niva Bupa
Health Insurance

బీమా కోసం దరఖాస్తు: TravelAsure

బీమా ఒప్పందం కూడా ఒక చట్టబద్ధమైన ఒప్పందమే మరియు ఇది నమ్మకం మరియు మేము మిమ్మల్ని విశ్వసిస్తున్నాము.

మీ ఆరోగ్యంపై సమాచారం ఎంత సంబంధితమో మరియు మీ పాలసీపై దాని ప్రభావం గురించి మీకు తెలియకపోవచ్చు అని మేము అర్థం చేసుకున్నాము. అందువల్ల మీరు అన్ని ఆరోగ్య సమాచారాన్ని బహిర్గతం చేయడం చాలా ముఖ్యం మరియు ఇది ఎంత సంబంధితమో మేము నిర్ధయిస్తాము (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 అందించనట్లయితే, ఇంతకు ముందు చెల్లించిన ప్రయోజనాల రికవరీతో సహా మీపై సాధ్యమైన అన్ని చట్టపరమైన చర్యలు తీసుకునే హక్కు ఉంటుంది.

పూర్తి ప్రీమియం పొంది, రిస్క్ ను స్పష్టంగా అంగీకరించిన తర్వాతే కవరేజీని ప్రారంభించాలని నిబంధనలు నిర్దేశిస్తున్నాయి.

1. ప్రపోజర్ వివరాలు:

ప్రతిపాదకుడు (శ్రీ/శ్రీమతి/శ్రీమతి) F నేమ్R S T M నేమ్D D L మరియు L A S T

లింగము ☐ మగ ☐ ఆడ ☐ ఇతర పుట్టిన తేదీ D D M M మరియుమరియుమరియు

చిరునామా

ల్యాండ్ మార్క్ నగరం

జిల్లా రాష్ట్రం

పిన్ కోడ్ ఇమెయిల్ ఐడి

గతిశీల.

పాన్ నెంబరు. జాతీయత[మార్చు]

వృత్తి: వేతన జీవులు ☐ ☐ స్వయం ఉపాధి.. ☐ విద్యార్థి ☐ ఇల్లాలు ☐ ఇతర, దయచేసి పేర్కొనండి _____

వార్షికాదాయం (రూ.) _____ గ్రామీణ మరియు సామాజిక రంగం కేటగిరీ (వర్తిస్తే): ☐ ఆశా వర్కర్ ☐ ఎంజిఎన్ ఆర్ ఇజిఎ కార్మికుడు

CKYC నెంబరు (ఆప్షనల్): _____

పాలసీ కిట్ యొక్క ఫిజికల్ కాపీ మీకు కావాలా అవును కాదు ☐ ☐

☐ పిల్లల కోసం ఈ భూగోళాన్ని పరిరక్షించడానికి నా వంతు కృషి చేస్తాను. నేను పచ్చగా ఉంటాను. సాఫ్ట్ కాపీ మాత్రమే పంపండి. ఖచ్చితంగా కాగితం వద్దు ప్లీజ్

☐ ఈ పాలసీని EIAకు క్రెడిట్ చేయాలని నేను కోరుకుంటున్నాను. ఇప్పటికే ఉన్న ఇ-ఇన్సూరెన్స్ ఖాతా నెంబరు. _____ బీమా రిపోజిటరీ పేరు (మీరు మీ ఖాతాను తెరిచారు)

☐ 1. ఎన్ఎస్డీఎల్ డేటాబేస్ మేనేజ్మెంట్ లిమిటెడ్ ☐ 2. మెసర్స్ సెంట్రల్ ఇన్సూరెన్స్ రిపోజిటరీ లిమిటెడ్

☐ 3. మెసర్స్ కార్వీ ఇన్సూరెన్స్ రిపోజిటరీ లిమిటెడ్ ☐ 4. మెసర్స్ క్యామ్స్ రిపోజిటరీ సర్వీసెస్ లిమిటెడ్ (దయచేసి ఏదైనా ఒకదాన్ని ఎంచుకోండి) లేదా

☐ ఒకవేళ మీ కొరకు eIA ఖాతాను తెరవడంలో మేం సాయపడాలనుకుంటే, దయచేసి సెక్షన్ 9, NEFT మరియు బ్యాంక్ వివరాల్లో వివరాలను నింపండి.

