

కరోనా కవచ్ పాలసీ,

నివా బుపా హెల్త్ ఇన్సూరెన్స్

కంపెనీ లిమిటెడ్, ప్రజాజల్ ఫారం



URN: 016

1. ప్రజాజల్ 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 ఐడి ప్రత్యామ్నాయ నెంబరు

సికవైసి నెంబరు (ఆఫ్ఫీసల్): పాన్ నెంబరు

వార్షికదాయం (రూ.)

పని వేతన శ్రమలు స్వయం ఉపాధి.. విద్యార్థి ఇల్లాలు ఇతర, దయచేసి పేర్కొనండి

దీని ద్వారా చెల్లించిన ప్రీమియం ప్రజాజల్ తో సంబంధం(మారు)

నా పాలసీకి సంబంధించిన సమాచారం మరియు అవినీతిని నా మొబైల్ నెంబరుకు వాట్సాప్ ద్వారా అందుకోవాలని అనుకుంటున్నాను.

నేను అన్ని నిబంధనలు మరియు షరతులను చదివాను, అర్థం చేసుకున్నాను మరియు అంగీకరించాను మరియు వెబ్ కమ్యూనికేషన్/కాల్/SMS లేదా ఏదైనా ఇతర వాణిజ్య కమ్యూనికేషన్ చేయడం కొరకు నా రిజిస్టర్డ్ ఫోన్ నెంబరుపై వాట్సాప్/SMS/ఇమెయిల్/ఫోన్/Facebook లేదా మరేదైనా మోడల్ ద్వారా నన్ను సంప్రదించడానికి నివా బుపా హెల్త్ ఇన్సూరెన్స్ లేదా దాని బెజెంట్లు మరియు/లేదా తృతీయవ్యక్తి(లు)/అనుబంధ సంస్థలకు అధికారం ఇస్తున్నాను.

మీరు లేదా ప్రతిపాదిత దరఖాస్తుదారుల్లో ఎవరైనా PEP#? అవును కాదు

#Politically ఎక్స్ పోజ్ పర్సన్స్ (ప్రిజిప్) 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 PEPకు వ్యతిరేకంగా టీకా చేసినట్లయితే, దయచేసి ప్రత్యేక PEP ప్రశ్నావళిని నింపండి)

బ్యాంకు వివరాలు:

బ్యాంక్ పేరు

ఖాతా నెంబరు ఐఎఫ్ఎస్సీ కోడ్

ఖాతా రకం పొదుపు ప్రస్తుతం కొమ్మ నగరం

ఎలక్ట్రానిక్ ఇన్సూరెన్స్ అకౌంట్ (ఈఐఐ) వివరాలు

మీరు ఈ పాలసీని ఇ-ఇన్సూరెన్స్ ఖాతాలో జమ చేయాలని అనుకుంటున్నారా? (దయచేసి ఏదైనా ఒకదాన్ని ఎంచుకోండి)

లేదు, నాకు ఇ-ఇన్సూరెన్స్ ఖాతా లేదు మరియు ఒకదాన్ని తెరవాల్సిన అనుకోవడం లేదు. అవును, ఈ పాలసీని నా ఇ-ఇన్సూరెన్స్ ఖాతాకు క్రెడిట్ చేయండి.

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

దయచేసి బీమా రిపోజిటరీ పేరు ఎంచుకోండి (మీరు ఏ ఖాతాను తెరిచారు) (దయచేసి ఏదైనా ఒకదాన్ని ఎంచుకోండి)

1. ఎన్ఎస్ఐఎల్ 2. సీఐఆర్ఎల్ 3. కార్గీ 4. క్యామ్స్

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).

2. కనరేజ్ ఎంపిక:

బేసి కనరేజ్:	
పాలసీ రకం:	<input type="checkbox"/> వ్యక్తిగత ప్రాతిపదికను <input type="checkbox"/> ఫ్యామిలీ ఫ్లోటర్ బేసిస్
కవర్ చేయాలనిన జీవితాల సంఖ్య:	<input type="checkbox"/> పెద్దలు <input type="checkbox"/> పిల్లలు
బేసి బీమా మొత్తం:	
పాలసీ కాలపరిమితి:	<input type="checkbox"/> 3.5 నెలలు <input type="checkbox"/> 6.5 నెలలు <input type="checkbox"/> 9.5 నెలలు
ఆఫ్ఫీసల్ కనరేజ్:	
ఆనువృత్తి నగదు : రోజుకు బేసి ఇన్సూరెన్స్ మొత్తంలో 0.5%	<input type="checkbox"/> అవును <input type="checkbox"/> కాదు

