



2. బీమా కోసం దరఖాస్తు చేసుకున్న వారి వివరాలు:

దరఖాస్తుదారుడు 1

పేరు \_\_\_\_\_

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

మొబైల్ నెంబరు \_\_\_\_\_ పుట్టిన తేదీ \_\_\_\_\_ D D M M మరణించిన యుగం \_\_\_\_\_ భారతీయుడు కాకపోతే దయచేసి టిక్ చేయండి

ప్రపోజర్ తో రిలేషన్ షిప్ (దయచేసి టిక్ అప్డన్: స్వీయ/ జీవిత భాగస్వామి/ తండ్రి/ తల్లి/ మామ/ అత్త/ కొడుకు/ కూతురు/ ఉద్యోగి)

ఒకవేళ రిజిస్టర్డ్ మెడికల్ ప్రాక్టీషనర్\*, దయచేసి అందించండి: i. మెడికల్ రిజిస్ట్రేషన్ నెంబరు \_\_\_\_\_

ii. కొన్నిల్ పేరు \_\_\_\_\_

iii. పనిప్రాంతం యొక్క చిరునామా \_\_\_\_\_

దరఖాస్తుదారుడు 2

పేరు \_\_\_\_\_

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

మొబైల్ నెంబరు \_\_\_\_\_ పుట్టిన తేదీ \_\_\_\_\_ D D M M మరణించిన యుగం \_\_\_\_\_ భారతీయుడు కాకపోతే దయచేసి టిక్ చేయండి

ప్రపోజర్ తో రిలేషన్ షిప్ (దయచేసి టిక్ అప్డన్: స్వీయ/ జీవిత భాగస్వామి/ తండ్రి/ తల్లి/ మామ/ అత్త/ కొడుకు/ కూతురు/ ఉద్యోగి)

ఒకవేళ రిజిస్టర్డ్ మెడికల్ ప్రాక్టీషనర్\*, దయచేసి అందించండి: i. మెడికల్ రిజిస్ట్రేషన్ నెంబరు \_\_\_\_\_

ii. కొన్నిల్ పేరు \_\_\_\_\_

iii. పనిప్రాంతం యొక్క చిరునామా \_\_\_\_\_

దరఖాస్తుదారుడు 3

పేరు \_\_\_\_\_

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

మొబైల్ నెంబరు \_\_\_\_\_ పుట్టిన తేదీ \_\_\_\_\_ D D M M మరణించిన యుగం \_\_\_\_\_ భారతీయుడు కాకపోతే దయచేసి టిక్ చేయండి

ప్రపోజర్ తో రిలేషన్ షిప్ (దయచేసి టిక్ అప్డన్: స్వీయ/ జీవిత భాగస్వామి/ తండ్రి/ తల్లి/ మామ/ అత్త/ కొడుకు/ కూతురు/ ఉద్యోగి)

ఒకవేళ రిజిస్టర్డ్ మెడికల్ ప్రాక్టీషనర్\*, దయచేసి అందించండి: i. మెడికల్ రిజిస్ట్రేషన్ నెంబరు \_\_\_\_\_

ii. కొన్నిల్ పేరు \_\_\_\_\_

iii. పనిప్రాంతం యొక్క చిరునామా \_\_\_\_\_

దరఖాస్తుదారుడు 4

పేరు \_\_\_\_\_

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

మొబైల్ నెంబరు \_\_\_\_\_ పుట్టిన తేదీ \_\_\_\_\_ D D M M మరణించిన యుగం \_\_\_\_\_ భారతీయుడు కాకపోతే దయచేసి టిక్ చేయండి

ప్రపోజర్ తో రిలేషన్ షిప్ (దయచేసి టిక్ అప్డన్: స్వీయ/ జీవిత భాగస్వామి/ తండ్రి/ తల్లి/ మామ/ అత్త/ కొడుకు/ కూతురు/ ఉద్యోగి)

