

రైజ్ ప్రతిపాదన ఫారం

URN: 031

బీమా ఒప్పందం కూడా ఒక చట్టపరమైన ఒప్పందం మరియు ఇది నమ్మకంపై ఆధారపడి ఉంటుంది మరియు మేము మిమ్మల్ని నమ్ముతున్నాము. మీ ఆరోగ్యం గురించిన సమాచారం మరియు దాని ప్రభావం మీ పాలసీపై ఎంతవరకు ఉంటుందో మీకు తెలియకపోవచ్చు అని మేము అర్థం చేసుకున్నాము. కాబట్టి, మీరు మొత్తం ఆరోగ్య సమాచారాన్ని బహిష్కరించేయడం చాలా ముఖ్యం మరియు అది ఎంతవరకు సంబంధితమో మేము నిర్ణయిస్తాము (మేము దానిని 'మెటీరియల్ ఫాక్ట్' అని పిలుస్తాము). బీమా చేయవలసిన ప్రతిపాదిత సభ్యుల గురించి సరైన మరియు పూర్తి సమాచారం అందించకపోతే, మేము మీ పాలసీని రద్దు చేస్తాము, ఎటువంటి క్లెయిమ్లు చెల్లించము, చెల్లించిన ప్రీమియంను తిరిగి చెల్లించము మరియు గతంలో చెల్లించిన ప్రయోజనాలను తిరిగి పొందడం సహా మీకు వ్యతిరేకంగా సాధ్యమయ్యే అన్ని చట్టపరమైన చర్యలు తీసుకునే హక్కును కలిగి ఉంటాము. మేము పూర్తి ప్రీమియం పొందిన తర్వాత మరియు ప్రమాదాన్ని సృష్టించిన తర్వాత మాత్రమే కవరేజ్ ప్రారంభించగలమని నిబంధనలు నిర్దేశిస్తాయి.

1. ప్రతిపాదకుడి వివరాలు:

శీర్షిక పేరు
 పుట్టిన తేదీ లింగం: పురుషుడు స్త్రీ ఇతర జాతీయత
 ప్రస్తుత చిరునామా
 స్థలం గుర్తు నగరం
 జిల్లా రాష్ట్రం పిన్ కోడ్
 ల్యాండ్లైన్ నంబర్ మొబైల్ నంబర్
 ఇమెయిల్ ID ప్రత్యామ్నాయ సంఖ్య

వార్షిక ఆదాయం (రూ) CKYC నంబర్
 వృత్తి వేతన దారుడు స్వయం ఉపాధి విద్యార్థి గృహిణి ఇతర, దయచేసి పేర్కొనండి
 ప్రీమియం చెల్లించినది ప్రతిపాదకుడితో సంబంధం
 అప్లికేషన్ ఫారమ్లూ ఇక్కడ పేర్కొన్న ఇమెయిల్ IDకి మీ పాలసీ మరియు సేవా సంబంధిత సమాచారాన్ని పంపడానికి కంపెనీకి అధికారం ఇవ్వడం ద్వారా పర్యవేక్షణాన్ని పరిరక్షించడానికి మరియు కాగితాన్ని ఆదా చేయడానికి మీరు సహాయం చేయాలనుకుంటున్నారా?
 నేను అన్ని నియమ నిబంధనలను చదివి, అర్థం చేసుకుని, అంగీకరించాను మరియు వెల్కమ్ కాల్లు/SMS, సర్వీస్ కాల్లు/SMS లేదా ఏదైనా ఇతర వాణిజ్య సమాచారాన్ని అందించడానికి నా రిజిస్టర్డ్ ఫోన్ నంబర్ను నా 'DND' రిజిస్ట్రేషన్ ను అధిగమించి, SMS / ఇమెయిల్ / ఫోన్ / వాట్సాప్ / ఫేస్బుక్ లేదా మరే ఇతర మార్గాల ద్వారా నన్ను సంప్రదించడానికి నివా బూపా హెల్త్ ఇన్సూరెన్స్ లేదా దాని ఏజెంట్లకు మరియు/లేదా మూడవ పక్షాలు(లు) / అనుబంధ సంస్థలకు ఇందుమూలంగా అధికారం ఇస్తున్నాను.

మీకు పాలసీ కిట్ యొక్క భౌతిక కాపీ కావాలా అవును కాదు
 మీరు లేదా ప్రతిపాదిత దరఖాస్తుదారులలో ఎవరైనా PEP# అవునా? అవును కాదు
*రాజకీయంగా బహిష్కరించిన వ్యక్తులు (PEP) అంటే ప్రముఖ ప్రభుత్వ విధులను కలిగి ఉన్న లేదా కలిగి ఉన్న వ్యక్తులు అంటే కేంద్ర లేదా రాష్ట్ర ప్రభుత్వ అధిపతులు / మంత్రులు, సీనియర్ రాజకీయ నాయకులు, సీనియర్ ప్రభుత్వం, న్యాయ లేదా సైనిక అధికారులు, ప్రభుత్వ కంపెనీల సీనియర్ అధికారులు, ముఖ్యమైన పార్టీ అధికారులు. (మీరు PEPకి వ్యతిరేకంగా టీకా చేసినట్లయితే, దయచేసి ప్రత్యేక PEP ప్రశ్నాపత్రాన్ని పూరించండి)

బ్యాంక్ వివరాలు:
 బ్యాంక్ పేరు
 ఖాతా సంఖ్య IFSC కోడ్
 ఖాతా రకం సేవింగ్ ప్రస్తుత బ్రాంచ్ నగరం

ఎలక్ట్రానిక్ బీమా ఖాతా (eIA) వివరాలు
 మీరు ఈ పాలసీని eIAకి జమ చేయాలనుకుంటున్నారా? (దయచేసి ఏదైనా ఒకటి ఎంచుకోండి)
 కాదు, నాకు eIA లేదు మరియు ఒకటి తరవాడానికి నేను ఇష్టపడను అవును, ఈ పాలసీని నా ఇ-బీమా ఖాతాలో జమ చేయండి
 అవును అయితే, దయచేసి ఇప్పటికే ఉన్న ఇ-ఇన్సూరెన్స్ ఖాతా నంబర్ను తెలియజేయండి.
 దయచేసి బీమా రిపోజిటరీ పేరును ఎంచుకోండి (మీరు మీ ఖాతాను తెరిచిన)
 M/s NSDL డేటాబేస్ మేనేజ్మెంట్ లిమిటెడ్ M/s సెంట్రల్ ఇన్సూరెన్స్ రిపోజిటరీ లిమిటెడ్
 M/s కార్పొరేట్ ఇన్సూరెన్స్ రిపోజిటరీ లిమిటెడ్ M/s CAMS రిపోజిటరీ సర్వీసెస్ లిమిటెడ్ (దయచేసి ఏదైనా ఒకటి ఎంచుకోండి) లేదా
 నాకు ఇప్పటికే ఇ-ఇన్సూరెన్స్ ఖాతా లేదు మరియు నేను కొత్త ఇ-ఇన్సూరెన్స్ ఖాతాను సృష్టించాలనుకుంటున్నాను (సంబంధిత పత్రాలతో పాటు ఎలక్ట్రానిక్ బీమా ఖాతా ప్రారంభ ఫారమ్ (eIA ఫారమ్) సమర్పించండి).

పునరుద్ధరణ చెల్లింపు సైన్-ఆఫ్:
 మీ ఆరోగ్య బీమా పాలసీ యొక్క పునరుద్ధరణ ప్రీమియం ప్రతి సంవత్సరం మీ ప్రస్తుత ఆటోమేటెడ్ క్లియరింగ్ హౌస్ (ACH) / కంపెనీతో స్టాండింగ్ సూచనలు (SI) ద్వారా చెల్లించవచ్చు. ఈ ఎంపిక కింద, మీ పాలసీని వెంటనే పునరుద్ధరించవచ్చు, అయితే కంపెనీ కోరిక విధంగా సమాచారం మరియు డాక్యుమెంటేషన్ యొక్క అన్ని అదనపు అవసరాలను మీరు పూర్తి చేయడానికి లోబడి ఉంటుంది.

