

URN: 011

1. ప్రజాజీవీ వివరాలు:

బిరుదు పేరు

DOB లింగము: మగ ఆడ ఇతర జాతీయత(వారు)

ప్రస్తుత చిరునామా

కొండగురు నగరం

జిల్లా రాష్ట్రం వ్యక్తిగత గుర్తింపు సంఖ్య

ల్యాండ్ లైన్ నెంబరు మొబైల్ నెంబరు

ఇమెయిల్ ఇడీ ప్రత్యామ్నాయ నెంబరు

సికెస్టెసి నెంబరు (అప్లనల్): పాస్ నెంబరు

వార్షికదాయం (రూ.)

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

దీని ద్వారా చెల్లించిన ప్రీమియం ప్రజాజీవీ కే సంబంధం(వారు)

నేను అన్ని నిబంధనలు మరియు షరతులను చదివాను, అర్థం చేసుకున్నాను మరియు అంగీకరించాను మరియు వెబ్ కమ్యూనికేషన్, సర్వీస్ కాలింగ్/ఎస్ఎంఎస్ లేదా ఏదైనా ఇతర వాణిజ్య కమ్యూనికేషన్ చేయడం కొరకు నారిశుద్ధి ఫోన్ నెంబరుపై వాట్సాప్/ఎమెయిల్/ఫోన్/ఫేస్బుక్ లేదా మరేదైనా మోడల్ ద్వారా నన్ను సంప్రదించడానికి నా బాధా హెల్త్ ఇన్సూరెన్స్ లేదా దాని విజిలెన్స్ మరియు/లేదా తృప్తియవ్వం(లు)/అనుబంధ సంస్థలకు అధికారం ఇస్తున్నాను.

మీరు లేదా ప్రతిపాదిక దరఖాస్తుదారుల్లో ఎవరైనా PEP? అవును కాదు
#Politically ఎక్స్ పోజ్ షర్ (నిఘ్) అనేది ప్రముఖ ప్రజా విరుద్ధ 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 టీకా చేసినట్లయితే, దయచేసి ప్రత్యేక PEP ప్రశ్నావళిని నింపండి)

పాలసీ కీల్ యొక్క ఫీజుల కేవలం మీకు కావాలా: అవును కాదు

బ్యాంకు వివరాలు:

బ్యాంక్ పేరు

ఖాతా నెంబరు బ్రాంచ్ నెంబరు

ఖాతా రకం సాధు ప్రస్తుతం కొమ్మ నగరం

ఎలక్ట్రానిక్ ఇన్సూరెన్స్ ఆకౌంట్ (eIA) వివరాలు
ఈ పాలసీని ఇ-ఇన్సూరెన్స్ ఖాతాలో జమ చేయాలని మీరు అనుకుంటున్నారా? (దయచేసి ఏదైనా ఒకదాన్ని ఎంచుకోండి)
 లేదు, నాకు ఇ-ఇన్సూరెన్స్ ఖాతా లేదు మరియు ఒకదాన్ని తెరవాల్సి అనుకోవడం లేదు. అవును, ఈ పాలసీని 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. ఎన్ఎఫ్ఐఆర్ 2. సీఐఆర్ఎల్ 3. కార్డ్ 4. క్యామ్ (దయచేసి ఏదైనా ఒకదాన్ని ఎంచుకోండి)

లేదా
నాకు ఇప్పటికే ఇ-ఇన్సూరెన్స్ ఖాతా లేదు మరియు కొత్త ఇ-ఇన్సూరెన్స్ ఖాతాను సృష్టించడానికి నేను ఆసక్తిగా ఉన్నాను (దయచేసి సంబంధిత దాక్యుమెంట్ లతో పాటు ఎలక్ట్రానిక్ ఇన్సూరెన్స్ ఆకౌంట్ ఓపెనింగ్ ఫారం (eIA ఫారం) సబ్మిట్ చేయండి).

2. కవరేజ్ ఎంపిక:

మీరు పోలిటికల్ కేసుల దరఖాస్తు చేస్తున్నారా: అవును కాదు (ఒకవేళ 'అవును' అయితే, దయచేసి ప్రత్యేక పోలిటికల్ ఫారమ్ను కూడా నింపండి).

దయచేసి సంబంధిత బాక్సులను టీక చేయండి:

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

ఎంచుకున్న ప్లాన్: క్లాస్ ప్లాన్ మెరుగైన ప్లాన్

బీమా మొత్తం: (రూ.) 3 నరస్సులు 4 నరస్సులు 5 నరస్సులు 7.5 లక్షలు 10 లక్షలు 15 లక్షలు 20 లక్షలు 25 లక్షలు

పాలసీ కాలనరీమిటి: 1 సంవత్సరం 2 సంవత్సరాలు 3 సంవత్సరాలు

ఉత్పత్తి కింద ఆప్షన్ల కవరేజీ:

- a.** పర్సనల్ యాక్సిడెంట్ కవరేజీ: అవును కాదు
 ఒకవేళ అవును అయితే, దయచేసి కవరేజీ చేయాలైన జీవితాలను ఎంచుకోండి: ప్రాథమిక బీమా చేయబడ వ్యక్తి జీవిత భాగస్వామి లేదా ప్రాథమిక బీమా చేయబడ వ్యక్తి
 ఈ ఐదేం ప్రయోజనం కింద కవరేజీ చేయబడే జీవితాలు ఏమానం లేదా సముద్రంలోకి వెళ్ళే నౌకలో సేబుందిగా పనిచేయడం, భాగ్య మైనింగ్ లేదా సారంగం, సాయుధ దళాలు లేదా భద్రతా దళాలు, ఏదైనా సాహస క్రీడలలో (మోటారు వేగ పోటీలతో సహా) పాల్గొనడానికి సంబంధించిన ఉద్యోగం లేదా వృత్తిలో ఉన్నారా? అవును కాదు
- b.** క్రెడిట్ ఇల్ లెన్ కవరేజీ: అవును కాదు
 ఒకవేళ అవును అయితే, దయచేసి కవరేజీ చేయాలైన జీవితాలను ఎంచుకోండి: ప్రాథమిక బీమా చేయబడ వ్యక్తి జీవిత భాగస్వామి లేదా ప్రాథమిక బీమా చేయబడ వ్యక్తి
- c.** ఇకన్వర్జెన్స్: అవును కాదు
- d.** సెఫ్ గార్డ్ (రైడర్): అవును కాదు
- e.** అనుప్రతి 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.** పెరిగిన్ గో క్లియమ్ బోనస్: అవును కాదు
- g.** మెరుగైన రీఫీల్ బెనిఫిట్: అవును కాదు

3. బీమా కోసం దరఖాస్తు చేసుకున్న వారి వివరాలు:

పెద్దవాడు 1

పేరు: _____

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

నడుము: (అంగుళం) పుట్టిన తేదీ: _____ భారతీయుడు కాకపోతే దయచేసి టీక చేయండి

ప్రపోజర్ తో రిలేషన్ షిప్ (దయచేసి టీక ఆప్షన్): స్వయం/జీవిత భాగస్వామి/కొడుకు/కోడలు/కూతురు/అల్లుడు/తుండ్రీ/తల్లి/మామ/అత్త/తాత/నానమ్మ/మననమ్మ/మననదామ/సోదరుడు/సోదరి/మరదలు/బానమరది/మేనల్లుడు/మేనకోడలు/యజమాని-ఉద్యోగి

పెద్దవాడు 2

పేరు: _____

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

నడుము: (అంగుళం) పుట్టిన తేదీ: _____ భారతీయుడు కాకపోతే దయచేసి టీక చేయండి

సంబంధం: వయోజనం 000th దిన భాగస్వామి 1 భారతీయుడు కాకపోతే దయచేసి టీక చేయండి

పెద్దవారు 1

పేరు: _____

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

నడుము: (అంగుళం) పుట్టిన తేదీ: _____ భారతీయుడు కాకపోతే దయచేసి టీక చేయండి

సంబంధం: వయోజన కుమారుడు 1 పెద్దవారి కుమార్తె 1 భారతీయుడు కాకపోతే దయచేసి టీక చేయండి

పెద్దవారు 2

పేరు: _____

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

నడుము: (అంగుళం) పుట్టిన తేదీ: _____ భారతీయుడు కాకపోతే దయచేసి టీక చేయండి

సంబంధం: వయోజన కుమారుడు 1 పెద్దవారి కుమార్తె 1 భారతీయుడు కాకపోతే దయచేసి టీక చేయండి

పిల్లల పేరు: _____

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

నడుము: _____ (అంగుళం) **పుట్టిన తేదీ:** _____

సంబంధం: నయోజన కుమారుడు 1 **పెద్దవారి కుమార్తె 1:** _____ **భారతీయుడు కాకపోతే దయచేసి టీక చేయండి:** _____

పిల్లల పేరు: _____

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

నడుము: _____ (అంగుళం) **పుట్టిన తేదీ:** _____

సంబంధం: నయోజన కుమారుడు 1 **పెద్దవారి కుమార్తె 1:** _____ **భారతీయుడు కాకపోతే దయచేసి టీక చేయండి:** _____

4. మి నే ను గు ర్తించు

ప్రతిపాదకుడు మరణిస్తే, పాలనీ కింద చెల్లించాల్సిన ఏదైనా చెల్లింపు దిగువ పేర్కొన్న నామినీకీ చెల్లించబడుతుంది. నామినీ ద్వారా అటువంటి చెల్లింపును అందుకోవడం

అనేది పాలనీ కింద కంపెనీ యొక్క భద్రతను నిర్ధారించడాన్ని తెలియజేస్తుంది. అన్ని ఇతర దరఖాస్తుదారులకు నామినీ స్వయంగా ప్రకాశిం

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

నామినీ యొక్క బ్యాంకు వివరాలు: _____ **లభిదారుని పేరు:** _____

బ్యాంక్ పేరు: _____ **ఖాతా రకం:** _____ **పోస్టు:** _____ **ప్రస్తుతం:** _____

ఖాతా నెంబరు: _____ **ఇ-ఫైన్ల కోడ్:** _____

5. ప్రశ్నలకు సమాధానం

ముఖ్యమైనది: ఈ విభాగంలోని అన్ని ప్రశ్నలకు నిజాయితీగా మరియు పూర్తిగా సమాధానాలు ఇవ్వబడ్డాయని దయచేసి ధృవీకరించుకోండి, ఎందుకంటే మీరు ఇక్కడ అందించే సమాచారం నిజా బాపా ద్వారా అందరకీ క్రెడిట్ అందారం ఉంటుంది. ఏదైనా అసంపూర్ణ, తప్పు, పొక్కిలికాని సమాధానం మీ క్రెడిట్ మరియు/లేదా కనీసం ప్రభావితం చేస్తుంది దయచేసి గమనించండి.

