

1. ప్రపోజర్ వివరాలు:

బిరుదు  పేరు

DOB  లింగము:  మగ  ఆడ  ఇతర  జాతీయత(మార్కు)

ప్రస్తుత చిరునామా

కొండగురు  నగరం

జిల్లా  రాష్ట్రం  వ్యక్తిగత గుర్తింపు సంఖ్య

ల్యాండ్ లైన్ నెంబరు  మొబైల్ నెంబరు

ప్రత్యామ్నాయ సంఖ్య  ఇమెయిల్ బడి

ఆధార్ నెంబరు  (ఇబిడికం)  పాన్ నెంబరు

వార్షికాదాయం (రూ.)

పని:  వేతన శీర్షికలు  స్వయం ఉపాధి..  విద్యార్థి  ఇల్లాలు  ఇతర, దయచేసి పేర్కొనండి

దీని ద్వారా చెల్లించిన ప్రీమియం  ప్రపోజర్ తో సంబంధం(మార్కు)

మీరు పెన్ గా ఉన్నారా #?  అవును  కాదు

ఖాతాలో చేర్చిన వ్యక్తికి మాత్రమే ప్రతి ప్రతిపాదన ప్రతిపాదన నిర్దేశించిన కేసులకు మాత్రమే వర్తిస్తుంది. అలాగే కేసులకు ప్రతిపాదన అందించినప్పుడు/మార్చినప్పుడు, నీటిమార్గం ద్వారా మాకు తెలియజేయాలి. దయచేసి ప్రతిపాదన ద్వారా కేసు ప్రతిపాదన ప్రతిపాదన నిర్దేశించిన కేసులకు మాత్రమే వర్తిస్తుంది. ముఖ్యమంత్రి ఆధారంగా, ఒకవేళ మీరు ఖాతా వ్యతిరేకంగా జీవించినట్లయితే, దయచేసి ప్రతిపాదన ద్వారా మాకు తెలియజేయాలి.

సంబంధించిన కాలా  the భౌతిక ప్రతి యొక్క పాలసీ కీల్:  అవును  కాదు

బ్యాంకు వివరాలు:

బ్యాంక్ పేరు

ఖాతా నెంబరు  ఐఎఫ్ఎస్సీ కోడ్

ఖాతా రకం:  పొరుపు  ప్రస్తుతం  కొమ్మ  నగరం

ఎలక్ట్రానిక్ ఇన్సూరెన్స్ అకౌంట్ (ఈఐఐ) వివరాలు

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

లేదు, నేను చెయ్యను  ఇ-ఇన్సూరెన్స్ ఖాతా కలిగి ఉండాలి మరియు దానిని తెరవాలని అనుకోవద్దు  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 మీ ఖాతాను తెరిచారు)

1. ఎన్ ఎస్ డిఎల్  2. CIRL  3. KARVY  4. CAMS (దయచేసి ఏదైనా ఒకదాన్ని ఎంచుకోండి)

లేదా

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

**2. కవరేజ్ ఎంపిక:**

మీరు పోర్టలిటిటీ కోసం దరఖాస్తు చేస్తున్నారా:  అవును  కాదు (ఒకవేళ 'అవును' అయితే, దయచేసి ప్రత్యేక పోర్టలిటిటీ ఫారాన్ని కూడా నింపండి).

దయచేసి సంబంధిత బాక్సులను టిక్ చేయండి:

బేసి కవరేజ్:

బీమా చేసిన మొత్తం  పాలసీ రకం:  వ్యక్తి  ఫ్యామిలీ ఫ్లోటర్

కవరేజ్ చేయాల్సిన జీవితాలు:  1A  1A+1C  1A+2C  1A+3C  1A+4C  2A  2A+1C  2A+2C  2A+3C  2A+4C

పాలసీ కవరేజ్: జోన్ 1: అల్ ఇండియా కవరేజ్  జోన్ 2: ముంబై ఢిల్లీ ఎన్ సిఆర్, కోల్ కతా మరియు గుజరాత్ రాష్ట్రాలకు కో-పేమెంట్ వర్తించే అల్ ఇండియా కవరేజ్

(గమనిక - మీరు జోన్ 2ను ఎంచుకుంటే, ముంబై ఢిల్లీ ఎన్ సిఆర్, కోల్ కతా & గుజరాత్ రాష్ట్రాల్లో చికిత్స కోసం 20% కో-పేమెంట్ వర్తించును. ఓపిడి కన్సల్టేషన్, ఎమర్జెన్సీ అంబులెన్స్, హెల్త్ డెకాన్/డయాగ్నోస్టిక్ టెస్టులు, సెకండరీ మెడికల్ ఓపీనియన్, బిహెచ్ఎల్ అసిస్టెన్స్ ప్రోగ్రామ్ మరియు పర్సనల్ యాక్సిడెంట్ కవరేజ్ లకు జోన్ వారీగా ఈ కో-పేమెంట్

వార్షిక మొత్తం మినహాయింపు:  అవును  కాదు ఒకవేళ అవును అయితే, దయచేసి మినహాయించదగిన మొత్తాన్ని ఎంచుకోండి:

రూ.25 వేలు  రూ.50 వేలు  రూ.లక్ష  రూ.2 లక్షలు  రూ.3 లక్షలు  రూ.5 లక్షలు  రూ.10 లక్షలు

**ఉత్పత్తి కింద ఆప్షన్ల కవరేజ్:**

a. హెల్త్ కోస్ట్ (వ్యక్తిగతీకరించిన ఆరోగ్య కోచ్/మరియు హెల్త్ సోల్ర్ యొక్క పునరుద్ధరణ డిస్కాంట్ ఆధారంగా లెక్కింపు) :  అవును  కాదు

