

4. ഇൻഷുറൻസ് നേടിയട്ടുള്ള, പരിരക്ഷ ലഭിക്കേണ്ട വ്യക്തികളുടെ വിശദാംശങ്ങൾ

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
ടെറ്റിൽ പേര്*	(ആദ്യ നാമം)							
	(മദ്ധ്യനാമം)							
	(അന്തിമ നാമം)							
ലിംഗഭേദം (പുരുഷൻ/സ്ത്രീ/ഇവയിൽ ഒന്നുമല്ല)								
ഉയരം* (സെന്റിമീറ്റർ)								
ഭാരം* (കിലോഗ്രാം)								
ഐ റിഫ്രാക്ടിവ് എൻ ഇൻഡെക്സ് (ഇടത്, വലത് കണ്ണ്)								
ജനനത്തീയതി* (DD MM YYYY)								
പ്രൊപ്പോസറുമായുള്ള ബന്ധം*								
തൊഴിൽ (വേതനം പറ്റുന്നവർ/സ്വയം തൊഴിൽ/പ്രൊഫഷണൽ/മറ്റുള്ളവർ)								
ആയുഷ്മാൻ ഭാരത് ഹെൽത്ത് അക്കാൺട് (ABHA) ഇല്ല എങ്കിൽ, ദയവായി നിങ്ങളുടെ അഭിപ്രായം സൂചിപ്പിക്കുക https://fasttrack.magmainurance.com/abha/index		☐ അതെ ☐ ഇല്ല	☐ അതെ ☐ ഇല്ല	☐ അതെ ☐ ഇല്ല	☐ അതെ ☐ ഇല്ല	☐ അതെ ☐ ഇല്ല	☐ അതെ ☐ ഇല്ല	☐ അതെ ☐ ഇല്ല
“അഭ-യുമായി ബന്ധിപ്പിച്ചിട്ടുള്ള എന്റെ/ഞങ്ങളുടെ മെഡിക്കൽ രേഖകൾ പരിശോധിച്ചുവെക്കുന്നതിനും കൈവശം ലഭിക്കുന്നതിനും ഞാൻ/ഞങ്ങൾ കമ്പനിക്ക് ഇതിനാൽ എന്റെ/ഞങ്ങളുടെ സമ്മതം നൽകുന്നു.”								
“അതെ എങ്കിൽ, ദയവായി അഭ (ABHA) നമ്പർ സൂചിപ്പിക്കുക. ഇല്ല എങ്കിൽ, ദയവായി നിങ്ങളുടെ അഭിപ്രായം സൂചിപ്പിക്കുക https://fasttrack.magmainurance.com/abha/index								
ഇടയ്ക്ക് വെച്ച് മുടങ്ങാത്ത എപ്പോൾ മുതൽ തുടർച്ചയായി നിങ്ങൾക്ക് ഇൻഷുറൻസ് പരിരക്ഷയുണ്ട്? DDMMYYYY								
മുകളിൽ സൂചിപ്പിച്ച തീയതി സ്ഥിരീകരിക്കുന്ന പ്രസക്തമായ പോളിസി പകർപ്പുകൾ ദയവായി നൽകുക.								
കാര്യബാധിതനാണെങ്കിൽ ആനുകൂല്യമുള്ള മൊത്തം ഇൻഷുറൻസ് തുക (രൂ. 10 ലക്ഷം/20 ലക്ഷം/25 ലക്ഷം എന്നിവയിൽ നിന്ന് തിരഞ്ഞെടുക്കണം)#								

ഓപ്ഷണൽ ആനുകൂല്യം തിരഞ്ഞെടുത്താൽ ഇൻഷുറൻസ് പരിരക്ഷയുള്ള എല്ലാവർക്കും മൊത്തം ഇൻഷുറൻസ് തുക ഒന്നു തന്നെ നിലനിൽക്കും

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 DDMMYYYY		
നോമിനിയുടെ സമ്പർക്ക നമ്പർ	നാമനിർദ്ദേശത്തിന്റെ ശതമാനം		

നോമിനീ 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 സി) ബാങ്ക് ശാഖയുടെ പേര്

ഡി) മേൽ വിലാസം ഇ) ശാഖയുടെ നഗരം

എഫ്) അക്കൗണ്ട് തരം ജി) അക്കൗണ്ട് നമ്പർ

എച്ച്) ഐ.എഫ്.എസ്.സി. കോഡ് ഐ) 9 അക്ക എം.ഐ.സി.ആർ. കോഡ്

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

6. നിലവിലുള്ള/മുൻപുണ്ടായിരുന്ന ഇൻഷുറൻസിന്റെ വിശദാംശങ്ങൾ

പ്രൊപ്പോസർ അല്ലെങ്കിൽ നിർദ്ദേശിക്കപ്പെട്ടിരിക്കുന്ന വ്യക്തികൾ മാഗ്മ 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 (പ്രൊപ്പോസർ അംഗീകരണം ലഭിക്കുന്നതിനായി ബാക്കിയാണെങ്കിൽ ദയവായി അപേക്ഷാ നമ്പർ പരാമർശിക്കുക.) എന്ന് മുതലാണ് നിങ്ങൾക്ക് തുടർച്ചയായി ഇൻഷുറൻസ് പരിരക്ഷ ലഭിച്ചു കൊണ്ടിരിക്കുന്നത്?

ഇൻഷുറൻസ് പരിരക്ഷ ലഭിക്കുന്ന വ്യക്തിയുടെ പേര് (പ്രഥമ നാമം, മദ്ധ്യ നാമം, അന്തിമ നാമം)	ഇൻഷുറൻസ് ദാതാവിന്റെ പേര്	പോളിസി നമ്പർ/ അപേക്ഷാ നമ്പർ.	ഇൻഷുറൻസ് കാലയളവ്		ഇൻഷുറൻസ് തുക (രൂപ)	ഒക്രയിം 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 പ്രൊപ്പോസൽ ഫോമിന്റെ അനുബന്ധമായി) ഞങ്ങൾക്ക് സമർപ്പിക്കുക.

7. വൈദ്യചികിത്സാപരവും ജീവിതശൈലി-സംബന്ധിയായതുമായ വിവരങ്ങൾ*

വിഭാഗം എ: ഇൻഷുറൻസ് പരിരക്ഷ നേടുന്നതിന് നിർദ്ദേശിക്കപ്പെട്ട വ്യക്തികളിൽ ആർക്കെങ്കിലും ഇനിപ്പറയുന്ന രോഗനിമിത്തിലുള്ള ഏതെങ്കിലും എപ്പോഴെങ്കിലും ഉണ്ടായിട്ടുണ്ടോ/ഇപ്പോൾ അനുഭവപ്പെടുന്നുണ്ടോ: ബാധകമാകുന്നതെല്ലാം ഇൻഷുറൻസ് പരിരക്ഷ നൽകപ്പെടുന്ന വ്യക്തിക്ക് 'അതെ' എന്ന് അടയാളപ്പെടുത്തി വിഭാഗം ബി-യിൽ വിശദാംശങ്ങൾ നൽകുക.

