

ಮಹತ್ವದ ಸೂಚನೆಗಳು:

- ಈ ಲಾಭವನ್ನು ಪಾಲಿಸಿಧಾರಕರು ಪಾಲಿಸಿ ಅಡಿಯಲ್ಲಿ ಇನ್ಸೂರೆ ಮಾಡಿದ ವ್ಯಕ್ತಿಯ (ಗಳ) ಆರೋಗ್ಯ ಉಪಚಾರಕ್ಕಾಗಿ ಮಾಡಿದ ಖರ್ಚುಗಳಿಗಾಗಿ ಪಡೆಯಬಹುದಾಗಿದೆ.
- ಪಾಲಿಸಿ ಆರಂಭದ ದಿನಾಂಕದಿಂದ ಮೂರು ಪಾಲಿಸಿ ವರ್ಷಗಳನ್ನು ಪೂರ್ತಿಗೊಳಿಸಿದ ನಂತರ ಮತ್ತು 3 ಪೂರ್ತಿ ಪಾಲಿಸಿ ವರ್ಷಗಳ ಪ್ರೀಮಿಯಮ್ ಪಾವತಿಗಳಿಗೊಳಪಟ್ಟು ಮಾತ್ರ ಈ ಲಾಭವನ್ನು ಪಡೆದುಕೊಳ್ಳಬಹುದಾಗಿದೆ. ವೆಚ್ಚ ಮಾಡಿದ ದಿನಾಂಕದಿಂದ ಪಾಲಿಸಿ ಜಾರಿಗೊಳ್ಳುತ್ತದೆ.
- ಈ ಲಾಭವನ್ನು ಪಾಲಿಸಿ ನಿಯಮ ಮತ್ತು ಷರತ್ತುಗಳಿಗನುಗುಣವಾಗಿಯು ನಿಜವಾಗಿ ರದ್ದುಗೊಳಿಸುವುದರಿಂದ ಪಡೆಯಬಹುದಾಗಿದೆ.
- ಪಾಲಿಸಿ ಅಡಿಯಲ್ಲಿ ಕ್ಲೇಮ್ ಮಾಡಬಹುದಾದ ಗರಿಷ್ಠ ಮೊತ್ತ ಕೆಳಗಿನಂತಿರುತ್ತದೆ -

ವರ್ಷ	1 ರಿಂದ 3	4 ಮತ್ತು 5	6 ರಿಂದ 10	ಅದರ ನಂತರ
ಕ್ಲೇಮ್ ಮಾಡಬಹುದಾದ ಗರಿಷ್ಠ ಲಾಭ	ಇಲ್ಲ	ಫಂಡಿನ 20%	ಫಂಡಿನ 50%	ಫಂಡಿನ 100%

- ದಯವಿಟ್ಟು ಅಸಲಿಬಿಲ್ಲುಗಳು/ ಮಾಡಿದ ಖರ್ಚುಗಳ ಪುರಾವೆಯೊಂದಿಗೆ* ಸರಿಯಾಗಿ ತುಂಬಿ ಸಹಿ ಮಾಡಿದ ಫಾರ್ಮ್‌ನ್ನು ಸಲ್ಲಿಸಿ.
- ಈ ಫಾರ್ಮ್‌ನ್ನು ಕಂಪನಿಗೆ ಸಲ್ಲಿಸಿದಾಗ ಹೊಣೆಗಾರಿಕೆಯನ್ನು ಒಪ್ಪಿಕೊಳ್ಳಲಾಗಿದೆ ಎಂದು ಭಾವಿಸತಕ್ಕದ್ದಲ್ಲ.
- ಕಂಪನಿಯು ಹೆಚ್ಚುವರಿ ದಸ್ತಾವೇಜುಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸುವಂತೆ/ ಅವಶ್ಯಕತೆಗಳನ್ನು ಪೂರೈಸುವಂತೆ ಕೇಳುವ ಹಕ್ಕನ್ನು ಕಾಯ್ದಿರಿಸಿಕೊಂಡಿರುತ್ತದೆ.
- ನಿಯಂತ್ರಕ ಅವಶ್ಯಕತೆಗಳ ಅನುಗುಣವಾಗಿ, ವಿಮೆ ಕೊಟ್ಟವರು (ಕಂ.) ಪಾಲಿಸಿಧಾರಕರಿಗೆ / ನಾಮಾಂಕಿತರಿಗೆ / ಅಪೈನಿಗಲಿಗೆ ಅವರ ಬ್ಯಾಂಕ್ ಖಾತೆಗೆ ಹಣವನ್ನು ನೇರವಾಗಿ ಕ್ರೆಡಿಟ್ ಮಾಡುವುದರ ಮೂಲಕ ಅವರಿಗೆ ಕೊಡತಕ್ಕ ಎಲ್ಲ ಸಂದಾಯಗಳನ್ನು (ವೇಜಿಟ್ಸ್) ಮಾಡಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ.

