

# రీఅశూర్ 3.0

## ప్రతిపాదన ఫారమ్

URN: 032

బీమా ఓహ్లాదం ఒక చట్టపరమైన ఓహ్లాదం కూడా, ఇది విశ్వాసంపై ఆధారపడి ఉంటుంది మరియు మేము మిమ్మల్ని విశ్వసిస్తున్నాము.

మీ ఆరోగ్యం గురించి ఉన్న సమాచారం ఎంత ముఖ్యమైనదో, అది మీ పాలసీపై ఎలాంటి ప్రభావం చూపుతుందో మీకు తెలియకపోవచ్చని మేము ఆర్థం చేసుకున్నాము. అందుకే, మీరు ఆరోగ్యానికి సంబంధించిన అన్ని సమాచారాన్ని తప్పకుండా చెల్లించడం చాలా ముఖ్యం. అందులో ఏదీ ముఖ్యమైనదో మేము నిర్ణయిస్తాము (దీనిని మేము 'ముఖ్యమైన వాస్తవం' అని పిలుస్తాము).

ఒకవేళ, బీమా చేయాలనుకున్న సభ్యులందరి గురించి సరైన మరియు పూర్తి సమాచారం అందించకపోతే, మేము మీ పాలసీని రద్దు చేస్తాము, ఎటువంటి క్లెయిమ్స్ చెల్లించడం, చెల్లించిన ప్రీమియంను తిరిగి ఇవ్వడం మరియు గతంలో చెల్లించిన ప్రయోజనాలను తిరిగి పొందడంలో సహా మీపై అన్ని రకాల చట్టపరమైన చర్యలు తీసుకునే హక్కు మాకు ఉంటుంది. పూర్తి ప్రీమియం మాకు అందిన తర్వాత మరియు మేము రిన్వ్యూ స్పష్టంగా అంగీకరించిన తర్వాత మాత్రమే కవరేజీ ప్రారంభమవుతుందని నియమాలు నిర్దేశిస్తున్నాయి.

### 1. ప్రతిపాదకుడి వివరాలు:

|                        |      |       |          |        |     |                    |
|------------------------|------|-------|----------|--------|-----|--------------------|
| క్లియర్                | పేరు | లింగం | పురుషుడు | స్త్రీ | ఇతర | జాతీయత             |
| పుట్టిన తేదీ           |      |       |          |        |     |                    |
| ప్రస్తుత చిరునామా      |      |       |          |        |     |                    |
| స్థలం గుర్తు           |      |       |          |        |     | నగరం               |
| తల్లి                  |      |       |          |        |     | పిన్ కోడ్          |
| బ్యాంక్ డ్రాఫ్ట్ నంబర్ |      |       |          |        |     | మొదటి నంబర్        |
| ఇమెయిల్ ID             |      |       |          |        |     | ప్రత్యామ్నాయ సంఖ్య |
| PAN నంబర్              |      |       |          |        |     |                    |

వార్షిక ఆదాయం (రూ)  CKYC నంబర్

పుట్టి  వేతన దారుడు  స్వయం ఉపాధి  విద్యార్థి  గృహిణి  ఇతర, దయచేసి పేర్కొనండి

ప్రీమియం చెల్లించినది  ప్రతిపాదకుడితో సంబంధం

☐ నేను పర్యావరణాన్ని రక్షించడానికి మరియు భాగస్వామి అయి చేయడానికి కంపెనీకి అధికారం ఇవ్వాలనుకుంటున్నాను, తద్వారా మీ ఆస్తి పాలసీ మరియు సేవలకు సంబంధించిన కమ్యూనికేషన్స్ ఈ అప్లికేషన్ ఫారమ్పై పేర్కొన్న ఇమెయిల్ ID వంటివన్నీ?

☐ నేను ఆస్తి నిలబెట్టడం మరియు పరతులను చదివి, ఆర్థం చేసుకుని, అంగీకరించాను. ఈ ద్వారా, నివా బూపా హెల్త్ ఇన్సూరెన్స్ లేదా దాని ఏజెంట్స్ మరియు/లేదా ఇతర వ్యక్తులు / అనుబంధ సంస్థలు నా DND నమోదును ఓపర్టిడ్ చేస్తూ, స్వాగత కార్డ్/SMS, సర్వీస్ కార్డ్/SMS లేదా ఏదైనా ఇతర వాణిజ్య సమాచారం కోసం, నా రిజిస్టర్డ్ ఫోన్ నంబర్కు SMS / ఇమెయిల్ / టాక్ / వాట్సాప్ / వీమ్యూక్ లేదా ఇతర పద్ధతులలో స్వాగత కార్డ్ / SMS, సర్వీస్ కార్డ్ / SMS లేదా మరీ ఇతర వాణిజ్య కమ్యూనికేషన్స్ చేయడానికి నన్ను సంప్రదించడానికి దీని ద్వారా అధికారం ఇస్తున్నాను.

మీకు పాలసీ కిట్ యొక్క భౌతిక కాపీ కాదా  అవును  కాదు

మీరు లేదా ప్రతిపాదిత దరఖాస్తుదారులలో ఎవరైనా PEP# అవునా?  అవును  కాదు

#రాజకీయంగా ప్రముఖ వ్యక్తులు (PEP) అంటే, కింద లేదా రాష్ట్ర ప్రభుత్వాల అధిపతులు / మంత్రులు, సీనియర్ రాజకీయ నాయకులు, సీనియర్ ప్రభుత్వ న్యాయ లేదా సైనిక అధికారులు, ప్రభుత్వ సంస్థల సీనియర్ కార్యనిర్వాహకులు, ముఖ్యమైన పార్టీ అధికారులు వంటి ప్రముఖ ప్రజా పదవులలో ఉన్న లేదా ఉండిన వ్యక్తులు. (ఒకవేళ మీరు PEP వద్ద టిక్ చేసి ఉంటే, దయచేసి ప్రత్యేకంగా ఉన్న PEP ప్రశ్నపత్రాని నింపండి)

బ్యాంకు వివరాలు:

బ్యాంక్ పేరు

బాంబా సంఖ్య  IFSC కోడ్

బాంబా రకం  సేవింగ్  ప్రస్తుత  ట్రాన్స్  నగరం

ఎలక్ట్రానిక్ బీమా భాతా (eIA) వివరాలు

మీరు ఈ పాలసీని eIAకి అమ చేయాలనుకుంటున్నారా? (దయచేసి ఏదైనా ఒకటి ఎంచుకోండి)

☐ కాదు, నాకు eIA లేదు మరియు ఒకటి తెరవడానికి నేను ఇష్టపడను ☐ అవును, ఈ పాలసీని నా ఇ-బీమా భాతాలో అమ చేయండి

అవును అయితే, దయచేసి ఇప్పటికే ఉన్న ఇ-ఇన్సూరెన్స్ భాతా సంఖ్య తెలియజేయండి.

దయచేసి బీమా రిపోజిటరీ పేరును ఎంచుకోండి (మీరు మీ భాతాను తెరిచిన)

M/s NSDL డేటాబేస్ మేనేజ్మెంట్ లిమిటెడ్  M/s నెస్టల్ ఇన్సూరెన్స్ రిపోజిటరీ లిమిటెడ్

M/s కార్గ్ ఇన్సూరెన్స్ రిపోజిటరీ లిమిటెడ్  M/s CAMS రిపోజిటరీ సర్వీస్ లిమిటెడ్ (దయచేసి ఏదైనా ఒకటి ఎంచుకోండి) లేదా

నాకు ప్రస్తుతానికి ఇ-ఇన్సూరెన్స్ భాతా లేదు మరియు కొత్త ఇ-ఇన్సూరెన్స్ భాతాను తెరవడానికి నేను ఆసక్తిగా ఉన్నాను (ఎలక్ట్రానిక్ ఇన్సూరెన్స్ అకౌంట్ ఓపెనింగ్ ఫామ్ (eIA ఫామ్) ను సంబంధిత డాక్యుమెంట్లతో సమర్పించండి).

