

2. బీమా కోసం దరఖాస్తు చేసుకున్న వారి వివరాలు:

దరఖాస్తుదారుడు 1	పేరు										
	లింగము	మగ	ఆడ	ఇతర	ఎత్తు	(HUF)	(అంగుళం)	బరువు	(kg)		
	మొబైల్ నెంబరు				పుట్టిన తేదీ	D D M M		మరణము/మరణానంతరము	భారతీయుడు కాకపోతే దయచేసి టిక్ చేయండి		
	ప్రసాజర్ తో రిలేషన్ షిప్ (దయచేసి టిక్ ఆఫ్ చేయండి):	స్వీయ/ జీవిత భాగస్వామి/ తండ్రి/ తల్లి/ మామ/ అత్త/ కొడుకు/ కూతురు/ ఉద్యోగి									
	ఒకవేళ రిజిస్టర్డ్ మెడికల్ ప్రాక్టీషనర్ అయితే, దయచేసి వీటిని అందించండి: i. మెడికల్ రిజిస్ట్రేషన్ నెంబరు										
	ii. కొన్నింటి పేరు										
	iii. పనిప్రాంతం యొక్క చిరునామా										
దరఖాస్తుదారుడు 2	పేరు										
	లింగము	మగ	ఆడ	ఇతర	ఎత్తు	(HUF)	(అంగుళం)	బరువు	(kg)		
	మొబైల్ నెంబరు				పుట్టిన తేదీ	D D M M		మరణము/మరణానంతరము	భారతీయుడు కాకపోతే దయచేసి టిక్ చేయండి		
	ప్రసాజర్ తో రిలేషన్ షిప్ (స్ట్రీజ్ టిక్ ఆఫ్ చేయండి):	జీవిత భాగస్వామి/ తండ్రి/ తల్లి/ మామ/ అత్త/ కొడుకు/ కూతురు									
	ఒకవేళ రిజిస్టర్డ్ మెడికల్ ప్రాక్టీషనర్ అయితే, దయచేసి వీటిని అందించండి: i. మెడికల్ రిజిస్ట్రేషన్ నెంబరు										
	ii. కొన్నింటి పేరు										
	iii. పనిప్రాంతం యొక్క చిరునామా										
దరఖాస్తుదారుడు 3	పేరు										
	లింగము	మగ	ఆడ	ఇతర	ఎత్తు	(HUF)	(అంగుళం)	బరువు	(kg)		
	మొబైల్ నెంబరు				పుట్టిన తేదీ	D D M M		మరణము/మరణానంతరము	భారతీయుడు కాకపోతే దయచేసి టిక్ చేయండి		
	ప్రసాజర్ తో రిలేషన్ షిప్ (స్ట్రీజ్ టిక్ ఆఫ్ చేయండి):	జీవిత భాగస్వామి/ తండ్రి/ తల్లి/ మామ/ అత్త/ కొడుకు/ కూతురు									
	ఒకవేళ రిజిస్టర్డ్ మెడికల్ ప్రాక్టీషనర్ అయితే, దయచేసి వీటిని అందించండి: i. మెడికల్ రిజిస్ట్రేషన్ నెంబరు										
	ii. కొన్నింటి పేరు										
	iii. పనిప్రాంతం యొక్క చిరునామా										
దరఖాస్తుదారుడు 4	పేరు										
	లింగము	మగ	ఆడ	ఇతర	ఎత్తు	(HUF)	(అంగుళం)	బరువు	(kg)		
	మొబైల్ నెంబరు				పుట్టిన తేదీ	D D M M		మరణము/మరణానంతరము	భారతీయుడు కాకపోతే దయచేసి టిక్ చేయండి		
	ప్రసాజర్ తో రిలేషన్ షిప్ (స్ట్రీజ్ టిక్ ఆఫ్ చేయండి):	జీవిత భాగస్వామి/ తండ్రి/ తల్లి/ మామ/ అత్త/ కొడుకు/ కూతురు									
	ఒకవేళ రిజిస్టర్డ్ మెడికల్ ప్రాక్టీషనర్ అయితే, దయచేసి వీటిని అందించండి: i. మెడికల్ రిజిస్ట్రేషన్ నెంబరు										
	ii. కొన్నింటి పేరు										
	iii. పనిప్రాంతం యొక్క చిరునామా										
దరఖాస్తుదారుడు 5	పేరు										
	లింగము	మగ	ఆడ	ఇతర	ఎత్తు	(HUF)	(అంగుళం)	బరువు	(kg)		
	మొబైల్ నెంబరు				పుట్టిన తేదీ	D D M M		మరణము/మరణానంతరము	భారతీయుడు కాకపోతే దయచేసి టిక్ చేయండి		
	ప్రసాజర్ తో రిలేషన్ షిప్ (స్ట్రీజ్ టిక్ ఆఫ్ చేయండి):	జీవిత భాగస్వామి/ తండ్రి/ తల్లి/ మామ/ అత్త/ కొడుకు/ కూతురు									
	ఒకవేళ రిజిస్టర్డ్ మెడికల్ ప్రాక్టీషనర్ అయితే, దయచేసి వీటిని అందించండి: i. మెడికల్ రిజిస్ట్రేషన్ నెంబరు										
	ii. కొన్నింటి పేరు										
	iii. పనిప్రాంతం యొక్క చిరునామా										
దరఖాస్తుదారుడు 6	పేరు										
	లింగము	మగ	ఆడ	ఇతర	ఎత్తు	(HUF)	(అంగుళం)	బరువు	(kg)		
	మొబైల్ నెంబరు				పుట్టిన తేదీ	D D M M		మరణము/మరణానంతరము	భారతీయుడు కాకపోతే దయచేసి టిక్ చేయండి		
	ప్రసాజర్ తో రిలేషన్ షిప్ (స్ట్రీజ్ టిక్ ఆఫ్ చేయండి):	జీవిత భాగస్వామి/ తండ్రి/ తల్లి/ మామ/ అత్త/ కొడుకు/ కూతురు									
	ఒకవేళ రిజిస్టర్డ్ మెడికల్ ప్రాక్టీషనర్ అయితే, దయచేసి వీటిని అందించండి: i. మెడికల్ రిజిస్ట్రేషన్ నెంబరు										
	ii. కొన్నింటి పేరు										
	iii. పనిప్రాంతం యొక్క చిరునామా										

