

വൺപ്രൊട്ടക്ട് പ്രൊപ്പോസൽ ഫോം

1. ഓഫീസ് ഉപയോഗത്തിന് വേണ്ടി മാത്രം

ബ്രാഞ്ചിന്റെ പേര്	ബ്രാഞ്ച് കോഡ്
മദ്ധ്യവർത്തിയുടെ പേര്	മദ്ധ്യവർത്തിയുടെ കോഡ്
സെയിൽസ് ചാനൽ തരം	പി.ഒ.എസ്.പി ആണെങ്കിൽ ദയവായി ഇനീഷ്യേറ്റിയറേഷൻ 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 എന്ത് ഇൻഷുറൻസ് പോളിസിയിലെയും അടിസ്ഥാനം ഈ പ്രൊപ്പോസൽ ആയിരിക്കും. ഒരു പോളിസി പ്രദാനം ചെയ്യുന്നതിനുള്ള ഞങ്ങളുടെ തീരുമാനമെന്തെങ്കിലും അതിന്റെ വിലയെയോ നിബന്ധനകളെയോ വ്യവസ്ഥകളെയോ ഒഴിവാക്കലുകളെയോ ബാധിച്ചേക്കാവുന്ന, ഇൻഷുറൻസ് പരിരക്ഷ ലഭിക്കുന്നതിനായി നിർദ്ദേശിക്കപ്പെട്ടിട്ടുള്ള എല്ലാ വ്യക്തികൾക്കും പ്രസക്തമായ എല്ലാ വസ്തുതകളും നിങ്ങൾ വെളിപ്പെടുത്തേണ്ടതാണ്. പ്രത്യേകമായി പ്രൊപ്പോസൽ ഫോമിൽ/വ്യക്തിഗത പ്രസ്താവനയിൽ, സത്യവാങ്മൂലത്തിൽ, ബന്ധപ്പെട്ട രേഖകളിൽ നൽകുന്ന നിർണ്ണായക വിവരങ്ങളിലെ ഏതെങ്കിലും തെറ്റായതോ കൃത്യമല്ലാത്തതോ ആയ പ്രസ്താവന, തെറ്റിദ്ധാരണാജനകമായ ആശയം നൽകൽ, വിവരണം നൽകാതിരിക്കൽ അല്ലെങ്കിൽ വെളിപ്പെടുത്താതിരിക്കൽ അല്ലെങ്കിൽ പ്രൊപ്പോസർ അല്ലെങ്കിൽ അദ്ദേഹത്തിന് വേണ്ടി പ്രവർത്തിക്കുന്ന മറ്റേതെങ്കിലും വ്യക്തി ഏതെങ്കിലും നിർണ്ണായക വിവരങ്ങൾ മറച്ചു വെച്ചിരിക്കുന്നു എന്നീ സാഹചര്യങ്ങളിൽ, ഞങ്ങളുടെ വിവേചനാധികാരത്തിൽ പോളിസി അനുസൃതമായിത്തീരാവുന്നതാണ്.

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, പോളിസിയിലെ കീഴിൽ നിങ്ങൾക്ക് ഇൻഷുറൻസ് തുക നൽകുന്നതിന് ഞങ്ങൾക്ക് യാതൊരു ബാധ്യസ്ഥതയും ഉണ്ടായിരിക്കുന്നതല്ല.

*എന്ന് അടയാളപ്പെടുത്തിയ എല്ലാ കളളികളും/വിവരങ്ങളും നിർബന്ധമാണ്.

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*	ജനനത്തിയതി* <table border="1" style="display: inline-table; text-align: center;"> <tr> <td>D</td><td>D</td><td>M</td><td>M</td><td>Y</td><td>Y</td><td>Y</td><td>Y</td> </tr> </table>			D	D	M	M	Y	Y	Y	Y
D	D	M	M	Y	Y	Y	Y				
വരുമാനത്തിന്റെ തരം	<input type="checkbox"/> വേതനം പറ്റുന്ന വ്യക്തി <input type="checkbox"/> സ്വയം തൊഴിൽ <input type="checkbox"/> പ്രൊഫഷണൽ <input type="checkbox"/> മറ്റുള്ളവർ (ദയവായി വ്യക്തമാക്കുക).....										
വാർഷിക വരുമാനം (രൂപയിൽ)											
കത്തിടപാടുകൾക്കുള്ള മേൽവിലാസം*											
നഗരം:	(ഗ്രാമപഞ്ചായത്തിന്റെ പേര് :										
ലാൻഡ്മാർക്ക്	സംസ്ഥാനം:	പിൻ കോഡ്:									
ഫോൺ നമ്പർ. എസ്ടിഡി കോഡ്	ലാൻഡ്ലൈൻ നമ്പർ	മൊബൈൽ നമ്പർ.*									
സ്ഥിര വിലാസം:											
	നഗരം:	ലാൻഡ്മാർക്ക്									
	സംസ്ഥാനം:	പിൻ കോഡ്:									
	ഫോൺ നമ്പർ. എസ്ടിഡി കോഡ്	ലാൻഡ്ലൈൻ നമ്പർ.*									
ഇമെയിൽ ഐഡി											
നിങ്ങൾ ഒരു മാഗ്ന ജനറൽ ഇൻഷുറൻസ് ലിമിറ്റഡ് ജീവനക്കാരനാണോ?	നിങ്ങൾക്ക് മാഗ്ന ജനറൽ ഇൻഷുറൻസ് ലിമിറ്റഡിന്റെ മറ്റേതെങ്കിലും പോളിസി ഉണ്ടോ? <input type="checkbox"/> അതെ <input type="checkbox"/> ഇല്ല അതേ എങ്കിൽ, എംപ്ലോയി ഐഡി:.....										
നിവാസ സ്ഥിതി	<input type="checkbox"/> നിവാസിയായ വ്യക്തി <input type="checkbox"/> പ്രവാസി ഇൻഡ്യാക്കാർൻ <input type="checkbox"/> വിദേശ പൗരൻ <input type="checkbox"/> ഇന്ത്യൻ വംശജനായ വ്യക്തി										
നിങ്ങൾക്ക് എന്തെങ്കിലും ശാരീരികമായ വൈകല്യമുണ്ടെങ്കിൽ, നിങ്ങൾക്ക് ആവശ്യമായ സേവനങ്ങൾ നൽകാൻ ഞങ്ങളെ പ്രാപ്തമാക്കുന്ന വിവരങ്ങൾ താഴെ കൊടുക്കുക.											
ശാരീരിക വൈകല്യത്തിന്റെ വിധം											
ശാരീരിക വൈകല്യത്തിന്റെ ശതമാനം											
പാൻ നമ്പർ #	പാസ്‌പോർട്ട് 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 പാസ്‌പോർട്ട് /വോട്ടേഴ്സ് കാർഡ്/ഡ്രൈവിംഗ് ലൈസൻസ് /ആധാർ നമ്പർ അല്ലെങ്കിൽ ഔദ്യോഗികമായി സാധ്യമായുള്ള മറ്റേതെങ്കിലും രേഖ പങ്കു വെക്കുക. വിദേശ പൗരൻമാരായ വ്യക്തികൾ, പ്രവാസി ഇൻഡ്യാക്കാർ (എൻആർഐ-കൾ), ഇൻഡ്യൻ വംശജരായ വ്യക്തികൾ (പി ഐ ഒകൾ) എന്നിവർക്ക് ആവശ്യമായ രേഖകൾ ഇവയാണ്: (എ) പാസ്‌പോർട്ട് (ബി) ഡ്രൈവിംഗ് ലൈസൻസ് (സി) വോട്ടർ തിരിച്ചറിയൽ കാർഡ് എന്നിവയിൽ ഏതെങ്കിലുംൊന്നും ഇൻഡ്യയിലെ വിദേശ എംബസി അല്ലെങ്കിൽ മിഷൻ നൽകുന്ന കത്തുകളും അതാത് രാജ്യങ്ങൾ നൽകുന്ന പ്രസക്തമായ തിരിച്ചറിയൽ രേഖകളും.

