

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 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 എത് ഇൻഷുറൻസ് പോളിസിയിലെയും അടിസ്ഥാനം ഈ പ്രൊപ്പോസൽ ആയിരിക്കും. ഒരു പോളിസി പ്രദാനം ചെയ്യുന്നതിനുള്ള ഞങ്ങളുടെ തീരുമാനമെന്തായാ 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 അനുധാവിയാണെന്നായിരിക്കുന്നതാണ്.

ആവശ്യപ്പെട്ടവയോ അല്ലാത്തവയോ ആയ വിവരങ്ങൾ നൽകുന്നതിന് നിങ്ങൾക്ക് മതിയായ 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 നിർബന്ധമാണ്.

2. പ്രൊപ്പോസറുടെ വിശദാംശങ്ങൾ

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

പ്രൊപ്പോസറുടെ പേര്* (ശ്രീ./മിസ്./ശ്രീമതി/മറ്റുള്ളവർ)			
	(ആദ്യ നാമം)	(മദ്ധ്യനാമം)	(അന്തിമ നാമം)
വൈവാഹിക നില	☐ അവിവാഹിതൻ	☐ വിവാഹിതൻ	
ലിംഗഭേദം	☐ പുരുഷൻ	☐ സ്ത്രീ	☐ ഇവയിൽ ഒന്നുമല്ല
ദേശീയത*	ജനനത്തിന്*		DDMMYYYY
വരുമാനത്തിന്റെ തരം	☐ വേതനം പറ്റുന്ന വ്യക്തി ☐ സ്വയം തൊഴിൽ ☐ പ്രൊഫഷണൽ ☐ 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	മൊബൈൽ നമ്പർ.*	
ഇമെയിൽ ഐഡി			
നിങ്ങൾ ഒരു മാഗ്ന ജനറൽ ഇൻഷുറൻസ് ലിമിറ്റഡ് ജീവനക്കാരനാണോ?	നിങ്ങൾക്ക് മാഗ്ന ജനറൽ ഇൻഷുറൻസ് ലിമിറ്റഡിന്റെ മറ്റേതെങ്കിലും പോളിസി ഉണ്ടോ? ☐ അതേ ☐ ഇല്ല അതേ എങ്കിൽ, എംപ്ലോയീ ഐഡി:.....		
നിവാസ 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 #	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 സാധ്യതയുള്ള 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 ഏതെങ്കിലുംമൊന്നും ഇൻഡ്യയിലെ വിദേശ എംബസി അല്ലെങ്കിൽ മിഷൻ നൽകുന്ന കത്തുകളും അതാത് രാജ്യങ്ങൾ നൽകുന്ന പ്രസക്തമായ തിരിച്ചറിയൽ രേഖകളും.