నేను ACH/SI పునరుద్ధరణ ఎంపికను ఎంచుకోవాలనుకుంటున్నాను మరియు తద్వారా అదే ఉపయోగించి పాలసీ పునరుద్ధరించబడే వరకు ప్రీమియంపై 2.5% తగ్గింపు పొందాలనుకుంటున్నాను.

తేదీ స్థలం ప్రతిపాదకుడి సంతకం

2. బీమా కోసం దరఖాస్తుదారుల వివరాలు:

దరఖాస్తుదారు 1

పేరు _____

లింగం పురుషుడు స్త్రీ ఇతర ఎత్తు (అడుగు) (అంగుళం) బరువు (కిలో)

మొబైల్ నంబర్ _____ పుట్టిన తేది D D M M Y Y Y Y భారతీయులు కాకపోతే టిక్ చేయండి

ప్రతిపాదకుడితో సంబంధం _____

మీరు రిజిస్టర్డ్ మెడికల్ ప్రాక్టీషనర్ అయితే*, దయచేసి అందించండి: i. వైద్య నమోదు సంఖ్య _____

ii. కౌన్సిల్ పేరు _____

iii. కార్యాలయం చిరునామా _____

దరఖాస్తుదారు 2

పేరు _____

లింగం పురుషుడు స్త్రీ ఇతర ఎత్తు (అడుగు) (అంగుళం) బరువు (కిలో)

మొబైల్ నంబర్ _____ పుట్టిన తేది D D M M Y Y Y Y భారతీయులు కాకపోతే టిక్ చేయండి

ప్రతిపాదకుడితో సంబంధం _____

మీరు రిజిస్టర్డ్ మెడికల్ ప్రాక్టీషనర్ అయితే*, దయచేసి అందించండి: i. వైద్య నమోదు సంఖ్య _____

ii. కౌన్సిల్ పేరు _____

iii. కార్యాలయం చిరునామా _____

దరఖాస్తుదారు 3

పేరు _____

లింగం పురుషుడు స్త్రీ ఇతర ఎత్తు (అడుగు) (అంగుళం) బరువు (కిలో)

మొబైల్ నంబర్ _____ పుట్టిన తేది D D M M Y Y Y Y భారతీయులు కాకపోతే టిక్ చేయండి

ప్రతిపాదకుడితో సంబంధం _____

మీరు రిజిస్టర్డ్ మెడికల్ ప్రాక్టీషనర్ అయితే*, దయచేసి అందించండి: i. వైద్య నమోదు సంఖ్య _____

ii. కౌన్సిల్ పేరు _____

iii. కార్యాలయం చిరునామా _____

దరఖాస్తుదారు 4

పేరు _____

లింగం పురుషుడు స్త్రీ ఇతర ఎత్తు (అడుగు) (అంగుళం) బరువు (కిలో)

మొబైల్ నంబర్ _____ పుట్టిన తేది D D M M Y Y Y Y భారతీయులు కాకపోతే టిక్ చేయండి

ప్రతిపాదకుడితో సంబంధం _____

మీరు రిజిస్టర్డ్ మెడికల్ ప్రాక్టీషనర్ అయితే*, దయచేసి అందించండి: i. వైద్య నమోదు సంఖ్య _____

ii. కౌన్సిల్ పేరు _____

iii. కార్యాలయం చిరునామా _____

దరఖాస్తుదారు 5

పేరు _____

లింగం పురుషుడు స్త్రీ ఇతర ఎత్తు (అడుగు) (అంగుళం) బరువు (కిలో)

మొబైల్ నంబర్ _____ పుట్టిన తేది D D M M Y Y Y Y భారతీయులు కాకపోతే టిక్ చేయండి

ప్రతిపాదకుడితో సంబంధం _____

మీరు రిజిస్టర్డ్ మెడికల్ ప్రాక్టీషనర్ అయితే*, దయచేసి అందించండి: i. వైద్య నమోదు సంఖ్య _____

ii. కౌన్సిల్ పేరు _____

iii. కార్యాలయం చిరునామా _____

దరఖాస్తుదారు 6

పేరు _____

లింగం పురుషుడు స్త్రీ ఇతర ఎత్తు (అడుగు) (అంగుళం) బరువు (కిలో)

మొబైల్ నంబర్ _____ పుట్టిన తేది _____ భారతీయులు కాకపోతే టిక్ చేయండి

ప్రతిపాదకుడితో సంబంధం _____

మీరు రిజిస్టర్డ్ మెడికల్ ప్రాక్టీషనర్ అయితే*, దయచేసి అందించండి: i. వైద్య నమోదు సంఖ్య _____

ii. కౌన్సిల్ పేరు _____

iii. కార్యాలయం చిరునామా _____

*ప్రీమియంపై 5% తగ్గింపు పొందండి. వైద్య అభ్యాసకుడు అంటే ఏదైనా రాష్ట్ర వైద్య మండలి లేదా భారత వైద్య మండలి లేదా భారత ప్రభుత్వం లేదా రాష్ట్ర ప్రభుత్వం ఏర్పాటు చేసిన భారతీయ వైద్య మండలి లేదా హోమియోపతి నుండి చెల్లుబాటు అయ్యే రిజిస్ట్రేషన్ కలిగి ఉన్న వ్యక్తి మరియు దాని అధికార పరిధిలో వైద్యం చేయడానికి అర్హుడు; మరియు తన లైసెన్స్ యొక్క పరిధి మరియు అధికార పరిధిలో పనిచేస్తున్నాడు.

- గమనికలు:
- ప్రతిపాదకుడు పాలసీ కింద బీమా చేయవలసిన అవసరం లేదు
 - ప్రతిపాదకుడితో సంబంధం అనుమతించబడింది - నెను, భార్య, కుమారుడు, కుమార్తె, కోడలు, తండ్రి, తల్లి, మామగారు, అత్తగారు, తాతయ్య, అమ్మమ్మ, మనవడు, మనవరాలు, అల్లుడు, సోదరుడు, సోదరి, మరదలు, బావ, మేనల్లుడు, మేనకోడలు, మామ మరియు అత్త
 - ప్రతిపాదకుడితో సంబంధం అనుమతించబడింది (యజమాని, ఉద్యోగి) - ఉద్యోగి, ఉద్యోగి భార్య, ఉద్యోగి కుమారుడు, ఉద్యోగి కుమార్తె, ఉద్యోగి తండ్రి, ఉద్యోగి తల్లి, ఉద్యోగి మామగారు, ఉద్యోగి అత్తగారు, ఉద్యోగి మనవడు, ఉద్యోగి మనవరాలు

3. కవరేజ్ ఎంపిక:

ప్రాథమిక కవరేజ్:

పాలసీ రకం#:	<input type="checkbox"/> వ్యక్తిగత <input type="checkbox"/> ఫ్యామిలీ ప్లాట్ <input type="checkbox"/> మల్టీ మెంబర్ ఇండివిజువల్
కవర్ చేయవలసిన జీవితాల సంఖ్య:	<input type="checkbox"/> పెద్దలు <input type="checkbox"/> పిల్లలు
ప్రాథమిక బీమా మొత్తం:	_____
పాలసీ కాలపరిమితి:	<input type="checkbox"/> 1 సంవత్సరం <input type="checkbox"/> 2 సంవత్సరాలు <input type="checkbox"/> 3 సంవత్సరాలు

అదనపు కవరేజ్:

1. ఆరోగ్య తనిఖీ (నగదు రహితం మాత్రమే)	<input type="checkbox"/> అవును <input type="checkbox"/> కాదు	6. ఆరోగ్య తనిఖీ (నగదు రహితం మరియు తిరిగి చెల్లింపు 20% సహ-చెల్లింపుతో)	<input type="checkbox"/> అవును <input type="checkbox"/> కాదు
2. హాస్పిటల్ డైలీ క్యాష్	<input type="checkbox"/> అవును <input type="checkbox"/> కాదు	7. రెండవ వైద్య అభిప్రాయం	<input type="checkbox"/> అవును <input type="checkbox"/> కాదు
3. సేఫార్డ్	<input type="checkbox"/> అవును <input type="checkbox"/> కాదు	8. సేఫార్డ్+	<input type="checkbox"/> అవును <input type="checkbox"/> కాదు
4. సహ-చెల్లింపు నెట్వర్క్ లేదు	<input type="checkbox"/> అవును <input type="checkbox"/> కాదు	9. ఆధునిక చికిత్స +	<input type="checkbox"/> అవును <input type="checkbox"/> కాదు
5. రీఅన్యూర్ ఎప్పటికీ	<input type="checkbox"/> అవును <input type="checkbox"/> కాదు	10. ఫాస్ట్ ఫార్వర్డ్ (యాక్-ఆన్)	<input type="checkbox"/> అవును <input type="checkbox"/> కాదు
11. స్టార్డ్ క్యాష్ +	<input type="checkbox"/> కాదు <input type="checkbox"/> 10K <input type="checkbox"/> 15K <input type="checkbox"/> 20K <input type="checkbox"/> 25K		
12. రిటర్న్ +	<input type="checkbox"/> కాదు <input type="checkbox"/> 100%		
13. వ్యక్తిగత ప్రమాద కవరేజ్	<input type="checkbox"/> 1x <input type="checkbox"/> 2x <input type="checkbox"/> 3x <input type="checkbox"/> 4x <input type="checkbox"/> 5x		
వ్యక్తిగత ప్రమాద కవరేజ్ కోసం ఎంచుకుంటే టిక్ చేయండి (ఈ ఎంపిక 18 సంవత్సరాలు లేదా అంతకంటే ఎక్కువ వయస్సు ఉన్న దరఖాస్తుదారులకు అందుబాటులో ఉంది)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. వార్షిక సంచిత తగ్గింపు	<input type="checkbox"/> కాదు <input type="checkbox"/> 10,000 <input type="checkbox"/> 20,000 <input type="checkbox"/> 30,000 <input type="checkbox"/> 50,000 <input type="checkbox"/> 1,00,000 <input type="checkbox"/> 2,00,000 <input type="checkbox"/> 3,00,000 <input type="checkbox"/> 4,00,000 <input type="checkbox"/> 5,00,000		
15. సహ-చెల్లింపు	<input type="checkbox"/> కాదు <input type="checkbox"/> 10% <input type="checkbox"/> 20% <input type="checkbox"/> 30% <input type="checkbox"/> 40% <input type="checkbox"/> 50%		
16. ముందుగా ఉన్న వ్యాధి నిరీక్షణ సమయం సవరణ	<input type="checkbox"/> కాదు <input type="checkbox"/> 12 నెలలు <input type="checkbox"/> 24 నెలలు		
17. నిర్దిష్ట వ్యాధి నిరీక్షణ సమయం సవరణ	<input type="checkbox"/> కాదు <input type="checkbox"/> 12 నెలలు <input type="checkbox"/> 36 నెలలు		
18. రూమ్ రకం సవరణ	<input type="checkbox"/> కాదు <input type="checkbox"/> జనరల్ వార్డు <input type="checkbox"/> సింగిల్ రూమ్ <input type="checkbox"/> అన్ని వర్గాలు		

ఫ్యామిలీ ప్లాట్ సమ్ ఇన్సూర్డ్ అనేది బీమా చేసిన సభ్యులందరికీ సాధారణం. ప్లాట్ అంటే వ్యక్తిగతంగా లేదా సమిష్టిగా బీమా చేయబడిన వారందరూ ఈ పరిమితికి క్లెయిమ్ చేసుకోవచ్చు గమనిక: సేఫార్డ్ మరియు సేఫార్డ్+ మధ్య ఒక ఎంపికను మాత్రమే ఎంచుకోవచ్చు. సహ-చెల్లింపు మరియు వార్షిక సంచిత తగ్గింపు మధ్య ఒక ఎంపికను మాత్రమే ఎంచుకోవచ్చు. వార్షిక ఆరోగ్య తనిఖీ (నగదు రహితం మాత్రమే) మరియు వార్షిక ఆరోగ్య తనిఖీ (నగదు రహితం మరియు తిరిగి చెల్లింపు 20% సహ-చెల్లింపుతో) మధ్య ఒక ఎంపికను మాత్రమే ఎంచుకోవచ్చు.

4. పోర్ట్‌బిలిటీ

పాలసీ సంఖ్య	బీమా సంస్థ	రిస్క్ ప్రారంభ తేదీ	రిస్క్ ముగింపు తేదీ	పోర్టింగ్ చేయడానికి కారణాలు

పోర్ట్‌బిలిటీ కోసం అభ్యర్థించిన ప్రతిపాదిత బీమా చేసిన వ్యక్తి పేరు	మొదటి పాలసీ ప్రారంభ తేదీ	పోర్ట్‌బిలిటీ కోసం అభ్యర్థించిన నిరంతర కవరేజ్ సంవత్సరాల సంఖ్య	గత పాలసీలలో క్లెయిమ్లు	ప్రస్తుత నో క్లెయిమ్ బోనస్	సమ్ ఇన్సూర్డ్ - సంవత్సరం 1 (పురాతనమైనది)	సమ్ ఇన్సూర్డ్ - సంవత్సరం 2	సమ్ ఇన్సూర్డ్ - సంవత్సరం 3	సమ్ ఇన్సూర్డ్ - సంవత్సరం 4 (గడువు ముగిసేపాలసీ)

5. నామినేషన్

ప్రతిపాదకుడు మరణించిన సందర్భంలో, పాలసీ కింద చెల్లించాల్సిన ఏదైనా చెల్లింపు దిగువ పేర్కొన్న నామినీకి చెల్లించబడుతుంది. నామినీ ద్వారా అటువంటి చెల్లింపును స్వీకరించడం పాలసీ కింద కంపెనీ బాధ్యతను విడుదల చేస్తుంది.

నామినీ పేరు	పుట్టిన తేదీ	ప్రతిపాదకుడితో సంబంధం	నామినీ యొక్క చిరునామా, మొబైల్ నంబర్ మరియు ఇమెయిల్ ID	సంరక్షకుని పేరు (నామినీ 18 సంవత్సరాల కంటే తక్కువ వయస్సు ఉన్నట్లయితే)
-------------	--------------	-----------------------	--	--

నామినీ యొక్క బ్యాంక్ వివరాలు: లబ్ధిదారు పేరు: _____

బ్యాంక్ పేరు _____ ఖాతా రకం _____ పొదుపు _____ ప్రస్తుత _____

ఖాతా సంఖ్య _____ IFSC కోడ్ _____

6. వైద్య, అలవాట్ల మరియు గత ప్రతిపాదన సమాచారం

ముఖ్యమైనది: ఈ విభాగంలోని అన్ని ప్రశ్నలకు నిజాయితీగా మరియు పూర్తిగా సమాధానం ఇవ్వాలని నిర్ధారించుకోండి, ఎందుకంటే మీరు ఇక్కడ అందించే సమాచారం నివా బుపా ద్వారా అండర్వ్రైటింగ్ ఆధారం అవుతుంది. ఏదైనా అసంపూర్ణమైన, సరికాని, పాక్షికంగా సరైన సమాచారం మీ వైద్య దావా మరియు/లేదా కవరేజీని ప్రభావితం చేస్తుందని దయచేసి గమనించండి.

