

సీనియర్ ఫస్ట్ ప్రోజర్ ఫారం

URN: 017

బీమా ఒప్పందం కూడా ఒక చట్టబద్ధమైన ఒప్పందమే మరియు ఇది నమ్మకం మరియు మేము మిమ్మల్ని విశ్వసించుచున్నాము. మీ ఆరోగ్యంపై సమాచారం ఎంత సంబంధితమో మరియు మీ పాలసీపై దాని ప్రభావం గురించి మీకు తెలియజేసే అని మేము అర్థం చేసుకున్నాము. అందువల్ల మీరు అన్ని ఆరోగ్య సమాచారాన్ని బహిష్కరించే దానిని చాలా ముఖ్యమైనదిగా మరలించి 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 నరైన మరియు పూర్తి సమాచారం అందించనట్లయితే, ఇంతకు ముందు చెల్లించిన ప్రయోజనాల రికవరీతో సహా మీపై సాధ్యమైన అన్ని చట్టపరమైన చర్యలు తీసుకునే హక్కు ఉంటుంది. పూర్తి ప్రీమియం పొంది, రిస్కును సుస్పంధంగా అంగీకరించిన తర్వాత కవరేజీని ప్రారంభించాలని నిబంధనలు

1. ప్రోజర్ నివారాలు:

బిరుదు: పేరు: F T S R E S T I M S D D L L వర్ణము: L L A S T I

DOB: లింగము: మగ ఆడ ఇతర

ప్రస్తుత చిరునామా:

కొండగూరు: నగరం/పట్టణం:

జిల్లా: రాష్ట్రం: వ్యక్తిగత గుర్తింపు సంఖ్య:

మొబైల్ నెంబరు: ఎస్డీ కోడ్ తో లిఫోన్:

ఇమెయిల్ ఐడి:

పాస్ నెంబరు: KYC నెంబరు (అప్డేట్):

వార్షికదాయం (రూ.): జాతీయత(మారు):

వృత్తి: వేతన జీతాలు స్వయం ఉపాధి.. విద్యార్థి ఇల్లాలు ఇతర, దయచేసి పేర్కొనండి

పాలసీ కిట్ యొక్క ఫిజికల్ కాపీ మీకు కావాలా అవును కాదు

పిల్లల కోసం ఈ భాగం కొన్ని పరిరక్షించడానికి నా పంతు కృపి 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 దీనితో తెరిచారు)

మెనర్స్ ఎన్ ఎస్ డిఎల్ డెటాబేస్ మెనేజ్ మెంట్ లిమిటెడ్ మెనర్స్ సెంట్రల్ ఇన్సూరెన్స్ రిపోజిటరీ లిమిటెడ్

మెనర్స్ కార్గ్ ఇన్సూరెన్స్ రిపోజిటరీ లిమిటెడ్ మెనర్స్ కామ్ రిపోజిటరీ సర్వీసెస్ లిమిటెడ్ (దయచేసి ఏదైనా ఒకదాన్ని ఎంచుకోండి) లేదా

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

నాకు EIA లేదు మరియు దానిని తెరవాలని అనుకోవడం లేదు.

స్వాగత కార్డ్/ఎన్ఎంఎస్, సర్వీస్ కార్డ్/ఎన్ఎంఎస్, పాలసీ సంబంధిత సమాచారం లేదా మరేదైనా వాణిజ్య కమ్యూనికేషన్ చేయడానికి నా 'DND' రిజిస్ట్రేషన్ పై SMS/ఇమెయిల్/ఫోన్/వాట్సాప్/Facebook లేదా మరే ఇతర మోడల్ ద్వారా నన్ను సంప్రదించడానికి నినా బుచా హెల్త్ ఇన్సూరెన్స్ లేదా దాని ఏజెంట్ల మరియు/లేదా తృతీయవ్యక్తులు/అనుబంధ సంస్థలకు నేను అధికారం మీరు లేదా ప్రతిపాదిత దరఖాస్తుదారుల్లో ఎవరైనా రాజకీయంగా బహిష్కరించిన వ్యక్తి (పీఐపి)

గ్రామీణ మరియు సామాజిక రంగం కేటగిరీ (సర్వీస్): ఆశా వర్కర్ ఎంజిఎన్ ఆర్ ఇజిఎ కార్మికుడు

