

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.								
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 തന്നെ നയമായിരിക്കും

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

ഒന്നിലധികം 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 DD/MM/YYYY	വരെ 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*

വിരോധ ഏ: ഇൻഷുറൻസ് പരിരക്ഷ നേടുന്നതിന് നിർദ്ദേശിക്കപ്പെട്ട വ്യക്തികളിൽ ആർക്കെങ്കിലും ഇനിപ്പറയുന്ന രോഗനിമിത്തിലുള്ള ഏതെങ്കിലും എപ്പോഴെങ്കിലും ഉണ്ടായിട്ടുണ്ടോ/ഇപ്പോൾ അനുഭവപ്പെടുന്നുണ്ടോ: ബാധകമാകുന്നതെല്ലാം ഇൻഷുറൻസ് പരിരക്ഷ നൽകപ്പെടുന്ന വ്യക്തിക്ക് 'അതെ' എന്ന് അടയാളപ്പെടുത്തി വിരോധ 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) റൈൻഫ്രം								
ബി) ഓഷധം								
സി) ഡോസേജ്								
2. ഡയബറ്റിക് മെല്ലിറ്റസ് ചരിത്രം								
എ) ടൈപ്പ് 1 അല്ലെങ്കിൽ ടൈപ്പ് 2								
ബി) റൈൻഫ്രം								
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, ഗ്ലൂട്ട്, ഹെർണിയേറ്റഡ് ഡിസ്കുകൾ, അഗ്ര വിമോഹനം/ക്യൂരിമ അവയവം വെക്കൽ	☐ അതെ ☐ ഇല്ല	1 2 3 4 5 6 7
6. ശ്വാസനവുമായി ബന്ധപ്പെട്ട രോഗാവസ്ഥകൾ/ക്രമക്കേടുകൾ: ശ്വാസതന്ത്രം/ശ്വാസിക്കുന്നതിനുള്ള വിഷമത, ക്ഷയം, ആസ്മ, ബ്രോങ്കൈറ്റിസ്, ക്രോണിക് ബ്രെസ്‌ട്രക്റ്റീവ് പൾമോണറി ഡിസിസ് സിപിഡി, വിട്ടുമാറാത്ത ചുമ, രക്തം ചുമച്ചു തുപ്പുക മുതലായവ അല്ലെങ്കിൽ മദ്യമൈതലിലും ശ്വാസകോശ/ശ്വാസന-സംബന്ധമായ രോഗങ്ങൾ	☐ അതെ ☐ ഇല്ല	1 2 3 4 5 6 7
7. ഹേമസ്റ്റാറ്റിക് ബന്ധപ്പെട്ട രോഗാവസ്ഥകൾ/ക്രമക്കേടുകൾ: മഞ്ഞപ്പിത്തം, വിട്ടുമാറാത്ത അതിസാരം, ക്യാൻസർ/പ്രശ്നങ്ങൾ/പോളിപ്പ്സ്, പാൻക്രിയാസ്, കരൾ അല്ലെങ്കിൽ അന്താശയത്തിന്റെ രോഗങ്ങൾ, ഹെപ്പറ്റൈറ്റിസ് / ബി / സി / മറ്റുള്ളവ, മഞ്ഞപ്പിത്തം, സിറോസിസ്, കാരണമില്ലാത്ത ശരീരഭാരം കുറയൽ അല്ലെങ്കിൽ വർദ്ധിക്കൽ, ക്ഷേണം കുറയുന്നതിലെ ക്രമക്കേട് അല്ലെങ്കിൽ മദ്യമൈതലിലും ഗ്ലൂട്ട്/ഇൻഫ്ലുവൻസാ 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 അണ്ഡാശയ 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 അസ്ഥി 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 ആന്തരികമായ വസ്തുതയുമായി ബന്ധപ്പെട്ട ഏതെങ്കിലും അവസ്ഥ അസ്ഥിരീകരിക്കുന്നതോ?	☐ 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 രോഗനിർദ്ദേശങ്ങൾ/ആശുപത്രിയിൽ പ്രവേശനം /അസ്ഥി/അസ്ഥിശക്തിയ്ക്ക് 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 അടുത്തടുത്തുള്ള 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 ട്രാൻസ്‌പ്ലാന്റ്, പക്ഷാഘാതം, മൾട്ടിപ്പിൾ സ്ക്ലിറോസിസ്, മോട്ടോർ ന്യൂറോൺ രോഗം, അല്ലെങ്കിൽ എച്ച്‌ഐവി/എയ്ഡ്സ്	☐ 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/സന്ധിരോഗം 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 വരുന്നത് ആവശ്യമാണെങ്കിൽ അപേക്ഷകൻ: ഉദാ; കടലിലെ/നദിയിലെ യാത്രാ കപ്പലുകളിൽ ക്യാബിൻ ക്രൂ ആയോ ഉയർന്ന പോൾട്ടെസ്റ്റുള്ള ഒരു സ്ഥലത്ത് പ്രവർത്തിക്കുകയോ ചെയ്യുന്നതിലൂടെയോ അല്ലെങ്കിൽ സായുധ സേനയുടെ ഭാഗമായോ.		

