

హార్ట్

బీట్ ప్రపోజల్ ఫారం

URN: 010

1. ప్రపోజర్ వివరాలు:

బిరుదు పేరు

DOB లింగము: మగ ఆడ ఇతర

ప్రస్తుత బిరుదానామ

కొండగురు నగరం

జిల్లా రాష్ట్రం వ్యక్తిగత గుర్తింపు సంఖ్య

ల్యాండ్ లైన్ నెంబరు మొబైల్ నెంబరు

ఇమెయిల్ ఇడి ప్రత్యామ్నాయ సంఖ్య

ఆధార్ నెంబరు (ఇచ్చినట్లయితే) పాన్ నెంబరు

జాతీయత(మారు) వార్షికదాయం (రూ.)

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

దీని ద్వారా చెల్లించిన ప్రీమియం ప్రపోజర్ తో సంబంధం(మారు)

మీరు లేదా ప్రతిపాదిత దరఖాస్తుదారుల్లో ఎవరైనా PEP#? అవును కాదు

PEP# అంటే చిట్టచివరికి అనేక ప్రముఖ ప్రజాపితామహులను నిర్దేశించే పేర్లు. అలాగే కొంద్ర లేదా రాష్ట్ర ప్రభుత్వ అధికారులు / మంత్రులు, సినియర్ రాజకీయ నాయకులు, సీనియర్ ప్రభుత్వ నాయకులు లేదా సైనిక అధికారులు, ప్రభుత్వ సంస్థల సీనియర్ ఎగ్జిక్యూటివ్ లు, ముఖ్యమైన వాణిజ్య అధికారులు, ఒకవేళ మీరు PEP# వ్యక్తిగా లేకపోతే దయచేసి ప్రతి PEP# ప్రశ్నకు సరిగ్గా సమాధానం ఇవ్వండి.

గ్రామీణ మరియు సామాజిక రంగం కేటగిరీ (ప్రర్శిత): ఆకా వర్కర్ ఎంజిఎన్ ఆర్ ఇజిఎ కార్మికుడు

పాలసీ కిట్ యొక్క ఫిజికల్ కాపీ మీకు కాలాలా? అవును కాదు

బ్యాంకు వివరాలు:

బ్యాంక్ పేరు

ఖాతా నెంబరు ఐఎఫ్ఎస్సీ కోడ్

ఖాతా రకం: పొరుపు ప్రస్తుతం కొమ్మ నగరం

ఎలక్ట్రానిక్ ఇన్సూరెన్స్ అకౌంట్ (ఈఐఏ) వివరాలు

ఈ పాలసీని EIA కు క్రెడిట్ చేయాలని మీరు అనుకుంటున్నారా? (దయచేసి ఏదైనా ఒకదాన్ని ఎంచుకోండి)

లేదు, నాకు EIA లేదు మరియు దానిని తెరవాలని 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 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 డాక్యుమెంట్ లతో పాటు ఎలక్ట్రానిక్ ఇన్సూరెన్స్ అకౌంట్ ఓపెనింగ్ ఫారం (EIA ఫారం) సబ్మిట్ చేయండి).

2. బీమా కోసం దరఖాస్తు చేసుకున్న వారి వివరాలు:

పేరు

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

పుట్టిన తేదీ భారతీయుడు కాకపోతే దయచేసి టిక్ చేయండి

ప్రపోజర్ తో రిలేషన్ షిప్ (దయచేసి టిక్ ఆఫ్ చేయండి): స్వయం/జీవిత

భాగస్వామి/కొడుకు/కొడుకు/కూతురు/అల్లుడు/తండ్రి/తల్లి/మామ/అత్త/తాత/నానమ్మ/మనవడు/మనవరాలు/సోదరుడు/సోదరి/మరదలు/బావమరిది/మేనల్లుడు/మేనకోడలు/యజమాని-ఉద్యోగి

దరఖాస్తుదారుడు 2

పేరు _____

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

పుట్టిన తేదీ భారతీయుడు కాకపోతే దయచేసి టిక్ చేయండి

ప్రపోజర్ తో రిలేషన్ షిప్ (దయచేసి టిక్ ఆఫ్): స్వయం/జీవిత
 భాగస్వామి/కొడుకు/కొడులు/కూతురు/అల్లుడు/తండ్రి/తల్లి/మామ/అత్త/తాత/నానమ్మ/మనవడు/మనవరాలు/సోదరుడు/సోదరి/మరదలు/మరదలు/బావమరిది/మేనల్లుడు/మేనకోడలు/యజమాని-ఉద్యోగి

దరఖాస్తుదారుడు 3

పేరు _____

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

పుట్టిన తేదీ భారతీయుడు కాకపోతే దయచేసి టిక్ చేయండి

ప్రపోజర్ తో రిలేషన్ షిప్ (దయచేసి టిక్ ఆఫ్): స్వయం/జీవిత
 భాగస్వామి/కొడుకు/కొడులు/కూతురు/అల్లుడు/తండ్రి/తల్లి/మామ/అత్త/తాత/నానమ్మ/మనవడు/మనవరాలు/సోదరుడు/సోదరి/మరదలు/మరదలు/బావమరిది/మేనల్లుడు/మేనకోడలు/యజమాని-ఉద్యోగి

దరఖాస్తుదారుడు 4

పేరు _____

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

పుట్టిన తేదీ భారతీయుడు కాకపోతే దయచేసి టిక్ చేయండి

ప్రపోజర్ తో రిలేషన్ షిప్ (దయచేసి టిక్ ఆఫ్): స్వయం/జీవిత
 భాగస్వామి/కొడుకు/కొడులు/కూతురు/అల్లుడు/తండ్రి/తల్లి/మామ/అత్త/తాత/నానమ్మ/మనవడు/మనవరాలు/సోదరుడు/సోదరి/మరదలు/మరదలు/బావమరిది/మేనల్లుడు/మేనకోడలు/యజమాని-ఉద్యోగి

