

5. వైద్య, అలవాట్లు మరియు గత ప్రతిపాదన సమాచారం

ముఖ్యమైనది: ఈ విభాగంలోని అన్ని ప్రశ్నలకు నిజాయితీగా మరియు పూర్తిగా సమాధానాలు ఇవ్వబడతాయిని దయచేసి ధృవీకరించుకోండి, ఎందుకంటే మీరు ఇక్కడ అందించే సమాచారం నివా బూపా ద్వారా అండర్ రైటింగ్ ఆధారంగా ఉంటుంది. ఏదైనా అసంపూర్ణ, తప్పు, పాక్షికంగా సరైన సమాచారం మీ మెడికల్ క్లెయిమ్ మరియు/లేదా కవరేజీని ప్రభావితం చేస్తుందని దయచేసి గమనించండి.

సెక్షన్ ఎ		
ప్రతి దరఖాస్తుదారుడి కొరకు దయచేసి దిగువ ప్రశ్నలకు సమాధానం ఇవ్వండి. దయచేసి అవును (Y) లేదా కాదు (N) సరిగ్గా చెయండి		
1		
1. సాధారణ జలుబు, ఫ్లూ, ఇన్ఫ్లెక్షన్లు, చిన్నపాటి గాయాలు లేదా ఇతర చిన్న అనారోగ్యాలు కాకుండా; 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 ఏవైనా లక్షణాలను కలిగి ఉన్నాడా? మందులు ఇన్ఫ్లెక్షన్లు, నోటి మందులు మరియు శరీర భాగాలపై బాహ్య వైద్య అనువర్తనాలతో సహా కానీ పరిమితం	మరియు	N
ii. ట్రెయిడ్ ప్రొఫైల్, లిపిడ్ ప్రొఫైల్, బ్రెస్ట్ మిల్ సెఫ్ట్, యాంజియోగ్రఫీ, ఎకోకార్డియోగ్రఫీ, ఎండోస్కోపీ, అల్ట్రాసౌండ్, సిటి స్కాన్, MRI, బయాప్సీ మరియు FNACలకు సంబంధించిన ఏదైనా రోగనిర్ధారణ పరీక్షలు లేదా పరిశోధనలకు దరఖాస్తుదారుడు ఎప్పుడైనా ప్రతికూల ఫలితాలను కనుగొన్నాడా?	మరియు	N
iii. దరఖాస్తుదారునికి డయాబెటిస్ లేదా డీ-డయాబెటిస్ ఉందా లేదా అతడు/ఆమెకు ఎప్పుడైనా అధిక రక్తంలో చక్కెర ఉందా?	మరియు	N
iv. దరఖాస్తుదారునికి అధిక రక్తపోటు లేదా అధిక రక్తపోటు ఉందా?	మరియు	N
v. దరఖాస్తుదారుడు ఎప్పుడైనా ఏదైనా జన్యువంశపారంపర్య రుగ్మతలు లేదా హెచ్ ఐవి/ఎయిడ్స్ కొరకు రోగనిర్ధారణ చేయబడ్డా లేదా చికిత్స పొందాడా?	మరియు	N
vi. దరఖాస్తుదారుడు ఎప్పుడైనా ఏదైనా మానసిక/ మానసిక రుగ్మతలకు గురయ్యాడా లేదా చికిత్స పొందాడా?	మరియు	N
vii. దరఖాస్తుదారుడు ఎప్పుడైనా గైనకాలజికల్ వ్యాధితో బాధపడుతున్నాడా, దీని కొరకు ఏదైనా జోక్యం, హార్మోన్ రీఫ్లెక్స్ మెంట్ థెరపీ లేదా 5 రోజులకు మించి ఔషధాలు సూచించబడ్డాయా?	మరియు	N
viii. దరఖాస్తుదారుడు ఎప్పుడైనా గర్భవతి అయితే, గర్భధారణలో ఏదైనా సంక్లిష్టత ఉందా?	మరియు	N
ix. దరఖాస్తుదారునికి ఎప్పుడైనా అనాధారణ యొని రక్తస్రావం లేదా రుతుస్రావంలో అవకతవకలు జరిగాయా?	మరియు	N

సెక్షన్ B: పైన సెక్షన్ లో అవును (Y) మార్క్ 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	మెడికా ట్రిన్(లు)	మోతాదు ప్రస్తుత స్థితి (ఉదా. పూర్తి/ పాక్షిక రికవరీ లేదా కొనసాగుతున్న చికిత్స)	చికిత్స చేసే వైద్యుడి పేరు మరియు కాంటాక్ట్	Docume nts జతచేయబడింది (అవును / కాదు)
	ఒకవేళ డయాబెటిస్/అధిక రక్తపోటు బిపి స్థాయి అయితే	అధిక రక్తపోటు బిపి స్థాయి సిస్టోలిక్ / డయాస్టోలిక్ ఉంటే	ఏవైనా ఇతర వివరాలు	ప్రారంభ తేదీ (DD/ MM/ YYYY)				

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

నేను ఇచ్చిన పై ప్రకటనలు, సమాచారాలు 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 ప్రతిపాదిత వ్యక్తులందరి తరఫున నేను ఇందుమూలంగా ప్రకటిస్తున్నాను.

