ആരോഗ്യ സഞ്ജീവനി പോളിസി, മാഗ്മ പ്രൊപ്പോസൽ ഫോം.

MAGMA
General Insurance Limited

പ്രൊപ്പോസൽ നമ്പർ ______________________

1. ഓഫീസ് ഉപയോഗത്തിന് വേണ്ടി മാത്രം			
ബ്രാഞ്ചിന്റെ പേര്		ബ്രാഞ്ച് കോഡ്	
മദ്ധ്യവർത്തിയുടെ പേര്		മദ്ധ്യവർത്തിയുടെ കോഡ്	
സെയിൽസ് ചാനൽ തരം		പി.ഒ.എസ്.പി ആണെങ്കിൽ ദയവായി ഇനിപ്പറയുന്നവ നൽകുക:-	
		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 ഏത് 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 മറ്റേതെങ്കിലുമൊരു വ്യക്തി ഏതെങ്കിലും നിർണ്ണായക വിവരങ്ങൾ മറച്ചു വെച്ചിരിക്കുന്നു എന്നീ സാഹചര്യങ്ങളിൽ, ഞങ്ങളുടെ വിവേചനാധികാരത്തിൽ പോളിസി അസാധുവായിത്തീരാവുന്നതാണ്.

ആവശ്യപ്പെട്ടവയോ അല്ലാത്തവയോ ആയ വിവരങ്ങൾ നൽകുന്നതിന് നിങ്ങൾക്ക് മതിയായ സ്ഥലമില്ലെങ്കിൽ, ദയവായി വേറെയായി ഒരു കടലാസിൽ എഴുതി ഇതിനൊപ്പം ചേർക്കുക. നിങ്ങൾക്ക് എന്തെങ്കിലും സംശയമുണ്ടെങ്കിൽ, ദയവായി ഞങ്ങളുടെ കമ്പനി പ്രതിനിധിയുടെയോ നിങ്ങളുടെ ഇൻഷുറൻസ് ഉപദേഷ്ടാവിന്റെയോ സഹായം തേടുക. ഇൻഷുറൻസിന് വേണ്ടിയുള്ള ഒരു പ്രൊപ്പോസൽ ഞങ്ങൾ സ്വീകരിക്കുകയാണെങ്കിൽ, അത് പോളിസി നിബന്ധനകൾക്കും വ്യവസ്ഥകൾക്കും വിധേയമായിരിക്കും. പ്രീമിയം പൂർണ്ണമായും കൃത്യസമയത്തും 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 കള്ളികളും/വിശദാംശങ്ങളും നിർബന്ധമാണ്.**

2. പ്രൊപ്പോസറുടെ വിശദാംശങ്ങൾ

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

പ്രൊപ്പോസറുടെ പേര്* **(ശ്രീ./മിസ്./ശ്രീമതി/മറ്റുള്ളവർ)**	(ആദ്യ നാമം)	(മദ്ധ്യനാമം)		(അന്തിമ നാമം)
	☐ അവിവാഹിതൻ	☐ വിവാഹിതൻ		
വൈവാഹിക നില	☐ പുരുഷൻ	☐ സ്ത്രീ		☐ ഇവയിൽ ഒന്നുമല്ല
ലിംഗഭേദം		ജനനത്തീയതി* D D M M Y Y Y Y		
ദേശീയത*	☐ വേതനം പറ്റുന്ന വ്യക്തി	☐ സ്വയം തൊഴിൽ	☐ പ്രൊഫഷണൽ	☐ മറ്റുള്ളവർ (ദയവായി വ്യക്തമാക്കുക)...........
വാർഷിക വരുമാനം (രൂപയിൽ)	☐ < 3,00,000	☐ 3,00,000 – 10,00,000	☐ 10,00,001 – 25,00,000	☐ >25,00,000
കത്തിടപാടുകൾക്കുള്ള മേൽവിലാസം*				
			ഗ്രാമപഞ്ചായത്തിന്റെ പേര് :	
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, ജീവനക്കാരുടെ 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 ഇൻഡ്യാക്കാരൻ ☐ 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 ☐ പാസ്പോർട്ട് ☐ വോട്ടർ ഐഡി കാർഡ് ☐ ഡ്രൈവിംഗ് ലൈസൻസ് ☐ ആധാർ കാർഡ് ☐ മറ്റുള്ളവ മറ്റുള്ളവയാണെങ്കിൽ, ദയവായി വ്യക്തമാക്കുക --------

☐ ഞകൈവൈ സി-യുടെ ഉദ്ദേശ്യത്തിനായി ഐഡി-യും മേൽവിലാസം തെളിയിക്കുന്ന രേഖയും ദയവായി പങ്കു വെക്കുക. പാൻ നൽകിയിട്ടുണ്ടെങ്കിൽ, ദയവായി പാസ്പോർട്ട് /വോട്ടേഴ്സ് കാർഡ്/ഡ്രൈവിംഗ് ലൈസൻസ് /ആധാർ നമ്പർ അല്ലെങ്കിൽ ഔദ്യോഗികമായി സാധുതയുള്ള മറ്റേതെങ്കിലുമാരു രേഖ പങ്കു വെക്കുക. വിദേശ പൗരൻമാരായ വ്യക്തികൾ, പ്രവാസി ഇൻഡ്യാക്കാർ (എൻ ആർ ഐ-കൾ), ഇൻഡ്യൻ വംശജരായ വ്യക്തികൾ (പി ഐ ഒകൾ) എന്നിവർക്ക് ആവശ്യമായ രേഖകൾ ഇവയാണ്: (എ) പാസ്പോർട്ട് (ബി) ഡ്രൈവിംഗ് ലൈസൻസ് (സി) വോട്ടർ തിരിച്ചറിയൽ കാർഡ്) എന്നിവയിൽ ഏതെങ്കിലുമൊന്നും ഇന്ത്യയിലെ വിദേശ എംബസി അല്ലെങ്കിൽ മിഷൻ നൽകുന്ന കത്തുകളും അതാത് രാജ്യങ്ങൾ നൽകുന്ന പ്രസക്തമായ തിരിച്ചറിയൽ രേഖകളും.

