

ఆరోగ్య బీమా ప్రతిపాదన పత్రం#

(URN: 002)

దయచేసి ఈ ఫారాన్ని తనకు మరియు ప్రతిపాదిత బీమా చేయబడ ప్రతి వ్యక్తి కొరకు క్యాపిటల్ లెటర్స్ లో నింపండి. ఈ ప్రపోజల్ ఫారంలో ఏదైనా ప్రశ్నకు సమాధానం ఇవ్వడానికి మీకు అదనపు స్థలం అవసరమైతే, దయచేసి అదనపు కాగితాలను జతచేయండి మరియు ఇవ్వబడ సమాచారానికి సంబంధించిన ప్రశ్న సంఖ్యను అదనపు షీట్ పై పేర్కొనండి.

1. ప్రపోజర్ వివరాలు*

బిరుదు పేరు
 ప్రస్తుత చిరునామా
 కొండగురు నగరం
 జిల్లా రాష్ట్రం పిన్ కోడ్
 ల్యాండ్ లైన్ మొబైల్ నెంబరు.
 ఇమెయిల్ ఇడి పాస్ నెంబరు.
 జాతీయత(మారు) వార్షికాదాయం (రూ.) కేవల శ్రమి స్వయం ఉపాధి
 పాలసీ కిట్ యొక్క ఫిజికల్ కాపీ మీకు కావాలా? అవును కాదు
 బ్యాంకు వివరాలు
 బ్యాంకు పేరు కొమ్మ
 నగరం ఖాతా నెంబరు.
 ఐఫ్ఎస్బీ కోడ్ ఖాతా రకం పొదుపు ప్రస్తుతం

ఎలక్ట్రానిక్ ఇన్సూరెన్స్ అకౌంట్ (ఈఐఏ) వివరాలు

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

కాదు నాకు ఇ-ఇన్సూరెన్స్ ఖాతా లేదు మరియు దానిని తెరవాలని అనుకోవడం లేదు. గ్రామీణ మరియు సామాజిక రంగం కేటగిరీ (వర్గీకృత):
 అవును ఈ పాలసీని నా ఇ-ఇన్సూరెన్స్ ఖాతాకు జమ చేయండి ఆశా వర్గీకృత ఎంజిఎన్ ఆర్ ఇజిఎ కార్డుకు

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

దయచేసి బీమా రిపోజిటరీ పేరు ఎంచుకోండి (మీరు మీ ఖాతాను తెరిచారు)

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

నాకు ఇప్పటికే ఇ-ఇన్సూరెన్స్ ఖాతా లేదు మరియు కొత్త ఇ-ఇన్సూరెన్స్ ఖాతాను సృష్టించడానికి నేను ఆసక్తిగా ఉన్నాను (దయచేసి సంబంధిత

డాక్యుమెంట్లు అప్లోడ్ చేయండి). **ఎలక్ట్రానిక్ ఇన్సూరెన్స్ అకౌంట్ ఓపెనింగ్ ఫారం (eIA ఫారం)** సబ్మిట్ చేయండి.

2. కవరేజ్ ఎంపిక

బెనిఫిట్ లైన్ (దయచేసి సంబంధిత బాక్సులను టీక్ చేయండి. మీరు బహుళ ప్రయోజనాలను ఎంచుకోవచ్చు)

కుటుంబ కలయికలు: 1A 1A+1C 1A+2C 2A 2A+1C 2A+2C
 యాక్సిడెంట్ కేర్#: బీమా మొత్తం (రూ.)
 యాక్సిడెంట్ రిపేరింగ్ టోటల్ డిజెబిలిటీ (టిడి): అవును కాదు బీమా మొత్తం* (రూ.)
 యాక్సిడెంట్ హాస్పిటలైజేషన్
 క్రిటికేర్#: బీమా మొత్తం (రూ.) ఆప్షన్ 1 ఆప్షన్ 2
 HospiCash: డైలీ హెంసీక్యాష్ లిమిట్ (రూ.)
 పాలసీ వ్యవధి: 1 సంవత్సరం 2 సంవత్సరం 3 సంవత్సరం