1. ഹൈപ്പർടെൻഷൻ ചരിത്രം

എ) ദൈർഘ്യം

ബി) ഔഷധം

സി) ഡോസേജ്

2. ഡയബറ്റിക് മെല്ലിറ്റസ് ചരിത്രം

എ) ടൈപ്പ് 1 അല്ലെങ്കിൽ ടൈപ്പ് 2

ബി) ദൈർഘ്യം

സി) മരുന്ന്

ഡി) ഡോസേജ്

	Yes / No	Insured Person No.
3. ഹൃദയവും രക്തധമനികളുമായി ബന്ധപ്പെട്ട രോഗാവസ്ഥകൾ/അസ്ഥിസമൂഹങ്ങൾ: നെഞ്ചുവേദന, ആർദ്രജ്വര, ഉയർന്ന കൊളസ്ട്രോൾ/ലിപിഡുകൾ, അതിവേഗത്തിലുള്ള ഹൃദയമിടിപ്പ്, ക്ലൺജെന്റീവ് ഹാർട്ട് ഫെയ്ലർ, കൊറോണറി ആർട്ടറി രോഗം, ഹൃദയാഘാതം, ബൈപാസ് സർജി/ആൻജിയോപ്ലാസ്റ്റി, വാൽവ് തകരാർ/മാറ്റിവെക്കൽ, പേസ്മേക്കർ സ്ഥാപിക്കൽ, റൂഥാറ്റിക് ഫീവർ, ജനനം മുതലുള്ള ഹൃദയത്തിന്റെ രോഗാവസ്ഥ, വെൻകോസ് വെയിൻ, ത്രോംബോസിസ്, രക്ത വൈകല്യങ്ങൾ മുതലായവ?	☐ അതെ ☐ ഇല്ല	1 2 3 4 5 6 7
4. മൂത്രാശയ രോഗാവസ്ഥകൾ/തകരാറുകൾ: മൂത്രത്തിൽ രക്തം, മൂത്ര വിസർജ്ജനത്തിലെ ആവർത്തി, വേദനാജനകമായ/വിഷമതയോടെയുള്ള മൂത്രമൊഴിക്കൽ, വൃക്ക ഒപ്പം/അല്ലെങ്കിൽ മൂത്രാശയ അണ്ഡാധകൾ, മൂത്രാശയ കല്ലുകൾ, വൃക്ക പരാജയം, ഡയാലിസിസ് അല്ലെങ്കിൽ മദ്യമൈതലിലും വൃക്ക/മൂത്രാശയ നാളി അല്ലെങ്കിൽ പ്രോസ്റ്റേറ്റ് രോഗം	☐ അതെ ☐ ഇല്ല	1 2 3 4 5 6 7
5. മസ്കുലോസ്കെലറ്റൽ രോഗാവസ്ഥകൾ/ക്രമക്കേടുകൾ: സന്ധി/പുറം വേദന ആർത്രൈറ്റിസ്, സ്പോണ്ടിലോസിസ്, സന്ധികൾ മാറ്റിവെക്കൽ അല്ലെങ്കിൽ പേരികളുടെ/അസ്ഥികളുടെ/സന്ധികളുടെ/അസ്ഥിബന്ധങ്ങളുടെ/ചലന ഞരമ്പുകളുടെ അല്ലെങ്കിൽ ഡിസ്കുകളുടെ മറ്റ് ഏതെങ്കിലും തകരാറ്, ഗുട്ട്, ഹെർണിയേറ്റഡ് ഡിസ്ക്, അഗ്ര വിമോഹനം/ക്യൂരിമ അവയവം വെക്കൽ	☐ അതെ ☐ ഇല്ല	1 2 3 4 5 6 7
6. ശ്വാസവ്യമായി ബന്ധപ്പെട്ട രോഗാവസ്ഥകൾ/ക്രമക്കേടുകൾ: ശ്വാസതന്ത്രം/ശ്വാസിക്കുന്നതിനുള്ള വിഷമത, ക്ഷയം, ആസ്മ, ബ്രോങ്കൈറ്റിസ്, ക്രോണിക് ബ്രെസ്ട്രക്റ്റീവ് പൾമോണറി ഡിസിസ് സിപിഡി, വിട്ടുമാറാത്ത ചുമ, രക്തം ചുമച്ചു തുടങ്ങിയ മറ്റേതെങ്കിലും ശ്വാസകോശ/ശ്വാസന-സംബന്ധമായ രോഗങ്ങൾ	☐ അതെ ☐ ഇല്ല	1 2 3 4 5 6 7
7. ഹേമസ്റ്റാസിയ ബന്ധപ്പെട്ട രോഗാവസ്ഥകൾ/ക്രമക്കേടുകൾ: മഞ്ഞപ്പിത്തം, വിട്ടുമാറാത്ത അതിസാരം, ക്യാൻസർ/പ്രശ്നങ്ങൾ/പോളിപ്പ്, പാൻക്രിയാസ്, കരൾ അല്ലെങ്കിൽ അന്താശയത്തിന്റെ രോഗങ്ങൾ, ഹെപ്പറ്റൈറ്റിസ് / ബി / സി / മറ്റുള്ളവ, മഞ്ഞപ്പിത്തം, സിറോസിസ്, കാരണമില്ലാത്ത ശരീരഭാരം കൂറായത് അല്ലെങ്കിൽ വർദ്ധിക്കൽ, ക്ഷേണം കുറയുന്നതിലെ ക്രമക്കേട് അല്ലെങ്കിൽ മദ്യമൈതലിലും ഗ്ലൂസ്ട്രോ ഇൻസുലിൻ രോഗാവസ്ഥ	☐ അതെ ☐ ഇല്ല	1 2 3 4 5 6 7
8. അർബുദം/സ്മര - നിരുപദ്രവകാരിയായതോ മാർകമായതോ ആയ സ്മര, ഏതെങ്കിലും വളർച്ച/സീസ്റ്റ്, ഏതെങ്കിലും അർബുദം	☐ അതെ ☐ ഇല്ല	1 2 3 4 5 6 7
9. മസ്തിഷ്ക/നാഡീവ്യൂഹ/മനോപര രോഗാവസ്ഥകൾ/വൈകല്യങ്ങൾ: ബോധം നഷ്ടപ്പെടൽ, ബോധക്ഷയം, തലക്കുറക്കം, മരവിപ്പ്/തരിപ്പ്, ശക്തിഹീനത, പക്ഷാഘാതം, തലയ്ക്ക് പരിക്ക്, മസ്തിഷ്കഘാതം, കൊടിഞ്ഞി തലവേദനകൾ അല്ലെങ്കിൽ വിട്ടുമാറാത്ത തീവ്രമായ തലവേദന, സ്ലീപ് അപ്നിയ, മൾട്ടിപ്പിൾ സ്ക്ലിറോസിസ്, അപസ്മാർ മൾട്ടിഫോക്സ്/അപസ്മാർ അല്ലെങ്കിൽ മദ്യമൈതലിലും മസ്തിഷ്ക/നാഡീവ്യൂഹ രോഗം/മനോപര /മാനസിക വൈകല്യങ്ങൾ	☐ അതെ ☐ ഇല്ല	1 2 3 4 5 6 7
10. സ്തീകളുടെ പ്രത്യുൽപ്പാദന-സംബന്ധമായ രോഗാവസ്ഥകൾ/വൈകല്യങ്ങൾ: പെൽവിക് വേദന, അസാധാരണമായ ആർത്തവ രക്തസ്രാവം, അസാധാരണമായ പാപ്പ് സ്തിയർ, എൻഡോമെട്രിയോസിസ്, ഫൈബ്രോയിഡ്, സീസ്റ്റ്/ഫൈബ്രോസൈറ്റോമ, രക്തസ്രാവവുമായി ബന്ധപ്പെട്ട ക്രമക്കേട്, പെൽവിക് അസ്സബാബ അല്ലെങ്കിൽ മദ്യമൈതലിലും ഗൈനക്കോളജിക്കൽ/സ്മര സീസ്റ്റ്യുകൾ/മുഴുകൾ/സ്മര	☐ അതെ ☐ ഇല്ല	1 2 3 4 5 6 7
