

1. ప్రజాజీవీ 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 (ఆప్షనల్): ఫాన్ నెంబరు

వాల్డికాయం (రూ.)

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

దీని ద్వారా చెల్లించిన ప్రీమియం ప్రజాజీవీ తో సంబంధం(మారు)

నేను అన్ని నిబంధనలు మరియు షరతులను చదివాను, అర్థం చేసుకున్నాను మరియు అంగీకరించాను మరియు వెబ్ కమ్ కాల్స్/SMS, సర్వీస్ కాల్స్/SMS లేదా ఏదైనా ఇతర వాణిజ్య కమ్యూనికేషన్ చేయడం కొరకు నా రిజిస్టర్డ్ ఫోన్ నెంబరుపై వాట్సాప్/SMS/ఇమెయిల్/ఫోన్/Facebook లేదా మరేదైనా మోడల్ ద్వారా నన్ను సంప్రదించడానికి నీ 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 (పీఇపీ) అనేది ప్రముఖ 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)

పాలసీ 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 పాలసీని ఇ-ఇన్సూరెన్స్ ఖాతాలో జమ చేయాలని అనుకుంటున్నారా? (దయచేసి ఏదైనా ఒకదాన్ని ఎంచుకోండి)

లేదు, నాకు ఇ-ఇన్సూరెన్స్ ఖాతా లేదు మరియు ఒకదాన్ని తెరవాల్సిన అనుకోవడం లేదు. అవును, ఈ పాలసీని నా ఇ-ఇన్సూరెన్స్ ఖాతాకు క్రెడిట్ చేయండి.

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

దయచేసి బిమా రిపోజిటరీ పేరు ఎంచుకోండి (మీరు మీ ఖాతాను తెరిచారు)

1. ఎన్ ఎస్ డిఎల్ 2. CIRL 3. KARVY 4. CAMS (దయచేసి ఏదైనా ఒకదాన్ని ఎంచుకోండి)

లేదా

చాక్రమిట్ కేజీ/ఇన్సూరెన్స్ ఖాతా నెంబరు మరియు కేజీ/ఇ-బిమా ఖాతా నెంబరు (ఇ-బిమా ఖాతా నెంబరు లేని సందర్భాల్లో) ఉన్నాను (దయచేసి సంబంధిత

2. కవరేజ్ ఎంపిక:

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

దయచేసి సంబంధిత బాక్సులను టీక్ చేయండి:

బేస్ కవరేజ్:

కవరేజ్ చేయాల్సిన జీవితాలు: 1A 1A+1C 1A+2C 1A+3C 1A+4C 2A 2A+1C 2A+2C 2A+3C 2A+4C

ఎంచుకున్న ప్లాన్:

క్లాసిక్ ప్లాన్ మెరుగైన ప్లాన్

బీమా మొత్తం: (రూ.)

3 నరస్సులు 4 నరస్సులు 5 నరస్సులు 7.5 లక్షలు 10 లక్షలు 15 లక్షలు 20 లక్షలు 25 లక్షలు

పాలనీ కాలపరిమితి:

1 సంవత్సరం 2 సంవత్సరాలు 3 సంవత్సరాలు

ఉత్పత్తి కింద ఆప్షన్ల కవరేజ్:

a. పర్సనల్ యాక్సిడెంట్ కవరేజ్:

అవును కాదు

ఒకవేళ అవును అయితే, దయచేసి కవరేజ్ చేయాల్సిన జీవితాలను ఎంచుకోండి: ప్రాథమిక బీమా చేయబడ వ్యక్తి జీవిత భాగస్వామిత్ పాలు ప్రాథమిక బీమా చేయబడ వ్యక్తి

ఈ బదిలీ ప్రయోజనం కింద కవరేజ్ చేయబడే జీవితాలు విమానం లేదా సముద్రంలోకి వెళ్ళే సౌకర్యం సిబ్బందిగా పనిచేయడం, భూగర్భ మైనింగ్ లేదా సారంగం, సాయుధ దళాలు లేదా భద్రతా దళాలు, ఏదైనా సాహస క్రీడలలో (మోటారు వేగ పోటీలతో సహా) పాల్గొనడానికి సంబంధించిన ఉద్యోగం లేదా వృత్తిలో ఉన్నాయా?