3. బీమా కోసం దరఖాస్తు చేసుకున్న వారి వివరాలు:

దరఖాస్తుదారు నెంబరు	పేరు	లింగం (పురుషుడు/స్త్రీ/ఇతరులు)	పుట్టిన తేదీ (dd/mm/yyyy)	సంబంధం (స్వీయ/జీవిత భాగస్వామి/కుమారుడు/కుమార్తె/తండ్రి/తల్లి/మామ)	భారతీయుడు కాకపోతే దయచేసి టిక్ చేయండి
1					<input type="checkbox"/>
2					<input type="checkbox"/>
3					<input type="checkbox"/>
4					<input type="checkbox"/>
5					<input type="checkbox"/>
n					<input type="checkbox"/>

4. నామినేషన్

ప్రతిపాదకుడు మరణిస్తే, పాలసీ కింద చెల్లించాల్సిన ఏదైనా చెల్లింపు దిగువ పేర్కొన్న నామినీకి చెల్లించబడుతుంది. నామినీ ద్వారా అటువంటి చెల్లింపును అందుకోవడం అనేది పాలసీ కింద కంపెనీ యొక్క బాధ్యతను నిర్వహించడాన్ని తెలియజేస్తుంది. అన్ని ఇతర దరఖాస్తుదారు(లు)కు నామినీ స్వయంగా ప్రపోజర్ గా ఉండాలి.

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: లబ్ధిదారుని పేరు: _____

బ్యాంక్ పేరు _____ ఖాతా రకం పొదుపు పిచ్చితక్షణ్ణి

ఖాతా నెంబరు _____ ఐఎఫ్ఎస్సీ కోడ్ _____

5. వైద్య, అలవాటు మరియు గత ప్రతిపాదన సమాచారం

ముఖ్యమైనది: ఈ విభాగంలోని ప్రశ్నలకు నిజాయితీగా మరియు పూర్తిగా సమాధానాలు ఉన్నాయని దయచేసి ధృవీకరించండి, ఎందుకంటే మీరు ఇక్కడ అందించే సమాచారం నివా బహు ద్వారా అందర్ రైటింగ్ ఆధారంగా ఉంటుంది. ఏదైనా అసంపూర్ణ, తప్పు, పాక్షికంగా సరైన సమాచారం మీ మెడికల్ క్లెయిమ్ మరియు/లేదా కంపెనీ ప్రభావితం చేస్తుందని దయచేసి గమనించండి.

ప్రతి దరఖాస్తుదారుడి కొరకు దయచేసి దిగువ ప్రశ్నలకు సమాధానం ఇవ్వండి. దయచేసి అవును (Y) లేదా కాదు (N) సరిగ్గా చేయండి	దరఖాస్తుదారు నెంబరు					
	1	2	3	4	5	6
1. మీరు లేదా మీరు ఈ పాలసీని కొనుగోలు చేస్తున్నారా లేదా కోవిడ్-19 పాజిటివ్ వ్యక్తితో గత 21 రోజులుగా నివసిస్తున్నారా?	మరియు	మరియు	మరియు	మరియు	మరియు	మరియు
2. గత 21 రోజుల్లో మీరు ఏదైనా సమావేశానికి హాజరయ్యారా లేదా ఎవరినైనా సందర్శించారా, సంఘటన తర్వాత కోవిడ్-19 పాజిటివ్ నిర్ధారణ అయిన ఏ వ్యక్తిని సందర్శించారా?	మరియు	మరియు	మరియు	మరియు	మరియు	మరియు
3. గత 21 రోజుల్లో మీ ఇంటికి వచ్చిన ఎవరినైనా (ఇంటి సహాయకులు, డెలివరీ పర్సన్, డ్రైవర్, వంటవాడు, తోటమాలి, క్లీనింగ్ పర్సన్ మొదలైనవారు) కోవిడ్-19 పాజిటివ్ గా నిర్ధారణ అయినారా?	మరియు	మరియు	మరియు	మరియు	మరియు	మరియు

6. ఎలక్ట్రానిక్ పాలసీ ఫుల్ ఫీల్ మెంట్ మరియు సర్టిఫైడ్ కమ్యూనికేషన్స్ కొరకు అధిరైజేషన్

అఫ్లికేషన్ ఫారంట్ పేర్కొనబడే ఇమెయిల్ 10కి పై పాలసీ మరియు సర్టిఫైడ్ కు సంబంధించిన అన్ని కమ్యూనికేషన్ లను పంపడానికి కంపెనీకి అధికారం ఇవ్వడం ద్వారా పర్యవరణాన్ని సంరక్షించడం మరియు కాగితాన్ని ఆదా చేయడంలో మీరు సహాయపడాలనుకుంటున్నారా?