ബാധകമായ കെ.വൈ.സി. നടത്തുന്നതിനായി സെൻട്രൽ കെ.വൈ.സി. രജിസ്ട്രിയിലൂടെയോ യുഐഡിഎഐ (UIDAI)-യിലൂടെയോ അനുവദനീയമായ മറ്റേതെങ്കിലും രീതികളിലൂടെയോ എന്റെ/ഞങ്ങളുടെ തിരിച്ചറിയൽ/മേൽവിലാസ തെളിവും ഇൻഷുറൻസ് പരിരക്ഷ നേടുന്ന വ്യക്തിയുടെ തിരിച്ചറിയൽ/മേൽ വിലാസം തെളിയിക്കൽ രേഖ സ്ഥിരീകരിച്ചുറപ്പിക്കുന്നതിനും നേടുന്നതിനും ഞാൻ/ഞങ്ങൾ കമ്പനിക്ക് ഇതിനാൽ എന്റെ/ഞങ്ങളുടെ സമ്മതം നൽകുന്നു. ☐ അതെ ☐ ഇല്ല

3. പ്ലാൻ വിശദാംശങ്ങൾ*										
പോളിസിയുടെ തരം	☐ വ്യക്തിഗതം			☐ ഫാമിലി ഫ്ലോട്ടർ						
	ഫാമിലി ഫ്ലോട്ടർ** ആണെങ്കിൽ, നേടുന്ന വ്യക്തികളുടെ എണ്ണം: പ്രായപൂർത്തിയെത്തിയവർ: ☐ കുട്ടികൾ: ☐ **(**പ്രായപൂർത്തിയെത്തിയവർ പരമാവധി 4 പേരും 3 കുട്ടികളും)**									
ഇൻഷുറൻസ് തുക	☐ 50,000	☐ 1ലക്ഷം	☐ 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	☐ അർദ്ധ വാർഷിക 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
ടൈറ്റിൽ								
പേര്*	(ആദ്യ നാമം)							
	(മദ്ധ്യനാമം)							
	(അന്തിമ നാമം)							
ലിംഗഭേദം (പുരുഷൻ/സ്ത്രീ/ഇവയിൽ ഒന്നുമല്ല)								
ഉയരം* (സെന്റീമീറ്റർ)								
ഭാരം* (കിലോഗ്രാം)								
ഐ റിഫ്രാക്ടീവ് എറർ 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 പരിശോധിച്ചുറപ്പിക്കുന്നതിനും കൈവശം ലഭിക്കുന്നതിനും ഞാൻ/ഞങ്ങൾ കമ്പനിക്ക് ഇതിനാൽ എന്റെ/ഞങ്ങളുടെ സമ്മതം നൽകുന്നു."**		☐ അതെ ☐ ഇല്ല	☐ അതെ ☐ ഇല്ല	☐ അതെ ☐ ഇല്ല	☐ അതെ ☐ ഇല്ല	☐ അതെ ☐ ഇല്ല	☐ അതെ ☐ ഇല്ല	☐ അതെ ☐ ഇല്ല

ആരോഗ്യ സഞ്ജീവനി പോളിസി, മാഗ്മ പ്രൊപ്പോസൽ ഫോം.

MAGMA General Insurance Limited

"അതെ എങ്കിൽ, ദയവായി അഭ (ABHA) നമ്പർ സൂചിപ്പിക്കുക. ഇല്ല എങ്കിൽ, ദയവായി നിങ്ങളുടെ അഭ നമ്പർ സൃഷ്ടിക്കുക https://fasttrack.magmainsurance.com/abha/index							
എന്ന് മുതലാണ് തുടർച്ചയായി ഇടവേളയില്ലാതെ നിങ്ങൾക്ക് ഇൻഷുറൻസ് പരിരക്ഷയുള്ളത്: ദിദി മാമാ DD MM YYYY മുകളിൽ പരാമർശിച്ച തീയതി സ്ഥിരീകരിക്കുന്ന പ്രസക്തമായ പോളിസി പകർപ്പുകൾ ദയവായി നൽകുക.							

5. നാമനിർദ്ദേശം

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	D D M M Y Y Y Y
നോമിനിയുടെ സമ്പർക്ക നമ്പർ		നാമനിർദ്ദേശത്തിന്റെ ശതമാനം	

നോമിനി പ്രായപൂർത്തിയാകാത്ത ആളാണെങ്കിൽ, നിയുക്തമാക്കപ്പെട്ട വ്യക്തിയുടെ പേരും വിലാസവും പ്രായപൂർത്തിയാകാത്തയാളുമായുള്ള ബന്ധവും:

നിയുക്തമാക്കപ്പെട്ട വ്യക്തിയുടെ പേര്	നോമിനിയുമായുള്ള ബന്ധം	നിയുക്തമാക്കപ്പെട്ട വ്യക്തിയുടെ സമ്പർക്ക 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.

6. നിലവിലുള്ള/മുൻപുണ്ടായിരുന്ന ഇൻഷുറൻസിന്റെ വിശദാംശങ്ങൾ

പ്രൊപ്പോസർ അല്ലെങ്കിൽ നിർദ്ദേശിക്കപ്പെട്ടിരിക്കുന്ന വ്യക്തികൾ മാഗ്മ ജനറൽ ഇൻഷുറൻസ് ലിമിറ്റഡിലോ മറ്റേതെങ്കിലും ഇൻഷുറൻസ് കമ്പനിയിലോ ആരോഗ്യ ഇൻഷുറൻസ് പോളിസിയിൽ ഇൻഷുറൻസ് പരിരക്ഷ ഇതിനോടകം തന്നെ എടുത്തിട്ടുണ്ടോ അല്ലെങ്കിൽ അതിനായി നിർദ്ദേശിക്കപ്പെട്ടിട്ടുണ്ടോ? ❑ അതെ ❑ ഇല്ല

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

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

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

7. വൈദ്യചികിൽസാപരവും ജീവിതശൈലി-സംബന്ധിയായതുമായ വിവരങ്ങൾ*

വിഭാഗം എ: ഇൻഷുറൻസ് പരിരക്ഷ നേടുന്നതിന് നിർദ്ദേശിക്കപ്പെട്ട വ്യക്തികളിൽ ആർക്കെങ്കിലും ഇനിപ്പറയുന്ന രോഗസ്ഥിതികളിൽ ഏതെങ്കിലും എപ്പോഴെങ്കിലും ഉണ്ടായിട്ടുണ്ടോ/ഇപ്പോൾ അനുഭവപ്പെടുന്നുണ്ടോ: ബാധകമാകുന്നതെല്ലാം ഇൻഷുറൻസ് പരിരക്ഷ നൽകപ്പെടുന്ന വ്യക്തിക്ക് 'അതെ' എന്ന് അടയാളപ്പെടുത്തി വിഭാഗം ബി-യിൽ വിശദാംശങ്ങൾ നൽകുക.	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
1. ഹൈപ്പർടെൻഷൻ ചരിത്രം അതെ / ഇല്ല								
എ) ദൈർഘ്യം								
ബീ) ഔഷധം								
സി) ഡോസേജ്								
2. ഡയബെറ്റിസ് മെല്ലിറ്റസ് ചരിത്രം അതെ / ഇല്ല								
എ) ടൈപ്പ് 1 അല്ലെങ്കിൽ ടൈപ്പ് 2								
ബി) ദൈർഘ്യം								
സി) മരുന്ന്								
ഡി) ഡോസേജ്								