#పెన్ అనేది కేంద్ర లేదా రాష్ట్ర ప్రభుత్వ అధిపతులు / మంత్రులు, సీనియర్ రాజకీయ నాయకులు, సీనియర్ ప్రభుత్వం, న్యాయ లేదా సైనిక అధికారులు, ప్రభుత్వ సంస్థల సీనియర్ ఎగ్జిక్యూటివ్ లు, ముఖ్యమైన పార్టీ అధికారులు వంటి ప్రముఖ ప్రజా విధులను నిర్వహించే లేదా అప్పగించిన వ్యక్తి. (ఒకవేళ మీరు PEPకు వ్యతిరేకంగా టీకా చేసినట్లయితే, దయచేసి ప్రత్యేక PEP ప్రశ్నాపత్రాన్ని నింపండి)

2. దరఖాస్తుదారుల నివారాలు & ప్లాన్ ఎంపిక

మీ ప్రణాళికను ఎంచుకోండి: ప్లాటినిం బంగారం పాలసీ కాలవరమితి: 1 సంవత్సరం 2 సంవత్సరాలు 3 సంవత్సరాలు

బేస్ బీమా మొత్తం: 5 సరస్సులు 10 సరస్సులు 15 సరస్సులు 20 సరస్సులు 25 సరస్సులు *బీమా చేసిన మొత్తం రకం: వ్యక్తి Floater

పేరు:

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

పుట్టిన తేదీ: మొబైల్ నెంబరు:

ప్రోజర్ తో రిలేషన్ షిప్ (ఫ్రీజ్ టీకా అప్లై, స్వయం/ జీవిత భాగస్వామి/ తండ్రి/ తల్లి/ మామ/ అత్త/ కొడుకు/ కూతురు)

పేరు:

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

పుట్టిన తేదీ: మొబైల్ నెంబరు:

సంబంధం: దరఖాస్తుదారుడి జీవిత భాగస్వామి 1

అత్యవసర కాంటాక్ట్

పేరు

ఎగ్జిక్యూటివ్ కాంటాక్ట్ నెంబరు మొబైల్ నెంబరు

ఆఫీస్ ఫీచర్ కో-పేమెంట్ (బేస్ పాలసీలో 50% కో-పేమెంట్ ఉంటుంది, అయితే మీరు దానిని 0% వరకు తగ్గించవచ్చు) 0% (యూడ్-ఆన్) 20% 30% 40%

వార్షిక మొత్తం మినహాయింపు (మినహాయించదగిన మొత్తం బీమా చేయబడిన మొత్తంలో 1/5వ వంతు ఉంటుంది) అవును కాదు

యూడ్-ఆన్(లు) :కాదు అవును కాదు

3. పోర్టలిట్

పాలసీ నెంబరు	ఇన్సూరెన్స్ కంపెనీ..	రిస్క్ ప్రారంభ తేదీ	రిస్క్ ముగింపు తేదీ	పోలింగ్ చేయడానికి కారణాలు

పోర్టలిట్ కోరిన ప్రతిపాదిత బీమాదారుని పేరు	మొదటి పాలసీ ప్రారంభ తేదీ	పోర్టలిట్ అభ్యర్థించబడిన నిరంతర కవరేజ్ యొక్క సంవత్సరాల సంఖ్య	గత పాలసీలో క్లెయిమ్స్..	ప్రస్తుత క్లెయిమ్ బోనస్ లేదు	బీమా మొత్తం - సంవత్సరం 1 (పాతది)	బీమా మొత్తం - సంవత్సరం 2	బీమా మొత్తం - సంవత్సరం 3	బీమా మొత్తం - సంవత్సరం 4 (గడువు ముగిసే)

4. నామినేషన్

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

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

నామినీ యొక్క బ్యాంకు వివరాలు : లభించిన పేరు:

