

വൺഹെൽത്ത് പ്രൊപ്പോസൽ ഫോം.

പ്രൊപ്പോസൽ നമ്പർ _____

Table with 2 columns: Information (e.g., Insured Name, Address, Date of Birth) and Details (e.g., Policy Name, Agent Name).

ഫോം പൂരിപ്പിക്കുന്നതിനുള്ള മാർഗ്ഗനിർദ്ദേശങ്ങൾ (പ്രൊപ്പോസർ പൂരിപ്പിക്കേണ്ടത്)
എല്ലാ ചോദ്യങ്ങൾക്കും പൂർണ്ണമായും കൃത്യമായും ഉത്തരം നൽകുക. ഞങ്ങൾ പ്രദാനം ചെയ്യുന്ന എസ് ഇൻഷുറൻസ് പോളിസിയിലേക്കും അടിസ്ഥാനം ഈ പ്രൊപ്പോസൽ ആയിരിക്കും.

ആവശ്യപ്പെട്ടവയോ അല്ലാത്തവയോ ആയ വിവരങ്ങൾ നൽകുന്നതിന് നിങ്ങൾക്ക് മതിയായ സ്ഥലമില്ലെങ്കിൽ, ദയവായി വേറൊരായി ഒരു കടലാസിൽ എഴുതി ഇതിനൊപ്പം ചേർക്കുക. നിങ്ങൾക്ക് എന്തെങ്കിലും സംശയമുണ്ടെങ്കിൽ, ദയവായി ഞങ്ങളുടെ കമ്പനി പ്രതിനിധിയുടെയോ നിങ്ങളുടെ ഇൻഷുറൻസ് ഉപദേഷ്ടാവിന്റെയോ സഹായം തേടുക.

2. പ്രൊപ്പോസറുടെ വിവരങ്ങൾ

നിങ്ങളുടെയും പരിരക്ഷണം വേണ്ട ഒരോ നിർദ്ദേശിത വ്യക്തിക്കും വേണ്ടി ഈ ഫോം വലിയ അക്ഷരങ്ങളിൽ പൂരിപ്പിക്കുക.

Form for proposer details including name, address, date of birth, and marital status.

Form for proposer's name and address in Malayalam script.

Form for proposer's name and address in Malayalam script.

നിങ്ങൾ ഒരു മാതൃമ ജനനം ഇൻഷുറൻസ് ലിമിറ്റഡ് ജീവനക്കാരനാണോ? അതെ എങ്കിൽ, എംപ്ലോയർ ഐഡി:.....

നിങ്ങൾക്ക് മാതൃമ ജനനം ഇൻഷുറൻസ് ലിമിറ്റഡിന്റെ മറ്റേതെങ്കിലും പോളിസി ഉണ്ടോ? അതെ ഇല്ല

നിവാസ സ്ഥിതി നിവാസിയായ വ്യക്തി പ്രവാസി ഇൻഡ്യാക്കാർ വിദേശ പൗരൻ ഇന്ത്യൻ വംശജനായ വ്യക്തി

നിങ്ങൾക്ക് എന്തെങ്കിലും ശാരീരികമായ വൈകല്യമുണ്ടെങ്കിൽ, നിങ്ങൾക്ക് ആവശ്യമായ സേവനങ്ങൾ നൽകാൻ ഞങ്ങളെ പ്രാപ്തമാക്കുന്ന വിവരങ്ങൾ താഴെ കൊടുക്കുക.

ശാരീരിക വൈകല്യത്തിന്റെ വിധം _____ ശാരീരിക വൈകല്യത്തിന്റെ ശതമാനം _____

പാൻ നമ്പർ _____ പാൻപോർട്ട് നമ്പർ _____

വോട്ടർ കാർഡ് നമ്പർ _____ ഡ്രൈവിംഗ് ലൈസൻസ് നമ്പർ _____

ആധാർ നമ്പർ _____ സി.കെ.വൈ.സി. നമ്പർ _____

കെ.വൈ.സി.-യുടെ ഉദ്ദേശ്യത്തിനായി ഐഡി-യും മേൽവിലാസം തെളിയിക്കുന്ന രേഖയും ദയവായി പങ്കു വെക്കുക. പാൻ നൽകിയതിനുശേഷം, ദയവായി പാൻപോർട്ട് / വോട്ടേഴ്സ് കാർഡ് / ഡ്രൈവിംഗ് ലൈസൻസ് / ആധാർ നമ്പർ അല്ലെങ്കിൽ ഔദ്യോഗികമായി സാധുതയുള്ള മറ്റേതെങ്കിലും രേഖ പങ്കു വെക്കുക.

പ്രായപൂർത്തിയെത്തിയവർ: കൂട്ടികൾ: (*പ്രായപൂർത്തിയെത്തിയവർ പരമാവധി 4 പേരും 3 കൂട്ടികളും)

പ്രായപൂർത്തിയെത്തിയവർ: കൂട്ടികൾ: (*പ്രായപൂർത്തിയെത്തിയവർ പരമാവധി 4 പേരും 3 കൂട്ടികളും)

പ്രായപൂർത്തിയെത്തിയവർ: കൂട്ടികൾ: (*പ്രായപൂർത്തിയെത്തിയവർ പരമാവധി 4 പേരും 3 കൂട്ടികളും)

പ്രായപൂർത്തിയെത്തിയവർ: കൂട്ടികൾ: (*പ്രായപൂർത്തിയെത്തിയവർ പരമാവധി 4 പേരും 3 കൂട്ടികളും)

പ്രായപൂർത്തിയെത്തിയവർ: കൂട്ടികൾ: (*പ്രായപൂർത്തിയെത്തിയവർ പരമാവധി 4 പേരും 3 കൂട്ടികളും)

പ്രായപൂർത്തിയെത്തിയവർ: കൂട്ടികൾ: (*പ്രായപൂർത്തിയെത്തിയവർ പരമാവധി 4 പേരും 3 കൂട്ടികളും)

പ്രായപൂർത്തിയെത്തിയവർ: കൂട്ടികൾ: (*പ്രായപൂർത്തിയെത്തിയവർ പരമാവധി 4 പേരും 3 കൂട്ടികളും)

പ്രായപൂർത്തിയെത്തിയവർ: കൂട്ടികൾ: (*പ്രായപൂർത്തിയെത്തിയവർ പരമാവധി 4 പേരും 3 കൂട്ടികളും)

പ്രായപൂർത്തിയെത്തിയവർ: കൂട്ടികൾ: (*പ്രായപൂർത്തിയെത്തിയവർ പരമാവധി 4 പേരും 3 കൂട്ടികളും)

പ്രായപൂർത്തിയെത്തിയവർ: കൂട്ടികൾ: (*പ്രായപൂർത്തിയെത്തിയവർ പരമാവധി 4 പേരും 3 കൂട്ടികളും)

പ്രായപൂർത്തിയെത്തിയവർ: കൂട്ടികൾ: (*പ്രായപൂർത്തിയെത്തിയവർ പരമാവധി 4 പേരും 3 കൂട്ടികളും)

പ്രായപൂർത്തിയെത്തിയവർ: കൂട്ടികൾ: (*പ്രായപൂർത്തിയെത്തിയവർ പരമാവധി 4 പേരും 3 കൂട്ടികളും)

പ്രായപൂർത്തിയെത്തിയവർ: കൂട്ടികൾ: (*പ്രായപൂർത്തിയെത്തിയവർ പരമാവധി 4 പേരും 3 കൂട്ടികളും)