#For యాక్సిడెంట్ కేర్ మరియు క్రిటికేర్, వేతనం పొందిత ప్రపోజర్ యొక్క వార్షిక ఆదాయానికి 12 రెట్లు లేదా స్వయం ఉపాధి పొందిత ప్రపోజర్ కు వార్షిక ఆదాయానికి 15 రెట్లు వరకు బీమా చేయవచ్చు. యాక్సిడెంట్ కేర్ 2 సంవత్సరాల కంటే తక్కువ వయస్సు ఉన్న ఆధారపడిన పిల్లలకు అందుబాటులో ఉంది. ఆధారపడిన పిల్లలకు క్రిటికేర్ అందుబాటులో ఉంది. వేతన శీఘ్ర కరకు, వార్షిక ఆదాయం ఫిక్సెడ్ CTC (టేనెస్ లు మరియు కమిషన్ లు మినహాయించి కంట్రీ ఆయో: ఇందు) ప్రాతిపదికన పరిగణనలోకి తీసుకోబడుతుంది. టోటల్ రిపేరింగ్ డిజెబిలిటీ (టిడి) కొరకు బీమా చేయబడిన మొత్తం రూ. 1 లక్ష నుంచి రూ. 20 లక్షల మధ్య ఉండాలి (రూ. 50,000 యొక్క మల్టిప్లర్ లో). అయితే టీడి బీమా మొత్తం వార్షిక ఆదాయం లేదా యాక్సిడెంట్ కేర్ మొత్తం బీమా యొక్క 2 రెట్లు మించరాదు. వార్షిక ఆదాయం అనేది ఒకటి వర్గీకృత, వేతనం లు, చిట్టాలు, కమిషన్లు, అలవెన్సులు, ప్రత్యేక పరిహారాలు, ఇతర వనరుల నుండి వచ్చే ఆదాయం లేదా ప్రాథమిక బీమాదానికే ఇతర కలిపిన వేతనం కేవలం షే యొక్క ఏదైనా బాగాలు మినహాయించి కంట్రీ ఆయో వ్యాప్తం

3. ప్రతిపాదిత బీమా చేయబడ వ్యక్తి(లు) యొక్క వివరాలు

బీమా నెంబరు 1	పేరు	పుట్టిన తేదీ (DD/MM/YYYY)	ఎత్తు (అంగుళం)	బర్నవు (కేలోలు)	నడుము (అంగుళం)
బీమా నెంబరు 2	లింగం (M/F)	ప్రపోజర్ తో సంబంధం(మారు)	వృత్తి:	విద్య:	రిస్క్ క్లాస్*

భీమా నెంబరు 2	పేరు		పుట్టిన తేదీ (DD/MM/YYYY)	ఎత్తు (అంగుళం)	బరువు (కిలోలు)	నడుము (అంగుళం)
	లింగం (M/F)	ప్రజాజర్ తీ సంబంధం[మారు]	వృత్తి:	విద్య:	రిస్క్ క్లాస్*	

భీమా నెంబరు 3	పేరు		పుట్టిన తేదీ (DD/MM/YYYY)	ఎత్తు (అంగుళం)	బరువు (కిలోలు)	నడుము (అంగుళం)
	లింగం (M/F)	ప్రజాజర్ తీ సంబంధం[మారు]	వృత్తి:	విద్య:	రిస్క్ క్లాస్*	

భీమా నెంబరు 4	పేరు		పుట్టిన తేదీ (DD/MM/YYYY)	ఎత్తు (అంగుళం)	బరువు (కిలోలు)	నడుము (అంగుళం)
	లింగం (M/F)	ప్రజాజర్ తీ సంబంధం[మారు]	వృత్తి:	విద్య:	రిస్క్ క్లాస్*	

* రిస్క్ క్లాస్-2కు ప్రీమియంపై 50 శాతం లోడింగ్ ఉంటుంది. పాలసిదారుడి వృత్తి ఆధారంగా యాక్సిడెంట్ కేర్ కవరేజీ విషయంలో మూత్రమే ఇది వర్తిస్తుంది.

4. నామినేషన్ (ప్రైమరీ ఇన్సూరెన్స్ కొరకు)

నామినీ పేరు	పుట్టిన తేదీ	ప్రజాజర్ తీ సంబంధం[మారు]	నామినీ యొక్క చిరునామా, మొబైల్ నెంబరు మరియు ఇమెయిల్ ఐడి	నియమిత పేరు (నామినీ వయస్సు 18 సంవత్సరాల కంటే తక్కువగా ఉంటే)
			చిరునామా పి.సాచ్. నెం.	

