

రీఅశూర్ 3.0

ప్రతిపాదన ఫారమ్

URN: 032

భీమా ఒప్పందం ఒక చట్టపరమైన ఒప్పందం కూడా, ఇది విశ్వాసంపై ఆధారపడి ఉంటుంది మరియు మేము మిమ్మల్ని విశ్వసిస్తున్నాము. మీ ఆరోగ్యం గురించి ఉన్న సమాచారం ఎంత ముఖ్యమైనదో, అది మీ పాలసీపై ఎలాంటి ప్రభావం చూపుతుందో మీకు తెలియకపోవచ్చుని మేము అర్థం చేసుకున్నాము. అందుకే, మీరు ఆరోగ్యానికి సంబంధించిన అన్ని సమాచారాన్ని తప్పకుండా వెల్లడించడం చాలా ముఖ్యం. అందులో ఏదీ ముఖ్యమైనదో మేము నిర్ణయిస్తాము (దీనిని మేము 'ముఖ్యమైన వాస్తవం' అని పిలుస్తాము). ఒకవేళ, భీమా చేయాలనుకున్న సభ్యులందరి గురించి సరైన మరియు పూర్తి సమాచారం అందించకపోతే, మేము మీ పాలసీని రద్దు చేస్తాము, ఎటువంటి క్లెయిమ్ము చెల్లించము, చెల్లించిన ప్రీమియంను తిరిగి ఇవ్వము మరియు గతంలో చెల్లించిన ప్రయోజనాలను తిరిగి పొందడంతో సహా మీపై అన్ని రకాల చట్టపరమైన చర్యలు తీసుకునే హక్కు మాకు ఉంటుంది. పూర్తి ప్రీమియం మాకు అందిన తర్వాత మరియు మేము రిస్కును స్పష్టంగా అంగీకరించిన తర్వాత మాత్రమే కవరేజి ప్రారంభమవుతుందని నియమాలు నిర్దేశిస్తున్నాయి.

1. ప్రతిపాదకుడి వివరాలు:

శిరిక				పేరు			
పుట్టిన తేదీ	DDMMYYYY			లింగం:	పురుషుడు	స్త్రీ	ఇతర
ప్రస్తుత చిరునామా							
స్థలం గుర్తు				నగరం			
జిల్లా				రాష్ట్రం	పిన్ కోడ్		
ల్యాండ్లైన్ నంబర్				మొబైల్ నంబర్			
ఇమెయిల్ ID				ప్రత్యామ్నాయ సంఖ్య			
PAN నంబర్							
వార్షిక ఆదాయం (రూ)				CKYC నంబర్			
వృత్తి	వేతన దారుడు	స్వయం ఉపాధి	విద్యార్థి	గృహిణి	ఇతర, దయచేసి పేర్కొనండి		
ప్రీమియం చెల్లించినది				ప్రతిపాదకుడితో సంబంధం			

☐ నేను పర్యావరణాన్ని రక్షించడానికి మరియు కాగితాన్ని ఆదా చేయడానికి కంపెనీకి అధికారం ఇవ్వాలనుకుంటున్నాను, తద్వారా మీ అన్ని పాలసీ మరియు సేవలకు సంబంధించిన కమ్యూనికేషన్లు ఈ అప్లికేషన్ ఫారమ్మే పేర్కొన్న ఇమెయిల్ ID పంపవచ్చు?

☐ నేను అన్ని నిబంధనలు మరియు షరతులను చదివి, అర్థం చేసుకుని, అంగీకరించాను. ఈ ద్వారా, నివా బూషా హెల్త్ ఇన్సూరెన్స్ లేదా దాని ఏజెంట్లు మరియు/లేదా ఇతర వ్యక్తులు / అనుబంధ సంస్థలు నా DND నమోదును ఓవర్ రైడ్ చేస్తూ, స్వాగత కాల్స్/SMS, సర్వీస్ కాల్స్/SMS లేదా ఏదైనా ఇతర వాణిజ్య సమాచారం కోసం, నా రిజిస్టర్డ్ ఫోన్ నంబర్కు SMS / ఇమెయిల్ / ఫోన్ / వాట్సాప్ / ఫేస్బుక్ లేదా ఇతర పద్ధతులలో స్వాగత కాల్స్ / SMS, సర్వీస్ కాల్స్ / SMS లేదా మరే ఇతర వాణిజ్య కమ్యూనికేషన్ చేయడానికి నన్ను సంప్రదించడానికి దీని ద్వారా అధికారం ఇస్తున్నాను.

