

URN: 013

1. ప్రజాజర్ వివరాలు:

బిరుదు పేరు

DOB లింగము: మగ ఆడ ఇతర జాతీయత(మారు)

ప్రస్తుత చిరునామా

కొండగురు నగరం

జిల్లా రాష్ట్రం వ్యక్తిగత గుర్తింపు సంఖ్య

ల్యాండ్ లైన్ నెంబరు మొబైల్ నెంబరు

ఇమెయిల్ ఐడి ప్రత్యామ్నాయ నెంబరు

సికవైసి నెంబరు (ఆఫ్ఫీసల్): పాస్ నెంబరు

వార్షికదాయం (రూ.)

పని వేతన శీర్షికలు స్వయం ఉపాధి.. విద్యార్థి ఇల్లాలు ఇతర, దయచేసి పేర్కొనండి

దీని ద్వారా చెల్లించిన ప్రీమియం ప్రజాజర్ తో సంబంధం(మారు)

నేను అన్ని నిబంధనలు మరియు షరతులను చదివాను, అర్థం చేసుకున్నాను మరియు అంగీకరించాను మరియు వెబ్ కమ్ కార్డ్/SMS, సర్వీస్ కార్డ్/SMS లేదా ఏదైనా ఇతర వాణిజ్య కమ్యూనికేషన్ చేయడం కొరకు నా రిజిస్టర్డ్ ఫోన్ నెంబరుపై వాట్సాప్/SMS/ఇమెయిల్/ఫోన్/Facebook లేదా మరదైనా మోడల్ ద్వారా నన్ను సంప్రదించడానికి నివా బుపా హెల్త్ ఇన్సూరెన్స్ లేదా దాని ఏజెంట్లు మరియు/లేదా తృతీయపక్షం(లు)/అనుబంధ సంస్థలకు అధికారం ఇస్తున్నాను.

మీరు లేదా ప్రతిపాదిత దరఖాస్తుదారుల్లో ఎవరైనా PEP#? అవును కాదు
 #Politically ఎక్స్ పోజ్ పర్సన్స్ (ప్రజా విధులను నిర్వహిస్తున్న లేదా అప్పగించిన వ్యక్తులు, అనగా కేంద్ర లేదా రాష్ట్ర ప్రభుత్వ అధిపతులు / మంత్రులు, సీనియర్ రాజకీయ నాయకులు, సీనియర్ ప్రభుత్వం, న్యాయ లేదా సైనిక అధికారులు ప్రభుత్వ సంస్థల సీనియర్ ఎగ్జిక్యూటివ్ లు, ముఖ్యమైన పార్టీ అధికారులు. ఒకవేళ మీరు PEPకు వ్యతిరేకంగా టిక్ చేసినట్లయితే, దయచేసి ప్రత్యేక PEP ప్రశ్నావళిని నింపండి)

పాలీసీ కిట్ యొక్క ఫిజికల్ కాపీ మీకు కాలా: అవును కాదు

బ్యాంకు వివరాలు:

బ్యాంక్ పేరు

ఖాతా నెంబరు ఐఎఫ్ఎస్సీ కోడ్

ఖాతా రకం పొదుపు ప్రస్తుతం కొమ్మ నగరం

ఎలక్ట్రానిక్ ఇన్సూరెన్స్ అకౌంట్ (ఈఐఏ) వివరాలు
 మీరు ఈ పాలీసీని ఇ-ఇన్సూరెన్స్ ఖాతాలో జమ చేయాలని అనుకుంటున్నారా? (దయచేసి ఏదైనా ఒకదాన్ని ఎంచుకోండి)
 లేదు, నాకు ఇ-ఇన్సూరెన్స్ ఖాతా లేదు మరియు ఒకదాన్ని తెరవాలని అనుకోవడం లేదు. అవును, ఈ పాలీసీని నా ఇ-ఇన్సూరెన్స్ ఖాతాకు క్రెడిట్ చేయండి.

ఒకవేళ అవును అయితే, దయచేసి ఇప్పటికే ఉన్న ఇ-బీమా ఖాతా నెంబరును పంచుకోండి.

దయచేసి బీమా రిపోజిటరీ పేరు ఎంచుకోండి (మీరు మీ ఖాతాను తెరిచారు)
 1. ఎన్ఎస్ఐఎల్ 2. సీఐఆర్ఎల్ 3. కార్గ్ 4. క్యామ్స్ (దయచేసి ఏదైనా ఒకదాన్ని ఎంచుకోండి)

లేదా
 నాకు ఇప్పటికే ఇ-ఇన్సూరెన్స్ ఖాతా లేదు మరియు కొత్త ఇ-ఇన్సూరెన్స్ ఖాతాను సృష్టించడానికి నేను ఆసక్తిగా ఉన్నాను.
 (సంబంధిత డాక్యుమెంట్లతో పాటు ఎలక్ట్రానిక్ ఇన్సూరెన్స్ అకౌంట్ ఓపెనింగ్ ఫారం (ఈఐఏ ఫారం) సబ్మిట్ చేయండి).

2. కవరేజ్ ఎంపిక:

మీరు పోర్టలిటి కోసం దరఖాస్తు చేస్తున్నారా: అవును కాదు (ఒకవేళ 'అవును' అయితే, దయచేసి ప్రత్యేక పోర్టలిటి ఫారాన్ని కూడా నింపండి).

