

3.								
4.								
5.								
6.								

മുഴുവൻ സമയ കോളേജ് അല്ലെങ്കിൽ സ്കൂൾ വിദ്യാഭ്യാസത്തിനായി സ്റ്റുഡന്റ് വിസയിൽ വിദേശത്ത് യാത്ര ചെയ്യുന്ന വിദ്യാർത്ഥി പൂർത്തിയാക്കേണ്ട അധിക വിവരങ്ങൾ

വിദ്യാർത്ഥിയുടെ പേര്: _____

ജനന തീയതി: _____

സ്കൂളിന്റെ / സർവകലാശാലയുടെ പേരും വിലാസവും: _____

കോളേജ് തിരഞ്ഞെടുത്തത്: _____

കോളേജ് റെഗിസ്ട്രേഷൻ: _____

സ്പോൺസറുടെ പേര്: _____

വിദ്യാർത്ഥിയുമായുള്ള സ്പോൺസർ ബന്ധം: _____

സ്പോൺസറുടെ വിലാസം: _____

മറ്റ് വിശദാംശങ്ങൾ

നിവ ബുക് ഹെൽത്ത് ഇൻഷുറൻസിൽ നിന്നുള്ള നിലവിലുള്ള പോളിസിയുടെ വിശദാംശങ്ങൾ: _____

നിവ ബുക് ഹെൽത്ത് ഇൻഷുറൻസിൽ നിന്നുള്ള മുൻകാല ഭാഗവൽ ഇൻഷുറൻസ് പോളിസിയുടെ വിശദാംശങ്ങൾ: _____

3- കവറേജ് സെലക്ഷൻ:

അടിസ്ഥാന കവറേജ്:	
പോളിസി തരം:	വ്യക്തി
പരിരക്ഷിക്കപ്പെടേണ്ട ജീവിതങ്ങളുടെ എണ്ണം:	Adults _____ കുട്ടികൾ _____
പോളിസി ടേം:	_____ Days/ വർഷം (ബാധകമായത്) യാത്ര ആരംഭിക്കുന്ന തീയതി: _____ യാത്രയുടെ അവസാന തീയതി: _____
ഇൻപേഷ്യൻ്റ് മെഡിക്കൽ ചികിത്സ (അടിസ്ഥാന തുക ഇൻഷുർ ചെയ്തു)	
പ്രസവം	
നവജാത ശിശുവിന്റെ കവർ	
നിർബന്ധമല്ലാത്ത പരിരക്ഷ:	
ഇൻപേഷ്യൻ്റ് ചികിത്സ	
എമർജൻസി ആംബുലൻസ്	
ആശുപത്രിയിലെ പ്രതിദിന പണം	
ദന്തചികിത്സ	
മെഡിക്കൽ ഒഴിപ്പിക്കൽ	
ഇൻപേഷ്യൻ്റ് പരിചരണത്തിലേക്കുള്ള വിപുലീകരണം	
വ്യക്തിപരമായ അപകടം	
ആകസ്മിക മരണവും വൈകല്യവും (സാധാരണ കാര്യങ്ങൾ)	
മുതലഹാനി നഷ്ടപ്പെടുത്തിക്കൊടുക്കുന്നു	
ചെക്ക്-ഇൻ ബാഗ്ജുകളുടെ മൊത്തം നഷ്ടം	
ചെക്ക്-ഇൻ ബാഗ്ജുകളുടെ കാലതാമസം	
യാത്ര വൈകുന്നു	
യാത്ര നട്ടാക്കൽ	
ട്രിപ്പ് തടസ്സം	
പാസ്പോർട്ട് നഷ്ടം	
ഇന്റർനാഷണൽ ഡ്രൈവിംഗ് ലൈസൻസ് നഷ്ടം	
കണകൾ നഷ്ടപ്പെട്ടു	
സാമ്പത്തിക അടിയന്തരാവസ്ഥ ക്യാഷ്	
വ്യക്തിഗത ബാധ്യത	
ഹെൽത്ത് റൈമംഗിന അലവൻസ്	