* ప్రీమియంపై 5 శాతం డిస్కాంట్ పొందండి. మెడికల్ ప్రాక్టీషనర్ అంటే ఏదైనా రాష్ట్రం లేదా మెడికల్ కొన్నింటి ఆఫ్ ఇండియా లేదా కొన్నింటి ఫర్ ఇండియన్ మెడిసిన్ లేదా భారత ప్రభుత్వం లేదా రాష్ట్ర ప్రభుత్వం ఏర్పాటు చేసిన హోమియోపతి కోసం మెడికల్ కొన్నింటి నుండి చెల్లుబాటు అయ్యే రిజిస్ట్రేషన్ కలిగి ఉండి, తద్వారా దాని పరిధిలో వైద్యాన్ని ప్రాక్టీస్ చేయడానికి అర్హత ఉన్న వ్యక్తి మరియు తన లైసెన్స్ పరిధి మరియు అధికార పరిధికి లోబడి పనిచేస్తుంది. గమనికలు: 1. ప్రసాజర్ తో దరఖాస్తుదారుడు 1 యొక్క సంబంధం ఉద్యోగి అయితే, అప్పుడు ఇతర దరఖాస్తుదారుల సంబంధం దరఖాస్తుదారుతో ఉంటుంది. 1.2. లైవ్ హెల్త్ బెనిఫిట్ కరకు, అర్హులైన బీమా చేయబడ వ్యక్తులు: a. ఫ్యామిలీ ఫ్లోటర్ పాలసీ బి కింద సంభులందరూ కొడుకు/కూతురైన ఆశీస్సారు. వ్యక్తిగత పాలసీ కింద కనీసం 18 సంవత్సరాల వయస్సుగల

3. కవరేజ్ ఎంపిక:

