

ആരോഗ്യ സഞ്ജീവനി പോളിസി, മാഗ്മ
പ്രൊപ്പോസൽ ഫോം.



പ്രൊപ്പോസൽ നമ്പർ

1. ഓഫീസ് ഉപയോഗത്തിന് വേണ്ടി മാത്രം		ബ്രാഞ്ച് കോഡ്	
ബ്രാഞ്ചിന്റെ പേര്		മദ്ധ്യവർത്തിയുടെ കോഡ്	
മദ്ധ്യവർത്തിയുടെ പേര്		പി.ഒ.എസ്.പി ആണെങ്കിൽ ദയവായി ഇമ്പ്രൂവയ്ക്കുന്ന നൽകുക:-	
സെയിൽസ് ചാനൽ തരം		എ) പി.ഒ.എസ്.പി.-യുടെ പാൻ കാർഡ് നമ്പർ:	
		ബി) പി.ഒ.എസ്.പി.-യുടെ ആധാർ കാർഡ് നമ്പർ:	
പ്രൊപ്പോസൽ ലഭിച്ച			

ഫോം പൂരിപ്പിക്കുന്നതിനുള്ള മാർഗ്ഗനിർദ്ദേശങ്ങൾ (പ്രൊപ്പോസർ പൂരിപ്പിക്കേണ്ടത്)

എല്ലാ ചോദ്യങ്ങൾക്കും പൂർണ്ണമായും കൃത്യമായും ഉത്തരം നൽകുക. ഞങ്ങൾ പ്രദാനം ചെയ്യുന്ന എന്ത് ഇൻഷുറൻസ് പോളിസിയുടെയും അടിസ്ഥാനം ഈ പ്രൊപ്പോസൽ ആയിരിക്കും. ഒരു പോളിസി പ്രദാനം ചെയ്യുന്നതിനുള്ള ഞങ്ങളുടെ തീരുമാനത്തെയോ അതിന്റെ വിലയെയോ നിബന്ധനകളെയോ വ്യവസ്ഥകളെയോ ഒഴിവാക്കലുകളെയോ ബാധിച്ചേക്കാവുന്ന, ഇൻഷുറൻസ് പരിരക്ഷ ലഭിക്കുന്നതിനായി നിർദ്ദേശിക്കപ്പെട്ടിട്ടുള്ള എല്ലാ വ്യക്തികൾക്കും പ്രസക്തമായ എല്ലാ വസ്തുതകളും നിങ്ങൾ വെളിപ്പെടുത്തേണ്ടതാണ്. പ്രത്യേകമായി പ്രൊപ്പോസൽ ഫോമിൽ/വ്യക്തിഗത പ്രസ്താവനയിൽ, സത്യവാങ്മൂലത്തിൽ, ബന്ധപ്പെട്ട രേഖകളിൽ നൽകുന്ന നിർണ്ണായക വിവരങ്ങളിലെ ഏതെങ്കിലും തെറ്റായതോ കൃത്യമല്ലാത്തതോ ആയ പ്രസ്താവന, തെറ്റിദ്ധാരണാജനകമായ ആശയം നൽകൽ, വിവരണം നൽകാതിരിക്കൽ അല്ലെങ്കിൽ വെളിപ്പെടുത്താതിരിക്കൽ അല്ലെങ്കിൽ പ്രൊപ്പോസർ അല്ലെങ്കിൽ അദ്ദേഹത്തിന് വേണ്ടി പ്രവർത്തിക്കുന്ന മറ്റേതെങ്കിലും വ്യക്തി ഏതെങ്കിലും നിർണ്ണായക വിവരങ്ങൾ മറച്ചു വെച്ചിരിക്കുന്നു എന്നീ സാഹചര്യങ്ങളിൽ, ഞങ്ങളുടെ വിവേചനാധികാരത്തിൽ പോളിസി അസാധുവാക്കിത്തീർക്കുന്നതാണ്.

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. ഇൻഷുറൻസിന് വേണ്ടിയുള്ള ഒരു പ്രൊപ്പോസൽ ഞങ്ങൾ സ്വീകരിക്കുകയോണെങ്കിൽ, അത് പോളിസി നിബന്ധനകൾക്കും വ്യവസ്ഥകൾക്കും വിധേയമായിരിക്കും. പ്രീമിയം പൂർണ്ണമായും കൃത്യസമയത്തോ ഞങ്ങൾക്ക് ലഭിച്ചിട്ടില്ലെങ്കിലോ പണമായി ഞങ്ങളുടെ അക്കൗണ്ടിൽ ക്രെഡിറ്റ് ചെയ്യപ്പെട്ടിട്ടില്ലെങ്കിലോ പോളിസിക്ക് മുൻപായുള്ള മെഡിക്കൽ പരിശോധന നടത്തപ്പെട്ടിട്ടില്ലെങ്കിലോ ഞങ്ങൾക്ക് പ്രൊപ്പോസൽ സ്വീകാര്യമല്ലെങ്കിലോ, പോളിസിയുടെ കീഴിൽ നിങ്ങൾക്ക് ഇൻഷുറൻസ് തുക നൽകുന്നതിന് ഞങ്ങൾക്ക് യാതൊരു ബാധ്യസ്ഥതയും ഉണ്ടായിരിക്കുന്നതല്ല.

* എന്ന് അടയാളപ്പെടുത്തിയ എല്ലാ കളളികളും/വിശദാംശങ്ങളും നിർബന്ധമാണ്.

2. പ്രൊപ്പോസറുടെ വിശദാംശങ്ങൾ

നിങ്ങളുടെയും പരിരക്ഷണം വേണ്ട ഓരോ നിർദ്ദേശിത വ്യക്തിക്കും വേണ്ടി ഈ ഫോം പലയി അക്ഷരങ്ങളിൽ പൂരിപ്പിക്കുക.

