



								മെഡിക്കൽ രജിസ്ട്രേഷൻ നമ്പർ, കൗൺസിൽ പോർ, ജോലിസ്ഥലത്തിന്റെ വിലാസം എന്നിവ നൽകുക*
1		(M / F / മറ്റുള്ളവ)	(dd/mm/yy yy					

അടിസ്ഥാന കവരപ്പേര്:	
പോളിസി നമ്പർ #:	വ്യക്തി
പരിരക്ഷിക്കപ്പെടേണ്ട ജീവിതങ്ങളുടെ എണ്ണം:	1
അടിസ്ഥാന തുക ഇൻഷുറർ ചെയ്യും:	_____
പോളിസി ടേം:	3 വർഷം

**3. പോർട്ടബിലിറ്റി**

പോളിസി നമ്പർ	ഇൻഷുറർസ് കമ്പനി	റിസ്ക് ആരംഭിക്കുന്ന തീയതി	റിസ്ക് അവസാന തീയതി	Porting കാരണങ്ങൾ

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

**4. നോമിനേഷൻ**

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

നോമിനേഷൻ പേര്	ജനന തീയതി	പ്രൊപ്പോസറുമായുള്ള ബന്ധം	വിലാസം, മൊബൈൽ നമ്പർ, നോമിനേഷൻ ഉമെയിൽ ഐഡിയും	നിയുക്തന്റെ പേര് (നോമിനേഷൻ 18 വയസ്സിൽ താഴെയാണെങ്കിൽ)

നോമിനേഷൻ ബാങ്ക് വിവരങ്ങൾ:

ഗുണഭോക്താവിന്റെ പേര്: \_\_\_\_\_  
 ബാങ്കിന്റെ പേര്: \_\_\_\_\_ IFSC കോഡ്: \_\_\_\_\_  
 അക്കൗണ്ട് നമ്പർ: \_\_\_\_\_  
 അക്കൗണ്ട് തരം: \_\_\_\_\_

5. മെഡിക്കൽ, ശീലങ്ങൾ, മുൻകാല നിർദ്ദേശ വിവരങ്ങൾ

പ്രധാനം: ഈ വിഭാഗത്തിലെ എല്ലാ ചോദ്യങ്ങൾക്കും സത്യസന്ധമായും പൂർണ്ണമായും ഉത്തരം നൽകിയിട്ടുണ്ടെന്ന് ഉറപ്പാക്കുക, കാരണം നിങ്ങൾ ഇവിടെ നൽകുന്ന വിവരങ്ങൾ നിവ ബുദ്ധിയുടെ അണ്ടർവൈറ്റിംഗിന്റെ അടിസ്ഥാനമായിരിക്കും. നിങ്ങളുടെ മെഡിക്കൽ ഷെഡ്യൂലിനെയും ഒപ്പം/അല്ലെങ്കിൽ കവറേജിനെയും ബാധിച്ചുകൊണ്ടിരിക്കുന്ന അപൂർണ്ണവും തെറ്റായതും ഭാഗികമായി ശരിയായതുമായ എന്തെങ്കിലും വിവരങ്ങൾ ദയവായി ശ്രദ്ധിക്കുക.

