

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 പോളിസിയിലെയും അടിസ്ഥാനം ഈ പ്രൊപ്പോസൽ ആയിരിക്കും. ഒരു പോളിസി പ്രദാനം ചെയ്യുന്നതിനുള്ള ഞങ്ങളുടെ തീരുമാനത്തെയോ അതിന്റെ വിലയെയോ നിബന്ധനകളെയോ വ്യവസ്ഥകളെയോ ഒഴിവാക്കുകയോ 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 മാറ്റേതെങ്കിലും വ്യക്തി ഏതെങ്കിലും നിർണ്ണായക വിവരങ്ങൾ മറച്ചു വെച്ചിരിക്കുന്നു എന്നി സാഹചര്യങ്ങളിൽ, ഞങ്ങളുടെ വിവേചനാധികാരത്തിൽ പോളിസി അസാധുവാക്കിത്തീരാവുന്നതാണ്.

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 നിബന്ധനമാണ്.

2. പ്രൊപ്പോസറുടെ വിവരങ്ങൾ

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	<input type="checkbox"/> അവിവാഹിതൻ	<input type="checkbox"/> വിവാഹിതൻ	
ലിംഗഭേദം	<input type="checkbox"/> പുരുഷൻ	<input type="checkbox"/> സ്ത്രീ	<input type="checkbox"/> ഇവയിൽ ഒന്നുമല്ല
ദേശീയത*	ജനനത്തീയതി* <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
തൊഴിൽ	<input type="checkbox"/> വേതനം പറ്റുന്ന വ്യക്തി	<input type="checkbox"/> സ്വയം തൊഴിൽ	<input type="checkbox"/> പ്രൊഫഷണൽ
വാർഷിക വരുമാനം (രൂപയിൽ)	<input type="checkbox"/> < 3,00,000	<input type="checkbox"/> 3,00,000 – 10,00,000	<input type="checkbox"/> 10,00,001 – 25,00,000
കുടുംബാംഗങ്ങളുടെ മേൽവിലാസം*	<input type="checkbox"/> >25,00,000		
ലാൻഡ് മാർക്ക്	ഗ്രാമപഞ്ചായത്തിന്റെ പേര് :		
നഗരം:	സംസ്ഥാനം:	പിൻ കോഡ്:	
ഫോൺ നമ്പർ. എസ്ടിഡി കോഡ്	ലാൻഡ്ലൈൻ നമ്പർ	മൊബൈൽ നമ്പർ.*	ഇമെയിൽ ഐഡി

നഗര വിഭാഗം:

നഗരം: ലാൻഡ് മാർക്ക് സംസ്ഥാനം: പിൻ കോഡ്:

ഫോൺ നമ്പർ. എസ്ടിഡി കോഡ് മൊബൈൽ നമ്പർ.*

നിങ്ങൾ ഒരു മാർഗ്ഗ ജനറൽ ഇൻഷുറൻസ് ലിമിറ്റഡ് ജീവനക്കാരനാണോ? അതെ ഇല്ല

നിങ്ങൾക്ക് മാർഗ്ഗ ജനറൽ ഇൻഷുറൻസ് ലിമിറ്റഡിന്റെ മറ്റേതെങ്കിലും പോളിസി ഉണ്ടോ: അതെ എങ്കിൽ, എംപ്ലോയി ഐഡി:.....

നിവസന 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 പാസ് പോർട്ട് നമ്പർ വോട്ടർ കാർഡ് നമ്പർ