11. ഇൻഷുറൻസ് പരിരക്ഷയ്ക്കായി നിർദ്ദേശിക്കപ്പെട്ട ഏതെങ്കിലും സ്തി ഗർഭിണിയായോ, വീട്ടിൽ നടത്തിയ ഗർഭ പരിശോധനയിൽ പോസിറ്റീവ് ആണെന്ന് സ്ഥിരീകരിച്ചിട്ടുണ്ടോ, അല്ലെങ്കിൽ തെന്തെങ്കിലും പ്രക്രിയയിലാണോ അല്ലെങ്കിൽ ഒരു വാടക ഗർഭധാരണത്തിലാണോ?	☐ അതെ ☐ ഇല്ല	1 2 3 4 5 6 7
12. മെറ്റബോളിക്, എൻഡോക്രൈൻ അവസ്ഥകൾ/വൈകല്യങ്ങൾ: അഡ്രിനൽ/പിറ്റ്യൂട്ടറി തകരാറുകൾ, ല്യൂസ്സ്, സ്ക്ലിറോഡെർമ, തൈറോയ്ഡ് തകരാറുകൾ, ഏതെങ്കിലും ഓട്ടോഇമ്യൂൺ/ജനിതക തകരാറുകൾ	☐ അതെ ☐ ഇല്ല	1 2 3 4 5 6 7
13. ഇൻഷുറൻസ് പരിരക്ഷയ്ക്കായി നിർദ്ദേശിക്കപ്പെട്ട വ്യക്തിക്ക് വിട്ടുമാറാത്തതോ ദീർഘകാലമായി നില നിൽക്കുന്നതോ ആയ ഏതെങ്കിലും വൈദ്യപര രോഗാവസ്ഥയുണ്ടോ, അല്ലെങ്കിൽ മദ്യമൈതലിലും ശാരീരിക വൈകല്യം, അസാധാരണതും അല്ലെങ്കിൽ ആവർത്തിച്ചുള്ള അസുഖം അല്ലെങ്കിൽ ക്ഷതം ഉണ്ടോ അല്ലെങ്കിൽ സാധാരണമായ പ്രവർത്തിക്കില്ലാത്തതായി കഴിയുന്നില്ലേ?	☐ അതെ ☐ ഇല്ല	1 2 3 4 5 6 7
14. ഇൻഷുറൻസ് പരിരക്ഷയ്ക്കായി നിർദ്ദേശിക്കപ്പെട്ട വ്യക്തിക്ക് പുറകിലെ ഉൾപ്പണങ്ങൾ/സീറോളുകൾ ഉപയോഗിക്കുന്നതോ അല്ലെങ്കിൽ മദ്യം കുടിക്കുന്നതോ?	☐ അതെ ☐ ഇല്ല	1 2 3 4 5 6 7
15. ഇൻഷുറൻസ് പരിരക്ഷയ്ക്കായി നിർദ്ദേശിക്കപ്പെട്ട വ്യക്തിക്കുള്ളിൽ ആരെങ്കിലും വസ്തുതയുമായി ബന്ധപ്പെട്ട ഏതെങ്കിലും അവസ്ഥ അന്വേഷിക്കുന്നതോ?	☐ അതെ ☐ ഇല്ല	1 2 3 4 5 6 7
16. ഇൻഷുറൻസ് പരിരക്ഷയ്ക്കായി നിർദ്ദേശിക്കപ്പെട്ട ഏതെങ്കിലും വ്യക്തി, ഏതെങ്കിലും ഡോക്ടറുടെ അല്ലെങ്കിൽ ആരോഗ്യ പരിചരണ വിദഗ്ദ്ധന്റെ വിദഗ്ദ്ധപരിചരണത്തിൽ അല്ലെങ്കിൽ അവരിൽ നിന്ന് മദ്യമൈതലിലും രോഗാവസ്ഥയ്ക്കായി അല്ലെങ്കിൽ രോഗലക്ഷണത്തിനായി/അടിക്കായി/മനോപരമായ രോഗനിർദ്ദേശം/ആശുപത്രിയിൽ പ്രവേശനം /അസുഖം/അന്വേഷണയ്ക്ക് വിധേയമായിട്ടുണ്ടോ, നിലവിൽ ഏതെങ്കിലും രോഗാവസ്ഥയ്ക്കോ മെഡിക്കൽ നടപടിക്രമങ്ങൾക്കോ (രോഗനിർണ്ണയ പരിശോധന ഉൾപ്പെടെ) മരുന്ന് കഴിക്കുന്നതോ?	☐ അതെ ☐ ഇല്ല	1 2 3 4 5 6 7
17. ഈ പരിരക്ഷയ്ക്കായി നിർദ്ദേശിക്കപ്പെടുന്നതിന് മുൻപ്, നിങ്ങൾക്കോ പരിരക്ഷയ്ക്കായി നിർദ്ദേശിക്കപ്പെട്ട വ്യക്തിക്കോ അഴുപ്പായുന്ന ഏതെങ്കിലും ഗുരുതരമായ രോഗങ്ങൾ ഉണ്ടെന്ന് രോഗനിർണ്ണയം ചെയ്യപ്പെടുകയോ ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്ക് വിധേയമാകുകയോ ചെയ്തിട്ടുണ്ടോ - അർബുദം, ഹൃദയാഘാതം, കൊറോണറി ആർട്ടറി, ബൈപാസ് ഗ്രാഫ്റ്റ്, ഹാർട്ട് മാറ്റിവെക്കൽ/തകരാർ പരിഹരിക്കൽ, കോമ, വൃക്ക പരാജയം, മസ്തിഷ്കഘാതം, ഏതെങ്കിലും തരത്തിലുള്ള ട്രാൻസ്ഫോറം, പക്ഷാഘാതം, മൾട്ടിപ്പിൾ സ്ക്ലിറോസിസ്, മോട്ടോർ ന്യൂറോൺ രോഗം, അല്ലെങ്കിൽ എച്ച്ഐവി/എഡ്സ്	☐ അതെ ☐ ഇല്ല	1 2 3 4 5 6 7
അപകട മരണത്തിന്/പിടിപി പരിരക്ഷയ്ക്ക് കവറിനായി		
18. അപേക്ഷകരിൽ ആർക്കെങ്കിലും അപസ്മാർമുഖ്യയുടെ തകരാർ അല്ലെങ്കിൽ ശാരീരികമോ മാനസികമോ ആയ ഏതെങ്കിലും തകരാറുകൾ/വൈകല്യം/വൈദ്യപര അല്ലെങ്കിൽ ചലനശേഷി/കാഴ്ച/കേൾവി/സന്ധാരം എന്നിവയെ ബാധിക്കുന്ന ഏതെങ്കിലും രോഗാവസ്ഥ ഉണ്ടായിട്ടുണ്ടോ അല്ലെങ്കിൽ ഇപ്പോൾ അവ ഉണ്ടോ?		
19. അപേക്ഷകന്റെ തൊഴിൽ അയായി/അവർ അപകടകരമായ പ്രവർത്തികളിൽ ഏർപ്പെടുകയോ അപകടകരമായ വസ്തുക്കൾ കൈകാര്യം ചെയ്യുകയോ ഉയരങ്ങളിൽ ജോലി ചെയ്യുകയോ ചെയ്യേണ്ടി വന്നുവെന്ന് ആവശ്യമാണെങ്കിൽ അപേക്ഷകൻ: ഉദാ; കടലിലെ/നദിയിലെ യാത്രാ കപ്പലുകളിൽ ക്യാബിൻ ക്രൂ ആയോ ഉയർന്ന പോൾട്ടേജുള്ള ഒരു സ്ഥലത്ത് പ്രവർത്തിക്കുകയോ ചെയ്യുന്നതിലൂടെയോ അല്ലെങ്കിൽ സായുധ സേനയുടെ ഭാഗമായോ.		