☐ నాకు EIA లేదు మరియు దానిని తెరవాలని అనుకోవడం లేదు.

☐ స్వాగత కాల్స్/ఎస్ఎంఎస్, సర్వీస్ కాల్స్/ఎస్ఎంఎస్, పాలసీకి సంబంధించిన సమాచారం లేదా మరేదైనా వాణిజ్య కమ్యూనికేషన్ చేయడానికి నా 'DND' రిజిస్ట్రేషన్ పై SMS/ఇమెయిల్/ఫోన్/వాట్సాప్/Facebook లేదా మరే ఇతర మోడ్ ల ద్వారా నన్ను సంప్రదించడానికి నివా బూపా హెల్త్ ఇన్సూరెన్స్ లేదా దాని ఏజెంట్లు మరియు/లేదా తృతీయపక్షం/అనుబంధ సంస్థలకు నేను అధికారం

మీరు లేదా ప్రతిపాదిత దరఖాస్తుదారుల్లో ఎవరైనా రాజకీయంగా బహిర్గతమైన వ్యక్తి (పిఇపి) ☐ అవును ☐ కాదు

#PEP అంటే కేంద్ర లేదా రాష్ట్ర ప్రభుత్వ అధినేతలు / మంత్రులు, సీనియర్ రాజకీయ నాయకులు, సీనియర్ ప్రభుత్వం, న్యాయ లేదా సైనిక అధికారులు, ప్రభుత్వ సంస్థల సీనియర్ ఎగ్జిక్యూటివ్ లు, ముఖ్యమైన పార్టీ అధికారులు. (ఒకవేళ మీరు PEPకు వ్యతిరేకంగా టిక్ చేసినట్లయితే, దయచేసి ప్రత్యేక PEP ప్రశ్నావళిని నింపండి)

2. దరఖాస్తుదారుల వివరాలు & ప్లాన్ ఎంపిక:

ప్రణాళిక: ☐ అంతర్జాతీయ సింగిల్ ట్రిప్ ☐ అంతర్జాతీయ మల్టీ ట్రిప్ ☐ అంతర్జాతీయ విద్యార్థి

గరిష్ట ట్రిప్ వ్యవధి (మల్టీ ట్రిప్ ప్లాన్ కొరకు): ☐ 30 రోజులు ☐ 45 రోజులు ☐ 60 రోజులు ☐ 90 రోజులు

అంతర్జాతీయ భౌగోళిక కవరేజీ: ☐ ఆసియా ☐ అమెరికా/కెనడా మినహా ప్రపంచవ్యాప్తంగా ☐ ప్రపంచ వ్యాప్తంగా

దరఖాస్తుదారుని నెంబరు.	పేరు	లింగం (పురుషుడు/స్త్రీ/ఇతరులు)	ఎత్తు (అంగుళాలు మరియు అంగుళాలు)	బరువు (కిలోలు)	పుట్టిన తేదీ (dd/mm/yyyy)	మొబైల్ నెంబరు.	ప్రపోజర్ తో సంబంధం[మార్చు]	బీమా చేయబడ్డ వ్యక్తి యొక్క మొత్తం
1.								
2.								

3.								
4.								
5.								
6.								

