

## బీమా చేయబడుటకు ధృవపత్రము

పాలసీ నం./నంబర్లు: \_\_\_\_\_ సంప్రదించు నం: \_\_\_\_\_ ఇ-మెయిల్: \_\_\_\_\_

బీమా చేయబడిన వారి పేరు

మొదటి పేరు

మధ్య పేరు

చివరి పేరు

జీవిత బీమా చేయబడిన వ్యక్తికి సంబంధించి ఈ క్రింది ప్రశ్నలన్నింటికీ అవును లేదా లేదు కు టిక్ చేయడం ద్వారా జవాబు ఇవ్వండి.

	అవును	లేదు	ప్ర.3-12 లలో ఏదేని ప్రశ్నకు అవును అని జవాబిస్తే, వాటి వివరాలు వ్రాయండి. ఉదా. ప్రారంభం, వ్యవధి, చికిత్స, శోధన మొ & వాటి నకళ్ళు
ఇంకా అదనంగా చోటు అవసరమైతే, ఈ ఫారమునకు విడిగా మరొక కాగితమును జత చేయండి			
1	i. ఎత్తు (పూ లు లేకుండా) బరువు ii. గత 12 నెలల్లో మీ బరువు 5 కిలోల కంటే పెరిగిందా/తగ్గిందా? 'అవును' అయితే కారణం వ్రాయండి		
2	i. ఈ పాలసీ కొరకు దరఖాస్తు చేసుకొన్న తేదీ నుండి మీ వృత్తిలో ఏదైనా మార్పు జరిగినదా? ii. ఒకవేళ ప్ర.2(i)కు ఔను అని జవాబిస్తే, ప్రస్తుత ఉద్యోగదాత/వ్యాపారము పేరు వ్రాయండి [హానికారక వృత్తుల సంబంధిత ప్రశ్నపత్రం ఇవ్వండి. (వృత్తి వివరం లేదా వృత్తులు మారినా మరియు హానికారకమైనా తీవ్రసరము)]		
3	మీకు పుట్టుక/ప్రమాదము/జబ్బు నుండి ఏదైనా శారీరక అంగ వైకల్యము ఉన్నదా?		
4	i. మీరు ఎప్పుడైనా మధుమేహ వ్యాధి/అధిక రక్తపోటు, పోటు,పక్షవాతము, మూర్చ, ఛాతీ నొప్పి,గుండెపోటు, కిడ్నీ వ్యాధి, రక్త సంబంధిత రుగ్మత, అధిక కొలెస్ట్రాల్, బాల్యము నుండి ఏదేని రుగ్మత, మీ కుటుంబములో నడుస్తున్న ఏదేని ప్రత్యేక జబ్బు, శ్వాస రుగ్మత, జీర్ణ సంబంధ రుగ్మత, క్యాన్సర్ లేదా ట్యూమర్, మానసిక రుగ్మత లేదా ఏదేని జన్మిత: లోపముతో బాధపడ్డారా/బాధపడుతున్నారా? ii. మీరు ఎప్పుడైనా పైన చెప్పబడిన వైద్య స్థితులతో బాధపడ్డారా/బాధపడుతున్నారా? iii. మీరు ఏవేని లక్షణాల పట్ల వైద్య సలహా తీసుకోవాలని యోచిస్తున్నారా? iv. మామూలు జులులు, ఇన్ ఫ్లయెంజాలకు కాకుండా మరేదైనా వ్యాధి/వైద్య సమస్యకు ప్రస్తుతం చికిత్స పొందుతున్నారా?		
5	గత 5 ఏళ్ళలో మీరు, పైన పేర్కొన్నవి కాకుండా మరే రకమైన రక్త పరీక్ష, మూత్ర పరీక్ష, ఎక్స్-రే, ECG, TMT, నోనోగ్రఫీ, ఇసిజి, సిటి స్కాన్, ఎంఆర్ఐ వంటి వైద్య శోధన, పరీక్షలు చేయించుకొన్నారా?	ఆసుపత్రి చేరిక	శస్త్ర చికిత్స
	అవును	NO	అవును NO
6	మీ తల్లిదండ్రులు/పిల్లలు గానీ, వారి 60 ఏళ్ళ వయసు లోపున ఎప్పుడైనా రక్తపోటు/మధుమేహము/గుండెజబ్బు, క్యాన్సర్/కిడ్నీ వ్యాధి / పక్షవాతము / పోటు /వంశపారంపర్య/పాలిసిస్టిక్ కిడ్నీ వ్యాధి వంటి కుటుంబపరమైన రుగ్మత, కుటుంబపరమైన ప్రేవు సంబంధిత పోలిపోసిస్ వంటి వ్యాధులతో బాధపడ్డారా?		
7	మీరు, లేదా మీ జీవిత భాగస్వామి, హెపటైటిస్ బి లేదా సి, హెచ్ఐవి/ఎయిడ్స్, లేదా ఇతర సుఖవ్యాధులకు పాజిటివ్ గా పరీక్షించబడ్డారా?		
8	మీరు మద్యము/పొగాకు/పొగ/మత్తుమందులు తీసుకొంటున్నారా? (అవును అయితే ఎంత, వివరాలివ్వండి)		
9	మీరు ఏవైనా పర్వతారోహణ, మోటార్ రేసింగ్, ఈత, గైడింగ్ మున్నగు ప్రమాదకారక సాహస కార్యక్రమాల్లో పాల్గొన్నారా లేదా పాల్గొనాలనుకుంటున్నారా? (అవును అయితే వివరాలివ్వండి)		