സപ്ലൈറ്റ് പ്ലാൻ	എസ്.ഐ. <input type="checkbox"/> 1 ലക്ഷം <input type="checkbox"/> 2 ലക്ഷം	ഡിഡക്റ്റബിൾ <input type="checkbox"/> 1 ലക്ഷം <input type="checkbox"/> 2 ലക്ഷം <input type="checkbox"/> 3 ലക്ഷം
	<input type="checkbox"/> 4 ലക്ഷം	<input type="checkbox"/> 1 ലക്ഷം <input type="checkbox"/> 2 ലക്ഷം <input type="checkbox"/> 3 ലക്ഷം <input type="checkbox"/> 4 ലക്ഷം
	<input type="checkbox"/> 5 ലക്ഷം	<input type="checkbox"/> 1 ലക്ഷം <input type="checkbox"/> 2 ലക്ഷം <input type="checkbox"/> 3 ലക്ഷം <input type="checkbox"/> 4 ലക്ഷം <input type="checkbox"/> 5 ലക്ഷം
	<input type="checkbox"/> 7.5 ലക്ഷം	<input type="checkbox"/> 2 ലക്ഷം <input type="checkbox"/> 3 ലക്ഷം <input type="checkbox"/> 4 ലക്ഷം <input type="checkbox"/> 5 ലക്ഷം
	<input type="checkbox"/> 10 ലക്ഷം <input type="checkbox"/> 15 ആയിരം <input type="checkbox"/> 20 ആയിരം <input type="checkbox"/> 25 ലക്ഷം	<input type="checkbox"/> 2 ലക്ഷം <input type="checkbox"/> 3 ആയിരം <input type="checkbox"/> 4 ആയിരം <input type="checkbox"/> 5 ലക്ഷം <input type="checkbox"/> 10 ലക്ഷം
ഷീൽഡ് പ്ലാൻ	<input type="checkbox"/> 5 ലക്ഷം	<input type="checkbox"/> 1 ലക്ഷം <input type="checkbox"/> 2 ലക്ഷം <input type="checkbox"/> 3 ലക്ഷം <input type="checkbox"/> 4 ലക്ഷം <input type="checkbox"/> 5 ലക്ഷം
	<input type="checkbox"/> 7.5 ലക്ഷം	<input type="checkbox"/> 2 ലക്ഷം <input type="checkbox"/> 3 ലക്ഷം <input type="checkbox"/> 4 ലക്ഷം <input type="checkbox"/> 5 ലക്ഷം
	<input type="checkbox"/> 10 ലക്ഷം <input type="checkbox"/> 15 ആയിരം <input type="checkbox"/> 20 ആയിരം <input type="checkbox"/> 25 ലക്ഷം	<input type="checkbox"/> 2 ലക്ഷം <input type="checkbox"/> 3 ആയിരം <input type="checkbox"/> 4 ആയിരം <input type="checkbox"/> 5 ലക്ഷം <input type="checkbox"/> 10 ലക്ഷം
	<input type="checkbox"/> 30 ലക്ഷം <input type="checkbox"/> 50 ആയിരം	<input type="checkbox"/> 3 ആയിരം <input type="checkbox"/> 4 ആയിരം <input type="checkbox"/> 5 ലക്ഷം <input type="checkbox"/> 10 ലക്ഷം
	<input type="checkbox"/> 1 ലക്ഷം	<input type="checkbox"/> 5 ലക്ഷം <input type="checkbox"/> 10 ആയിരം <input type="checkbox"/> 15 ആയിരം
പ്രീമിയം പ്ലാൻ	<input type="checkbox"/> 10 ലക്ഷം <input type="checkbox"/> 15 ആയിരം <input type="checkbox"/> 20 ആയിരം <input type="checkbox"/> 25 ലക്ഷം	<input type="checkbox"/> 2 ലക്ഷം <input type="checkbox"/> 3 ആയിരം <input type="checkbox"/> 4 ആയിരം <input type="checkbox"/> 5 ലക്ഷം <input type="checkbox"/> 10 ലക്ഷം
	<input type="checkbox"/> 30 ലക്ഷം <input type="checkbox"/> 50 ആയിരം	<input type="checkbox"/> 3 ആയിരം <input type="checkbox"/> 4 ആയിരം <input type="checkbox"/> 5 ലക്ഷം <input type="checkbox"/> 10 ലക്ഷം
	<input type="checkbox"/> 1 ലക്ഷം <input type="checkbox"/> 2 ആയിരം <input type="checkbox"/> 2 ആയിരം	<input type="checkbox"/> 5 ലക്ഷം <input type="checkbox"/> 10 ആയിരം <input type="checkbox"/> 15 ആയിരം

സമയമായ ഉള്ള കോ-പേയ്മെന്റ്	<input type="checkbox"/> അതെ <input type="checkbox"/> ഇല്ല <input type="checkbox"/> 10% <input type="checkbox"/> 20%	(അതെ എങ്കിൽ, ദയവായി താഴെ നിന്ന് ഡിഡക്ടബിൾ ഓപ്ഷൻ തിരഞ്ഞെടുക്കുക)	ഹോസ്പിറ്റൽ ക്യാഷ് ഓപ്ഷണൽ കവർ	<input type="checkbox"/> അതെ <input type="checkbox"/> ഇല്ല
ബോണസ് ബ്യൂറർ	<input type="checkbox"/> അതെ <input type="checkbox"/> ഇല്ല	പ്രസവകാല ആനുകൂല്യ ഓപ്ഷണൽ കവർ	വേന ചികിത്സ അധിക പ്രതിദിന ക്യാഷ് ഓപ്ഷണൽ കവർ	<input type="checkbox"/> അതെ <input type="checkbox"/> ഇല്ല
ആശുപത്രി നിവാസത്തിന് മുൻപും അത് കഴിഞ്ഞശേഷം വർദ്ധിത പരിരക്ഷ	<input type="checkbox"/> അതെ <input type="checkbox"/> ഇല്ല	ലോകത്തെവിടെയും അടിയന്തിര ആശുപത്രി പ്രവേശനത്തിന് വേണ്ടിയുള്ള ഓപ്ഷണൽ കവർ	കോവിഡ്-19 -ന് വേണ്ടിയുള്ള ഒപിഡി, ഹോം കെയർ	<input type="checkbox"/> അതെ <input type="checkbox"/> ഇല്ല
ഇൻഷുറൻസ് തുക ലഭിക്കാത്ത ചെലവുകൾക്കുള്ള പരിരക്ഷ	<input type="checkbox"/> അതെ <input type="checkbox"/> ഇല്ല	സോൺ തിരിച്ചുള്ള കോ-പേ ഇളവ്	എയർ ആംബുലൻസ് കവർ	<input type="checkbox"/> അതെ <input type="checkbox"/> ഇല്ല
നിർവ്വഹണപരമായ കോ-പേ നികാലം ചെയ്യൽ	<input type="checkbox"/> അതെ <input type="checkbox"/> ഇല്ല	മുൻപേ തന്നെയുള്ള രോഗത്തിനുള്ള കാത്തിരിപ്പ് കാലയളവ് കുറയ്ക്കൽ	ആദ്യ മുപ്പത് ദിവസത്തെ കാത്തിരിപ്പ് കാലയളവിലെ കുറവ്	<input type="checkbox"/> അതെ <input type="checkbox"/> ഇല്ല
ഔട്ട്പോഷ്യൂറ്റ് പരിരക്ഷ	<input type="checkbox"/> അതെ <input type="checkbox"/> ഇല്ല	ആഗോള പരിരക്ഷ	വർദ്ധിതമായ പ്രസവകാല ആനുകൂല്യം	<input type="checkbox"/> അതെ <input type="checkbox"/> ഇല്ല
ഒരേ രോഗങ്ങൾക്കുള്ള റിചാർജ്ജ് ആനുകൂല്യം (സപ്ലൈറ്റ് പ്ലാനിന് ലഭ്യമാണ്)	<input type="checkbox"/> അതെ <input type="checkbox"/> ഇല്ല	സ്മാർട്ട് ഐ.ടി സേവർ (അഗ്രിഗേറ്റ് ഡിഡക്ടബിൾ ഓപ്ഷൻ തിരഞ്ഞെടുത്തിട്ടുണ്ടെങ്കിൽ മാത്രമേ ലഭ്യമാകൂ; പ്രീമിയം പ്ലാനിൽ ഇത് ലഭ്യമാണ്)	ആശുപത്രിവാസം കഴിഞ്ഞശേഷം വിപുലീകൃത ആനുകൂല്യം	<input type="checkbox"/> അതെ <input type="checkbox"/> ഇല്ല
ബോണസ് ബ്യൂറർ പ്ലാൻ	<input type="checkbox"/> അതെ <input type="checkbox"/> ഇല്ല	ഇൻഫിനിറ്റി ബോണസ് ബ്യൂറർ	വർദ്ധിത പരിരക്ഷ	<input type="checkbox"/> അതെ <input type="checkbox"/> ഇല്ല
ഓരോ ക്ലെയിമിനുമുള്ള ഡിഡക്ടബിൾ	<input type="checkbox"/> അതെ <input type="checkbox"/> ഇല്ല	നിരദ്ദിഷ്ട രോഗത്തിനുള്ള കാത്തിരിപ്പ് കാലയളവ് കുറയ്ക്കൽ	ദീർഘകാല ഉപയോഗത്തിനായുള്ള ഉപകരണത്തിനുള്ള പരിരക്ഷ	<input type="checkbox"/> അതെ <input type="checkbox"/> ഇല്ല
ഡിഡക്ടബിൾ തുക (ഓരോ ക്ലെയിമിനായും ഡിഡക്ടബിൾ തിരഞ്ഞെടുത്തിട്ടുണ്ടെങ്കിൽ ശരിയടയാളം ഇടുക.) ഡിഡക്ടബിൾ 25,000ആയിരം, 75,000ആയിരം, 1 ലക്ഷം സെക്യൂർ പ്ലാനിന് മാത്രമേ ലഭ്യമാകൂ	<input type="checkbox"/> 10,000 <input type="checkbox"/> 20,000 <input type="checkbox"/> 25,000 <input type="checkbox"/> 50,000 <input type="checkbox"/> 75,000 <input type="checkbox"/> 1,00,000			
പ്രസവ കാലയളവിന് 1 വർഷത്തെ കാത്തിരിപ്പ് കാലയളവ്	<input type="checkbox"/> അതെ <input type="checkbox"/> ഇല്ല	വാടക ഗർഭത്തിനുള്ള പരിരക്ഷ (ഈ പരിരക്ഷ തിരഞ്ഞെടുത്തിട്ടുണ്ടെങ്കിൽ പ്രൊപ്പോസൽ ഫോമിന്റെ അനുബന്ധ പത്രം പൂരിപ്പിക്കുക)	അണ്ഡകോശ ദാതാവിനുള്ള പരിരക്ഷ (ഈ പരിരക്ഷ തിരഞ്ഞെടുത്തിട്ടുണ്ടെങ്കിൽ പ്രൊപ്പോസൽ ഫോമിന്റെ അനുബന്ധ പത്രം പൂരിപ്പിക്കുക)	<input type="checkbox"/> അതെ <input type="checkbox"/> ഇല്ല
സ്മാർട്ട് നെറ്റ് വർക്ക് ആനുകൂല്യം.	<input type="checkbox"/> അതെ <input type="checkbox"/> ഇല്ല	സൂപ്പർ സേവർ പാഴ്ക്ക്	പരിധിയില്ലാത്ത പരിചരണം (എസ്.ഐ. 5 ലക്ഷവും അതിൽ കൂടുതലും ഉള്ളവർക്ക് മാത്രം ലഭ്യമാണ്)	<input type="checkbox"/> അതെ <input type="checkbox"/> ഇല്ല
ഫ്യൂച്ചറിറ്റിക് പരിരക്ഷ.	<input type="checkbox"/> അതെ <input type="checkbox"/> ഇല്ല	മുൻ വാടക വൃതിയാനപ്പെടുത്തൽ (സെക്യൂർ പ്ലാനിന് മാത്രം)	<input type="checkbox"/> ഏത് മുന്യറേഞ്ച് വ്യക്തികൾ പങ്കിടുന്നത്	