దయచేసి సంబంధిత బాక్సులను టీక్ చేయండి:

బేస్ కవరేజ్: _____

బీమా మొత్తం: (రూ.) 50,000 1 లక్షలు 1.5 లక్షలు 2 లక్షలు 2.5 లక్షలు 3 లక్షలు 3.5 లక్షలు 4 లక్షలు 4.5 లక్షలు 5 5.5 సరస్సు 6 సరస్సు 6.5 లక్షలు 7 లక్షలు 7.5 లక్షలు 8 లక్షలు 8.5 లక్షలు 9 లక్షలు 9.5 లక్షలు 10 లక్షలు

కవరేజ్ రకం: వ్యక్తిగత ప్రాతిపదికను ఫ్యామిలీ ప్లౌలర్ బేసిస్

కాదు, కవర్ చేయాలని జీవితాలు: పెథలు _____ పిల్లలు _____

ప్రీమియం చెల్లింపు విధానం: వార్షికంగా అర్ధ-వార్షిక త్రైమాసిక నెలసరి

3. బీమా కోసం దరఖాస్తు చేసుకున్న వారి వివరాలు:

దరఖాస్తుదారుడు 1

పేరు

లింగము మగ ఆడ ఇతర ఎత్తు (HUF) (అంగుళం) బరువు (kg)

నడుము (అంగుళం) పుట్టిన తేదీ భారతీయుడు కాకపోతే దయచేసి టీక్ చేయండి

ప్రపోజర్ టో రిలేషన్ షిప్ (దయచేసి టీక్ అప్ షాన్): స్వీయ/జీవిత భాగస్వామి/కొడుగు/కూతురు/అల్లుడు/తండ్రి/తల్లి/మామ/అత్త/తాత/నానమ్మ/మనవడు/మనవరాలు/సోదరుడు/సోదరి/మరదలు/మరదలు/భావమరిది/మేనల్లుడు/మేనకోడలు/యజమాని-ఉద్యోగి

దరఖాస్తుదారుడు 2

పేరు

లింగము మగ ఆడ ఇతర ఎత్తు (HUF) (అంగుళం) బరువు (kg)

నడుము (అంగుళం) పుట్టిన తేదీ భారతీయుడు కాకపోతే దయచేసి టీక్ చేయండి

చుట్టరికం: జీవిత భాగస్వామి ధ్వని కూతురు తండ్రి అమ్మ మామయ్య అత్త

దరఖాస్తుదారుడు 3

పేరు

లింగము మగ ఆడ ఇతర ఎత్తు (HUF) (అంగుళం) బరువు (kg)

నడుము (అంగుళం) పుట్టిన తేదీ భారతీయుడు కాకపోతే దయచేసి టీక్ చేయండి

చుట్టరికం: జీవిత భాగస్వామి ధ్వని కూతురు తండ్రి అమ్మ మామయ్య అత్త

దరఖాస్తుదారుడు 4

పేరు

లింగము మగ ఆడ ఇతర ఎత్తు (HUF) (అంగుళం) బరువు (kg)

నడుము (అంగుళం) పుట్టిన తేదీ భారతీయుడు కాకపోతే దయచేసి టీక్ చేయండి

చుట్టరికం: జీవిత భాగస్వామి ధ్వని కూతురు తండ్రి అమ్మ మామయ్య అత్త

దరఖాస్తుదారుడు 5

పేరు

లింగము మగ ఆడ ఇతర ఎత్తు (HUF) (అంగుళం) బరువు (kg)

నడుము (అంగుళం) పుట్టిన తేదీ భారతీయుడు కాకపోతే దయచేసి టీక్ చేయండి

చుట్టరికం: జీవిత భాగస్వామి ధ్వని కూతురు తండ్రి అమ్మ మామయ్య అత్త

దరఖాస్తుదారుడు 6

పేరు

లింగము మగ ఆడ ఇతర ఎత్తు (HUF) (అంగుళం) బరువు (kg)

నడుము (అంగుళం) పుట్టిన తేదీ భారతీయుడు కాకపోతే దయచేసి టీక్ చేయండి

చుట్టరికం: జీవిత భాగస్వామి ధ్వని కూతురు తండ్రి అమ్మ మామయ్య అత్త

4. నామినేషన్

ప్రతిపాదకుడు మరణిస్తే, పాలసీ కింద చెల్లించాల్సిన ఏదైనా చెల్లింపు దిగువ పేర్కొన్న నామినీకి చెల్లించబడుతుంది. నామినీ ద్వారా అటువంటి చెల్లింపును అందుకోవడం అనేది పాలసీ కింద కంపెనీ యొక్క బాధ్యతను నిర్వహించడాన్ని తెలియజేస్తుంది. అన్ని ఇతర దరఖాస్తుదారు(లు)కు నామినీ స్వయంగా ప్రకాశింపజేసి

గా ఉండాలి.

నామినీ పేరు	పుట్టిన తేదీ	ప్రతిపాదకుడితో సంబంధం	నామినీ యొక్క చిరునామా, మొబైల్ నెంబరు ఇమెయిల్ ఐడీ	నియమిత పేరు (నామినీ వయస్సు 18 సంవత్సరాల కంటే తక్కువగా ఉంటే)
-------------	--------------	-----------------------	--	---

నామినీ యొక్క బ్యాంకు వివరాలు: లభించిన పేరు: _____

బ్యాంక్ పేరు _____ ఖాతా రకం _____ పౌరుష _____ ప్రస్తుతం _____

ఖాతా నెంబరు _____ ఇఎఫ్ఎస్సీ కోడ్ _____

5. వైద్య అలవాట్లు మరియు గత ప్రతిపాదన సమాచారం

ముఖ్యమైనది: ఈ విభాగంలోని అన్ని ప్రశ్నలకు నిజాయితీగా మరియు పూర్తిగా సమాధానాలు ఇవ్వబడతాయిని దయచేసి ధృవీకరించుకోండి, ఎందుకంటే మీరు ఇక్కడ అందించే సమాచారం నివా బూపా ద్వారా ఆండర్ రైటింగ్ ఆధారంగా ఉంటుంది. ఏదైనా అసంపూర్ణ, తప్పు, పొక్కిరిగిపోయిన సమాచారం మీ మెడికల్ క్లెయిమ్ మరియు/లేదా కనరీజీని ప్రభావితం చేస్తుందని దయచేసి గమనించండి.