ఒకవేళ రిజిస్టర్డ్ మెడికల్ ప్రాక్టీషనర్\*, దయచేసి అందించండి: i. మెడికల్ రిజిస్ట్రేషన్ నెంబరు \_\_\_\_\_

ii. కొన్నిల్ పేరు \_\_\_\_\_

iii. పనిప్రాంతం యొక్క చిరునామా \_\_\_\_\_

దరఖాస్తుదారుడు 5

పేరు \_\_\_\_\_

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

మొబైల్ నెంబరు \_\_\_\_\_ పుట్టిన తేదీ \_\_\_\_\_ D D M M మరణించిన యుగం \_\_\_\_\_ భారతీయుడు కాకపోతే దయచేసి టిక్ చేయండి

ప్రపోజర్ తో రిలేషన్ షిప్ (దయచేసి టిక్ అప్డన్: స్వీయ/ జీవిత భాగస్వామి/ తండ్రి/ తల్లి/ మామ/ అత్త/ కొడుకు/ కూతురు/ ఉద్యోగి)

ఒకవేళ రిజిస్టర్డ్ మెడికల్ ప్రాక్టీషనర్\*, దయచేసి అందించండి: i. మెడికల్ రిజిస్ట్రేషన్ నెంబరు \_\_\_\_\_

ii. కొన్నిల్ పేరు \_\_\_\_\_

iii. పనిప్రాంతం యొక్క చిరునామా \_\_\_\_\_

దరఖాస్తుదారుడు 6

పేరు \_\_\_\_\_

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

మొబైల్ నెంబరు \_\_\_\_\_ పుట్టిన తేదీ \_\_\_\_\_ D D M M మరణించిన యుగం \_\_\_\_\_ భారతీయుడు కాకపోతే దయచేసి టిక్ చేయండి

ప్రపోజర్ తో రిలేషన్ షిప్ (దయచేసి టిక్ అప్డన్: స్వీయ/ జీవిత భాగస్వామి/ తండ్రి/ తల్లి/ మామ/ అత్త/ కొడుకు/ కూతురు/ ఉద్యోగి)

ఒకవేళ రిజిస్టర్డ్ మెడికల్ ప్రాక్టీషనర్\*, దయచేసి అందించండి: i. మెడికల్ రిజిస్ట్రేషన్ నెంబరు \_\_\_\_\_

ii. కొన్నిల్ పేరు \_\_\_\_\_

iii. పనిప్రాంతం యొక్క చిరునామా \_\_\_\_\_

\* టీమియంపై 5 శాతం డిస్కాంట్ షాండ్లండ్డి. మెడికల్ ప్రాక్టీషనర్ అంటే ఏదైనా రాష్ట్రం లేదా మెడికల్ కొన్నిల్ అఫ్ ఇండియా లేదా కొన్నిల్ ఫర్ ఇండియన్ మెడిసిన్ లేదా భారత ప్రభుత్వం లేదా రాష్ట్ర ప్రభుత్వం ఏర్పాటు చేసిన హోమియోపతి కోసం మెడికల్ కొన్నిల్ నుండి చెల్లబాటు అయ్యే రిజిస్ట్రేషన్ కలిగి ఉంది. తద్వారా దాని పరిధిలో వైద్యాన్ని ప్రాక్టీస్ చేయడానికి అర్హత ఉన్న వ్యక్తి మరియు తన లైసెన్స్ పరిధి మరియు అధికార పరిధికి లోబడి పనిచేస్తుంది.

3. కవరేజ్ ఎంపిక:

పేస్ కవరేజ్:	
పాలసీ రకం #:	<input type="checkbox"/> వ్యక్తి <input type="checkbox"/> బహుళ-సభ్యుల వ్యక్తి
కవర్ చేయాలిని జీవితాల సంఖ్య:	_____ పెద్దలు _____ పిల్లలు
పేస్ బీమా మొత్తం:	_____
పాలసీ కాలపరిమితి:	<input type="checkbox"/> 1 సంవత్సరం
ఆప్షనల్ కవరేజ్:	
1. కాపాడు	<input type="checkbox"/> అవును <input type="checkbox"/> కాదు
2. సేఫ్ గార్డ్*	<input type="checkbox"/> అవును <input type="checkbox"/> కాదు
3. ఒకవేళ 'పర్మనల్ యాక్సిడెంట్ కవర్' ఎంచుకుంటే దయచేసి టిక్ చేయండి (ఈ ఆప్షన్ 18 సంవత్సరాలు లేదా అంతకంటే ఎక్కువ వయస్సు ఉన్న దరఖాస్తుదారులకు మాత్రమే అందుబాటులో ఉంటుంది)	<input type="checkbox"/> అవును <input type="checkbox"/> కాదు