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

3. പ്ലാൻ വിവരങ്ങൾ*			
പ്രീമിയം അടവിന്റെ ആവർത്തി	<input type="checkbox"/> ഒറ്റത്തവണയായുള്ള പ്രീമിയം <input type="checkbox"/> ത്രൈമാസിക ഗഡു	<input type="checkbox"/> പ്രതിമാസ ഗഡു <input type="checkbox"/> അർദ്ധവർഷിക ഗഡു	
പ്ലാനിന്റെ തരം	<input type="checkbox"/> സുരക്ഷിതം	<input type="checkbox"/> സപ്ലോർട്ട് പ്ലാൻ	<input type="checkbox"/> ഷീൽഡ്
വായ്പാ കൃശിക തുക (അസൈൻമെന്റ് തിരഞ്ഞെടുത്തിട്ടുണ്ടെങ്കിൽ)		ധനകാര്യ സ്ഥാപനത്തിൽ നിന്ന് എടുത്ത വായ്പ (അസൈൻമെന്റ് തിരഞ്ഞെടുത്തിട്ടുണ്ടെങ്കിൽ)	
വായ്പയുടെ തരം (അസൈൻമെന്റ് തിരഞ്ഞെടുത്തിട്ടുണ്ടെങ്കിൽ)		വായ്പാ അക്കൗണ്ട് നമ്പർ (അസൈൻമെന്റ് തിരഞ്ഞെടുത്തിട്ടുണ്ടെങ്കിൽ)	