అవును కాదు

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

నేను ఇచ్చిన పై ప్రకటనలు, సమాధానాలు మరియు/లేదా వివరాలు నాకు తెలిసినంత వరకు అన్ని విధాలుగా సత్యమైనవి మరియు సంపూర్ణమైనవి మరియు ఈ ఇతర వ్యక్తుల తరఫున ప్రతిపాదన చేయడం నాకు ఉందినా తరఫున మరియు బీమా చేయబడే ప్రతిపాదన వ్యక్తులందరి తరఫున నేను ఇందుమూలంగా ప్రకటిస్తున్నాను.

నా ద్వారా అందించబడే సమాచారం బీమా పాలసీకి ఆధారం అవుతుందని, బీమా కంపెనీ యొక్క బోర్డు ఆమోదించిన అందర్ రైటింగ్ పాలసీకి లోబడి ఉంటుందని మరియు ఛార్జ్ చేయదగిన ప్రీమియంను పూర్తిగా చెల్లించిన తరువాత మాత్రమే పాలసీ అమల్ కి వస్తుందని నేను అర్థం చేసుకున్నాను.

ప్రపోజర్ సబ్జెక్ట్ చేయబడే తరువాత కంపెనీ ద్వారా రిస్క్ ఆమోదించబడే కమ్యూనికేషన్ కు ముందు బీమా చేయబడే జీవితము యొక్క వృత్తి లేదా నాధారణ ఆరోగ్యంలో సంభవించే ఏదైనా మార్పులను నేను రాతపూర్వకంగా తెలియజేస్తాను.

బీమా చేయించాల్సిన ప్రతిపాదకుడు(లు) ఉండాలి వ్యక్తి యొక్క శారీరక లేదా మానసిక ఆరోగ్యాన్ని ప్రభావితం చేసే దేనికైనా సంబంధించి బీమా చేయబడే వ్యక్తి/ప్రతిపాదకుడు లేదా ఏదైనా గత లేదా ప్రస్తుత యజమాని నుంచి వైద్య సమాచారాన్ని కోరి ఏదైనా వైద్యుడు లేదా ఆసుపత్రి నుంచి వైద్య సమాచారాన్ని కోరేందుకు నేను సమ్మతి తెలియజేస్తున్నాను మరియు బీమా చేయబడే వ్యక్తి/ప్రతిపాదకుడిపై బీమా కోసం దరఖాస్తు చేసుకున్న ఏదైనా బీమా సంస్థ నుంచి సమాచారాన్ని కోరేందుకు నేను సమ్మతి తెలియజేస్తున్నాను. ప్రతిపాదనను అందర్ రైటింగ్ చేయడం మరియు/లేదా క్లెయిమ్ సెటిల్ మెంట్

ప్రతిపాదన మరియు/లేదా క్లెయిమ్ సెటిల్ మెంట్ మరియు/లేదా ఏదైనా ప్రభుత్వ మరియు/లేదా రిగ్యులేటరీ అథారిటీతో అందర్ రైటింగ్ కొరకు బీమా చేయబడే ప్రతిపాదకుని యొక్క వైద్య రికార్డులతో సహా ప్రతిపాదనకు సంబంధించిన సమాచారాన్ని పంపింపుకోవడానికి నేను కంపెనీకి అధికారం ఇస్తున్నాను.

సర్టిఫైడ్ తెలివితేటల 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.