വിഭാഗം എ		1	
ഓരോ അപേക്ഷകനും ഇനിപ്പറയുന്ന ചോദ്യങ്ങൾക്ക് ഉത്തരം നൽകുക. ദയവായി Yes (Y) അല്ലെങ്കിൽ No (N) എന്ന് വ്യക്തമാക്കിയിരിക്കുക.			
i. ജലദാഹം, പനി, അണുബാധ, ചെറിയ പരിക്ക് അല്ലെങ്കിൽ മറ്റ് ചെറിയ അസുഖങ്ങൾ എന്നിവ ഒഴികെ; അപേക്ഷകൻ എപ്പോഴെങ്കിലും ഏതെങ്കിലും രോഗം കണ്ടെത്തുകയും / അല്ലെങ്കിൽ 5 ദിവസത്തിൽ കൂടുതൽ ആശുപത്രിയിൽ പ്രവേശിപ്പിക്കുകയും / അല്ലെങ്കിൽ ഏതെങ്കിലും ശസ്ത്രക്രിയാ നടപടിക്രമങ്ങൾക്ക് വിധേയമാകാനും / അല്ലെങ്കിൽ ഏതെങ്കിലും മരുന്ന് കഴിക്കാനും / 14 ദിവസത്തിൽ കൂടുതൽ എന്തെങ്കിലും രോഗലക്ഷണങ്ങൾ ഉണ്ടോ? മരുന്നുകൾ ഇൻഹേലറുകൾ, കുത്തിവെയ്പ്പുകൾ, ഓറൽ മരുന്നുകൾ, ശരീരഭാഗങ്ങളിൽ ബാഹ്യ മെഡിക്കൽ പ്രയോഗങ്ങൾ എന്നിവ ഉൾപ്പെടുത്തുന്നവെങ്കിലും അതിൽ മാത്രം പരിമിതപ്പെടുത്തില്ല.		ഉം	N
ii. തെറോഴ് പ്രൊഫൈൽ, ലിപിഡ് പ്രൊഫൈൽ, ട്രൈഗ്ലിസെറൈഡ്, ആൽബിമിൻ, എക്സോക്രീഡിംഗ്രാഫി, എൻഡോസ്കോപ്പി, അൾട്രാസൗണ്ട്, സിടി സ്കാൻ, എംആർഐ, ബയോപ്സി, എഫ്എൻഎസ്എ എന്നിവയുമായി ബന്ധപ്പെട്ട ഏതെങ്കിലും ഡയഗ്നോസ്റ്റിക് ടെസ്റ്റുകൾക്കോ അന്വേഷണങ്ങൾക്കോ അപേക്ഷകൻ എപ്പോഴെങ്കിലും പ്രതികൂല കണ്ടെത്തലുകൾ ഉണ്ടായിട്ടുണ്ടോ?		ഉം	N
iii. അപേക്ഷകൻ പ്രമേഹരോഗി (പ്രീ-ഡയബറ്റിസോ ഉണ്ടോ അല്ലെങ്കിൽ അയാൾക്ക് / അവൾക്ക് എപ്പോഴെങ്കിലും ഉയർന്ന രക്തപ്പുഴു ഉണ്ടായിരുന്നോ?		ഉം	N
iv. അപേക്ഷകൻ രക്തത്തിൽമുൻകാലം ഉയർന്ന രക്തസമ്മർദ്ദമോ ഉണ്ടോ?		ഉം	N
v. അപേക്ഷകൻ എപ്പോഴെങ്കിലും ഏതെങ്കിലും ജനിതക / പാരമ്പര്യ വൈകല്യങ്ങൾ അല്ലെങ്കിൽ എച്ച്ഐവി / എയ്സ് രോഗനിർണയം നടത്തുകയോ ചികിത്സിക്കുകയോ ചെയ്തിട്ടുണ്ടോ?		ഉം	N
vi. അപേക്ഷകൻ എപ്പോഴെങ്കിലും ഏതെങ്കിലും മാനസിക/ മാനസിക വൈകല്യങ്ങളോ കണ്ടെത്തുകയോ ചികിത്സിക്കുകയോ ചെയ്തിട്ടുണ്ടോ?		ഉം	N
vii. അപേക്ഷകൻ എപ്പോഴെങ്കിലും ഏതെങ്കിലും ഗൈനക്കോളജിക്കൽ രോഗം ഉണ്ടെന്ന് കണ്ടെത്തിയിട്ടുണ്ടോ, അതിനായി ഏതെങ്കിലും ഇടപെടൽ, ഹോർമോൺ റീപ്ലേസ് മെന്റ് തെറാപ്പി അല്ലെങ്കിൽ 5 ദിവസത്തിൽ കൂടുതലുള്ള മരുന്നുകൾ എന്നിവ നിർദ്ദേശിച്ചിട്ടുണ്ടോ?		ഉം	N
viii. അപേക്ഷകൻ എപ്പോഴെങ്കിലും ഗർഭിണിയായിട്ടുണ്ടെങ്കിൽ, ഗർഭാവസ്ഥയിൽ എന്തെങ്കിലും സങ്കീർണതകൾ ഉണ്ടായിട്ടുണ്ടോ?		ഉം	N
ix. അപേക്ഷകൻ എപ്പോഴെങ്കിലും അസാധാരണമായ യോനി രക്തസ്രാവമോ ആർത്തവത്തിൽ ക്രമക്കേടുകളോ ഉണ്ടായിട്ടുണ്ടോ?		ഉം	N