దరఖాస్తుదారుడు 5

పేరు _____

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

పుట్టిన తేదీ భారతీయుడు కాకపోతే దయచేసి టిక్ చేయండి

ప్రపోజర్ తో రిలేషన్ షిప్ (దయచేసి టిక్ ఆఫ్): స్వయం/జీవిత
 భాగస్వామి/కొడుకు/కొడులు/కూతురు/అల్లుడు/తండ్రి/తల్లి/మామ/అత్త/తాత/నానమ్మ/మనవడు/మనవరాలు/సోదరుడు/సోదరి/మరదలు/మరదలు/బావమరిది/మేనల్లుడు/మేనకోడలు/యజమాని-ఉద్యోగి

దరఖాస్తుదారుడు 6

పేరు _____

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

పుట్టిన తేదీ భారతీయుడు కాకపోతే దయచేసి టిక్ చేయండి

ప్రపోజర్ తో రిలేషన్ షిప్ (దయచేసి టిక్ ఆఫ్): స్వయం/జీవిత
 భాగస్వామి/కొడుకు/కొడులు/కూతురు/అల్లుడు/తండ్రి/తల్లి/మామ/అత్త/తాత/నానమ్మ/మనవడు/మనవరాలు/సోదరుడు/సోదరి/మరదలు/మరదలు/బావమరిది/మేనల్లుడు/మేనకోడలు/యజమాని-ఉద్యోగి

3. కవరేజ్ ఎంపిక:

మీరు పోలిసిటీ కోసం దరఖాస్తు చేస్తున్నారా: అవును కాదు (ఒకవేళ 'అవును' అయితే, దయచేసి ప్రత్యేక పోలిసిటీ ఫారాన్ని కూడా నింపండి).
 దయచేసి సంబంధిత బాక్సులను టిక్ చేయండి:
 బేసి కవరేజ్:
 పాలసీ రకం: వ్యక్తి ఫ్యామిలీ ఫ్లోటర్ ఫ్యామిలీ ఫస్ట్ ఫ్లాన్ రకం: వెండి బంగారం ప్లాటీనం
 (గమనిక - సిల్వర్ ఫ్లాన్ 'ఫ్యామిలీ ఫస్ట్' పాలసీ రకానికి మూత్రమే అందుబాటులో ఉంది)

కవరేజ్ చేయాలని జీవితాల సంఖ్య: పెద్దలు పిల్లలు
 వ్యక్తిగత లేదా ఫ్యామిలీ ఫ్లోటర్ పాలసీ రకానికి కవరేజ్: బేసి బీమా మొత్తం
 ఫ్యామిలీ ఫస్ట్ పాలసీ రకానికి కవరేజ్: వ్యక్తిగత బీమా మొత్తం Floater Sum Assure Assure

సిల్వర్, గోల్డ్ ప్లాన్, పాలసీ కవరేజ్: జోన్ 1: ఆల్ ఇండియా కవరేజ్
 జోన్ 2: ముంబై (నవీ ముంబై & థానేతో సహా), ఢిల్లీ
 ఎన్నిఆర్, కోల్కతా & గుజరాత్ రాష్ట్రానికి వర్తించే కో-పేమెంట్లో ఆల్ ఇండియా కవరేజ్

రాసుకో-
 a) మీరు జోన్ 2ను ఎంచుకుంటే, ముంబై (నవీ ముంబై & థానేతో సహా), ఢిల్లీ ఎన్నిఆర్, కోల్కతా & గుజరాత్ రాష్ట్రంలో చికిత్స కోసం 20% కో-పేమెంట్ వర్తిస్తుంది.
 b) ప్లాటీనం ఫ్లాన్ కోసం ప్రీమియం మీరు అందించిన చిరునామాపై ఆధారపడి ఉంటుంది. ప్లాటీనం ఫ్లాన్ కు జోన్ ఆధారిత కో-పేమెంట్ వర్తించదు.
 ఆఫ్షన్ కో-పేమెంట్: కాదు 10% 20% 30% 40% 50%
 పాలసీ టర్మ్: 1 సంవత్సరం 2 సంవత్సరాలు

* సెవ్టెన్ యాడ్-ఆన్ నుంచి కో-పేమెంట్ ఆఫ్షన్లు అందిస్తున్నారు.