ಪಾಲಿಸಿ ಕ್ರಮಾಂಕ ದಿನಾಂಕ:

ಪ್ರೋಸೂರ್ ಹೆಸರು ಶ್ರೀ/ಶ್ರೀಮತಿ/ಮೇ ಮೊದಲ ಹೆಸರು ಕೊನೆಯ ಹೆಸರು

ವಿಳಾಸ

ಮಹತ್ವದ ಗುರುತು ಪಿನ್‌ಕೋಡ್

ಸಂಪರ್ಕ ಸಂ.ಗಳು ಎನ್‌ಟಿಡಿ ಮನೆ ಎನ್‌ಟಿಡಿ ಕಚೇರಿ ವಿಸ್ತರಣೆ ಐಎಸ್‌ಡಿ ಮೊಬೈಲ್

ಇ-ಮೇಲ್

ಎಲ್ಲ ಸ್ಥಳಗಳನ್ನು ತುಂಬುವುದು ಕಡ್ಡಾಯವಾಗಿದೆ. (ನಿಮ್ಮ ವಿನಂತಿಯನ್ನು ಸಂಸ್ಕರಣೆ ಮಾಡಲು ಕನಿಷ್ಠ ಒಂದು ಸಂಪರ್ಕ ಸಂಖ್ಯೆಯನ್ನು ಕೊಡುವುದು ಕಡ್ಡಾಯವಾಗಿದೆ. ಎಲ್ಲಾ ಭವಿಷ್ಯದ ಪತ್ರ ವ್ಯವಹಾರಗಳಿಗಾಗಿ ಇಲ್ಲಿ ಕೊಟ್ಟಿರುವ ಸಂಪರ್ಕ ವಿವರಗಳನ್ನು ಬಳಸಲಾಗುವುದು)

ನೀವು ಪಾಲಿಸಿ ಕೆಲವು ಎಕ್ಸ್‌ಪ್ರೋಸ್ಟ್ ಪರ್ಟ್ಸ್ (ಪಾಲಿಸಿಧಾರಕರು) ಆಗಿರುವಿರಾ: ಹೌದು ಇಲ್ಲ

ಪಾಲಿಸಿ ಕೆಲವು ಎಕ್ಸ್‌ಪ್ರೋಸ್ಟ್ ಪರ್ಟ್ಸ್ (ಪಿಇಪೀಸ್) ಎಂದರೆ ವಿದೇಶದಲ್ಲಿ ಮಹತ್ವದ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಕಾರ್ಯವನ್ನು ವಹಿಸಿಕೊಂಡವರು. ಉದಾ: ರಾಜ್ಯದ ಅಥವಾ ಸರ್ಕಾರದ ಪ್ರಮುಖರು, ಹಿರಿಯ ರಾಜಕಾರಣಿಗಳು, ಹಿರಿಯ ಸರ್ಕಾರಿ/ನ್ಯಾಯಾಂಗದ/ಮಿಲಿಟರಿ ಅಧಿಕಾರಿಗಳು, ರಾಜ್ಯ ಮಾಲೀಕತ್ವದ ಕಾರ್ಪೊರೇಶನ್‌ಗಳ ಹಿರಿಯ ಕಾರ್ಯಕಾರಿ ಅಧಿಕಾರಿಗಳು, ಮಹತ್ವದ ರಾಜಕೀಯ ಪಕ್ಷದ ಪದಾಧಿಕಾರಿ ಮುಂ., ಅವರ ಕುಟುಂಬ ಸದಸ್ಯರು ಮತ್ತು ಹತ್ತಿರದ ಸಂಬಂಧಿಕರನ್ನು ಒಳಗೊಂಡು.