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

3. പ്ലാൻ വിവരങ്ങൾ*

പ്രീമിയം അടവിന്റെ ആവർത്തി	☐ ഒറ്റത്തവണയായുള്ള പ്രീമിയം ☐ ത്രൈമാസിക ഗഡു	☐ പ്രതിമാസ ഗഡു ☐ അർദ്ധവാർഷിക ഗഡു
പ്ലാനിന്റെ തരം	☐ സുരക്ഷിതം ☐ സപ്ലാർട്ട് പ്ലസ്	☐ ഷീൽഡ്
വായ്പാ ക്യാഷ്ലിക് 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 ആയിത്തീരുന്നവരുടെയും ആനുകൂല്യം	☐ സ്വയം ☐ ജീവിത പങ്കാളി ☐ കുട്ടി 1 ☐ കുട്ടി 2 ☐ രക്ഷകർത്താവ്/ജീവിത പങ്കാളിയുടെ രക്ഷകർത്താവ് 1 ☐ രക്ഷകർത്താവ്/ജീവിത പങ്കാളിയുടെ രക്ഷകർത്താവ് 2 ☐ സഹോദരൻ ☐ സഹോദരി
പൊള്ളൽ	☐ സ്വയം ☐ ജീവിത പങ്കാളി ☐ കുട്ടി 1 ☐ കുട്ടി 2 ☐ രക്ഷകർത്താവ്/ജീവിത പങ്കാളിയുടെ രക്ഷകർത്താവ് 1 ☐ രക്ഷകർത്താവ്/ജീവിത പങ്കാളിയുടെ രക്ഷകർത്താവ് 2 ☐ സഹോദരൻ ☐ സഹോദരി
അസ്ഥികളുടെ ഒടിവ്	☐ സ്വയം ☐ ജീവിത പങ്കാളി ☐ കുട്ടി 1 ☐ കുട്ടി 2 ☐ രക്ഷകർത്താവ്/ജീവിത പങ്കാളിയുടെ രക്ഷകർത്താവ് 1 ☐ രക്ഷകർത്താവ്/ജീവിത പങ്കാളിയുടെ രക്ഷകർത്താവ് 2 ☐ സഹോദരൻ ☐ സഹോദരി
താൽക്കാലികമായ ആകമാന വൈകല്യം (നിലവിൽ വരുമാനമുള്ള അംഗത്തിന് തിരഞ്ഞെടുക്കണം)	☐ സ്വയം ☐ ജീവിത പങ്കാളി
അപകടം മൂലമുള്ള ആശുപത്രി വാസത്തിന്റെ ചെലവുകൾ (ലോകത്തെവിടെയും)	☐ സ്വയം ☐ ജീവിത പങ്കാളി ☐ കുട്ടി 1 ☐ കുട്ടി 2 ☐ രക്ഷകർത്താവ്/ജീവിത പങ്കാളിയുടെ രക്ഷകർത്താവ് 1 ☐ രക്ഷകർത്താവ്/ജീവിത പങ്കാളിയുടെ രക്ഷകർത്താവ് 2 ☐ സഹോദരൻ ☐ സഹോദരി
അപകട ഇൻഷുറൻസ് പുതുക്കൽ പ്രീമിയം	☐ സ്വയം ☐ ജീവിത പങ്കാളി ☐ കുട്ടി 1 ☐ കുട്ടി 2 ☐ രക്ഷകർത്താവ്/ജീവിത പങ്കാളിയുടെ രക്ഷകർത്താവ് 1 ☐ രക്ഷകർത്താവ്/ജീവിത പങ്കാളിയുടെ രക്ഷകർത്താവ് 2 ☐ സഹോദരൻ ☐ സഹോദരി
ഡ്രൈവർക്കായുള്ള ആനുകൂല്യം	☐ സ്വയം ☐ ജീവിത പങ്കാളി ☐ കുട്ടി 1 ☐ കുട്ടി 2 ☐ രക്ഷകർത്താവ്/ജീവിത പങ്കാളിയുടെ രക്ഷകർത്താവ് 1 ☐ രക്ഷകർത്താവ്/ജീവിത പങ്കാളിയുടെ രക്ഷകർത്താവ് 2 ☐ സഹോദരൻ ☐ സഹോദരി
മാതാപിതാക്കളുടെ ശുശ്രൂഷാ ആനുകൂല്യം	☐ സ്വയം ☐ ജീവിത പങ്കാളി
രക്തം വാങ്ങൽ	☐ സ്വയം ☐ ജീവിത പങ്കാളി ☐ കുട്ടി 1 ☐ കുട്ടി 2 ☐ രക്ഷകർത്താവ്/ജീവിത പങ്കാളിയുടെ രക്ഷകർത്താവ് 1 ☐ രക്ഷകർത്താവ്/ജീവിത പങ്കാളിയുടെ രക്ഷകർത്താവ് 2 ☐ സഹോദരൻ ☐ സഹോദരി
കുടുംബത്തിന്റെ യാത്ര ചെലവ്	☐ സ്വയം ☐ ജീവിത പങ്കാളി ☐ കുട്ടി 1 ☐ കുട്ടി 2 ☐ രക്ഷകർത്താവ്/ജീവിത പങ്കാളിയുടെ രക്ഷകർത്താവ് 1 ☐ രക്ഷകർത്താവ്/ജീവിത പങ്കാളിയുടെ രക്ഷകർത്താവ് 2 ☐ സഹോദരൻ ☐ സഹോദരി
താമസസ്ഥലം/വാഹനം പരിഷ്കരിക്കൽ	☐ സ്വയം ☐ ജീവിത പങ്കാളി ☐ കുട്ടി 1 ☐ കുട്ടി 2 ☐ രക്ഷകർത്താവ്/ജീവിത പങ്കാളിയുടെ രക്ഷകർത്താവ് 1 ☐ രക്ഷകർത്താവ്/ജീവിത പങ്കാളിയുടെ രക്ഷകർത്താവ് 2 ☐ സഹോദരൻ ☐ സഹോദരി
സാഹസിക കായിക വിനോദങ്ങൾ - അപകട സാദ്ധ്യതയുടെ പരിരക്ഷ അപകട മരണം	☐ സ്വയം ☐ ജീവിത പങ്കാളി ☐ കുട്ടി 1 ☐ കുട്ടി 2 ☐ സഹോദരൻ ☐ സഹോദരി
സാഹസിക കായിക വിനോദങ്ങൾ - റിസ്ക് കവരേജ് അപകട മരണവും (എഡി) സ്ഥിരമായ ആകമാന വൈകല്യവും (പിടിവി)	☐ സ്വയം ☐ ജീവിത പങ്കാളി ☐ കുട്ടി 1 ☐ കുട്ടി 2 ☐ സഹോദരൻ ☐ സഹോദരി
അടിയന്തര എയർ ആംബുലൻസ് ചാർജ്ജുകൾ	☐ സ്വയം ☐ ജീവിത പങ്കാളി ☐ കുട്ടി 1 ☐ കുട്ടി 2 ☐ രക്ഷകർത്താവ്/ജീവിത പങ്കാളിയുടെ രക്ഷകർത്താവ് 1 ☐ രക്ഷകർത്താവ്/ജീവിത പങ്കാളിയുടെ രക്ഷകർത്താവ് 2 ☐ സഹോദരൻ ☐ സഹോദരി
ലോൺ സെക്യൂരിറ്റി	☐ സ്വയം ☐ ഇണയെ സമർപ്പിക്കൽ
ഇറക്കുമതി ചെയ്ത ഔഷധങ്ങൾ ഒരിടത്തു നിന്ന് മറ്റൊരിടത്തേക്ക് കൊണ്ടുപോകൽ	☐ സ്വയം ☐ ജീവിത പങ്കാളി ☐ കുട്ടി 1 ☐ കുട്ടി 2 ☐ രക്ഷകർത്താവ്/ജീവിത പങ്കാളിയുടെ രക്ഷകർത്താവ് 1 ☐ രക്ഷകർത്താവ്/ജീവിത പങ്കാളിയുടെ രക്ഷകർത്താവ് 2 ☐ സഹോദരൻ ☐ സഹോദരി
കുട്ടികൾക്കായി വിവാഹ ഫണ്ട്	☐ സ്വയം ☐ ജീവിത പങ്കാളി
ആരോഗ്യം വീണ്ടെടുക്കൽ കാലയളവിലെ ആനുകൂല്യം (നിശ്ചിത തുക)	☐ സ്വയം ☐ ജീവിത പങ്കാളി ☐ കുട്ടി 1 ☐ കുട്ടി 2 ☐ രക്ഷകർത്താവ്/ജീവിത പങ്കാളിയുടെ രക്ഷകർത്താവ് 1 ☐ രക്ഷകർത്താവ്/ജീവിത പങ്കാളിയുടെ രക്ഷകർത്താവ് 2 ☐ സഹോദരൻ ☐ സഹോദരി
വരുമാന നഷ്ടം (നിലവിൽ വരുമാനമുള്ള അംഗത്തിന് തിരഞ്ഞെടുക്കണം)	☐ സ്വയം ☐ ജീവിത പങ്കാളി ☐ കുട്ടി 1 ☐ കുട്ടി 2 ☐ രക്ഷകർത്താവ്/ജീവിത പങ്കാളിയുടെ രക്ഷകർത്താവ് 1 ☐ രക്ഷകർത്താവ്/ജീവിത പങ്കാളിയുടെ രക്ഷകർത്താവ് 2 ☐ സഹോദരൻ ☐ സഹോദരി
വിധവാ പരിരക്ഷ	☐ സ്വയം ☐ ജീവിത പങ്കാളി
കുട്ടികളുടെ വിദ്യാഭ്യാസം	☐ സ്വയം ☐ ജീവിത പങ്കാളി
താൽക്കാലികമായ ആകമാന വൈകല്യത്തിന്റെ വർദ്ധിത ആനുകൂല്യം (നിലവിൽ വരുമാനമുള്ള അംഗത്തിന് തിരഞ്ഞെടുക്കണം)	☐ സ്വയം ☐ ജീവിത പങ്കാളി
വരുമാന നഷ്ടത്തിന്റെ വർദ്ധിതമായ ആനുകൂല്യം (നിലവിൽ വരുമാനമുള്ള അംഗത്തിന് തിരഞ്ഞെടുക്കണം)	☐ സ്വയം ☐ ജീവിത പങ്കാളി