ఖరూరం _____ మరియు _____ ప్రతిపాదకుని సంతకం _____

8. ప్రాంతీయ ప్రకటన

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

పేరు(మార్కు)	<input type="text"/>	ధృవీకరించే వ్యక్తి యొక్క సంతకం:	<input type="text"/>	ధృవీకరించే వ్యక్తి యొక్క మొబైల్ నెంబరు:	<input type="text"/>
ధృవీకరించే వ్యక్తి:	<input type="text"/>				
సాక్షి పేరు(మార్కు)	<input type="text"/>	సాక్షి సంతకం(మార్కు)	<input type="text"/>	సాక్షి యొక్క మొబైల్ నెంబరు:	<input type="text"/>
				ప్రతిపాదకుని సంతకం	<input type="text"/>

9. ప్రోజెక్టు డిక్లరేషన్

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

ప్రతిపాదకుని సంతకం

10. ప్రీమియం వివరాలు (జిఎస్ టిఎస్ ఐటీ సెంటర్ మాత్రమే)

ప్రీమియం చెల్లింపు ఎంపిక	<input type="text"/> చెక్కు <input type="text"/> డిమాండ్ డ్రాఫ్ట్	ప్రీమియం మొత్తం	<input type="text"/>
<input type="text"/> క్రెడిట్ కార్డ్ <input type="text"/> నగదు <input type="text"/> ఇతరులు, _____		ఖర్చారం	<input type="text"/>
ఆన్లైన్ పేమెంట్ ట్రాన్సాక్షన్ ఐడి:	<input type="text"/>	నివాబు బ్రాంచ్ స్థానం	<input type="text"/>
బ్యాంకు పేరు/బ్రాంచి	<input type="text"/>		
కోడ్ నెం.	<input type="text"/>	పేరు	<input type="text"/>
దీని ద్వారా వ్యాపారం సోర్స్ చేయబడింది:		కస్టమర్ ఐడి:	<input type="text"/>
అక్షయజర్/డివెస్ట్/కార్పొరేట్ ఏజెన్సీ/ఇతర ఛానళ్లు			
కోడ్ నెంబరు	<input type="text"/>		
దీనిపై వచ్చిన ప్రతిపాదన:	<input type="text"/>		
ప్రోజెక్టు లేదా దరఖాస్తుదారుడు సిబ్బందిగా ఉన్నారా <input type="text"/> అవును <input type="text"/> కాదు			

ఉద్దేశపూర్వకంగానే ఈ పులాన్ని ఖాళీగా వదిలేశారు.

11. బాన్సా, స్యూరిస్ ధాన్ కరకు మాత్రమే అదనపు వివరాలు (ఆఫీసు ఉపయోగం కొరకు మాత్రమే)

ట్రాంక్ కోడ్ ఎస్సీ కోడ్ RM/LG కోడ్

C customer account అంకె

12. బీమా సలహాదారు నివేదిక (కార్యాలయ ఉపయోగం కోసం మాత్రమే)

బీమా సలహాదారు/కార్పొరేట్ ఏజెంట్ యొక్క నిర్దిష్ట వ్యక్తి/బ్రోకర్/రిలేషన్ షిప్ ఆఫీసర్ యొక్క అధికృత ఉద్దేశంగా నేను ఈ ప్రతిపాదన పత్రంలోని అన్ని విషయాలను వివరించానని, ఇందులో ఉన్న ప్రశ్నలకు షేట్ 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 అనత్య ప్రకటన(లు) /సమాచారం/ప్రతిస్పందన(లు) ఈ ప్రతిపాదన పత్రంలో/అనుబంధం(లు), అఫిడవిట్ లు, షేట్ మెంట్ లు, సమర్పణలు, సమర్పించాల్సిన/సమర్పించాల్సినవి మరియు ఇంకా ఏదైనా మెటీరియల్ వాస్తవాలను బహిష్కరించేయనట్లయితే, ఈ ప్రతిపాదనకు అనుగుణంగా అతడికి/ఆమెకు అనుకూలంగా జారీ చేయబడే పాలసీ చొప్పున కనిపించిన పరిగణించబడుతుంది మరియు పాలసీ కింద చెల్లించిన అన్ని ప్రీమియంలు కంపెనీకి జప్తు చేయబడతాయని నేను వివరించాను.

