

Request for Revival of Policy & Declaration of Good Health
పాలసీ పునరుద్ధరణ అభ్యర్థన మరియు మెరుగైన ఆరోగ్యం వెల్లడి

పాలసీ/ఫారం నంబర్									
బీమా తీసుకున్నవారి పేరు									
పుట్టిన తేదీ								లింగం	మగ ☐ ఆడ ☐ మూడో లింగం ☐
వయసు (సంవత్సరాలు)			వృత్తి :						
నివాస హోదా	☐	భారతీయ నివాసి	☐	ఎన్ఆర్ఐ	☐	భారతదేశ మూలంగల వ్యక్తి (పిఐఓ)	☐	విదేశీయులు	
ప్రస్తుతం నివాసం ఉంటున్న దేశం :									
మొబైల్ నంబర్	+								బరువు (కిలో)
ఇ-మెయిల్ ఐడి								ఎత్తు (సెం.మీలలో)	
బ్యాంక్ ఖాతా నంబర్ (పాలసీదారు)									
ఐఎఫ్ఎస్ కోడ్									

1)	మీరు మెరుగైన ఆరోగ్యం కలిగివున్నారా? ఒకవేళ లేదు అయితే, దిగువ చోటులో దయచేసి పూర్తి వివరాలు అందించండి.	☐ అవును ☐ లేదు
2)	గడిచిన ఒక్క సంవత్సరంలో, మీ బరువు 5 కిలోలు పైగా పెరగడం/తగ్గడం జరిగిందా. ఒకవేళ అవును అయితే, దిగువ చోటులో దయచేసి పూర్తి వివరాలు అందించండి.	☐ అవును ☐ లేదు
3)	ఈ పాలసీ ప్రతిపాదించిన తేదీ నుంచి ఏ. 3 లేదా అంతకంటే ఎక్కువ రోజుల వరకు చికిత్స అవసరమైన అనారోగ్యం/వ్యాధితో మీరు బాధపడినారా? ఒకవేళ అవును అయితే, దిగువ చోటులో దయచేసి పూర్తి వివరాలు అందించండి.	☐ అవును ☐ లేదు
	బి. రాబోవు కాలంలో మీరు ఏదైనా శారీరక, మానసిక లేదా భావోద్వేగ పరిస్థితులు, గాయం, లేదా అనారోగ్యం కోసం ఏదైనా శస్త్రచికిత్స లేదా ఆస్పత్రిలో చేరడం లేదా డాక్టర్ని లేదా ప్రాక్టీషనర్ని సంప్రదించడం కోసం ప్రణాళిక చేసుకున్నారా లేదా మీకు నలహా ఇవ్వడం జరిగిందా. ఒకవేళ అవును అయితే, దిగువ చోటులో దయచేసి పూర్తి వివరాలు అందించండి.	☐ అవును ☐ లేదు
	సి. గడిచిన 5 సంవత్సరాలలో, దగ్గు/జలుబు మొదలగు చిన్న వ్యాధులు కాకుండా, మీరు డాక్టర్ కన్సల్టేషన్ కింద ఏదైనా చికిత్స పొందారా మరియు/ లేదా ఏదైనా పెద్ద శస్త్రచికిత్స జరిగిందా మరియు/లేదా ఆస్పత్రిలో చేరడం జరిగిందా మరియు/లేదా సిటి/ఎమ్ఆర్ఐ స్కాన్, అంజియోగ్రామ్, ఎండోస్కోపి, బయోప్సీ మొదలగు పెద్ద సమస్యలకు పరిశీలన కొనసాగించుకోవడం జరిగిందా? ఒకవేళ అవును అయితే, దిగువ చోటులో దయచేసి పూర్తి వివరాలు అందించండి.	☐ అవును ☐ లేదు
4)	మీరు ఏదైనా బాధపడుతున్నారా లేదా బాధపడడం జరిగిందా: పెరిగిన మధుమేహం, మధుమేహ మెలిటస్, అధిక రక్తపోటు, గుండె, ఊపిరితిత్తులు, మూత్రపిండాలు, కాలేయం, థైరాయిడ్, మెదడు/నాడి వ్యవస్థ, ఎముక/కీళ్లు/వెన్ను, జెనిటూరినరీ నాళం, ఏదైనా శరీర భాగం లేదా రక్తం అనాకర్యం, జీర్ణశక్తి అనాకర్యం, గర్భాశయానికి సంబంధించిన అనాకర్యాలు, మానసిక అనాకర్యాలు, హెచ్ఐవి/ఏయిడ్స్ మరియు/లేదా శరీరం ఏదైనా భాగంలో క్యాన్సర్/కంటి. ఒకవేళ అవును అయితే, దిగువ చోటులో దయచేసి పూర్తి వివరాలు అందించండి.	☐ అవును ☐ లేదు
