



PSA000101

പോളിസി/അപേക്ഷ നമ്പർ

തീയതി DD / MM / YYYY

ഓഫീസ് ഉപയോഗത്തിനായി മാത്രം

സീകരിച്ചത്

ഒപ്പ്

മുക്തിക്കായി ജോലിക്കാരൻ ബാങ്ക് സ്റ്റാഫ് പേരും പദവിയും പരാമർശിക്കുക

ലഭിച്ച തീയതിയും സമയവും

അഭ്യർത്ഥന അയച്ച തീയതിയും സമയവും

ലഭിച്ച എന്ന് സ്റ്റാമ്പുചെയ്യുക

\*നിങ്ങളുടെ ഏറ്റവും പുതിയ ബാങ്ക് അക്കൗണ്ട് വിശദാംശങ്ങൾ ഞങ്ങളുമായി പങ്കിടുക.\*

ബന്ധപ്പെടേണ്ട വിശദാംശങ്ങളിലെ മാറ്റം

മൊബൈൽ നമ്പർ

വീട്ടിലെ ഫോൺ നം.

ഭാവിയിലെ ആശയവിനിമയത്തിനായി മുക്തിക്കായി പരാമർശിച്ച കോൺടാക്ട് നമ്പറിൽ ഞങ്ങൾ നിങ്ങളെ ബന്ധപ്പെടണമെന്നുണ്ടെങ്കിൽ ഈ ബോക്സിൽ അടയാളപ്പെടുത്തുക.

ഇമെയിൽ

സി.കെ.വൈ.സി നമ്പർ.

A) അച്ചർ ചെയ്ത തുക വർദ്ധിപ്പിക്കുന്നതിനുള്ള അഭ്യർത്ഥന

നിങ്ങൾ യു.എസ്.എൽ ഉള്ളപ്പോഴോണോ അഭ്യർത്ഥന നടത്തുന്നത്. ഉണ്ട് ഇല്ല

(ഈ സൗകര്യം തിരഞ്ഞെടുത്ത പ്ലാനുകൾക്ക് ലഭ്യം. മാറ്റങ്ങൾ അടുത്ത പോളിസി വാർഷികം മുതൽ നടപ്പിലാക്കും. നിങ്ങളുടെ പോളിസി വ്യവസ്ഥകളും നിബന്ധനകളും പരിശോധിക്കുക.) (പോളിസി ഉടമ) എന്ന ഞാൻ മേൽപ്പറഞ്ഞ പോളിസിയുള്ള എന്റെ അച്ചർ ചെയ്ത തുക വർദ്ധിപ്പിക്കാൻ അഭ്യർത്ഥിക്കുന്നു

B) പോളിസി പുതുക്കുന്നതിനുള്ള അഭ്യർത്ഥന

ഞാൻ (പോളിസി ഉടമ) മേൽപ്പറഞ്ഞ അസാധുവായ എന്റെ പോളിസി പുതുക്കി നൽകാൻ അഭ്യർത്ഥിക്കുന്നു. ഞാൻ രൂപയുടെ പേയ്മെന്റ് നടത്തിയതായി ഞാൻ ഉറപ്പുനൽകുന്നു. (പേയ്മെന്റ് നടത്തിയ ചെക്ക്/ഡി.ഡിയുടെ വിശദാംശങ്ങൾ നൽകുക)

അനുയോജ്യമായ അടയാളപ്പെടുത്തി പോളിസി പുതുക്കൽ/അച്ചർ ചെയ്ത തുകയുടെ "അച്ചർ ചെയ്തയാൾക്കായി" താഴെ നൽകിയിരിക്കുന്ന ചോദ്യങ്ങൾക്ക് ഉത്തരം നൽകുക. (നിങ്ങളുടെ പോളിസിയ്ക്ക് പ്രീമിയം ഫണ്ടിംഗ് ആനുകൂല്യം/പ്രീമിയത്തിൽ ഇളവ് ലഭിക്കുന്നതിനുള്ള സൗകര്യം ഉണ്ടെങ്കിൽ, ഒരു പ്രത്യേക ഫോം സമർപ്പിക്കേണ്ടതുണ്ട്).

- 1. പ്രൊപ്പോസൽ തീയതിയ്ക്കും ഈ പ്രഖ്യാപന തീയതിയ്ക്കുമിടയിൽ നിങ്ങളുടെ തൊഴിലിൽ എന്തെങ്കിലും മാറ്റം ഉണ്ടായിട്ടുണ്ടോ?
2. പ്രൊപ്പോസൽ തീയതിയ്ക്കും ഈ പ്രഖ്യാപന തീയതിയ്ക്കുമിടയിൽ നിങ്ങളുടെ റസിഡൻഷ്യൽ സ്റ്റാറ്റസിൽ എന്തെങ്കിലും മാറ്റം ഉണ്ടായിട്ടുണ്ടോ?
3. നിങ്ങളുടെ ജീവിതത്തിൽ എപ്പോഴെങ്കിലും മറ്റ് ലൈഫ് ഇൻഷുറൻസ് പോളിസികൾക്ക് അപേക്ഷിക്കുകയോ പാഴായ പോളിസികൾ പുതുക്കുന്നതിനുള്ള ഏതെങ്കിലും പ്രൊപ്പോസൽ /അഭ്യർത്ഥന നീട്ടിവയ്ക്കുകയോ, നിരസിക്കുകയോ പിൻവലിക്കുകയോ അല്ലെങ്കിൽ അധിക പ്രീമിയത്തിന്മേൽ സ്വീകരിക്കുകയോ ചെയ്തിട്ടുണ്ടോ അല്ലെങ്കിൽ നിങ്ങൾ എപ്പോഴെങ്കിലും കാനറാ എച്ച്.എസ്.ബി.സി ഓറിയന്റൽ ബാങ്ക് ഓഫ് കൊമേഴ്സ് ലൈഫ് ഇൻഷുറൻസ് കമ്പനി ലിമിറ്റഡ് അല്ലെങ്കിൽ മറ്റേതെങ്കിലും ലൈഫ് ഇൻഷുറൻസ് കമ്പനിയുടെ യഥാർത്ഥ പ്രൊപ്പോസൽ തീയതിയ്ക്ക് മുമ്പ് ലൈഫ്/ഹെൽത്ത് ഇൻഷുറൻസ് പോളിസിയുടെ കീഴിൽ ഒരു ക്ലെയിം ചെയ്തിട്ടുണ്ടോ?