మీరు పొర్లబిలిటి కోసం దరఖాస్తు చేస్తున్నారా:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																				
బేస్ కవరేజ్:																																					
పాలసీ రకం:	<input type="checkbox"/> వ్యక్తి <input type="checkbox"/> ఫ్యామిలీ ప్లీటర్																																				
బేస్ ఇన్సూరెన్స్ మొత్తం: (రూ.)	<table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>7.5</td> <td>10</td> <td>12.5</td> <td>15</td> <td>20</td> <td>25</td> <td>50</td> <td>75</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>ఉరి</td> <td>ఉరి</td> <td>ఉరి</td> <td>ఉరి</td> <td>ఉరి</td> <td>ఉరి</td> <td>ఉరి</td> <td>ఉరి</td> <td>ఉరి</td> <td>ఉరి</td> <td>ఉరి</td> <td>సిఆర్</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3	4	5	7.5	10	12.5	15	20	25	50	75	1	ఉరి	ఉరి	ఉరి	ఉరి	ఉరి	ఉరి	ఉరి	ఉరి	ఉరి	ఉరి	ఉరి	సిఆర్
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																										
3	4	5	7.5	10	12.5	15	20	25	50	75	1																										
ఉరి	ఉరి	ఉరి	ఉరి	ఉరి	ఉరి	ఉరి	ఉరి	ఉరి	ఉరి	ఉరి	సిఆర్																										
పాలసీ కాలపరిమితి:	<input type="checkbox"/> 1 సంవత్సరం <input type="checkbox"/> 2 సంవత్సరాలు <input type="checkbox"/> 3 సంవత్సరాలు																																				
ఆఫ్షన్ల కవరేజ్:																																					
1. అనుప్రతి నగదు : రోజుకు రూ.1,000 (రూ. 5 లక్షల వరకు బీమా మొత్తానికి), రోజుకు రూ.2,000 (బీమా మొత్తం రూ. 7.5 లక్షల నుంచి రూ. 15 లక్షలకు) మరియు రోజుకు రూ.4,000 (రూ. 15 లక్షలకు పైగా బీమా మొత్తానికి)	<input type="checkbox"/> అవును <input type="checkbox"/> కాదు																																				
2. సేఫ్ గార్డ్+	<input type="checkbox"/> అవును <input type="checkbox"/> కాదు																																				
3. కావాడు	<input type="checkbox"/> అవును <input type="checkbox"/> కాదు																																				
4. స్మార్ట్ హెల్త్+ (డిస్కంట్ మేనేజ్ మెంట్) *ప్రభావిత సభ్యులందరూ గోల్డ్ లేదా ప్లాటినం అనే ఒక వేరియంట్ ను ఎంచుకోవాలి.	<input type="checkbox"/> బంగారం <input type="checkbox"/> ప్లాటినం <input type="checkbox"/> కాదు																																				
	<table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																								
	1	2	3	4	5	6																															
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																
5. స్మార్ట్ హెల్త్+ (అక్యూట్ కేర్) *రెండింటిలో ఏదో ఒకదాన్ని ఎంచుకోవచ్చు.	<input type="checkbox"/> బెస్ట్ కన్వర్ట్ <input type="checkbox"/> ఉత్తమ సంరక్షణ <input type="checkbox"/> కాదు																																				
	ఉత్తమ సంరక్షణ మొత్తం బీమా ఎంపికలు:																																				
	<table border="1"> <tr> <td>రూ.5,000</td> <td>రూ. 10,000</td> <td>రూ. 15,000</td> <td>రూ. 20,000</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	రూ.5,000	రూ. 10,000	రూ. 15,000	రూ. 20,000	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																												
రూ.5,000	రూ. 10,000	రూ. 15,000	రూ. 20,000																																		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																		
6. ఒకవేళ 'పర్సనల్ యాక్సిడెంట్ కవర్' ఎంచుకుంటే దయచేసి టీకా చేయండి (ఈ ఆఫ్షన్ 18 సంవత్సరాలు లేదా అంతకంటే ఎక్కువ వయస్సు ఉన్న దరఖాస్తుదారులకు మాత్రమే అందుబాటులో ఉంటుంది)	దరఖాస్తుదారు నెంబరు																																				
	1	2	3	4	5	6																															
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																															
7. వార్షిక మొత్తం మినహాయింపు	<input type="checkbox"/> కాదు <input type="checkbox"/> 10,000 <input type="checkbox"/> 20,000 <input type="checkbox"/> 30,000 <input type="checkbox"/> 50,000 <input type="checkbox"/> 1,00,000																																				
8. కో-పేమెంట్	<input type="checkbox"/> కాదు <input type="checkbox"/> 10% <input type="checkbox"/> 20% <input type="checkbox"/> 30% <input type="checkbox"/> 40% <input type="checkbox"/> 50%																																				
9. ముందుగా ఉన్న వ్యాధి వెయిటింగ్ పైమ్ మార్పు	<input type="checkbox"/> ఎంచుకోబడలేదు <input type="checkbox"/> 1 సంవత్సరం <input type="checkbox"/> 2 సంవత్సరం <input type="checkbox"/> 4 సంవత్సరం																																				
10. గది రకం మార్పు	<input type="checkbox"/> కాదు <input type="checkbox"/> ప్రామాణిక సింగిల్ రూమ్ <input type="checkbox"/> భాగస్వామ్య గది																																				
11. ఆధునిక చికిత్స+	<input type="checkbox"/> అవును <input type="checkbox"/> కాదు																																				

4. నామినేషన్:

ప్రతిపాదకుడు మరణిస్తే, పాలసీ కింద చెల్లించాల్సిన ఏదైనా చెల్లింపు దిగువ పేర్కొన్న నామినీకి చెల్లించబడుతుంది. నామినీ ద్వారా అటువంటి చెల్లింపును అందుకోవడం అనేది పాలసీ కింద కంపెనీ యొక్క బాధ్యతను నిర్వర్తించడాన్ని తెలియజేస్తుంది.