ഓപ്ഷണൽ കവർ നാമം	ഇനിപ്പറയുന്ന ബന്ധങ്ങൾക്കായി തിരഞ്ഞെടുക്കണം
കോമയിൽ ആയിത്തീരുന്നവെങ്കിലുള്ള ആനുകൂല്യം	<input type="checkbox"/> സ്വയം <input type="checkbox"/> ജീവിത പങ്കാളി <input type="checkbox"/> കുട്ടി 1 <input type="checkbox"/> കുട്ടി 2 <input type="checkbox"/> രക്ഷകർത്താവ്/ജീവിത പങ്കാളിയുടെ രക്ഷകർത്താവ് 1 <input type="checkbox"/> രക്ഷകർത്താവ്/ജീവിത പങ്കാളിയുടെ രക്ഷകർത്താവ് 2 <input type="checkbox"/> സഹോദരൻ <input type="checkbox"/> സഹോദരി
പൊള്ളൽ	<input type="checkbox"/> സ്വയം <input type="checkbox"/> ജീവിത പങ്കാളി <input type="checkbox"/> കുട്ടി 1 <input type="checkbox"/> കുട്ടി 2 <input type="checkbox"/> രക്ഷകർത്താവ്/ജീവിത പങ്കാളിയുടെ രക്ഷകർത്താവ് 1 <input type="checkbox"/> രക്ഷകർത്താവ്/ജീവിത പങ്കാളിയുടെ രക്ഷകർത്താവ് 2 <input type="checkbox"/> സഹോദരൻ <input type="checkbox"/> സഹോദരി
അസ്ഥികളുടെ ഒടിവ്	<input type="checkbox"/> സ്വയം <input type="checkbox"/> ജീവിത പങ്കാളി <input type="checkbox"/> കുട്ടി 1 <input type="checkbox"/> കുട്ടി 2 <input type="checkbox"/> രക്ഷകർത്താവ്/ജീവിത പങ്കാളിയുടെ രക്ഷകർത്താവ് 1 <input type="checkbox"/> രക്ഷകർത്താവ്/ജീവിത പങ്കാളിയുടെ രക്ഷകർത്താവ് 2 <input type="checkbox"/> സഹോദരൻ <input type="checkbox"/> സഹോദരി
താൽക്കാലികമായ ആകമാന വൈകല്യം (നിലവിൽ വരുമാനമുള്ള അംഗത്തിന് തിരഞ്ഞെടുക്കണം)	<input type="checkbox"/> സ്വയം <input type="checkbox"/> ജീവിത പങ്കാളി
അപകടം മൂലമുള്ള ആശുപത്രി വാസത്തിന്റെ ചെലവുകൾ (ലോകത്തെവിടെയും)	<input type="checkbox"/> സ്വയം <input type="checkbox"/> ജീവിത പങ്കാളി <input type="checkbox"/> കുട്ടി 1 <input type="checkbox"/> കുട്ടി 2 <input type="checkbox"/> രക്ഷകർത്താവ്/ജീവിത പങ്കാളിയുടെ രക്ഷകർത്താവ് 1 <input type="checkbox"/> രക്ഷകർത്താവ്/ജീവിത പങ്കാളിയുടെ രക്ഷകർത്താവ് 2 <input type="checkbox"/> സഹോദരൻ <input type="checkbox"/> സഹോദരി
അപകട ഇൻഷുറൻസ് പുതൂക്കൽ പ്രീമിയം	<input type="checkbox"/> സ്വയം <input type="checkbox"/> ജീവിത പങ്കാളി <input type="checkbox"/> കുട്ടി 1 <input type="checkbox"/> കുട്ടി 2 <input type="checkbox"/> രക്ഷകർത്താവ്/ജീവിത പങ്കാളിയുടെ രക്ഷകർത്താവ് 1 <input type="checkbox"/> രക്ഷകർത്താവ്/ജീവിത പങ്കാളിയുടെ രക്ഷകർത്താവ് 2 <input type="checkbox"/> സഹോദരൻ <input type="checkbox"/> സഹോദരി
ഡ്രൈവർക്കായുള്ള ആനുകൂല്യം	<input type="checkbox"/> സ്വയം <input type="checkbox"/> ജീവിത പങ്കാളി <input type="checkbox"/> കുട്ടി 1 <input type="checkbox"/> കുട്ടി 2 <input type="checkbox"/> രക്ഷകർത്താവ്/ജീവിത പങ്കാളിയുടെ രക്ഷകർത്താവ് 1 <input type="checkbox"/> രക്ഷകർത്താവ്/ജീവിത പങ്കാളിയുടെ രക്ഷകർത്താവ് 2 <input type="checkbox"/> സഹോദരൻ <input type="checkbox"/> സഹോദരി
മാതാപിതാക്കളുടെ ശുശ്രൂഷാ ആനുകൂല്യം	<input type="checkbox"/> സ്വയം <input type="checkbox"/> ജീവിത പങ്കാളി
രക്തം വാങ്ങൽ	<input type="checkbox"/> സ്വയം <input type="checkbox"/> ജീവിത പങ്കാളി <input type="checkbox"/> കുട്ടി 1 <input type="checkbox"/> കുട്ടി 2 <input type="checkbox"/> രക്ഷകർത്താവ്/ജീവിത പങ്കാളിയുടെ രക്ഷകർത്താവ് 1 <input type="checkbox"/> രക്ഷകർത്താവ്/ജീവിത പങ്കാളിയുടെ രക്ഷകർത്താവ് 2 <input type="checkbox"/> സഹോദരൻ <input type="checkbox"/> സഹോദരി
കുടുംബത്തിന്റെ യാത്ര ചെലുൽ	<input type="checkbox"/> സ്വയം <input type="checkbox"/> ജീവിത പങ്കാളി <input type="checkbox"/> കുട്ടി 1 <input type="checkbox"/> കുട്ടി 2 <input type="checkbox"/> രക്ഷകർത്താവ്/ജീവിത പങ്കാളിയുടെ രക്ഷകർത്താവ് 1 <input type="checkbox"/> രക്ഷകർത്താവ്/ജീവിത പങ്കാളിയുടെ രക്ഷകർത്താവ് 2 <input type="checkbox"/> സഹോദരൻ <input type="checkbox"/> സഹോദരി
താമസസ്ഥലം/വാഹനം പരിഷ്കരിക്കൽ	<input type="checkbox"/> സ്വയം <input type="checkbox"/> ജീവിത പങ്കാളി <input type="checkbox"/> കുട്ടി 1 <input type="checkbox"/> കുട്ടി 2 <input type="checkbox"/> രക്ഷകർത്താവ്/ജീവിത പങ്കാളിയുടെ രക്ഷകർത്താവ് 1 <input type="checkbox"/> രക്ഷകർത്താവ്/ജീവിത പങ്കാളിയുടെ രക്ഷകർത്താവ് 2 <input type="checkbox"/> സഹോദരൻ <input type="checkbox"/> സഹോദരി
സാഹസിക കായിക വിനോദങ്ങൾ - അപകട സാദ്ധ്യതയുടെ പരിരക്ഷ അപകട മരണം	<input type="checkbox"/> സ്വയം <input type="checkbox"/> ജീവിത പങ്കാളി <input type="checkbox"/> കുട്ടി 1 <input type="checkbox"/> കുട്ടി 2 <input type="checkbox"/> സഹോദരൻ <input type="checkbox"/> സഹോദരി
സാഹസിക കായിക വിനോദങ്ങൾ - റിസ്ക് കവരേജ് അപകട മരണവും (എഡി) സ്ഥിരമായ ആകമാന വൈകല്യവും (പിടിവി)	<input type="checkbox"/> സ്വയം <input type="checkbox"/> ജീവിത പങ്കാളി <input type="checkbox"/> കുട്ടി 1 <input type="checkbox"/> കുട്ടി 2 <input type="checkbox"/> സഹോദരൻ <input type="checkbox"/> സഹോദരി
അടിയന്തര എയർ ആംബുലൻസ് ചാർജുകൾ	<input type="checkbox"/> സ്വയം <input type="checkbox"/> ജീവിത പങ്കാളി <input type="checkbox"/> കുട്ടി 1 <input type="checkbox"/> കുട്ടി 2 <input type="checkbox"/> രക്ഷകർത്താവ്/ജീവിത പങ്കാളിയുടെ രക്ഷകർത്താവ് 1 <input type="checkbox"/> രക്ഷകർത്താവ്/ജീവിത പങ്കാളിയുടെ രക്ഷകർത്താവ് 2 <input type="checkbox"/> സഹോദരൻ <input type="checkbox"/> സഹോദരി
ലോൺ സെക്യൂരിറ്റി	<input type="checkbox"/> സ്വയം <input type="checkbox"/> ഇണയെ സുഹൃത്തുക്കൾ
ഇറക്കുമതി ചെയ്ത ഔഷധങ്ങൾ ഒരിടത്തു നിന്ന് മറ്റൊരിടത്തേക്ക് കൊണ്ടുപോകൽ	<input type="checkbox"/> സ്വയം <input type="checkbox"/> ജീവിത പങ്കാളി <input type="checkbox"/> കുട്ടി 1 <input type="checkbox"/> കുട്ടി 2 <input type="checkbox"/> രക്ഷകർത്താവ്/ജീവിത പങ്കാളിയുടെ രക്ഷകർത്താവ് 1 <input type="checkbox"/> രക്ഷകർത്താവ്/ജീവിത പങ്കാളിയുടെ രക്ഷകർത്താവ് 2 <input type="checkbox"/> സഹോദരൻ <input type="checkbox"/> സഹോദരി
കുട്ടികൾക്കായി വിവാഹ ഫണ്ട്	<input type="checkbox"/> സ്വയം <input type="checkbox"/> ജീവിത പങ്കാളി
ആരോഗ്യം വീണ്ടെടുക്കൽ കാലയളവിലെ ആനുകൂല്യം (നിശ്ചിത തുക)	<input type="checkbox"/> സ്വയം <input type="checkbox"/> ജീവിത പങ്കാളി <input type="checkbox"/> കുട്ടി 1 <input type="checkbox"/> കുട്ടി 2 <input type="checkbox"/> രക്ഷകർത്താവ്/ജീവിത പങ്കാളിയുടെ രക്ഷകർത്താവ് 1 <input type="checkbox"/> രക്ഷകർത്താവ്/ജീവിത പങ്കാളിയുടെ രക്ഷകർത്താവ് 2 <input type="checkbox"/> സഹോദരൻ <input type="checkbox"/> സഹോദരി
വരുമാന നഷ്ടം (നിലവിൽ വരുമാനമുള്ള അംഗത്തിന് തിരഞ്ഞെടുക്കണം)	<input type="checkbox"/> സ്വയം <input type="checkbox"/> ജീവിത പങ്കാളി <input type="checkbox"/> കുട്ടി 1 <input type="checkbox"/> കുട്ടി 2 <input type="checkbox"/> രക്ഷകർത്താവ്/ജീവിത പങ്കാളിയുടെ രക്ഷകർത്താവ് 1 <input type="checkbox"/> രക്ഷകർത്താവ്/ജീവിത പങ്കാളിയുടെ രക്ഷകർത്താവ് 2 <input type="checkbox"/> സഹോദരൻ <input type="checkbox"/> സഹോദരി
വിധവാ പരിരക്ഷ	<input type="checkbox"/> സ്വയം <input type="checkbox"/> ജീവിത പങ്കാളി
കുട്ടികളുടെ വിദ്യാഭ്യാസം	<input type="checkbox"/> സ്വയം <input type="checkbox"/> ജീവിത പങ്കാളി
താൽക്കാലികമായ ആകമാന വൈകല്യത്തിന്റെ വർദ്ധിത ആനുകൂല്യം (നിലവിൽ വരുമാനമുള്ള അംഗത്തിന് തിരഞ്ഞെടുക്കണം)	<input type="checkbox"/> സ്വയം <input type="checkbox"/> ജീവിത പങ്കാളി
വരുമാന നഷ്ടത്തിന്റെ വർദ്ധിതമായ ആനുകൂല്യം (നിലവിൽ വരുമാനമുള്ള അംഗത്തിന് തിരഞ്ഞെടുക്കണം)	<input type="checkbox"/> സ്വയം <input type="checkbox"/> ജീവിത പങ്കാളി