പ്രൊപ്പോസറുടെ പേര്* (ശ്രീ./മിസ്./ശ്രീമതി/മറ്റുള്ളവർ)	(ആദ്യ നാമം)	(മദ്ധ്യനാമം)	(അന്തിമ നാമം)		
	☐ അവിവാഹിതൻ	☐ വിവാഹിതൻ			
വൈവാഹിക നില	☐ പുരുഷൻ	☐ സ്ത്രീ	☐ ഇവയിൽ ഒന്നുമല്ല		
ലിംഗഭേദം	ജനനത്തീയതി* DDMMYY				
ദേശീയത*	☐ വേതനം പറ്റുന്ന വ്യക്തി	☐ സ്വയം തൊഴിൽ	☐ പ്രൊഫഷണൽ		
വാർഷിക വരുമാനം (രൂപയിൽ)	☐ < 3,00,000	☐ 3,00,000 – 10,00,000	☐ 10,00,001 – 25,00,000		
കുടുംബാംഗങ്ങൾക്കുള്ള മേൽവിപണനം*	☐ >25,00,000				
ലാൻഡ്മാർക്ക്					
നഗരം:	സംസ്ഥാനം:		പിൻ കോഡ്:		
ഫോൺ നമ്പർ. എസ്ടിഡി കോഡ്	ലാൻഡ്ലൈൻ നമ്പർ	മൊബൈൽ നമ്പർ.*			
സ്ഥിര വിലാസം:					
ലാൻഡ്മാർക്ക്					
നഗരം:			പിൻ കോഡ്:		
ഫോൺ നമ്പർ. എസ്ടിഡി കോഡ്	മൊബൈൽ നമ്പർ.*				
ഇമെയിൽ ഐഡി					
നിങ്ങൾ ഒരു മാഗ്മ ജീവനക്കാരൻ ആണോ? ☐ അതെ, ജീവനക്കാരന്റെ കോഡ് ☐ ഇല്ല മാഗ്മ എച്ച്ഡിഐ-യിൽ നിങ്ങൾക്ക് മറ്റേതെങ്കിലും പോളിസി ഉണ്ടോ? ☐ അതെ, പോളിസി നമ്പർ. ☐ ഇല്ല					
പോളിസിയുടെ വാചകങ്ങളും മറ്റ് രേഖകളും ഇമെയിൽ വഴിയായി മാത്രം ലഭിക്കുന്നതിന് നിങ്ങൾ ആഗ്രഹിക്കുന്നുണ്ടോ? ☐ അതെ ☐ ഇല്ല					
നിവാസ സ്ഥിതി ☐ നിവാസിയായ വ്യക്തി ☐ പ്രവാസി ഇൻഡ്യാക്കാൻ ☐ 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*			ആധാർ നമ്പർ		
തിരിച്ചറിയൽ രേഖയുടെ തരം ☐ പാൻ കാർഡ് ☐ പാൻ പോർട്ട് ☐ വോട്ടർ ഐഡി കാർഡ് ☐ ഡ്രൈവിംഗ് ലൈസൻസ് ☐ ആധാർ കാർഡ് ☐ മറ്റുള്ളവ മറ്റുള്ളവയാണെങ്കിൽ, ദയവായി പ്രസ്താവിക്കുക. -----					
☐ അകവൈനി-യുടെ ഉദ്ദേശ്യത്തിനായി ഐഡി-യും മേൽവിലാസം തെളിയിക്കുന്ന രേഖയും ദയവായി പങ്കു വെക്കുക. പാൻ നൽകിയിട്ടുണ്ടെങ്കിൽ, ദയവായി പാൻ പോർട്ട് / വോട്ടർ കാർഡ് / ഡ്രൈവിംഗ് ലൈസൻസ് / ആധാർ നമ്പർ അല്ലെങ്കിൽ ഔദ്യോഗികമായി സാധ്യതയുള്ള മറ്റേതെങ്കിലും രേഖ പങ്കു വെക്കുക. വിദേശ പൗരൻമാരായ വ്യക്തികൾ, പ്രവാസി ഇൻഡ്യാക്കാൻ (എൻആർഐ-കൾ), ഇൻഡ്യൻ വംശജരായ വ്യക്തികൾ (പിഐഒകൾ) എന്നിവർക്ക് ആവശ്യമായ രേഖകൾ ഇവയാണ്: (എ) പാൻ പോർട്ട് (ബി) ഡ്രൈവിംഗ് ലൈസൻസ് (സി) വോട്ടർ തിരിച്ചറിയൽ കാർഡ് എന്നിവയിൽ ഏതെങ്കിലും മാർഗ്ഗം ഇൻഡ്യയിലെ വിദേശ എംബസി അല്ലെങ്കിൽ മിഷൻ നൽകുന്ന കത്തുകളും അതോ രാജ്യങ്ങൾ നൽകുന്ന പ്രസ്താവനയോ തിരിച്ചറിയൽ രേഖകളും.					
ബാധകമായ കെ.വൈ.സി. നടത്തുന്നതിനായി ഞങ്ങൾക്ക് കെ.വൈ.സി. രജിസ്ട്രിയലുടെയോ യുഎഫിഡിഎഫ് (UIDAI)-യിലൂടെയോ അനുവദനീയമായ മറ്റേതെങ്കിലും രീതികളിലൂടെയോ എന്റെ/ഞങ്ങളുടെ തിരിച്ചറിയൽ/മേൽവിലാസം തെളിപ്പം ഇൻഷുറൻസ് പരിരക്ഷ നേടുന്ന വ്യക്തിയുടെ തിരിച്ചറിയൽ/മേൽ വിലാസം തെളിയിക്കൽ രേഖ സമർപ്പിക്കപ്പെടുന്നതിനും നേടുന്നതിനും ഞാൻ/ഞങ്ങൾ കമ്പനിക്ക് ഇതിനാൽ എന്റെ/ഞങ്ങളുടെ സമ്മതം നൽകുന്നു. ☐ അതെ ☐ ഇല്ല					

3. പാൻ വിശദാംശങ്ങൾ*

പോളിസിയുടെ തരം	☐ വ്യക്തിഗതം	☐ ഹാമിലി ഫ്ലോട്ടർ	
	ഹാമിലി ഫ്ലോട്ടർ** ആണെങ്കിൽ, നേടുന്ന വ്യക്തികളുടെ എണ്ണം: (പ്രായപൂർത്തിയെത്തിയവർ: കുട്ടികൾ: (**പ്രായപൂർത്തിയെത്തിയവർ പരമാവധി 4 പേരും 3 കുട്ടികളും)		
ഇൻഷുറൻസ് തുക	☐ 50,000 ☐ 1 ലക്ഷം ☐ 1.5 ലക്ഷം ☐ 2 ലക്ഷം ☐ 2.5 ലക്ഷം ☐ 3 ലക്ഷം ☐ 3.5 ലക്ഷം ☐ 4 ലക്ഷം ☐ 4.5 ലക്ഷം ☐ 5 ലക്ഷം	☐ 5.5 ലക്ഷം ☐ 6 ലക്ഷം ☐ 6.5 ലക്ഷം ☐ 7 ലക്ഷം ☐ 7.5 ലക്ഷം ☐ 8 ലക്ഷം ☐ 8.5 ലക്ഷം ☐ 9 ലക്ഷം ☐ 9.5 ലക്ഷം ☐ 10 ലക്ഷം	
പ്രീമിയത്തിന്റെ പേയ്മെന്റിന്റെ ആവർത്തി	☐ സിംഗിൾ പ്രീമിയം	☐ പ്രതിമാസ ഗഡു	☐ ത്രൈമാസിക ഗഡു
ഇൻഷുറൻസ് കാലയളവ്	☐ 1 വർഷം		

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
ടെറ്റിൽ							
പേര്*	(ആദ്യ നാമം)						
	(മദ്ധ്യനാമം)						
	(അന്തിമ നാമം)						
ലിംഗഭേദം (പുരുഷൻ/സ്ത്രീ/ഇവയിൽ ഒന്നുമല്ല)							
ഉയരം* (സെന്റിമീറ്റർ)							
ഭാരം* (കിലോഗ്രാം)							
എൻ റിഫാക്ടിവ് എൻ ഇൻഡെക്സ് (ഇടത്, വലത് കണ്ണ്)							
ജനനത്തീയതി* (DD/MM/YYYY)							
പ്രൊപ്പോസറുമായുള്ള ബന്ധം*							
തൊഴിൽ							
(വേതനം പറ്റുന്നവർ/സ്വയം തൊഴിൽ/പ്രൊഫഷണൽ/മറ്റുള്ളവർ)							
ആയുഷ്മാൻ ഭാരത് ഹെൽത്ത് അക്കൗണ്ട് (ABHA) “അഭ-യുമായി ബന്ധിപ്പിച്ചിട്ടുള്ള എന്റെ/ഞങ്ങളുടെ മെഡിക്കൽ രേഖകൾ പരിശോധിച്ചുപിടിക്കുന്നതിനും കൈവശം ലഭിക്കുന്നതിനും ഞാൻ/ഞങ്ങൾ കമ്പനിക്ക് ഇതിനാൽ എന്റെ/ഞങ്ങളുടെ സമ്മതം നൽകുന്നു.”	☐ അതെ ☐ ഇല്ല	☐ അതെ ☐ ഇല്ല	☐ അതെ ☐ ഇല്ല	☐ അതെ ☐ ഇല്ല	☐ അതെ ☐ ഇല്ല	☐ അതെ ☐ ഇല്ല	☐ അതെ ☐ ഇല്ല

“അതെ എങ്കിൽ, ദയവായി അഭി (ABHA) നമ്പർ സൃഷ്ടിക്കുക. ഇല്ല എങ്കിൽ, ദയവായി നിങ്ങളുടെ അഭി നമ്പർ സൃഷ്ടിക്കുക https://fasttrack.magnainsurance.com/abha/index						
എന്നർ മുതലാണ് തുടർച്ചയായി ഇടവേളയില്ലാതെ നിങ്ങൾക്ക് ഇൻഷുറൻസ് പരിരക്ഷയുള്ളത്: ദിന മാമാം DD MM YYYY മുകളിൽ പറഞ്ഞിട്ടുള്ള തീയതി നിലനിൽക്കുന്ന പ്രസക്തമായ പോളിസി പകർപ്പുകൾ ദയവായി നൽകുക.						

ഇൻഷുറൻസ് പരിരക്ഷ നേടിയിട്ടുള്ള എല്ലാ അംഗങ്ങളുടെയും നോമിനി പോളിസി ഉടമയാണ്. പോളിസി ഉടമയ്ക്ക് നോമിനിയായി നൽകേണ്ട വിശദാംശങ്ങൾ ചുവടെയുണ്ട്.