ఒకవేళ అవును అయితే, దయచేసి కవరేజ్ చేయాల్సిన జీవితాలను ఎంచుకోండి:  ప్రాథమిక బీమా చేయబడ వ్యక్తి  జీవిత భాగస్వామిత్వ పాలు ప్రాథమిక బీమా చేయబడ వ్యక్తి  
 'హెల్త్ కోస్ట్' కవరేజీని ఎంచుకున్న సందర్భంలో, ప్రయోజనం కింద సేవలను అందించడం కొరకు నన్ను సంప్రదించడానికి కంపెనీ నా సంబంధిత వివరాలను సర్వీస్ ప్రొవైడర్ కు అందించవచ్చని నేను అంగీకరిస్తున్నాను. బెనిఫిట్ లను అందుకోవడానికి నా అర్హతను ట్రాక్ చేయడం, రికార్డ్ చేయడం మరియు లెక్కించడం కొరకు కంపెనీ మరియు సర్వీస్ ప్రొవైడర్ ద్వారా మొబైల్ అప్లికేషన్ పై ట్రాకింగ్ వివరాలు అవసరమని నేను అంగీకరిస్తున్నాను మరియు సమ్మతి తెలియజేస్తున్నాను. కంపెనీ మరియు దాని అధికృత సర్వీస్ ప్రొవైడర్ ఈ వివరాలను కాలానుగుణంగా యాక్సిస్ చేసుకోవచ్చు మరియు రికార్డ్ చేయవచ్చు మరియు పాలసీ కింద ప్రయోజనాలను లెక్కించడం మరియు దాని ప్రకారంగా ఈ వివరాలను ఉపయోగించడం కొరకు నేను నా స్వంత స్వేచ్ఛా సంకల్పం ద్వారా మరియు ఎటువంటి ఒత్తిడి లేకుండా ప్రకటిస్తాను మరియు సమ్మతి తెలియజేస్తున్నాను.

b. ఎ-ప్రాటెక్ట్ (బీమా మొత్తంలో జీవితకాల పెరుగుదల @ ప్రతి సంవత్సరం @ 10%):  అవును  కాదు

c. పర్సనల్ యాక్సిడెంట్ కవరేజ్:  అవును  కాదు

ఒకవేళ అవును అయితే, దయచేసి కవరేజ్ చేయాల్సిన జీవితాలను ఎంచుకోండి:  ప్రాథమిక బీమా చేయబడ వ్యక్తి  జీవిత భాగస్వామిత్వ పాలు ప్రాథమిక బీమా చేయబడ వ్యక్తి

బేసి కవరేజ్ మొత్తం రూ. 5 లక్షలు మరియు అంతకంటే ఎక్కువ, దయచేసి వ్యక్తిగత ప్రమాద బీమా మొత్తాన్ని ఎంచుకోండి.  25 నరన్ను  50 నరన్ను  
 (డిఫాల్ట్ పర్సనల్ యాక్సిడెంట్ సమ్ ఇన్సూరెన్స్) రూ. 1 లక్ష లేదా 2 లక్షల బేసి కవరేజీ రూ. 10 లక్షలు మరియు బేసి రూ. 25 లక్షలు  
 కవరేజ్ మొత్తం రూ. 3 లక్షలు లేదా 4 లక్షలు.)

**3. బీమా కోసం దరఖాస్తు చేసుకున్న వారి వివరాలు:**

**స్టెప్పులు 1**

పేరు

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

నడుము  (అంగుళం) పుట్టిన తేదీ  మొబైల్ నెంబరు (తప్పనిసరి) @

ప్రపోజర్ తో రిలేషన్ షిప్ (దయచేసి టిక్ అప్ డౌన్): స్వీయ/జీవిత భాగస్వామి/కొడుకు/కోడలు/కూతురు/అల్లుడు/తండ్రి/తల్లి/మామ/అత్త/తాత/నానమ్మ/మనవడు/మనవరాలు/సోదరుడు/సోదరి/పొంపలు/బావమరిది/మేనల్లుడు/మేనకోడలు/యజమాని-ఉద్యోగి

వృత్తి  భారతీయుడు కాకపోతే దయచేసి టిక్ చేయండి  2. ఒకవేళ PEP అయితే దయచేసి టిక్ చేయండి

**స్టెప్పులు 2**

పేరు

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

నడుము  (అంగుళం) పుట్టిన తేదీ  మొబైల్ నెంబరు (తప్పనిసరి) @

సంబంధం: వయోజన జీవిత భాగస్వామి 1

వృత్తి  భారతీయుడు కాకపోతే దయచేసి టిక్ చేయండి  2. ఒకవేళ PEP అయితే దయచేసి టిక్ చేయండి

పిల్లవారు 1

పేరు \_\_\_\_\_

లింగము మగ  ఆడ  ఇతర  ఎత్తు \_\_\_\_\_ (HUF) \_\_\_\_\_ (అంగుళం) బరువు \_\_\_\_\_ (kg)

నడుము \_\_\_\_\_ (అంగుళం) పుట్టిన తేదీ \_\_\_\_\_ సంబంధం: వయోజన కుమారుడు 1 \_\_\_\_\_ డౌటర్ ఆఫ్ అడల్ట్ 1 \_\_\_\_\_

భారతీయుడు కాకపోతే దయచేసి టిక్ చేయండి  ఒకవేళ PEP అయితే దయచేసి టిక్ చేయండి

పిల్లవారు 2

పేరు \_\_\_\_\_

లింగము మగ  ఆడ  ఇతర  ఎత్తు \_\_\_\_\_ (HUF) \_\_\_\_\_ (అంగుళం) బరువు \_\_\_\_\_ (kg)