4. ഇൻഷുറൻസ് നേടിയിട്ടുള്ള, പരിരക്ഷ ലഭിക്കേണ്ട വ്യക്തികളുടെ വിശദാംശങ്ങൾ								
വിശദാംശങ്ങൾ	ഇൻഷുറൻസ് നേടിയിട്ടുള്ള വ്യക്തി 1	ഇൻഷുറൻസ് നേടിയിട്ടുള്ള വ്യക്തി 2	ഇൻഷുറൻസ് നേടിയിട്ടുള്ള വ്യക്തി 3	ഇൻഷുറൻസ് നേടിയിട്ടുള്ള വ്യക്തി 4	ഇൻഷുറൻസ് നേടിയിട്ടുള്ള വ്യക്തി 5	ഇൻഷുറൻസ് നേടിയിട്ടുള്ള വ്യക്തി 6	ഇൻഷുറൻസ് നേടിയിട്ടുള്ള വ്യക്തി 7	
ടെറ്റിംഗ് പേര്*	(ആദ്യ നാമം)							
	(മദ്ധ്യനാമം)							
	(അന്തിമ നാമം)							
ലിംഗഭേദം (പുരുഷൻ/സ്ത്രീ/ഇവയിൽ ഒന്നുമല്ല)								
ഉയരം* (സെന്റിമീറ്റർ)								
ഭാരം* (കിലോഗ്രാം)								
ഐ റിഫാക്ടിവ് എൻ ഇൻഡെക്സ് (ഇടത്, വലത് കണ്ണ്)								
ജനനത്തീയതി*								
പ്രൊപ്പോസറുമായുള്ള ബന്ധം*								
തൊഴിൽ (വേതനം പറ്റുന്നവർ/സ്വയം തൊഴിൽ/പ്രൊഫഷണൽ/മറ്റുള്ളവർ)								
ഓപ്ഷണൽ പരിരക്ഷ: ഗുരുതര രോഗ പരിരക്ഷ	<input type="checkbox"/> അതെ <input type="checkbox"/> ഇല്ല	<input type="checkbox"/> അതെ <input type="checkbox"/> ഇല്ല	<input type="checkbox"/> അതെ <input type="checkbox"/> ഇല്ല	<input type="checkbox"/> അതെ <input type="checkbox"/> ഇല്ല	<input type="checkbox"/> അതെ <input type="checkbox"/> ഇല്ല	<input type="checkbox"/> അതെ <input type="checkbox"/> ഇല്ല	<input type="checkbox"/> അതെ <input type="checkbox"/> ഇല്ല	
ഓപ്ഷണൽ പരിരക്ഷ: വ്യക്തിഗത അപകട പരിരക്ഷ	<input type="checkbox"/> അതെ <input type="checkbox"/> ഇല്ല	<input type="checkbox"/> അതെ <input type="checkbox"/> ഇല്ല	<input type="checkbox"/> അതെ <input type="checkbox"/> ഇല്ല	<input type="checkbox"/> അതെ <input type="checkbox"/> ഇല്ല	<input type="checkbox"/> അതെ <input type="checkbox"/> ഇല്ല	<input type="checkbox"/> അതെ <input type="checkbox"/> ഇല്ല	<input type="checkbox"/> അതെ <input type="checkbox"/> ഇല്ല	
സം ഇൻഷുറൻസ് വ്യക്തിഗത അപകട പരിരക്ഷ	<input type="checkbox"/> 1 ലക്ഷം <input type="checkbox"/> 3 ലക്ഷം <input type="checkbox"/> 4 ലക്ഷം <input type="checkbox"/> 5 ലക്ഷം <input type="checkbox"/> 7.5 ലക്ഷം <input type="checkbox"/> 10 ലക്ഷം <input type="checkbox"/> 20 ലക്ഷം <input type="checkbox"/> 25 ലക്ഷം <input type="checkbox"/> 30 ലക്ഷം <input type="checkbox"/> 50 ലക്ഷം <input type="checkbox"/> 75 ലക്ഷം	<input type="checkbox"/> 2 ലക്ഷം <input type="checkbox"/> 3 ലക്ഷം <input type="checkbox"/> 4 ലക്ഷം <input type="checkbox"/> 5 ലക്ഷം <input type="checkbox"/> 7.5 ലക്ഷം <input type="checkbox"/> 10 ലക്ഷം <input type="checkbox"/> 20 ലക്ഷം <input type="checkbox"/> 25 ലക്ഷം <input type="checkbox"/> 30 ലക്ഷം <input type="checkbox"/> 50 ലക്ഷം <input type="checkbox"/> 75 ലക്ഷം	<input type="checkbox"/> 2 ലക്ഷം <input type="checkbox"/> 3 ലക്ഷം <input type="checkbox"/> 4 ലക്ഷം <input type="checkbox"/> 5 ലക്ഷം <input type="checkbox"/> 7.5 ലക്ഷം <input type="checkbox"/> 10 ലക്ഷം <input type="checkbox"/> 20 ലക്ഷം <input type="checkbox"/> 25 ലക്ഷം <input type="checkbox"/> 30 ലക്ഷം <input type="checkbox"/> 50 ലക്ഷം <input type="checkbox"/> 75 ലക്ഷം	<input type="checkbox"/> 2 ലക്ഷം <input type="checkbox"/> 3 ലക്ഷം <input type="checkbox"/> 4 ലക്ഷം <input type="checkbox"/> 5 ലക്ഷം <input type="checkbox"/> 7.5 ലക്ഷം <input type="checkbox"/> 10 ലക്ഷം <input type="checkbox"/> 20 ലക്ഷം <input type="checkbox"/> 25 ലക്ഷം <input type="checkbox"/> 30 ലക്ഷം <input type="checkbox"/> 50 ലക്ഷം <input type="checkbox"/> 75 ലക്ഷം	<input type="checkbox"/> 2 ലക്ഷം <input type="checkbox"/> 3 ലക്ഷം <input type="checkbox"/> 4 ലക്ഷം <input type="checkbox"/> 5 ലക്ഷം <input type="checkbox"/> 7.5 ലക്ഷം <input type="checkbox"/> 10 ലക്ഷം <input type="checkbox"/> 20 ലക്ഷം <input type="checkbox"/> 25 ലക്ഷം <input type="checkbox"/> 30 ലക്ഷം <input type="checkbox"/> 50 ലക്ഷം <input type="checkbox"/> 75 ലക്ഷം	<input type="checkbox"/> 2 ലക്ഷം <input type="checkbox"/> 3 ലക്ഷം <input type="checkbox"/> 4 ലക്ഷം <input type="checkbox"/> 5 ലക്ഷം <input type="checkbox"/> 7.5 ലക്ഷം <input type="checkbox"/> 10 ലക്ഷം <input type="checkbox"/> 20 ലക്ഷം <input type="checkbox"/> 25 ലക്ഷം <input type="checkbox"/> 30 ലക്ഷം <input type="checkbox"/> 50 ലക്ഷം <input type="checkbox"/> 75 ലക്ഷം	<input type="checkbox"/> 2 ലക്ഷം <input type="checkbox"/> 3 ലക്ഷം <input type="checkbox"/> 4 ലക്ഷം <input type="checkbox"/> 5 ലക്ഷം <input type="checkbox"/> 7.5 ലക്ഷം <input type="checkbox"/> 10 ലക്ഷം <input type="checkbox"/> 20 ലക്ഷം <input type="checkbox"/> 25 ലക്ഷം <input type="checkbox"/> 30 ലക്ഷം <input type="checkbox"/> 50 ലക്ഷം <input type="checkbox"/> 75 ലക്ഷം	<input type="checkbox"/> 2 ലക്ഷം <input type="checkbox"/> 3 ലക്ഷം <input type="checkbox"/> 4 ലക്ഷം <input type="checkbox"/> 5 ലക്ഷം <input type="checkbox"/> 7.5 ലക്ഷം <input type="checkbox"/> 10 ലക്ഷം <input type="checkbox"/> 20 ലക്ഷം <input type="checkbox"/> 25 ലക്ഷം <input type="checkbox"/> 30 ലക്ഷം <input type="checkbox"/> 50 ലക്ഷം <input type="checkbox"/> 75 ലക്ഷം
ഓപ്ഷണൽ പരിരക്ഷ: കോവിഡ്-19-നുള്ള ഹോം കെയർ*	<input type="checkbox"/> 1 കോടി <input type="checkbox"/> 10000 <input type="checkbox"/> 15000 <input type="checkbox"/> 20000 <input type="checkbox"/> 25000	<input type="checkbox"/> 1 കോടി <input type="checkbox"/> 10000 <input type="checkbox"/> 15000 <input type="checkbox"/> 20000 <input type="checkbox"/> 25000	<input type="checkbox"/> 1 കോടി <input type="checkbox"/> 10000 <input type="checkbox"/> 15000 <input type="checkbox"/> 20000 <input type="checkbox"/> 25000	<input type="checkbox"/> 1 കോടി <input type="checkbox"/> 10000 <input type="checkbox"/> 15000 <input type="checkbox"/> 20000 <input type="checkbox"/> 25000	<input type="checkbox"/> 1 കോടി <input type="checkbox"/> 10000 <input type="checkbox"/> 15000 <input type="checkbox"/> 20000 <input type="checkbox"/> 25000	<input type="checkbox"/> 1 കോടി <input type="checkbox"/> 10000 <input type="checkbox"/> 15000 <input type="checkbox"/> 20000 <input type="checkbox"/> 25000	<input type="checkbox"/> 1 കോടി <input type="checkbox"/> 10000 <input type="checkbox"/> 15000 <input type="checkbox"/> 20000 <input type="checkbox"/> 25000	