4. ഇൻഷുറൻസ് നേടിയിട്ടുള്ള, പരിരക്ഷ ലഭിക്കേണ്ട വ്യക്തികളുടെ വിശദാംശങ്ങൾ

വിശദാംശങ്ങൾ	ഇൻഷുറൻസ് നേടിയിട്ടുള്ള വ്യക്തി 1	ഇൻഷുറൻസ് നേടിയിട്ടുള്ള വ്യക്തി 2	ഇൻഷുറൻസ് നേടിയിട്ടുള്ള വ്യക്തി 3	ഇൻഷുറൻസ് നേടിയിട്ടുള്ള വ്യക്തി 4	ഇൻഷുറൻസ് നേടിയിട്ടുള്ള വ്യക്തി 5	ഇൻഷുറൻസ് നേടിയിട്ടുള്ള വ്യക്തി 6	ഇൻഷുറൻസ് നേടിയിട്ടുള്ള വ്യക്തി 7
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 അക്കൗണ്ട് (ABHA) “അഭ-യുദ്ധായി ബന്ധിപ്പിച്ചിട്ടുള്ള ഏതെങ്കിലും/തങ്ങളുടെ മെഡിക്കൽ രേഖകൾ പരിശോധിച്ചുറപ്പിക്കുന്നതിനും കൈവശം ലഭിക്കുന്നതിനും ഞാൻ/ഞങ്ങൾ കമ്പനിക്ക് ഇതിനാൽ ഏതെങ്കിലും/തങ്ങളുടെ സമ്മതം നൽകുന്നു.”	☐ അതെ ☐ 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: ദിനം 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 പർശ്വീകരണം
- സാധാരണ നിലയിലുള്ളത് (ക്ലാസ് ഫം):
- വിദ്യാർത്ഥികൾ, അക്കാണ്ടിറ്റുമാർ, ഡോക്ടർമാർ, അഭിഭാഷകർ, ആർക്കിടെക്റ്റുകൾ, കൺസൾട്ടന്റ്, എഞ്ചിനീയർമാർ, അധ്യാപകർ, ബാങ്കർമാർ, അഡ്മിനിസ്ട്രേറ്റീവ് / സെക്രട്ടറിയറ്റ്, മാനേജിരിയൽ ജോലികളിൽ ഏർപ്പെട്ടിരിക്കുന്ന വ്യക്തികൾ, ഷോപ്പ് കീപ്പർമാർ, യന്ത്രങ്ങൾ ഉപയോഗിക്കാത്ത ഷോപ്പ് അസിസ്റ്റന്റുമാർ, ബീസിനസ് യാത്രക്കാർ, ബിൽഡർമാർ, കോൺട്രാക്ടർമാർ എന്നിവരും സുപ്രണ്ടിംഗ് ജോലികളിൽ മാത്രം ഏർപ്പെട്ടിരിക്കുന്ന എഞ്ചിനീയർമാരും സമാന സ്വഭാവമുള്ള തൊഴിലുകളിൽ/പ്രവർത്തനങ്ങളിൽ ഏർപ്പെട്ടിരിക്കുന്നവരും
- ഹെവി (ക്ലാസ് ഫം):
- വേതനം പറ്റുന്ന ഡ്രൈവർമാർ, അപകടകരമായ വസ്തുക്കൾ/രാസവസ്തുക്കൾ/യാനങ്ങൾ കൈകാര്യം ചെയ്യുന്ന വ്യക്തികൾ, ലിഫ്റ്റ് ഓപ്പറേറ്റർമാർ, മോട്ടോർ ഡ്രൈവിംഗ് ഇൻസ്ട്രക്ടർമാർ, വാഹനങ്ങളുടെ കണ്ടക്ടർമാർ/ക്ലിനർമാർ. നിർമ്മാണ ജോലികളിൽ ഏർപ്പെട്ടിരിക്കുന്ന വ്യക്തികൾ, ജിയോളജിസ്റ്റുകൾ, എഞ്ചിനീയറിംഗുകളുടെ സർവ്വേയർമാർ, ഹെവി ഉപകരണ ഓപ്പറേറ്റർമാർ, സെക്യൂരിറ്റി ഗാർഡുകൾ, ഫോറസ്റ്റി, സിവിൽ എഞ്ചിനീയർ, വിമാനത്തിലേയും സമുദ്രത്തിലേയും യാത്ര ചെയ്യുന്ന കപ്പലുകളിലേയും ജീവനക്കാർ, ഓഫ്ഷോർ ജോലികൾ, സ്പോർട്സ് ഡ്യൂട്ടി, ഫിലിം ഷോ, ഷൂട്ടിംഗ് എന്നിവയിൽ ഏർപ്പെട്ടിരിക്കുന്ന വ്യക്തികൾ, സമാന സ്വഭാവമുള്ള തൊഴിലുകളിൽ/പ്രവർത്തനങ്ങളിൽ ഏർപ്പെട്ടിരിക്കുന്ന വ്യക്തികളും.
- വളരെ ഹെവി (ക്ലാസ് ഫം ഫം):
- ഭൂതൻ മൈനുകളിൽ ജോലി ചെയ്യുന്നവരും സ്പോർട്സ് വസ്തുക്കളും മാഗസിനുകളും ബന്ധപ്പെട്ടുള്ള ജോലികളിൽ ഏർപ്പെട്ടിരിക്കുന്നവരുമായ വ്യക്തികൾ, ഹൈടെക്സ് വൈദ്യുതി പ്രവാഹമുള്ള ഇലക്ട്രിക്കൽ ഇൻസ്റ്റാലേഷനുകളിൽ ഏർപ്പെട്ടിരിക്കുന്ന തൊഴിലാളികൾ, സർക്കസ് ഉദ്യോഗസ്ഥർ, വാഹനങ്ങളിലോ കൃത്രിമപ്പറത്തോ നടത്തുന്ന മൽസരോത്സവം, വലിയ വസ്തുക്കളുടെ വേട്ട, പർവ്വതാരോഹണം, ശൈത്യകാല കായിക വിനോദങ്ങൾ, സ്കീയിംഗ്, ബജിംഗ്, ഹാൻഡ് ഗ്ലൈഡിംഗ്, റിവർ റാഫ്റ്റിംഗ്, പോളോ, സിനിമയിലെ സ്റ്റണ്ട്മാൻ തുടങ്ങിയ പ്രവർത്തികളിൽ ഏർപ്പെട്ടിരിക്കുന്ന വ്യക്തികൾ, സമാനമായ അപകടകരമായ തൊഴിലുകളിൽ/പ്രവർത്തനങ്ങളിൽ ഏർപ്പെട്ടിരിക്കുന്ന വ്യക്തികൾ.
- മുന്നറിയിപ്പ് (ക്ലാസ് എ):
- പേരലിസ് നേന, സായുധ നേന, 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 നേടിയിട്ടുള്ള എല്ലാ അംഗങ്ങളുടെയും നോമിനി പോളിസി ഉടമയാണ്. പോളിസി ഉടമയ്ക്ക് നോമിനിയാക്കി നൽകേണ്ട വിശദാംശങ്ങൾ ചുവടെയുണ്ട്.

