വൺഹെൽത്ത് 10.0

പ്രൊപ്പോസൽ ഫോം

പ്രൊപ്പോസൽ നമ്പർ: _____

1. ഓഫീസ് ഉപയോഗത്തിന് മാത്രം			
ബ്രാഞ്ച് വഴി ലഭ്യമാക്കിയ പോളിസികൾക്കായി			
ബ്രാഞ്ചിന്റെ പേര് (ഇന്റർമീഡിയറി)*		ബ്രാഞ്ച് കോഡ് (ഇന്റർമീഡിയറി)*	
ബ്രാഞ്ച്/ഓഫീസ് മൊബൈൽ നമ്പർ: (ഇന്റർമീഡിയറി)*		ബ്രാഞ്ച്/ഓഫീസ് ഇമെയിൽ വിലാസം (ഇന്റർമീഡിയറി)*:	
ഇന്റർമീഡിയറിയുടെ പേര്*:		ഇന്റർമീഡിയറി കോഡ്*	
എസ്പി/ബി ക്യൂപി/പിഒഎസ്പി/ നിർദ്ദിഷ്ട വ്യക്തി/അംഗീകൃത പരിശോധകൻ/അംഗീകൃത വിൽപ്പനക്കാരൻ എന്നിവരുടെ പേര്*:		എസ്പി/ബിക്യൂപി/പിഒഎസ്പി/ നിർദ്ദിഷ്ട വ്യക്തി/അംഗീകൃത പരിശോധകൻ/അംഗീകൃത വിൽപ്പനക്കാരൻ എന്നിവരുടെ ഫങ്ഷണൽ ഐഡന്റിറ്റി/ യൂണിക് ഐഡി*:	
സെയിൽസ് ചാനൽ തരം		പിഒഎസ്പി ആണെങ്കിൽ താഴെ പറയുന്ന വിവരങ്ങൾ നൽകുക:-* എ) പിഒഎസ്പി-യുടെ പാൻ നമ്പർ ബി) പിഒഎസ്പി-യുടെ ആധാർ നമ്പർ	
ഡിജിറ്റലായി ലഭ്യമാക്കിയ പോളിസികൾക്കായി			
പ്രിൻസിപ്പൽ ഓഫീസറുടെ പേര്*:		പ്രിൻസിപ്പൽ ഓഫീസറുടെ മൊബൈൽ/ടെലിഫോൺ നമ്പർ*:	
പ്രിൻസിപ്പൽ ഓഫീസറുടെ ഇമെയിൽ വിലാസം*:			
പ്രൊപ്പോസൽ ലഭിച്ച തീയതി:			

ഫോം പൂരിപ്പിക്കുന്നതിനുള്ള മാർഗ്ഗനിർദ്ദേശങ്ങൾ (പ്രൊപ്പോസർ പൂരിപ്പിക്കേണ്ടത്)

ദയവായി എല്ലാ ചോദ്യങ്ങൾക്കും പൂർണ്ണമായും കൃത്യമായും ഉത്തരം നൽകുക. ഞങ്ങൾ നൽകിയേക്കാവുന്ന ഏതൊരു ഇൻഷുറൻസ് പോളിസിയുടെയും അടിസ്ഥാനം ഈ പ്രൊപ്പോസൽ ആയിരിക്കും. പോളിസി നൽകാനുള്ള ഞങ്ങളുടെ തീരുമാനത്തെയോ അതിന്റെ വിലയെയോ നിബന്ധനകളെയോ വ്യവസ്ഥകളെയോ ഒഴിവാക്കലുകളെയോ ബാധിച്ചേക്കാവുന്ന, ഇൻഷുറൻസ് പരിരക്ഷ ഉദ്ദേശിക്കുന്ന എല്ലാ വ്യക്തികളെയും പ്രസക്തമായ എല്ലാ വിവരങ്ങളും നിങ്ങൾ വെളിപ്പെടുത്തേണ്ടതാണ്. പ്രൊപ്പോസർ അല്ലെങ്കിൽ അദ്ദേഹത്തിനു വേണ്ടി പ്രവർത്തിക്കുന്നയാൾ പ്രൊപ്പോസൽ ഫോം/ വ്യക്തിഗത പ്രസ്താവന, ഡിക്ലറേഷൻ, അനുബന്ധ രേഖകൾ എന്നിവയിൽ എന്തെങ്കിലും തെറ്റായതോ അസത്യമായതോ ആയ പ്രസ്താവനയോ തെറ്റായ ചിത്രീകരണമോ നൽകുകയോ അല്ലെങ്കിൽ വിവരണം നൽകാതിരിക്കലോ ഏതെങ്കിലും പ്രധാനപ്പെട്ട വിവരങ്ങൾ മറച്ചുവെക്കുകയോ ചെയ്താൽ, ഞങ്ങളുടെ സ്വന്തം വിവേചനാധികാരത്തിൽ ഈ പോളിസി അസാധുവാകുന്നതാണ്.

വിവരങ്ങൾ നൽകാൻ ഇവിടെ കൊടുത്തിരിക്കുന്ന സ്ഥലം തികയാതെ വരികയാണെങ്കിൽ ദയവായി മറ്റൊരു ഷീറ്റ് ഇതിനൊപ്പം ഉള്ളടക്കം ചെയ്യുക. നിങ്ങൾക്ക് എന്തെങ്കിലും സംശയമുണ്ടെങ്കിൽ ഞങ്ങളുടെ കമ്പനി പ്രതിനിധിയുടെയോ നിങ്ങളുടെ ഇൻഷുറൻസ് ഉപദേശകന്റെയോ സഹായം തേടുക. ഞങ്ങൾ ഇൻഷുറൻസ് പ്രൊപ്പോസൽ സ്വീകരിക്കുകയാണെങ്കിൽ അത് പോളിസി നിബന്ധനകൾക്കും വ്യവസ്ഥകൾക്കും വിധേയമായിരിക്കും. പ്രീമിയം തുക പൂർണ്ണമായും കൃത്യസമയത്തും ഞങ്ങൾക്ക് ലഭിച്ചില്ലെങ്കിലോ, അത് ഞങ്ങളുടെ അക്കൌണ്ടിൽ എത്തിയിട്ടില്ലെങ്കിലോ, പോളിസിക്ക് മുൻപുള്ള മെഡിക്കൽ പരിശോധന പൂർത്തിയാക്കിയില്ലെങ്കിലോ അല്ലെങ്കിൽ പ്രൊപ്പോസൽ ഞങ്ങൾ സ്വീകരിച്ചിട്ടില്ലെങ്കിലോ പോളിസിക്ക് കീഴിൽ യാതൊരു തുകയും നൽകാൻ ഞങ്ങൾക്ക് ബാധ്യതയുണ്ടായിരിക്കുന്നതല്ല.

**എന്ന് അടയാളപ്പെടുത്തിയ എല്ലാ ഭാഗങ്ങളും/വിവരങ്ങളും നിർബന്ധമാണ്.*

2. പ്രൊപ്പോസറുടെ വിവരങ്ങൾ

ദയവായി നിങ്ങൾക്കും ഇൻഷുറൻസ് പരിരക്ഷ ഉദ്ദേശിക്കുന്ന ഓരോ വ്യക്തിക്കും വേണ്ടി ഈ ഫോം വലിയ അക്ഷരങ്ങളിൽ പൂരിപ്പിക്കുക.

പ്രൊപ്പോസർ/പോളിസി ഉടമയുടെ പേര്* (മിസ്റ്റർ/ മിസ്/മിസിസ്/മറ്റുള്ളവ)					
	(പേരിന്റെ ആദ്യഭാഗം)	(മധ്യ ഭാഗം)	(അവസാന ഭാഗം)		
വൈവാഹിക അവസ്ഥ	☐ അവിവാഹിതൻ	☐ വിവാഹിതൻ			
ലിംഗഭേദം	☐ പുരുഷൻ ☐ സ്ത്രീ ☐ ഭിന്ന ലിംഗം				
ദേശീയത*		ജനന തീയതി*	ദിദി മാമാ വവവവ		
തൊഴിൽ	☐ ശമ്പളമുള്ള ജോലി ☐ സ്വയം തൊഴിൽ ☐ പ്രൊഫഷണൽ ☐ മറ്റുള്ളവ (ദയവായി വ്യക്തമാക്കുക)				
വിദ്യാഭ്യാസ യോഗ്യത					
വാർഷിക വരുമാനം (രൂപയിൽ)	☐ < 3,00,000 ☐ 3,00,000 – 10,00,000 ☐ 10,00,001 – 25,00,000 ☐ >25,00,000				
ആശയവിനി -മയത്തിനുള്ള വിലാസം*					
		ഗ്രാമപഞ്ചായത്തിന്റെ പേര് -			
നഗരം					
ലാൻഡ്മാർക്ക്		സംസ്ഥാനം		പിൻ കോഡ്	
ഫോൺ നമ്പർ എസ്ടിഡി കോഡ്		ലാൻഡ് ലൈൻ നമ്പർ		മൊബൈൽ നമ്പർ *	
ജിഎസ്ടി നമ്പർ:	xxxxx (നൽകിയിട്ടില്ലെങ്കിൽ ബാധകമല്ല)				
ഇമെയിൽ ഐഡി*					
സ്ഥിരമായ വിലാസം					
നഗരം		ലാൻഡ്മാർക്ക്			
സംസ്ഥാനം		പിൻ കോഡ്			
ഫോൺ നമ്പർ എസ്ടിഡി കോഡ്		മൊബൈൽ നമ്പർ*			
നിങ്ങൾ മാഗ്മ ജനറൽ ഇൻഷുറൻസ് ലിമിറ്റഡിലെ ജീവനക്കാരനാണോ? ആണെങ്കിൽ, എംപ്ലോയ് ഐഡി:	മാഗ്മ ജനറൽ ഇൻഷുറൻസ് ലിമിറ്റഡിൽ നിങ്ങൾക്ക് വേറെ ഏതെങ്കിലും പോളിസി ഉണ്ടോ? ☐ ഉണ്ട് ☐ ഇല്ല				
റെസിഡൻഷ്യൽ സ്റ്റാറ്റസ്	☐ ഇന്ത്യയിൽ താമസിക്കുന്ന വ്യക്തി ☐ പ്രവാസി ☐ വിദേശ പൗരൻ ☐ ഇന്ത്യൻ വംശജനായ വ്യക്തി				
നിങ്ങൾക്ക് എന്തെങ്കിലും വൈകല്യമുണ്ടെങ്കിൽ, നിങ്ങൾക്ക് ആവശ്യമായ ലഭ്യമാക്കാവുന്ന സേവനങ്ങൾ നൽകാൻ ഞങ്ങളെ സഹായിക്കുന്നതിന് ദയവായി താഴെ പറയുന്ന വിവരങ്ങൾ നൽകുക					

MAGMA
General Insurance Limited

വൈകല്യത്തിന്റെ തരം **വൈകല്യത്തിന്റെ ശതമാനം**			
പാൻ*/ഫോം 97		**പാസ്പോർട്ട് നമ്പർ**	
വോട്ടർ ഐഡി		**ഡ്രൈവിംഗ് ലൈസൻസ് നമ്പർ**	
ആധാർ നമ്പർ		**സികെവൈസി നമ്പർ**	

കെവൈസി ആവശ്യങ്ങൾക്കായി ദയവായി തിരിച്ചറിയൽ രേഖ, വിലാസം തെളിയിക്കുന്ന രേഖ, ഏറ്റവും പുതിയ ഫോട്ടോ എന്നിവ പങ്കിടുക. പാൻ നിർബന്ധമാണ്. വിദേശ ദേശീയതയുള്ള വ്യക്തികൾ, പ്രവാസി ഇന്ത്യക്കാർ (എൻആർഐ), ഇന്ത്യൻ വംശജരായ വ്യക്തികൾ (പിഐഒ) എന്നിവർക്ക് ആവശ്യമായ രേഖകൾ താഴെ പറയുന്നവയിൽ ഏതെങ്കിലും ഒന്നാണ് (എ) പാസ്പോർട്ട് (ബി) ഡ്രൈവിംഗ് ലൈസൻസ് (സി) വോട്ടർ തിരിച്ചറിയൽ കാർഡ്. ഇതിനൊപ്പം ഇന്ത്യയിലെ വിദേശ എംബസി അല്ലെങ്കിൽ മിഷൻ നൽകിയ കത്തുകളും അതത് രാജ്യങ്ങൾ നൽകിയ പ്രസക്തമായ തിരിച്ചറിയൽ രേഖകളും ഉണ്ടായിരിക്കണം.

ബാധകമായ കെവൈസി നടപടികൾ സ്വീകരിക്കുന്നതിനായി എന്റെ/ഞങ്ങളുടെയും ഇൻഷുറൻസ് പരിരക്ഷയുള്ള വ്യക്തിയുടെയും തിരിച്ചറിയൽ/വിലാസ രേഖകൾ സെൻട്രൽ കെവൈസി രജിസ്ട്രി അല്ലെങ്കിൽ യുഐഡിഎഐ വഴിയോ മറ്റേതെങ്കിലും അനുവദനീയമായ മാർഗ്ഗങ്ങളിലൂടെയോ പരിശോധിക്കുന്നതിനും ശേഖരിക്കുന്നതിനും കമ്പനിക്ക് ഞാൻ/ഞങ്ങൾ ഇതിനാൽ അനുമതി നൽകുന്നു.