సెక్షన్ A: దయచేసి వైద్య పరీక్షలపై సమాచారాన్ని పంచుకోండి	దరఖాస్తుదారు నెంబరు					
	A1	A2	C1	C2	C3	C4
ప్రతి దరఖాస్తుదారుడి కొరకు దయచేసి దిగువ ప్రశ్నలకు సమాధానం ఇవ్వండి. దయచేసి అవును (Y) లేదా కాదు (N) సరళి చేయండి						
i. మీరు ఎప్పుడైనా 5 లేజలకు మించి అనుపత్రిలో చేరా, ఏదైనా శిశుుచికిత్సా విధానాలు చేయించుకోవడం సూచించారా, లేదా ఏదైనా మందులు తీసుకున్నారా/14 లేజలకు మించి ఏదైనా లక్షణాలు ఉన్నాయా? మందులు ఇవ్వలేదు, ఇంజెక్షన్లు, నోటి మందులు మరియు సమయోచిత అనువర్తనాలతో సహా కానీ సరిమితం	మరియు N	మరియు N	మరియు N	మరియు N	మరియు N	మరియు N
ii. తైరాయిడ్ (ట్రాప్సైట్, లిపిడ్ (ట్రాప్సైట్, క్రెటిక్ విత్ కెఫ్, యాంజియోగ్రఫీ, ఎకోకార్డియోగ్రఫీ, ఎండోస్కోపీ, అల్ట్రాసౌండ్, సిటి స్కాన్, MRI, బయోప్సీ మరియు FNAC వంటి ఏదైనా రోగనిర్ధారణ పరీక్షలు లేదా పరీక్షలకు మీరు ఎప్పుడైనా ప్రతికూల ఫలితాలను ఎదుర్కొన్నారా?	మరియు N	మరియు N	మరియు N	మరియు N	మరియు N	మరియు N
iii. మీకు దయాబెటీస్ లేదా అధిక రక్తపోటు ఉందా?	మరియు N	మరియు N	మరియు N	మరియు N	మరియు N	మరియు N
iv. మీరు ఏదైనా ముందస్తు వ్యాధులు/పరీక్షలు ఉన్నాయా?	మరియు N	మరియు N	మరియు N	మరియు N	మరియు N	మరియు N
v. మీరు ఎప్పుడైనా ఏదైనా జన్మ/సంకారంపర్య రుగ్గులకు లేదా హెచ్ఐవి/ఎయిడ్స్ కొరకు రోగ నిర్ధారణ లేదా చికిత్స పొందారా?	మరియు N	మరియు N	మరియు N	మరియు N	మరియు N	మరియు N
vi. మీరు ఎప్పుడైనా ఏదైనా మానసిక/మానసిక రుగ్గులకు రోగ నిర్ధారణ చేయబడ్డారా లేదా చికిత్స పొందారా?	మరియు N	మరియు N	మరియు N	మరియు N	మరియు N	మరియు N

సెక్షన్ B: దరఖాస్తుదారుడు దూసుపోవడం లేదా టాకా/గుట్టా/పాన్ సూత్రాలకు లేదా మధ్యం కేసినే మాత్రమే దయచేసి ఈ విభాగాన్ని	దరఖాస్తుదారు నెంబరు					
	A1	A2	C1	C2	C3	C4
i. నమలదగిన టాకా/గుట్టా/పాన్ సూత్రాల దయచేసి రోజులు ఎన్ని పొందారు పేర్కొనండి						
ii. అల్కహాల్ - దయచేసి వారానికి మి.లీ మరియు/లేదా గ్లైసెరిన్ ట్రీకర్ పేర్కొనండి	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
సిగరెట్లు/బీచ్/సిగార్ - దయచేసి రోజుకు వినియోగాన్ని పేర్కొనండి						

సెక్షన్ 6 సెక్షన్ Aలో అవును (Y) మార్క్ చేయబడ్డ ప్రశ్నల కొరకు, దయచేసి దిగువ సమాచారాన్ని పేర్కొనండి:									
దరఖాస్తుదారు నెంబరు	లక్షణాలు/లేదా పరిశోధన(లు) లేదా రోగ నిర్ధారణ లేదా ప్రక్రియ/ప్రచారకర్మ యొక్క వివరాలు				మందులు(లు)	మోతాదు	ప్రస్తుత స్థితి (ఇదా, పూర్తి/వాక్విక రికవరీ లేదా కొనసాగుతున్న చికిత్స)	చికిత్స చేసే వైద్యుడి పేరు మరియు కాంటాక్ట్	దయాబెటిస్ ఉంటే జతచేయబడ్డ డాక్యుమెంట్లు
	ఒకవేళ దయాబెటిస్ HbA1c	అధిక రక్తపోటు బిపి		వైదైనా ఇతర చికిత్సలు					
		గ్లూకోజ్ అయిత్	Systolic						

6 ప్రతిపాదనలు(మార్కులు)

దరఖాస్తుదారుడి జీవితకాలంపై జీవిత, ఆరోగ్యం, ఆసుపత్రి రోజువారీ నగదు లేదా క్రెడిట్ ఇతర సేవ బీమా కొరకు ఏదైనా ప్రతిపాదన ఎప్పుడైనా తిరస్కరించబడిందా, వాయిదా వేయబడిందా, లోక చేయబడిందా లేదా ఏదైనా బీమా కంపెనీ ద్వారా మినహాయింపులు వంటి ప్రత్యేక పరతులకు లోబడిందా?	దరఖాస్తుదారు నెంబరు					
	1	2	3	4	5	6

7 ఆర్థిక పాలసీ ఫుల్ ఫిల్ మెంట్ మరియు సర్టిఫైడ్ కమ్యూనికేషన్స్ కొరకు అభివేషణ

అప్లికేషన్ ఫారంలో పేర్కొనబడ్డ ఇమెయిల్ ID మీ పాలసీ మరియు సర్టిఫైడ్ కమ్యూనికేషన్ లను పంపడానికి కంపెనీకి అధికారం ఇవ్వడం

ద్వారా పరమపరదాన్ని సంరక్షించడం మరియు కాగితాన్ని ఆదా చేయడంలో మీరు సహాయపడాలనుకుంటున్నారా?