బ్యాంక్ పేరు ఖాతా రకం పోస్టల్ ప్రస్తుతం

ఖాతా నెంబరు ఐఎఫ్ఎస్సీ కోడ్

5. వైద్య అలవాట్లు మరియు గత ప్రతిపాదన సమాచారం

సెక్షన్ ఎ: బీమా చేయాలని ప్రతిపాదించిన వ్యక్తులకు సంబంధించి:	దరఖాస్తుదారుడు 1	దరఖాస్తుదారుడు 2
జీవిత, ఆరోగ్యం, ఆసుపత్రి రోజువారీ నగదు లేదా క్రిటికల్ ఇల్లెస్ ఇన్సూరెన్స్ కొరకు ఏదైనా దరఖాస్తును ఏదైనా బీమా కంపెనీ ఎప్పుడైనా తిరస్కరించిందా, వాయిదా వేసిందా, లోడ్ చేసిందా లేదా ఏదైనా ప్రత్యేక రేటులకు లోబడి చేసిందా?	అవును <input type="checkbox"/> కాదు <input type="checkbox"/>	అవును <input type="checkbox"/> కాదు <input type="checkbox"/>
సెక్షన్ బి: బీమా చేయించుకోవాలనుకునే వ్యక్తిలో ఎవరికైనా ఎప్పుడైనా వ్యాధి నిర్ధారణ అయిందా?	దరఖాస్తుదారుడు 1	దరఖాస్తుదారుడు 2
నేను, గుండెపోటు, హార్ట్ ఫెయిల్యూర్, ఇన్ఫర్మిటీ హార్ట్ డిజీజ్ లేదా కొరెనరీ హార్ట్ డిజీజ్, ఆంజినా వంటి గుండె జబ్బులు	అవును <input type="checkbox"/> కాదు <input type="checkbox"/>	అవును <input type="checkbox"/> కాదు <input type="checkbox"/>
iii. కణితి, ఏదైనా అవయవ క్యాన్సర్, లుకేమియా, లింఫోమా, సార్కోమా	అవును <input type="checkbox"/> కాదు <input type="checkbox"/>	అవును <input type="checkbox"/> కాదు <input type="checkbox"/>
iii. ప్రధాన అవయవ వైఫల్యం (మూత్రపిండాలు, కాలేయం, గుండె, శిశిరితిత్తులు మొదలైనవి)	అవును <input type="checkbox"/> కాదు <input type="checkbox"/>	అవును <input type="checkbox"/> కాదు <input type="checkbox"/>
iv. స్ట్రోక్, ఎస్సెన్షియల్ హిపర్టెన్షన్, మెదడు గడ్డ లేదా ఏదైనా నాడీ సంబంధిత వ్యాధి	అవును <input type="checkbox"/> కాదు <input type="checkbox"/>	అవును <input type="checkbox"/> కాదు <input type="checkbox"/>
v. పల్సినరీ ప్రెజెన్సీ, శిశిరితిత్తుల పతనం లేదా ఇంటర్మిట్టెంట్ లంగ్ డిజీజ్ (ఐఎల్డి)	అవును <input type="checkbox"/> కాదు <input type="checkbox"/>	అవును <input type="checkbox"/> కాదు <input type="checkbox"/>
మేము హెల్త్ టెస్ట్ ని లేదా సి, దీర్ఘకాలిక కాలేయ వ్యాధి, క్రోన్స్ వ్యాధి, ప్రత్యామ్నాయ ఔషధాలను ఉపయోగిస్తున్నావా?	అవును <input type="checkbox"/> కాదు <input type="checkbox"/>	అవును <input type="checkbox"/> కాదు <input type="checkbox"/>
vii. ఇనుము లోపం రక్తహీనత కాకుండా ఇతర రక్తహీనత	అవును <input type="checkbox"/> కాదు <input type="checkbox"/>	అవును <input type="checkbox"/> కాదు <input type="checkbox"/>
viii. 5 రోజులకు పైగా ఆసుపత్రిలో చేరారు	అవును <input type="checkbox"/> కాదు <input type="checkbox"/>	అవును <input type="checkbox"/> కాదు <input type="checkbox"/>
ix. వరుసగా 10 రోజులకు మించి ఎప్పుడైనా మందులు తీసుకున్నారా? మందులలో ఇన్సెల్లు, ఇంజెక్షన్లు, నోటీ మందులు మరియు శరీర భాగాలపై బాహ్య వైద్య అనువర్తనాలు ఉంటాయి కాని పరిమితం కాదు.	అవును <input type="checkbox"/> కాదు <input type="checkbox"/>	అవును <input type="checkbox"/> కాదు <input type="checkbox"/>
x. సిఫారసు చేయబడ్డ ఏదైనా చికిత్స, శస్త్రచికిత్స లేదా వైద్యానికి వేచి ఉండటం	అవును <input type="checkbox"/> కాదు <input type="checkbox"/>	అవును <input type="checkbox"/> కాదు <input type="checkbox"/>

