

సరళ సురక్ష బీమా, నివా బూచా హెల్త్

ఇన్సూరెన్స్ కంపెనీ లిమిటెడ్ - ప్రతిపాదన పత్రం

బీమా ఒప్పందం కూడా ఒక చట్టబద్ధమైన ఒప్పందమే మరియు ఇది నమ్మకం మరియు మేము మిమ్మల్ని విశ్వసిస్తున్నాము.

మీ ఆరోగ్యంపై సమాచారం ఎంత సంబంధితమో మరియు మీ పాలసీపై దాని ప్రభావం గురించి మీకు తెలియకపోవచ్చు అని మేము అర్థం చేసుకున్నాము. అందువల్ల మీరు అన్ని ఆరోగ్య సమాచారాన్ని బహిష్కరించేయడం చాలా ముఖ్యం మరియు ఇది ఎంత సంబంధితమో మేము నిర్ణయిస్తాము (మేము దీనిని

'భౌతిక వాస్తవం' అని పిలుస్తాము). మేము మీ పాలసీని రద్దు చేస్తాము, ఎటువంటి క్లెయిమ్ చెల్లించము, చెల్లించిన ఎటువంటి ప్రీమియంను తిరిగి ఇవ్వము మరియు బీమా చేయాలని ప్రతిపాదించిన సభ్యులందరి గురించి సరైన మరియు పూర్తి సమాచారం అందించనట్లయితే, ఇంతకు ముందు చెల్లించిన ప్రయోజనాల రికవరీతో సహా మీపై సాధ్యమైన అన్ని చట్టపరమైన

చర్యలు తీసుకునే హక్కు ఉంటుంది. పూర్తి ప్రీమియం పొంది, రిస్క్ ను స్పష్టంగా అంగీకరించిన తర్వాత కవరేజీని ప్రారంభించాలని నిబంధనలు నిర్దేశిస్తున్నాయి.

1-ప్రపోజర్ వివరాలు:

పేరు: F I R S T N A M, M I D D L, M A M, L A S T N A M

లింగము: మగ ఆడ మూడవ లింగం పుట్టిన తేదీ: DD MM

చిరునామా:

ల్యాండ్ మార్క్: నగరం:

జిల్లా: రాష్ట్రం:

పిన్ కోడ్: ఇమెయిల్ ఐడి:

గతిశీలం: ఖాతా నెంబరు:

పాస్ నెంబరు: జాతీయత[మారు]:

పృథ్వి: వేతన జీవలు స్వయం ఉపాధి.. విద్యార్థి ఇల్లాలు లేకపోతే, దయచేసి పేర్కొనండి

వారీకాదాయం (రూ. _____) సికెవైసి నెంబరు (అప్లనల్): _____

పాలసీ కిట్ యొక్క ఫిజికల్ కాపీ మీకు కావాలా అవును కాదు

పిల్లల కోసం ఈ భూగోళాన్ని పరిశీలించడానికి నా వంతు కృషి చేస్తాను. నేను పచ్చగా ఉంటాను. సాఫ్ట్ కాపీ మాత్రమే పంపండి. ఖచ్చితంగా కాగితం వద్దు ప్లీజ్

ఈ పాలసీని EIAకు క్రెడిట్ చేయాలని నేను కోరుకుంటున్నాను. ఇప్పటికే ఉన్న ఇ-ఇన్సూరెన్స్ ఖాతా నెంబరు: _____ బీమా రిపోజిటరీ పేరు (మీరు మీ ఖాతాను తెరిచారు)

1. మెన్బర్ ఎన్ ఎన్ డిఎల్ డిఎల్ జెహెజ్ మెంబర్ లిమిటెడ్ 2. మెన్బర్ సెంట్రల్ ఇన్సూరెన్స్ రిపోజిటరీ లిమిటెడ్
3. మెన్బర్ కార్పొరేట్ ఇన్సూరెన్స్ రిపోజిటరీ లిమిటెడ్ 4. M/s CAMS రిపోజిటరీ సర్వీసెస్ లిమిటెడ్ (దయచేసి దేనినైనా ఎంచుకోండి) లేదా

ఒకవేళ మీ కోర్సు eIA ఖాతాను తెరవడంలో మేం సాయపడాలనుకుంటే, దయచేసి సెక్షన్ 9, NEFT మరియు బ్యాంక్ వివరాలలో వివరాలను నింపండి.