☐ ഉണ്ട് ☐ ഇല്ല

3. പ്ലാൻ വിവരങ്ങൾ*

പോളിസി തരം	☐ ഇൻഡിവിജ്വൽ ☐ ഫാമിലി ഫ്ലോട്ടർ ☐ മൾട്ടി ഇൻഡിവിജ്വൽ	**പോളിസി കാലാവധി**	☐ 1 വർഷം ☐ 2 വർഷം ☐ 3 വർഷം ☐ 4 വർഷം ☐ 5 വർഷം
ഫാമിലി ഫ്ലോട്ടർ*, ആണെങ്കിൽ, പരിരക്ഷ നൽകേണ്ട വ്യക്തികളുടെ എണ്ണം: മുതിർന്നവർ: ___ കുട്ടികൾ: __		**പ്രീമിയം പേയ്മെന്റ് ആവൃത്തി**	☐ സിംഗിൾ പ്രീമിയം ☐ പ്രതിമാസ തവണകൾ ☐ ത്രൈമാസ തവണകൾ ☐ അർദ്ധവാർഷിക തവണകൾ
തിരഞ്ഞെടുത്ത സോൺ			

മൾട്ടി ഇൻഡിവിജ്വൽ ആണെങ്കിൽ, ഓപ്ഷണൽ കവറിനായി ദയവായി അനുബന്ധം പൂരിപ്പിക്കുക

സം ഇൻഷൂർഡ് (ലക്ഷത്തിൽ)	☐ 3 ലക്ഷം ☐ 4 ലക്ഷം ☐ 5 ലക്ഷം ☐ 7.5 ലക്ഷം ☐ 10 ലക്ഷം ☐ 15 ലക്ഷം ☐ 20 ലക്ഷം ☐ 25 ലക്ഷം ☐ 30 ലക്ഷം ☐ 50 ലക്ഷം ☐ 1 കോടി ☐ 2 കോടി ☐ 3 കോടി ☐ അൺലിമിറ്റഡ്
അഗ്രഗേറ്റ് ഡിഡക്റ്റബിൾ ഓപ്ഷൻ	☐ ഉണ്ട് ☐ ഇല്ല (ഉണ്ട് എങ്കിൽ, തിരഞ്ഞെടുത്ത എസ്ഐക്ക് അനുസൃതമായി താഴെ നൽകിയിരിക്കുന്നവയിൽ നിന്നും ഡിഡക്റ്റബിൾ ഓപ്ഷൻ തിരഞ്ഞെടുക്കുക)

പ്ലാൻ എസ്ഐ	**അഗ്രഗേറ്റ് ഡിഡക്റ്റബിൾ**
5 ലക്ഷം	☐ 25 ആയിരം ☐ 50 ആയിരം ☐ 1 ലക്ഷം ☐ 2 ലക്ഷം ☐ 3 ലക്ഷം ☐ 4 ലക്ഷം ☐ 5 ലക്ഷം
7.5 ലക്ഷം	☐ 25 ആയിരം ☐ 50 ആയിരം ☐ 1 ലക്ഷം ☐ 2 ലക്ഷം ☐ 3 ലക്ഷം ☐ 4 ലക്ഷം ☐ 5 ലക്ഷം
10 ലക്ഷം, 15 ലക്ഷം, 20 ലക്ഷം, 25 ലക്ഷം,	☐ 25 ആയിരം ☐ 50 ആയിരം ☐ 1 ലക്ഷം ☐ 2 ലക്ഷം ☐ 3 ലക്ഷം ☐ 4 ലക്ഷം ☐ 5 ലക്ഷം ☐ 10 ലക്ഷം
30 ലക്ഷം, 50 ലക്ഷം	☐ 25 ആയിരം ☐ 50 ആയിരം ☐ 1 ലക്ഷം ☐ 2 ലക്ഷം ☐ 3 ലക്ഷം ☐ 4 ലക്ഷം ☐ 5 ലക്ഷം ☐ 10 ലക്ഷം
1 കോടിയും അതിനുമുകളിലും	☐ 25 ആയിരം ☐ 50 ആയിരം ☐ 1 ലക്ഷം ☐ 2 ലക്ഷം ☐ 3 ലക്ഷം ☐ 4 ലക്ഷം ☐ 5 ലക്ഷം ☐ 10 ലക്ഷം ☐ 15 ലക്ഷം

സ്വമേധയായുള്ള കോ-പെയ്മെന്റ്	☐ ഉണ്ട് ☐ ഇല്ല (ഉണ്ട് എങ്കിൽ, താഴെയുള്ളവയിൽ നിന്ന് ഓപ്ഷൻ തിരഞ്ഞെടുക്കുക) ☐ 10% ☐ 20%	**ഹോസ്പിറ്റൽ ക്യാഷ് (രൂപയിൽ)**	☐ 500 ☐ 1000 ☐ 1500
പ്രസവ ആനുകൂല്യം	☐ ഓപ്ഷൻ എ ☐ 1,00,000	**വീട്ടു ചികിത്സയ്ക്കുള്ള അധിക പ്രതിദിന**	☐ ഉണ്ട് ☐ ഇല്ല
നോൺ-പേയബിൾ എക്സ്പെൻസ് കവർ	☐ ഉണ്ട് ☐ ഇല്ല		

MAGMA
General Insurance Limited

സം ഇൻഷൂർഡ്	☐ 2,00,000 ☐ ഓപ്ഷൻ ബി ☐ 1,00,000 ☐ 2,00,000	**ക്യാഷ് (ഉണ്ട് എങ്കിൽ, പ്രതിദിനം രൂ. 1,000)**			
സ്മാർട്ട് ഫ്ലെക്സി സേവർ (അഗ്രഗേറ്റ് ഡിഡക്റ്റബിൾ ഓപ്ഷൻ തിരഞ്ഞെടുത്തിട്ടുണ്ടെങ്കിൽ മാത്രം ലഭ്യമാകും)	☐ ഉണ്ട് ☐ ഇല്ല	**എയർ ആംബുലൻസ് കവർ**	☐ ഉണ്ട് ☐ ഇല്ല	**നിർബന്ധിത കോ-പേ ഒഴിവാക്കൽ**	☐ ഉണ്ട് ☐ ഇല്ല
ഔട്ട്പേഷ്യന്റ് കവർ	☐ 10,000 ☐ 20,000	**സ്വിച്ച് ഓൺ സ്വിച്ച് ഓഫ്**	☐ ഉണ്ട് ☐ ഇല്ല	**ഗ്ലോബൽ കവർ**	☐ ഉണ്ട് ☐ ഇല്ല
തിമിരത്തിനുള്ള മെച്ചപ്പെടുത്തിയ സബ്‌ലിമിറ്റുകൾ	☐ ഒരു കണ്ണിന് പ്രതിവർഷം രൂ. 1,00,000 ☐ ഓരോ വർഷവും ഇൻഷുറൻസ് തുകയിൽ 20% വർദ്ധനവ്, ഒരു കണ്ണിന് പരമാവധി 50% ഇൻഷുറൻസ് തുക വരെ	**മെച്ചപ്പെടുത്തിയ കവറേജ്**	☐ ഉണ്ട് ☐ ഇല്ല	**ഡ്യൂറബിൾ എക്യൂപ്മെന്റ് കവർ**	☐ ഉണ്ട് ☐ ഇല്ല
		സം ഇൻഷൂർഡിന്റെ അൺലിമിറ്റഡ് എക്സ്ട്രാ റീചാർജ്	☐ ഉണ്ട് ☐ ഇല്ല	**മെച്ചപ്പെടുത്തിയ റോഡ് ആംബുലൻസ് കവർ**	☐ ഉണ്ട് ☐ ഇല്ല
സരോഗസി കവർ **(ഈ കവർ തിരഞ്ഞെടുത്തിട്ടുണ്ടെങ്കിൽ ദയവായി പ്രൊപ്പോസൽ ഫോമിന്റെ അനുബന്ധം പൂരിപ്പിക്കുക)**	☐ ഉണ്ട് ☐ ഇല്ല	**ഓസൈറ്റ് ഡോണർ കവർ (ഈ കവർ തിരഞ്ഞെടുത്തിട്ടുണ്ടെങ്കിൽ ദയവായി പ്രൊപ്പോസൽ ഫോമിന്റെ അനുബന്ധം പൂരിപ്പിക്കുക)**	☐ ഉണ്ട് ☐ ഇല്ല	**റോഡ് ട്രാഫിക് അപകട -ങ്ങൾക്കുള്ള റൂം എലിജിബിലിറ്റി കവർ**	☐ ഉണ്ട് ☐ ഇല്ല
ബോണസ് ബൂസ്റ്റർ പ്ലസ്	☐ ഉണ്ട് ☐ ഇല്ല	**ഇൻഫിനിറ്റ് ബോണസ് ബൂസ്റ്റർ**	☐ ഉണ്ട് ☐ ഇല്ല	**സ്മാർട്ട് നെറ്റ്‌വർക്ക് ബെനിഫിറ്റ്**	☐ ഉണ്ട് ☐ ഇല്ല
അൺലിമിറ്റഡ് കെയർ	☐ ഉണ്ട് ☐ ഇല്ല	**ഫ്യൂച്ചറിസ്റ്റിക് കവർ**	☐ പങ്കാളി (പ്രസവ ആനുകൂല്യം ഉൾപ്പെടെ) ☐ പങ്കാളി (പ്രസവ ആനുകൂല്യം ഇല്ലാതെ) ☐ പങ്കാളി (പ്രസവ ആനുകൂല്യം ഉൾപ്പെടെ) + കുട്ടികൾ ☐ പങ്കാളി (പ്രസവ ആനുകൂല്യം ഇല്ലാതെ) + കുട്ടികൾ ☐ കുട്ടികൾ		
നിലവിലുള്ള രോഗങ്ങളുടെ വെയിറ്റിംഗ് പീരിയഡ് കുറയ്ക്കൽ	☐ 2 വർഷമായി കുറയ്ക്കൽ ☐ 1 വർഷമായി കുറയ്ക്കൽ ☐ 1 ദിവസമായി കുറയ്ക്കൽ	**ആദ്യത്തെ മുപ്പത് ദിവസത്തെ വെയിറ്റിംഗ് പീരിയഡ് കുറയ്ക്കൽ**	☐ 7 ദിവസമായി കുറയ്ക്കൽ ☐ 1 ദിവസമായി കുറയ്ക്കൽ	**പ്രത്യേക രോഗങ്ങളുടെ വെയിറ്റിംഗ് പീരിയഡ് കുറയ്ക്കൽ**	☐ 1 വർഷമായി കുറയ്ക്കൽ

റൂം റെന്റ് മോഡിഫയർ	☐ ഏത് മുറിയും ☐ ടിൻ ഷെയറിംഗ്	**കൺവാലസെൻസ് ബെനിഫിറ്റ്**	☐ ഉണ്ട് ☐ ഇല്ല	**"സജീവമായ ചികിത്സാ ക്രമം ഇല്ല" എന്നത് ഒഴിവാക്കൽ**	☐ ഉണ്ട് ☐ ഇല്ല
മോഡേൺ ട്രീറ്റ്മെന്റ് മോഡിഫയർ	☐ രൂ.1,00,000 ☐ ഇൻഷുറൻസ് തുക വരെ	**നിങ്ങളുടെ പ്രൈസ് മരവിപ്പിക്കുക**	☐ ഉണ്ട് ☐ ഇല്ല	**നിങ്ങളുടെ കവറേജ് അപ്ഗ്രേഡ് ചെയ്യുക**	☐ 20 ലക്ഷം ☐ 50 ലക്ഷം ☐ 1 കോടി
എല്ലാ ചിലവുകളും നൽകപ്പെടും	☐ ഉണ്ട് ☐ ഇല്ല	**വാർഷിക ആരോഗ്യ പരിശോധന** **സം ഇൻഷുർഡ്**	☐ ഉണ്ട് ☐ ഇല്ല ഓപ്ഷൻ എ) രൂ. 2,000 വരെ അല്ലെങ്കിൽ ഓപ്ഷൻ ബി രൂ. 3,000 വരെ അല്ലെങ്കിൽ ഓപ്ഷൻ സി രൂ. 5,000 വരെ അല്ലെങ്കിൽ ഓപ്ഷൻ ഡി രൂ. 7,500 വരെ അല്ലെങ്കിൽ ഓപ്ഷൻ ഇ രൂ. 10,000 വരെ		

4. ഇൻഷുറൻസ് പരിരക്ഷ നൽകേണ്ട വ്യക്തികളുടെ വിവരങ്ങൾ

വിവരങ്ങൾ	ഇൻഷുറൻസ് ലഭിക്കുന്ന വ്യക്തി 1	ഇൻഷുറൻസ് ലഭിക്കുന്ന വ്യക്തി 2	ഇൻഷുറൻസ് ലഭിക്കുന്ന വ്യക്തി 3	ഇൻഷുറൻസ് ലഭിക്കുന്ന വ്യക്തി 4	ഇൻഷുറൻസ് ലഭിക്കുന്ന വ്യക്തി 5	ഇൻഷുറൻസ് ലഭിക്കുന്ന വ്യക്തി 6
ശീർഷകം						
പേര്*						
ലിംഗഭേദം (പുരുഷൻ/സ്ത്രീ/ഇവയിൽ ഒന്നുമല്ല)						
ഉയരം* (സിഎം)						
തൂക്കം* (കെജി)						
കണ്ണിന്റെ റിഫ്രാക്റ്റീവ് എറർ ഇൻഡക്സ് (ഇടത് കണ്ണ് & വലത് കണ്ണ്)						
ജനന തീയതി* (ദിദി മാമാ വവവവ)						
പ്രൊപ്പോസറുമായുള്ള ബന്ധം*	☐ സ്വയം ☐ പങ്കാളി ☐ കുട്ടി 1 ☐ കുട്ടി 2 ☐ മാതാപിതാക്കൾ / പങ്കാളിയുടെ മാതാപിതാക്കൾ 1 ☐ മാതാപിതാക്കൾ / പങ്കാളിയുടെ മാതാപിതാക്കൾ 2 ☐ മകളുടെ ഭർത്താവ് ☐ മകന്റെ ഭാര്യ ☐ പേരക്കുട്ടി(കൾ) ☐ സഹോദരൻ ☐ സഹോദരി ☐ മറ്റുള്ളവർ	☐ സ്വയം ☐ പങ്കാളി ☐ കുട്ടി 1 ☐ കുട്ടി 2 ☐ മാതാപിതാക്കൾ / പങ്കാളിയുടെ മാതാപിതാക്കൾ 1 ☐ മാതാപിതാക്കൾ / പങ്കാളിയുടെ മാതാപിതാക്കൾ 2 ☐ മകളുടെ ഭർത്താവ് ☐ മകന്റെ ഭാര്യ ☐ പേരക്കുട്ടി(കൾ) ☐ സഹോദരൻ ☐ സഹോദരി ☐ മറ്റുള്ളവർ	☐ സ്വയം ☐ പങ്കാളി ☐ കുട്ടി 1 ☐ കുട്ടി 2 ☐ മാതാപിതാക്കൾ / പങ്കാളിയുടെ മാതാപിതാക്കൾ 1 ☐ മാതാപിതാക്കൾ / പങ്കാളിയുടെ മാതാപിതാക്കൾ 2 ☐ മകളുടെ ഭർത്താവ് ☐ മകന്റെ ഭാര്യ ☐ പേരക്കുട്ടി(കൾ) ☐ സഹോദരൻ ☐ സഹോദരി ☐ മറ്റുള്ളവർ	☐ സ്വയം ☐ പങ്കാളി ☐ കുട്ടി 1 ☐ കുട്ടി 2 ☐ മാതാപിതാക്കൾ / പങ്കാളിയുടെ മാതാപിതാക്കൾ 1 ☐ മാതാപിതാക്കൾ / പങ്കാളിയുടെ മാതാപിതാക്കൾ 2 ☐ മകളുടെ ഭർത്താവ് ☐ മകന്റെ ഭാര്യ ☐ പേരക്കുട്ടി(കൾ) ☐ സഹോദരൻ ☐ സഹോദരി ☐ മറ്റുള്ളവർ	☐ സ്വയം ☐ പങ്കാളി ☐ കുട്ടി 1 ☐ കുട്ടി 2 ☐ മാതാപിതാക്കൾ / പങ്കാളിയുടെ മാതാപിതാക്കൾ 1 ☐ മാതാപിതാക്കൾ / പങ്കാളിയുടെ മാതാപിതാക്കൾ 2 ☐ മകളുടെ ഭർത്താവ് ☐ മകന്റെ ഭാര്യ ☐ പേരക്കുട്ടി(കൾ) ☐ സഹോദരൻ ☐ സഹോദരി ☐ മറ്റുള്ളവർ