సెక్షన్ ఎ: దయచేసి వైద్య పరిస్థితుల గురించి సమాచారాన్ని పంచుకోండి	దరఖాస్తుదారు సంఖ్య					
	1	2	3	4	5	6
దయచేసి ప్రతి దరఖాస్తుదారు కోసం క్రింది ప్రశ్నలకు సమాధానం ఇవ్వండి. దయచేసి అవును (Y) లేదా కాదు (N) అని గుర్తించండి						
బీమా చేసిన వ్యక్తి వయస్సు <= 35 సంవత్సరాలు 1. మీరు క్రింది వ్యాధులలో ఏదైనా బాధపడుతున్నారా? a. క్యాన్సర్/లుకేమియా/మాల్టిప్లెట్ ట్యూమర్ b. కార్డియాక్ ఎయిల్మెంట్స్ (గుండెపోటు, బై-పాస్ సర్జరీ మొదలైనవి) c. ప్రధాన అవయవ వైఫల్యం (కిడ్నీ, కాలేయం, గుండె, ఊపిరితిత్తులు మొదలైనవి) d. నాడీ సంబంధిత రుగ్మత/స్ట్రోక్/పక్షవాతం e. దీర్ఘకాలిక అబ్స్ట్రక్టివ్ పల్మనరీ డిసీజ్ (COPD) / ప్రొగ్రెసివ్ లంగ్స్ డిసీజ్ f. హెపటైటిస్ B లేదా C, దీర్ఘకాలిక కాలేయ వ్యాధి, క్రోన్స్ వ్యాధి, ప్రణోత్పత్తి పెద్దప్రేగు శోధ g. ఐరన్ లోపం రక్తహీనత కాకుండా ఏదైనా రక్తహీనత h. టైప్ 1 డయాబెటిస్	Y	N	Y	N	Y	N
2. మీకు మధుమేహం ఉందా?	Y	N	Y	N	Y	N
3. మీకు రక్తపోటు ఉందా?	Y	N	Y	N	Y	N
4. దరఖాస్తుదారు జీవితంపై జీవితం, ఆరోగ్యం, హాస్పిటల్ డైలీ క్యాష్ లేదా క్లిస్టమెన్ అనారోగ్య బీమా కోసం ఏదైనా ప్రతిపాదనను ఏదైనా బీమా సంస్థ తిరస్కరించింది, వాయిదా వేసింది, లోడ్ చేసింది లేదా మినహాయింపులు వంటి ప్రత్యేక షరతులకు లోబడి ఉందా?	Y	N	Y	N	Y	N
5. దరఖాస్తుదారుడు ఎప్పుడైనా ఏదైనా మానసిక/మానసిక రుగ్మతల కోసం నిర్ధారణ లేదా చికిత్స పొందారా?	Y	N	Y	N	Y	N
6. ఒక వారం కంటే ఎక్కువ చికిత్స అవసరమయ్యే వ్యాధి ఎప్పుడైనా నిర్ధారణ అయిందా? ఎప్పుడైనా శస్త్రచికిత్స చేయించుకున్నారా? లేదా ఒకటి నలభై ఇచ్చారా? ప్రస్తుతం ఏదైనా ఫాలో అప్ ఊన్నారా లేదా ఏదైనా చికిత్స కోసం ఎదురు చూస్తున్నారా?	Y	N	Y	N	Y	N
7. మీకు ట్రాన్స్ ల్యే మరియు అడినాయిడ్స్, చెవి నుండి ఉత్పన్న, మధ్య చెవి మరియు మాస్టాయిడ్ వ్యాధులు (ఓటిటిస్ మీడియా, కొలెస్టోమీ, టిమ్పానిక్ పొర యొక్క రంధ్రం సహా), నాసిక్ సెప్టమ్ మరియు నాసిక్ సైన్స్ కోసం ఏదైనా శస్త్రచికిత్స చికిత్స చేయించుకున్నారా లేదా చేయించుకున్నారా.	Y	N	Y	N	Y	N

దయచేసి ప్రతి దరఖాస్తుదారు కోసం క్రింది ప్రశ్నలకు సమాధానం ఇవ్వండి.	దరఖాస్తుదారు సంఖ్య					
	1	2	3	4	5	6
దయచేసి అవును (Y) లేదా కాదు (N) అని గుర్తించండి						
బీమా చేసిన వ్యక్తి వయస్సు >=36 నుండి =50 సంవత్సరాలు 1. మీరు క్రింది వ్యాధులలో ఏదైనా బాధపడుతున్నారా? a. క్యాన్సర్/లుకేమియా/మాల్టిప్లెట్ ట్యూమర్ b. కార్డియాక్ ఎయిల్మెంట్స్ (గుండెపోటు, బై-పాస్ సర్జరీ మొదలైనవి) c. ప్రధాన అవయవ వైఫల్యం (కిడ్నీ, కాలేయం, గుండె, ఊపిరితిత్తులు మొదలైనవి) d. నాడీ సంబంధిత రుగ్మత/స్ట్రోక్/పక్షవాతం e. దీర్ఘకాలిక అబ్స్ట్రక్టివ్ పల్మనరీ డిసీజ్ (COPD) / ప్రొగ్రెసివ్ లంగ్స్ డిసీజ్ f. హెపటైటిస్ B లేదా C, దీర్ఘకాలిక కాలేయ వ్యాధి, క్రోన్స్ వ్యాధి, ప్రణోత్పత్తి పెద్దప్రేగు శోధ g. ఐరన్ లోపం రక్తహీనత కాకుండా ఏదైనా రక్తహీనత h. టైప్ 1 డయాబెటిస్	Y	N	Y	N	Y	N
2. మీకు మధుమేహం ఉందా?	Y	N	Y	N	Y	N
3. మీకు రక్తపోటు ఉందా?	Y	N	Y	N	Y	N
4. దరఖాస్తుదారు జీవితంపై జీవితం, ఆరోగ్యం, హాస్పిటల్ డైలీ క్యాష్ లేదా క్లిస్టమెన్ అనారోగ్య బీమా కోసం ఏదైనా ప్రతిపాదనను ఏదైనా బీమా సంస్థ తిరస్కరించింది, వాయిదా వేసింది, లోడ్ చేసింది లేదా మినహాయింపులు వంటి ప్రత్యేక షరతులకు లోబడి ఉందా?	Y	N	Y	N	Y	N