വിഭാഗം ബി: അസുഖം/ഔഷധം/ പരിശോധന/ശസ്ത്രക്രിയ/ഡയറ്ററി ഗ്രേഡ് എന്നിവയുടെ പേരും വിശദാംശങ്ങളും (മുകളിലുള്ള വിഭാഗം എ-യിൽ അതേ 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:				

മറ്റേതെങ്കിലും വിശദാംശങ്ങൾ: _____

ആവശ്യമെങ്കിൽ കൂടുതൽ ഷീറ്റുകൾ ചേർക്കുക.

വിഭാഗം സി: പ്രധാനപ്പെട്ട കൃറീകൃതങ്ങൾ:

1. ഈ പ്രൊപ്പോസൽ ഫോമിലോ നിങ്ങൾ നൽകിയിട്ടുള്ള ഏതെങ്കിലും അസുഖം വിവര പത്രികയിലോ രേഖകളിലോ നിങ്ങൾ അല്ലെങ്കിൽ നിങ്ങൾക്ക് വേണ്ടി മറ്റൊരാൾ ഞങ്ങൾക്ക് നൽകുന്ന വിവരങ്ങൾ ഇൻഷുറൻസ് പ്രദാനം ചെയ്യുന്നതിനുള്ള ഞങ്ങളുടെ തീരുമാനത്തെയും അതുമായി ബന്ധപ്പെട്ട വ്യവസ്ഥകളെയും സ്വാധീനിക്കും. കൂടാതെ, ഞങ്ങൾ നൽകുന്ന ഏതൊരു പോളിസിയിലും നിങ്ങൾ ഞങ്ങൾക്ക് കൈമാറിയിട്ടുള്ള വിവരങ്ങളുടെ അടിസ്ഥാനത്തിലുള്ളതായിരിക്കും. അതിനാൽ നിങ്ങളുടെ ഉത്തരങ്ങൾ എല്ലാ അർത്ഥത്തിലും പൂർണ്ണവും കൃത്യവുമായിരിക്കേണ്ടത് പ്രധാനമാണ്.
2. ഈ പ്രൊപ്പോസലിലെ ചോദ്യങ്ങൾ സമ്പൂർണ്ണമായി, മറുപ്ത് സൂചനാത്മകമാണ്. ഈ പ്രൊപ്പോസലിലെ ഒരു ചോദ്യത്തിന്റെ വിഷയമല്ലെങ്കിൽ പോലും, ഇൻഷുറൻസ് എടുക്കുന്ന വ്യക്തിയുമായി ബന്ധപ്പെട്ട റിസ്കിന് പ്രസക്തമായ എല്ലാ വിവരങ്ങളും നിങ്ങൾ ഞങ്ങൾക്ക് നൽകേണ്ടതാണ്. എന്തെങ്കിലും വിവരങ്ങൾ നൽകണമെന്ന് നിങ്ങൾക്ക് ഏതെങ്കിലും സംശയമുണ്ടെങ്കിൽ, നിങ്ങളുടെ ഇൻഷുറൻസ് ഉപദേശകവുമായി/കമ്പനിയുമായി സമ്പർക്കം പുലർത്തേണ്ടതാണ്.
3. നിങ്ങളുടെ പ്രൊപ്പോസൽ സ്വീകരിക്കുന്നത് പൂർണ്ണമായ മെഡിക്കൽ റിപ്പോർട്ടുകൾ (ബാധകമാകുന്നതിനുള്ളതല്ല) ലഭിക്കുന്നതിന്റെയും മെഡിക്കൽ അണ്ടർപ്രൈംഗിന്റെയും അടിസ്ഥാനത്തിലായിരിക്കുകയും ഇൻഷുറൻസ് പരിരക്ഷ ആരംഭിക്കുന്നത് കമ്പനിക്ക് മുഴുവൻ പ്രീമിയം തുകയുടെയും പണം അക്കൗണ്ടിൽ ലഭിച്ചതിന് ശേഷമായിരിക്കുകയും ചെയ്യും.
4. ഒഴിവാക്കലുകളുടെയും ഉൾപ്പെടുത്തലുകളുടെയും മറ്റ് പോളിസി വിശദാംശങ്ങളും സൂചനാപരമാണ്. പൂർണ്ണമായ ലിസ്റ്റിംഗ് സമ്പൂർണ്ണമായ വിശദാംശങ്ങൾക്കും ദയവായി പോളിസി വാചകങ്ങൾ വായിക്കുക.