xi. గతంలో ఎదుర్కొన్న ఏదైనా వ్యాధి నయం అయ్యారా లేదా అని ఏదైనా క్రమానుగత/క్రమం తప్పకుండా ఫోలోఅప్ చేయడం జరిగిందా? ఫోలోఅప్ అంటే క్రమానుగత సంప్రదింపులు, పరిశోధనలు మొదలైనవి.	అవును <input type="checkbox"/> కాదు <input type="checkbox"/>	అవును <input type="checkbox"/> కాదు <input type="checkbox"/>
xii. గత 30 రోజుల్లో ప్రస్తుతం ఉన్న లేదా కలిగి ఉన్న సమస్యల కొరకు డాక్టర్(ల)తో ఏవైనా సంప్రదింపులు జరిగాయో లేదా ఏవైనా పరీక్షలను సూచించారా?	అవును <input type="checkbox"/> కాదు <input type="checkbox"/>	అవును <input type="checkbox"/> కాదు <input type="checkbox"/>
xiii. డయాబెటీస్ (అధిక రక్తంలో చక్కెర), ప్రీ-డయాబెటీస్, అధిక లేదా తక్కువ రక్తపోటు, ఛాతీ నొప్పి లేదా ఏదైనా గుండె జబ్బులు లేదా ధైర్యాన్ని దుగ్గత, ఉబ్బం, బ్రోమైటిస్	అవును <input type="checkbox"/> కాదు <input type="checkbox"/>	అవును <input type="checkbox"/> కాదు <input type="checkbox"/>
xiv. తల్లిదండ్రులకు సంబంధించిన లేదా జన్మపరమైన పరిస్థితి ఉందా? వాటిలో ఏదైనా వాహక స్థితి అయినప్పటికీ, అంటే వ్యాధి లేనప్పటికీ వాహకంగా ఉన్నట్లయితే దయచేసి పేర్కొనండి.	అవును <input type="checkbox"/> కాదు <input type="checkbox"/>	అవును <input type="checkbox"/> కాదు <input type="checkbox"/>
5. పితృశయం, మూత్రపిండాల, మూత్రాశయం, మూత్రాశయం మొదలైన ఏదైనా అవయవంలో కలన గణిత (రాయి) రుగ్మత.	అవును <input type="checkbox"/> కాదు <input type="checkbox"/>	అవును <input type="checkbox"/> కాదు <input type="checkbox"/>
xvi. కణితి (వాపు)-నిరపాయమైన లేదా ప్రాణాంతకమైన, శరీరంలో ఎక్కడైనా బహ్యపుండు / పెరుగుదల / తిత్తి / ద్రవ్యరాశి?	అవును <input type="checkbox"/> కాదు <input type="checkbox"/>	అవును <input type="checkbox"/> కాదు <input type="checkbox"/>
xvii. HIV/AIDS, రక్తహీనత, తలసేమియా, హిమోఫిలియా లేదా మరేదైనా రక్త సంబంధిత సమస్య.	అవును <input type="checkbox"/> కాదు <input type="checkbox"/>	అవును <input type="checkbox"/> కాదు <input type="checkbox"/>
xviii. మానసిక/మానసిక అనారోగ్యాలు లేదా నిద్ర రుగ్మత?	అవును <input type="checkbox"/> కాదు <input type="checkbox"/>	అవును <input type="checkbox"/> కాదు <input type="checkbox"/>
xix. పైన పొందుపరచిన ఏదైనా ఆరోగ్య పరిస్థితి, వ్యాధి, లక్షణాలు లేదా ఆరోగ్యానికి సంబంధించిన సమాచారం. ఈ ప్రశ్నకు సమాధానం ఎవరికైనా అవును అయితే, అన్ని వైద్య పత్రాలను అందించండి.	అవును <input type="checkbox"/> కాదు <input type="checkbox"/>	అవును <input type="checkbox"/> కాదు <input type="checkbox"/>
xx. పొగాకు/గుట్టా/పాన్ మసాలా లేదా ఆల్కహాల్ తాగడం లేదా ధూమపానం చేయడం అవును అయితే, దయచేసి ఈ క్రింది వాటికి సమాధానం ఇవ్వండి:	అవును <input type="checkbox"/> కాదు <input type="checkbox"/>	అవును <input type="checkbox"/> కాదు <input type="checkbox"/>
i. దరఖాస్తుదారుడు ధూమపానం/ పొగాకు సేవించడం ఎప్పుడు ప్రారంభించాడు? ఎ) పాఠశాల బి) 10+2 సి) కళాశాల డి) పని ప్రారంభించినప్పుడు ఇ) తరువాత		
ii. దరఖాస్తుదారుడు ఎన్ని సంవత్సరాల నుండి మద్యం సేవిస్తున్నాడు?		
iii. దరఖాస్తుదారుడు వారానికి ఎన్ని రోజులు మద్యం సేవిస్తాడు? (1/2/3/4/5/6/7)		