വിശദാംശങ്ങൾ	ഇൻഷുറൻസ് നേടിയട്ടുള്ള വ്യക്തി 1	ഇൻഷുറൻസ് നേടിയട്ടുള്ള വ്യക്തി 2	ഇൻഷുറൻസ് നേടിയട്ടുള്ള വ്യക്തി 3	ഇൻഷുറൻസ് നേടിയട്ടുള്ള വ്യക്തി 4	ഇൻഷുറൻസ് നേടിയട്ടുള്ള വ്യക്തി 5	ഇൻഷുറൻസ് നേടിയട്ടുള്ള വ്യക്തി 6	ഇൻഷുറൻസ് നേടിയട്ടുള്ള വ്യക്തി 7
<p>ഇൻസ്റ്റാ പരിരക്ഷ</p> <p>പോളിസിയിൽ നൽകിയിരിക്കുന്ന രോഗങ്ങൾക്കുള്ള പരിരക്ഷ</p> <ol style="list-style-type: none"> ആസ്തമ വൈദ്യശാസ്ത്രത്തിൽ ഹൈപ്പർടെൻഷൻ എന്നറിയപ്പെടുന്ന രക്തസമ്മർദ്ദം ഹൈപ്പർലിപിഡിയ എന്നറിയപ്പെടുന്ന കൊളസ്ട്രോൾ പ്രമേഹം അമിതവണ്ണം പിസിഎ ഉള്ള കൊറോണറി ആർട്ടറി രോഗം കൊറോണറി ആർട്ടറി ബൈപാസ് ഗ്രാഫ്റ്റ് ക്രോണിക് ഒബ്സ്ട്രക്റ്റീവ് പർമണറി രോഗം (സിഐഡി) <p>പരിരക്ഷിക്കാനുള്ള ഓപ്ഷൻ</p> <ol style="list-style-type: none"> എല്ലാ രോഗങ്ങളും (ഇൻസ്റ്റാ) ആദ്യത്തെ നാല് രോഗങ്ങൾ (ഇൻസ്റ്റാ4) 	<input type="checkbox"/> ഇൻസ്റ്റാ 8 <input type="checkbox"/> ആദ്യത്തെ നാല് അസുഖങ്ങൾ (ഇൻസ്റ്റാ 4)	<input type="checkbox"/> ഇൻസ്റ്റാ 8 <input type="checkbox"/> ആദ്യത്തെ നാല് അസുഖങ്ങൾ (ഇൻസ്റ്റാ 4)	<input type="checkbox"/> ഇൻസ്റ്റാ 8 <input type="checkbox"/> ആദ്യത്തെ നാല് അസുഖങ്ങൾ (ഇൻസ്റ്റാ 4)	<input type="checkbox"/> ഇൻസ്റ്റാ 8 <input type="checkbox"/> ആദ്യത്തെ നാല് അസുഖങ്ങൾ (ഇൻസ്റ്റാ 4)	<input type="checkbox"/> ഇൻസ്റ്റാ 8 <input type="checkbox"/> ആദ്യത്തെ നാല് അസുഖങ്ങൾ (ഇൻസ്റ്റാ 4)	<input type="checkbox"/> ഇൻസ്റ്റാ 8 <input type="checkbox"/> ആദ്യത്തെ നാല് അസുഖങ്ങൾ (ഇൻസ്റ്റാ 4)	<input type="checkbox"/> ഇൻസ്റ്റാ 8 <input type="checkbox"/> ആദ്യത്തെ നാല് അസുഖങ്ങൾ (ഇൻസ്റ്റാ 4)
<p>ആയുഷ്മാൻ ഭാരത് ഹെൽത്ത് അക്കാൺ (ABHA) "അഭയമായി ബന്ധിപ്പിച്ചിട്ടുള്ള എന്റെ/ഞങ്ങളുടെ മെഡിക്കൽ രേഖകൾ പരിശോധിച്ചുറപ്പിക്കുന്നതിനും കൈവശം ലഭിക്കുന്നതിനും ഞാൻ/ഞങ്ങൾ കമ്പനിക്ക് ഇതിനാൽ എന്റെ/ഞങ്ങളുടെ സമ്മതം നൽകുന്നു."</p> <p>"അതെ എങ്കിൽ, ദയവായി അഭ (ABHA) നമ്പർ സൂചിപ്പിക്കുക. ഇല്ല എങ്കിൽ, ദയവായി നിങ്ങളുടെ അഭ നമ്പർ സൂചിപ്പിക്കുക https://fasttrack.magmainsurance.com/abha/index</p>	<input type="checkbox"/> അതെ <input type="checkbox"/> ഇല്ല	<input type="checkbox"/> അതെ <input type="checkbox"/> ഇല്ല	<input type="checkbox"/> അതെ <input type="checkbox"/> ഇല്ല	<input type="checkbox"/> അതെ <input type="checkbox"/> ഇല്ല	<input type="checkbox"/> അതെ <input type="checkbox"/> ഇല്ല	<input type="checkbox"/> അതെ <input type="checkbox"/> ഇല്ല	<input type="checkbox"/> അതെ <input type="checkbox"/> ഇല്ല

*പ്രീമിയം പ്ലാനിൽ മാത്രം 25,000 ഓപ്ഷൻ ലഭ്യമാണ്.

