

రిఆసూర్ 2.0

ప్రపోజర్ ఫారం

URN: 023

బీమా ఒప్పందం కూడా ఒక చట్టబద్ధమైన ఒప్పందమే మరియు ఇది నమ్మకం మరియు మేము మిమ్మల్ని విశ్వసించాము. మీ ఆరోగ్యంపై సమాచారం మరియు మీ పాలసీపై దాని ప్రభావం గురించి మీకు తెలియకపోవచ్చు అని మేము ఆర్డం చేసుకున్నాము. అందువల్ల, మీరు అన్ని ఆరోగ్య సమాచారాన్ని బహిష్కరించే చర్యలకు దూరంగా ఉండి ఎంత సంబంధితమో మేము నిర్ణయిస్తాము (మేము దీనిని 'భౌతిక వాస్తవం' అని పిలుస్తాము). మేము మీ పాలసీని రద్దు చేస్తాము, ఎటువంటి క్లెయిమ్ చెల్లించము, చెల్లించిన ఎటువంటి ప్రీమియంను తిరిగి ఇవ్వము మరియు బీమా చేయాలని ప్రతిపాదించిన సభ్యులందరి గురించి సరైన మరియు పూర్తి సమాచారం ఇవ్వనట్లయితే, ఇంతకు ముందు చెల్లించిన ప్రయోజనాల రికవరీతో సహా మీకు సాధ్యమైన అన్ని చర్యలు తీసుకునే హక్కు ఉంది. పూర్తి ప్రీమియం పొంది, రిస్కు ను సృష్టించి అంగీకరించిన తర్వాత కనీసం ప్రారంభించాలనిబంధనలు నిర్దేశిస్తున్నాయి.

1. ప్రపోజర్ వివరాలు:

బిరుదు  పేరు

DOB  లింగము:  మగ  ఆడ  ఇతర  జాతీయత(మారు)

ప్రస్తుత చిరునామా

కొండగురు  నగరం

జిల్లా  రాష్ట్రం  వ్యక్తీక గుర్తింపు సంఖ్య

ల్యాండ్ లైన్ నెంబరు  మొబైల్ నెంబరు

ఇమెయిల్ ఐడి  ప్రత్యామ్నాయ సంఖ్య

వారీకరణం (రూ.  KYC నెంబరు

వృత్తి  వేతన జీతాలు  స్వయం ఉపాధి...  విద్యార్థి  ఇల్లాలు  ఇతర, దయచేసి పేర్కొనండి

దీని ద్వారా చెల్లించిన ప్రీమియం  ప్రపోజర్ కే సంబంధం

అప్లై చేసిన ఫారం అక్కడ పేర్కొన్న విధంగా మీ పాలసీ మరియు సర్టిఫైడ్ సంబంధించిన కమ్యూనికేషన్ మొత్తాన్ని ఇమెయిల్ ID కి సంబంధించి కంపెనీకి అధికారం ఇవ్వడం ద్వారా పూర్తిచేయాలని మరియు కాగితాన్ని ఆదా చేయడంలో సహాయపడాలనుకుంటున్నాను?

నేను అన్ని నిబంధనలు మరియు షరతులను చదివాను, ఆర్డం చేసుకున్నాను మరియు అంగీకరించాను మరియు వెబ్ కమ్యూనికేషన్/ SMS, సర్టిఫైడ్ కార్డ్/ SMS లేదా మరదైనా వాణిజ్య కమ్యూనికేషన్ చేయడం కొరకు నా రిజిస్టర్డ్ ఫోన్ నెంబరుపై SMS/ఇమెయిల్/ఫోన్/WhatsApp/Facebook లేదా మరదైనా మోడల్ ద్వారా నన్ను సంప్రదించడానికి నా బుఫా హెల్త్ ఇన్సూరెన్స్ లేదా దాని ఏజెంట్లు మరియు/లేదా తృతీయపక్షం(లు)/అనుబంధ సంస్థలకు అధికారం ఇస్తున్నాను.

పాలసీ కింద యొక్క ఫీజుల కేవలం మీకు కావాల్సినవి  అవును  కాదు

మీరు లేదా ప్రతిపాదిత దరఖాస్తుదారుల్లో ఎవరైనా PEP?  అవును  కాదు

#WhistleBly పేజీలో పేర్కొన్న (ఏమీ) అనేది ప్రముఖ ప్రజా పద్ధతులను నిర్దేశిస్తున్న లేదా అప్పగించిన వ్యక్తులు, అనగా కేంద్ర లేదా రాష్ట్ర ప్రభుత్వ అధికారులు / మంత్రులు, సీనియర్ రాజకీయ నాయకులు, సీనియర్ ప్రభుత్వం, న్యాయ లేదా ప్రెసిడెంట్లకు సంబంధించిన సీనియర్ ఎగ్జిక్యూటివ్లు, ముఖ్యమైన వారీకరణలు, ఒకవేళ మీరు PEPకు వ్యతిరేకంగా డిక్లెయిర్ చేసినట్లయితే, దయచేసి ప్రత్యేక PEP ప్రశ్నాపత్రాన్ని నింపండి

బ్యాంకు వివరాలు:

బ్యాంక్ పేరు

ఖాతా నెంబరు  ఐఎఫ్ఎస్ఎస్ కోడ్

ఖాతా రకం  పొరుపు  ప్రస్తుతం  కొత్త  నగరం

ఎలక్ట్రానిక్ ఇన్సూరెన్స్ అకౌంట్ (ఈఐఏ) వివరాలు

ఈ పాలసీని eAకౌంట్ క్రిడీట్ చేయాలని మీరు అనుకుంటున్నారా? (దయచేసి ఎచ్చరికగా ఒకదాన్ని ఎంచుకోండి)

లేదు, నాకు eIA లేదు మరియు దానిని తెరవాల్సిన అనుకూలం లేదు.  అవును, ఈ పాలసీని నా ఇ-ఇన్సూరెన్స్ ఖాతాకు క్రిడీట్ చేయండి

ఒకవేళ అవును అయితే, దయచేసి ఇప్పటికే ఉన్న ఇ-బీమా ఖాతా నెంబరును ఎంచుకోండి.

