





i. జలుబు, ప్లూ, ఇన్ఫ్లెన్జా, చిన్నపాటి గాయాలు లేదా ఇతర చిన్న అనారోగ్యాల కారణంగా; దరఖాస్తుదారుడు ఎప్పుడైనా ఏదైనా వ్యాధితో బాధపడుతున్నాడా మరియు/లేదా 5 రోజులకు పైగా ఆసుపత్రిలో చేరాడా మరియు/లేదా ఏదైనా శస్త్రచికిత్సా విధానాలు చేయించుకోవాలని మరియు/లేదా ఏదైనా మందులు తీసుకున్నాడా/14 రోజులకు మించి ఏదైనా లక్షణాలను కలిగి ఉన్నాడా? మందులు ఇన్ఫెక్షన్లు, ఇంజక్షన్లు, నోటి మందులు మరియు శరీర భాగాలపై బాహ్య వైద్య అనుసరణలతో సహా కాని పరిమితం కాదు.	మరియు	N
ii. డైటాయిడ్ (ప్రాఫైల్, లిపిడ్ ప్రొఫైల్, ట్రైడ్ మిల్ రెస్ప, యాంజియోగ్రఫీ, ఎకోకార్డియోగ్రఫీ, ఎండోస్కోపీ, అల్ట్రాసౌండ్, సిటి స్కాన్, MRI, బయోప్సీ) మరియు FNACలకు సంబంధించిన ఏదైనా రోగనిర్ధారణ పరీక్షలు లేదా పరిశోధనలకు దరఖాస్తుదారునికి ఎప్పుడైనా ప్రతికూల ఫలితాలు వచ్చాయా?	మరియు	N
iii. దరఖాస్తుదారునికి డయాబెటీస్ లేదా ప్రీ-డయాబెటీస్ ఉందా లేదా అతడు/ఆమెకు ఎప్పుడైనా అధిక రక్తంలో చక్కెర ఉందా?	మరియు	N
iv. దరఖాస్తుదారునికి హైపర్ టెన్షన్ లేదా అధిక రక్తపోటు ఉందా?	మరియు	N
v. దరఖాస్తుదారుడు ఎప్పుడైనా ఏదైనా జన్యు/పంశాపారంపర్య రుగ్మతలు లేదా హెచ్ ఐవి/ఎయిడ్స్ కారకు రోగ నిర్ధారణ లేదా చికిత్స పొందాడా?	మరియు	N
vi. దరఖాస్తుదారుడు ఎప్పుడైనా ఏదైనా మానసిక/ మానసిక రుగ్మతలకు రోగ నిర్ధారణ లేదా చికిత్స పొందాడా?	మరియు	N
vii. దరఖాస్తుదారునికి ఎప్పుడైనా గైనకాలజికల్ వ్యాధి ఉన్నట్లు నిర్ధారణ అయిందా, దీని కొరకు ఏదైనా జోక్యం, హార్మోన్ రీసెస్ మెంట్ థెరపీ లేదా 5 రోజులకు మించి ఔషధాలు సూచించబడ్డాయా?	మరియు	N
viii. ఒకవేళ దరఖాస్తుదారుడు ఎప్పుడైనా గర్భవతి అయినట్లయితే, గర్భధారణలో ఏదైనా సంక్లిష్ట పరిస్థితి ఉందా?	మరియు	N
ix. దరఖాస్తుదారునికి ఎప్పుడైనా అసాధారణ యోని రక్తస్రావం లేదా రుతుస్రావంలో అవకతవకలు జరిగాయా?	మరియు	N

సెక్షన్ B: పైన సెక్షన్ లో అవును (Y) మార్కు చేయబడ్డ ప్రశ్నల కొరకు, దయచేసి ఈ క్రింది సమాచారాన్ని పేర్కొనండి:									
దరఖాస్తుదారు నెంబరు	లక్షణం(లు) లేదా పరిశోధన(లు) లేదా రోగ నిర్ధారణ లేదా ప్రక్రియ/శస్త్రచికిత్స యొక్క వివరాలు			Durati on of condi tion	వైద్యుడు(లు)	మోతాదు వయస్సు	ప్రస్తుత స్థితి (ఉదా. పూర్తి/పాక్షిక రికవరీ లేదా కొనసాగుతున్న చికిత్స)	చికిత్స చేసే వైద్యుడి పేరు మరియు కాంటాక్ట్	డాక్యుమెంట్ లు జతచేయబడ్డాయి (అవును / కాదు)
	ఒకవేళ డయాబెటీస్ స్థాయి అయితే	HbA1c రేట్లు బీపీ స్థాయి సిస్టోలిక్ / డయాస్టోలిక్ ఉంటే	ఏవైనా ఇతర వివరాలు	ప్రారంభ తేదీ (DD/ MM/ YYYY)					

**6. డిక్లరేషన్ (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 ప్రతిపాదించడానికి నాకు అధికారం ఉందని నా తరఫున మరియు బీమా చేయబడే ప్రతిపాదన 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 పాలసీ అమల్లోకి వస్తుందని అర్థం చేసుకున్నాను.