నడుము \_\_\_\_\_ (అంగుళం) పుట్టిన తేదీ \_\_\_\_\_ సంబంధం: వయోజన కుమారుడు 1 \_\_\_\_\_ డౌటర్ ఆఫ్ అడల్ట్ 1 \_\_\_\_\_

భారతీయుడు కాకపోతే దయచేసి టిక్ చేయండి  ఒకవేళ PEP అయితే దయచేసి టిక్ చేయండి

పిల్లవారు 3

పేరు \_\_\_\_\_

లింగము మగ  ఆడ  ఇతర  ఎత్తు \_\_\_\_\_ (HUF) \_\_\_\_\_ (అంగుళం) బరువు \_\_\_\_\_ (kg)

నడుము \_\_\_\_\_ (అంగుళం) పుట్టిన తేదీ \_\_\_\_\_ సంబంధం: వయోజన కుమారుడు 1 \_\_\_\_\_ డౌటర్ ఆఫ్ అడల్ట్ 1 \_\_\_\_\_

భారతీయుడు కాకపోతే దయచేసి టిక్ చేయండి  ఒకవేళ PEP అయితే దయచేసి టిక్ చేయండి

పిల్లవారు 4

పేరు \_\_\_\_\_

లింగము మగ  ఆడ  ఇతర  ఎత్తు \_\_\_\_\_ (HUF) \_\_\_\_\_ (అంగుళం) బరువు \_\_\_\_\_ (kg)

నడుము \_\_\_\_\_ (అంగుళం) పుట్టిన తేదీ \_\_\_\_\_ సంబంధం: వయోజన కుమారుడు 1 \_\_\_\_\_ డౌటర్ ఆఫ్ అడల్ట్ 1 \_\_\_\_\_

భారతీయుడు కాకపోతే దయచేసి టిక్ చేయండి  ఒకవేళ PEP అయితే దయచేసి టిక్ చేయండి

4. నామినేషన్ [పూర్లు]

ప్రతిపాదకుడు మరణిస్తే, పాలసీ కింద చెల్లించాల్సిన ఏదైనా చెల్లింపు దిగువ పేర్కొన్న నామినీకి చెల్లించబడుతుంది. నామినీ ద్వారా అటువంటి చెల్లింపును అందుకోవడం అనేది పాలసీ కింద కంపెనీ యొక్క భద్రతను నిర్ధారించడాన్ని తెలియజేస్తుంది. అన్ని ఇతర దరఖాస్తుదారు(ల)కు నామినీ స్వయంగా ప్రజోజర్ గా ఉండాలి.

| 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: \_\_\_\_\_ లభిదారుని పేరు: \_\_\_\_\_

బ్యాంక్ పేరు \_\_\_\_\_ ఖాతా రకం \_\_\_\_\_ పొరువు \_\_\_\_\_ ప్రస్తుతం \_\_\_\_\_

ఖాతా నెంబరు \_\_\_\_\_ ఐఎఫ్ఎస్సీ కోడ్ \_\_\_\_\_

**5. వైద్య మరియు అలవాట్ల సమాచారం**

ముఖ్యమైనది: దయచేసి ఈ విభాగంలోని అన్ని ప్రశ్నలకు నిజాయితీగా మరియు పూర్తిగా సమాధానం ఇచ్చేలా చూసుకోండి, ఎందుకంటే మీరు ఇక్కడ అందించే సమాచారం నివా బుపా ద్వారా అండర్ రైటింగ్ ఆధారంగా ఉంటుంది. ఏదైనా అసంపూర్ణ, తప్పు, వాక్యీకంగా సరైన సమాచారం మీ క్రెడిట్ మరియు/లేదా కవరేజీని ప్రభావితం చేస్తుందని దయచేసి గమనించండి. అవును (Y) లేదా కాదు (N) అని ప్రదక్షిణ చేయడం ద్వారా దయచేసి సెక్షన్ A మరియు B కింద ప్రశ్నలకు సమాధానం ఇవ్వండి. సెక్షన్ సి లో ఏదైనా బహిష్కరణ వివరాలను