4. వాగ్చరిణి

పాలసీ నెంబరు	ఇన్సూరెన్స్ కంపెనీ రిస్క్ ప్రారంభ తేదీ	రిస్క్ ముగింపు తేదీ	Reasons for Porting

వాగ్చరిణి కోరిన ప్రతిపాదిత బీమాదారుని పేరు	మొదటి పాలసీ ప్రారంభ తేదీ	వాగ్చరిణి అభ్యర్థించబడిన నిరంతర కవరేజ్ యొక్క సంవత్సరాల సంఖ్య	గత పాలసీలో క్లెయిమ్స్	ప్రస్తుత క్లెయిమ్ బేసిస్ లేదు	బీమా మొత్తం - సంవత్సరం 1	బీమా మొత్తం - సంవత్సరం 2	బీమా మొత్తం - సంవత్సరం 3	బీమా మొత్తం - సంవత్సరం 4 (గడువు ముగిసే పాలసీ)

5. 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.

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

6. వైద్య, అలవాట్లు మరియు గత ప్రతిపాదన సమాచారం

సెక్షన్ ఎ: బీమా చేయించాలని ప్రతిపాదించిన వ్యక్తులకు సంబంధించి:							
జీవిత, ఆరోగ్యం, ఆసుపత్రి రోజువారీ సగదు లేదా క్రిటికల్ ఇన్సూరెన్స్ ఇన్సూరెన్స్ కొరకు ఏదైనా దరఖాస్తు ప్రాసెస్ లో ఉండా లేదా ఏదైనా బీమా కంపెనీ ద్వారా ఎప్పుడైనా తిరస్కరించబడినా, వాయిదా వేయబడినా, లేదా చేయబడినా లేదా ఏదైనా ప్రత్యేక పరీక్షలకు లోబడి చేయబడినా?							
లో	లో	లో	లో	లో	లో	లో	లో
సెక్షన్ బి: బీమా చేయించుకోవాలనుకునే వ్యక్తిలో ఎవరికైనా ఎప్పుడైనా వ్యాధి నిర్ధారణ అయిందా?							
i.	గుండెపోటు, హార్ట్ ఫెయిల్యూర్, ఇన్ఫర్మిటీ హార్ట్ డిజీజ్ లేదా కొరసరీ హార్ట్ డిజీజ్, ఆంజినా, గుండె కవాటాల వ్యాధులు, అరిథ్మియాస్, కార్డియోమయోపతి వంటి గుండె జబ్బులు.						
లో	లో	లో	లో	లో	లో	లో	లో
ii.	ఏదైనా అవయవం యొక్క కటితి లేదా క్యాన్సర్, లుకేమియా, లింఫోమా, సార్కోమా						
లో	లో	లో	లో	లో	లో	లో	లో
iii.	ప్రధాన అవయవ వైఫల్యం లేదా మార్పిడిలు (మూత్రపిండాలు, కాలేయం, గుండె, శాపిరిటివులు మొదలైనవి)						
లో	లో	లో	లో	లో	లో	లో	లో
iv.	ప్రోక్, ఎస్ట్రోజెన్, మెదడు గర్భలు, పార్కిన్సన్ వ్యాధి, మల్టిపుల్ స్కెలెరోసిస్, మోటార్ న్యూరాస్ వ్యాధి, కండరాల డిస్ట్రోఫీస్, అల్సీమర్స్ వ్యాధి లేదా ఏదైనా న్యూరోలాజికల్ వ్యాధి						
లో	లో	లో	లో	లో	లో	లో	లో
v.	క్రానిక్ లంగ్ డిజీజెస్, పల్మనరీ ఫైబ్రోసిస్, శాపిరిటివులు కూలిపోవడం లేదా ఇంటర్స్టిషియల్ లంగ్ డిజీజ్ (ఐఎల్డి)						