ഡ്രൈവിംഗ് ലൈസൻസ് നമ്പർ ആധാർ നമ്പർ സി.കെ.വൈ.സി. നമ്പർ

കുടുംബാംഗങ്ങളുടെയും പരിരക്ഷണം വേണ്ട ഓരോ നിർദ്ദേശിത വ്യക്തിക്കും വേണ്ടി ഈ ഫോം വലിയ അക്ഷരങ്ങളിൽ പൂരിപ്പിക്കുക. പാൻ നൽകിയിട്ടുണ്ടെങ്കിൽ, ദയവായി പാസ് പോർട്ട് / വോട്ടർ കാർഡ് / ഡ്രൈവിംഗ് ലൈസൻസ് / ആധാർ നമ്പർ അല്ലെങ്കിൽ ഓരോറ്റിനുമായി സാധ്യമായുള്ള മറ്റേതെങ്കിലും രേഖ പങ്കു വെക്കുക. വിദേശ പൗരന്മാരായ വ്യക്തികൾ, പ്രവാസി ഇൻഡ്യാക്കാർ (എൻആർഐ-കൾ), ഇൻഡ്യൻ വംശജനായ വ്യക്തികൾ (പിഐഒകൾ) എന്നിവർക്ക് ആവശ്യമായ രേഖകൾ ഉണ്ടാണോ: (എ) പാസ് പോർട്ട് (ബി) ഡ്രൈവിംഗ് ലൈസൻസ് (സി) വോട്ടർ തിരിച്ചറിയൽ കാർഡ് എന്നിവയിൽ ഏതെങ്കിലും മാറ്റം ഇൻഡ്യയിലെ വിദേശ എംബസി അല്ലെങ്കിൽ മിഷൻ നൽകുന്ന കത്തുകളും അതാൽ രാജ്യങ്ങൾ നൽകുന്ന പ്രസക്തമായ തിരിച്ചറിയൽ രേഖകളും.

ബാധകമായ കെ.വൈ.സി. നടത്തുന്നതിനായി സെൻട്രൽ കെ.വൈ.സി. രജിസ്ട്രിയലിലൂടെയോ യുഎഐഡിഎഐ(UIDA)-യിലൂടെയോ അനുവദനീയമായ മറ്റേതെങ്കിലും രീതികളിലൂടെയോ എന്റെ/ഞങ്ങളുടെ തിരിച്ചറിയൽ/മേൽവിലാസം തിരിച്ചറിയൽ/മേൽ വിലാസം തിരിച്ചറിയൽ രേഖ സമർപ്പിക്കുന്നതിനോ നേടുന്നതിനോ ഞങ്ങൾ കമ്പനിക്ക് ഇതിനാൽ എന്റെ/ഞങ്ങളുടെ സമ്മതം നൽകുന്നു. അതെ ഇല്ല

3. പ്ലാൻ വിവരങ്ങൾ*			
പോളിസിയുടെ തരം	<input type="checkbox"/> വ്യക്തിഗതം	<input type="checkbox"/> ഹാമിലി ഫ്ലോട്ടർ	പോളിസിയുടെ കാലയളവ് <input type="checkbox"/> 1 വർഷം <input type="checkbox"/> 2 വർഷം <input type="checkbox"/> 3 വർഷം
ഹാമിലി ഫ്ലോട്ടർ** ആണെങ്കിൽ, നേടുന്ന വ്യക്തികളുടെ എണ്ണം: പ്രായപൂർത്തിയെത്തിയവർ: <input type="text"/> കുട്ടികൾ: <input type="text"/> (**പ്രായപൂർത്തിയെത്തിയവർ പരമാവധി 4 പേരും 3 കുട്ടികളും)	പ്രീമിയം അടിസ്ഥാനത്തിൽ		<input type="checkbox"/> ഒറ്റത്തവണയായുള്ള പ്രീമിയം <input type="checkbox"/> ത്രൈമാസിക ഗഡു <input type="checkbox"/> പ്രതിമാസ ഗഡു <input type="checkbox"/> അർദ്ധവർഷിക ഗഡു
പ്രതിദിന ഇൻഷുറൻസ് തുക	1,000 / 2,000 / 3,000 / 5,000 / 7,000 / 10,000 പ്രതിദിനം		
പരിരക്ഷയുടെ പരിധി	30 ദിവസം / 60 ദിവസം / 90 ദിവസം / 120 ദിവസം / 180 ദിവസം		