| సెక్షన్ A: దయచేసి వైద్య పరిస్థితులపై సమాచారాన్ని పంచుకోండి  |                     |       |       |       |       |       |
|---|---------------------|-------|-------|-------|-------|-------|
| ప్రతి దరఖాస్తుదారుడి కొరకు దయచేసి దిగువ ప్రశ్నలకు సమాధానం ఇవ్వండి. దయచేసి అవును (Y) లేదా కాదు (N) సర్కిల్ చేయండి  | దరఖాస్తుదారు నెంబరు |       |       |       |       |       |
|   | A1                  | A2    | C1    | C2    | C3    | C4    |
| 1. దరఖాస్తుదారుడు ముందుగా ఉన్న ఏదైనా పరిస్థితుల కొరకు ఏదైనా సంప్రదింపులు తీసుకున్నాడా లేదా చికిత్స పొందాడా లేదా ఈ క్రిందివాటిలో దేనినైనా కలిగి ఉన్నాడా?                     |                     |       |       |       |       |       |
| i. ఏదైనా శస్త్రచికిత్స లేదా శస్త్రచికిత్సా విధానాలు   | మరియు               | మరియు | మరియు | మరియు | మరియు | మరియు |
| ii. 5 రోజులకు పైగా ఆసుపత్రిలో ఉండటం   | మరియు               | మరియు | మరియు | మరియు | మరియు | మరియు |
| iii. 14 రోజులకు మించి మందులు (నోటి/ ఉచ్ఛ్వాసం/ ఇంజక్షన్/ సమయోచితంకో సహా)  | మరియు               | మరియు | మరియు | మరియు | మరియు | మరియు |
| iv. జలుబు, ఫ్లూ, అంటువ్యాధులు, చిన్న గాయం లేదా ఇతర చిన్న అనారోగ్యాలు మినహా గత 6 నెలల్లో ఏదైనా రోగనిర్ధారణ పరీక్ష లేదా పరిశోధనకు ప్రతికూల ఫలితాలు లేదా ఏదైనా నిరంతర లక్షణాలు | మరియు               | మరియు | మరియు | మరియు | మరియు | మరియు |
| v. అధిక లేదా తక్కువ రక్తపోటు/ మధుమేహం లేదా అసాధారణ రక్తంలో చక్కెర   | మరియు               | మరియు | మరియు | మరియు | మరియు | మరియు |
| vi. ఏదైనా క్యాన్సర్, దీర్ఘకాలిక మూత్రపిండాల వ్యాధి, మానసిక, న్యూరోలాజికల్ (మెదడు/ వెన్నెముక) లేదా సంబంధిత రుగ్మతలు  | మరియు               | మరియు | మరియు | మరియు | మరియు | మరియు |
| దిగువ ప్రశ్నకు 18-50 సంవత్సరాల మధ్య వయస్సు గల మహిళలు మాత్రమే సమాధానం ఇవ్వాలి.   |                     |       |       |       |       |       |
| 2. మీరు ప్రస్తుతం గర్భవతిగా ఉన్నారా మరియు/లేదా ప్రస్తుత లేదా మునుపటి గర్భధారణలో ఏదైనా సమస్యలు ఉన్నాయా?  | మరియు               | మరియు | మరియు | మరియు | మరియు | మరియు |

| సెక్షన్ బి: దయచేసి అలవాట్లపై సమాచారాన్ని పంచుకోండి   |                     |       |       |       |       |       |
|--|---------------------|-------|-------|-------|-------|-------|
| ప్రతి దరఖాస్తుదారుడి కొరకు దయచేసి దిగువ ప్రశ్నలకు సమాధానం ఇవ్వండి. దయచేసి అవును (Y) లేదా కాదు (N) సర్కిల్ చేయండి | దరఖాస్తుదారు నెంబరు |       |       |       |       |       |
|  | A1                  | A2    | C1    | C2    | C3    | C4    |
| దరఖాస్తుదారుడు ఈ క్రిందివాటిలో దేనినైనా తీసుకుంటాడా:   | మరియు               | మరియు | మరియు | మరియు | మరియు | మరియు |
| i. నమలదగిన పొగాకు/ గుట్టా/ పాన్ మసాలా - దయచేసి వారానికి ఎన్ని ప్యాకెట్ లు ఉన్నాయో పేర్కొనండి                     |                     |       |       |       |       |       |
| ii. ఆల్కహాల్ - దయచేసి వారానికి ఎన్ని గ్లాసులు/మిలీ ఉన్నాయో పేర్కొనండి  |                     |       |       |       |       |       |
| iii. సిగరెట్లు / బీడీ / సిగార్ - దయచేసి వారానికి వినియోగాన్ని పేర్కొనండి   |                     |       |       |       |       |       |

| సెక్షన్ C: సెక్షన్ Aలో అవును (Y) మార్కు చేయబడ్డ ప్రశ్నల కొరకు, దయచేసి దిగువ సమాచారాన్ని పేర్కొనండి: |   |                           |                         |            |        |  |  |                          |
|---|---|---------------------------|-------------------------|------------|--------|--|--|--------------------------|
| దరఖాస్తుదారు నెంబరు   | లక్షణం(లు) లేదా పరిశోధన(లు) లేదా రోగ నిర్ధారణ లేదా ప్రక్రియ/శస్త్రచికిత్స యొక్క వివరాలు |                           | పరిస్థితి యొక్క వ్యావధి | మందులు(లు) | మోతాదు | ప్రస్తుత స్థితి (ఉదా. పూర్తి/వాక్యీక రికవరీ లేదా కొనసాగుతున్న చికిత్స) | చికిత్స చేసే వైద్యుడి పేరు మరియు కాంటాక్ట్ | జతచేయబడ్డ డాక్యుమెంట్ లు |
|   | వివరాలు[సూచించండి]  | ప్రారంభ తేదీ (DD/MM/YYYY) |                         |            |        |  |  |                          |
|   |   |                           |                         |            |        |  |  |                          |
|   |   |                           |                         |            |        |  |  |                          |
|   |   |                           |                         |            |        |  |  |                          |
|   |   |                           |                         |            |        |  |  |                          |
|   |   |                           |                         |            |        |  |  |                          |
|   |   |                           |                         |            |        |  |  |                          |

| దరఖాస్తుదారుని జీవితకాలంపై జీవిత, ఆరోగ్యం, ఆసుపత్రి రోజువారీ నగదు, వ్యక్తిగత ప్రమాదం లేదా క్రిటికల్ ఇల్ నెస్ బీమా కొరకు ఏదైనా ప్రతిపాదన ఎప్పుడైనా తిరస్కరించబడిందా, వాయిదా వేయబడిందా, లేదా చేయబడింది లేదా ఏదైనా బీమా కంపెనీ ద్వారా మినహాయింపులు వంటి ప్రత్యేక పరీక్షలకు గురైందా? | దరఖాస్తుదారు నెంబరు |       |       |       |       |       |
|--|---------------------|-------|-------|-------|-------|-------|
|  | A1                  | A2    | C1    | C2    | C3    | C4    |
|  | మరియు               | మరియు | మరియు | మరియు | మరియు | మరియు |
|  |                     |       |       |       |       |       |