4. ഇൻഷുറൻസ് നേടിയട്ടുള്ള, പരിരക്ഷ ലഭിക്കേണ്ട വ്യക്തികളുടെ വിവരങ്ങൾ

വിവരങ്ങൾ	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
പേര്*	(ആദ്യ നാമം)						
	(മദ്ധ്യനാമം)						
	(അന്തിമ നാമം)						
ഇൻഷുറൻസ് തുക (ലക്ഷത്തിൽ)							
ലിംഗഭേദം (പുരുഷൻ/സ്ത്രീ/ഇവരിൽ ആരുമല്ല)							
തൊഴിൽ ശ്രേണി** ബാധകമെങ്കിൽ ഒന്നിലധികം തൊഴിൽ ശ്രേണി പട്ടികയായി നൽകുക.							
താഴെയുള്ള പട്ടികയിൽ നിന്ന് നിങ്ങൾക്ക് തൊഴിൽ ശ്രേണി നിർണ്ണയിക്കാൻ കഴിയുന്നില്ലെങ്കിൽ അല്ലെങ്കിൽ നിങ്ങളുടെ തൊഴിൽ താഴെ പട്ടിക രൂപത്തിൽ നൽകിയിട്ടില്ലെങ്കിൽ, തൊഴിൽ വിവരിക്കുക							
വരുമാനത്തിന്റെ തരം*							
ജനനത്തീയതി* (DD MM YYYY)							
പ്രൊപ്പോസറുമായുള്ള ബന്ധം							
ആയുഷ്മാൻ ഭാരത് ഹെൽത്ത് അക്കാൺ (ABHA) "അഭ-യുമായി ബന്ധിപ്പിച്ചിട്ടുള്ള എൻ്റെ/ഞങ്ങളുടെ മെഡിക്കൽ രേഖകൾ പരിശോധിച്ചുവെക്കുന്നതിനും കൈവരും ലഭിക്കുന്നതിനും ഞാൻ/ഞങ്ങൾ കമ്പനിക്ക് ഇതിനാൽ എൻ്റെ/ഞങ്ങളുടെ സമ്മതം നൽകുന്നു."	<input type="checkbox"/> അതെ <input type="checkbox"/> ഇല്ല						
**അതെ എങ്കിൽ, ദയവായി അഭ (ABHA) നമ്പർ സൂചിപ്പിക്കുക. ഇല്ല എങ്കിൽ, ദയവായി നിങ്ങളുടെ അഭ നമ്പർ സൂചിപ്പിക്കുക https://fasttrack.magmainsurance.com/abha/index							
എന്ന് മുതലാണ് തുടർച്ചയായി ഇടവേളയില്ലാതെ നിങ്ങൾക്ക് ഇൻഷുറൻസ് പരിരക്ഷയുള്ളത്: ദിടി മാമാ DD MM YYYY മുക്തിൽ പരാമർശിച്ച തീയതി സ്ഥിരീകരിക്കുന്ന പ്രസക്തമായ പോളിസി പകർപ്പുകൾ ദയവായി നൽകുക.							

കുറിപ്പ്:-

- കുടുംബത്തിൽ ജീവിത പങ്കാളി, ആശ്രിതരായ 2 കുട്ടികൾ, ആശ്രിതരായ മാതാപിതാക്കൾ/ജീവിത പങ്കാളിയുടെ മാതാപിതാക്കൾ, ആശ്രിത സഹോദരൻ, ഒരു ആശ്രിത സഹോദരി എന്നിവർ അടങ്ങിയിരിക്കുന്നു.
- വരുമാനം ഇല്ലാത്ത ആശ്രിത ജീവിത പങ്കാളിക്ക്, വരുമാനമുള്ള അംഗത്തിന്റെ മൊത്തം ഇൻഷുറൻസ് തുകയുടെ 50% ആയി പരിമിതപ്പെടുത്തിയിരിക്കുന്നു. ആശ്രിതരായ കുട്ടികൾക്ക്, ആശ്രിത മാതാപിതാക്കൾക്ക്/ജീവിത പങ്കാളിയുടെ മാതാപിതാക്കൾക്ക് 25%-ഉം ആശ്രിത സഹോദരന്മാർക്കും സഹോദരിമാർക്കും വരുമാനമുള്ള അംഗത്തിന്റെ മൊത്തം ഇൻഷുറൻസ് തുകയുടെ 25%-ഉം ആണ്.
- * വരുമാനത്തിന്റെ വിധം - ശമ്പളം/സ്വയം തൊഴിൽ ചെയ്യുന്നവർ
- ** തൊഴിൽ വർഗ്ഗീകരണം
- സാധാരണ നിലയിലുള്ളത് (ക്ലാസ് ഫ):
- വിദ്യാർത്ഥികൾ, അക്കാണ്ടർമാർ, ഡോക്ടർമാർ, അഭിഭാഷകർ, ആർക്കിടെക്റ്റുകൾ, കൺസൾട്ടന്റ്, എഞ്ചിനീയർമാർ, അധ്യാപകർ, ബാങ്കർമാർ, അഡ്മിനിസ്ട്രേറ്റീവ് / സെക്രട്ടേറിയറ്റ്, മാനേജിംഗ് ജോലികളിൽ ഏർപ്പെട്ടിരിക്കുന്ന വ്യക്തികൾ, ഷോപ്പ് കീപ്പർമാർ, യന്ത്രങ്ങൾ ഉപയോഗിക്കാത്ത ഷോപ്പ് അസിസ്റ്റന്റുമാർ, ബീസിനസ് യാത്രക്കാർ, ബിൽഡർമാർ, കോൺട്രാക്ടർമാർ എന്നിവരും സുപ്രണ്ട് ജോലികളിൽ മാത്രം ഏർപ്പെട്ടിരിക്കുന്ന എഞ്ചിനീയർമാരും സമാന സ്വഭാവമുള്ള തൊഴിലുകളിൽ/പ്രവർത്തനങ്ങളിൽ ഏർപ്പെട്ടിരിക്കുന്നവരും
- ഹെവി (ക്ലാസ് ഫഫ):
- വേതനം പറ്റുന്ന ഡ്രൈവർമാർ, അപകടകരമായ വസ്തുക്കൾ/രാസവസ്തുക്കൾ/യാനങ്ങൾ കൈകാര്യം ചെയ്യുന്ന വ്യക്തികൾ, ലിഫ്റ്റ് അറ്റൻഡന്റുകൾ, മോട്ടോർ ഡ്രൈവിംഗ് ഇൻസ്ട്രക്ടർമാർ, വാഹനങ്ങളുടെ കണ്ടക്ടർമാർ/ക്ലിനർമാർ. നിർമ്മാണ ജോലികളിൽ ഏർപ്പെട്ടിരിക്കുന്ന വ്യക്തികൾ, ജിയോളജിസ്റ്റുകൾ, എഞ്ചിനീയറിംഗ് കൗൺസിലർമാർ, സർവ്വേയർമാർ, ഹെവി ഉപകരണ ഓപ്പറേറ്റർമാർ, സെക്യൂരിറ്റി ഗാർഡുകൾ, ഫോസ്ട്രി, സിവിൽ എഞ്ചിനീയർ, വിമാനത്തിലേയും സമുദ്രത്തിലേയും യാത്ര ചെയ്യുന്ന കപ്പലുകളിലേയും ജീവനക്കാർ, ഓഫീഷോർ ജോലികൾ, സ്പോർട്സ് ഡ്യൂട്ടി, ഫിലിം ഷോ, ഷൂട്ടിംഗ് എന്നിവയിൽ ഏർപ്പെട്ടിരിക്കുന്ന വ്യക്തികൾ, സമാന സ്വഭാവമുള്ള തൊഴിലുകളിൽ/പ്രവർത്തനങ്ങളിൽ ഏർപ്പെട്ടിരിക്കുന്ന വ്യക്തികളും.
- വളരെ ഹെവി (ക്ലാസ് ഫഫഫ):
- ഭയങ്കര മൈനുകളിൽ ജോലി ചെയ്യുന്നവരും സ്പോർട്സ് വസ്തുക്കളും മാഗസിനുകളും ബസപ്പട്ടുള്ള ജോലികളിൽ ഏർപ്പെട്ടിരിക്കുന്നവരുമായ വ്യക്തികൾ, ഹൈടെക്നിക്കൽ വൈദ്യുതി പ്രവഹമുള്ള ഇലക്ട്രിക്കൽ ഇൻസ്റ്റാലേഷനുകളിൽ ഏർപ്പെട്ടിരിക്കുന്ന തൊഴിലാളികൾ. സർക്കിസ് ഉദ്യോഗസ്ഥർ, വാഹനങ്ങളിലോ കൃത്രിമപ്പുറത്തോ നടത്തുന്ന മൽസരയാട്ടം, വലിയ വസ്തുക്കളുടെ വേട്ട, പർവ്വതാരോഹണം, ശൈത്യകാല കായിക വിനോദങ്ങൾ, സ്കീയിംഗ്, ബജിംഗ്, ഹാൻഡ് ഗ്രെഡിംഗ്, റിവർ റാഫ്റ്റിംഗ്, പോളോ, സിനിമയിലെ സ്റ്റണ്ട്മാൻ തുടങ്ങിയ പ്രവർത്തികളിൽ ഏർപ്പെട്ടിരിക്കുന്ന വ്യക്തികൾ, സമാനമായ അപകടകരമായ തൊഴിലുകളിൽ/പ്രവർത്തനങ്ങളിൽ ഏർപ്പെട്ടിരിക്കുന്ന വ്യക്തികൾ.
- മുന്നറിയിപ്പ് (ക്ലാസ് എ):
- പോലീസ് സേന, സായുധ സേന, ആണവ നിലയങ്ങൾ, മറ്റ് ഏതെങ്കിലും തൊഴിലുകൾ എന്നിവയിൽ ഏർപ്പെട്ടിരിക്കുന്ന വ്യക്തികൾ.