5)	ఆరోగ్యం లేదా జీవితసరళి కారణం మూలంగా ఎప్పుడైనా మీ జీవిత బీమా ప్రతిపాదనలను, తీవ్ర అనారోగ్యాన్ని లేదా ఆరోగ్య బీమాని, ఖండించడం, తగ్గించడం, తీరస్కరించడం, వాయిదా వేయడం లేదా అదనపు ప్రీమియం చెల్లింపుతో స్వీకరించడం జరిగిందా? ఒకవేళ అవును అయితే, దిగువ చోటులో దయచేసి పూర్తి వివరాలు అందించండి.	☐ అవును ☐ లేదు
6)	మీ వృత్తికి సంబంధించి (ఉ.కి. రసాయనాల కర్మాగారం, గనులు, విస్త్రీకృత, తుప్పు, పోరాడి విధులు, ఆయిల్ అన్వేషణ, సముద్రంలో లోతువరకు ప్రయాణించడం మొదలగునవి) మీరు గాయం లేదా అనారోగ్యానికి గురికాగల ఏదైనా ప్రత్యేకమైన అపాయానికి బహిష్కరణ అయ్యారా? ఒకవేళ అవును అయితే, వృత్తి ప్రశ్నావళిలో వివరాలను అందించి మరియు ఈ వెల్లడితో పాటు నమోదుచేసుకోండి.	☐ అవును ☐ లేదు
7)	మీరు “రాజకీయంగా బహిష్కరించబడిన వ్యక్తి” (పిఈపి) లేదా పిఈపి సమీప బంధువులా? పిఈపి అనే వ్యక్తులకు ప్రాముఖ్యమైన ప్రజా కార్యచరణలు అందించడం జరుగుతుంది అంటే ప్రముఖులు/కేంద్ర/రాష్ట్ర ప్రభుత్వాలు మంత్రులు, ప్రముఖ రాజకీయ నాయకులు, ప్రముఖ ప్రభుత్వ న్యాయవ్యవస్థ లేదా సైనిక అధికారులు, ప్రభుత్వ కంపెనీల ఉన్నతాధికారులు, కీలకమైన రాజకీయ పార్టీల అధికారులు, పైన పేర్కొన్న వ్యక్తుల తక్షణ కుటుంబ సభ్యులు (పీరిలో ఉంటారు భాగస్వాములు, తల్లిదండ్రులు, తోబుట్టువులు, పిల్లలు, భాగస్వామి తల్లిదండ్రులు మరియు పిఈపిల సమీప సహచరులు). ఒకవేళ అవును అయితే, దిగువ చోటులో దయచేసి పూర్తి వివరాలు అందించండి. ఒకవేళ లేదు అయితే, భవిష్యత్తులో మీ పిఈపి హోదాలో మార్పు జరుగుతే, అలాంటి మార్పు కోసం మీరు ఎన్బిఐ ట్రైఫ్ కి తెలియజేయాలి.	☐ అవును ☐ లేదు
8)	నేరం దర్యాప్తులు, ఎఫ్ఐఆర్ లేదా శిక్ష ఏ. మీకు విరుద్ధంగా ఏదైనా ఎఫ్ఐఆర్ లేదా నేరం ఫిర్యాదులు నమోదు లేదా ఫిర్యాదు చేయడం జరిగిందా? ఒకవేళ అవును అయితే, దిగువ చోటులో దయచేసి పూర్తి వివరాలు అందించండి.	☐ అవును ☐ లేదు
	బి. గతంలో లేదా ప్రస్తుతం మీ విరుద్ధంగా ఏదైనా నేరం ఫిర్యాదులు కొనసాగినాయా? ఒకవేళ అవును అయితే, దిగువ చోటులో దయచేసి పూర్తి వివరాలు అందించండి.	☐ అవును ☐ లేదు
	సి. భారతదేశంలో లేదా విదేశాలలో ఏదైనా నేరం దర్యాప్తులో శిక్ష పడిన చరిత్ర ఉందా? ఒకవేళ అవును అయితే, దిగువ చోటులో దయచేసి పూర్తి వివరాలు అందించండి.	☐ అవును ☐ లేదు