ఖచ్చితం బీమా సలహాదారు యొక్క సంతకం

రాసుకో సెక్షన్ 10, 11 మరియు 12 కింద ఇవ్వబడ్డ వివరాలు ఆఫీసు ఉపయోగం కొరకు మాత్రమే మరియు ప్రతిపాదన ద్వారా పూరించబడవు. అందువల్ల, ఈ విభాగాలు సూచించబడతాయి ఎందుకంటే అవి ప్రతిపాదన నింపిన వివరాలతో ఎటువంటి సంబంధం కలిగి ఉండవు. ఈ గమనిక కస్టమర్ లకు పంపిన ప్రతిపాదన పత్రంలో కనిపించదు మరియు ఇది ఫైలులో ఒక భాగం మరియు వినియోగ ఆమోదం మాత్రమే

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 పాలసీపై చూపించిన ప్రీమియంలో ఏదైనా రిజెట్ట, లేదా పాలసీని తీసుకునే లేదా పునరుద్ధరించే లేదా కొనసాగించే ఏ వ్యక్తినైనా, బీమా కంపెనీ యొక్క ప్రచురితమైన ప్రాస్పెక్టస్ లు లేదా పట్టికలకు అనుగుణంగా అనుమతించబడే రిజెట్ట మినహా మరే రిజెట్ట ను అంగీకరించదు.
- ఈ సెక్షన్ నిబంధనలను పాటించడంలో ఎవరైనా విఫలమైతే పది లక్షల రూపాయల వరకు జరిమానా విధించవచ్చు.

14. అభివృద్ధి

సభ్యుడి పేరు	మీకు ఏబీహెచ్ ఏ ఐడీ ఉందా?	అభివృద్ధి	ఏ.బి.హెచ్.ఎ ద్వారా బీమా సంప్రలు/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. రిఫండ్ మరియు క్లెయిమ్ ల చెల్లింపు కొరకు వివరాలు

పేమెంట్ అందుకోవడానికి ఆఫీసు: బ్యాంక్ ట్రాన్సఫర్

లబ్ధిదారుని పేరు

బ్యాంక్ పేరు

ఖాతా నెంబరు బిఎఫ్ఎస్సీ కోడ్

ఖాతా రకం:

అప్లికేషన్ నెంబరు.

ఖర్చారం

మీ ప్రజాజీల్ మరియు మొత్తాన్ని చెక్/డిమాండ్ డ్రాఫ్ట్/ఇతరులు drawn on తేదీ నాటి రూ. మొత్తాన్ని అందుకున్నందుకు మేం కృతజ్ఞతతో అంగీకరిస్తున్నాం. బీమా కొరకు ఫార్మి చెయబడ్డ ప్రతిపాదనను మాకు సమర్పించడం లేదా పాలసీ జారీ చేయడం కొరకు చేయబడ్డ 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 ప్రమియం ఫూర్తిగా మరియు సకాలంలో అందుకోనట్లయితే లేదా సాకారం కానట్లయితే మాకు ఎలాంటి బాధ్యత ఉండదు. ఒకవేళ మేం ప్రతిపాదనను అంగీకరించినట్లయితే, మేం మీకు తెలియజేస్తాం మరియు మీ నుంచి అందుకున్న వైద్య పరీక్షల ఖర్చును వడ్డీ లేకుండా మినహాయించిన తరువాత చెల్లింపును తిరిగి చెల్లిస్తాం.

రీసీవర్ యొక్క పేరు మరియు సంతకం మరియు ఆఫీసు సీల్

కీ ఫీచర్ డాక్యుమెంట్ (కెఎఫ్)

డి) కరోనా కవర్

పాలసీ, నివా బూసా హెల్త్ ఇన్సూరెన్స్ కంపెనీ

నివా బూసా తన వినియోగదారులతో నిష్పాక్షికంగా మరియు పారదర్శకంగా ఉండటానికి అంకితం చేయబడింది. ఈ డాక్యుమెంట్ మీ పాలసీ యొక్క కీలక లక్షణాలను సంగ్రహిస్తుంది, అయితే ఇది మీ పాలసీ ఒప్పందాన్ని భర్తీ చేయదు మరియు ఈ ఉత్పత్తి కొనుగోలును ముగించడానికి ముందు మీ పాలసీ యొక్క అన్ని వివరాలను చదవమని మేము మిమ్మల్ని ప్రోత్సహిస్తున్నాము.

'కరోనా కవర్ పాలసీ, నివా బూసా హెల్త్ ఇన్సూరెన్స్ కంపెనీ లిమిటెడ్' మీకు నిర్దిష్ట కోవిడ్-19 సంబంధిత ప్రయోజనాలను అందిస్తుంది. అలాగే, మీరు మీ కవర్ను పెంచుకోవాలనుకుంటే కొనుగోలు చేయడానికి ఐచ్ఛిక ప్రయోజనం ఉంది.