అవును కాదు

b. క్రీడికల్ ఇల్ నెస్ కవరేజ్:

అవును కాదు

ఒకవేళ అవును అయితే, దయచేసి కవరేజ్ చేయాల్సిన జీవితాలను ఎంచుకోండి: ప్రాథమిక బీమా చేయబడ వ్యక్తి జీవిత భాగస్వామిత్ పాలు ప్రాథమిక బీమా చేయబడ వ్యక్తి

c. ఇన్సూరెన్స్:

అవును కాదు

d. సేఫ్ గార్డ్ (రైడర్):

అవును కాదు

e. ఆసుపత్రి నగదు:

అవును కాదు (బీమా చేసిన 5 లక్షలు మరియు అంతకంటే తక్కువ మొత్తానికి, రోజువారీ నగదు ప్రయోజనం రోజుకు రూ.1,000 మరియు 5 లక్షలకు పైబడిన బీమా మొత్తానికి రోజుకు రూ.2,000)

f. పెరిగిన నో క్లెయిమ్ బోనస్:

అవును కాదు

g. మెరుగైన రీ-ఫిల్ బెనిఫిట్:

అవును కాదు

3. బీమా కోసం దరఖాస్తు చేసుకున్న వారి వివరాలు:

పెద్దలు 1	పేరు	<input type="text"/>									
	లింగము	<input type="checkbox"/> మగ <input type="checkbox"/> ఆడ	<input type="checkbox"/> ఇతర	ఎత్తు	<input type="text"/> (HUF)	<input type="text"/> (అంగుళం)	బరువు	<input type="text"/> (kg)			
	నడుము	<input type="text"/> (అంగుళం)	పుట్టిన తేదీ	<input type="text"/> <small>D D M M సంవత్సరం</small>		భారతీయుడు కాకపోతే దయచేసి టీక్ చేయండి					
<p>ప్రపోజర్ తో రిలేషన్ షిప్ (దయచేసి టీక్ ఆఫ్): <input type="checkbox"/> స్వయం/జీవిత భాగస్వామి/కోడుకు/కోడలు/కూతురు/అల్లుడు/తండ్రి/తల్లి/మామ/అత్త/తాత/నానమ్మ/మనవడు/మనవరాలు/సోదరుడు/సోదరి/మరదలు/మరదలు/బానమరిది/మేనల్లుడు/మేనకోడలు/యజమాని-ఉద్యోగి</p>											
పెద్దలు 2	పేరు	<input type="text"/>									
	లింగము	<input type="checkbox"/> మగ <input type="checkbox"/> ఆడ	<input type="checkbox"/> ఇతర	ఎత్తు	<input type="text"/> (HUF)	<input type="text"/> (అంగుళం)	బరువు	<input type="text"/> (kg)			
	నడుము	<input type="text"/> (అంగుళం)	పుట్టిన తేదీ	<input type="text"/> <small>D D M M సంవత్సరం</small>		భారతీయుడు కాకపోతే దయచేసి టీక్ చేయండి					
సంబంధం: వయోజన జీవిత భాగస్వామి 1 <input type="checkbox"/> భారతీయుడు కాకపోతే దయచేసి టీక్ చేయండి											
పెద్దలు 1	పేరు	<input type="text"/>									
	లింగము	<input type="checkbox"/> మగ <input type="checkbox"/> ఆడ	<input type="checkbox"/> ఇతర	ఎత్తు	<input type="text"/> (HUF)	<input type="text"/> (అంగుళం)	బరువు	<input type="text"/> (kg)			
	నడుము	<input type="text"/> (అంగుళం)	పుట్టిన తేదీ	<input type="text"/> <small>D D M M సంవత్సరం</small>		భారతీయుడు కాకపోతే దయచేసి టీక్ చేయండి					
సంబంధం: వయోజన కుమారుడు 1 <input type="checkbox"/> పెద్దవారి కుమార్తె 1 <input type="checkbox"/> భారతీయుడు కాకపోతే దయచేసి టీక్ చేయండి											
పెద్దలు 2	పేరు	<input type="text"/>									
	లింగము	<input type="checkbox"/> మగ <input type="checkbox"/> ఆడ	<input type="checkbox"/> ఇతర	ఎత్తు	<input type="text"/> (HUF)	<input type="text"/> (అంగుళం)	బరువు	<input type="text"/> (kg)			
	నడుము	<input type="text"/> (అంగుళం)	పుట్టిన తేదీ	<input type="text"/> <small>D D M M సంవత్సరం</small>		భారతీయుడు కాకపోతే దయచేసి టీక్ చేయండి					
సంబంధం: వయోజన కుమారుడు 1 <input type="checkbox"/> పెద్దవారి కుమార్తె 1 <input type="checkbox"/> భారతీయుడు కాకపోతే దయచేసి టీక్ చేయండి											

పిల్లవారు 3

పేరు _____

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

నడుము _____ (అంగుళం) పుట్టిన తేదీ _____

సంబంధం: వయోజన కుమారుడు 1 _____ పెద్దవారి కుమార్తె 1 _____ భారతీయుడు కాకపోతే దయచేసి టిక్ చేయండి

పిల్లవారు 4

పేరు _____

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

నడుము _____ (అంగుళం) పుట్టిన తేదీ _____

సంబంధం: వయోజన కుమారుడు 1 _____ పెద్దవారి కుమార్తె 1 _____ భారతీయుడు కాకపోతే దయచేసి టిక్ చేయండి

4. నామినేషన్ సూచి

ప్రతిపాదకుడు మరణిస్తే, పాలసీ కింద చెల్లించాల్సిన ఏదైనా చెల్లింపు దిగువ పేర్లన్న నామినీకి చెల్లించబడుతుంది. నామినీ ద్వారా అటువంటి చెల్లింపును అందుకోవడం అనేది పాలసీ కింద కంపెనీ యొక్క బాధ్యతను నిర్మూలించడాన్ని తెలియజేస్తుంది. అన్ని ఇతర దరఖాస్తుదారు(లు)కు నామినీ స్వయంగా ప్రోజెర్ గా ఉండాలి.