MAGMA
General Insurance Limited

തൊഴിൽ (ശമ്പളമുള്ള ജോലി/സ്വയം തൊഴിൽ/പ്രൊഫഷണൽ/മറ്റുള്ളവ)						
ഓപ്ഷണൽ കവർ: ക്രിട്ടിക്കൽ ഇൽനസ് കവർ	ഉണ്ട് / ഇല്ല	ഉണ്ട് / ഇല്ല	ഉണ്ട് / ഇല്ല	ഉണ്ട് / ഇല്ല	ഉണ്ട് / ഇല്ല	ഉണ്ട് / ഇല്ല
ഓപ്ഷണൽ കവർ: പേഴ്സണൽ ആക്സിഡന്റ് കവർ	ഉണ്ട് / ഇല്ല	ഉണ്ട് / ഇല്ല	ഉണ്ട് / ഇല്ല	ഉണ്ട് / ഇല്ല	ഉണ്ട് / ഇല്ല	ഉണ്ട് / ഇല്ല
പേഴ്സണൽ ആക്സിഡന്റ് കവറിന്റെ സം ഇൻഷൂർഡ്	☐ 3 ലക്ഷം ☐ 4 ലക്ഷം ☐ 5 ലക്ഷം ☐ 7.5 ലക്ഷം ☐ 10 ലക്ഷം ☐ 20 ലക്ഷം ☐ 25 ലക്ഷം ☐ 30 ലക്ഷം ☐ 50 ലക്ഷം ☐ 75 ലക്ഷം ☐ 1 കോടി ☐ 2 കോടി ☐ 3 കോടി ☐ 4 കോടി ☐ 5 കോടി	☐ 3 ലക്ഷം ☐ 4 ലക്ഷം ☐ 5 ലക്ഷം ☐ 7.5 ലക്ഷം ☐ 10 ലക്ഷം ☐ 20 ലക്ഷം ☐ 25 ലക്ഷം ☐ 30 ലക്ഷം ☐ 50 ലക്ഷം ☐ 75 ലക്ഷം ☐ 1 കോടി ☐ 2 കോടി ☐ 3 കോടി ☐ 4 കോടി ☐ 5 കോടി	☐ 3 ലക്ഷം ☐ 4 ലക്ഷം ☐ 5 ലക്ഷം ☐ 7.5 ലക്ഷം ☐ 10 ലക്ഷം ☐ 20 ലക്ഷം ☐ 25 ലക്ഷം ☐ 30 ലക്ഷം ☐ 50 ലക്ഷം ☐ 75 ലക്ഷം ☐ 1 കോടി ☐ 2 കോടി ☐ 3 കോടി ☐ 4 കോടി ☐ 5 കോടി	☐ 3 ലക്ഷം ☐ 4 ലക്ഷം ☐ 5 ലക്ഷം ☐ 7.5 ലക്ഷം ☐ 10 ലക്ഷം ☐ 20 ലക്ഷം ☐ 25 ലക്ഷം ☐ 30 ലക്ഷം ☐ 50 ലക്ഷം ☐ 75 ലക്ഷം ☐ 1 കോടി ☐ 2 കോടി ☐ 3 കോടി ☐ 4 കോടി ☐ 5 കോടി	☐ 3 ലക്ഷം ☐ 4 ലക്ഷം ☐ 5 ലക്ഷം ☐ 7.5 ലക്ഷം ☐ 10 ലക്ഷം ☐ 20 ലക്ഷം ☐ 25 ലക്ഷം ☐ 30 ലക്ഷം ☐ 50 ലക്ഷം ☐ 75 ലക്ഷം ☐ 1 കോടി ☐ 2 കോടി ☐ 3 കോടി ☐ 4 കോടി ☐ 5 കോടി	☐ 3 ലക്ഷം ☐ 4 ലക്ഷം ☐ 5 ലക്ഷം ☐ 7.5 ലക്ഷം ☐ 10 ലക്ഷം ☐ 20 ലക്ഷം ☐ 25 ലക്ഷം ☐ 30 ലക്ഷം ☐ 50 ലക്ഷം ☐ 75 ലക്ഷം ☐ 1 കോടി ☐ 2 കോടി ☐ 3 കോടി ☐ 4 കോടി ☐ 5 കോടി
ഇൻസ്റ്റാ കവർ പോളിസിയിൽ ലിസ്റ്റ് ചെയ്തിട്ടുള്ള രോഗങ്ങൾക്കുള്ള പരിരക്ഷ 1. ആസ്ത്മ 2. രക്തസമ്മർദ്ദം (മെഡിക്കൽ ഭാഷയിൽ ഹൈപ്പർടെൻഷൻ) 3. കൊളസ്ട്രോൾ (ഹൈപ്പർലിപിഡീമിയ എന്ന് അറിയപ്പെടുന്നത്) 4. പ്രമേഹം 5. പൊണ്ണത്തടി 6. പിടിസിഎ സഹിതമുള്ള കൊറോണറി ആർട്ടറി ഡിസീസ് 7. കൊറോണറി ആർട്ടറി ബൈപാസ് ഗ്രാഫ്റ്റ് 8. ക്രോണിക് ഒബ്സ്ട്രക്റ്റീവ് പൾമണറി ഡിസീസ് (സിഒപിഡി) പരിരക്ഷ തിരഞ്ഞെടുക്കാനുള്ള ഓപ്ഷൻ 1. എല്ലാ രോഗങ്ങളും (ഇൻസ്റ്റാ 8) 2. ആദ്യത്തെ നാല് രോഗങ്ങൾ (ഇൻസ്റ്റാ 4)	☐ ഇൻസ്റ്റാ 8 ☐ ആദ്യത്തെ നാല് രോഗങ്ങൾ (ഇൻസ്റ്റാ 4)	☐ ഇൻസ്റ്റാ 8 ☐ ആദ്യത്തെ നാല് രോഗങ്ങൾ (ഇൻസ്റ്റാ 4)	☐ ഇൻസ്റ്റാ 8 ☐ ആദ്യത്തെ നാല് രോഗങ്ങൾ (ഇൻസ്റ്റാ 4)	☐ ഇൻസ്റ്റാ 8 ☐ ആദ്യത്തെ നാല് രോഗങ്ങൾ (ഇൻസ്റ്റാ 4)	☐ ഇൻസ്റ്റാ 8 ☐ ആദ്യത്തെ നാല് രോഗങ്ങൾ (ഇൻസ്റ്റാ 4)	☐ ഇൻസ്റ്റാ 8 ☐ ആദ്യത്തെ നാല് രോഗങ്ങൾ (ഇൻസ്റ്റാ 4)
തൊഴിൽപരമായ പരിരക്ഷ	☐ ഐടി പ്രൊഫഷണൽ ☐ കടയുടമകൾ	☐ ഐടി പ്രൊഫഷണൽ ☐ കടയുടമകൾ	☐ ഐടി പ്രൊഫഷണൽ ☐ കടയുടമകൾ	☐ ഐടി പ്രൊഫഷണൽ ☐ കടയുടമകൾ	☐ ഐടി പ്രൊഫഷണൽ ☐ കടയുടമകൾ	☐ ഐടി പ്രൊഫഷണൽ ☐ കടയുടമകൾ
ആയുഷ്മാൻ ഭാരത് ഹെൽത്ത് അക്കൗണ്ട് (ABHA) *"ABHA-യുമായി ബന്ധിപ്പിച്ചിട്ടുള്ള എന്റെ/ഞങ്ങളുടെ മെഡിക്കൽ റെക്കോർഡുകൾ പരിശോധിക്കുന്നതിനും ശേഖരിക്കുന്നതിനും കമ്പനിക്ക് ഞാൻ/ഞങ്ങൾ ഇതിനാൽ അനുമതി നൽകുന്നു"*	☐ ഉണ്ട് ☐ ഇല്ല	☐ ഉണ്ട് ☐ ഇല്ല	☐ ഉണ്ട് ☐ ഇല്ല	☐ ഉണ്ട് ☐ ഇല്ല	☐ ഉണ്ട് ☐ ഇല്ല	☐ ഉണ്ട് ☐ ഇല്ല
ഉണ്ട് എന്നാണെങ്കിൽ, ദയവായി ABHA നമ്പർ രേഖപ്പെടുത്തുക.						

ഇല്ല എന്നാണെങ്കിൽ, ദയവായി നിങ്ങളുടെ ABHA നമ്പർ സൃഷ്ടിക്കുക https://fasttrack.magmainsurance.com/abha/index						
റെസിഡൻസ് സ്റ്റാറ്റസ്	☐ ഇന്ത്യയിൽ താമസിക്കുന്ന വ്യക്തി ☐ പ്രവാസിയായ ഇന്ത്യൻ	☐ ഇന്ത്യയിൽ താമസിക്കുന്ന വ്യക്തി ☐ പ്രവാസിയായ ഇന്ത്യൻ	☐ ഇന്ത്യയിൽ താമസിക്കുന്ന വ്യക്തി ☐ പ്രവാസിയായ ഇന്ത്യൻ	☐ ഇന്ത്യയിൽ താമസിക്കുന്ന വ്യക്തി ☐ പ്രവാസിയായ ഇന്ത്യൻ	☐ ഇന്ത്യയിൽ താമസിക്കുന്ന വ്യക്തി ☐ പ്രവാസിയായ ഇന്ത്യൻ	☐ ഇന്ത്യയിൽ താമസിക്കുന്ന വ്യക്തി ☐ പ്രവാസിയായ ഇന്ത്യൻ

5. നോമിനേഷൻ

പോളിസി ഉടമയായിരിക്കും ഇൻഷുറൻസ് പരിരക്ഷയുള്ള എല്ലാ അംഗങ്ങളുടെയും നോമിനി. താഴെ പറയുന്ന വിവരങ്ങൾ പോളിസി ഉടമയുടെ നോമിനിക്ക് വേണ്ടിയുള്ളതാണ്*

നോമിനിയുടെ പേര്	ആദ്യ ഭാഗം	മധ്യ ഭാഗം	അവസാന ഭാഗം
പ്രായം		**ലിംഗഭേദം**	
നോമിനിയുടെ ഇമെയിൽ ഐഡി			
നോമിനിയുടെ വിലാസം (നിലവിലുള്ളത് / സ്ഥിരമായത്)			
പ്രൊപ്പോസറുമായുള്ള ബന്ധം		**ജനന തീയതി**	ദിദി മാമാ വവവവ
നോമിനിയുടെ മൊബൈൽ നമ്പർ		**നോമിനേഷൻ ശതമാനം**	
നോമിനിയുടെ സ്ഥിരമായ വിലാസം			

നോമിനി മൈനർ ആണെങ്കിൽ, അപ്പോയിന്റിയുടെ പേരും വിലാസവും മൈനറുമായുള്ള ബന്ധവും:

അപ്പോയിന്റിയുടെ പേര്	**നോമിനിയുമായുള്ള ബന്ധം**	**അപ്പോയിന്റിയുടെ കോൺടാക്റ്റ് നമ്പർ**

നോമിനിയുടെ ബാങ്ക് വിവരങ്ങൾ

എ) അക്കൗണ്ട് ഉടമയുടെ / കളുടെ പേര് (ബാങ്ക് റെക്കോർഡുകളിൽ കാണുന്നതുപോലെ)			
ബി) ബാങ്കിന്റെ പേര്		സി) ബാങ്ക് ബ്രാഞ്ചിന്റെ പേര്	
ഡി) വിലാസം		ഇ) ബ്രാഞ്ച് നഗരം	
എഫ്) അക്കൗണ്ട് തരം		ജി) അക്കൗണ്ട് നമ്പർ	
എച്ച്) ഐഎഫ്എസ്സി കോഡ്		ഐ) 9 അക്ക എംഐസിആർ കോഡ്	

ഒന്നിലധികം നോമിനികൾ ഉണ്ടെങ്കിൽ, നോമിനേഷൻ ശതമാനം സഹിതം അധിക നോമിനികളുടെ വിവരങ്ങൾ വ്യക്തമാക്കുന്ന ഒരു ഷീറ്റ് ദയവായി ഇതിനൊപ്പം സമർപ്പിക്കുക.