മൊത്തം ഇൻഷുറൻസ് തുക: 2.5 ലക്ഷം, 10 ലക്ഷം, 15 ലക്ഷം, 20 ലക്ഷം, 25 ലക്ഷം, 30 ലക്ഷം, 40 ലക്ഷം, 50 ലക്ഷം, 75 ലക്ഷം, 1 കോടി മുതൽ 10 കോടി വരെ 25 ലക്ഷത്തിന്റെ ഗുണിതങ്ങൾ

5. നാമനിർദ്ദേശം

ഇൻഷുറൻസ് പരിരക്ഷ നേടിയട്ടുള്ള എല്ലാ അംഗങ്ങളുടെയും നോമിനി പോളിസി ഉടമയാണ്. പോളിസി ഉടമയ്ക്ക് നോമിനിയായി നൽകേണ്ട വിവരങ്ങൾ ചുവടെയുണ്ട്.

നോമിനിയുടെ പേര്	പ്രഥമ നാമം	മദ്ധ്യ നാമം	അന്തിമ നാമം
പ്രൊപ്പോസറുമായുള്ള ബന്ധം	ജനനത്തീയതി		DD MM YYYY
നോമിനിയുടെ സമ്പർക്ക നമ്പർ	നാമനിർദ്ദേശത്തിന്റെ ശതമാനം		

നോമിനി പ്രായപൂർത്തിയാകാത്ത ആളാണെങ്കിൽ, നിത്യക്തമാക്കപ്പെട്ട വ്യക്തിയുടെ പേരും വിവരവും പ്രായപൂർത്തിയാകാത്തയാളുമായുള്ള ബന്ധവും:

നിത്യക്തമാക്കപ്പെട്ട വ്യക്തിയുടെ പേര്	നോമിനിയുമായുള്ള ബന്ധം	നിത്യക്തമാക്കപ്പെട്ട വ്യക്തിയുടെ സമ്പർക്ക നമ്പർ

നോമിനിയുടെ ബാങ്ക് വിവരങ്ങൾ

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

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

6. മറ്റ് ഏതെങ്കിലും വ്യക്തിഗത അപകട പോളിസിയിലെ വിവരങ്ങൾ

പ്രൊപ്പോസർ അല്ലെങ്കിൽ നിർദ്ദേശിക്കപ്പെട്ടിരിക്കുന്ന വ്യക്തികൾ മാതൃമത ജനറൽ ഇൻഷുറൻസ് ലിമിറ്റഡിലോ മറ്റേതെങ്കിലും ഇൻഷുറൻസ് കമ്പനിയിലോ ആരോരുത്തർ ഇൻഷുറൻസ് പോളിസിയിൽ ഇൻഷുറൻസ് പരിരക്ഷ ഇതിനോടകം തന്നെ എടുത്തിട്ടുണ്ടോ അല്ലെങ്കിൽ അതിനായി നിർദ്ദേശിക്കപ്പെട്ടിട്ടുണ്ടോ? അതെ ഇല്ല

അതെ എങ്കിൽ, ദയവായി പോളിസി/അപേക്ഷാ നമ്പർ(കൾ) താഴെ സൂചിപ്പിക്കുക (പ്രൊപ്പോസർ അംഗീകരണം ലഭിക്കുന്നതിനായി ബാങ്കിയാണെങ്കിൽ 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)	ഒരുപിംഗ വിവരങ്ങൾ, ഏതെങ്കിലും ഉണ്ടെങ്കിൽ
			മുതൽ	വരെ		
			DD MM YYYY	DD MM YYYY		

7. മെഡിക്കൽ, ശാരീരിക വൈകല്യം (മെഡിക്കൽ ചരിത്രം)*

വിഭാഗം എ: ഇൻഷുറൻസ് പരിരക്ഷ നേടുന്നതിന് നിർദ്ദേശിക്കപ്പെട്ട വ്യക്തികളിൽ ആരൊക്കെങ്കിലും ഇനിപ്പറയുന്ന രോഗസംബന്ധിതങ്ങളിൽ ഏതെങ്കിലും എപ്പോഴെങ്കിലും ഉണ്ടായിട്ടുണ്ടോ/ഇപ്പോൾ അനുഭവപ്പെടുന്നുണ്ടോ: ബാധകമാകുന്നതല്ലാത്ത ഇൻഷുറൻസ് പരിരക്ഷ നൽകപ്പെടുന്ന വ്യക്തിക്ക് 'അതെ' എന്ന് അടയാളപ്പെടുത്തി വിഭാഗം ബി-യിൽ വിവരങ്ങൾ നൽകുക.	അതെ/ഇല്ല	ഇൻഷുറൻസ് നേടിയതിനുള്ള വ്യക്തി 1	ഇൻഷുറൻസ് നേടിയതിനുള്ള വ്യക്തി 2	ഇൻഷുറൻസ് നേടിയതിനുള്ള വ്യക്തി 3	ഇൻഷുറൻസ് നേടിയതിനുള്ള വ്യക്തി 4	ഇൻഷുറൻസ് നേടിയതിനുള്ള വ്യക്തി 5	ഇൻഷുറൻസ് നേടിയതിനുള്ള വ്യക്തി 6	ഇൻഷുറൻസ് നേടിയതിനുള്ള വ്യക്തി 7
--	----------	---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------