### 7. ఎలక్ట్రానిక్ పాలసీ ఫుల్ ఫీల్ మెంట్ మరియు సర్వీస్ కమ్యూనికేషన్ కరకు ఆధరైజేషన్

అప్లికేషన్ ఫారంలో పేర్కొనబడ ఇమొలర్ 10కి మీ పాలసీ మరియు సర్వీస్ కు సంబంధించిన అన్ని కమ్యూనికేషన్ లను పంపడానికి కంపెనీకి అధికారం ఇవ్వడం ద్వారా పర్యవరణాన్ని సంరక్షించడం మరియు కాగితాన్ని ఆదా చేయడంలో మీరు సహాయపడాలనుకుంటున్నారా?

అవును  కాదు

### 8. రెన్యువల్ సేమెంట్ సైన్ అప్

కంపెనీలో మీ ప్రస్తుత ఆటోమేటెడ్ క్లీరింగ్ హౌస్ (ఎసిహెచ్ఎ) / స్టాండింగ్ ఇన్స్ట్రక్షన్ (ఎస్ఎ) ను కొనసాగించడం ద్వారా మీ ఆరోగ్య బీమా పాలసీ యొక్క ఫునరుద్ధరణ ప్రీమియంను ప్రతి సంవత్సరం చెల్లించవచ్చు. ఈ ఆప్షన్ కింద, మీ పాలసీని తక్షణమే ఫునరుద్ధరించవచ్చు, అయితే కంపెనీ ద్వారా అవసరమైన సమాచారం మరియు డాక్యుమెంటేషన్ యొక్క అన్ని అదనపు అవశ్యకతలను మీరు పూర్తి చేయాల్సి ఉంటుంది.

నేను ఎసిహెచ్ / ఎస్ఐ రెన్యువల్ ఆప్షన్ ఎంచుకోవాలనుకుంటున్నాను.

### 9. డిక్లరేషన్ (ప్రతిపాదన పత్రంపై సంతకం చేయడానికి ముందు దయచేసి జాగ్రత్తగా చదవండి మరియు ప్రతిదానికి చెక్ మార్క్ వేయండి)

నేను ఇచ్చిన పై 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 అందించబడ సమాచారం బీమా పాలసీకి అధారం అవుతుందని, బీమా కంపెనీ యొక్క బోధు ఆమోదించిన అండర్ రైటింగ్ పాలసీకి లోబడి ఉంటుందని మరియు ధార్లీ చేయదగిన ప్రీమియంను పూర్తిగా చెల్లించిన తరువాత మాత్రమే పాలసీ అమల్లోకి వస్తుందని నేను అర్థం చేసుకున్నాను.

ప్రపోజర్ సబ్జెక్ట్ చేయబడ తరువాత కానీ కంపెనీ ద్వారా రిస్క్ ఆమోదించబడ కమ్యూనికేషన్ కు ముందు బీమా చేయబడే జీవితము యొక్క వ్యతిరేక లేదా సాధారణ ఆరోగ్యంలో సంభవించే ఏదైనా మార్పులను నేను రాతపూర్వకంగా తెలియజేస్తాను.

బీమా చేయించాల్సిన/ప్రతిపాదకుడుగా ఉండాల్సిన వ్యక్తి యొక్క శారీరక లేదా మానసిక ఆరోగ్యాన్ని ప్రభావితం చేసే దేనికైనా సంబంధించి బీమా చేయబడ 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 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 చేయబడ ప్రతిపాదకుని యొక్క వైద్య రికార్డులతో సహా ప్రతిపాదనకు సంబంధించిన సమాచారాన్ని పంచుకోవడానికి నేను కంపెనీకి అధికారం ఇస్తున్నాను.

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

ఖర్చుం \_\_\_\_\_ సంతకం \_\_\_\_\_ ప్రతిపాదకుని సంతకం

### 10. ప్రాంతీయ భాష ప్రకటన

(ప్రతిపాదకుడు ప్రాంతీయ భాషలో సంతకం చేసినట్లుంటే దృవీకరణ (కంపెనీ యొక్క ఎజెండ్/ఉద్దేశ్య కాకుండా మరెవరూ సాక్ష్యం ఇవ్వాలి). ఈ రూపం యొక్క కంపెంట్ మరియు దాని వివరాలను నేను ప్రాంతీయ భాషలో ప్రపోజర్ కు వివరించాను, అతను దానిని అర్థం చేసుకున్నాడు మరియు ధృవీకరించాడు:

సాక్షి పేరు(మార్పు) \_\_\_\_\_ సాక్షి \_\_\_\_\_ ప్రతిపాదకుని సంతకం

సంతకం(మార్పు) \_\_\_\_\_ సంతకం \_\_\_\_\_

### 11. ప్రపోజర్ డిక్లరేషన్

(ఏ కారణం చేతనైనా, ప్రతిపాదన మరియు ఇతర అనుసంధాన పత్రాలను ప్రాసెస్ ద్వారా నింపబడని సర్టిఫికేషన్). ప్రపోజర్ ఫారం మరియు సంబంధిత డాక్యుమెంట్ లోని విషయాలు నాకు పూర్తిగా వివరించబడ్డాయి మరియు ప్రతిపాదిత కాంట్రాక్ట్ యొక్క ప్రాముఖ్యతను నేను పూర్తిగా అర్థం చేసుకున్నాను. నా ఆదేశాల మేరకు ప్రపోజర్ ఫారం \_\_\_\_\_ ద్వారా నింపబడింది మరియు అది సరైనదని నేను కనుగొన్నాను.