అవును కాదు

8 డిక్షనరీ (ప్రతిపాదన పత్రంపై సంతకం చేయడానికి ముందు దయచేసి భాగ్రహించండి మరియు ప్రతిదానికి చక్క మార్క్ చేయండి)

- నా తరఫున మరియు బీమా చేయించుకోవేయ వ్యక్తులందరి తరఫున, నేను ఇచ్చిన పై ప్రకటనలు, సమాచారాలు మరియు/లేదా వివరాలు నాకు తెలిసినంత వరకు అన్ని విధాలుగా సత్యమైనవి మరియు సంపూర్ణమైనవి మరియు ఈ ఇతర వ్యక్తుల తరఫున ప్రతిపాదించే అధికారం నాకు ఉందని నేను ఇందుమూలంగా ప్రకటిస్తున్నాను.
- నా ద్వారా అందించబడ్డ సమాచారం బీమా పాలసీకి అధికారం అవుతుందని, బీమా కంపెనీ యొక్క బోర్డు అమోదించిన అండర్ రైటింగ్ పాలసీకి లోబడి ఉంటుందని మరియు డాక్యుమెంటు ఫార్మాట్ ద్వారా చేయబడిన తరువాత మాత్రమే పాలసీ అమల్లోకి వస్తుందని నేను అంగీకరిస్తున్నాను.
- ప్రత్యేక సర్టిఫైడ్ చేయబడ్డ తర్వాత కానీ కంపెనీ ద్వారా రిస్క్ అమోదించబడ్డ కమ్యూనికేషన్ కు ముందు బీమా చేయబడే జీవితము యొక్క వ్యతిరేక సాధారణ ఆరోగ్యంలో సంబంధించే ఏదైనా మార్పులను నేను రాకపోకలకొరకు తెలియజేస్తాను.
- బీమా చేయించాలి/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 చేయబడ్డ/ప్రతిపాదకుడు అయిన వ్యక్తి బీమా కోసం దరఖాస్తు చేసుకున్న ఏదైనా బీమా సంస్థ నుంచి సమాచారాన్ని కోరేందుకు నేను సమ్మతి తెలియజేస్తున్నాను. ప్రతిపాదనను అందర్ రైట్ చేయడం మరియు/లేదా క్లెయిమ్ సెటిల్ మెంట్ కొరకు.
- ప్రతిపాదన మరియు/లేదా క్లెయిమ్ సెటిల్ మెంట్ మరియు/లేదా ఏదైనా ప్రభుత్వ మరియు/లేదా రిగ్యులేటరీ అథారిటీతో అందర్ రైటింగ్ కొరకు బీమా చేయబడ్డ/ప్రతిపాదకుని యొక్క వైద్య రికార్డులతో సహా నా ప్రతిపాదనకు సంబంధించిన సమాచారాన్ని పంపకొవడానికి నేను కంపెనీకి అధికారం ఇస్తున్నాను.
- సర్టిఫైడ్ రిలైబిల్ యొక్క చికిత్స కొరకు బీమా చేయబడ్డ/ప్రతిపాదకుడి యొక్క వైద్య రికార్డులతో సహా నా/మా ప్రతిపాదనకు సంబంధించిన సమాచారాన్ని మా ఎంప్లొయర్ ప్రావీణత తో పంపకొవడానికి నేను/మేం కంపెనీకి అధికారం ఇస్తున్నాను.

ఖరీదారు మరియు ఉండు ప్రతిపాదకుని సంకేతం

9 ప్రాంతీయ భాష ప్రకటన

(ప్రతిపాదకుడు ఫైనల్ భాషలో సంతకం చేసినట్లయితే ధృవీకరణ (కంపెనీ యొక్క ఏజెంట్/ఉద్యోగి కాకుండా మరొకరు పాక్షికం ఇవ్వాలి). ఈ రూపం యొక్క కంటెంట్ మరియు దాని వివరాలను నేను ఫైనల్ ప్రత్యేక కు వివరించాను, అతను దానిని అంగీకరిస్తున్నాడు మరియు ధృవీకరించాడు:

సాక్షి పేరు(మార్కులు) సాక్షి సంకేతం(మార్కులు) ప్రతిపాదకుని సంకేతం

10 ప్రత్యేక డిక్షనరీ

(ఏ కారణం చేతనైనా, ప్రతిపాదన మరియు ఇతర అనుబంధం పత్రాలను ప్రతిపాదకుడు పూరించనప్పుడు ధృవీకరణ). ప్రత్యేక ఫారం మరియు సంబంధిత డాక్యుమెంట్ లోని వివరాలు నాకు పూర్తిగా వివరించబడ్డాయి మరియు ప్రతిపాదక కాంట్రాక్ట్ యొక్క ప్రాముఖ్యతను నేను పూర్తిగా అంగీకరిస్తున్నాను. నా ఆదేశాల మేరకు ప్రత్యేక ఫారం _____ ద్వారా నింపబడింది మరియు అది సరైనదని నేను నమ్ముతున్నాను.

11. ప్రమీయం వివరాలు (ఆఫీసు ఉపయోగం కొరకు మాత్రమే)

ప్రమీయం చెల్లింపు ఎంపిక చెక్కు డిమాండ్ డ్రాఫ్ట్

క్రెడిట్ కార్డ్ డెబిట్ కార్డు

నగదు ఇతరులు

ప్రమీయం మొత్తం

ఆన్లైన్ పేమెంట్ ప్రాన్సిపల్ నెంబర్:

ఖాతాంం D D I M M మిగిలిన మిగిలిన మిగిలిన

బ్రాంకు పేరు/బ్రాంచి

నివాస బాంకా బ్రాంచి స్థానం

కోడ్ నెం.