ಖರ್ಚು ಮಾಡಿದ ವಿವರಗಳು (ಅನ್ವಯವಾಗುವ ಖರ್ಚುಗಳ ವಿಧ* ಮತ್ತು ಪುಟ 2 ರಲ್ಲಿ ಹೇಳಿದ ಅವಶ್ಯಕ ದಸ್ತಾವೇಜುಗಳು)

ವಿಮೆ ಹೊಂದಿದವರ ಹೆಸರು	ಸಂಬಂಧ (ಪಾಲಿಸಿಧಾರಕರೊಂದಿಗೆ)	ಮಾಡಿದ ವೆಚ್ಚಗಳ ವಿವರ	ವೆಚ್ಚ ಮಾಡಿದ ದಿನಾಂಕ	ಬಿಲ್ಲು/ಮಾರಾಟ ಪಟ್ಟಿ ಸಂ.	ಮೊತ್ತ (₹)	ಆಧಾರವೆಂದು ಸಲ್ಲಿಸಿದ ಅಸಲಿ ಮಾರಾಟ ಪಟ್ಟಿಗಳು
			dd/mm/yyyy			
			dd/mm/yyyy			
			dd/mm/yyyy			
			dd/mm/yyyy			
			dd/mm/yyyy			

ಒಟ್ಟು ಕ್ಲೇಮ್ ಮಾಡಿದ ಮೊತ್ತ

ದಿನಾಂಕ ಪಾಲಿಸಿಧಾರಕರ ಸಹಿ

ನಿಮ್ಮ ಸಮೀಪದ ಐಸಿಐಪಿಐ ಪ್ರೂ ಡೆವೆಲ್ಪರ್ ಲೈಫ್ ಇನ್ಸೂರೆನ್ಸ್ ಶಾಖೆ ಅಥವಾ ಐಸಿಐಪಿಐ ಪ್ರೂ ಡೆವೆಲ್ಪರ್ ಲೈಫ್ ಇನ್ಸೂರೆನ್ಸ್ ಕಂ. ಲಿ., ಬಿಎಸ್‌ಇಎಲ್ ಟಿಕ್, ಸಿ-ವಿಂಗ್. 1ನೇ ಮಹಡಿ, ವಾತಿ, ನವಿ ಮುಂಬಯಿ-400 703, ಮಹಾರಾಷ್ಟ್ರ ಇಲ್ಲಿ ದಸ್ತಾವೇಜುಗಳನ್ನು ಸಲ್ಲಿಸಿರಿ.

© 2012, ಐಸಿಐಪಿಐ ಪ್ರೂ ಡೆವೆಲ್ಪರ್ ಲೈಫ್ ಇನ್ಸೂರೆನ್ಸ್ ಕಂ. ಲಿ., ನೋಂದಾಯಿತ ಕಚೇರಿ: ಐಸಿಐಪಿಐ ಪ್ರೂ ಡೆವೆಲ್ಪರ್ ಟವರ್, 1089 ಅವಾಹಾಣಿ ಮರಾಠಿ ಮಾರ್ಗ, ಪ್ರಭಾವಿ, ಮುಂಬಯಿ - 400 025, ನೋಂದಾವಣೆ ಸಂಖ್ಯೆ-105, ಇನ್ಸೂರೆನ್ಸ್ ಒಂದು ಆಗ್ರಹದ ವಿಷಯವಾಗಿದೆ. UIN-105N087V01,Comp/doc/Mar/2012/994.

ಪಡೆದ ರಸೀದಿ:

ಇದು ಐಸಿಐಪಿಐ ಪ್ರೂ ಡೆವೆಲ್ಪರ್ - ಹೆಲ್ತ್ ಸೇವಿಂಗ್ಸ್ ಬೆನೆಫಿಟ್ ಕ್ಲೇಮ್ ಫಾರ್ಮ್ ಅರ್ಜಿ ಪಡೆದ ಪುರಾವೆಯಾಗಿದೆ:

ಪಾಲಿಸಿ ಕ್ರಮಾಂಕ ದಿನಾಂಕ

ಪ್ರೋಸೂರ್ ಹೆಸರು

ಸಿಬ್ಬಂದಿಯ ಹೆಸರು ಮತ್ತು ಕೋಡ್

ಶಾಖೆ

ಪಡೆದುಕೊಂಡ ರಸೀದಿಯನ್ನು ಹೊಣೆಗಾರಿಕೆಯ ಸಮ್ಮತಿಯಾಗುವುದಿಲ್ಲವನ್ನು ದಯವಿಟ್ಟು ತಿಳಿದುಕೊಳ್ಳಿ

ಮೋಹರು ಮತ್ತು ಸಮಯ

ಸಾಕ್ಷಿ ದಾರರ ಅನುಮತಿ:

ಪ್ರೋಸೆಸರ್ ಅತಿಕ್ಷಿಪ್ತರಾಗಿದ್ದಲ್ಲಿ ಅಥವಾ ಅಂಗವಿಕಲತೆಯಿಂದಾಗಿ ಅವರ ಬರವಣಿಗೆಯಲ್ಲಿ ತೊಂದರೆ ಇದ್ದಾಗ ಅಥವಾ ಅವರು ಪ್ರಾದೇಶಿಕ ಭಾಷೆಯಲ್ಲಿ ಸಹಿ ಮಾಡಿದಾಗ ಅನ್ವಯಿಸುತ್ತದೆ. (ಸೂಚನೆ: ಕಂಪನಿಯ ಸಲಹೆಗಾರ/ಪ್ರತಿನಿಧಿ/ಸಿಬ್ಬಂದಿಯನ್ನು ಹೊರತುಪಡಿಸಿ ಬೇರೂಬ್ಬರು ಕೆಳಗಿನವರನ್ನು ಪ್ರಮಾಣೀಕರಿಸಬೇಕು)

ಈ ಫಾರ್ಮಿನ ವಿಷಯಗಳನ್ನು ನನಗೆ/ನಮಗೆ ಸ್ಪಷ್ಟವಾಗಿ ವಿವರಿಸಲಾಗಿದೆ ಮತ್ತು ನಾನು/ನಾವು ಅದನ್ನು ಪೂರ್ತಿಯಾಗಿ ತಿಳಿದುಕೊಂಡಿದ್ದೇನೆ/ವೆ ಎಂದು ಪ್ರಮಾಣೀಕರಿಸುತ್ತೇನೆ/ವೆ. ನಾನು/ನಾವು ಒದಗಿಸಿದ ಮಾಹಿತಿಗನುಸಾರವಾಗಿ ಫಾರ್ಮನ್ನು ತುಂಬಿಸಲಾಗಿದೆ ಎನ್ನುವುದನ್ನು ಕೂಡ ನಾನು ಪ್ರಮಾಣೀಕರಿಸುತ್ತೇನೆ/ವೆ.

ಇವರ ಮಗ/ಮಗಳಾದ ನಾನು(ಸಾಕ್ಷಿ ದಾರರ ಪೂರ್ಣ ಹೆಸರು) _____ ವರ್ಷದ ವಯಸ್ಸಿನಾಗಿದ್ದು _____ ನಿವಾಸಿ ಮತ್ತು _____ (ವಿಳಾಸ)ದಲ್ಲಿ ವಾಸಿಸುತ್ತಿದ್ದ ಅವರ _____ ಆಗಿದ್ದುಕೊಂಡು ಈ ಮೂಲಕ ನಾನು ಈ ಫಾರ್ಮಿನ ವಿಷಯವನ್ನು ತ್ರೀ/ತ್ರಿಮತಿ/ಮೇ. _____ ಅವರಿಗೆ ಓದಿ ವಿವರಿಸಿದ್ದೇನೆಂದು ಮತ್ತು ಅವನು/ಅವಳು/ಅವರು ಅದನ್ನು ಅರಿತುಕೊಂಡಿದ್ದಾರೆಂದು ಮತ್ತು ಪಾಲಿಸಿಯ ನಿಯಮ ಹಾಗೂ ಷರತ್ತುಗಳು ಮತ್ತು ಅದರ ಕಟ್ಟಳೆಗಳನ್ನು ಪಾಲಿಸಲು ಒಪ್ಪಿಕೊಂಡಿರುತ್ತಾರೆಂದು ಈ ಮೂಲಕ ಘೋಷಿಸುತ್ತೇನೆ. ಮೇಲೆ ಕೊಟ್ಟ ನನ್ನ ಹೇಳಿಕೆಯು ನನ್ನ ವಿವೇಕ ಹಾಗೂ ನಂಬಿಕೆಯಂತೆ ಸತ್ಯವೂ ಸರಿಯಾಗಿಯೂ ಇರುವುದೆಂದು ನಾನು ಘೋಷಿಸುತ್ತೇನೆ. ಇದನ್ನು _____ ದಲ್ಲಿ ವಾಗ್ದಾನ ಮಾಡಿ ಖಚಿತಪಡಿಸಲಾಗಿದೆ.