ఆఫ్షనల్ కవరేజ్:		ఎంచుకోవడానికి దయచేసి టిక్ చేయండి							
1. ఆసుపత్రి నగదు		<input type="checkbox"/>	ఆవును	<input type="checkbox"/>	కాదు				
2. నిర్దిష్ట అనారోగ్య కవర్, ఎమర్జెన్సీ మెడికల్ ఎవాక్యుయేషన్ మరియు ఎమర్జెన్సీ హాస్పిటలైజేషన్ (స్టాటిస్ట్ ఫ్లాన్ కింద మాత్రమే లభ్యం) కొరకు USA మరియు కెనడాను చేర్చడం ద్వారా మెరుగైన భౌగోళిక పరిధిని ఎంచుకున్నట్లయితే దయచేసి 'ఆవును' అని టిక్ చేయండి.		<input type="checkbox"/>	ఆవును	<input type="checkbox"/>	కాదు				
3. ఈ కన్వల్యూషన్		<input type="checkbox"/>	ఆవును	<input type="checkbox"/>	కాదు				
4. ప్రీమియం మాఫీ గమనిక - ఎ) వ్యక్తిగత పాలసీ రకానికి ఈ ఆఫ్షన్ వర్తించదు. బి) ఈ ఐచ్చిక ప్రయోజనాన్ని ఎంచుకోవడానికి ప్రతిపాదకుడు బీమా చేసిన వ్యక్తి అయి ఉండాలి.		<input type="checkbox"/>	ఆవును	<input type="checkbox"/>	కాదు				
5. వార్షిక మొత్తం మినహాయింపు (ప్యామిలీ ఫస్ట్ పాలసీ కైమ్ కు వర్తించదు)		<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 నరస్సు	<input type="checkbox"/>	2 నరస్సు	<input type="checkbox"/>	3 నరస్సు
		<input type="checkbox"/>	4 నరస్సు	<input type="checkbox"/>	5 నరస్సు	<input type="checkbox"/>	10 నరస్సు		
		దరఖాస్తుదారు నెంబరు							
		1	2	3	4	5	6		
6. 'పర్సనల్ యాక్సిడెంట్ కవర్' ఎంచుకుంటే దయచేసి టిక్ చేయండి (ఈ ఆఫ్షన్ 18 సంవత్సరాలు లేదా అంతకంటే ఎక్కువ వయస్సు ఉన్న దరఖాస్తుదారులకు మాత్రమే అందుబాటులో ఉంటుంది). • ఒకవేళ 'పర్సనల్ యాక్సిడెంట్ కవర్' ఎంచుకున్నట్లయితే, దరఖాస్తుదారుడు విమానం లేదా సముద్రంలోకి వెళ్లే నౌక, భూగర్భ మైనింగ్ లేదా సారంగం, సాయుధ దళాలు లేదా భద్రతా దళాలు, ఏదైనా సాహస క్రీడలలో (మోటారు వేగ పోటీలతో సహా) సిబ్బందిగా పనిచేయడానికి సంబంధించిన ఉద్యోగం లేదా వృత్తిలో నిమగ్నమై ఉంటే దయచేసి టిక్ చేయండి. • వ్యక్తిగత యాక్సిడెంట్ కవర్ బీమా మొత్తం (ఎంచుకున్న విధంగా బీమా చేసిన బేస్ మొత్తంలో 1X, 2X 3X, 4X లేదా 5X; పర్సనల్ యాక్సిడెంట్ కవర్ ఎంచుకునే సభ్యులందరికీ ఇది వర్తిస్తుంది)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		రూ. _____							
7. క్రీటికల్ ఇల్ నెస్ కవర్ ఎంచుకుంటే దయచేసి టిక్ చేయండి • ఒకవేళ 'క్రీటికల్ ఇల్ నెస్ కవర్' ఎంచుకున్నట్లయితే, గుండె, మెదడు, ఊపిరితిత్తులు, మూత్రపిండాలు, కాలేయం, క్షేమం, స్త్రీహము, పేగులు, రక్తనాళాలు, ఎముకలు/కీళ్లు లేదా చిన్న వైద్య అన్వేషణ కాకుండా మరేదైనా ఇతర శరీర అవయవాలకు సంబంధించిన ఏదైనా దీర్ఘకాలిక పరిస్థితికి సంబంధించి అభ్యర్థి నిర్ధారణ లేదా చికిత్స పొందుతున్నట్లయితే దయచేసి టిక్ చేయండి		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
8. ముందుగా ఉన్న వ్యాధి వెయిటింగ్ కైమ్ మార్పు • సిల్వర్ వేరియంట్ • గోల్డ్ & ఫ్లాటిన్ వేరియంట్		<input type="checkbox"/>	కాదు	<input type="checkbox"/>	1 సంవత్సరం	<input type="checkbox"/>	2 సంవత్సరాలు		
		<input type="checkbox"/>	కాదు	<input type="checkbox"/>	1 సంవత్సరం	<input type="checkbox"/>	3 సంవత్సరాలు		
9. గది రకం మార్పు • గోల్డ్ & ఫ్లాటిన్ వేరియంట్		<input type="checkbox"/>	కాదు	<input type="checkbox"/>	ప్రామాణిక సింగిల్ రూమ్				
		<input type="checkbox"/>	భాగస్వామ్య గది						
10. కాపాడు		<input type="checkbox"/>	కాదు	<input type="checkbox"/>	కాపాడు	<input type="checkbox"/>	సేఫ్ గార్డ్+		

* వ్యక్తిగత, ఆర్థిక ఫ్లోటర్ పాలసీలకు మాత్రమే వర్తిస్తుంది. ప్యామిలీ ఫస్ట్ పాలసీలో కేవలం 5ఎక్స్ ఆఫ్షన్ మాత్రమే అందుబాటులో ఉంటుంది.

4. నామినేషన్ (మార్పు)

ప్రతిపాదకుడు మరణిస్తే, పాలసీ కింద చెల్లించాల్సిన ఏదైనా చెల్లింపు దిగువ పేర్కొన్న నామినీకి చెల్లించబడుతుంది. నామినీ ద్వారా అటువంటి చెల్లింపును ఎంచుకోవడం అనేది పాలసీ కింద కంపెనీ యొక్క బాధ్యతను నిర్వర్తించడాన్ని తెలియజేస్తుంది. అన్ని ఇతర దరఖాస్తుదారు(లు)కు నామినీ స్వయంగా ప్రకటించాల్సి ఉంటుంది.

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

నామినీ యొక్క బ్యాంకు వివరాలు: లబ్ధిదారుని పేరు: _____

బ్యాంక్ పేరు: _____ ఖాతా రకం: _____ పొదుపు ప్రస్తుతం

ఖాతా నెంబరు: _____ ఐఎఫ్ఎస్సీ కోడ్: _____

5. వైద్య మరియు అలవాట్ల సమాచారం

ముఖ్యమైంది: ఈ విభాగంలోని అన్ని ప్రశ్నలకు నిజాయితీగా మరియు పూర్తిగా సమాధానాలు ఇవ్వబడాయని దయచేసి దృవీకరించుకోండి. ఎందుకంటే మీరు ఇక్కడ అందించే సమాచారం నివా బాపా ద్వారా అండర్ రైటింగ్ ఆధారంగా ఉంటుంది. ఏదైనా అసంపూర్ణ, తప్పు, పొక్కిరిగి సరైన సమాచారం మీ మెడికల్ క్లియర్ మరియు/లేదా కంప్యూటర్ ప్రభుత్వం చేస్తుందిని దయచేసి గమనించండి.