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

ప్రపోజర్ సబ్జెక్ట్ చేయబడతూ తరువాత కానీ కంపెనీ ద్వారా రిస్క్ ఆమోదించబడక మ్యూనికేషన్ కు ముందు బీమా చేయబడే జీవితం యొక్క వృత్తి లేదా సాధారణ ఆరోగ్యంలో సంభవించే ఏదైనా మార్పులను నేను రాతపూర్వకంగా తెలియజేస్తానని ప్రకటిస్తున్నాను.

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

ప్రతిపాదన మరియు/లేదా క్లెయిమ్ సెటిల్ మెంట్ మరియు/లేదా ఏదైనా ప్రభుత్వ మరియు/లేదా రెగ్యులేటరీ అధికారితో అండర్ రైటింగ్ కొరకు బీమా చేయబడే/ప్రతిపాదకుడి యొక్క వైద్య రికార్డులతో సహా ప్రతిపాదనకు సంబంధించిన సమాచారాన్ని పంచుకోవడానికి కంపెనీకి అధికారం ఇస్తాను.

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

7. ప్రాంతీయ ప్రకటన[మారు]

ప్రతిపాదకుడు స్థానిక భాషలో సంతకం చేసిన if; ఈ పత్రం యొక్క కంట్రెంట్ ను నేను వివరించాను, Language ద్వారా ధృవీకరించే వ్యక్తి యొక్క Name, దానిని అర్థం చేసుకున్న మరియు ధృవీకరించిన ప్రతిపాదకుడికి Name witness సమక్షంలో. సాక్షిగా కంపెనీ ఎజెంట్/ఉద్యోగి కాకుండా మరొకరు ఉండాలి.

తేదీ Place సంతకం Proposer

సర్టిఫై చేసే వ్యక్తి యొక్క సర్టిఫై చేసే Person మొబైల్ నెంబరు యొక్క సంతకం

సాక్షి యొక్క Witness మొబైల్ నెంబరు యొక్క సంతకం

8. ప్రకటన ఒకవేళ ఫారం నింపకపోతే ప్రతిపాదకుడి ద్వారా & సలహాదారు ప్రకటన

ఏదైనా కారణం వల్ల, ప్రపోజర్ మరియు ఇతర సంబంధిత పత్రాలను ప్రపోజర్ ద్వారా నింపనట్లు తేలికపాటిగా ఉండాలి. 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

అడ్రెస్ జర్ డిక్లరేషన్: బీమా సలహాదారుగా/కార్పొరేట్ ఎజెంట్ యొక్క నిర్దిష్ట వ్యక్తిగా/బ్రోకర్/రిలేషన్ షిప్ ఆఫీసర్ యొక్క అధికృత ఉద్యోగిగా, ఈ ప్రాడక్ట్/ప్రపోజర్ యొక్క అన్ని విషయాలను నేను ప్రతిపాదకుడికి వివరించినట్లు ఇందుమూలంగా ప్రకటిస్తున్నాను.

బీమా Advisor మధ్యవర్తిత్వ కోడ్ యొక్క సంతకం:

9. ప్రీమియం వివరాలు (ఆఫీసు ఉపయోగం కొరకు మాత్రమే)

ప్రీమియం చెల్లింపు ఎంపిక చెక్కు డిమాండ్ డ్రాఫ్ట్ క్రెడిట్ కార్డు/డెబిట్ కార్డు నెట్ బ్యాంకింగ్ నగదు ఇతరులు
 ప్రీమియం amount
 proposer తో సంబంధం by చెల్లించిన ప్రీమియం
 ఆన్ లైన్ పేమెంట్ లావాదేవీ ఐడి: తేదీ: బ్యాంక్ పేరు/బ్రాంచ్
 నివా బుఫా బ్రాంచ్ లోకేషన్ Code No బిజినెస్ సోర్స్: అడ్రెస్ జర్/DST/కార్పొరేట్ ఎజెంట్/ఇతర ఛానల్స్
 అందుకున్న కోడ్ No Name ప్రతిపాదన: కస్టమర్ ఐడి:
 ప్రపోజర్ లేదా దరఖాస్తుదారుడు సిబ్బందినా? అవును కాదు