5. നാമനിർദ്ദേശം

ഇൻഷുറൻസ് പരിരക്ഷ നേടിയട്ടുള്ള എല്ലാ അംഗങ്ങളുടെയും നോമിനീ പോളിസി ഉടമയാണ്. പോളിസി ഉടമയ്ക്ക് നോമിനിയായി നൽകേണ്ട വിശദാംശങ്ങൾ ചുവടെയുണ്ട്.

നോമിനിയുടെ പേര്	പ്രഥമ നാമം	മദ്ധ്യ നാമം	അന്തിമ നാമം
പ്രൊപ്പോസറുമായുള്ള ബന്ധം	ജനനത്തീയതി DDMMYY		
നോമിനിയുടെ സമ്പർക്ക നമ്പർ	നാമനിർദ്ദേശത്തിന്റെ ശതമാനം		

നോമിനീ പ്രായപൂർത്തിയാകാത്ത ആളാണെങ്കിൽ, നിയുക്തമാക്കപ്പെട്ട വ്യക്തിയുടെ പേരും വിലാസവും പ്രായപൂർത്തിയാകാത്തതായുള്ള ബന്ധവും:

നിയുക്തമാക്കപ്പെട്ട വ്യക്തിയുടെ പേര്	നോമിനിയുമായുള്ള ബന്ധം	നിയുക്തമാക്കപ്പെട്ട വ്യക്തിയുടെ സമ്പർക്ക നമ്പർ
--------------------------------------	-----------------------	--

നോമിനിയുടെ ബാങ്ക് വിശദാംശങ്ങൾ

എ) അക്കാൺ ഉടമയുടെ/ഉടമകളുടെ പേര് (ബാങ്ക് രേഖകളിൽ കാണപ്പെടുന്നതുപോലെ)

ബി) ബാങ്കിന്റെ പേര്	എഫ്) അക്കാൺ തരം
സി) ബാങ്ക് ശാഖയുടെ പേര്	ജി) അക്കാൺ നമ്പർ
ഡി) മേൽ വിലാസം	എച്ച്) ഐ.എഫ്.എസ്.സി. കോഡ്
ഇ) ശാഖയുടെ നഗരം	ഐ) 9 അക്ക എൻ.എ.സി.ആർ. കോഡ്

ഒന്നിലധികം നോമിനികളുണ്ടെങ്കിൽ, അധിക നാമനിർദ്ദേശങ്ങൾക്കുള്ള വിശദാംശങ്ങൾ നാമനിർദ്ദേശത്തിന്റെ ശതമാനത്തോടൊപ്പം ചേർത്തിട്ടുള്ള ഒരു കടലാസ് ഇതിനോടൊപ്പം അധികമായി ചേർക്കുക.

6. നിലവിലുള്ള/മുൻപുണ്ടായിരുന്ന ഇൻഷുറൻസിന്റെ വിശദാംശങ്ങൾ

പ്രൊപ്പോസർ അല്ലെങ്കിൽ നിർദ്ദേശിക്കപ്പെട്ടിരിക്കുന്ന വ്യക്തികൾ മാത്രമേ ജനനം ഇൻഷുറൻസ് ലിമിറ്റഡിലോ മറ്റേതെങ്കിലും ഇൻഷുറൻസ് കമ്പനിയിലോ ആരോഗ്യ ഇൻഷുറൻസ് പോളിസിയിൽ ഇൻഷുറൻസ് പരിരക്ഷ ഇതിനോടൊപ്പം തന്നെ എടുത്തിട്ടുണ്ടോ അല്ലെങ്കിൽ അതിനായി നിർദ്ദേശിക്കപ്പെട്ടിട്ടുണ്ടോ? അതെ ഇല്ല

അതെ എങ്കിൽ, ദയവായി പോളിസി/അപേക്ഷാ നമ്പർ(കൾ) താഴെ സൂചിപ്പിക്കുക (പ്രൊപ്പോസർ അംഗീകരണം ലഭിക്കുന്നതിനായി ബാക്കിയാണെങ്കിൽ ദയവായി അപേക്ഷാ നമ്പർ പരാമർശിക്കുക.) എന്ന് മുതലാണ് നിങ്ങൾക്ക് തുടർച്ചയായി ഇൻഷുറൻസ് പരിരക്ഷ ലഭിച്ചു കൊണ്ടിരിക്കുന്നത്? DDMMYY

ഇൻഷുറൻസ് പരിരക്ഷ ലഭിക്കുന്ന വ്യക്തിയുടെ പേര് (പ്രഥമ നാമം, മദ്ധ്യ നാമം, അന്തിമ നാമം)	ഇൻഷുറൻസ് ദാതാവിന്റെ പേര്	പോളിസി നമ്പർ/ അപേക്ഷാ നമ്പർ.	ഇൻഷുറൻസ് കാലയളവ്		ഇൻഷുറൻസ് തുക (രൂപ)	ക്രെയിം വിശദാംശങ്ങൾ, എന്തെങ്കിലും ഉണ്ടെങ്കിൽ
			മുതൽ	വരെ		
			DD/MM/YYYY	DD/MM/YYYY		

നിങ്ങളുടെ നിലവിലുള്ള ഇൻഷുറൻസ് പോളിസിയിൽ നിന്ന് പോർട്ടബിലിറ്റി ആനുകൂല്യം ലഭിക്കാൻ ആഗ്രഹിക്കുന്നുവെങ്കിൽ, മുകളിൽ നൽകിയിരിക്കുന്ന വിവരങ്ങൾക്ക് പുറമെ നിലവിലുള്ള പോളിസിയുമായി ബന്ധപ്പെട്ട എല്ലാ പോളിസി രേഖകളും (ഈ പ്രൊപ്പോസർ ഫോമിന്റെ അനുബന്ധമായി) ഞങ്ങൾക്ക് സമർപ്പിക്കുക.

7. വൈദ്യചികിത്സാപരവും ജീവിതശൈലി-സംബന്ധിയായതുമായ വിവരങ്ങൾ*

വിശദാംശം എ: ഇൻഷുറൻസ് പരിരക്ഷ നേടുന്നതിന് നിർദ്ദേശിക്കപ്പെട്ട വ്യക്തികളിൽ ആർക്കെങ്കിലും ഇനിപ്പറയുന്ന രോഗസമീപനങ്ങളിൽ ഏതെങ്കിലും എപ്പോഴെങ്കിലും ഉണ്ടായിട്ടുണ്ടോ/ഇപ്പോൾ അനുഭവപ്പെടുന്നുണ്ടോ: ബാധകമാകുന്നതല്ലാത്ത ഇൻഷുറൻസ് പരിരക്ഷ നൽകപ്പെടുന്ന വ്യക്തിക്ക് 'അതെ' എന്ന് അടയാളപ്പെടുത്തി വിശദാംശം ബി-യിൽ വിശദാംശങ്ങൾ നൽകുക.	അതെ/ഇല്ല	ഇൻഷുറൻസ് നേടിയട്ടുള്ള വ്യക്തി 1	ഇൻഷുറൻസ് നേടിയട്ടുള്ള വ്യക്തി 2	ഇൻഷുറൻസ് നേടിയട്ടുള്ള വ്യക്തി 3	ഇൻഷുറൻസ് നേടിയട്ടുള്ള വ്യക്തി 4	ഇൻഷുറൻസ് നേടിയട്ടുള്ള വ്യക്തി 5	ഇൻഷുറൻസ് നേടിയട്ടുള്ള വ്യക്തി 6	ഇൻഷുറൻസ് നേടിയട്ടുള്ള വ്യക്തി 7
1. ഹൈപ്പർടെൻഷൻ ചരിത്രം								
എ) ദൈർഘ്യം								
ബി) ഔഷധം								
സി) ഡോസേജ്								
2. ഡയബറ്റിസ് മെല്ലിറ്റസ് ചരിത്രം								
എ) ടൈപ്പ് 1 അല്ലെങ്കിൽ ടൈപ്പ് 2								
ബി) ദൈർഘ്യം								
സി) മരുന്ന്								
ഡി) ഡോസേജ്								

3. പ്രാദേശിക സത്യവാങ്മൂലം മാഗ് ജനറൽ ഇൻഷുറൻസ് ലിമിറ്റഡിൽ നിന്ന് ആരോഗ്യ ഇൻഷുറൻസ് ലഭിക്കുന്നതുമായി ബന്ധപ്പെട്ട പ്രൊപ്പോസൽ ഫോമിന്റെയും മറ്റ് രേഖകളുടെയും ഉള്ളടക്കം പ്രൊപ്പോസർക്ക് അയാൾക്ക്/അവർക്ക് മനസ്സിലാക്കുന്ന ഭാഷയിൽ പൂർണ്ണമായും വിശദീകരിച്ചിട്ടുണ്ടെന്ന് ഞാൻ ഇതിനാൽ പ്രഖ്യാപിക്കുന്നു. പ്രൊപ്പോസർ അവ പൂർണ്ണമായി മനസ്സിലാക്കിയിട്ടുള്ളതും പ്രൊപ്പോസർ നൽകിയിട്ടുള്ള വിവരങ്ങളുടെ അടിസ്ഥാനത്തിൽ മുറുപടികൾ രേഖപ്പെടുത്തിയിട്ടുള്ളതുമായാണ്. പ്രൊപ്പോസർ മുറുപടികൾ വായിച്ചു കേൾപ്പിക്കുകയും പ്രൊപ്പോസർ അവ പൂർണ്ണമായി മനസ്സിലാക്കുകയും സ്ഥിരീകരിക്കുകയും ചെയ്തിട്ടുണ്ട്.