വിഭാഗം ബി: മുകളിലെ വിഭാഗത്തിൽ അതെ (Y) എന്ന് അടയാളപ്പെടുത്തിയിരിക്കുന്ന ചോദ്യങ്ങൾക്ക്, ഇനിപ്പറയുന്ന വിവരങ്ങൾ വ്യക്തമാക്കുക:									
അപേക്ഷകന്റെ നമ്പർ	രോഗലക്ഷണങ്ങൾ (അല്ലെങ്കിൽ അന്വേഷണങ്ങൾ) അല്ലെങ്കിൽ അഗതിനിർണയ ടെസ്റ്റിംഗ്				മെഡിക്കൽ കൗൺസിലർ	കൗൺസിലർ	നിലവിലെ അവസ്ഥ (ഉദാഹരണത്തിന് പൂർണ്ണമായ / ഭാഗിക വീണ്ടെടുക്കൽ അല്ലെങ്കിൽ തുടർച്ചയായ ചികിത്സ)	പ്രധാനപ്പെടുത്തിയ ഡോക്യുമെന്റേഷൻ	Docu- ments അറ്റാച്ച്മെന്റ് തു (Yes / No)
	പ്രമേഹം HbA1c നിലയാണെങ്കിൽ	ഉയർന്ന രക്തസമ്മർദ്ദം ബിപി നിലയാണെങ്കിൽ സിസ്റ്റോളിക് / ഡയസ്റ്റോളിക്	മറ്റേതെങ്കിലും വിശദാംശങ്ങൾ	ആരംഭ തീയതി (DD/MM /					

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

\_\_\_ മുകളിൽ പറഞ്ഞ പ്രസ്താവനകൾ, ഉത്തരങ്ങൾ, ഒപ്പ്/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 അങ്ങർഹെറ്റിംഗ് പോളിസിക്ക് വിധേയമാണെന്നും ഈടാക്കാവുന്ന പ്രീമിയം പൂർണ്ണമായും അടച്ചതിനുശേഷം മാത്രമേ പോളിസി പ്രാബല്യത്തിൽ വരികയുള്ളൂ എന്നും \_\_\_ മനസ്സിലാക്കുന്നു.

\_\_\_ പ്രൊപ്പോസർ സമർപ്പിച്ചതിന് ശേഷവും കമ്പനിയുടെ റിസ്ക് സീക്യൂരിറ്റിയുടെ ആശയവിനിമയത്തിന് മുമ്പും ഇൻഷുറർ ചെയ്യേണ്ട / പ്രൊപ്പോസറുമായി ബന്ധപ്പെട്ട ജീവിതത്തിന്റെ തൊഴിലിലോ പൊതുവായ ആരോഗ്യത്തിലോ സംഭവിക്കുന്ന ഏതെങ്കിലും മാറ്റം ഞാൻ രേഖാമൂലം അറിയിക്കുമെന്ന് ഞാൻ പ്രഖ്യാപിക്കുന്നു.

ഇൻഷുറർ ചെയ്യപ്പെടേണ്ട / പ്രൊപ്പോസർ ചെയ്യേണ്ട വ്യക്തിയുടെ ശാരീരികവും മാനസികവും ആയ ആരോഗ്യത്തെ ബാധിക്കുന്ന ഏതെങ്കിലും സംഭവവിഷയം ഇൻഷുറർ ചെയ്തിട്ടുള്ള / പ്രൊപ്പോസറുമായി ബന്ധപ്പെട്ട ഏതെങ്കിലും രോഗത്തിൽ നിന്നോ ആശ്വാസത്തിൽ നിന്നോ അല്ലെങ്കിൽ ഏതെങ്കിലും മുൻകാല അല്ലെങ്കിൽ നിലവിലെ തൊഴിലടമയ്ക്കൽ നിന്നോ മെഡിക്കൽ വിവരങ്ങൾ തേടുന്നതിനും ഇൻഷുറർ ചെയ്യേണ്ട / പ്രൊപ്പോസറുടെ കൂടെയും ഇൻഷുറൻസിനായി അപേക്ഷ നൽകിയിട്ടുള്ള ഏതെങ്കിലും ഇൻഷുറൻസിന് നിന്ന് വിവരങ്ങൾ തേടുന്നതിനും ഞാൻ സമ്മതിക്കുന്നുവെന്ന് \_\_\_ പ്രഖ്യാപിക്കുന്നു. നിർദ്ദേശത്തിനും / അല്ലെങ്കിൽ ക്ലെയിം സെറ്റിൽമെന്റിനും അങ്ങർഹെറ്റിംഗ് ഉദ്ദേശ്യത്തിനായി.