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

നോമിനി പ്രായപൂർത്തിയാകാത്ത ആളാണെങ്കിൽ, നിയുക്തമാക്കപ്പെട്ട വ്യക്തിയുടെ പേരും വിലാസവും പ്രായപൂർത്തിയാകാത്തയാളുമായുള്ള ബന്ധവും:

നിയുക്തമാക്കപ്പെട്ട വ്യക്തിയുടെ പേര്	നോമിനിയുമായുള്ള ബന്ധം	നിയുക്തമാക്കപ്പെട്ട വ്യക്തിയുടെ സ്ഥലം നമ്പർ
--------------------------------------	-----------------------	---

നോമിനിയുടെ ബാങ്ക് വിശദാംശങ്ങൾ

എ) അക്കൗണ്ട് ഉടമയുടെ/ഉടമകളുടെ പേര് (ബാങ്ക് രേഖകളിൽ കാണപ്പെടുന്നതുപോലെ)		
ബി) ബാങ്കിന്റെ പേര്		എഫ്) അക്കൗണ്ട് തരം
സി) ബാങ്ക് ശാഖയുടെ പേര്		ജി) അക്കൗണ്ട് നമ്പർ
ഡി) മേൽ വിലാസം		എച്ച്) ഐ.എഫ്.എസ്.സി. കോഡ്
ഇ) ശാഖയുടെ നഗരം		ഐ) 9 അക്ക എം.ഐ.സി.ആർ. കോഡ്

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

പൊപോസ് അല്ലെങ്കിൽ നിർദ്ദേശിക്കപ്പെട്ടിരിക്കുന്ന വ്യക്തികൾ മാഗ് ജനറൽ ഇൻഷുറൻസ് ലിമിറ്റഡിലോ മറ്റെങ്ങിലോ ഇൻഷുറൻസ് കമ്പനിയிலോ ആരോഗ്യ ഇൻഷുറൻസ് പോളിസിയിൽ ഇൻഷുറൻസ് പരിരക്ഷ ഇതിനോടകം തന്നെ ഏറ്റെടുത്തുണ്ടോ അല്ലെങ്കിൽ അതിനായി നിർദ്ദേശിക്കപ്പെട്ടിട്ടുണ്ടോ? ☐ അതെ ☐ ഇല്ല

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

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

ഇൻഷുറൻസ് പരിക്ഷേപത്തിടയ്ക്കുള്ള വ്യക്തിയുടെ പേര് (പ്രഥമ നാമം, മദ്ധ്യ നാമം, അന്തിമ നാമം)	ഇൻഷുറൻസ് ദാതാവിന്റെ പേര്	പോളിസി നമ്പർ/ അപേക്ഷാ നമ്പർ.	ഇൻഷുറൻസ് കാലയളവ്		ഇൻഷുറൻസ് തുക (രൂപ)	ഒക്ട്രീം വിശദാംശങ്ങൾ, എന്തെങ്കിലും ഉണ്ടെങ്കിൽ
			മുതൽ	വരെ		

നിങ്ങളുടെ നിലവിലുള്ള ഇൻഷുറൻസ് പോളിസിയിൽ നിന്ന് പോർട്ടബിളിറ്റി ആനുകൂല്യം ലഭിക്കാൻ ആഗ്രഹിക്കുന്നുവെങ്കിൽ, മുകളിൽ നൽകിയിരിക്കുന്ന വിവരങ്ങൾക്ക് പുറമെ നിലവിലുള്ള പോളിസിയുമായി ബന്ധപ്പെട്ട ഏറ്റവും പുതിയ റേഖകളും (ഈ പ്രൊപ്പോസൽ ഫോമിന്റെ അനുബന്ധമായി) ഞങ്ങൾക്ക് സമർപ്പിക്കുക.

വിഭാഗം എ: ഇൻഷുറൻസ് പരിരക്ഷ നേടുന്നതിന് നിർദ്ദേശിക്കപ്പെട്ട വ്യക്തികളിൽ ആൾക്കെങ്കിലും ഇനിപ്പറയുന്ന രേഖയിലിരിക്കുമ്പോഴുള്ളവരെ	അതെ / ഇല്ല	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
ഉണ്ടായിട്ടുണ്ടോ/ഇല്ലാതെ അനുബന്ധിച്ചുകൊണ്ട്: ബാധകമാകുന്നതെല്ലാം ഇൻഷുറൻസ് പരിരക്ഷ നൽകപ്പെടുന്ന വ്യക്തിക്ക് "അതെ" എന്ന അടയാളപ്പെടുത്തി വിശദാംശം വീ-യിൽ വിശദാംശങ്ങൾ നൽകുക.								
1. ഹൈപ്പർടെൻഷൻ ചരിത്രം അതെ / ഇല്ല								
എ) ദൈർഘ്യം								
ബി) ഓഷഡം								
സി) ഡോസേജ്								
2. ഡയബറ്റിസ് മെല്ലിറ്റസ് ചരിത്രം അതെ / ഇല്ല								
എ) ടൈപ്പ് 1 അല്ലെങ്കിൽ ടൈപ്പ് 2								
ബി) ദൈർഘ്യം								
സി) മരുന്ന്								
ഡി) ഡോസേജ്								