ലാപ്ടോപ്പ്, ടാബ്ലറ്റ്, മൊബൈൽ ഫോൺ, ക്യാമറ എന്നിവയുടെ നഷ്ടം
ബൗണ്ടിംഗ് ബുക്കിംഗ് - ഹോട്ടൽ / ഭക്ഷണ കാര്യങ്ങൾ
അനുകരണയുള്ള സന്ദർശനം
പ്രായപൂർത്തിയാകാത്ത കുട്ടിയുടെ അകമ്പടി
സാഹസിക കായികവിനോദങ്ങൾ
സ്പോർട്ട് ഉപകരണങ്ങൾ വാടകയ്ക്ക് എടുക്കുക
വാടകയ്ക്ക് കെടുത്ത കായിക ഉപകരണങ്ങൾക്ക് കേടുപാടുകൾ അല്ലെങ്കിൽ നഷ്ടം
സ്പോർട്ട് ആക്റ്റിവിറ്റി കവരൽ
ലോൺ പ്രൊട്ടക്ഷൻ
അടിയന്തിര യാത്ര വിപുലീകരണം
ബീസിനസ് ക്ലാസിലേക്ക് അപ്ഗ്രേഡ്
പഠന തടസ്സം
സ്പോൺസർ സംരക്ഷണം
കാൻസർ സ്ക്രീനിംഗ്, മാതാഗാഥി പരിശോധനകൾ
ജാമ്യ ബോണ്ട്
കീഴിവ് ഒഴിവാക്കൽ
നിർബന്ധമല്ലാത്ത കോ-പേയ് മെൻ്റ്
വിസ റീഫണ്ട്
ഹോം ടു ഹോം കവർ
സഹവർത്തകനെ മാറ്റിസ്ഥാപിക്കുക
പുഴുപുരയ്ക്കും നിലവിലുള്ള അോഗ പരിരക്ഷ

4- നാമനിർദ്ദേശം:

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

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

നോമിനേഷൻ പേര്: ഗുണഭോക്താവിൻ്റെ പേര്:

ബാങ്കിൻ്റെ പേര്: അക്കൗണ്ട് നമ്പർ: IFSC കോഡ്:

സമ്പാദ്യം: കൗൺ:

5- മെമ്പർമാർ, ശീലങ്ങൾ, മുൻകാല നിർദ്ദേശ വിവരങ്ങൾ:

S.No.	ഇൻഷുറർ ചെയ്യാൻ ഉദ്ദേശിക്കുന്ന ഏതെങ്കിലും വ്യക്തികളെ സംബന്ധിച്ചിടത്തോളം:	അംഗം 1	അംഗം 2	അംഗം 3	അംഗം 4	അംഗം 5	അംഗം 6
1	ഇൻഷുറർ ചെയ്യാൻ നിർദ്ദേശിക്കപ്പെട്ടിട്ടുള്ള ഏതെങ്കിലും അംഗത്തിന് ഇനിപ്പറയുന്ന ഏതെങ്കിലും രോഗങ്ങൾ ഉണ്ടോ?						
1a	ഹൃദയാഘാതം, ഹൃദയസ്തംഭനം, ഇസ്കെമിക് ഹൃദയാഘാതം അല്ലെങ്കിൽ കൊറോണറി ഹൃദയാഘാതം, ആർജ്ജിന മുതലായ ഹൃദയാഘാതങ്ങൾ.	<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
1b	ട്യൂമർ, ഏതെങ്കിലും അവയവത്തിൻ്റെ കാൻസർ, ലൂക്കിമിയ, ലിംഫോമ, സാർകോമ	<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
1c	പ്രധാന അവയവ പരാജയം (വൃക്ക, കരൾ, ഹൃദയം, ശ്വാസകോശം മുതലായവ)	<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
1d	സ്ട്രോക്ക്, എൻസെഫലോപ്പതി, മസ്തിഷ്ക മുഴ അല്ലെങ്കിൽ ഏതെങ്കിലും ന്യൂറോളജിക്കൽ രോഗം	<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
1e	പൾമണറി ഫൈബ്രോസിസ്, ശ്വാസകോശത്തിൻ്റെ തകർച്ച അല്ലെങ്കിൽ ഇൻറർസ്റ്റീറ്റിയൽ ശ്വാസകോശ രോഗം (ഐഎൽഡി)	<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
1f	ഹെപ്പറ്റൈറ്റിസ് ബി അല്ലെങ്കിൽ സി, വിട്ടുമാറാത്ത കരൾ രോഗം, ക്രോൺസ് രോഗം, അൾസറേറ്റീവ് കോളിറ്റിസ്	<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
1g	ഇരുമ്പിൻ്റെ അപര്യാപ്ത അനീമിയ ഒഴികെയുള്ള ഏതെങ്കിലും വിളർച്ച	<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