6. డిక్టేషన్ (ప్రతిపాదన పత్రంపై సంతకం చేయడానికి ముందు దయచేసి జాగ్రత్తగా చదవండి మరియు ప్రతిదానికి చెక్ మార్క్ వేయండి)

- నేను ఇచ్చిన ప్రతి ప్రకటనలు, సమాచారాలు 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 పాలసీకి ఆధారం అవుతుందని, బీమా కంపెనీ యొక్క బోధో ఆమోదించిన అండర్ రైటింగ్ పాలసీకి లోబడి ఉంటుందని మరియు ఛార్జ్ చేయదగిన ప్రీమియంను పూర్తిగా చెల్లించిన తరువాత మాత్రమే పాలసీ అమల్లోకి వస్తుందని నేను అర్థం చేసుకున్నాను.
- ప్రజాజీవిత సబ్జెక్ట్ చేయబడతూ వాత కానీ కంపెనీ ద్వారా రిస్కో ఆమోదించబడే కమ్యూనికేషన్ కు ముందు బీమా చేయబడే జీవితము యొక్క వ్యతిరేక లేదా సాధారణ ఆరోగ్యంలో సంభవించే ఏవైనా మార్పులను నేను రాతప్రకారంగా తెలియజేస్తాను.
- బీమా చేయించాల్సిన ప్రతిపాదకుడుగా ఉన్న వ్యక్తి యొక్క శారీరక లేదా మానసిక ఆరోగ్యాన్ని ప్రభావితం చేసే దేనికైనా సంబంధించి బీమా చేయబడే ప్రతిపాదకుడు లేదా ఏదైనా గత లేదా ప్రస్తుత యజమాని నుంచి వైద్య సమాచారాన్ని కోరే ఏదైనా వైద్యుడు లేదా ఆసుపత్రి నుంచి వైద్య సమాచారాన్ని కోరేందుకు మరియు బీమా చేయబడే ప్రతిపాదకుడు అయిన వ్యక్తిపై బీమా కోసం దరఖాస్తు చేసుకున్న ఏదైనా బీమా సంస్థ నుంచి సమాచారాన్ని కోరేందుకు నేను సమ్మతి తెలియజేస్తున్నాను. ప్రతిపాదనను అండర్ రైట్ చేయడం మరియు/లేదా క్లెయిమ్ సెటిల్ మెంట్ కొరకు.
- ప్రతిపాదన మరియు/లేదా క్లెయిమ్ సెటిల్ మెంట్ మరియు/లేదా ఏదైనా ప్రభుత్వ మరియు/లేదా రెగ్యులేటరీ అధికారాలతో అండర్ రైటింగ్ కొరకు బీమా చేయబడే ప్రతిపాదకుని యొక్క వైద్య రికార్డులతో సహా నా ప్రతిపాదనకు సంబంధించిన సమాచారాన్ని పంచుకోవడానికి నేను కంపెనీకి అధికారం ఇస్తున్నాను.
- సర్వీస్ 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 కంట్రాంట్ ను నేను _____ దాని అర్థం చేసుకున్న మరియు ధృవీకరించిన ప్రతిపాదకుడికి _____ సమక్షంలో వివరించాను. సాక్షిగా కంపెనీ ఏజెంట్/ఉద్యోగి కాకుండా మరొకరు ఉండాలి.