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						
i. జలుబు, ఫ్లూ, ఇన్ఫ్లూయెన్సా, 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/లేదా ఏదైనా మందులు తీసుకున్నాడా/లేదా 14 రోజులకు పైగా ఏదైనా లక్షణాలను కలిగి ఉన్నాడా? మందులు ఇన్ఫెక్షన్లు, నోటి మందులు మరియు శరీర భాగాలపై బాహ్య వైద్య అనువర్తనాలతో సహా కానీ పరిమితం కాదు.	మరియు	మరియు	మరియు	మరియు	మరియు	మరియు	మరియు
ii. థ్రాయిడ్ ప్రొఫైల్, లిపిడ్ ప్రొఫైల్, బ్రెస్ట్ మిల్ శుష్క, యాంజియోగ్రఫీ, ఎకోకార్డియోగ్రఫీ, ఎండోస్కోపీ, అల్ట్రాసౌండ్, సిటీ స్కాన్, MRI, బయాప్సీ మరియు FNACలకు సంబంధించిన ఏదైనా రోగనిర్ధారణ పరీక్షలు లేదా పరిశోధనలకు దరఖాస్తుదారుడు ఎప్పుడైనా ప్రతికూల ఫలితాలను కనుగొన్నాడా?	మరియు	మరియు	మరియు	మరియు	మరియు	మరియు	మరియు
iii. దరఖాస్తుదారునికి మధుమేహం లేదా అధిక రక్తపోటు ఉందా?	మరియు	మరియు	మరియు	మరియు	మరియు	మరియు	మరియు
iv. దరఖాస్తుదారుడు ఎప్పుడైనా ఏదైనా జన్యు/ఎంజైమ్/పెప్టైడ్ రుగ్గుతలు లేదా హెచ్ఐవి/ఎయిడ్స్ కొరకు రోగనిర్ధారణ లేదా చికిత్స పొందాడా?	మరియు	మరియు	మరియు	మరియు	మరియు	మరియు	మరియు
v. దరఖాస్తుదారుడు ఎప్పుడైనా ఏదైనా మానసిక/మానసిక రుగ్గుతలకు రోగనిర్ధారణ చేయబడ్డా లేదా చికిత్స పొందాడా?	మరియు	మరియు	మరియు	మరియు	మరియు	మరియు	మరియు
vi. దరఖాస్తుదారుడు ప్రస్తుతం గర్భవతిగా ఉన్నాడా మరియు/లేదా ప్రస్తుత లేదా మునుపటి గర్భధారణలో ఏదైనా సమస్యలు ఉన్నాయా లేదా ఏదైనా రక్తమైన సంజానోత్పత్తి చికిత్స చేయించుకున్నాడా/చేయించుకుంటున్నాడా? (18 నుండి 50 సంవత్సరాల మధ్య వయస్సు) గల మహిళలకు	మరియు	మరియు	మరియు	మరియు	మరియు	మరియు	మరియు

సెక్షన్ బి: (దరఖాస్తుదారుడు ధూమపానం లేదా పొగాకు/ గుట్టా/ పాన్ మసాలా లేదా మద్యం సేవించే మూలకం దయచేసి ఈ విభాగాన్ని	i. నవలదగిన పొగాకు/గుట్టా/పాన్ మసాలా - ఒకవేళ అవును అయితే, దయచేసి రోజుకు ఎన్ని పాచ్ లు ఉన్నాయో పేర్కొనండి.		ii. ఆల్కహాల్.. ఒకవేళ అవును అయితే, దయచేసి వారానికి మిల్లీ పేర్కొనండి			iii. సిగరెట్లు / బీడ్ / సిగార్. ఒకవేళ అవును అయితే, దయచేసి రోజుకు వినియోగాన్ని పేర్కొనండి	
	1-10	>10	<= 450	>450	Daily Drinker	1-10	>10
దరఖాస్తుదారుడు 1							
దరఖాస్తుదారుడు 2							
దరఖాస్తుదారుడు 3							
దరఖాస్తుదారుడు 4							
దరఖాస్తుదారుడు 5							
దరఖాస్తుదారుడు 6							

సెక్షన్ C: సెక్షన్ Aలో అవును (Y) మార్కు చేయబడ్డ ప్రశ్నల కొరకు, దయచేసి దిగువ సమాచారాన్ని పేర్కొనండి:										
దరఖాస్తుదారు నెంబరు	లక్షణం(లు) లేదా పరిశోధన(లు) లేదా రోగనిర్ధారణ లేదా ప్రక్రియ/శస్త్రచికిత్స యొక్క వివరాలు				మందులు(లు)	మోతాదు	ప్రస్తుత స్థితి (ఉదా. పూర్తి/పాక్షిక రికవరీ లేదా కొనసాగుతున్న చికిత్స)	చికిత్స చేసే వైద్యుడి పేరు మరియు కాంటాక్ట్	డయాబెటిస్ ఉంటే ఇతర డయాబెటిస్ డాక్యుమెంట్లు	
	ఒకవేళ డయాబెటిస్ HbA1c స్థాయి అయితే		అధిక రక్తపోటు బిపి స్థాయి ఉంటే	ఏదైనా ఇతర వివరాలు						సారంభ తేదీ (DD/MM/YYYY)
	Systolic	డయాస్టోలిక్								

6. గత ప్రతిపాదనలు[మార్పు]

దరఖాస్తుదారుడి జీవితకాలంపై జీవిత, ఆరోగ్యం, ఆసుపత్రి రోజువారీ నగదు లేదా క్రిటికల్ ఇల్ సెస్ బీమా కొరకు ఏదైనా ప్రతిపాదన ఎప్పుడైనా తిరస్కరించబడిందా, వాయిదా వేయబడిందా, లోడ్ చేయబడిందా లేదా ఏదైనా బీమా కంపెనీ ద్వారా మినహాయింపులు వంటి ప్రత్యేక పరతులకు లోనయ్యారా?	దరఖాస్తుదారు నెంబరు					
	1	2	3	4	5	6
	మరియు	మరియు	మరియు	మరియు	మరియు	మరియు