నామినీ బ్యాంక్ వివరాలు:

బ్యాంకు పేరు _____ కొమ్ము _____ ఐఎఫ్ఎస్సీ కోడ్ _____

సగం _____ ఖాతా నెంబరు. _____ ఖాతా రకం పొదుపు ప్రస్తుతం

5. వైద్య చరిత్ర

సెక్షన్ ఎ: మెడికల్ ఇన్సూరెన్స్

క్రిటికల్ మరియు/లేదా హెర్నీయా విషయంలో సమాధానం ఇవ్వాలి. ఒకవేళ కేవలం యాక్సిడెంట్ కేర్ మూత్రమే ఎంచుకున్నట్లయితే, దయచేసి Q1కు మూత్రమే సమాధానం ఇవ్వండి.	భీమా చేసిన నెంబరు. (దరఖాస్తుదారునికి వ్యతిరేకంగా దయచేసి అవును/కాదు అని సమాధానం ఇవ్వండి)			
	1	2	3	4
1. మీరు మంచి ఆరోగ్యంతో ఉన్నారా మరియు/లేదా పుట్టినప్పటి నుండి లేదా తరువాత ఏదైనా మానసిక/శారీరక వైకల్యం మరియు/లేదా వైకల్యం మరియు/లేదా వైకల్యంతో బాధపడుతున్నారా?	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N
2. మీ రోజువారీ కార్యకలాపాలను ప్రభావితం చేసిన ఏదైనా లక్షణాల కోసం 7 రోజులకు మించి బెడ్ రెస్ట్ లేదా ఆసుపత్రిలో చేరాలని మీకు సలహా ఇవ్వబడిందా?	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N
3. మీరు 5 రోజుల కంటే ఎక్కువ కాలంగా ఏదైనా అసౌకర్యం/లక్షణంతో బాధపడుతున్నారా లేదా బాధపడుతున్నారా, దీని కోసం మీరు ఎటువంటి సంప్రదింపులు తీసుకోలేదా లేదా అలా చేయాలని యోచిస్తున్నారా?	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N
4. మీరు ఎప్పుడైనా 7 రోజుల కంటే ఎక్కువ కాలం లేదా వారపు లేదా నెలవారీ ప్రాతిపదికన ఏదైనా చికిత్స లేదా మందులు తీసుకుంటున్నారా?	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N
5. TMT, యాంజియోగ్రఫీ, ఎకో కార్డియోగ్రఫీ, ఎండోస్కోపీ, CT స్కాన్, MRI, FNAC, బయాప్సీ మొదలైన ఈ క్రింది పరీక్షలలో దేనినైనా మీరు ఎప్పుడైనా చేయించుకున్నారా లేదా సలహా ఇచ్చారా?	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N
6. మీరు ఎప్పుడైనా ఏదైనా ఆపరేషన్ లేదా శస్త్రచికిత్స చేయించుకోవాలని ప్లాన్ చేశారా?	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N
7. మీకు అధిక రక్తపోటు మరియు/లేదా మధుమేహం మరియు/లేదా అధిక కొలెస్ట్రాల్ మరియు/లేదా గుండె సమస్య మరియు/లేదా ఛైరాయిట్ రుగ్మత ఉందా?	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N
8. మీరు ఎప్పుడైనా ఏదైనా రక్తమైన క్యాన్సర్ బాధపడుతున్నారా? రోటిన్ స్క్రీనింగ్ కాకుండా సంభావ్య క్యాన్సర్ నిర్ధారణను తీసుకున్నాడానికి ఏదైనా స్క్రీనింగ్ చేయించుకోమని మీకు ఎప్పుడైనా సలహా ఇవ్వబడిందా?	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N
9. మీరు ఎప్పుడైనా పొగాకు సంబంధిత ఉత్పత్తులైన సిగరెట్/ గుట్కా-పాన్ లేదా ఆల్కహాల్ లేదా ఏదైనా ఇతర మదకద్రవ్యాలను రోజువారీ లేదా వారానికి ఒక నెల కంటే ఎక్కువ కాలం తీసుకున్నారా లేదా వినియోగిస్తున్నారా?	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N

భీమా చేయించుకోవాలని మహిళా జీవితానికి సంబంధించి సమాధానం ఇవ్వాలి:

10. మీరు ప్రస్తుతం గర్భవతిగా ఉన్నారా మరియు/లేదా ఏదైనా రక్తమైన సంతానోత్పత్తి చికిత్స చేయించుకున్నారా/చేయించుకుంటున్నారా మరియు/లేదా సిజేరియన్ ద్వారా జన్మించారా?	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N
11. రొమ్ము, రుతుచక్రం, గర్భధారణ మరియు/లేదా గర్భధారణ మరియు/లేదా రోటిన్ పరీక్ష కాకుండా PAP స్మియర్, మామోగ్రామ్ కు సంబంధించిన ఏదైనా స్త్రీ జననంద్రయ సమస్యలు మీకు ఎప్పుడైనా ఉన్నాయా?	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N

సెక్షన్ B: (క్రిటికల్ మరియు/లేదా హెర్నీయా విషయంలో మూత్రమే వర్తిస్తుంది) సెక్షన్ Aలో Q1కు 'లేదు' మరియు/లేదా Q2 నుంచి Q11 వరకు ఉన్న ప్రశ్నలకు 'అవును' అని సమాధానం ఇచ్చినట్లయితే దయచేసి వివరాలను అందించండి. అనారోగ్యం/ మెడిసిన్/ ట్రెస్/ సర్జరీ/ గాయం/ వైకల్యం/ వైకల్యం/ బలహీనత యొక్క పేరు మరియు వివరాలు.

బీమా చేసిన నెంబరు.	ప్రతిపాదన నెం.	అవకాశం మొత్తం రకం	ఖచ్చితమైన రోగ నిర్ధారణ మరియు ద్రవ్యాలను చేయబడింది	రోగ నిర్ధారణ తేదీ	సంప్రదించు తేదీ	చికిత్స వివరాలు/ ఆసుపత్రిలో చేరిన చరిత్ర	డాక్టర్ మరియు ఆసుపత్రి పేరు మరియు ఫోన్ నెంబరు మరియు దాని కోసం ఆసుపత్రిలో చేరా

(ఈ ప్రతిపాదన పత్రంలో ఏదైనా ప్రశ్నకు సమాధానం ఇవ్వడానికి మీకు అదనపు ఫలం అవసరమైతే, దయచేసి అదనపు కాగితాలను జతచేయండి మరియు అదనపు షీట్ పై సమాచారం అందించబడుతున్న ప్రశ్న సంఖ్యను సూచించండి.)

సెక్షన్ సి: ఖాతా చేయబడే వ్యక్తి/ప్రతిపాదకుడు రాజకీయంగా బహిష్కరించిన వ్యక్తి (PEP) కాదా? (ఒకవేళ అవును అయితే, దయచేసి PEP ప్రశ్నావళిని నింపండి) అవును కాదు

భారతదేశం మరియు/లేదా విదేశాలలో ఏదైనా క్రిమినల్ ప్రొసీడింగ్స్ కింద మీకు శిక్ష పడిన చరిత్ర ఉందా? అవును కాదు

#PEP అంటే కేంద్ర లేదా రాష్ట్ర ప్రభుత్వ అధికారులు/ మంత్రులు, సీనియర్ రాజకీయ నాయకులు, సీనియర్ ప్రభుత్వ న్యాయ లేదా సైనిక అధికారులు, ప్రభుత్వ సంస్థల సీనియర్ ఎగ్జిక్యూటివ్ లు, ముఖ్యమైన పార్టీ అధికారులు, తక్షణ కుటుంబ సభ్యుడు లేదా అంతకంటే ఎక్కువ వ్యక్తులు (జీవిత భాగస్వామి, తల్లిదండ్రులు, పిల్లలు, జీవిత భాగస్వామి తల్లిదండ్రులు లేదా తీబుట్టువులు మరియు పిఇపిల సన్నిహిత సహచరులు).

సెక్షన్ డి: ఫ్యామిలీ హిస్టరీ* (క్రిటికల్ మరియు హెర్సిట్యూమ్ కవరేజీకి వర్తిస్తుంది) మీ తల్లిదండ్రులు, సోదరులు లేదా సోదరీమణులకు క్యాన్సర్, మధుమేహం, రక్తపోటు (అధిక రక్తపోటు), గుండె లేదా మూత్రపిండాల వ్యాధి, పాలిసిస్టిక్ మూత్రపిండాల వ్యాధి, మానసిక లేదా నాడీ రుగ్మత (అల్టిమర్స్ వ్యాధితో సహా), స్ట్రోక్, మల్టిపుల్ స్క్లెరోసిస్, మైటోకాన్డ్రోపాథీ వ్యాధి లేదా నిరంతర / దీర్ఘకాలిక స్వభావం ఉన్న ఇతర వంశపారంపర్య రుగ్మతలు ఉన్నాయా?