ఖరూరం మరియు ఇంపు ప్రతిపాదకుని సంతకం

ధృవీకరించే వ్యక్తి యొక్క సంతకం: సాక్షి సంతకం(మార్పు)

ధృవీకరించే వ్యక్తి యొక్క మొబైల్ నెంబరు: సాక్షి యొక్క మొబైల్ నెంబరు:

7. ప్రజాజీవిత మరియు అక్రైజర్ డిక్టేషన్ ద్వారా ఫారం నింపకపోతే డిక్టేషన్

ఏదైనా కారణం వల్ల, ప్రజాజీవిత మరియు ఇతర సంబంధిత పత్రాలను ప్రజాజీవిత ద్వారా నింపనట్లయితే డిక్టేషన్, ప్రతిపాదన పత్రంలోని విషయాల నాకు పూర్తిగా వివరించబడ్డాయి మరియు నేను అన్ని అంశాలు మరియు చిక్కులను పూర్తిగా అర్థం చేసుకున్నాను. ప్రజాజీవిత ఫారం _____ ద్వారా నింపబడింది. _____ నా ఆదేశాల మేరకు మరియు మొత్తం సమాచారం సరైనది మరియు సంపూర్ణమైనదిగా నేను కనుగొన్నాను.

ప్రతిపాదకుని సంతకం

అక్రైజర్ డిక్టేషన్: బీమా సలహాదారు/కార్పొరేట్ ఏజెంట్ యొక్క నిర్దిష్ట వ్యక్తి/బ్రోకర్/రిటేషన్ షిప్ ఆఫీసర్ యొక్క అధికృత ఉద్యోగిగా, ఈ ప్రాడక్ట్/ప్రజాజీవిత యొక్క అన్ని విషయాలను నేను ప్రతిపాదకుడికి వివరించినట్లు ఇందుమూలంగా ప్రకటిస్తున్నాను.

బీమా సలహాదారు యొక్క సంతకం

8. ప్రీమియం వివరాలు (ఆఫీస్ వినియోగానికి మాత్రమే)

ప్రీమియం చెల్లింపు ఎంపిక చెక్కు డిమాండ్ డ్రాఫ్ట్ క్రెడిట్ కార్డు/డెబిట్ కార్డు నెట్ బ్యాంకింగ్ నగదు ఇతరులు

ప్రీమియం మొత్తం దీని ద్వారా చెల్లించిన ప్రీమియం

ప్రతిపాదకుడితో సంబంధం(మారు) ఆన్లైన్ పేమెంట్ (ట్రాన్సాక్షన్ ఐడీ:)

బ్యాంకు పేరు/బ్రాంచ్ ఖర్చారం

నివాస బ్రాంచ్ స్థానం కోడ్ నెం.

బిజినెస్ సోర్స్: అక్సెజర్/డివెన్స్/కార్పొరేట్ ఏజెన్సీ/ఇతర ఛానల్స్ కోడ్ నెంబరు

పేరు

దీనిపై వచ్చిన ప్రతిపాదన: కస్టమర్ ఐడీ:

ప్రపోజర్ లేదా దరఖాస్తుదారుడు సిబ్బందినా? అవును కాదు

9. రీఫండ్ మరియు క్లెయిమ్ ల చెల్లింపు కొరకు వివరాలు

పేమెంట్ అందుకోవడానికి ఆఫీస్: బ్యాంక్ ట్రాన్సూర్

లబ్బిదారుని పేరు

మూడంName

ఖాతా నెంబరు. ఐఎఫ్ఎస్సీ కోడ్

ఖాతా రకం: పొదుపు ప్రస్తుతం

10. పునరుద్ధరణ

రెన్యూవల్ పేమెంట్ సైన్ అప్:

కంపెనీతో మీ ప్రస్తుత ఆటోమేటెడ్ క్రియింట్ హౌస్ (ఎసిహెచ్) / స్టాండింగ్ ఇన్స్ట్రక్షన్స్ (ఎన్ఐ) ను కొనసాగించడం ద్వారా మీ ఆరోగ్య బీమా పాలసీ యొక్క పునరుద్ధరణ ప్రీమియంను ప్రతి సంవత్సరం చెల్లించవచ్చు. ఈ ఆఫీస్ కింద, మీ పాలసీని తక్షణమే పునరుద్ధరించవచ్చు, అయితే కంపెనీ ద్వారా అవసరమైన సమాచారం మరియు డాక్యుమెంటేషన్ యొక్క అన్ని అదనపు అవశ్యకతలను మీరు పూర్తి చేయాలి, ఉంటుంది.

