

ఆస్సెర్

ప్రపోజర్ ఫారం

URN: 024

బీమా ఒప్పందం కూడా ఒక చట్టబద్ధమైన ఒప్పందమే మరియు ఇది నమ్మకం మరియు మేము మిమ్మల్ని విశ్వసిస్తున్నాము. మీ ఆరోగ్యంపై సమాచారం 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 సుష్టంగా అంగీకరించిన తర్వాత కవరేజీని ప్రారంభించాలని నిబంధనలు నిర్దేశిస్తున్నాయి.

1. ప్రపోజర్ వివరాలు:

బిరుదు పేరు

DOB లింగము: మగ ఆడ ఇతర జాతీయత(మారు)

ప్రస్తుత చిరునామా

కొండగురు నగరం

జిల్లా రాష్ట్రం వ్యక్తిగత గుర్తింపు సంఖ్య

ల్యాండ్ లైన్ నెంబరు మొబైల్ నెంబరు

ఇమెయిల్ బడి ప్రత్యామ్నాయ సంఖ్య

వార్షికదాయం (రూ. CKYC నెంబరు

వృత్తి వేతన జీతాలు స్వయం ఉపాధి..

దీని ద్వారా చెల్లించిన ప్రీమియం ప్రపోజర్ తో సంబంధం(మారు)

అప్లికేషన్ ఫారం లో ఇక్కడ పెట్టిన విధంగా మీ పాలసీ మరియు నిర్దేశనకు సంబంధించిన కమ్యూనికేషన్ మొత్తాన్ని ఇమెయిల్ లో పంపడానికి కంపెనీకి అధికారం ఇవ్వడం ద్వారా పర్యావరణాన్ని సంరక్షించాలని మరియు కాగితాన్ని ఆదా చేయడంలో సహాయపడాలనుకుంటున్నాను?

నేను అన్ని నిబంధనలు మరియు షరతులను చదివాను, అర్థం చేసుకున్నాను మరియు అంగీకరించాను మరియు వెబ్ కమ్యూనికేషన్/ SMS, సర్వీస్ కాలి / SMS లేదా మరేదైనా వాణిజ్య కమ్యూనికేషన్ చేయడం కొరకు నా రిజిస్టర్డ్ ఫోన్ నెంబరుపై SMS/ఇమెయిల్/ఫోన్/WhatsApp/Facebook లేదా మరేదైనా మోడల్ ద్వారా నన్ను సంప్రదించడానికి నా బామా పాలీ ఇన్సూరెన్స్ లేదా దాని ఏజెంట్ల మరియు/లేదా తృతీయపక్షం(లు)/అనుబంధ సంస్థలకు అధికారం ఇస్తున్నాను.

మీరు లేదా ప్రతిపాదిత దరఖాస్తుదారుల్లో ఎవరైనా PEP#? అవును కాదు

#Politically ఎక్స్ పోజ్ పర్సన్స్ (PEP) అనేది ప్రముఖ ప్రజా విధులను నిర్వహిస్తున్న లేదా అప్పగించిన వ్యక్తులు, అనగా కేంద్ర లేదా రాష్ట్ర ప్రభుత్వ అధిపతులు / మంత్రులు, సీనియర్ రాజకీయ నాయకులు, సీనియర్ ప్రభుత్వం, న్యాయ లేదా సైనిక అధికారులు ప్రభుత్వ సంస్థల సీనియర్ ఎగ్జిక్యూటివ్ లు, ముఖ్యమైన పార్టీ అధికారులు. (ఒకవేళ మీరు PEP కు వ్యతిరేకంగా టీక్ చేసినట్లయితే, దయచేసి ప్రత్యేక PEP ప్రశ్నావళిని నింపండి)

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

పాలసీ కీల్ యొక్క ఫిజికల్ కాపీ మీకు కాలాలా: అవును కాదు

బ్యాంకు వివరాలు:

బ్యాంక్ పేరు

ఖాతా నెంబరు ఇఎస్ఎస్సీ కోడ్

ఖాతా రకం పొదుపు ప్రస్తుతం కొమ్మ నగరం

ఎలక్ట్రానిక్ ఇన్సూరెన్స్ అకౌంట్ (ఈఐఎ) వివరాలు

ఈ పాలసీని eIA కు క్రిడిట్ చేయాలని మీరు అనుకుంటున్నారా? (దయచేసి ఏదైనా ఒకదాన్ని ఎంచుకోండి)

లేదు, నాకు EIA లేదు మరియు దానిని తెరవాలని అనుకోవడం లేదు. అవును, ఈ పాలసీని నా ఇ-ఇన్సూరెన్స్ ఖాతాకు క్రిడిట్ చేయండి

ఒకవేళ అవును అయితే, దయచేసి ఇప్పటికే ఉన్న ఇ-బీమా ఖాతా నెంబరును పంచుకోండి.