ప్రతి దరఖాస్తుదారుడి కొరకు దయచేసి దిగువ ప్రశ్నలకు సమాధానం ఇవ్వండి. దయచేసి అవును (Y) లేదా కాదు (N) సర్కిల్ చేయండి	దరఖాస్తుదారు నెంబరు					
	1	2	3	4	5	6
i. మీరు ఎప్పుడైనా 5 రోజులకు మించి ఆసుపత్రిలో చేరారా, ఏదైనా శస్త్రచికిత్సా విధానాలు చేయించుకున్నారా/ సలహా ఇచ్చారా, లేదా ఏదైనా మందులు తీసుకున్నారా/ 14 రోజులకు మించి ఏదైనా లక్షణాలు ఉన్నాయా? మందులు ఇవ్వలేదు, ఇంజక్షన్లు, నోటి మందులు మరియు సమయోచిత అనువర్తనాలతో సహా కానీ పరిమితం కాదు.	మరియు	మరియు	మరియు	మరియు	మరియు	మరియు
ii. థ్రోయిడ్ ప్రాప్టెల్, లిపిడ్ ప్రాప్టెల్, ట్రైడ్ మిల్ సెఫ్, యాంజియోగ్రఫీ, ఎకోకార్డియోగ్రఫీ, ఎండోస్కోపీ, అల్ట్రాసౌండ్, సిటి స్కాన్, MRI, బయోప్సీ మరియు FNAC వంటి ఏదైనా రోగనిర్ధారణ పరీక్షలు లేదా పరిశోధనలకు మీరు ఎప్పుడైనా ప్రతికూల ఫలితాలను ఎదుర్కొన్నారా?	మరియు	మరియు	మరియు	మరియు	మరియు	మరియు
iii. మీకు డయాబెటిస్ లేదా ప్రీ-డయాబెటిస్ ఉందా లేదా మీకు ఎప్పుడైనా అధిక రక్తంలో చక్కెర ఉందా?	మరియు	మరియు	మరియు	మరియు	మరియు	మరియు
iv. మీకు హైపర్ టెన్షన్ లేదా అధిక రక్తపోటు ఉందా?	మరియు	మరియు	మరియు	మరియు	మరియు	మరియు
v. మీకు ఏదైనా ముందు వ్యాధులు/పరిస్థితులు ఉన్నాయా?	మరియు	మరియు	మరియు	మరియు	మరియు	మరియు
vi. మీరు ఎప్పుడైనా ఏదైనా జన్మ/వంశపారంపర్య రుగ్మతలు లేదా హెచ్ఐవి/ఎయిడ్స్ కొరకు రోగనిర్ధారణ చేయబడ్డారా లేదా చికిత్స పొందారా?	మరియు	మరియు	మరియు	మరియు	మరియు	మరియు
vii. మీరు ఎప్పుడైనా ఏదైనా మానసిక/ మానసిక రుగ్మతలకు రోగనిర్ధారణ చేయబడ్డారా లేదా చికిత్స పొందారా?	మరియు	మరియు	మరియు	మరియు	మరియు	మరియు
viii. దరఖాస్తుదారుడి జీవితకాలంపై జీవిత, ఆరోగ్య, ఆసుపత్రి రోజువారీ నగదు లేదా క్రిటికల్ ఇల్ నెస్ ఇన్సూరెన్స్ కొరకు ఏదైనా ప్రతిపాదన ఎప్పుడైనా తిరస్కరించబడినది, వాయిదా వేయబడినది, లోడ్ చేయబడినది లేదా ఏదైనా బీమా కంపెనీ ద్వారా మినహాయింపులు వంటి ప్రత్యేక పరితులకు లోనయ్యిందా?	మరియు	మరియు	మరియు	మరియు	మరియు	మరియు

సెక్షన్ బి: (దరఖాస్తుదారుడు దూమపానం లేదా పానీయం/ గుట్టా/ పానీయం మసాలా లేదా మద్యం సేవించే మాత్రమే దయచేయండి) ఈ విభాగాన్ని	i. నవలదగిన పొగాకు/గుట్టా/పానీయం మసాలా - ఒకవేళ అవును అయితే, దయచేసి రోజుకు ఎన్ని పానీయాలు ఉన్నాయో పేర్కొనండి.		ii. అల్కహాల్. ఒకవేళ అవును అయితే, దయచేసి వారానికి మిల్లీ పేర్కొనండి		iii. సిగరెట్లు / బీడి / సిగార్. ఒకవేళ అవును అయితే, దయచేసి రోజుకు వినియోగాన్ని	
	1-10	>10	<= 450	>450	చైల్డ్ రీడింగర్	1-10
దరఖాస్తుదారుడు 1						
దరఖాస్తుదారుడు 2						
దరఖాస్తుదారుడు 3						
దరఖాస్తుదారుడు 4						
దరఖాస్తుదారుడు 5						
దరఖాస్తుదారుడు 6						

సెక్షన్ C: సెక్షన్ Aలో అవును (Y) మార్క్ చేయబడ ప్రశ్నల కొరకు, దయచేసి దిగువ సమాచారాన్ని పేర్కొనండి:

దరఖాస్తుదారు నెంబరు	లక్షణం(లు) లేదా పరిశోధన(లు) లేదా రోగ నిధారణ లేదా ప్రక్రియ/శస్త్రచికిత్స యొక్క వివరాలు				మందులు(లు)	మోతాదు	ప్రస్తుత స్థితి (ఉదా. స్థిర/స్థానిక రికవరీ లేదా కొనసాగుతున్న చికిత్స)	చికిత్స చేసే వైద్యుడి పేరు మరియు కాంటాక్ట్	డయాబెటిస్ ఉంటే ఖతచేయబడతామంటే	
	ఇతర డయాబెటిస్ HbA1c స్థాయి అయితే	అధిక రక్తపోటు బిపి స్థాయి ఉంటే		ఎవైనా ఇతర వివరాలు						ప్రాంభ తేదీ (DD/MM/YYYY)
		Systolic	డయాస్టోలిక్							