మీకు పాలసీ కిట్ యొక్క భౌతిక కాపీ కావాలా ☐ అవును ☐ కాదు

మీరు లేదా ప్రతిపాదిత దరఖాస్తుదారులలో ఎవరైనా PEP# అవునా? ☐ అవును ☐ కాదు

#రాజకీయంగా ప్రముఖ వ్యక్తులు (PEP) అంటే, కేంద్ర 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 టీక్ చేసి ఉంటే, దయచేసి ప్రత్యేకంగా ఉన్న PEP ప్రశ్నావళిని నింపండి)

బ్యాంకు వివరాలు:

బ్యాంక్ పేరు			
ఖాతా సంఖ్య	IFSC కోడ్		
ఖాతా రకం	సేవింగ్	ప్రస్తుత	బ్రాంచ్
			నగరం

ఎలక్ట్రానిక్ బీమా ఖాతా (eIA) వివరాలు

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

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

అవును అయితే, దయచేసి ఇప్పటికే ఉన్న ఇ-ఇన్సూరెన్స్ ఖాతా నంబర్ను తెలియజేయండి.

దయచేసి బీమా రిపోజిటరీ పేరును ఎంచుకోండి (మీరు మీ ఖాతాను తెరిచిన)

☐ M/s NSDL డేటాబేస్ మేనేజ్మెంట్ లిమిటెడ్ ☐ M/s సెంట్రల్ ఇన్సూరెన్స్ రిపోజిటరీ లిమిటెడ్

☐ M/s కార్గీ ఇన్సూరెన్స్ రిపోజిటరీ లిమిటెడ్ ☐ M/s CAMS రిపోజిటరీ సర్వీసెస్ లిమిటెడ్ (దయచేసి ఏదైనా ఒకటి ఎంచుకోండి) లేదా

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

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

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

తేదీ DDMMYYYY స్థలం _____ ప్రతిపాదకుడి సంతకం _____

2. బీమా కోసం దరఖాస్తుదారుల వివరాలు:

దరఖాస్తుదారు 1	పేరు										
	లింగం	పురుషుడు	స్త్రీ	ఇతర	ఎత్తు	(అడుగు)	(అంగుళం)	బరువు	(కిలో)		
	మొబైల్ నంబర్					పుట్టిన తేది	D D M M Y Y Y Y		భారతీయులు కాకపోతే టీక్ చేయండి		
	ప్రపోజర్తో సంబంధం (దయచేసి ఎంపికను టీక్ చేయండి): స్వీయ/జీవిత భాగస్వామి/తండ్రి/తల్లి/మామ/అత్త/కుమారుడు/కుమార్తె/ఉద్యోగి నమోదిత వైద్య నిపుణుడు* అయితే, దయచేసి అందించండి: i. వైద్య నమోదు సంఖ్య										
దరఖాస్తుదారు 2	పేరు										
	లింగం	పురుషుడు	స్త్రీ	ఇతర	ఎత్తు	(అడుగు)	(అంగుళం)	బరువు	(కిలో)		
	మొబైల్ నంబర్					పుట్టిన తేది	D D M M Y Y Y Y		భారతీయులు కాకపోతే టీక్ చేయండి		
	ప్రపోజర్తో సంబంధం (దయచేసి ఎంపికను టీక్ చేయండి): జీవిత భాగస్వామి/తండ్రి/తల్లి/మామ/అత్త/కుమారుడు/కుమార్తె నమోదిత వైద్య నిపుణుడు* అయితే, దయచేసి అందించండి: i. వైద్య నమోదు సంఖ్య										
దరఖాస్తుదారు 3	పేరు										
	లింగం	పురుషుడు	స్త్రీ	ఇతర	ఎత్తు	(అడుగు)	(అంగుళం)	బరువు	(కిలో)		
	మొబైల్ నంబర్					పుట్టిన తేది	D D M M Y Y Y Y		భారతీయులు కాకపోతే టీక్ చేయండి		
	ప్రపోజర్తో సంబంధం (దయచేసి ఎంపికను టీక్ చేయండి): జీవిత భాగస్వామి/తండ్రి/తల్లి/మామ/అత్త/కుమారుడు/కుమార్తె నమోదిత వైద్య నిపుణుడు* అయితే, దయచేసి అందించండి: i. వైద్య నమోదు సంఖ్య										
దరఖాస్తుదారు 4	పేరు										
	లింగం	పురుషుడు	స్త్రీ	ఇతర	ఎత్తు	(అడుగు)	(అంగుళం)	బరువు	(కిలో)		
	మొబైల్ నంబర్					పుట్టిన తేది	D D M M Y Y Y Y		భారతీయులు కాకపోతే టీక్ చేయండి		
	ప్రపోజర్తో సంబంధం (దయచేసి ఎంపికను టీక్ చేయండి): జీవిత భాగస్వామి/తండ్రి/తల్లి/మామ/అత్త/కుమారుడు/కుమార్తె నమోదిత వైద్య నిపుణుడు* అయితే, దయచేసి అందించండి: i. వైద్య నమోదు సంఖ్య										
దరఖాస్తుదారు 5	పేరు										
	లింగం	పురుషుడు	స్త్రీ	ఇతర	ఎత్తు	(అడుగు)	(అంగుళం)	బరువు	(కిలో)		
	మొబైల్ నంబర్					పుట్టిన తేది	D D M M Y Y Y Y		భారతీయులు కాకపోతే టీక్ చేయండి		
	ప్రపోజర్తో సంబంధం (దయచేసి ఎంపికను టీక్ చేయండి): జీవిత భాగస్వామి/తండ్రి/తల్లి/మామ/అత్త/కుమారుడు/కుమార్తె నమోదిత వైద్య నిపుణుడు* అయితే, దయచేసి అందించండి: i. వైద్య నమోదు సంఖ్య										
దరఖాస్తుదారు 6	పేరు										
	లింగం	పురుషుడు	స్త్రీ	ఇతర	ఎత్తు	(అడుగు)	(అంగుళం)	బరువు	(కిలో)		
	మొబైల్ నంబర్					పుట్టిన తేది	D D M M Y Y Y Y		భారతీయులు కాకపోతే టీక్ చేయండి		
	ప్రపోజర్తో సంబంధం (దయచేసి ఎంపికను టీక్ చేయండి): జీవిత భాగస్వామి/తండ్రి/తల్లి/మామ/అత్త/కుమారుడు/కుమార్తె నమోదిత వైద్య నిపుణుడు* అయితే, దయచేసి అందించండి: i. 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 ఇండియన్ మెడిసిన్ కౌన్సిల్ లేదా హోమియోపతి కౌన్సిల్ నుండి చెల్లుబాటు అయ్యే నమోదు కలిగి ఉండి, దాని పరిధిలో వైద్యం చేయడానికి అర్హత ఉన్న వ్యక్తి; మరియు తన లైసెన్స్ పరిధి మరియు అధికార పరిధిలో పనిచేస్తున్న వ్యక్తి.

గమనికలు: 1. ప్రతిపాదకుడితో దరఖాస్తుదారు 1 యొక్క సంబంధం ఉద్యోగి అయితే, మిగిలిన దరఖాస్తుదారులందరి సంబంధం దరఖాస్తుదారు 1 తో ఉంటుంది.

3. కవరేజ్ ఎంపిక

బేస్ కవరేజ్

పాలసీ రకం#	వ్యక్తిగత	ఫ్యామిలీ ప్లాటర్	మల్టీ మెంబర్ ఇండివిజువల్		
కవర్ చేయవలసిన జీవితాల సంఖ్య	పెద్దలు	పిల్లలు			
వేరియంట్	క్లాసిక్	సెలెక్ట్	ఎలైట్	బ్లాక్	
బేస్ సమ్ ఇన్సూర్డ్	పరిమితి లేదు	₹ 5,00,000	₹ 10,00,000		
పాలసీ కాలపరిమితి	1 సంవత్సరం	2 సంవత్సరాలు	3 సంవత్సరాలు	4 సంవత్సరాలు	5 సంవత్సరాలు