വിഭാഗം ഡി: കൂടുതലായ ഡോക്ടറുടെ വിവരങ്ങൾ:

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

8. പേയ്മെന്റ് വിശദാംശങ്ങൾ

1. പേയ്മെന്റ് വിശദാംശങ്ങൾ: ദയവായി () ശരിയടയാളമിടുക: ജിഎസ്ടി ഉൾപ്പെടെയുള്ള മൊത്തം പ്രീമിയം തുക (രൂപ) ☐കുറച്ച് ☐ചെക്ക്/എൻഇഎഫ്ടി/ഡിഡി പേയ്മെന്റ് ഓപ്ഷൻ ☐ഡിജിറ്റൽ പേയ്മെന്റ് ചെക്ക്/എൻഇഎഫ്ടി/ഡിഡി നമ്പർ _____ ചെക്ക്/എൻഇഎഫ്ടി/ഡിഡി തീയതി ബാങ്ക് _____

2. നേരിട്ടുള്ള ബാങ്ക് ട്രാൻസ്ഫർ വഴി ക്ലെയിമുകൾ/റിമണ്ട് നൽകുന്നതിന്, ദയവായി ഇനിപ്പറയുന്ന വിശദാംശങ്ങൾ നൽകുക: (ദയവായി പ്രൊപ്പോസൽ ഫോമിനൊപ്പം റദ്ദാക്കിയ ചെക്ക് ഉൾപ്പെടുത്തുക) അക്കൗണ്ട് ഉടമയുടെ പേര് _____ 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.”

ഡബിൾ സുരക്ഷ
പ്രൊപ്പോസൽ ഫോം

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 മറ്റേതെങ്കിലും മറ്റേ വ്യക്തി ഏതെങ്കിലും നിർണ്ണായക വിവരങ്ങൾ മറച്ചു വെച്ചിരിക്കുന്നു എന്നീ സാഹചര്യങ്ങളിൽ, ഞങ്ങളുടെ വിവേചനാധികാരത്തിൽ പോളിസി അസാധുവായിത്തീരാവുന്നതാണ്.

ആവശ്യപ്പെട്ടവയോ അല്ലാത്തവയോ ആയ വിവരങ്ങൾ നൽകുന്നതിന് നിങ്ങൾക്ക് മനിയായ 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 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 കളളികളും/വിശദാംശങ്ങളും നിബന്ധമാണ്.

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)		
വൈവാഹിക നില	☐ അവിവാഹിതൻ	☐ വിവാഹിതൻ			
ലിംഗഭേദം	☐ പുരുഷൻ	☐ സ്ത്രീ	☐ ഇവയിൽ ഒന്നുമല്ല		
ദേശീയത*	ജനനത്തീയതി* D M M Y Y Y Y				
തൊഴിൽ	☐ 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 മേൽവിലാസം*	☐ >25,00,000				
ലാൻഡ്മാർക്ക്					
നഗരം:	സംസ്ഥാനം:		പിൻ കോഡ്:		
ഫോൺ നമ്പർ. എസ്ടിഡി കോഡ്	ലാൻഡ്ലൈൻ നമ്പർ	മൊബൈൽ നമ്പർ.*	ഇമെയിൽ ഐഡി		
സ്ഥിര വിലാസം:					
നഗരം:	ലാൻഡ്മാർക്ക്	സംസ്ഥാനം:	പിൻ കോഡ്:		
ഫോൺ നമ്പർ. എസ്ടിഡി കോഡ്	ലാൻഡ്ലൈൻ നമ്പർ.*				
നിങ്ങൾ ഒരു മാഗ്നീറ്റി ഇൻഷുറൻസ് ലിമിറ്റഡ് ജീവനക്കാരനാണോ? ☐ അതെ ☐ ഇല്ല					
നിങ്ങൾക്ക് മാഗ്നീറ്റി ഇൻഷുറൻസ് ലിമിറ്റഡിന്റെ മറ്റേതെങ്കിലും പോളിസി ഉണ്ടോ:	അതെ എങ്കിൽ, എംപ്ലോയീ ഐഡി:.....				
നിവാസ സ്ഥിതി	☐ നിവാസിയായ വ്യക്തി	☐ പ്രവാസി ഇൻഡ്യാക്കാൻ	☐ വിദേശ പൗരൻ		
നിങ്ങൾക്ക് എന്തെങ്കിലും ശാരീരികമായ വൈകല്യമുണ്ടെങ്കിൽ, നിങ്ങൾക്ക് ആവശ്യമായ സേവനങ്ങൾ നൽകാൻ ഞങ്ങളെ പ്രാപ്തമാക്കുന്ന വിവരങ്ങൾ താഴെ കൊടുക്കുക.					
ശാരീരിക വൈകല്യത്തിന്റെ വിധം	ശാരീരിക വൈകല്യത്തിന്റെ ശതമാനം				
പാൻ നമ്പർ	പാസ് പോർട്ട് 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 നൽകിയിട്ടുണ്ടെങ്കിൽ, ദയവായി പാസ് പോർട്ട് / വോട്ടേഴ്സ് കാർഡ് / ഡ്രൈവിംഗ് ലൈസൻസ് / ആധാർ നമ്പർ അല്ലെങ്കിൽ ഔദ്യോഗികമായി സാധ്യമായുള്ള മറ്റേതെങ്കിലും രേഖ പങ്കു വെക്കുക. വിദേശ പൗരൻമാരായ വ്യക്തികൾ, പ്രവാസി ഇൻഡ്യാക്കാൻ (എൻആർഐ-കൾ), ഇൻഡ്യാൻ വംശജരായ വ്യക്തികൾ (പിഎഐകൾ) എന്നിവർക്ക് ആവശ്യമായ രേഖകൾ ഇവയാണ്: (എ) പാസ് പോർട്ട് (ബി) ഡ്രൈവിംഗ് ലൈസൻസ് (സി) വോട്ടർ തിരിച്ചറിയൽ കാർഡ് എന്നിവയിൽ ഏതെങ്കിലും മൊന്നും ഇൻഡ്യായിലെ വിദേശ എംബസി അല്ലെങ്കിൽ മിഷൻ നൽകുന്ന കത്തുകളും അതാൽ രാജ്യങ്ങൾ നൽകുന്ന പ്രസക്തമായ തിരിച്ചറിയൽ രേഖകളും.