9)	మీరు ఏదైనా ప్రమాదకరమైన క్రిడలు, అలవాట్లు, కార్యకలాపాలలో పాల్గొన్నారా లేదా పాల్గొనాలనుకుంటున్నారా? ఉదాహరణ, వర్షతారోహణం, డైవింగ్, రేసింగ్ లేదా అపాయకరమైన విమానయానం. ఒకవేళ అవును అయితే, దిగువ చోటులో దయచేసి పూర్తి వివరాలు అందించండి.	☐ అవును ☐ లేదు
----	--	--

10)	(ఏ) మీరు దిగువ పేర్కొన్న ఏదైనా సేవిస్తారా?																						
	<table border="1"> <tr> <th>సేవించిన పదార్థం</th> <th>అవును/లేదు</th> <th colspan="2">ఒకవేళ అవును అయితే, దయచేసి దిగువ వివరాలు అందించండి</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <th>పరిమాణం</th> <th>ఎప్పటినుంచి (సంవత్సరాలు)</th> </tr> <tr> <td>పాగాకు (సిగరెట్లు, సిగార్, గుట్కా, మొదలగునవి)</td> <td>☐ అవును ☐ లేదు</td> <td colspan="2">_____ స్మైల్స్/ప్యాకెట్స్ ప్రతి రోజుకు</td> </tr> <tr> <td>మద్యం</td> <td>☐ అవును ☐ లేదు</td> <td colspan="2">మద్యం రకం _____ అంటే విస్కీ, బీయర్, మొదలగునవి ప్రతి వారానికి పరిమాణం _____ మి.లీ.</td> </tr> <tr> <td>ఏవైనా నార్కోటిక్స్</td> <td>☐ అవును ☐ లేదు</td> <td colspan="2">మాదక ద్రవ్యం రకం _____</td> </tr> </table>	సేవించిన పదార్థం	అవును/లేదు	ఒకవేళ అవును అయితే, దయచేసి దిగువ వివరాలు అందించండి				పరిమాణం	ఎప్పటినుంచి (సంవత్సరాలు)	పాగాకు (సిగరెట్లు, సిగార్, గుట్కా, మొదలగునవి)	☐ అవును ☐ లేదు	_____ స్మైల్స్/ప్యాకెట్స్ ప్రతి రోజుకు		మద్యం	☐ అవును ☐ లేదు	మద్యం రకం _____ అంటే విస్కీ, బీయర్, మొదలగునవి ప్రతి వారానికి పరిమాణం _____ మి.లీ.		ఏవైనా నార్కోటిక్స్	☐ అవును ☐ లేదు	మాదక ద్రవ్యం రకం _____			
సేవించిన పదార్థం	అవును/లేదు	ఒకవేళ అవును అయితే, దయచేసి దిగువ వివరాలు అందించండి																					
		పరిమాణం	ఎప్పటినుంచి (సంవత్సరాలు)																				
పాగాకు (సిగరెట్లు, సిగార్, గుట్కా, మొదలగునవి)	☐ అవును ☐ లేదు	_____ స్మైల్స్/ప్యాకెట్స్ ప్రతి రోజుకు																					
మద్యం	☐ అవును ☐ లేదు	మద్యం రకం _____ అంటే విస్కీ, బీయర్, మొదలగునవి ప్రతి వారానికి పరిమాణం _____ మి.లీ.																					
ఏవైనా నార్కోటిక్స్	☐ అవును ☐ లేదు	మాదక ద్రవ్యం రకం _____																					
	(బి) గడిచిన 1 సంవత్సరంలో పైన పేర్కొన్న దేనినైనా మీరు మానుకున్నారా, దయచేసి దిగువ చోటులో పూర్తి వివరాలు అందించండి.																						