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

నామినీ యొక్క బ్యాంకు వివరాలు: లభిచేయని పేరు:

బ్యాంక్ పేరు ఖాతా రకం

ఖాతా నెంబరు ఐఎఫ్ఎస్సీ కోడ్

5. వైద్య, అలవాట్లు మరియు గత ప్రతిపాదన సమాచారం

ముఖ్యమైనది: ఈ విభాగంలోని అన్ని ప్రశ్నలకు నిజాయితీగా మరియు పూర్తిగా సమాధానాలు ఉన్నాయని దయచేసి ధృవీకరించుకోండి, ఎందుకంటే మీరు ఇక్కడ అందించిన సమాచారం నివా బూసా ద్వారా అండర్ రైటింగ్ ఆధారంగా ఉంటుంది. ఏదైనా అసంపూర్ణ, తప్పు, పాక్షికంగా సరైన సమాచారం మీ వెబ్సైట్ క్లెయిమ్ మరియు/లేదా కవరేజీని ప్రభావితం చేస్తుందని దయచేసి గమనించండి.

సెక్షన్ A: దయచేసి వైద్య పరిస్థితులపై సమాచారాన్ని పంచుకోండి						
ప్రతి దరఖాస్తుదారుడి కొరకు దయచేసి దిగువ ప్రశ్నలకు సమాధానం ఇవ్వండి. దయచేసి అవును (Y) లేదా కాదు (N) సర్కిల్ చేయండి	దరఖాస్తుదారు నెంబరు					
	1	2	3	4	5	6
i. జలుబు, ప్లూ, ఇన్ఫ్లూయెన్సా, చిన్నపాటి గాయాలు లేదా ఇతర చిన్న అనారోగ్యాలు కాకుండా; దరఖాస్తుదారుడు ఎప్పుడైనా ఏదైనా వ్యాధితో బాధపడుతున్నాడా మరియు/లేదా 5 రోజులకు పైగా ఆసుపత్రిలో చేరాడా మరియు/లేదా ఏదైనా శస్త్రచికిత్సా విధానాలు చేయించుకోవాలని మరియు/లేదా ఏదైనా మందులు తీసుకున్నాడా/14 రోజులకు మించి ఏదైనా లక్షణాలను కలిగి ఉన్నాడా? మందులు ఇన్ఫెక్షన్లు, ఇంజెక్షన్లు, నోటి మందులు మరియు శరీర భాగాలపై బాహ్య వైద్య అనువర్తనాలతో సహా పరిమితం కాదు.	మరియు	మరియు	మరియు	మరియు	మరియు	మరియు
ii. థైరాయిడ్ ప్రొఫైల్, లిపిడ్ ప్రొఫైల్, క్రెడిట్ మిల్ సెస్ట్, యాంజియోగ్రఫీ, ఎకోకార్డియోగ్రఫీ, ఎండోస్కోపీ, అల్ట్రాసౌండ్, సిటి స్కాన్, MRI, బయాప్సీ మరియు FNACలకు సంబంధించిన ఏదైనా రోగనిర్ధారణ పరీక్షలు లేదా పరిశోధనలకు దరఖాస్తుదారునికి ఎప్పుడైనా ప్రతికూల ఫలితాలు వచ్చాయా?	మరియు	మరియు	మరియు	మరియు	మరియు	మరియు
iii. దరఖాస్తుదారునికి డయాబెటిస్ లేదా ప్రీ-డయాబెటిస్ ఉందా లేదా అతడు/ఆమెకు ఎప్పుడైనా అధిక రక్తంలో చక్కెర ఉందా?	మరియు	మరియు	మరియు	మరియు	మరియు	మరియు
iv. దరఖాస్తుదారునికి హైపర్ టెన్షన్ లేదా అధిక రక్తపోటు ఉందా?	మరియు	మరియు	మరియు	మరియు	మరియు	మరియు
v. దరఖాస్తుదారుడు ఎప్పుడైనా ఏదైనా జన్యు/పంశపారంపర్య రుగ్మతలు లేదా హెచ్ ఐవి/ఎయిడ్స్ కొరకు రోగనిర్ధారణ లేదా చికిత్స పొందాడా?	మరియు	మరియు	మరియు	మరియు	మరియు	మరియు
vi. దరఖాస్తుదారుడు ఎప్పుడైనా ఏదైనా మానసిక/మానసిక రుగ్మతలకు రోగనిర్ధారణ లేదా చికిత్స పొందాడా?	మరియు	మరియు	మరియు	మరియు	మరియు	మరియు
vii. దరఖాస్తుదారుడి జీవితకాలంపై జీవిత, ఆరోగ్యం, ఆసుపత్రి రోజువారీ నగదు లేదా క్రిటికల్ ఇల్ నెస్ బీమా కొరకు ఏదైనా ప్రతిపాదన ఎప్పుడైనా తిరస్కరించబడిందా, వాయిదా వేయబడిందా, లోడ్ చేయబడిందా లేదా ఏదైనా బీమా కంపెనీ ద్వారా మినహాయింపులు వంటి ఏదైనా ప్రత్యేక పరిమితులకు లోబడినాయా?	మరియు	మరియు	మరియు	మరియు	మరియు	మరియు