లో	లో	లో	లో	లో	లో	లో	లో
vi.	హెపటైటిస్ బి లేదా సి, దీర్ఘకాలిక కాలేయ వ్యాధులు, ప్యాంక్రియాటిటిస్ మరియు ప్యాంక్రియాస్ యొక్క ఇతర వ్యాధులు, క్రోన్స్ వ్యాధి, ప్రణాళికాపై పెద్దపెగుళ్ళు						
లో	లో	లో	లో	లో	లో	లో	లో
vii.	10 రోజులకు పైగా ఆసుపత్రిలో చికిత్స పొందుతున్నారు.						
లో	లో	లో	లో	లో	లో	లో	లో
viii.	10 రోజులకు మించి నిరంతరంగా ఎప్పుడైనా మందులు/చికిత్సలు తీసుకున్నారా? నియంత్రిత మధుమేహం, అధిక రక్తపోటు, అధిక కొలెస్ట్రాల్, హైపోథైరాయిడిజం, జలుబు, ఫ్లూ, విరేచనాలు మరియు విరేచనాలు / తీవ్రమైన గ్యాస్ట్రోఎంటెరిటిస్, ఎసిడిటీ మినహా ఇన్ఫెక్షన్లు, ఇంజక్షన్లు, నోటి మందులు మరియు బాహ్య వైద్య అనువర్తనాలను కలిగి ఉంటాయి.						
లో	లో	లో	లో	లో	లో	లో	లో
ix.	సిఫారసు చేయబడలేని ఏదైనా చికిత్స, శిస్తచికిత్స లేదా వైద్యానికి వేచి ఉండటం						
లో	లో	లో	లో	లో	లో	లో	లో
x.	గతంలో ఎదుర్కొన్న ఏదైనా వ్యాధి నయం అయ్యిందా లేదా అని ఏదైనా కాలానుగుణ్య/క్రమం తప్పకుండా ఫోలోఅప్ కింద? ఫోలోఅప్ అంటే క్రమానుగత సంప్రదింపులు, పరిశోధనలు మొదలైనవి.						
లో	లో	లో	లో	లో	లో	లో	లో
xi.	గత 30 రోజుల్లో ప్రస్తుతం ఉన్న లేదా కలిగి ఉన్న సమస్యల కొరకు డాక్టర్(లు)తో ఏదైనా సంప్రదింపులు జరిగాయో లేదా ఏదైనా పరీక్షలను సూచించారా?						
లో	లో	లో	లో	లో	లో	లో	లో
xii.	ఇన్సులిన్ పై రియాక్టివ్, అనియంత్రిత రక్తపోటు						
లో	లో	లో	లో	లో	లో	లో	లో
xiii.	ఏదైనా దీర్ఘకాలిక మూత్రపిండ వ్యాధి						
లో	లో	లో	లో	లో	లో	లో	లో
xiv.	ప్రధాన అవయవాల అసాధారణతలతో సంబంధం ఉన్న ఏదైనా జన్యుపరమైన రుగ్మతలు						
లో	లో	లో	లో	లో	లో	లో	లో
xv.	హెచ్ ఐవి/ఐయిడ్స్, తలసేమియా, సికిల్ సెల్ డిజీజ్, హీమోఫీలియా లేదా ఇనుము లోపం రక్తహీనత మినహా మరే ఇతర రక్త సంబంధిత సమస్య.						
లో	లో	లో	లో	లో	లో	లో	లో
xvi.	మానసిక/ మానసిక అనారోగ్యాలు లేదా నిద్ర రుగ్మత?						
లో	లో	లో	లో	లో	లో	లో	లో

సెక్షన్ సి: సెక్షన్ లో అవును (Y) మార్కు చేయబడలేని ప్రశ్నలకు B , దయచేసి ఈ క్రింది సమాచారాన్ని పేర్కొనండి:

దరఖాస్తుదారు నెంబరు	లక్షణం(లు) లేదా పరిశోధన(లు) లేదా రోగ నిర్ధారణ లేదా ప్రక్రియ/శిస్తచికిత్స యొక్క వివరాలు				పరిస్థితి యొక్క వ్యవధి	మందులు(లు)	మోతాదు	ప్రస్తుత స్థితి (ఉదా: పూర్తి/వాక్సిక రికవరీ లేదా కొనసాగుతున్న చికిత్స)	చికిత్స చేసే వైద్యుడి పేరు మరియు కాంటాక్ట్ వివరాలు	జతచేయబడ్డ డాక్యుమెంట్ లు (అవును/కాదు)
	2. కనెట్ Diabets HbA1c లెవెల్	అధిక రక్తపోటు బిపి స్థాయి ఉంటే		ఏదైనా ఇతర వినదాలు						
		Systolic	Diastolic							

7. దిక్రెపిస్ (ప్రతిపాదన పత్రంపై సంతకం చేయడానికి ముందు దయచేసి జాగ్రత్తగా చదవండి మరియు ప్రతిదానికి 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 చేయబడే ప్రతిపాదిత వ్యక్తులందరి తరఫున నేను ఇందుమూలంగా ప్రకటిస్తున్నాను.
- నా ద్వారా అందించబడ్డ సమాచారం బీమా పాలసీకి ఆధారం అవుతుందని, బీమా కంపెనీ యొక్క బోర్డు ఆమోదించిన అండర్ రైటింగ్ పాలసీకి లోబడి ఉంటుందని మరియు ఛార్జ్ చేయదగిన ప్రీమియంను పూర్తిగా చెల్లించిన తరువాత మాత్రమే పాలసీ అమల్లోకి వస్తుందని నేను అర్థం చేసుకున్నాను.
- ప్రజాజల్ సర్వీస్ చేయబడ్డ తరువాత కానీ కంపెనీ ద్వారా రిస్క్ ఆమోదించబడ్డ కమ్యూనికేషన్ కు ముందు బీమా చేయబడే జీవితము యొక్క మృతి లేదా సాధారణ ఆరోగ్యంలో సంభవించే ఏదైనా మార్పులను నేను రాతపూర్వకంగా తెలియజేస్తాను.
- బీమా చేయించాల్సిన/ప్రతిపాదకుడుగా ఉన్న వ్యక్తి యొక్క శారీరక లేదా మానసిక ఆరోగ్యాన్ని ప్రభావితం చేసే దేనికైనా సంబంధించి బీమా చేయబడ్డ/ప్రతిపాదకుడు లేదా ఏదైనా గత లేదా ప్రస్తుత యజమాని నుంచి వైద్య సమాచారాన్ని కోరి ఏదైనా వైద్యుడు లేదా ఆసుపత్రి నుంచి వైద్య సమాచారాన్ని కోరేందుకు మరియు బీమా చేయబడే/ప్రతిపాదకుడు అయిన వ్యక్తిపై బీమా కోసం దరఖాస్తు చేసుకున్న ఏదైనా బీమా సంస్థ నుంచి సమాచారాన్ని కోరేందుకు నేను సమ్మతి తెలియజేస్తున్నాను. ప్రతిపాదనను అండర్ రైట్ చేయడం మరియు/లేదా క్లెయిమ్ సెటిల్ మెంట్ కిరకు.
- ప్రతిపాదన మరియు/లేదా క్లెయిమ్ సెటిల్ మెంట్ మరియు/లేదా ఏదైనా ప్రభుత్వ మరియు/లేదా రెగ్యులేటరీ అథారిటీతో అండర్ రైటింగ్ కొరకు బీమా చేయబడ్డ/ప్రతిపాదకుని యొక్క వైద్య రికార్డులతో సహా నా ప్రతిపాదనకు సంబంధించిన సమాచారాన్ని పంచుకోవడానికి నేను కంపెనీకి అధికారం ఇస్తున్నాను.