ഡിക്ലാറേഷൻ: _____
പ്രൊപ്പോസറുമായുള്ള ബന്ധം: _____
ഡിക്ലാറേഷൻ ഒപ്പ്: _____ അപേക്ഷകന്റെ പ്രാദേശിക ഭാഷയിലുള്ള ഒപ്പ്: _____
തീയതി:

4. മദ്ധ്യവർത്തിയുടെ സത്യവാങ്മൂലം
ഇൻഷുറൻസ് ഉപദേഷ്ടാവ്/കോർപ്പറേറ്റ് ഏജന്റിന്റെ നിർദ്ദിഷ്ട വ്യക്തി/ബ്രോക്കറുടെ/റിലേഷൻഷിപ്പ് ഓഫീസറുടെ അംഗീകൃത ജീവനക്കാരൻ എന്ന നിലയിൽ ഞാൻ _____ (പൂർണ്ണമായ പേര്), ഈ പ്രൊപ്പോസൽ ഫോമിലെ എല്ലാ ഉള്ളടക്കങ്ങളും, ഈ പ്രൊപ്പോസൽ ഫോമിൽ അടങ്ങിയിരിക്കുന്ന ചോദ്യങ്ങളുടെ സ്വഭാവം ഉൾപ്പെടെ, ഇതിൽ അടങ്ങിയിരിക്കുന്ന ചോദ്യങ്ങൾക്ക് പ്രൊപ്പോസർ സമർപ്പിച്ചിട്ടുള്ള പ്രസ്താവന(കൾ), വിവരങ്ങൾ, പ്രതികരണം(ങ്ങൾ) അല്ലെങ്കിൽ ഇതിൽ ആവശ്യപ്പെടുന്ന ഏതെങ്കിലും വിശദാംശങ്ങൾ, പോളിസി നൽകുന്നതിനായി ഈ പ്രൊപ്പോസൽ കമ്പനി അംഗീകരിക്കുന്ന പക്ഷം, കമ്പനിയും പ്രൊപ്പോസറും തമ്മിലുള്ള ഇൻഷുറൻസ് കരാറിന്റെ അടിസ്ഥാനമായിരിക്കും എന്നതും ഉൾപ്പെടെ, പ്രൊപ്പോസർക്ക് വിശദീകരിച്ചിട്ടുണ്ടെന്ന് ഞാൻ ഇതിനാൽ പ്രസ്താവിക്കുന്നു. ഈ പ്രൊപ്പോസൽ ഫോമിൽ സമർപ്പിച്ചിട്ടുള്ള/സമർപ്പിക്കാനുള്ള അനുബന്ധം(ങ്ങൾ), സത്യവാങ്മൂലങ്ങൾ, പ്രസ്താവനകൾ, സബ്മിഷനുകൾ, എന്നിവയുടെ ഏതെങ്കിലും അസത്യമായ പ്രസ്താവന (ങ്ങൾ)/വിവരങ്ങൾ/പ്രതികരണം (ങ്ങൾ) അടങ്ങിയിട്ടുണ്ടെങ്കിൽ അല്ലെങ്കിൽ നിർണ്ണായക സ്വഭാവമുള്ള ഏതെങ്കിലും മുഖ്യ വസ്തുതകൾ വെളിപ്പെടുത്തിയിട്ടില്ലെങ്കിൽ, ഈ പ്രൊപ്പോസലിന് അനുസൃതമായി പ്രൊപ്പോസറുടെ പേരിൽ നൽകിയിട്ടുള്ള പോളിസി കമ്പനി അസാധുവായി കണക്കാക്കിയേക്കാമെന്നും പോളിസി പ്രകാരം അടച്ച എല്ലാ പ്രീമിയവും കമ്പനിക്ക് അടിയറ വെക്കപ്പെട്ടേക്കാമെന്നും ഞാൻ തുടർന്ന് വിശദീകരിച്ചിട്ടുണ്ട്.

ബൈന്ധൻസ് നമ്പർ/ഐഡി (ഉപദേഷ്ടാവ്/കോർപ്പറേറ്റ് ഏജന്റ്/ബ്രോക്കർ/റിലേഷൻഷിപ്പ് ഓഫീസർ)
തീയതി: ഇൻഷുറൻസ് ഉപദേഷ്ടാവിന്റെ ഒപ്പ്: _____
ഈ പോളിസിക്ക് കീഴിൽ ലഭ്യമായ എല്ലാ സവിശേഷതകളും/ആനുകൂല്യങ്ങളും ഞാൻ മനസ്സിലാക്കിയെന്ന് പ്രൊപ്പോസറുടെ പേരിൽ ഞാൻ സ്ഥിരീകരിക്കുന്നു.
പ്രൊപ്പോസറുടെ ഒപ്പ്: _____
തീയതി:

5. പ്രൊപ്പോസറുടെ സത്യവാങ്മൂലം
(ഏതെങ്കിലും കാരണത്താൽ പ്രൊപ്പോസലും ബന്ധപ്പെട്ട മറ്റ് പേപ്പറുകളും പ്രൊപ്പോസർ പൂർപ്പിച്ചിട്ടില്ലാത്ത ഒരു സാഹചര്യത്തിലുള്ള സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തൽ). പ്രൊപ്പോസൽ ഫോമിന്റെയും ബന്ധപ്പെട്ട രേഖകളുടെയും ഉള്ളടക്കം എനിക്ക് പൂർണ്ണമായി വിശദീകരിച്ചിട്ടുള്ളതും നിർദ്ദിഷ്ട കരാറിന്റെ പ്രധാനം ഞാൻ പൂർണ്ണമായി മനസ്സിലാക്കിയിട്ടുള്ളതുമായാണ്. ഈ പ്രൊപ്പോസൽ ഫോം എന്റെ നിർദ്ദേശത്തിന് കീഴിൽ പൂർപ്പിക്കുന്നു; ഇത് കൃത്യമാണെന്ന് ഞാൻ മനസ്സിലാക്കിയിട്ടുണ്ട്.

തീയതി: ഇൻഷുറൻസ് ഉപദേഷ്ടാവിന്റെ ഒപ്പ്: _____

6. എഎംഎൽ മാർഗ്ഗനിർദ്ദേശങ്ങൾ
1. അടച്ചിട്ടുള്ള/ഓവിയർ അടയ്ക്കേണ്ട എല്ലാ പ്രീമിയങ്ങളും സത്യസന്ധമായ സ്രോതസ്സുകളിൽ നിന്നാണെന്നും കൃത്യതയുള്ളതും കൃത്യതയുള്ളതും നിന്ന് ലഭിച്ച വരുമാനത്തിൽ നിന്ന് അടയ്ക്കുന്നതല്ലെന്നും അത്തരം പ്രീമിയങ്ങൾ എന്റെ/ഞങ്ങളുടെ വരുമാനത്തിന് ആനുപാതികമല്ലാത്തവയല്ലെന്നും ഞാൻ/ഞങ്ങൾ ഇതിനാൽ സ്ഥിരീകരിക്കുന്നു. ഇൻഡ്യയിലെ കള്ളപ്പണം വെളുപ്പിക്കൽ തടയൽ നിയമത്തെ നേരിട്ടോ അല്ലാതെയോ നിയന്ത്രിക്കുന്ന ഏതെങ്കിലും ചട്ടങ്ങൾക്ക് അനുസൃതമായി, യോഗ്യതയുള്ള ഏതെങ്കിലും കോടതി ഏതെങ്കിലും കേസിലെ കുറ്റക്കാരനാണെന്ന് കണ്ടെത്തിയാൽ, പണ്ടുകൂടെ ഉറവിടങ്ങൾ തെളിയിക്കുന്നതിന് വേണ്ടി രേഖകൾ ആവശ്യപ്പെടുന്നതിനും ഇൻഷുറൻസ് പോളിസി റദ്ദാക്കുന്നതിനും കമ്പനിക്ക് അവകാശമുണ്ടെന്ന് ഞാൻ/ഞങ്ങൾ മനസ്സിലാക്കുന്നു.