ഈ പോളിസി നൽകുന്നതിന് സമർപ്പിക്കുന്ന അപേക്ഷയാണ് പ്രൊപ്പോസൽ. മുക്തിക്കായി ചോദ്യങ്ങൾക്ക് ഏതിനെങ്കിലും "അതെ" എന്ന് രേഖപ്പെടുത്തിയിട്ടുണ്ടെങ്കിൽ, പുതിയ തൊഴിൽ സ്വഭാവം; ലൈഫ് ഇൻഷുറൻസ് പോളിസികളുടെ വിശദാംശങ്ങൾ (പ്രസിദ്ധീകരിച്ച വാർഷികം, ലൈഫ് ഇൻഷുറൻസ് കമ്പനിയുടെ പേര്, അച്ചർ ചെയ്ത തുക, വാർഷിക വരുമാനം, റൈഡറുകൾ ഉണ്ടെങ്കിൽ അത്, സ്വീകരണ നയങ്ങൾ (സ്റ്റാൻഡേർഡ്/അംഗീകരിച്ച അധിക പ്രീമിയം); റസിഡൻഷ്യൽ സ്റ്റാറ്റസിൽ മാറ്റം വരുത്തുന്നതിനുള്ള പുതിയ വിലാസം തുടങ്ങിയ മുഴുവൻ വിശദാംശങ്ങളും നൽകുന്നതിനായി ഒരു അധിക ഷീറ്റ് ഉൾപ്പെടുത്തുക.

ആരോഗ്യ സംബന്ധമായ സത്യവാങ്മൂലം

- 4. പ്രൊപ്പോസൽ തീയതിയ്ക്കും ഈ പ്രഖ്യാപന തീയതിയ്ക്കുമിടയിൽ നിങ്ങളുടെ ആരോഗ്യ സ്ഥിതിയിൽ എന്തെങ്കിലും മാറ്റം ഉണ്ടായിട്ടുണ്ടോ?
5. നിങ്ങൾ എപ്പോഴെങ്കിലും ഒരു ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്ക് വേണ്ടി ഒരു ഡോക്ടറുടെ ഉപദേശം തേടുകയോ എന്തെങ്കിലും തകരാറുകൾക്ക് ആശുപത്രിയിലാവുകയോ എന്തെങ്കിലും മെഡിക്കൽ അന്വേഷണം/ചികിത്സ/പരിശോധന നിർദ്ദേശിക്കപ്പെടുകയോ ചെയ്തിട്ടുണ്ടോ അല്ലെങ്കിൽ ഇടയ്ക്കിടെയുള്ള മെഡിക്കൽ അവസ്ഥകളോ ചെറിയ ചുമ, ജലദോഷം അല്ലെങ്കിൽ പ്ലൂ എന്നിവയല്ലാതെയുള്ള എന്തെങ്കിലും മെഡിക്കൽ അവസ്ഥകൾക്കുള്ള രോഗ ലക്ഷണങ്ങളോ ഉണ്ടോ?
6. താഴെ പറയുന്ന ഏതെങ്കിലും അവസ്ഥകൾ എപ്പോഴെങ്കിലും നിങ്ങളിൽ കണ്ടെത്തുകയോ പരിശോധിക്കപ്പെടുകയോ ചികിത്സിക്കുകയോ ചെയ്തിട്ടുണ്ടോ?
ഹെപ്പറ്റൈറ്റിസ്/ഉയർന്ന രക്ത സമ്മർദ്ദം
മറ്റേതെങ്കിലും ഹൃദ്രോഗങ്ങൾ/പ്രശ്നങ്ങൾ
പ്രമേഹം/രക്തത്തിലെ ഉയർന്ന പഞ്ചസാരയുടെ അളവ്/മുത്രത്തിലെ പഞ്ചസാരയുടെ അളവ്
പക്ഷാഘാതം/തളർവാതം
കരളിന്റെ തകരാറുകൾ/മഞ്ഞപ്പിത്തം/ഹെമറ്റോമിസ് ബി അല്ലെങ്കിൽ സി
അർബുദം/മുഴ അല്ലെങ്കിൽ അസാധാരണ വളർച്ചകൾ, ഏതെങ്കിലും തരത്തിലുള്ള കമിളകൾ
അസാധുവായത് മുതൽ ഈ പുതുക്കൽ അപേക്ഷയുടെ തീയതി വരെയുള്ള നാളുകളിൽ നിങ്ങൾ എന്തെങ്കിലും അപകടങ്ങൾക്ക് ഇരയായിട്ടുണ്ടോ?
1 മുതൽ 7 വരെയുള്ള ഏതെങ്കിലും ചോദ്യങ്ങൾക്കുള്ള ഉത്തരം അതെ എന്നാണെങ്കിൽ, വിശദാംശങ്ങൾ താഴെ നൽകുകയോ അതേ ഫോർമാറ്റിലുള്ള മതിയായ ഒപ്പുവെച്ച ഒരു പ്രത്യേക ഷീറ്റ് ഉൾപ്പെടുത്തുകയോ (ആവശ്യമെങ്കിൽ) ചെയ്യുക.



