെടുത്തുന്നു.
- സേവന ഡെലിവറിയുടെ ഏക ഉദ്ദേശ്യത്തിനായി ഇൻഷുറർ ചെയ്ത / പ്രൊപ്പോസറുടെ മെഡിക്കൽ രേഖകൾ ഉൾപ്പെടെ എന്റെ / ഞങ്ങളുടെ നിർദ്ദേശവുമായി ബന്ധപ്പെട്ട വിവരങ്ങൾ ഞങ്ങളുടെ എംപനൽ ചെയ്ത ഭാരതവുമായി പങ്കിടാൻ ഞാൻ/ഞങ്ങൾ കമ്പനിയെ അധികാരപ്പെടുത്തുന്നു.
- പ്രൊപ്പോസർ പ്രാദേശിക ഭാഷയിൽ ഒപ്പിട്ടിട്ടുണ്ടെങ്കിൽ: ഈ ഫോമിന്റെ ഉള്ളടക്കം ഞാൻ വിശദീകരിച്ചു, \_\_\_\_\_ സമ്മതിയുടേതാണ്. \_\_\_\_\_ ഇത് മനസ്സിലാക്കുകയും സ്വീകരിക്കുകയും ചെയ്ത പ്രൊപ്പോസറിന് \_\_\_\_\_ സാക്ഷി കമ്പനിയുടെ ഏജന്റ്/ജീവനക്കാരൻ അല്ലാത്ത മറ്റാരെങ്കിലുമായിരിക്കണം.

ഈതപ്പന  സ്ഥലം  പ്രൊപ്പോസറുടെ ഒപ്പ്

സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തുന്ന വ്യക്തിയുടെ ഒപ്പ്:  സാക്ഷിയുടെ ഒപ്പ്

സർട്ടിഫിക്കറ്റ് നൽകുന്ന വ്യക്തിയുടെ മൊബൈൽ നമ്പർ:  സാക്ഷിയുടെ മൊബൈൽ നമ്പർ:

**7. പ്രൊപ്പോസർ & അഡ്വൈസർ ഡിക്ലറേഷൻ ഫോം പൂരിപ്പിച്ചില്ലെങ്കിൽ പ്രഖ്യാപനം**

ഏതെങ്കിലും കാരണത്താൽ, നിർദ്ദേശവും ബന്ധപ്പെട്ട മറ്റ് പേപ്പറുകളും പ്രൊപ്പോസർ പൂരിപ്പിച്ചിട്ടില്ലെങ്കിൽ പ്രഖ്യാപനം പ്രൊപ്പോസർ ഫോമിന്റെ ഉള്ളടക്കം എനിക്ക് പൂർണ്ണമായി വിശദീകരിച്ചിട്ടുണ്ട്, എല്ലാ വശങ്ങളും പ്രശ്നംലാതെ ഞാൻ പൂർണ്ണമായി മനസ്സിലാക്കിയിട്ടുണ്ട്. എന്റെ നിർദ്ദേശപ്രകാരം \_\_\_\_\_ പ്രൊപ്പോസർ ഫോം പൂരിപ്പിക്കുന്നത്, എല്ലാ വിവരങ്ങളും ശരിയും പൂർണ്ണവുമാണെന്ന് ഞാൻ കണ്ടെത്തി.

പ്രൊപ്പോസറുടെ ഒപ്പ്

അഡ്വൈസർ ഡിക്ലറേഷൻ: കോർപ്പറേറ്റ് ഏജന്റിന്റെ ഒരു ഇൻഷുറൻസ് അഡ്വൈസർ / നിർദ്ദിഷ്ട വ്യക്തി / ബ്രോക്കർ / റിലേഷൻഷിപ്പ് ഓഫീസറുടെ അംഗീകൃത ജീവനക്കാരൻ എന്ന നിലയിൽ, ഈ ഉൽപ്പന്നത്തിന്റെ / നിർദ്ദേശത്തിന്റെ എല്ലാ ഉള്ളടക്കങ്ങളും ഞാൻ പ്രൊപ്പോസറോട് വിശദീകരിച്ചിട്ടുണ്ടെന്ന് ഇതിനാൽ പ്രഖ്യാപിക്കുന്നു

ഇൻഷുറൻസ് അഡ്വൈസറുടെ ഒപ്പ്

8. പ്രീമിയം വിശദാംശങ്ങൾ (ഓഫീസ് ഉപയോഗത്തിന് മാത്രം)

പ്രീമിയം പേയ്മെന്റ് ഓപ്ഷൻ  ചെക്ക്  ഡിമാൻഡ് ഡ്രാഫ്റ്റ്  ക്രെഡിറ്റ് കാർഡ് / ഡെബിറ്റ് കാർഡ്  നെറ്റ് ബാങ്കിംഗ്  പണം  മറ്റുള്ളവർ