\_\_\_ പ്രൊപ്പോസർ, ക്ലെയിം സെറ്റിൽമെന്റ് എന്നിവയുടെ അങ്ങർഹെറ്റിംഗ്, ഏതെങ്കിലും സർക്കാർ, അല്ലെങ്കിൽ റെഗുലേറ്ററി അതോറിറ്റി എന്നിവയുമായി ഇൻഷുറർ ചെയ്യേണ്ട വ്യക്തിയുടെ / പ്രൊപ്പോസറുടെ മെഡിക്കൽ രേഖകൾ ഉൾപ്പെടെയുള്ള എന്റെ നിർദ്ദേശവുമായി ബന്ധപ്പെട്ട വിവരങ്ങൾ പങ്കിടാൻ കമ്പനിയെ അധികാരപ്പെടുത്തുന്നു.

\_\_\_ സേവന ഡെലിവറിയുടെ ഏക ഉദ്ദേശ്യത്തിനായി ഇൻഷുറർ ചെയ്യേണ്ട / പ്രൊപ്പോസറുടെ മെഡിക്കൽ രേഖകൾ ഉൾപ്പെടെ എന്റെ / തങ്ങളുടെ നിർദ്ദേശവുമായി ബന്ധപ്പെട്ട വിവരങ്ങൾ തങ്ങളുടെ എംപാനൽ ചെയ്ത ദാതാവുമായി പങ്കിടാൻ ഞാൻ/ഞങ്ങൾ കമ്പനിയെ അധികാരപ്പെടുത്തുന്നു.

**7. പ്രാദേശിക ഭാഷാ പ്രഖ്യാപനം**

പ്രൊപ്പോസർ പ്രാദേശിക ഭാഷയിൽ ഒപ്പിട്ട \_\_\_ ഈ ഫോമിന്റെ ഉള്ളടക്കം ഞാൻ വിശദീകരിച്ചു. Language\_\_\_ സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തുന്ന വ്യക്തിയുടെ \_\_\_Name, witness\_\_\_ Name സാന്നിധ്യത്തിൽ, ഇത് മനസ്സിലാക്കുകയും സ്ഥിരീകരിക്കുകയും ചെയ്ത പ്രൊപ്പോസറോട് സാക്ഷി കമ്പനിയുടെ ഏജൻ്റ് ജീവനക്കാരൻ അല്ലാത്ത മറ്റാരുമില്ലാതെ വിശദീകരിക്കുന്നു.

തീയതി: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Place\_\_\_\_\_ ഒപ്പ് Proposer\_\_\_\_\_

സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തുന്ന വ്യക്തിയുടെ Person\_\_\_\_\_ മൊബൈൽ നമ്പറിന്റെയും ഒപ്പ് \_\_\_\_\_

സാക്ഷിയുടെ Witness\_\_\_\_\_ മൊബൈൽ നമ്പറിന്റെയും ഒപ്പ് \_\_\_\_\_

**8. പ്രഖ്യാപനം ഫോം പൂരിപ്പിച്ചിട്ടില്ലെങ്കിൽ പ്രൊപ്പോസർ വഴി & ഉപദേശാദാർ പ്രഖ്യാപനം**

ഏതെങ്കിലും കാരണത്താൽ, നിർദ്ദേശവും ബന്ധപ്പെട്ട മറ്റ് പേപ്പറുകളും പ്രൊപ്പോസർ പൂരിപ്പിച്ചിട്ടില്ലെങ്കിൽ പ്രഖ്യാപനം പ്രൊപ്പോസർ ഫോമിന്റെ ഉള്ളടക്കം എനിക്ക് പൂർണ്ണമായി വിശദീകരിച്ചിട്ടുണ്ട്, എല്ലാ വശങ്ങളും പ്രത്യേകതകളും ഞാൻ പൂർണ്ണമായി മനസ്സിലാക്കിയിട്ടുണ്ട്. പ്രൊപ്പോസർ ഫോം പൂരിപ്പിച്ചിരിക്കുന്നത് \_\_\_Name\_\_\_ എന്റെ നിർദ്ദേശപ്രകാരം \_\_\_Mobile no\_\_\_ എല്ലാ വിവരങ്ങളും ശരിയും പൂർണ്ണവുമാണെന്ന് ഞാൻ കണ്ടെത്തുന്നു.