വിഭാഗം ബി: അസ്ഥി/അസ്ഥി/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	അസ്ഥിരീകരണ വിവരങ്ങൾ
ഇൻഷുറൻസ് പരിരക്ഷയ്ക്കുള്ള വ്യക്തി 1:				
ഇൻഷുറൻസ് പരിരക്ഷയ്ക്കുള്ള വ്യക്തി 2:				
ഇൻഷുറൻസ് പരിരക്ഷയ്ക്കുള്ള വ്യക്തി 3:				
ഇൻഷുറൻസ് പരിരക്ഷയ്ക്കുള്ള വ്യക്തി 4:				
ഇൻഷുറൻസ് പരിരക്ഷയ്ക്കുള്ള വ്യക്തി 5:				
ഇൻഷുറൻസ് പരിരക്ഷയ്ക്കുള്ള വ്യക്തി 6:				
ഇൻഷുറൻസ് പരിരക്ഷയ്ക്കുള്ള വ്യക്തി 7:				

മറ്റേതെങ്കിലും വിശദാംശങ്ങൾ: _____

ആവശ്യമെങ്കിൽ കൂടുതൽ ഷീറ്റുകൾ ചേർക്കുക.

വിഭാഗം സി: പ്രധാനപ്പെട്ട കൃറീകൃതങ്ങൾ:

1. ഈ പ്രൊപ്പോസൽ ഫോമിലോ നിങ്ങൾ നൽകിയിട്ടുള്ള ഏതെങ്കിലും അസ്ഥിരീകരണ വിവര പത്രികയിലോ രേഖകളിലോ നിങ്ങൾ അല്ലെങ്കിൽ നിങ്ങൾക്ക് വേണ്ടി മറ്റൊരാൾ ഞങ്ങൾക്ക് നൽകുന്ന വിവരങ്ങൾ ഇൻഷുറൻസ് പ്രധാന 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, മറുപടി സുചനാത്മകമാണ്. 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 അണ്ടർവൈറ്റിംഗിന്റെയും അടിസ്ഥാനത്തിലായിരിക്കുകയും ഇൻഷുറൻസ് പരിരക്ഷ ആരംഭിക്കുന്നത് കമ്പനിക്ക് മുഴുവൻ പ്രീമിയം തുകയുടെയും പണം അക്കൗണ്ടിൽ ലഭിച്ചതിന് ശേഷമായിരിക്കുകയും ചെയ്യും.
4. ഒഴിവാക്കലുകളുടെയും ഉൾപ്പെടുത്തലുകളുടെയും മറ്റ് പോളിസി വിശദാംശങ്ങളും സുചനാപരമാണ്. 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/റിഫണ്ട് നൽകുന്നതിന്, ദയവായി ഇനിപ്പറയുന്ന വിവരങ്ങൾ 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.”

ഇലക്ട്രോണിക് ക്ലിയിൻ സർവീസ് (ഡെബിറ്റ് ക്ലിയിൻ) മാൻഡേറ്റ് ഫോം

പ്രൊപ്പോസൽ നമ്പർ _____ പോളിസി: _____

മാതൃമ ജനറൽ ഇൻഷുറൻസ് ലിമിറ്റഡ്, ഡെവലപ്മെന്റ് ഹൗസ്, 24 പാർക്ക് സ്ട്രീറ്റ്, കൊൽക്കത്ത 700 016
റഫറൻസ്: ഇലക്ട്രോണിക് ക്ലിയിൻ സർവീസ് വഴി <ബാങ്കിന്റെ പേര്>-ലേക്ക് ഫണ്ട്/പേയ്മെന്റുകൾ അയയ്ക്കാൻ ഉപയോക്താവിന്റെ അധികാരപ്പെടുത്തൽ