	1	2	3	4	5	6
5. దరఖాస్తుదారుడు ఎప్పుడైనా ఏదైనా మానసిక/మానసిక రుగ్మతల కోసం నిర్ధారణ లేదా చికిత్స పొందారా?	Y	N	Y	N	Y	N
6. ఒక వారం కంటే ఎక్కువ చికిత్స అవసరమయ్యే వ్యాధి ఎప్పుడైనా నిర్ధారణ అయిందా? ఎప్పుడైనా శస్త్రచికిత్స చేయించుకున్నారా? లేదా ఒకటి నలభై ఇచ్చారా? ప్రస్తుతం ఏదైనా ఫాలో అప్ ఫో ఉన్నారా లేదా ఏదైనా చికిత్స కోసం ఎదురు చూస్తున్నారా?	Y	N	Y	N	Y	N
7. మీకు టాన్సిల్స్ మరియు అడినాయిడ్స్, చెవి నుండి ఉత్పన్న, మధ్య చెవి మరియు మాస్టాయిడ్ వ్యాధులు (ఓటిటిస్ మీడియా, కొలెస్టోమా, టిమ్పానిక్ పొర యొక్క రంధ్రం నహా), నాసికా సెప్టమ్ మరియు నాసికా సైనస్ కోసం ఏదైనా శస్త్రచికిత్స చికిత్స చేయించుకున్నారా లేదా చేయించుకున్నారా.	Y	N	Y	N	Y	N
8. థైరాయిడ్ ప్రొఫైల్, లిపిడ్ ప్రొఫైల్, ట్రెడ్జిల్ టెస్ట్, ఆంజియోగ్రఫీ, ఎకోకార్డియోగ్రఫీ, ఎండోస్కోపీ, అల్ట్రాసౌండ్, CT స్కాన్, MRI, బయోప్సీ మరియు FNAC సంబంధిత ఏదైనా డయాగ్నోస్టిక్ పరీక్ష లేదా పరిశోధనలో ఈ సభ్యునికి ప్రతికూల ఫలితాలు ఎప్పుడైనా వచ్చాయా? (ప్రతికూల)	Y	N	Y	N	Y	N
9. మీకు అనాధారణమైన ఋతుస్రావం లేదా అధిక రక్తస్రావం, పైబ్రాయిడ్లు, ప్రోలాప్సీ గర్భాశయం మరియు గర్భాశయ ముఖద్వారం, ఎండోమెట్రయోసిస్, PCOD, గర్భాశయ శస్త్రచికిత్స మొదలైన ఏదైనా గైనకాలజికల్ సమస్య ఉందా లేదా కలిగి ఉన్నారా.	Y	N	Y	N	Y	N
10. మీకు మలం విసర్జించేటప్పుడు నొప్పి, మలంలో రక్తం, హేమోరాయిడ్స్, పాయువు మరియు పురీషనాళ ప్రాంతం యొక్క పగులు లేదా ఫిస్టులా లేదా చీము, గజ్జల్లో ఉబ్బెత్తు, హార్నియా, ప్యాంక్రియాటిటిస్, కడుపు నొప్పి, పిత్తాశయ రాయి, ప్యాంక్రియాటిస్ రాయి, పుండు, కోత మరియు జీర్ణశయాంతర ప్రేగు యొక్క వెరిసిస్ మొదలైన ఏదైనా జీర్ణశయాంతర రుగ్మతలు ఉన్నాయా లేదా కలిగి ఉన్నారా...	Y	N	Y	N	Y	N
11. మీకు శస్త్రచికిత్స అవసరమయ్యే దృష్టి మందగించడం, కంటిశుక్లం, గ్లాకోమా, రెటీనా డిటాచ్మెంట్ మొదలైన ఏదైనా కంటి రుగ్మత ఉందా లేదా కలిగి ఉన్నారా.	Y	N	Y	N	Y	N
12. మీకు మూత్రంలో రక్తం, బాధాకరమైన మూత్రవిసర్జన, తరచుగా మూత్రవిసర్జన, ప్రోస్టేట్ యొక్క హైపర్ప్లాసియా, కిడ్నీ రాయి, హైడ్రోనెఫ్రోసిస్, స్పృయాటోసిస్, నెఫ్రైటిస్ మొదలైన ఏదైనా జననేంద్రియ-మూత్ర సంబంధిత రుగ్మత ఉందా.	Y	N	Y	N	Y	N
13. మీకు కీళ్ల నొప్పి / మోకాలి నొప్పి, కీళ్ల మార్పిడి, ఆస్టియో ఆర్థరైటిస్, నడుము నొప్పి, ఇంటర్వెర్టెబ్రల్ డిస్క్ డిజార్డర్స్ / స్పైన్ డిస్క్ (PIVD వంటివి), బోలు ఎముకల వ్యాధి, గోట్, రుమటాయిడ్ ఆర్థరైటిస్, లిగమెంట్ మరమ్మత్తు కోసం శస్త్రచికిత్స (ACL కన్నీటి, మొదలైనవి) వంటి ఏదైనా మస్కుల్లోస్కెలెటల్ డిజార్డర్ ఉందా...	Y	N	Y	N	Y	N

దయచేసి ప్రతి దరఖాస్తుదారు కోసం క్రింది ప్రశ్నలకు సమాధానం ఇవ్వండి. దయచేసి అవును (Y) లేదా కాదు (N) అని గుర్తించండి	దరఖాస్తుదారు సంఖ్య					
	1	2	3	4	5	6
బీమా చేసిన వ్యక్తి వయస్సు >=51 సంవత్సరాలు						
1. మీరు క్రింది వ్యాధులలో ఏదైనా బాధపడుతున్నారా? a. క్యాన్సర్/లుకేమియా/మాల్నిగ్నెంట్ ట్యూమర్ b. కార్డియాక్ ఎయిల్మెంట్స్ (గుండెపోటు, బై-పాస్ సర్జరీ మొదలైనవి) c. ప్రధాన అవయవ వైఫల్యం (కీడ్నీ, కాలేయం, గుండె, ఊపిరితిత్తులు మొదలైనవి) d. నాడీ సంబంధిత రుగ్మత/స్ట్రోక్/పక్షవాతం e. దీర్ఘకాలిక అబ్స్ట్రక్టివ్ పల్మనరీ డిసిజ్ (COPD) / ప్రొగ్రెసివ్ లంగ్స్ డిసిజ్ f. హెపటైటిస్ B లేదా C, దీర్ఘకాలిక కాలేయ వ్యాధి, కోల్డ్ వ్యాధి, ప్రణాళితమైన పెద్దపైగు శోధ g. ఐరన్ లోపం రక్తహీనత కాకుండా ఏదైనా రక్తహీనత h. టైమ్ 1 డయాబెటిస్	Y	N	Y	N	Y	N
2. మీకు మధుమేహం ఉందా?	Y	N	Y	N	Y	N
3. మీకు రక్తపోటు ఉందా?	Y	N	Y	N	Y	N
4. దరఖాస్తుదారు జీవితంపై జీవితం, ఆరోగ్యం, హాస్పిటల్ డైలీ క్యాష్ లేదా క్లిష్టమైన అనారోగ్య బీమా కోసం ఏదైనా ప్రతిపాదనను ఏదైనా బీమా సంస్థ తిరస్కరించింది, వాయిదా వేసింది, లోడ్ చేసింది లేదా మినహాయింపులు వంటి ప్రత్యేక షరతులకు లోబడి ఉందా?	Y	N	Y	N	Y	N
5. దరఖాస్తుదారుడు ఎప్పుడైనా ఏదైనా మానసిక/మానసిక రుగ్మతల కోసం నిర్ధారణ లేదా చికిత్స పొందారా?	Y	N	Y	N	Y	N
6. ఒక వారం కంటే ఎక్కువ చికిత్స అవసరమయ్యే వ్యాధి ఎప్పుడైనా నిర్ధారణ అయిందా? ఎప్పుడైనా శస్త్రచికిత్స చేయించుకున్నారా? లేదా ఒకటి నలభై ఇచ్చారా? ప్రస్తుతం ఏదైనా ఫాలో అప్ ఫో ఉన్నారా లేదా ఏదైనా చికిత్స కోసం ఎదురు చూస్తున్నారా?	Y	N	Y	N	Y	N
7. మీకు టాన్సిల్స్ మరియు అడినాయిడ్స్, చెవి నుండి ఉత్పన్న, మధ్య చెవి మరియు మాస్టాయిడ్ వ్యాధులు (ఓటిటిస్ మీడియా, కొలెస్టోమా, టిమ్పానిక్ పొర యొక్క రంధ్రం నహా), నాసికా సెప్టమ్ మరియు నాసికా సైనస్ కోసం ఏదైనా శస్త్రచికిత్స చికిత్స చేయించుకున్నారా లేదా చేయించుకున్నారా.	Y	N	Y	N	Y	N
8. థైరాయిడ్ ప్రొఫైల్, లిపిడ్ ప్రొఫైల్, ట్రెడ్జిల్ టెస్ట్, ఆంజియోగ్రఫీ, ఎకోకార్డియోగ్రఫీ, ఎండోస్కోపీ, అల్ట్రాసౌండ్, CT స్కాన్, MRI, బయోప్సీ మరియు FNAC సంబంధిత ఏదైనా డయాగ్నోస్టిక్ పరీక్ష లేదా పరిశోధనలో ఈ సభ్యునికి ప్రతికూల ఫలితాలు ఎప్పుడైనా వచ్చాయా? (ప్రతికూల)	Y	N	Y	N	Y	N
9. మీకు అనాధారణమైన ఋతుస్రావం లేదా అధిక రక్తస్రావం, పైబ్రాయిడ్లు, ప్రోలాప్సీ గర్భాశయం మరియు గర్భాశయ ముఖద్వారం, ఎండోమెట్రయోసిస్, PCOD, గర్భాశయ శస్త్రచికిత్స మొదలైన ఏదైనా గైనకాలజికల్ సమస్య ఉందా లేదా కలిగి ఉన్నారా.	Y	N	Y	N	Y	N
10. మీకు మలం విసర్జించేటప్పుడు నొప్పి, మలంలో రక్తం, హేమోరాయిడ్స్, పాయువు మరియు పురీషనాళ ప్రాంతం యొక్క పగులు లేదా ఫిస్టులా లేదా చీము, గజ్జల్లో ఉబ్బెత్తు, హార్నియా, ప్యాంక్రియాటిటిస్, కడుపు నొప్పి, పిత్తాశయ రాయి, ప్యాంక్రియాటిస్ రాయి, పుండు, కోత మరియు జీర్ణశయాంతర ప్రేగు యొక్క వెరిసిస్ మొదలైన ఏదైనా జీర్ణశయాంతర రుగ్మతలు ఉన్నాయా లేదా కలిగి ఉన్నారా...	Y	N	Y	N	Y	N
11. మీకు శస్త్రచికిత్స అవసరమయ్యే దృష్టి మందగించడం, కంటిశుక్లం, గ్లాకోమా, రెటీనా డిటాచ్మెంట్ మొదలైన ఏదైనా కంటి రుగ్మత ఉందా లేదా కలిగి ఉన్నారా.	Y	N	Y	N	Y	N
12. మీకు మూత్రంలో రక్తం, బాధాకరమైన మూత్రవిసర్జన, తరచుగా మూత్రవిసర్జన, ప్రోస్టేట్ యొక్క హైపర్ప్లాసియా, కిడ్నీ రాయి, హైడ్రోనెఫ్రోసిస్, స్పృయాటోసిస్, నెఫ్రైటిస్ మొదలైన ఏదైనా జననేంద్రియ-మూత్ర సంబంధిత రుగ్మత ఉందా.	Y	N	Y	N	Y	N
13. మీకు కీళ్ల నొప్పి / మోకాలి నొప్పి, కీళ్ల మార్పిడి, ఆస్టియో ఆర్థరైటిస్, నడుము నొప్పి, ఇంటర్వెర్టెబ్రల్ డిస్క్ డిజార్డర్స్ / స్పైన్ డిస్క్ (PIVD వంటివి), బోలు ఎముకల వ్యాధి, గోట్, రుమటాయిడ్ ఆర్థరైటిస్, లిగమెంట్ మరమ్మత్తు కోసం శస్త్రచికిత్స (ACL కన్నీటి, మొదలైనవి) వంటి ఏదైనా మస్కుల్లోస్కెలెటల్ డిజార్డర్ ఉందా...	Y	N	Y	N	Y	N
14. మీకు దిగువ అవయవాలలో నొప్పి లేదా వాపు, దిగువ అంత్య భాగాల యొక్క వెరికోస్ వెయిన్స్ ఉన్నాయా లేదా కలిగి ఉన్నారా	Y	N	Y	N	Y	N
15. మీకు అన్ని అంత్య భాగాలలో నిరపాయమైన లేదా నియోప్లాజిమ్స్/ కణితులు, తిత్తులు, సైనస్, పాలిప్, నోడ్యూల్స్, ద్రవ్యరాశి లేదా ముద్ద, పుండు, కోత మరియు జీర్ణశయాంతర ప్రేగు యొక్క వెరిసిస్ ఉన్నాయా లేదా కలిగి ఉన్నారా.	Y	N	Y	N	Y	N