నాకు EIA లేదు మరియు దానిని తెరవాలని అనుకోవడం లేదు.

స్మాగ్త కార్ట్/ఎస్ఎంఎస్, సర్వీస్ కార్ట్/ఎస్ఎంఎస్, పాలసీకి సంబంధించిన సమాచారం లేదా మరేదైనా వాణిజ్య కమ్యూనికేషన్ చేయడానికి నా 'DND' రిజిస్ట్రేషన్ పై SMS/ఇమెయిల్/ఫోన్/వాట్సాప్/Facebook లేదా మరే ఇతర మోడల్ ద్వారా నన్ను సంప్రదించడానికి నివా బూచా హెల్త్ ఇన్సూరెన్స్ లేదా దాని ఏజెంట్ల మరియు/లేదా తృతీయపక్షం/అనుబంధ సంస్థలకు నేను అధికారం

మీరు లేదా ప్రతిపాదిత దరఖాస్తుదారుల్లో ఎవరైనా రాజకీయంగా బహిష్కరించిన వ్యక్తి (పిఐపి) అవును కాదు

#PEP అంటే కేంద్ర లేదా రాష్ట్ర ప్రభుత్వ అధికారులు / మంత్రులు, సీనియర్ రాజకీయ నాయకులు, సీనియర్ ప్రభుత్వం, స్టాఫ్ లేదా సైనిక అధికారులు, ప్రభుత్వ సంస్థల సీనియర్ ఎగ్జిక్యూటివ్ లు, ముఖ్యమైన పబ్లిక్ అధికారులు. (ఒకవేళ మీరు PEPకు వ్యతిరేకంగా టిక్ చేసినట్లయితే, దయచేసి ప్రత్యేక PEP ప్రశ్నావళిని నింపండి)

2- దరఖాస్తుదారుల వివరాలు మరియు ఫోన్ ఎంపిక:

దరఖాస్తుదారు నెంబరు	పేరు	లింగం (పురుషుడు/స్త్రీ/ఇతరులు)	ఎత్తు (అడుగులు & ఇంచ్.)	బరువు (కిలోలు)	పుట్టిన తేదీ (dd/mm/yyyy)	మొబైల్ నెంబరు	ప్రపోజర్ తో సంబంధం(మారు)	బీమా చేయబడ వ్యక్తి యొక్క మొత్తం
1.								
2.								
3.								
4.								
5.								
6.								

3- కవరేజ్ ఎంపిక:

బేస్ కవరేజ్:	
పాలసీ రకం:	<input type="checkbox"/> వ్యక్తి
కవరేజ్ చేయాలని జీవితాల సంఖ్య:	Adults _____ పిల్లలు _____
మరణం (బేస్ ఇన్సూరెన్స్ మొత్తం)	
శాశ్వత సంపూర్ణ వైకల్యం (పిటిడి)	బేస్ బీమా మొత్తం వరకు
శాశ్వత పాక్షిక వైకల్యం (పిటిడి)	బేస్ బీమా మొత్తం వరకు
పాలసీ కాలపరిమితి:	<input type="checkbox"/> 1 సంవత్సరం

ఆప్షనల్ కవరేజ్:	
తాత్కాలిక సంపూర్ణ వైకల్యం (టిటిడి)	<input type="checkbox"/> అవును <input type="checkbox"/> కాదు
ప్రమాదం కారణంగా ఆసుపత్రి ఖర్చులు	<input type="checkbox"/> అవును <input type="checkbox"/> కాదు
ఎడ్యుకేషన్ గ్రాంట్	<input type="checkbox"/> అవును <input type="checkbox"/> కాదు

4- నామినేషన్:

ప్రతిపాదకుడు మరణిస్తే, నామినీ క్లెయిమ్ చెల్లించబడుతుంది. ఇతర బీమా చేసిన వ్యక్తుల కొరకు, ప్రోజెర్ నామినీగా ఉంటాడు. నామినీ చెల్లించడం అనేది కంపెనీ యొక్క పూర్తి బాధ్యతను నిర్వహించడాన్ని సూచిస్తుంది.