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

నామినీ యొక్క బ్యాంకు వివరాలు: _____ లభిదారుని పేరు: _____

బ్యాంక్ పేరు _____ ఖాతా రకం _____ పోదుపు _____ ప్రస్తుతం _____

ఖాతా నెంబరు _____ ఐఎస్ఎస్సీ కోడ్ _____

5. వైద్య మరియు అలవాట్ల సమాచారం

ముఖ్యమైనది: ఈ విభాగంలోని అన్ని ప్రశ్నలకు నిజాయితీగా మరియు పూర్తిగా సమాధానాలు ఇవ్వబడ్డాయని దయచేసి ధృవీకరించుకోండి, ఎందుకంటే మీరు ఇక్కడ అందించే సమాచారం నివా బాసా ద్వారా అందరే రైటింగ్ ఆధారంగా ఉంటుంది. ఏదైనా అసంపూర్ణ, తప్పు, పాక్షికంగా సరైన సమాచారం మీ క్లెయిమ్ మరియు/లేదా కవరేజీని ప్రభావితం చేస్తుందని దయచేసి గమనించండి.

సెక్షన్ A: దయచేసి వైద్య పరిస్థితులపై సమాచారాన్ని పంచుకోండి

ప్రతి దరఖాస్తుదారుడి కొరకు దయచేసి దిగువ ప్రశ్నలకు సమాధానం ఇవ్వండి. దయచేసి అవును (Y) లేదా కాదు (N) సరిగ్గా చేయండి	దరఖాస్తుదారు నెంబరు					
	A1	A2	C1	C2	C3	C4
i. మీరు ఎప్పుడైనా 5 రోజులకు మించి ఆసుపత్రిలో చేరా, ఏదైనా శస్త్రచికిత్సా విధానాలు చేయించుకోమని సూచించారా, లేదా ఏదైనా మందులు తీసుకున్నారా/14 రోజులకు మించి ఏదైనా లక్షణాలు ఉన్నాయా? మందులు ఇన్ఫెక్షన్లు, ఇంజక్షన్లు, నోటి మందులు మరియు సమయోచిత అనువర్తనాలతో సహా కానీ పరిమితం	మరియు	మరియు	మరియు	మరియు	మరియు	మరియు
ii. డ్రాయిడ్ ప్రాప్రెల్, లిపిడ్ ప్రాప్రెల్, బీటాబ్లొకర్, యాంజియోటెన్సిన్ రిసెప్టర్ ఇన్హిబిటర్లు, ఎక్స్ కార్డియోగ్రఫీ, 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 డయాబెటీస్ లేదా అధిక రక్తపోటు ఉందా?	మరియు	మరియు	మరియు	మరియు	మరియు	మరియు
iv. మీకు ఏదైనా ముందస్తు వ్యాధులు/పరిస్థితులు ఉన్నాయా?	మరియు	మరియు	మరియు	మరియు	మరియు	మరియు
v. మీరు ఎప్పుడైనా ఏదైనా జను/వంశపారంపర్య రుగ్మతలు లేదా హెచ్ ఐవి/ఎయిడ్స్ కొరకు రోగ నిర్ధారణ లేదా చికిత్స పొందారా?	మరియు	మరియు	మరియు	మరియు	మరియు	మరియు
vi. మీరు ఎప్పుడైనా ఏదైనా మానసిక/ మానసిక రుగ్మతలకు రోగ నిర్ధారణ చేయబడ్డారా లేదా చికిత్స పొందారా?	మరియు	మరియు	మరియు	మరియు	మరియు	మరియు

సెక్షన్ B: (దరఖాస్తుదారుడు ధూమపానం లేదా పొగాకు/ గుట్టా/ పాన్ మసాలా లేదా మద్యం సేవించే మోతాదు దయచేసి ఈ విభాగాన్ని