PSA000101

Table with 6 columns: സംഭവം നടന്ന/ രോഗനിർണ്ണയ തീയതി, രോഗനിർണ്ണയം, നടത്തിയ പരിശോധനകൾ, ചികിത്സാ വിശദാംശങ്ങൾ, ഡോക്ടർ/ ആശുപത്രിയുടെ പേര്, വിലാസം, കോൺടാക്ട് നമ്പർ, നിലവിലെ ആരോഗ്യസ്ഥിതി (നിലവിലെ ചികിത്സകൾ ഉൾപ്പെടെ)

- 9. 5-ൽ സൂചിപ്പിച്ചിരിക്കുന്ന റിപ്പോർട്ടുകളുടെ/ഡിസ്ചാർജ്ജ് സംഗ്രഹത്തിന്റെ പകർപ്പുകൾ ഉൾപ്പെടുത്തുക.
10. അസാധുവായത് മുതൽ ഈ പുതുക്കൽ അപേക്ഷയുടെ തീയതി വരെയുള്ള നാളുകളിൽ ആരോഗ്യ സംബന്ധമായ കാരണങ്ങളെ തുടർന്ന് തുടർച്ചയായ 7 ദിവസങ്ങളിൽ കൂടുതൽ നിങ്ങൾക്ക് ജോലിയിൽ നിന്ന് മാറിനിൽക്കേണ്ടതായി വന്നിട്ടുണ്ടോ? ഉണ്ടെങ്കിൽ, വിശദാംശങ്ങൾ നൽകുക
11. നിങ്ങൾ ഇപ്പോൾ ഗർഭിണിയാണോ? (സ്ത്രീകൾക്ക് മാത്രം ബാധകം)
അതെയെങ്കിൽ കാലയളവ് ആഴ്ചകളിൽ \_\_\_\_\_

പോളിസി പുതുക്കൽ/ അഷ്യാർ ചെയ്ത തുക വർദ്ധിപ്പിക്കൽ ഫോം

ഞാൻ/ഞങ്ങൾ ഈ ഫോമിലുള്ള എല്ലാ ചോദ്യങ്ങളുടെയും സ്വഭാവവും ഇത്തരം ചോദ്യങ്ങൾക്ക് മറുപടി നൽകുമ്പോൾ എല്ലാ വിവരങ്ങളും വെളിപ്പെടുത്തുന്നതിന്റെ പ്രാധാന്യവും പൂർണ്ണമായി മനസ്സിലാക്കിയിട്ടുണ്ട്. ഞാൻ/ഞങ്ങൾ നൽകിയിട്ടുള്ളതെന്ന് ഞാൻ/ഞങ്ങൾ പ്രഖ്യാപിക്കുന്നു. ഈ ഫോമിലെ എല്ലാ ചോദ്യങ്ങൾക്കും ഞാൻ/ഞങ്ങൾ നൽകിയ ഉത്തരങ്ങൾ എല്ലാ രീതിയിലും സത്യവും പൂർണ്ണവുമാണെന്നും ഞാൻ/ഞങ്ങൾ ഒരു വസ്തുതകളും മറച്ചുവെച്ചിട്ടില്ലെന്നും ഒരു വിവരവും ഉള്ളിലൊതുക്കിയിട്ടില്ലെന്നും കൂടി ഞാൻ/ഞങ്ങൾ പ്രഖ്യാപിക്കുന്നു.

ഈ പോളിസി പുതുക്കൽ / അഷ്യാർ ചെയ്ത തുക വർദ്ധിപ്പിക്കലിനുള്ള ഫോം ഇൻഷുറൻസ് കരാറിന്റെയും അടിസ്ഥാനമായിരിക്കുമെന്നും അസത്യമായ ഏതെങ്കിലും പ്രസ്താവന ഈ ഫോമിൽ ഉൾപ്പെട്ടിട്ടുണ്ടെങ്കിൽ, നൽകേണ്ട ആനുകൂല്യങ്ങളിൽ മാറ്റം വരുത്താൻ കമ്പനിയ്ക്ക് അവകാശമുണ്ടായിരിക്കുമെന്നും കൂടാതെ ഏതെങ്കിലും ഒരു വസ്തുത മറച്ചുവെച്ചിട്ടുണ്ടെങ്കിൽ പോളിസി അസാധുവായി കണക്കാക്കാമെന്നും പോളിസിക്ക് കീഴിൽ അടച്ച പ്രീമിയങ്ങൾ എല്ലാം കമ്പനിയ്ക്ക് കണ്ടുകൊടുക്കുമെന്നും ഞാൻ/ഞങ്ങൾ പ്രസ്താവിക്കുന്നു.

പോളിസി പുതുക്കി ഒരു വർഷത്തിനുള്ളിൽ, ലൈഫ് അഷ്യാർ ചെയ്തയാൾ എന്തെങ്കിലും കാരണത്താൽ ആത്മഹത്യ ചെയ്യുകയാണെങ്കിൽ, മരണം രേഖപ്പെടുത്തിയ തീയതി പ്രകാരമുള്ള ഫണ്ട് മുഖ്യമല്ലാതെ ഈ പോളിസിയിൽ കീഴിൽ യാതൊരു ആനുകൂല്യങ്ങളും ലഭ്യമാകില്ല.