రిన్యూవల్ చెల్లింపు సైన్-ఆఫ్: మీ ఆరోగ్య బీమా పాలసీ యొక్క రిన్యూవల్ ప్రీమియం చెల్లింపును ప్రతి సంవత్సరం కంపెనీతో మీ ప్రస్తుత ఆటోమేటెడ్ క్లెయింకింగ్ హౌస్ (ACH) / స్టాండింగ్ ఇన్స్ట్రక్షన్స్ (SI) కోసంపొందడం ద్వారా చేయవచ్చు. ఈ ఎంపిక కింద, కంపెనీకి అవసరమైన అదనపు సమాచారం మరియు డాక్యుమెంట్ల అవసరాలన్నింటినీ మీరు పూర్తి చేస్తేనే, మీ పాలసీ వెంటనే రిన్యూవల్ అవుతుంది.

☐ ACH/SI రిన్యూవల్ అప్లై ఎంచుకోవాలని మరియు అదే విధానాన్ని ఉపయోగించి పాలసీ రిన్యూవల్ అయ్యే వరకు ప్రీమియంపై 2.5% తగ్గింపు పొందాలని కోరుకుంటున్నాను.

తేది  స్థలం  ప్రతిపాదకుడి సంతకం

2. మీదా కోసం దరఖాస్తుదారుల వివరాలు:

|              |                                                                                                                                                                                           |              |        |     |       |                                |          |       |        |  |  |
|--------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|--------|-----|-------|--------------------------------|----------|-------|--------|--|--|
| పరభాషాదారు 1 | పేరు                                                                                                                                                                                      |              |        |     |       |                                |          |       |        |  |  |
|              | లింగం                                                                                                                                                                                     | పురుషుడు     | స్త్రీ | ఇతర | ఎత్తు | (అడుగు)                        | (అంగుళం) | బరువు | (కిలో) |  |  |
|              | మొదటి సంఖ్య                                                                                                                                                                               | పుట్టిన తేది |        |     |       | భారతీయులు కాకపోతే దీర్ఘ వేయండి |          |       |        |  |  |
|              | ప్రత్యామ్నాయ సంబంధం (దయచేసి ఎంపికను టిక్ చేయండి): జీవిత భాగస్వామి/తండ్రి/తల్లి/మామ/అత్త/కుమారుడు/కుమార్తె/ఉద్యోగి<br>సమాచిత వైద్య నిపుణుడు* అయితే, దయచేసి అందించండి: 1. వైద్య నమోదు సంఖ్య |              |        |     |       |                                |          |       |        |  |  |
| పరభాషాదారు 2 | పేరు                                                                                                                                                                                      |              |        |     |       |                                |          |       |        |  |  |
|              | లింగం                                                                                                                                                                                     | పురుషుడు     | స్త్రీ | ఇతర | ఎత్తు | (అడుగు)                        | (అంగుళం) | బరువు | (కిలో) |  |  |
|              | మొదటి సంఖ్య                                                                                                                                                                               | పుట్టిన తేది |        |     |       | భారతీయులు కాకపోతే దీర్ఘ వేయండి |          |       |        |  |  |
|              | ప్రత్యామ్నాయ సంబంధం (దయచేసి ఎంపికను టిక్ చేయండి): జీవిత భాగస్వామి/తండ్రి/తల్లి/మామ/అత్త/కుమారుడు/కుమార్తె<br>సమాచిత వైద్య నిపుణుడు* అయితే, దయచేసి అందించండి: 1. వైద్య నమోదు సంఖ్య         |              |        |     |       |                                |          |       |        |  |  |
| పరభాషాదారు 3 | పేరు                                                                                                                                                                                      |              |        |     |       |                                |          |       |        |  |  |
|              | లింగం                                                                                                                                                                                     | పురుషుడు     | స్త్రీ | ఇతర | ఎత్తు | (అడుగు)                        | (అంగుళం) | బరువు | (కిలో) |  |  |
|              | మొదటి సంఖ్య                                                                                                                                                                               | పుట్టిన తేది |        |     |       | భారతీయులు కాకపోతే దీర్ఘ వేయండి |          |       |        |  |  |
|              | ప్రత్యామ్నాయ సంబంధం (దయచేసి ఎంపికను టిక్ చేయండి): జీవిత భాగస్వామి/తండ్రి/తల్లి/మామ/అత్త/కుమారుడు/కుమార్తె<br>సమాచిత వైద్య నిపుణుడు* అయితే, దయచేసి అందించండి: 1. వైద్య నమోదు సంఖ్య         |              |        |     |       |                                |          |       |        |  |  |
| పరభాషాదారు 4 | పేరు                                                                                                                                                                                      |              |        |     |       |                                |          |       |        |  |  |
|              | లింగం                                                                                                                                                                                     | పురుషుడు     | స్త్రీ | ఇతర | ఎత్తు | (అడుగు)                        | (అంగుళం) | బరువు | (కిలో) |  |  |
|              | మొదటి సంఖ్య                                                                                                                                                                               | పుట్టిన తేది |        |     |       | భారతీయులు కాకపోతే దీర్ఘ వేయండి |          |       |        |  |  |
|              | ప్రత్యామ్నాయ సంబంధం (దయచేసి ఎంపికను టిక్ చేయండి): జీవిత భాగస్వామి/తండ్రి/తల్లి/మామ/అత్త/కుమారుడు/కుమార్తె<br>సమాచిత వైద్య నిపుణుడు* అయితే, దయచేసి అందించండి: 1. వైద్య నమోదు సంఖ్య         |              |        |     |       |                                |          |       |        |  |  |
| పరభాషాదారు 5 | పేరు                                                                                                                                                                                      |              |        |     |       |                                |          |       |        |  |  |
|              | లింగం                                                                                                                                                                                     | పురుషుడు     | స్త్రీ | ఇతర | ఎత్తు | (అడుగు)                        | (అంగుళం) | బరువు | (కిలో) |  |  |
|              | మొదటి సంఖ్య                                                                                                                                                                               | పుట్టిన తేది |        |     |       | భారతీయులు కాకపోతే దీర్ఘ వేయండి |          |       |        |  |  |
|              | ప్రత్యామ్నాయ సంబంధం (దయచేసి ఎంపికను టిక్ చేయండి): జీవిత భాగస్వామి/తండ్రి/తల్లి/మామ/అత్త/కుమారుడు/కుమార్తె<br>సమాచిత వైద్య నిపుణుడు* అయితే, దయచేసి అందించండి: 1. వైద్య నమోదు సంఖ్య         |              |        |     |       |                                |          |       |        |  |  |
| పరభాషాదారు 6 | పేరు                                                                                                                                                                                      |              |        |     |       |                                |          |       |        |  |  |
|              | లింగం                                                                                                                                                                                     | పురుషుడు     | స్త్రీ | ఇతర | ఎత్తు | (అడుగు)                        | (అంగుళం) | బరువు | (కిలో) |  |  |
|              | మొదటి సంఖ్య                                                                                                                                                                               | పుట్టిన తేది |        |     |       | భారతీయులు కాకపోతే దీర్ఘ వేయండి |          |       |        |  |  |
|              | ప్రత్యామ్నాయ సంబంధం (దయచేసి ఎంపికను టిక్ చేయండి): జీవిత భాగస్వామి/తండ్రి/తల్లి/మామ/అత్త/కుమారుడు/కుమార్తె<br>సమాచిత వైద్య నిపుణుడు* అయితే, దయచేసి అందించండి: 1. వైద్య నమోదు సంఖ్య         |              |        |     |       |                                |          |       |        |  |  |

\*ప్రీమియంపై 5% తగ్గింపు పొందండి. వైద్య నిపుణుడు అంటే, ఏదైనా రాష్ట్ర మెడికల్ కౌన్సిల్ లేదా భారత వైద్య మండలి లేదా భారత ప్రభుత్వం లేదా రాష్ట్ర ప్రభుత్వం ఏర్పాటు చేసిన అండ్ యన్ మెడిసిన్ కౌన్సిల్ లేదా ప్రోమోషన్ కౌన్సిల్ నుండి చెల్లుబాటు అయ్యే నమోదు కలిగి ఉండి, దాని పరిధిలో వైద్యం చేయడానికి అర్హత ఉన్న వ్యక్తి; మరియు తన ట్రైనింగ్ పది మరయు అధికార పరిధిలో పనిచేస్తున్న వ్యక్తి.