సెక్షన్ B: (దరఖాస్తుదారుడు ధూమపానం లేదా పొగాకు/ గుట్టా/ పాన్ మసాలా లేదా మద్యం సేవించే మోతాదు దయచేసి ఈ విభాగాన్ని	దరఖాస్తుదారు నెంబరు					
	A1	A2	C1	C2	C3	C4
i. నమలదగిన పొగాకు/గుట్టా/పాన్ మసాలా - దయచేసి రోజుకు ఎన్ని పాన్లు ఉన్నాయో పేర్కొనండి						
ii. ఆల్కహాల్ - దయచేసి వారానికి మి.లీ మరియు/లేదా డైలీ డ్రింకర్ పేర్కొనండి	<input type="checkbox"/> డైలీ డ్రింకర్	<input type="checkbox"/> డైలీ డ్రింకర్	<input type="checkbox"/> డైలీ డ్రింకర్	<input type="checkbox"/> డైలీ డ్రింకర్	<input type="checkbox"/> డైలీ డ్రింకర్	<input type="checkbox"/> డైలీ డ్రింకర్
iii. సిగరెట్లు/బీడీ/సిగార్ - దయచేసి రోజుకు వినియోగాన్ని పేర్కొనండి						

11. ప్రీమియం వివరాలు (ఆఫీసు ఉపయోగం కొరకు మాత్రమే)

ప్రీమియం చెల్లింపు ఎంపిక చెక్కు డిమాండ్ డ్రాఫ్ట్

క్రెడిట్ కార్డ్ డెబిట్ కార్డు నెట్ బ్యాంకింగ్

నగదు ఇతరులు

ప్రీమియం మొత్తం

ఆన్లైన్ పేమెంట్ ట్రాన్సాక్షన్ ఐడీ:

ఖర్చుం D D M M మధ్యమధ్యమధ్యమధ్యమధ్య

బ్యాంకు పేరు/బ్రాంచి

నివా బుపా బ్రాంచ్ స్థానం

కోడ్ నెం.

దీని ద్వారా వ్యాపారం సోర్స్ చేయబడింది:

అడ్వైజర్/డిఎఫ్/కార్పొరేట్ ఏజెన్సీ/ఇతర ఛానళ్లు

కోడ్ నెంబరు

పేరు

దీనిపై వచ్చిన ప్రతిపాదన: D D M M మధ్యమధ్యమధ్యమధ్య

కస్టమర్ ఐడీ:

12. బాంకస్ ఇన్సూరెన్స్ ఛానల్ కొరకు మాత్రమే అదనపు వివరాలు (ఆఫీసు ఉపయోగం కొరకు మాత్రమే)

బ్రాంచ్ కోడ్ ఎస్సీ కోడ్

RM/LG కోడ్

కస్టమర్ ఖాతా నెంబరు

13. బీమా సలహాదారు యొక్క రిపోర్ట్ (ఆఫీసు ఉపయోగం కొరకు మాత్రమే)

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

ప్రోజెక్ట్ తో మీకు ఎంతకాలంగా పరిచయం ఉంది? నెలలు

ప్రోజెక్ట్ యొక్క గుర్తింపుతో మీరు సంతుష్టి చెందారా? అవును కాదు

ప్రోజెక్ట్ లేదా ఏదైనా దరఖాస్తుదారునికి ఏదైనా శారీరక వైకల్యం/లోపం లేదా మానసిక వైకల్యం ఉన్నదా? అవును కాదు

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

ప్రోజెక్ట్ ప్రమాదంతో సహా అన్ని అంశాలను పరిగణనలోకి తీసుకొని ఈ ప్రతిపాదన పత్రాన్ని ఆమోదించాలని మీరు సిఫారసు చేస్తారా? అవును కాదు

ప్రోజెక్ట్ కు మీరు నిష్పక్షపాతంగా సలహా ఇచ్చారా మరియు ప్రతిపాదకుడు అతడి/ఆమె ప్రయోజనాలకు అనుకూలమైన అత్యుత్తమ కవర్ లో నిర్ణయం తీసుకోవడానికి ఏలాగా మొత్తం సమాచారాన్ని అందించారా? అవును కాదు

ఖర్చుం D D M M మధ్యమధ్యమధ్యమధ్య బీమా సలహాదారు యొక్క సంతకం

14. చట్టబద్ధమైన హెచ్చరిక

రిజెట్ల సిస్టం (బీమా చట్టం 1938లోని సెక్షన్ 41 ప్రకారం)

- భారతదేశంలో ప్రాణాలు లేదా ఆస్తికి సంబంధించిన ఏదైనా రకమైన ప్రమాదానికి సంబంధించి బీమాను తీసుకోవడానికి లేదా పునరుద్ధరించడానికి లేదా కొనసాగించడానికి ప్రేరేపించడానికి ప్రత్యక్షంగా లేదా పరోక్షంగా ఏ వ్యక్తినీ అనుమతించరాదు లేదా ఆఫీస్ చేయకూడదు, మొత్తం లేదా చెల్లించాల్సిన కమిషన్ యొక్క ఏదైనా రిజెట్ లేదా పాలసీపై చూపించిన ప్రీమియం యొక్క ఏదైనా రిజెట్, లేదా పాలసీని తీసుకునే లేదా పునరుద్ధరించే లేదా కొనసాగించే ఏ వ్యక్తి అయినా, బీమా కంపెనీ యొక్క ప్రచురితమైన ప్రాస్పెక్టస్ లు లేదా పబ్లికేషన్లకు అనుగుణంగా అనుమతించబడే రిజెట్ మినహా మరే రిజెట్ ను అంగీకరించదు.
- ఈ సెక్షన్ నిబంధనలను పాటించడంలో ఎవరైనా విఫలమైతే పది లక్షల రూపాయల వరకు జరిమానా విధించవచ్చు.