సెక్షన్ B: (దరఖాస్తుదారు పొగ త్రాగితే లేదా పొగాకు / గుట్కా / పాన్ / పాన్ మసాలా లేదా మద్యం సేవించినట్లయితే మాత్రమే ఈ విభాగాన్ని పూరించండి)	i. నమిలే పొగాకు / గుట్కా / పాన్ మసాలా. అవును అయితే, దయచేసి రోజుకు ఎన్ని ప్యాకెట్లు అని పేర్కొనండి		ii. అల్కహాల్. అవును అయితే, దయచేసి వారానికి ఎన్ని ml అని పేర్కొనండి			iii. సిగరెట్లు / బీడి / సిగార్. అవును అయితే, దయచేసి రోజుకు వినియోగం పేర్కొనండి	
	1-10	> 10	<= 450	> 450	ప్రతిరోజు త్రాగే వ్యక్తి	1-10	> 10
దరఖాస్తుదారు 1							
దరఖాస్తుదారు 2							
దరఖాస్తుదారు 3							
దరఖాస్తుదారు 4							
దరఖాస్తుదారు 5							
దరఖాస్తుదారు 6							

విభాగం సి: పైన పేర్కొన్న విభాగంలో అవును (Y) అని గుర్తించబడిన ప్రశ్నల కోసం, దయచేసి క్రింది సమాచారాన్ని పేర్కొనండి:										
దరఖాస్తుదారు సంఖ్య	లక్షణం(లక్షణాలు) లేదా పరిశోధన(లు) లేదా రోగ నిర్ధారణ లేదా చేయించుకున్న ప్రక్రియ / శస్త్రచికిత్స వివరాలు				రోగ వ్యవధి	ముందులు	మోతాదు	ప్రస్తుత స్థితి (ఉదా. పూర్తి/పాక్షిక కోలుకోవడం లేదా కొనసాగుతున్న చికిత్స)	చికిత్స చేస్తున్న వైద్యుడి పేరు & సంప్రదింపు వివరాలు	జోడించిన పత్రాలు (అవును/కాదు)
	డయాబెటిస్ HbA1c స్థాయి ఉంటే	అధిక రక్తపోటు BP స్థాయి ఉంటే		ఇతర వివరాలు						
		సిస్టోలిక్	డయాస్టోలిక్							

7. ప్రకటన (దయచేసి ప్రతిపాదన ఫారంపై సంతకం చేసే ముందు జాగ్రత్తగా చదవండి మరియు ప్రతి దానిపై చెక్ మార్క్ ఉంచండి)

- నేను దీని ద్వారా, నా తరపున మరియు బీమా చేయాలని ప్రతిపాదించబడిన వ్యక్తులందరి తరపున, నేను ఇచ్చిన పై ప్రకటనలు, సమాధానాలు మరియు/లేదా వివరాలు నాకు తెలిసినంత వరకు అన్ని విధాలుగా నిజమైనవి మరియు పూర్తి అయినవి మరియు ఈ ఇతర వ్యక్తుల తరపున ప్రతిపాదించడానికి నాకు అధికారం ఉందని నేను ప్రకటిస్తున్నాను.
- నేను అందించిన సమాచారం బీమా పాలసీకి ఆధారం అవుతుందని, ఇది బీమా సంస్థ యొక్క బోర్డు ఆమోదించిన అండర్వైటింగ్ పాలసీకి లోబడి ఉంటుందని మరియు ప్రీమియం పూర్తిగా చెల్లించిన తర్వాత మాత్రమే పాలసీ అమలులోకి వస్తుందని నేను అర్థం చేసుకున్నాను.
- ప్రతిపాదన సమర్పించిన తర్వాత, కంపెనీచే ప్రమాద అంగీకారం తెలియజేయడానికి ముందు, బీమా చేయబడిన జీవితం/ప్రతిపాదకుడి వృత్తి లేదా సాధారణ ఆరోగ్యంలో సంభవించే ఏదైనా మార్పును నేను వ్రాతపూర్వకంగా తెలియజేస్తానని నేను మరింత ప్రకటిస్తున్నాను.
- బీమా చేయబడిన వ్యక్తి/ప్రతిపాదకుడికి ఎప్పుడైనా హాజరైన ఏదైనా డాక్టర్ లేదా ఆసుపత్రి నుండి లేదా బీమా చేయబడిన వ్యక్తి/ప్రతిపాదకుడి యొక్క శారీరక లేదా మానసిక ఆరోగ్యాన్ని ప్రభావితం చేసే ఏదైనా విషయం గురించి గత లేదా ప్రస్తుత యజమాని నుండి వైద్య సమాచారాన్ని పొందడానికి మరియు ప్రతిపాదనను అండర్వైటింగ్ చేయడానికి మరియు/లేదా క్లెయిమ్ పరిష్కారం కోసం బీమా చేయబడిన వ్యక్తి / ప్రతిపాదకుడిపై బీమా కోసం దరఖాస్తు చేసిన ఏదైనా బీమా సంస్థ నుండి సమాచారాన్ని పొందడానికి నేను కంపెనీకి సమ్మతిస్తున్నానని నేను ప్రకటిస్తున్నాను.
- ప్రతిపాదనను అండర్వైటింగ్ చేయడానికి మరియు/లేదా క్లెయిమ్ పరిష్కారం కోసం మరియు ఏదైనా ప్రభుత్వ మరియు/లేదా నియంత్రణ అధికారికి బీమా చేయబడిన/ప్రతిపాదకుడి వైద్య రికార్డులతో సహా నా ప్రతిపాదనకు సంబంధించిన సమాచారాన్ని పంచుకోవడానికి నేను కంపెనీకి అధికారం ఇస్తున్నాను.
- మా ఎంపానెల్డ్ ప్రావైడర్లో సర్వీస్ డెలివరీ యొక్క ఏకైక ఉద్దేశ్యం కోసం ఇన్సూర్ చేయబడిన / ప్రతిపాదకుడి వైద్య రికార్డులతో సహా నా / మా ప్రతిపాదనకు సంబంధించిన సమాచారాన్ని పంచుకోవడానికి నేను / మేము కంపెనీకి అధికారం ఇస్తున్నాము.