గమనికలు: 1. ప్రతిపాదకుడితో పరభాషాదారు 1 యొక్క సంబంధం ఉల్లిగి అయితే, మిగిలిన పరభాషాదారులందరి సంబంధం దరఖాస్తుదారు 1 తో ఉంటుంది.

| 3. కవరేజ్ ఎంపిక                                                     |               |              |               |              |                         |               |
|---------------------------------------------------------------------|---------------|--------------|---------------|--------------|-------------------------|---------------|
| టెస్ట్ కవరేజ్                                                       |               |              |               |              |                         |               |
| పాలసీ రకం#                                                          | వ్యక్తిగత     |              | వ్యాపారీ ఖాతా |              | మల్టీ మెంబర్ అండివిజనల్ |               |
| కవర్ చేయబడిన జీవితాల సంఖ్య                                          | పెద్దలు       |              | పిల్లలు       |              |                         |               |
| వేరియంట్                                                            | ప్లాన్ 1      | ప్లాన్ 2     | ప్లాన్ 3      | ప్లాన్ 4     | ప్లాన్ 5                | ప్లాన్ 6      |
| బేస్ సమ్ ఇన్సూరెన్స్                                                | వరిమితి లేదు  |              | ₹ 5,00,000    | ₹ 10,00,000  |                         |               |
| పాలసీ కాలపరిమితి                                                    | 1 సంవత్సరం    | 2 సంవత్సరాలు | 3 సంవత్సరాలు  | 4 సంవత్సరాలు | 5 సంవత్సరాలు            |               |
| అదనపు కవరేజ్                                                        |               |              |               |              |                         |               |
| 1. బ్యాస్+బ్యాస్+                                                   | అవును         | కాదు         |               |              |                         |               |
| 2. ట్రిపుల్ ఎంబెడెడ్డ్ <sup>(1)</sup>                               | అవును         | కాదు         |               |              |                         |               |
| 3. సిబిఎస్+ ప్లాన్ <sup>(2)</sup>                                   | అవును         | కాదు         |               |              |                         |               |
| 4. వార్షిక ఆరోగ్య తనిఖీ <sup>(3)</sup> (కేవలం వగదు రహిత)            | అవును         | కాదు         |               |              |                         |               |
| 5. వార్షిక ఆరోగ్య తనిఖీ <sup>(3)</sup> (వగదు రహిత + రియంబర్స్మెంట్) | అవును         | కాదు         |               |              |                         |               |
| 6. హెల్త్ సేఫ్టీ <sup>(4)</sup>                                     | అవును         | కాదు         |               |              |                         |               |
| 7. హెల్త్ సేఫ్టీ రోజువారీ వగదు                                      | అవును         | కాదు         |               |              |                         |               |
| 8. హెల్త్ సేఫ్టీ+                                                   | అవును         | కాదు         |               |              |                         |               |
| 9. మూడవ వైద్య అభిప్రాయం                                             | అవును         | కాదు         |               |              |                         |               |
| 10. రెండవ వైద్య అభిప్రాయం - ఎక్స్పర్ట్                              | అవును         | కాదు         |               |              |                         |               |
| 11. వైద్య పరీక్షలు                                                  | అవును         | కాదు         |               |              |                         |               |
| 12. పెద్దలకు బాలిస్టిక్ ఫ్రెయింక్వెన్సీ                             | అవును         | కాదు         |               |              |                         |               |
| 13. మానసిక ఆరోగ్య కౌన్సిలింగ్                                       | అవును         | కాదు         |               |              |                         |               |
| 14. బ్లింగ్ ఆరోగ్య కౌన్సిలింగ్                                      | అవును         | కాదు         |               |              |                         |               |
| 15. ఆరోగ్య ప్రమాద అంచనా                                             | అవును         | కాదు         |               |              |                         |               |
| 16. ప్రమాద సంరక్షణ                                                  | అవును         | కాదు         |               |              |                         |               |
| 17. ఆరోగ్య లోపం                                                     | అవును         | కాదు         |               |              |                         |               |
| 18. రుణామయ సంవర్ధన                                                  | అవును         | కాదు         |               |              |                         |               |
| 19. ప్లాన్-మోడ్                                                     | అవును         | కాదు         |               |              |                         |               |
| 20. జీవా కవరేజ్                                                     | అవును         | కాదు         |               |              |                         |               |
| 21. కోలుకునే ప్రయోజనం                                               | అవును         | కాదు         |               |              |                         |               |
| 22. ఆరునెల విశ్రాంతి (ప్లాన్ మరియు పెన్షన్ కోసం)                    | అవును         | కాదు         |               |              |                         |               |
| 23. ఎయిడ్ అంబులెన్స్ (ప్లాన్ మరియు పెన్షన్ కోసం)                    | అవును         | కాదు         |               |              |                         |               |
| 24. ఆశ్రితుల వసతి ప్రయోజనం                                          | అవును         | కాదు         |               |              |                         |               |
| 25. అంతర్జాతీయ కవరేజ్                                               | అవును ₹ _____ | కాదు         |               |              |                         |               |
| 26. క్రిటికల్ ఇల్లినెస్                                             | అవును ₹ _____ | కాదు         |               |              |                         |               |
| 27. నెట్ కప్పర్స్                                                   | 1X            | 2X           | 3X            | 4X           | 5X                      | కాదు          |
| 28. ఎక్స్ట్రా వే                                                    | వేరియంట్ 1    | వేరియంట్ 2   | వేరియంట్ 3    | వేరియంట్ 4   | కాదు                    |               |
| 29. ముందుగా ఉన్న వ్యాధి నిరోధక సమయ పరిమితి                          | 12 నెలలు      | 24 నెలలు     | కాదు          |              |                         |               |
| 30. నిర్దిష్ట వ్యాధి నిరోధక సమయ పరిమితి                             | 12 నెలలు      | 36 నెలలు     | కాదు          |              |                         |               |
| 31. సహ-వెల్లింగ్ <sup>(5)</sup>                                     | 10%           | 20%          | 30%           | 40%          | 50%                     | కాదు          |
| 32. వార్షిక ఆర్థిక డిడిట్ <sup>(6)</sup>                            | ₹ 10,000      | ₹ 20,000     | ₹ 30,000      | ₹ 50,000     | ₹ 1,00,000              | కాదు          |
|                                                                     | ₹ 2,00,000    | ₹ 3,00,000   | ₹ 4,00,000    | ₹ 5,00,000   |                         |               |
| 33. ఆసుపత్రి నుండి డిశ్చార్జ్ అయిన తర్వాత సవరణ                      | 30 రోజులు     | 60 రోజులు    | 90 రోజులు     | 270 రోజులు   | 365 రోజులు              |               |
| 34. ఆసుపత్రిలో చేరడానికి ముందు సవరణ                                 | 30 రోజులు     | 90 రోజులు    | 180 రోజులు    | కాదు         |                         |               |
| 35. ప్రారంభ వెయిట్ పీరియడ్ సవరణ                                     | 7 రోజులు      | 10 రోజులు    | 15 రోజులు     | కాదు         |                         |               |
| 36. సుపాఫోల కోసం వెర్షన్                                            | ప్లాన్ 1      | ప్లాన్ 2     | ప్లాన్ 3      | ప్లాన్ 4     | ప్లాన్ 5                | ప్లాన్ 6 కాదు |



| పోస్ట్మార్టిల్ కోసం<br>అభ్యర్థించిన<br>ప్రతిపాదిత<br>దీనిని చేసిన<br>వ్యక్తి పేరు | మొదటి పాలసీ<br>ప్రారంభ తేదీ | పోస్ట్మార్టిల్ కోసం<br>అభ్యర్థించిన<br>నిరంతర<br>కవరీటీ<br>సంవత్సరాల<br>సంఖ్య | గత పాలసీలలో<br>క్లియర్లు | ప్రస్తుత నో<br>క్లియర్ బోనస్ | సమీక్షనార్త<br>- సంవత్సరం 1<br>(పురాతనమైనది) | సమీక్షనార్త<br>- సంవత్సరం 2 | సమీక్షనార్త<br>- సంవత్సరం 3 | సమీక్షనార్త<br>- సంవత్సరం 4<br>(గడువు<br>ముగిసిపోయింది) |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|------------------------------|----------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|---------------------------------------------------------|
|                                                                                   |                             |                                                                               |                          |                              |                                              |                             |                             |                                                         |
|                                                                                   |                             |                                                                               |                          |                              |                                              |                             |                             |                                                         |
|                                                                                   |                             |                                                                               |                          |                              |                                              |                             |                             |                                                         |

## 5. నామినేషన్

ప్రతిపాదకుడు మరణించిన పక్షంలో, పాలసీ కింద చెల్లించాల్సిన ఏదైనా మొత్తం కింద పేర్కొన్న నామినీకి చెల్లించబడుతుంది. నామినీ ఆ చెల్లింపును స్వీకరించడం వలన పాలసీ కింద కంపెనీ బాధ్యత నెరవేరినట్లుగా భావించబడుతుంది.