15. అభిబది

సభ్యుడి పేరు	మీకు ఏ బీమా పోలిక ఉంది?	అభిబది	ఏ బీమా పోలిక 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="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="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="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="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="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

16. రీఫండ్ మరియు క్లెయిమ్ లు చెల్లింపు కొరకు వివరాలు

పేమెంట్ అందుకోవడానికి ఆఫీస్: బ్యాంకు బదిలీ

లబ్ధిదారుని పేరు

బ్యాంక్ పేరు

ఖాతా నెంబరు ఐఎఫ్ఎస్సీ కోడ్

ఖాతా రకం

నివా బుపా హెల్త్ ఇన్సూరెన్స్ కంపెనీ లిమిటెడ్, రిజిస్టర్డ్ ఆఫీసు:- 98, మొదటి అంతస్తు, లజపత్ నగర్, పార్ట్ 1, న్యూఢిల్లీ-110024
 డిస్కంట్ నెట్: ఇన్సూరెన్స్ అనేది అభ్యర్థనకు సంబంధించిన విషయం. నివా బుపా హెల్త్ ఇన్సూరెన్స్ కంపెనీ లిమిటెడ్ (గతంలో దీనిని మ్యాక్స్ బుపా హెల్త్ ఇన్సూరెన్స్ కంపెనీ లిమిటెడ్ అని పిలిచేవారు) (ఐఆర్ డిఎబి రిజిస్ట్రేషన్ నెం. 145). 'బుపా', 'హెల్త్ బీల్డ్' 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. సీబిఎన్: U66000DL2008PLC182918. నిబంధనలు మరియు పరతులు, మినహాయింపులు, ప్రమాద కారకాలు, వెయిటింగ్ పీరియడ్ మరియు ప్రయోజనాలకు సంబంధించిన మరిన్ని వివరాల కొరకు, దయచేసి అమ్మకాన్ని ముగించే ముందు సేల్స్ ట్రైబర్ ను బాగ్రత్తగా చదవండి.

దేవుని పేరుతో ప్రార్థన చేయండి

హెల్త్ పర్లీ

కీ ఫీచర్ డాక్యుమెంట్ (కెఎఫ్ డి)

నివా బూసా 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 చదవమని మేము మిమ్మల్ని ప్రోత్సహిస్తున్నాము.

హెల్త్ పర్లీ మీకు మరియు మీ కుటుంబానికి గొప్ప విలువను అందించే అనేక రకాల ప్రయోజనాలను అందిస్తుంది. హాస్పిటలైజేషన్ కవరేజ్, వార్షిక ఆరోగ్య పరీక్షలు, డే కేర్ & ప్రత్యామ్నాయ చికిత్సలు వంటి ప్రయోజనాలు ఉన్నాయి. పర్సనల్ యాక్సిడెంట్ కవర్, క్రిటికల్ ఇల్లెస్ కవర్, మెరుగైన రీఫిల్ బెనిఫిట్, ఈ-కన్సల్టేషన్, నో క్లెయిమ్ బోనస్, హాస్పిటల్ కాస్ట్ వంటి అప్సెల్ బెనిఫిట్స్ తో మీ కవరేజీని పెంచుకోవచ్చు.