1. അപേക്ഷകരിൽ ആരൊക്കെങ്കിലും അപസ്ഥിരമായി ബന്ധപ്പെട്ട ക്രമരേഖകൾ അല്ലെങ്കിൽ ശാരീരികമോ മാനസികമോ ആയ ഏതെങ്കിലും തകരാറുകൾ/ വൈകല്യങ്ങൾ/സുന്ദരതകൾ/അസ്വസ്ഥതകൾ/വൈകല്യം അല്ലെങ്കിൽ ചലനശേഷിയെ/കാഴ്ചശക്തിയെ/കേൾവിക്കഴിവെ/സംസാര ശേഷിയെ ബാധിക്കുന്ന ഏതെങ്കിലും രോഗാവസ്ഥ അനുഭവപ്പെട്ടിട്ടുണ്ടോ അല്ലെങ്കിൽ നിലവിൽ അനുഭവപ്പെടുന്നുണ്ടോ?	Y N	1234567
2. മനോരോഗം/മാനസിക രോഗം, അപസ്ഥിരം, മസ്തിഷ്കാഘാതം/സിവിഎ അല്ലെങ്കിൽ തലച്ചോറ്, നാഡികൾ അല്ലെങ്കിൽ സൂക്ഷ്മനാഡി എന്നിവയുടെ മറ്റേതെങ്കിലും രോഗം.	Y N	1234567
3. കൈകാലുകളുടെ വൈകല്യം, സന്ധിവാതം, ഗുട്ട്, പക്ഷാഘാതം അല്ലെങ്കിൽ ചലനശേഷി, കാഴ്ചശക്തി, കേൾവിക്കഴിവ്, സംസാര ശേഷി എന്നിവയെ ബാധിക്കുന്ന മറ്റേതെങ്കിലും രോഗാവസ്ഥ.	Y N	1234567
4. അപേക്ഷകന്റെ തൊഴിൽ, കടലിലെ/നദിയിലെ യാത്രാ കപ്പലുകളിൽ ക്യാപ്റ്റൻ ക്യാപ്റ്റൻ ആയോ ഉയർന്ന വോൾട്ടേജുള്ള ഒരു സ്ഥലത്ത് പ്രവർത്തിക്കുന്നതിലൂടെയോ അല്ലെങ്കിൽ സായുധ സേനയുടെ ഭാഗമായോ, അയാൾ/അവർ ശാരീരികമായി അപായപ്പെടുന്നതിന് അല്ലെങ്കിൽ അപകടകരമായ പ്രവർത്തികളിൽ ഏർപ്പെടുകയോ അപകടകരമായ വസ്തുക്കൾ കൈകാര്യം ചെയ്യുകയോ ഉയരങ്ങളിൽ ജോലി ചെയ്യുകയോ ചെയ്യേണ്ടി വരുന്ന ആവശ്യമാക്കിത്തീർക്കുന്നുണ്ടോ?	Y N	1234567

വിഭാഗം ബി: അസ്വസ്ഥത/രോഗം/ പരിശോധന/ശസ്ത്രക്രിയ/വായോപ്റ്റർ ഗ്രേസ് എന്നിവയുടെ പേരും വിവരങ്ങളും (മുകളിലുള്ള വിഭാഗം എ-യിൽ അതെ എന്ന് ഉത്തരം നൽകിയ ചോദ്യങ്ങൾക്ക്)	അവസാന കൺസൾട്ടേഷന്റെ തീയതി	ഡോക്ടറുടെ പേര്	ആശുപത്രിയുടെ പേരും ഫോൺ നമ്പറും
ഇൻഷുറൻസ് പരിരക്ഷയുള്ള വ്യക്തി 1:			
ഇൻഷുറൻസ് പരിരക്ഷയുള്ള വ്യക്തി 2:			
ഇൻഷുറൻസ് പരിരക്ഷയുള്ള വ്യക്തി 3:			
ഇൻഷുറൻസ് പരിരക്ഷയുള്ള വ്യക്തി 4:			
ഇൻഷുറൻസ് പരിരക്ഷയുള്ള വ്യക്തി 5:			
ഇൻഷുറൻസ് പരിരക്ഷയുള്ള വ്യക്തി 6:			
ഇൻഷുറൻസ് പരിരക്ഷയുള്ള വ്യക്തി 7:			

മറ്റേതെങ്കിലും വിവരങ്ങൾ: _____

ആവശ്യമെങ്കിൽ കൂടുതൽ ഷീറ്റുകൾ ചേർക്കുക.

വിഭാഗം സി: പ്രധാനപ്പെട്ട കുറിപ്പുകൾ:

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

8. പേയ്മെന്റ് വിവരങ്ങൾ

1. പേയ്മെന്റ് വിവരങ്ങൾ: ദയവായി () ശരിയടയാളമിടുക: മൊത്തം പ്രീമിയം തുക (രൂപ) _____ ക്യാഷ് 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 _____
 ഐഎഫ്എസ്സി കോഡ് _____ അക്കൗണ്ട് നമ്പർ _____ അക്കൗണ്ട് തരം _____

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

ഇലക്ട്രോണിക് ക്ലിയറിങ് സർവീസ് (ഡെബിറ്റ് ക്ലിയറിങ്) മാൻഡേറ്റ് ഫോം

പ്രൊപ്പോസൽ നമ്പർ _____ പോളിസി: _____

ഓ, മാഗ്മ ജനറൽ ഇൻഷുറൻസ് ലിമിറ്റഡ്, ഡെവലപ്മെന്റ് റൗം, 24 പാർക്ക് സ്ക്വിറ്റ്, കൊൽക്കത്ത 700 016
 റഫറൻസ്: ഇലക്ട്രോണിക് ക്ലിയറിങ് സർവീസ് വഴി <ബാങ്കിന്റെ പേര്>-ലേക്ക് ഫണ്ട്/പേയ്മെന്റുകൾ അയയ്ക്കാൻ ഉപഭോക്താവിന്റെ അധികാരപ്പെടുത്തൽ

ഉപഭോക്തൃ വിവരങ്ങൾ:

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

സത്യവാങ്മൂലം:

ഇലക്ട്രോണിക് ക്ലിയറിങ് സൗകര്യം പ്രയോജനപ്പെടുത്താൻ ഞാൻ ആഗ്രഹിക്കുകയും പ്രൊപ്പോസൽ ഫോം നമ്പർ _____ വഴിയായി അപേക്ഷ നൽകിയിട്ടുള്ള എന്റെ ആരോഗ്യ ഇൻഷുറൻസ് പോളിസിയുടെ പ്രീമിയം ഡെബിറ്റ് ചെയ്യുന്നതിന്, ഇലക്ട്രോണിക് ക്ലിയറിങ് സിസ്റ്റത്തിൽ (ഇസിഎസ്) പങ്കെടുക്കുന്നതിലൂടെ എന്റെ നിരുപാധിക സമ്മതം ഇതിനാൽ അറിയിക്കുകയും ചെയ്യുന്നു. പോളിസിക്ക് കീഴിലായി ഇൻഷുറൻസ് പരിരക്ഷ എടുത്തിട്ടുള്ള ഏറ്റവും മുതിർന്ന അംഗത്തിന്റെ പ്രായപരിധിയെ മാറ്റം, ബാധകമായ പ്രീമിയം നിരക്കുകളിൽ ഇൻഷുറൻസ് റാതാവ് കൊണ്ടു വരുന്ന മാറ്റം, കാലാകാലങ്ങളിൽ ബാധകമായ നികുതികൾ, മറ്റ് നിയമപര തീരുപകൾ എന്നിവ കാരണം എന്റെ അക്കൗണ്ടിൽ നിന്ന് ഡെബിറ്റ് ചെയ്യേണ്ട പ്രീമിയം തുക വ്യത്യസ്തമാണെന്ന് ഞാൻ മനസ്സിലാക്കുകയും സമ്മതിക്കുകയും ചെയ്യുന്നു. (പുതുക്കൽ സമയത്ത് ബാധകമായിത്തീരുന്ന പ്രായപരിധിയെ മാറ്റം കാരണം ഏകദേശ പ്രീമിയം വിവരങ്ങൾക്ക് പോളിസി രേഖകൾ വായിച്ചു നോക്കുക)
 നൽകിയിരിക്കുന്ന വിവരങ്ങൾ ശരിയും പൂർണ്ണവുമാണെന്ന് ഞാൻ ഇതിനാൽ പ്രസ്താവിക്കുന്നു. ഈ പോളിസിയെ പ്രീമിയം അടയ്ക്കുന്നതിന് വിധേയമായി (ആ ദിവസം ഒരു പ്രവൃത്തി ദിവസമാണെങ്കിൽ) ഈ ഫോമിൽ ഞാൻ തിരഞ്ഞെടുത്ത അവാസന തീയതിയിൽ ഇടപാട് പൂർത്തിയാക്കപ്പെടുമെന്ന് ഞാൻ മനസ്സിലാക്കുകയും അംഗീകരിക്കുകയും ചെയ്യുന്നു. അപൂർണ്ണമായതോ തെറ്റായതോ ആയ വിവരങ്ങൾ കാരണം ഇടപാട് വൈകുകയോ പൂർത്തിയാക്കപ്പെടാതിരിക്കുകയോ ചെയ്താൽ, ഞാൻ/ഞങ്ങൾ ഉപഭോക്തൃ സ്ഥാപനത്തെ ഉത്തരവാദിയായിരിക്കില്ല. ഉപഭോക്തൃ സ്ഥാപനത്തിൽ നിന്ന്/അതിലൂടെ ഈ ഇസിഎസ് ഡെബിറ്റ് സേവനം ലഭിക്കുന്നതിന് ബാധകമായ എല്ലാ നിയമനിയമങ്ങളും വ്യവസ്ഥകളും ഞാൻ/ഞങ്ങൾ വായിച്ചിട്ടുണ്ട്. സ്പോൺസർ ചെയ്ത എല്ലാ പക്ഷാഭിപ്രായങ്ങളും എന്ന് നിലയിൽ എനിക്ക് നിന്ന്/ഞങ്ങളിൽ നിന്ന് പ്രതീക്ഷിക്കപ്പെടുന്ന ഉത്തരവാദിത്തം നിറവേറ്റാൻ സമ്മതിക്കുകയും ചെയ്യുന്നു.
 ഈ ഇസിഎസ് ഡെബിറ്റ് മാൻഡേറ്റ് ഫോം കൈവശമുള്ള മാഗ്മ ജനറൽ ഇൻഷുറൻസ് ലിമിറ്റഡിന്റെ പ്രതിനിധിയെ എന്റെ/ഞങ്ങളുടെ ബാങ്കിൽ അതിന്റെ പരിശോധിച്ചുറപ്പിക്കൽ നടത്തി പ്രാബല്യത്തിലാക്കിത്തീർക്കുന്നതിന് ഞാൻ/ഞങ്ങൾ ഇതിനാൽ അധികാരപ്പെടുത്തുന്നു.