ವಿಳಾಸ _____

ಸಾಕ್ಷಿ ದಾರರ ಸಂಪರ್ಕ ಸಂಖ್ಯೆ _____
 ಎಸ್‌ಟಿಡಿ _____ ಮನೆ _____ ಎಸ್‌ಟಿಡಿ _____ ಕಚೇರಿ _____ ವಿಪರಣೆ _____ ಐಎಸ್‌ಡಿ _____ ಮೊಬೈಲ್ _____

ದಿನಾಂಕ [D][D][M][M][Y][Y][Y][Y] _____ **ಸಾಕ್ಷಿ ದಾರರ ಸಹಿ** _____ **ಪ್ರೋಸೆಸರ್ ಸಹಿ/ಹೆಬ್ಬರಳಿನ ಗುರುತು** _____

*** ಒಳಗೊಳ್ಳುವ ಖರ್ಚುಗಳ ವಿಧ ಮತ್ತು ಅವಶ್ಯಕ ದಸ್ತಾವೇಜುಗಳು**

1. ವೈದ್ಯಕೀಯ ವಿಮೆ ಅಡಿಯಲ್ಲಿ ಒಳಗೊಳ್ಳುವ ಮಿತಿಯನ್ನು ಮೀರುವ ಅಸ್ವತ್ತೆಯ ಖರ್ಚು ವೆಚ್ಚಗಳು.	ಅಸ್ವತ್ತೆಯ ಬಿಲ್ಲು + ವೈದ್ಯಕೀಯ ವಿಮಾ ಕಂಪನಿಯ ಘೋಷಣೆ
2. ವೈದ್ಯಕೀಯ ವಿಮೆಯಲ್ಲಿ ಒಳಗೊಳ್ಳದಿರುವ ಅಸ್ವತ್ತೆಯ ಖರ್ಚು ವೆಚ್ಚಗಳು.	ಅಸಲಿ ಬಿಲ್ಲುಗಳು + ಗ್ರಾಹಕರಿಂದ ಘೋಷಣೆ
3. ಇದರಲ್ಲಿ ಒಳಗೊಳ್ಳಬಹುದಾದ ಇದರ ಭಾಗವಾಗಿರುವ ಸಹಾಯಕ ಪಾವತಿಗಳು.	ಅಸ್ವತ್ತೆಯ ಬಿಲ್ಲುಗಳ ಪೋಟೊ ಕಾಪಿ + ಗ್ರಾಹಕರಿಂದ ಘೋಷಣೆ(ಬಿಸಿಬಿಸಿ ಪ್ರಿ, ನಮೂನೆಯಲ್ಲಿ) ಸಹಾಯಕ ಪಾವತಿಗಳನ್ನು ಸ್ಪಷ್ಟವಾಗಿ ತೋರಿಸುವ ವೈದ್ಯಕೀಯ ವಿಮಾ ಕಂಪನಿಯ ಘೋಷಣೆ.
4. ಔಷಧಿಗಳು + ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸಲಕರಣೆಗಳು, ತಪಾಸಣೆಯ ಖರ್ಚು, ದಂತ ಖರ್ಚುಗಳು, ವೈದ್ಯಕರ ಭೇಟಿಗಳು.	ಅಸಲಿ ಬಿಲ್ಲುಗಳು + ಗ್ರಾಹಕರಿಂದ ಘೋಷಣೆ(ಬಿಸಿಬಿಸಿ ಪ್ರಿ, ನಮೂನೆಯಲ್ಲಿ)

ಇಲೆಕ್ಟ್ರಾನಿಕ್ ಸಂದಾಯ ಪದ್ಧತಿ (ನಿಮ್ಮ ಬ್ಯಾಂಕ್ ಖಾತೆಗೆ ನೇರ ಹಣ ವರ್ಗಾವಣೆ) ದಯವಿಟ್ಟು ಈ ಫಾರ್ಮಿನೊಂದಿಗೆ ರದ್ದುಪಡಿಸಿದ ಚೆಕ್/ಚೆಕ್ ಪ್ರತಿಯನ್ನು ಸಲ್ಲಿಸಿ