దయచేసి బీమా రిపోజిటరీ పేరు ఎంచుకోండి (మీరు మీ ఖాతాను తెరిచారు)

మెసర్స్ ఎన్ ఎన్ డిఎల్ డెటాబేస్ మేనేజ్ మెంట్ లిమిటెడ్ మెసర్స్ సెంట్రల్ ఇన్సూరెన్స్ రిపోజిటరీ లిమిటెడ్

మెసర్స్ కార్గ్ ఇన్సూరెన్స్ రిపోజిటరీ లిమిటెడ్ M/s CAMS రిపోజిటరీ సర్వీసెస్ లిమిటెడ్ (దయచేసి దేనినైనా ఎంచుకోండి) లేదా

నాకు ఇప్పటికే ఇ-ఇన్సూరెన్స్ ఖాతా లేదు మరియు కొత్త ఇ-ఇన్సూరెన్స్ ఖాతాను సృష్టించడానికి నేను ఆసక్తిగా ఉన్నాను (దయచేసి సంబంధిత డాక్యుమెంట్ లతో పాటు ఎలక్ట్రానిక్ ఇన్సూరెన్స్ అకౌంట్ ఓపెనింగ్ ఫారం (eIA ఫారం) సబ్మిట్ చేయండి).

రెన్యూవల్ పేమెంట్

సైన్ ఆఫ్: మీ ప్రస్తుత ఆటోమేటెడ్ క్రియరింగ్ హౌస్ (ఎసిపాచ్) / ఫ్రాండింగ్ ఇన్స్ట్రక్షన్స్ (ఎసిఐ) ను కంపెనీతో కొనసాగించడం ద్వారా మీ ఆరోగ్య బీమా పాలసీ యొక్క పునరుద్ధరణ ప్రీమియంను ప్రతి సంవత్సరం చెల్లించవచ్చు. ఈ ఆఫ్ఫీస్ కీంద మా పాలసీని వెంటనే పునరుద్ధరించవచ్చు, అయితే కంపెనీ ద్వారా అవసరమైన సమాచారం మరియు డాక్యుమెంట్లను యొక్క అన్ని అదనపు అవశ్యకతలకు మీరు లోబడి

ఎసిపాచ్/ఎసిఐ రెన్యూవల్ ఆఫ్ఫీస్ ఎంచుకోవాలనుకుంటే, దాన్ని ఉపయోగించి పాలసీని రెన్యూవల్ చేసుకునే ప్రీమియంపై 2.5 శాతం డిస్కాంట్ లభిస్తుంది.

కూడో ఉండు ప్రతిపాదకుని సంతకం

2. ఇన్సూరెన్స్ కోసం దరఖాస్తు చేసుకున్న వారి వివరాలు:

దరఖాస్తుదారుడు 1	పేరు										
	లింగము	మగ	ఆడ	ఇతర	ఎత్తు	(HUF)	(అంగుళం)	బరువు	(kg)		
	మొబైల్ నెంబరు					పుట్టిన తేదీ	D M Y Y		భారతీయుడు కాకపోతే దయచేసి టిక్ చేయండి		
ప్రజాజర్ తో రిలేషన్ షిప్ (దయచేసి టిక్ ఆఫ్): జీవిత భాగస్వామి/ తండ్రి/ తల్లి/ మామ/ అత్త/ కొడుకు/ కూతురు/ ఉద్యోగి ఒకవేళ రిజిస్టర్డ్ మెడికల్ ప్రాక్టీషనర్*, దయచేసి అందించండి: 1. మెడికల్ రిజిస్ట్రేషన్ నెంబరు											
ii. కొన్నింటి పేరు											
iii. పనిప్రాంతం యొక్క చిరునామా											
దరఖాస్తుదారుడు 2	పేరు										
	లింగము	మగ	ఆడ	ఇతర	ఎత్తు	(HUF)	(అంగుళం)	బరువు	(kg)		
	మొబైల్ నెంబరు					పుట్టిన తేదీ	D M Y Y		భారతీయుడు కాకపోతే దయచేసి టిక్ చేయండి		
ప్రజాజర్ తో రిలేషన్ షిప్ (దయచేసి టిక్ ఆఫ్): జీవిత భాగస్వామి/ తండ్రి/ తల్లి/ మామ/ అత్త/ కొడుకు/ కూతురు ఒకవేళ రిజిస్టర్డ్ మెడికల్ ప్రాక్టీషనర్*, దయచేసి అందించండి: 1. మెడికల్ రిజిస్ట్రేషన్ నెంబరు											
ii. కొన్నింటి పేరు											
iii. పనిప్రాంతం యొక్క చిరునామా											
దరఖాస్తుదారుడు 3	పేరు										
	లింగము	మగ	ఆడ	ఇతర	ఎత్తు	(HUF)	(అంగుళం)	బరువు	(kg)		
	మొబైల్ నెంబరు					పుట్టిన తేదీ	D M Y Y		భారతీయుడు కాకపోతే దయచేసి టిక్ చేయండి		
ప్రజాజర్ తో రిలేషన్ షిప్ (దయచేసి టిక్ ఆఫ్): జీవిత భాగస్వామి/ తండ్రి/ తల్లి/ మామ/ అత్త/ కొడుకు/ కూతురు ఒకవేళ రిజిస్టర్డ్ మెడికల్ ప్రాక్టీషనర్*, దయచేసి అందించండి: 1. మెడికల్ రిజిస్ట్రేషన్ నెంబరు											
ii. కొన్నింటి పేరు											
iii. పనిప్రాంతం యొక్క చిరునామా											
దరఖాస్తుదారుడు 4	పేరు										
	లింగము	మగ	ఆడ	ఇతర	ఎత్తు	(HUF)	(అంగుళం)	బరువు	(kg)		
	మొబైల్ నెంబరు					పుట్టిన తేదీ	D M Y Y		భారతీయుడు కాకపోతే దయచేసి టిక్ చేయండి		
ప్రజాజర్ తో రిలేషన్ షిప్ (దయచేసి టిక్ ఆఫ్): జీవిత భాగస్వామి/ తండ్రి/ తల్లి/ మామ/ అత్త/ కొడుకు/ కూతురు ఒకవేళ రిజిస్టర్డ్ మెడికల్ ప్రాక్టీషనర్*, దయచేసి అందించండి: 1. మెడికల్ రిజిస్ట్రేషన్ నెంబరు											
ii. కొన్నింటి పేరు											
iii. పనిప్రాంతం యొక్క చిరునామా											
దరఖాస్తుదారుడు 5	పేరు										
	లింగము	మగ	ఆడ	ఇతర	ఎత్తు	(HUF)	(అంగుళం)	బరువు	(kg)		
	మొబైల్ నెంబరు					పుట్టిన తేదీ	D M Y Y		భారతీయుడు కాకపోతే దయచేసి టిక్ చేయండి		
ప్రజాజర్ తో రిలేషన్ షిప్ (దయచేసి టిక్ ఆఫ్): జీవిత భాగస్వామి/ తండ్రి/ తల్లి/ మామ/ అత్త/ కొడుకు/ కూతురు ఒకవేళ రిజిస్టర్డ్ మెడికల్ ప్రాక్టీషనర్*, దయచేసి అందించండి: 1. మెడికల్ రిజిస్ట్రేషన్ నెంబరు											
ii. కొన్నింటి పేరు											
iii. పనిప్రాంతం యొక్క చిరునామా											
దరఖాస్తుదారుడు 6	పేరు										
	లింగము	మగ	ఆడ	ఇతర	ఎత్తు	(HUF)	(అంగుళం)	బరువు	(kg)		
	మొబైల్ నెంబరు					పుట్టిన తేదీ	D M Y Y		భారతీయుడు కాకపోతే దయచేసి టిక్ చేయండి		
ప్రజాజర్ తో రిలేషన్ షిప్ (దయచేసి టిక్ ఆఫ్): జీవిత భాగస్వామి/ తండ్రి/ తల్లి/ మామ/ అత్త/ కొడుకు/ కూతురు ఒకవేళ రిజిస్టర్డ్ మెడికల్ ప్రాక్టీషనర్*, దయచేసి అందించండి: 1. మెడికల్ రిజిస్ట్రేషన్ నెంబరు											
ii. కొన్నింటి పేరు											
iii. పనిప్రాంతం యొక్క చిరునామా											