11)	మహిళలకు మాత్రమే : ఏ. మీరు ప్రస్తుతం గర్భిణి/దాల్తారా? ఒకవేళ అవును అయితే, గర్భంతో ఉన్న నెలలు: _____నెలలు	☐ అవును ☐ లేదు
	బి. మీరు గర్భాశయం, గర్భనాళం, అండాశయం, రొమ్ము, రొమ్ము ముద్ద/సిస్టు మొదలగు గర్భాధారణకు సంబంధించిన ఏవైనా బాధలకు గురయ్యారా లేదా పరిశోధనలకు లేదా చికిత్సకు గురయ్యారా లేదా గర్భాశయానికి శస్త్రచికిత్స పద్ధతులు కొనసాగించుకున్నారా. ఒకవేళ అవును అయితే, దిగువ చోటులో దయచేసి పూర్తి వివరాలు అందించండి:	☐ అవును ☐ లేదు
12)	నోవెల్ కరోనా వైరస్ (సార్స్-CoV-2/కోవిడ్-19) మీకు ఎప్పుడైనా పాజిటివ్ వచ్చిందా? ఒకవేళ అవును అయితే, పాజిటివ్ చికిత్స తీర్మానం అందించండి. ఇంకా తదనంతరం పరీక్షల వివరాలు కూడా	☐ అవును ☐ లేదు
	ఏ. ఒకవేళ అవును అయితే, మిమ్మల్ని ఆస్పత్రిలో చేర్చడం జరిగిందా? (ఒకవేళ అవును అయితే, ఆస్పత్రి రిపోర్ట్ మరియు డిస్చార్జ్ సమ్మతి అందించండి)	☐ అవును ☐ లేదు
	బి. ఒకవేళ అవును అయితే, మీరు కోవిడ్-19కి సంబంధించిన సమస్యలతో బాధపడ్డారా? దయచేసి సంబంధిత ఎంపికను ఎంచుకోండి	☐ అవును ☐ లేదు

ఏదైనా ప్రశ్నకు సమాధానం “అవును” అయితే దయచేసి సంబంధిత వివరాలు, సవరణలు మరియు నివేదికలు పంపించండి.

పైన పేర్కొన్న ప్రశ్నలకు సమాధానాలు అందించేందుకు చోటు అవసరమైతే, దయచేసి అదనపు కాగితం ప్రతాన్నివాడి జతచేయాలి.

ప్ర.సం.	పైన ప్రశ్నలకు అవును అని సమాధానం అయితే వివరాలు లేదా కావలసిన ఇతర ఏదైనా సమాచారం