సెక్షన్ బి: (దరఖాస్తుదారుడు ధూమపానం లేదా పొగాకు/గుట్కా/పాన్ మసాలా లేదా మసాలా. ఒకవేళ అవును అయితే, అల్కహాల్ తాగినట్లయితే మాత్రమే దయచేసి ఈ విభాగాన్ని నింపండి)	i. నమలదగిన పొగాకు / గుట్కా / పాన్ మసాలా. ఒకవేళ అవును అయితే, దయచేసి రోజుకు ఎన్ని పాచ్ లు ఉన్నాయో పేర్కొనండి.		ii. అల్కహాల్.. ఒకవేళ అవును అయితే, దయచేసి వారానికి మిల్లీలీటర్ల సంఖ్యను పేర్కొనండి.		iii. సిగరెట్లు / బీడీ / సిగార్. ఒకవేళ అవును అయితే, దయచేసి రోజుకు వినియోగాన్ని పేర్కొనండి		
	1-10	> 10	<= 450	> 450	డైలీ డ్రింకర్	1-10	> 10
దరఖాస్తుదారుడు 1							
దరఖాస్తుదారుడు 2							
దరఖాస్తుదారుడు 3							
దరఖాస్తుదారుడు 4							
దరఖాస్తుదారుడు 5							
దరఖాస్తుదారుడు 6							

సెక్షన్ c: పైన సెక్షన్ లో అవును (Y) మార్కు చేయబడ్డ ప్రశ్నల కొరకు, దయచేసి దిగువ సమాచారాన్ని పేర్కొనండి:										
దరఖాస్తుదారు నెంబరు	లక్షణం(లు) లేదా పరిశోధన(లు) లేదా రోగనిర్ధారణ లేదా ప్రక్రియ/శస్త్రచికిత్స యొక్క వివరాలు				పరిస్థితి యొక్క వ్యవధి	మందులు(లు)	మోతాదు	ప్రస్తుత స్థితి (ఉదా. పూర్తి/పాక్షిక రికవరీ లేదా కొనసాగుతున్న చికిత్స)	చికిత్స చేసే మరియు కాంటాక్ట్	జతచేయబడ్డ డాక్యుమెంట్ లు
	ఒకవేళ Dia-betes HbA1c లెవెల్	హై బ్లడ్ ప్రెజర్ బీపీ ఉంటే... Systolic డయాస్టోలిక్		ఎవైనా ఇతర వివరాలు						

6. ఎలక్ట్రానిక్ పాలసీ ఫుల్ ఫిల్ మెంట్ మరియు సర్వీస్ కమ్యూనికేషన్స్ కొరకు ఆధరైజేషన్

అప్లికేషన్ ఫారంలో పేర్కొనబడే ఇమెయిల్ ID కి మీ పాలసీ మరియు సర్వీస్ కు సంబంధించిన అన్ని కమ్యూనికేషన్ లను పంపడానికి కంపెనీకి అధికారం ఇవ్వడం ద్వారా పర్యావరణాన్ని సంరక్షించడం మరియు కాగితాన్ని ఆదా చేయడంలో మీరు సహాయపడాలనుకుంటున్నారా? అవును కాదు