6. ఎలక్ట్రానిక్ వాలసీ వుల్వియైంట్ అండ్ సర్వీస్ కమ్యూనికేషన్స్ అధికారి

అప్లికేషన్ ఫారంలో పేర్కొనబడ ఇమెయిల్ ID మీ వాలసీ మరియు సర్వీస్ కు సంబంధించిన అన్ని కమ్యూనికేషన్ లను పంపడానికి కంపెనీకి అధికారం ఇవ్వడం ద్వారా పర్యావరణాన్ని సంరక్షించడం మరియు కాగా అదా చేయడంలో మీరు సహాయపడాలనుకుంటున్నారా? అవును కాదు

7. డిక్లరేషన్ (ప్రతిపాదన పత్రంపై సంతకం చేయడానికి ముందు దయచేసి జాగ్రత్తగా చదవండి మరియు ప్రతిదానిపై చెక్ మార్క్ చేయండి)

- నేను ఇచ్చిన పై ప్రకటనలు, సమాధానాలు మరియు/లేదా వివరాలు నాకు తెలిసినంత వరకు అన్ని విధాలుగా సత్యమైనవి మరియు సంపూర్ణమైనవి మరియు ఈ ఇతర వ్యక్తుల తరఫున ప్రతిపాదించే అధికారం నాకు ఉందని నా తరఫున మరియు బీమా చేయబడ ప్రతిపాదిత వ్యక్తులందరి తరఫున నేను ఇందుమూలంగా ప్రకటిస్తున్నాను.
- నా ద్వారా అందించబడ సమాచారం బీమా వాలసీకి అధికారం ఉన్నందున, బీమా కంపెనీ యొక్క బోర్డు ఆమోదించిన అండర్ రైటింగ్ వాలసీకి లోబడి ఉంటుందని మరియు ధార్ చేయదగిన ప్రీమియంను పూర్తిగా చెల్లించిన తరువాత మాత్రమే వాలసీ అమల్లోకి వస్తుందని నేను అర్థం చేసుకున్నాను.
- ప్రోజెక్ట్ సబ్మిట్ చేయబడ తరువాత కానీ కంపెనీ ద్వారా రిస్క్ ఆమోదించబడ కమ్యూనికేషన్ కు ముందు బీమా చేయబడే జీవితము యొక్క వృత్తి లేదా సాధారణ ఆరోగ్యంలో సంభవించే ఏదైనా మార్పులను నేను రాతపూర్వకంగా తెలియజేస్తాను.
- బీమా చేయించాల్సిన/ప్రతిపాదకుడుగా ఉండాల్సిన వ్యక్తి యొక్క శారీరక లేదా మానసిక ఆరోగ్యాన్ని ప్రభావితం చేసే దేనినైనా సంబంధించి బీమా చేయబడ వ్యక్తి/ప్రతిపాదకుడు లేదా ఏదైనా గత లేదా ప్రస్తుత యజమాని నుంచి వైద్య సమాచారాన్ని కోరి ఏదైనా వైద్యుడు లేదా ఆసుపత్రి నుంచి వైద్య సమాచారాన్ని కోరేందుకు నేను సమ్మతి తెలియజేస్తున్నాను మరియు బీమా చేయబడ వ్యక్తి/ప్రతిపాదకుడిపై బీమా కోసం దరఖాస్తు చేసుకున్న ఏదైనా బీమా సంస్థ నుంచి సమాచారాన్ని కోరేందుకు నేను సమ్మతి తెలియజేస్తున్నాను. ప్రతిపాదనను అండర్ రైట్ చేయడం మరియు/లేదా క్లెయిమ్ సెటిల్ మెంట్

- ప్రతిపాదన మరియు/లేదా క్లెయిమ్ సెటిల్ మెంట్ మరియు/లేదా ఏదైనా ప్రభుత్వ మరియు/లేదా రెగ్యులేటరీ అథారిటీతో అండర్ రైటింగ్ కొరకు బీమా చేయబడ/ప్రతిపాదకుని యొక్క వైద్య రికార్డులతో సహా ప్రతిపాదనకు సంబంధించిన సమాచారాన్ని పంచుకోవడానికి నేను కంపెనీకి అధికారం ఇస్తున్నాను.
- సర్వీస్ తెలిపడం యొక్క ఏకైక ఉద్దేశ్యం కొరకు బీమా చేయబడ/ప్రతిపాదకుడి యొక్క వైద్య రికార్డులతో సహా నా/మా ప్రతిపాదనకు సంబంధించిన సమాచారాన్ని మా ఎంప్లొయర్ ప్రావైడర్ తో పంచుకోవడానికి నేను/మేం కంపెనీకి అధికారం ఇస్తాం.

ఖర్చు రూపాయలు మరియు పైసలు ఉంటుంది. ప్రతిపాదకుని సంతకం

8. ప్రాంతీయ ప్రకటన

(ప్రతిపాదకుడు స్థానిక భాషలో సంతకం చేసినట్లయితే ధృవీకరణ (కంపెనీ యొక్క ఎజెంట్/ఉద్యోగి కాకుండా మరొకరు సాక్ష్యం ఇవ్వాలి). ఈ రూపం యొక్క కంటెంట్ మరియు దాని వివరాలను నేను స్థానిక భాషలో ప్రోజెక్ట్ కు వివరించాను, అతను దానిని అర్థం చేసుకున్నాడు మరియు ధృవీకరించాడు:

పేరు(మార్కు)	<input type="text"/>	ధృవీకరించే వ్యక్తి	<input type="text"/>	ధృవీకరించే వ్యక్తి యొక్క మొబైల్ నెంబరు:	<input type="text"/>
ధృవీకరించే వ్యక్తి:	<input type="text"/>	యొక్క సంతకం:	<input type="text"/>		
సాక్షి పేరు(మార్కు)	<input type="text"/>	సాక్షి సంతకం(మార్కు)	<input type="text"/>	సాక్షి యొక్క మొబైల్ నెంబరు:	<input type="text"/>
				ప్రతిపాదకుని సంతకం	<input type="text"/>

9. ప్రోజెక్ట్ డిక్లరేషన్

(ఏ కారణం చేతనైనా ప్రతిపాదన మరియు ఇతర అనుసంధాన పత్రాలను ప్రతిపాదకుడు పూరించనప్పుడు ధృవీకరణ). ప్రోజెక్ట్ ఫారం మరియు సంబంధిత డాక్యుమెంట్ లోని విషయాలు నాకు పూర్తిగా వివరించబడ్డాయి మరియు ప్రతిపాదిత కాంట్రాక్ట్ యొక్క ప్రాముఖ్యతను నేను పూర్తిగా అర్థం చేసుకున్నాను. నా ఆదేశాల మేరకు ప్రోజెక్ట్ ఫారం _____ ద్వారా నింపబడింది మరియు అది సరైనదని నేను కనుగొన్నాను.