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

నామినీ యొక్క బ్యాంకు వివరాలు: లభించిన పేరు: _____

బ్యాంక్ పేరు _____ ఖాతా రకం _____ పొదుపు _____ ప్రస్తుతం _____

ఖాతా నెంబరు _____ ఐఎఫ్ఎస్సీ కోడ్ _____

5- వైద్య, అలవాట్లు మరియు గత ప్రతిపాదన సమాచారం:

బీమా చేయించాలని ప్రతిపాదించిన వ్యక్తులకు సంబంధించి:	సభ్యుడు 1	సభ్యుడు 2	సభ్యుడు 3	4 సభ్యులు	సభ్యులు 5	సభ్యుడు 6
మీరు మంచి ఆరోగ్యంతో ఉన్నారా మరియు/లేదా పుట్టినప్పటి నుండి లేదా తరువాత ఏదైనా మానసిక/శారీరక వైకల్యం మరియు/లేదా వైకల్యం మరియు/లేదా వైకల్యంతో బాధపడుతున్నారా?	<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

6- ప్రకటన:

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 అందించబడే సమాచారం బీమా పాలసీ ఆధారం అవుతుందని, బీమా కంపెనీ యొక్క బోధు ఆమోదించిన అండర్ రైటింగ్ పాలసీకి లోబడి ఉంటుందని మరియు ధార్టీ చేయదగిన ప్రీమియంను పూర్తిగా చెల్లించిన తరువాత మాత్రమే పాలసీ అమల్లోకి వస్తుందని నేను అర్థం చేసుకున్నాను.

ప్రోజెర్ సబ్జెక్ట్ చేయబడే తరువాత కానీ కంపెనీ ద్వారా రిస్కు ఆమోదించబడే కమ్యూనికేషన్ కు ముందు బీమా చేయబడే జీవితము యొక్క మృతి లేదా సాధారణ ఆరోగ్యంలో సంభవించే ఏదైనా మార్పులను నేను రాతపూర్వకంగా తెలియజేస్తాను.

బ్రీమ్ చేయించాల్సిన/ప్రతిపాదకుడుగా ఉన్న వ్యక్తి యొక్క శారీరక లేదా మానసిక ఆరోగ్యాన్ని ప్రభావితం చేసే దేనికైనా సంబంధించి బీమా చేయబడే/ప్రతిపాదకుడు లేదా ఏదైనా గత లేదా ప్రస్తుత యజమాని నుండి వైద్య సమాచారాన్ని కోరే ఏదైనా వైద్యుడు లేదా ఆసుపత్రి నుండి వైద్య సమాచారాన్ని కోరేందుకు మరియు బీమా చేయబడే/ప్రతిపాదకుడు అయిన వ్యక్తిపై బీమా కోసం దరఖాస్తు చేసుకున్న ఏదైనా బీమా సంస్థ నుండి సమాచారాన్ని కోరేందుకు నేను సమ్మతి తెలియజేస్తున్నాను. ప్రతిపాదనను అండర్ రైట్ చేయడం మరియు/లేదా క్లెయిమ్ సెటిల్ మెంట్

ప్రతిపాదన మరియు/లేదా క్లెయిమ్ సెటిల్ మెంట్ మరియు/లేదా ఏదైనా ప్రభుత్వ మరియు/లేదా రెగ్యులేటరీ అథారిటీతో అండర్ రైటింగ్ కొరకు బీమా చేయబడే/ప్రతిపాదకుని యొక్క వైద్య రికార్డులతో సహా నా ప్రతిపాదనకు సంబంధించిన సమాచారాన్ని పంచుకోవడానికి నేను కంపెనీకి అధికారం ఇస్తున్నాను.

సర్టిఫైడ్ డెలివరీ యొక్క ఏకైక ఉద్దేశ్యం కొరకు బీమా చేయబడే/ప్రతిపాదకుడి యొక్క వైద్య రికార్డులతో సహా నా/మా ప్రతిపాదనకు సంబంధించిన సమాచారాన్ని మా ఎంప్లొయర్ ప్రావైడర్ తో పంచుకోవడానికి నేను/మేం కంపెనీకి అధికారం ఇస్తాం.