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

- నేను ఇచ్చిన పై ప్రకటనలు, సమాధానాలు మరియు/లేదా వివరాలు నాకు తెలిసినంత వరకు అన్ని విధాలుగా సత్యమైనవి మరియు సంపూర్ణమైనవి మరియు ఈ ఇతర వ్యక్తుల తరఫున ప్రతిపాదించే అధికారం నాకు ఉందని నా తరఫున మరియు బీమా చేయబడే ప్రతిపాదిత వ్యక్తులందరి తరఫున నేను ఇందుమూలంగా ప్రకటిస్తున్నాను.
- నా ద్వారా అందించబడే సమాచారం బీమా పాలసీకి ఆధారం అవుతుందని, బీమా కంపెనీ యొక్క బోర్డు ఆమోదించిన అండర్ రైటింగ్ పాలసీకి లోబడి ఉంటుందని మరియు ఛార్జ్ చేయదగిన ప్రీమియంను పూర్తిగా చెల్లించిన తరువాత మాత్రమే పాలసీ అమల్లోకి వస్తుందని నేను అర్థం చేసుకున్నాను.
- ప్రపోజల్ సబ్మిట్ చేయబడే తరువాత కానీ కంపెనీ ద్వారా రిస్క్ ఆమోదించబడే కమ్యూనికేషన్ కు ముందు బీమా చేయబడే జీవితము యొక్క వృత్తి లేదా సాధారణ ఆరోగ్యంలో సంభవించే ఏదైనా మార్పులను నేను రాతపూర్వకంగా తెలియజేస్తాను.
- బీమా చేయించాల్సిన ప్రతిపాదకుడు/ఉండాల్సిన వ్యక్తి యొక్క శారీరక లేదా మానసిక ఆరోగ్యాన్ని ప్రభావితం చేసే దేనికైనా సంబంధించి బీమా చేయబడే వ్యక్తి/ప్రతిపాదకుడు లేదా ఏదైనా గత లేదా ప్రస్తుత యజమాని నుంచి వైద్య సమాచారాన్ని కోరే ఏదైనా వైద్యుడు లేదా అనుపత్తి నుంచి వైద్య సమాచారాన్ని కోరేందుకు నేను సమ్మతి తెలియజేస్తున్నాను మరియు బీమా చేయబడే వ్యక్తి/ప్రతిపాదకుడిపై బీమా కోసం దరఖాస్తు చేసుకున్న ఏదైనా బీమా సంస్థ నుంచి సమాచారాన్ని కోరేందుకు నేను సమ్మతి తెలియజేస్తున్నాను. ప్రతిపాదనను అండర్ రైట్ చేయడం మరియు/లేదా క్లెయిమ్ సెటిల్ మెంట్ కొరకు.
- ప్రతిపాదన మరియు/లేదా క్లెయిమ్ సెటిల్ మెంట్ మరియు/లేదా ఏదైనా ప్రభుత్వ మరియు/లేదా రిగ్యులేటరీ అథారిటీతో అండర్ రైటింగ్ కొరకు బీమా చేయబడే ప్రతిపాదకుని యొక్క వైద్య రికార్డులతో సహా ప్రతిపాదనకు సంబంధించిన సమాచారాన్ని పంచుకోవడానికి నేను కంపెనీకి అధికారం ఇస్తున్నాను.
- సర్వీస్ డెలివరీ యొక్క ఏకైక ఉద్దేశ్యం కొరకు బీమా చేయబడే ప్రతిపాదకుడి యొక్క వైద్య రికార్డులతో సహా నా/మా ప్రతిపాదనకు సంబంధించిన సమాచారాన్ని మా ఎంప్లొయర్ ప్రావైడర్ తో పంచుకోవడానికి నేను/మేం కంపెనీకి అధికారం ఇస్తాం.

ఖర్చారం ఉంచు _____ ప్రతిపాదకుని సంతకం

8. ప్రాంతీయ భాష ప్రకటన

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

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

9. ప్రపోజర్ డిక్లరేషన్

(ఏ కారణం చేతనైనా, ప్రతిపాదన మరియు ఇతర అనుసంధాన పత్రాలను ప్రతిపాదకుడు పూరించనప్పుడు ధృవీకరణ). ప్రపోజర్ ఫారం మరియు సంబంధిత డాక్యుమెంట్ లోని వివరాలు నాకు పూర్తిగా వివరించబడాయి మరియు ప్రతిపాదిత కంట్రాక్ట్ యొక్క ప్రాముఖ్యతను నేను పూర్తిగా అర్థం చేసుకున్నాను. నా ఆదేశాల మేరకు ప్రపోజర్ ఫారం _____ ద్వారా నింపబడింది మరియు అది సరైనది మరియు సంపూర్ణమైనదిగా నేను కనుగొన్నాను.

ప్రతిపాదకుని సంతకం

ప్రాడక్ట్ పేరు: రీఅసూర్ | ప్రాడక్ట్ UIN: NBHHLIP25037V032425

యాడ్-ఆన్ పేరు: స్మార్ట్ హెల్త్+ | యాడ్-ఆన్ యుఐఎన్: NBHHLIA22164V012122; యాడ్-ఆన్ పేరు: సెప్టాస్, యాడ్-ఆన్ యుఐఎన్: NBHHLIA24070V012324

ఉద్దేశపూర్వకంగానే ఈ ప్లాన్ని ఖాళీగా వదిలేశారు.

10. ప్రీమియం వివరాలు (ఆఫీసు ఉపయోగం కొరకు మాత్రమే)

ప్రీమియం చెల్లింపు ఎంపిక చెక్కు డిమాండ్ డ్రాఫ్ట్ క్రెడిట్ కార్డు/డెబిట్ కార్డు నెట్ బ్యాంకింగ్ నగదు ఇతరులు

ప్రీమియం మొత్తం ఆన్లైన్ పేమెంట్ ట్రాన్సాక్షన్ ఐడీ: ఖర్చురం

బ్యాంకు పేరు/బ్రాంచి నివా బుపా బ్రాంచ్ స్థానం

కోడ్ నెం. బిజినెస్ సోర్స్: అత్యైజర్/డిఎఫ్ఐ/కార్పొరేట్ ఏజెన్సీ/ఇతర ఛానల్స్

కోడ్ నెంబరు

పేరు

దీనిపై వచ్చిన ప్రతిపాదన: కస్టమర్ ఐడీ:

ప్రపోజర్ లేదా దరఖాస్తుదారుడు సిబ్బందినా? ఆవును కాదు

11. బాంకాస్ ఇన్సూరెన్స్ ఛానల్ కొరకు మాత్రమే అదనపు వివరాలు (ఆఫీసు ఉపయోగం కొరకు మాత్రమే)

బ్రాంచ్ కోడ్ ఎస్సీ కోడ్ RM/LG కోడ్

కస్టమర్ ఖాతా నెంబరు

12. బీమా సలహాదారు యొక్క రిపోర్ట్ (ఆఫీసు ఉపయోగం కొరకు మాత్రమే)

బీమా సలహాదారు/కార్పొరేట్ ఏజెంట్ యొక్క నిర్దిష్ట వ్యక్తిగత/బ్రోకర్/రిలేషన్ షిప్ ఆఫీసర్ యొక్క అధీకృత ఉద్యోగిగా నేను ఈ ప్రతిపాదన పత్రంలోని అన్ని విషయాలను వివరించానని, ఇందులో ఉన్న ప్రశ్నలకు స్టేట్ మెంట్(లు), సమాచారం మరియు ప్రతిస్పందన(లు)తో సహా ఈ ప్రపోజర్ ఫారం అతడు/ఆమె సమర్పించిన సమాచారం మరియు ప్రతిస్పందన(లు)తో సహా ఈ ప్రపోజర్ ఫారం యొక్క అన్ని విషయాలను నేను వివరించానని ఇందుమూలంగా ప్రకటిస్తున్నాను. ఒకవేళ పాలీసీ జారీ చేయడం కొరకు కంపెనీ ద్వారా ఈ ప్రతిపాదన ఆమోదించబడితే, కంపెనీ మరియు ప్రతిపాదకుని మధ్య బీమా ఒప్పందం.

ఒకవేళ ఏదైనా అసత్య ప్రకటన(లు) /సమాచారం/ప్రతిస్పందన(లు) ఈ ప్రతిపాదన పత్రంలో/అనుబంధం(లు), అఫిడవిట్ లు, స్టేట్ మెంట్ లు, సమర్పణలు, సమర్పించాల్సిన/సమర్పించాల్సినవి మరియు ఇంకా ఏదైనా మెటీరియల్ వాస్తవాలను బహిష్కరించే ప్రయత్నం చేయబడితే, ఈ ప్రతిపాదనకు అనుగుణంగా అతడికి/ఆమెకు అనుకూలంగా జారీ చేయబడే పాలీసీ చెల్లుబాటు కానిదిగా కంపెనీ పరిగణించబడుతుందని మరియు పాలీసీ కింద చెల్లించిన అన్ని ప్రీమియంలు కంపెనీకి జప్తు చేయబడతాయని నేను వివరించాను.

ఖర్చురం: ముద్రా:

బీమా సలహాదారు యొక్క సంతకం

13. చట్టబద్ధమైన సౌచురీక

రిబేట్ల నిషేధం (బీమా చట్టం 1938లోని సెక్షన్ 41 ప్రకారం)

- భారతదేశంలో ప్రాణాలు లేదా ఆస్తికి సంబంధించిన ఏదైనా రకమైన ప్రమాదానికి సంబంధించి బీమాను తీసుకోవడానికి లేదా పునరుద్ధరించడానికి లేదా కొనసాగించడానికి ప్రేరేపించడానికి ప్రత్యక్షంగా లేదా పరోక్షంగా ఏ వ్యక్తిని అనుమతించరాదు లేదా ఆఫర్ చేయకూడదు, మొత్తం లేదా చెల్లించాల్సిన కమిషన్ యొక్క ఏదైనా రిబేట్ లేదా పాలీసీపై చూపించిన ప్రీమియం యొక్క ఏదైనా రిబేట్, లేదా పాలీసీని తీసుకునే లేదా పునరుద్ధరించే లేదా కొనసాగించే ఏ వ్యక్తి అయినా, బీమా కంపెనీ యొక్క ప్రచురితమైన ప్రాస్పెక్టస్ లు లేదా పట్టికలకు అనుగుణంగా అనుమతించబడే రిబేట్ మినహా మరే రిబేట్ ను అంగీకరించరు.
- ఈ సెక్షన్ నిబంధనలను పాటించడంలో ఎవరైనా విఫలమైతే పది లక్షల రూపాయల వరకు జరిమానా విధించవచ్చు.