పూర్తికాల కళాశాల లేదా పాఠశాల విద్య కొరకు స్టూడెంట్ వీసాపై విదేశాలకు ప్రయాణించే విద్యార్థి పూర్తి చేయాల్సిన అదనపు సమాచారం

విద్యార్థి పేరు: _____

పుట్టిన తేదీ: _____

పాఠశాల/విశ్వవిద్యాలయం పేరు మరియు చిరునామా: _____

ఎంచుకున్న కోర్సు: _____

కోర్సు వ్యవధి: _____

ప్రాయోజితుడి పేరు: _____

విద్యార్థితో ప్రాయోజిత సంబంధం: _____

ప్రాయోజితుడి చిరునామా: _____

ఇతర వివరాలు

నివా బూపా హెల్త్ ఇన్సూరెన్స్ నుండి ఇప్పటికే ఉన్న పాలసీ వివరాలు- _____

నివా బుపా హెల్త్ ఇన్సూరెన్స్ నుంచి గత ట్రావెల్ ఇన్సూరెన్స్ పాలసీ వివరాలు- _____

3. కవరేజ్ ఎంపిక:

బేస్ కవరేజ్:	
పాలసీ రకం:	వ్యక్తి
కవర్ చేయాల్సిన జీవితాల సంఖ్య:	Adults_____ పిల్లలు _____
పాలసీ కాలపరిమితి:	_____Days/సంవత్సరాలు (ఏది వర్తిస్తుంది) ట్రిప్ ప్రారంభ తేదీ: _____ ట్రిప్ చివరి తేదీ: _____
ఇన్ పేషెంట్ మెడికల్ ట్రీట్ మెంట్ (బేస్ ఇన్సూరెన్స్ మొత్తం)	
ప్రసూతి	
నవజాత శిశువు కవర్	
ఆప్షనల్ కవరేజ్:	
అవుట్ పేషెంట్ చికిత్స	
ఎమర్జెన్సీ అంబులెన్స్	
ఆసుపత్రి రోజువారీ నగదు	
దంత చికిత్స	
వైద్య తరలింపు[మార్పు]	
ఇన్ పేషెంట్ కేర్ కు పొడిగింపు	
వ్యక్తిగత ప్రమాదం	
ప్రమాదవశాత్తు మరణం మరియు వైకల్యం (సాధారణ క్యారియర్)	
మృతదేహాల తరలింపు	
చెక్-ఇన్ బ్యాగేజీ యొక్క మొత్తం నష్టం	
చెక్-ఇన్ లగేజీ ఆలస్యం	
యాత్ర ఆలస్యం	
ట్రిప్ రద్దు	
ప్రయాణ అంతరాయం	
పాస్ పోర్ట్ కోల్పోవడం	
అంతర్జాతీయ డ్రైవింగ్ లైసెన్స్ కోల్పోవడం	
కనెక్షన్ మిస్ అయింది	
ఆర్థిక అత్యవసర నగదు	
వ్యక్తిగత బాధ్యత	
రోజువారీ భత్యాన్ని హైజాక్ చేయండి	

ల్యాప్ టాప్, టాబ్లెట్, మొబైల్ ఫోన్, కెమెరా కోల్పోవడం	
బౌన్స్డ్ బుకింగ్- హోటల్/ కామన్ క్యారియర్	
కారుణ్య సందర్శన	
మైనర్ చిన్నారికి ఎస్కార్ట్..	
సాహస క్రీడలు	
స్పోర్ట్స్ ఎక్విప్ మెంట్ అద్దె	
అద్దెకు తీసుకున్న స్పోర్ట్స్ ఎక్విప్ మెంట్ డ్యామేజ్ లేదా నష్టం	
స్పోర్ట్స్ యాక్టివిటీ కవరేజ్	
లోన్ ప్రొటెక్టర్	
ఎమర్జెన్సీ ట్రిప్ పొడిగింపు	
బిజినెస్ క్లాస్ కు అప్ గ్రేడ్	
అధ్యయనానికి అంతరాయం	
ప్రాయోజితుల రక్షణ	
క్యాన్సర్ స్క్రీనింగ్ మరియు మామోగ్రఫీ పరీక్షలు	
బెయిల్ బాండ్	
మినహాయింపు మినహాయింపు	
ఆప్షనల్ కో-పేమెంట్	
వీసా రీఫండ్	
హోమ్ టు హోమ్ కవర్	
సహోద్యోగి రీప్లేస్ మెంట్	
పూర్తిగా ముందుగా ఉన్న వ్యాధి కవర్	