എന്റെ പോളിസിക്ക് കീഴിൽ തുടർന്നുണ്ടാകുന്ന അപകട സാധ്യത പരിശോധിക്കാൻ കമ്പനിയെ പ്രാപ്തമാക്കുന്നതിന്, എന്റെ പഴയതും നിലവിലുള്ളതുമായ തൊഴിലുമയ്യുടെ(കളുടെ) ഡോക്ടർ/ആശുപത്രി/ഏതെങ്കിലും ലൈഫ് അല്ലെങ്കിൽ നോൺ ലൈഫ് ഇൻഷുറൻസ് കമ്പനി/ അല്ലെങ്കിൽ സംഘടന അല്ലെങ്കിൽ ലൈഫ് ഇൻഷുറൻസ് അസോസിയേഷന്റെ മെഡിക്കൽ രജിസ്റ്റർ നേടുന്നതിനും, ആവശ്യമായ സമയത്ത് കമ്പനിയ്ക്ക് നിന്ന് ഏതെങ്കിലും മെഡിക്കൽ സ്റ്റേറ്റ്മെന്റ്/ഏതെങ്കിലും ലൈഫ് അല്ലെങ്കിൽ നോൺ ലൈഫ് ഇൻഷുറൻസ് കമ്പനി/ അല്ലെങ്കിൽ ലൈഫ് ഇൻഷുറൻസ് അസോസിയേഷന്റെ മെഡിക്കൽ രജിസ്റ്റർ അല്ലെങ്കിൽ സർക്കാർ അതോറിറ്റികൾക്കായി പുറത്തുവിടുന്നതിനും ഞാൻ ഇതിനാൽ കമ്പനിയെ അധികാരപ്പെടുത്തുന്നു. പുതുക്കൽ/അഷ്യാർ ചെയ്ത തുക വർദ്ധിപ്പിക്കുന്നതിനും എന്റെ പോളിസി അസസ്സ് ചെയ്യുന്നതിന് ആവശ്യമായ വൈദ്യപരിശോധനകൾ നടത്തുന്നതിനുള്ള അനുമതി ഞാൻ കമ്പനിയ്ക്കോ അല്ലെങ്കിൽ അതിന്റെ ഏജന്റുകൾക്കോ നൽകുന്നു. എച്ച്.ഐ.വി ആന്റിബോഡികൾ നിർണ്ണയിക്കുന്നതുൾപ്പെടെയുള്ള രക്ത പരിശോധനകൾ ഇതിൽ ഉൾപ്പെടുമെന്ന് ഞാൻ മനസ്സിലാക്കുന്നു. കമ്പനി മുഖേന വൈദ്യപരിശോധന നടത്തുമ്പോൾ കമ്പനി നിയമിക്കുന്ന വൈദ്യ പരിശോധകന്റെ ചോദ്യങ്ങൾക്കുള്ള ഉത്തരങ്ങളും കമ്പനി നൽകുന്ന ചോദ്യാവലിയുടെ ഉത്തരങ്ങളും ഈ അപേക്ഷയിൽ നൽകിയിരിക്കുന്ന പ്രസ്താവനകളുടെയും ഉത്തരങ്ങളുടെയും ഭാഗമായി പരിഗണിക്കുമെന്നും ഞാൻ പ്രസ്താവിക്കുന്നു. കമ്പനിയുടെ രേഖാമൂലമുള്ള അംഗീകാരം ലഭിക്കുന്നത് വരെ എന്റെ/ ഞങ്ങളുടെ പോളിസി പുതുക്കൽ/അഷ്യാർ ചെയ്ത തുക വർദ്ധിപ്പിക്കുന്നതിന് പരിഗണിക്കുകയില്ല എന്ന് ഞാൻ/ഞങ്ങൾ മനസ്സിലാക്കുന്നു. ദയവായി ശ്രദ്ധിക്കുക, പോളിസി പുതുക്കൽ/അഷ്യാർ ചെയ്ത തുക വർദ്ധിപ്പിക്കുന്നതിനുള്ള ഫോമിൽ ലൈഫ് അഷ്യാർ ചെയ്തയാളും പോളിസി ഉടമയും ഒപ്പുവെക്കണം.

മൂലം കണക്കാക്കുക, ഒക്ടയിമിന്റെ അനേഷണ/ തീർപ്പാക്കൽ, കെ.വൈ.സി പ്രാമാണീകരണം, പോളിസി സേവനം ഉദ്ദേശിച്ചുള്ള പ്രവൃത്തികൾ തുടങ്ങിയ കാര്യങ്ങൾക്കായി എന്റെ കെ.വൈ.സി വിശദാംശങ്ങൾ (i) സർക്കാർ കൂടാതെ/അല്ലെങ്കിൽ റഗുലേറ്ററി അതോറിറ്റി, (ii) ഇൻഷുറൻസ് റിപ്പോസിറ്ററിസ് (iii) സി.ഇ.ആർ.എസ്.എ.ഐ/യു.ഐ.ഡി.എ.ഐ, (iv) റീഇൻഷുറേഷൻ/ ഗ്രൂപ്പ് കമ്പനികൾ/ആശുപത്രി അല്ലെങ്കിൽ രോഗനിർണ്ണയ കേന്ദ്രങ്ങൾ/മറ്റ് ഇൻഷുറൻസ് കമ്പനികൾ അല്ലെങ്കിൽ മൂന്നാം കക്ഷികൾ എന്നിവയിൽ നിന്ന്/എന്നിവയുമായി ആവശ്യപ്പെടാനും/ സൂക്ഷിക്കാനും അല്ലെങ്കിൽ/കൂടാതെ പങ്കിടുന്നതിനും ഞാൻ/ഞങ്ങൾ കമ്പനിയെ അധികാരപ്പെടുത്തുന്നു.