	അനു / ഇല്ല	ഇൻഷുർ ചെയ്ത ചെലവുകൾ/യുടെ നമ്പർ
3. ഹൃദയവും രക്തധമനികളുമായി ബന്ധപ്പെട്ട രോഗാവസ്ഥകൾ/അസുഖസമൂഹങ്ങൾ: നെഞ്ചുവേദന, ആർദ്രത, ഉയർന്ന കൊളസ്ട്രോൾ/ലിപിഡുകൾ, അസ്തിവ്യവസ്ഥയിലുള്ള ഹൃദയയിടിപ്പ്, കണ്ണെണ്ണയിൽ ഹാർട്ട് ഫെയിലർ, കൊറോണറി ആർട്ടറി രോഗം, ഹൃദയാഘാതം, ബൈപാസ് സർജി/ആർട്ടിറോസ്ക്ലെറോസിസ്, വാൽവ് തകരാർ/മാറ്റിവെക്കൽ, പേസ്‌മേക്കർ സ്ഥാപിക്കൽ, വ്യാമിക് ഫീഡർ, ജനന മൂലമുള്ള ഹൃദയത്തിന്റെ രോഗാവസ്ഥ, വെരികോസ് വെയിൻ, യൂറോബാസിസ്, രക്ത വൈകല്യങ്ങൾ മൂലമുണ്ടായവ?		
4. മൂത്രാശയ രോഗാവസ്ഥകൾ/തകരാറുകൾ: മൂത്രത്തിൽ രക്തം, മൂത്ര വിസർജ്ജനത്തിലെ ആവർത്തി, വേദനാജനകമായ/വിഷമതയോടെയുള്ള മൂത്രമൊഴിക്കൽ, വൃക്ക പൊം/അല്ലെങ്കിൽ മൂത്രാശയ അസുഖാവസ്ഥകൾ, മൂത്രാശയ കല്ലുകൾ, വൃക്ക പരാജയം, ഡയാലിസിസ് അല്ലെങ്കിൽ മറ്റേതെങ്കിലും വൃക്ക/മൂത്രാശയ നാളി അല്ലെങ്കിൽ ഫോസ്ഫേറ്റ് രോഗം		
5. മനഃകൃതപ്രാണികളെപ്പറ്റി രോഗാവസ്ഥകൾ/ക്രമക്കേടുകൾ: സന്ധി/പുറം വേദന ആർത്രൈറ്റിസ്, സ്പോണ്ടിലോസിസ്, സന്ധികൾ മാറ്റിവെക്കൽ അല്ലെങ്കിൽ പേരികളുടെ/അസ്തികളുടെ/സന്ധികളുടെ/അസ്തിവ്യവസ്ഥയുടെ/ചലന അനവധിതയുടെ അല്ലെങ്കിൽ ഡിസ്കുകളുടെ മറ്റ് ഏതെങ്കിലും തകരാറ്, ഗ്ലൂട്ട്, ഹെർണിയേഷൻ ഡിസ്ക്, അസ വിമോറോ/ക്യൂരിമ അവസ്ഥകൾ വെക്കൽ		
6. ശ്വാസനവുമായി ബന്ധപ്പെട്ട രോഗാവസ്ഥകൾ/ക്രമക്കേടുകൾ: ശ്വാസതടസ്സം/ശ്വാസിക്കുന്നതിനുള്ള വിഷമത, ക്ഷയം, ആസ്മ, ബ്രോങ്കൈറ്റിസ്, കോണിക് ബെസ്‌ട്രക്റ്റീവ് പരിമോണറി ഡിസിസ് സിപിഡി, വിട്ടുമാറാത്ത ചുമ, രക്തം ചുമച്ചു തുപ്പുക മൂലമുണ്ടായവ അല്ലെങ്കിൽ മറ്റേതെങ്കിലും ശ്വാസകോശ/ശ്വാസന-സംബന്ധമായ രോഗങ്ങൾ		
7. ഹെമസ്താമിയ ബന്ധപ്പെട്ട രോഗാവസ്ഥകൾ/ക്രമക്കേടുകൾ: മഞ്ഞപ്പിത്തം, വിട്ടുമാറാത്ത അതിസാരം, കൂടൽ രക്തസ്രാവം/പ്രശ്നങ്ങൾ/പോളിപ്പ്, പാൻക്രിയാസ്, കാൾ അല്ലെങ്കിൽ പിത്താശയത്തിന്റെ രോഗങ്ങൾ, ഹെമറ്റിനൈറ്റിസ് / ബി / സി / മൂത്രമുളവ, മഞ്ഞപ്പിത്തം, സിറോസിസ്, കാൻസറിലുള്ള ശരീരഭാരം കറയൽ അല്ലെങ്കിൽ പരീവീക്ഷണ കഴിക്കുന്നതിലെ ക്രമക്കേട് അല്ലെങ്കിൽ മറ്റേതെങ്കിലും ഗ്യാസ്‌ട്രോ ഇൻസ്റ്റെനിയ രോഗാവസ്ഥ		
8. അർബുദം/ട്യൂമർ - നിഗൂഢപ്രവഹനമായതോ മാർകമായതോ ആയ ട്യൂമർ, ഏതെങ്കിലും വളർച്ച/സിയ്റ്റ്, ഏതെങ്കിലും അർബുദം		
9. മസ്തിഷ്കം/നാഡീവ്യൂഹം/മനോപര രോഗാവസ്ഥകൾ/വൈകല്യങ്ങൾ: ബോധം നഷ്ടപ്പെടൽ, ബോധക്ഷയം, തലകറക്കം, മരവിപ്പ്/തരിപ്പ്, ശക്തിഹീനത, പക്ഷാഘാതം, തലയടി പരിക്ക്, മസ്തിഷ്കഘാതം, കൊടിഞ്ഞി തലവേദനകൾ അല്ലെങ്കിൽ വിട്ടുമാറാത്ത തീവ്രമായ തലവേദന, സ്ലീപ് അപ്നിയ, മർട്ടിപ്പിൾ സ്ക്ലെറോസിസ്, അപ്നോർമിയ മൂലമുണ്ടായവ രോഗാവസ്ഥകൾ/വൈകല്യങ്ങൾ: പെർട്ടിവിക് വേദന, അസുഖോത്ഥമായ ആർത്തവ്യ രക്തസ്രാവം, അസുഖോത്ഥമായ പാപ് സ്മിയർ, ഏൻഡോമെട്രിയോസിസ്, ഫൈബ്രോയിഡ്, സിയ്റ്റ്/ഫൈബ്രോഡൈനോമ, രക്തസ്രാവവുമായി ബന്ധപ്പെട്ട ക്രമക്കേട്, പെർട്ടിവിക് അസുഖാവസ്ഥ അല്ലെങ്കിൽ മറ്റേതെങ്കിലും ഗൈനക്കോളജിക്കൽ/സ്മന സിയ്റ്റ്/മുഴക്കം/ട്യൂമർ		
10. സിസ്റ്റിക്കളുടെ പ്രത്യുത്പാദനം-സംബന്ധമായ രോഗാവസ്ഥകൾ/വൈകല്യങ്ങൾ: പെർട്ടിവിക് വേദന, അസുഖോത്ഥമായ ആർത്തവ്യ രക്തസ്രാവം, അസുഖോത്ഥമായ പാപ് സ്മിയർ, ഏൻഡോമെട്രിയോസിസ്, ഫൈബ്രോയിഡ്, സിയ്റ്റ്/ഫൈബ്രോഡൈനോമ, രക്തസ്രാവവുമായി ബന്ധപ്പെട്ട ക്രമക്കേട്, പെർട്ടിവിക് അസുഖാവസ്ഥ അല്ലെങ്കിൽ മറ്റേതെങ്കിലും ഗൈനക്കോളജിക്കൽ/സ്മന സിയ്റ്റ്/മുഴക്കം/ട്യൂമർ		
11. ഇൻഷുറൻസ് പരിരക്ഷയ്ക്കായി നിർദ്ദേശിക്കപ്പെട്ട ഏതെങ്കിലും സ്മി ഗൾഫിനിയോണോ, വിട്ടിൽ നടത്തിയ ഗർഭ പരിശോധനയിൽ പോസിറ്റീവ് ആണെന്ന് സ്ഥിരീകരിച്ചിട്ടുണ്ടോ, അല്ലെങ്കിൽ റെസെക്ഷൻ പ്രക്രിയയിലാണോ അല്ലെങ്കിൽ മെഡിക്കൽ ഗർഭാധാരണത്തിലാണോ?		
12. ഏൻഡോളിക്, ഏൻഡോളൈൻ അവസ്ഥകൾ/വൈകല്യങ്ങൾ: അഡിനീക്/പിറ്റൂട്ടറി തകരാറുകൾ, ല്യൂസിസ്, സ്ക്വിറോഡെമർ, ടൈറോയ്ഡ് തകരാറുകൾ, മറ്റേതെങ്കിലും ഓട്ടോഇമ്യൂൺ/ജനിതക തകരാറുകൾ		

ആരോഗ്യ സഞ്ജീവനി പോളിസി, മാഗ്മ പ്രൊപ്പോസൽ ഫോം.



	അതെ / ഇല്ല	ഇൻഷുർ ചെയ്ത ചവുക്കിയുടെ നമ്പർ
13. ഇൻഷുറൻസ് പരിരക്ഷയ്ക്കായി നിർദ്ദേശിക്കപ്പെട്ട വ്യക്തിക്ക് വിട്ടുമാറാത്തതോ ദീർഘകാലമായി നില നിൽക്കുന്നതോ ആയ ഏതെങ്കിലും വൈദ്യപര രോഗാവസ്ഥയുണ്ടോ, അല്ലെങ്കിൽ മറ്റേതെങ്കിലും ശാരീരിക വൈകല്യം, അസാധാരണതും അല്ലെങ്കിൽ ആവർത്തിച്ചുള്ള അസുഖം അല്ലെങ്കിൽ ക്ഷതം ഉണ്ടോ അല്ലെങ്കിൽ സാധാരണമായ പ്രവർത്തികളിലേർപ്പെടുന്നതിന് കഴിയുന്നില്ലേ?		
14. ഇൻഷുറൻസ് പരിരക്ഷയ്ക്കായി നിർദ്ദേശിക്കപ്പെട്ട വ്യക്തി പുകയില ഉൽപ്പന്നങ്ങൾ/സിഗററ്റുകൾ ഉപയോഗിക്കുന്നുണ്ടോ അല്ലെങ്കിൽ മദ്യം കുടിക്കുന്നുണ്ടോ?		
15. ഇൻഷുറൻസ് പരിരക്ഷയ്ക്കായി നിർദ്ദേശിക്കപ്പെട്ട വ്യക്തികളിൽ ആരെങ്കിലും വന്ധ്യതയുമായി ബന്ധപ്പെട്ട ഏതെങ്കിലും അവസ്ഥ അനുഭവിക്കുന്നുണ്ടോ?		
16. ഇൻഷുറൻസ് പരിരക്ഷയ്ക്കായി നിർദ്ദേശിക്കപ്പെട്ട ഏതെങ്കിലും വ്യക്തി, ഏതെങ്കിലും ഡോക്ടറുടെ അല്ലെങ്കിൽ ആരോഗ്യ പരിചരണ വിദഗ്ദ്ധന്റെ വിദഗ്ദ്ധാഭിപ്രായം അല്ലെങ്കിൽ അവരിൽ നിന്ന് മറ്റേതെങ്കിലും രോഗാവസ്ഥയ്ക്കായി അല്ലെങ്കിൽ രോഗലക്ഷണത്തിനായി(ങ്ങൾക്കായി)/ മനോപരമായ രോഗനിമിത്തിയ്ക്കായി/ ആശുപത്രിയിൽ പ്രവേശനം /അസുഖം/ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്ക് വിധേയമായിട്ടുണ്ടോ, /നിലവിൽ ഏതെങ്കിലും രോഗാവസ്ഥയ്ക്കോ മെഡിക്കൽ നടപടിക്രമങ്ങൾക്കോ (രോഗനിർണ്ണയ പരിശോധന ഉൾപ്പെടെ) മരുന്ന് കഴിക്കുന്നുണ്ടോ?		
17. ഈ പരിരക്ഷയ്ക്കായി നിർദ്ദേശിക്കപ്പെടുന്നതിന് മുൻപ്, നിങ്ങൾക്കോ പരിരക്ഷയ്ക്കായി നിർദ്ദേശിക്കപ്പെട്ട വ്യക്തിക്കോ താഴെപ്പറയുന്ന ഏതെങ്കിലും ഗുരുതരമായ രോഗങ്ങൾ ഉണ്ടെന്ന് രോഗനിർണ്ണയം ചെയ്യപ്പെടുകയോ ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്ക് വിധേയനാകുകയോ ചെയ്തിട്ടുണ്ടോ - അർബുദം, ഹൃദയാഘാതം, കൊറോണറി അർട്ടറി, ബൈപാസ് ഗ്രാഫ്റ്റ്, ഹാർട്ട് വാൽവ് മാറ്റിവെക്കൽ/തകരാർ പരിഹരിക്കൽ, കോമ, വൃക്ക പരാജയം, മസ്തിഷ്കാഘാതം, ഏതെങ്കിലും തരത്തിലുള്ള ട്രാൻസ്പ്ലാന്റ്, പക്ഷാഘാതം, മർദ്ദിപ്പിൾ സ്ക്രിനോസിസ്, മോട്ടോർ ന്യൂറോൺ രോഗം, അല്ലെങ്കിൽ എച്ച്ഐവി/എഡ്സ്		