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

- గది అద్దె మరియు ఐసియు ఛార్జీలతో సహా ఆసుపత్రిలో ఇన్సూపెంట్ సంగ్రహణ
- రూమ్ రెంట్/ కేటగిరీ:
 - బీమా చేసిన మొత్తం రూ.3 లక్షలు లేదా 4 లక్షలు - రోజుకు బేస్ ఇన్సూరెన్స్ మొత్తంలో 1% వరకు లేదా సింగిల్ ప్రైవేట్ రూమ్, ఏది తక్కువైతే అది. ఐసియు ఛార్జీలు రోజుకు బేస్ ఇన్సూరెన్స్ మొత్తంలో 2% వరకు కవర్ చేయబడతాయి -
 - రూ.5 లక్షలు మరియు అంతకంటే ఎక్కువ బీమా మొత్తానికి - సింగిల్ ప్రైవేట్ రూమ్. బీమా మొత్తం వరకు ఐసియు ఛార్జీలు కవర్
- ఆసుపత్రిలో చేరడానికి ముందు మరియు తరువాత ఖర్చులు వరుసగా 30 మరియు 60 రోజులు
- ప్రత్యామ్నాయ చికిత్స
- డే కేర్ చికిత్స
- సజీవ అవయవ మార్పిడి
- డెమిసెలరీ హాస్పిటలైజేషన్
- ఎమర్జెన్సీ గ్రాండ్ అంబులెన్స్
- పాలసీ సంవత్సరంలో చేసిన క్లెయిమ్ ల కారణంగా, విభిన్న అస్సఫుతలు/పరతుల కొరకు లేదా పాలసీ కింద కవర్ చేయబడతూ ఇతర బీమా చేయబడతూ సభ్యుల కొరకు బీమా చేయబడతూ మొత్తం అయిపోయినట్లయితే 100% బేస్ మొత్తం వరకు రీఫిల్ బెనిఫిట్
- 2వ పాలసీ సంవత్సరం నుంచి అందుబాటులో ఉండే వార్షిక హెల్త్ చెక్ప్ ష్యాకేజీ
- ఫార్మాసీ మరియు డయాగ్నోస్టిక్ టెస్టులకు సేవలు
- నో క్లెయిమ్ బోనస్: ప్రతి క్లెయిమ్ ప్రీ సంవత్సరానికి, పునరుద్ధరణ సమయంలో గడువు తీరిన బేస్ మొత్తంలో 10% పెరుగుదల, బేస్ మొత్తం బీమాలో గరిష్టంగా 100% కు లోబడి ఉంటుంది. క్లెయిమ్ విషయంలో నో క్లెయిమ్ బోనస్ లో ఎలాంటి తగ్గింపు ఉండదు.
- మానసిక అస్సఫుతకు ఇన్ సెమెంట్ చికిత్స కొరకు అయ్యే ఖర్చులు పాలసీ కాంట్రాక్ట్ లో పేర్కొనబడని నిర్దిష్ట పరతుల కొరకు సబ్ లిమిట్ కు లోబడి పాలసీ కింద కవర్ చేయబడతాయి.
- హెల్త్ ఐవి/ఎయిడ్స్ వల్ల కలిగి లేదా దానితో సంబంధం ఉన్న పరిస్థితి కారణంగా ఆసుపత్రిలో చేరడం కొరకు అయ్యే ఖర్చులు (డే కేర్ డ్రీట్ మెంట్ తో సహా) పాలసీ కాంట్రాక్ట్ లో పేర్కొనబడని సబ్ లిమిట్ కు లోబడి పాలసీ కింద కవర్ చేయబడతాయి. మాత్రం కవర్ ప్రారంభించినప్పటి నుండి 48 నెలల వెయిటింగ్ పీరియడ్ కు లోబడి ఈ బెనిఫిట్ అందించబడుతుంది, HIV/AIDS ఒక బెనిఫిట్ గా కవర్ చేయబడుతుంది.
- క్లస్టిక్ ఫ్రాన్ కింద, ముంబై (నవీ ముంబై మరియు థానెత్ సహా), ఢిల్లీ ఎన్ఐఆర్, కోల్కతా మరియు గుజరాత్ రాష్ట్రంలో చికిత్స కోసం 20% కో-పెయింట్ వర్తిస్తుంది.
- పరిమితులకు లోబడి కవర్ చేయబడే ఆధునిక చికిత్సలు

మీ పాలసీ కాంట్రాక్ట్ లో పేర్కొన్న కొన్ని పరిమితులు మరియు మినహాయింపులకు లోబడి, ఈ క్రింది ఇచ్చిన ప్రయోజనాలతో మీరు మీ పాలసీని అనుకూలీకరించవచ్చు:

- ప్రమాదవశాత్తు మరణం, శాశ్వత మొత్తం మరియు పాక్షిక వైకల్యానికి వ్యతిరేకంగా వ్యక్తిగత ప్రమాద కవరేజీ
- 20 ప్రధాన క్రిటికల్ ఇల్లెస్ లకు క్రిటికల్ ఇల్లెస్ కవరేజీ
- అపరిమిత బెలి/ఆన్ లైన్ కన్సల్టేషన్లు
- ఆసుపత్రిలో చేరే రోజువారీ ఆసుపత్రి సగటు ప్రయోజనం
- పునరుద్ధరణ సమయంలో గడువు తీరిన బేస్ మొత్తంలో 20% నో క్లెయిమ్ బోనస్, బేస్ మొత్తంలో గరిష్టంగా 200% కు లోబడి ఉంటుంది.
- బేస్ మొత్తంలో 150% వరకు మెరుగైన రీ-ఫిల్ బెనిఫిట్

అప్సెల్ బెనిఫిట్ ల కొరకు అదనపు వార్షిక ప్రీమియం వసూలు చేయబడుతుందిని దయచేసి గమనించండి.