	അതെ / ഇല്ല	ഇൻഷ്വർ ചെയ്ത ചവ്യക്തിയുടെ നമ്പർ
3. ഹൃദയവും രക്തധമനികളുമായി ബന്ധപ്പെട്ട രോഗാവസ്ഥകൾ/അസ്വാസ്ഥ്യങ്ങൾ: നെഞ്ചുവേദന, ആൻജൈന, ഉയർന്ന കൊളസ്ട്രോൾ/ലിപിഡുകൾ, അതിവേഗത്തിലുള്ള ഹൃദയമിടിപ്പ്, കൺജെസ്റ്റീവ് ഹാർട്ട് ഫെയിലർ, കൊറോണറി ആർട്ടറി രോഗം, ഹൃദയാഘാതം, ബൈപാസ് സർജറി/ആൻജിയോപ്ലാസ്റ്റി, വാൽവ് തകരാർ/മാറ്റിവെക്കൽ, പേസ്മേക്കർ സ്ഥാപിക്കൽ, റുമാറ്റിക് ഫീവർ, ജനനം മുതലുള്ള ഹൃദയത്തിന്റെ രോഗാഅവസ്ഥ, വെരിക്കോസ് വെയിൻ, ത്രോംബോസിസ്, രക്ത വൈകല്യങ്ങൾ മുതലായവ?		
4. മൂത്രാശയ രോഗാവസ്ഥകൾ/തകരാറുകൾ: മൂത്രത്തിൽ രക്തം, മൂത്ര വിസർജ്ജത്തിലെ ആവർത്തി, വേദനാജനകമായ/വിഷമതയോടെയുള്ള മൂത്രമൊഴിക്കൽ, വൃക്ക ഒപ്പം/അല്ലെങ്കിൽ മൂത്രാശയ അണുബാധകൾ, മൂത്രാശയ കല്ലുകൾ, വൃക്ക പരാജയം, ഡയാലിസിസ് അല്ലെങ്കിൽ മറ്റേതെങ്കിലും വൃക്ക/മൂത്രാശയ നാളി അല്ലെങ്കിൽ പ്രോസ്റ്റേറ്റ് രോഗം		
5. മസ്ക്യുലോസ്കെലെറ്റൽ രോഗാവസ്ഥകൾ/ക്രമക്കേടുകൾ: സന്ധി/പുറം വേദന ആർത്രൈറ്റിസ്, സ്പോണ്ടിലോസിസ്, സന്ധികൾ മാറ്റിവെക്കൽ അല്ലെങ്കിൽ പേശികളുടെ/അസ്ഥികളുടെ/സന്ധികളുടെ/അസ്ഥിബന്ധങ്ങളുടെ/ചലന ഞരമ്പുകളുടെ അല്ലെങ്കിൽ ഡിസ്കുകളുടെ മറ്റ് ഏതെങ്കിലും തകരാറ്, ഗൗട്ട്, ഹെർണിയേറ്റഡ് ഡിസ്ക്, അംഗ വിഛേദനം/കൃത്രിമ അവയവം വെക്കൽ		
6. ശ്വസനവുമായി ബന്ധപ്പെട്ട രോഗാവസ്ഥകൾ/ക്രമക്കേടുകൾ: ശ്വാസതടസ്സം/ശ്വസിക്കുന്നതിനുള്ള വിഷമത, ക്ഷയം, ആസ്ത്മ, ബ്രോങ്കൈറ്റിസ്, ക്രോണിക് ഒബ്സ്ട്രക്റ്റീവ് പൾമൊണാറി ഡിസീസ് സിഒപിഡി, വിട്ടുമാറാത്ത ചുമ, രക്തം ചുമച്ചു തുപ്പുക മുതലായവ അല്ലെങ്കിൽ മറ്റേതെങ്കിലും ശ്വാസകോശ/ശ്വസന-സംബന്ധിയായ രോഗങ്ങൾ		
7. ദഹനവുമായി ബന്ധപ്പെട്ട രോഗാവസ്ഥകൾ/ക്രമക്കേടുകൾ: മഞ്ഞപ്പിത്തം, വിട്ടുമാറാത്ത അതിസാരം, കുടൽ രക്തസ്രാവം/പ്രശ്നങ്ങൾ/പോളിപ്സ്, പാൻക്രിയാസ്, കരൾ അല്ലെങ്കിൽ പിത്താശയത്തിന്റെ രോഗങ്ങൾ, ഹെപ്പറ്റൈറ്റിസ് / ബി / സി / മറ്റുള്ളവ, മഞ്ഞപ്പിത്തം, സിറോസിസ്, കാരണമില്ലാതെ ശരീരഭാരം കുറയൽ അല്ലെങ്കിൽ വർദ്ധിക്കൽ, ഭക്ഷണം കഴിക്കുന്നതിലെ ക്രമക്കേട് അല്ലെങ്കിൽ മറ്റേതെങ്കിലും ഗ്യാസ്ട്രോ ഇന്റസ്റ്റൈനൽ രോഗാവസ്ഥ		
8. അർബുദം/ട്യൂമർ - നിരുപദ്രവകാരിയായതോ മാരകമായതോ ആയ ട്യൂമർ, ഏതെങ്കിലും വളർച്ച/സിസ്റ്റ്, ഏതെങ്കിലും അർബുദം		
9. മസ്തിഷ്ക/നാഡീവ്യൂഹ/മനോപര രോഗാവസ്ഥകൾ/വൈകല്യങ്ങൾ: ബോധം നഷ്ടപ്പെടൽ, ബോധക്ഷയം, തലകറക്കം, മരവിപ്പ്/തരിപ്പ്, ശക്തിഹീനത, പക്ഷാഘാതം, തലയ്ക്ക് പരിക്ക്, മസ്തിഷ്കാഘാതം, കൊടിഞ്ഞി തലവേദനകൾ അല്ലെങ്കിൽ വിട്ടുമാറാത്ത തീവ്രമായ തലവേദന, സ്ലീപ് അപ്നിയ, മൾട്ടിപ്പിൾ സ്ക്ലിറോസിസ്, അപസ്മാര മൂർച്ഛകൾ/അപസ്മാരം അല്ലെങ്കിൽ മറ്റേതെങ്കിലും മസ്തിഷ്ക/നാഡീവ്യൂഹ രോഗം/മനോപര /മാനസിക വൈകല്യങ്ങൾ		
10. സ്ത്രീകളുടെ പ്രത്യുത്പാദന-സംബന്ധിയായ രോഗാവസ്ഥകൾ/വൈകല്യങ്ങൾ: പെൽവിക് വേദന, അസാധാരണമായ ആർത്തവ രക്തസ്രാവം, അസാധാരണമായ പാപ് സ്മിയർ, എൻഡോമെട്രിയോസിസ്, ഫൈബ്രോയിഡ്, സിസ്റ്റ്/ഫൈബ്രോഡെനോമ, രക്തസ്രാവവുമായി ബന്ധപ്പെട്ട ക്രമക്കേട്, പെൽവിക് അണുബാധ അല്ലെങ്കിൽ മറ്റേതെങ്കിലും ഗൈനക്കോളജിക്കൽ/സ്തന സിസ്റ്റുകൾ/മുഴകൾ/ട്യൂമർ		
11. ഇൻഷുറൻസ് പരിരക്ഷയ്ക്കായി നിർദ്ദേശിക്കപ്പെട്ട ഏതെങ്കിലും സ്ത്രീ ഗർഭിണിയാണോ, വീട്ടിൽ നടത്തിയ ഗർഭ പരിശോധനയിൽ പോസിറ്റീവ് ആണെന്ന് സ്ഥിരീകരിച്ചിട്ടുണ്ടോ, അല്ലെങ്കിൽ ദത്തെടുക്കൽ പ്രക്രിയയിലാണോ അല്ലെങ്കിൽ ഒരു വാടക ഗർഭധാരണത്തിലാണോ?		
12. മെറ്റബോളിക്, എൻഡോക്രൈൻ അവസ്ഥകൾ/വൈകല്യങ്ങൾ: അഡ്രീനൽ/പിറ്റ്യൂട്ടറി തകരാറുകൾ, ല്യൂപ്പസ്, സ്ക്ലിറോഡെർമ, തൈറോയ്ഡ് തകരാറുകൾ, ഏതെങ്കിലും ഓട്ടോഇമ്മ്യൂൺ/ജനിതക തകരാറുകൾ		