* ప్రీమియంపై 5% డిస్కాంట్ పొందండి. మెడికల్ ప్రాక్టీషనర్ అంటే ఏదైనా రాష్ట్రం లేదా మెడికల్ కౌన్సిల్ ఆఫ్ ఇండియా లేదా కొన్నింటి ఫర్ ఇండియన్ మెడిసిన్ లేదా భారత ప్రభుత్వం లేదా రాష్ట్ర ప్రభుత్వం ఏర్పాటు చేసిన హోమియోపతి కోసం మెడికల్ కౌన్సిల్ నుండి చెల్లుబాటు అయ్యే రిజిస్ట్రేషన్ కలిగి ఉండి, తద్యధా దాని పరిధిలో వైద్యాన్ని అభ్యసించడానికి అర్హత ఉన్న వ్యక్తి మరియు తన లైసెన్స్ పరిధి మరియు అధికార పరిధికి లోబడి పనిచేస్తుంది.

3. కవరేజ్ ఎంపిక:

బేస్ కవరేజ్:

#Policy రకం: వ్యక్తి స్వామిలో ఫోటర్ మల్టీ మెంబర్ ఇండివిడ్యువల్

కవర్ చేయాలని జీవితాల సంఖ్య: పెద్దలు పిల్లలు

వేరియంట్: బంగారం నీలమణి వజ్రం ఫ్లాటినిం టైటానియం
 గోల్డ్+ నీలమణి+ డైమండ్+ ఫ్లాటినిం+ టైటానియం+
 ప్లాక్స్

బేస్ బీమా మొత్తం: _____

పాలసీ కాలపరిమితి: 1 సంవత్సరం 2 సంవత్సరాలు 3 సంవత్సరాలు

ఆప్షనల్ కవరేజ్:

1. ఆసుపత్రి నగదు అవును కాదు

2. కాచాడు \$ అవును కాదు

3. సేఫ్ గార్డ్+ \$ అవును కాదు

4. ఒకవేళ 'పరస్పర యాక్సిడెంట్ కవర్' ఎంచుకుంటే దయచేసి టీకా చేయండి (ఈ ఆప్షన్ 18 సంవత్సరాలు లేదా అంతకంటే ఎక్కువ వయస్సు ఉన్న దరఖాస్తుదారులకు మాత్రమే అందుబాటులో ఉంటుంది)

దరఖాస్తుదారు నెంబరు					
1	2	3	4	5	6
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. వార్షిక అగ్రిగేట్ డిడక్టబుల్ ఆప్షన్ లు:

<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		

6. కో-పేమెంట్ కాదు 10% 20% 30% 40% 50%

7. ముందుగా ఉన్న వ్యాధి వెయిటింగ్ ప్రిమియం మార్పు కాదు 4 సంవత్సరం 3 సంవత్సరం 2 సంవత్సరం 1 సంవత్సరం

8. రూమ్ టైప్ మోడిఫికేషన్ కాదు ప్రామాణిక సింగిల్ రూమ్ భాగస్వామ్య గది

9. బెర్థర్ లెస్ (కో-పేమెంట్ తో) కాదు 50% 40% 30% 20% 0%

10. భవిష్యత్తు సిద్ధం అవును కాదు

11. క్యాష్ బ్యాగ్ అవును కాదు

12. వెల్ కన్సల్ట్ (OPD) అవును కాదు

యూడ్-ఆన్ లు:

1. స్మార్ట్ హెల్త్+ (డిజిజ్ మేనేజ్ మెంట్) ప్రభావిత సభ్యులందరూ ఒక వేరియంట్ గోల్డ్ లేదా ఫ్లాటినిం ఎంచుకోవాలి.