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

നോമിനി പ്രായപൂർത്തിയാകാത്ത ആളാണെങ്കിൽ, നിയുക്തമാക്കപ്പെട്ട വ്യക്തിയുടെ പേരും വിവരവും പ്രായപൂർത്തിയാകാത്തയാളുമായുള്ള ബന്ധവും:

നിയുക്തമാക്കപ്പെട്ട വ്യക്തിയുടെ പേര്	നോമിനിയുമായുള്ള ബന്ധം	നിയുക്തമാക്കപ്പെട്ട 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)	ഐ.എഫ്.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 പോളിസിയിലൂടെ വിവരങ്ങൾ

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

അതെ എങ്കിൽ, ദയവായി പോളിസി/അപേക്ഷാ നമ്പർ(കൾ) അപ്പോഴുള്ളവയെക്കുറിച്ച് അറിയിക്കുക (പ്രൊപ്പോസർ അറിയാത്തതുകൊണ്ട് അപേക്ഷാ നമ്പർ പരാമർശിക്കുക.)

എന്ന് മൂലമാണ് നിങ്ങൾക്ക് തുടർച്ചയായി ഇൻഷുറൻസ് പരിരക്ഷ ലഭിച്ചു കൊണ്ടിരിക്കുന്നത്:

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

ഇൻഷുറൻസ് പരിരക്ഷ ലഭിക്കുന്ന വ്യക്തിയുടെ പേര് (പ്രഥമ നാമം, മദ്ധ്യ നാമം, അന്തിമ നാമം)	ഇൻഷുറൻസ് ദാതാവിന്റെ പേര്	പോളിസി നമ്പർ/അപേക്ഷാ നമ്പർ.	ഇൻഷുറൻസ് കാലയളവ്		ഇൻഷുറൻസ് തുക (രൂപ)	ഒരു വിവരങ്ങൾ, എന്തെങ്കിലും ഉണ്ടെങ്കിൽ
			മുതൽ	വരെ		
			DD MM YYYY	DD MM YYYY		

7. മെഡിക്കൽ, ശാരീരിക വൈകല്യം (മെഡിക്കൽ ചരിത്രം)*

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

1. അപേക്ഷകരിൽ ആരൊക്കെങ്കിലും അപസ്ഥിരമായി ബന്ധപ്പെട്ട ക്രമരേഖകൾ അല്ലെങ്കിൽ ശാരീരികരോ മാനസികരോ ആയ ഏതെങ്കിലും തകരാറുകൾ/വൈകല്യങ്ങൾ/സുന്ദരത/അസുഖം/വൈകല്യം അല്ലെങ്കിൽ ചലനശേഷിയെ/കാഴ്ചശക്തിയെ/കേൾവിശക്തിയെ/സംസാര ശേഷിയെ ബാധിക്കുന്ന ഏതെങ്കിലും രോഗാവസ്ഥ അനുഭവപ്പെട്ടിട്ടുണ്ടോ അല്ലെങ്കിൽ നിലവിൽ അനുഭവപ്പെടുന്നുണ്ടോ?	Y N	1234567
2. മനോരോഗം/മാനസിക രോഗം, അപസ്ഥിരത, മസ്തിഷ്കാഘാതം/സിവിൽ അല്ലെങ്കിൽ തലച്ചോറ്, നാഡികൾ അല്ലെങ്കിൽ സൂക്ഷ്മമായ നാഡി എന്നിവയുടെ മറ്റേതെങ്കിലും രോഗം.	Y N	1234567
3. കൈകാലുകളുടെ വൈകല്യം, സന്ധിവാതം, ഗുട്ട്, പക്ഷാഘാതം അല്ലെങ്കിൽ ചലനശേഷി, കാഴ്ചശക്തി, കേൾവിശക്തി, സംസാര ശേഷി എന്നിവയെ ബാധിക്കുന്ന മറ്റേതെങ്കിലും രോഗാവസ്ഥ.	Y N	1234567
4. അപേക്ഷകന്റെ തൊഴിൽ, കടലിലെ/നദിയിലെ യാത്രാ കപ്പലുകളിൽ ക്യാബിൻ ക്രൂ ആയോ ഉയർന്ന വോൾട്ടേജുള്ള ഒരു സ്ഥലത്ത് പ്രവർത്തിക്കുകയോ ചെയ്യുകയോ അല്ലെങ്കിൽ സാധാരണ സേനയുടെ ഭാഗമായോ, അയാൾ/അവർ ശാരീരികമായി അധ്വാനിക്കുന്നതിന് അല്ലെങ്കിൽ അപകടകരമായ പ്രവർത്തികളിൽ ഏർപ്പെടുകയോ അപകടകരമായ വസ്തുക്കൾ കൈകാര്യം ചെയ്യുകയോ ഉയരങ്ങളിൽ ജോലി ചെയ്യുകയോ ചെയ്യേണ്ടി വരുന്ന ആവശ്യമാക്കിത്തീർക്കുന്നുണ്ടോ?	Y N	1234567

വിഭാഗം ബി: അസുഖം/ഔഷധം/ പരിശോധന/ശസ്ത്രക്രിയ/ഡയറ്ററി നിയമം 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 അനുബന്ധ 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.
- ഈ പ്രൊപ്പോസലിലെ ചോദ്യങ്ങൾ സമ്പൂർണ്ണമായി, മറിച്ചു സ്വാഭാവികമാണ്. 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 ഉപദേശാധിപതിയുമായി/കമ്പനിയുമായി സമ്പർക്കം പുലർത്തേണ്ടതാണ്.
- നിങ്ങളുടെ പ്രൊപ്പോസൽ സ്വീകരിക്കുന്നത് പൂർണ്ണമായ മെഡിക്കൽ റിപ്പോർട്ടുകൾ (ബാധകമാകുന്നിടത്തൊക്കെ) ലഭിക്കുന്നതിന്റെയും മെഡിക്കൽ അഭിപ്രായപ്രകാശനത്തിന്റെയും അടിസ്ഥാനത്തിലായിരിക്കുകയും ഇൻഷുറൻസ് പരിരക്ഷ ആരംഭിക്കുന്നത് കമ്പനിക്ക് മുഴുവൻ പ്രീമിയം തുകയുടെയും പണം അക്കൗണ്ടിൽ ലഭിച്ചതിന് ശേഷമായിരിക്കുകയും ചെയ്യും.
- ഒഴിവാക്കപ്പെട്ടവയെയും ഉൾപ്പെടുത്തപ്പെട്ടവയെയും മറ്റ് പോളിസി വിവരങ്ങളെയും സ്വാഭാവികമാണ്. പൂർണ്ണമായ ലിസ്റ്റിംഗ് സമ്പൂർണ്ണമായ വിവരങ്ങൾക്കും ദയവായി പോളിസി വാചകങ്ങൾ വായിക്കുക.