ఖర్చారం  మరియు  ఉండు \_\_\_\_\_ ప్రతిపాదకుని సంతకం

8. ప్రాంతీయ ప్రకటన

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

సర్టిఫికేట్ ఇచ్చే వ్యక్తి పేరు:	<input type="text"/>	ధృవీకరించే వ్యక్తి యొక్క సంతకం:	<input type="text"/>	ధృవీకరించే వ్యక్తి యొక్క మొబైల్ నెంబరు:	<input type="text"/>
సాక్షి పేరు(మారు)	<input type="text"/>	సంతకం యొక్క సంతకం సాక్షి	<input type="text"/>	సాక్షి యొక్క మొబైల్ నెంబరు:	<input type="text"/>
				సంతకం యొక్క సంతకం ప్రతిపాదకుడు	<input type="text"/>

9. ప్రజాజల్ దిక్రెపిస్

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

ప్రతిపాదకుని సంతకం

10. ప్రీమియం వివరాలు (ఆఫీస్ ఉపయోగం కోసం మాత్రమే)

ప్రీమియం చెల్లింపు ఎంపిక  చెక్కు  డిమాండ్ డ్రాఫ్ట్  క్రెడిట్ కార్డు/డెబిట్ కార్డు  నెట్ బ్యాంకింగ్  క్యాష్ ఇతరులు

ప్రీమియం మొత్తం  ఆన్లైన్ పేమెంట్ (ట్రాన్సాక్షన్ ఐడీ:  ఖర్చారం  మరియు

బ్యాంకు పేరు/బ్రాంచి  నివాస బ్రాంచ్ ఫ్రాన్స

కోడ్ నెం.  బిజినెస్ సోర్స్: అక్షరాల/దీఎస్/కార్పొరేట్ ఎజెన్సీ/ఇతర ఛానల్స్

కోడ్ నెంబరు

పేరు

దీనిపై వచ్చిన ప్రతిపాదన:  మరియు  కస్టమర్ ఐడీ:

ప్రజాజల్ లేదా దరఖాస్తుదారుడు సిబ్బందినా?  అవును  కాదు

11. బాస్యూరెన్స్ ఛానల్ కోసం అదనపు వివరాలు మాత్రమే (కార్యాలయ ఉపయోగం కోసం మాత్రమే)

బ్రాంచ్ కోడ్ SP కోడ్   RM/LG కోడ్

C customer ఖాతా నెంబరు

12. ఇన్నూవేషన్ అడ్రెస్ రిపోర్ట్ (ఆఫీస్ ఉపయోగం కోసం మాత్రమే)

బీమా సలహాదారు/కార్పొరేట్ ఎజింట్ యొక్క నిర్దిష్ట వ్యక్తి/బోకర్/రిలేషన్ షిప్ ఆఫీసర్ యొక్క అధికృత ఉద్దేశ్యాలకు ఈ ప్రతిపాదన పత్రంలోని అన్ని విషయాలను వివరించానని, ఇందులో ఉన్న ప్రశ్నలకు స్టేట్ మెంట్(లు), సమాచారం మరియు ప్రతిస్పందన(లు)తో సహా ఈ ప్రతిపాదన ఫారం అతడు/ఆమె సమర్పించిన సమాచారం మరియు ప్రతిస్పందన(లు)తో సహా ప్రతిపాదన ఫారం యొక్క అన్ని విషయాలను నేను వివరించానని ఇందుమూలంగా ప్రకటిస్తున్నాను. ఒకవేళ పాలసీ జారీ చేయడం కొరకు కంపెనీ ద్వారా ఈ ప్రతిపాదన ఆమోదించబడితే, కంపెనీ మరియు ప్రతిపాదకుని మధ్య బీమా ఒప్పందం.

ఒకవేళ ఏదైనా అసత్య ప్రకటన(లు) /సమాచారం/ప్రతిస్పందన(లు) ఈ ప్రతిపాదన పత్రంలో/అనుబంధం(లు), ఆఫీడవిట్ లు, స్టేట్ మెంట్ లు, సమర్పణలు, సమర్పించాల్సిన/సమర్పించాల్సినవి మరియు ఇంకా ఏదైనా మెటీరియల్ వాస్తవాలను బహిష్కరణ చేయనట్లయితే, ఈ ప్రతిపాదనకు అనుగుణంగా అతడికి/ఆమెకు అనుకూలంగా జారీ చేయబడే పాలసీ చెల్లుబాటు కానిదిగా కంపెనీ పరిగణించబడుతుంది మరియు పాలసీ కింద చెల్లించిన అన్ని ప్రీమియంలు కంపెనీకి బిళ్ళ చేయబడతాయని నేను వివరించాను.