ആരോഗ്യ സഞ്ജീവനി പോളിസി, മാഗ്മ പ്രൊപ്പോസൽ ഫോം.

MAGMA General Insurance Limited

	അതെ / ഇല്ല	ഇൻഷ്വർ ചെയ്ത വ്യക്തിയുടെ നമ്പർ
13. ഇൻഷുറൻസ് പരിരക്ഷയ്ക്കായി നിർദ്ദേശിക്കപ്പെട്ട വ്യക്തിക്ക് വിട്ടുമാറാത്തതോ ദീർഘകാലമായി നില നിൽക്കുന്നതോ ആയ ഏതെങ്കിലും വൈദ്യപര രോഗാവസ്ഥയുണ്ടോ, അല്ലെങ്കിൽ മറ്റേതെങ്കിലും ശാരീരിക വൈകല്യം, അസാധാരണത്വം അല്ലെങ്കിൽ ആവർത്തിച്ചുള്ള അസുഖം അല്ലെങ്കിൽ ക്ഷതം ഉണ്ടോ അല്ലെങ്കിൽ സാധാരണമായ പ്രവർത്തികളിലേർപ്പെടുന്നതിന് കഴിയുന്നില്ലേ?		.
14. ഇൻഷുറൻസ് പരിരക്ഷയ്ക്കായി നിർദ്ദേശിക്കപ്പെട്ട വ്യക്തി പുകയില ഉൽപ്പന്നങ്ങൾ/സിഗരറ്റുകൾ 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 രോഗസ്ഥിതിയ്ക്കായി/ 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 ആർട്ടറി, ബൈപാസ് ഗ്രാഫ്റ്റ്, ഹാർട്ട് വാൽവ് മാറ്റിവെക്കൽ/തകരാർ പരിഹരിക്കൽ, കോമ, വൃക്ക പരാജയം, മസ്തിഷ്കാഘാതം, ഏതെങ്കിലും തരത്തിലുള്ള ട്രാൻസ്പ്ലാൻറ്, പക്ഷാഘാതം, മൾട്ടിപ്പിൾ സ്ക്ലിറോസിസ്, മോട്ടോർ ന്യൂറോൺ രോഗം, അല്ലെങ്കിൽ എച്ച്ഐവി/എയ്ഡ്സ്		

വിഭാഗം ബി: അസുഖം/ഔഷധം/ പരിശോധന/ശസ്ത്രക്രിയ/ഡയോപ്റ്റർ ഗ്രേഡ് എന്നിവയുടെ പേരും വിശദാംശങ്ങളും (മുകളിലുള്ള വിഭാഗം എ-യിൽ അതെ എന്ന് ഉത്തരം നൽകിയ ചോദ്യങ്ങൾക്ക്)	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:				

മറ്റെന്തെങ്കിലും വിശദാംശങ്ങൾ: _

ആവശ്യമെങ്കിൽ കൂടുതൽ ഷീറ്റുകൾ ചേർക്കുക.

വിഭാഗം സി: പ്രധാനപ്പെട്ട കുറിപ്പുകൾ:

1. 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 വ്യവസ്ഥകളേയും സ്വാധീനിക്കും. കൂടാതെ, ഞങ്ങൾ നൽകുന്ന ഏതൊരു പോളിസിയും നിങ്ങൾ ഞങ്ങൾക്ക് കൈമാറിയിട്ടുള്ള വിവരങ്ങളുടെ അടിസ്ഥാനത്തിലുള്ളതായിരിക്കും. അതിനാൽ നിങ്ങളുടെ ഉത്തരങ്ങൾ എല്ലാ അർത്ഥത്തിലും പൂർണ്ണവും കൃത്യവുമായിരിക്കേണ്ടത് പ്രധാനമാണ്.
2. ഈ പ്രൊപ്പോസലിലെ ചോദ്യങ്ങൾ സമ്പൂർണ്ണമല്ല, മറിച്ച് സൂചനാത്മകമാണ്. ഈ പ്രൊപ്പോസലിലെ ഒരു ചോദ്യത്തിന്റെ വിഷയമല്ലെങ്കിൽ പോലും, ഇൻഷുറൻസ് എടുക്കുന്ന വ്യക്തിയുമായി ബന്ധപ്പെട്ട റിസ്കിന് പ്രസക്തമായ എല്ലാ വിവരങ്ങളും നിങ്ങൾ ഞങ്ങൾക്ക് നൽകേണ്ടതാണ്. എന്ത് വിവരങ്ങൾ നൽകണമെന്ന് നിങ്ങൾക്ക് എന്തെങ്കിലും സംശയമുണ്ടെങ്കിൽ, നിങ്ങളുടെ ഇൻഷുറൻസ് ഉപദേഷ്ടാവുമായി/കമ്പനിയുമായി സമ്പർക്കം പുലർത്തേണ്ടതാണ്.
3. നിങ്ങളുടെ പ്രൊപ്പോസൽ സ്വീകരിക്കുന്നത് പൂർണ്ണമായ മെഡിക്കൽ റിപ്പോർട്ടുകൾ (ബാധകമാകുന്നിടത്തെല്ലാം) ലഭിക്കുന്നതിന്റെയും മെഡിക്കൽ അണ്ടർറൈറ്റിംഗിന്റെയും അടിസ്ഥാനത്തിലായിരിക്കുകയും ഇൻഷുറൻസ് പരിരക്ഷ ആരംഭിക്കുന്നത് കമ്പനിക്ക് മുഴുവൻ പ്രീമിയം തുകയുടെയും പണം അക്കൗണ്ടിൽ ലഭിച്ചതിന് ശേഷമായിരിക്കുകയും ചെയ്യും.
4. ഒഴിവാക്കലുകളുടെയും ഉൾപ്പെടുത്തലുകളുടെയും മറ്റ് പോളിസി വിശദാംശങ്ങളും സൂചനാപരമാണ്. പൂർണ്ണമായ ലിസ്റ്റിനും സമ്പൂർണ്ണമായ വിശദാംശങ്ങൾക്കും ദയവായി പോളിസി വാചകങ്ങൾ വായിക്കുക.

വിഭാഗം ഡി: കുടുംബ ഡോക്ടറുടെ വിവരങ്ങൾ:

പേര്:	സമ്പർക്ക നമ്പർ:

8. പേയ്മെന്റ് വിശദാംശങ്ങൾ

1. പേയ്മെന്റ് വിശദാംശങ്ങൾ: ദയവായി ( ) ശരിയടയാളമിടുക: ജിഎസ്ടി ഉൾപ്പെടെയുള്ള മൊത്തം പ്രീമിയം തുക (രൂപ) ________ ☐ക്യാഷ് ☐ ചെക്ക്/എൻഇഎഫ്ടി/ഡിഡി പേയ്മെന്റ് ഓപ്ഷൻ ☐ഡിജിറ്റൽ പേയ്മെന്റ് ചെക്ക്/എൻഇഎഫ്ടി/ഡിഡി നമ്പർ ________ ചെക്ക്/എൻഇഎഫ്ടി/ഡിഡി തീയതി D D M M Y Y Y Y ബാങ്ക് ________
2. നേരിട്ടുള്ള ബാങ്ക് ട്രാൻസ്ഫർ വഴി ക്ലെയിമുകൾ/റീഫണ്ട് നൽകുന്നതിന്, ദയവായി ഇനിപ്പറയുന്ന വിശദാംശങ്ങൾ നൽകുക: (ദയവായി പ്രൊപ്പോസൽ ഫോമിനൊപ്പം റദ്ദാക്കിയ ചെക്ക് ഉൾപ്പെടുത്തുക)

ബാങ്കിന്റെ പേര് ________ ബ്രാഞ്ച് ________ നഗരം ________

അക്കൗണ്ട് തരം ________ ഐഎഫ്എസ്സി കോഡ് ________ അക്കൗണ്ട് നമ്പർ________

പ്രസ്താവന:

''മേൽപ്പറഞ്ഞ പോളിസിക്ക് പ്രീമിയമായി ഞാൻ/ഞങ്ങൾ അടച്ച തുക എന്റെ/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 വിശദാംശങ്ങൾ

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)

☐ മെസ്സേഴ്സ് പ്രോടീൻ എഗോവ് ടെക്നോളജീസ് ലിമിറ്റഡ് ☐ മെസ്സേഴ്സ് കാർവി ഇൻഷുറൻസ് റിപ്പോസിറ്ററി ലിമിറ്റഡ്
☐ മെസ്സേഴ്സ് സെൻട്രൽ ഇൻഷുറൻസ് റിപ്പോസിറ്ററി ലിമിറ്റഡ് ☐ മെസ്സേഴ്സ് കാംസ് റിപ്പോസിറ്ററി സർവീസസ് ലിമിറ്റഡ്
☐ മെസ്സേഴ്സ് എസ്എച്ച്സിഐഎൽ പ്രോജക്ട്സ് ലിമിറ്റഡ് (ദയവായി ഏതെങ്കിലും ഒന്ന് തിരഞ്ഞെടുക്കുക) അല്ലെങ്കിൽ
☐ എനിക്ക് നിലവിൽ ഇ-ഇൻഷുറൻസ് അക്കൗണ്ട് ഇല്ല. പുതിയൊരു ഇ-ഇൻഷുറൻസ് അക്കൗണ്ട് തുറക്കുന്നതിന് ഞാൻ ആഗ്രിക്കുന്നു
(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 വിശദാംശങ്ങൾ (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* D D M M Y Y Y Y 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 ________