ഉപയോക്താവിന്റെ വിവരങ്ങൾ:

എ) അക്കൗണ്ട് ഉടമ(കളുടെ) പേര് (ബാങ്ക് അക്കൗണ്ടിൽ കാണപ്പെടുന്നതുപോലെ)		സി) ബാങ്ക് ശാഖയുടെ പേര്	
ബി) ബാങ്കിന്റെ പേര്		ഇ) ബ്രാഞ്ചിന്റെ നഗരം	
ഡി) മേൽവിലാസം		ജി) അക്കൗണ്ട് നമ്പർ	
എഫ്) അക്കൗണ്ട് തരം		എച്ച്) ലെഡ്ജർ നമ്പർ/ലെഡ്ജർ ഫോളിയോ നമ്പർ	
എച്ച്) ലെഡ്ജർ നമ്പർ/ലെഡ്ജർ ഫോളിയോ നമ്പർ		ഐ) 9 അക്ക എൻഡ്രസിആർ കോഡ്	

സത്യവാങ്മൂലം:

ഇലക്ട്രോണിക് ക്ലിയിൻ സൗകര്യം പ്രയോജനപ്പെടുത്താൻ ഞാൻ ആഗ്രഹിക്കുകയും പ്രൊപ്പോസൽ ഫോം നമ്പർ _____ വഴിയായി അപേക്ഷ നൽകിയിട്ടുള്ള എന്റെ ആരോഗ്യ ഇൻഷുറൻസ് പോളിസിയുടെ പ്രിമിയം ഡെബിറ്റ് ചെയ്യുന്നതിന്, ഇലക്ട്രോണിക് ക്ലിയിൻ സിസ്റ്റത്തിൽ (ഇസിഎസ്) പങ്കെടുക്കുന്നതിലൂടെ എന്റെ നിരൂപാധിക സ്ഥാനം ഇതിനാൽ അറിയിക്കുകയും ചെയ്യുന്നു. പോളിസിക്ക് കീഴിലായി ഇൻഷുറൻസ് പരിരക്ഷ ഏടുത്തിട്ടുള്ള ഏറ്റവും മുതിർന്ന അംഗത്തിന്റെ പ്രായപരിധിയിലെ മാറ്റം, ബാധകമായ പ്രിമിയം നിരക്കുകളിൽ ഇൻഷുറൻസ് ഓതാവ് കൊണ്ടു വരുന്ന മാറ്റം, കാലാകാലങ്ങളിൽ ബാധകമായ നികുതികൾ, മറ്റ് നിയമപര തീരുവകൾ എന്നിവ കാരണം എന്റെ അക്കൗണ്ടിൽ നിന്ന് ഡെബിറ്റ് ചെയ്യേണ്ട പ്രിമിയം തുക വ്യത്യാസപ്പെടാമെന്ന ഞാൻ മനസ്സിലാക്കുകയും സമ്മതിക്കുകയും ചെയ്യുന്നു.

(പുതുക്കൽ സ്ഥയത്ത് ബാധകമായിത്തീരുന്ന പ്രായപരിധിയിലെ മാറ്റം കാരണം ഏകദേശ പ്രിമിയം വിശദാംശങ്ങൾക്ക് പോളിസി രേഖകൾ വായിച്ചു നോക്കുക)

നൽകിയിരിക്കുന്ന വിവരങ്ങൾ ശരിയും പൂർണ്ണവുമാണെന്ന് ഞാൻ ഇതിനാൽ പ്രസ്താവിക്കുന്നു. ഈ പോളിസിയുടെ പ്രിമിയം അടയ്ക്കുന്നതിന് വിധേയമായി (ആ ദിവസം ഒരു പ്രവൃത്തി ദിവസമാണെങ്കിൽ) ഈ ഫോമിൽ ഞാൻ തിരഞ്ഞെടുത്ത അവസാന തീയതിയിൽ ഇടപാട് പൂർത്തിയാക്കപ്പെടുമെന്ന ഞാൻ മനസ്സിലാക്കുകയും അംഗീകരിക്കുകയും ചെയ്യുന്നു. അപൂർണ്ണമായതോ തെറ്റായതോ ആയ വിവരങ്ങൾ കാരണം ഇടപാട് വൈകുകയോ പൂർത്തിയാക്കപ്പെടാതിരിക്കുകയോ ചെയ്താൽ, ഞാൻ/ഞങ്ങൾ ഉപയോക്താ സ്ഥാപനത്തെ ഉത്തരവാദിയായിക്കല്പിക്കില്ല. ഉപയോക്താ സ്ഥാപനത്തിൽ നിന്ന്/അതിലൂടെ ഈ ഇസിഎസ് ഡെബിറ്റ് സേവനം ലഭിക്കുന്നതിന് ബാധകമായ എല്ലാ നിബന്ധനകളും വ്യവസ്ഥകളും ഞാൻ/ഞങ്ങൾ വായിച്ചിട്ടുണ്ട്. സ്കിമിന് കീഴിലുള്ള ഒരു പങ്കാളി എന്ന നിലയിൽ എന്നിൽ നിന്ന്/ഞങ്ങളിൽ നിന്ന് പ്രതീക്ഷിക്കപ്പെടുന്ന ഉത്തരവാദിത്തം നിറവേറ്റാൻ സമ്മതിക്കുകയും ചെയ്യുന്നു.