<input type="checkbox"/> బంగారం	<input type="checkbox"/> ఫ్లాటినిం	<input type="checkbox"/> కాదు			
1	2	3	4	5	6
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. స్మార్ట్ హెల్త్+ (అక్యూట్ కేర్) రెండింటితో ఏదో ఒకదాన్ని ఎంచుకోవచ్చు.

<input type="checkbox"/> బెస్ట్ కన్సల్ట్	<input type="checkbox"/> ఉత్తమ సంచరక్షణ	<input type="checkbox"/> కాదు
రూ. 5,000 రూ. 10,000 రూ. 15,000 రూ. 20,000		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. ఫాస్ట్ పాస్పోర్ట్ అవును కాదు

*ఆన్లైన్ ఫోటర్ బీమా మొత్తం మీద చేయబడే సభ్యులందరికీ సాధారణం. ఫోటర్ అతి వ్యక్తిగతంగా లేదా సామాజికంగా బీమా చేసే వారందరూ ఈ పరిమితిని క్లియర్ చేయవలసి ఉంటుంది. *ఆన్లైన్ ఫోటర్ బీమా మొత్తం ఎంచుకోవచ్చు.

4. పోర్ట్ ఫోలో

పాలసీ నెంబరు	ఇన్సూరెన్స్ కంపెనీ..	రిస్క్ ప్రారంభ తేదీ	రిస్క్ ముగింపు తేదీ	పోలింగ్ కొరకు కారణం

పోర్టలిటి కోరిన ప్రతిపాదిత బీమాదారుని పేరు	మొదటి పాలసీ ప్రారంభ తేదీ	కారు. పోర్టలిటిని అభ్యర్థించే సంవత్సరాల నిరంతర కనరేజీ	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)

5. నామినేషన్

ప్రతిపాదకుడు మరణిస్తే, పాలసీ కింద చెల్లించాల్సిన ఏదైనా చెల్లింపు దిగువ పేర్కొన్న నామినీకే చెల్లించబడుతుంది. నామినీ ద్వారా అటువంటి చెల్లింపును అందుకోవడం అనేది పాలసీ కింద కంపెనీ యొక్క బాధ్యతను నిర్వహించడాన్ని తెలియజేస్తుంది.

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

నామినీ యొక్క బ్యాంకు వివరాలు: లభించిన పేరు: _____

బ్యాంక్ పేరు _____ ఖాతా రకం _____ పోరువు _____ ప్రస్తుతం _____

ఖాతా నెంబరు _____ ఐఎస్ఎస్సీ కోడ్ _____

6. వైద్య, అలవాట్ల మరియు గత ప్రతిపాదన సమాచారం

ముఖ్యమైనది: ఈ విభాగంలోని అన్ని ప్రశ్నలకు నిజాయితీగా మరియు పూర్తిగా సమాధానాలు ఇవ్వబడ్డాయి, ఎందుకంటే మీరు ఇక్కడ అందించే సమాచారం ఆండర్ రైటింగ్ బై నివా బుపా ఆధారంగా ఉంటుంది. ఏదైనా అసంపూర్ణ, తప్పు, పాక్షికంగా సరైన సమాచారం మీ మెడికల్ క్లెయిమ్ మరియు/లేదా కనరేజీని ప్రభావితం చేస్తుంది దయచేసి

35 సంవత్సరాల వయస్సు వరకు ఉన్న పెద్ద సభ్యుడికి

సెక్షన్ ఏ: 'మీరు' అంటే మీరు మరియు ఈ అప్లికేషన్ ద్వారా ఈ పాలసీని కోరుకునే ఇతరులందరూ.	1	2	3	4	5	6
	1. మీరు ఈ క్రింది వ్యాధులతో బాధపడుతున్నారా? ఎ) క్యాన్సర్ / లుకిమియా / ప్రాణాంతక కణితి బి) గుండె జబ్బులు (గుండెపోటు, బైపాస్ శస్త్రచికిత్స మొదలైనవి) సి. ప్రధాన అవయవ వైఫల్యం (మూత్రవేండాలు, కాలేయం, గుండె, శరీరచికిత్సలు మొదలైనవి) డి. న్యూరోలాజికల్ డిజార్డర్ / (స్ట్రోక్ / వక్రవాతం ఇ. క్రానిక్ అబ్జ్యూక్టివ్ పల్సనరీ డిస్సీజ్ (సిఓపిడి) / ప్రగతిశీల శరీరచికిత్సల వ్యాధి ఎఫ్. హెపటైటిస్ బి లేదా సి, దీర్ఘకాలిక కాలేయ వ్యాధి, క్రోన్స్ వ్యాధి, ప్రత్యేక శస్త్రచికిత్సకు లోబడి ఉన్న శరీరజ. ఇనుము లోపం రక్తహీనత కాకుండా ఇతర రక్తహీనత హెచ్. టైపి డియాబెటిస్	మరియు	మరియు	మరియు	మరియు	మరియు
2. మీకు డయాబెటిస్ ఉందా?	మరియు	మరియు	మరియు	మరియు	మరియు	మరియు
మీకు హైపర్ టెన్షన్ 3.00?	మరియు	మరియు	మరియు	మరియు	మరియు	మరియు
4. ఒక వారానికి పైగా చికిత్స అవసరమయ్యే వ్యాధితో ఎప్పుడైనా నిర్ధారణ అయ్యారా?	మరియు	మరియు	మరియు	మరియు	మరియు	మరియు
5. ఎప్పుడైనా శస్త్రచికిత్స చేయించుకున్నారా? లేక సలహా ఇచ్చారా?	మరియు	మరియు	మరియు	మరియు	మరియు	మరియు
6. ప్రస్తుతం ఏదైనా ఫోలోఆప్ లో ఉన్నారా లేదా ఏదైనా చికిత్స కోసం ఎదురుచూస్తున్నారా?	మరియు	మరియు	మరియు	మరియు	మరియు	మరియు