6. നിലവിലുള്ള/മുൻപത്തെ ഇൻഷുറൻസ് വിവരങ്ങൾ

പ്രൊപ്പോസറോ ഇൻഷുറൻസ് പരിരക്ഷ ഉദ്ദേശിക്കുന്ന വ്യക്തികളോ മാഗ്മ ജനറൽ ഇൻഷുറൻസ് ലിമിറ്റഡിലോ മറ്റേതെങ്കിലും ഇൻഷുറൻസ് കമ്പനിയിലോ നിലവിൽ ഹെൽത്ത് ഇൻഷുറൻസ് പോളിസി ഉള്ളവരോ അല്ലെങ്കിൽ അതിനായി അപേക്ഷിച്ചവരോ ആണോ?

☐ ഉണ്ട് ☐ ഇല്ല

ഉണ്ട് എന്നാണെങ്കിൽ, ദയവായി പോളിസി / അപേക്ഷാ നമ്പർ (നമ്പറുകൾ) താഴെ രേഖപ്പെടുത്തുക (തീരുമാനമാകാത്ത പ്രൊപ്പോസലുകളുടെ കാര്യത്തിൽ ദയവായി അപേക്ഷാ നമ്പർ രേഖപ്പെടുത്തുക.)

എന്ന് മുതലാണ് നിങ്ങൾ തുടർച്ചയായി ഇൻഷുറൻസ് പരിരക്ഷയിലുള്ളത്: ദിദി മാമാ വവവവ

ഇൻഷുറൻസ് ലഭിക്കുന്ന വ്യക്തിയുടെ പേര് (ആദ്യ ഭാഗം, മധ്യ ഭാഗം, അവസാന ഭാഗം)	ഇൻഷുറർ കമ്പനിയുടെ പേര്	പോളിസി നമ്പർ/ അപേക്ഷാ നമ്പർ	ഇൻഷുറൻസ് കാലാവധി		സം ഇൻഷൂർഡ് (രൂ.)	ക്ലെയിം വിവരങ്ങൾ (എന്തെങ്കിലും ഉണ്ടെങ്കിൽ)
			എന്നുമുതൽ	എന്നു വരെ		
			ദിദി മാമാ വവവവ	ദിദി മാമാ വവവവ		

നിങ്ങളുടെ നിലവിലുള്ള ഇൻഷുറൻസ് പോളിസിയിൽ നിന്ന് പോർട്ടബിലിറ്റി ആനുകൂല്യം നേടാൻ നിങ്ങൾ ആഗ്രഹിക്കുന്നുവെങ്കിൽ, മുകളിൽ നൽകിയിരിക്കുന്ന വിവരങ്ങൾക്ക് പുറമെ നിലവിലുള്ള പോളിസിയുമായി ബന്ധപ്പെട്ട എല്ലാ പോളിസി രേഖകളും (ഈ പ്രൊപ്പോസൽ ഫോമിന്റെ അനുബന്ധമായി) ഞങ്ങൾക്ക് സമർപ്പിക്കേണ്ടതാണ്.

7. മെഡിക്കൽ & ജീവിതശൈലി വിവരങ്ങൾ*

താഴെ പറയുന്ന ഏതെങ്കിലും ചോദ്യത്തിന് ഉത്തരം 'ഉണ്ട്' എന്നാണെങ്കിൽ ദയവായി എല്ലാ മെഡിക്കൽ റെക്കോർഡുകളും സമർപ്പിക്കുക

സെക്ഷൻ എ: ഇൻഷുറൻസ് പരിരക്ഷ ഉദ്ദേശിക്കുന്ന ഏതെങ്കിലും വ്യക്തിക്ക് താഴെ പറയുന്നവയിൽ ഏതെങ്കിലും രോഗം മുൻപ് വന്നിട്ടുണ്ടോ / നിലവിൽ ഉണ്ടോ: ബാധകമാകുന്ന ഇടങ്ങളിലെല്ലാം ഇൻഷുറൻസ് ലഭിക്കുന്ന വ്യക്തിക്ക് നേരെ 'ഉണ്ട്' എന്ന് ടിക്ക് ചെയ്യുകയും സെക്ഷൻ ബി-യിൽ വിവരങ്ങൾ നൽകുകയും ചെയ്യുക.	**ഉണ്ട് / ഇല്ല**	**ഇൻഷുറൻസ് ലഭിക്കുന്ന വ്യക്തി 1**	**ഇൻഷുറൻസ് ലഭിക്കുന്ന വ്യക്തി 2**	**ഇൻഷുറൻസ് ലഭിക്കുന്ന വ്യക്തി 3**	**ഇൻഷുറൻസ് ലഭിക്കുന്ന വ്യക്തി 4**	**ഇൻഷുറൻസ് ലഭിക്കുന്ന വ്യക്തി 5**	**ഇൻഷുറൻസ് ലഭിക്കുന്ന വ്യക്തി 6**	**ഇൻഷുറൻസ് ലഭിക്കുന്ന വ്യക്തി 7**
1. ഹൈപ്പർടെൻഷന്റെ ചരിത്രം								
എ) കാലാവധി								
ബി) മരുന്നുകൾ								
സി) ഡോസേജ്								
2. പ്രമേഹത്തിന്റെ ചരിത്രം								
എ) ടൈപ്പ് 1 അല്ലെങ്കിൽ ടൈപ്പ് 2								
ബി) കാലാവധി								
സി) മരുന്നുകൾ								
ഡി) ഡോസേജ്								

MAGMA
General Insurance Limited

		ഉണ്ട്/ ഇല്ല	ഇൻഷുറൻസ് ലഭിക്കുന്ന നമ്പർ
3.	ഹൃദയ, രക്തചംക്രമണ അവസ്ഥകൾ/വൈകല്യങ്ങൾ: നെഞ്ചുവേദന, ആൻജീന, ഉയർന്ന കൊളസ്ട്രോൾ/ലിപിഡുകൾ, നെഞ്ചിടിപ്പ്, കൺജസ്റ്റീവ് ഹാർട്ട് ഫെയിലിയർ, കൊറോണറി ആർട്ടറി ഡിസീസ്, ഹൃദയാഘാതം, ബൈപാസ് സർജറി/ആൻജിയോപ്ലാസ്റ്റി, വാൽവ് തകരാർ/മാറ്റിസ്ഥാപിക്കൽ, പേസ് മേക്കർ ഘടിപ്പിക്കൽ, റുമാറ്റിക് ഫീവർ, ജന്മനായുള്ള ഹൃദയ രോഗാവസ്ഥ, വെരിക്കോസ് വെയിൻസ്, ത്രോംബോസിസ്, രക്തസംബന്ധമായ വൈകല്യങ്ങൾ തുടങ്ങിയവ?	ഉണ്ട് ഇല്ല	1 2 3 4 5 6 7
4.	മൂത്രവ്യവസ്ഥയുമായി ബന്ധപ്പെട്ട അവസ്ഥകൾ/വൈകല്യങ്ങൾ: മൂത്രത്തിൽ രക്തം കാണപ്പെടുക, ഇടയ്ക്കിടെ മൂത്രമൊഴിക്കണം എന്ന് തോന്നുക, വേദനയോടുകൂടിയതോ പ്രയാസകരമായതോ ആയ മൂത്രമൊഴിക്കൽ, വൃക്കയിലെയും/അല്ലെങ്കിൽ ബ്ലാഡറിലെയും അണുബാധകൾ, മൂത്രനാളിയിലെ കല്ലുകൾ, വൃക്ക തകരാറിലാകൽ (റെനൽ ഫെയിലിയർ), ഡയാലിസിസ് അല്ലെങ്കിൽ മറ്റേതെങ്കിലും വൃക്ക/മൂത്രനാളി അല്ലെങ്കിൽ പ്രോസ്റ്റേറ്റ് രോഗം	ഉണ്ട് ഇല്ല	1 2 3 4 5 6 7
5.	മസ്കുലോസ്കലെറ്റൽ അവസ്ഥകൾ/വൈകല്യങ്ങൾ: സന്ധി/നടുവേദന, ആർത്രൈറ്റിസ്, സ്പോണ്ടിലോസിസ്, സന്ധി മാറ്റിവെക്കൽ അല്ലെങ്കിൽ പേശികൾ/എല്ലുകൾ/ സന്ധികൾ/ലിഗമെന്റുകൾ, ടെൻഡനുകൾ അല്ലെങ്കിൽ ഡിസ്കുകൾ എന്നിവയ്ക്കുണ്ടാകുന്ന മറ്റേതെങ്കിലും തകരാറുകൾ, ഗൗട്ട്, ഹെർണിയേറ്റഡ് ഡിസ്ക്, അവയവം മുറിച്ചുമാറ്റൽ/കൃത്രിമ അവയവം ഘടിപ്പിക്കൽ	ഉണ്ട് ഇല്ല	1 2 3 4 5 6 7
6.	ശ്വാസകോശ സംബന്ധമായ അവസ്ഥകൾ/വൈകല്യങ്ങൾ: ശ്വാസംമുട്ടൽ/ ശ്വാസമെടുക്കാൻ ബുദ്ധിമുട്ട്, ക്ഷയം, ആസ്ത്മ, ബ്രോങ്കൈറ്റിസ്, ക്രോണിക് ഒബ്സ്ട്രക്റ്റീവ് പൾമണറി ഡിസീസ് സിഒപിഡി, വിട്ടുമാറാത്ത ചുമ, ചുമയ്ക്കുമ്പോൾ രക്തം വരിക തുടങ്ങിയവ അല്ലെങ്കിൽ മറ്റേതെങ്കിലും ശ്വാസകോശ/ശ്വസന വ്യവസ്ഥ സംബന്ധമായ രോഗം	ഉണ്ട് ഇല്ല	1 2 3 4 5 6 7
7.	ദഹനസംബന്ധമായ അവസ്ഥകൾ/വൈകല്യങ്ങൾ: മഞ്ഞപ്പിത്തം, വിട്ടുമാറാത്ത വയറിളക്കം, കുടലിലെ രക്തസ്രാവം/പ്രശ്നങ്ങൾ/പോളിപ്പുകൾ, പാൻക്രിയാസ്, കരൾ അല്ലെങ്കിൽ പിത്തസഞ്ചി രോഗങ്ങൾ, ഹെപ്പറ്റൈറ്റിസ് എ/ബി/സി/മറ്റുള്ളവ, മഞ്ഞപ്പിത്തം, സിറോസിസ്, വ്യക്തമല്ലാത്ത കാരണങ്ങളാലുള്ള ശരീരഭാരം കുറയുകയോ കൂടുകയോ ചെയ്യൽ, ഈറ്റിംഗ് ഡിസോർഡർ, അല്ലെങ്കിൽ മറ്റേതെങ്കിലും ഗ്യാസ്ട്രോ ഇൻഡസ്റ്റൈനൽ അവസ്ഥ	ഉണ്ട് ഇല്ല	1 2 3 4 5 6 7
8.	കാൻസർ/ട്യൂമർ - ബൈനൈൻ അല്ലെങ്കിൽ മാരകമായ (മാലിഗ്നന്റ്) ട്യൂമർ, എന്തെങ്കിലും തരത്തിലുള്ള വളർച്ച/സിസ്റ്റ്, ഏതെങ്കിലും കാൻസർ	ഉണ്ട് ഇല്ല	1 2 3 4 5 6 7
9.	തലച്ചോറ്/നാഡീവ്യൂഹം/മാനസിക അസ്വാസ്ഥ്യങ്ങൾ/വൈകല്യങ്ങൾ: ബോധക്ഷയം, തലകറക്കം, തരിപ്പ്/മരവിപ്പ്, ബലഹീനത, പക്ഷാഘാതം, തലയ്ക്കേറ്റ പരിക്ക്, സ്ട്രോക്ക്, മൈഗ്രെൻ തലവേദന അല്ലെങ്കിൽ വിട്ടുമാറാത്ത കഠിനമായ തലവേദന, സ്ലീപ്പ് അപ്നിയ, മൾട്ടിപ്പിൾ സ്ക്ലിറോസിസ്, ചുഴലി/ അപസ്മാരം അല്ലെങ്കിൽ മറ്റേതെങ്കിലും തലച്ചോറ്/നാഡീവ്യൂഹ രോഗം, മാനസിക/സൈക്യാട്രിക് വൈകല്യം	ഉണ്ട് ഇല്ല	1 2 3 4 5 6 7
10.	സ്ത്രീ പ്രത്യുത്പാദന വ്യവസ്ഥയിലെ അവസ്ഥകൾ/വൈകല്യങ്ങൾ: പെൽവിക് വേദന, അസാധാരണമായ ആർത്തവ രക്തസ്രാവം, അസാധാരണമായ പാപ് സ്മിയർ (PAP smear), എൻഡോമെട്രിയോസിസ്, ഫൈബ്രോയിഡ്, സിസ്റ്റ്/ഫൈബ്രോ അഡിനോമ, രക്തസ്രാവ വൈകല്യം, പെൽവിക് അണുബാധ അല്ലെങ്കിൽ മറ്റേതെങ്കിലും ഗൈനക്കോളജിക്കൽ / സ്തനങ്ങളിലെ സിസ്റ്റുകൾ/അപൂർവ്വ വളർച്ചകൾ/ട്യൂമർ	ഉണ്ട് ഇല്ല	1 2 3 4 5 6 7
11.	ഇൻഷുറൻസ് പരിരക്ഷ ഉദ്ദേശിക്കുന്ന ഏതെങ്കിലും സ്ത്രീ ഗർഭിണിയാണോ, ഗാർഹിക ഗർഭധാരണ പരിശോധനയിൽ (ഹോം പ്രെഗ്നൻസി ടെസ്റ്റ്) ഫലം പോസിറ്റീവ് ആയിട്ടുണ്ടോ, അല്ലെങ്കിൽ ദത്തെടുക്കൽ പ്രക്രിയയിലോ സറോഗേറ്റ് ആകാനുള്ള പ്രക്രിയയിലോ ആണോ?	ഉണ്ട് ഇല്ല	1 2 3 4 5 6 7
12.	മെറ്റബോളിക്, എൻഡോക്രൈൻ അവസ്ഥകൾ/വൈകല്യങ്ങൾ: അഡ്രീനൽ/പിറ്റ്യൂട്ടറി വൈകല്യങ്ങൾ, ലൂപ്പസ്, സ്ക്ലിറോഡെർമ, തൈറോയ്ഡ് വൈകല്യങ്ങൾ, ഏതെങ്കിലും ഓട്ടോ ഇമ്മ്യൂൺ/ജനിതക വൈകല്യം	ഉണ്ട് ഇല്ല	1 2 3 4 5 6 7
13.	ഇൻഷുറൻസ് പരിരക്ഷ ഉദ്ദേശിക്കുന്ന വ്യക്തിക്ക് വിട്ടുമാറാത്തതോ ദീർഘകാലത്തേക്കുള്ളതോ ആയ ഏതെങ്കിലും ആരോഗ്യപ്രശ്നങ്ങൾ ഉണ്ടോ, അല്ലെങ്കിൽ മറ്റേതെങ്കിലും വൈകല്യമോ അസാധാരണത്വമോ അല്ലെങ്കിൽ വീണ്ടും വീണ്ടും ഉണ്ടാകുന്ന രോഗങ്ങളോ പരിക്കുകളോ ഉണ്ടോ അതോ ദൈനംദിന പ്രവർത്തനങ്ങൾ ചെയ്യാൻ കഴിയാത്ത അവസ്ഥയുണ്ടോ?	ഉണ്ട് ഇല്ല	1 2 3 4 5 6 7
14.	ഇൻഷുറൻസ് പരിരക്ഷ ഉദ്ദേശിക്കുന്ന വ്യക്തി പുകയില ഉൽപ്പന്നങ്ങൾ/സിഗരറ്റുകൾ ഉപയോഗിക്കുകയോ മദ്യം കഴിക്കുകയോ ചെയ്യുന്നുണ്ടോ?	ഉണ്ട് ഇല്ല	1 2 3 4 5 6 7
15.	ഇൻഷുറൻസ് പരിരക്ഷ ഉദ്ദേശിക്കുന്ന ഏതെങ്കിലും വ്യക്തിക്ക് വന്ധ്യതയുമായി ബന്ധപ്പെട്ട എന്തെങ്കിലും പ്രശ്നങ്ങൾ ഉണ്ടോ?	ഉണ്ട് ഇല്ല	1 2 3 4 5 6 7