బిజినెస్ సోర్స్: ఆర్డర్/బి/డి/పి/కార్పొరేట్

ఏజెన్సీ/ఇతర ధారణ

కోడ్ నెంబరు

పేరు

దీనిపై వచ్చిన ప్రతిపాదన: D D I M M మిగిలిన మిగిలిన మిగిలిన

కస్టమర్ ఐడీ:

12. బాంకస్ ఇన్సూరెన్స్ ధానల్ 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)

1. ప్రపోజర్ తన సంబంధం కలిగి ఉన్నారా? అవును/కాదు; ఒకవేళ అవును అయితే, సంబంధం యొక్క స్వభావం?

2. ప్రపోజర్ తన పేరు ఎంతకాలంగా పరిచయం ఉంది? నెలలు

3. ప్రపోజర్ యొక్క గుర్తింపు తన మీరు సంతృప్తి చెందారా? అవును కాదు

4. ప్రపోజర్ లేదా ఏదైనా దరఖాస్తుదారునికి ఏదైనా కారీక వైకల్యం/లేపం లేదా మానసిక వైకల్యం ఉన్నారా? అవును కాదు

5. ప్రపోజర్ తన పాలసీ యొక్క నిబంధనలు, ఫైనల్ డిమాండ్ కోరకు పరతులు, మినహాయింపులు, పాలసీ యొక్క వెయిటింగ్ పీరియడ్ లను మీరు వివరించారా మరియు ప్రతిపాదకుడు వ్యక్తంగా హెల్త్ డిక్లరేషన్ ఫార్మ్ చేశారా? అవును కాదు

6. ఏక ప్రమాదంతో సహా అన్ని అంశాలను పరిగణనలోకి తీసుకొని ఈ ప్రతిపాదన ప్రతిపాదన అమోదించాలని మీరు సిఫారసు చేస్తారా? అవును కాదు

7. ప్రపోజర్ కు మీరు నిష్పక్షపాతంగా సలహా ఇచ్చారా మరియు ప్రతిపాదకుడు అతడి/ఆమె ప్రయోజనాలకు అనుకూలమైన అత్యుత్తమ కవర్ లో నిధియం తీసుకోవడానికి ఏమి మొత్తం సహాయం అందించారా? అవును కాదు

ఖాతాంం D D I M M మిగిలిన మిగిలిన మిగిలిన

బీమా సలహాదారు యొక్క సంతకం

14. చట్టబద్ధమైన హెచ్చరిక

రిజిస్ట్రేషన్ నెంబరు (బీమా చట్టం 1938లోని సెక్షన్ 41 ప్రకారం)

1. బాంకరేజీలో ప్రాణాలు లేదా ఆస్తి సంబంధించిన ఏదైనా రకమైన ప్రమాదానికి సంబంధించి బీమాను తీసుకోవడానికి లేదా ఫైనల్ డిమాండ్ కోరకు పరతులు లేదా కనీసం ప్రమాదానికి ప్రత్యక్షంగా లేదా పరోక్షంగా ఏ వ్యక్తినీ అనుమతించారు లేదా ఆఫీస్ చేయకూడదు, మొత్తం లేదా చెల్లించాల్సిన కమిషన్ యొక్క ఏదైనా రిజిస్ట్రేషన్ లేదా పాలసీపై దూపించిన ప్రమీయం యొక్క ఏదైనా రిజిస్ట్రేషన్, లేదా పాలసీని తీసుకునే లేదా ఫైనల్ డిమాండ్ కోరకు పరతులు లేదా కనీసం ప్రమాదానికి ప్రత్యక్షంగా లేదా పరోక్షంగా అనుమతించబడక రిజిస్ట్రేషన్ మరే రిజిస్ట్రేషన్ సు అంగీకరించదు.

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

15. అభిమాని

సభ్యుడి పేరు	అభిమాని	ఎ.వి. హెచ్.ఎ. ద్వారా బీమా సంస్థలు/టిఎలెత్ డైరెక్టర్ల రికార్డులను పంచుకోవడానికి సమ్మతి
<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="checkbox"/> అవును <input type="checkbox"/> కాదు	<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="checkbox"/> అవును <input type="checkbox"/> కాదు	<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="checkbox"/> అవును <input type="checkbox"/> కాదు
<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="checkbox"/> అవును <input type="checkbox"/> కాదు	<input type="checkbox"/> అవును <input type="checkbox"/> కాదు	<input type="checkbox"/> అవును <input type="checkbox"/> కాదు

16. రిఫరెండ్ మరియు క్లెయిమ్ ల చెల్లింపు కొరకు వివరాలు

పేమెంట్ అందుకోవడానికి ఆఫీస్: బ్రాంకు బదిలీ

లభ్యుని పేరు

బ్రాంకు పేరు

ఖాతా నెంబరు ఐ.పి.ఎస్.సి.కోడ్

ఖాతా రకం

నివాస బాంకా హెల్త్ ఇన్సూరెన్స్ కంపెనీ లిమిటెడ్, రిజిస్ట్రేషన్ నెంబరు: సి-98, మొదటి అంతస్తు, లబజిత్ నగర్, పార్ట్ 1, న్యూఢిల్లీ-110024