కంపెనీ నుంచి ఆనందం

అప్లికేషన్ నెంబరు:

ఖర్చు

మీ ప్రపోజల్ అందుకున్నందుకు మరియు చెక్/డిమాండ్ డ్రాఫ్ట్/ఇతరాలు _____ ద్వారా రూ. _____ తేదీ _____ తేదీని _____ ద్వారా మేం కృతజ్ఞతతో అంగీకరిస్తున్నాం. బీమా కొరకు పూర్తి చేయబడని ప్రతిపాదనను మాకు సమర్పించడం లేదా పాలసీ జారీ చేయడం కొరకు చేయబడని ఏదైనా చెల్లింపు, పాలసీని జారీ చేయడానికి అంగీకరించమని మమ్మల్ని బలవంతం చేయదు, ఈ నిర్ణయం ఎల్లప్పుడూ మన యొక్క సంపూర్ణ మరియు సంపూర్ణ విచక్షణపై ఆధారపడి ఉంటుంది. ఒకవేళ బీమా కొరకు ఒక ప్రతిపాదనను మేం అంగీకరించినట్లయితే, అది పాలసీ యొక్క నియమనిబంధనలకు లోబడి ఉంటుంది మరియు ప్రీమియం పూర్తిగా మరియు సకాలంలో అందుకోనట్లయితే లేదా సాకారం కానట్లయితే మాకు ఎలాంటి బాధ్యత ఉండదు. ఒకవేళ మేం ప్రతిపాదనను అంగీకరించినట్లయితే, మేం మీకు తెలియజేస్తాం మరియు మీ నుంచి అందుకున్న వైద్య పరీక్షల ఖర్చును వధి లేకుండా మినహాయించిన తరువాత చెల్లింపును తిరిగి చెల్లిస్తాం.

రీసేవర్ యొక్క సంతకం మరియు ఆఫీసు సీల్

పాలసీ ప్రకారము వెయిటింగ్ పీరియడ్ లు వర్తిస్తాయని గమనించండి.

- పాలసీ ప్రారంభించినప్పటి నుంచి 36 నెలల పాటు వ్యాధి వెయిటింగ్ పీరియడ్, నిరంతర పునరుద్ధరణ. క్రిటికల్ ఇల్ నెస్ కవర్ కొరకు కూడా, ముందుగా ఉన్న వ్యాధి వెయిటింగ్ పీరియడ్ 36 నెలలు.
- యాక్సిడెంట్ కారణంగా చికిత్స అవసరం అయితే తప్ప ప్రారంభ వెయిటింగ్ పీరియడ్ 30 రోజులు. క్రిటికల్ ఇల్ నెస్ కవర్ కొరకు, ప్రారంభ వెయిటింగ్ పీరియడ్ 90 రోజులు.
- మాత్రం మొదటి పాలసీ ప్రారంభించినప్పటి నుండి, కొన్ని జాబితా చేయబడిన అనారోగ్యాల కొరకు 24 నెలల నిర్దిష్ట వెయిటింగ్ పీరియడ్, ఈ పరిస్థితి నేరుగా యాక్సిడెంట్ వల్ల సంభవించిన తప్ప (మొదటి రోజు నుండి కవర్ చేయబడుతుంది).
- ఫార్మసీ మరియు డయాగ్నోస్టిక్ సర్వీసెస్ మరియు పర్యవేక్షణ యాక్సిడెంట్ కవర్ మరియు ఇ-కన్సల్టేషన్ వంటి ఆప్షనల్ బెనిఫిట్స్ (ఎంచుకున్నట్లయితే) కొరకు వెయిటింగ్ పీరియడ్ లు వర్తించవని దయచేసి గమనించండి.

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:

- వ్యక్తిగత లేదా ఫ్యామిలీ ఫ్లోటర్ కవర్ (2 పెద్దలు మరియు 4 పిల్లల వరకు), పాలసీలో సభ్యులు(లు) ఏదైనా జోడించడం లేదా తొలగించడం పునరుద్ధరణ సమయంలో మాత్రమే చేయబడుతుంది.
- మీ దృవీకరణ మరియు సకాలంలో చెల్లించాల్సిన ప్రీమియం చెల్లింపుకు లోబడి మీ పాలసీ యొక్క జీవితకాల పునరుద్ధరణ.
- మీ రెస్యూవల్ ప్రీమియం మీ వయస్సు ఆధారంగా పెరుగుతుంది కాని మీ క్రెయిమ్ అనుభవం ఆధారంగా మారదు. ఐఆర్ఏఐ అవసాదానికి లోబడి, ఎప్పటికప్పుడు వర్తించే ఐఆర్ఏఐ నియమనిబంధనలకు అనుగుణంగా భవిష్యత్తులో ఉత్పత్తి పునరుద్ధరణ ప్రీమియం రేట్లను సవరించవచ్చు.
- ఒకవేళ జారీ చేయడానికి మీ ప్రతిపాదన తిరస్కరణకు గురైతే, ప్రీ పాలసీ మెడికల్ చెకప్ (పిపిఎస్) ఖర్చులో 100% మీరు భరిస్తారు.