ప్రతిపాదకుని సంతకం



కీ ఫీచర్ డాక్యుమెంట్ (KFD) -

GoActive™

నివా బుపా 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 ప్రోత్సహిస్తాము.

యాక్టివ్ మీకు ఆసుపత్రిలో చేరడం నుండి అవుట్ పేమెంట్ ప్రయోజనాల నుండి వ్యక్తిగత ప్రమాద కవర్ వరకు సమగ్ర శ్రేణి ప్రయోజనాలను అందిస్తుంది, మీ అవసరాలను మెరుగ్గా తీర్చడానికి బహుళ బదిలీ ప్రయోజనాలతో సహా.

మీ పాలసీలో పేర్కొన్న విధంగా కొన్ని పరిమితులు మరియు మినహాయింపులకు లోబడి ఈ క్రింది బేస్ బెనిఫిట్ లు అందించబడతాయి:

- గది అద్దె మరియు ఐసీయూ ఛార్జీలతో సహా ఆసుపత్రిలో ఇన్సైడ్ సందర్శన
- ఆసుపత్రిలో చేరడానికి ముందు మరియు తరువాత ఖర్చులు వరుసగా 90 మరియు 180 రోజులు
- సజీవ అవయవ మార్పిడి
- డిమెన్సరీ హాస్పిటలైజేషన్ మరియు హెమామ్ హెల్త్ కేర్ సేవలు
- ఎమర్జెన్సీ గ్రౌండ్ అంబులెన్స్
- పాలసీ సంవత్సరంలో చేసిన క్లెయిమ్ ల కారణంగా, విభిన్న అస్వస్థతలు/పరతుల కొరకు లేదా పాలసీ కింద కవర్ చేయబడని ఇతర బీమా చేయబడని సభ్యుల కొరకు బీమా మొత్తం
- అయిపోయినట్లయితే, బెనిఫిట్ ని తిరిగి నింపండి.
- మీకు సచ్చిన్న వార్షిక ఆరోగ్య చెక్ప్ షాప్ కేజీ లేదా రోగనిర్ధారణ పరీక్షల ఎంపిక
- అవుట్ పేమెంట్ కన్సల్టేషన్ లు గరిష్ఠంగా ప్రతి కన్సల్టేషన్ పరిమితికి లోబడి ఉంటాయి
- నిర్దిష్ట అనారోగ్యాల నిర్ధారణ లేదా ప్రణాళికాబద్ధమైన శిశు చికిత్స లేదా శిశు చికిత్సా విధానాల పై నిపుణుల నుండి రెండవ వైద్య అభిప్రాయం
- ఒత్తిడి నిర్వహణ, పోషకాహారం, సంతానోత్పత్తి మరియు ఇతరులపై మద్దతును అందించడానికి కోన్సల్టేషన్ సెషన్ లు
- ఫార్మసీ మరియు డయాగ్నోస్టిక్ బుకింగ్ సేవలు
- ఎర్లీ విజ్ డిస్కాంట్: మొదటి పాలసీ ప్రారంభ సమయంలో పెద్ద సభ్యుడి వయస్సు 35 సంవత్సరాల కంటే తక్కువ లేదా సమానంగా ఉంటే, మొదటి పాలసీ సమయంలో మరియు జీవితకాలానికి అన్ని తదుపరి పునరుద్ధరణల సమయంలో బేస్ ప్రీమియంలో 10% డిస్కాంట్ ఇవ్వబడుతుంది (అంటే ఏదైనా లోడింగ్ లేదా డిస్కాంట్ కు ముందు ప్రీమియం, బేస్ కవర్ కోసం పన్నులు మినహాయింది). ఒకవేళ వర్తిస్తే ఫ్యామిలీ ఫ్లోటర్ పాలసీ ప్రీమియంకు కూడా ఈ డిస్కాంట్ వర్తిస్తుంది.
- ముంబై (నవీ) ముంబై మరియు థానేతో సహా, ఢిల్లీ ఎన్ సిఆర్, కోల్ కతా మరియు గుజరాత్ రాష్ట్రంలో చికిత్స కోసం 20% కో-పేమెంట్ దరఖాస్తు చేసే/వర్తించని జోన్ కవరేజీ ప్రాతిపదికన ఎంచుకోవడం
- పరిమితులకు లోబడి కవర్ చేయబడే ఆధునిక చికిత్సలు

మీ పాలసీలో పేర్కొన్న విధంగా కొన్ని పరిమితులు మరియు మినహాయింపులకు లోబడి ఈ క్రింది బదిలీ ప్రయోజనాలు అందించబడతాయి:

- బ-ప్లాస్: ప్రతి పునరుద్ధరణపై బీమా మొత్తాన్ని బేస్ ఇన్సూరెన్స్ మొత్తంలో 10% పెంచడం. పాలసీ రెన్యూవల్ చేసుకున్నంత కాలం లేదా ఈ ప్రయోజనాన్ని ఎంచుకోవాలని మీరు అభ్యర్థించే వరకు ప్రతి పాలసీ సంవత్సరానికి ఈ ప్రయోజనం అందించబడుతుంది.
- హెల్త్ కేవ - వ్యక్తిగత ఆరోగ్య కోచ్ తో సహా మిమ్మల్ని మీరు ఫిట్ గా మరియు ఆరోగ్యంగా ఉంచడానికి చెల్ నెస్ సేవలు. మీ హెల్త్ స్యూర్ ఆధారంగా, పునరుద్ధరణ సమయంలో బేస్ ప్రీమియంలో 20% వరకు ప్రీమియం డిస్కాంట్ (అంటే పన్నులు మరియు ఆఫ్సెట్ ప్రయోజనాలను మినహాయింది ప్రీమియం) వర్తించవచ్చు.
- ప్రమాదవశాత్తు మరణం, శాశ్వత మొత్తం మరియు పాక్షిక వైకల్యానికి వ్యతిరేకంగా వ్యక్తిగత ప్రమాద కవరేజీ