16.	ഇൻഷുറൻസ് പരിരക്ഷ ഉദ്ദേശിക്കുന്ന ഏതെങ്കിലും വ്യക്തി മറ്റേതെങ്കിലും രോഗാവസ്ഥയ്ക്കോ ലക്ഷണങ്ങൾക്കോ/മാനസികമായ എന്തെങ്കിലും അവസ്ഥയ്ക്കോ ഏതെങ്കിലും ഡോക്ടറെ കാണുകയോ ചികിത്സ തേടുകയോ ചെയ്തിട്ടുണ്ടോ/ആശുപത്രിയിൽ പ്രവേശിപ്പിക്കപ്പെടുകയോ/രോഗം വരികയോ/സർജറിക്ക് വിധേയനാകുകയോ ചെയ്തിട്ടുണ്ടോ/ഏതെങ്കിലും രോഗാവസ്ഥയ്ക്കോ മെഡിക്കൽ നടപടികൾക്കോ (രോഗനിർണ്ണയ പരിശോധനകൾ ഉൾപ്പെടെ) നിലവിൽ മരുന്നുകൾ കഴിക്കുന്നുണ്ടോ?	ഉണ്ട് ഇല്ല	1 2 3 4 5 6 7
17.	ഈ ഇൻഷുറൻസ് പരിരക്ഷയ്ക്കായി അപേക്ഷിക്കുന്നതിന് മുൻപ്, നിങ്ങളോ ഇൻഷുറൻസ് പരിരക്ഷ ഉദ്ദേശിക്കുന്ന ഏതെങ്കിലും വ്യക്തിയോ താഴെ പറയുന്ന ഗുരുതരമായ രോഗങ്ങളിൽ ഏതെങ്കിലും ഉള്ളതായി കണ്ടെത്തുകയോ സർജറിക്ക് വിധേയരാകുകയോ ചെയ്തിട്ടുണ്ടോ - കാൻസർ, ഹൃദയാഘാതം, കൊറോണറി ആർട്ടറി, ബൈപാസ് ഗ്രാഫ്റ്റ്, ഹാർട്ട് വാൽവ് റീപ്ലേസ്മെന്റ്/റിപ്പയർ, കോമ, വൃക്ക തകരാറിലാകൽ, സ്ട്രോക്ക്, ഏതെങ്കിലും അവയവം മാറ്റിവെക്കൽ, പക്ഷാഘാതം, മൾട്ടിപ്പിൾ സ്ക്ലിറോസിസ്, മോട്ടോർ ന്യൂറോൺ ഡിസീസ് അല്ലെങ്കിൽ എച്ച്ഐവി/എയ്ഡ്സ്	ഉണ്ട് ഇല്ല	1 2 3 4 5 6 7
പേഴ്സണൽ ആക്സിഡന്റ് കവറിനായി			
18.	അപേക്ഷകരിൽ ആരെങ്കിലും അപസ്മാരം ഉള്ളവരോ അല്ലെങ്കിൽ എന്തെങ്കിലും ശാരീരികമോ മാനസികമോ ആയ തകരാറുകൾ/വൈകല്യങ്ങൾ/ദുർബലതകൾ/ രൂപവൈകൃതങ്ങൾ അല്ലെങ്കിൽ കാഴ്ച/കേൾവി/സംസാരം/നടപ്പ് എന്നിവയെ ബാധിക്കുന്ന എന്തെങ്കിലും അസുഖമുള്ളവരോ ആണോ?		
19.	അപേക്ഷകന്റെ തൊഴിൽ കാരണം അപകടസാധ്യതയുള്ള പ്രവർത്തനങ്ങളിൽ ഏർപ്പെടേണ്ടതുണ്ടോ അല്ലെങ്കിൽ അപകടകരമായ വസ്തുക്കൾ കൈകാര്യം ചെയ്യേണ്ടതുണ്ടോ അല്ലെങ്കിൽ ഉയരങ്ങളിൽ ജോലി ചെയ്യേണ്ടതുണ്ടോ, ക്യാബിൻ ക്രൂ ആയിട്ടോ, കടൽ/നദി സർവീസ് നടത്തുന്ന കപ്പലുകളിലോ, ഉയർന്ന വോൾട്ടേജിലോ ജോലി ചെയ്യേണ്ടതുണ്ടോ, അതോ സായുധ സേനയുടെ ഭാഗമാണോ?		

സെക്ഷൻ ബി: രോഗത്തിന്റെ പേരും വിവരങ്ങളും/മരുന്ന്/പരിശോധന/സർജറി/ഡയോപ്റ്റർ ഗ്രേഡ് (മുകളിലെ സെക്ഷൻ എ-യിൽ 'ഉണ്ട്' എന്ന് ഉത്തരം നൽകിയ ചോദ്യങ്ങൾക്ക്)	**അവസാനമായി ഡോക്ടറെ കണ്ട തീയതി:**	**ഡോക്ടറുടെ പേര്**	**ആശുപത്രിയുടെ പേരും ഫോൺ നമ്പറും**
ഇൻഷുറൻസ് ലഭിക്കുന്ന വ്യക്തി 1:			
ഇൻഷുറൻസ് ലഭിക്കുന്ന വ്യക്തി 2:			
ഇൻഷുറൻസ് ലഭിക്കുന്ന വ്യക്തി 3:			
ഇൻഷുറൻസ് ലഭിക്കുന്ന വ്യക്തി 4:			
ഇൻഷുറൻസ് ലഭിക്കുന്ന വ്യക്തി 5:			
ഇൻഷുറൻസ് ലഭിക്കുന്ന വ്യക്തി 6:			
ഇൻഷുറൻസ് ലഭിക്കുന്ന വ്യക്തി 7:			

മറ്റെന്തെങ്കിലും വിവരങ്ങൾ: ----------

ആവശ്യമെങ്കിൽ ദയവായി അധിക ഷീറ്റുകൾ ചേർക്കുക.

സെക്ഷൻ സി: പ്രധാനപ്പെട്ട കുറിപ്പുകൾ:

1. ഈ പ്രൊപ്പോസൽ ഫോമിലോ നിങ്ങൾ നൽകിയ മറ്റ് അനുബന്ധ വിവരങ്ങളടങ്ങിയ ഫോമിലോ രേഖകളിലോ നിങ്ങൾ നൽകിയ വിവരങ്ങളും അല്ലെങ്കിൽ നിങ്ങൾക്ക് വേണ്ടി നൽകിയിട്ടുള്ള വിവരങ്ങളും, ഇൻഷുറൻസ് നൽകാനുള്ള ഞങ്ങളുടെ തീരുമാനത്തെയും അത് ഏത് നിബന്ധനകളിൽ നൽകണം എന്നതിനെയും സ്വാധീനിക്കുന്നതാണ്. കൂടാതെ, ഞങ്ങൾ നൽകുന്ന ഏതൊരു പോളിസിയും നിങ്ങൾ ഞങ്ങളുമായി ആശയവിനിമയം നടത്തിയ കാര്യങ്ങളെ അടിസ്ഥാനമാക്കിയുള്ളതായിരിക്കും. അതിനാൽ നിങ്ങളുടെ ഉത്തരങ്ങൾ എല്ലാ കാര്യങ്ങളിലും പൂർണ്ണവും കൃത്യവുമായിരിക്കേണ്ടത് പ്രധാനമാണ്.
2. ഈ പ്രൊപ്പോസലിലെ ചോദ്യങ്ങൾ സൂചകങ്ങൾ മാത്രമാണ്, സമഗ്രമല്ല. ഈ പ്രൊപ്പോസലിലെ ഒരു ചോദ്യത്തിന്റെ വിഷയമല്ലെങ്കിൽ പോലും, ഇൻഷുറൻസ് പരിരക്ഷ ഉറപ്പാക്കേണ്ട അപകടസാധ്യതയുമായി ബന്ധപ്പെട്ട എല്ലാ വിവരങ്ങളും നിങ്ങൾ ഞങ്ങൾക്ക് നൽകേണ്ടതാണ്. ഏതൊക്കെ വിവരങ്ങളാണ് നൽകേണ്ടതെന്ന കാര്യത്തിൽ നിങ്ങൾക്ക് എന്തെങ്കിലും സംശയമുണ്ടെങ്കിൽ, നിങ്ങളുടെ ഇൻഷുറൻസ് ഉപദേശകനുമായോ കമ്പനിയുമായോ ബന്ധപ്പെടേണ്ടതാണ്.
3. നിങ്ങളുടെ പ്രൊപ്പോസൽ സ്വീകരിക്കുന്നത് പൂർണ്ണമായ മെഡിക്കൽ റിപ്പോർട്ടുകൾ ലഭിക്കുന്നതിനും (ബാധകമാകുന്നിടത്തെല്ലാം), മെഡിക്കൽ അണ്ടർറൈറ്റിംഗിനും വിധേയമായിരിക്കും, കൂടാതെ കമ്പനിക്ക് പൂർണ്ണമായ പ്രീമിയം തുക ലഭിച്ചതിന് ശേഷം മാത്രമേ ഇൻഷുറൻസ് പരിരക്ഷ ആരംഭിക്കുകയുള്ളൂ.
4. ഒഴിവാക്കലുകളുടെ/ഉൾപ്പെടുത്തലുകളുടെ ലിസ്റ്റും മറ്റ് പോളിസി വിവരങ്ങളും സൂചകങ്ങൾ മാത്രമാണ്, പൂർണ്ണമായ ലിസ്റ്റിനും സമഗ്രമായ വിവരങ്ങൾക്കും ദയവായി പോളിസി നിബന്ധനകൾ പരിശോധിക്കുക.

സെക്ഷൻ ഡി: ഫാമിലി ഫിസിഷ്യന്റെ വിവരങ്ങൾ:

പേര്	
കോൺടാക്റ്റ് നമ്പർ	

8. പേയ്മെന്റ് വിവരങ്ങൾ

1. **പേയ്മെന്റ് വിവരങ്ങൾ: ദയവായി പേയ്മെന്റ് ഓപ്ഷൻ ടിക്ക് ( ) ചെയ്യുക.** പ്രീമിയം തുക (രൂ.) _____

☐ ക്യാഷ് ☐ ചെക്ക്/നെഫ്റ്റ്/ഡിഡി പേയ്മെന്റ് ഓപ്ഷൻ ☐ ഡിജിറ്റൽ പേയ്മെന്റ്

ചെക്ക്/നെഫ്റ്റ്/ഡിഡി നമ്പർ _____

ചെക്ക്/നെഫ്റ്റ്/ഡിഡി തീയതി ദിദി മാമാ വവവവ ബാങ്ക് _____

2. **നേരിട്ടുള്ള ബാങ്ക് കൈമാറ്റം വഴി ക്ലെയിമുകൾ/റീഫണ്ടുകൾ നൽകുന്നതിന്, ദയവായി താഴെ പറയുന്ന വിവരങ്ങൾ നൽകുക*: (ദയവായി പ്രൊപ്പോസൽ ഫോമിനൊപ്പം ഒരു ക്യാൻസൽ ചെയ്ത ചെക്കും സമർപ്പിക്കുക)**

ബാങ്കിന്റെ പേര് _____ ബ്രാഞ്ച് _____ നഗരം _____

ഐഎഫ്എസ്സി കോഡ് _____ അക്കൗണ്ട് നമ്പർ _____

അക്കൗണ്ട് തരം _____

പ്രഖ്യാപനം:

"മേൽപ്പറഞ്ഞ പോളിസിക്കുള്ള പ്രീമിയമായി ഞാൻ/ഞങ്ങൾ അടച്ച തുക എന്റെ/ഞങ്ങളുടെ നിയമാനുസൃതവും പ്രഖ്യാപിതവുമായ വരുമാന സ്രോതസ്സിൽ നിന്നുള്ളതാണെന്ന് ഞാൻ/ഞങ്ങൾ ഇതിനാൽ പ്രഖ്യാപിക്കുകയും ഉറപ്പുനൽകുകയും ചെയ്യുന്നു."