డెస్టినియేషన్: ఇన్సూరెన్స్ అనేది అభ్యర్థనకు సంబంధించిన విషయం. నివాస బాంకా హెల్త్ ఇన్సూరెన్స్ కంపెనీ లిమిటెడ్ (గతంలో డీనిని మ్యాక్స్ బాంకా హెల్త్ ఇన్సూరెన్స్ కంపెనీ లిమిటెడ్ అని పిలిచేవారు) (ఇఆర్ డిఎం రిజిస్ట్రేషన్ నెం. 145) 'బాంకా', 'హెల్త్ బీ' లోగాలు ఆయా యజమానుల రిజిస్ట్రేషన్ క్రెడిట్ మార్క్స్ లు మరియు ట్రైగెర్స్ కింద నివాస బాంకా హెల్త్ ఇన్సూరెన్స్ కంపెనీ లిమిటెడ్ ద్వారా ఉపయోగించబడుతున్నాయి. కస్టమర్ హెల్ప్ లైన్: 1860-500-8888. వెబ్సైట్: www.nivabupa.com. సీఎస్ఐ: U66000DL2008PLC182918. నిబంధనలు మరియు పరతులు, మినహాయింపులు, ప్రమాద కారణాలు, వెయిటింగ్ పీరియడ్ మరియు ప్రయోజనాలకు సంబంధించిన మరిన్ని వివరాల కొరకు, దయచేసి అమ్మకాన్ని ముగించే ముందు సేర్చి/బ్రోకర్ ను జాగ్రత్తగా చదవండి.

అభ్యుదయం కోసం కష్టపడండి

హెల్త్ రీడాల్

కీ ఫ్లవర్ డాక్యుమెంట్ (కవర్ డి)

నివా బూహా 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. నివా బూహా హెల్త్ రీడాల్ మీ అవసరాలను మెరుగ్గా తీర్చడానికి అనువృత్తిలో చేరడం నుండి వ్యక్తిగత ప్రమాద కవర్ మరియు క్రీటికల్ ఇల్వెన్స్ కవర్ వంటి బహుళ వివిధ ప్రయోజనాల వరకు టోటల్ ధరలో అనేక ప్రయోజనాలను అందిస్తుంది. ఈ పాలసీలో మీరు తప్పనిసరిగా వార్షిక మొత్తం క్రియమ్ మినహాయింపు మొత్తాన్ని ఎంచుకోవాలి ఉంటుంది. ఆ పాలసీ సంవత్సరంలో చేసిన ఏదైనా క్రియమ్ కు సంబంధించి పాలసీ కింద చెల్లింపు చేయాల్సిన మా బాధ్యత రిడక్షన్ అయిపోయిన తర్వాత మాత్రమే ప్రారంభమవుతుంది. పాలసీ కాంట్రాట్ లో పేర్కొన్న విధంగా కొన్ని పరిమితులు మరియు మినహాయింపులకు లోబడి ఈ క్రింది బేసికేస్ జెనిఫెర్ లు

- గది అద్దె మరియు వసతి ధార్యలతో సహా అనువృత్తిలో ఇన్సూరెంట్ సంరక్షణ
- అనువృత్తిలో చేరడానికి ముందు మరియు తరువాత ఖర్చులు వరుసగా 60 మరియు 90 రోజులు
- ప్రత్యామ్నాయ చికిత్స
- డే కేర్ చికిత్స
- సజీవ అవయవ మార్పిడి
- డెమిలరీ హాస్పిటలైజేషన్
- ఎమర్జెన్సీ గ్రౌండ్ అంబులెన్స్
- అపరిమిత కెలి/ ఆన్ లైన్ కన్సల్టేషన్
- ఫార్మసీ మరియు డయాగ్నోస్టిక్ టెస్టింగ్ సేవలు
- లాయర్లీ ఛార్జీలు (బేసి సెమ్ ఇన్సూరెన్స్ కు మాత్రమే వర్తిస్తుంది) <= Rs.25 Lacs): For each Policy Year, We offer an additional 5% of expiring Base sum insured up to at any time a maximum of 50% of Base Sum Insured of that Policy Year. There will be no increase in sub-limits (if applicable) for any of the benefits.
- మానసిక ఆస్పత్రులకు ఇన్ ఫేసింట్ చికిత్స కొరకు అయ్యే ఖర్చులు పాలసీ డాక్యుమెంట్ లో పేర్కొనబడని నిర్దిష్ట పరమాలకు ఉప పరిమితి లోబడి బీమా చేసిన మొత్తం వరకు పాలసీ కింద కవర్ చేయబడతాయి.
- హెచ్ ఐఎ/ఎయిడ్స్ వల్ల కలిగే లేదా దానితో సంబంధం ఉన్న పరిస్థితి కారణంగా అనువృత్తిలో చేరడం కొరకు అయ్యే ఖర్చులు (డే కేర్ క్రీడ్ మెంట్ తో సహా) పాలసీ కింద కవర్ చేయబడతాయి.
- కృత్రిమ జీవన నిర్వహణ.
- నోటి కీమోథెరపీ, రోబోటిక్ శస్త్రచికిత్సలు మొదలైన అధునిక చికిత్సలు కొన్ని చికిత్సలకు వర్తించే ఉప పరిమితులకు లోబడి బీమా మొత్తం వరకు కవర్ చేయబడతాయి.

మీ పాలసీలో పేర్కొన్న విధంగా కొన్ని పరిమితులు మరియు మినహాయింపులకు లోబడి ఈ క్రింది వివిధ ప్రయోజనాలు అందించబడతాయి:

- ప్రమాదనశాత్తూ మరణం, శాశ్వత మొత్తం మరియు పాక్షిక వైకల్యానికి వ్యతిరేకంగా వ్యక్తిగత ప్రమాద కవరీజీ
- 20 ప్రధాన అనారోగ్యాలకు క్రీటికల్ ఇల్వెన్స్ కవరీజీ*
- గది అద్దెను సింగిల్ (ప్రైవేట్ గదికి మార్చవచ్చు); బీమా మొత్తం వరకు కవర్ చేయబడుతుంది (రూ. 50,000 కంటే ఎక్కువ మినహాయించడానికి మాత్రమే లభ్యం అవుతుంది మరియు రూ. 4 లక్షల వరకు బీమా మొత్తం)

ఆప్షనల్ బెనిఫిట్ ల కొరకు అదనపు వార్షిక ప్రీమియం వసూలు చేయబడుతుంది దయచేసి గమనించండి.