\_\_\_\_\_
ലൈഫ് അഷ്യാർ ചെയ്ത ആളുടെ പേര്

\_\_\_\_\_

ലൈഫ് അഷ്യാർ ചെയ്ത ആളുടെ ഒപ്പ്/വിരലടയാളം
(യഥാർത്ഥ ഒപ്പിൽ നിന്നും മാറ്റം വരുത്തുന്ന സാഹചര്യത്തിൽ, നിർദ്ദേശങ്ങൾക്ക് കീഴിലുള്ള ഏഴാമത്തെ പോയിന്റ് പരിശോധിക്കുക)

\_\_\_\_\_
പോളിസി ഉടമ/ അസൈനി
(പോളിസിയുടെ സമ്പൂർണ്ണമായി നൽകുന്ന സാഹചര്യത്തിൽ അസൈനിയുടെ വിശദാംശങ്ങൾ ആവശ്യമാണ്)

\_\_\_\_\_

പോളിസി ഉടമ/അസൈനിയുടെ ഒപ്പ്/വിരലടയാളം

തീയതി DD / MM / YYYY
(നിർബന്ധം)

സ്ഥലം \_\_\_\_\_
(നിർബന്ധം)



PSA000101

ഇലക്ട്രോണിക് മാർഗങ്ങളിലൂടെയുള്ള പേ ഔട്ട്

ചുവടെ കൊടുത്തിട്ടുള്ള വിശദാംശങ്ങൾ പ്രകാരം എന്റെ ബാങ്ക് അക്കൗണ്ട് അപ്ഡേറ്റ് ചെയ്യാൻ അഭ്യർത്ഥിക്കുന്നു

ബാങ്ക് അക്കൗണ്ട് ഉടമ: [ ]

ബാങ്ക്: [ ]

ബാങ്ക് ശാഖയുടെ വിലാസം: [ ]

[ ]

ബാങ്ക് അക്കൗണ്ടിന്റെ തരം: സേവിംഗ്സ് [ ] കുറച്ച് [ ]

(തിരഞ്ഞെടുത്തിരിക്കുന്ന അക്കൗണ്ട് എൻ.ആർ.ഇ ആണോ: അതെ [ ] അല്ല [ ]

എൻ.ആർ.ഇ അക്കൗണ്ടാണെങ്കിൽ, ഉപഭോക്താവ് തന്റെ മുഴുവൻ തുകയും എൻആർഇ അക്കൗണ്ടിൽ ക്രെഡിറ്റ് ആകണമെന്ന് താൽപ്പര്യപ്പെട്ടാലും അല്ലെങ്കിൽ തുക ഭാഗിച്ച് എൻ.ആർ.ഇ , എൻ.ആർ.ഒ അക്കൗണ്ടുകളിലായി വേണമെന്ന് താൽപ്പര്യപ്പെട്ടാലും, പോളിസിയിലേക്കായി അടച്ച ഓരോ പ്രീമിയത്തിന്റെയും ഉറവിടം ഉപഭോക്താവ് നൽകിയിരിക്കണമെന്ന് നിർബന്ധിതമാണ്.)

ബാങ്ക് അക്കൗണ്ട് നമ്പർ: [ ]

എം.ഐ.സി.ആർ കോഡ്: [ ]

(നിങ്ങളുടെ പേക്ക് ബുക്കിലുള്ള 9 അക്ക നമ്പർ, റദ്ദാക്കിയ പേക്കിന്റെ പകർപ്പിലുള്ള 9 അക്ക നമ്പർ '000-ൽ ആണ് തുടങ്ങുന്നതെങ്കിൽ ശരിയായ കോഡ് നൽകേണ്ടതാണ്)

ഐ.എഫ്.എസ്.സി കോഡ്: [ ]

(നിങ്ങളുടെ പേക്ക് ബുക്കിലുള്ള 11 അക്ക നമ്പർ, റദ്ദാക്കിയ പേക്കിൽ ഇത് പ്രിന്റ് ചെയ്തിട്ടില്ലെങ്കിൽ ബാങ്കിൽ നിന്നുള്ള സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തൽ)

പാൻ കാർഡ് നമ്പർ: [ ]

(പാൻ കാർഡിന്റെ സ്വയം സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തിയ പകർപ്പിനോടൊപ്പം നിർബന്ധമായും നൽകേണ്ടത്)

\*2014-ലെ സാമ്പത്തിക ബില്ലിൽ അവതരിപ്പിച്ച പുതിയ വകുപ്പായ 194DA പ്രകാരം; നിയമത്തിന്റെ സെക്ഷൻ 10 (10D)-യ്ക്ക് കീഴിൽ ഒഴിവാക്കപ്പെട്ടിട്ടില്ലാത്ത ഇടപാടുകളുടെ നികുതി ഈടാക്കുന്നതിന് പാൻ കാർഡ് വിശദാംശങ്ങൾ ആവശ്യമാണ്. പാൻ കാർഡ് വിശദാംശങ്ങൾ നൽകിയിട്ടില്ലാത്ത പക്ഷം ഇത് കൂടുതൽ ഉയർന്ന 20% നിരക്കിൽ നികുതി ഈടാക്കുന്നതിന് കാരണമാകും.

റസിഡന്റ് സ്റ്റാറ്റസ്<sup>1</sup> റസിഡന്റ് [ ] നോൺ-റസിഡന്റ് [ ]

(നോൺ-റസിഡന്റ് സ്റ്റാറ്റസിന് നിർബന്ധമായും നൽകണം, താമസിക്കുന്ന രാജ്യത്തെ ആശ്രയിച്ച്, കൂടുതൽ ഡോക്യുമെന്റുകൾ ഉന്നയിച്ചേക്കാം/ആവശ്യമായി വന്നേക്കാം)

താമസിക്കുന്ന രാജ്യം: .....