ഇലക്ട്രോണിക് ക്ലിയറിംഗ് സർവീസ് (ഡെബിറ്റ് ക്ലിയറിംഗ്) മാൻഡേറ്റ് ഫോം

പ്രൊപ്പോസൽ നമ്പർ _____ പോളിസി: _____

സ്വീകർത്താവ്,

മാഗ്മ ജനറൽ ഇൻഷുറൻസ് ലിമിറ്റഡ്, ഇകിനോക്സ് ബിസിനസ് പാർക്ക്, ടവർ 3, അംബേദ്കർ നഗർ, രണ്ടാം നില, യൂണിറ്റ് നമ്പർ 1ബി & 2ബി, എൽബിഎസ് മാർഗ്, കുർള (വെസ്റ്റ്), മുംബൈ – 400070, മഹാരാഷ്ട്ര, ഇന്ത്യ

റഫറൻസ്: ഇലക്ട്രോണിക് ക്ലിയറിംഗ് സർവീസ് വഴി ഫണ്ടുകൾ/പേയ്മെന്റുകൾ <ബാങ്കിന്റെ പേര്> എന്നതിലേക്ക് അയക്കാൻ ഉപഭോക്താവ് നൽകുന്ന അനുമതി പത്രം

ഉപഭോക്താവിന്റെ വിവരങ്ങൾ:

എ) അക്കൗണ്ട് ഉടമയുടെ/ഉടമകളുടെ പേര് (ബാങ്ക് റെക്കോർഡുകളിൽ കാണുന്നതുപോലെ):			
ബി) ബാങ്കിന്റെ പേര്		സി) ബാങ്ക് ബ്രാഞ്ചിന്റെ പേര്	
ഡി) വിലാസം		ഇ) ബ്രാഞ്ച് നഗരം	
എഫ്) അക്കൗണ്ട് തരം		ജി) അക്കൗണ്ട് നമ്പർ	
എച്ച്) ലെഡ്ജർ നമ്പർ/ലെഡ്ജർ ഫോളിയോ നമ്പർ		ഐ) 9 അക്ക എംഐസിആർ കോഡ്	

പ്രഖ്യാപനം:

ഇലക്ട്രോണിക് ക്ലിയറിംഗ് സൗകര്യം പ്രയോജനപ്പെടുത്താൻ ഞാൻ ആഗ്രഹിക്കുന്നു, കൂടാതെ പ്രൊപ്പോസൽ ഫോം നമ്പർ _____ വഴി അപേക്ഷിച്ച എന്റെ ഹെൽത്ത് ഇൻഷുറൻസ് പോളിസിയുടെ പ്രീമിയം തുക ഇലക്ട്രോണിക് ക്ലിയറിംഗ് സിസ്റ്റത്തിൽ (ഇസിഎസ്) പങ്കാളിത്തം വഹിച്ചുകൊണ്ട് ഡെബിറ്റ് ചെയ്യുന്നതിന് എന്റെ നിബന്ധനകളിലില്ലാത്ത അനുമതി ഇതിനാൽ രേഖപ്പെടുത്തുന്നു. പോളിസിക്ക് കീഴിൽ ഇൻഷുറൻസ് പരിരക്ഷയുള്ള ഏറ്റവും പ്രായം കൂടിയ അംഗത്തിന്റെ പ്രായപരിധിയിലുണ്ടാകുന്ന മാറ്റം, ഇൻഷുറൻസ് കമ്പനി വരുത്തുന്ന പ്രീമിയം നിരക്കുകളിലെ മാറ്റം, കാലാകാലങ്ങളിൽ ബാധകമായേക്കാവുന്ന നികുതികൾ, മറ്റ് നിയമപരമായ ലെവികൾ എന്നിവ കാരണം എന്റെ അക്കൗണ്ടിൽ നിന്ന് ഡെബിറ്റ് ചെയ്യേണ്ട പ്രീമിയം തുകയിൽ മാറ്റം വന്നേക്കാം എന്ന് ഞാൻ മനസ്സിലാക്കുകയും അക്കാര്യത്തിന് സമ്മതിക്കുകയും ചെയ്യുന്നു. (പ്രായത്തിലുണ്ടാകുന്ന മാറ്റം മൂലം പുതുക്കൽ സമയത്ത് ബാധകമാകുന്ന ഏകദേശ പ്രീമിയം സംബന്ധിച്ച വിവരങ്ങൾക്കായി ദയവായി പോളിസി രേഖകൾ പരിശോധിക്കുക)

നൽകിയിട്ടുള്ള വിവരങ്ങൾ കൃത്യവും പൂർണ്ണവുമാണെന്ന് ഞാൻ ഇതിനാൽ പ്രഖ്യാപിക്കുന്നു. പോളിസിയിലെ പ്രീമിയം അടയ്ക്കുന്നതിന് വിധേയമായി (ആ ദിവസം ഒരു പ്രവൃത്തിദിനമാണെങ്കിൽ) ഈ ഫോമിൽ ഞാൻ തിരഞ്ഞെടുത്ത നിശ്ചിത തീയതിയിൽ ഇടപാട് നടക്കുമെന്ന് ഞാൻ മനസ്സിലാക്കുകയും അംഗീകരിക്കുകയും ചെയ്യുന്നു. അപൂർണ്ണമോ തെറ്റായതോ ആയ വിവരങ്ങൾ കാരണം ഇടപാട് വൈകുകയോ നടക്കാതിരിക്കുകയോ ചെയ്താൽ, ഞാൻ/ഞങ്ങൾ ഉപയോക്തൃ സ്ഥാപനത്തെ ഉത്തരവാദിയാക്കില്ല. ഈ ഉപയോക്തൃ സ്ഥാപനത്തിൽ നിന്ന്/സ്ഥാപനം വഴി ഈ ഇസിഎസ് ഡെബിറ്റ് സേവനം പ്രയോജനപ്പെടുത്തുന്നതിന് ബാധകമായ എല്ലാ നിബന്ധനകളും വ്യവസ്ഥകളും ഞാൻ/ഞങ്ങൾ വായിച്ചിട്ടുണ്ട്, കൂടാതെ ഈ പദ്ധതിക്ക് കീഴിലെ ഒരു പങ്കാളി എന്ന നിലയിൽ എന്നിൽ നിന്ന്/ഞങ്ങളിൽ നിന്ന് പ്രതീക്ഷിക്കുന്ന ഉത്തരവാദിത്തം നിറവേറ്റുമെന്ന് ഞാൻ/ഞങ്ങൾ സമ്മതിക്കുന്നു.

ഈ ഇസിഎസ് ഡെബിറ്റ് മാൻഡേറ്റ് ഫോം കൈവശമുള്ള മാഗ്മ ജനറൽ ഇൻഷുറൻസ് ലിമിറ്റഡിന്റെ പ്രതിനിധിയെ ഇത് എന്റെ/ഞങ്ങളുടെ ബാങ്ക് വഴി പരിശോധിച്ച് നടപ്പിലാക്കാൻ ഞാൻ/ഞങ്ങൾ ഇതിനാൽ അധികാരപ്പെടുത്തുകയും ചെയ്യുന്നു.

_____ സ്ഥലം: _____ തീയതി: _____

അപേക്ഷകന്റെ ഒപ്പ്

പോളിസിയുടെ ഫിസിക്കൽ കോപ്പി ലഭിക്കാൻ നിങ്ങൾ ആഗ്രഹിക്കുന്നുണ്ടോ? ☐ ഉണ്ട് ☐ ഇല്ല

9. പ്രൊപ്പോസറുടെ ഇലക്ട്രോണിക് ഇൻഷുറൻസ് വിവരങ്ങൾ

ഈ പോളിസി ഒരു eIA-യിൽ ക്രെഡിറ്റ് ചെയ്യാൻ താങ്കൾ ആഗ്രഹിക്കുന്നുണ്ടോ? (ദയവായി ഏതെങ്കിലും ഒന്ന് തിരഞ്ഞെടുക്കുക)

☐ ഇല്ല, എനിക്ക് ഒരു eIA ഇല്ല, ഒരെണ്ണം തുറക്കാൻ ഞാൻ ആഗ്രഹിക്കുന്നില്ല

☐ ഉണ്ട്, ഈ പോളിസി എന്റെ ഇ-ഇൻഷുറൻസ് അക്കൗണ്ടിലേക്ക് ക്രെഡിറ്റ് ചെയ്യുക

ഉണ്ട് എങ്കിൽ, നിലവിലുള്ള ഇ-ഇൻഷുറൻസ് അക്കൗണ്ട് നമ്പർ നൽകുക _____

ദയവായി ഇൻഷുറൻസ് റിപ്പോസിറ്ററി പേര് തിരഞ്ഞെടുക്കുക (ഏതിലാണോ താങ്കൾ അക്കൗണ്ട് തുറന്നത് അത്)

☐ M/s എൻഎസ്ഡിഎൽ ഡാറ്റാബേസ് മാനേജ്മെന്റ് ലിമിറ്റഡ്

☐ M/s കാർവി ഇൻഷുറൻസ് റിപ്പോസിറ്ററി ലിമിറ്റഡ്

☐ M/s സെൻട്രൽ ഇൻഷുറൻസ് റിപ്പോസിറ്ററി ലിമിറ്റഡ്

☐ M/s സിഎഎംഎസ് റിപ്പോസിറ്ററി സർവീസസ് ലിമിറ്റഡ്

☐ M/s എസ്എച്ച്സിഐഎൽ പ്രൊജക്ട്സ് ലിമിറ്റഡ് (ദയവായി ഏതെങ്കിലും ഒന്ന് തിരഞ്ഞെടുക്കുക)

അല്ലെങ്കിൽ

എനിക്ക് നിലവിൽ ഇ-ഇൻഷുറൻസ് അക്കൗണ്ട് ഇല്ല, ഒരു പുതിയ ഇ-ഇൻഷുറൻസ് അക്കൗണ്ട് തുടങ്ങാൻ എനിക്ക് താൽപ്പര്യമുണ്ട് (ദയവായി പ്രസക്തമായ രേഖകൾക്കൊപ്പം ഇലക്ട്രോണിക് ഇൻഷുറൻസ് അക്കൗണ്ട് ഓപ്പണിംഗ് (eIA ഫോം) സമർപ്പിക്കുക)

എന്റെ CKYC നമ്പർ (സെൻട്രൽ നോ യുവർ കസ്റ്റമർ രജിസ്ട്രി നമ്പർ) (ലഭ്യമെങ്കിൽ): _____

പ്രതിനിധിയുടെ വിശദാംശങ്ങൾ (പ്രൊപ്പോസറുടെയും പ്രാഥമിക ഇൻഷുററുടെയും പേരിലല്ലാതെ മറ്റാരുടെയെങ്കിലും പേരിൽ eIA തുറക്കണമെങ്കിൽ മാത്രം)

ആദ്യ നാമം: .....

മധ്യനാമം: .....

അവസാന നാമം: .....

ലിംഗഭേദം: .....

ജനനത്തീയതി: .....

പാൻ: .....

മേൽവിലാസം വരി 1: .....

മേൽവിലാസം വരി 2: .....

മേൽവിലാസം വരി 3: .....

പിൻകോഡ്: .....

ടെലിഫോൺ നമ്പർ: .....

മൊബൈൽ നമ്പർ: .....

ബന്ധം: .....

മറ്റ് ബന്ധം: .....

ഇമെയിൽ ഐഡി: .....

യുഐഡി: .....

അടയാളം: .....

സംസ്ഥാനം: .....

നഗരം: .....

രാജ്യം: .....

10. പ്രഖ്യാപനങ്ങൾ:

1. പ്രഖ്യാപനം

- എന്റെ പേരിലും ഇൻഷുറൻസ് പരിരക്ഷ ഉദ്ദേശിക്കുന്ന മറ്റ് എല്ലാ വ്യക്തികൾക്കും വേണ്ടിയും, ഞാൻ നൽകിയ മുകളിലെ പ്രസ്താവനകളും ഉത്തരങ്ങളും കൂടാതെ/അല്ലെങ്കിൽ വിവരങ്ങളും എന്റെ അറിവിൽ എല്ലാവിധത്തിലും സത്യവും പൂർണ്ണവുമാണെന്നും ഈ മറ്റ് വ്യക്തികൾക്ക് വേണ്ടി പ്രൊപ്പോസൽ സമർപ്പിക്കാൻ എന്നെ ചുമതലപ്പെടുത്തിയിട്ടുണ്ടെന്നും ഞാൻ ഇതിനാൽ പ്രഖ്യാപിക്കുന്നു.
- ഞാൻ നൽകുന്ന വിവരങ്ങൾ ഇൻഷുറൻസ് പോളിസിയുടെ അടിസ്ഥാനമായിരിക്കുമെന്നും, ഇത് ഇൻഷുറൻസ് കമ്പനിയുടെ ബോർഡ് അംഗീകരിച്ച അണ്ടർറൈറ്റിംഗ് പോളിസിക്ക് വിധേയമായിരിക്കുമെന്നും, ഈടാക്കാവുന്ന പ്രീമിയം തുക പൂർണ്ണമായി അടച്ചതിന് ശേഷം മാത്രമേ പോളിസി നിലവിൽ വരികയുള്ളൂ എന്നും ഞാൻ മനസ്സിലാക്കുന്നു.
- പ്രൊപ്പോസൽ സമർപ്പിച്ചതിന് ശേഷവും എന്നാൽ കമ്പനി റിസ്ക് അക്സപ്റ്റൻസ് അറിയിക്കുന്നതിന് മുൻപും, ഇൻഷുറൻസ് പരിരക്ഷ ഉദ്ദേശിക്കുന്ന വ്യക്തിയുടെയോ/പ്രൊപ്പോസറുടെയോ തൊഴിലിലോ പൊതുവായ ആരോഗ്യസ്ഥിതിയിലോ എന്തെങ്കിലും മാറ്റമുണ്ടായാൽ അത് രേഖാമൂലം അറിയിക്കുമെന്ന് ഞാൻ വീണ്ടും പ്രഖ്യാപിക്കുന്നു.
- ഇൻഷുറൻസ് പരിരക്ഷ ഉദ്ദേശിക്കുന്ന വ്യക്തിയെ/പ്രൊപ്പോസറെ ഏതെങ്കിലും സമയത്ത് പരിശോധിച്ചിട്ടുള്ള ഏതെങ്കിലും ഡോക്ടറിൽ നിന്നോ ആശുപത്രിയിൽ നിന്നോ അല്ലെങ്കിൽ മുൻപത്തെ അല്ലെങ്കിൽ നിലവിലുള്ള തൊഴിലുടമയിൽ നിന്നോ ആ വ്യക്തിയുടെ ശാരീരികമോ മാനസികമോ ആയ ആരോഗ്യത്തെ ബാധിക്കുന്ന എന്തെങ്കിലും മെഡിക്കൽ വിവരങ്ങൾ തേടുന്നതിനും, പ്രൊപ്പോസൽ അണ്ടർറൈറ്റിംഗ് ചെയ്യുന്നതിനും കൂടാതെ/അല്ലെങ്കിൽ ക്ലെയിം സെറ്റിൽമെന്റ് ആവശ്യങ്ങൾക്കുമായി ഇൻഷുറൻസ് പരിരക്ഷ ഉദ്ദേശിക്കുന്ന വ്യക്തിക്ക്/പ്രൊപ്പോസർക്ക് വേണ്ടി ഇൻഷുറൻസ് അപേക്ഷ സമർപ്പിച്ചിട്ടുള്ള ഏതൊരു ഇൻഷുറൻസ് കമ്പനിയിൽ നിന്നും വിവരങ്ങൾ തേടുന്നതിനും കമ്പനിക്ക് ഞാൻ അനുമതി നൽകുന്നു.
- പ്രൊപ്പോസൽ അണ്ടർറൈറ്റിംഗ് ചെയ്യുന്നതിനും കൂടാതെ/അല്ലെങ്കിൽ ക്ലെയിം സെറ്റിൽമെന്റ് ആവശ്യങ്ങൾക്കുമായി മാത്രം ഇൻഷുറൻസ് ലഭിക്കുന്ന വ്യക്തിയുടെ/പ്രൊപ്പോസറുടെ മെഡിക്കൽ റെക്കോർഡുകൾ ഉൾപ്പെടെയുള്ള എന്റെ പ്രൊപ്പോസലുമായി ബന്ധപ്പെട്ട വിവരങ്ങൾ പങ്കുവെക്കുന്നതിനും ഏതെങ്കിലും സർക്കാർ കൂടാതെ/അല്ലെങ്കിൽ റെഗുലേറ്ററി അതോറിറ്റിയുമായി അവ പങ്കുവെക്കുന്നതിനും ഞാൻ കമ്പനിയെ അധികാരപ്പെടുത്തുന്നു.