పాలసీ ప్రకారము వెయిటింగ్ పీరియడ్ లు వర్తిస్తాయని గమనించండి.

- పాలసీ ప్రారంభించినప్పటి నుండి 36 నెలల పాటు వ్యాధి వెయిటింగ్ పీరియడ్, నిరంతర పునరుద్ధరణ, క్రెడిట్ ఇల్ నోన్ కవర్ కారకు కూడా, ముందుగా ఉన్న వ్యాధి వెయిటింగ్ పీరియడ్ 36 నెలలు.
- యాక్టివ్ కారణంగా చికిత్స అవసరం అయితే తప్ప ప్రారంభ వెయిటింగ్ పీరియడ్ 30 రోజులు. క్రెడిట్ ఇల్ నోన్ కవర్ కారకు, ప్రారంభ వెయిటింగ్ పీరియడ్ 90 రోజులు.
- మాత్రం మొదటి పాలసీ ప్రారంభించినప్పటి నుండి, కొన్ని జాబ్లూ చేయబడన అనారోగ్యాల కొరకు 24 నెలల నిర్దిష్ట వెయిటింగ్ పీరియడ్, ఈ పరిస్థితి నేరుగా యాక్టివ్ నెట్ల సంబంధిత తప్ప (మొదటి రోజు నుండి కవర్ చేయబడుతుంది).
- ఫార్గోవీ మరియు రియోగ్రాఫీకే నిర్దిష్ట మరియు పర్సనల్ యాక్టివ్ కవర్ మరియు ఇ-కన్సల్టేషన్ వంటి అప్పనల్ టెస్టింగ్ (ఎంచుకున్నట్లయితే) కొరకు వెయిటింగ్ పీరియడ్ లు వర్తించవని దయచేసి గమనించండి.

పాలసీ కాలిఫోర్నియాలో కేటోస్ట్రోన్ విధంగా ప్రమాదాల మినహాయింపులు వర్తిస్తాయని గమనించండి. అదనంగా, అందరే రైటింగ్ ఫలితాల ఆధారంగా, కొన్ని నిర్దిష్ట మినహాయింపులు లేదా వ్యక్తికే వెయిటింగ్ పీరియడ్ కూడా మీ పాలసీకే వర్తించవచ్చు.

మీ పాలసీ యొక్క ఇతర కీలక లక్షణాలు ఈ క్రింది విధంగా ఉన్నాయి:

- వ్యక్తికే లేదా ఫ్యామిలీ ఫోటో కవర్ (2 పెద్దలు మరియు 4 పిల్లల వరకు), పాలసీలో సభ్యులు (లు) ఏదైనా జోడించడం లేదా తొలగించడం పునరుద్ధరణ సమయంలో మాత్రమే చేయబడుతుంది.
- మీ ధృవీకరణ మరియు సకాలంలో చెల్లింబాల్సిస్ ప్రీమియం చెల్లింపుకు లోబడి మీ పాలసీ యొక్క జీవితకాల పునరుద్ధరణ.
- మీ రిస్కవల్ (ప్రీమియం మీ వయస్సు) ఆధారంగా పెరుగుతుంది కాని మీ క్లెయిమ్ అనుభవం ఆధారంగా మారుదు. ఇతర వివిధ ఆమోదానికి లోబడి, ఎప్పటికప్పుడు వర్తించే ఇతర నియమనిబంధనలకు అనుగుణంగా భవిష్యత్తులో ఉత్పత్తి పునరుద్ధరణ ప్రీమియం రీఫుస్ సుపరించవచ్చు.
- ఒకవేళ జాబ్ చేయడానికి మీ ప్రతిపాదన తిరస్కరించబడుతుంటే, ప్రీ పాలసీ మొదటి చెక్ (సీవీఎస్) ఖర్చులో 100% మీరు భరిస్తారు.

గమనిక: ప్రీ లుక్ ప్రొవిజన్ పాలసీ నియమనిబంధనలకు మీరు అంగీకరించినట్లయితే, పాలసీ డాక్యుమెంట్ అందుకున్న 15 రోజుల్లో (దుర మార్కెటింగ్ ద్వారా పాలసీని ఏకకాలం ప్రకటించినట్లయితే 30 రోజులు) మీ కారణాలను తెలియజేసే మీకు పాలసీని రద్దు చేయవచ్చు. మొదటి చెక్, ఫ్లోయిడ్ డ్రాగ్, కవర్ పీరియడ్ కోసం రామాషా రిస్క్ (ప్రీమియం కోసం డ్రాగ్ లు మినహాయించిన తర్వాత ప్రీమియం రీఫండ్ చేయబడుతుంది. పాలసీ రిస్కవల్ సమయంలో ప్రీ లుక్ నిబంధన వర్తించదు.

ప్రీమియం: దయచేసి ప్రీమియం మెంబర్స్ నివా బూబా హెల్త్ ఇన్సూరెన్స్ కంపెనీ లిమిటెడ్ పేరిట సరక్టితమైన చెల్లింపు విధానం ద్వారా డివైజ్ చేయండి.