പ്രൊപ്പോസറുടെ ഒപ്പ് \_\_\_\_\_

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

ഇൻഷുറൻസ് Advisor \_\_\_\_\_ ഇൻ്റർമീഡിയറി കോഡിന്റെയും ഒപ്പ്: \_\_\_\_\_

**9. പ്രീമിയം വിശദാംശങ്ങൾ (ഓഫീസ് ഉപയോഗത്തിന് മാത്രം)**

പ്രീമിയം പേയ്മെന്റ് ഓപ്ഷൻ	ചെക്ക്	ഡിമാൻഡ് ഡ്രാഫ്റ്റ്	ക്രെഡിറ്റ് കാർഡ് / ഡെബിറ്റ് കാർഡ്	നെറ്റ് ബാങ്കിംഗ്	പണം	മറ്റുള്ളവർ
പ്രീമിയം amount _____						
അടച്ച പ്രീമിയം by _____	proposer _____	ബന്ധം _____				
ഓൺലൈൻ പേയ്മെന്റ് ഇടപാട് ഐഡി: _____	തീയതി: ___/___/___	ബാങ്ക് പേര് / ബ്രാഞ്ച് _____				
നിവ ബ്യൂട്ട ബ്രാഞ്ച് ലോഗോ നമ്പർ _____	Code No _____	ബിസിനസ്സ് ഉറവിടം: അഡ്വൈസർ / ഡിഎസി / കോർപ്പറേറ്റ് ഏജൻസി / മറ്റ് ചാനലുകൾ _____				
കോഡ് No _____	Name _____	പ്രൊപ്പോസർ ലഭിച്ചത്: _____	കസ്റ്റമർ ID: _____			
പ്രൊപ്പോസർ അല്ലെങ്കിൽ അപേക്ഷകൻ ഒരു സ്റ്റാഫ് ആണോ?	ശരി	അല്ല				

**10. പ്രൊപ്പോസറുടെ റീഫറൻസും ക്ലെയിമുകളുടെ പേയ്മെന്റുമുള്ള വിശദാംശങ്ങൾ**

എല്ലാ പേയ്മെന്റുകളും പ്രീമിയം റീഫറൻസ്, ക്ലെയിമുകൾ മുതലായവ) നിങ്ങളുടെ അക്കൗണ്ടിലേക്ക് ഇലക്ട്രോണിക് രീതിയിൽ മാത്രമേ നടത്തുകയുള്ളൂ. ഇനിപ്പറയുന്ന വിശദാംശങ്ങൾ നൽകുക.

ബാങ്കിന്റെ പേര് \_\_\_\_\_ ബ്രാഞ്ച് \_\_\_\_\_ City \_\_\_\_\_

ഐഎഫ്എസ്എസ് കോഡ് \_\_\_\_\_ അക്കൗണ്ട് നമ്പർ \_\_\_\_\_ അക്കൗണ്ട് തരം: \_\_\_\_\_ സേവിംഗ് s \_\_\_\_\_ കറന്റ് \_\_\_\_\_

**11. പൂർണ്ണത**

ഉൽപ്പന്നത്തിന്റെ പേര്: SurroGuard | ഉൽപ്പന്നം UIN: NBHULP24081V012324

പുതുക്കൽ പോയിന്റ് നൈറ്റ്-ആപ്പി:

നിങ്ങളുടെ നിലവിലുള്ള ഓട്ടോമോഡ് ക്ലിയറിംഗ് ഹൗസ് (എസിഎച്ച്) / സ്റ്റാൻഡിംഗ് നിർദ്ദേശങ്ങൾ (എസ്എ) കമ്പനിയുമായി തുടരുന്നതിലൂടെ നിങ്ങളുടെ ആരോഗ്യ ഇൻഷുറൻസ് പോളിസിയുടെ പുതുക്കൽ പ്രീമിയം എല്ലാ വർഷവും അടയ്ക്കാൻ കഴിയും. ഈ ഓപ്ഷൻ കഴിവിൽ, നിങ്ങളുടെ പോളിസി ഉടമസ്ഥർ പുതുക്കൽ കഴിയും, എന്നാൽ കമ്പനിക്ക് ആവശ്യമായേക്കാവുന്ന വിവരങ്ങളുടെയും ഡോക്യുമെന്റേഷന്റെയും എല്ലാ അധിക ആവശ്യകതകളും നിങ്ങൾ പൂർത്തിയാക്കുന്നതിന് വിധേയമാണ്.