బీమా చేసిన నెంబరు.	ప్రతిపాదకుడితో సంబంధం	వ్యాధి లేదా రుగ్మత (ఏవైనా ఉంటే)	వయస్సు (జీవించి ఉంటే)	ప్రారంభ వయస్సు	మరణానికి కారణం (వర్గీకృతం)	మరణ వయస్సు (ఒకవేళ వర్గీకృతం)

* వయోజన సభ్యుడికి మాత్రమే అందించాలి

6. కుటుంబ వైద్యుడి వివరాలు

కుటుంబ వైద్యుడి పేరు _____ కాంటాక్ట్ నెం.1 _____ కాంటాక్ట్ నెం.2 _____

7. ప్రాథమిక ఆస్తి బీమా వివరాలు

మీరు లేదా ఎవరైనా వ్యక్తి(లు) నివా బూపా హెల్త్ ఇన్సూరెన్స్ కంపెనీ లిమిటెడ్ లేదా మరదైనా బీమా కంపెనీతో హెల్త్ ఇన్సూరెన్స్/పర్సనల్ యాక్సిడెంట్ పాలసీ కింద ఇప్పటికే బీమా చేయించుకోవాలని ప్రతిపాదించారా? అవును కాదు

ఒకవేళ అవును అయితే, మీరు ఎప్పటి నుంచి నిరంతరం బీమా చేయబడ్డారు DD/MM/YYYY

బీమా చేసిన నెంబరు.	బీమా కంపెనీ పేరు	పాలసీ నెంబరు/అప్లికేషన్ నెంబరు	బీమా చేయబడిన తేదీ (తేదీ)	టు (తేదీ)	బీమా చేసిన మొత్తం	కైయమ్ వివరాలు (ఏవైనా ఉంటే)

8. డిక్లరేషన్ (సంతకం చేయడానికి ముందు దయచేసి జాగ్రత్తగా చదవండి మరియు ప్రతిదానికి చెక్ మార్క్ వేయండి)

- నా ద్వారా అందించబడే సమాచారం బీమా పాలసీకి ఆధారం అవుతుందని, బీమా కంపెనీ యొక్క బోర్డు ఆమోదించిన అండర్ రైటింగ్ పాలసీ లోబడి ఉంటుందని మరియు ఛార్జ్ చేయదగిన ప్రీమియం పూర్తిగా అందుకున్న తరువాత మాత్రమే పాలసీ అమల్లోకి వస్తుందని నేను అర్థం చేసుకున్నాను.
- ప్రపోజర్ సబ్జెక్ట్ చేయబడే తరువాత కానీ కంపెనీ ద్వారా రిస్క్ ఆమోదాన్ని కమ్యూనికేట్ చేయడానికి ముందు బీమా చేయబడే జీవితం యొక్క వృత్తి లేదా సాధారణ ఆరోగ్యంలో సంభవించే ఏదైనా మార్పులను నేను/మేం లిఖితపూర్వకంగా తెలియజేస్తామని నేను/మేం ప్రకటిస్తున్నాను.
- బీమా చేయాలన్న/ప్రతిపాదకుడు/ప్రతిపాదకుడుగా జీవితంపై ప్రభావం చూపే దేనికైనా సంబంధించి బీమా చేయాలన్న వైద్యుడు/ప్రతిపాదకుడు లేదా ఏదైనా గత లేదా ప్రస్తుత యజమాని నుంచి వైద్య సమాచారాన్ని కోరే వైద్యుడి నుంచి లేదా ఆసుపత్రి నుంచి వైద్య సమాచారాన్ని కోరే కంపెనీకి నేను/మేము ప్రకటిస్తాము మరియు సమ్మతి తెలియజేస్తున్నాము. ప్రతిపాదనను అండర్ రైట్ చేయడం మరియు/లేదా కైయమ్ సెటిల్ మెంట్ కొరకు.
- ప్రపోజర్ అండర్ రైటింగ్ మరియు/లేదా కైయమ్ సెటిల్ మెంట్ యొక్క ఏకైక ఉద్దేశ్యం కొరకు వైద్య రికార్డులతో సహా నా ప్రతిపాదనకు సంబంధించిన సమాచారాన్ని ఏదైనా ప్రభుత్వం, మా సర్వీస్ ప్రొవైడర్ మరియు/లేదా రెగ్యులేటరీ అథారిటీతో పంచుకోవడానికి నేను/మేం కంపెనీకి అధికారం ఇస్తాను.
- సర్వీస్ డెలివరీ యొక్క ఏకైక ఉద్దేశ్యం కొరకు బీమా చేయబడే/ప్రతిపాదకుడి యొక్క వైద్య రికార్డులతో సహా నా/మా ప్రతిపాదనకు సంబంధించిన సమాచారాన్ని మా ఎంప్లాయిర్ ప్రొవైడర్ తో పంచుకోవడానికి నేను/మేం కంపెనీకి అధికారం ఇస్తాను.
- నేను ఇచ్చిన పై ప్రకటనలు, సమాధానాలు మరియు/లేదా వివరాలు నాకు తెలిసినంత వరకు అన్ని విధాలుగా సత్యమైనవి మరియు సంపూర్ణమైనవి మరియు ఇతర వ్యక్తుల తరఫున ప్రతిపాదించడానికి నాకు/మాకు అధికారం ఉందని నా తరఫున మరియు బీమా చేయబడే ప్రతి ఒక్కరి తరఫున నేను/మేము ఇందుమూలంగా ప్రకటిస్తున్నాను.