తేదీ: _____ స్థలం: _____ ప్రతిపాదకుడి సంతకం: _____

8. స్థానిక భాషా ప్రకటన

(ప్రతిపాదకుడు స్థానిక భాషలో సంతకం చేసిన సందర్భంలో ధృవీకరణ (కంపెనీ ఏజెంట్/ఉద్యోగి కాకుండా వేరొకరిచే ధృవీకరించబడాలి).
 ఈ ఫారమ్ మరియు దాని వివరాలలోని విషయాలు స్థానిక భాషలో నాకు ప్రతిపాదకుడికి వివరించబడ్డాయి మరియు అతను దానిని అర్థం చేసుకుని ధృవీకరించాడు:

ధృవీకరించే వ్యక్తి పేరు: <input style="width: 100%;" type="text"/>	ధృవీకరించే వ్యక్తి సంతకం: <input style="width: 100%;" type="text"/>	ధృవీకరించే వ్యక్తి మొబైల్ నంబర్: <input style="width: 100%; border: 1px dashed black;" type="text"/>
సాక్షి పేరు: <input style="width: 100%;" type="text"/>	సాక్షి సంతకం: <input style="width: 100%;" type="text"/>	సాక్షి యొక్క మొబైల్ నంబర్: <input style="width: 100%; border: 1px dashed black;" type="text"/>
		ప్రతిపాదకుడి సంతకం: <input style="width: 100%; height: 30px;" type="text"/>

9. ప్రతిపాదకుడు ప్రకటన

(ఏదైనా కారణం చేత, ప్రతిపాదన మరియు ఇతర అనుబంధ పత్రాలు ప్రతిపాదకుడిచే పూరించబడని సందర్భంలో ధృవీకరణ).
 ప్రతిపాదన ఫారమ్ మరియు అనుబంధ పత్రాలలోని విషయాలు నాకు పూర్తిగా వివరించబడ్డాయి మరియు ప్రతిపాదిత ఒప్పందం యొక్క ప్రాముఖ్యతను నేను పూర్తిగా అర్థం చేసుకున్నాను.
 ప్రతిపాదన ఫారమ్ _____ నా సూచనల మేరకు నింపబడింది మరియు అది సరైనది మరియు పూర్తి అయినట్లు నేను గుర్తించాను.

ప్రతిపాదకుడి సంతకం:

10. ప్రీమియం వివరాలు (కార్యాలయ ఉపయోగం కోసం మాత్రమే)

ప్రీమియం చెల్లింపు ఎంపిక	<input type="checkbox"/> చెక్	<input type="checkbox"/> డిమాండ్ డ్రాఫ్ట్	<input type="checkbox"/> క్రెడిట్ కార్డ్ / డెబిట్ కార్డ్	<input type="checkbox"/> నెట్ బ్యాంకింగ్	<input type="checkbox"/> నగదు	<input type="checkbox"/> ఇతరులు
ప్రీమియం మొత్తం	ఆన్లైన్ చెల్లింపు లావాదేవీ ID: <input style="width: 100%;" type="text"/>			తేదీ: <input style="width: 100%;" type="text"/>		
బ్యాంక్ పేరు/బ్రాంచ్	నివా బూఫా బ్రాంచ్ స్థానం			<input style="width: 100%;" type="text"/>		
కోడ్ సంఖ్య	వ్యాపారం ద్వారా పొందినది: సలహాదారు/DST/కార్పొరేట్ ఏజెన్సీ/ఇతర ఛానెల్లు					
కోడ్ సంఖ్య	<input style="width: 100%;" type="text"/>					
పేరు	<input style="width: 100%;" type="text"/>					
ప్రతిపాదన స్వీకరించిన తేదీ:	వినియోగదారు ID: <input style="width: 100%;" type="text"/>					
ప్రతిపాదకుడు లేదా దరఖాస్తుదారు ఉద్యోగిగా?	<input type="checkbox"/> అవును		<input type="checkbox"/> కాదు			

11. బాంకాస్యూరెన్స్ ఛానెల్ కోసం మాత్రమే అదనపు వివరాలు (కార్యాలయ ఉపయోగం కోసం మాత్రమే)

బ్రాంచ్ కోడ్	<input style="width: 100%;" type="text"/>	SP కోడ్	<input style="width: 100%;" type="text"/>	RM/LG కోడ్	<input style="width: 100%;" type="text"/>
సివినియోగదారు ఖాతా సంఖ్య	<input style="width: 100%;" type="text"/>				

12. బీమా సలహాదారు నివేదిక (కార్యాలయ ఉపయోగం కోసం మాత్రమే)

నేను, బీమా సలహాదారుగా / కార్పొరేట్ ఏజెంట్ యొక్క నిర్దిష్ట వ్యక్తిగా / బ్రోకర్ యొక్క అధికృత ఉద్యోగిగా / సంబంధిత అధికారిగా, ఈ ప్రతిపాదన ఫారమ్లోని అన్ని విషయాలను నేను వివరించానని ఇందుమూలంగా తెలియజేస్తున్నాను. ఈ ప్రతిపాదన ఫారమ్లో ఉన్న ప్రశ్నల స్వభావంతో సహా ప్రతిపాదకుడు సమర్పించిన ప్రకటన(లు), సమాచారం మరియు ప్రతిస్పందన(లు) ఈ ప్రతిపాదనను కంపెనీ పాలసీ జారీ కోసం అంగీకరిస్తే కంపెనీ మరియు ప్రతిపాదకుడు మధ్య బీమా ఒప్పందానికి ఆధారం అవుతుంది.

ఈ ప్రతిపాదన ఫారమ్/అదనపు పత్రాలు, అఫిడవిట్లు, స్టేట్మెంట్లు, సమర్పణలు, అందించబడినవి / అందించవలసిన వాటిలో ఏదైనా తప్పుడు ప్రకటన(లు) / సమాచారం / ప్రతిస్పందన(లు) ఉన్నట్లయితే మరియు ఏదైనా ముఖ్యమైన విషయాన్ని వెల్లడించకపోతే, ఈ ప్రతిపాదన ప్రకారం అతని / ఆమెకు జారీ చేయబడిన పాలసీని కంపెనీ చెల్లదని మరియు రద్దు చేయబడిందని మరియు పాలసీ కింద చెల్లించిన అన్ని ప్రీమియంలను కంపెనీకి కోల్పోవచ్చునని నేను మరియు ప్రతిపాదకుడు ముందుగా వివరించాను.