വിഭാഗം ബി: അസുഖം/ഓഷധം/ പരിശോധന/ശസ്ത്രക്രിയ/ഡയറാപ്റ്റർ ഗ്രേഡ് എന്നിവയുടെ പേരും വിവരങ്ങളും (മുകളിലുള്ള വിഭാഗം എ-യിൽ അതെ എന്ന് ഉത്തരം	അവസാന കൺസൾട്ടേഷന്റെ തീയതി	ഡോക്ടറുടെ പേര്	ആശുപത്രിയുടെ പേരും ഫോൺ നമ്പറും	അസുഖത്തിന്റെ വിവരങ്ങൾ
ഇൻഷുറൻസ് പരിരക്ഷയുള്ള വ്യക്തി 1:				
ഇൻഷുറൻസ് പരിരക്ഷയുള്ള വ്യക്തി 2:				
ഇൻഷുറൻസ് പരിരക്ഷയുള്ള വ്യക്തി 3:				
ഇൻഷുറൻസ് പരിരക്ഷയുള്ള വ്യക്തി 4:				
ഇൻഷുറൻസ് പരിരക്ഷയുള്ള വ്യക്തി 5:				
ഇൻഷുറൻസ് പരിരക്ഷയുള്ള വ്യക്തി 6:				
ഇൻഷുറൻസ് പരിരക്ഷയുള്ള വ്യക്തി 7:				

മറ്റേതെങ്കിലും വിവരങ്ങൾ: _____

ആവശ്യമെങ്കിൽ കൂടുതൽ ഷീറ്റുകൾ ചേർക്കുക.

വിഭാഗം സി: പ്രധാനപ്പെട്ട കുറിപ്പുകൾ:

- ഈ പ്രൊപ്പോസൽ ഫോമിലോ നിങ്ങൾ നൽകിയിട്ടുള്ള ഏതെങ്കിലും അനുബന്ധ വിവര പത്രികയിലോ രേഖകളിലോ നിങ്ങൾ അല്ലെങ്കിൽ നിങ്ങൾക്ക് വേണ്ടി മറ്റൊരാൾ ഞങ്ങൾക്ക് നൽകുന്ന വിവരങ്ങൾ ഇൻഷുറൻസ് പ്രദാനം ചെയ്യുന്നതിനുള്ള ഞങ്ങളുടെ തീരുമാനത്തെയും അതുമായി ബന്ധപ്പെട്ട വ്യവസ്ഥകളെയും സ്വാധീനിക്കും. കൂടാതെ, ഞങ്ങൾ നൽകുന്ന ഏതൊരു പോളിസിയും നിങ്ങൾ ഞങ്ങൾക്ക് കൈമാറിയിട്ടുള്ള വിവരങ്ങളുടെ അടിസ്ഥാനത്തിലുള്ളതായിരിക്കും. അതിനാൽ നിങ്ങളുടെ ഉത്തരങ്ങൾ എല്ലാ അർത്ഥത്തിലും പൂർണ്ണവും കൃത്യവുമായിരിക്കേണ്ടത് പ്രധാനമാണ്.
- ഈ പ്രൊപ്പോസലിലെ ചോദ്യങ്ങൾ സമ്പൂർണ്ണമല്ല, മറിച്ച് സൂചനാത്മകമാണ്. ഈ പ്രൊപ്പോസലിലെ ഒരു ചോദ്യത്തിന്റെ വിഷയമല്ലെങ്കിൽ പോലും, ഇൻഷുറൻസ് എടുക്കുന്ന വ്യക്തിയുമായി ബന്ധപ്പെട്ട റിസ്ക് നിസ്കർമ്മമായ എല്ലാ വിവരങ്ങളും നിങ്ങൾ ഞങ്ങൾക്ക് നൽകേണ്ടതാണ്. എന്ന് വിവരങ്ങൾ നൽകണമെന്ന് നിങ്ങൾക്ക് എന്തെങ്കിലും സംശയമുണ്ടെങ്കിൽ, നിങ്ങളുടെ ഇൻഷുറൻസ് ഉപദേഷ്ടാവുമായി/കമ്പനിയുമായി സമ്പർക്കം പുലർത്തേണ്ടതാണ്.
- നിങ്ങളുടെ പ്രൊപ്പോസൽ സ്വീകരിക്കുന്നത് പൂർണ്ണമായ മെഡിക്കൽ റിപ്പോർട്ടുകൾ (ബാധകമാകുന്നിടത്തോളം) ലഭിക്കുന്നതിന്റെയും മെഡിക്കൽ അണ്ടർറെറ്റിന്റെയും അടിസ്ഥാനത്തിലായിരിക്കുകയും ഇൻഷുറൻസ് പരിരക്ഷ ആരംഭിക്കുന്നത് കമ്പനിക്ക് മുഴുവൻ പ്രീമിയം തുകയുടെയും പണം അക്കൗണ്ടിൽ ലഭിച്ചതിന് ശേഷമായിരിക്കുകയും ചെയ്യും.
- ഒഴിവാക്കലുകളുടെയും ഉൾപ്പെടുത്തലുകളുടെയും മറ്റ് പോളിസി വിവരങ്ങളും സൂചനാപരമാണ്. പൂർണ്ണമായ ലിസ്റ്റിംഗും സമ്പൂർണ്ണമായ വിവരങ്ങൾക്കും ദയവായി പോളിസി വാചകങ്ങൾ വായിക്കുക.

വിഭാഗം ഡി: കൂടുതലായ ഡോക്ടറുടെ വിവരങ്ങൾ:

പേര്:	സമ്പർക്ക നമ്പർ:
-------	-----------------

8. പേയ്മെന്റ് വിവരങ്ങൾ

- പേയ്മെന്റ് വിവരങ്ങൾ: ദയവായി () ശരിയടയാളമിടുക: ജിഎസ്ടി ഉൾപ്പെടെയുള്ള മൊത്തം പ്രീമിയം തുക (രൂപ) ☐ ക്യാഷ് ☐ ചെക്ക്/എൻഇഎഫ്ടി/ഡിഡി പേയ്മെന്റ് ഓപ്ഷൻ ☐ ഡിജിറ്റൽ പേയ്മെന്റ് ചെക്ക്/എൻഇഎഫ്ടി/ഡിഡി നമ്പർ _____ ചെക്ക്/എൻഇഎഫ്ടി/ഡിഡി തീയതി വാങ്ക് _____
- നേരിട്ടുള്ള വാങ്ക് ട്രാൻസ്ഫർ വഴി ക്ലെയിമുകൾ/റിമണ്ട് നൽകുന്നതിന്, ദയവായി ഇനിപ്പറയുന്ന വിവരങ്ങൾ നൽകുക: (ദയവായി പ്രൊപ്പോസൽ ഫോമിനൊപ്പം റദ്ദാക്കിയ ചെക്ക് ഉൾപ്പെടുത്തുക)

വാങ്ങിന്റെ പേര് _____ ബ്രാഞ്ച് _____ നഗരം _____

അക്കൗണ്ട് നമ്പർ _____ ഐഎഫ്എസ്സി കോഡ് _____ അക്കൗണ്ട് നമ്പർ _____

പ്രസ്താവന:

"മേൽപ്പറഞ്ഞ പോളിസിക്ക് പ്രീമിയമായി ഞാൻ/ഞങ്ങൾ അടച്ച തുക ഏന്റെ/ഞങ്ങളുടെ നിയമാനുസൃതവും പ്രഖ്യാപിതവുമായ വരുമാന സ്രോതസ്സിൽ നിന്നാണെന്ന് ഞാൻ/ഞങ്ങൾ ഇതിനാൽ പ്രഖ്യാപിക്കുകയും ഉറപ്പ് നൽകുകയും ചെയ്യുന്നു."