10	<p>జీవిత బీమా చేయబడిన మహిళలకు మాత్రమే:</p> <p>i. మీరు గర్భవతియా? అవును అయితే, దయచేసి ఎన్ని వారాలో కనబరచండి:</p> <p>ii. ఏవేని గర్భస్రావము/లు, ఎక్స్‌పిక్ గర్భధారణ</p> <p>iii. మీరు ఎప్పుడైనా ఋతుసమస్యలు, మేనోరేజియా/పైలైయిడ్స్/మరేవేని ఇతర గైనిక్ సమస్యలతో బాధపడ్డారా?</p>			
11	శెలమలకు కాకుండా మరేదేని కారణముతో మీరు ఇండియా బయటికి వరయాణించారా లేదా వరయాణించాలనుకుంటున్నారా?			
12	మీ జీవిత/ఆరోగ్య/క్లిష్ట అనారోగ్యము/వ్యక్తిగత ప్రమాద బీమా పాలసీల పునరుద్ధరణ ప్రతిపాదన ఏదైనా తిరస్కరించబడినా, వాయిదా వేయబడినా, మార్చబడినా లేదా ఇతర బీమా కంపెనీచే మూల్యాంకనం చేయబడినా?			

జీవిత బీమా చేయబడిన/పాలసీ స్వంతదారు అయిన నేను, నా అత్యుత్తమ పరిజ్ఞానముమరియు నాకు తెలిసినంతవరకూ, పైన పేర్కొన్న ప్రకటనలు మరియు జవాబులు అన్ని విధాలుగానూ సత్యము మరియు సంపూర్ణము అనీ, అవి కంపెనీ యొక్క పాలసీ కవరేజీలో పునరుద్ధరణ లేదా మార్పులకు ప్రాతిపదిక కాగలవనీ ఇందుమూలముగా ప్రకటిస్తున్నాను.

ఈ దరఖాస్తులో ఏదేని వాస్తవ సమాచారమును మరుగుపరచటం, తప్పుగా తెలియజేయుట/తప్పుడు ప్రకటన చేసిన విషయములో, కంపెనీ యొక్క విదక్షణ ప్రకారము బీమాకు సంబంధించిన ఈ ఒప్పందము చెల్లుబాటు కాదని నేను అర్థం చేసుకొని అందుకు అంగీకరిస్తున్నాను.