ഈ ഇസിഎസ് ഡെബിറ്റ് മാൻഡേറ്റ് ഫോം കൈവശമുള്ള മാതൃമ ജനറൽ ഇൻഷുറൻസ് ലിമിറ്റഡിന്റെ പ്രതിനിധിയെ എന്റെ/ഞങ്ങളുടെ ബാങ്കിൽ അതിന്റെ പരിശോധിച്ചുറപ്പിക്കൽ നടത്തി പ്രാബല്യത്തിലാക്കിത്തീർക്കുന്നതിന് ഞാൻ/ഞങ്ങൾ ഇതിനാൽ അധികാരപ്പെടുത്തുന്നു.

സ്ഥലം: _____ തീയതി: _____ അപേക്ഷയ്ക്കു ഒപ്പ് _____

പോളിസിയുടെ ഒരു കടലാസ് പകർപ്പ് ലഭിക്കാൻ നിങ്ങൾ ആഗ്രഹിക്കുന്നു ☐ അതെ ☐ ഇല്ല

9. പ്രൊപ്പോസറുടെ ഇലക്ട്രോണിക് ഇൻഷുറൻസ് വിശദാംശങ്ങൾ

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

☐ ഇല്ല, എന്നിക്ക് 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.

ഭവവായി ഇൻഷുറൻസ് റിപ്പോസിറ്ററി നാമം തിരഞ്ഞെടുക്കുക (നിങ്ങൾ അക്കൗണ്ട് തുറന്നിട്ടുള്ളത്)

- ☐ മെസ്സേജ് എൻഡ്ഡിംഗ് ഡാറ്റാബേസ് മാനേജ്മെന്റ് ലിമിറ്റഡ് ☐ മെസ്സേജ് കാർഡ് ഇൻഷുറൻസ് റിപ്പോസിറ്ററി ലിമിറ്റഡ്
☐ മെസ്സേജ് സെൻട്രൽ ഇൻഷുറൻസ് റിപ്പോസിറ്ററി ലിമിറ്റഡ് ☐ മെസ്സേജ് കാംസ് റിപ്പോസിറ്ററി സർവീസസ് ലിമിറ്റഡ്
☐ മെസ്സേജ് എൻഡ്ഡിംഗ് റിപ്പോസിറ്ററി പ്രോജക്ട് ലിമിറ്റഡ് (ഭവവായി ഏതെങ്കിലും ഒന്ന് തിരഞ്ഞെടുക്കുക) അല്ലെങ്കിൽ
☐ എന്നിക്ക് നിലവിൽ ഇ-ഇൻഷുറൻസ് അക്കൗണ്ട് ഇല്ല. പുതിയൊരു ഇ-ഇൻഷുറൻസ് അക്കൗണ്ട് തുറക്കുന്നതിന് ഞാൻ ആഗ്രഹിക്കുന്നു (ഭവവായി 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 ഏടുത്തിട്ടുള്ള 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 _____