పాలసీ కంట్రాక్ట్ లో పేర్కొన్న విధంగా కొన్ని పరిమితులు మరియు మినహాయింపులకు లోబడి ఈ క్రింది బేసిన్ ఫిట్ లు అందించబడతాయి:

- కోవిడ్-19 కొరకు హాస్పిటలైజేషన్ ఖర్చులు బీమా మొత్తం వరకు కవర్ చేయబడతాయి. కోవిడ్-19 చికిత్స తో పాటు ఏదైనా కోమార్సిడిటీ చికిత్సకు అయ్యే ఖర్చులు కూడా బీమా మొత్తం వరకు కవర్ చేయబడతాయి.
- ఆసుపత్రిలో చేరడానికి ముందు మరియు తరువాత ఖర్చులు వరుసగా 15 మరియు 30 రోజులు.
- ఆయుర్వేదం, యోగా అండ్ నేచురోపతి, యునానీ, సిద్ధ, హోమియోపతి మందుల కింద కోవిడ్ -19 ఇన్ ఫేషంట్ కేర్ ట్రీట్ మెంట్ కోసం అయ్యే ఆయుష్ ఖర్చులు కవర్ అవుతాయి.
- రేడ్ అంబులెన్స్ ప్రతి కోవిడ్-19 ఆసుపత్రిలో చేరడానికి రూ.2,000 వరకు కవర్ చేస్తుంది.
- కోవిడ్ -19 పాజిటివ్ నిర్ధారణపై కోవిడ్ -19 కోసం ఇంట్లో చికిత్స పొందడానికి హోమ్ కేర్ చికిత్స ఖర్చులు. ఒక్కో సంఘటనకు గరిష్ఠంగా 14 రోజుల వరకు.

పాలసీ కంట్రాక్ట్ లో పేర్కొన్న విధంగా కొన్ని పరిమితులు మరియు మినహాయింపులకు లోబడి దిగువ ఆఫ్ నెట్ బేసిన్ ఫిట్ అందించబడుతుంది:

ప్రతి బీమా చేసిన సంఘటనకు పాలసీ కాలంలో గరిష్ఠంగా 15 రోజులకు లోబడి రోజుకు బీమా మొత్తంలో 0.5% ఆసుపత్రి రోజువారీ నగదు.

మీ పాలసీ యొక్క ఇతర కీలక లక్షణాలు ఈ క్రింది విధంగా ఉన్నాయి:

- ఈ పాలసీ ఇండివిడ్యువల్, ఫ్యామిలీ ఫ్లోటర్ ప్రాతిపదికన లభిస్తుంది.
- ఫ్యామిలీ ఫ్లోటర్ కవర్ గరిష్ఠంగా 2 పెద్దలు మరియు 4 పిల్లలకు అందుబాటులో ఉంది. ఫ్యామిలీ ఫ్లోటర్ పాలసీలో వయోజనులకు అనుమతించబడిన సంబంధం తాను, జీవిత భాగస్వామి, తండ్రి, మామ, తల్లి లేదా అత్త.
- 3 పాలసీ కాలపరిమితి: 3.5 నెలలు, 6.5 నెలలు & 9.5 నెలలు.
- ఈ పాలసీని పునరుద్ధరించడం, పోర్ట్ చేయడం లేదా మైగ్రేట్ చేయడం సాధ్యం కాదు.

గమనికలు:

1. ఆఫ్ నెట్ బేసిన్ ఫిట్ కోసం అదనపు ప్రీమియం వసూలు చేస్తారు.
2. పాలసీకి 15 రోజుల ప్రారంభ వెయిటింగ్ పీరియడ్ వర్తిస్తుందిని గమనించండి.
3. పాలసీ ఒప్పందంలో పేర్కొన్న విధంగా ప్రామాణిక మినహాయింపులు వర్తిస్తాయని గమనించండి.
4. ప్రీమియం: దయచేసి ప్రీమియం మొత్తాన్ని నివా బూసా హెల్త్ ఇన్సూరెన్స్ కంపెనీ లిమిటెడ్ పేరిట సురక్షితమైన చెల్లింపు విధానం ద్వారా డిపాజిట్ చేయండి.
5. ఒకవేళ ఏదైనా సందేహం లేదా క్లెయిమ్ ఉన్నట్లయితే, దయచేసి మా కస్టమర్ హెల్ప్ లైన్ నెంబరు: 1860-500-888 ని సంప్రదించండి.