దయచేసి బీమా రిపోజిటరీ పేరు ఎంచుకోండి (మీరు మీ ఖాతాను తెరిచారు)

మెసర్స్ ఎన్ ఎస్ డీఎల్ రిపోజిటరీ మేనేజ్ మెంట్ లిమిటెడ్  మెసర్స్ సెంట్రల్ ఇన్సూరెన్స్ రిపోజిటరీ లిమిటెడ్

మెసర్స్ కార్టెక్ ఇన్సూరెన్స్ రిపోజిటరీ లిమిటెడ్  M/s CAMS రిపోజిటరీ సర్టిఫైడ్ లిమిటెడ్ (దయచేసి తెలియజేసిన ఎంచుకోండి) లేదా

నాకు ఇప్పటికే ఇ-ఇన్సూరెన్స్ ఖాతా లేదు మరియు కొత్త ఇ-ఇన్సూరెన్స్ ఖాతాను సృష్టించడానికి నేను ఆసక్తిగా ఉన్నాను.

(సంబంధిత దాఖలు/సంబంధిత పాత్రుల ఎలక్ట్రానిక్ ఇన్సూరెన్స్ అకౌంట్ ఓపెనింగ్ ఫారం (ఈఐఏ ఫారం) సబ్మిట్ చేయండి).

రిమిస్టర్ పేమెంట్ సైన్ అప్:

కంపెనీలో మీ ప్రస్తుత ఆల్ మేటర్ కీయరింగ్ హోస్ (ఎసిహెచ్) / ఫ్రాండ్రింగ్ ఇన్సూరెన్స్ (ఎసిఐ) ను కొనసాగించడం ద్వారా మీ ఆరోగ్య బీమా పాలసీ యొక్క ఫునర్షరల్ ప్రీమియంను ప్రతి సంవత్సరం చెల్లించవచ్చు. ఈ ఆప్షన్ కింద, మీ పాలసీని తక్షణమే ఫునర్షరల్ చేయవచ్చు, అయితే కంపెనీ ద్వారా అవసరమైన సమాచారం మరియు దాఖలు/మెంబర్షిప్ యొక్క అన్ని అదనపు అవశ్యకతలను మీరు పూర్తి చేయాలి ఉంటుంది.

నేను ఎసిహెచ్/ఎసిఐ రిమిస్టర్ ఆప్షన్ ఎంచుకోవాలనుకుంటున్నాను మరియు తర్వాత దానిని ఉపయోగించి పాలసీని రిమిస్టర్ చేసే వరకు ప్రీమియంపై 2.5% డిస్కాండ్ పొందాలనుకుంటున్నాను.

ఖరీదార్  ఉండు  ప్రతిపాదకుని సంతకం

2. పేమా 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	మరియు/మరియు/మరియు	భారతీయుడు కాకపోతే దయచేసి టిక్ చేయండి
	ప్రజాజన్ తో రెవెన్యూ పేద (దయచేసి టిక్ ఆఫ్): స్వయం/ జనిత భాగస్వామి/ తండ్రి/ తల్లి/ మామ/ అత్త/ కొడుకు/ కూతురు/ ఇతర										
ఒకవేళ రిజిస్టర్డ్ మెడికల్ ప్రాక్టీషనర్ అయితే, దయచేసి పేజీని 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	మరియు/మరియు/మరియు	భారతీయుడు కాకపోతే దయచేసి టిక్ చేయండి
	ప్రజాజన్ తో రెవెన్యూ పేద (ప్రజా జీకో ఆఫ్): జనిత భాగస్వామి/ తండ్రి/ తల్లి/ మామ/ అత్త/ కొడుకు/ కూతురు										
ఒకవేళ రిజిస్టర్డ్ మెడికల్ ప్రాక్టీషనర్ అయితే, దయచేసి పేజీని 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	మరియు/మరియు/మరియు	భారతీయుడు కాకపోతే దయచేసి టిక్ చేయండి
	ప్రజాజన్ తో రెవెన్యూ పేద (ప్రజా జీకో ఆఫ్): జనిత భాగస్వామి/ తండ్రి/ తల్లి/ మామ/ అత్త/ కొడుకు/ కూతురు										
ఒకవేళ రిజిస్టర్డ్ మెడికల్ ప్రాక్టీషనర్ అయితే, దయచేసి పేజీని 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	మరియు/మరియు/మరియు	భారతీయుడు కాకపోతే దయచేసి టిక్ చేయండి
	ప్రజాజన్ తో రెవెన్యూ పేద (ప్రజా జీకో ఆఫ్): జనిత భాగస్వామి/ తండ్రి/ తల్లి/ మామ/ అత్త/ కొడుకు/ కూతురు										
ఒకవేళ రిజిస్టర్డ్ మెడికల్ ప్రాక్టీషనర్ అయితే, దయచేసి పేజీని 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	మరియు/మరియు/మరియు	భారతీయుడు కాకపోతే దయచేసి టిక్ చేయండి
	ప్రజాజన్ తో రెవెన్యూ పేద (ప్రజా జీకో ఆఫ్): జనిత భాగస్వామి/ తండ్రి/ తల్లి/ మామ/ అత్త/ కొడుకు/ కూతురు										
ఒకవేళ రిజిస్టర్డ్ మెడికల్ ప్రాక్టీషనర్ అయితే, దయచేసి పేజీని 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					భారతీయుడు కాకపోతే దయచేసి టిక్ చేయండి	
	ప్రజాజన్ తో రెవెన్యూ పేద (ప్రజా జీకో ఆఫ్): జనిత భాగస్వామి/ తండ్రి/ తల్లి/ మామ/ అత్త/ కొడుకు/ కూతురు										
ఒకవేళ రిజిస్టర్డ్ మెడికల్ ప్రాక్టీషనర్ అయితే, దయచేసి పేజీని అందించండి:											
	i. మెడికల్ రిజిస్ట్రేషన్ నెంబరు										
	ii. కొన్నింటి పేరు										
	iii. పనిప్రాంతం యొక్క చిరునామా										