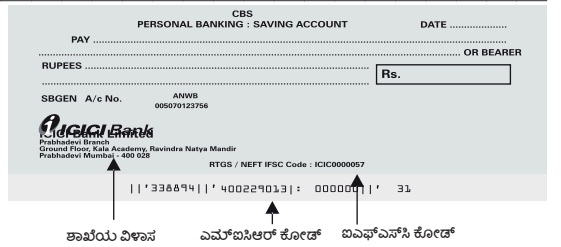
ಖಾತೆದಾರರ ಹೆಸರು _____
 (ಬಾಂಕ್ ಖಾತೆಯಲ್ಲಿರುವಂತೆ)
 ಬ್ಯಾಂಕ್ ಹೆಸರು : _____
 ಶಾಖೆಯ ಹೆಸರು ಮತ್ತು ವಿಳಾಸ _____

ಸಿಬಿಎಸ್ ಖಾತೆ ಸಂ. _____

ಎಮ್‌ಬಿಸಿಆರ್ ಕೋಡ್ _____

*ಬ್ಯಾಂಕು ಕೊಟ್ಟ ಚೆಕ್ ಹಾಳೆಯಲ್ಲಿ ಇರುವ 9 ಅಂಕಗಳ ಕೋಡ್. ಎಮ್‌ಬಿಸಿಆರ್ ಕೋಡ್ ಸತ್ಯತೋರಣಗಾಗಿ ರದ್ದುಗೊಳಿಸಿದ ಚೆಕ್‌ನ ಪ್ರತಿಯನ್ನು ಲಗತ್ತಿಸಿ.

ಖಾತೆಯ ವಿಧ ಚಾಲ್ತಿ ಖಾತೆ ಉಳಿತಾಯ ಖಾತೆ



ಈ ಫಾರ್ಮ್‌ನಲ್ಲಿ ಆಯ್ಕೆ ಮಾಡಿಕೊಂಡ ಪದ್ಧತಿಯಲ್ಲಿಯೇ ಕಂಪನಿಯು ಹಕ್ಕುತ್ವಾಧಾರದಿಂದ (ಕ್ಲೇಮ್‌ಮಂಟ್) ಎಲ್ಲ ಸಂದಾಯಗಳನ್ನು ಮಾಡುತ್ತದೆ. ಸಂದಾಯ ಪಾಲಿಸಿಯ ನಿಯಮ ಹಾಗೂ ಷರತ್ತುಗಳ ಪ್ರಕಾರ ಮತ್ತು ಅವುಗಳಿಗೆ ಒಳಪಟ್ಟು ಇರುತ್ತದೆ. ಇದಲ್ಲದೆ ಕಂಪನಿಯು ಇಲೆಕ್ಟ್ರಾನಿಕ್ ಸಂದಾಯ ಪದ್ಧತಿಯಲ್ಲದೆ ಡಿಮಾಂಡ್ ಡ್ರಾಫ್ಟ್/ಪೇಯೆಬಲ್ ಆರ್ಡರ್ ಪಾಲ್ ಬೆನ್‌ನೊಳ್ಳಲಾಗದು ಮತ್ತು ಪ್ರಾದೇಶಿಕ ವರ್ಷದ ಸಂದಾಯ ಪದ್ಧತಿಯನ್ನು ಬಳಸಿಕೊಳ್ಳುವ ಹಕ್ಕನ್ನು ಕಾಯ್ದಿರಿಸಿಕೊಂಡಿರುತ್ತದೆ. ಐಎಫ್‌ಎಸ್‌ಸಿ ಕೋಡ್ ಒದಗಿಸಿ ಕೊಡುವ ಜವಾಬ್ದಾರಿ ಗ್ರಾಹಕರದ್ದಾಗಿರುತ್ತದೆ. ಆರ್‌ಟಿ‌ಎಸ್ ಗಾಗಿ ಐಎಫ್‌ಎಸ್‌ಸಿ ಕೋಡ್ ಮತ್ತು ಎನ್‌ಇಎಫ್‌ಟಿ ಗಾಗಿ ಐಎಫ್‌ಎಸ್‌ಸಿ ಕೋಡ್ ಬೇರೇರೆಯಾಗಿರುತ್ತವೆ ಎನ್ನುವುದನ್ನು ಅರಿತುಕೊಂಡಿರಬೇಕು.