8. പേയ്മെന്റ് വിവരങ്ങൾ

- പേയ്മെന്റ് വിവരങ്ങൾ: ദയവായി () ശരിയടയാളമിടുക: മൊത്തം പ്രീമിയം തുക (രൂപ) _____ ☐ ക്യാഷ് ☐ ചെക്ക്/എൻഇഎഫ്ടി/ഡിഡി പേയ്മെന്റ് ഓപ്ഷൻ ☐ ഡിജിറ്റൽ പേയ്മെന്റ് ചെക്ക്/എൻഇഎഫ്ടി/ഡിഡി നമ്പർ _____ ചെക്ക്/എൻഇഎഫ്ടി/ഡിഡി തീയതി

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

 ബാങ്ക് _____

- ഇൻഷുറൻസ് പോളിസി ഞാൻ നൽകുന്ന വിവരങ്ങളെ അടിസ്ഥാനത്തിലായിരിക്കുമെന്നും ഇൻഷുറൻസ് ദാതാവിന്റെ ബോർഡ് അംഗീകരിച്ച അണ്ടർവൈറ്റിംഗ് നയങ്ങൾക്ക് വിധേയമാണെന്നും ഇറാക്കപ്പെടുന്ന പ്രീമിയം പൂർണ്ണമായി അടച്ചതിനുശേഷം മാത്രമേ പോളിസി പ്രാബല്യത്തിൽ വരൂ എന്നും ഞാൻ മനസ്സിലാക്കുന്നു.
- പ്രൊപ്പോസൽ സമർപ്പിച്ചതിനുശേഷം, എന്നാൽ, കമ്പനി റിസ്ക് സിങ്കിൾക്കുന്നതിനെക്കുറിച്ച് അറിയിക്കുന്നതിന് മുൻപായി, ഇൻഷുറൻസ് പരിരക്ഷ ലഭിക്കേണ്ട വ്യക്തിയുടെ പ്രൊപ്പോസറുടെ തൊഴിലിലോ പൊതുവായ ആരോഗ്യത്തിലോ സംഭവിക്കുന്ന ഏതൊരു മാറ്റവും ഞാൻ രേഖാമൂലം അറിയിക്കുമെന്ന് ഞാൻ പ്രസ്താവിക്കുന്നു.
- ഇൻ്ററിൻസ് പരിരക്ഷ ലഭിക്കേണ്ട വ്യക്തിയുടെ പ്രൊപ്പോസറുടെ ശാരീരികമായ മാറ്റവിവരങ്ങൾ ആയ ആരോഗ്യത്തെ ബാധിക്കുന്ന ഏതൊരു കാര്യത്തെയും കുറിച്ച്, ഇൻ്ററിൻസ് പരിരക്ഷ ലഭിക്കേണ്ട വ്യക്തിക്ക് പ്രൊപ്പോസറുടെ ഏതെങ്കിലും സമയത്ത് ശുശ്രൂഷ നൽകിയ ഏതെങ്കിലും ഡോക്ടറിൽ നിന്നോ അശുശ്രൂഷയിൽ നിന്നോ, മുൻകാലത്തെ അല്ലെങ്കിൽ ഇപ്പോഴത്തെ തൊഴിലുമായി നിന്നോ വെറു വിവരങ്ങൾ കമ്പനി തേടുന്നതിനും പ്രൊപ്പോസൽ അണ്ടർവൈറ്റിംഗ് ചെയ്യുന്നതിന് ഒപ്പം/അല്ലെങ്കിൽ ക്ലെയിം സെറ്റിൽമെന്റ് ചെയ്യുന്നതിന് ഇൻ്ററിൻസ് പരിരക്ഷ ലഭിക്കേണ്ട വ്യക്തി പ്രൊപ്പോസർ ഇൻഷുറൻസിനായി അപേക്ഷ സമർപ്പിച്ച ഏതെങ്കിലും ഇൻഷുറൻസ് ദാതാവിൽ നിന്ന് വിവരങ്ങൾ തേടുന്നതിനും ഞാൻ സമ്മതിക്കുന്നു.
- പ്രൊപ്പോസൽ അണ്ടർവൈറ്റിംഗ് ചെയ്യുന്നതിന് ഒപ്പം/അല്ലെങ്കിൽ ക്ലെയിം സെറ്റിൽമെന്റ് ചെയ്യുന്നതിന് വേണ്ടി മാത്രമായി, ഇൻഷുറൻസ് ഏടത്തിട്ടുള്ള വ്യക്തിയുടെ പ്രൊപ്പോസറുടെ വെബ്സൈറ്റ് വേക്വർ ഉൾപ്പെടെ എല്ലാ പ്രൊപ്പോസലുമായി ബന്ധപ്പെട്ട വിവരങ്ങൾ ഏതെങ്കിലും സർക്കാർ തല അധികൃതരുമായി ഒപ്പം/അല്ലെങ്കിൽ നിയന്ത്രണപര അധികൃതരുമായി പങ്കുവെക്കുന്നതിന് ഞാൻ കമ്പനിയെ അധികാരപ്പെടുത്തുന്നു.

തീയതി:

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

പ്രൊപ്പോസറുടെ ഒപ്പ്: _____

സ്ഥലം: _____

പ്രൊപ്പോസറുടെ പേര്: _____

2. ഇളകോണിക് പോളിസിഡെ പരിസ്ഥിതികരണത്തിനും സേവനങ്ങളുമായി ബന്ധപ്പെട്ട ആശയവിനിമയത്തിനുമുള്ള അധികാരപ്പെടുത്തൽ (ഒപ്പു വെക്കുന്നതിന് മുമ്പായി ഭയപായി ശ്രദ്ധാപൂർവ്വം വായിച്ച് ഓരോന്നിനും നേരെ ഒരു ശരിയടയാളം ഇടുക).

പോളിനി രേഖകൾ സമ്പത്യാസം സമ്പത്യാസം സമ്പത്യാസം ഇമെയിൽ വഴിയോ (ഭവവായി നിങ്ങളുടെ ഇ-മെയിൽ ഐഡി അങ്ങൻ്റെ നൽകുക) അല്ലെങ്കിൽ മുകളിൽ നൽകിയിരിക്കുന്ന എന്റെ മൊബൈൽ നമ്പറിൽ എസ്എംഎസ് വഴിയായോ അയയ്ക്കാമെന്നു ഞാൻ ഇതിനാൽ സമ്മതിക്കുന്നു.