ബാധകമായ കെ.വൈ.സി. നടത്തുന്നതിനായി സെൻട്രൽ കെ.വൈ.സി. രജിസ്ട്രിയലിന്റെയോ യുഎഡിഎഐ(UIDAI)-യിലൂടെയോ അനുവദനീയമായ മറ്റേതെങ്കിലും രീതികളിലൂടെയോ എന്റെ/ഞങ്ങളുടെ തിരിച്ചറിയൽ/മേൽവിലാസം തെളിപ്പം ഇൻഷുറൻസ് പരിരക്ഷ നേടുന്ന വ്യക്തിയുടെ തിരിച്ചറിയൽ/മേൽ വിലാസം തെളിയിക്കൽ രേഖ സമർപ്പിക്കുന്നതിനും നേടുന്നതിനും ഞാൻ/ഞങ്ങൾ കമ്പനിക്ക് ഇതിനാൽ എന്റെ/ഞങ്ങളുടെ സമ്മതം നൽകുന്നു. ☐ അതെ ☐ ഇല്ല

3. പ്ലാൻ വിശദാംശങ്ങൾ*			
പോളിസിയുടെ തരം	☐ വ്യക്തിഗതം	☐ ഫാമിലി ഫ്ലോട്ടർ	പോളിസിയുടെ കാലയളവ്
ഫാമിലി ഫ്ലോട്ടർ** ആണെങ്കിൽ, നേടുന്ന വ്യക്തികളുടെ എണ്ണം:			☐ 1 വർഷം ☐ 2 വർഷം ☐ 3 വർഷം
പ്രായപൂർത്തിയെത്തിയവർ:	കുട്ടികൾ:	(**പ്രായപൂർത്തിയെത്തിയവർ പരമാവധി 4 പേരും 3 കുട്ടികളും)	പ്രീമിയം അടവിന്റെ ആവർത്തി
പ്രതിദിന ഇൻഷുറൻസ് തുക	1,000 / 2,000 / 3,000 / 5,000 / 7,000 / 10,000	പ്രതിദിനം	☐ ഒറ്റത്തവണയായുള്ള പ്രീമിയം ☐ ത്രൈമാസിക ഗഡു ☐ പ്രതിമാസ ഗഡു ☐ അർദ്ധവാർഷിക ഗഡു
പരിരക്ഷയുടെ പരിധി	30 ദിവസം / 60 ദിവസം / 90 ദിവസം / 120 ദിവസം / 180 ദിവസം		

ഓപ്പൺ പരിരക്ഷയുടെ പേര്	തിരഞ്ഞെടുത്തു/തിരഞ്ഞെടുത്തിട്ടില്ല
ആരോഗ്യം വീണ്ടെടുക്കൽ കാലയളവിലെ ആനുകൂല്യം	☐ അതെ ☐ ഇല്ല
ഡേ കെയർ ചികിത്സാ ക്യാഷ്	☐ അതെ ☐ ഇല്ല
ചൈൽഡ് ബർത്ത് ഹോസ്പിറ്റൽ ക്യാഷ്	☐ അതെ ☐ ഇല്ല
വേൾഡ് വൈഡ് ഹോസ്പിറ്റൽ ക്യാഷ്	☐ അതെ ☐ ഇല്ല
ഒപ്പമുള്ള വ്യക്തിക്കുള്ള ആനുകൂല്യം	☐ അതെ ☐ ഇല്ല
ആശുപത്രി വാസത്തിന് മുൻപും കഴിഞ്ഞുമുള്ള ചെലവുകൾ	☐ അതെ ☐ ഇല്ല
ഡിഡക്റ്റബിൾ സിക്ക്നെസ് ഹോസ്പിറ്റൽ ക്യാഷിലെ വീരഭാഗവ്	☐ അതെ ☐ ഇല്ല
ഡിഡക്റ്റബിൾ സിക്ക്നെസ് ഹോസ്പിറ്റൽ ക്യാഷ് കുറവ് ചെയ്തത്	☐ അതെ ☐ ഇല്ല
ഐസിയ ആനുകൂല്യത്തിന്റെ പരമാവധി ദിവസങ്ങളിലുള്ള വീരഭാഗവ്	☐ അതെ ☐ ഇല്ല
ആരോഗ്യ പരിപാലന ആനുകൂല്യം	☐ അതെ ☐ ഇല്ല
നേരത്തെ തന്നെയുള്ള രോഗങ്ങളുടെ കാത്തിരിപ്പ് കാലയളവ് കുറയ്ക്കൽ	☐ അതെ ☐ ഇല്ല
പേര് പരാമർശിച്ചിട്ടുള്ള രോഗങ്ങളുടെ കാത്തിരിപ്പ് കാലയളവ് കുറയ്ക്കൽ	☐ അതെ ☐ ഇല്ല

മാഗ്നീറ്റി ഇൻഷുറൻസ് ലിമിറ്റഡ് (മുൻപ് മാഗ്നീറ്റി എച്ച്ഡിഎ 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, അംബേക്കർ നഗർ, രണ്ടാം നില, യൂണിറ്റ് നമ്പർ 1ബി & 2ബി, എൽബിഎസ് മാർഗ്, കൂർള (വെസ്റ്റ്),
മുംബൈ 400070, മഹാരാഷ്ട്ര, ഇന്ത്യ | സിഐഎൻ: U66000MH2009PLC460693 | ഐആർഡിഎഐ രജിസ്ട്രേഷൻ നമ്പർ 149 | ഡബിൾ സുരക്ഷ | ഉൽപ്പന്ന യുഎഐഎൻ: MAGHLIP25038V062425 |
പ്രാദേശികമായി നൽകുന്ന വ്യാപാര ലോകം മാഗ്നീറ്റി വെബ്സൈറ്റ് പ്രവർത്തിക്കുന്നതിനായിരിക്കുകയും ലൈസൻസിന് കീഴിൽ മാഗ്നീറ്റി ഇൻഷുറൻസ് ലിമിറ്റഡ് ഉപയോഗിക്കുകയും ചെയ്യുന്നു. |
ഞങ്ങളുടെ വെബ്സൈറ്റിൽ മീറ്റ-യുമായി ചാറ്റ് ചെയ്യുക അല്ലെങ്കിൽ വാട്ട്സ്ആപ്പ് നമ്പർ 7208976789-ൽ "ഹായ്" എന്ന് അയയ്ക്കുകയും ചെയ്യുക. (PF .DS.ver 15.12.25)