సెక్షన్ బి: పై ప్రశ్నలలో దేనికైనా మీ సమాధానం 'అవును' అయితే	దరఖాస్తుదారు నెంబరు	దరఖాస్తుదారు నెంబరు	దరఖాస్తుదారు నెంబరు	దరఖాస్తుదారు నెంబరు	దరఖాస్తుదారు నెంబరు	దరఖాస్తుదారు నెంబరు
	1	2	3	4	5	6
1. రోగ నిర్ధారణ మరియు లేదా శస్త్రచికిత్స పేరు?						
2. శస్త్రచికిత్స వివరాలు? సంవత్సరం మరియు నెల						
3. ప్రస్తుత ఆరోగ్య పరిస్థితి?						

సెక్షన్ A: దయచేసి వైద్య పరిస్థితులపై సమాచారాన్ని పంచుకోండి						
ప్రతి దరఖాస్తుదారుడి కొరకు దయచేసి దిగువ ప్రశ్నలకు సమాధానం ఇవ్వండి. దయచేసి అవును (Y) లేదా కాదు (N) సరిగ్గా చేయండి	దరఖాస్తుదారు నెంబరు					
	1	2	3	4	5	6
i. సాధారణ జలుబు, ఫ్లూ, ఇన్ఫ్లూఎన్సా, 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/లేదా 14 రోజులకు పైగా ఏదైనా లక్షణాలను కలిగి ఉన్నాడా? మందులు ఇన్ఫెక్షన్లు, నోటి మందులు మరియు శరీర భాగాలపై బాహ్య వైద్య అనువర్తనాలతో సహాని పరిమితం కాదు.	మరియు	మరియు	మరియు	మరియు	మరియు	మరియు
ii. డైయాలిసిస్ (ప్రాపైల్, లిపిడ్ ప్రాపైల్, బ్రెడ్ మిల్ సెస్, యాంజియోగ్రఫీ, ఎకోకార్డియోగ్రఫీ, ఎండోస్కోపీ, అల్ట్రాసౌండ్, సిటి స్కాన్, MRI, బయోప్సీ మరియు FNAC లకు సంబంధించిన ఏదైనా రోగనిర్ధారణ పరీక్షలు లేదా పరిశోధనలకు దరఖాస్తుదారుడు ఎప్పుడైనా ప్రతికూల ఫలితాలను కనగన్నాడా?	మరియు	మరియు	మరియు	మరియు	మరియు	మరియు
iii. దరఖాస్తుదారునికి డయాబెటిస్ లేదా ప్రీ-డయాబెటిస్ ఉందా లేదా అతడు/ఆమెకు ఎప్పుడైనా అధిక రక్తంలో చక్కెర ఉందా?	మరియు	మరియు	మరియు	మరియు	మరియు	మరియు
iv. దరఖాస్తుదారునికి అధిక రక్తపోటు లేదా అధిక రక్తపోటు ఉందా?	మరియు	మరియు	మరియు	మరియు	మరియు	మరియు
v. దరఖాస్తుదారుడు ఎప్పుడైనా ఏదైనా జన్యు/పంశాంపర్య రుగ్మతలు లేదా హెచ్ ఐవి/ఎయిడ్స్ కొరకు రోగ నిర్ధారణ లేదా చికిత్స పొందాడా?	మరియు	మరియు	మరియు	మరియు	మరియు	మరియు
vi. దరఖాస్తుదారుడు ఎప్పుడైనా ఏదైనా మానసిక/ మానసిక రుగ్మతలకు గురియ్యడా లేదా చికిత్స పొందాడా?	మరియు	మరియు	మరియు	మరియు	మరియు	మరియు
vii. దరఖాస్తుదారుడి జీవితకాలంపై జీవిత, ఆరోగ్యం, ఆసుపత్రి రోజువారీ నగదు లేదా క్రిటికల్ ఇల్ నెస్ బీమా కొరకు ఏదైనా ప్రతిపాదన ఎప్పుడైనా తిరస్కరించబడిందా, వాయిదా వేయబడిందా, లోడ్ చేయబడిందా లేదా ఏదైనా బీమా కంపెనీ ద్వారా మినహాయింపులు వంటి ప్రత్యేక పరతులకు లోనయ్యిందా?	మరియు	మరియు	మరియు	మరియు	మరియు	మరియు