ఐచ్చిక కవరేజీ

1. క్యాష్-బ్యాగ్+	అవును	కాదు					
2. టైర్డ్ నెట్వర్క్ ⁽¹⁾	అవును	కాదు					
3. నివాభూపా వన్ ⁽²⁾	అవును	కాదు					
4. వార్షిక ఆరోగ్య తనిఖీ ⁽²⁾ (కేవలం నగదు రహిత)	అవును	కాదు					
5. వార్షిక ఆరోగ్య తనిఖీ ⁽²⁾ (నగదు రహిత + రీయింబర్స్మెంట్)	అవును	కాదు					
6. హెడ్స్అప్ ⁽¹⁾	అవును	కాదు					
7. హాస్పిటల్ రోజువారీ నగదు	అవును	కాదు					
8. క్లెయిమ్ సేఫ్టర్డ్+	అవును	కాదు					
9. మూడవ వైద్య అభిప్రాయం	అవును	కాదు					
10. రెండవ వైద్య అభిప్రాయం - ఎక్స్ప్రెస్	అవును	కాదు					
11. వైద్య పరికరాలు	అవును	కాదు					
12. పెద్దలకు భావోద్వేగ శ్రేయస్సు	అవును	కాదు					
13. మానసిక ఆరోగ్య కౌన్సిలింగ్	అవును	కాదు					
14. లైంగిక ఆరోగ్య శ్రేయస్సు	అవును	కాదు					
15. ఆరోగ్య ప్రమాద అంచనా	అవును	కాదు					
16. ప్రమాద సంరక్షణ	అవును	కాదు					
17. ఆరోగ్య వోచర్లు	అవును	కాదు					
18. కరుణామయ సందర్శన	అవును	కాదు					
19. ప్లేట్-మోడ్	అవును	కాదు					
20. టీకా కవరేజ్	అవును	కాదు					
21. కోలుకునే ప్రయోజనం	అవును	కాదు					
22. ఆధునిక చికిత్సలు+ (క్లాసిక్ మరియు సెలెక్ట్ కోసం)	అవును	కాదు					
23. ఎయిర్ అంబులెన్స్+ (క్లాసిక్ మరియు సెలెక్ట్ కోసం)	అవును	కాదు					
24. ఆశ్రితుల వసతి ప్రయోజనం	అవును	కాదు					
25. అంతర్జాతీయ కవరేజ్	అవును ₹ _____	కాదు					
26. క్రిటికల్ ఇల్నెస్	అవును ₹ _____	కాదు	కాదు				
27. వెల్ కన్సల్ట్+	1X	2X	3X	4X	5X	కాదు	
28. ఎల్డర్ వన్	వేరియంట్ 1	వేరియంట్ 2	వేరియంట్ 3	వేరియంట్ 4	కాదు		
29. ముందుగా ఉన్న వ్యాధి నిరీక్షణ సమయ సవరణ	12 నెలలు	24 నెలలు	కాదు				
30. నిర్దిష్ట వ్యాధి నిరీక్షణ సమయ సవరణ	12 నెలలు	36 నెలలు	కాదు				
31. సహ-చెల్లింపు ⁽³⁾	10%	20%	30%	40%	50%	కాదు	
32. వార్షిక అగ్రిగేట్ డిడక్టిబుల్ ⁽³⁾	₹ 10,000	₹ 20,000	₹ 30,000	₹ 50,000	₹ 1,00,000		
	₹ 2,00,000	₹ 3,00,000	₹ 4,00,000	₹ 5,00,000	కాదు		
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. మహిళల కోసం వెల్నెస్	ప్లాన్ 1	ప్లాన్ 2	ప్లాన్ 3	ప్లాన్ 4	ప్లాన్ 5	ప్లాన్ 6	కాదు