| నామినీ పేరు | పుట్టిన<br>తేదీ | ప్రతిపాదకుడితో<br>సంబంధం | నామినీ చిరునామా, మొబైల్ నంబర్ మరియు ఇమెయిల్ ID<br>18 సంవత్సరాల కంటే తక్కువ వయస్సు ఉన్నట్లయితే |
|-------------|-----------------|--------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
|             |                 |                          |                                                                                               |

నామినీ యొక్క బ్యాంక్ వివరాలు: లబ్ధిదారు పేరు: \_\_\_\_\_  
 బ్యాంక్ పేరు: \_\_\_\_\_ బ్రాంచ్ రకం: \_\_\_\_\_ పొరుపు: \_\_\_\_\_ ప్రస్తుత: \_\_\_\_\_  
 బ్రాంచ్ సంఖ్య: \_\_\_\_\_ IFSC కోడ్: \_\_\_\_\_

## 6. వైద్య అంశాలు మరియు గత ప్రతిపాదన సమాచారం

ముఖ్య గమనిక: దయచేసి ఈ విభాగంలోని అన్ని ప్రశ్నలకు నిజాయితీగా మరియు పూర్తిగా సమాధానం ఇవ్వండి. మీరు ఇక్కడ అందించే సమాచారం నిజా బాపా ద్వారా పాలసీని ఆమోదించడానికి (అందర్నెట్టింగ్) అధారం అవుతుంది. అసంపూర్ణమైన, తప్పుగా, లేదా పొక్కిరిగి సరియైన సమాచారం మీ వైద్య క్లెయిమ్ మరియు/లేదా కవరేజీపై ప్రభావం చూపవచ్చును గమనించండి.

| సిక్సన్ ఎ: దయచేసి వైద్య పరిస్థితుల గురించి సమాచారాన్ని పంచుకోండి                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|
| దరఖాస్తుదారుడి కోసం దయచేసి క్రింది ప్రశ్నలకు సమాధానం ఇవ్వండి. అవును (Y) లేదా కాదు (N) అని సుస్పష్టం చేయండి.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  | దరఖాస్తుదారు సంఖ్య |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  | 1                  | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
| i. సాధారణ అలెర్జిక్, ఫ్లూ, ఇన్ఫ్లూంజా, చిన్నపొడి గాయం లేదా ఇతర చిన్న అలెర్జిక్స్ కు కారణం: దరఖాస్తుదారుకు ఎప్పుడైనా ఏదైనా బ్యాధి ఉన్నట్లు నిర్ధారించబడినది మరియు/లేదా 5 రోజుల కంటే ఎక్కువ హాస్పిటల్లో చేర్చారా మరియు/లేదా ఏదైనా శస్త్ర చికిత్సలు చేయించుకున్నారా / చేయించుకోవాలని సలహా ఇచ్చారా మరియు/లేదా 14 రోజుల కంటే ఎక్కువ మందులు తీసుకున్నారా / ఏదైనా లక్షణాలు ఉన్నాయా? మందులు అంటే ఇన్ఫ్లూంజా, ఇంటిక్షన్లు, నోటి ద్వారా తీసుకునే మందులు మరియు శరీరంపై రాని బాహ్య వైద్య లేవనెత్తిన సహజ వ్యాధి మాత్రమే పరిమితం కాదు. |  | Y                  | N | Y | N | Y | N | Y | N | Y | N  | Y  |
| ii. దరఖాస్తుదారుకు థైరాయిడ్ ప్రొఫైల్, లిపిడ్ ప్రొఫైల్, ట్రిగ్లిసెర్ ట్రిప్లెట్, యాంటియోగ్రాఫ్, ఎకోకార్డియోగ్రాఫ్, ఎండోస్కోపీ, అల్ట్రాసౌండ్, CT స్కాన్, MRI, బయోప్సీ మరియు FNAC వంటి ఏదైనా డయాగ్నోస్టిక్ పరీక్షలలో లేదా పరిశోధనలలో ప్రతికూల ఫలితాలు ఎప్పుడైనా వచ్చాయా?                                                                                                                                                                                                                                                    |  | Y                  | N | Y | N | Y | N | Y | N | Y | N  | Y  |
| iii. దరఖాస్తుదారుడికి మధుమేహం లేదా ప్రి-డయాబిటీస్ ఉందా లేదా అతను/ఆమెకు ఎప్పుడైనా అధిక రక్త చక్కెర ఉందా?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  | Y                  | N | Y | N | Y | N | Y | N | Y | N  | Y  |
| iv. దరఖాస్తుదారుడికి హైపర్ టెన్షన్ లేదా అధిక రక్తపోటు ఉందా?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  | Y                  | N | Y | N | Y | N | Y | N | Y | N  | Y  |
| v. దరఖాస్తుదారుకు ఎప్పుడైనా ఏదైనా ఇన్ఫెక్షన్ / వారసత్వ వ్యాధులు లేదా HIV / AIDS ఉన్నట్లు నిర్ధారించబడినది లేదా చికిత్స చేయబడినది?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  | Y                  | N | Y | N | Y | N | Y | N | Y | N  | Y  |
| vi. దరఖాస్తుదారుకు ఎప్పుడైనా ఏదైనా మానసిక / నైర్యాశ్రిత సమస్య ఉన్నట్లు నిర్ధారించబడినది లేదా చికిత్స చేయబడినది?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  | Y                  | N | Y | N | Y | N | Y | N | Y | N  | Y  |
| vii. దరఖాస్తుదారు తీవ్రమైన లైఫ్, హెల్త్, హాస్పిటల్ డైరీ బ్యాడ్ లేదా క్లినికల్ ఇన్ఫర్మేషన్ ద్వారా కోసం ఏ కంపెనీ అయినా ఇంతకుముందు ఏ ప్రతిపాదననైనా తిరస్కరించినది, వాయిదా వేసినది, రోడ్డ్ చేసినది లేదా మినహాయింపులు వంటి ఏదైనా ప్రత్యేక పరిమితులకు లోబడి ఉందా?                                                                                                                                                                                                                                                              |  | Y                  | N | Y | N | Y | N | Y | N | Y | N  | Y  |

| సెక్షన్ B:<br>(దరఖాస్తుదారు పాగ్ త్రాగితే లేదా పాగాకు /గుట్కా/పాన్<br>మసాలా లేదా మధ్యం సేవించినట్లయితే<br>మూత్రమే ఈ విభాగాన్ని పూరించండి) | i. నమిలే పాగాకు / గుట్కా / పాన్<br>మసాలా. అప్పుడు అయితే, దయచేసి రోజుకు ఎన్ని ప్యాకెట్లు<br>తీసుకుంటారో పేర్కొనండి. |      | ii. అల్బుమాల్. అప్పుడు అయితే, దయచేసి<br>దారిదానికి ఎన్ని ml అని పేర్కొనండి |       |                          | iii. సిగరెట్లు / వీడి<br>/ సిగార్. అప్పుడు<br>అయితే, దయచేసి రోజుకు<br>ఎన్నియోగం పేర్కొనండి |      |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|----------------------------------------------------------------------------|-------|--------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|------|
|                                                                                                                                           | 1-10                                                                                                               | > 10 | <= 450                                                                     | > 450 | ప్రతిరోజు త్రాగే వ్యక్తి | 1-10                                                                                       | > 10 |
| దరఖాస్తుదారు 1                                                                                                                            |                                                                                                                    |      |                                                                            |       |                          |                                                                                            |      |
| దరఖాస్తుదారు 2                                                                                                                            |                                                                                                                    |      |                                                                            |       |                          |                                                                                            |      |
| దరఖాస్తుదారు 3                                                                                                                            |                                                                                                                    |      |                                                                            |       |                          |                                                                                            |      |
| దరఖాస్తుదారు 4                                                                                                                            |                                                                                                                    |      |                                                                            |       |                          |                                                                                            |      |
| దరఖాస్తుదారు 5                                                                                                                            |                                                                                                                    |      |                                                                            |       |                          |                                                                                            |      |
| దరఖాస్తుదారు 6                                                                                                                            |                                                                                                                    |      |                                                                            |       |                          |                                                                                            |      |