10. സത്യവാങ്മൂലങ്ങൾ

1. സത്യവാങ്മൂലം

- എന്റെയും ഇൻഷുറൻസ് പരിരക്ഷ ലഭിക്കുന്നതിനായി നിർദ്ദേശിക്കപ്പെട്ടിട്ടുള്ള എല്ലാ വ്യക്തികളുടെയും പേരിൽ, ഞാൻ മുകളിൽ നൽകിയിരിക്കുന്ന പ്രസ്താവനകളും ഉത്തരങ്ങളും ഒപ്പം/അല്ലെങ്കിൽ വിശദാംശങ്ങളും എന്റെ ഉത്തമ അറിവിൽ എല്ലാ അർത്ഥത്തിലും സത്യവും പൂർണ്ണവുമാണെന്നും ഈ മറ്റ് വ്യക്തികൾക്ക് വേണ്ടി നിർദ്ദേശം നടത്തുന്നതിന് എന്നെ അധികാരപ്പെടുത്തിയിട്ടുണ്ടെന്നും ഞാൻ ഇതിനാൽ പ്രസ്താവിക്കുന്നു.
- ഇൻഷുറൻസ് പോളിസി ഞാൻ നൽകുന്ന വിവരങ്ങളുടെ അടിസ്ഥാനത്തിലായിരിക്കുമെന്നും ഇൻഷുറൻസ് ദാതാവിന്റെ ബോർഡ് അംഗീകരിച്ച അണ്ടർറൈറ്റിംഗ് നയങ്ങൾക്ക് വിധേയമാണെന്നും ഈടാക്കപ്പെടുന്ന പ്രീമിയം പൂർണ്ണമായി അടച്ചതിനുശേഷം മാത്രമേ പോളിസി പ്രാബല്യത്തിൽ വരൂ എന്നും ഞാൻ മനസ്സിലാക്കുന്നു.
- പ്രൊപ്പോസൽ സമർപ്പിച്ചതിനുശേഷം, എന്നാൽ, കമ്പനി റിസ്ക് സ്വീകരിക്കുന്നതിനെക്കുറിച്ച് അറിയിക്കുന്നതിന് മുൻപായി, ഇൻഷുറൻസ് പരിരക്ഷ ലഭിക്കേണ്ട വ്യക്തിയുടെ/പ്രൊപ്പോസറുടെ തൊഴിലിലോ പൊതുവായ ആരോഗ്യത്തിലോ സംഭവിക്കുന്ന ഏതൊരു മാറ്റവും ഞാൻ രേഖാമൂലം അറിയിക്കുമെന്ന് ഞാൻ പ്രസ്താവിക്കുന്നു.
- ഇന്റുറൻസ് പരിരക്ഷ ലഭിക്കേണ്ട വ്യക്തിയുടെ/പ്രൊപ്പോസറുടെ ശാരീരികമോ മാനസികമോ ആയ ആരോഗ്യത്തെ ബാധിക്കുന്ന ഏതൊരു കാര്യത്തെയും കുറിച്ച്, ഇന്റുറൻസ് പരിരക്ഷ ലഭിക്കേണ്ട വ്യക്തിക്ക്/പ്രൊപ്പോസർക്ക് ഏതെങ്കിലും സമയത്ത് ശുശ്രൂഷ നൽകിയ ഏതെങ്കിലും ഡോക്ടറിൽ നിന്നോ ആശുപത്രിയിൽ നിന്നോ, മുൻകാലത്തെ അല്ലെങ്കിൽ ഇപ്പോഴത്തെ തൊഴിലുടമയിൽ നിന്നോ വൈദ്യ വിവരങ്ങൾ കമ്പനി തേടുന്നതിനും പ്രൊപ്പോസൽ അണ്ടർറൈറ്റ് ചെയ്യുന്നതിന് ഒപ്പം/അല്ലെങ്കിൽ ക്ലെയിം സെറ്റിൽമെന്റ് ചെയ്യുന്നതിന് ഇന്റുറൻസ് പരിരക്ഷ ലഭിക്കേണ്ട വ്യക്തി/പ്രൊപ്പോസർ ഇൻഷുറൻസിനായി അപേക്ഷ സമർപ്പിച്ച ഏതെങ്കിലും ഇൻഷുറൻസ് ദാതാവിൽ നിന്ന് വിവരങ്ങൾ തേടുന്നതിനും ഞാൻ സമ്മതിക്കുന്നു.
- പ്രൊപ്പോസൽ അണ്ടർറൈറ്റ് ചെയ്യുന്നതിന് ഒപ്പം/അല്ലെങ്കിൽ ക്ലെയിം സെറ്റിൽമെന്റ് ചെയ്യുന്നതിന് വേണ്ടി മാത്രമായി, ഇൻഷുറൻസ് എടുത്തിട്ടുള്ള വ്യക്തിയുടെ /പ്രൊപ്പോസറുടെ മെഡിക്കൽ രേഖകൾ ഉൾപ്പെടെ എന്റെ പ്രൊപ്പോസലുമായി ബന്ധപ്പെട്ട വിവരങ്ങൾ ഏതെങ്കിലും സർക്കാർ തല അധികൃതരുമായി ഒപ്പം/അല്ലെങ്കിൽ നിയന്ത്രണപര അധികൃതരുമായി പങ്കുവെക്കുന്നതിന് ഞാൻ കമ്പനിയെ അധികാരപ്പെടുത്തുന്നു.

തീയതി: D D M M Y Y Y Y   പ്രൊപ്പോസറുടെ ഒപ്പ്: ____________________

സ്ഥലം: ____________________   പ്രൊപ്പോസറുടെ പേര്: ____________________

2. ഇലക്ട്രോണിക് പോളിസിയുടെ പൂർത്തീകരണത്തിനും സേവനങ്ങളുമായി ബന്ധപ്പെട്ട ആശയവിനിമയത്തിനുമുള്ള അധികാരപ്പെടുത്തൽ (ഒപ്പു വെക്കുന്നതിന് മുൻപായി ദയവായി ശ്രദ്ധാപൂർവ്വം വായിച്ച് ഓരോന്നിനും നേരെ ഒരു ശരിയടയാളം ഇടുക).

പോളിസി രേഖകൾ ꠰ꠡꠡꠡꠡꠡꠡꠡꠡꠡꠡꠡꠡꠡꠡ ഇമെയിൽ വഴിയോ (ദയവായി നിങ്ങളുടെ ഇ-മെയിൽ ഐഡി ഞങ്ങൾക്ക് നൽകുക) അല്ലെങ്കിൽ മുകളിൽ നൽകിയിരിക്കുന്ന എന്റെ മൊബൈൽ നമ്പറിൽ എസ്എംഎസ് വഴിയായോ അയയ്ക്കാമെന്ന് ഞാൻ ഇതിനാൽ സമ്മതിക്കുന്നു.

ഝഝഝ കമ്പനിയുടെ പ്രൊപ്പോസ് ചെയ്യപ്പെട്ടിട്ടുള്ളതോ നിലവിലുള്ളതോ ആയ പോളിസിയുമായി ബന്ധപ്പെട്ട്, കാലാകാലങ്ങളിൽ ബാധകമായ നിയമത്തിലെ വ്യവസ്ഥകൾക്ക് വിധേയമായി സ്വാഗത കോളുകൾ, സർവ്വീസ് കോളുകൾ അല്ലെങ്കിൽ മറ്റേതെങ്കിലും ആശയവിനിമയം (ഇലക്ട്രോണിക് അല്ലെങ്കിൽ മറ്റ് വിധത്തിൽ) നടത്താൻ മാഗ്മ ജനറൽ ഇൻഷുറൻസ് ലിമിറ്റഡിന് (''കമ്പനി'') ഞാൻ ഇതിനാൽ സമ്മതം നൽകുകയും അധികാരപ്പെടുത്തുകയും ചെയ്യുന്നു.

പോളിസിയുമായി ബന്ധപ്പെട്ട എല്ലാ ആശയവിനിമയങ്ങളും എന്റെ വാട്ട്സ്ആപ്പ് നമ്പറിൽ ലഭിക്കുന്നതിന് ഞാൻ ആഗ്രഹിക്കുന്നു.