7. ఎలక్ట్రానిక్ పాలసీ నెరవేర్చు మరియు సర్వీస్ కమ్యూనికేషన్ ల కొరకు ఆధారాలను

అప్లికేషన్ ఫారంలో పేర్కొనబడని ఇమెయిల్ ఐడీ మీ పాలసీ మరియు సర్వీస్ కు సంబంధించిన అన్ని కమ్యూనికేషన్ లను పంపడానికి కంపెనీకి అధికారం ఇవ్వడం ద్వారా పూర్తిగా సంతకం చేయడం మరియు కాగితాన్ని ఆదా చేయడంలో మీరు సహాయపడాలనుకుంటున్నారా? అవును కాదు

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

- 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.
- ప్రజాజీవీ సర్వీస్ చేయబడే తరువాత కానీ కంపెనీ ద్వారా రిస్క్ ఆమోదించబడే కమ్యూనికేషన్ కు ముందు బీమా చేయబడే జీవితము యొక్క వృత్తి లేదా సాధారణ ఆరోగ్యంలో సంభవించే ఏదైనా మార్పులను నేను రాతపూర్వకంగా తెలియజేస్తాను.
- బీమా చేయించాల్సిన/ప్రతిపాదకుడు/ ఉండాల్సిన వ్యక్తి యొక్క శారీరక లేదా మానసిక ఆరోగ్యాన్ని ప్రభావితం చేసే దేనికైనా సంబంధించి బీమా చేయబడే వ్యక్తి/ప్రతిపాదకుడు లేదా ఏదైనా గత లేదా ప్రస్తుత యజమాని నుంచి వైద్య సమాచారాన్ని కోరే 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 కోరకు.
- ప్రతిపాదన మరియు/లేదా క్లెయిమ్ సెటిల్ మెంట్ మరియు/లేదా ఏదైనా ప్రభుత్వ మరియు/లేదా రెగ్యులేటరీ అథారిటీతో అండర్ రైటింగ్ కొరకు బీమా చేయబడే/ప్రతిపాదకుని యొక్క వైద్య రికార్డులతో సహా ప్రతిపాదనకు సంబంధించిన సమాచారాన్ని పంచుకోవడానికి నేను కంపెనీకి అధికారం ఇస్తున్నాను.
- సర్వీస్ డెలివరీ యొక్క ఏకైక ఉద్దేశ్యం కొరకు బీమా చేయబడే/ప్రతిపాదకుడి యొక్క వైద్య రికార్డులతో సహా నా/మా ప్రతిపాదనకు సంబంధించిన సమాచారాన్ని మా పంపాల్సిన ప్రావైడర్ తో పంచుకోవడానికి నేను/మేం కంపెనీకి అధికారం ఇస్తాం.

ఖర్చారం ఉండు _____ ప్రతిపాదకుని సంతకం

9. ప్రాంతీయ భాష ప్రకటన

(ప్రతిపాదకుడు స్థానిక భాషలో సంతకం చేసినట్లయితే ధృవీకరణ (కంపెనీ యొక్క ఎజెంట్/ఉద్దేశ్య గ్రాహకుండా మరొకరు సాక్ష్యం ఇవ్వాలి)). ఈ రూపం యొక్క కంటెంట్ మరియు దాని వివరాలను నేను స్థానిక భాషలో ప్రజాజీవీ కు వివరించాను, అతను దానిని అర్థం చేసుకున్నాడు మరియు ధృవీకరించాడు:

సర్టిఫికేట్ ఇచ్చే వ్యక్తి పేరు

ధృవీకరించే వ్యక్తి యొక్క మొబైల్ నెంబరు ధృవీకరించే వ్యక్తి యొక్క సంతకం

సాక్షి పేరు(మార్పు)

సాక్షి యొక్క మొబైల్ నెంబరు సాక్షి సంతకం(మార్పు) ప్రతిపాదకుని సంతకం

10. ప్రజాజీవీ డిక్లరేషన్

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

ప్రతిపాదకుని సంతకం

నివా బుపా హెల్త్ ఇన్సూరెన్స్ కంపెనీ లిమిటెడ్
 రిజిస్టర్డ్ కార్యాలయం:- సి-98, మొదటి అంతస్తు, లజపత్ నగర్, పార్ట్ 1, న్యూఢిల్లీ-110024
 డిస్ట్రీబ్యూటర్: బీమా అనేది అభ్యర్థనకు సంబంధించిన విషయం. నివా బుపా హెల్త్ ఇన్సూరెన్స్ కంపెనీ లిమిటెడ్ (గతంలో దీనిని మ్యాక్స్ బుపా హెల్త్ ఇన్సూరెన్స్ కంపెనీ లిమిటెడ్ అని పిలిచేవారు) (ఇఆర్ డివిఐ రిజిస్ట్రేషన్ నెం. 145). 'బుపా', 'హెల్త్ బీటీ' లోగాలు ఆయా యజమానుల రిజిస్టర్డ్ ట్రేడ్ మార్క్ లు మరియు లైసెన్స్ కింద నివా బుపా హెల్త్ ఇన్సూరెన్స్ కంపెనీ లిమిటెడ్ ద్వారా ఉపయోగించబడుతున్నాయి. కస్టమర్ హెల్ప్ లైన్: 1860-500-8888. వెబ్సైట్: www.nivabupa.com. సీఎస్ఎన్: U66000DL2008PLC182918. మరియు వివరాల కోసం..

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

'హార్డ్ బీడ' మీకు ఇన్సూరెంట్ ప్రయోజనాల యొక్క సమగ్ర క్రమబద్ధ అందిస్తుంది. ఇంకా ఫ్లాటింగ్ ఫ్లాన్ కింద కొన్ని అదనపు ప్రయోజనాలు ఉన్నాయి (ఇవి క్రింద పేర్కొనబడ్డాయి) అలాగే మీరు మీ కవర్ను పెంచుకోవాలనుకుంటే కొనుగోలు చేయడానికి ఆప్షన్ల ప్రయోజనాలు ఉన్నాయి.