ബന്ധങ്ങൾ കമ്പനിയുടെ പ്രൊപ്പ്രൈറ്ററി വസ്തുവുണ്ടായിരുന്നെങ്കിൽ നിർവ്വഹണമോ ആയ പോളിസിയിലായി ബന്ധപ്പെട്ട്, കാലാകാലങ്ങളിൽ ബാധകമായ നിർവ്വഹണപരിപാടികൾക്ക് വിധേയമായി സ്റ്റാൻഡർട്ടുകളോട്, സർവ്വീസ് ക്ലോജർ അല്ലെങ്കിൽ മറ്റ് വ്യവസ്ഥകൾ അനുരൂപമായി (ഇലക്ട്രോണിക് അല്ലെങ്കിൽ മറ്റ് വിധത്തിൽ) നടത്താൻ മാർഗ്ഗ ജനറൽ ഇൻഷുറൻസ് ലിമിറ്റഡ് ("കമ്പനി") ഞാൻ ഇതിനാൽ സമ്മതം നൽകുകയും അധികാരപ്പെടുത്തുകയും ചെയ്യുന്നു.

പോളിനിയുമായി ബന്ധപ്പെട്ട എല്ലാ ആശയവിനിമയങ്ങളും എന്റെ വാട്ട്സ്ആപ്പ് നമ്പറിൽ ലഭിക്കുന്നതിന് ഞാൻ ആഗ്രഹിക്കുന്നു.

വാട്ട്സ്ആപ്പ് നമ്പർ: _____

തീയതി:

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

ପ୍ରାପ୍ତୋକ୍ତର ଉପାଦାନ: _____

ਨੰਬਰ: _____

പ്രാപ്തനാമം: _____

3. പ്രാദേശിക സത്യാവസ്ഥയും മാറ്റം ജനറൽ ഇൻഷുറൻസ് ലിമിറ്റഡിൽ നിന്ന് ആരോഗ്യ ഇൻഷുറൻസ് ലഭിക്കുന്നതുമായി ബന്ധപ്പെട്ട പ്രൊപ്പോസൽ ഫോമിന്റെയും മറ്റെല്ലാ രേഖകളുടേയും ഉള്ളടക്കം പ്രൊപ്പോസിൾക്ക് അയക്കാൻ അവർക്ക് മനസ്സിലാക്കുന്ന ഭാഷയിൽ പൂർണ്ണമായും വിശദീകരിച്ചിട്ടുണ്ടെന്ന് ഞാൻ ഇതിനാൽ പ്രഖ്യാപിക്കുന്നു. പ്രൊപ്പോസർ അവ പൂർണ്ണമായി മനസ്സിലാക്കിയെടുത്തും പ്രൊപ്പോസിൻ നൽകിയിട്ടുള്ള വിവരങ്ങളുടെ അടിസ്ഥാനത്തിൽ മുറുപ്പികൾ രേഖപ്പെടുത്തിയിട്ടുള്ളതുമാകുന്നു. പ്രൊപ്പോസറനെ മുറുപ്പികൾ വായിച്ചു കേൾപ്പിക്കുകയും പ്രൊപ്പോസിൻ അവ പൂർണ്ണമായി മനസ്സിലാക്കുകയും സ്ഥിരീകരിക്കുകയും ചെയ്തിട്ടുള്ളതാണ്.

ഡിക്ലറേഷന്റെ പേര്: _____

പ്രൊപ്പോസറുമായുള്ള ബന്ധം: _____

ഡിക്ടററിന്റെ ഒപ്പ്: _____

അപേക്ഷകൻ്റെ പ്രാദേശിക ഭാഷയിലുള്ള ഒപ്പ്: _____

தீயதி:

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

4. മദ്ധ്യവർത്തിയുടെ സത്യവാങ്മൂലം

[illegible]

ലൈസൻസ് നമ്പർ/ഐഡി (ഉപദേശാധിപതി/കോർപ്പറേറ്റ് ഏജൻ്റ്/ബ്രോക്കർ/റിലേഷൻഷിപ്പ് ഓഫീസർ)

തീയതി:

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

ഇൻഷുറൻസ് ഉപദേശാവിന്റെ 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. പ്രാജ്ഞാസമൃദ്ധി

(എൽക്കിഡോ കാണണമെന്നതിനെ പൊതുവായും ബന്ധപ്പെട്ട മറ്റ് ചേട്ടന്മാർക്കും പൊതുവായി പരിപാടിയിട്ടുള്ളതും സാധാരണയായിട്ടുള്ളതും സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തൽ). പ്രൊപ്പോസിറ്റ് മോമിന്റെയും ബന്ധപ്പെട്ട മേഖലകളുടെയും ഉള്ളടക്കം എനിക്ക് പൂർണ്ണമായി വിശദീകരിച്ചിട്ടുള്ളതും നിർദ്ദിഷ്ട അനൗദ്യോഗിക വിഭാഗം ഞാൻ പൂർണ്ണമായി മനസ്സിലാക്കിയിട്ടുള്ളതാകുന്നു. ഈ പ്രൊപ്പോസിറ്റ് മോമം എന്റെ നിർദ്ദേശത്തിന് കീഴിൽ പരിപാടിക്കുന്നു; ഇത് കൃത്യമാണെന്ന് ഞാൻ മനസ്സിലാക്കിയിട്ടുണ്ട്.

തീയതി:

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

ഞർഷാറൻസ് പെരേഴാവിൻ ഒപ്പ്:

6. പൂർണ്ണ അസൈൻമെന്റ്:

പോളിസി ആരംഭിക്കുന്ന തീയതി മുതൽ, ഈ പോളിസി പ്രകാരം കമ്പനി നൽകേണ്ട ഏതൊരു ക്ലെയിമും ധനകാര്യ സ്ഥാപനമായ _____ പരിപാലിക്കുന്ന ലോൺ അക്കൗണ്ട് നമ്പർ _____ ന്നു നേരിട്ട് നിക്ഷേപിക്കേണ്ടതാണ്. ഈ പോളിസി പ്രകാരം ഏതെങ്കിലും ക്ലെയിമുകൾ നൽകേണ്ടതായി വരുന്ന സാഹചര്യത്തിൽ, ക്ലെയിം ലഭിച്ച തീയതിയിലെ ഇൻഷുറൻസ് തുകയുടെ പരിധിയിലുള്ള ഒരു തുക, കമ്പനി മുകളിൽ പറഞ്ഞ ലോൺ അക്കൗണ്ടിൽ ഇൻഷുറൻസ് പരിരക്ഷയുള്ള വ്യക്തിയുടെയോ നിയമപരമായ അവകാശിയുടെയോ നോമിനിക്ക് നൽകിയതായി കണക്കാക്കും. മുകളിൽ പറഞ്ഞ രീതിയിൽ ധനകാര്യ സ്ഥാപനത്തിന് ഒപ്പം/അല്ലെങ്കിൽ ഇൻഷുറൻസ് പരിരക്ഷയുള്ള വ്യക്തിക്കും തുക ലഭിച്ചുകഴിഞ്ഞാൽ, ഇൻഷുറൻസ് പരിരക്ഷയുള്ള വ്യക്തിയും ധനകാര്യ സ്ഥാപനവും പോളിസിയുടെ കീഴിലുള്ള എല്ലാ ബാധ്യതകളിൽ നിന്നും കമ്പനിയെ പൂർണ്ണമായും ഒഴിവാക്കുകയും താഴെ ഒപ്പു വ്യക്തിയും അവകാശികളും എക്സിക്യൂട്ടീവുകളും അഡ്മിനിസ്ട്രേറ്റർമാരും പിൻഗാമികളും അല്ലെങ്കിൽ ഇൻഷുറൻസ് പരിരക്ഷയുള്ള വ്യക്തിയുടെ നിയമപരമായ പ്രതിനിധികളും സാഹചര്യത്തിനനുസരിച്ച് അതിന് ബാധ്യസ്ഥരായിരിക്കുകയും ചെയ്യും.