തീയതി: ഇൻഷുറൻസ് ഉപദേഷ്ടാവിന്റെ ഒപ്പ്: _____

നിങ്ങളോ പ്രൊപ്പോസലിൽ അപേക്ഷിച്ചിരിക്കുന്നവരിൽ ആരെങ്കിലുമോ പിഇപി (PEP)-കളോടോ അതോ പിഇപി (PEP)-കളുടെ അടുത്ത ബന്ധു/അസോസിയേറ്റ് ആണോ? അതെ ഇല്ല
അതേ എങ്കിൽ, ദയവായി "രാഷ്ട്രസേവനത്തിൽ ഉയർന്ന പദവികൾ വഹിക്കുന്ന വ്യക്തികളുടെ" (പിഇപി) വിശദാംശങ്ങൾ പങ്കിടുക:
* പിഇപി (PEP)-കൾ എന്നത് ഒരു രാജ്യത്തെ പ്രധാനപ്പെട്ട പൊതുമേഖലകൾ അമേൽപ്പിച്ചിട്ടുള്ള വ്യക്തികളാണ്, ഇതിൽ രാഷ്ട്രതലവന്മാർ, സർക്കാരിനെയോ തലവന്മാരോ മുതിർന്ന രാഷ്ട്രീയ പ്രവർത്തകർ, മുതിർന്ന സർക്കാർ അല്ലെങ്കിൽ ജൂഡീഷ്യൽ അല്ലെങ്കിൽ സൈനിക ഉദ്യോഗസ്ഥർ, സർക്കാർ ഉടമസ്ഥതയിലുള്ള കോർപ്പറേഷനുകളുടെ മുതിർന്ന എക്സിക്യൂട്ടീവുകൾ, മുഖ്യ രാഷ്ട്രീയ പാർട്ടി ഉദ്യോഗസ്ഥർ എന്നിവർ ഉൾപ്പെടുന്നു.

2. അധിക വിവരങ്ങൾ:
പൗരത്വം: ഇൻഡ്യൻ ഇൻഡ്യാക്കാണെല്ല ഇൻഡ്യാക്കാണെല്ലെങ്കിൽ, ദയവായി രാജ്യം വ്യക്തമാക്കുക: -----
3. സ്ഥാപനത്തിന്റെ തരം: (ഒരു സ്ഥാപനം പ്രൊപ്പോസർ ആണെങ്കിൽ ഇത് ബാധകമാണ്. പ്രൊപ്പോസർ ഒരു വ്യക്തിയോ, ഏക ഉടമസ്ഥനോ എച്ച്.എഫ്.ഓ ആണെങ്കിൽ, ദയവായി ഓപ്ഷൻ X തിരഞ്ഞെടുക്കുക)
(i) കോർപ്പറേഷനുകൾ (ii) ട്രസ്റ്റ് (iii) സർക്കാർ (iv) പങ്കാളിത്തം/എൽഎൽപി (v) സർക്കാരിതര സംഘടനകൾ
(vi) സഹകരണ സ്ഥാപനങ്ങൾ (vii) സൊസൈറ്റി (viii) പ്രൈവറ്റ് ലിമിറ്റഡ് കമ്പനി (ix) പബ്ലിക് ലിമിറ്റഡ് കമ്പനി (x) മറ്റുള്ളവ, ദയവായി വ്യക്തമാക്കുക:-----

4. പ്രീമിയം അടയ്ക്കുന്നതിനുള്ള ഫണ്ടിന്റെ ഉറവിടം:
ബിസിനസ്സ്:----- ശമ്പളം:----- മറ്റുള്ളവ (ദയവായി വ്യക്തമാക്കുക)-----

7. ക്രെഡിറ്റ് സ്കോറുമായി ബന്ധപ്പെട്ട സമ്മതം
എന്റെ ക്രെഡിറ്റ് റിപ്പോർട്ട് ലഭ്യമാക്കുന്നതിനായി കമ്പനി നിയുക്തമാക്കിയിട്ടുള്ള ക്രെഡിറ്റ് സ്കോറററ്റ് ഏജൻസിക്ക് സ്വകാര്യവും സുരക്ഷിതവുമായ ഒരു സേവനം വഴിയായി ഈ വിവരങ്ങൾ അയയ്ക്കുന്നതിന് ഞാൻ മാഗ് ജനറൽ ഇൻഷുറൻസ് ലിമിറ്റഡിനെ അധികാരപ്പെടുത്തുകയും ഈ രണ്ട് സ്ഥാപനങ്ങളുടെയും സമ്മത വ്യവസ്ഥകൾ ഞാൻ അംഗീകരിക്കുകയും ചെയ്യുന്നു.
എനിക്ക് വേണ്ടി വ്യക്തിഗതമായി തയ്യാറാക്കിയിട്ടുള്ള ഉൽപ്പന്നങ്ങൾ എനിക്ക് നൽകുന്നതിനായി, എന്റെ ക്രെഡിറ്റ് റിപ്പോർട്ടുകളിൽ നിന്നുള്ള വിലയിരുത്തലുകൾ ഉപയോഗപ്പെടുത്തുന്നതിന് മാഗ് ജനറൽ ഇൻഷുറൻസ് ലിമിറ്റഡിനെ ഞാൻ അധികാരപ്പെടുത്തുന്നു.
തീയതി: പ്രൊപ്പോസറുടെ ഒപ്പ്: _____

8. വൈകല്യ സത്യവാങ്മൂലം

ഈ സത്യവാങ്മൂലം നൽകുന്നതിനായി പ്രൊപ്പോസർ എന്ന യഥാർത്ഥ അധികാരപ്പെടുത്തിയിട്ടുണ്ടെന്നും മാൾമ ജനറൽ ഇൻഷുറൻസ് ലിമിറ്റഡിൽ നിന്ന് ആരോഗ്യ ഇൻഷുറൻസ് ലഭിക്കുന്നതുമായി ബന്ധപ്പെട്ട പ്രൊപ്പോസർ ഫോമിന്റെയും മറ്റുള്ളവയുടെയും ഉള്ളടക്കം പ്രൊപ്പോസർക്ക് പൂർണ്ണമായും വിശദീകരിച്ചിട്ടുണ്ടെന്ന് ഞാൻ ഇതിനാൽ പ്രസ്താവിക്കുന്നു. പ്രൊപ്പോസർ അവ പൂർണ്ണമായി മനസ്സിലാക്കിയിട്ടുള്ളതും പ്രൊപ്പോസർ നൽകിയിട്ടുള്ള വിവരങ്ങളുടെ അടിസ്ഥാനത്തിൽ മാൾമക്ക് രേഖപ്പെടുത്തിയിട്ടുള്ളതുകൊണ്ടും പ്രൊപ്പോസറെ മാൾമക്ക് വാങ്ങിയ കേൾപ്പിക്കുകയും പ്രൊപ്പോസർ അവ പൂർണ്ണമായി മനസ്സിലാക്കുകയും സ്ഥിരീകരിക്കുകയും ചെയ്തിട്ടുണ്ട്.

പേര് _____

ഒപ്പ് _____

തീയതി:

D	D	M	M	Y	Y	Y	Y
---	---	---	---	---	---	---	---

11. പൊതുവിവരങ്ങൾ

1. മുന്നറിയിപ്പ്

നിങ്ങളോടും ഇൻഷുറൻസ് പരിരക്ഷയ്ക്കായി നിർദ്ദേശിക്കപ്പെട്ടിട്ടുള്ള ഓരോ വ്യക്തിയോടും ബന്ധപ്പെട്ടുള്ള അപകടസാധ്യതയുടെ നിഗമനത്തിന് നിർണ്ണായകമായ എല്ലാ വസ്തുതകളുടെയും പൂർണ്ണവും സത്യസന്ധവുമായ വെളിപ്പെടുത്തൽ നടത്താൻ നിങ്ങൾക്ക് ബാധ്യസ്ഥതയുണ്ട്. അത് പോളിസി നൽകുന്നതിനുള്ള ഞങ്ങളുടെ തീരുമാനത്തെയോ അത് നൽകുന്നതിന്റെ ആധാരമായ വ്യവസ്ഥകളെയോ ബാധിക്കുമെന്നതിനാൽ, നിങ്ങൾ ഏതെങ്കിലും വിവരങ്ങൾ ഞങ്ങൾക്ക് തെറ്റിദ്ധാരണാജനകമായി നൽകുവാൻ പാടുള്ളതല്ല. പോളിസി നൽകുന്നത് വരെ ബാധ്യത തുടരുന്നതും ഈ പ്രൊപ്പോസർ ഫോം സമർപ്പിക്കുന്നതോടെ അവസാനിക്കുന്നില്ലാത്തതും ആകുന്നു. അതിനാൽ, ഇവിടെ നൽകിയിരിക്കുന്ന വിവരങ്ങളിൽ ഏതെങ്കിലും മാറ്റമോ പോളിസി നൽകുന്നതിന് മുൻപ് പുതിയ വിവരങ്ങളോ വെളിവാക്കപ്പെടുകയോ ചെയ്താൽ, നിങ്ങൾ അത് ഞങ്ങളെ കാലതാമസമില്ലാതെ രേഖാമൂലം അറിയിക്കേണ്ടതാണ്. നിങ്ങളോട് ആവശ്യപ്പെട്ടിട്ടുള്ളതോ അല്ലാത്തതോ ആയ അധിക വിവരങ്ങൾ നൽകുന്നതിന് സ്പഥം തികയാതെ വരുന്നുവെങ്കിൽ, ദയവായി വിവരങ്ങൾ വേറെ ഒരു കടലാസിൽ എഴുതി യഥാർത്ഥം ഒപ്പിട്ട് ഇതിന്റെയൊപ്പം ചേർത്തു വെക്കുക. വിവരങ്ങൾ വെളിപ്പെടുത്തുന്നതിനുള്ള ബാധ്യതകൾ പാലിക്കാതിരുന്നാൽ, അത്തരം ലംഘനം ഇതിനോടകം നൽകിയിട്ടുള്ള ഏതൊരു പോളിസിയെയും അസാധുവാക്കിത്തീർത്തേക്കാവുന്നതാണ്.