ప్రతిపాదకుని సంతకం

10. ప్రీమియం వివరాలు (ఆఫీస్ ఉపయోగం కోసం మాత్రమే)

ప్రీమియం చెల్లింపు ఎంపిక చెక్కు డిమాండ్ డ్రాఫ్ట్

క్రెడిట్ కార్డ్ డెబిట్ కార్డు నెట్ బ్యాంకింగ్

నగదు ఇతరులు

ప్రీమియం మొత్తం

ఆన్లైన్ పేమెంట్ ట్రాన్సాక్షన్ ఐడీ:

ఖర్చురం D D M M మరయుంయంయంయం

బ్యాంకు పేరు/బ్రాంచి

నివాబుపా బ్రాంచ్ స్థానం

కోడ్ నెం.

దీని ద్వారా వ్యాపారం సోర్స్ చేయబడింది:
అడ్వైజరీ/డివైజ్/కార్పొరేట్ ఏజెన్సీ/ఇతర ధానశ్లు

కోడ్ నెంబరు

పేరు

దీనిపై వచ్చిన ప్రతిపాదన: D D M M మరయుంయంయంయం

కస్టమర్ ఐడీ:

11. బ్యాంకు సర్టిఫికేట్ ధానల్ కోరకు మాత్రమే అదనపు వివరాలు (ఆఫీసు ఉపయోగం కోరకు మాత్రమే)

బ్రాంచ్ కోడ్ ఎస్సీ కోడ్

RM/LG కోడ్

C customer account అంకె

12. బీమా సలహాదారు నివేదిక (కార్యాలయ ఉపయోగం కోసం మాత్రమే)

1. మీరు ప్రోజెక్ట్ తో సంబంధం కలిగి ఉన్నారా? అవును/కాదు; ఒకవేళ అవును అయితే, సంబంధం యొక్క స్వభావం?

2. ప్రోజెక్ట్ తో మీకు ఎంతకాలంగా పరిచయం ఉంది? నెలలు

3. ప్రతిపాదకుడి గుర్తింపుతో మీరు సంతృప్తి చెందారా? అవును కాదు

4. ప్రోజెక్ట్ లేదా ఏదైనా దరఖాస్తుదారుడికి ఏదైనా శారీరక వైకల్యం/ లోపం లేదా మానసిక వైకల్యం ఉందా? అవును కాదు

5. ప్రతిపాదిత పాలసీ యొక్క నిబంధనలు, పునరుద్ధరణ కోరకు పరతులు, మినహాయింపులు, పాలసీ యొక్క వెయిటింగ్ పీరియడ్ లను మీరు వివరించారా మరియు ప్రతిపాదకుడు వ్యక్తిగతంగా హెల్త్ డిక్లరేషన్ పూర్తి చేశారా? అవును కాదు

6. నైతిక ప్రమాదంతో సహా అన్ని అంశాలను పరిగణనలోకి తీసుకొని ఈ ప్రతిపాదన పత్రాన్ని ఆమోదించాలని మీరు సిఫార్సు చేస్తారా? అవును కాదు

7. ప్రోజెక్ట్ కు మీరు నిష్పక్షపాతంగా సలహా ఇచ్చారా మరియు ప్రతిపాదకుడు అతని/ఆమె ప్రయోజనాలకు అనుకూలమైన అత్యుత్తమ కవర్ లో నిర్ణయం తీసుకోవడానికి వీలుగా మొత్తం సమాచారాన్ని అందించారా? అవును కాదు

ఖర్చురం D D M M మరయుంయంయంయం బీమా సలహాదారు

యొక్క సంతకం

13. చట్టపరమైన హెచ్చరిక

రిజిస్ట్రేషన్ నిబంధన (బీమా చట్టం 1938లోని సెక్షన్ 41 ప్రకారం)

1. భారతదేశంలో ప్రాణాలు లేదా ఆస్తికి సంబంధించిన ఏదైనా రకమైన ప్రమాదానికి సంబంధించి బీమాను తీసుకోవడానికి లేదా పునరుద్ధరణ పొందడానికి లేదా కొనసాగించడానికి ప్రత్యక్షంగా లేదా వర్తకంగా ఏ వ్యక్తియైనా అనుమతించకూడదు లేదా ఆఫర్ చేయకూడదు. మొత్తం లేదా చెల్లించాల్సిన కమిషన్ యొక్క ఏదైనా రిజిస్ట్రేషన్ లేదా పాలసీపై చూపించిన ప్రీమియంలో ఏదైనా రిజిస్ట్రేషన్ లేదా పాలసీని తీసుకునే లేదా పునరుద్ధరణ చేయడానికి లేదా కొనసాగించడానికి ఏ వ్యక్తి అయినా, బీమా కంపెనీ యొక్క ప్రచురితమైన ప్రాస్పెక్టస్ లు లేదా పబ్లికేషన్లకు అనుగుణంగా అనుమతించబడే రిజిస్ట్రేషన్ మినహా మరే రిజిస్ట్రేషన్ ను అంగీకరించదు.