4. నామినేషన్:

ప్రతిపాదకుడు మరణిస్తే, నామినీకి క్లెయిమ్ చెల్లించబడుతుంది. ఇతర బీమా చేసిన వ్యక్తుల కొరకు, ప్రపోజర్ నామినీగా ఉంటాడు. నామినీకి చెల్లించడం అనేది కంపెనీ యొక్క పూర్తి బాధ్యతను నిర్వర్తించడాన్ని సూచిస్తుంది.

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

నామినీ యొక్క బ్యాంకు వివరాలు: లబ్ధిదారుని పేరు:

బ్యాంక్ పేరు ఖాతా రకం ☐ పొదుపు ☐ ప్రస్తుతం

ఖాతా నెంబరు ఐఎఫ్ఎస్సీ కోడ్

5. వైద్య, అలవాట్లు మరియు గత ప్రతిపాదన సమాచారం:

S.No.	బీమా చేయించాలని ప్రతిపాదించిన వ్యక్తులకు సంబంధించి:	సభ్యుడు 1	సభ్యుడు 2	సభ్యుడు 3	4 సభ్యులు	సభ్యులు 5	సభ్యుడు 6
1	ప్రతిపాదిత సభ్యుల్లో ఎవరైనా ఈ క్రింది వ్యాధులతో బాధపడుతున్నారా?						
1a	హార్ట్ ఎటాక్, హార్ట్ ఫెయిల్యూర్, ఇస్కీమిక్ హార్ట్ డిసీజ్ లేదా కొరోనరీ హార్ట్ డిసీజ్, ఆంజినా మొదలైన గుండె జబ్బులు.	☐ అవును ☐ కాదు	☐ అవును ☐ కాదు	☐ అవును ☐ కాదు	☐ అవును ☐ కాదు	☐ అవును ☐ కాదు	☐ అవును ☐ కాదు
1b	కణితి, ఏదైనా అవయవ క్యాన్సర్, లుకేమియా, లింఫోమా, సార్కోమా	☐ అవును ☐ కాదు	☐ అవును ☐ కాదు	☐ అవును ☐ కాదు	☐ అవును ☐ కాదు	☐ అవును ☐ కాదు	☐ అవును ☐ కాదు
1c	ప్రధాన అవయవ వైఫల్యం (మూత్రపిండాలు, కాలేయం, గుండె, ఊపిరితిత్తులు మొదలైనవి)	☐ అవును ☐ కాదు	☐ అవును ☐ కాదు	☐ అవును ☐ కాదు	☐ అవును ☐ కాదు	☐ అవును ☐ కాదు	☐ అవును ☐ కాదు
1d	స్ట్రోక్, ఎన్సెఫలోపతి, మెదడు గడ్డ లేదా ఏదైనా నాడీ సంబంధిత వ్యాధి	☐ అవును ☐ కాదు	☐ అవును ☐ కాదు	☐ అవును ☐ కాదు	☐ అవును ☐ కాదు	☐ అవును ☐ కాదు	☐ అవును ☐ కాదు
1e	పల్మనరీ ఫైబ్రోసిస్, ఊపిరితిత్తుల పతనం లేదా ఇంటర్ స్టిటల్ లంగ్ డిసీజ్ (ఐఎల్ డి)	☐ అవును ☐ కాదు	☐ అవును ☐ కాదు	☐ అవును ☐ కాదు	☐ అవును ☐ కాదు	☐ అవును ☐ కాదు	☐ అవును ☐ కాదు
1f	హెపటైటిస్ బి లేదా సి, దీర్ఘకాలిక కాలేయ వ్యాధి, క్రోన్స్ వ్యాధి, వ్రణోత్పత్తి పెద్దప్రేగు శోథ	☐ అవును ☐ కాదు	☐ అవును ☐ కాదు	☐ అవును ☐ కాదు	☐ అవును ☐ కాదు	☐ అవును ☐ కాదు	☐ అవును ☐ కాదు
1g	ఇనుము లోపం రక్తహీనత కాకుండా ఇతర రక్తహీనత	☐ అవును ☐ కాదు	☐ అవును ☐ కాదు	☐ అవును ☐ కాదు	☐ అవును ☐ కాదు	☐ అవును ☐ కాదు	☐ అవును ☐ కాదు