തീയതി:

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

 ഇൻഷുറൻസ് ഉപദേഷ്ടാവിന്റെ ഒപ്പ്: _____

7. ഏറ്റവും കൂടുതൽ മാർഗ്ഗനിർദ്ദേശങ്ങൾ

1. അടച്ചിട്ടുള്ള/ഓവിയൽ അടയ്ക്കേണ്ട എല്ലാ പ്രീമിയങ്ങളും സത്യസന്ധമായ സ്രോതസ്സുകളിൽ നിന്നാണെന്നും കുറ്റകൃത്യത്തിലേർപ്പെട്ടതിൽ നിന്ന് ലഭിച്ച വരുമാനത്തിൽ നിന്ന് അടയ്ക്കുന്നതല്ലെന്നും അത്തരം പ്രീമിയങ്ങൾ ഏറ്റെടുക്കേണ്ട വരുമാനത്തിന് ആനുപാതികമല്ലാത്തവയല്ലെന്നും ഞാൻ/ഞങ്ങൾ ഇതിനാൽ സ്ഥിരീകരിക്കുന്നു. ഇൻഡ്യയിലെ കള്ളപ്പണം വെളുപ്പിക്കൽ തടയൽ നിയമത്തെ നേരിട്ടോ അല്ലാതെയോ നിയന്ത്രിക്കുന്ന ഏതെങ്കിലും ചട്ടങ്ങൾക്ക് അനുസൃതമായി, യോഗ്യതയുള്ള ഏതെങ്കിലും കോടതി ഏതെങ്കിലും കള്ളപ്പണം വെളുപ്പിക്കുന്നതിന് കണ്ടെത്തിയാൽ, ഫണ്ടുകളുടെ ഉറവിടങ്ങൾ തെളിയിക്കുന്നതിന് വേണ്ടി വേണ്ടി ആവശ്യപ്പെടുന്നതിനും ഇൻഷുറൻസ് പോളിസി റദ്ദാക്കുന്നതിനും കമ്പനിക്ക് അവകാശമുണ്ടെന്ന് ഞാൻ/ഞങ്ങൾ മനസ്സിലാക്കുന്നു.

തീയതി:

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

 ഇൻഷുറൻസ് ഉപദേഷ്ടാവിന്റെ ഒപ്പ്: _____

നിങ്ങളോ പ്രൊപ്പോസലിൽ അപേക്ഷിച്ചിരിക്കുന്നവരിൽ ആരെങ്കിലുമോ പിഇപി (PEP)-കളോ അതോ പിഇപി (PEP)-കളുടെ അടുത്ത ബന്ധു/അസോസിയേറ്റ് ആണോ?

☐ അതെ ☐ ഇല്ല

അതെ 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 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 തരം: (ഒരു സ്ഥാപനം പ്രൊപ്പോസർ ആണെങ്കിൽ ഇത് ബാധകമാണ്. പ്രൊപ്പോസർ ഒരു വ്യക്തിയോ, ഏക ഉടമസ്ഥനോ എച്ച്.എഫ്.-ഓ ആണെങ്കിൽ, ദയവായി ഓപ്ഷൻ X തിരഞ്ഞെടുക്കുക)

- | | | | | |
|--------------------------|----------------|----------------------------------|-------------------------------|---|
| (i) കോർപ്പറേഷനുകൾ | (ii) ട്രസ്റ്റ് | (iii) സർക്കാർ | (iv) പങ്കാളിത്തം/എൽഎൽപി | (v) സർക്കാരിതര സംഘടനകൾ |
| (vi) സ്വകാര്യ സ്ഥാപനങ്ങൾ | (vii) സൊസൈറ്റി | (viii) ലൈവ്റ്റ് ലിമിറ്റഡ് കമ്പനി | (ix) പബ്ലിക് ലിമിറ്റഡ് കമ്പനി | (x) മറ്റുള്ളവ, ദയവായി വ്യക്തമാക്കുക:----- |

4. പ്രീമിയം അടയ്ക്കുന്നതിനുള്ള ഫണ്ടിന്റെ ഉറവിടം:

ബിസിനസ്സ്: ----- ശമ്പളം: ----- മറ്റുള്ളവ (ദയവായി വ്യക്തമാക്കുക):-----

8. വൈകല്യ സത്യവാങ്മൂലം

ഈ സത്യവാങ്മൂലം നൽകുന്നതിനായി പ്രൊപ്പോസർ എന്ന യഥാർത്ഥ അധികാരപ്പെടുത്തിയിട്ടുള്ളതും മാഗ് ജനറൽ ഇൻഷുറൻസ് ലിമിറ്റഡിൽ നിന്ന് ആരോഗ്യ ഇൻഷുറൻസ് ലഭിക്കുന്നതുമായി ബന്ധപ്പെട്ട പ്രൊപ്പോസൽ ഫോമിന്റെയും മറ്റെല്ലാ രേഖകളുടെയും ഉള്ളടക്കം പ്രൊപ്പോസർക്ക് പൂർണ്ണമായും വിശദീകരിച്ചിട്ടുണ്ടെന്ന് ഞാൻ ഇതിനാൽ പ്രസ്താവിക്കുന്നു. പ്രൊപ്പോസർ അവ പൂർണ്ണമായി മനസ്സിലാക്കിയിട്ടുള്ളതും പ്രൊപ്പോസർ നൽകിയിട്ടുള്ള വിവരങ്ങളുടെ അടിസ്ഥാനത്തിൽ മറുപടികൾ രേഖപ്പെടുത്തിയിട്ടുള്ളതുകൊണ്ടും പ്രൊപ്പോസർ മറുപടികൾ വായിച്ചു കേൾപ്പിക്കുകയും പ്രൊപ്പോസർ അവ പൂർണ്ണമായി മനസ്സിലാക്കുകയും സ്ഥിരീകരിക്കുകയും ചെയ്തിട്ടുണ്ട്.