പ്രീമിയം തുക  അടച്ച പ്രീമിയം

പ്രൊപ്പോസറുമായുള്ള ബന്ധം  ഓൺലൈൻ പേയ്മെന്റ് ഇടപാട് ഐഡി:

ബാങ്കിംഗ് പേര് / ബ്രാഞ്ച്  ഇന്ത്യയിൽ

നിവണ്ണ ബ്രാഞ്ച് ലൊക്കേഷൻ  കോഡ് നമ്പർ:

ബിസിനസ്സ് ഉറവിടം: അഡ്വൈസർ / ഡിഎസ്സി / കോർപ്പറേറ്റ് ഏജൻസി / മറ്റ് ചാനലുകൾ  കോഡ് നമ്പർ:

നാമം

ലഭിച്ച നിർദ്ദേശം:  ഉപഭോക്തൃ ID:

പ്രൊപ്പോസർ അല്ലെങ്കിൽ അപേക്ഷകൻ ഒരു സ്റ്റാഫ് ആഗ്രേന്റിംഗ്  അല്ല

9. റീഫണ്ടിംഗും ക്ലെയിമുകളുടെ പേയ്മെന്റുമുള്ള വിശദാംശങ്ങൾ

പേയ്മെന്റ് സ്വീകരിക്കുന്നതിനുള്ള ഓപ്ഷൻ: ബാങ്ക് (ട്രാൻസ്ഫർ)

ബെനിഫിഷ്യറിയുടെ പേര്

മുൻ്റെ Name

അക്കൗണ്ട് നമ്പർ:  IFSC കോഡ്:

അക്കൗണ്ട് തരം:  സമ്പാദ്യം  കറൻറ്

10. പുതുക്കൽ

പുതുക്കൽ പേയ്മെന്റ് സൈൻ-അപ്പ്:

നിങ്ങളുടെ നിലവിലുള്ള ഓട്ടോമേറ്റഡ് ക്ലെയിംഗ് ഹൗസ് (എസിഎച്ച്) / സ്റ്റാൻഡിംഗ് നിർദ്ദേശങ്ങൾ (എസ്ഐ) കമ്പനിയുമായി തുടരുന്നതിലൂടെ നിങ്ങളുടെ ആരോഗ്യ ഇൻഷുറൻസ് പോളിസിയിലെ 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.

എസിഎച്ച് / എസ്ഐ പുതുക്കൽ ഓപ്ഷൻ തിരഞ്ഞെടുക്കാനും അതുവഴി പോളിസി പുതുക്കുന്നതുവരെ പ്രീമിയത്തിൽ 2.5% കിഴിവ് നേടാനും ഞാൻ ആഗ്രഹിക്കുന്നു.

ഇന്ത്യയിൽ         സ്ഥലം  പ്രൊപ്പോസറുടെ ഒപ്പ്

11. ബാങ്ക് അക്കൗണ്ടിന് ചാനലിനുള്ള അധിക വിശദാംശങ്ങൾ മാത്രം (ഓഫീസ് ഉപയോഗത്തിന് മാത്രം)

ബ്രാഞ്ച് കോഡ്  എസ്സി കോഡ്  RM/LG കോഡ്

C customer account സംഖ്യ

12. നിയമപരമായ മുന്നറിയിപ്പ്

റിബേറ്റുകളുടെ നിരോധനം (1938 ലെ ഇൻഷുറൻസ് നിയമത്തിലെ സെക്ഷൻ 41 (പകാരം))

- ഇന്ത്യയിലെ ജീവനുമായോ സ്വത്തുമായോ ബന്ധപ്പെട്ട ഏതെങ്കിലും തരത്തിലുള്ള റിസ്ക് നൽകേണ്ട കമ്പിയിന്റെ മുഴുവൻ അല്ലെങ്കിൽ ഭാഗിക റിബേറ്റ് അല്ലെങ്കിൽ പോളിസിയിൽ കാണിച്ചിരിക്കുന്ന പ്രീമിയത്തിന്റെ ഏതെങ്കിലും റിബേറ്റ് എന്നിവയുമായി ബന്ധപ്പെട്ട് ഇൻഷുറൻസ് എടുക്കാനോ പുതുക്കാനോ തുടരാനോ ഏതെങ്കിലും വ്യക്തിയെ നേരിട്ടോ അല്ലാതെയോ പ്രേരിപ്പിക്കാൻ ഒരു വ്യക്തിയും അനുവദിക്കുകയോ വാഗ്ദാനം ചെയ്യുകയോ ചെയ്യരുത്. ഇൻഷുററുടെ പ്രസിദ്ധീകരിച്ച പ്രോസ്പെക്ടുകളിനോ പട്ടികകൾക്കോ അനുസൃതമായി അനുവദനീയമായേക്കാവുന്ന റിബേറ്റ് ഒഴികെ പോളിസി എടുക്കുകയോ പുതുക്കുകയോ തുടരുകയോ ചെയ്യുന്ന ഒരു വ്യക്തിയും ഒരു റിബേറ്റിന് സ്വീകരിക്കില്ല.
- ഈ വകുപ്പിലെ വ്യവസ്ഥകൾ പാലിക്കുന്നതിൽ വീഴ്ച വരുത്തുന്ന ഏതൊരു വ്യക്തിക്കും പത്ത് ലക്ഷം രൂപ വരെ പിഴ ചുമത്തും.