ఆఫ్సెట్ బెనిఫిట్ ల కొరకు అదనపు వార్షిక ప్రీమియం వసూలు చేయబడుతుందని దయచేసి గమనించండి.

ఇదే కవర్ కంటానే ఈ ఫలాన్ని ఖాళీగా వదిలేశారు.

పాలసీ ప్రకారము వెయిటింగ్ పీరియడ్ లు వర్తిస్తాయని గమనించండి:

- పాలసీ ప్రారంభించినప్పటి నుండి 36 నెలల ముందస్తు వ్యాధి వెయిటింగ్ పీరియడ్ మరియు నిరంతర పునరుద్ధరణ
- ఒక ప్రమాదం ఫలితంగా చికిత్స అవసరం అయితే తప్ప 30 రోజుల ప్రారంభ వెయిటింగ్ పీరియడ్
- కొన్ని జాబితా చేయబడని అనారోగ్యాల కొరకు నిర్దిష్ట వెయిటింగ్ పీరియడ్ 24 నెలలు, ఈ పరిస్థితి నేరుగా క్యాన్సర్ (30 రోజుల ప్రారంభ వెయిటింగ్ పీరియడ్ తరువాత కవర్ చేయబడుతుంది) లేదా యాక్సిడెంట్ (మొదటి రోజు నుండి కవర్ చేయబడుతుంది) ద్వారా సంభవించకపోతే.
- వార్షిక ఆల్గ్ చెక్స్ లేదా రోగనిర్ధారణ పరీక్షలు, రెండవ వైద్య అభిప్రాయం, అవుట్-పేషెంట్ కన్సల్టేషన్ లు, కొన్నిటింగ్ సెషన్ లు మరియు ఎంచుకున్నట్లయితే ఆఫ్షన్ ల్ బెనిఫిట్ లకు వెయిటింగ్ పీరియడ్ లు వర్తించవని దయచేసి గమనించండి.

పాలసీ కాంట్రాక్ట్ లో పేర్కొన్న విధంగా ప్రమాణాల మినహాయింపులు వర్తిస్తాయని గమనించండి. అదనంగా, అందర్ లైటింగ్ ఫలితాల ఆధారంగా, కొన్ని నిర్దిష్ట మినహాయింపులు కూడా మీ పాలసీకి వర్తించవచ్చు.

మీ పాలసీ యొక్క ఇతర కీలక లక్షణాలు ఈ క్రింది విధంగా ఉన్నాయి:

- వ్యక్తిగత లేదా ప్యామిలీ ప్లాన్ కవర్ (2 పెద్దలు మరియు 4 పిల్లల వరకు), పాలసీలో సభ్యుల(లు) ఏదైనా జీవించడం లేదా తొలగించడం పునరుద్ధరణ
- సమయంలో మాత్రమే చేయబడుతుంది.
- మీ ధృవీకరణ మరియు సకాలంలో చెల్లించాల్సిన ప్రీమియం చెల్లింపుకు లోబడి మీ పాలసీ యొక్క జీవితకాల పునరుద్ధరణ.
- మీ వయస్సు పెరిగేకొద్దీ మీ పునరుద్ధరణ ప్రీమియం ప్రతి సంవత్సరం పెరుగుతుంది కాని మీ క్లెయిమ్ అనుభవం ఆధారంగా మారుదు. ఐఆర్ఓఐ ఆమోదానికి లోబడి, ఎప్పటికప్పుడు వర్తించే ఐఆర్ఓఐ నియమనిబంధనలకు అనుగుణంగా భవిష్యత్తులో ఉత్పత్తి పునరుద్ధరణ ప్రీమియం రేట్లను సవరించవచ్చు.
- ఒకవేళ జారీ చేయడానికి మీ ప్రతిపాదన తిరస్కరణకు గురైతే, ప్రీ పాలసీ మెడికల్ చెక్స్ (పిపిఎస్) ఖర్చులో 100% మీరు భరిస్తారు.

గమనిక:

ప్రీ లుక్ ప్రోవిజన్: పాలసీ నియమనిబంధనలకు మీరు అంగీకరించకపోతే, పాలసీ డాక్యుమెంట్ అందుకున్న 15 రోజుల్లోగా మీ కారణాలను తెలియజేస్తూ, ఏదైనా ప్రయోజనాల కింద క్లెయిమ్ లు చేయకపోతే, మీరు పాలసీని రద్దు చేయవచ్చు. మెడికల్ చెక్స్, ప్లాంట్ డ్యూటీ, కవర్ పీరియడ్ కోసం దామాషా రిస్క్ ప్రీమియం కోసం ఛార్జీలు మినహాయించిన తర్వాత ప్రీమియం రీఫండ్ చేయబడుతుంది. పాలసీ రెన్యూవల్ సమయంలో ప్రీ లుక్ నిబంధన వర్తించదు. ప్రీమియం: దయచేసి ప్రీమియం మొత్తాన్ని నివాస బహుళ హెల్త్ ఇన్సూరెన్స్ కంపెనీ లిమిటెడ్ పేరిట సురక్షితమైన చెల్లింపు విధానం ద్వారా డిపాజిట్ చేయండి. ఈ ప్రాడక్ట్ కింద అవుట్ పేషెంట్ కన్సల్టేషన్ బెనిఫిట్ ఎంపిక చేసిన నగరాల్లోని డాక్టర్ నెట్ వర్క్ లో నగదు రహిత మరియు రీయంబర్స్ మెంట్ ప్రాతిపదికన మాత్రమే లభిస్తుందని దయచేసి గమనించండి. మా వెబ్ సైట్ [www.nivabupa.com](http://www.nivabupa.com) పాలసీని కొనుగోలు చేయడానికి ముందు దయచేసి నగరాల జాబితాను తనిఖీ చేయండి లేదా మా కస్టమర్ హెల్ప్ లైన్ నంబర్ 1860-500-8888 కు కాల్ చేయడం ద్వారా.