തീയതി: ദിദി മാമാ വവവവ പ്രൊപ്പോസറുടെ ഒപ്പ്: _____

സ്ഥലം: _____ പ്രൊപ്പോസറുടെ പേര്: _____

2. ഇലക്ട്രോണിക് പോളിസി പൂർത്തീകരണത്തിനും സർവീസ് ആശയവിനിമയങ്ങൾക്കുമുള്ള അനുമതി പത്രം

പോളിസി രേഖകൾ എനിക്ക് _____ (ദയവായി നിങ്ങളുടെ ഇമെയിൽ ഐഡി നൽകുക) എന്ന ഇമെയിൽ വിലാസത്തിലോ മുകളിൽ നൽകിയിട്ടുള്ള എന്റെ മൊബൈൽ നമ്പറിലേക്ക് എസ്എംഎസ് വഴിയോ അയക്കാവുന്നതാണെന്ന് ഞാൻ ഇതിനാൽ സമ്മതിക്കുന്നു.

__ കമ്പനിയുടെ പ്രത്യേക അല്ലെങ്കിൽ നിലവിലുള്ള ഏതെങ്കിലും പോളിസിയുമായി ബന്ധപ്പെട്ട് കാലാകാലങ്ങളിൽ ബാധകമായ നിയമത്തിലെ വ്യവസ്ഥകൾക്ക് വിധേയമായി സ്വാഗത കോളുകൾ, സർവീസ് കോളുകൾ അല്ലെങ്കിൽ മറ്റേതെങ്കിലും ആശയവിനിമയം (ഇലക്ട്രോണിക് അല്ലെങ്കിൽ മറ്റേതെങ്കിലും) നടത്താൻ മാഗ്മ ജനറൽ ഇൻഷുറൻസ് ലിമിറ്റഡിന് ("കമ്പനി") ഞാൻ ഇതിനാൽ സമ്മതം നൽകുകയും അധികാരപ്പെടുത്തുകയും ചെയ്യുന്നു.

പോളിസി സംബന്ധമായ എല്ലാ ആശയവിനിമയങ്ങളും എന്റെ വാട്ട്സ്ആപ്പ് നമ്പറിൽ ലഭിക്കാൻ ഞാൻ ആഗ്രഹിക്കുന്നു.

വാട്ട്സ്ആപ്പ് നമ്പർ: _____

തീയതി: ദിദി മാമാ വവവവ പ്രൊപ്പോസറുടെ ഒപ്പ്: _____

സ്ഥലം: _____ പ്രൊപ്പോസറുടെ പേര്: _____

3. പ്രാദേശിക ഭാഷാ പ്രഖ്യാപനം

മാഗ്മ ജനറൽ ഇൻഷുറൻസ് ലിമിറ്റഡിൽ നിന്ന് ആരോഗ്യ ഇൻഷുറൻസ് ലഭിക്കുന്നതിന് അനുബന്ധമായ പ്രൊപ്പോസൽ ഫോമിന്റെ ഉള്ളടക്കവും മറ്റ് എല്ലാ രേഖകളും പ്രൊപ്പോസർക്ക് മനസ്സിലാകുന്ന ഭാഷയിൽ ഞാൻ പൂർണ്ണമായി വിശദീകരിച്ചിട്ടുണ്ടെന്ന് ഞാൻ ഇതിനാൽ പ്രഖ്യാപിക്കുന്നു. ഇത് അദ്ദേഹം/അവർ പൂർണ്ണമായി മനസ്സിലാക്കുകയും പ്രൊപ്പോസർ നൽകിയ വിവരങ്ങൾ അനുസരിച്ച് മറുപടികൾ രേഖപ്പെടുത്തുകയും ചെയ്തിട്ടുണ്ട്. മറുപടികൾ പ്രൊപ്പോസർ വായിച്ചു കേൾപ്പിക്കുകയും പൂർണ്ണമായി മനസ്സിലാക്കുകയും സ്ഥിരീകരിക്കുകയും ചെയ്തു.

പ്രഖ്യാപകന്റെ പേര് _____

പ്രൊപ്പോസറുമായുള്ള ബന്ധം _____

പ്രഖ്യാപകന്റെ ഒപ്പ്: _____ പ്രാദേശിക ഭാഷയിൽ അപേക്ഷകന്റെ ഒപ്പ്: _____

തീയതി: _____

4. ഇന്റർമീഡിയറിയുടെ പ്രഖ്യാപനം

കോർപ്പറേറ്റ് ഏജന്റ്/ബ്രോക്കർ/ഐഎംഎഫ് (IMF)/വെബ് അഗ്രഗേറ്റർ എന്നിവരുടെ എസ്പി (SP)/പിഒഎസ്പി (POSP)/ബിക്യൂപി (BQP)/നിർദ്ദിഷ്ട വ്യക്തി/അംഗീകൃത പരിശോധകൻ/അംഗീകൃത വിൽപ്പനക്കാരൻ എന്ന നിലയിൽ _____ (പൂർണ്ണ നാമം) ആയ ഞാൻ, ഈ പ്രൊപ്പോസൽ ഫോമിലെ എല്ലാ ഉള്ളടക്കങ്ങളും, ഈ പ്രൊപ്പോസൽ ഫോമിൽ അടങ്ങിയിരിക്കുന്ന ചോദ്യങ്ങളുടെ സ്വഭാവം ഉൾപ്പെടെ, പ്രൊപ്പോസർക്ക് അദ്ദേഹം/അവർ സമർപ്പിച്ച പ്രസ്താവന(കൾ), വിവരങ്ങൾ, പ്രതികരണം(ങ്ങൾ) എന്നിവ ഉൾപ്പെടെ വിശദീകരിച്ചിട്ടുണ്ടെന്ന് ഇതിനാൽ പ്രഖ്യാപിക്കുന്നു, പോളിസി നൽകുന്നതിനായി കമ്പനി ഈ പ്രൊപ്പോസൽ അംഗീകരിച്ചാൽ, അത് ഇവിടെ ആവശ്യപ്പെടുന്ന ഏതെങ്കിലും വിശദാംശങ്ങൾ കമ്പനിയും പ്രൊപ്പോസറും തമ്മിലുള്ള ഇൻഷുറൻസ് കരാറിന്റെ അടിസ്ഥാനമായിരിക്കും. സമർപ്പിച്ച/സമർപ്പിച്ചേക്കാവുന്ന ഈ പ്രൊപ്പോസൽ ഫോമിൽ/അനുബന്ധം(ങ്ങൾ), സത്യവാങ്മൂലങ്ങൾ, പ്രസ്താവനകൾ, സമർപ്പിക്കലുകൾ ഉൾപ്പെടെയുള്ളവയിൽ ഏതെങ്കിലും അസത്യമായ പ്രസ്താവന(കൾ)/വിവരങ്ങൾ/പ്രതികരണങ്ങൾ എന്നിവ ഉണ്ടെങ്കിൽ/അല്ലെങ്കിൽ ഏതെങ്കിലും മെറ്റീരിയൽ വെളിപ്പെടുത്താതിരിക്കൽ എന്നിവ ഉണ്ടെങ്കിൽ, ഈ പ്രൊപ്പോസലിന് അനുസൃതമായി അദ്ദേഹത്തിന്/ അവർക്ക് നൽകിയ പോളിസി കമ്പനി അസാധുവായി കണക്കാക്കുകയും പോളിസി പ്രകാരം അടച്ച എല്ലാ പ്രീമിയവും അസാധുവാകുകയും ചെയ്യും.

ഫങ്ഷണൽ/യൂണിക് ഐഡി (SP/POSP/BQP/DP/AV/ASP): _____

ബ്രാഞ്ച് മൊബൈൽ/ഫോൺ നമ്പർ: _____ ബ്രാഞ്ച് ഇമെയിൽ വിലാസം: _____

തീയതി: ദിദി മാമാ വവവവ ഇൻഷുറൻസ് ഉപദേഷ്ടാവിന്റെ ഒപ്പ്: _____

ഈ പോളിസിക്ക് കീഴിൽ ലഭ്യമായ എല്ലാ സവിശേഷതകളും/ആനുകൂല്യങ്ങളും ഞാൻ മനസ്സിലാക്കിയിട്ടുണ്ടെന്ന് ഞാൻ [പ്രൊപ്പോസറുടെ പേര്] സ്ഥിരീകരിക്കുന്നു.

പ്രൊപ്പോസറുടെ ഒപ്പ്: _____

തീയതി: _____

5. പ്രൊപ്പോസറുടെ പ്രഖ്യാപനം

(ഏതെങ്കിലും കാരണത്താൽ പ്രൊപ്പോസലും മറ്റ് ബന്ധപ്പെട്ട രേഖകളും പ്രൊപ്പോസർ നേരിട്ട് പൂരിപ്പിക്കാത്ത സാഹചര്യത്തിലുള്ള സർട്ടിഫിക്കേഷൻ). പ്രൊപ്പോസൽ ഫോമിലെയും ബന്ധപ്പെട്ട രേഖകളിലെയും ഉള്ളടക്കം എനിക്ക് പൂർണ്ണമായി വിശദീകരിച്ചു തന്നിട്ടുണ്ട്, കൂടാതെ നിർദ്ദിഷ്ട കരാറിന്റെ പ്രാധാന്യം ഞാൻ പൂർണ്ണമായി മനസ്സിലാക്കിയിട്ടുണ്ട്. എന്റെ നിർദ്ദേശപ്രകാരം പ്രൊപ്പോസൽ ഫോം പൂരിപ്പിച്ചത് _____ ആണ്, അത് കൃത്യമാണെന്ന് ഞാൻ കണ്ടെത്തുകയും ചെയ്തു.

തീയതി: ദിദി മാമാ വവവവ

പ്രൊപ്പോസറുടെ ഒപ്പ്: _____

തീയതി: _____

6. എഎംഎൽ മാർഗ്ഗനിർദ്ദേശങ്ങൾ

1. ഭാവിയിൽ അടച്ച/അടയ്ക്കേണ്ട എല്ലാ പ്രീമിയങ്ങളും സത്യസന്ധമായ സ്രോതസ്സുകളിൽ നിന്നാണെന്നും കുറ്റകൃത്യത്തിന്റെ ഫലമായുണ്ടാകുന്ന വരുമാനത്തിൽ നിന്നല്ലെന്നും, അത്തരം പ്രീമിയങ്ങൾ എന്റെ/ഞങ്ങളുടെ വരുമാനത്തിന് ആനുപാതികമല്ലാത്തതല്ലെന്നും ഞാൻ/ഞങ്ങൾ ഇതിനാൽ സ്ഥിരീകരിക്കുന്നു. ഇന്ത്യയിലെ കള്ളപ്പണം വെളുപ്പിക്കൽ തടയൽ നിയമത്തെ നേരിട്ടോ അല്ലാതെയോ നിയന്ത്രിക്കുന്ന ഏതെങ്കിലും ചട്ടങ്ങൾ പ്രകാരം ഏതെങ്കിലും ബഹുമാനപ്പെട്ട കോടതി എന്നെ/ഞങ്ങളെ കുറ്റക്കാരനാണെന്ന് കണ്ടെത്തിയാൽ, ഫണ്ടുകളുടെ ഉറവിടങ്ങൾ സ്ഥാപിക്കുന്നതിന് അധിക രേഖകൾ ആവശ്യപ്പെടുന്നതിനും ഇൻഷുറൻസ് പോളിസി റദ്ദാക്കുന്നതിനും കമ്പനിക്ക് അവകാശമുണ്ടെന്ന് ഞാൻ/ഞങ്ങൾ മനസ്സിലാക്കുന്നു.