വാട്ട്സ്ആപ്പ് നമ്പർ: ____________________

തീയതി: D D M M Y Y Y Y   സ്ഥലം: ____________________

പ്രൊപ്പോസറുടെ പേര്: ____________________   പ്രൊപ്പോസറുടെ ഒപ്പ്: ____________________

3. പ്രാദേശിക സത്യവാങ്മൂലം മാഗ്മ ജനറൽ ഇൻഷുറൻസ് ലിമിറ്റഡിൽ നിന്ന് ആരോഗ്യ ഇൻഷുറൻസ് ലഭിക്കുന്നതുമായി ബന്ധപ്പെട്ട പ്രൊപ്പോസൽ ഫോമിന്റെയും മറ്റെല്ലാ രേഖകളുടേയും ഉള്ളടക്കം പ്രൊപ്പോസർക്ക് അയാൾക്ക്/അവർക്ക് മനസ്സിലാകുന്ന ഭാഷയിൽ പൂർണ്ണമായും വിശദീകരിച്ചിട്ടുണ്ടെന്ന് ഞാൻ ഇതിനാൽ പ്രഖ്യാപിക്കുന്നു. പ്രൊപ്പോസർ അവ പൂർണ്ണമായി മനസ്സിലാക്കിയിട്ടുള്ളതും പ്രൊപ്പോസർ നൽകിയിട്ടുള്ള വിവരങ്ങളുടെ അടിസ്ഥാനത്തിൽ മറുപടികൾ രേഖപ്പെടുത്തിയിട്ടുള്ളതുമാകുന്നു. പ്രൊപ്പോസറെ മറുപടികൾ വായിച്ചു കേൾപ്പിക്കുകയും പ്രൊപ്പോസർ അവ പൂർണ്ണമായി മനസ്സിലാക്കുകയും സ്ഥിരീകരിക്കുകയും ചെയ്തിട്ടുമുണ്ട്.

ഡിക്ലറന്റുകളുടെ പേര്: ____________________   പ്രൊപ്പോസറുമായുള്ള ബന്ധം: ____________________

ഡിക്ലറന്റിന്റെ ഒപ്പ്: ____________________   അപേക്ഷകന്റെ പ്രാദേശിക ഭാഷയിലുള്ള ഒപ്പ്: ____________________

തീയതി: D D M M Y Y Y Y

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 ഉൾപ്പടെ, പ്രൊപ്പോസർക്ക് വിശദീകരിച്ചിട്ടുണ്ടെന്ന് ഞാൻ ഇതിനാൽ പ്രസ്താവിക്കുന്നു. ഈ പ്രൊപ്പോസൽ ഫോമിൽ സമർപ്പിച്ചിട്ടുള്ള/സമർപ്പിക്കാനുള്ള അനുബന്ധം(ങ്ങൾ), സത്യവാങ്മൂലങ്ങൾ, പ്രസ്താവനകൾ, സബ്മിഷനുകൾ, എന്നിവയുൾപ്പെടെ ഏതെങ്കിലും അസത്യമായ പ്രസ്താവന (ങ്ങൾ)/ വിവരങ്ങൾ/പ്രതികരണം (ങ്ങൾ) അടങ്ങിയിട്ടുണ്ടെങ്കിൽ അല്ലെങ്കിൽ നിർണ്ണായക സ്വഭാവമുള്ള ഏതെങ്കിലും മുഖ്യ വസ്തുതകൾ വെളിപ്പെടുത്തിയിട്ടില്ലെങ്കിൽ, ഈ പ്രൊപ്പോസലിന് അനുസൃതമായി പ്രൊപ്പോസറിന്റെ പേരിൽ നൽകിയിട്ടുള്ള പോളിസി കമ്പനി അസാധുവായി കണക്കാക്കിയേക്കാമെന്നും പോളിസി പ്രകാരം അടച്ച എല്ലാ പ്രീമിയവും കമ്പനിക്ക് അടിയറ വെക്കപ്പെട്ടേക്കാമെന്നും ഞാൻ തുടർന്ന് വിശദീകരിച്ചിട്ടുണ്ട്.

ലൈസൻസ് നമ്പർ/ഐഡി (ഉപദേഷ്ടാവ്/കോർപ്പറേറ്റ് ഏജന്റ്/ബ്രോക്കർ/റിലേഷൻഷിപ്പ് ഓഫീസർ)

തീയതി: D D M M Y Y Y Y   ഇൻഷുറൻസ് ഉപദേഷ്ടാവിന്റെ ഒപ്പ്: ____________________

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

തീയതി: D D M M Y Y Y Y   പ്രൊപ്പോസറുടെ ഒപ്പ്: ____________________

5. പ്രൊപ്പോസറുടെ സത്യവാങ്മൂലം
(ഏതെങ്കിലും കാരണത്താൽ പ്രൊപ്പോസലും ബന്ധപ്പെട്ട മറ്റ് പേപ്പറുകളും പ്രൊപ്പോസർ പൂരിപ്പിച്ചിട്ടില്ലാത്ത ഒരു സാഹചര്യത്തിലുള്ള സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തൽ). പ്രൊപ്പോസൽ ഫോമിന്റെയും ബന്ധപ്പെട്ട രേഖകളുടെയും ഉള്ളടക്കം എനിക്ക് പൂർണ്ണമായി വിശദീകരിച്ചിട്ടുള്ളതും നിർദ്ദിഷ്ട കരാറിന്റെ പ്രാധാന്യം ഞാൻ പൂർണ്ണമായി മനസ്സിലാക്കിയിട്ടുള്ളതുമാകുന്നു. ഈ പ്രൊപ്പോസൽ ഫോം എന്റെ നിർദ്ദേശത്തിന് കീഴിൽ ____________________ പൂരിപ്പിക്കുന്നു; ഇത് കൃത്യമാണെന്ന് ഞാൻ മനസ്സിലാക്കിയിട്ടുമുണ്ട്.

തീയതി: D D M M Y Y Y Y   പ്രൊപ്പോസറുടെ ഒപ്പ്: ____________________

6. എഎംഎൽ മാർഗ്ഗനിർദ്ദേശങ്ങൾ

1. അടച്ചിട്ടുള്ള/ഭാവിയിൽ അടയ്ക്കേണ്ട എല്ലാ പ്രീമിയങ്ങളും സത്യസന്ധമായ സ്രോതസ്സുകളിൽ നിന്നാണെന്നും കുറ്റകൃത്യത്തിലേർപ്പെട്ടതിൽ 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 എന്നെ/ഞങ്ങളെ കുറ്റക്കാരനാണെന്ന് കണ്ടെത്തിയാൽ, ഫണ്ടുകളുടെ ഉറവിടങ്ങൾ തെളിയിക്കുന്നതിന് വേണ്ടി രേഖകൾ ആവശ്യപ്പെടുന്നതിനും ഇൻഷുറൻസ് പോളിസി റദ്ദാക്കുന്നതിനും കമ്പനിക്ക് അവകാശമുണ്ടെന്ന് ഞാൻ/ഞങ്ങൾ മനസ്സിലാക്കുന്നു.