പോളിസിയുടെ ഒരു കടലാസ് പകർപ്പ് ലഭിക്കുന്നതിന് നിങ്ങൾ ആഗ്രഹിക്കുന്നുണ്ടോ ☐ അതെ ☐ ഇല്ല

9. പ്രൊപ്പോസറുടെ ഇലക്ട്രോണിക് ഇൻഷുറൻസ് വിവരങ്ങൾ

ഈ പോളിസി ഒരു ഇഐഎ (eIA)-യിൽ ക്രെഡിറ്റ് ചെയ്യപ്പെടാൻ നിങ്ങൾ ആഗ്രഹിക്കുന്നുണ്ടോ? (ദയവായി ഏതെങ്കിലും ഒന്ന് തിരഞ്ഞെടുക്കുക)

☐ ഇല്ല, എനിക്ക് ഒരു ഇഐഎ (eIA) ഇല്ല, അത് തുറക്കാൻ ഞാൻ ആഗ്രഹിക്കുന്നില്ല ☐ അതെ, ഈ പോളിസി എന്റെ ഇ-ഇൻഷുറൻസ് അക്കൗണ്ടിലേക്ക് ക്രെഡിറ്റ് ചെയ്യുക. അതെ എങ്കിൽ, നിലവിലുള്ള ഇ-ഇൻഷുറൻസ് അക്കൗണ്ട് നമ്പർ _____ പങ്കു വെക്കുക.

ദയവായി ഇൻഷുറൻസ് റിപ്പോസിറ്ററി നാമം തിരഞ്ഞെടുക്കുക (നിങ്ങൾ അക്കൗണ്ട് തുറന്നിട്ടുള്ളത്)

☐ മെസ്സേജ് പ്രോസീസ് എഗോവ് ടെക്നോളജീസ് ലിമിറ്റഡ് ☐ മെസ്സേജ് കാർവി ഇൻഷുറൻസ് റിപ്പോസിറ്ററി ലിമിറ്റഡ്

☐ മെസ്സേജ് സെൻട്രൽ ഇൻഷുറൻസ് റിപ്പോസിറ്ററി ലിമിറ്റഡ് ☐ മെസ്സേജ് കാംസ് റിപ്പോസിറ്ററി സർവീസസ് ലിമിറ്റഡ്

☐ മെസ്സേജ് എസ്എച്ച്സിഐഎൽ പ്രോജക്ട്സ് ലിമിറ്റഡ് (ദയവായി ഏതെങ്കിലും ഒന്ന് തിരഞ്ഞെടുക്കുക) അല്ലെങ്കിൽ

☐ എനിക്ക് നിലവിൽ ഇ-ഇൻഷുറൻസ് അക്കൗണ്ട് ഇല്ല. പുതിയൊരു ഇ-ഇൻഷുറൻസ് അക്കൗണ്ട് തുറക്കുന്നതിന് ഞാൻ ആഗ്രഹിക്കുന്നു (ദയവായി ഇലക്ട്രോണിക് ഇൻഷുറൻസ് അക്കൗണ്ട് തുറക്കുന്നതിനുള്ള ഫോം (eIA ഫോം) പ്രസക്തമായ രേഖകൾക്കൊപ്പം സമർപ്പിക്കുക)

എന്റെ സി.കെ.വൈ.സി. നമ്പർ (സെൻട്രൽ നോ യുവർ കസ്റ്റമർ രജിസ്ട്രി നമ്പർ) (ലഭ്യമെങ്കിൽ): _____

പ്രതിനിധി വിവരങ്ങൾ (പ്രൊപ്പോസർക്കും പ്രാഥമികമായി ഇൻഷുറൻസ് പരിരക്ഷ എടുത്തിട്ടുള്ള വ്യക്തിക്കും ഒഴികെ മറ്റേതെങ്കിലും വ്യക്തിക്ക് ഇഐഎ (eIA) തുറക്കണമെങ്കിൽ മാത്രം)

പ്രാഥമിക നാമം _____ മദ്ധ്യ നാമം _____ അന്തിമ നാമം _____

ലിംഗഭേദം ☐ പുരുഷൻ ☐ സ്ത്രീ ☐ ഇവയിൽ ഒന്നുമില്ല ജനനത്തീയതി* പാൻ നമ്പർ.

മേൽവിലാസത്തിന്റെ വരി 1

മേൽവിലാസത്തിന്റെ വരി 2

മേൽവിലാസത്തിന്റെ വരി 3

പിൻകോഡ് ടെലിഫോൺ നമ്പർ മൊബൈൽ നമ്പർ

ബന്ധം _____ മറ്റ് ബന്ധം _____ ഇമെയിൽ ഐഡി _____

യുഐഡി _____ ലാൻഡ്മാർക്ക് _____ സംസ്ഥാനം _____

നഗരം _____ രാജ്യം _____

- സത്യവാങ്മൂലം
- എന്റെയും ഇൻഷുറൻസ് പരിരക്ഷ ലഭിക്കുന്നതിനായി നിർദ്ദേശിക്കപ്പെട്ടിട്ടുള്ള എല്ലാ വ്യക്തികളുടെയും പേരിൽ, ഞാൻ മുകളിൽ നൽകിയിരിക്കുന്ന പ്രസ്താവനകളും ഉത്തരങ്ങളും ഒപ്പം/അല്ലെങ്കിൽ വിശദാംശങ്ങളും എന്റെ ഉത്തമ അറിവിൻ പ്രകാരം അർത്ഥത്തിലും സത്യവും പൂർണ്ണവുമാണെന്നും ഈ മറ്റ് വ്യക്തികൾക്ക് വേണ്ടി നിർദ്ദേശം നടത്തുന്നതിന് എന്ന അധികാരപ്പെടുത്തിയിട്ടുണ്ടെന്നും ഞാൻ ഇതിനായി പ്രസ്താവിക്കുന്നു.
- ഇൻഷുറൻസ് പോളിസി ഞാൻ നൽകുന്ന വിവരങ്ങളുടെ അടിസ്ഥാനത്തിലായിരിക്കുമെന്നും ഇൻഷുറൻസ് ദാതാവിന്റെ ബോർഡ് അംഗീകരിച്ച അണ്ടർവൈറ്റിംഗ് നയങ്ങൾക്ക് വിധേയമാണെന്നും ഇതാക്കപ്പെടുന്ന പ്രീമിയം പൂർണ്ണമായും അടയ്ക്കുന്നതിനുള്ള ശേഷം മാത്രമേ പോളിസി പ്രാബല്യത്തിൽ വരൂ എന്നും ഞാൻ മനസ്സിലാക്കുന്നു.
- പ്രൊപ്പോസൽ സമർപ്പിച്ചതിനുശേഷം, എന്നാൽ, കമ്പനി റിസ്ക് സ്വീകരിക്കുന്നതിനെക്കുറിച്ച് അറിയിക്കുന്നതിന് മുമ്പായി, ഇൻഷുറൻസ് പരിരക്ഷ ലഭിക്കേണ്ട വ്യക്തിയുടെ പ്രൊപ്പോസറുടെ തൊഴിലിലോ പ്രൊപ്പോസർ ആരോഗ്യത്തിലോ സംഭവിക്കുന്ന ഏതൊരു മാറ്റവും ഞാൻ രേഖാമൂലം അറിയിക്കുമെന്ന് ഞാൻ പ്രസ്താവിക്കുന്നു.
- ഇൻ്റർൻസ് പരിരക്ഷ ലഭിക്കേണ്ട വ്യക്തിയുടെ പ്രൊപ്പോസറുടെ ശാരീരികമായ മാറ്റനഷ്ടമായ ആയ ആരോഗ്യത്തെ ബാധിക്കുന്ന ഏതൊരു കാര്യത്തെയും കുറിച്ച്, ഇൻ്റർൻസ് പരിരക്ഷ ലഭിക്കേണ്ട വ്യക്തിക്ക് പ്രൊപ്പോസർക്ക് ഏതെങ്കിലും സമയത്ത് ശുശ്രൂഷ നൽകിയ ഏതെങ്കിലും ഡോക്ടറിൽ നിന്നോ ആശുപത്രിയിൽ നിന്നോ, മുൻകാലത്തെ അല്ലെങ്കിൽ ഇപ്പോഴത്തെ തൊഴിലുമായിൽ നിന്നോ വൈദ്യ വിവരങ്ങൾ കമ്പനി തേടുന്നതിനും പ്രൊപ്പോസറുടെ അണ്ടർവൈറ്റ ചെയ്യുന്നതിന് ഒപ്പം/അല്ലെങ്കിൽ ഒക്കെയും സെറ്റിൽമെന്റ് ചെയ്യുന്നതിന് ഞാൻ കമ്പനിക്ക് പരിരക്ഷ ലഭിക്കേണ്ട വ്യക്തി പ്രൊപ്പോസർ ഇൻഷുറൻസിനായി അപേക്ഷ സമർപ്പിച്ച ഏതെങ്കിലും ഇൻഷുറൻസ് ദാതാവിൽ നിന്ന് വിവരങ്ങൾ തേടുന്നതിനും ഞാൻ സമ്മതിക്കുന്നു.
- പ്രൊപ്പോസൽ അണ്ടർവൈറ്റ ചെയ്യുന്നതിന് ഒപ്പം/അല്ലെങ്കിൽ ഒക്കെയും സെറ്റിൽമെന്റ് ചെയ്യുന്നതിന് വേണ്ടി മാത്രമായ, ഇൻഷുറൻസ് എൻ്റ്രത്തിട്ടുള്ള വ്യക്തിയുടെ പ്രൊപ്പോസറുടെ മെമ്പർഷിപ്പ് ഏൻ്റ്ര പ്രൊപ്പോസർക്ക് തേടുന്നതിനായി ബന്ധപ്പെട്ട വിവരങ്ങൾ ഏതെങ്കിലും സർക്കാർ വെബ്സൈറ്റിലോ അധികൃതരുമായി ഒപ്പം/അല്ലെങ്കിൽ നിയന്ത്രണപര അധികൃതരുമായി പങ്കുവെക്കുന്നതിന് ഞാൻ കമ്പനിക്ക് അധികാരപ്പെടുത്തുന്നു.