ఇతర వివరాలు/ ప్రకటనలు: _____

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

☐ నేను ఇచ్చిన పై ప్రకటనలు, సమాధానాలు మరియు/లేదా వివరాలు నాకు తెలిసినంత వరకు అన్ని విధాలుగా సత్యమైనవి మరియు సంపూర్ణమైనవి మరియు ఈ ఇతర వ్యక్తుల తరఫున ప్రతిపాదించే అధికారం నాకు ఉందని నా తరఫున మరియు బీమా చేయబడే ప్రతిపాదిత వ్యక్తులందరి తరఫున నేను ఇందుమూలంగా ప్రకటిస్తున్నాను.

☐ నా ద్వారా అందించబడ్డ 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 చేయబడ్డ తరువాత కానీ కంపెనీ ద్వారా రిస్క్ ఆమోదించబడ్డ కమ్యూనికేషన్ కు ముందు బీమా చేయబడే జీవితము యొక్క వృత్తి లేదా సాధారణ ఆరోగ్యంలో సంభవించే ఏవైనా మార్పులను నేను రాతపూర్వకంగా తెలియజేస్తాను.

☐ బీమా చేయించాల్సిన/ప్రతిపాదకుడుగా ఉన్న వ్యక్తి యొక్క శారీరక లేదా మానసిక ఆరోగ్యాన్ని ప్రభావితం చేసే దేనికైనా సంబంధించి బీమా చేయబడ్డ/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 అండర్ రైట్ చేయడం మరియు/లేదా క్లెయిమ్ సెటిల్ మెంట్

☐ ప్రతిపాదన మరియు/లేదా క్లెయిమ్స్ సెటిల్ మెంట్ మరియు/లేదా ఏదైనా ప్రభుత్వ మరియు/లేదా రెగ్యులేటరీ అథారిటీతో అండర్ రైటింగ్ కొరకు బీమా చేయబడ్డ/ప్రతిపాదకుని యొక్క వైద్య రికార్డులతో సహా నా ప్రతిపాదనకు సంబంధించిన సమాచారాన్ని పంచుకోవడానికి నేను కంపెనీకి అధికారం ఇస్తున్నాను.

☐ సర్వీస్ డెలివరీ యొక్క ఏకైక ఉద్దేశ్యం కొరకు బీమా చేయబడ్డ/ప్రతిపాదకుడి యొక్క వైద్య రికార్డులతో సహా నా/మా ప్రతిపాదనకు సంబంధించిన సమాచారాన్ని మా ఎంప్యానెల్డ్ ప్రొవైడర్ తో పంచుకోవడానికి నేను/మేం కంపెనీకి అధికారం ఇస్తాం.

☐ ఒకవేళ ప్రతిపాదకుడు స్థానిక భాషలో సంతకం చేసినట్లయితే: ఈ పత్రం యొక్క కంటెంట్ ను నేను (భాష) _____ _____, దానిని అర్థం చేసుకున్న మరియు ధృవీకరించిన ప్రతిపాదకుడికి (సాక్షి పేరు) సమక్షంలో _____ వివరించాను. సాక్షిగా కంపెనీ ఏజెంట్/ఉద్యోగి కాకుండా మరొకరు ఉండాలి.