ഇൻഷുറൻസ് നിയമം (ഭേദഗതി), 2015 ആക്ടിലെ വകുപ്പ് 41 പ്രകാരം റിബേറ്റുകളുടെ നിരോധനം

- ഇൻഷുറൻസ്, ജീവനും സത്യമായി ബന്ധപ്പെട്ട ഏതെങ്കിലും തരത്തിലുള്ള അപകടസാധ്യതകൾ സംബന്ധിച്ച് ഇൻഷുറൻസ് എടുക്കുന്നതിനോ പുതുക്കുന്നതിനോ തുടരുന്നതിനോ ഏതെങ്കിലും വ്യക്തിക്ക് പ്രലോഭനമായി, ജീവനും സത്യമായി ബന്ധപ്പെട്ട ഏതെങ്കിലും തരത്തിലുള്ള അപകടസാധ്യതകൾ സംബന്ധിച്ച് ഇൻഷുറൻസ് എടുക്കുന്നതിനോ പുതുക്കുന്നതിനോ തുടരുന്നതിനോ ഏതെങ്കിലും വ്യക്തിക്ക് അടയ്ക്കേണ്ട കമ്മീഷന്റെ ഭാഗമോ പോളിസിയുടെ കാണിച്ചിരിക്കുന്ന പ്രീമിയത്തിന്റെ ഏതെങ്കിലും കിഴിവ്, അല്ലെങ്കിൽ ഒരു പോളിസി എടുക്കുന്നതോ പുതുക്കുന്നതോ തുടരുന്നതോ ആയ ഒരു വ്യക്തിയും ഇൻഷുററുടെ പ്രസിദ്ധീകരിച്ച പ്രോസ്പെക്ടസുകൾ അല്ലെങ്കിൽ ടേബിളുകൾക്ക് അനുസൃതമായി അനുവദിക്കുന്ന കിഴിവ് ഒഴികെ ഒരു കിഴിവും നേരിട്ടോ അല്ലാതെയോ ഒരു വ്യക്തിയും അനുവദിക്കുകയോ അനുവദിക്കപ്പെടുകയോ ചെയ്യുവാൻ പാടുള്ളതല്ല.
- മുകളിലുള്ള ഉപ-നിയമം (1) വ്യവസ്ഥകൾ പാലിക്കുന്നതിൽ വീഴ്ച വരുത്തുന്ന ഏതൊരു വ്യക്തിയും പത്തു ലക്ഷം രൂപ വരെ വർദ്ധിപ്പിച്ചേക്കാവുന്ന പിഴ ഈടാക്കാൻ ബാധ്യസ്ഥനാണ്.

കൈപ്പറ്റൽ രസീത്

പ്രൊപ്പോസർ നമ്പർ _____

തീയതി

D	D	M	M	Y	Y	Y	Y
---	---	---	---	---	---	---	---

നിങ്ങളുടെ പ്രൊപ്പോസലും _____ എന്ന തീയതിയിലെ _____-ൽ മാറാവുന്ന രൂ. _____ എന്ന തുക ക്യാഷ്/ചെക്ക്/എൻഇഎഫ്ടി/ഡിമാൻഡ് ഡ്രാഫ്റ്റ്/മറ്റുള്ളവ _____ വഴി ഞങ്ങൾ നന്ദിയോടെ കൈപ്പറ്റിയതായി അറിയിക്കുന്നു.

ഇൻഷുറൻസിന് വേണ്ടി പൂർത്തിയാക്കിയ ഒരു പ്രൊപ്പോസൽ ഞങ്ങൾക്ക് സമർപ്പിക്കുന്നതോ അല്ലെങ്കിൽ ആവശ്യപ്പെടുന്ന ഏതെങ്കിലും പോളിസിയുടെ വേണ്ടിയുള്ള എന്തെങ്കിലും പേയ്മെന്റോ ഒരു പോളിസി പ്രദാനം ചെയ്യുന്നതിനായി ഞങ്ങളെ ബാധ്യസ്ഥരാക്കിത്തീർക്കുന്നില്ല. ആ തീരുമാനം എപ്പോഴും ഞങ്ങളുടെ പൂർണ്ണ വിവേചനാധികാരത്തിലായിരിക്കും. ഇൻഷുറൻസിന് വേണ്ടിയുള്ള ഒരു പ്രൊപ്പോസൽ ഞങ്ങൾ സ്വീകരിക്കുകയാണെങ്കിൽ, അത് പോളിസിയുടെ നിബന്ധനകൾക്കും വ്യവസ്ഥകൾക്കും വിധേയമായിരിക്കും. കൂടാതെ, പ്രീമിയം പൂർണ്ണമായും കൃത്യസമയത്തും ഞങ്ങൾക്ക് ലഭിച്ചില്ലെങ്കിലോ അല്ലെങ്കിൽ അത് പണമായി ഞങ്ങളുടെ അക്കൗണ്ടിൽ മാറ്റപ്പെട്ടിട്ടില്ലെങ്കിലോ ഞങ്ങൾക്ക് യാതൊരു ബാധ്യതയും ഉണ്ടായിരിക്കുന്നതുമല്ല.

സ്വീകർത്താവിന്റെ ഒപ്പും ഓഫീസ് സീലും _____

മാൾമ ജനറൽ ഇൻഷുറൻസ് ലിമിറ്റഡ് (മുൻപ് മാൾമ എച്ച്ഡിഎ ജനറൽ ഇൻഷുറൻസ് കമ്പനി ലിമിറ്റഡ്) | www.magmainurance.com | ഇ-മെയിൽ: customercare@magmainurance.com | ടോൾ ഫ്രീ: 1800 266 3202 | രജിസ്റ്റർ ചെയ്ത ഓഫീസ്: ഇക്വിനോക്സ് ബിസിനസ് പാർക്ക്, ടവർ 3, അംബേദ്കർ നഗർ, രണ്ടാം നില, യൂണിറ്റ് നമ്പർ 1ബി & 2ബി, എൽബിഎസ് മാർഗ്ഗ്, കൂർള (വെസ്റ്റ്), മുംബൈ 400070, മഹാരാഷ്ട്ര, ഇന്ത്യ | സി.എ.എൻ: U66000MH2009PLC460693 | ഐ.ആർ.ഡി.എ.എ. രജിസ്ട്രേഷൻ നമ്പർ 149 | വൺ ഹെൽത്ത് | ഉൽപ്പന്ന യു.എ.എൻ: MAGHLIP25038V062425 | പ്രദർശിപ്പിച്ചിരിക്കുന്ന വ്യാപാര ലോഗോ മാൾമ വെബ്സൈറ്റ് പ്രൈവറ്റ് ലിമിറ്റഡിന്റെതായിരിക്കുകയും ലൈസൻസിന് കീഴിൽ മാൾമ ജനറൽ ഇൻഷുറൻസ് ലിമിറ്റഡ് ഉപയോഗിക്കുകയും ചെയ്യുന്നു. | ഞങ്ങളുടെ വെബ്സൈറ്റിൽ മിറ-യുമായി ചാറ്റ് ചെയ്യുക അല്ലെങ്കിൽ വാട്ട്സ്ആപ്പ് നമ്പർ 7208976789-ൽ "ഹായ്" എന്ന് അയയ്ക്കുകയും ചെയ്യുക. (PF .OH.ver 15.12.25)