മറ്റ് വിവരങ്ങൾ / പ്രഖ്യാപനങ്ങൾ: _____

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

- മുകളിൽ പറഞ്ഞ പ്രസ്താവനകൾ, ഉത്തരങ്ങൾ, ഒപ്പം/അല്ലെങ്കിൽ വിവരങ്ങൾ 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 പോളിസിയുടെ അടിസ്ഥാനമായിരിക്കുമെന്നും ഇൻഷുററുടെ ബോർഡ് അംഗീകരിച്ച അണ്ടർവൈറ്റിംഗ് പോളിസിക്ക് വിധേയമാണെന്നും ഈടാക്കാവുന്ന പ്രീമിയം പൂർണ്ണമായും അടച്ചതിനുശേഷം മാത്രമേ പോളിസി പ്രാബല്യത്തിൽ വരികയുള്ളൂ എന്നും ഞാൻ മനസ്സിലാക്കുന്നു.
- പ്രൊപ്പോസൽ സമർപ്പിച്ചതിന് ശേഷം ഇൻഷുറർ ചെയ്യേണ്ട / പ്രൊപ്പോസറുടെ തൊഴിലിലോ ജീവിതത്തിന്റെ പൊതുവായ ആരോഗ്യത്തിലോ സംഭവിക്കുന്ന എന്തെങ്കിലും മാറ്റം കമ്പനി നിന്ന് സ്വീകാര്യതയുടെ ആശയവിനിമയത്തിന് മുമ്പായി ഞാൻ രേഖാമൂലം അറിയിക്കുമെന്ന് ഞാൻ പ്രഖ്യാപിക്കുന്നു.
- ഇൻഷുറർ ചെയ്യപ്പെടേണ്ട / പ്രൊപ്പോസർ ചെയ്യുന്ന വ്യക്തിയുടെ ശാരീരികമായ മാനസികമായ ആയ ആരോഗ്യത്തെ ബാധിക്കുന്ന എന്തെങ്കിലും സംഭവമായി ഇൻഷുറർ ചെയ്തിട്ടുള്ള / പ്രൊപ്പോസറുമായി ബന്ധപ്പെട്ട് എന്തെങ്കിലും ഡോക്ടറിൽ നിന്നോ ആശുപത്രിയിൽ നിന്നോ എന്തെങ്കിലും മുൻകാല അല്ലെങ്കിൽ നിലവിലെ തൊഴിലുമായി നിന്നോ മെഡിക്കൽ വിവരങ്ങൾ തയ്യാറാക്കിയോ ഇൻഷുറർ ചെയ്യേണ്ട / പ്രൊപ്പോസറിൽ ഇൻഷുറൻസിന് അപേക്ഷ നൽകിയിട്ടുള്ള എന്തെങ്കിലും ഇൻഷുററിൽ നിന്ന് വിവരങ്ങൾ തയ്യാറാക്കിയോ ഞാൻ സമ്മതിക്കുന്നുവെന്ന് ഞാൻ പ്രഖ്യാപിക്കുന്നു നിർദ്ദേശത്തിനും / അല്ലെങ്കിൽ ഒക്യുപേഷൻ റെക്കോർഡിംഗിനും അണ്ടർവൈറ്റിംഗിന്റെ ഉദ്ദേശ്യത്തിനായി.
- പ്രൊപ്പോസർ അണ്ടർവൈറ്റിംഗ്, ഒപ്പം/അല്ലെങ്കിൽ ഒക്യുപേഷൻ റെക്കോർഡിംഗിന്, 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 എഡ്വൈസ് ചെയ്ത ഭാരതവുമായി പങ്കിടാൻ ഞാൻ/ഞങ്ങൾ കമ്പനിയെ അധികാരപ്പെടുത്തുന്നു.
- പ്രൊപ്പോസർ പ്രാദേശിക ഭാഷയിൽ ഒപ്പിട്ടിട്ടുള്ളെങ്കിൽ: ഈ ഫോമിന്റെ ഉള്ളടക്കം ഞാൻ വിശദീകരിച്ചിട്ടുണ്ട്, _____ (ഭാഷയിൽ) _____, (സാക്ഷിയുടെ പേര്) സാന്നിധ്യത്തിൽ _____ ഇത് മനസ്സിലാക്കുകയും സ്ഥിരീകരിക്കുകയും ചെയ്ത പ്രൊപ്പോസർക്ക്, സാക്ഷി കമ്പനിയുടെ ഏജൻ്റ്/ ജീവനക്കാരൻ്റ് അല്ലാത്ത മറ്റാരെങ്കിലുമായിരിക്കണം.