ఒకవేళ ఏదైనా సందేహాలు లేదా క్లెయిమ్ లు ఉన్నట్లయితే, దయచేసి మా కస్టమర్ హెల్ప్ డెస్క్ నెంబరు 1860-500-8888 న సంప్రదించండి. కంపెనీ యొక్క ప్రతిపాదిత లేదా ప్రస్తుత పాలసీకి సంబంధించి ఎప్పటికప్పుడు సాగతకాల్సి, సర్టిఫైడ్ లేదా ఏదైనా ఇతర కమ్యూనికేషన్ (ఎలక్ట్రానిక్ లేదా ఇతర) చేయడానికి ___ ఇందుమూలంగా సమ్మతి తెలియజేస్తున్నాము మరియు అధికారం

రిస్కవల్ సేమెంట్ సైన్ అఫ్

కంపెనీకి మీ ప్రస్తుత ఆలోచనలకు కీయింగ్ హోస్ (సీవీఎస్) / ఫ్లోయిడ్ కేస్ (సీవీఎస్) (సీవీఎస్) ను కొనసాగించడం ద్వారా మీ ఆరోగ్య పాలసీ యొక్క పునరుద్ధరణ ప్రీమియంను ప్రతి సంవత్సరం చెల్లించవచ్చు. ఈ అప్పనల్ కేసు, మీ పాలసీని తక్షణమే పునరుద్ధరించవచ్చు, అయితే కంపెనీ ద్వారా అనుసరించిన సమాచారం మరియు డాక్యుమెంటేషన్ యొక్క అన్ని అదనపు అవశ్యకతలను మీరు ఫూల్ చేయాలి. ఇది మీ పాలసీ ప్రయోజనాల కొనసాగింపును నిర్ధారిస్తుంది. ___ సీవీఎస్/సీవీఎస్ రిస్కవల్ అప్పనల్ ఎంచుకోవాలి.

ఖర్చు: _____ ప్రతిపాదకుని సంకేతం: _____

ఉండు: _____ ప్రతిపాదకుని పేరు: _____

నివా బూబా హెల్త్ ఇన్సూరెన్స్ కంపెనీ లిమిటెడ్, రిజిస్టర్డ్ ఆఫీసు: సి-98, మొదటి అంతస్తు, లజవత్ నగర్, పార్ట్ 1, న్యూడెల్లీ-110024
డెల్టా, మర్: ఇన్సూరెన్స్ అనేది అభ్యర్థనకు సంబంధించిన విషయం. నివా బూబా హెల్త్ ఇన్సూరెన్స్ కంపెనీ లిమిటెడ్ (గతంలో డీనిని మ్యాక్స్ బూబా హెల్త్ ఇన్సూరెన్స్ కంపెనీ లిమిటెడ్ అని పిలిచేవారు) (ఇఆర్ డీని రిజిస్ట్రేషన్ నెం. 145). 'బూబా', 'హెల్త్ డీల్' లోగాలు ఆయా యజమానుల రిజిస్టర్డ్ బ్రాండ్ మార్క్ లు మరియు లైసెన్స్ కింద నివా బూబా హెల్త్ ఇన్సూరెన్స్ కంపెనీ లిమిటెడ్ ద్వారా ఉపయోగించబడుతున్నాయి. కస్టమర్ హెల్ప్ లైన్: 1860-500-8888. వెబ్సైట్: www.nivabupa.com. సీఎస్: U66000DL2008PLC182918. నిబంధనలు మరియు పదాలు, మినహాయింపులు, ప్రమాద కారకాలు, వెయిటింగ్ పీరియడ్ మరియు ప్రయోజనాలకు సంబంధించిన మరిన్ని వివరాల కొరకు, దయచేసి అమ్మకాన్ని ముగించే ముందు సేల్స్ బ్రోచర్ ను జాగ్రత్తగా చదవండి.

ఉత్పత్తి పేరు: హెల్త్ రీడాన్స్ | ప్రొడక్ట్ UIN: NBHHLP22156V032122

కంపెనీ నుండి ఆమోదం

అప్లికేషన్ నెంబరు: [] ఖర్చు: []

మీ ప్రతిజ్ఞ అందుకున్నందుకు మరియు చెక్/డెమోన్స్ (డ్రాఫ్ట్/ఇతర) _____ తో _____ తో _____ మొత్తాన్ని _____ మీద ప్రా చేసినందుకు మేం కృతజ్ఞతతో అంగీకరిస్తున్నాం. మీ కారకు ఫూల్ చేయబడ ప్రతిపాదనను మాకు సమర్పించడం లేదా పాలసీ జాబ్ చేయడం కొరకు చేయబడ ఏదైనా చెల్లింపు పాలసీని జాబ్ చేయడానికి అంగీకరించమని మమ్మల్ని బలపరచు చేయండి. ఈ నిర్ణయం ఎప్పుడూ మీరు యొక్క సంస్థ మరియు సంస్థానికే వర్తిస్తుంది. ఒకవేళ మీ కారకు ఒక ప్రతిపాదనను మేం అంగీకరించినట్లయితే, అది పాలసీ యొక్క నియమనిబంధనలకు లోబడి ఉంటుంది మరియు ప్రీమియం ఫూల్ మరియు సకాలంలో అందుకోవడానికి లేదా సకాలం కావడానికి మాకు ఎలాంటి బాధ్యత ఉండదు. ఒకవేళ మేం ప్రతిపాదనను అంగీకరించినట్లయితే, మేం మీకు తెలియజేస్తాం మరియు మీ నుండి అందుకున్న చెల్లింపుల ఖర్చును వర్తి చేయడానికి మినహాయించిన తరువాత చెల్లింపును తిరిగి చెల్లిస్తాం.



రిస్కవల్ యొక్క పేరు మరియు సంకేతం మరియు అప్లికేషన్ పేరు