సెక్షన్ B: (దరఖాస్తుదారు దూమపానం లేదా పానీయం/గుట్టా/పాన్ మసాలా లేదా ఆల్కహాల్ తాగినట్లయితే మాత్రమే దయచేసి ఈ విభాగాన్ని నింపండి)	i. నమలదగిన పొగాకు / గుట్టా / పాన్ మసాలా. ఒకవేళ అవును అయితే, దయచేసి రోజుకు ఎన్ని పాన్ లు ఉన్నాయో పేర్కొనండి.		ii. ఆల్కహాల్.. ఒకవేళ అవును అయితే, దయచేసి వారానికి మిల్లీలీటర్ల సంఖ్యను పేర్కొనండి.		iii. సిగరెట్లు / బీడి / సిగార్. ఒకవేళ అవును అయితే, దయచేసి రోజుకు వినియోగాన్ని పేర్కొనండి		
	1-10	> 10	<= 450	> 450	డైలీ డ్రింకర్	1-10	> 10
దరఖాస్తుదారుడు 1							
దరఖాస్తుదారుడు 2							
దరఖాస్తుదారుడు 3							
దరఖాస్తుదారుడు 4							
దరఖాస్తుదారుడు 5							
దరఖాస్తుదారుడు 6							

ప్రతిపాదకులందరికీ

సెక్షన్ C: పైన సెక్షన్ లో అవును (Y) మార్క్ చేయబడ్డ ప్రశ్నల కొరకు, దయచేసి దిగువ సమాచారాన్ని పేర్కొనండి:										
దరఖాస్తుదారు నెంబరు	లక్షణం(లు) లేదా పరిశోధన(లు) లేదా రోగ నిర్ధారణ లేదా ప్రక్రియ/శస్త్రచికిత్స యొక్క వివరాలు				పరిస్థితి యొక్క వ్యవధి	మందులు(లు)	మోతాదు	ప్రస్తుత స్థితి (ఉదా. పూర్తి/పాక్షిక లేదా కొనసాగుతున్న చికిత్స)	చికిత్స చేసే వైద్యుడి పేరు మరియు కాంటాక్ట్	జతచేయబడ్డ డాక్యుమెంట్ లు
	ఒకవేళ Dia-betes HbA1c లెవెల్	హైబ్రిడ్ (సెజర్ బీపీ ఉంటే..)		ఏదైనా ఇతర వివరాలు						
		Systolic	డయాస్టోలిక్							

7. డిక్లరేషన్ (ప్రతిపాదన పత్రంపై సంతకం చేయడానికి ముందు దయచేసి జాగ్రత్తగా చదవండి మరియు ప్రతిదానిపై చెక్ మార్క్ చేయండి)

- 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 పాలసీకి అధారం అవుతుందని, బీమా కంపెనీ యొక్క బోర్డు ఆమోదించిన అండర్ రైటింగ్ పాలసీకి లోబడి ఉంటుందని మరియు ఛార్జ్ చేయదగిన ప్రీమియంను పూర్తిగా చెల్లించిన తరువాత మాత్రమే పాలసీ అమల్లోకి వస్తుందని నేను అర్థం చేసుకున్నాను.
- ప్రపోజర్ సబ్జెక్ట్ చేయబడే తరువాత కనీసం రెండు రోజుల పాటు ఆమోదించబడే కమ్యూనికేషన్ కు ముందు బీమా చేయబడే జీవితము యొక్క వృత్తి లేదా సాధారణ ఆరోగ్యంలో సంభవించే ఏదైనా మార్పులను నేను రాతపూర్వకంగా తెలియజేస్తాను.
- బీమా చేయించాల్సిన ప్రతిపాదకుడు/ఉండాలి/సబ్జెక్ట్ యొక్క శారీరక లేదా మానసిక ఆరోగ్యాన్ని ప్రభావితం చేసే దేనికైనా సంబంధించి బీమా చేయబడే వ్యక్తి/ప్రతిపాదకుడు లేదా ఏదైనా గత లేదా ప్రస్తుత యజమాని నుండి వైద్య సమాచారాన్ని కోరి ఏదైనా వైద్యుడు లేదా అనుప్రతి నుండి వైద్య సమాచారాన్ని కోరేందుకు నేను సమ్మతి తెలియజేస్తున్నాను మరియు బీమా చేయబడే వ్యక్తి/ప్రతిపాదకుడిపై 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 కోరకు బీమా చేయబడే/ప్రతిపాదకుని యొక్క వైద్య రికార్డులతో సహా నా ప్రతిపాదనకు సంబంధించిన సమాచారాన్ని పంచుకోవడానికి నేను కంపెనీకి అధికారం ఇస్తున్నాను.
- సర్వీస్ డెలివరీ యొక్క ఏకైక ఉద్దేశ్యం కోరకు బీమా చేయబడే/ప్రతిపాదకుడి యొక్క వైద్య రికార్డులతో సహా నా/మా ప్రతిపాదనకు సంబంధించిన సమాచారాన్ని మా ఎంప్లాయిర్/ప్రొవైడర్ తో పంచుకోవడానికి నేను/మేం కంపెనీకి అధికారం ఇస్తాం.