പ്രൊപ്പോസറുടെ ഒപ്പ്: _____

പ്രൊപ്പോസറുടെ പേര്: _____

2. ഇലക്ട്രോണിക് പോളിസിയിലൂടെ പൂർത്തീകരണത്തിനും സേവനങ്ങളുമായി ബന്ധപ്പെട്ട ആശയവിനിമയത്തിനുമുള്ള അധികാരപ്പെടുത്തൽ (ഒപ്പു വെക്കുന്നതിന് മുൻപായി യഥാർത്ഥ ശ്രദ്ധാപൂർവ്വ വായിച്ച് അഭിപ്രായം രേഖപ്പെടുത്തുക)
- പോളിസി ലേഖകർ സാമ്പത്തികസംരംഭനസംരംഭനസംരംഭനസംരംഭന ഉടമയിൽ വഴിയായി (യഥാർത്ഥ നിങ്ങളുടെ ഇ-മെയിൽ ഐഡി തിരികെ നൽകുക) അല്ലെങ്കിൽ മുകളിൽ നൽകിയിരിക്കുന്ന ഏജൻ്റ് മേഖലയിൽ നമ്പരിൽ ഏൻ്റ്/ഐഡി വഴിയായി അയയ്ക്കാനോ അയയ്ക്കാനോ ഇതിനാൽ സമ്മതിക്കുന്നു.
- സാമ്പത്തിക കമ്പനിയുടെ പ്രൊഫോൺ ചെയ്യപ്പെട്ടിട്ടുള്ളതോ നിലവിലുള്ളതോ ആയ പോളിസിയിലായി ബന്ധപ്പെട്ട, കാലാകാലങ്ങളിൽ ബാധകമായ നിയമത്തിലെ വ്യവസ്ഥകൾക്ക് വിധേയമായി സ്വാതന്ത്ര്യം കോളേജ്, സർവ്വീസ് കോളേജ് അല്ലെങ്കിൽ മറ്റേതെങ്കിലും ആശയവിനിമയം (ഇലക്ട്രോണിക് അല്ലെങ്കിൽ മറ്റ് വിധത്തിൽ) നടത്താൻ മാത്രമേ അനുമതി ഉണ്ടാകുന്നു എന്ന് ലിമിറ്റഡ് ("കമ്പനി") അതാൽ ഇതിനാൽ സമ്മതം നൽകുകയും അധികാരപ്പെടുത്തുകയും ചെയ്യുന്നു.

പോളിസിയുമായി ബന്ധപ്പെട്ട എല്ലാ ആശയവിനിമയങ്ങളും എന്റെ വാട്ട്സ്ആപ്പ് നമ്പറിൽ ലഭിക്കുന്നതിന് ഞാൻ ആഗ്രഹിക്കുന്നു.

വാട്ട്സ്ആപ്പ് നമ്പർ: _____

ਨੰਬਰ: _____

പ്രൊപ്പോസറുടെ ഒപ്പ്: _____

3. പ്രാദേശിക സത്യാപാണ്ടുമാർ മാറാൻ ജനനീൽ ഇൻഷുറൻസ് ലിമിറ്റഡിൽ നിന്ന് ആരോഗ്യ ഇൻഷുറൻസ് ലഭിക്കുന്നതുമായി ബന്ധപ്പെട്ട പ്രൊപ്പോസൽ ഫോമിന്റെയും മറ്റൊരു രേഖകളുടേയും ഉള്ളടക്കം പ്രൊപ്പോസർക്ക് അയക്കുക/അവർക്ക് മനസ്സിലാക്കുന്ന ഭാഷയിൽ പൂർണ്ണമായും വിശദീകരിച്ചിട്ടുണ്ടെന്ന് ഞാൻ ഇതിനാൽ പ്രഖ്യാപിക്കുന്നു. പ്രൊപ്പോസർ അവ പൂർണ്ണമായി മനസ്സിലാക്കിയിട്ടുള്ളതും പ്രൊപ്പോസർ നൽകിയിട്ടുള്ള വിവരങ്ങളുടെ അടിസ്ഥാനത്തിൽ മറുപടികൾ രേഖപ്പെടുത്തിയിട്ടുള്ളതാകുന്നു. പ്രൊപ്പോസറുടെ മറുപടികൾ വായിച്ചു കേൾപ്പിക്കുകയും പ്രൊപ്പോസർ അവ പൂർണ്ണമായി മനസ്സിലാക്കുകയും ചെയ്തിട്ടുമാണ്.

പൊതുവായുള്ള ബന്ധം:

അപേക്ഷകൻ്റെ പ്രാദേശിക ഭാഷയിലുള്ള ഒപ്പ്: _____

4. മദ്ധ്യവർത്തിയുടെ സത്യവാങ്മൂലം

ഉറുക്കുറാൻസ് ഉപഭക്ഷോപ്/കോർപ്പറേറ്റ് ഏജൻസിന്റെ നിർദ്ദിഷ്ട വ്യക്തി/ബ്രോക്കറേജ/റിപ്പേഴ്സൻഷിപ്പ് ഓഫീസറുടെ അംഗീകൃത ജീവനക്കാരൻ എന്ന നിലയിൽ ഞാൻ _____ (പൂർണ്ണമായ പേര്), ഈ പ്രൊപ്പോസിഷൻ മോമിന്റേയ്ക്ക് ഏറ്റവും ഉള്ളടക്കങ്ങളും, ഈ പ്രൊപ്പോസിഷൻ മോമിന്റേയ്ക്ക് അടങ്ങിയിരിക്കുന്ന ചോദ്യങ്ങളുടെ സ്വതന്ത്ര മർദ്ദിപ്പും, ഇതിൽ അടങ്ങിയിരിക്കുന്ന ചോദ്യങ്ങൾക്ക് പ്രൊപ്പോസിഷൻ മോമിന്റേയ്ക്ക് പ്രതികരണങ്ങൾ (കൾ), വിവരങ്ങൾ, പ്രതികരണങ്ങൾ) അല്ലെങ്കിൽ ഇതിൽ അവലോകനപ്പെടുന്ന ഏതെങ്കിലും വിവരങ്ങൾ, ചോദ്യത്തിൽ നിന്നുകൊണ്ടിരിക്കുന്ന ഈ പ്രൊപ്പോസിഷൻ കമ്പനി അംഗീകരിക്കുന്ന പക്ഷം, കമ്പനിയുടെ പ്രൊപ്പോസിഷൻ മോമിന്റേയ്ക്ക് അടങ്ങിയിരിക്കുന്ന അടിസ്ഥാനമാതൃകയിലുള്ള ഏതെങ്കിലും മർദ്ദിപ്പും, കമ്പനിയുടെ പേര് വിശദീകരിച്ചിട്ടുണ്ടെന്ന് ഞാൻ ഇതിനാൽ പ്രസ്താവിക്കുന്നു; ഈ പ്രൊപ്പോസിഷൻ മോമിന്റേയ്ക്ക് മർദ്ദിപ്പിച്ചിട്ടുള്ള സമീപകാലത്തുള്ള അനുബന്ധങ്ങൾ (കൾ), പ്രസ്താവനകൾ, ബാങ്ക്ചെക്കുകൾ, എൻക്വയറികളുടെ ഏതെങ്കിലും അനുബന്ധ പ്രസ്താവന (ങ്ങൾ), വിവരങ്ങൾ/പ്രതികരണങ്ങൾ) അടങ്ങിയിട്ടുള്ളതെങ്കിൽ അല്ലെങ്കിൽ നിർണ്ണയകര സ്വതന്ത്രമർദ്ദിപ്പുള്ള മർദ്ദിപ്പുകൾക്ക് വെളിച്ചപ്പെടുത്തിയിട്ടുള്ളതിൽ, ഈ പ്രൊപ്പോസിഷൻ അനുബന്ധ പ്രസ്താവനയിൽ പേരിൽ നിന്നുകൊണ്ടുള്ള ചോദ്യത്തിൽ കമ്പനി അനുധാര്യമായി കണക്കാക്കിയിട്ടുള്ളതാണെന്നും ചോദ്യത്തിൽ പ്രകാരം അടച്ച എല്ലാ പ്രതികരണ കമ്പനിയ്ക്ക് അടിയായ വെങ്കലപ്പേടാണെന്നും ഞാൻ തുടർന്ന് വിശദീകരിച്ചിട്ടുണ്ട്.