ఖచ్చితం

బీమా సలహాదారు యొక్క సంతకం

13. చట్టపరమైన హెచ్చరిక

రిజిస్ట్రేషన్ నిషేధం (బీమా చట్టం 1938లోని సెక్షన్ 41 ప్రకారం) 1. భారతదేశంలో ప్రాణాలు లేదా ఆస్తి సంబంధించిన ఏదైనా రకమైన ప్రమాదానికి సంబంధించి బీమాను తీసుకోవడానికి లేదా పునరుద్ధరించడానికి లేదా కొనసాగించడానికి పెరపించడానికి ప్రత్యేకంగా లేదా పరోక్షంగా ఏ వ్యక్తినీ అనుమతించరాదు లేదా ఆఫీసర్ చేయకూడదు, మొత్తం లేదా చెల్లించాల్సిన కమిషన్ యొక్క ఏదైనా రిజిస్ట్రేషన్ లేదా పాలసీపై చూపించిన ప్రీమియం యొక్క ఏదైనా రిజిస్ట్రేషన్, లేదా పాలసీని తీసుకునే లేదా పునరుద్ధరించే లేదా కొనసాగించే ఏ వ్యక్తినీ అయినా, బీమా కంపెనీ యొక్క ప్రచురితమైన ప్రాస్పెక్టస్ లు లేదా పబ్లికేషన్లకు అనుగుణంగా అనుమతించబడే రిజిస్ట్రేషన్ మినహా మరే రిజిస్ట్రేషన్ ను అంగీకరించదు.

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

14. రూరల్ అండ్ సోషల్ సెక్యూర్టీ కేటగిరీ (సర్టిఫైడ్):

ఆశా వర్కర్  ఎంజిఎన్ ఆర్ జిజిఎ కార్మికుడు

1.4. అభి ఇడి

సభ్యుడి పేరు	మీకు ఏ బీమా ఏ ఇడి ఉందా?		అభి ఇడి	ఎ.బి.హెచ్.ఎ ద్వారా బీమా సంస్థలు/టిపిఎలతో వైద్య రికార్డులను పంచుకోవడానికి సమ్మతి	
	<input type="checkbox"/> అవును	<input type="checkbox"/> కాదు		<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	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> అవును	<input type="checkbox"/> కాదు

15. రీఫండ్ మరియు క్రెయిమ్ ల చెల్లింపు కొరకు వివరాలు

పేమెంట్ అందుకోవడానికి ఆఫీసర్:  బ్యాంకు బదిలీ

లభించానని పేరు

బ్యాంక్ పేరు

ఖాతా నెంబరు  బిఎఫ్ఎస్సీ కోడ్

ఖాతా రకం

నివా బుసా హెల్త్ ఇన్సూరెన్స్ కంపెనీ లిమిటెడ్, రిజిస్ట్రేషన్ ఆఫీసు:- సి-98, మొదటి అంతస్తు, లజపత్ నగర్, పార్ట్ 1, న్యూఢిల్లీ-110024  
 నిరాకరణ: బీమా అనేది అభ్యర్థనకు సంబంధించిన విషయం. నివా బుసా హెల్త్ ఇన్సూరెన్స్ కంపెనీ లిమిటెడ్ గ్రాంట్ దీనిని మ్యూక్స్ బుసా హెల్త్ ఇన్సూరెన్స్ కంపెనీ లిమిటెడ్ అని పిలిచేవారు (బిఆర్ డిఎబి రిజిస్ట్రేషన్ నెం. 145). 'బుసా', 'హెల్త్ బీడ్' లోగోలు ఆయా యజమానుల రిజిస్ట్రేషన్ లకు మరల లైసెన్స్ కింద నివా బుసా హెల్త్ ఇన్సూరెన్స్ కంపెనీ లిమిటెడ్ ద్వారా ఉపయోగించబడుతున్నాయి. కస్టమర్ హెల్ప్ లైన్: 1860-500-8888. వెబ్సైట్: www.nivabupa.com. సబ్విజి: U66000DL2008PLC182918. నిబంధనలు మరియు పదాలు, మినహాయింపులు, ప్రమాద కారకాలు, వెయిటింగ్ పీరియడ్ మరియు ప్రయోజనాలకు సంబంధించిన మరిన్ని వివరాల కొరకు, దయచేసి అమ్మకాన్ని ముగించే ముందు సెల్లు/ట్రాన్సర్ ను జాగ్రత్తగా చదవండి.