'మీ పాలసీలో పేర్కొన్న విధంగా కొన్ని పరిమితులు మరియు మినహాయింపులకు లోబడి దిగువ బేస్ బెనిఫిట్ లు అందించబడతాయి:

సిల్వర్, గోల్డ్, ఫ్లాటింగ్ ఫ్లాన్ కింద బేస్ బెనిఫిట్స్

- గది అద్దె మీరు ఎంచుకున్న ఫ్లాన్ ప్రకారం మరియు ఐసియి ఛార్జీలతో సహా ఆసుపత్రిలో ఇన్ పేషెంట్ సందర్శన
- ఆసుపత్రిలో చేరడానికి ముందు మరియు తరువాత ఖర్చులు వరుసగా 60 మరియు 90 రోజులు
- డే కేర్ చికిత్సలు
- డెమిసెలరీ హాస్పిటలైజేషన్
- ప్రత్యామ్నాయ చికిత్సలు
- సజీవ అవయవ దాత మార్పిడి
- ఎమర్జెన్సీ అంబులెన్స్
- మెటర్నిటీ బెనిఫిట్ 24 నెలల వెయిటింగ్ పీరియడ్ తరువాత 2 గర్బాలు లేదా తొలగింపులకు కవర్ చేయబడుతుంది.
- నవజాత శిశువు (నవజాత శిశువు యొక్క డీకాల్తో సహా)
- హెల్త్ చెకప్, మొదటి పాలసీ సంవత్సరం పూర్తయిన తరువాత
- వ్యక్తిగత మరియు కుటుంబ ఫ్లోటర్ ఫ్లాన్ ల కింద మాత్రమే బీమా మొత్తం వరకు రీఫిల్ బెనిఫిట్ లభిస్తుంది. ఫ్యామిలీ ఫస్ట్ ఫ్లాన్ లో రీఫిల్ బెనిఫిట్ లేదు.
- ఫార్మసీ మరియు డయాగ్నోస్టిక్ బుకింగ్ సేవలు
- లాల్చీ చెర్చులు: పాలసీ సంవత్సరం పూర్తయిన తరువాత, గడువు తీరిన బేస్ ఇన్సూరెన్స్ మొత్తంలో 10% జోడించడం, బేస్ ఇన్సూరెన్స్ మొత్తంలో గరిష్టంగా 100% (సిల్వర్ ఫ్లాన్ అయితే 50%) కు లోబడి ఉంటుంది.
- మెడికల్ రిఫరల్, అత్యవసర వైద్య తరలింపు, వైద్య సృజనానికి తిరిగి రావడం, కారుణ్య సందర్శన, మైసర్ పిల్లల సంరక్షణ మరియు/లేదా రవాణా మరియు మృతదేహాల పునరుద్ధరణ కొరకు అత్యవసర సహాయ సేవలు
- హెల్త్ ఐవి/ఎయిడ్స్ వల్ల కలిగే లేదా దానితో సంబంధం ఉన్న పరిస్థితి కారణంగా ఆసుపత్రిలో చేరడం కొరకు అయ్యే ఖర్చులు (డే కేర్ డ్రీట్ మెంట్ తో సహా) పాలసీలో పేర్కొనబడని సబ్ లిమిట్ కు లోబడి పాలసీ కింద కవర్ చేయబడతాయి.
- మానసిక అస్వస్థతకు ఇన్ పేషెంట్ చికిత్స కొరకు అయ్యే ఖర్చులు పాలసీలో పేర్కొనబడని నిర్దిష్ట పరతుల కొరకు సబ్ లిమిట్ కు లోబడి పాలసీ కింద కవర్ చేయబడతాయి.
- పరిమితులకు లోబడి కవర్ చేయబడే ఆధునిక చికిత్సలు

ఫ్లాటింగ్ ఫ్లాన్ కింద అదనపు బేస్ బెనిఫిట్స్

- నిర్దిష్ట అనారోగ్యం లేదా ప్రణాళికాబద్ధమైన శిస్త్రచికిత్స నిర్ధారణపై రెండవ వైద్య ఆభిప్రాయం
- చైల్డ్ కేర్ బెనిఫిట్స్ (వ్యాక్సినేషన్ కొరకు సందర్శన సమయంలో పోషకాహారం మరియు ఎదుగుదల కొరకు ఒక కన్సల్టేషన్ తో సహా 12 సంవత్సరాల వరకు పిల్లలకు డీకాల్ వేయడం)
- యుఎస్ఎ మరియు కెనడా మినహా భారతదేశం వెలుపల నిర్దిష్ట అనారోగ్య కవర్
- ఎమర్జెన్సీ హాస్పిటలైజేషన్ మరియు ఎమర్జెన్సీ మెడికల్ ఎవాక్యుయేషన్ కొరకు USA మరియు కెనడా మినహా భారతదేశం వెలుపల అంతర్జాతీయ కవర్
- ఓపీడీ డ్రీట్ మెంట్ అండ్ డయాగ్నోస్టిక్ సర్వీసెస్

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

- ప్రమాదపాతాళ మరణం, శాశ్వత మొత్తం మరియు పాక్షిక వైకల్యానికి వ్యతిరేకంగా వ్యక్తిగత ప్రమాద కవరేజీ
- 20 ప్రధాన క్రీటికల్ ఇల్ నెస్ లకు క్రీటికల్ ఇల్ నెస్ కవరేజీ
- ఆసుపత్రిలో చేరితే రోజువారీ ఆసుపత్రి నగదు ప్రయోజనం
- అపరిమిత టెలి/ ఆన్ లైన్ మెడికల్ కన్సల్టేషన్లు
- పాలసీదారుడు మరణిస్తే లేదా నిర్ధారణ అయినట్లయితే లేదా మొదటిసారి చికిత్స చేయించుకున్నట్లయితే, పాలసీ సమయంలో ఏదైనా నిర్దిష్ట అస్వస్థతతో (వ్యక్తిగత కవర్ కు అందుబాటులో లేదు) ఆటోమేటిక్ ఉచిత పొడిగింపు 1 సంవత్సరం పాటు పొడిగించబడుతుంది.
- భారతదేశం యొక్క భౌగోళిక సరిహద్దుల వెలుపల నిర్దిష్ట అనారోగ్య కవర్, అత్యవసర వైద్య తరలింపు - భారతదేశం యొక్క భౌగోళిక సరిహద్దుల వెలుపల మరియు అత్యవసర ఆసుపత్రి కోసం యుఎస్ఎ మరియు కెనడాకు కవరేజీని విస్తరించడానికి మొదలైన భౌగోళిక పరిధి