___ | ఎప్పటికప్పుడు స్వీగత కార్న్, సర్వీస్ కార్న్ లేదా ఏదైనా ఇతర కమ్యూనికేషన్ (ఎలక్ట్రానిక్ లేదా ఇతరత్రా) చేయడానికి కంపెనీకి సమృతి మరియు అధికారం ఇస్తారు.

గమనిక: ప్రీ లుక్ ప్రావిజన్: పాలసీ నియమనిబంధనలకు మీరు అంగీకరించకపోతే, పాలసీ డాక్యుమెంట్ అందుకున్న 15 రోజుల్లోగా (దూర మార్కెటింగ్ ద్వారా పాలసీని విక్రయించినట్లయితే 30 రోజులు) మీ కారణాలను తెలియజేస్తూ మీరు పాలసీని రద్దు చేయవచ్చు. మెడికల్ చెకప్, స్టాంప్ డ్యూటీ, కవర్ పీరియడ్ కోసం దామాషా రిస్క్ ప్రీమియం కోసం ఛార్జీలు మినహాయించిన తర్వాత ప్రీమియం రీఫండ్ చేయబడుతుంది. పాలసీ రెస్యూవల్ సమయంలో ప్రీ లుక్ నిబంధన వర్తించదు.

ప్రీమియం: దయచేసి ప్రీమియం మొత్తాన్ని నివా బువా హెల్త్ ఇన్సూరెన్స్ కంపెనీ లిమిటెడ్ పేరిట సురక్షితమైన చెల్లింపు విధానం ద్వారా డిపాజిట్ చేయండి.

రెస్యూవల్ పేమెంట్ సైన్ అప్

కంపెనీతో మీ ప్రస్తుత ఆటోమేటెడ్ క్రియరింగ్ హాస్ (ఎసిహెచ్) / స్టాండింగ్ ఇన్స్యూరెన్స్ (ఎస్ఐ) 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 చేయాలి, ఉంటుంది. ఇది మీ పాలసీ ప్రయోజనాల కొనసాగింపును నిర్ధారిస్తుంది. ___ | ఎసిహెచ్/ఎస్ఐ రెస్యూవల్ ఆప్షన్ ఎంచుకోవాలి.

ఖర్చారం: _____

ప్రతిపాదకుని సంతకం: _____

ఉంచు: _____

ప్రతిపాదకుని పేరు: _____

నివా బువా హెల్త్ ఇన్సూరెన్స్ కంపెనీ లిమిటెడ్, రిజిస్టర్డ్ ఆఫీసు: సి-98, మొదటి అంతస్తు, లజపత్ నగర్, పార్ట్ 1, న్యూఢిల్లీ-110024
 డిప్యూటీ-మేనేజర్: ఇన్సూరెన్స్ అనేది అభ్యర్థనకు సంబంధించిన విషయం. నివా బువా హెల్త్ ఇన్సూరెన్స్ కంపెనీ లిమిటెడ్ (గతంలో దీనిని మ్యాక్స్ బువా హెల్త్ ఇన్సూరెన్స్ కంపెనీ లిమిటెడ్ అని పిలిచేవారు) (ఐఆర్ డిఎబి రిజిస్ట్రేషన్ నెం. 145). 'బువా', 'హెల్త్ బీట్' లోగాలు ఆయా యజమానుల రిజిస్టర్డ్ బ్రాండ్ మార్క్ లు మరియు లైసెన్స్ కింద నివా బువా హెల్త్ ఇన్సూరెన్స్ కంపెనీ లిమిటెడ్ ద్వారా ఉపయోగించబడుతున్నాయి. కస్టమర్ హెల్ప్ లైన్: 1860-500-8888. వెబ్సైట్: www.nivabupa.com. సీఐఎన్: U66000DL2008PLC182918. నిబంధనలు మరియు పరతులు, మినహాయింపులు, ప్రమాద కారకాలు, వెయిటింగ్ పీరియడ్ మరియు ప్రయోజనాలకు సంబంధించిన మరిన్ని వివరాల కొరకు, దయచేసి అమ్మకాన్ని ముగించే ముందు సేల్స్ బ్రోచర్ ను జాగ్రత్తగా చదవండి.

ఉత్పత్తి పేరు: హెల్త్ పల్స్, ప్రొడక్ట్ యుఐఎన్: NBHHLIP22155V032122 | రైడర్ పేరు: సేఫ్ గార్డ్, రైడర్ UIN : NBHHLIA24109V022324

ఉద్దేశపూర్వకంగానే ఈ పులాన్ని ఖాళీగా వదిలేశారు.