3. പ്രാദേശിക ഭാഷാ പ്രഖ്യാപനം
പ്രാദേശിക സത്യവാങ്മൂലം മാർഗ്ഗ ജനറൽ ഇൻഷുറൻസ് ലിമിറ്റഡിൽ നിന്ന് ആരോഗ്യ ഇൻഷുറൻസ് ലഭിക്കുന്നതുമായി ബന്ധപ്പെട്ട പ്രൊപ്പോസൽ ഫോമിന്റെയും മറ്റൊരു രേഖകളുടേയും ഉള്ളടക്കം പ്രൊപ്പോസർക്ക് അയാൾക്ക്/അവൾക്ക് 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 സ്ഥിരീകരിക്കുകയും വീക്ഷിക്കുകയുടെ പേര്: _____

പ്രൊപ്പോസറുമായുള്ള ബന്ധം: _____

വീക്ഷിക്കുന്ന ഒപ്പ്: _____ അപേക്ഷകന്റെ പ്രാദേശിക ഭാഷയിലുള്ള ഒപ്പ്: _____

തീയതി: DDMMYYYY

4. മദ്ധ്യവർത്തിയുടെ സത്യവാങ്മൂലം

ഇൻഷുറൻസ് ഉപദേശാധിപ്തം/കോർപ്പറേറ്റ് ഏജൻസിന്റെ നിർദ്ദിഷ്ട വ്യക്തി/ഭവനക്കരാർ/ലേഔട്ട് 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 വിവരങ്ങൾ, 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, എന്നിവയുൾപ്പെടെ ഏതെങ്കിലും അസത്യമായ പ്രസ്താവന (ങ്ങൾ)/വിവരങ്ങൾ/പ്രതികരണം (ങ്ങൾ) അടങ്ങിയിട്ടുണ്ടെങ്കിൽ അല്ലെങ്കിൽ നിർണ്ണായക സ്വഭാവമുള്ള ഏതെങ്കിലും മൂല്യ വസ്തുതകൾ വെളിപ്പെടുത്തിയിട്ടില്ലെങ്കിൽ, ഈ പ്രൊപ്പോസലിന് അനുസൃതമായി പ്രൊപ്പോസറിന്റെ പേരിൽ നൽകിയിട്ടുള്ള പോളിസി കമ്പനി അനുധാവിയാ കണക്കാക്കിയേക്കാമെന്നും പോളിസി പ്രകാരം അടച്ച എല്ലാ പ്രീമിയവും കമ്പനിക്ക് അടിയറ വെക്കപ്പെട്ടേക്കാമെന്നും ഞാൻ തുടർന്ന് വിശദീകരിച്ചിട്ടുണ്ട്.

ലൈസൻസ് നമ്പർ/ഐഡി (ഉപദേശാധിപ്തം/കോർപ്പറേറ്റ് ഏജൻസി/ഭവനക്കരാർ/ലേഔട്ട് ഓഫീസർ) _____

തീയതി: DDMMYYYY ഇൻഷുറൻസ് ഉപദേശാധിപിന്റെ ഒപ്പ്: _____

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

പ്രൊപ്പോസറുടെ ഒപ്പ്: _____

തീയതി: DDMMYYYY

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 മനസ്സിലാക്കിയിട്ടുള്ളതാകുന്നു. ഈ പ്രൊപ്പോസൽ ഫോം എന്റെ നിർദ്ദേശത്തിന് കീഴിൽ പൂരിപ്പിക്കുന്നു; ഇത് കൃത്യമാണെന്ന് ഞാൻ മനസ്സിലാക്കിയിട്ടുണ്ട്.

തീയതി: DDMMYYYY ഇൻഷുറൻസ് ഉപദേശാധിപിന്റെ ഒപ്പ്: _____

6. എഎംഎൽ മാർഗ്ഗനിർദ്ദേശങ്ങൾ
1. അടച്ചിട്ടുള്ള/ഓഡിയിൽ അടയ്ക്കേണ്ട എല്ലാ പ്രീമിയങ്ങളും സത്യസന്ധമായ സ്രോതസ്സുകളിൽ നിന്നാണെന്നും കൃത്യതയുള്ളതാണെന്നും ഉറപ്പാക്കുന്നതിനായി നിന്ന് ലഭിച്ച വരുമാനത്തിൽ നിന്ന് അടയ്ക്കുന്നതല്ലെന്നും അത്തരം പ്രീമിയങ്ങൾ എന്റെ/ഞങ്ങളുടെ വരുമാനത്തിന് അനുപാതികമല്ലാത്തവയല്ലെന്നും ഞാൻ/ഞങ്ങൾ ഇതിനാൽ സ്ഥിരീകരിക്കുന്നു. ഇൻഡ്യയിലെ കള്ളപ്പണം വെളുപ്പിക്കൽ തടയൽ നിയമത്തെ നേരിട്ടോ അല്ലാതെയോ നിയന്ത്രിക്കുന്ന ഏതെങ്കിലും ചട്ടങ്ങൾക്ക് അനുസൃതമായി, യോജിച്ചതല്ലാത്ത ഏതെങ്കിലും കോടതി ഏതെങ്കിലും കേസുകളോ കണ്ടെത്തിയാൽ, ഫണ്ടുകളുടെ ഉറവിടങ്ങൾ തെളിയിക്കുന്നതിന് വേണ്ടി രേഖകൾ ആവശ്യപ്പെടുന്നതിനും ഇൻഷുറൻസ് പോളിസി റദ്ദാക്കുന്നതിനും കമ്പനിക്ക് അവകാശമുണ്ടെന്ന് ഞാൻ/ഞങ്ങൾ മനസ്സിലാക്കുന്നു.