2. ఈ సెక్షన్ నిబంధనలను పాటించడంలో ఎవరైనా విఫలమైతే పది లక్షల రూపాయల వరకు జరిమానా విధించవచ్చు.

14. అభ్యాది

సభ్యుడి పేరు	మీకు ఏ బీ హెచ్ ఏ ఐడీ ఉందా?		అభ్యాది	భాగస్వామ్యం చేయడానికి సమ్మతి వైద్య రికార్డులతో..	
	<input type="checkbox"/> అవును	<input type="checkbox"/> కాదు		భాగ ద్వారా బీమా సంస్థలు/టిపిఎలు	<input type="checkbox"/> అవును
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> అవును	<input type="checkbox"/> కాదు	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> అవును	<input type="checkbox"/> కాదు
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> అవును	<input type="checkbox"/> కాదు	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> అవును	<input type="checkbox"/> కాదు
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> అవును	<input type="checkbox"/> కాదు	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> అవును	<input type="checkbox"/> కాదు
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> అవును	<input type="checkbox"/> కాదు	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> అవును	<input type="checkbox"/> కాదు
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> అవును	<input type="checkbox"/> కాదు	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> అవును	<input type="checkbox"/> కాదు
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> అవును	<input type="checkbox"/> కాదు	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> అవును	<input type="checkbox"/> కాదు

15. రీఫండ్ మరియు క్లెయిమ్ ల చెల్లింపు కోరకు వివరాలు

పేమెంట్ అందుకోవడానికి ఆఫీస్: బ్యాంకు బదిలీ

లబ్ధిదారుని పేరు: _____

బ్యాంకు పేరు: _____ ఐఎస్ఎస్సీ: _____

ఖాతా నెంబరు: _____

ఖాతా రకం: _____

దేశస్థులకు మాత్రమే ఉపయోగించండి

నివా భూపా తన వినియోగదారులతో నిష్పాక్షికంగా మరియు పారదర్శకంగా ఉండటానికి అంకితం చేయబడింది. ఈ డాక్యుమెంట్ మీ పాలసీ యొక్క కీలక లక్షణాలను సంగ్రహిస్తుంది, అయితే ఇది మీ పాలసీ ఒప్పందాన్ని భర్తీ చేయదు మరియు ఈ ఉత్పత్తి కొనుగోలును ముగించడానికి ముందు మీ పాలసీ యొక్క అన్ని వివరాలను చదివవలసి మేము మిమ్మల్ని ప్రోత్సహిస్తున్నాము.

ఆరోగ్య సంజీవని పాలసీని నివా భూపా మీ ముందుకు తెస్తుంది - మీ కోసం తయారు చేసిన అన్ని ముఖ్యమైన ప్రయోజనాలతో కూడిన ఆరోగ్య బీమా పథకం. ఆసుపత్రిలో చేరడం, డే కేర్ చికిత్సలు మరియు ప్రత్యామ్నాయ చికిత్సల కోసం పాలసీ మీకు కవర్ చేస్తుంది.

పాలసీ కాంట్రాక్ట్ లో పేర్కొన్న విధంగా కొన్ని పరిమితులు మరియు మినహాయింపులకు లోబడి మీ పాలసీ ఈ క్రింది అంతర్నిర్ణీత ప్రయోజనాలను కలిగి ఉంటుంది:

- గది అద్దె, ఐసీయూ ఛార్జీలతో సహా ఆసుపత్రిలో ఇన్సెంట్ కేర్.
- గది అద్దె పరిమితులు:- గది అద్దె: రోజుకు గరిష్ఠంగా రూ.5,000 వరకు బీమా మొత్తంలో 2% వరకు ఉంటుంది. ఐసీయూ/ఐసీయూ: రోజుకు గరిష్ఠంగా రూ.10,000 వరకు బీమా మొత్తంలో 5 శాతం వరకు.
- అన్ని డే కేర్ చికిత్సలు కవర్ చేయబడతాయి.
- రోడ్ అంబులెన్స్ ఒక్కో ఆసుపత్రికి రూ.2,000 వరకు వసూలు చేస్తుంది.
- ఆయుష్ చికిత్సలు (ఇన్ సేమెంట్ కేర్ మాత్రమే).
- ఆసుపత్రిలో చేరడానికి 30 రోజుల ముందు వరకు ప్రీ హాస్పిటలైజేషన్.
- ఆసుపత్రి నుండి డిశ్చార్జ్ అయిన 60 రోజుల వరకు ఆసుపత్రిలో చేరిన తర్వాత..
- ఒక రోజు కేమాథోరపీ, రోబోటిక్ సర్జరీలు వంటి అధునిక చికిత్సలు బీమా మొత్తంలో 50% వరకు కవర్ చేస్తాయి.
- కంటికి సంబంధించిన చికిత్సల గరిష్ఠంగా రూ.40,000 వరకు బీమా మొత్తంలో 25% పరిమితి ఉంటుంది. 24 నెలల నిర్దిష్ట వెయిటింగ్ పీరియడ్ తర్వాత ఈ బెనిఫిట్ లభిస్తుంది.
- ప్రతి క్లెయిమ్ ప్రీ పాలసీ సంవత్సరానికి సంబంధించి క్యూములేటివ్ బేసన్ 5%, గరిష్ఠంగా బీమా మొత్తంలో 50% వరకు ఉంటుంది. ఒకవేళ క్లెయిమ్ చేసినట్లయితే, హాండ్లెడ్ క్యూములేటివ్ బేసన్ అదే రేటుకు తగ్గించబడుతుంది.