അപേക്ഷയ്ക്കൊപ്പം തെളിവിനായി സമർപ്പിച്ചിട്ടുള്ള രേഖകളുടെ ലിസ്റ്റ് (ബാധകമായത് അടയാളപ്പെടുത്തുക)

'റദ്ദാക്കിയ' പേക്കിന്റെ ഒരു പകർപ്പ് [ ]

പാസ്ബുക്കിന്റെ സ്വയം സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തിയ പകർപ്പ് [ ]

(അക്കൗണ്ട് നമ്പറും അക്കൗണ്ട് ഉടമയുടെ പേരും 'പ്രിന്റ് ചെയ്തിരിക്കണം')

(അക്കൗണ്ട് നമ്പറും അക്കൗണ്ട് ഉടമയുടെ പേരും പാസ്ബുക്കിൽ 'പ്രിന്റ് ചെയ്തിരിക്കണം')

[ ]

അല്ലെങ്കിൽ

ബാങ്ക് പ്രസ്താവനയുടെ സ്വയം സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തിയ പകർപ്പ് [ ]

(എൻ.ആർ.ഇ പേയ്മെന്റ് ആണെങ്കിൽ നിർബന്ധിതം; എൻ.ആർ.ഇ അക്കൗണ്ടിൽ നിന്ന് പ്രീമിയം അടച്ചതിന്റെ പണമീടപാടുകൾ പ്രതിഫലിപ്പിക്കുന്ന പ്രസ്താവന)

- നൽകിയിരിക്കുന്ന ബാങ്ക് അക്കൗണ്ട് വിവരങ്ങൾ എല്ലാ അർത്ഥത്തിലും യഥാർത്ഥമാണെന്നും കൃത്യമാണെന്നും പൂർണ്ണമാണെന്നും ഇതിനാൽ ഞാൻ അറിയിക്കുന്നു.
• ഈ ഫോമിന്റെ സമർപ്പണം അർത്ഥമാക്കുന്നത്, അഭ്യർത്ഥനയ്ക്ക് അനുമതി ലഭിക്കും എന്നല്ല എന്ന് ഞാൻ മനസ്സിലാക്കുകയും അംഗീകരിക്കുകയും ചെയ്യുന്നു.
• അപൂർണ്ണമായ അല്ലെങ്കിൽ തെറ്റായ വിവരങ്ങൾ കാരണം ഇടപാടുകൾക്ക് കാലതാമസം സംഭവിക്കുകയോ നടപ്പിലാക്കാതിരിക്കുകയോ ചെയ്തിട്ടുണ്ടെങ്കിൽ, ഒരു വിധേനയും കമ്പനിയെ ഞാൻ ഉത്തരവാദിയായാക്കുകയില്ല.
• ഇലക്ട്രോണിക് പേയ്മെന്റ് സാധ്യമാക്കാത്ത ഏതെങ്കിലും സാഹചര്യത്തിൽ, നിയമപ്രകാരമുള്ള മറ്റ് ഏത് പേ ഔട്ട് ഓപ്ഷനും ഉപയോഗിക്കാനുള്ള അധികാരം കമ്പനിക്കുണ്ടെന്ന് ഞാൻ മനസ്സിലാക്കുകയും അംഗീകരിക്കുകയും ചെയ്യുന്നു.

പ്രാദേശിക ഭാഷയിലുള്ള സത്യവാങ്മൂലം (ഈ ഫോമിൽ പ്രാദേശിക ഭാഷയിലാണ് ഒപ്പുവെച്ചിരിക്കുന്നതെങ്കിൽ/വിരലടയാളമാണ് പതിച്ചിരിക്കുന്നതെങ്കിൽ പുരിപ്പിക്കേണ്ടത്)

പ്രയോക്താവ് നിരക്ഷരനാണെങ്കിലോ ഏതെങ്കിലും ഏഴുത്തിനെ നിയന്ത്രിക്കുന്ന തരത്തിൽ വൈകല്യമുള്ള ആളാണെങ്കിലോ പ്രാദേശിക ഭാഷയിൽ ഒപ്പുവെയ്ക്കുകയോ ചെയ്ത സാഹചര്യത്തിൽ ബാധകമായത്. ഈ സത്യവാങ്മൂലം ബാധകമാവുകയും പൂർണ്ണമായി പൂരിപ്പിക്കാതിരിക്കുകയും ചെയ്താൽ, ഈ അപേക്ഷ നിരസിക്കാൻ ഞങ്ങൾ നിർബന്ധിതരാകും. ശ്രദ്ധിക്കുക: ബാങ്ക് ഉദ്യോഗസ്ഥനോ കമ്പനിയുടെ പ്രതിനിധിയോ അല്ലാത്ത ഒരാളായിരിക്കണം പ്രസ്താവന നടത്തുന്നത്.

ഈ ഫോമിന്റെ ഉള്ളടക്കം പോളിസി ഉടമയായ ശ്രീ/ശ്രീമതി/കുമാരി \_\_\_\_\_ എന്നയാൾക്ക് \_\_\_\_\_ ഭാഷയിൽ

ഞാൻ വിശദീകരിച്ചിട്ടുണ്ടെന്നും ഉള്ളടക്കം പൂർണ്ണമായും മനസ്സിലാക്കിയ ശേഷമാണ് പോളിസി ഉടമ എന്റെ സാന്നിധ്യത്തിൽ വിരലടയാളം (വിരലടയാളങ്ങൾ) പതിച്ചതെന്നും/ ഇംഗ്ലീഷ് അല്ലാത്ത ഭാഷയിൽ ഒപ്പ് വെച്ചതെന്നും ഞാൻ ഇതിലൂടെ സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തുന്നു.