നമലം: _____ തീയതി: അപേക്ഷകന്റെ ഒപ്പ് _____

പോളിസിയുടെ ഒരു കടലാസ് പകർപ്പ് ലഭിക്കാൻ നിങ്ങൾ ആഗ്രഹിക്കുന്നു അതെ ഇല്ല

9. പ്രൊപ്പോസറുടെ ഇലക്ട്രോണിക് ഇൻഷുറൻസ് വിവരങ്ങൾ

ഈ പോളിസി ഒരു ഇഎഐ (eIA) യിൽ ക്രെഡിറ്റ് ചെയ്യപ്പെടാൻ നിങ്ങൾ ആഗ്രഹിക്കുന്നുണ്ടോ? (ദയവായി ഏതെങ്കിലും ഒന്ന് തിരഞ്ഞെടുക്കുക)
 ഇല്ല, എനിക്ക് ഒരു ഇഎഐ (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)
 മെമ്പേഴ്സ് എൻഎസ്ഡിഎൽ ഡാറ്റാബേസ് മാനേജ്മെന്റ് ലിമിറ്റഡ് മെമ്പേഴ്സ് കാർവി ഇൻഷുറൻസ് റിപ്പോസിറ്ററി ലിമിറ്റഡ്
 മെമ്പേഴ്സ് സെൻട്രൽ ഇൻഷുറൻസ് റിപ്പോസിറ്ററി ലിമിറ്റഡ് മെമ്പേഴ്സ് കാംസ് റിപ്പോസിറ്ററി സർവീസസ് ലിമിറ്റഡ് മെമ്പേഴ്സ് എസ്എച്ച്സിഎഐൽ പ്രോജക്ട്സ് ലിമിറ്റഡ്
 (ദയവായി ഏതെങ്കിലും ഒന്ന് തിരഞ്ഞെടുക്കുക) അല്ലെങ്കിൽ
 എനിക്ക് നിലവിലുള്ള ഇ-ഇൻഷുറൻസ് അക്കൗണ്ട് ഇല്ല. പുതിയൊരു ഇ-ഇൻഷുറൻസ് അക്കൗണ്ട് തുറക്കുന്നതിന് ഞാൻ ആഗ്രഹിക്കുന്നു (ദയവായി ഇലക്ട്രോണിക് ഇൻഷുറൻസ് അക്കൗണ്ട് തുറക്കുന്നതിനുള്ള ഫോം (eIA ഫോം) പ്രസക്തമായ രേഖകൾക്കൊപ്പം സമർപ്പിക്കുക)

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

പ്രതിനിധി വിവരങ്ങൾ (പ്രൊപ്പോസർക്കും പ്രാഥമികമായി ഇൻഷുറൻസ് പരിരക്ഷ എടുത്തിട്ടുള്ള വ്യക്തിക്കും ഒഴികെ മറ്റേതെങ്കിലും വ്യക്തിക്ക് ഇഎഐ (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 _____

യുഎഐഡി _____ ലാൻഡ്മാർക്ക് _____ സംസ്ഥാനം _____

നഗരം _____ രാജ്യം _____

10. സത്യവാങ്മൂലങ്ങൾ

1. സത്യവാങ്മൂലം
 - എന്റെയും ഇൻഷുറൻസ് പരിരക്ഷ ലഭിക്കുന്നതിനായി നിർദ്ദേശിക്കപ്പെട്ടിട്ടുള്ള എല്ലാ വ്യക്തികളുടെയും പേരിൽ, ഞാൻ മുകളിൽ നൽകിയിരിക്കുന്ന പ്രസ്താവനകളും ഉത്തരങ്ങളും ഒപ്പം/അല്ലെങ്കിൽ വിവരങ്ങളും ഉപയോഗിച്ച് ഉത്തമ അറിവിൽ എല്ലാ അർത്ഥത്തിലും സത്യവും പൂർണ്ണവുമാണെന്നും ഈ മറ്റ് വ്യക്തികൾക്ക് വേണ്ടി നിർദ്ദേശം നടത്തുന്നതിന് എനിക്ക് അധികാരപ്പെടുത്തിയിട്ടുണ്ടെന്നും ഞാൻ ഇതിനാൽ പ്രസ്താവിക്കുന്നു.

- ഇൻഷുറൻസ് പോളിസി ഞാൻ നൽകുന്ന വിവരങ്ങളുടെ അടിസ്ഥാനത്തിലായിരിക്കുമെന്നും ഇൻഷുറൻസ് ദാതാവിന്റെ ബോർഡ് അംഗീകരിച്ച അണ്ടർവൈറ്റിംഗ് നയങ്ങൾക്ക് വിധേയമാണെന്നും ഇടാക്കപ്പെടുന്ന പ്രീമിയം പൂർണ്ണമായി അടച്ചതിനുശേഷം മാത്രമേ പോളിസി പ്രാബല്യത്തിൽ വരു എന്നും ഞാൻ മനസ്സിലാക്കുന്നു.
- പ്രൊപ്പോസൽ സമർപ്പിച്ചതിനുശേഷം, എന്നാൽ, കമ്പനി റിസ്ക് സൂക്ഷിക്കുന്നതിനെക്കുറിച്ച് 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 സമയത്ത് ശുശ്രൂഷ നൽകിയ ഏതെങ്കിലും ഡോക്ടറിൽ നിന്നോ ആശുപത്രിയിൽ നിന്നോ, മുൻകാലത്തെ അല്ലെങ്കിൽ ഇപ്പോഴത്തെ തൊഴിലുമായി നിന്നോ വൈദ്യ വിവരങ്ങൾ കമ്പനി തേടുന്നതിനും പ്രൊപ്പോസൽ അണ്ടർവൈറ്റ് ചെയ്യുന്നതിന് ഒപ്പം/അല്ലെങ്കിൽ ക്ലെയിം സെറ്റിൽമെന്റ് ചെയ്യുന്നതിന് ഇൻഷുറൻസ് പരിരക്ഷ ലഭിക്കേണ്ട വ്യക്തി/പ്രൊപ്പോസർ ഇൻഷുറൻസിനായി അപേക്ഷ സമർപ്പിച്ച ഏതെങ്കിലും ഇൻഷുറൻസ് ദാതാവിൽ 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 പൂർത്തിയാക്കുന്നതിനും സേവനങ്ങളുമായി ബന്ധപ്പെട്ട ആശയവിനിമയത്തിനുമുള്ള അധികാരപ്പെടുത്തൽ (ഒപ്പു വെക്കുന്നതിന് മുൻപായി ദയവായി ശ്രദ്ധാപൂർവ്വം വായിച്ച് ഓരോന്നിനും നേരെ ഒരു ശരിയടയാളം ഇട്ടുക).