| విభాగం సి: పైన పేర్కొన్న విభాగంలో అప్పుడు (Y) అని గుర్తించబడిన ప్రశ్నల కోసం, దయచేసి క్రింది సమాచారాన్ని పేర్కొనండి: |                                                                                                        |                              |             |             |            |        |        |                                                                           |                                                       |                                  |                            |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-------------|-------------|------------|--------|--------|---------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------|
| దరఖాస్తుదారు సంఖ్య                                                                                                  | లక్షణం(లక్షణాలు) లేదా పరిశోధన(లు) లేదా రోగ నిర్ధారణ లేదా చేయించుకున్న ప్రక్రియ / శస్త్రచికిత్స వివరాలు |                              |             |             | రోగ వ్యవధి | మందులు | మోతాదు | ప్రస్తుత స్థితి (ఉదా. పూర్తి/పాక్షిక కోలుకోవడం లేదా కొనసాగుతున్న చికిత్స) | చికిత్స చేస్తున్న వైద్యుడి పేరు కి సంప్రదించు-వివరాలు | తోడించిన పత్రాలు (అప్పుడు /కాదు) |                            |
|                                                                                                                     | దయాబెటిస్ HbA1c స్థాయి ఉంటే                                                                            | అధిక రక్తపోటు BP స్థాయి ఉంటే |             | ఇతర వివరాలు |            |        |        |                                                                           |                                                       |                                  | ప్రారంభ తేదీ (DD/MM /YYYY) |
|                                                                                                                     |                                                                                                        | సిస్టోలిక్                   | దయాస్టోలిక్ |             |            |        |        |                                                                           |                                                       |                                  |                            |
|                                                                                                                     |                                                                                                        |                              |             |             |            |        |        |                                                                           |                                                       |                                  |                            |
|                                                                                                                     |                                                                                                        |                              |             |             |            |        |        |                                                                           |                                                       |                                  |                            |
|                                                                                                                     |                                                                                                        |                              |             |             |            |        |        |                                                                           |                                                       |                                  |                            |
|                                                                                                                     |                                                                                                        |                              |             |             |            |        |        |                                                                           |                                                       |                                  |                            |
|                                                                                                                     |                                                                                                        |                              |             |             |            |        |        |                                                                           |                                                       |                                  |                            |
|                                                                                                                     |                                                                                                        |                              |             |             |            |        |        |                                                                           |                                                       |                                  |                            |
|                                                                                                                     |                                                                                                        |                              |             |             |            |        |        |                                                                           |                                                       |                                  |                            |
|                                                                                                                     |                                                                                                        |                              |             |             |            |        |        |                                                                           |                                                       |                                  |                            |
|                                                                                                                     |                                                                                                        |                              |             |             |            |        |        |                                                                           |                                                       |                                  |                            |
|                                                                                                                     |                                                                                                        |                              |             |             |            |        |        |                                                                           |                                                       |                                  |                            |
|                                                                                                                     |                                                                                                        |                              |             |             |            |        |        |                                                                           |                                                       |                                  |                            |
|                                                                                                                     |                                                                                                        |                              |             |             |            |        |        |                                                                           |                                                       |                                  |                            |
|                                                                                                                     |                                                                                                        |                              |             |             |            |        |        |                                                                           |                                                       |                                  |                            |
|                                                                                                                     |                                                                                                        |                              |             |             |            |        |        |                                                                           |                                                       |                                  |                            |
|                                                                                                                     |                                                                                                        |                              |             |             |            |        |        |                                                                           |                                                       |                                  |                            |
|                                                                                                                     |                                                                                                        |                              |             |             |            |        |        |                                                                           |                                                       |                                  |                            |
|                                                                                                                     |                                                                                                        |                              |             |             |            |        |        |                                                                           |                                                       |                                  |                            |
|                                                                                                                     |                                                                                                        |                              |             |             |            |        |        |                                                                           |                                                       |                                  |                            |
|                                                                                                                     |                                                                                                        |                              |             |             |            |        |        |                                                                           |                                                       |                                  |                            |
|                                                                                                                     |                                                                                                        |                              |             |             |            |        |        |                                                                           |                                                       |                                  |                            |
|                                                                                                                     |                                                                                                        |                              |             |             |            |        |        |                                                                           |                                                       |                                  |                            |
|                                                                                                                     |                                                                                                        |                              |             |             |            |        |        |                                                                           |                                                       |                                  |                            |
|                                                                                                                     |                                                                                                        |                              |             |             |            |        |        |                                                                           |                                                       |                                  |                            |
|                                                                                                                     |                                                                                                        |                              |             |             |            |        |        |                                                                           |                                                       |                                  |                            |
|                                                                                                                     |                                                                                                        |                              |             |             |            |        |        |                                                                           |                                                       |                                  |                            |
|                                                                                                                     |                                                                                                        |                              |             |             |            |        |        |                                                                           |                                                       |                                  |                            |
|                                                                                                                     |                                                                                                        |                              |             |             |            |        |        |                                                                           |                                                       |                                  |                            |
|                                                                                                                     |                                                                                                        |                              |             |             |            |        |        |                                                                           |                                                       |                                  |                            |
|                                                                                                                     |                                                                                                        |                              |             |             |            |        |        |                                                                           |                                                       |                                  |                            |
|                                                                                                                     |                                                                                                        |                              |             |             |            |        |        |                                                                           |                                                       |                                  |                            |
|                                                                                                                     |                                                                                                        |                              |             |             |            |        |        |                                                                           |                                                       |                                  |                            |
|                                                                                                                     |                                                                                                        |                              |             |             |            |        |        |                                                                           |                                                       |                                  |                            |
|                                                                                                                     |                                                                                                        |                              |             |             |            |        |        |                                                                           |                                                       |                                  |                            |
|                                                                                                                     |                                                                                                        |                              |             |             |            |        |        |                                                                           |                                                       |                                  |                            |
|                                                                                                                     |                                                                                                        |                              |             |             |            |        |        |                                                                           |                                                       |                                  |                            |
|                                                                                                                     |                                                                                                        |                              |             |             |            |        |        |                                                                           |                                                       |                                  |                            |
|                                                                                                                     |                                                                                                        |                              |             |             |            |        |        |                                                                           |                                                       |                                  |                            |
|                                                                                                                     |                                                                                                        |                              |             |             |            |        |        |                                                                           |                                                       |                                  |                            |
|                                                                                                                     |                                                                                                        |                              |             |             |            |        |        |                                                                           |                                                       |                                  |                            |
|                                                                                                                     |                                                                                                        |                              |             |             |            |        |        |                                                                           |                                                       |                                  |                            |
|                                                                                                                     |                                                                                                        |                              |             |             |            |        |        |                                                                           |                                                       |                                  |                            |
|                                                                                                                     |                                                                                                        |                              |             |             |            |        |        |                                                                           |                                                       |                                  |                            |
|                                                                                                                     |                                                                                                        |                              |             |             |            |        |        |                                                                           |                                                       |                                  |                            |
|                                                                                                                     |                                                                                                        |                              |             |             |            |        |        |                                                                           |                                                       |                                  |                            |
|                                                                                                                     |                                                                                                        |                              |             |             |            |        |        |                                                                           |                                                       |                                  |                            |
|                                                                                                                     |                                                                                                        |                              |             |             |            |        |        |                                                                           |                                                       |                                  |                            |
|                                                                                                                     |                                                                                                        |                              |             |             |            |        |        |                                                                           |                                                       |                                  |                            |
|                                                                                                                     |                                                                                                        |                              |             |             |            |        |        |                                                                           |                                                       |                                  |                            |
|                                                                                                                     |                                                                                                        |                              |             |             |            |        |        |                                                                           |                                                       |                                  |                            |
|                                                                                                                     |                                                                                                        |                              |             |             |            |        |        |                                                                           |                                                       |                                  |                            |
|                                                                                                                     |                                                                                                        |                              |             |             |            |        |        |                                                                           |                                                       |                                  |                            |