పాలసీ ప్రకారము వెయిటింగ్ పీరియడ్ లు వర్తిస్తాయని గమనించండి:

- పాలసీ ప్రారంభమైనప్పటి నుండి 24 నెలలు (సిల్వర్ ఫాన్ అయితే 36 నెలలు) మరియు నిరంతర పునరుద్ధరణకు లోబడి ఉన్న వ్యాధి వెయిటింగ్ పీరియడ్.
- చికిత్స అవసరం అయితే తప్ప 30 రోజుల ప్రారంభ వెయిటింగ్ పీరియడ్ అనేది ఒక ప్రమాదం యొక్క ఫలితం.
- కొన్ని జాబితా చేయబడిన అనారోగ్యాలకు నిర్దిష్ట వెయిటింగ్ పీరియడ్ 24 నెలలు, ఈ పరిస్థితి నేరుగా క్యాన్సర్ (30 రోజుల ప్రారంభ నిరీక్షణ కాలం తరువాత కవర్ చేయబడుతుంది) లేదా ప్రమాదం (మొదటి రోజు నుండి కవర్ చేయబడుతుంది). ఈ వెయిటింగ్ పీరియడ్ కేవలం 45 ఏళ్లు పైబడిన వారికి మాత్రమే వర్తిస్తుంది.
- మెంటల్ డిజార్డర్ (ట్రీట్ మెంట్ బెనిఫిట్ అనేది మనోత్ కవర్ ప్రారంభించినప్పటి నుంచి 36 నెలల వెయిటింగ్ పీరియడ్ ను కలిగి ఉంటుంది, సంబంధిత బీమా చేయబడతే వ్యక్తికి మానసిక అనారోగ్యం బెనిఫిట్ గా కవర్ చేయబడుతుంది.
- హెచ్ ఐవి/ఎయిడ్స్ కవర్ కోరకు, సంబంధిత బీమా చేయబడతే వ్యక్తికి హెచ్ ఐవి/ఎయిడ్స్ బెనిఫిట్ గా కవర్ చేయబడతే మాత్రం కవర్ ప్రారంభించినప్పటి నుండి 48 నెలల వెయిటింగ్ పీరియడ్ ఉంటుంది.
- క్లినికల్ ఇల్ సెస్ కవర్ కోరకు, 90 రోజుల ప్రారంభ వెయిటింగ్ పీరియడ్ తో పాటు ముందుగా ఉన్న డిసీజ్ వెయిటింగ్ పీరియడ్ 3 సంవత్సరాలు మరియు సర్టిఫైడ్ పీరియడ్ 30 రోజులు అన్ని పరతులకు వర్తిస్తుంది.

పాలసీ కాంట్రాక్ట్ లో పేర్కొన్న విధంగా ప్రమాణాల మినహాయింపులు వర్తిస్తాయని గమనించండి. అదనంగా, అండర్ రైటింగ్ ఫలితాల ఆధారంగా, కొన్ని నిర్దిష్ట మినహాయింపులు లేదా వ్యక్తిగత వెయిటింగ్ పీరియడ్ కూడా మీ పాలసీకి వర్తించవచ్చు.

- వ్యక్తిగత లేదా ఫ్యామిలీ ఫ్లోటర్ కవర్ (4 ఏళ్ల వరకు) లేదా ఫ్యామిలీ ఫ్లోటర్ కవర్ (19 రిటైర్మెంట్ పిమ్ ల వరకు), పాలసీలో సభ్యుడు(లు) యొక్క ఏదైనా జోడించడం లేదా తొలగించడం పునరుద్ధరణ సమయంలో మాత్రమే చేయబడుతుంది.
- బీమా మొత్తం (కుటుంబం మొదట అయితే): మీ ఫాన్ ఒకే పాలసీలో వ్యక్తిగత బీమా మొత్తం మరియు ఫ్లోటర్ మొత్తం బీమా మొత్తాన్ని అందిస్తుంది. ఉదాహరణకు, 5 లక్షలు + 30 లక్షల బీమా మొత్తంతో 6 మంది సభ్యులకు (ఉదాహరణకు, జీవిత భాగస్వామి, తల్లిదండ్రులు మరియు ఇద్దరు పిల్లలు) ఫ్యామిలీ ఫ్లోటర్ పాలసీని ఎంచుకుంటారు. ఏ సభ్యుడైనా తన వ్యక్తిగత బీమా మొత్తం నుండి 5 లక్షల వరకు క్లెయిమ్ చేసుకోవచ్చు. 5 లక్షలకు మించిన ఏదైనా క్లెయిమ్ రూ. 30 లక్షల ఫ్లోటర్ బీమా ద్వారా కవర్ చేయబడుతుంది. అందువల్ల, ఒక వ్యక్తిగత సభ్యుడు ఒకే క్లెయిమ్ లో 35 లక్షల వరకు క్లెయిమ్ చేయవచ్చు, అయితే పాలసీ సంవత్సరంలో సభ్యులందరికీ కలిపి ఫ్లోటర్ బీమా మొత్తాన్ని 30 లక్షల వరకు మాత్రమే ఉపయోగించవచ్చు. ఒక పాలసీ సంవత్సరంలో క్యూములేటివ్ ప్రాతిపదికన, మొత్తం క్లెయిమ్ లు 60 లక్షల (అంటే 6 సభ్యులు * 5 లక్షలు + 30 లక్షల ఫ్లోటర్ బీమా మొత్తం).
- మీ ధృవీకరణ మరియు సకాలంలో చెల్లించాల్సిన ప్రీమియం చెల్లింపుకు లోబడి మీ పాలసీ యొక్క జీవితకాల పునరుద్ధరణ.
- మీ వయస్సు పెరిగేకొద్దీ మీ పునరుద్ధరణ ప్రీమియం 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 (ప్రీమియం) ఖర్చులో 100% మీరు భరిస్తారు.
- ప్రీ లుక్ ప్రావిజన్: పాలసీ నియమనిబంధనలకు మీరు అంగీకరించనట్లయితే, పాలసీ డాక్యుమెంట్ అందుకున్న 15 రోజుల్లోగా మీ కారణాలను తెలియజేస్తూ, ఏదైనా బెనిఫిట్ క్లెయిమ్ లు చేయకపోతే, మీరు పాలసీని రద్దు చేయవచ్చు. మెడికల్ చెక్స్, ఫ్రాంట్ డ్యూటీ, కవర్ పీరియడ్ కోసం దామాషా రెస్ట్రీక్షన్లు ప్రీమియం కోసం ఛార్జీలు మినహాయించిన తర్వాత ప్రీమియం రీఫండ్ చేయబడుతుంది. పాలసీ రెస్ట్రీక్షన్ల సమయంలో ప్రీ లుక్ నిబంధన వర్తించదు.