ఖర్చుం _____ ఉంచు _____ ప్రతిపాదకుని సంతకం _____

8. ప్రాంతీయ ప్రకటన

(ప్రతిపాదకుడు స్థానిక భాషలో సంతకం చేసినట్లయితే ధృవీకరణ కోసం యొక్క ఏజెంట్/ఉద్దేశ్యం కాకుండా మరొకరు సాక్ష్యం ఇవ్వాలి). ఈ రూపం యొక్క కంపెనీ మరియు దాని వివరాలను నేను స్థానిక భాషలో ప్రపోజర్ కు వివరించాను, అతను దానిని అర్థం చేసుకున్నాడు మరియు ధృవీకరించాడు:

సర్టిఫికేట్ ఇచ్చే వ్యక్తి పేరు: _____ ధృవీకరించే వ్యక్తి యొక్క సంతకం: _____ ధృవీకరించే వ్యక్తి యొక్క మొబైల్ నెంబరు: _____

సాక్షి పేరు(మారు): _____ సాక్షి సంతకం(మారు): _____ సాక్షి యొక్క మొబైల్ నెంబరు: _____

ప్రతిపాదకుని సంతకం _____

9. ప్రపోజర్ డిక్లరేషన్

(ఏ కారణం చేతనైనా, ప్రతిపాదన మరియు ఇతర అనుసంధాన పత్రాలను ప్రతిపాదకుడు పూరించనప్పుడు ధృవీకరణ). ప్రపోజర్ ఫారం మరియు సంబంధిత డాక్యుమెంట్ లోని విషయాలు నాకు పూర్తిగా వివరించబడ్డాయి మరియు ప్రతిపాదిత కాలట్రాక్ యొక్క ప్రాముఖ్యతను నేను పూర్తిగా అర్థం చేసుకున్నాను. నా ఆదేశాల మేరకు ప్రపోజర్ ఫారం _____ ద్వారా నింపబడింది మరియు అది సరైనది మరియు సంపూర్ణమైనదిగా నేను కనుగొన్నాను.

ప్రతిపాదకుని సంతకం _____

10. ప్రీమియం వివరాలు (ఆప్షన్లను ఉపయోగం కోసం మాత్రమే)

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

ప్రీమియం మొత్తం _____ ఆన్లైన్ పేమెంట్ (ట్రాన్సాక్షన్ బడి): _____ ఖర్చుం _____

బ్యాంకు పేరు/బ్రాంచ్ _____ నివాస బ్రాంచ్ స్థానం _____

కోడ్ నెం. _____ బిజినెస్ సోర్స్: అడ్వైజర్/డిఎస్/కార్పొరేట్ ఏజెన్సీ/ఇతర ఛానల్స్ _____

కోడ్ నెంబరు _____

పేరు _____

దీనిపై వచ్చిన ప్రతిపాదన: _____ కస్టమర్ బడి: _____

ప్రపోజర్ లేదా దరఖాస్తుదారుడు సిబ్బందినా? _____ ఆవును _____ కాదు _____

11. బాన్సాస్కాన్స్ ఛానల్ కొరకు మాత్రమే అదనపు వివరాలు (ఆఫీసు ఉపయోగం కొరకు మాత్రమే)

బ్రాంచ్ కోడ్ ఎస్సీ కోడ్ RM/LG కోడ్

C customer account అంకె

12. బీమా సలహాదారు నివేదిక (కార్యాలయ ఉపయోగం కోసం మాత్రమే)

బీమా సలహాదారుగ/కార్పొరేట్ ఏజెంట్ యొక్క నిర్దిష్ట వ్యక్తిగత/బ్రోకర్/రెటైర్డ్ పిప్ ఆఫీసర్ యొక్క అధికృత ఉద్యోగిగా నేను ఈ ప్రతిపాదన పత్రంలోని అన్ని విషయాలను వివరించానని, ఇందులో ఉన్న ప్రశ్నలకు ఫేట్ మెంట్(లు), సమాచారం మరియు ప్రతిస్పందన(లు)తో సహా ఈ ప్రతిపాదన ఫారంలో అతడు/ఆమె సమర్పించిన సమాచారం మరియు ప్రతిస్పందన(లు)తో సహా ఈ ప్రతిపాదన ఫారం యొక్క అన్ని విషయాలను నేను వివరించానని ఇందుమూలంగా ప్రకటిస్తున్నాను. ఒకవేళ పాలసీ జారీ చేయడం కొరకు కంపెనీ ద్వారా ఈ ప్రతిపాదన ఆమోదించబడితే, కంపెనీ మరియు ప్రతిపాదకుని మధ్య

బీమా ఒప్పందం, ఒకవేళ ఏదైనా అసత్య ప్రకటన(లు) /సమాచారం/ప్రతిస్పందన(లు) ఈ ప్రతిపాదన పత్రంలో/అనుబంధం(లు), అఫిడవిట్ లు, ఫేట్ మెంట్ లు, సమర్పణలు, సమర్పించాల్సిన/సమర్పించాల్సినవి మరియు ఇంకా ఏవైనా మెటీరియల్ వ్యావహారిక బహిష్కరణ చేయనట్లయితే, ఈ ప్రతిపాదనకు అనుగుణంగా అతడికి/ఆమెకు అనుకూలంగా జారీ చేయబడే పాలసీ షెడ్యూల్లు కనిపించిన పరిణామాలను మరల పాలసీ కింద చేర్చిన అన్ని ప్రీమియంలు కంపెనీకి జప్తు చేయబడతాయని నేను వివరించాను.