ప్రతిపాదన సబ్జెక్ట్ చేయబడ్డ తరువాత కాని కంపెనీ ద్వారా రిస్కు ఆమోదించబడ్డ కమ్యూనికేషన్ కు ముందు బీమా చేయబడే జీవితం యొక్క మృతి లేదా సాధారణ ఆరోగ్యంలో సంభవించే ఏదైనా మార్పులను నేను రాతపూర్వకంగా తెలియజేస్తానని అంగీకరిస్తున్నాను.

బీమా చేయబడ్డ వ్యక్తి/ప్రతిపాదకుడుగా ఉండే వ్యక్తి యొక్క శారీరక లేదా మానసిక ఆరోగ్యాన్ని ప్రభావితం చేసే దేనికైనా సంబంధించి బీమా చేయబడ్డ/ప్రతిపాదకుడు లేదా ఏదైనా గత లేదా ప్రస్తుత యజమాని నుంచి మరియు బీమా చేయబడ్డ/ప్రతిపాదకునిపై బీమా కొరకు దరఖాస్తు చేసుకున్న ఏదైనా బీమా సంస్థ నుంచి సమాచారాన్ని కోరి ఏదైనా వైద్యుడు లేదా ఆసుపత్రి నుంచి వైద్య సమాచారాన్ని కోరేందుకు నేను సమ్మతి తెలియజేస్తున్నాను అని అంగీకరిస్తున్నాను. ప్రతిపాదనను అండర్ రైట్ చేయడం మరియు/లేదా క్లెయిమ్ సెటిల్ మెంట్ కొరకు.

ప్రతిపాదన మరియు/లేదా క్లెయిమ్ సెటిల్ మెంట్ మరియు/లేదా ఏదైనా ప్రభుత్వ మరియు/లేదా రెగ్యులేటరీ అథారిటీతో అండర్ రైటింగ్ కొరకు బీమా చేయబడ్డ/ప్రతిపాదకుడి యొక్క వైద్య రికార్డులతో సహా నా ప్రతిపాదనకు సంబంధించిన సమాచారాన్ని పంచుకోవడానికి అంగీకరిస్తున్నాను.

నేను/నేను/నేను వైద్య రికార్డులతో సహా నా/నా ప్రతిపాదనకు సంబంధించిన సమాచారాన్ని మా ఎంప్లొయర్ ప్రావైడర్ తో పంచుకోవడానికి నేను/మేం కంపెనీకి అధికారం ఇస్తాం.

**7. ప్రాంతీయ ప్రకటన(మార్పు)**

ప్రతిపాదకుడు స్థానిక భాషలో సంతకం చేసిన if: ఈ పత్రం యొక్క కంట్రాంట్ ను నేను వివరించాను, Language దృవీకరించే వ్యక్తి యొక్క Name, దానిని అర్థం చేసుకున్న మరియు ధృవీకరించిన ప్రతిపాదకుడికి Name witness సమక్షంలో, సాక్షిగా కంపెనీ ఏజెంట్/ఉద్యోగి కాకుండా మరొకరు ఉండాలి.

తేదీ \_\_\_\_\_ ఉంచు \_\_\_\_\_ Proposer \_\_\_\_\_ యొక్క సంతకం  
 ధృవీకరించే Person \_\_\_\_\_ యొక్క సంతకం ధృవీకరించే వ్యక్తి యొక్క మొబైల్ నెంబరు \_\_\_\_\_  
 Witness \_\_\_\_\_ యొక్క సంతకం సాక్షి \_\_\_\_\_ యొక్క మొబైల్ నెంబరు \_\_\_\_\_

**8. ప్రపోజర్ మరియు అడ్వైజర్ డిక్లరేషన్ ద్వారా ఫారం నింపనట్లయితే డిక్లరేషన్**

ఏదైనా కారణం వల్ల ప్రపోజర్ మరియు ఇతర సంబంధిత పక్షాలను ప్రపోజర్ ద్వారా నింపనట్లయితే డిక్లరేషన్. ప్రతిపాదన పత్రంలోని విషయాలు నాకు పూర్తిగా వివరించబడ్డాయి మరియు నేను అన్ని అంశాలు మరియు చిక్కులను పూర్తిగా అర్థం చేసుకున్నాను. ప్రపోజర్ ఫారం Name ద్వారా నింపబడింది, Mobile no నా ఆదేశాల మేరకు మరియు మొత్తం సమాచారం సరైనది మరియు సంపూర్ణమైనదిగా నేను కనుగొన్నాను.