ఈ దరఖాస్తు కారణంగా గానీ లేదా ఏదేని ప్రీమియం చెల్లింపును చెల్లించుటలో గానీ, నాచే ఆమోదించబడి, స్వీకరించబడి, నాకు లిఖితపూర్వకంగా తెలియజేయబడి ఉంటే తప్ప, కంపెనీ ఏ విధమైన బాధ్యత కూడా వహించదని నేను అంగీకరిస్తున్నాను.

జీవిత బీమా చేయబడిన వ్యక్తి సంతకము / వ్రేలి ముద్ర

ప్రతిపాదించిన వ్యక్తి సంతకము / వ్రేలి ముద్ర

(ఏజెంటు/నిర్దిష్ట వ్యక్తి సంతకము)

తేదీ మరియు స్థలము

స్థానిక భాష గురించిన డిక్లరేషన్

నేను ప్రతిపాదకుడు/బీమా చేయబడు వ్యక్తికి ఈ డిక్లరేషన్ యందలి విషయాలను అతని/ఆమె ఇష్ట ప్రకారముగా \_\_\_\_\_ భాషలో వివరించాను మరియు విషయాలన్నీ అతడికి/ఆమెకు పూర్తిగా అర్థమయ్యాయి. ఈ డిక్లరేషన్ లోని ప్రశ్నలకు ప్రతిపాదకుడు/బీమా చేయబడు వ్యక్తి ఇచ్చిన జవాబులను నేను కచ్చితంగా నమోదు చేశాను. నేనునమోదు చేసిన జవాబులన్నింటినీ నేను ప్రతిపాదకుడు/బీమా చేయబడు వ్యక్తికి చదివి వినిపించాను మరియు అవి వాస్తవాలని అతడు/ఆమె నిర్ధారించియున్నారు. ప్రతిపాదకుడు/బీమా చేయబడు వ్యక్తి నా సమక్షములోనే దీనిపై వ్రేలిముద్ర/సంతకము చేసియున్నారు.

డిక్లరేషన్ ఇచ్చు వ్యక్తి పేరు

డిక్లరేషన్ ఇచ్చు వ్యక్తి సంతకము

తేదీ మరియు స్థలము

బీమా చట్టము యొక్క సెక్షన్ 45 నుండి గ్రహించినది: \_\_\_\_\_  
పాలసీ యొక్క గడువు ముగిసిన తేదీ నుండి మూడు సంవత్సరాలు గడచిన తర్వాత, అనగా పాలసీ జారీ చేయబడిన తేదీ నుండి లేదా ప్రమాద కవరేజీ ప్రారంభమైన తేదీ నుండి లేదా పాలసీ యొక్క పునరుద్ధరణ తేదీ నుండి లేదా పాలసీకి రైడరు యొక్క తేదీ నుండి, ఏది తర్వాత వస్తే దాని ప్రకారము జీవిత బీమా యొక్క ఏ పాలసీ కూడా ఏ విషయము ఆధారంగా నయినా ప్రశ్నించబడదు.

మూడు సంవత్సరాల లోపున ఏ సమయములోనైనా, అనగా పాలసీ జారీ చేయబడిన తేదీ నుండి లేదా ప్రమాద కవరేజీ ప్రారంభమైన తేదీ నుండి లేదా పాలసీ యొక్క పునరుద్ధరణ తేదీ నుండి లేదా పాలసీకి రైడరు యొక్క తేదీ నుండి, ఏది తర్వాత వస్తే దాని ప్రకారము జీవిత బీమా యొక్క పాలసీ జారీలో, పునరుద్ధరణలో, లేదా రైడరు జారీలో, ఏదేని స్టేట్ మెంటును లేదా బీమా చేయబడిన వ్యక్తి యొక్క జీవిత కాల ఆశాభావ వాస్తవాన్ని ప్రతిపాదనల్లో లేదా ఇతర పత్రాలలో త్రొక్కి ఉంచారని లేదా తప్పుగా చూపారనే కారణం ఆధారంగా ప్రశ్నించవచ్చు