*This Space Has Been Left Blank Intentionally.*

నివాబుపా హెల్త్ ఇన్సూరెన్స్ కంపెనీ లిమిటెడ్, రిజిస్టర్డ్ ఆఫీసు: సి-98, మొదటి అంతస్తు, లజవత్ నగర్, పార్ట్ 1, న్యూఢిల్లీ-110024

నిరాకరణ: బీమా అందేది అభ్యర్థనకు సంబంధించిన విషయం. నివాబుపా హెల్త్ ఇన్సూరెన్స్ కంపెనీ లిమిటెడ్ గ్రాంట్ చేసిన మ్యూచువల్ బానా హెల్త్ ఇన్సూరెన్స్ కంపెనీ లిమిటెడ్ అని పిలిచేవారు (బిఆర్ డిఎఫ్ రిజిస్ట్రేషన్ నెం. 145). 'బానా', 'హెల్త్ బీట్' లోగాలు ఆయా యజమానుల రిజిస్టర్డ్ క్లెయిమ్స్ లు మరియు లైసెన్స్ కింద నివాబుపా హెల్త్ ఇన్సూరెన్స్ కంపెనీ లిమిటెడ్ ద్వారా ఉపయోగించబడుతున్నాయి. కస్టమర్ హెల్ప్ లైన్: 1860-500-8888. వెబ్సైట్: www.nivabupa.com. నీఐఎన్: U66000DL2008PLC182918. నిబంధనలు మరియు షరతులు, మినహాయింపులు, ప్రమాద కారకాలు, వెయిటింగ్ పీరియడ్ మరియు ప్రయోజనాలకు సంబంధించిన మరిన్ని వివరాల కొరకు, దయచేసి అమ్మకాన్ని ముగించే ముందు సెల్స్ బ్రోచర్ ను జాగ్రత్తగా చదవండి.

ఉత్పత్తి పేరు: అమ్మతం | ప్రొడక్ట్ UIN: NBHHLIP23156V012223

కంపెనీ నుంచి ఆమోదం

అప్లికేషన్ నెంబరు.

ఖర్చారం

మీ ప్రజాజల్ అందుకున్నందుకు మరియు చెక్/డిమాండ్ డ్రాఫ్ట్/ఇతరులు ద్వారా రూ. \_\_\_\_\_ తేదీ \_\_\_\_\_ తేదీని \_\_\_\_\_ ద్వారా మేం కృతజ్ఞతతో అంగీకరిస్తున్నాం. బీమా కొరకు ఫూల్ డెయిలీ ప్రతిపాదనను మాకు సమర్పించడం లేదా పాలసీ జారీ చేయడం కొరకు డెయిలీ డెమాండ్ డ్రాఫ్ట్/ఇతరులు చేర్చి, పాలసీని జారీ చేయడానికి అంగీకరించమని మమ్మల్ని బలవంతం చేయండి. ఈ నిర్ణయం ఎల్లప్పుడూ మన యొక్క సంపూర్ణ మరియు సంపూర్ణ విచారణపై ఆధారపడి ఉంటుంది. ఒకవేళ బీమా కొరకు ఒక ప్రతిపాదనను మేం అంగీకరించినట్లయితే, అది పాలసీ యొక్క నియమనిబంధనలకు లోబడి ఉంటుంది మరియు ప్రీమియం ఫూల్గా మరియు సకాలంలో అందుకోనట్లయితే లేదా సాకారం కానట్లయితే మాకు ఎలాంటి బాధ్యత ఉండదు. ఒకవేళ మేం ప్రతిపాదనను అంగీకరించనట్లయితే, మేం మీకు తెలియజేస్తాం మరియు మీ నుంచి అందుకున్న వైద్య పరీక్షల ఖర్చును వడ్డీ లేకుండా మినహాయించిన తరువాత చెల్లింపును తిరిగి చెల్లిస్తాం.

రిసీవర్ యొక్క పేరు మరియు సంతకం మరియు అప్లికేషన్ నెంబరు