37. ఐగార్డ్	ప్లాన్ 1 ప్లాన్ 2 ప్లాన్ 3 ప్లాన్ 4 ప్లాన్ 5 ప్లాన్ 6 ప్లాన్ 7 కాదు
38. లైవ్ ఫిట్	ప్లాన్ 1 ప్లాన్ 2 ప్లాన్ 3 ప్లాన్ 4 ప్లాన్ 5 ప్లాన్ 6 ప్లాన్ 7 ప్లాన్ 8 ప్లాన్ 9 ప్లాన్ 10 ప్లాన్ 11 ప్లాన్ 12 కాదు
39. పర్సనల్ యాక్సిడెంట్ ⁽⁵⁾ అపరిమిత బేస్ సమ్ ఇన్సూర్డ్ ఎంపిక కోసం: సమ్ ఇన్సూర్డ్ ఆప్షన్లు: ₹1 కోటి వరకు, ₹5 లక్షల గుణకాలు PA ఎంచుకోబడింది	అవును; ₹ _____ కాదు బేస్ సమ్ ఇన్సూర్డ్ ఎంపికల కోసం 5 లక్షలు & 10 లక్షలు (క్రింది ఆప్షన్ల నుండి ఎంచుకోండి) 1X 2X 3X 4X 5X దరఖాస్తుదారు 1 దరఖాస్తుదారు 2 దరఖాస్తుదారు 3 దరఖాస్తుదారు 4 దరఖాస్తుదారు 5 దరఖాస్తుదారు 6
40. పర్సనల్ యాక్సిడెంట్ లైట్ ⁽⁵⁾ అపరిమిత బేస్ సమ్ ఇన్సూర్డ్ ఎంపిక కోసం: సమ్ ఇన్సూర్డ్ ఆప్షన్లు: ₹1 కోటి వరకు, ₹5 లక్షల గుణకాలు PA ఎంచుకోబడింది	అవును; ₹ _____ కాదు బేస్ సమ్ ఇన్సూర్డ్ ఎంపికల కోసం 5 లక్షలు & 10 లక్షలు (క్రింది ఆప్షన్ల నుండి ఎంచుకోండి) 1X 2X 3X 4X 5X దరఖాస్తుదారు 1 దరఖాస్తుదారు 2 దరఖాస్తుదారు 3 దరఖాస్తుదారు 4 దరఖాస్తుదారు 5 దరఖాస్తుదారు 6
41. పర్సనల్ యాక్సిడెంట్ ప్రో ⁽⁵⁾ అపరిమిత బేస్ సమ్ ఇన్సూర్డ్ ఎంపిక కోసం: సమ్ ఇన్సూర్డ్ ఆప్షన్లు: ₹1 కోటి వరకు, ₹5 లక్షల గుణకాలు PA ఎంచుకోబడింది	అవును; ₹ _____ కాదు బేస్ సమ్ ఇన్సూర్డ్ ఎంపికల కోసం 5 లక్షలు & 10 లక్షలు (క్రింది ఆప్షన్ల నుండి ఎంచుకోండి) 1X 2X 3X 4X 5X దరఖాస్తుదారు 1 దరఖాస్తుదారు 2 దరఖాస్తుదారు 3 దరఖాస్తుదారు 4 దరఖాస్తుదారు 5 దరఖాస్తుదారు 6
42. నిర్దిష్ట అనారోగ్యాలకు సరిహద్దులు లేని కవరేజి ⁽⁴⁾ సమ్ ఇన్సూర్డ్ ఎంపికలు: క్లాసిక్: NA; సెలెక్ట్: ₹10 లక్షల వరకు ఎలైట్: ₹50 లక్షల వరకు బ్లాక్: ₹5 కోట్ల వరకు	అవును; ₹ _____ కాదు
బేస్ సమ్ ఇన్సూర్డ్ ఎంపికలు - ₹5 లక్షలు: కేవలం ₹5 లక్షలు - ₹10 లక్షలు: ₹5 లక్షలు లేదా ₹10 లక్షలు	
కో-పేమెంట్	0% 20% 30% 40% 50%
43. నిర్దిష్ట అనారోగ్యాల కోసం సరిహద్దులు లేని కవరేజి ⁽⁴⁾ సమ్ ఇన్సూర్డ్ ఎంపికలు: క్లాసిక్: NA; సెలెక్ట్: ₹10 లక్షల వరకు ఎలైట్: ₹50 లక్షల వరకు బ్లాక్: ₹5 కోట్ల వరకు	అవును; ₹ _____ కాదు
బేస్ సమ్ ఇన్సూర్డ్ ఎంపికలు - ₹5 లక్షలు: కేవలం ₹5 లక్షలు - ₹10 లక్షలు: ₹5 లక్షలు లేదా ₹10 లక్షలు	
కో-పేమెంట్	0% 20% 30% 40% 50%

#ఫ్యామిలీ ప్లాటర్ సమ్ ఇన్సూర్డ్ అనేది బీమా చేయబడిన సభ్యులందరికీ కలిపి ఉంటుంది. ప్లాటర్ అంటే, బీమా చేయబడిన సభ్యులు ఒక్కొక్కరుగా లేదా అందరూ కలిపి ఈ పరిమితి వరకు క్లెయిమ్ చేసుకోవచ్చు.(1) ఈ పాలసీలో శ్రేణివృత్త ఆసుపత్రి నెట్వర్క్ లేదా హెడ్క్వార్టర్ ప్రయోజనంలో ఏదో ఒకటి మాత్రమే ఎంచుకోవచ్చు.(2) ఈ పాలసీలో నివాసాపాజన్ లేదా వార్షిక ఆరోగ్య తనిఖీ ప్రయోజనంలో ఏదో ఒకటి మాత్రమే ఎంచుకోవచ్చు.(3) ఈ పాలసీలో సహ-చెల్లింపు లేదా వార్షిక మొత్తం మినహాయింపు లో ఏదో ఒకటి మాత్రమే ఎంచుకోవచ్చు.(4) ఈ పాలసీలో సరిహద్దులు లేని కవరేజి లేదా నిర్దిష్ట అనారోగ్యాలకు సరిహద్దులు లేని కవరేజి లో ఏదో ఒకటి మాత్రమే ఎంచుకోవచ్చు.(5) వ్యక్తిగత ప్రమాద బీమా లేదా వ్యక్తిగత ప్రమాద బీమా లైట్ లేదా వ్యక్తిగత ప్రమాద బీమా ప్రో ప్రయోజనాలలో ఒకటి మాత్రమే ఎంచుకోవచ్చు.