ഓപ്ഷണൽ പരിരക്ഷയുടെ പേര്	തിരഞ്ഞെടുത്തു/തിരഞ്ഞെടുത്തിട്ടില്ല
ആരോഗ്യം വീണ്ടെടുക്കൽ കാലയളവിലെ ആനുകൂല്യം	<input type="checkbox"/> അതെ <input type="checkbox"/> ഇല്ല
ഡേ കെയർ ചികിത്സാ ക്യാഷ്	<input type="checkbox"/> അതെ <input type="checkbox"/> ഇല്ല
ചൈൽഡ് വെർത്ത് ഹോസ്പിറ്റൽ ക്യാഷ്	<input type="checkbox"/> അതെ <input type="checkbox"/> ഇല്ല
വേൾഡ് വൈഡ് ഹോസ്പിറ്റൽ ക്യാഷ്	<input type="checkbox"/> അതെ <input type="checkbox"/> ഇല്ല
ഒപ്പുമുള്ള വ്യക്തികളുടെ ആനുകൂല്യം	<input type="checkbox"/> അതെ <input type="checkbox"/> ഇല്ല
ആശുപത്രി വാസത്തിന് മുൻപും കഴിഞ്ഞുമുള്ള ചെലവുകൾ	<input type="checkbox"/> അതെ <input type="checkbox"/> ഇല്ല
ഡിഡക്റ്റബിൾ സിക്ക് നെസ് ഹോസ്പിറ്റൽ ക്യാഷിലെ വർദ്ധനവ്	<input type="checkbox"/> അതെ <input type="checkbox"/> ഇല്ല
ഡിഡക്റ്റബിൾ സിക്ക് നെസ് ഹോസ്പിറ്റൽ ക്യാഷ് ക്യാമ്പ് ചെയ്തത്	<input type="checkbox"/> അതെ <input type="checkbox"/> ഇല്ല
എസിയു ആനുകൂല്യത്തിന്റെ പരമാവധി ദിവസങ്ങളിലുള്ള വർദ്ധനവ്	<input type="checkbox"/> അതെ <input type="checkbox"/> ഇല്ല
ആരോഗ്യ പരിപാലന ആനുകൂല്യം	<input type="checkbox"/> അതെ <input type="checkbox"/> ഇല്ല
നേരത്തെ തന്നെയുള്ള രോഗങ്ങളുടെ കാത്തിരിപ്പ് കാലയളവ് കുറയ്ക്കൽ	<input type="checkbox"/> അതെ <input type="checkbox"/> ഇല്ല
പേര് പരാമർശിച്ചിട്ടുള്ള രോഗങ്ങളുടെ കാത്തിരിപ്പ് കാലയളവ് കുറയ്ക്കൽ	<input type="checkbox"/> അതെ <input type="checkbox"/> ഇല്ല

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)								
ആയുർമാർഗ്ഗം അതല്ല ഹെൽത്ത് അക്കൗണ്ട് (ABHA) ഇല്ല എങ്കിൽ, ദയവായി ബന്ധിപ്പിച്ചിട്ടുള്ള എന്റെ/ഞങ്ങളുടെ മെഡിക്കൽ രേഖകൾ പരിശോധിച്ചുവെക്കുന്നതിനും കൈവശം ലഭിക്കുന്നതിനും ഞാൻ/ഞങ്ങൾ കമ്പനിക്ക് ഇതിനാൽ എന്റെ/ഞങ്ങളുടെ സമ്മതം നൽകുന്നു.*	<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	<input type="checkbox"/> അതെ <input type="checkbox"/> ഇല്ല
"അതെ എങ്കിൽ, ദയവായി അഭി (ABHA) നമ്പർ സൂചിപ്പിക്കുക. ഇല്ല എങ്കിൽ, ദയവായി നിങ്ങളുടെ അഭി നമ്പർ സൂചിപ്പിക്കുക https://fasttrack.magmainurance.com/abha/index								
ഇടയ്ക്ക് വെച്ച് മുടങ്ങാതെ എപ്പോൾ മുതൽ തുടർച്ചയായി നിങ്ങൾക്ക് ഇൻഷുറൻസ് പരിരക്ഷയുണ്ട്?	DDMMYY							
മുകളിൽ സൂചിപ്പിച്ച തീയതി സ്ഥിരീകരിക്കുന്ന പ്രസക്തമായ പോളിസി പകർപ്പുകൾ ദയവായി നൽകുക.								
കാരുണ്യാടിസ്ഥാനത്തിലുള്ള ആനുകൂല്യമുള്ള മൊത്തം ഇൻഷുറൻസ് തുക (രൂ. 10 ലക്ഷം/20 ലക്ഷം/25 ലക്ഷം എന്നിവയിൽ നിന്ന് തിരഞ്ഞെടുക്കണം)#								