పాలసీ ప్రకారము ఈ క్రింది వెయిటింగ్ పీరియడ్ లు వర్తిస్తాయని గమనించండి:

- పాలసీ ప్రారంభించినప్పటి నుండి 36 నెలల పాటు వ్యాధి వెయిటింగ్ పీరియడ్ ఉంటుంది మరియు నిరంతర పునరుద్ధరణకు లోబడి ఉంటుంది. రోజు 1 నుండి కవర్ చేయబడే ప్రమాదం కారణంగా చికిత్స అవసరం అయితే తప్ప ప్రారంభ వెయిటింగ్ పీరియడ్ 30 రోజులు.
- మాతృ మొదటి పాలసీ ప్రారంభమైనప్పటి నుండి, పాలసీ కాంట్రాక్ట్ లో పేర్కొన్న కొన్ని పరతుల కొరకు, ఈ పరిస్థితి నేరుగా యాక్సిడెంట్ పల్ల సంభవించినట్లయితే (మొదటి రోజు నుండి కవర్ చేయబడుతుంది) నిర్దిష్ట వెయిటింగ్ పీరియడ్ 24 మరియు 48 నెలలు.

పాలసీ కాంట్రాక్ట్ లో పేర్కొన్న విధంగా ప్రామాణిక మినహాయింపులు వర్తిస్తాయని గమనించండి. అదనంగా, వైద్య మదింపు ఆధారంగా, కొన్ని నిర్దిష్ట మినహాయింపులు కూడా మీ పాలసీకి వర్తించవచ్చు.

మీ పాలసీ యొక్క ఇతర కీలక లక్షణాలు ఈ క్రింది విధంగా ఉన్నాయి:

- మీరు ఒక వ్యక్తి లేదా కుటుంబం కోసం పాలసీ తీసుకోవచ్చు. ఈ పాలసీ కింద అనుమతించబడిన కుటుంబ సభ్యులు తాను, జీవిత భాగస్వామి, పిల్లలు, తల్లిదండ్రులు మరియు అత్తమామలు. సభ్యుల చేరిక లేదా తొలగింపు ఏదైనా పునరుద్ధరణ సమయంలో మాత్రమే చేయాలి.
- ఎంచుకున్న బీమా మొత్తం వ్యక్తిగత ప్రాతిపదికన (అంటే సభ్యులందరికీ వేరే రేటు సమాన బీమా మొత్తం) లేదా షోటర్ ప్రాతిపదికన (అంటే సభ్యులందరి మధ్య పంచుకోబడిన బీమా మొత్తం) ఉండవచ్చు.
- అన్ని క్లెయిమ్ లు 5% కో-పేమెంట్ కు లోబడి ఉంటాయి.
- వార్షిక ఆర్ వార్షిక క్రెడిటాబిలిటీ మరియు నెలవారీ ప్రీమియం చెల్లింపు విధానాలు పాలసీ కింద అందుబాటులో ఉన్నాయి. నెలవారీ విధానంలో మొదటి నెల ప్రీమియం వాయిదాతో పాటు రెండో పాలసీ నెలకు ప్రీమియం చెల్లించాల్సి ఉంటుంది. ఆ తర్వాత మూడో పాలసీ నెల నుండి రెగ్యులర్ నెలవారీ ప్రీమియం చెల్లించాల్సి ఉంటుంది. వార్షిక మోడీ కాకుండా అన్ని ప్రీమియం చెల్లింపు మోడీ లకు ACH/స్ తప్పనిసరి. ఒకసారి ప్రీమియం చెల్లింపు విధానాన్ని ఎంచుకుంటే ఏడాది పాలసీ కాలపరిమితి ముగిసిన తర్వాత మాత్రమే మార్పుకోవచ్చు.
- క్లెయిమ్ విషయంలో, నెలవారీ లేదా క్రెడిటాబిలిటీ లేదా ఆర్ వార్షిక ప్రీమియం చెల్లింపు విధానాన్ని ఎంచుకుంటే, పాలసీ సంవత్సరానికి చెల్లించాల్సిన మిగిలిన ప్రీమియం ఆమోదయోగ్యమైన క్లెయిమ్ మొత్తం నుండి మినహాయించబడుతుంది.
- మీ దృవీకరణ మరియు సకాలంలో చెల్లించాల్సిన ప్రీమియం చెల్లింపుకు లోబడి మీ పాలసీ యొక్క జీవితకాల పునరుద్ధరణ.

ఉద్దేశపూర్వకంగా ఈ స్పెన్స్ ఖాళీగా ఉంచబడింది

- మీ రెన్యూవల్ ప్రీమియం మీ వయస్సు ఆధారంగా పెరుగుతుంది కానీ మీ క్లెయిమ్ అనుభవం ఆధారంగా మారదు. ఐఆర్విఐ ఆమోదానికీ లోబడి, ఎప్పటికప్పుడు వర్తిం చే ఐఆర్విఐ నియమనిబంధనలకు అనుగుణంగా భవిష్యత్తులో ఉత్పత్తి పునరుద్ధరణ ప్రీమియం రేట్లను సవరించవచ్చు.
- ఒకవేళ జారీ చేయడానికి మీ ప్రతిపాదన తిరస్కరణకు గురైతే, ప్రీ పాలసీ మెడికల్ చెక్ (సిపిఎస్) ఖర్చులో 100% మీరు భరిస్తారు.
- ప్రీ లుక్ ప్రావిజన్: పాలసీ నియమనిబంధనలకు మీరు అంగీకరించకపోతే, పాలసీ ధాక్యుమెంట్ అందుకున్న 15 రోజుల్లోగా (డ్రాగ్ మార్కెటింగ్ ద్వారా పాలసీని వికయించినట్లయితే 30 రోజులు) మీ కారణాలను తెలియజేస్తూ మీరు పాలసీని రద్దు చేయవచ్చు. మెడికల్ చెక్, ఫ్లాంట్ డ్యూటీ, కవర్ పీరియడ్ కోసం డామాషా రిస్క్ ప్రీమియం కోసం ధార్మిలు మినహాయించిన తర్వాత ప్రీమియం రీఫండ్ చేయబడుతుంది. పాలసీ రెన్యూవల్ సమయంలో ప్రీ లుక్ నిబంధన వర్తిం చేదు.