\* ప్రేమయ్యపై కాశం దీర్ఘాంధ్ లాంటిది. మెడికల్ ప్రాక్టీషనర్ అంటే ఎవైనా రాష్ట్రం లేదా మెడికల్ కొన్నింటి ఆఫ్ ఇండియా లేదా కొన్నింటి ఆఫ్ ఇండియా మెడికల్ లేదా భారత ప్రభుత్వం లేదా రాష్ట్ర ప్రభుత్వం ఏర్పాటు చేసిన హోమియోపతి కోసం మెడికల్ కొన్నింటి నుండి చెల్లుబాటు అయ్యే రిజిస్ట్రేషన్ కలిగి ఉంది, తద్వారా దాని పరిధిలో వైద్యాన్ని ప్రాక్టీస్ చేయడానికి అర్హత ఉన్న వ్యక్తి మరియు తన లైసెన్స్ పరిధి మరియు అధికార పరిధికి లోబడి పనిచేస్తుంది. గమనికలు: 1. ప్రజాజన్ తో దరఖాస్తుదారుడు 1 యొక్క సంబంధం ఉదాహరణ అయితే, అప్పుడు ఇతర దరఖాస్తుదారుల సంబంధం దరఖాస్తుదారుతో ఉంటుంది 1.

జేస కవరీజ్:

పాలసీ రకం#:  స్టాక్  ఫ్యూచర్  మల్టీ మెంబర్ ఇండివిడ్యువల్

కవర్ చేయాలి న జీవితాల సంఖ్య:  పిల్లలు  పిల్లలు

వేరియంట్:  కంచు  వెండి  బంగారం  కాంస్య+  Silver+  
 గోల్డ్+  క్రైమండ్+  ఫ్లాటీనం+  ప్రిటనియం+

జేస బీమా మొత్తం: \_\_\_\_\_

పాలసీ కాలపరిమితి:  1 సంవత్సరం  2 సంవత్సరాలు  3 సంవత్సరాలు

అప్లై చేసిన కవరీజ్:

1. ఆసుపత్రి సగదు	<input type="text"/> ఆవును <input type="text"/> క్రాడు					
2. కాపాడు \$	<input type="text"/> ఆవును <input type="text"/> క్రాడు					
3. సెఫ్ గార్డ్ \$	<input type="text"/> ఆవును <input type="text"/> క్రాడు					
4. స్టాక్ హెల్డ్ + (డివీడెండ్ మేనేజ్ మెంట్) *ప్రభావిత సంఖ్యలందరూ ఒక వేరియంట్ గోల్డ్ లేదా ఫ్లాటీనం ఎంచుకోవాలి.	<input type="text"/> బంగారం <input type="text"/> ఫ్లాటీనం <input type="text"/> క్రాడు					
	1	2	3	4	5	6
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5. స్టాక్ హెల్డ్ (అక్యూల్ కెర్) *రిండింట్ ఏదో ఒకదాన్ని ఎంచుకోవచ్చు.	<input type="text"/> బ్రెస్ట్ కన్వర్ట్ <input type="text"/> ఇతర సంరక్షణ <input type="text"/> క్రాడు					
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
6. 'సర్వనల్ యాక్సిడెంట్ కవర్' కొరకు అప్లై అయితే దయచేసి టీకా చేయండి (ఈ అప్లై 18 సంవత్సరాలు లేదా అంతకంటే ఎక్కువ వయస్సు ఉన్న దరఖాస్తుదారులకు మాత్రమే అందుబాటులో ఉంటుంది)	దరఖాస్తుదారు నెంబరు					
	1	2	3	4	5	6
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7. వార్షిక ఆగ్రెగేట్ డిడ్యూట్ అప్లై లు:	క్రాడు					
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
8. కో-పేమెంట్	<input type="text"/> క్రాడు <input type="text"/> 20% <input type="text"/> 30% <input type="text"/> 40% <input type="text"/> 50%					
9. ముందుగా ఉన్న వ్యాధి వెయిటింగ్ ప్రిమియం	<input type="text"/> క్రాడు <input type="text"/> 4 సంవత్సరం <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>					
10. గది రకం మార్పు	<input type="text"/> క్రాడు <input type="text"/> సింగిల్ ప్రివేట్ రూమ్ <input type="text"/> టాగ్ స్క్వామ్స్ గది					

\*అన్ని ట్యాబ్లెట్ బీమా మొత్తం బీమా చేయబడిన నిర్ణయించిన పారామితిల క్రింద అందించిన పద్ధతుల ద్వారా మాత్రమే అందుబాటులో ఉంటుంది. దీనిని వారందరూ ఉపయోగించి క్లియర్ చేయవలసి ఉంటుంది.