ഓപ്ഷണൽ ആനുകൂല്യം തിരഞ്ഞെടുത്താൽ ഇൻഷുറൻസ് പരിരക്ഷയുള്ള എല്ലാവർക്കും മൊത്തം ഇൻഷുറൻസ് തുക ഒന്നു തമ്പനയായിരിക്കും

5. നാമനിർദ്ദേശം

ഇൻഷുറൻസ് പരിരക്ഷ നേടിയട്ടുള്ള എല്ലാ അംഗങ്ങളുടെയും നോമിനി 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		

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 _____ സി) ബാങ്ക് ശാഖയുടെ പേര് _____

ഡി) മേൽ വിലാസം _____ ഇ) ശമ്പളയുടെ നഗരം _____

എഫ്) അക്കൗണ്ട് തരം _____ ജി) അക്കൗണ്ട് നമ്പർ _____

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

നന്നിലധികം നോമിനികളാണെങ്കിൽ, 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 പോളിസിയുടെ 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? 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 DD/MM/YYYY	വരെ DD/MM/YYYY		

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

7. വൈദ്യചികിത്സാപരവും ജീവിതശൈലി-സംബന്ധിയായതുമായ വിവരങ്ങൾ*

വിശദാംശം: ഇൻഷുറൻസ് പരിരക്ഷ നേടുന്നതിന് നിർദ്ദേശിക്കപ്പെട്ട വ്യക്തികളിൽ ആർക്കെങ്കിലും ഇനിപ്പറയുന്ന രോഗനിമിത്തങ്ങളിൽ ഏതെങ്കിലും എപ്പോഴെങ്കിലും ഉണ്ടായിട്ടുണ്ടോ/ഇപ്പോൾ അനുഭവപ്പെടുന്നുണ്ടോ: ബാധകമാകുന്നതല്ലാത്ത ഇൻഷുറൻസ് പരിരക്ഷ നൽകപ്പെടുന്ന വ്യക്തിക്ക് 'അതെ' എന്ന് അടയാളപ്പെടുത്തി വിശദം 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) ഭാഷധം								
സി) ഡോസേജ്								
2. ഡയബറ്റിസ് മെല്ലിറ്റസ് ചരിത്രം								
എ) ടൈപ്പ് 1 അല്ലെങ്കിൽ ടൈപ്പ് 2								
ബി) ദൈർഘ്യം								
സി) മരുന്ന്								
ഡി) ഡോസേജ്								

3. പ്രാദേശിക ഭാഷാ പ്രഖ്യാപനം

പ്രാദേശിക സത്യവാങ്മൂലം മാർഗ്ഗ ജനറൽ ഇൻഷുറൻസ് ലിമിറ്റഡിൽ നിന്ന് ആരോഗ്യ ഇൻഷുറൻസ് ലഭിക്കുന്നതുമായി ബന്ധപ്പെട്ട പ്രൊപ്പോസൽ ഫോമിന്റെയും മറ്റൊരു രേഖകളുടേയും ഉള്ളടക്കം പ്രൊപ്പോസർക്ക് അയാൾക്ക്/അവർക്ക് മനസ്സിലാക്കുന്ന ഭാഷയിൽ പൂർണ്ണമായും വിശദീകരിച്ചിട്ടുണ്ടെന്ന് ഞാൻ ഇതിനാൽ പ്രഖ്യാപിക്കുന്നു. പ്രൊപ്പോസർ അവ പൂർണ്ണമായി മനസ്സിലാക്കിയിട്ടുള്ളതും പ്രൊപ്പോസർ നൽകിയിട്ടുള്ള വിവരങ്ങളുടെ അടിസ്ഥാനത്തിൽ മറുപടികൾ രേഖപ്പെടുത്തിയിട്ടുള്ളതുമായും, പ്രൊപ്പോസറെ മറുപടികൾ വായിച്ചു കേൾപ്പിക്കുകയും പ്രൊപ്പോസർ അവ പൂർണ്ണമായി മനസ്സിലാക്കുകയും സ്ഥിരീകരിക്കുകയും വീക്ഷിക്കുകയുടെ പേര്: _____

പ്രൊപ്പോസറുമായുള്ള ബന്ധം: _____
വീക്ഷിക്കുന്ന ഒപ്പ്: _____ അപേക്ഷകൻ്റെ പ്രാദേശിക ഭാഷയിലുള്ള ഒപ്പ്: _____
തീയതി:

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

4. മദ്ധ്യവർത്തിയുടെ സത്യവാങ്മൂലം

ഇൻഷുറൻസ് ഉപദേഷ്ടാവ്/കോർപ്പറേറ്റ് ഏജന്റിന്റെ നിർദ്ദേശ 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 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 അസാധുവായി കണക്കാക്കിയേക്കാമെന്നും പോളിസി പ്രകാരം അടച്ച എല്ലാ പ്രീമിയവും കമ്പനിക്ക് അടിയറ വെക്കപ്പെടേക്കാമെന്നും ഞാൻ തുടർന്ന് വിശദീകരിച്ചിട്ടുണ്ട്.

ബൈൻഡ് 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 പേരിൽ ഞാൻ സ്ഥിരീകരിക്കുന്നു.
പ്രൊപ്പോസറുടെ ഒപ്പ്: _____
തീയതി:

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

5. പ്രൊപ്പോസറുടെ സത്യവാങ്മൂലം

(ഏതെങ്കിലും കാരണത്താൽ പ്രൊപ്പോസലും ബന്ധപ്പെട്ട മറ്റ് പേപ്പറുകളും പ്രൊപ്പോസർ പൂർണ്ണമായിട്ടില്ലാത്ത ഒരു സാഹചര്യത്തിലുള്ള സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തൽ). പ്രൊപ്പോസൽ ഫോമിന്റെയും ബന്ധപ്പെട്ട രേഖകളുടെയും ഉള്ളടക്കം എനിക്ക് പൂർണ്ണമായി വിശദീകരിച്ചിട്ടുള്ളതും നിർദ്ദേശ കരാറിന്റെ പ്രധാനം ഞാൻ പൂർണ്ണമായി മനസ്സിലാക്കിയിട്ടുള്ളതുമായും, ഈ പ്രൊപ്പോസൽ ഫോം എന്റെ നിർദ്ദേശത്തിന് കീഴിൽ പൂർണ്ണമായിട്ടുണ്ട്. ഇത് കൃത്യമാണെന്ന് ഞാൻ മനസ്സിലാക്കിയിട്ടുണ്ട്.

തീയതി:

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

 ഇൻഷുറൻസ് ഉപദേഷ്ടാവിന്റെ ഒപ്പ്: _____

6. എഎംഎൽ മാർഗ്ഗനിർദ്ദേശങ്ങൾ

1. അടച്ചിട്ടുള്ള/ഭാവിയിൽ അടയ്ക്കേണ്ട എല്ലാ പ്രീമിയങ്ങളും സത്യസന്ധമായ (സ്രോതസ്സുകളിൽ നിന്നാണെന്നും കൃത്യതയുള്ളതല്ലെങ്കിൽ നിന്ന് ലഭിച്ച വരുമാനത്തിൽ നിന്ന് അടയ്ക്കുന്നതല്ലെന്നും അതരം പ്രീമിയങ്ങൾ എന്റെ/ഞങ്ങളുടെ വരുമാനത്തിന് അനുപാതികമല്ലാത്തവയല്ലെന്നും ഞാൻ/ഞങ്ങൾ ഇതിനാൽ സ്ഥിരീകരിക്കുന്നു. ഇൻഷുററുടെ കള്ളപ്പണം വെളുപ്പിക്കൽ തടയൽ നിയമത്തെ നേരിട്ടോ അല്ലാതെയോ നിയന്ത്രിക്കുന്ന ഏതെങ്കിലും ചട്ടങ്ങൾക്ക് അനുസൃതമായി, യോഗ്യതയുള്ള ഏതെങ്കിലും കോടതി ഏറ്റെടുത്ത കാര്യങ്ങളാണെന്ന് 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 ആരെങ്കിലും പിഇപി (PEP)-കളാണോ* അതോ പിഇപി (PEP)-കളുടെ അടുത്ത ബന്ധു/അനേകനിയേറ്റ് 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 രാഷ്ട്രതലവൻമാർ, 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 തരം:

- (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:

ബീസിനസ്സ്: _____ 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 രേഖപ്പെടുത്തിയിട്ടുള്ളതുമായും, പ്രൊപ്പോസറെ മറുപടികൾ വായിച്ചു കേൾപ്പിക്കുകയും പ്രൊപ്പോസർ അവ പൂർണ്ണമായി മനസ്സിലാക്കുകയും സ്ഥിരീകരിക്കുകയും ചെയ്തിട്ടുണ്ട്.