യുഎഫ്ഡി _____ 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 ഉത്തര അറിവിൽ എല്ലാ അർത്ഥത്തിലും സത്യവും പൂർണ്ണവുമാണെന്നും ഈ മറ്റ് വ്യക്തികൾക്ക് വേണ്ടി നിർദ്ദേശം നടത്തുന്നതിന് എന്ന അധികാരപ്പെടുത്തിയിട്ടുണ്ടെന്നും ഞാൻ ഇതിനാൽ പ്രസ്താവിക്കുന്നു.
 - ഇൻഷുറൻസ് പോളിസി ഞാൻ നൽകുന്ന വിവരങ്ങളുടെ അടിസ്ഥാനത്തിലായിരിക്കുമെന്നും ഇൻഷുറൻസ് ഓതാവിന്റെ ബോർഡ് അംഗീകരിച്ച അണ്ടർവൈറ്റിംഗ് നയങ്ങൾക്ക് വിധേയമാണെന്നും ഈടാക്കപ്പെടുന്ന പ്രിമിയം പൂർണ്ണമായി അടച്ചിട്ടിരിക്കുകയോ മാത്രമേ പോളിസി പ്രാബല്യത്തിൽ വരു 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.
 - ഇൻഷുറൻസ് പരിരക്ഷ ലഭിക്കേണ്ട വ്യക്തിയുടെ/പ്രൊപ്പോസറുടെ ശാരീരികമോ മാനസികമോ ആയ ആരോഗ്യത്തെ ബാധിക്കുന്ന ഏതൊരു കാര്യത്തെയും കുറിച്ച്, ഇൻഷുറൻസ് പരിരക്ഷ ലഭിക്കേണ്ട വ്യക്തിക്ക്/പ്രൊപ്പോസർക്ക് ഏതെങ്കിലും സ്ഥയത്ത് ശുശ്രൂഷ നൽകിയ ഏതെങ്കിലും ഡോക്ടറിൽ നിന്നോ ആശുപത്രിയിൽ നിന്നോ, മുൻകാലത്തെ അല്ലെങ്കിൽ ഇപ്പോഴത്തെ തൊഴിലുടമയിൽ നിന്നോ വൈദ്യ വിവരങ്ങൾ കമ്പനി തേടുന്നതിനും പ്രൊപ്പോസൽ അണ്ടർവൈറ്റ് ചെയ്യുന്നതിന് ഒപ്പം/അല്ലെങ്കിൽ ക്ലെയിം സെറ്റിൽമെന്റ് ചെയ്യുന്നതിന് ഇൻഷുറൻസ് പരിരക്ഷ ലഭിക്കേണ്ട വ്യക്തി/പ്രൊപ്പോസർ ഇൻഷുറൻസിനായി അപേക്ഷ സമർപ്പിച്ച ഏതെങ്കിലും ഇൻഷുറൻസ് ഓതാവിൽ നിന്ന് വിവരങ്ങൾ തേടുന്നതിനും ഞാൻ സമ്മതിക്കുന്നു.
 - പ്രൊപ്പോസൽ അണ്ടർവൈറ്റ് 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: _____ പ്രൊപ്പോസറുടെ ഒപ്പ്: _____

സ്ഥലം: _____ പ്രൊപ്പോസറുടെ പേര്: _____

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

പോളിസി രേഖകൾ രചയ്ക്കപ്പെടുന്നതിനായി സാധാരണയായ സാധാരണയായ ഇമെയിൽ വഴിയോ (ഭവവായി നിങ്ങളുടെ ഇ-മെയിൽ ഐഡി ഞങ്ങൾക്ക് നൽകുക) അല്ലെങ്കിൽ മുകളിൽ നൽകിയിരിക്കുന്ന എന്റെ മൊബൈൽ നമ്പറിൽ എസ്എഫ്എസ് വഴിയായോ അയയ്ക്കാമെന്നത് ഞാൻ ഇതിനാൽ സമ്മതിക്കുന്നു.

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

പോളിസിയുമായി ബന്ധപ്പെട്ട എല്ലാ ആശയവിനിമയങ്ങളും എന്റെ വാട്ട്സ്ആപ്പ് നമ്പറിൽ ലഭിക്കുന്നതിന് ഞാൻ ആഗ്രഹിക്കുന്നു.

വാട്ട്സ്ആപ്പ് നമ്പർ: _____

തീയതി: _____ പ്രൊപ്പോസറുടെ ഒപ്പ്: _____

സ്ഥലം: _____ പ്രൊപ്പോസറുടെ പേര്: _____

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. പ്രൊപ്പോസറെ മറുപടികൾ വായിച്ചു കേൾപ്പിക്കുകയും പ്രൊപ്പോസർ അവ പൂർണ്ണമായി മനസ്സിലാക്കുകയും സ്ഥിരീകരിക്കുകയും

ഡിക്ലറേഷൻ പേർ: _____

പ്രൊപ്പോസറുമായുള്ള ബന്ധം: _____

ഡിക്ലറേഷൻ ഒപ്പ്: _____

അപേക്ഷകന്റെ പ്രാദേശിക ഭാഷയിലുള്ള ഒപ്പ്: _____

തീയതി:

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

4. മദ്ധ്യവർത്തിയുടെ സത്യവാങ്മൂലം

ഇൻഷുറൻസ് ഉപദേശാപ്പാർ/കോർപ്പറേറ്റ് ഏജന്റിന്റെ നിർദ്ദിഷ്ട വ്യക്തി/ഭവനക്കുറുപ്പ്/ലേബർഷിഫ്റ്റ് ഓഫീസറുടെ അംഗീകൃത ജീവനക്കാരൻ എന്ന നിലയിൽ ഞാൻ (പൂർണ്ണമായ പേര്), ഈ പ്രൊപ്പോസൽ ഫോമിലെ എല്ലാ ഉള്ളടക്കങ്ങളും, ഈ പ്രൊപ്പോസൽ ഫോമിൽ അടങ്ങിയിരിക്കുന്ന ചോദ്യങ്ങളുടെ സ്വഭാവം ഉൾപ്പെടെ, ഇതിൽ അടങ്ങിയിരിക്കുന്ന ചോദ്യങ്ങൾക്ക് പ്രൊപ്പോസർ സമർപ്പിച്ചിട്ടുള്ള പ്രസ്താവന(കൾ), വിവരങ്ങൾ, പ്രതികരണം(ങ്ങൾ) അല്ലെങ്കിൽ ഇതിൽ ആവശ്യപ്പെടുന്ന ഏതെങ്കിലും വിശദാംശങ്ങൾ, പോളിസി നൽകുന്നതിനായി ഈ പ്രൊപ്പോസൽ കമ്പനി അംഗീകരിക്കുന്ന പക്ഷം, കമ്പനിയും പ്രൊപ്പോസറും തമ്മിലുള്ള ഇൻഷുറൻസ് കരാറിന്റെ അടിസ്ഥാനമായിരിക്കും എന്നതും ഉൾപ്പെടെ, പ്രൊപ്പോസർക്ക് വിശദീകരിച്ചിട്ടുണ്ടെന്ന് ഞാൻ ഇതിനാൽ പ്രസ്താവിക്കുന്നു. ഈ പ്രൊപ്പോസൽ ഫോമിൽ സമർപ്പിച്ചിട്ടുള്ള/സമർപ്പിക്കാനുള്ള അനുബന്ധം(ങ്ങൾ), സത്യവാങ്മൂലങ്ങൾ, പ്രസ്താവനകൾ, സബ്മിഷനുകൾ, 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 വെക്കപ്പെട്ടേക്കാമെന്നും ഞാൻ തുടർന്ന് വിശദീകരിച്ചിട്ടുണ്ട്.

ലൈസൻസ് നമ്പർ/ഐഡി (ഉപദേശാപ്പാർ/കോർപ്പറേറ്റ് ഏജന്റി/ഭവനക്കർ/ലേബർഷിഫ്റ്റ് ഓഫീസർ)

തീയതി:

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

ഇൻഷുറൻസ് ഉപദേശാപ്പാർ 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 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:

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

ഇൻഷുറൻസ് ഉപദേശാപ്പാർ 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, യോജുതയുള്ള ഏതെങ്കിലും കോടതി ഏതെങ്കിലും കേസാധാരണമാണെന്ന് 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 ഉപദേശാപ്പാർ 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) വിശദാംശങ്ങൾ പങ്കിടുക:

*പിഇപി (PEP)-കൾ എന്നത് ഒരു രാജ്യത്തെ പ്രധാനപ്പെട്ട പൊതു ചുമതലകൾ അമേൽപ്പിച്ചിട്ടുള്ള 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 ☐

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. പ്രൊപ്പോസറെ 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 ബാധിക്കുമെന്നതിനാൽ, 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 യഥാർത്ഥ ഒപ്പിട്ട് ഇതിന്റെയൊപ്പം ചേർത്ത് വെക്കുക. വിവരങ്ങൾ വെളിപ്പെടുത്തുന്നതിനുള്ള ബാധ്യതകൾ പാലിക്കാതിരുന്നാൽ, അത്തരം ലംഘനം ഇതിനോടകം നൽകിയിട്ടുള്ള ഏതൊരു പോളിസിയെയും അസാധുവാക്കിത്തീർക്കേക്കാവുന്നതാണ്.

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

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

കൈപ്പറ്റൽ രസീത്

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 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 _____