కానీ: కేవలం కేవలం కేవలం ఎంచుకోవచ్చు.

4. పోస్ట్ లైఫ్

పాలసీ నెంబరు	ఇన్సూరెన్స్ కంపెనీ...	రెన్యూ ప్రారంభ తేదీ	రెన్యూ ముగింపు తేదీ	పోస్ట్ లైఫ్ చేయడానికి కారణాలు

పోస్ట్ లైఫ్ కోరిన ప్రతిపాదించిన బీమాదారుని పేరు	మొదటి పాలసీ ప్రారంభ తేదీ	పోస్ట్ లైఫ్ అప్లై చేయబడిన నిరంతర కవరీజ్ యొక్క సంవత్సరాల సంఖ్య	గత పాలసీలో క్లియర్...	ప్రస్తుత క్లియర్ బోనస్ లేదు	బీమా మొత్తం - సంవత్సరం 1 (వాతపి)	బీమా మొత్తం - సంవత్సరం 2	బీమా మొత్తం - సంవత్సరం 3	బీమా మొత్తం - సంవత్సరం 4 (గడువు ముగిసే)

**5. నామినేషన్లపూర్వం**

ప్రతిపాదకుడు మరణశ్రేణి, పాలన కేంద్రం చెల్లించినట్లుగా ఉన్నట్లుగా చెప్పి దీనిని సేర్వేస్తున్నామని నామినేషన్ల చెల్లించబడుతుంది. నామినేషన్ల అడుగుపెట్టే ప్రక్రియ అందుకోవడం అనేది పాలన కేంద్రంపై యొక్క బాధ్యతను నిర్వహించడాన్ని తెలియజేస్తుంది.

నామినేషన్ పేరు	పుట్టిన తేదీ	ప్రతిపాదకుడితో సంబంధం	నామినేషన్ యొక్క దిగువన, మొదటి నెంబరు మరియు ఇమెయిల్ ఐడీ	నియమిత పేరు (నామినేషన్ వయస్సు 18 సంవత్సరాల కంటే తక్కువగా ఉండే)

నామినేషన్ల బాధ్యత వహించే: \_\_\_\_\_ లభించిన పేరు: \_\_\_\_\_

బ్యాంక్ పేరు \_\_\_\_\_ ఖాతా రకం \_\_\_\_\_ పొరుగు \_\_\_\_\_ ప్రస్తుతం \_\_\_\_\_

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

**6. వైద్య, ఆలవాట్లు మరియు గత ప్రతిపాదన సమాచారం**

ముఖ్యమైనది: ఈ విభాగంలోని అన్ని ప్రశ్నలకు నిజాయితీగా మరియు పూర్తిగా సమాధానాలు ఉన్నాయని దయచేసి దృఢీకరించుకోండి, ఎందుకంటే మీరు ఇక్కడ అందించిన సమాచారం నిజానా ద్వారా అందరికీ రివీల్ అవుతుంది. ఏదైనా అసంపూర్ణ, తప్పు, పొరపాటున సమాచారం మీ మెడికల్ క్లియర్ మరియు/లేదా కవరేజీని ప్రభావితం చేస్తుంది దయచేసి గమనించండి.

ప్రశ్న A: దయచేసి వైద్య పరీక్షలపై సమాచారాన్ని పంపుకోండి	దరఖాస్తుదారు నెంబరు					
	1	2	3	4	5	6
ప్రతి దరఖాస్తుదారుడి కొరకు దయచేసి దిగువ ప్రశ్నలకు సమాధానం ఇవ్వండి.						
దయచేసి అవును (Y) లేదా కాదు (N) సరిగ్గా చెప్పండి						
i. జలుబు, ఫ్లూ, ఇన్ఫ్లూయెన్సా, చిన్నపాటి గాయాలు లేదా ఇతర చిన్న అనారోగ్యాలు కాకుండా, దరఖాస్తుదారుడు ఎప్పుడైనా ఏదైనా వ్యాధితో బాధపడుతున్నాడా మరియు/లేదా 5 రోజులకు పైగా ఆసుపత్రిలో చేరాడా మరియు/లేదా ఏదైనా శస్త్రచికిత్సా విధానాలు చేయించుకోవాలని మరియు/లేదా ఏదైనా మందులు తీసుకున్నాడా/14 రోజులకు మించి ఏదైనా లక్షణాలను కలిగి ఉన్నాడా? మందులు ఇన్ఫెక్షన్లు, ఇంటెక్స్టన్షన్లు, నోటి మందులు మరియు శరీర భాగాలపై బాహ్య వైద్య అనువర్తనాలతో సహా కానీ పరిమితం కాదు.	హా/దు	N	హా/దు	N	హా/దు	N
ii. థైరాయిడ్ (ట్రాప్సైట్, లిపిడ్ (ట్రాప్సైట్, బ్రెస్ట్ మిల్ కెన్సర్, యంజియోగ్రఫీ, ఎకోకార్డియోగ్రఫీ, ఎండోస్కోపీ, ఆర్థోస్కోపీ, సిటీ స్కాన్, MRI, బయోప్సీ) మరియు FNACలకు సంబంధించిన ఏదైనా రోగనిర్ధారణ పరీక్షలు లేదా పరీక్షనలకు దరఖాస్తుదారునికి ఎప్పుడైనా ప్రతికూల ఫలితాలు వచ్చాయా?	హా/దు	N	హా/దు	N	హా/దు	N
iii. దరఖాస్తుదారునికి దయాబిటీస్ లేదా ప్రీ-దయాబిటీస్ ఉందా లేదా అతడు/ఆమెకు ఎప్పుడైనా అధిక రక్తంలో చక్కెర ఉందా?	హా/దు	N	హా/దు	N	హా/దు	N
iv. దరఖాస్తుదారునికి హైపర్ టెన్షన్ లేదా అధిక రక్తపోటు ఉందా?	హా/దు	N	హా/దు	N	హా/దు	N
v. దరఖాస్తుదారుడు ఎప్పుడైనా ఏదైనా జన్మ/వంశపారంపర్య రుగ్మతలు లేదా హెచ్ఐఎంఐవికి కొరకు రోగి నిర్ధారణ లేదా చికిత్స పొందాడా?	హా/దు	N	హా/దు	N	హా/దు	N
vi. దరఖాస్తుదారుడు ఎప్పుడైనా ఏదైనా మానసిక/మానసిక రుగ్మతలకు రోగి నిర్ధారణ లేదా చికిత్స పొందాడా?	హా/దు	N	హా/దు	N	హా/దు	N
vii. దరఖాస్తుదారుడి జీవితకాలంపై జీవిత, ఆరోగ్యం, ఆసుపత్రి రోజువారీ నగదు లేదా క్రీడిట్ ఇల్ లెన్ బీమా కొరకు ఏదైనా ప్రతిపాదన ఎప్పుడైనా తిరస్కరించబడిందా, వాయిదా వేయబడిందా, లేదా చేయబడిందా లేదా ఏదైనా బీమా కంపెనీ ద్వారా మినహాయింపులు వంటి ఏదైనా ప్రత్యేక పరతులకు లోనయ్యిందా?	హా/దు	N	హా/దు	N	హా/దు	N