4. పోర్టబిలిటీ				
పాలసీ సంఖ్య	భీమా సంస్థ	రిస్క్ ప్రారంభ తేదీ	రిస్క్ ముగింపు తేదీ	పోర్టింగ్ కారణం

[illegible]

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

నామినీ యొక్క బ్యాంక్ వివరాలు:	లబ్ధిదారు పేరు:			
బ్యాంక్ పేరు			ఖాతా రకం	పొదుపు
ఖాతా సంఖ్య		IFSC కోడ్		

ముఖ్య గమనిక: దయచేసి ఈ నిబాగంలోని అన్ని ప్రశ్నలకు నిజాయితీగా మరియు పూర్తిగా సమాధానం ఇవ్వండి. మీరు ఇక్కడ అందించే సమాచారం నివా బాపా ద్వారా పాలసీని ఆమోదించడానికి (అండర్టైటింగ్) ఆధారం అవుతుంది. అసంపూర్ణమైన, తప్పుగా, లేదా పాక్షికంగా సరియైన సమాచారం మీ వైద్య క్లెయిమ్ మరియు/లేదా కవరేజీపై ప్రభావం చూపవచ్చుని గమనించండి.

సెక్షన్ B: (దరఖాస్తుదారు పొగ త్రాగితే లేదా పొగాకు / గుట్కా/పాన్ మసాలా లేదా మద్యం సేవించినట్లయితే మాత్రమే ఈ విభాగాన్ని పూరించండి)	i. నమిలే పొగాకు / గుట్కా / పాన్ మసాలా. అవును అయితే, దయచేసి రోజుకు ఎన్ని ప్యాకెట్లు తీసుకుంటారో పేర్కొనండి.		ii. ఆల్కహాల్. అవును అయితే, దయచేసి వారానికి ఎన్ని ml అని పేర్కొనండి			iii. సిగరెట్లు / బీడి / సిగార్. అవును అయితే, దయచేసి రోజుకు వినియోగం 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 అవును (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 & సంప్రదింపు-వివరాలు	జోడించిన పత్రాలు (అవును /కాదు)
	డయాబెటిస్ HbA1c స్థాయి ఉంటే	అధిక రక్తపోటు BP స్థాయి ఉంటే		ఇతర వివరాలు	ప్రారంభ తేదీ (DD/MM /YYYY)							
		సిస్టోలిక్	డయాస్టోలిక్									

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

- ☐ నాకు తెలిసినంతవరకు, నేను మరియు బీమా 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 అందించిన సమాచారం ఆధారంగానే బీమా పాలసీ జారీ అవుతుందని, ఇది బీమా సంస్థ యొక్క బోర్డు ఆమోదించిన నిబంధనలకు లోబడి ఉంటుందని మరియు ప్రీమియం మొత్తం పూర్తిగా చెల్లించిన తర్వాతే పాలసీ అమలులోకి వస్తుందని నేను అర్థం చేసుకున్నాను.
- ☐ ప్రతిపాదన సమర్పించిన తర్వాత, కానీ కంపెనీ ద్వారా రిస్క్ ఆమోదం కమ్యూనికేట్ చేయడానికి ముందు, బీమా చేయబడబోయే వ్యక్తి / ప్రతిపాదకుడి వృత్తిలో లేదా సాధారణ ఆరోగ్యంలో సంభవించే ఏదైనా మార్పును నేను వ్రాతపూర్వకంగా తెలియజేస్తానని కూడా ప్రకటిస్తున్నాను.
- ☐ బీమా 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 అండర్వైటింగ్ మరియు/లేదా క్లెయిమ్ పరిష్కారం కోసం బీమా చేయబడబోయే వ్యక్తి / ప్రతిపాదకుడిపై బీమా దరఖాస్తు చేసుకున్న ఏదైనా బీమా సంస్థ నుండి సమాచారాన్ని కోరడానికి నేను కంపెనీకి సమ్మతిస్తున్నట్లు ప్రకటిస్తున్నాను.
- ☐ ప్రతిపాదన అండర్వైటింగ్ మరియు/లేదా క్లెయిమ్ పరిష్కారం యొక్క ఏకైక ప్రయోజనం కోసం మరియు ఏదైనా ప్రభుత్వ మరియు/లేదా నియంత్రణ సంస్థతో బీమా చేయబడిన వ్యక్తి/ప్రతిపాదకుడి యొక్క వైద్య రికార్డులతో సహా నా ప్రతిపాదనకు సంబంధించిన సమాచారాన్ని కంపెనీ పంచుకోవడానికి నేను అధికారం ఇస్తున్నాను.
- ☐ సర్వీస్ డెలివరీ ఏకైక ప్రయోజనం కోసం మా ప్యానెల్లోని ప్రొవైడర్స్ బీమా చేయబడిన వ్యక్తి / ప్రతిపాదకుడి యొక్క వైద్య రికార్డులతో సహా నా / మా ప్రతిపాదనకు సంబంధించిన సమాచారాన్ని కంపెనీ పంచుకోవడానికి నేను/మేము అధికారం ఇస్తున్నాను.