ఒకవేళ ప్రతిపాదకుడు స్థానిక భాషలో సంతకం చేసినట్లయితే: ఈ పత్రం యొక్క కంట్రంటే నా ద్వారా వివరించబడింది, _____ సర్టిఫికేట్ ఇచ్చే వ్యక్తి పేరు భాషలో _____, దానిని అర్థం చేసుకున్న మరియు ధృవీకరించిన ప్రోజెర్ _____ to సమక్షంలో.

సాక్షులు కంపెనీ ఏజెంట్/ఉద్యోగి కాకుండా మరేకరు ఉండాలి.

Dated _____ ఉంచు _____ Proposer _____ యొక్క సంతకం

ధృవీకరించే Person _____ యొక్క సంతకం _____ ధృవీకరించే వ్యక్తి యొక్క మొబైల్ నెంబరు _____

Witness _____ యొక్క సంతకం _____ సాక్షి _____ యొక్క మొబైల్ నెంబరు _____

14- రీఫండ్ మరియు క్లెయిమ్ ల చెల్లింపు కొరకు వివరాలు

పేమెంట్ అందుకోవడానికి ఆఫీస్:



బ్యాంకు బదిలీ

లబ్బిదారుని పేరు: _____

బ్యాంకు పేరు: _____

ఇఎఫ్ఎస్సీ: _____

ఖాతా నెంబరు: _____

ఖాతా రకం: _____

15- కంపెనీ ద్వారా అమోదం:

అప్లికేషన్ నెంబరు: _____

ఖర్చారం __/__/__

మీ ప్రపోజల్ అందుకున్నందుకు మరియు చెక్/డిమాండ్ డ్రాఫ్ట్/Others _____ of మొత్తం

రూ. _____

తేదీ _____

_____ మీద గీసినది

బీమా కొరకు పూర్తి చేయబడ్డ ప్రతిపాదనను మాకు సమర్పించడం లేదా పాలసీ జారీ చేయడం కొరకు చేయబడ్డ 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 అందుకోవటంతో 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 మరియు ఆఫీస్ seal _____ యొక్క పేరు మరియు సంతకం

నివా బుపా హెల్త్ ఇన్సూరెన్స్ కంపెనీ లిమిటెడ్, రిజిస్టర్డ్ ఆఫీసు: సి-98, మొదటి అంతస్తు, లజపత్ నగర్, పార్ట్ 1, న్యూఢిల్లీ-110024
డిస్ట్రిబ్యూషన్: ఇన్సూరెన్స్ అనేది అభ్యర్థనకు సంబంధించిన విషయం. నివా బుపా హెల్త్ ఇన్సూరెన్స్ కంపెనీ లిమిటెడ్ (గతంలో దీనిని మ్యాక్స్ బుపా హెల్త్ ఇన్సూరెన్స్ కంపెనీ లిమిటెడ్ అని పిలిచేవారు) (ఐఆర్ డిఎబ్ రిజిస్ట్రేషన్ నెం. 145). 'బుపా', 'హెల్త్ బీటీ' లోగోలు ఆయా యజమానుల రిజిస్టర్డ్ ట్రేడ్ మార్క్ లు మరియు లైసెన్స్ కింద నివా బుపా హెల్త్ ఇన్సూరెన్స్ కంపెనీ లిమిటెడ్ ద్వారా ఉపయోగించబడుతున్నాయి. కస్టమర్ హెల్ప్ లైన్: 1860-500-8888.
వెబ్సైట్: www.nivabupa.com. సీఐఎన్: U66000DL2008PLC182918. నిబంధనలు మరియు షరతులు, మినహాయింపులు, ప్రమాద కారకాలు, వెయిటింగ్ పీరియడ్ మరియు ప్రయోజనాలకు సంబంధించిన మరిన్ని వివరాల కొరకు, దయచేసి అమ్మకాన్ని ముగించే ముందు సెల్స్ ట్రోపర్ ను జాగ్రత్తగా