ప్రశ్న B: (దరఖాస్తుదారుడు దూసుపోవడం లేదా పొక్కు/గుట్ట/పాన్ మసాలా లేదా అల్కహాల్ తాగినట్లు తెలుస్తూ దయచేసి ఈ విభాగాన్ని నింపుండి)	vii. సమలదగిన పొక్కు / గుట్టా / పాన్ మసాలా, ఒకవేళ అవును అయితే, దయచేసి ప్రతి శకు ఎన్ని పొక్కులు ఉన్నాయో పేర్కొనండి, రోజు		ii. అల్కహాల్.. ఒకవేళ అవును అయితే, దయచేసి వారానికి మిల్లీలీటర్ల సంఖ్యను పేర్కొనండి.		iii. సిగరెట్లు / బీడి / సిగరెట్. ఒకవేళ అవును అయితే, దయచేసి రోజుకు వినియోగాన్ని పేర్కొనండి	
	1-10	> 10	<= 450	> 450	1-10	> 10
దరఖాస్తుదారుడు 1						
దరఖాస్తుదారుడు 2						
దరఖాస్తుదారుడు 3						
దరఖాస్తుదారుడు 4						
దరఖాస్తుదారుడు 5						
దరఖాస్తుదారుడు 6						

సెక్షన్ 7. పైన సెక్షన్ 6లో అవును (1) మార్కు చేయబడిన ప్రశ్నల కొరకు, దయచేసి దిగువ సమాచారాన్ని పేర్కొనండి.

దరఖాస్తుదారు నామం	లక్షణం(లు) లేదా పరిశోధన(లు) లేదా రోగ నిధారణ లేదా ప్రక్రియ/శి/ప్రదేశీయ యొక్క వివరాలు				పరిస్థితి యొక్క వ్యవస్థ	మందులు(లు)	మోతాదు	ప్రస్తుత స్థితి (ఇదా స్థితి/సాక్షిక రికవరీ లేదా కొనసాగుతున్న చికిత్స)	దిశిత్వ చేసే వైద్యుడి పేరు మరియు కాంటాక్ట్	జతచేయబడిన డాక్యుమెంట్లు
	ఒకవేళ Diabetes HbA1c లెవెల్	హై బ్లడ్ ప్రెజర్ బీసీ ఉంటే..		ఏదైనా ఇతర వివరాలు						
		Systolic	డయాస్టోలిక్							