അംഗത്തിന്റെ പേര്	നിങ്ങൾക്ക് ABHA ID ഉണ്ടോ?		ABHA ID	ABHA വഴി ഇൻഷുറർമാരുമായി/ടിപിഎമാരുമായി മെഡിക്കൽ രേഖകൾ പങ്കിടുന്നതിനുള്ള	
	<input type="checkbox"/> ശരി	<input type="checkbox"/> അല്ല		<input type="checkbox"/> ശരി	<input type="checkbox"/> അല്ല
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ആപ്ലിക്കേഷൻ നമ്പർ:

ഇതരപ്പന

\_\_\_\_\_ ന് എടുത്ത \_\_\_\_\_ തീയതിയിലെ \_\_\_\_\_ രൂപ \_\_\_\_\_ ചെക്ക് / ഡിമാൻഡ് ഡ്രാഫ്റ്റ് / മറ്റുള്ളവ വഴി നിങ്ങളുടെ നിർദ്ദേശവും തുകയും ലഭിച്ചതായി ഞങ്ങൾ നന്ദിയോടെ അംഗീകരിക്കുന്നു. ഇൻഷുറൻസിനായി പൂർത്തിയായ ഒരു നിർദ്ദേശമോ പോളിസി നൽകുന്നതിന് നൽകിയ ഏതെങ്കിലും പേയ്മെന്റോ ഞങ്ങൾക്ക് സമർപ്പിക്കുന്നത് ഒരു പോളിസി പുറപ്പെടുവിക്കാൻ സമ്മതിക്കാൻ ഞങ്ങളെ നിർബന്ധിക്കുന്നില്ല. ആ തീരുമാനം എല്ലായ്പ്പോഴും ഞങ്ങളുടെ ഏകവും സമ്പൂർണ്ണവുമായ വിവേചനാധികാരത്തിലായിരിക്കും. ഇൻഷുറൻസിയുള്ള 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 ടെസ്റ്റുകളുടെ ചെലവ് കുറച്ചതിന് ശേഷം ഞങ്ങൾ നിങ്ങളെ അറിയിക്കുകയും പേയ്മെന്റ് തിരികെ നൽകുകയും ചെയ്യും.

സ്വീകർത്താവിന്റെയും ഓഫീസ് സീലിന്റെയും പേരും ഒപ്പും

നിവബുപ്പ ഹെൽത്ത് ഇൻഷുറൻസ് കമ്പനി ലിമിറ്റഡ്; രജിസ്റ്റർ ചെയ്ത ഓഫീസ്: സി-98, ഒന്നാം നില, ലജ്ജൻ നഗർ, ഭാഗം 1, ന്യൂഡൽഹി-110024 നിരാകരണം: ഇൻഷുറൻസ് ഒരു അഭ്യർത്ഥന വിഷയമാണ്. നിവബുപ്പ ഹെൽത്ത് ഇൻഷുറൻസ് കമ്പനി ലിമിറ്റഡ് (മുൻ മാക്സ് ബുപ്പ ഹെൽത്ത് ഇൻഷുറൻസ് കമ്പനി ലിമിറ്റഡ് എന്നറിയപ്പെട്ടിരുന്നു) (ഐആർ നമ്പർ 145), 'ബുപ്പ', 'ഹാർട്ട്ബീറ്റ്' ലോഗോ എന്നിവ അതത് ഉടമകളുടെ രജിസ്റ്റർ ചെയ്ത വ്യാപാരമുദ്രകളാണ്, ഇത് നിവബുപ്പ 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 എന്നിവയെക്കുറിച്ച് വിശദാംശങ്ങൾക്ക്, വിൽപ്പന അവസാനിപ്പിക്കുന്നതിന് മുമ്പ് സൈയിൽസ് ബ്രോഷർ ശ്രദ്ധാപൂർവ്വം വായിക്കുക.