\_\_\_\_\_ కంపెనీ యొక్క ప్రతిపాదిత లేదా ప్రస్తుత పాలసీకి సంబంధించి ఎప్పటికప్పుడు స్వాగత కార్డు, సర్వీస్ కార్డు లేదా ఏదైనా ఇతర కమ్యూనికేషన్ (ఎలక్ట్రానిక్ లేదా ఇతరత్రా) చేయడానికి నేను ఇందుమూలంగా సమ్మతి తెలియజేస్తున్నాను మరియు అధికారం ఇస్తున్నాను.

ఖర్చారం: \_\_\_\_\_ ప్రతిపాదకుని సంతకం: \_\_\_\_\_

ఉంచు: \_\_\_\_\_ ప్రతిపాదకుని పేరు: \_\_\_\_\_

నివాస బహుళ హెల్త్ ఇన్సూరెన్స్ కంపెనీ లిమిటెడ్, రిజిస్టర్డ్ ఆఫీసు:- సీ-98, మొదటి అంతస్తు, లజపత్ నగర్, పార్ట్ 1, న్యూఢిల్లీ-110024

డిస్కైమ్: ఇన్సూరెన్స్ అనేది అభ్యర్థనకు సంబంధించిన విషయం. నివాస బహుళ హెల్త్ ఇన్సూరెన్స్ కంపెనీ లిమిటెడ్ (గతంలో దీనిని మ్యాక్స్ బహుళ హెల్త్ ఇన్సూరెన్స్ కంపెనీ లిమిటెడ్ అని పిలిచేవారు) (ఐఆర్ డిఎఐ రిజిస్ట్రేషన్ నెం. 145) 'బహుళ హెల్త్ బీల్' లోగోలు ఆయా యజమానుల రిజిస్ట్రేషన్ (రీడి మార్క్) లు మరియు లైసెన్స్ కింద నివాస బహుళ హెల్త్ ఇన్సూరెన్స్ కంపెనీ లిమిటెడ్ ద్వారా ఉపయోగించబడుతున్నాయి. కస్టమర్ హెల్ప్ లైన్: 1860-500-8888. వెబ్సైట్: [www.nivabupa.com](http://www.nivabupa.com). సీబిఎన్: U66000DL2008PLC182918. నిబంధనలు మరియు షరతులు, మినహాయింపులు, ప్రమాద కారకాలు, వెయిటింగ్ పీరియడ్ మరియు ప్రయోజనాలకు సంబంధించిన మరియు వివరాల కొరకు, దయచేసి అమ్మకాన్ని ముగించే ముందు సేల్స్ బ్రోకర్ ను జాగ్రత్తగా చదవండి.

ప్రాడక్ట్ పేరు : గోయాక్స్ టీఎమ్, ప్రాడక్ట్ UIN నెంబరు: MAXHLP21173V022021

కంపెనీ నుంచి ఆమోదం

అఫ్ఫిడేవ్ నెంబరు. \_\_\_\_\_ ఖర్చారం \_\_\_\_\_

మీ ప్రపోజల్ అందుకున్నందుకు మరియు చెక్/డిమాండ్ డ్రాఫ్ట్/ఇతరులు \_\_\_\_\_ ద్వారా మొత్తాన్ని మేం కృతజ్ఞతతో అంగీకరిస్తున్నాం.

మొత్తం రూ. \_\_\_\_\_ తేదీ \_\_\_\_\_ గీతారు \_\_\_\_\_

బీమా కొరకు పూర్తి చేయబడని ప్రతిపాదనను లేదా కొరవ ఏదైనా పాలసీ కొరకు ఏదైనా చెల్లింపును మాకు సమర్పించడం వల్ల పాలసీని జారీ చేయడానికి అంగీకరించమని మమ్మల్ని బలవంతం చేయదు, ఈ నిర్ణయం ఎల్లప్పుడూ మన యొక్క సంపూర్ణ మరియు సంపూర్ణ వివక్షతై ఆధారపడి ఉంటుంది. ఒకవేళ బీమా కొరకు ఒక ప్రతిపాదనను మేం అంగీకరించినట్లయితే, అది పాలసీ యొక్క నియమనిబంధనలకు లోబడి ఉంటుంది మరియు ప్రీమియం పూర్తిగా మరియు సకాలంలో అందుకోసం ఉంటే 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.

రీసీవర్ యొక్క సంతకం మరియు ఆఫీసు సీల్

\_\_\_\_\_

ప్రాడక్ట్ పేరు : గోయాక్స్ టీఎమ్, ప్రాడక్ట్ UIN నెంబరు: MAXHLP21173V022021