തീയതി: \_\_\_\_\_

സ്ഥലം: \_\_\_\_\_ സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തുന്നയാളിന്റെ പേര് \_\_\_\_\_ സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തുന്നയാളിന്റെ ഒപ്പ് \_\_\_\_\_



PSA000101

നിർദ്ദേശങ്ങളും നിരാകരണവും:

1. നിങ്ങളുടെ പുതുക്കൽ/അഷർ ചെയ്ത തുക വർദ്ധിപ്പിക്കുന്നതിനുള്ള അഭ്യർത്ഥന പരിഗണിക്കുന്നതിന് ഫോം പൂർണ്ണമായി പൂരിപ്പിച്ചിരിക്കണം.
2. ഞങ്ങളുടെ ഏതെങ്കിലും ഒരു കമ്പനി ഓഫീസിൽ ഈ ഫോം ലഭ്യമാകുമ്പോൾ ഈ അഭ്യർത്ഥന പ്രോസസ്സ് ചെയ്ത് തുടങ്ങും. ഈ ഫോം ഞങ്ങളുടെ കമ്പനി ഓഫീസിൽ ലഭ്യമാകുമ്പോൾ ലഭിച്ചുവെന്ന് സ്ഥിരീകരിക്കുന്ന ഒരു സ്റ്റാമ്പ് നിങ്ങൾക്കയയ്ക്കും. ഭാവി ആവശ്യങ്ങൾക്കായി ഈ സ്റ്റാമ്പ് സൂക്ഷിക്കുക.
3. അനുയോജ്യമായ തീരുമാനം എടുക്കുന്നതിനുള്ള അവകാശം കമ്പനിയിൽ നിക്ഷിപ്തമാണ്, പരിഷ്കരിച്ച വ്യവസ്ഥകളിലും നിബന്ധനകളിലും പോളിസി പുതുക്കി നൽകുകയോ കമ്പനി മാർഗരേഖകൾക്കനുസരിച്ച് തിരസ്കരിക്കുകയോ മാറ്റിവയ്ക്കുകയോ ചെയ്യാം.
4. അപേക്ഷാ ഫോം കൂടാതെ, ആവശ്യമെങ്കിൽ, ലൈഫ് അഷർ ചെയ്ത ആൾ സ്വന്തം ചിലവിൽ കമ്പനി നിർദ്ദേശിക്കുന്ന പരിശോധനാ കേന്ദ്രത്തിൽ ചില മെഡിക്കൽ പരിശോധനകൾ ക്കിയേയനാകേണ്ടതുണ്ട്. പുതുക്കൽ/ അഷർ ചെയ്ത തുക വർദ്ധിപ്പിക്കുന്നതിനുള്ള അപേക്ഷയിൽ കമ്പനിയുടെ തീരുമാനം എന്തുതന്നെ ആയാലും ഇത്തരം പരിശോധനകൾക്കുള്ള ചിലവ് തിരികെ ലഭിക്കുന്നതല്ല.
5. പോളിസി ഒരു യൂണിറ്റ് ലിങ്ക് ചെയ്ത പ്ലാൻ ആണെങ്കിൽ, നിലവിലുള്ള ഫണ്ട് വകയിരുത്തലിന് അനുസൃതമായി യൂണിറ്റുകൾ വാങ്ങും. എൻ.എ.വി പ്രാബല്യത്തിൽ വരുന്ന ദിവസം കടീശ്ശികയുള്ള എല്ലാ പ്രീമിയങ്ങളും ഒപ്പം പലിശയും (ഉണ്ടെങ്കിൽ) അടയ്ക്കുന്ന ദിവസം അല്ലെങ്കിൽ പുതുക്കുന്നതിനുള്ള അപേക്ഷയിൽ തീരുമാനം കൈക്കൊള്ളുന്ന ദിവസം എന്നിവയിൽ അവസാനത്തെതായിരിക്കും. ഒരു ബിസിനസ് ദിവസം ഉച്ച കഴിഞ്ഞ് 3 മണിക്ക് മുമ്പായി ലഭിക്കുന്ന അപേക്ഷയിൽ, അതേദിവസത്തെ എൻ.എ.വി ബാധകമായിരിക്കും. 3 മണിക്ക് ശേഷമാണ് ലഭിക്കുന്നതെങ്കിൽ, എല്ലാ ആവശ്യകതകൾക്കും വിധേയമായി അടുത്ത ബിസിനസ് ദിവസമായിരിക്കും ബാധകമാവുക.
6. ഓട്ടോ വെസ്റ്റിംഗ് ഉടമ്പടിക്ക് പകരമായി, ലൈഫ് അഷർ ചെയ്തിരിക്കുന്നയാൾക്ക് ഭൂരിപക്ഷം ലഭിച്ചെങ്കിൽ, ഞങ്ങളുടെ വെബ്സൈറ്റിലെ ഓട്ടോ വെസ്റ്റിംഗിനുള്ള പോളിസി സർവീസിംഗ് ഫോം അതിൽ പറഞ്ഞത് പ്രകാരമുള്ള പ്രസക്തമായ ഡോക്യുമെന്റുകളോടൊപ്പം നിങ്ങൾ സമർപ്പിക്കുമ്പോൾ ഈ അപേക്ഷ പ്രോസസ്സ് ചെയ്യും.
7. ഒപ്പുകളിൽ മാറ്റമുണ്ടെങ്കിൽ, താഴെപ്പറഞ്ഞിരിക്കുന്ന ആവശ്യമുള്ള കൂടുതൽ കാര്യങ്ങൾ നൽകണം:
  - ഞങ്ങളുടെ വെബ്സൈറ്റിൽ ലഭ്യമായ ആവശ്യമായ പോളിസി സർവീസിംഗ് ഫോം സി (പഴയതും പുതിയതുമായ ഒപ്പ് ഉണ്ടായിരിക്കണം)