ഊന്നപ്പന സ്ഥലം പ്രൊപ്പോസറുടെ ഒപ്പ്

സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തുന്ന വ്യക്തിയുടെ ഒപ്പ്: സാക്ഷിയുടെ ഒപ്പ്

സർട്ടിഫിക്കറ്റ് നൽകുന്ന വ്യക്തിയുടെ മൊബൈൽ നമ്പർ: സാക്ഷിയുടെ മൊബൈൽ നമ്പർ:

7- പ്രൊപ്പോസർ & അഡ്വൈസർ ഡിജിറ്റലൈസേഷൻ ഫോം പൂർണ്ണമായിട്ടില്ലെങ്കിൽ പ്രഖ്യാപനം:

എന്തെങ്കിലും കാരണത്താൽ, നിർദ്ദേശവും ബന്ധപ്പെട്ട മറ്റ് പേപ്പറുകളും പ്രൊപ്പോസർ പൂർണ്ണമായിട്ടില്ലെങ്കിൽ പ്രഖ്യാപനം പ്രൊപ്പോസർ ഫോമിന്റെ ഉള്ളടക്കം എനിക്ക് പൂർണ്ണമായി വിശദീകരിച്ചിട്ടുണ്ട്, എല്ലാ വശങ്ങളും പ്രത്യേകതകളും ഞാൻ പൂർണ്ണമായി മനസ്സിലാക്കിയിട്ടുണ്ട്. പ്രൊപ്പോസർ ഫോം പൂർണ്ണമായിട്ടില്ലെങ്കിൽ _____, എന്റെ നിർദ്ദേശപ്രകാരം _____, എല്ലാ വിവരങ്ങളും ശരിയും പൂർണ്ണവുമാണെന്ന് ഞാൻ കണ്ടെത്തി.

പ്രൊപ്പോസറുടെ ഒപ്പ് _____

അഡ്വൈസർ ഡിജിറ്റലൈസേഷൻ: കോർപ്പറേറ്റ് ഏജൻ്റ്റിന്റെ ഒരു ഇൻഷുറൻസ് അഡ്വൈസർ / നിർദ്ദിഷ്ട വ്യക്തി / ഉപദേശകൻ / റിപ്പോർട്ടർ/ ഓഫീസറുടെ അംഗീകൃത ജീവനക്കാരൻ എന്ന നിലയിൽ, ഈ ഉൽപ്പന്നത്തിന്റെ / നിർദ്ദേശത്തിന്റെ എല്ലാ ഉള്ളടക്കങ്ങളും ഞാൻ പ്രൊപ്പോസറോട് വിശദീകരിച്ചിട്ടുണ്ടെന്ന് ഇതിനാൽ പ്രഖ്യാപിക്കുന്നു

ഇൻഷുറൻസ് Advisor _____ ഇൻ്റർമീഡിയറി code _____ ഒപ്പ് _____

8- പ്രീമിയം വിവരങ്ങൾ (ഓഫീസ് ഉപയോഗത്തിന് മാത്രം):

പ്രീമിയം പെയ്മെന്റ് ഓപ്ഷൻ ചെക്ക് ഡിമൻ്ഡ് ഡ്രാഫ്റ്റ് ക്രെഡിറ്റ് കാർഡ് നെറ്റ് ബാങ്കിംഗ് പണം മറ്റുള്ളവർ

പ്രീമിയം തുക അടച്ച പ്രീമിയം

പ്രൊപ്പോസറുമായുള്ള ബന്ധം ഓൺലൈൻ പെയ്മെന്റ് ഇടപാട് ഐഡി:

ബാങ്കിന്റെ പേര് / ബ്രാഞ്ച് ഊന്നപ്പന

നിവ ബുദ്ധി ബ്രാഞ്ച് ലോക്കേഷൻ കോഡ് നമ്പർ:

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

നാമം

ലഭിച്ച നിർദ്ദേശം: ഉപഭോക്തൃ ID:

പ്രൊപ്പോസർ അല്ലെങ്കിൽ അപേക്ഷകൻ ഒരു സ്റ്റാഫ് ആരോ? ശരി അല്ല

9- ഒക്യുപേഷൻ റിപ്പോർട്ട് ചെയ്യുന്നതിനും അടയ്ക്കുന്നതിനുമുള്ള വിവരങ്ങൾ

പെയ്മെന്റ് സ്വീകരിക്കുന്നതിനുള്ള ഓപ്ഷൻ: ബാങ്ക് ട്രാൻസ്ഫർ

ബെനിഫിഷ്യറിയുടെ പേര്

ബാങ്കിന്റെ പേര്

IFSC കോഡ് അക്കൗണ്ട് നമ്പർ

അക്കൗണ്ട് തരം