ఖర్చారం బీమా సలహాదారు యొక్క సంతకం

13. చట్టపరమైన హెచ్చరిక

రిజిస్ట్రేషన్ నెంబర్ (బీమా చట్టం 1938లోని సెక్షన్ 41 ప్రకారం)

1. భారతదేశంలో ప్రాణాలు లేదా ఆస్తికి సంబంధించిన ఏదైనా రకమైన ప్రమాదానికి సంబంధించి బీమాను తీసుకోవడానికి లేదా పునరుద్ధరించడానికి లేదా కొనసాగించడానికి ప్రత్యక్షంగా లేదా పరోక్షంగా ఏ వ్యక్తినైనా అనుమతించకూడదు లేదా ఆఫీసర్ చేయకూడదు, మొత్తం లేదా చెల్లించాల్సిన కమిషన్ యొక్క ఏదైనా రిజిస్ట్రేషన్ లేదా పాలసీపై చూపించిన ప్రీమియంలో ఏదైనా రిజిస్ట్రేషన్, లేదా పాలసీని తీసుకునే లేదా పునరుద్ధరించే లేదా కొనసాగించే ఏ వ్యక్తి అయినా, బీమా కంపెనీ యొక్క ప్రచురితమైన ప్రాస్పెక్టస్ లు లేదా పబ్లికేషన్లకు అనుగుణంగా అనుమతించబడే రిజిస్ట్రేషన్ మినహా మరే రిజిస్ట్రేషన్ అంగీకరించదు.

2. ఈ సెక్షన్ నిబంధనలను పాటించడంలో ఏవైనా విఫలమైతే పది లక్షల రూపాయల వరకు జరిమానా విధించవచ్చు.

14. అభిమాని

సమ్యక్త పేరు	మీకు ఏ బీమా పాలసీ ఇవ్వాలి?	అభిమాని	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
<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

15. రీఫండ్ మరియు క్లెయిమ్ ల చెల్లింపు కొరకు వివరాలు

పేమెంట్ రీసీవ్ చేసుకునే అఫ్సర్: బ్యాంక్ ట్రాన్సాక్టర్

లభిదారుని పేరు

బ్యాంక్ పేరు

ఖాతా నెంబర్ ఐఎఫ్ఎస్సీ కోడ్

ఖాతా రకం

నివా బుచా హెల్త్ ఇన్సూరెన్స్ కంపెనీ లిమిటెడ్, రిజిస్ట్రేషన్ ఆఫీసు:- సి-98, మొదటి అంతస్తు, లజపత్ నగర్, పార్ట్ 1, న్యూఢిల్లీ-110024
 డిస్ట్రీబ్యూషన్:- ఇన్సూరెన్స్ అనేది అభ్యర్థనకు సంబంధించిన విషయం. నివా బుచా హెల్త్ ఇన్సూరెన్స్ కంపెనీ లిమిటెడ్ (గతంలో దీనిని మ్యాక్స్ బుచా హెల్త్ ఇన్సూరెన్స్ కంపెనీ లిమిటెడ్ అని పిలిచేవారు) (ఇఆర్ డిఎం రిజిస్ట్రేషన్ నెం. 145). 'బుచా', 'హెల్త్ బీల్డ్ లోగోలు అయిన యజమానుల రిజిస్ట్రేషన్ ట్రైడ్ మార్క్ లు 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 బ్రోకర్ ను జాగ్రత్తగా

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

డిస్కలైమర్: ఇన్సూరెన్స్ అనేది ఆభ్యర్థనకు సంబంధించిన విషయం. నివా బుపా హెల్త్ ఇన్సూరెన్స్ కంపెనీ లిమిటెడ్ గ్రాంట్ చేసిన మ్యాక్స్ బుపా హెల్త్ ఇన్సూరెన్స్ కంపెనీ లిమిటెడ్ అని పిలిచేవారు (బిఆర్ డిఎబి రిజిస్ట్రేషన్ నెం.

145). 'బుపా', 'హాల్టీ బీట్' లోగాలు ఆయా యజమానుల రిజిస్టర్డ్ ప్రైవేట్ మార్కెట్ 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 బ్రోచర్ ను జాగ్రత్తగా

ప్రాధికృత పేరు: ఆస్ట్రో, ప్రాధికృత UIN: NBHHLIP24129V012324 | యాడ్-ఆన్ పేరు: స్టార్ హెల్త్, యాడ్-ఆన్ యుఐఎన్: NBHHLIA22164V012122

యాడ్-ఆన్ పేరు: ఫాస్ట్ ఫార్వర్డ్, యాడ్-ఆన్ యుఐఎన్: NBHHLIA24126V012324

కంపెనీ నుంచి ఆమోదం

అప్లికేషన్ నెంబరు.

ఖర్చారం

మీ ప్రజాజీవీ అందుకున్నందుకు మరియు చెక్/డిమాండ్ డ్రాఫ్ట్/ఇతరులు ద్వారా రూ. _____ తేదీ _____ తేదీని _____ ద్వారా మేం కృతజ్ఞతతో అంగీకరిస్తున్నాం. బిమా 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 బిమా 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 వశీ లేకుండా మినహాయించిన తరువాత చెల్లింపును తిరిగి చెల్లిస్తాం.

రిసీవర్ యొక్క పేరు మరియు సంతకం మరియు ఆఫీసు సీల్