  - ഒപ്പിനെ സാധൂകരിക്കുന്നതിനുള്ള തെളിവ് -പാൻ കാർഡ്/ പാസ്പോർട്ട്/ ഡ്രൈവിംഗ് ലൈസൻസ്/ നിയുക്ത അധികാരി സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തിയ, നിങ്ങൾക്ക് അക്കൗണ്ടുള്ള ബാങ്ക് അംഗീകരിച്ച ഒപ്പ് 1
  - a) യഥാർത്ഥ രേഖയുടെ/രേഖകളുടെ പകർപ്പുകളുടെ സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തലിന് നിയോഗിച്ചിട്ടുള്ള അധികാരി
  - ഭാരത സർക്കാറിന്റെ നിർദ്ദേശിക്കുന്ന മാനദണ്ഡങ്ങൾ പാലിക്കുന്ന ഗസറ്റഡ് ഓഫീസർ / ഞങ്ങളുടെ കമ്പനിയുടെ അംഗീകൃത ജീവനക്കാർ (ഞങ്ങളുടെ കോർപ്പറേറ്റ് ഏജന്റുകൾ ഉൾപ്പെടെ) / ദേശസാൽകൃത ബാങ്കിന്റെ ബ്രാഞ്ച് മാനേജർ.
8. ടോപ്പ്-അപ്പുകൾ, അഷർ ചെയ്ത തുകയുടെ വർദ്ധനവ് അല്ലെങ്കിൽ ചുരുക്കൽ, ഫണ്ടുകളിലെ മാറ്റങ്ങൾ (ഫണ്ട് സ്വിച്ചും റീഡയറക്ഷനും ഉൾപ്പെടെ), പോളിസികളുടെ പുതുക്കൽ എന്നിവയുടെ അഭ്യർത്ഥനകളിലും, ഉപഭോക്താവ് യു.എസ്സിലായിരിക്കുമ്പോൾ പ്രീമിയത്തിലോ പോളിസി ഫീച്ചറിലോ മാറ്റം വരുത്തുന്ന അഭ്യർത്ഥനകളിലും പരിമിതികളുണ്ട്. ബാധകമായ യു.എസ് നിയമങ്ങൾക്ക് അനുസരിച്ച് മറ്റ് ഏത് പോളിസി സർവീസിംഗ് അഭ്യർത്ഥനകളും പരിമിതപ്പെടുത്തുന്നതിനുള്ള അവകാശം ഞങ്ങളിൽ നിക്ഷിപ്തമാണ്. കൂടുതൽ വിവരങ്ങൾക്കായി ഞങ്ങളുടെ കോൾ സെന്ററുമായി ബന്ധപ്പെടുക.
9. പോളിസിയുമായി ബന്ധപ്പെട്ട നിബന്ധനകൾക്കും വ്യവസ്ഥകൾക്കും അനുസൃതമായി മാത്രമേ ഉൽപ്പന്ന നിർദ്ദിഷ്ട അഭ്യർത്ഥനകൾ/ഫണ്ടുകൾ അനുവദിക്കുകയുള്ളൂ. വിശദാംശങ്ങൾക്കായി പോളിസിയുടെ വ്യവസ്ഥകളും നിബന്ധനകളും പരിശോധിക്കുക. അധിക ഡോക്യുമെന്റേഷനുകളുടെ ഫോർമാറ്റുകൾ ഞങ്ങളുടെ വെബ്സൈറ്റിൽ നിന്നും ഡൗൺലോഡ് ചെയ്യാവുന്നതാണ്.
10. നിങ്ങളുടെ പോളിസിയുടെ ഓൺ-ലൈൻ സേവനങ്ങൾക്കുള്ള വ്യത്യസ്ത ഓപ്ഷനുകളുടെ ആനുകൂല്യങ്ങൾ ലഭ്യമാക്കുന്നതിനായി ഇപ്പോൾ തന്നെ ഞങ്ങളുടെ വെബ്സൈറ്റിൽ രജിസ്റ്റർ ചെയ്യുക.
11. ഡിസ്ട്രിബ്യൂട്ടർ ആപ്പ് വഴിയാണ് അഭ്യർത്ഥന സ്വീകരിച്ചിട്ടുള്ളതെങ്കിൽ ഒറിജിനൽ ഫോം ഉപഭോക്താവിന് തിരിച്ചു നൽകും.
12. ഫോം മലയാളത്തിൽ മാത്രം പൂരിപ്പിക്കുക.
13. ഭാഷയിൽ വ്യാഖ്യാനിക്കുന്നതിൽ എന്തെങ്കിലും വിയോജിപ്പുണ്ടെങ്കിൽ, ഇംഗ്ലീഷ് പതിപ്പിനായിരിക്കും പ്രാമാണ്യം.

കാനറ എച്ച്എസ്ബിസി ഓറിയന്റൽ ബാങ്ക് ഓഫ് കൊമേഴ്സ് ലൈഫ് ഇൻഷുറൻസ് കമ്പനി ലിമിറ്റഡ് (IRDAI Regn. No. 136)  
 രജിസ്ട്രേഷൻ ഓഫീസ്: യൂണിറ്റ് നം. 208, രണ്ടാം നില, കാഞ്ചൻജംഗ ബിൽഡിംഗ്, 18 ബാരാമാഞ്ച റോഡ്, ന്യൂഡൽഹി - 110001  
 കോർപ്പറേറ്റ് ഓഫീസ്: രണ്ടാം നില, ഓർക്കിഡ് ബിസിനസ്സ് പാർക്ക്, സെക്ടർ-48, സോഹന റോഡ്, ഗുരുഗ്രാം-122018, ഹരിയാന, ഇന്ത്യ  
 കോർപ്പറേറ്റ് ഐഡന്റിറ്റി നം.: U66010DL2007PLC248825