ತಪ್ಪಾದ/ಅಪೂರ್ಣವಾಗಿರುವ ಮಾಹಿತಿಯ ಕಾರಣದಿಂದ ನನ್ನ ಬ್ಯಾಂಕ್ ಖಾತೆಗೆ ಕ್ರೆಡಿಟ್ ಆಗದಿದ್ದಲ್ಲಿ ಅಥವಾ ವಹಿವಾಟು ವಿಳಂಬವಾದಲ್ಲಿ ಅಥವಾ ಒಟ್ಟಾರ್ ಹಣ ಪಾವತಿಯಾಗದಿದ್ದಲ್ಲಿ ನಾನು ಬಿಸಿಬಿಸಿ ಪ್ರಿ ಡೆನ್ಯಿಯಲ್ ಲೈಫ್ ಇನ್ಶೂರೆನ್ಸ್ ಕಂಪನಿಗೆ ಹೋಣೆಗಾರವನ್ನಾಗಿ ಮಾಡುವುದಿಲ್ಲ.

X ಪ್ರೋಸೆಸರ್/ಮಾಲೀಕರ ಸಹಿ/ಹೆಬ್ಬರಳಿನ ಗುರುತು _____ ಸ್ಥಳ _____ ದಿನಾಂಕ: DD/MM/YYYY

ಕಚೇರಿಯ ಉಪಯೋಗಕ್ಕಾಗಿ ಮಾತ್ರ (ಶಾಖೆಯ ಕಾರ್ಯಚಟುವಟಿಕೆ)

ಪಾಲಿಸಿ ಕ್ರಮಾಂಕ _____ ದಿನಾಂಕ [D][D][M][M][Y][Y][Y][Y] _____
 ಪಾಲಿಸಿಧಾರಕರ ಹೆಸರು _____
 ಸಲ್ಲಿಸಿದ ಅಸಲಿ ದಸ್ತಾವೇಜುಗಳು ಹೌದು ಇಲ್ಲ
 ಸಿಬ್ಬಂದಿಯ ಹೆಸರು ಮತ್ತು ಕೋಡ್: _____
 ಸ್ವರ್ಣ ಕಾಲ್ ಐಡಿ: _____

ಮೋಹರು ಮತ್ತು ಸಮಯ

© 2012, ಬಿಸಿಬಿಸಿ ಪ್ರಿ ಡೆನ್ಯಿಯಲ್ ಲೈಫ್ ಇನ್ಶೂರೆನ್ಸ್ ಕಂ. ಲಿ., ನೋಂದಾಯಿತ ಕಚೇರಿ: ಬಿಸಿಬಿಸಿ ಪ್ರಿ ಲೈಫ್ ಟವರ್, 1089 ಅಪ್ಪಾಸಾಹೇಬ ಮರಾಠೆ ಮಾರ್ಗ, ಪ್ರಭಾದೇವಿ, ಮುಂಬಯಿ - 400 025, ನೋಂದಾವಣೆ ಸಂಖ್ಯೆ - 105, ಇನ್ಶೂರೆನ್ಸ್ ಒಂದು ಅಗ್ರಹದ ವಿಷಯವಾಗಿದೆ. UIN-105N087V01, Comp/doc/Mar/2012/994.

ದಯವಿಟ್ಟು ಕ್ಲೇಮ್ ಸರ್ವಿಸ್ ನಂ. ಗೆ ಕರೆ ಮಾಡಿ: 1860-266-7766 (ಸ್ಥಳೀಯ ಶುಲ್ಕಗಳು ಅನ್ವಯ) ಕಾಲ್ ಸೆಂಟರ್ ಸಮಯ: ಮುಂ. 9.00 ರಿಂದ ರಾತ್ರಿ 9.00 ರವರೆಗೆ. ಸೋಮವಾರದಿಂದ ಶನಿವಾರದವರೆಗೆ (ರಾತ್ರಿ ರಜಾ ದಿನಗಳನ್ನು ಹೊರತುಪಡಿಸಿ).