പേര് _____ ഒപ്പ് _____ തീയതി: _____

11. പൊതുവിവരങ്ങൾ

1. മുന്നറിയിപ്പ്

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

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

- 1. ഇൻഷുററുടെ, ജീവനും സ്വത്തുമായി ബന്ധപ്പെട്ട ഏതെങ്കിലും തരത്തിലുള്ള അപകടസാധ്യതകൾ സംബന്ധിച്ച് ഇൻഷുറൻസ് എടുക്കുന്നതിനോ പുതുക്കുന്നതിനോ തുടരുന്നതിനോ ഏതെങ്കിലും വ്യക്തിക്ക് പ്രലോഭനമായി, അടയ്ക്കേണ്ട കമ്മീഷന്റെ ഭാഗമോ പോളിസിയുടെ ക്ലോസ്ഡ് ചെയ്ത പ്രീമിയത്തിന്റെ ഏതെങ്കിലും കീഴ്പ്, അല്ലെങ്കിൽ ഒരു പോളിസി എടുക്കുന്നതോ പുതുക്കുന്നതോ തുടരുന്നതോ ആയ ഒരു വ്യക്തിയും ഇൻഷുററുടെ പ്രസിഡൻ്റ് പ്രസിഡൻ്റ് പ്രസിഡൻ്റ് അല്ലെങ്കിൽ സെക്രട്ടറിക്ക് അനുസൃതമായി അനുവദിക്കുന്ന കീഴ്പ് ഒഴികെ ഒരു കീഴ്പും നേരിട്ടോ അല്ലാതെയോ ഒരു വ്യക്തിയും അനുവദിക്കുകയോ അനുവദിക്കുകയോ ചെയ്യുവാൻ പാടുള്ളതല്ല.
- 2. മുകളിലുള്ള ഉപ-നിയമം (1) വ്യവസ്ഥകൾ പാലിക്കുന്നതിൽ വീഴ്ച വരുത്തുന്ന ഏതൊരു വ്യക്തിയും പത്തു ലക്ഷം രൂപ വരെ വർദ്ധിപ്പിച്ചു കൊടുക്കുന്ന 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 പൂർത്തിയാക്കിയ ഒരു പ്രൊപ്പോസൽ ഞങ്ങൾക്ക് സമർപ്പിക്കുന്നതോ അല്ലെങ്കിൽ ആവശ്യപ്പെടുന്ന ഏതെങ്കിലും പോളിസിക്ക് വേണ്ടിയുള്ള എന്തെങ്കിലും പേയ്മെന്റോ ഒരു പോളിസി പ്രദാനം ചെയ്യുന്നതിനായി ഞങ്ങളെ ബാധ്യസ്ഥരാക്കിത്തീർക്കുന്നില്ല. ആ തീരുമാനം എപ്പോഴും ഞങ്ങളുടെ പൂർണ്ണ വിവേചനാധികാരത്തിലായിരിക്കും. ഇൻഷുറൻസിന് വേണ്ടിയുള്ള ഒരു പ്രൊപ്പോസൽ ഞങ്ങൾ സ്വീകരിക്കുകയോണെങ്കിൽ, അത് പോളിസിയുടെ നിബന്ധനകൾക്കും വ്യവസ്ഥകൾക്കും വിധേയമായിരിക്കും. കൂടാതെ, പ്രീമിയം പൂർണ്ണമായും കൃത്യസമയത്ത് ഞങ്ങൾക്ക് ലഭിച്ചിട്ടുള്ളെങ്കിലും അത് പണമായി ഞങ്ങളുടെ അക്കൗണ്ടിൽ മാറ്റപ്പെട്ടിട്ടില്ലെങ്കിലും ഞങ്ങൾക്ക് യാതൊരു ബാധ്യതയുമില്ലാതെ ഉണ്ടായിരിക്കുന്നതുമല്ല.

സ്വീകർത്താവിന്റെ ഒപ്പും ഓഫീസ് സീലും _____