തീയതി: D D M M Y Y Y Y

ഇൻഷുറൻസ് ഉപദേഷ്ടാവിന്റെ ഒപ്പ്: ______________________

നിങ്ങളോ പ്രൊപ്പോസലിൽ അപേക്ഷിച്ചിരിക്കുന്നവരിൽ ആരെങ്കിലുമോ പിഇപി (PEP)-കളാണോ* 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 പൊതു ചുമതലകൾ ഭരമേൽപ്പിച്ചിട്ടുള്ള വ്യക്തികളാണ്, ഇതിൽ രാഷ്ട്രത്തലവൻമാർ, സർക്കാരുകളുടെയോ തലവന്മാരോ മുതിർന്ന രാഷ്ട്രീയ പ്രവർത്തകർ, മുതിർന്ന സർക്കാർ അല്ലെങ്കിൽ ജുഡീഷ്യൽ 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 എന്നെ യഥോചിതം അധികാരപ്പെടുത്തിയിട്ടുണ്ടെന്നും മാഗ്മ ജനറൽ ഇൻഷുറൻസ് ലിമിറ്റഡിൽ നിന്ന് ആരോഗ്യ ഇൻഷുറൻസ് ലഭിക്കുന്നതുമായി ബന്ധപ്പെട്ട പ്രൊപ്പോസൽ ഫോമിന്റെയും മറ്റെല്ലാ രേഖകളുടേയും ഉള്ളടക്കം പ്രൊപ്പോസർക്ക് പൂർണ്ണമായും വിശദീകരിച്ചിട്ടുണ്ടെന്ന് ഞാൻ ഇതിനാൽ പ്രസ്താവിക്കുന്നു. പ്രൊപ്പോസർ അവ പൂർണ്ണമായി മനസ്സിലാക്കിയിട്ടുള്ളതും പ്രൊപ്പോസർ നൽകിയിട്ടുള്ള വിവരങ്ങളുടെ അടിസ്ഥാനത്തിൽ മറുപടികൾ രേഖപ്പെടുത്തിയിട്ടുള്ളതുമാകുന്നു. പ്രൊപ്പോസറെ മറുപടികൾ വായിച്ചു കേൾപ്പിക്കുകയും പ്രൊപ്പോസർ അവ പൂർണ്ണമായി മനസ്സിലാക്കുകയും സ്ഥിരീകരിക്കുകയും ചെയ്തിട്ടുമുണ്ട്.

പേര് ______________________

ഒപ്പ് ______________________ തീയതി:______________________

11. **പൊതുവിവരങ്ങൾ**

1. **മുന്നറിയിപ്പ്**

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

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

1. ഇൻഡ്യയിൽ, ജീവനും സ്വത്തുമായി ബന്ധപ്പെട്ട ഏതെങ്കിലും തരത്തിലുള്ള അപകടസാദ്ധ്യതകൾ സംബന്ധിച്ച് ഇൻഷുറൻസ് എടുക്കുന്നതിനോ പുതുക്കുന്നതിനോ തുടരുന്നതിനോ ഏതെങ്കിലും വ്യക്തിക്ക് പ്രലോഭനമായി,

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 കിഴിവും 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 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 പൂർത്തീകരിച്ച ഒരു പ്രൊപ്പോസൽ ഞങ്ങൾക്ക് സമർപ്പിക്കുന്നതോ അല്ലെങ്കിൽ ആവശ്യപ്പെടുന്ന ഏതെങ്കിലും പോളിസിയ്ക്ക് വേണ്ടിയുള്ള എന്തെങ്കിലും പേയ്മെന്റോ ഒരു പോളിസി പ്രദാനം ചെയ്യുന്നതിനായി ഞങ്ങളെ ബാദ്ധ്യസ്ഥരാക്കിത്തീർക്കുന്നില്ല. 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 ബാദ്ധ്യതയും ഉണ്ടായിരിക്കുന്നതുമല്ല.

സ്വീകർത്താവിന്റെ ഒപ്പും ഓഫീസ് സീലും ______________________

മാഗ്മ ജനറൽ ഇൻഷുറൻസ് ലിമിറ്റഡ് (മുൻപ് മാഗ്മ എച്ച്ഡിഐ ജനറൽ ഇൻഷുറൻസ് കമ്പനി ലിമിറ്റഡ്) | www.magmainsurance.com | ഇ-മെയിൽ: customercare@magmainsurance.com | ടോൾ ഫ്രീ: 1800 266 3202 | രജിസ്റ്റർ ചെയ്ത ഓഫീസ്: ഇക്വിനോക്സ് ബിസിനസ് പാർക്ക്, ടവർ 3, അംബേദ്ക്കർ നഗർ, രണ്ടാം നില, യൂണിറ്റ് നമ്പർ 1ബി & 2ബി, എൽബിഎസ് മാർഗ്, കുർള (വെസ്റ്റ്), മുംബൈ 400070, മഹാരാഷ്ട്ര, ഇന്ത്യ | സിഐഎൻ: U66000MH2009PLC460693 | ഐആർഡിഎഐ രജിസ്ട്രേഷൻ നമ്പർ 149 | ആരോഗ്യ സഞ്ജീവനി പോളിസി, മാഗ്മ | ഉൽപ്പന്ന യുഐഎൻ: MAGHLIP20172V011920 | പ്രദർശിപ്പിച്ചിരിക്കുന്ന വ്യാപാര ലോഗോ മാഗ്മ വെഞ്ചേഴ്സ് പ്രൈവറ്റ് ലിമിറ്റഡിന്റേതായിരിക്കുകയും ലൈസൻസിന് കീഴിൽ മാഗ്മ ജനറൽ ഇൻഷുറൻസ് ലിമിറ്റഡ് ഉപയോഗിക്കുകയും ചെയ്യുന്നു. | ഞങ്ങളുടെ വെബ്സൈറ്റിൽ മിറ-യുമായി ചാറ്റ് ചെയ്യുക അല്ലെങ്കിൽ വാട്ട്സ്ആപ്പ് നമ്പർ 7208976789-ൽ ''ഹായ്'' എന്ന് അയയ്ക്കുകയും ചെയ്യുക. (PF .AS.ver 15.12.25)