മാഗ് ജനറൽ ഇൻഷുറൻസ് ലിമിറ്റഡിൽ നിന്ന് ആരോഗ്യ ഇൻഷുറൻസ് ലഭിക്കുന്നതുമായി ബന്ധപ്പെട്ട പ്രൊപ്പോസൽ ഫോമിന്റെയും മറ്റെല്ലാ രേഖകളുടെയും ഉള്ളടക്കം ഞാൻ പൂർണ്ണമായും വിശദീകരിച്ചിട്ടുണ്ടെന്ന് ഞാൻ ഇതിനാൽ പ്രഖ്യാപിക്കുന്നു. ഞാൻ അവ പൂർണ്ണമായി മനസ്സിലാക്കിയിട്ടുള്ളതും അയാൾ/അവർ നൽകിയിട്ടുള്ള വിവരങ്ങളുടെ അടിസ്ഥാനത്തിൽ മറുപടികൾ രേഖപ്പെടുത്തിയിട്ടുള്ളതുകൊണ്ടും മറുപടികൾ വിശദീകരിക്കുകയും അവ പൂർണ്ണമായി മനസ്സിലാക്കുകയും ഞാൻ സ്ഥിരീകരിക്കുകയും ചെയ്തിട്ടുണ്ട്.

പേര്: _____ ഒപ്പ്: _____ തീയതി: _____

11. പൊതുവിവരങ്ങൾ

1. മുന്നറിയിപ്പ്

നിങ്ങളോ ഇൻഷുറൻസ് പരിരക്ഷയ്ക്കായി നിർദ്ദേശിക്കപ്പെട്ടിട്ടുള്ള ഓരോ വ്യക്തിയോ 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 വരുന്നവെങ്കിൽ, ദയവായി വിവരങ്ങൾ വേറെ ഒരു കടലാസിൽ എഴുതി യഥാർത്ഥം ഒപ്പിട്ട് ഇതിന്റെയൊപ്പം ചേർത്തു വെക്കുക. വിവരങ്ങൾ വെളിപ്പെടുത്തുന്നതിനുള്ള ബാധ്യതകൾ പാലിക്കാതിരുന്നാൽ, അത്തരം ലംഘനം ഇതിനോടകം നൽകിയിട്ടുള്ള ഏതൊരു പോളിസിയെയും അസാധുവാക്കിത്തീർത്തേക്കാവുന്നതാണ്.

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

- ഇൻഡ്യയിൽ, ജീവനും സ്വത്തുമായി ബന്ധപ്പെട്ട ഏതെങ്കിലും തരത്തിലുള്ള അപകടസാധ്യതകൾ സംബന്ധിച്ച് ഇൻഷുറൻസ് എടുക്കുന്നതിനോ പുതുക്കുന്നതിനോ തുടരുന്നതിനോ ഏതെങ്കിലും വ്യക്തിക്ക് പ്രലോഭനമായി, അടയ്ക്കേണ്ട കമ്മീഷന്റെ ഓരോ പോളിസിയുടെ കണിച്ചിരിക്കുന്ന പ്രീമിയത്തിന്റെ ഏതെങ്കിലും കിഴിവ്, അല്ലെങ്കിൽ ഒരു പോളിസി എടുക്കുന്നതോ പുതുക്കുന്നതോ തുടരുന്നതോ ആയ ഒരു വ്യക്തിയും ഇൻഷുററുടെ പ്രസിഡൻ്റായ പ്രോസിക്യൂട്ടർ അല്ലെങ്കിൽ ടേബിളുകൾക്ക് അനുസൃതമായി അനുവദിക്കുന്ന കിഴിവ് ഒഴികെ ഒരു കിഴിവു നേരിട്ടോ അല്ലാത്തതോ ഒരു വ്യക്തിയും അനുവദിക്കുകയോ അനുവദിക്കപ്പെടുകയോ ചെയ്യുവാൻ പാടുള്ളതല്ല.
- മുകളിലുള്ള ഉപ-നിയമം (1) വ്യവസ്ഥകൾ പാലിക്കുന്നതിൽ വിഴ്ച 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 പോളിസിക്ക് വേണ്ടിയുള്ള ഏതെങ്കിലും 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 ലഭിച്ചിട്ടില്ലെങ്കിലോ അല്ലെങ്കിൽ അത് പണമായി ഞങ്ങളുടെ അക്കൗണ്ടിൽ മാറ്റപ്പെട്ടിട്ടില്ലെങ്കിലോ ഞങ്ങൾക്ക് യാതൊരു ബാധ്യതയും ഉണ്ടായിരിക്കുന്നതുമല്ല.

സ്വീകർത്താവിന്റെ ഒപ്പും ഓഫീസ് സീലും _____

മാഗ് ജനറൽ ഇൻഷുറൻസ് ലിമിറ്റഡ് (മുൻപ് മാഗ് എച്ച്.ഡി.എ. ജനറൽ ഇൻഷുറൻസ് കമ്പനി ലിമിറ്റഡ്) | www.magmainurance.com | ഇ-മെയിൽ: customercare@magmainurance.com | ടോൾ ഫ്രീ: 1800 266 3202 | രജിസ്റ്റർ ചെയ്ത ഓഫീസ്: ഇക്വിനോക്സ് ബിസിനസ് പാർക്ക്, ടവർ 3, അമ്പേർക്കർ നഗർ, രണ്ടാം നില, യൂണിറ്റ് നമ്പർ 1ബി & 2ബി, എൽബിഎസ് മാർഗ്, കൂർള (വെസ്റ്റ്), മുംബൈ 400070, മഹാരാഷ്ട്ര, ഇന്ത്യ | സിഎഐ: U66000MH2009PLC460693 | ഐആർഡിഎഐ രജിസ്ട്രേഷൻ നമ്പർ 149 | വൺപ്രൊട്ടക്റ്റ് | ഉൽപ്പന്ന യുഎഐ: MAGHLIP25038V062425 | പ്രദർശിപ്പിച്ചിരിക്കുന്ന വ്യാപാര ലോഗോ മാഗ് വെഞ്ചേഴ്സ് പ്രൈവറ്റ് ലിമിറ്റഡിന്റെതായിരിക്കുകയും ലൈസൻസിന് കീഴിൽ മാഗ് ജനറൽ ഇൻഷുറൻസ് ലിമിറ്റഡ് ഉപയോഗിക്കുകയും ചെയ്യുന്നു. | ഞങ്ങളുടെ വെബ്സൈറ്റിൽ മിറ-യുമായി ചാറ്റ് ചെയ്യുക അല്ലെങ്കിൽ വാട്സ്ആപ്പ് നമ്പർ 7208976789-ൽ “ഹായ്” എന്ന് അയയ്ക്കുകയും ചെയ്യുക. (PF .OP.ver 15.12.25)