ఖాతా: _____ ఉండు: _____ ప్రతిపాదకుని సంతకం _____

9. ఎలక్షానిక్ పాలసీ ఫుల్ ఫిల్ మెంట్ మరియు సర్వీస్ కమ్యూనికేషన్స్ కొరకు అధికారికం

నేను నా పర్యావరణాన్ని సంరక్షించాలనుకుంటున్నాను మరియు అప్లికేషన్ ఫారంలో పేర్కొన్న విధంగా నా పాలసీ మరియు సర్వీస్ సంబంధిత కమ్యూనికేషన్ మొత్తాన్ని ఇమెయిల్ ఐడికి పంపడానికి నివా బూపా హీల్త్ ఇన్సూరెన్స్ కంపెనీ లిమిటెడ్ కు అధికారం ఇవ్వడం/ద్వారా కాగితాన్ని ఆధారం

10. ప్రాంతీయ భాష ప్రకటన

ప్రతిపాదకుడు స్థానిక భాషలో సంతకం చేసినట్లయితే కంపెనీ యొక్క ఏజెంట్/ ఉద్యోగి కాకుండా మరొకరు సాక్ష్యంగా ధృవీకరించాలి. ఈ రూపం యొక్క కంటెంట్ మరియు దాని వివరాలను నేను స్థానిక భాషలో ప్రతిపాదకుడికి వివరించాను, అతను దానిని అర్థం చేసుకున్నాడు మరియు ధృవీకరించాడు.

సాక్షి పేరు: _____ సాక్షి సంతకం[మార్పు] _____ ప్రతిపాదకుని సంతకం _____

కీలక ఫీచర్ డాక్యుమెంట్

నివా బూసా తన వినియోగదారులకు నిష్పాక్షికంగా మరియు పారదర్శకంగా ఉండటానికి అంకితం చేయబడింది. ఈ డాక్యుమెంట్ మీ పాలసీలోని కీలక ఫీచర్లు మరియు వెయిటింగ్ పీరియడ్ లను సంగ్రహిస్తుంది. మీ పాలసీని మరింత మెరుగ్గా అర్థం చేసుకోవడం కొరకు దయచేసి దానిని జాగ్రత్తగా చదవండి.