తేదీ: <input style="width: 100%;" type="text"/>	బీమా సలహాదారు సంతకం: <input style="width: 100%; height: 30px;" type="text"/>
---	--

13. చట్టబద్ధమైన హెచ్చరిక

రిజేట్ట నిషేధం (బీమా చట్టం 1938లోని సెక్షన్ 41 ప్రకారం)

- భారతదేశంలో జీవితాలు లేదా ఆస్తులకు సంబంధించిన ఏదైనా ప్రమాదానికి సంబంధించి బీమాను తీసుకోవడానికి లేదా పునరుద్ధరించడానికి లేదా కొనసాగించడానికి ఎవరినైనా ప్రేరేపించడానికి, ప్రత్యక్షంగా లేదా పరోక్షంగా, చెల్లించవలసిన కమిషన్ మొత్తంలో లేదా పాలసీపై చూపిన ప్రీమియంలో కొంత భాగాన్ని ఎవరూ అనుమతించకూడదు లేదా అందించకూడదు, మరియు పాలసీని తీసుకునే లేదా పునరుద్ధరించే లేదా కొనసాగించే వ్యక్తి ప్రచురించబడిన ప్రాస్పెక్టస్ లోని బీమా సంస్థ యొక్క పట్టికల ప్రకారం అనుమతించబడే మినహాయింపును తప్ప మరే మినహాయింపును అంగీకరించకూడదు.
- ఈ విభాగంలోని నిబంధనలకు అనుగుణంగా వ్యవహరించడంలో విఫలమైన వ్యక్తి పది లక్షల రూపాయల వరకు జరిమానా విధించబడతాడు.

14. గ్రామీణ మరియు సామాజిక రంగ వర్గం (వర్గీకరణ):

ASHA కార్యకర్త

MGNREGA కార్మికుడు

15. ABHA ID

సభ్యుని పేరు	మీకు ABHA ID ఉందా?	ABHA ID	ABHA ద్వారా బీమా సంస్థలు/TPAలతో వైద్య రికార్డులను పంచుకోవడానికి సమ్మతి
<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

16. వాపసు మరియు క్లెయిమ్స్ చెల్లింపు కోసం వివరాలు

చెల్లింపును స్వీకరించడానికి ఎంపిక: బ్యాంక్ బదిలీ

లబ్ధిదారుని పేరు
 బ్యాంక్ పేరు
 ఖాతా సంఖ్య IFSC కోడ్
 ఖాతా రకం

నివా బూపా హెల్త్ ఇన్సూరెన్స్ కంపెనీ లిమిటెడ్, రిజిస్టర్డ్ కార్యాలయం:- సి-98, మొదటి అంతస్తు, లక్ష్మీ నగర్, ప్లాట్ 1, న్యూఢిల్లీ-110024
 నిరాకరణ: బీమా అనేది విజ్ఞప్తికి సంబంధించిన విషయం. నివా బూపా హెల్త్ ఇన్సూరెన్స్ కంపెనీ లిమిటెడ్ (గతంలో మాక్స్ బూపా హెల్త్ ఇన్సూరెన్స్ కంపెనీ లిమిటెడ్ పిలువబడేది) (IRDAI రిజిస్ట్రేషన్ నం. 145). 'బూపా' మరియు 'హార్టీబీ' లోగో వాటి సంబంధిత యజమానుల రిజిస్టర్డ్ ట్రేడ్యూర్లు మరియు నివా బూపా హెల్త్ ఇన్సూరెన్స్ కంపెనీ లిమిటెడ్ ట్రైనింగ్ క్రింద ఉపయోగించబడుతున్నాయి. కస్టమర్ హెల్ప్ లైన్: 1860-500-8888. వెబ్సైట్: www.nivabupa.com. CIN: U66000DL2008PLC182918. నిబంధనలు మరియు షరతులు, మినహాయింపులు, ప్రమాద కారకాలు, వెయిటింగ్ పీరియడ్ & ప్రయోజనాల గురించిన మరిన్ని వివరాల కోసం, దయచేసి అమ్మకం ముగించే ముందు సేల్స్ బ్రోచర్ను జాగ్రత్తగా చదవండి.

నివా బూపా హెల్త్ ఇన్సూరెన్స్ కంపెనీ లిమిటెడ్, రిజిస్టర్డ్ కార్యాలయం:- సి-98, మొదటి అంతస్తు, లక్ష్మీ నగర్, పార్ట్ 1, న్యూఢిల్లీ-110024
నిరాకరణ: బీమా అనేది విజ్ఞప్తికి సంబంధించిన విషయం. నివా బూపా హెల్త్ ఇన్సూరెన్స్ కంపెనీ లిమిటెడ్ (గతంలో మాక్స్ బూపా హెల్త్ ఇన్సూరెన్స్ కంపెనీ లిమిటెడ్ పిలువబడేది)
(IRDAI రిజిస్ట్రేషన్ నం. 145), 'బూపా' మరియు 'హెల్త్' లోగో వాటి సంబంధిత యజమానుల రిజిస్టర్డ్ ట్రేడ్రామ్స్ మరియు నివా బూపా హెల్త్ ఇన్సూరెన్స్ కంపెనీ లిమిటెడ్ లైసెన్స్ క్రింద
ఉపయోగించబడుతున్నాయి. కస్టమర్ హెల్ప్ లైన్: 1860-500-8888. వెబ్సైట్: www.nivabupa.com. CIN: U66000DL2008PLC182918. నిబంధనలు మరియు షరతులు, మినహాయింపులు,
ప్రమాద కారకాలు, వెయిటింగ్ పీరియడ్ & ప్రయోజనాల గురించిన మరిన్ని వివరాల కోసం, దయచేసి అమ్మకం ముగించే ముందు సేల్స్ ట్రోచర్ను జాగ్రత్తగా చదవండి.

Product Name: ReAssure 2.0, Product UIN: NBHHLIP23169V012223 | Rider Name: Smart Health+, Rider UIN: NBHHLIA22164V012122

కంపెనీ ద్వారా అంగీకారం

దరఖాస్తు సంఖ్య

తేదీ

మీ ప్రతిపాదన మరియు చెక్కు/డిమాండ్ డ్రాఫ్ట్/ఇతరులు _____ ద్వారా రూ. _____ మొత్తాన్ని _____ తేదీన _____ పై డ్రా చేసినట్లు
మేము కృతజ్ఞతతో స్వీకరించాము. బీమా కోసం పూర్తి చేసిన ప్రతిపాదనను మాకు సమర్పించడం లేదా పాలసీ జారీ కోసం చేసిన చెల్లింపు మాకు పాలసీని జారీ చేయడానికి అంగీకరించవలసిన
బాధ్యతను కలిగించదు, ఆ నిర్ణయం మా ఏకైక మరియు సంపూర్ణ విచక్షణపై ఆధారపడి ఉంటుంది. మేము బీమా కోసం ప్రతిపాదనను అంగీకరిస్తే, అది పాలసీ యొక్క నిబంధనలు మరియు
షరతులకు లోబడి ఉంటుంది మరియు ప్రీమియం మాకు పూర్తిగా మరియు సమయానికి అందకపోతే లేదా గ్రహించబడకపోతే మాకు ఎటువంటి బాధ్యత ఉండదు. మేము ప్రతిపాదనను
అంగీకరించకపోతే, మేము మీకు తెలియజేస్తాము మరియు వైద్య పరీక్షల ఖర్చులను, ఏమైనా ఉంటే, తీసివేసిన తర్వాత వడ్డీ లేకుండా చెల్లింపును తిరిగి చెల్లిస్తాము.

స్వీకరించిన వారి పేరు మరియు సంతకం మరియు కార్యాలయ ముద్ర

Product Name: Rise, Product UIN: NBHHLIP25041V012425 | Add-on Name: Fast Forward, Add-on UIN: NBHHLIA24126V012324