എസിഎച്ച് / എസ്എ പുതുക്കൽ ഓപ്ഷൻ തിരഞ്ഞെടുക്കാനും അതുവഴി അത് ഉപയോഗിച്ച് പോളിസി പുതുക്കുന്നതുവരെ പ്രീമിയത്തിൽ 2.5% കിഴിവ് മോസാനും ഞാൻ ആഗ്രഹിക്കുന്നു.

തീയതി: / / Place: \_\_\_\_\_ ഒപ്പ്: Proposer: \_\_\_\_\_

**12. ബാങ്ക്ക്കുറൻസി ചാനലിനുള്ള അധിക വിവരങ്ങൾ (ഓഫീസ് ഉപയോഗത്തിന് മാത്രം)**

ബ്രാഞ്ച് കോഡ് \_\_\_\_\_ SP കോഡ് \_\_\_\_\_ RM/LG കോഡ് \_\_\_\_\_  
 ഉപഭോക്തൃ അക്കൗണ്ട് നമ്പർ \_\_\_\_\_

**13. നിയമപരമായ മുന്നറിയിപ്പ്**

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

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

**14. കമ്പനിയുടെ അധികാരം**

ആപ്ലിക്കേഷൻ നമ്പർ: \_\_\_\_\_

ഊനപ്പന: / /

നിങ്ങളുടെ നിർദ്ദേശവും തുകയും പെക്ക് / ഡിമാൻഡ് ഡ്രാഫ്റ്റ് / മറ്റുള്ളവ \_\_\_\_\_ രൂപ \_\_\_\_\_ drawn on \_\_\_\_\_ ഇൻഷുറൻസിനായി പൂർത്തിയായ ഒരു നിർദ്ദേശം അങ്ങൾക്ക് സമർപ്പിക്കുകയോ പോളിസി നൽകുന്നതിനായി നടത്തിയ ഏതെങ്കിലും പേയ്മെന്റോ ഒരു പോളിസി പുറപ്പെടുവിക്കാൻ സമ്മതിക്കാൻ അങ്ങളെ നിർബന്ധിക്കുന്നില്ല. ആ തീരുമാനം എല്ലാ വ്യക്തികളും അങ്ങളുടെ ഏകവും സമ്പൂർണ്ണവുമായ വിവേചനാധികാരത്തിലായിരിക്കും. ഇൻഷുറൻസിനായുള്ള ഒരു നിർദ്ദേശം അങ്ങൾ സ്വീകരിക്കുകയാണെങ്കിൽ, അത് പോളിസിയുടെ നിബന്ധനകൾക്കും വ്യവസ്ഥകൾക്കും വിധേയമായിരിക്കും, പ്രീമിയം പൂർണ്ണമായും കൃത്യസമയത്തും അങ്ങൾക്ക് ലഭിച്ചില്ലെങ്കിൽ അല്ലെങ്കിൽ യാഥാർത്ഥ്യമായില്ലെങ്കിൽ അങ്ങൾക്ക് യാതൊരു ബാധ്യതയും ഉണ്ടായിരിക്കില്ല. അങ്ങൾ നിർദ്ദേശം അധികർക്കുന്നില്ലെങ്കിൽ, നിങ്ങളിൽ നിന്ന് പലിശയ്ക്കുതീർച്ചയായും ലഭിച്ച മെഡിക്കൽ ടെസ്റ്റുകളുടെ ചെലവ് കുറച്ചതിന് ശേഷം അങ്ങൾ നിങ്ങളെ അറിയിക്കുകയും പോയിന്റ് നൈറ്റ് നൽകുകയും ചെയ്യും.

സ്വീകർത്താവിന്റെ പേരും ഒപ്പും ഓഫീസ് മുദ്രയും \_\_\_\_\_

**15. ABHA ID**

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