10. ప్రపోజర్ యొక్క రిఫండ్ మరియు క్లెయిమ్ ల చెల్లింపు కొరకు వివరాలు

అన్ని చెల్లింపులు (ప్రీమియం రిఫండ్, క్లెయిమ్ లు మొదలైనవి) మీ ఖాతాకు ఎలక్ట్రానిక్ రూపంలో మాత్రమే చేయబడతాయి. దయచేసి ఈ క్రింది వివరాలను అందించండి
 బ్యాంక్ పేరు బ్రాంచ్ City
 ఖాతా నెంబరు ఐఎఫ్ఎస్సీ కోడ్ ఖాతా రకం: పొందుప s ప్రస్తుతం

11. పునరుద్ధరణ

ఉత్పత్తి పేరు: సురోగర్డ్ | ప్రాడక్ట్ UIN: NBHHLIP24081V012324

రెన్యూవల్ పేమెంట్ సైన్ అప్:

కంపెనీ తో మీ ప్రస్తుత ఆటోమేటెడ్ క్రియింగ్ హౌస్ (ఎసిహెచ్) / ఫ్రాండింగ్ ఇన్సూరెన్స్ (ఎఫ్ఐ) ను కొనసాగించడం ద్వారా మీ ఆరోగ్య బీమా పాలసీ యొక్క పునరుద్ధరణ ప్రీమియంను ప్రతి సంవత్సరం చెల్లించవచ్చు. ఈ ఆప్షన్ కింద, మీ పాలసీని తక్షణమే పునరుద్ధరించవచ్చు, అయితే కంపెనీ ద్వారా అవసరమైన సమాచారం మరియు డాక్యుమెంటేషన్ యొక్క అన్ని అదనపు ఆవశ్యకతలను మీరు పూర్తి చేయాలి ఉంటుంది.

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

తేదీ _____ Place _____ సంతకం Proposer _____

12. బంకాస్ ఇన్సూరెన్స్ ధానల్ కోసం మాత్రమే అదనపు వివరాలు (కార్యాలయ ఉపయోగం కోసం మాత్రమే)

బ్రాంచ్ కోడ్ _____ SP కోడ్ _____ RM/LG కోడ్ _____
 కస్టమర్ ఖాతా నెంబరు _____

13. చట్టపరమైన హెచ్చరిక

రిజెట్ట నిషేధం (బీమా చట్టం 1938లోని సెక్షన్ 41 ప్రకారం)

- భారతదేశంలో ప్రాణాలు లేదా ఆస్తికి సంబంధించిన ఏదైనా రకమైన ప్రమాదానికి సంబంధించి బీమాను తీసుకోవడానికి లేదా పునరుద్ధరించడానికి లేదా కొనసాగించడానికి ప్రత్యక్షంగా లేదా పరోక్షంగా ఏ వ్యక్తినైనా అనుమతించకూడదు లేదా ఆఫర్ చేయకూడదు, మొత్తం లేదా చెల్లించాల్సిన కమిషన్ యొక్క ఏదైనా రిజెట్ట లేదా పాలసీని తీసుకునే లేదా పునరుద్ధరించే లేదా కొనసాగించే ఏ వ్యక్తి అయినా, బీమా కంపెనీ యొక్క ప్రచురితమైన ప్రాస్పెక్టస్ లు లేదా పబ్లికలకు అనుగుణంగా అనుమతించబడే రిజెట్ట మినహా మరే రిజెట్ట ను
- ఈ సెక్షన్ నిబంధనలను పాటించడంలో ఎవరైనా విఫలమైతే పది లక్షల రూపాయల వరకు జరిమానా విధించవచ్చు.

14. కంపెనీ ఆమోదం

అప్లికేషన్ నెంబరు.

ఖర్చారం __/__/__

మీ ప్రోజెక్ట్ మరియు మొత్తాన్ని చెక్/డిమాండ్ (డ్రాఫ్ట్/ఇతరులు) _____ drawn on _____ తేదీ నాటి రూ. _____ మొత్తాన్ని అందుకున్నందుకు మేం కృతజ్ఞతతో అంగీకరిస్తున్నాం. బీమా కొరకు పూర్తి చేయబడ ప్రతిపాదనను మాకు సమర్పించడం లేదా పాలసీ జారీ చేయడం కొరకు చేయబడ ఏదైనా చెల్లింపు పాలసీని జారీ చేయడానికి అంగీకరించమని మమ్మల్ని 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. అభి ఐడి

సభ్యుడి పేరు	మీకు ఏబీహెచ్ ఏ ఐడి ఉందా?	అభి ఐడి	ABA ద్వారా బీమా సంస్థలు/TPA లతో వైద్య రికార్డులను పంచుకోవడానికి సమ్మతి
	అవును/కాదు	XX-XXXX-XXXX-XXXX	అవును/కాదు