|                                                                                                                     |                                                                                                        |                              |             |             |            |        |        |                                                                           |                                                       |                                  |                            |
|                                                                                                                     |                                                                                                        |                              |             |             |            |        |        |                                                                           |                                                       |                                  |                            |
|                                                                                                                     |                                                                                                        |                              |             |             |            |        |        |                                                                           |                                                       |                                  |                            |
|                                                                                                                     |                                                                                                        |                              |             |             |            |        |        |                                                                           |                                                       |                                  |                            |
|                                                                                                                     |                                                                                                        |                              |             |             |            |        |        |                                                                           |                                                       |                                  |                            |
|                                                                                                                     |                                                                                                        |                              |             |             |            |        |        |                                                                           |                                                       |                                  |                            |
|                                                                                                                     |                                                                                                        |                              |             |             |            |        |        |                                                                           |                                                       |                                  |                            |
|                                                                                                                     |                                                                                                        |                              |             |             |            |        |        |                                                                           |                                                       |                                  |                            |
|                                                                                                                     |                                                                                                        |                              |             |             |            |        |        |                                                                           |                                                       |                                  |                            |
|                                                                                                                     |                                                                                                        |                              |             |             |            |        |        |                                                                           |                                                       |                                  |                            |
|                                                                                                                     |                                                                                                        |                              |             |             |            |        |        |                                                                           |                                                       |                                  |                            |
|                                                                                                                     |                                                                                                        |                              |             |             |            |        |        |                                                                           |                                                       |                                  |                            |
|                                                                                                                     |                                                                                                        |                              |             |             |            |        |        |                                                                           |                                                       |                                  |                            |
|                                                                                                                     |                                                                                                        |                              |             |             |            |        |        |                                                                           |                                                       |                                  |                            |
|                                                                                                                     |                                                                                                        |                              |             |             |            |        |        |                                                                           |                                                       |                                  |                            |
|                                                                                                                     |                                                                                                        |                              |             |             |            |        |        |                                                                           |                                                       |                                  |                            |
|                                                                                                                     |                                                                                                        |                              |             |             |            |        |        |                                                                           |                                                       |                                  |                            |
|                                                                                                                     |                                                                                                        |                              |             |             |            |        |        |                                                                           |                                                       |                                  |                            |
|                                                                                                                     |                                                                                                        |                              |             |             |            |        |        |                                                                           |                                                       |                                  |                            |
|                                                                                                                     |                                                                                                        |                              |             |             |            |        |        |                                                                           |                                                       |                                  |                            |
|                                                                                                                     |                                                                                                        |                              |             |             |            |        |        |                                                                           |                                                       |                                  |                            |
|                                                                                                                     |                                                                                                        |                              |             |             |            |        |        |                                                                           |                                                       |                                  |                            |
|                                                                                                                     |                                                                                                        |                              |             |             |            |        |        |                                                                           |                                                       |                                  |                            |
|                                                                                                                     |                                                                                                        |                              |             |             |            |        |        |                                                                           |                                                       |                                  |                            |
|                                                                                                                     |                                                                                                        |                              |             |             |            |        |        |                                                                           |                                                       |                                  |                            |
|                                                                                                                     |                                                                                                        |                              |             |             |            |        |        |                                                                           |                                                       |                                  |                            |
|                                                                                                                     |                                                                                                        |                              |             |             |            |        |        |                                                                           |                                                       |                                  |                            |
|                                                                                                                     |                                                                                                        |                              |             |             |            |        |        |                                                                           |                                                       |                                  |                            |
|                                                                                                                     |                                                                                                        |                              |             |             |            |        |        |                                                                           |                                                       |                                  |                            |
|                                                                                                                     |                                                                                                        |                              |             |             |            |        |        |                                                                           |                                                       |                                  |                            |
|                                                                                                                     |                                                                                                        |                              |             |             |            |        |        |                                                                           |                                                       |                                  |                            |
|                                                                                                                     |                                                                                                        |                              |             |             |            |        |        |                                                                           |                                                       |                                  |                            |
|                                                                                                                     |                                                                                                        |                              |             |             |            |        |        |                                                                           |                                                       |                                  |                            |
|                                                                                                                     |                                                                                                        |                              |             |             |            |        |        |                                                                           |                                                       |                                  |                            |
|                                                                                                                     |                                                                                                        |                              |             |             |            |        |        |                                                                           |                                                       |                                  |                            |
|                                                                                                                     |                                                                                                        |                              |             |             |            |        |        |                                                                           |                                                       |                                  |                            |
|                                                                                                                     |                                                                                                        |                              |             |             |            |        |        |                                                                           |                                                       |                                  |                            |
|                                                                                                                     |                                                                                                        |                              |             |             |            |        |        |                                                                           |                                                       |                                  |                            |
|                                                                                                                     |                                                                                                        |                              |             |             |            |        |        |                                                                           |                                                       |                                  |                            |
|                                                                                                                     |                                                                                                        |                              |             |             |            |        |        |                                                                           |                                                       |                                  |                            |
|                                                                                                                     |                                                                                                        |                              |             |             |            |        |        |                                                                           |                                                       |                                  |                            |
|                                                                                                                     |                                                                                                        |                              |             |             |            |        |        |                                                                           |                                                       |                                  |                            |
|                                                                                                                     |                                                                                                        |                              |             |             |            |        |        |                                                                           |                                                       |                                  |                            |
|                                                                                                                     |                                                                                                        |                              |             |             |            |        |        |                                                                           |                                                       |                                  |                            |
|                                                                                                                     |                                                                                                        |                              |             |             |            |        |        |                                                                           |                                                       |                                  |                            |
|                                                                                                                     |                                                                                                        |                              |             |             |            |        |        |                                                                           |                                                       |                                  |                            |
|                                                                                                                     |                                                                                                        |                              |             |             |            |        |        |                                                                           |                                                       |                                  |                            |
|                                                                                                                     |                                                                                                        |                              |             |             |            |        |        |                                                                           |                                                       |                                  |                            |
|                                                                                                                     |                                                                                                        |                              |             |             |            |        |        |                                                                           |                                                       |                                  |                            |
|                                                                                                                     |                                                                                                        |                              |             |             |            |        |        |                                                                           |                                                       |                                  |                            |
|                                                                                                                     |                                                                                                        |                              |             |             |            |        |        |                                                                           |                                                       |                                  |                            |
|                                                                                                                     |                                                                                                        |                              |             |             |            |        |        |                                                                           |                                                       |                                  |                            |
|                                                                                                                     |                                                                                                        |                              |             |             |            |        |        |                                                                           |                                                       |                                  |                            |
|                                                                                                                     |                                                                                                        |                              |             |             |            |        |        |                                                                           |                                                       |                                  |                            |
|                                                                                                                     |                                                                                                        |                              |             |             |            |        |        |                                                                           |                                                       |                                  |                            |
|                                                                                                                     |                                                                                                        |                              |             |             |            |        |        |                                                                           | </                                                    |                                  |                            |