14. అభి ఇడీ

సభ్యుడి పేరు	మీకు ఏ బీ హెచ్ ఏ ఐడీ ఉంది?	అభి ఇడీ	ఎ.బి. హెచ్.ఎ ద్వారా బీమా సంస్థలు/టిపిఎలతో వైద్య రికార్డులను పంచుకోవడానికి సమ్మతి
	<input type="checkbox"/> అవును <input type="checkbox"/> కాదు	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> అవును <input type="checkbox"/> కాదు
	<input type="checkbox"/> అవును <input type="checkbox"/> కాదు	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> అవును <input type="checkbox"/> కాదు
	<input type="checkbox"/> అవును <input type="checkbox"/> కాదు	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> అవును <input type="checkbox"/> కాదు
	<input type="checkbox"/> అవును <input type="checkbox"/> కాదు	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> అవును <input type="checkbox"/> కాదు
	<input type="checkbox"/> అవును <input type="checkbox"/> కాదు	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> అవును <input type="checkbox"/> కాదు
	<input type="checkbox"/> అవును <input type="checkbox"/> కాదు	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> అవును <input type="checkbox"/> కాదు

15. రీఫండ్ మరియు క్లెయిమ్ ల చెల్లింపు కొరకు వివరాలు

పేమెంట్ అందుకోవడానికి ఆఫీస్:

బ్యాంకు బదిలీ

లభిదారుని పేరు

బ్యాంక్ పేరు

ఖాతా నెంబరు

ఇన్స్ట్రక్షన్ కోడ్

ఖాతా రకం

కంపెనీ నుంచి ఆమోదం

అప్లికేషన్ నెంబరు.

ఖర్చారం

మీ ప్రపోజల్ అందుకున్నందుకు మరియు చెక్/డిమాండ్ డ్రాఫ్ట్/ఇతరులు ద్వారా తేదీ ద్వారా మేం కృతజ్ఞతతో అంగీకరిస్తున్నాం. బీమా కొరకు పూర్తి చేయబడ్డ ప్రతిపాదనను మాకు సమర్పించడం లేదా పాలసీ జారీ చేయడం కొరకు చేయబడ్డ ఏదైనా చెల్లింపు, పాలసీని జారీ చేయడానికి అంగీకరించమని మమ్మల్ని బలవంతం చేయదు, ఈ నిర్ణయం ఎల్లప్పుడూ మన యొక్క సంపూర్ణ మరియు సంపూర్ణ విచక్షణపై ఆధారపడి ఉంటుంది. ఒకవేళ బీమా కొరకు ఒక ప్రతిపాదనను మేం అంగీకరించినట్లయితే, అది పాలసీ యొక్క నియమనిబంధనలకు లోబడి ఉంటుంది మరియు

ప్రీమియం పూర్తిగా మరియు సకాలంలో అందుకోనట్లయితే లేదా సాకారం కానట్లయితే మాకు ఎలాంటి బాధ్యత ఉండదు. ఒకవేళ మేం ప్రతిపాదనను అంగీకరించనట్లయితే, మేం మీకు తెలియజేస్తాం మరియు మీ నుంచి అందుకున్న వైద్య పరీక్షల ఖర్చును వడ్డీ లేకుండా మినహాయించిన తరువాత చెల్లింపును తిరిగి చెల్లిస్తాం.

రిసీవర్ యొక్క పేరు మరియు సంతకం మరియు ఆఫీసు సీల్

నివా బుపా హెల్త్ ఇన్సూరెన్స్ కంపెనీ లిమిటెడ్; రిజిస్టర్డ్ ఆఫీసు:- సి-98, మొదటి అంతస్తు, లజపత్ నగర్, పార్ట్ 1, న్యూఢిల్లీ-110024

డిస్ట్రీబ్యూటర్: ఇన్సూరెన్స్ అనేది అభ్యర్థనకు సంబంధించిన విషయం. నివా బుపా హెల్త్ ఇన్సూరెన్స్ కంపెనీ లిమిటెడ్ (గతంలో దీనిని మ్యాక్స్ బుపా హెల్త్ ఇన్సూరెన్స్ కంపెనీ లిమిటెడ్ అని పిలిచేవారు) (ఐఆర్ డిఎబి రిజిస్ట్రేషన్ నెం. 145). 'బుపా', 'హెల్త్ బీల్డ్' లోగాలు ఆయా యజమానుల రిజిస్టర్డ్ బ్రాండ్ మార్క్ లు మరియు లైసెన్స్ కింద నివా బుపా హెల్త్ ఇన్సూరెన్స్ కంపెనీ లిమిటెడ్ ద్వారా ఉపయోగించబడుతున్నాయి. కస్టమర్ హెల్ప్ లైన్: 1860-500-8888.

వెబ్సైట్: www.nivabupa.com. సీబిఎన్: U66000DL2008PLC182918. నిబంధనలు మరియు షరతులు, మినహాయింపులు, ప్రమాద కారకాలు, వెయిటింగ్ పీరియడ్ మరియు ప్రయోజనాలకు సంబంధించిన మరిన్ని వివరాల కొరకు, దయచేసి అమ్మకాన్ని ముగించే ముందు సేల్స్ బ్రోచర్ ను జాగ్రత్తగా