തീയതി: ദിദി മാമാ വവവവ പ്രൊപ്പോസറുടെ ഒപ്പ്: _____

നിങ്ങളോ പ്രൊപ്പോസൽ അപേക്ഷകരിൽ ആരെങ്കിലുമോ പിഇപി*-മാരോ അല്ലെങ്കിൽ പിഇപി*-മാരുടെ 'അടുത്ത കൂട്ടാളികളോ', 'കുടുംബാംഗങ്ങളോ' ആണോ?

☐ ഉണ്ട് ☐ ഇല്ല

ഉണ്ട് എന്നാണെങ്കിൽ, ദയവായി "രാഷ്ട്രീയമായി സ്വാധീനമുള്ള വ്യക്തികളുടെ" (പിഇപി) വിവരങ്ങൾ പങ്കിടുക:

* രാഷ്ട്രീയമായി സ്വാധീനമുള്ള വ്യക്തികൾ' (പിഇപി) എന്നാൽ ഒരു വിദേശ രാജ്യത്ത് പ്രമുഖമായ പൊതു ചുമതലകൾ ഏൽപ്പിക്കപ്പെട്ടിട്ടുള്ളതോ അല്ലെങ്കിൽ മുൻപ് വഹിച്ചിട്ടുള്ളതോ ആയ വ്യക്തികളാണ്. ഇതിൽ ഭരണത്തലവന്മാർ/ ഗവൺമെന്റ് തലവന്മാർ, മുതിർന്ന രാഷ്ട്രീയ നേതാക്കൾ, മുതിർന്ന സർക്കാർ/ജുഡീഷ്യൽ/മിലിട്ടറി ഉദ്യോഗസ്ഥർ, സർക്കാർ ഉടമസ്ഥതയിലുള്ള കോർപ്പറേഷനുകളിലെ മുതിർന്ന എക്സിക്യൂട്ടീവുകൾ, പ്രധാനപ്പെട്ട രാഷ്ട്രീയ പാർട്ടി ഭാരവാഹികൾ തുടങ്ങിയവർ ഉൾപ്പെടുന്നു.

2. പോളിസി ഉടമയുടെ തരം/പ്രൊപ്പോസറുടെ തരം:

(i) വ്യക്തി
(ii) കോർപ്പറേഷനുകൾ
(iii) ട്രസ്റ്റ് (ദർപ്പൺ ഐഡി: .....)
(iv) ഗവൺമെന്റ്
(v) പാർട്ട്ണർഷിപ്പ്/എൽഎൽപി
(vi) സർക്കാരിതര സംഘടനകൾ
(vii) സഹകരണ സ്ഥാപനങ്ങൾ
(viii) സൊസൈറ്റി
(ix) പ്രൈവറ്റ് ലിമിറ്റഡ് കമ്പനി
(x) പബ്ലിക് ലിമിറ്റഡ് കമ്പനി
(xi) മറ്റുള്ളവ, ദയവായി വ്യക്തമാക്കുക ----------

3. ഫണ്ടിന്റെ ഉറവിടം:

ബിസിനസ്: ---------- ശമ്പളക്കാർ: ---------- മറ്റുള്ളവർ (ദയവായി വ്യക്തമാക്കുക) ----------

8. വൈകല്യ പ്രഖ്യാപനം (ഡിസബിലിറ്റി ഡിക്ലറേഷൻ)

"പ്രൊപ്പോസൽ ഫോം ഞാൻ നൽകിയ വിവരങ്ങൾ അനുസരിച്ചാണ് പൂരിപ്പിച്ചിരിക്കുന്നത് എന്ന് പ്രൊപ്പോസറായ ഞാൻ < > (പ്രൊപ്പോസറുടെ പേര്) സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തുന്നു. ഈ പ്രൊപ്പോസൽ ഫോം പൂരിപ്പിക്കുന്നതിനും എനിക്ക് സഹായം നൽകുന്നതിനും എന്റെ പേരിൽ ആവശ്യമായ പ്രഖ്യാപനങ്ങൾ നടത്തുന്നതിനുമായി, എന്റെ. < > (പ്രൊപ്പോസറുമായുള്ള ബന്ധം) ആയ, < > (മേൽവിലാസം) എന്ന സ്ഥലത്ത് താമസിക്കുന്ന പ്രായപൂർത്തിയായ < > (പ്രതിനിധിയുടെ പൂർണ്ണമായ പേര്) എന്ന വ്യക്തിയെ എന്റെ പ്രതിനിധിയായി ഞാൻ അധികാരപ്പെടുത്തുന്നു.

പ്രൊപ്പോസറുടെ ഒപ്പ്: _____

പ്രൊപ്പോസൽ ഫോമിലെ ഉള്ളടക്കങ്ങളും മാഗ്മ ജനറൽ ഇൻഷുറൻസിൽ നിന്ന് ഈ ഇൻഷുറൻസ് പോളിസി പ്രയോജനപ്പെടുത്തുന്നതിന് ആവശ്യമായ മറ്റ് എല്ലാ രേഖകളും ഞാൻ പ്രൊപ്പോസറെ വായിച്ചു കേൾപ്പിക്കുകയും വിശദീകരിക്കുകയും ചെയ്തിട്ടുണ്ടെന്നും അവർ അത് പൂർണ്ണമായി മനസ്സിലാക്കിയിട്ടുണ്ടെന്നും പ്രതിനിധിയായ ഞാൻ < > ഇതിനാൽ സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തുന്നു. ഇതിൽ പ്രസ്താവിച്ചിരിക്കുന്ന വിവരങ്ങൾ എന്റെ അറിവിലും വിശ്വാസത്തിലും സത്യവും കൃത്യവുമാണെന്ന് ഞാൻ പ്രഖ്യാപിക്കുന്നു.

പ്രതിനിധിയുടെ ഒപ്പ്: _____

11. പൊതുവായ വിവരങ്ങൾ

1. ജാഗ്രത നിർദ്ദേശം

നിങ്ങളുമായും ഇൻഷുറൻസ് പരിരക്ഷ ഉദ്ദേശിക്കുന്ന ഓരോ വ്യക്തിയുമായും ബന്ധപ്പെട്ട് അപകടസാധ്യത ഏറ്റെടുക്കുന്നതിന് പ്രസക്തമായ എല്ലാ വിവരങ്ങളും പൂർണ്ണമായും തുറന്നുപറയാൻ നിങ്ങൾ ബാധ്യസ്ഥനാണ്. പോളിസി നൽകാനുള്ള ഞങ്ങളുടെ തീരുമാനത്തെയോ അല്ലെങ്കിൽ അത് ഏത് നിബന്ധനകളിൽ നൽകണം എന്നതിനെയോ സ്വാധീനിക്കുന്ന ഒരു വിവരവും നിങ്ങൾ ഞങ്ങളോട് തെറ്റായി ബോധ്യപ്പെടുത്താൻ പാടില്ല. പോളിസി നൽകുന്നത് വരെ ഈ ബാധ്യത തുടരുന്നതാണ്, മാത്രമല്ല, പ്രൊപ്പോസൽ ഫോം സമർപ്പിക്കുന്നതോടെ ഇത് അവസാനിക്കുന്നതുമല്ല. അതിനാൽ, ഇവിടെ നൽകിയിട്ടുള്ള വിവരങ്ങളിൽ എന്തെങ്കിലും മാറ്റമുണ്ടാകുകയോ അല്ലെങ്കിൽ പോളിസി നൽകുന്നതിന് മുൻപ് പുതിയ വിവരങ്ങൾ ശ്രദ്ധയിൽപ്പെടുകയോ ചെയ്താൽ, നിങ്ങൾ താമസംവിനാ അത് രേഖാമൂലം ഞങ്ങളെ അറിയിക്കേണ്ടതാണ്. ആവശ്യപ്പെട്ടതനുസരിച്ചോ അല്ലാതെയോ ഉള്ള അധിക വിവരങ്ങൾ നൽകാൻ ഇവിടെ സ്ഥലം തികയാതെ വരികയാണെങ്കിൽ, ദയവായി ഒപ്പിട്ട ഒരു അധിക ഷീറ്റ് ഇതിനൊപ്പം സമർപ്പിക്കേണ്ടതാണ്. വിവരങ്ങൾ വെളിപ്പെടുത്തുന്നതിലുള്ള ബാധ്യതകൾ ലംഘിക്കപ്പെടുകയാണെങ്കിൽ, അത്തരം ലംഘനം ഇതിനകം ഇഷ്യൂ ചെയ്തിട്ടുള്ള ഏതൊരു പോളിസിയും അസാധുവാക്കാൻ ഇടയാക്കിയേക്കാം.

ഇൻഷുറൻസ് നിയമം (ഭേദഗതി) നിയമം, 2015 ലെ സെക്ഷൻ 41 പ്രകാരം റിബേറ്റുകളുടെ നിരോധനം

1. ഇന്ത്യയിലെ ജീവനോ സ്വത്തിനോ ബന്ധപ്പെട്ട ഏതെങ്കിലും തരത്തിലുള്ള അപകടസാധ്യതയുമായി ബന്ധപ്പെട്ട് ഒരു വ്യക്തി ഇൻഷുറൻസ് എടുക്കാനോ പുതുക്കാനോ തുടരാനോ ആ വ്യക്തിയ്ക്ക് നേരിട്ടോ അല്ലാതെയോ പ്രോത്സാഹനമായി അടയ്ക്കേണ്ട കമ്മീഷന്റെ ഭാഗമോ മുഴുവനായോ അല്ലെങ്കിൽ പോളിസിയിൽ കാണിച്ചിരിക്കുന്ന പ്രീമിയത്തിൽ കിഴിവ് അനുവദിക്കുകയോ അനുവദിക്കുമെന്ന് വാഗ്ദാനം ചെയ്യുകയോ ചെയ്യരുത്, കൂടാതെ പോളിസി എടുക്കുകയോ തുടരുകയോ ചെയ്യുന്ന ഏതൊരു വ്യക്തിയും ഇൻഷുററുടെ പ്രസിദ്ധീകരിച്ച പ്രോസ്പെക്ടസ് അല്ലെങ്കിൽ പട്ടികകൾ അനുസരിച്ച് അനുവദിച്ചേക്കാവുന്ന റിബേറ്റ് ഒഴികെയുള്ള ഏതെങ്കിലും റിബേറ്റ് സ്വീകരിക്കുകയോ ചെയ്യരുത്. ഈ സെക്ഷനിലെ വ്യവസ്ഥകൾ പാലിക്കുന്നതിൽ വീഴ്ച വരുത്തുന്ന ഏതൊരു വ്യക്തിയും പത്ത് ലക്ഷം രൂപ വരെയുള്ള പിഴ ശിക്ഷയ്ക്ക് വിധേയനായേക്കാവുന്നതാണ്.

2. എന്നിരുന്നാലും, ഒരു ഇൻഷുറൻസ് ഏജന്റ് തന്റെ സ്വന്തം ലൈഫ് , ഹെൽത്ത് അല്ലെങ്കിൽ പ്രോപ്പർട്ടി എന്നിവയുമായി ബന്ധപ്പെട്ട അപകടസാധ്യതകൾക്കായി എടുത്ത ഏതെങ്കിലും തരത്തിലുള്ള ഇൻഷുറൻസ് പോളിസിയുമായി ബന്ധപ്പെട്ട് കമ്മീഷൻ കൈപ്പറ്റുന്നത്, അത്തരം കൈപ്പറ്റൽ സമയത്ത് ഇൻഷുറൻസ് ഏജന്റ് താൻ ഇൻഷുറർ നിയമിച്ച ഒരു യഥാർത്ഥ ഇൻഷുറൻസ് ഏജന്റാണെന്ന് തെളിയിക്കുന്ന നിശ്ചിത വ്യവസ്ഥകൾ പാലിക്കുന്നുണ്ടെങ്കിൽ, ഈ സബ്-സെക്ഷന്റെ അടിസ്ഥാനത്തിൽ പ്രീമിയത്തിന്റെ റിബേറ്റ് സ്വീകരിച്ചതായി കണക്കാക്കില്ല.

അക്നോളജ്മെന്റ്

പ്രൊപ്പോസൽ നമ്പർ: തീയതി: ദിദി മാമാ വവവവ

നിങ്ങളുടെ പ്രൊപ്പോസലും ---------- തീയതിയിൽ ---------- ബാങ്കിൽ നിന്ന് എടുത്ത ചെക്ക്/നെഫ്റ്റ്/ ഡിമാൻഡ് ഡ്രാഫ്റ്റ്/പണം/ മറ്റുള്ളവ ---------- മുഖേനയുള്ള തുക. രൂ ---------- ലഭിച്ചതായി ഞങ്ങൾ നന്ദിയോടെ സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തുന്നു.

ഇൻഷുറൻസിനായി പൂരിപ്പിച്ച പ്രൊപ്പോസൽ ഞങ്ങൾക്ക് സമർപ്പിച്ചു എന്നതോ ആവശ്യപ്പെട്ട ഏതെങ്കിലും പോളിസിക്കായി പണം അടച്ചു എന്നതോ പോളിസി നൽകാൻ ഞങ്ങളെ ബാധ്യസ്ഥരാക്കുന്നില്ല, ഈ തീരുമാനം എപ്പോഴും ഞങ്ങളുടെ പൂർണ്ണവും കേവലവുമായ വിവേചനാധികാരത്തിൽ മാത്രമായിരിക്കും. ഞങ്ങൾ ഇൻഷുറൻസ് പ്രൊപ്പോസൽ സ്വീകരിക്കുകയാണെങ്കിൽ അത് പോളിസി നിബന്ധനകൾക്കും വ്യവസ്ഥകൾക്കും വിധേയമായിരിക്കും, കൂടാതെ പ്രീമിയം തുക പൂർണ്ണമായും കൃത്യസമയത്തും ഞങ്ങൾക്ക് ലഭിച്ചില്ലെങ്കിലോ അത് അക്കൌണ്ടിൽ മാറി കിട്ടിയിട്ടില്ലെങ്കിലോ ഞങ്ങൾക്ക് ഇക്കാര്യത്തിൽ യാതൊരുവിധ ബാധ്യതയും ഉണ്ടായിരിക്കുന്നതല്ല.

തുക സ്വീകരിച്ച വ്യക്തിയുടെ ഒപ്പും ഓഫീസ് സീലും