1. యాక్సిడెంట్ కేర్ కవర్

ఒకవేళ బీమా చేయబడని వ్యక్తి ఒక ప్రమాదం కారణంగా మరణిస్తే లేదా ఏదైనా గాయం కలిగినట్లయితే, అప్పుడు యాక్సిడెంట్ కేర్ కవర్ ఈ క్రింది ప్రయోజనాల ద్వారా సహాయపడుతుంది:

శవ కవర్ :	మరణానికి మూల్యం చెల్లించాలి.
శత్రుత్వ సంపూర్ణ వైకల్యం:	పనిచేసే సామర్థ్యాన్ని ప్రభావితం చేసే లేదా అవయవాలు లేదా దృష్టిని కోల్పోయే శాశ్వత వైకల్యానికి చెల్లించబడుతుంది.
శత్రుత్వ పాక్షిక వైకల్యం:	మీ శరీరంలోని భాగాన్ని ప్రభావితం చేసే శాశ్వత గాయానికి చెల్లించబడుతుంది. ఉదా: చేయి లేదా పాదం ఉపయోగించడం కోల్పోవడం లేదా ప్రసంగం లేదా వినికిడి కోల్పోవడం మొదలైనవి.
పెళ్ల విద్య ప్రయోజనం:	మరణం లేదా శాశ్వత సంపూర్ణ వైకల్యం సంభవిస్తే 2 మంది ఆధారపడిన పిల్లల వరకు కుటుంబం ఎంపిక కింద చెల్లించబడుతుంది.
అంత్యక్రియల ఖర్చులు :	మరణానికి మూల్యం చెల్లించాలి.
శాశ్వత సంపూర్ణ వైకల్యం : (ఐచ్ఛిక ప్రయోజనం)	వైకల్యం కారణంగా బీమా చేయబడని వ్యక్తి తన సాధారణ వృత్తికి హాజరు కావేడు.
యాక్సిడెంట్ హాస్పిటలైజేషన్ : (ఐచ్ఛిక ప్రయోజనం)	ప్రమాదం కారణంగా ఆసుపత్రి ఖర్చులను చెల్లించడాన్ని ఉంటుంది.
బీమా మొత్తం (ఎస్ఐ) అర్హత:	స్వీయ - 100% ఎస్ఐ జీవిత భాగస్వామి - 50% ఎస్ఐ లేదా రూ .10 లక్షలు (ఏది తక్కువ) పిల్లలు - 20% ఎస్ఐ లేదా రూ .5 లక్షలు (ఏది

2. ట్రికేర్ కవర్

పాలసీలో కవర్ చేయబడని 20 క్రిటికల్ ఇల్ నెస్ (క్యాన్సర్, హార్ట్ ఎటాక్, ఓపెన్ చెస్ట్ CABG, మల్టిపుల్ స్కెలెరోసిస్ మొదలైనవి) లో బీమా చేయబడని వ్యక్తి ఎదుర్కొన్నట్లయితే, ఎంచుకున్న బెనిఫిట్ ఆఫ్ఫర్ ప్రకారం బీమా మొత్తాన్ని నివా బూసా చెల్లిస్తుంది.

బెనిఫిట్ ఆఫ్ఫర్ లు:	బెనిఫిట్ ఆఫ్ఫర్ 1 - ఏకమొత్తం బెనిఫిట్ ఆఫ్ఫర్ గా చెల్లించాలి. బీమా మొత్తం 2 - ఏకమొత్తంగా చెల్లించాలి. బీమా మొత్తం మరియు తదుపరి 5 సంవత్సరాలకు ప్రతి సంవత్సరం చెల్లించాలి. బీమా మొత్తంలో 10%
బీమా మొత్తం (ఎస్ఐ) అర్హత:	స్వీయ-100%ఎస్ఐ జీవిత భాగస్వామి-100%ఎస్ఐ
ప్రారంభ వెయిటింగ్ పీరియడ్:	కవరేజీ ప్రారంభించిన తేదీ నుండి 90 రోజులు, అంటే మొదటి 90 రోజులు లేదా అంతకంటే ముందు సంకేతాలు లేదా లక్షణాలు సంభవించినట్లయితే ప్రయోజనం చెల్లించబడదు.
ముందుగా ఉన్న వ్యాధుల కొరకు వేచి ఉండటం:	మొదటి పాలసీ ప్రారంభమైనప్పటి నుంచి 36 నెలల నిరంతర కవరేజీ ముగిసే వరకు ముందుగా ఉన్న వ్యాధులకు ప్రయోజనాలు అందుబాటులో ఉండవు.
ఆఫ్ ఆఫ్ పీ పాలసీ మెడికల్ చెక్ (పిపిఎస్ఐ):	ఒకవేళ క్రిటికల్ కేరకు ప్రతిపాదన తిరస్కరించిన గుర్తినట్లయితే, PPMC కొరకు అయ్యే ఖర్చులో 100% కప్పివేసి భరించాల్సి ఉంటుంది.