ప్రతిపాదకుని సంతకం \_\_\_\_\_  
 అడ్వైజర్ డిక్లరేషన్: బీమా సలహాదారు/కార్పొరేట్ ఏజెంట్ యొక్క నిర్దిష్ట వ్యక్తిగా/బ్రోకర్/రిలేషన్ షిప్ ఆఫీసర్ యొక్క అధికృత ఉద్యోగిగా, ఈ ప్రొడక్ట్/ప్రపోజర్ యొక్క అన్ని విషయాలను నేను ప్రతిపాదకుడికి వివరించినట్లు ఇందుమూలంగా ప్రకటిస్తున్నాను.

బీమా Advisor \_\_\_\_\_ యొక్క సంతకం మధ్యనర్తిత్య కోడ్: \_\_\_\_\_

**9. ప్రీమియం వివరాలు (ఆఫీసు ఉపయోగం కొరకు మాత్రమే)**

ప్రీమియం చెల్లింపు ఎంపిక చెక్కు, డిమాండ్ డ్రాఫ్ట్ క్రెడిట్ కార్డ్ నగదు ఇతర ప్రీమియం మొత్తం \_\_\_\_\_  
 ఆఫ్ఫైన్ పేమెంట్ (ట్రానా)క్షన్ ఐడీ: \_\_\_\_\_ ఖర్చు: \_/\_/\_\_\_\_\_ బ్యాంకు పేరు/బ్రాంచ్ \_\_\_\_\_  
 నివాస బా బ్రాంచ్ ఫ్రాంచ్ \_\_\_\_\_ కోడ్ No \_\_\_\_\_ బిజినెస్ సార్వీ: అడ్వైజర్/డివైస్/కార్పొరేట్ ఏజెన్సీ/ఇతర ఛానల్స్  
 కోడ్ No \_\_\_\_\_ పేరు \_\_\_\_\_ స్వీకరించిన ప్రతిపాదన: \_\_\_\_\_ కస్టమర్ ఐడీ: \_\_\_\_\_  
 ప్రపోజర్ లేదా దరఖాస్తుదారు సిబ్బందినా? అవును కాదు

**10. ప్రపోజర్ యొక్క రీఫండ్ మరియు క్లెయిమ్ ల చెల్లింపు కొరకు వివరాలు**

పేమెంట్ అందుకోవడానికి ఆఫ్ఫైన్: బ్యాంక్ (ట్రాన్సర్) \_\_\_\_\_  
 లబ్ధిదారుని పేరు: \_\_\_\_\_  
 బ్యాంకు పేరు: \_\_\_\_\_ ఐఎఫ్ఎస్సీ కోడ్: \_\_\_\_\_  
 ఖాతా నెంబరు: \_\_\_\_\_  
 ఖాతా రకం: \_\_\_\_\_

**11. పునరుద్ధరణ**

రిన్యూవల్ పేమెంట్ సైన్ అఫ్:  
 కంపెనీతో మీ ప్రస్తుత ఆటో డెబిట్ క్లియరింగ్ హౌస్ (ఎస్సెచ్ఎస్) / ఫ్లాండింగ్ ఇన్స్ట్రక్షన్ (ఎస్ఐ) ను కొనసాగించడం ద్వారా మీ ఆరోగ్య బీమా పాలసీ యొక్క పునరుద్ధరణ ప్రీమియంను ప్రతి సంవత్సరం చెల్లించవచ్చు. ఈ ఆఫ్ఫైన్ కింద, మీ పాలసీని తక్షణమే పునరుద్ధరించవచ్చు, అయితే కంపెనీ ద్వారా అవసరమైన సమాచారం మరియు డాక్యుమెంటేషన్ యొక్క అన్ని అదనపు అవశ్యకతలను మీరు పూర్తి చేయాల్సి ఉంటుంది.

నేను ACH/SI రిన్యూవల్ ఆఫ్ఫైన్ ఎంచుకోవాలనుకుంటున్నాను మరియు దానిని ఉపయోగించి పాలసీని రిన్యూవల్ చేసుకునేంత వరకు ప్రీమియంపై 2.5% డిస్కాంట్ పొందాలనుకుంటున్నాను.