ലൈസൻസ് നമ്പർ/ഐഡി (ഉപദേശാലയ്ക്കോർപ്പറേറ്റ് എജൻ്റ്/ബോക്കർ/റിലേഷൻഷിപ്പ് ഓഫീസർ)

ഇൻഷുറൻസ് ഉപദേശാവിന്റെ ഒപ്പ്: _____

ഈ പോളിസിക്ക് കീഴിൽ ലഭ്യമായ എല്ലാ സവിശേഷതകളും/ആനുകൂല്യങ്ങളും ഞാൻ മനസ്സിലാക്കിയെന്ന് പ്രൊപ്പോസറുടെ പേരിൽ ഞാൻ സ്ഥിരീകരിക്കുന്നു.

പ്രൊപ്പോസറുടെ ഒപ്പ്: _____

5. പ്രൊപ്പോസറുടെ സത്യവാങ്മൂലം

(എൽക്കെലിയോ കാരണത്താൽ പ്രൊപ്പോസലും ബന്ധപ്പെട്ട മറ്റ് പേപ്പറുകളും പ്രൊപ്പോസർ പൂരിപ്പിച്ചിട്ടില്ലാത്ത ഒരു സാഹചര്യത്തിലുള്ള സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തൽ). പ്രൊപ്പോസർ മോമിന്റെയും ബന്ധപ്പെട്ട കേൾക്കലിന്റെയും ഉള്ളടക്കം എനിക്ക് പൂർണ്ണമായി വിശദീകരിച്ചിട്ടുള്ളതും നിർദ്ദിഷ്ട കരാറിൽ പ്രകാശിതമായതും ഞാൻ പൂർണ്ണമായി മനസ്സിലാക്കിയിട്ടുള്ളതാകുന്നു. ഈ പ്രൊപ്പോസൽ മോം എന്റെ നിർദ്ദേശത്തിന് കീഴിൽ പൂരിപ്പിക്കുന്നു; ഇത് കൃത്യമാണെന്ന് ഞാൻ മനസ്സിലാക്കിയിട്ടുള്ളതാണ്.

പ്രൊഫോസറുടെ ഒപ്പ്:

ആരോഗ്യ സഞ്ജീവനി പോളിസി, മാഗ്മ
പ്രൊപ്പോസൽ ഫോം.



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

തീയതി:

ഇൻഷുറൻസ് ഉപദേശാവിന്റെ ഒപ്പ്: _____

നിങ്ങളോ പ്രൊപ്പോസലിൽ അപേക്ഷിച്ചിരിക്കുന്നവരിൽ ആരെങ്കിലുമോ പിഇപി (PEP)-കളോടോ* അതോ പിഇപി (PEP)-കളുടെ അടുത്ത ബന്ധു/അനോസിയേറ്റ് ആണോ? ☐ അതെ ☐ ഇല്ല

അതേ എങ്കിൽ, ദയവായി "രാഷ്ട്രസേവനത്തിൽ ഉയർന്ന പദവികൾ വഹിക്കുന്ന വ്യക്തികളുടെ" (പിഇപി) വിശദാംശങ്ങൾ പങ്കിടുക:

*പിഇപി (PEP)-കൾ എന്നത് ഒരു രാജ്യത്തെ പ്രധാനപ്പെട്ട പൊതു ചുമതലകൾ അമേൽപ്പിച്ചിട്ടുള്ള വ്യക്തികളാണ്, ഇതിൽ രാഷ്ട്രത്തലവൻമാർ, സർക്കാരുകളുടെയോ 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 ☐ ഇൻഡ്യാക്കാരനല്ല ☐ ഇൻഡ്യാക്കാരനല്ലെങ്കിൽ, ദയവായി രാജ്യം വ്യക്തമാക്കുക: _____

3. സ്ഥാപനത്തിന്റെ തരം: (ഒരു സ്ഥാപനം പ്രൊപ്പോസർ ആണെങ്കിൽ ഇത് ബാധകമാണ്. പ്രൊപ്പോസർ ഒരു വ്യക്തിയോ, ഏക ഉടമസ്ഥനോ എച്ച്യുഎഫ്-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) _____

8. വൈകല്യ സത്യവാങ്മൂലം

ഈ സത്യവാങ്മൂലം നൽകുന്നതിനായി പ്രൊപ്പോസർ എന്ന യഥാർത്ഥ അധികാരപ്പെടുത്തിയിട്ടുള്ള ഒരാൾ മാഗ്മ ജനറൽ ഇൻഷുറൻസ് ലിമിറ്റഡിൽ നിന്ന് ആരോഗ്യ ഇൻഷുറൻസ് ലഭിക്കുന്നതുമായി ബന്ധപ്പെട്ട പ്രൊപ്പോസൽ ഫോമിന്റെയും മറ്റൊരു രേഖകളുടേയും ഉള്ളടക്കം പ്രൊപ്പോസർക്ക് പൂർണ്ണമായും വിശദീകരിച്ചിട്ടുണ്ടെന്ന് ഞാൻ ഇതിനാൽ പ്രസ്താവിക്കുന്നു. പ്രൊപ്പോസർ അവ പൂർണ്ണമായി മനസ്സിലാക്കിയിട്ടുള്ളതും പ്രൊപ്പോസർ നൽകിയിട്ടുള്ള വിവരങ്ങളുടെ അടിസ്ഥാനത്തിൽ മറുപടികൾ രേഖപ്പെടുത്തിയിട്ടുള്ളതുകൊണ്ടുമാണ്. പ്രൊപ്പോസറുടെ മറുപടികൾ വായിച്ചു കേൾപ്പിക്കുകയും പ്രൊപ്പോസർ അവ പൂർണ്ണമായി മനസ്സിലാക്കുകയും സ്ഥിരീകരിക്കുകയും ചെയ്തിട്ടുണ്ട്.

പേര് _____

ഒപ്പ് _____ തീയതി: _____

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 പ്രൊപ്പോസൽ ഫോം സമർപ്പിക്കുന്നതോടെ അസാന്നിദ്ധ്യത്തിലാത്തതും 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 സമലം 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 റിവേല്യൂകളുടെ നിരോധനം

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

കൈപ്പറ്റൽ രസീത്

പ്രൊപ്പോസൽ നമ്പർ _____

തീയതി

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 പോളിസിയിൽ 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 _____

മാഗ്മ ജനറൽ ഇൻഷുറൻസ് ലിമിറ്റഡ് (മുൻപ് മാഗ്മ 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 മാർഗ്, കൂർള (വെസ്റ്റ്), മുംബൈ 400070, മഹാരാഷ്ട്ര, ഇന്ത്യ | സിഐഎൻ: U66000MH2009PLC460693 | ഐആർഡിഎഐ രജിസ്ട്രേഷൻ നമ്പർ 149 | ആരോഗ്യ സഞ്ജീവനി പോളിസി, മാഗ്മ | ഉൽപ്പന്ന യുഎഐഎൻ: MAGHLIP20172V011920 | പ്രദർശിപ്പിച്ചിരിക്കുന്ന വ്യാപാര ലോഗോ മാഗ്മ വെബ്സൈറ്റ് പ്രൈവറ്റ് ലിമിറ്റഡിന്റേതായിരിക്കുകയും ലൈസൻസിന് കീഴിൽ മാഗ്മ ജനറൽ ഇൻഷുറൻസ് ലിമിറ്റഡ് ഉപയോഗിക്കുകയും ചെയ്യുന്നു. | ഞങ്ങളുടെ വെബ്സൈറ്റിൽ മീറ-യുമായി ചാറ് ചെയ്യുക അല്ലെങ്കിൽ വാട്ട്സ്ആപ്പ് നമ്പർ 7208976789-ൽ "ഹായ്" എന്ന് അയയ്ക്കുകയും ചെയ്യുക. (PF_AS.ver 15.12.25)