പോളിസി രേഖകൾ സമ്പത്ത്സമ്പത്ത്സമ്പത്ത്സമ്പത്ത്സമ്പത്ത് ഇമെയിൽ വഴിയോ (ദയവായി നിങ്ങളുടെ ഇ-മെയിൽ ഐഡി ഞങ്ങൾക്ക് നൽകുക) അല്ലെങ്കിൽ മുകളിൽ നൽകിയിരിക്കുന്ന ഏതെങ്കിലും മൊബൈൽ നമ്പറിൽ എസ്എംഎസ് വഴിയോ അയയ്ക്കാമെന്ന് ഞാൻ ഇതിനാൽ സമ്മതിക്കുന്നു.
 സമ്പത്ത് കമ്പനിയുടെ പ്രൊപ്പോസ് ചെയ്യപ്പെട്ടിട്ടുള്ളതോ നിലവിലുള്ളതോ ആയ പോളിസിയുമായി ബന്ധപ്പെട്ട്, കാലാകാലങ്ങളിൽ ബാധകമായ നിയമത്തിലെ വ്യവസ്ഥകൾക്ക് വിധേയമായി സ്വാഗത കോളുകൾ, സർവീസ് കോളുകൾ അല്ലെങ്കിൽ മറ്റേതെങ്കിലും ആശയവിനിമയം (ഇലക്ട്രോണിക് അല്ലെങ്കിൽ മറ്റ് വിധത്തിൽ) നടത്താൻ മാഗ്നാ ഇൻഷുറൻസ് ലിമിറ്റഡ് ("കമ്പനി") ഞാൻ ഇതിനാൽ സമ്മതം നൽകുകയും അധികാരപ്പെടുത്തുകയും ചെയ്യുന്നു.
 പോളിസിയുമായി ബന്ധപ്പെട്ട ഏല്ലാ ആശയവിനിമയങ്ങളും എന്റെ വാട്ട്സ്ആപ്പ് നമ്പറിൽ ലഭിക്കുന്നതിന് ഞാൻ ആഗ്രഹിക്കുന്നു.
 വാട്ട്സ്ആപ്പ് നമ്പർ: _____

തീയതി: പ്രൊപ്പോസറുടെ ഒപ്പ്: _____
 സ്ഥലം: _____ പ്രൊപ്പോസറുടെ പേര്: _____

3. പ്രാദേശിക സത്യവാങ്മൂലം മാഗ്നാ ഇൻഷുറൻസ് ലിമിറ്റഡിൽ നിന്ന് ആരോഗ്യ ഇൻഷുറൻസ് ലഭിക്കുന്നതുമായി ബന്ധപ്പെട്ട പ്രൊപ്പോസൽ ഫോമിന്റെയും മറ്റൊരു രേഖകളുടെയും ഉള്ളടക്കം പ്രൊപ്പോസർക്ക് അയയ്ക്കുക/അവർക്ക് മനസ്സിലാക്കുന്ന ഭാഷയിൽ പൂർണ്ണമായും വിശദീകരിച്ചിട്ടുണ്ടെന്ന് ഞാൻ ഇതിനാൽ പ്രഖ്യാപിക്കുന്നു. പ്രൊപ്പോസർ അവ പൂർണ്ണമായി മനസ്സിലാക്കിയിട്ടുള്ളതും പ്രൊപ്പോസർ നൽകിയിട്ടുള്ള വിവരങ്ങളുടെ അടിസ്ഥാനത്തിൽ മറുപടികൾ രേഖപ്പെടുത്തിയിട്ടുള്ളതുമായും പ്രൊപ്പോസറുടെ മറുപടികൾ വായിച്ചു കേൾപ്പിക്കുകയും പ്രൊപ്പോസർ അവ പൂർണ്ണമായി മനസ്സിലാക്കുകയും സ്ഥിരീകരിക്കുകയും ചെയ്തിട്ടുണ്ട്.

ഡിക്ലറേഷനുകളുടെ പേര്: _____
 പ്രൊപ്പോസറുമായുള്ള ബന്ധം: _____
 ഡിക്ലറേഷന്റെ ഒപ്പ്: _____ അപേക്ഷകന്റെ പ്രാദേശിക ഭാഷയിലുള്ള ഒപ്പ്: _____

തീയതി:

4. മദ്ധ്യവർത്തിയുടെ സത്യവാങ്മൂലം

ഇൻഷുറൻസ് ഉപദേഷ്ടാവ്/കോർപ്പറേറ്റ് ഏജന്റിന്റെ നിർദ്ദിഷ്ട വ്യക്തി/ബ്രോക്കറുടെ/റിലേഷൻഷിപ്പ് ഓഫീസറുടെ അംഗീകൃത ജീവനക്കാരൻ എന്ന നിലയിൽ ഞാൻ (പൂർണ്ണമായ പേര്), ഈ പ്രൊപ്പോസൽ ഫോമിലെ ഏല്ലാ 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 മുഖ്യ വസ്തുതകൾ വെളിപ്പെടുത്തിയിട്ടില്ലെങ്കിൽ, ഈ പ്രൊപ്പോസലിന് അനുസൃതമായി പ്രൊപ്പോസറുടെ പേരിൽ നൽകിയിട്ടുള്ള പോളിസി കമ്പനി അസാധ്യമായി കണക്കാക്കിയേക്കാമെന്നും പോളിസി പ്രകാരം അടച്ച എല്ലാ പ്രീമിയവും കമ്പനിക്ക് അടിയറ വെക്കപ്പെട്ടേക്കാമെന്നും ഞാൻ തുടർന്ന് വിശദീകരിച്ചിട്ടുണ്ട്.

ലൈസൻസ് നമ്പർ/ഐഡി (ഉപദേഷ്ടാവ്/കോർപ്പറേറ്റ് ഏജന്റ്/ബ്രോക്കർ/റിലേഷൻഷിപ്പ് ഓഫീസർ)
 തീയതി: ഇൻഷുറൻസ് ഉപദേഷ്ടാവിന്റെ ഒപ്പ്: _____
 ഈ പോളിസിക്ക് കീഴിൽ ലഭ്യമായ എല്ലാ സവിശേഷതകളും/ആനുകൂല്യങ്ങളും ഞാൻ മനസ്സിലാക്കിയെന്ന് പ്രൊപ്പോസറുടെ പേരിൽ ഞാൻ സ്ഥിരീകരിക്കുന്നു.
 പ്രൊപ്പോസറുടെ ഒപ്പ്: _____
 തീയതി:

5. പ്രൊപ്പോസറുടെ സത്യവാങ്മൂലം

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

തീയതി: ഇൻഷുറൻസ് ഉപദേഷ്ടാവിന്റെ ഒപ്പ്: _____