**7. ప్రకటన (దయచేసి సంతకం చేయడానికి ముందు జాగ్రత్తగా చదివి, ప్రతి దాని పక్కన చెక్ మార్క్ చేయండి)**

- ☐ నాకు తెలిసినంతవరకు, నేను మరియు నీమ చేయబడబోయే వ్యక్తులందరి తరపున, పైన ఇచ్చిన ప్రకటనలు, సమాధానాలు మరియు వివరాలు అన్నీ నిజమైనవి మరియు పూర్తి అయినవి అని నేను ప్రకటిస్తున్నాను. అలాగే, ఈ ఇతర వ్యక్తుల తరపున ప్రతిపాదించే అధికారం నాకు ఉందని కూడా ప్రకటిస్తున్నాను.
- ☐ నేను తోడించిన సమాచారం ఆధారంగానే నీమ పాలసీ జారీ అవుతుందని, ఇది నీమ సంస్థ యొక్క బోర్డు ఆమోదించిన నిబంధనలకు లోబడి ఉంటుందని మరియు ప్రీమియం మొత్తం పూర్తిగా చెల్లించిన తర్వాత పాలసీ అమలులోకి వస్తుందని నేను అర్థం చేసుకున్నాను.
- ☐ ప్రతిపాదన సమర్పించిన తర్వాత, కానీ కంపెనీ ద్వారా రిస్క్ ఆమోదం కమ్యూనికేట్ చేయడానికి ముందు, నీమ చేయబడబోయే వ్యక్తి / ప్రతిపాదకుడి వ్యక్తిలో లేదా సాధారణ ఆరోగ్యంలో సంభవించే ఏదైనా మార్పును నేను వ్రాతపూర్వకంగా తెలియజేస్తానని కూడా ప్రకటిస్తున్నాను.
- ☐ నీమ చేయబడవలసిన వ్యక్తి/ప్రతిపాదకుడికి ఎప్పుడైనా హాజరైన ఏదైనా డాక్టర్ లేదా ఆసుపత్రి నుండి లేదా ఆ వ్యక్తి యొక్క శారీరక లేదా మానసిక ఆరోగ్యాన్ని ప్రభావితం చేసే దేని గురించైనా గత లేదా ప్రస్తుత యజమాని నుండి వైద్య సమాచారాన్ని కోరడానికి, మరియు ప్రతిపాదన ఆందోళనతో మరెవరినైనా/లేదా క్లియర్ పరిష్కారం కోసం నీమ చేయబడబోయే వ్యక్తి / ప్రతిపాదకుడిపై నీమ దరఖాస్తు చేసుకున్న ఏదైనా నీమ సంస్థ నుండి సమాచారాన్ని కోరడానికి నేను కంపెనీకి సమ్మతిస్తున్నట్లు ప్రకటిస్తున్నాను.
- ☐ ప్రతిపాదన ఆందోళనతో మరెవరినైనా/లేదా క్లియర్ పరిష్కారం యొక్క ఎల్లైక్ ప్రయోజనం కోసం మరియు ఏదైనా ప్రభుత్వ మరియు/లేదా నియంత్రణ సంస్థతో నీమ చేయబడిన వ్యక్తి/ప్రతిపాదకుడి యొక్క వైద్య రికార్డులతో సహా నా ప్రతిపాదనకు సంబంధించిన సమాచారాన్ని కంపెనీ పంపుకోవడానికి నేను అధికారం ఇస్తున్నాను.
- ☐ సర్టిఫైడ్ డెలివరీ ఏల్లైక్ ప్రయోజనం కోసం మా ప్యానెల్లోని డ్రాఫైడర్స్ నీమ చేయబడిన వ్యక్తి / ప్రతిపాదకుడి యొక్క వైద్య రికార్డులతో సహా నా / మా ప్రతిపాదనకు సంబంధించిన సమాచారాన్ని కంపెనీ పంపుకోవడానికి నేను/మేము అధికారం ఇస్తున్నాను.

తేదీ  స్థలం  ప్రతిపాదకుడి సంతకం

**8. స్థానిక భాషా ప్రకటన**

(ప్రతిపాదకుడు స్థానిక భాషలో సంతకం చేసిన సందర్భంలో ధృవీకరణ (కంపెనీ ఎటెస్ట్/ఉద్యోగి కాకుండా వేరొకరిచే ధృవీకరించబడాలి). ఈ ఫారమ్ మరియు దాని వివరాలలోని విషయాలు స్థానిక భాషలో నాకు ప్రతిపాదకుడికి వివరించబడ్డాయి మరియు అతను దానిని అర్థం చేసుకుని ధృవీకరించాడు:

ధృవీకరించే వ్యక్తి పేరు:  ధృవీకరించే వ్యక్తి సంతకం:  ధృవీకరించే వ్యక్తి మొదలైన నంబర్:

సాక్షి పేరు:  సాక్షి సంతకం:  సాక్షి యొక్క మొదలైన నంబర్:

ప్రతిపాదకుడి సంతకం:

### 9. ప్రతిపాదకుడి ప్రకటన

(ఏదైనా కారణం చేత, ప్రతిపాదన మరియు ఇతర అనుబంధ పత్రాలు ప్రతిపాదకుడిచే పూరించబడని సందర్భంలో ధృవీకరణ). ప్రతిపాదన ఫారమ్ మరియు అనుబంధ పత్రాలలోని విషయాలు నాకు పూర్తిగా వివరించబడ్డాయి మరియు ప్రతిపాదిత ఒప్పందం యొక్క ప్రాముఖ్యతను నేను పూర్తిగా అర్థం చేసుకున్నాను ప్రతిపాదన ఫారమ్ \_\_\_\_\_ నా సూచనల మేరకు నింపబడింది మరియు అది సరైనది మరియు పూర్తి అయినట్లు నేను గుర్తించాను.

ప్రతిపాదకుడి సంతకం

### 10. ప్రీమియం వివరాలు (కార్యాలయ ఉపయోగం కోసం మాత్రమే)

|                                         |                                  |                                           |                                                                      |                                          |                               |                                 |
|-----------------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|
| ప్రీమియం చెల్లింపు ఎంపిక                | <input type="checkbox"/> వెక్    | <input type="checkbox"/> డిమాండ్ డ్రాఫ్ట్ | <input type="checkbox"/> క్రెడిట్ కార్డ్ / డెబిట్ కార్డ్             | <input type="checkbox"/> నెట్ బ్యాంకింగ్ | <input type="checkbox"/> నగదు | <input type="checkbox"/> ఇతరులు |
| ప్రీమియం మొత్తం                         | అడ్వాన్స్ చెల్లింపు లావాదేవీ ID: |                                           | తేదీ                                                                 |                                          |                               |                                 |
| బ్యాంక్ పేరు/బ్రాంచ్                    |                                  |                                           | నివాస బాటా బ్రాంచ్ స్థానం                                            |                                          |                               |                                 |
| కోడ్ సంఖ్య                              |                                  |                                           | వ్యాపారం ద్వారా పొందినది: సలహాదారు/DST/కార్పొరేట్ ఏజెన్సీ/ఇతర ధాన్యం |                                          |                               |                                 |
| కోడ్ సంఖ్య                              |                                  |                                           |                                                                      |                                          |                               |                                 |
| పేరు                                    |                                  |                                           |                                                                      |                                          |                               |                                 |
| ప్రతిపాదన స్వీకరించిన తేదీ:             |                                  |                                           | వినియోగదారు ID:                                                      |                                          |                               |                                 |
| ప్రతిపాదకుడు లేదా దరఖాస్తుదారు ఉద్యోగి? | <input type="checkbox"/> అవును   | <input type="checkbox"/> కాదు             |                                                                      |                                          |                               |                                 |

### 11. బ్యాంకామ్మార్కెటింగ్ థానెల్ కోసం అదనపు వివరాలు (కార్యాలయ ఉపయోగం కోసం మాత్రమే)

|                |       |         |  |            |  |
|----------------|-------|---------|--|------------|--|
| క్రాంట్ కోడ్   |       | SP కోడ్ |  | RM/LG కోడ్ |  |
| సిబ్బందీ భార్య | సంఖ్య |         |  |            |  |

### 12. చీమా సలహాదారు నివేదిక (కార్యాలయ ఉపయోగం కోసం మాత్రమే)

నేను, చీమా సలహాదారు / కార్పొరేట్ ఏజెంట్ యొక్క నిర్దిష్ట వ్యక్తి / బ్రోకర్ యొక్క అధికృత ఉద్యోగి / రిటైర్మెంట్ ఆఫీసర్ హోదాలో, ఈ ప్రతిపాదన పత్రంలోని అన్ని విషయాలను, ఇందులో ఉన్న ప్రశ్నల స్వభావాన్ని ప్రతిపాదకుడికి వివరించాను ఈ ద్వారా ప్రకటిస్తున్నాను. ఒకవేళ ఈ ప్రతిపాదనను కంపెనీ పాలనీ బారీ కోసం అంగీకరిస్తే, ఇందులో ఉన్న ప్రశ్నలకు ప్రతిపాదకుడిచే సమర్పించబడిన ప్రకటన(లు), సమాచారం మరియు సమాధానం(లు) లేదా కొరబడిన ఏదైనా వివరాలు కంపెనీకి మరియు ప్రతిపాదకుడికి మధ్య ఉన్న చీమా ఒప్పందానికి ఆధారం అవుతాయని కూడా వివరించాను.

ఈ ప్రతిపాదన పత్రంలో / అనుబంధ పత్రాలు, అఫిడవిట్లు, ప్రకటనలు, సమర్పణలలో తప్పుడు ప్రకటన(లు) / సమాచారం / సమాధానం(లు) ఉన్నట్లయితే, ఇంకా ఏదైనా ముఖ్యమైన వాస్తవాన్ని దాచిపెట్టినట్లయితే, ఈ ప్రతిపాదన మేరకు అతని/ఆమెకు బారీ చేయబడిన పాలనీని కంపెనీ చెల్లనిదిగా మరియు శూన్యమైనదిగా పరిగణించవచ్చని మరియు పాలనీ కింద చెల్లించిన అన్ని ప్రీమియంలు కంపెనీకి అప్పు చేయబడవచ్చని కూడా నేను వివరించాను.