గమనికలు:

- ప్రీమియం: దయచేసి ప్రీమియం మొత్తాన్ని నివాసా బాసా హెల్త్ ఇన్సూరెన్స్ కంపెనీ లిమిటెడ్ పేరిట సురక్షితమైన చెల్లింపు విధానం ద్వారా డిపాజిట్ చేయండి.
- ఒకవేళ ఏదైనా సందేహం లేదా క్లెయిమ్ ఉన్నట్లయితే, దయచేసి మా కస్టమర్ హెల్ప్ లైన్ నెంబరు: 1860-500-8888 ని సంప్రదించండి.

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

ఉద్దేశపూర్వకంగానే ఈ పులాన్ని ఖాళీగా వదిలేశారు.

రెన్యూవల్ ఫేమెంట్ సైన్ అవు

కంపెనీతో మీ ప్రస్తుత ఆటోమేటెడ్ క్రియేటింగ్ హౌస్ (ఎసిహెచ్) / స్టాండింగ్ ఇన్స్ట్రక్షన్స్ (ఎస్ఐ) ను కొనసాగించడం ద్వారా మీ ఆరోగ్య బీమా పాలసీ యొక్క ప్రస్తుత ప్రతిబంధక ప్రమిథిని ప్రతి సంవత్సరం కొరతగా నిర్వహించుకోవడానికి, మీ పాలసీని తక్షణమే పునరుద్ధరించుకోవడానికి, అయితే కంపెనీ ద్వారా అవసరమైన సమాచారం మరియు డాక్యుమెంటేషన్ యొక్క అన్ని అదనపు అవసరాలను మీరు పూర్తి చేయాలి.

___ ఏసీహెచ్/ఎస్ఐ రెన్యూవల్ అప్లికేషన్ ఎంచుకోవాలి.

ఖర్చు:

ప్రతిపాదకుని సంకేతం:

ఉంచు:

ప్రతిపాదకుని పేరు:

నివా బుపా హెల్త్ ఇన్సూరెన్స్ కంపెనీ లిమిటెడ్
రిజిస్టర్డ్ కార్యాలయం:- సి-98, మొదటి అంతస్తు, లజవత్ నగర్, పార్ట్ 1, న్యూఢిల్లీ-110024
డిస్ట్రిబ్యూటర్: బీమా అసోసియేట్స్ ప్రైవేట్ లిమిటెడ్, నివా బుపా హెల్త్ ఇన్సూరెన్స్ కంపెనీ లిమిటెడ్ (గ్రాంట్ డీనిని మ్యాక్స్ బుపా హెల్త్ ఇన్సూరెన్స్ కంపెనీ లిమిటెడ్ అని పిలిచేవారు) (ఐఆర్ డిఎం రిజిస్ట్రేషన్ నెం. 145). 'బుపా', 'హెల్త్ బీడ్' లోగాలు ఆయా యజమానుల రిజిస్టర్డ్ ట్రేడ్ మార్క్ లు మరియు లైసెన్స్ కింద నివా బుపా హెల్త్ ఇన్సూరెన్స్ కంపెనీ లిమిటెడ్ ద్వారా ఉపయోగించబడుతున్నాయి. కస్టమర్ హెల్ప్ లైన్: 1860-500-8888. వెబ్సైట్: www.nivabupa.com. సీఐఎన్: U66000DL2008PLC182918. మరియు వివరాల కోసం..

కంపెనీ నుంచి ఆమోదం

అప్లికేషన్ నెంబరు:

[Empty dashed box for application number]

ఖర్చు

[Empty dashed box for premium]

మీ ప్రజాజీవిత అందుకున్నందుకు మరియు చెక్/డిమాండ్ డ్రాఫ్ట్/ఇతరలు _____ రూ. _____ తేదీ _____ మొత్తాన్ని _____ మీద డ్రా చేసినందుకు మేం కృతజ్ఞతతో అంగీకరిస్తున్నాం. బీమా కోరికలు పూర్తి చేయబడని ప్రతిపాదనను మాకు సమర్పించడం లేదా పాలసీ జారీ చేయడం కోరకు చేయబడని ఏదైనా చెల్లింపు, పాలసీని జారీ చేయడానికి అంగీకరించమని మమ్మల్ని బలవంతం చేయదు, ఈ నిర్ణయం ఎల్లప్పుడూ మన యొక్క సంపూర్ణ మరియు సంపూర్ణ విచక్షణపై ఆధారపడి ఉంటుంది. ఒకవేళ బీమా కోరికలు 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 అంగీకరించినట్లయితే, మేం మీకు తెలియజేస్తాం మరియు మీ నుంచి అందుకున్న వైద్య పరీక్షల ఖర్చును వడ్డీ లేకుండా మినహాయించిన తరువాత చెల్లింపును తిరిగి చెల్లిస్తాం.

రిసేవర్ యొక్క పేరు మరియు సంకేతం మరియు అప్లికేషన్ నెంబరు

[Empty box for signature]