తేదీ

DDMMYYYY

 స్థలం _____ ప్రతిపాదకుడి సంతకం

8. స్థానిక భాషా ప్రకటన

(ప్రతిపాదకుడు స్థానిక భాషలో సంతకం చేసిన సందర్భంలో ధృవీకరణ (కంపెనీ ఏజెంట్/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 మొబైల్ నంబర్:

సాక్షి పేరు

సాక్షి సంతకం

సాక్షి యొక్క మొబైల్ 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 ☐ చెక్ ☐ డిమాండ్ డ్రాఫ్ట్ ☐ క్రెడిట్ కార్డ్ / డెబిట్ కార్డ్ ☐ నెట్ బ్యాంకింగ్ ☐ నగదు ☐ ఇతరులు

ప్రీమియం మొత్తం ఆన్లైన్ చెల్లింపు లావాదేవీ ID: తేదీ

బ్యాంక్ పేరు/బ్రాంచ్ నివా బూపా బ్రాంచ్ స్థానం

కోడ్ సంఖ్య వ్యాపారం ద్వారా పొందినది: సలహాదారు/DST/కార్పొరేట్ ఏజెన్సీ/ఇతర ఛానెల్లు

కోడ్ సంఖ్య

పేరు

ప్రతిపాదన స్వీకరించిన తేదీ: వినియోగదారు ID:

ప్రతిపాదకుడు లేదా దరఖాస్తుదారు ఉద్యోగి? ☐ అవును ☐ కాదు

11. బ్యాంకాక్యాంబ్యురెన్స్ ఛానెల్ కోసం అదనపు వివరాలు (కార్యాలయ ఉపయోగం కోసం మాత్రమే)

బ్రాంచ్ కోడ్ SP కోడ్ RM/LG కోడ్

సికస్టమర్ ఖాతా సంఖ్య

12. బీమా సలహాదారు నివేదిక (కార్యాలయ ఉపయోగం కోసం మాత్రమే)

నేను, బీమా సలహాదారు / కార్పొరేట్ ఏజెంట్ యొక్క నిర్దిష్ట వ్యక్తి / బ్రోకర్ యొక్క అధికృత ఉద్యోగి / రిలేషన్ షిప్ ఆఫీసర్ హోదాలో, ఈ ప్రతిపాదన పత్రంలోని అన్ని విషయాలను, ఇందులో ఉన్న ప్రశ్నల స్వభావాన్ని ప్రతిపాదకుడికి వివరించానని ఈ ద్వారా ప్రకటిస్తున్నాను. ఒకవేళ ఈ ప్రతిపాదనను కంపెనీ పాలసీ జారీ కోసం అంగీకరిస్తే, ఇందులో ఉన్న ప్రశ్నలకు ప్రతిపాదకుడిచే సమర్పించబడిన ప్రకటన(లు), సమాచారం మరియు సమాధానం(లు) లేదా కోరబడిన ఏదైనా వివరాలు కంపెనీకి మరియు ప్రతిపాదకుడికి మధ్య ఉన్న బీమా 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 జారీ చేయబడిన పాలసీని కంపెనీ చెల్లనిదిగా మరియు శూన్యమైనదిగా పరిగణించవచ్చని మరియు పాలసీ కింద చెల్లించిన అన్ని ప్రీమియంలు కంపెనీకి జప్తు చేయబడవచ్చని కూడా నేను వివరించాను.