3. HospiCash Cover

బీమా చేసిన వ్యక్తి ఆసుపత్రిలో చేరితే, ఆసుపత్రిలో చేరిన 24 గంటల ప్రతి నిరంతర మరియు పూర్తి కాలానికి నివా బూసా రోజువారీ భత్యం (ఎంచుకున్న విధంగా) చెల్లిస్తుంది. బీమా చేసిన వ్యక్తి ఆసుపత్రిలోని ఇంటెన్సివ్ కేర్ యూనిట్ (ఐసియు) లో చేరితే, నివా బూసా ఎంచుకున్న రోజువారీ భత్యం కంటే రెట్టింపు చెల్లిస్తుంది.

బీమా మొత్తం (ఎస్ఐ) అర్హత:	స్వీయ - ఎంచుకున్న డైలీ హోస్పిటలైజేషన్ పరిమితి జీవిత భాగస్వామి - ఎంచుకున్న డైలీ హోస్పిటలైజేషన్ పరిమితిలో 100% పిల్లలు - ఎంచుకున్న డైలీ హోస్పిటలైజేషన్ పరిమితిలో 50%
ప్రారంభ వెయిటింగ్ పీరియడ్:	మేము ఈ ప్రయోజనం కింద ఒక పాలసీ సంవత్సరంలో బీమా చేసిన వ్యక్తి గరిష్టంగా 45 రోజుల వరకు చెల్లింపులు చేస్తాం, ఇందులో ఐసియులో చేరిన గరిష్ట 7 రోజులు ఉంటాయి.
ముందుగా ఉన్న వ్యాధుల కొరకు వెయిటింగ్ పీరియడ్:	కవరేజీ ప్రారంభమైన తేదీ నుంచి 30 రోజులు. ప్రమాదం కారణంగా ఆసుపత్రిలో చేరితే ప్రారంభ వెయిటింగ్ పీరియడ్ ఉండదు.
షెడ్యుల్డ్ వెయిటింగ్ పీరియడ్:	మొదటి పాలసీ ప్రారంభమైనప్పటి నుంచి 36 నెలల నిరంతర కవరేజీ ముగిసే వరకు ముందుగా ఉన్న వ్యాధులకు ప్రయోజనాలు అందుబాటులో ఉండవు.
ఫ్రీ లుక్ ప్రావిజన్ :	కంటిపక్షం, సైనస్ టైటిస్, పిత్త మరియు మూత్ర వ్యవస్థలో రాళ్ళు, అర్థరైటిస్, డయాబెటిస్ మరియు సంబంధిత సమస్యలు మొదలైన నిర్దిష్ట పరిస్థితులు / చికిత్స కోసం 24 నెలల వెయిటింగ్ పీరియడ్.
	ఒకవేళ మీరు పాలసీ యొక్క నియమబంధనలను అంగీకరించినట్లయితే, క్లెయిమ్(లు) చేయబడతే పాలసీ డాక్యుమెంట్ అందుకున్న 15 రోజుల్లో కారణాలను పేర్కొంటూ పాలసీని మీరు రద్దు చేయవచ్చు. డిఫెన్స్ మార్కెటింగ్ మోడ్ ద్వారా పాలసీని కొనుగోలు చేసినట్లయితే ఫ్రీ లుక్ పీరియడ్ 30 రోజులు మరియు పాలసీ వ్యవధి 3 సంవత్సరాలు. ఫ్రాంట్ డ్యూటీ, ఫ్రీ పాలసీ మెడికల్ చెక్ మరియు దామాషా రిస్క్ ప్రీమియం కొరకు ఛార్జీలు మినహాయించిన తరువాత ప్రీమియం రీఫండ్ చేయబడుతుంది.

కీలక ఫీచర్ డాక్యుమెంట్

గమనిక: ఇవి ఇవ్వబడిన క్షవర స్వరాధ్యక్షమాత్రమే. అమ్మకాన్ని ముగించడానికి ముందు పూర్తి వివరాల కొరకు దయచేసి పాలసీ పదాలను చూడండి. ఈ డాక్యుమెంట్ పాలసీలోని కీలక ప్రయోజనాలకు సూచిక మాత్రమే.

ఖర్చు: _____

ప్రతిపాదకుని సంతకం: _____

ఉంచు: _____

ప్రతిపాదకుని పేరు: _____