తేదీ \_\_\_\_\_ ఉంచు \_\_\_\_\_ Proposer \_\_\_\_\_ యొక్క సంతకం

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

బ్రాంచ్ కోడ్ \_\_\_\_\_ ఎస్సీ కోడ్ \_\_\_\_\_ ఆర్ఎం/ఎల్ఐ కోడ్ \_\_\_\_\_  
 కస్టమర్ అకౌంట్ నెంబరు \_\_\_\_\_

**13. చట్టబద్ధమైన హెచ్చరిక**

రిజెట్ట నిషేధం (బీమా చట్టం 1938లోని సెక్షన్ 41 ప్రకారం)  
 ఇటీవలే ప్రాణాలకు లేదా ఆస్తికి సంబంధించిన ఏదైనా రకమైన ప్రమాదానికి సంబంధించి బీమాను తీసుకోవడానికి లేదా పునరుద్ధరించడానికి లేదా కొనసాగించడానికి ప్రేరేపించడానికి ప్రత్యక్షంగా లేదా పరోక్షంగా ఏ వ్యక్తినీ అనుమతించరాదు లేదా అనుమతించరాదు లేదా చెల్లించాల్సిన కమిషన్ యొక్క ఏదైనా రిజెట్ట లేదా చూపించిన ప్రీమియం యొక్క ఏదైనా రిజెట్ట ను అనుమతించరాదు.

పాలసీ, లేదా పాలసీని చేపట్టే లేదా పునరుద్ధరించే లేదా కొనసాగించే ఏ వ్యక్తికూడా బీమా కంపెనీ యొక్క ప్రచురితమైన ప్రాస్పెక్టస్ లేదా టేబుల్స్ కు అనుగుణంగా అనుమతించబడే రిజెట్ మినహా ఎలాంటి రిజెట్ ను అంగీకరించదు.

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

**14. కంపెనీ నుంచి ఆమోదం**

అప్లికేషన్ నెంబరు.

ఖర్చారం \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

మీ ప్రజాజీవీ 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 మమల్ని 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 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 ఆఫీసు సీల్

**15. ఇన్సూరెన్స్ అడ్వైజర్ యొక్క రిపోర్ట్ (ఆఫీసు ఉపయోగం కొరకు మాత్రమే)**

- మీరు ప్రజాజీవీ తో సంబంధం కలిగి ఉన్నారా? అవును/కాదు; ఒకవేళ అవును అయితే, సంబంధం యొక్క స్వభావం? \_\_\_\_\_
- ప్రజాజీవీ తో మీకు ఎంతకాలంగా పరిచయం ఉంది? సంవత్సరాలు \_\_\_ నెల \_\_\_
- ప్రజాజీవీ యొక్క గుర్తింపుతో మీరు సంతృప్తి చెందారా? \_\_\_\_\_ అవును \_\_\_\_\_ కాదు
- ప్రజాజీవీ లేదా ఏదైనా దరఖాస్తుదారునికి ఏదైనా శారీరక వైకల్యం/లోపం లేదా మానసిక వైకల్యం ఉన్నదా? \_\_\_\_\_ అవును \_\_\_\_\_ కాదు
- పాలసీ యొక్క మినహాయింపులను మీరు వివరించారా మరియు ప్రజాజీవీ వ్యక్తిగతంగా హెల్త్ డిక్షరీషన్ పూర్తి చేశారా? \_\_\_\_\_ అవును \_\_\_\_\_ కాదు
- ఈ ప్రజాజీవీ ఫారాన్ని రూపొందించే సమయంలో ప్రజాజీవీ యొక్క ఆరోగ్య స్థితి ఏమిటి? \_\_\_\_\_
- నైతిక ప్రమాదంతో సహా అన్ని అంశాలను పరిగణనలోకి తీసుకొని ఈ ప్రతిపాదన పత్రాన్ని ఆమోదించాలని మీరు సిఫారసు చేస్తారా? \_\_\_\_\_ అవును \_\_\_\_\_ కాదు
- ప్రజాజీవీ కు మీరు నిష్పక్షపాతంగా సలహా ఇచ్చారా మరియు అతని/ఆమె ఆసక్తికి అనుకూలమైన అత్యుత్తమ కవర్ లో ప్రజాజీవీ నిర్ణయం తీసుకోవడానికి మీలుగా అన్ని మెటీరియల్ సమాచారాన్ని అందించారా? \_\_\_\_\_ అవును \_\_\_\_\_ కాదు

ఖర్చారం \_\_\_\_\_

బీమా Advisor \_\_\_\_\_ యొక్క సంతకం

**16. అభిమాని**

నభ్యుడి పేరు	మీకు ఏ బీహెచ్ ఏ ఐడీ ఉందా?	అభిమాని	ABA ద్వారా బీమా సంస్థలు/TPA లతో వైద్య రికార్డులను పంచుకోవడానికి సమ్మతి
	అవును/కాదు	XX - XXXX - XXXX - XXXX	అవును/కాదు