తేదీ

చీమా సలహాదారు సంతకం

### 13. చట్టబద్ధమైన హెచ్చరిక

**రిటేల్స్ నిషేధం (చీమా చట్టం 1938లోని సెక్షన్ 41 ప్రకారం)**

- భారతదేశంలో తీవ్రతరంగా లేదా అప్పులకు సంబంధించిన ఏదైనా ప్రమాదానికి సంబంధించి చీమాను తీసుకోవడానికి లేదా పునరుద్ధరించడానికి లేదా కొనసాగించడానికి ఎవరినైనా ప్రేరేపించడానికి, ప్రత్యక్షంగా లేదా పరోక్షంగా, చెల్లించవలసిన కమిషన్ మొత్తంలో లేదా పాలనీపై చూపిన ప్రీమియంలో కొంత భాగాన్ని ఎవరూ అనుమతించకూడదు లేదా అందించకూడదు, మరియు పాలనీని తీసుకునే లేదా పునరుద్ధరించే లేదా కొనసాగించే వ్యక్తి ప్రచురించబడిన ప్రాస్క్రిప్ట్ లేదా చీమా సంస్థ యొక్క పత్రికల ప్రకారం అనుమతించబడే మినహాయింపును తప్ప మరే మినహాయింపును అంగీకరించకూడదు.
- ఈ విధానంలోని నిబంధనలకు అనుగుణంగా వ్యవహరించడంలో విఫలమైన వ్యక్తి పది లక్షల రూపాయల వరకు జరిమానా విధించబడతాడు.

### 14. గ్రామీణ మరియు సామాజిక రంగ వర్గం (వర్గీకరణ):

|                |                          |                    |                          |
|----------------|--------------------------|--------------------|--------------------------|
| ASHA కార్యకర్త | <input type="checkbox"/> | MGNREGA కార్మికుడు | <input type="checkbox"/> |
|----------------|--------------------------|--------------------|--------------------------|

15. ABHA ID

| పట్టణం పేరు | మీకు ABHA ID ఉందా?                                           | ABHA ID | ABHA ద్వారా దీమా సంస్థలు/TPAలతో వైద్య రికార్డులను పంచుకోవడానికి సమ్మతి |
|-------------|--------------------------------------------------------------|---------|------------------------------------------------------------------------|
|             | <input type="checkbox"/> అవును <input type="checkbox"/> కాదు |         | <input type="checkbox"/> అవును <input type="checkbox"/> కాదు           |
|             | <input type="checkbox"/> అవును <input type="checkbox"/> కాదు |         | <input type="checkbox"/> అవును <input type="checkbox"/> కాదు           |
|             | <input type="checkbox"/> అవును <input type="checkbox"/> కాదు |         | <input type="checkbox"/> అవును <input type="checkbox"/> కాదు           |
|             | <input type="checkbox"/> అవును <input type="checkbox"/> కాదు |         | <input type="checkbox"/> అవును <input type="checkbox"/> కాదు           |
|             | <input type="checkbox"/> అవును <input type="checkbox"/> కాదు |         | <input type="checkbox"/> అవును <input type="checkbox"/> కాదు           |
|             | <input type="checkbox"/> అవును <input type="checkbox"/> కాదు |         | <input type="checkbox"/> అవును <input type="checkbox"/> కాదు           |

16. బాంకు మరియు స్టేట్ బ్యాంక్ చెల్లింపు కోసం వివరాలు

చెల్లింపు స్వీకరించే విధానం: బ్యాంక్ బదిలీ ☐

అధికారుని పేరు

బ్యాంక్ పేరు

ఖాతా సంఖ్య

ఖాతా రకం

IFSC కోడ్

నివా బూపా హెల్త్ ఇన్సూరెన్స్ కంపెనీ లిమిటెడ్; నమోదు కార్యాలయం:- C-98, ఫస్ట్ ఫ్లోర్, లజపత్ నగర్, పార్ట్ 1, న్యూఢిల్లీ-110024.

నిరాకరణ: దీమా అనేది ఆభ్యర్థనకు సంబంధించిన విషయం. నివా బూపా హెల్త్ ఇన్సూరెన్స్ కంపెనీ లిమిటెడ్ (IRDAI నమోదు సంఖ్య 145). 'బూపా' మరియు 'హెల్త్' లోగాలు వాటి సంబంధిత యజమానుల నమోదిత క్రియాత్మక, వాటిని నివా బూపా హెల్త్ ఇన్సూరెన్స్ కంపెనీ లిమిటెడ్ లైసెన్స్ కింద ఉపయోగిస్తోంది. భద్రమర్ హెల్త్లైన్: 1860-500-8888. వెబ్సైట్: www.nivabupa.com.

CIN: L66000DL2008PLC182918. నిబంధనలు మరియు షరతులు, మిసహాయింపులు, రిస్క్ కారకాలు, వెయిటింగ్ పీరియడ్ మరియు ప్రయోజనాలపై మరిన్ని వివరాల కోసం, దయచేసి అమ్మకాన్ని ముగించే ముందు సేల్స్ ప్రోచర్స్ జాగ్రత్తగా చదవండి.

నివా బూచా హెల్త్ ఇన్సూరెన్స్ కంపెనీ లిమిటెడ్; నమోదు కార్యాలయం:- C-98, ఫస్ట్ ఫ్లోర్, లబహత్ వగే, పార్ట్ 1, న్యూడిల్లీ-110024.

నిరాకరణ: బీమా అనేది ఆధారపడిన సంబంధించిన విషయం. నివా బూచా హెల్త్ ఇన్సూరెన్స్ కంపెనీ లిమిటెడ్ (IRDAI నమోదు సంఖ్య 145), 'బూచా' మరియు 'హెల్త్' లోగాలు వాటి సంబంధిత యజమానుల సహజీవిత ప్రాధాన్యత వాటిని నివా బూచా హెల్త్ ఇన్సూరెన్స్ కంపెనీ లిమిటెడ్ లైసెన్స్ కింద ఉపయోగిస్తోంది. కస్టమర్ హెల్ప్ లైన్: 1860-500-8888, వెబ్సైట్: www.nivabupa.com.

CIN: L66000DL2008PLC182918. నిబంధనలు మరియు షరతులు, మినహాయింపులు, రిస్క్ కారకాలు, వెయిటింగ్ పీరియడ్ మరియు ప్రయోజనాలపై మరిన్ని వివరాల కోసం, దయచేసి అమ్మకాన్ని ముగించే ముందు పేర్ల ప్రాధాన్యతగా చదవండి.

Product Name: ReAssure 3.0, Product UIN: NBHHLIP27059V022627

#### కంపెనీ ద్వారా అంగీకారం

దరఖాస్తు సంఖ్య:

తేదీ

మీ ప్రతిపాదన మరియు చెక్/డిమాండ్ డ్రాఫ్ట్/ఇతర మార్గాల ద్వారా వచ్చిన Rs. \_\_\_\_\_ మొత్తాన్ని \_\_\_\_\_ పై డ్రా చేసిన \_\_\_\_\_ నాటి రసీదును ధన్యవాదాలతో స్వీకరించాము. మీరు పూర్తి చేసిన బీమా ప్రతిపాదనను మాకు సమర్పించినా లేదా పాలసీ జారీ కోసం ఏదైనా చెల్లింపు చేసినా, ఆ పాలసీని జారీ చేయడానికి మేము అంగీకరించినట్లు కాదు. ఆ నిర్ణయం పూర్తిగా మా ఏకైక మరియు సంపూర్ణ విచక్షణాధికారంపై ఆధారపడి ఉంటుంది. ఒకవేళ మేము బీమా ప్రతిపాదనను అంగీకరించినా, అది పాలసీ యొక్క నిబంధనలు మరియు షరతులకు లోబడి ఉంటుంది. ప్రీమియం మొత్తం మాకు పూర్తిగా మరియు సకాలంలో అందకపోతే లేదా ఐదు కాకపోతే, మాకు ఎటువంటి బాధ్యత ఉండదు. ఒకవేళ మేము ప్రతిపాదనను అంగీకరించకపోతే, మీకు తిరియటేషి, మీరు చెల్లించిన మొత్తాన్ని, ఏదైనా వైద్య పరీక్షల ఖర్చులను తీసివేసి, వడ్డీ లేకుండా తిరిగి చెల్లిస్తాము.

స్వీకరించిన వారి పేరు మరియు సంతకం మరియు కార్యాలయ ముద్ర

Product Name: ReAssure 3.0, Product UIN: NBHHLIP27059V022627