**7. డిశిక్వీస్ (ప్రతిపాదన పత్రంపై సంతకం చేయడానికి ముందు దయచేసి జాగ్రత్తగా చదవండి మరియు ప్రతిదానికి చెక్ మార్కు 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 ప్రతిపాదన వ్యక్తులందరి తరఫున నేను ఇందుమూలంగా ప్రకటిస్తున్నాను.
- నా ద్వారా అందించబడిన సమాచారం బీమా పాలసీకి అధికారం అవుతుందని, బీమా కంపెనీ యొక్క బోధో ఆమోదించిన అందరీ రైటింగ్ పాలసీకి లోబడి ఉంటుందని మరియు డాక్ట్ చేయదగిన ప్రీమియంను పూర్తిగా చెల్లించిన తరువాత మాత్రమే పాలసీ అమల్లోకి వస్తుందని నేను అర్థం చేసుకున్నాను.
- ప్రపోజర్ సబ్జెక్ట్ చేయబడిన తరువాత కనీసం ద్వారా రిస్క్ ఆమోదించబడి కమ్యూనికేషన్ కు ముందు బీమా చేయబడే తేలికమైన యొక్క వ్యక్తి లేదా సాధారణ ఆలోచనలో సంభవించే ఏదైనా మార్పులను నేను రాకపోకలకాగా తెలియజేస్తాను.
- బీమా చేయించాల్సిన ప్రతిపాదకుడుగా ఉన్న వ్యక్తి యొక్క శారీరక లేదా మనసిక ఆరోగ్యాన్ని ప్రభావితం చేసే దానికైనా సంబంధించి బీమా చేయబడే ప్రతిపాదకుడు లేదా ఏదైనా గత లేదా ప్రస్తుత యజమాని నుంచి వైద్య సమాచారాన్ని కోరే ఏదైనా వైద్యుడు లేదా ఆసుపత్రి నుంచి వైద్య సమాచారాన్ని కోరేందుకు మరియు బీమా చేయబడే ప్రతిపాదకుడు అయిన వ్యక్తిపై బీమా కోసం దరఖాస్తు చేసుకున్న ఏదైనా బీమా సంస్థ నుంచి సమాచారాన్ని కోరేందుకు నేను సమ్మతి తెలియజేస్తున్నాను. ప్రతిపాదనను అందరీ రైట్ చేయడం మరియు/లేదా క్లియరు సెటిల్ మెంట్ కొరకు.
- ప్రతిపాదన మరియు/లేదా క్లియర్ సెటిల్ మెంట్ మరియు/లేదా ఏదైనా ప్రభుత్వ మరియు/లేదా రిస్క్ లేబిల్ అధికారితో అందరీ రైటింగ్ కొరకు బీమా చేయబడే ప్రతిపాదకుని యొక్క వైద్య రికార్డులతో సహా నా ప్రతిపాదనకు సంబంధించిన సమాచారాన్ని పంచుకోవడానికి నేను కంపెనీకి అధికారం ఇస్తున్నాను.
- సర్టిఫైడ్ సెటిల్ మెంట్ యొక్క ఏకైక ఉద్దేశ్యం కొరకు బీమా చేయబడే ప్రతిపాదకుడి యొక్క వైద్య రికార్డులతో సహా నా ప్రతిపాదనకు సంబంధించిన సమాచారాన్ని మా ఎంప్లాయిర్ ప్రావైడర్ తో పంచుకోవడానికి నేను/మేం కంపెనీకి అధికారం ఇస్తాం.

ఖర్చు \_\_\_\_\_ ఉండు \_\_\_\_\_ ప్రతిపాదకుని సంతకం \_\_\_\_\_

**8. ప్రాంతీయ భాష ప్రకటన**

(ప్రతిపాదకుడు పైన భాషలో సంతకం చేసినట్లయితే దృవీకరణ (కంపెనీ యొక్క ఏజెంట్/ఉద్యోగి కాకుండా మరొకరు సాక్ష్యం ఇవ్వాలి). ఈ రూపం యొక్క కంట్రాంట్ మరియు దాని వివరాలను నేను ఫోనిక్ భాషలో ప్రపోజర్ కు వివరించాను, అతను దానిని అర్థం చేసుకున్నాడు మరియు దృవీకరించాడు:

సర్టిఫైడ్ ఇచ్చే వ్యక్తి పేరు:	<input type="text"/>	దృవీకరించే వ్యక్తి యొక్క సంతకం:	<input type="text"/>	దృవీకరించే వ్యక్తి యొక్క మొదటి నామం:	<input type="text"/>
సాక్షి పేరు(మారు)]	<input type="text"/>	సాక్షి సంతకం(మారు)]	<input type="text"/>	సాక్షి యొక్క మొదటి నామం:	<input type="text"/>
				ప్రతిపాదకుని సంతకం	<input type="text"/>

**9. ప్రపోజర్ డిశిక్వీస్**

(ఏ కారణం చేతనైనా, ప్రతిపాదన మరియు ఇతర అనుసంధాన పత్రాలను ప్రతిపాదకుడు పూరించనప్పుడు దృవీకరణ). ప్రపోజర్ ఫారం మరియు సంబంధిత డాక్యుమెంట్ లోని విషయాలు నాకు పూర్తిగా వివరించబడ్డాయి మరియు ప్రతిపాదన కాంట్రాక్ట్ యొక్క ప్రాముఖ్యతను నేను పూర్తిగా అర్థం చేసుకున్నాను. నా ఆలోచన మేరకు ప్రపోజర్ ఫారం \_\_\_\_\_ ద్వారా నింపబడింది మరియు అది సరైనది మరియు సంపూర్ణమైనదిగా నేను కనుగొన్నాను.

ప్రతిపాదకుని సంతకం \_\_\_\_\_

**10. ప్రమియం వివరాలు (ఆఫీసు ఉపయోగం కొరకు మాత్రమే)**

ప్రమియం చెల్లింపు ఎండ్స్  చెక్కు  డిమాండ్ డ్రాఫ్ట్  క్రెడిట్ కార్డు/డిబిట్ కార్డు  నెట్ బ్యాంకింగ్  క్యాష్ ఇతరులు

ప్రమియం మొత్తం  ఆన్లైన్ పేమెంట్ (ట్రాన్సాక్షన్ ఐడీ:  ఖాతాంం

బ్యాంకు పేరు/బ్రాంచి  నివాసు బ్రాంచ్ స్థానం

కోడ్ నెం.  బిజినెస్ సౌర్య, అక్షయజ్యోతి/డీఎఫ్/కార్పొరేట్ ఏజెన్సీ/ఇతర ధానల్స్

కోడ్ నెంబరు

పేరు

దీనిపై వచ్చిన ప్రతిపాదన:  కస్టమర్ ఐడీ:

ప్రతాపర్ లేదా దరఖాస్తుదారుడు సీబిఎంబిదా?  అవును  కాదు

**11. బాంకాన ఇన్సూరెన్స్ ధానల్ కొరకు మాత్రమే అదనపు వివరాలు (ఆఫీసు ఉపయోగం కొరకు మాత్రమే)**

గ్రాంట్ కోడ్  ఎన్సీ కోడ్  RM/L6 కోడ్

C customer ఖాతా నెంబరు

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

బీమా సలహాదారు/కార్పొరేట్ ఏజెంట్ యొక్క నిర్దిష్ట వ్యక్తిగత/రోజువారీ పని ఆఫీసర్ యొక్క అధికృత ఉద్యోగిగా నేను ఈ ప్రతిపాదన పత్రంలోని అన్ని విషయాలను వివరించాను, ఇందులో ఉన్న ప్రకటనలు ఫైద్ మెంట్(లు), సమాచారం మరియు ప్రతిస్పందన(లు)తో సహా ఈ ప్రతాపర్ ధారంలో అతడు/ఆమె సమర్పించిన సమాచారం మరియు ప్రతిస్పందన(లు)తో సహా ఈ ప్రతాపర్ ధారం యొక్క అన్ని విషయాలను నేను వివరించాను ఇందుమూలంగా ప్రకటిస్తున్నాను. ఒకవేళ వాలసీ 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), ఆఫీస్ ఐడీ లు, ఫైద్ మెంట్ లు, సమర్పణలు, సమర్పించాల్సిన/సమర్పించాల్సినవి మరియు ఇంకా ఏదైనా మేజిస్ట్రేట్ వాస్తవాలను వివరించే చేయవలసివచ్చినట్లయితే, ఈ ప్రతిపాదనకు అనుగుణంగా అతడికి/ఆమెకు అనుకూలంగా జారీ చేయబడతామని చెబుతాను కానీ దీని పరిగణించబడుతుంది మరియు వాలసీ కింద చేర్చబడిన అన్ని ప్రమియంలు కంపెనీకి జప్తు చేయబడతాయని నేను వివరించాను.

ఖాతాంం  బీమా సలహాదారు యొక్క సంకేతం

**13. చట్టబద్ధమైన హెచ్చరిక**

- రిజిస్టర్డ్ సేవ్ (బీమా చట్టం 1938లోని సెక్షన్ 41 ప్రకారం)
- భారతదేశంలో ప్రాధాన్యత లేదా ఆఫీస్ సంబంధించిన ఏదైనా రకమైన ప్రమాదానికి సంబంధించి బీమాను ప్రీ-సెలక్షన్ చేసిన తర్వాత ఉపసంహరించడానికి లేదా ఫైనాన్సింగ్ పథానికి ప్రయోజనాన్ని ప్రకటించే ప్రకటనలు లేదా వర్కెట్ లు ఏ వ్యక్తినీ అనుమతించరాదు లేదా ఆఫీస్ చేయవలసినది, మొత్తం లేదా చెల్లించాల్సిన కమిషన్ యొక్క ఏదైనా రిజిస్టర్డ్ లేదా వాలసీ పూర్తిచేసిన ప్రమియం యొక్క ఏదైనా రిజిస్టర్డ్, లేదా వాలసీని తిసుకునే లేదా ఫైనాన్సింగ్ పథానికి లేదా ఫైనాన్సింగ్ పథానికి అనుకూలంగా ప్రకటిస్తున్నాను. బీమా కంపెనీ యొక్క ప్రమోషన్లను ప్రా-సెన్సింగ్ లు లేదా పోస్ట్-సెన్సింగ్ అనుగుణంగా అనుమతించబడే రిజిస్టర్డ్ మినహా మరే రిజిస్టర్డ్ ను అంగీకరించరాదు.
  - ఈ సెక్షన్ నిబంధనలను పాటించడంలో ఏదైనా విఫలమైతే పది లక్షల రూపాయల వరకు జరిమానా విధించవచ్చు.

**14. గ్రామీణ మరియు సామాజిక రంగం కేటగిరీ (సర్టిఫైడ్):**

ఆకా వర్కెట్  ఎంజిఎన్ ఆర్ ఇజిఎ కార్పొరేటు

**15. అలా ఐడీ**

సమగ్రి పేరు	మీకు ఏ బీమా వి ఐడీ ఉంది?	అలా ఐడీ	ఎ.బి.హెచ్.ఎ. ద్వారా బీమా సంస్థలు/టిపిఎలతో వైద్య రికార్డులను సంబంధించిన సమగ్రి
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> అవును <input type="checkbox"/> కాదు	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> అవును <input type="checkbox"/> కాదు
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> అవును <input type="checkbox"/> కాదు	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> అవును <input type="checkbox"/> కాదు
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> అవును <input type="checkbox"/> కాదు	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> అవును <input type="checkbox"/> కాదు
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> అవును <input type="checkbox"/> కాదు	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> అవును <input type="checkbox"/> కాదు
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> అవును <input type="checkbox"/> కాదు	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> అవును <input type="checkbox"/> కాదు
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> అవును <input type="checkbox"/> కాదు	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> అవును <input type="checkbox"/> కాదు