తేదీ

బీమా సలహాదారు సంతకం

13. చట్టబద్ధమైన హెచ్చరిక

రిబేట్ల నిషేధం (బీమా చట్టం 1938లోని సెక్షన్ 41 ప్రకారం)

- భారతదేశంలో జీవితాలు లేదా ఆస్తులకు సంబంధించిన ఏదైనా ప్రమాదానికి సంబంధించి బీమాను తీసుకోవడానికి లేదా పునరుద్ధరించడానికి లేదా కొనసాగించడానికి ఎవరినైనా ప్రేరేపించడానికి, ప్రత్యక్షంగా లేదా పరోక్షంగా, చెల్లించవలసిన కమిషన్ మొత్తంలో లేదా పాలసీపై చూపిన ప్రీమియంలో కొంత భాగాన్ని ఎవరూ అనుమతించకూడదు లేదా అందించకూడదు, మరియు పాలసీని తీసుకునే లేదా పునరుద్ధరించే లేదా కొనసాగించే వ్యక్తి ప్రచురించబడిన ప్రాస్పెక్టస్ లో లేదా బీమా సంస్థ యొక్క పట్టికల ప్రకారం అనుమతించబడే మినహాయింపును తప్ప మరే మినహాయింపును అంగీకరించకూడదు.
- ఈ విభాగంలోని నిబంధనలకు అనుగుణంగా వ్యవహరించడంలో విఫలమైన వ్యక్తి పది లక్షల రూపాయల వరకు జరిమానా విధించబడతాడు.

14. గ్రామీణ మరియు సామాజిక రంగ వర్గం (వర్గీకృత):

ASHA కార్యకర్త ☐ MGNREGA కార్మికుడు ☐

15. ABHA ID

సభ్యుని పేరు	మీకు ABHA ID ఉందా?	ABHA ID	ABHA ద్వారా బీమా సంస్థలు/TPAలతో వైద్య రికార్డులను పంచుకోవడానికి సమ్మతి
	☐ అవును ☐ కాదు		☐ అవును ☐ కాదు
	☐ అవును ☐ కాదు		☐ అవును ☐ కాదు
	☐ అవును ☐ కాదు		☐ అవును ☐ కాదు
	☐ అవును ☐ కాదు		☐ అవును ☐ కాదు
	☐ అవును ☐ కాదు		☐ అవును ☐ కాదు
	☐ అవును ☐ కాదు		☐ అవును ☐ కాదు

16. వాపసు మరియు క్లెయిమ్స్ చెల్లింపు కోసం వివరాలు

చెల్లింపు స్వీకరించే విధానం: బ్యాంక్ బదిలీ

లబ్ధిదారుని 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: బీమా అనేది అభ్యర్థనకు సంబంధించిన విషయం. నివా బూపా హెల్త్ ఇన్సూరెన్స్ కంపెనీ లిమిటెడ్ (IRDAI నమోదు సంఖ్య 145). 'బూపా' మరియు 'హార్టీప్లట్' లోగోలు వాటి సంబంధిత యజమానుల నమోదిత ట్రేడ్మార్కులు, వాటిని నివా బూపా హెల్త్ ఇన్సూరెన్స్ కంపెనీ లిమిటెడ్ లైసెన్స్ కింద ఉపయోగిస్తోంది. కస్టమర్ హెల్ప్లైన్: 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 సేల్స్ బ్రోచర్ను జాగ్రత్తగా చదవండి.

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

నిరాకరణ: బీమా అనేది అభ్యర్థనకు సంబంధించిన విషయం. నివా బూపా హెల్త్ ఇన్సూరెన్స్ కంపెనీ లిమిటెడ్ (IRDAI నమోదు సంఖ్య 145). 'బూపా' మరియు 'హెల్త్' లోగోలు వాటి సంబంధిత యజమానుల నమోదిత ట్రేడ్మార్కులు, వాటిని నివా బూపా హెల్త్ ఇన్సూరెన్స్ కంపెనీ లిమిటెడ్ లైసెన్స్ కింద ఉపయోగిస్తుంది. కస్టమర్ హెల్ప్లైన్: 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 సేల్స్ బ్రోచర్ను జాగ్రత్తగా చదవండి.

Product Name: ReAssure 3.0, Product UIN: NBHHLIP26047V012526

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 జమ కాకపోతే, మాకు ఎటువంటి బాధ్యత ఉండదు. ఒకవేళ మేము ప్రతిపాదనను అంగీకరించకపోతే, మీకు తెలియజేసి, 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: NBHHLIP26047V012526