గమనిక: ప్రీమియం: దయచేసి ప్రీమియం మొత్తాన్ని నివా బుపా హెల్త్ ఇన్సూరెన్స్ కంపెనీ లిమిటెడ్ పేరిట సురక్షితమైన చెల్లింపు విధానం ద్వారా డివాజిట్ చేయండి. ఒకవేళ ఏవైనా సందేహాలు లేదా క్లెయిమ్ ఉన్నట్లయితే, దయచేసి మా కస్టమర్ హెల్ప్ లైన్ నెంబరు: 1860-500-8888 ని సంప్రదించండి. _____ ఎప్పటికప్పుడు స్వాగత కార్డ్, సర్వీస్ కార్డ్ లేదా ఏదైనా ఇతర కమ్యూనికేషన్ (ఎలక్ట్రానిక్ లేదా ఇతరత్రా) చేయడానికి నేను కంపెనీకి సమ్మతి తెలియజేస్తున్నాను మరియు అధికారం ఇస్తున్నాను.

రెన్యూవల్ పేమెంట్ సైన్ అప్

కంపెనీతో మీ ప్రస్తుత ఆల్మెరుడ్ క్లీయరింగ్ హాస్ (ఎసిహెచ్) / స్టాండింగ్ ఇన్స్ట్రక్షన్స్ (ఎసిఐ) ను కొనసాగించడం ద్వారా మీ ఆరోగ్య బీమా పాలసీ యొక్క పునరుద్ధరణ ప్రీమియంను ప్రతి సంవత్సరం చెల్లించవచ్చు. ఈ ఆప్షన్ కింద, మీ పాలసీని తక్షణమే పునరుద్ధరించవచ్చు. అయితే కంపెనీ ద్వారా అవసరమైన సమాచారం మరియు డాక్యుమెంటేషన్ యొక్క అన్ని అదనపు అవశ్యకతలను మీరు పూర్తి చేయాల్సి ఉంటుంది. ఇది మీ పాలసీ ప్రయోజనాల కొనసాగింపును నిర్ధారిస్తుంది.

_____ నేను ఎసిహెచ్ / ఎసిఐ రెన్యూవల్ ఆప్షన్ ఎంచుకోవాలనుకుంటున్నాను.

ఖర్చారం: _____ సంతకం ప్రతిపాదకుని యొక్క ఇ: _____

ఉంచు: _____ పి.ఆర్ యొక్క పేరు oposer: _____

నివా బుపా హెల్త్ ఇన్సూరెన్స్ కంపెనీ లిమిటెడ్
 రిజిస్టర్డ్ కార్యాలయం:- సి-98, మొదటి అంతస్తు, లజపత్ నగర్, పార్ట్ 1, న్యూఢిల్లీ-110024 ఢిల్లీ, మర్:
 బీమా అనేది ఆభ్యర్థనకు సంబంధించిన విషయం. నివా బుపా హెల్త్ ఇన్సూరెన్స్ కంపెనీ లిమిటెడ్ (గతంలో దీనిని మ్యాక్స్ బుపా హెల్త్
 ఇన్సూరెన్స్ కంపెనీ లిమిటెడ్ అని పిలిచేవారు) (ఐఆర్ డిఎఐ రిజిస్ట్రేషన్ నెం. 145). 'బుపా', 'హెల్త్ బిల్' లోగోలు ఆయా యజమానుల
 రిజిస్టర్డ్ బ్రాండ్ మార్క్ లు మరియు లైసెన్స్ కింద నివా బుపా హెల్త్ ఇన్సూరెన్స్ కంపెనీ లిమిటెడ్ ద్వారా ఉపయోగించబడుతున్నాయి. కస్టమర్
 హెల్ప్ లైన్: 1860-500-8888. వెబ్సైట్: www.nivabupa.com. సీఐఎన్: U66000DL2008PLC182918. నిబంధనలు మరియు షరతులు, మినహాయింపులు,
 ప్రమాద కారకాలు, వెయిటింగ్ పీరియడ్ మరియు ప్రయోజనాలకు సంబంధించిన మరిన్ని వివరాల కొరకు, దయచేసి అమ్మకాన్ని ముగించే ముందు సేల్స్ బ్రోచర్ ను జాగ్రత్తగా

కంపెనీ ద్వారా గుర్తింపు

అప్లికేషన్ నెంబరు. _____ ఖర్చారం _____

మీ ప్రపోజల్ మరియు మొత్తాన్ని చెక్/డిమాండ్ డ్రాఫ్ట్/ఇతరులు drawn on _____ తేదీ నాటి రూ. _____ మొత్తాన్ని అందుకున్నందుకు మేం కృతజ్ఞతతో అంగీకరిస్తున్నాం. బీమా కొరకు పూర్తి చేయబడ్డ ప్రతిపాదనను మాకు సమర్పించడం లేదా పాలసీ జారీ చేయడం కొరకు చేయబడ్డ ఏదైనా చెల్లింపు పాలసీని జారీ చేయడానికి అంగీకరించమని మమ్మల్ని బలవంతం చేయదు, ఈ నిర్ణయం ఎల్లప్పుడూ మా స్వంత మరియు సంపూర్ణ విచక్షణపై ఆధారపడి ఉంటుంది. ఒకవేళ బీమా కొరకు ఒక ప్రతిపాదనను మేం అంగీకరించినట్లయితే, అది పాలసీ యొక్క నియమనిబంధనలకు లోబడి ఉంటుంది మరియు ప్రీమియం పూర్తిగా మరియు సకాలంలో అందుకోవటయితే లేదా సారాంశం కానట్లయితే మాకు ఎలాంటి బాధ్యత ఉండదు. ఒకవేళ మేం ప్రతిపాదనను అంగీకరించినట్లయితే, మేం మీకు తెలియజేస్తాం మరియు మీ సుందీ అందుకున్న వైద్య పరీక్షల ఖర్చును వడ్డీ లేకుండా మినహాయించిన తరువాత చెల్లింపును తిరిగి చెల్లిస్తాం.

రిసీవర్ యొక్క పేరు మరియు సంతకం మరియు ఆఫీసు సీల్ _____