మెరుగైన నా అవగాహన మేరకు పైన అందించిన నా వాంగ్మూలం, సమాధానాలు మరియు/లేదా వివరాలు సరైనవి మరియు పరిపూర్ణమైనవి నేను వెల్లడిస్తున్నాను. నేను అందించిన సమాచారం బీమా పాలీసీ పునరుద్ధరణకు ఆధారమని మరియు ఈ వెల్లడిలోని వాంగ్మూలం హామీ అని నాకు అర్థమయ్యింది. ఏదైనా తప్పుడు వాంగ్మూలం అందించినా లేదా వాస్తవ నిజాలను దాచినా లేదా ఏదైనా తప్పుడు సమాచారం ఉన్నా లేదా మోసం చేయడం జరిగినా, పేర్కొన్న ఒప్పందాన్ని సమయ సమయాలకు సవరించిన బీమా చట్టం 1938 సెక్షన్ 45 ప్రకారం కొనసాగుతుంది. సెక్షన్ 45 నిబంధించిన పూర్తి వివరాలు మరియు ‘పాలీసీ తీర్మానం’ కోసం దయచేసి సమయ సమయాలకు సవరించిన బీమా చట్టం 1938 సెక్షన్ 45ని చూడండి.

పూర్తి ప్రీమియం, ఆలస్య రుసుము మరియు పన్నులు ఏదైనా ఉంటే కలిపి చెల్లించేంత వరకు పునరుద్ధరణను పరిగణలోకి తీసుకోవడం జరగదని నాకు అర్థమయ్యింది. సంబంధిత నిబంధనలలో పేర్కొన్నవి తప్పా, పాలీసీలోగల మొత్తం పైన ఎలాంటి వడ్డీ ఉండదని నేను అంగీకరిస్తున్నాను.

కంపెనీ ద్వారా పునరుద్ధరణకు సంబంధించిన రాతపూరిత ఆమోదం అందించేంత వరకు రిస్కు భద్రత మరియు ఇతర లాభాలు పునఃప్రారంభం కావని మరియు పాలీసీ కింద అందించబడి లాభాలు పూర్తిగా పాలీసీ నియమాలు మరియు నిబంధనల ప్రకారం ఉంటాయని నాకు అర్థమయ్యింది మరియు అంగీకరిస్తున్నాను.

బీమా ఒప్పందం సమయ సమయాలకు సవరించబడిన వర్తింపు చట్టపరమైన ఏర్పాట్ల ప్రకారం కొనసాగుతాయని మాకు అర్థమయ్యింది.

పాలీసీ పునరుద్ధరణకు నా ఖర్చులతో కంపెనీకి అవసరమైన వెద్దపరిక్షలు కొనసాగించుకుంటానని నేను వెల్లడిస్తున్నాను.

సాక్షి సంతకం
సాక్షి పేరు మరియు చిరునామా

పాలీసీదారు ప్రాంతీయ భాషలో సంతకం చేసిన లేదా వేలి ముద్ర వేసినా, అందించబడిన వెల్లడి :

ఈ ఫారంలోని అంశాలను బీమా తీసుకున్న పాలీసీదారు/సభ్యులకు _____ భాషలో చదివి మరియు వివరించానని, సమాధానాలను సరిగ్గా మరియు ఖచ్చితంగా రాశానని మరియు బీమా తీసుకున్న పాలీసీదారు/సభ్యులు, అంశాలను పూర్తిగా అర్థం చేసుకొని నా సమక్షంలో అతని/ఆమె సంతకం చేశారని/వేలి ముద్ర వేశారని మరియు ఏదైనా తప్పుడు వాంగ్మూలం లేదా వాస్తవ సమాచారాన్ని దాచివుంచుతే లేదా ఏదైనా తప్పుడు వాంగ్మూలం లేదా మోసం ఉంటే, సమయ సమయాలకు సవరించబడిన ఆదాయం చట్టం 1938 యొక్క సెక్షన్ 45 ఏర్పాట్ల ప్రకారం ఒప్పందాన్ని కొనసాగించడం జరుగుతుందని నేను వెల్లడిస్తున్నాను.

వెల్లడించువారి పేరు మరియు చిరునామా: _____

జీవిత బీమాదారు/పాలీసీదారుని బొటనవేలు ముద్ర/సంతకం
(జీవిత బీమాదారు మైనర్ అయినచో, ప్రతిపాదిస్తున్నవారి బొటనవేలు ముద్ర/సంతకం అవసరం ఉంటుంది)

స్థలం: _____ తేదీ: _____

వెల్లడించువారి సంతకం