തീയതി: DDMMYYYY ഇൻഷുറൻസ് ഉപദേശാധിപിന്റെ ഒപ്പ്: _____

നിങ്ങളോ പ്രൊപ്പോസലിൽ അപേക്ഷിച്ചിരിക്കുന്നവരിൽ ആരെങ്കിലും പിഇപി (PEP)-കളാണോ* അതോ പിഇപി (PEP)-കളുടെ അടുത്ത ബന്ധു/അനുബന്ധിയേറ്റ് ആണോ? ☐ അതെ ☐ ഇല്ല

അതേ എങ്കിൽ, ദയവായി "രാഷ്ട്രസേവനത്തിൽ ഉയർന്ന പദവികൾ വഹിക്കുന്ന വ്യക്തികളുടെ" (പിഇപി) വിവരങ്ങൾ 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 ☐ ഇൻഡ്യാക്കാണല്ല ☐ ഇൻഡ്യാക്കാണല്ലെങ്കിൽ, ദയവായി രാജ്യം വ്യക്തമാക്കുക: _____
3. സ്ഥാപനത്തിന്റെ അംഗം:
(i) കോർപ്പറേഷനുകൾ (ii) ട്രസ്റ്റ് (iii) സർക്കാർ (iv) പങ്കാളിത്തം (v) സർക്കാരിതര സംഘടനകൾ
(vi) സഹകരണ സ്ഥാപനങ്ങൾ (vii) സൊസൈറ്റി (viii) പ്രൈവറ്റ് ലിമിറ്റഡ് കമ്പനി (ix) പബ്ലിക് ലിമിറ്റഡ് കമ്പനി (x) മറ്റുള്ളവ, ദയവായി വ്യക്തമാക്കുക: _____

4. ഫണ്ടിന്റെ സ്രോതസ്സ്:
ബിസിനസ്സ്: _____ ശമ്പളം: _____ മറ്റുള്ളവ (ദയവായി വ്യക്തമാക്കുക): _____

7. വൈകല്യ സത്യവാങ്മൂലം
ഈ സത്യവാങ്മൂലം നൽകുന്നതിനായി പ്രൊപ്പോസർ എന്ന യഥാർത്ഥ അധികാരപ്പെടുത്തിയിട്ടുണ്ടെന്നും മാർഗ്ഗ 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 രേഖപ്പെടുത്തിയിട്ടുള്ളതാകുന്നു. പ്രൊപ്പോസറുടെ മറുപടികൾ വായിച്ചു കേൾപ്പിക്കുകയും പ്രൊപ്പോസർ അവ പൂർണ്ണമായി മനസ്സിലാക്കുകയും സ്ഥിരീകരിക്കുകയും ചെയ്തിട്ടുണ്ട്.

പേര് _____ ഒപ്പ് _____ തീയതി: _____

11. പൊതുവിവരങ്ങൾ

1. മുന്നറിയിപ്പ്
നിങ്ങളോ ഇൻഷുറൻസ് പരിരക്ഷയ്ക്കായി നിർദ്ദേശിക്കപ്പെട്ടിട്ടുള്ള ഒരാൾ വ്യക്തിയോടോ ബന്ധപ്പെട്ടുള്ള അപകടസാധ്യതയുടെ നിഗമനത്തിന് നിർണ്ണായകമായ എല്ലാ വസ്തുതകളുടെയും പൂർണ്ണവും സത്യസന്ധവുമായ വെളിപ്പെടുത്തൽ നടത്താൻ നിങ്ങൾക്ക് ബാധ്യസ്ഥരാണ്. അത് പോളിസി നൽകുന്നതിനുള്ള ഞങ്ങളുടെ തീരുമാനത്തെയോ അത് നൽകുന്നതിന്റെ ആധാരമായ വ്യവസ്ഥകളെയോ ബാധിക്കുന്നതിനാൽ, നിങ്ങൾ ഏതെങ്കിലും വിവരങ്ങൾ ഞങ്ങൾക്ക് തെറ്റിദ്ധാരണാജനകമായി നൽകുവാൻ പാടുള്ളതല്ല. പോളിസി നൽകുന്നത് വരെ ബാധ്യത തുടരുന്നതും ഈ പ്രൊപ്പോസൽ ഫോം സമർപ്പിക്കുന്നതോടെ അവസാനിക്കുന്നില്ലാത്തതും ആകുന്നു. അതിനാൽ, ഇവിടെ നൽകിയിരിക്കുന്ന വിവരങ്ങളിൽ ഏതെങ്കിലും മാറ്റമോ പോളിസി നൽകുന്നതിന് മുൻപ് പുതിയ വിവരങ്ങളോ വെളിവാക്കപ്പെടുകയോ ചെയ്താൽ, നിങ്ങൾ അത് ഞങ്ങളെ കാലതാമസമില്ലാതെ രേഖാമൂലം അറിയിക്കേണ്ടതാണ്. നിങ്ങളോ ആവശ്യപ്പെട്ടിട്ടുള്ളതോ അല്ലാത്തതോ ആയ അധിക വിവരങ്ങൾ നൽകുന്നതിന് സ്ഥലം തികയാതെ വരുന്നില്ലെങ്കിൽ, ദയവായി വിവരങ്ങൾ വേറെ ഒരു കടലാസിൽ എഴുതി യഥാർത്ഥം ഒപ്പിട്ട് ഇതിന്റെയൊപ്പം ചേർത്തു വെക്കുക. വിവരങ്ങൾ വെളിപ്പെടുത്തുന്നതിനുള്ള ബാധ്യതകൾ പാലിക്കാതിരുന്നാൽ, അത്തരം ലംഘനം ഇതിനോടകം നൽകിയിട്ടുള്ള ഏതൊരു പോളിസിയെയും അനുധാവികളിൽനിന്നു തടയുന്നതാണ്.

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

1. ഇൻഡ്യയിൽ, ജീവനും സ്വത്തുമായി ബന്ധപ്പെട്ട ഏതെങ്കിലും തരത്തിലുള്ള അപകടസാധ്യതകൾ സംബന്ധിച്ച് ഇൻഷുറൻസ് എടുക്കുന്നതിനോ പുതുക്കുന്നതിനോ തുടരുന്നതിനോ ഏതെങ്കിലും വ്യക്തിക്ക് പ്രലോഭനമായി, അടയ്ക്കേണ്ട കമ്മീഷന്റെ ഭാഗമോ പോളിസിയുടെ കാണിച്ചിരിക്കുന്ന പ്രീമിയത്തിന്റെ ഏതെങ്കിലും കിഴിവ്, അല്ലെങ്കിൽ ഒരു പോളിസി എടുക്കുന്നതോ പുതുക്കുന്നതോ തുടരുന്നതോ ആയ ഒരു വ്യക്തിയും ഇൻഷുററുടെ പ്രസിദ്ധീകരിച്ച പ്രസിഫ്ഫ്കേഷനുകൾ 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 DDMMYYYY
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 _____