ఖర్చూరం D D M M మరియు మరియు ఉంచు _____ ప్రతిపాదకుని సంతకం

ధృవీకరించే వ్యక్తి యొక్క సంతకం: సాక్షి సంతకం[మార్చు]

ధృవీకరించే వ్యక్తి యొక్క మొబైల్ నెంబరు: సాక్షి యొక్క మొబైల్ నెంబరు:

7. ప్రపోజర్ మరియు అడ్వైజర్ డిక్లరేషన్ ద్వారా ఫారం నింపనట్లయితే డిక్లరేషన్:

ఏదైనా కారణం వల్ల, ప్రపోజల్ మరియు ఇతర సంబంధిత పత్రాలను ప్రపోజర్ ద్వారా నింపనట్లయితే డిక్లరేషన్. ప్రతిపాదన పత్రంలోని విషయాలు నాకు పూర్తిగా వివరించబడ్డాయి మరియు నేను అన్ని అంశాలు మరియు చిక్కులను పూర్తిగా అర్థం చేసుకున్నాను. ప్రపోజల్ ఫారం _____ ద్వారా నింపబడింది, _____ నా ఆదేశాల మేరకు మరియు మొత్తం సమాచారం సరైనది మరియు సంపూర్ణంగా ఉన్నట్లు నేను కనుగొన్నాను.

ప్రతిపాదకుని సంతకం _____

అడ్వైజర్ డిక్లరేషన్: బీమా సలహాదారుగా/కార్పొరేట్ ఏజెంట్ యొక్క నిర్దిష్ట వ్యక్తిగా/బ్రోకర్/రిలేషన్ షిప్ ఆఫీసర్ యొక్క అధీకృత ఉద్యోగిగా, ఈ ప్రొడక్ట్/ప్రపోజల్ యొక్క అన్ని విషయాలను నేను ప్రతిపాదకుడికి వివరించినట్లు ఇందుమూలంగా ప్రకటిస్తున్నాను.

బీమా Advisor_____ మధ్యవర్తి code_____ యొక్క సంతకం

8. ప్రీమియం వివరాలు (ఆఫీస్ ఉపయోగం కోసం మాత్రమే):

ప్రీమియం చెల్లింపు ఎంపిక ☐ చెక్కు ☐ డిమాండ్ డ్రాఫ్ట్ ☐ క్రెడిట్ కార్డ్ ☐ నెట్ బ్యాంకింగ్ ☐ నగదు ☐ ఇతరులు

ప్రీమియం మొత్తం దీని ద్వారా చెల్లించిన ప్రీమియం

ప్రతిపాదకుడితో సంబంధం[మార్చు] ఆన్లైన్ పేమెంట్ ట్రాన్సాక్షన్ ఐడీ:

బ్యాంకు పేరు/బ్రాంచీ ఖర్చూరం

నివా బుపా బ్రాంచ్ స్థానం కోడ్ నెం.

బిజినెస్ సోర్స్: అడ్వైజర్/డీఎస్పీ/కార్పొరేట్ ఏజెన్సీ/ఇతర ఛానల్స్ కోడ్ నెం.

పేరు

దీనిపై వచ్చిన ప్రతిపాదన: DDMMYYYYYY కస్టమర్ ఐడి:

ప్రపోజర్ లేదా దరఖాస్తుదారుడు సిబ్బందినా? ☐ అవును ☐ కాదు

9. రీఫండ్ మరియు క్లెయిమ్ ల చెల్లింపు కొరకు వివరాలు

పేమెంట్ అందుకోవడానికి ఆప్షన్: బ్యాంక్ ట్రాన్స్ఫర్ ☐

లబ్ధిదారుని పేరు

బ్యాంకు పేరు

ఐఎఫ్ఎస్సీ కోడ్ ఖాతా నెంబరు

ఖాతా రకం

10. పునరుద్ధరణ*:

రెన్యువల్ పేమెంట్ సైన్
అప్: మీ ప్రస్తుత ఆటోమేటెడ్ క్లియరింగ్ హౌస్ (ఎసిహెచ్) / స్టాండింగ్ ఇన్స్ట్రక్షన్స్ (ఎస్ఐ) ను కంపెనీతో కొనసాగించడం ద్వారా మీ ఆరోగ్య బీమా పాలసీ యొక్క పునరుద్ధరణ ప్రీమియంను ప్రతి సంవత్సరం చెల్లించవచ్చు. ఈ ఆప్షన్ కింద, మీ పాలసీని తక్షణమే పునరుద్ధరించవచ్చు, అయితే కంపెనీ ద్వారా అవసరమైన సమాచారం మరియు డాక్యుమెంటేషన్ యొక్క అన్ని అదనపు ఆవశ్యకతలను మీరు పూర్తి చేయాల్సి ఉంటుంది.

☐ నేను ఎసిహెచ్/ఎస్ఐ రెన్యువల్ ఆప్షన్ ఎంచుకోవాలనుకుంటున్నాను మరియు తద్వారా దానిని ఉపయోగించి పాలసీని రెన్యువల్ చేసే వరకు ప్రీమియంపై 2.5% డిస్కౌంట్ పొందాలనుకుంటున్నాను.

Proposer_____ యొక్క Dated_____ Place_____ సంతకం

* సింగిల్ ట్రిప్ పాలసీలకు రెన్యువల్ వర్తించదు.

11. బ్యాన్కాస్యూరెన్స్ ఛానల్ కోసం అదనపు వివరాలు (కార్యాలయ ఉపయోగం కోసం మాత్రమే):

బ్రాంచ్ కోడ్ _____ SP కోడ్ _____ RM/LG కోడ్ _____

కస్టమర్ ఖాతా నెంబరు _____

12. చట్టబద్ధమైన హెచ్చరిక:

రిబేట్ల నిషేధం (బీమా చట్టం 1938లోని సెక్షన్ 41 ప్రకారం)
1. భారతదేశంలో ప్రాణాలు లేదా ఆస్తికి సంబంధించిన ఏదైనా రకమైన ప్రమాదానికి సంబంధించి బీమాను తీసుకోవడానికి లేదా పునరుద్ధరించడానికి లేదా కొనసాగించడానికి ప్రేరేపించడానికి ప్రత్యక్షంగా లేదా పరోక్షంగా ఏ వ్యక్తినీ అనుమతించరాదు లేదా ఆఫర్ చేయకూడదు, మొత్తం లేదా చెల్లించాల్సిన కమిషన్ యొక్క ఏదైనా రిబేట్ లేదా పాలసీపై చూపించిన ప్రీమియం యొక్క ఏదైనా రిబేట్, లేదా పాలసీని తీసుకునే లేదా పునరుద్ధరించే లేదా కొనసాగించే ఏ వ్యక్తి అయినా, బీమా కంపెనీ యొక్క ప్రచురితమైన ప్రాస్పెక్టస్ లు లేదా పట్టికలకు అనుగుణంగా అనుమతించబడే రిబేట్ మినహా మరే రిబేట్ ను అంగీకరించరు.

2. ఈ సెక్షన్ నిబంధనలను పాటించడంలో ఎవరైనా విఫలమైతే పది లక్షల రూపాయల వరకు జరిమానా విధించవచ్చు.

13. కంపెనీ ఆమోదం:

అప్లికేషన్ నెంబరు. _____ ఖర్చూరం__/__/____

మీ ప్రపోజల్ అందుకున్నందుకు మరియు చెక్కు/డిమాండ్ డ్రాఫ్ట్/Others_____of తేదీ _____ రూ. _____ మొత్తాన్ని 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 మరియు ఆఫీస్ seal_____ యొక్క పేరు మరియు సంతకం

14 - అభా ఐడి

సభ్యుడి పేరు	మీకు ఏబీహెచ్ ఏ ఐడీ ఉందా?	అభా ఐడి	ఎ.బి.హెచ్.ఎ ద్వారా బీమా సంస్థలు/టిపిఎలతో 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