నివాసు హెల్త్ ఇన్సూరెన్స్ కంపెనీ లిమిటెడ్, రిజిస్టర్డ్ ఆఫీసు: సి-98, మొదటి అంతస్తు, లజిత్ నగర్, పార్ట్ 1, న్యూడెల్లీ-110024  
 డిప్యూ. మే: ఇన్సూరెన్స్ అనేది అభ్యర్థనకు సంబంధించిన విషయం. నివాసు హెల్త్ ఇన్సూరెన్స్ కంపెనీ లిమిటెడ్ (గతంలో డీనిని మ్యూక్స్ బాపా హెల్త్ ఇన్సూరెన్స్ కంపెనీ లిమిటెడ్ అని పిలిచేవారు) (ఇఅర్ డీఎ రిజిస్ట్రేషన్ నెం. 145) 'బాపా', 'హెల్త్ బీట్' లోగాలు ఆయా యజమానుల రిజిస్టర్డ్ (ట్రీడి మార్క్) లు మరియు లైసెన్స్ కింద నివాసు హెల్త్ ఇన్సూరెన్స్ కంపెనీ లిమిటెడ్ ద్వారా ఉపయోగించబడుతున్నాయి. కస్టమర్ హెల్ప్ లైన్: 1860-500-8888.  
 వెబ్సైట్: www.nibabpa.com. సీఎస్.ఎన్: U66000L2008PLC182918. నిబంధనలు మరియు పరతులు, మినహాయింపులు, ప్రమాద కారకాలు, వెయిటింగ్ పీరియడ్ మరియు ప్రయోజనాలకు సంబంధించిన మరిన్ని వివరాల కొరకు, దయచేసి అమ్మకాన్ని ముగించే ముందు సేల్స్ ట్రైనింగ్ ను జాగ్రత్తగా



నివాసా "హెల్త్ ఇన్సూరెన్స్ కంపెనీ లిమిటెడ్, రిజిస్టర్డ్ ఆఫీసు: సి-98, మొదటి అంతస్తు, లబ్ధి నగర్, పార్ట్ 1, న్యూఢిల్లీ-110024

డిస్కలైమర్: ఇన్సూరెన్స్ అనేది అభ్యర్థనకు సంబంధించిన ఏమీ కాదు. నివాసా "హెల్త్ ఇన్సూరెన్స్ కంపెనీ లిమిటెడ్ (గతంలో దీనిని మ్యాక్స్ హెల్త్ ఇన్సూరెన్స్ కంపెనీ లిమిటెడ్ అని పిలిచేవారు) (ఇఆర్ డిఎం రిజిస్ట్రేషన్ నెం.

145), "బానా", "హెల్త్ బీట్" లోగాలు ఆయా యజమానుల రిజిస్టర్డ్ ప్రాక్టీసింగ్ లు మరియు లైసెన్స్ కింద నివాసా "హెల్త్ ఇన్సూరెన్స్ కంపెనీ లిమిటెడ్ ద్వారా ఉపయోగించబడుతున్నాయి. కస్టమర్ హెల్ప్ లైన్: 1860-500-8888.

వెబ్సైట్: www.nivabupa.com. సీఐఎస్: U66000DL2008PLC182918. నిబంధనలు మరియు షరతులు, మినహాయింపులు, ప్రమాద కారకాలు, వెయిటింగ్ పీరియడ్ మరియు ప్రయోజనాలకు సంబంధించిన మరిన్ని వివరాల

కోసం, దయచేసి అమ్మకాన్ని ముగించే ముందు సేల్స్ డ్రోవర్ ను జాగ్రత్తగా

ప్రాధికార పేరు: రీఅసూర్ 2.0, ప్రాధికార UIN: NBHHLIP23169V012223 | రిడర్ పేరు: న్యూఢిల్లీ, రిడర్ యాజమాని: NBHHUA22164V012122

కంపెనీ నుంచి ఆహ్వానం

అభ్యర్థన నెంబరు:

ఖర్చు

మీ ప్రజాజీవిత అందుకున్నందుకు మరియు చెక్/డిమాండ్ డ్రాఫ్ట్/ఇతరాలు ద్వారా రూ. \_\_\_\_\_ తేదీ \_\_\_\_\_ ద్వారా మేం కృతజ్ఞతతో అంగీకరిస్తున్నాం. మీ కొరకు పూర్తి చేయబడ్డ ప్రతిపాదనను మాకు సమర్పించడం లేదా పాలసీ జారీ చేయడం కొరకు చేయబడ్డ ఏదైనా చెల్లింపు, పాలసీ డిమాండ్ జారీ చేయడానికి అంగీకరించమని మమ్మల్ని బలవంతం చేయదు, ఈ నిర్ణయం ఎల్లప్పుడూ మన యొక్క సంస్థాగత మరియు సంస్థాగత నిదర్శనపై ఆధారపడి ఉంటుంది. ఒకవేళ మీ కొరకు ఒక ప్రతిపాదనను మేం అంగీకరించినట్లయితే, అది పాలసీ యొక్క నియమనిబంధనలకు లోబడి ఉంటుంది మరియు ప్రీమియం పూర్తిగా మరియు సకాలంలో అందుకోవడానికి లేదా సకాలంలో కానట్లయితే మాకు ఎలాంటి బాధ్యత ఉండదు. ఒకవేళ మేం ప్రతిపాదనను అంగీకరించినట్లయితే, మేం మీకు తెలియజేస్తాం మరియు మీ నుంచి అందుకున్న వైద్య పరీక్షల ఖర్చును వచ్చే లేకుండా మినహాయించిన తరువాత చెల్లింపును తిరిగి చెల్లిస్తాం.

రిసెవర్ యొక్క పేరు మరియు సంతకం మరియు ఆఫీసు సీల్