నేను ఎసిహెచ్/ఎన్ఐ రెన్యూవల్ ఆఫీస్ ఎంచుకోవాలనుకుంటున్నాను మరియు తద్వారా దానిని ఉపయోగించి పాలసీని రెన్యూవల్ చేసే వరకు ప్రీమియంపై 2.5% డిస్కాంట్ ఫాంధాలనుకుంటున్నాను.

ఖర్చారం ఊరు ప్రతిపాదకుని సంతకం

11. బాస్సురెన్స్ ఛానల్ కోసం అదనపు వివరాలు మాత్రమే (కార్యాలయ ఉపయోగం కోసం మాత్రమే)

బ్రాంచ్ కోడ్ ఎస్సీ కోడ్ RM/LG కోడ్

C customer account అంకె

12. చట్టబద్ధమైన హెచ్చరిక

- రిజెట్ట నిషేధం (బీమా చట్టం 1938 యొక్క సెక్షన్ 41 ప్రకారం)
- భారతదేశంలో ప్రాణాలు లేదా ఆస్తికి సంబంధించిన ఏదైనా రకమైన ప్రమాదానికి సంబంధించి బీమాను తీసుకోవడానికి లేదా పునరుద్ధరించడానికి లేదా కొనసాగించడానికి ప్రత్యక్షంగా లేదా పరోక్షంగా ఏ వ్యక్తినా అనుమతించకూడదు లేదా ఆఫీస్ చేయకూడదు, మొత్తం లేదా చెల్లించాల్సిన కమిషన్ యొక్క ఏదైనా రిజెట్ట లేదా పాలసీపై చూపించిన ప్రీమియంలో ఏదైనా రిజెట్ట, లేదా పాలసీని తీసుకునే లేదా పునరుద్ధరించే లేదా కొనసాగించే ఏ వ్యక్తి అయినా, బీమా కంపెనీ యొక్క ప్రచురితమైన ప్రాస్యూక్లెన్ లు లేదా పట్టికలకు అనుగుణంగా అనుమతించబడే రిజెట్ట మినహా మరే రిజెట్ట ను అంగీకరించదు.
 - ఈ సెక్షన్ నిబంధనలను పాటించడంలో ఎవరైనా విఫలమైతే పది లక్షల రూపాయల వరకు జరిమానా విధించవచ్చు.

1 3 . అభి ఇడి

సభ్యుడి పేరు	మీకు విబిహెచ్ఐఐ ఐడీ ఉందా?	అభి ఇడి	ఎ.బి.హెచ్.ఎ ద్వారా బీమా సంస్థలు/టిపిఎలతో 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

అప్లికేషన్ నెంబరు.

ఖర్చు

మీ ప్రోజెక్ట్ అందుకున్నందుకు మరియు చెక్/డిమాండ్ డ్రాఫ్ట్/ఇతరులు ద్వారా _____ తేదీ _____ తేదీని _____ ద్వారా మేం కృతజ్ఞతతో అంగీకరిస్తున్నాం. బీమాకొరకు 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 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

నివా బుచా హెల్త్ ఇన్సూరెన్స్ కంపెనీ లిమిటెడ్, రిజిస్టర్డ్ ఆఫీసు:- సి-98, మొదటి అంతస్తు, లజపత్ నగర్, పార్ట్ 1, న్యూఢిల్లీ-110024

డిస్ట్రీబ్యూషన్: ఇన్సూరెన్స్ అనేది ఆభ్యర్థనకు సంబంధించిన విషయం. నివా బుచా హెల్త్ ఇన్సూరెన్స్ కంపెనీ లిమిటెడ్ (గతంలో దీనిని మ్యాక్స్ బుచా హెల్త్ ఇన్సూరెన్స్ కంపెనీ లిమిటెడ్ అని పిలిచేవారు) (ఐఆర్ డిఎఐ రిజిస్ట్రేషన్ నెం. 145). 'బుచా', 'హెల్త్ బీట్' లోగాలు ఆయా యజమానుల రిజిస్టర్డ్ బ్రాండ్ మార్కులు మరియు లైసెన్స్ కింద నివా బుచా 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