

એસ્પાયર

પ્રોડક્શન ફોર્મ

URN: 024

વીમા કરાર એ કાનૂની કરાર પણ છે અને તે ટ્રસ્ટ અને અમે તમારા પર વિશ્વાસ કરીએ છીએ તેના પર આધારિત છે. અમે સમજીએ છીએ કે તમારા સ્વાસ્થ્ય અંગેની માહિતી અને તમારી નીતિ પર તેની અસર કેટલી સુસંગત છે તે તમે જાણતા ન હોવ. તેથી, તમે આરોગ્યની તમામ માહિતી જાહેર કરો તે ખૂબ જ મહત્વનું છે અને અમે નક્કી કરીશું કે તે કેટલી સુસંગત છે (અમે તેને 'ભૌતિક હકીકત' કહીએ છીએ). અમે તમારી પોલિસી રદ કરીશું, કોઈ દવાની ચૂકવણી કરીશું નહીં, ચૂકવેલ કોઈ પ્રીમિયમને પરત કરીશું નહીં અને વીમાનો પ્રસ્તાવ મૂકવામાં આવેલા તમામ સભ્યો વિશે સચી અને સંપૂર્ણ માહિતી પૂરી પાડવામાં ન આવે તો, અગાઉ ચૂકવેલ વાલોની વસૂલાત સહિત તમારી સામે તમામ શાશ્વ કાનૂની પગલાં લેવાનો અધિકાર ધરાવીએ છીએ. નિયમની આદેશ આપે છે કે કવરેજ ફક્ત તે જ શરૂ કરી શકે છે જે આપણે સંપૂર્ણ પ્રીમિયમ પ્રાપ્ત કર્યું છે અને જોખમને સ્પષ્ટપણે સ્વીકાર્યું છે.

1. પ્રસ્તાવક વિગતો:

શીર્ષક	નામ										
DOB	DDMMYYYY	જાતિ:	પુરુષ	નારી	અન્ય	રાષ્ટ્રીયતા					
વર્તમાન સરનામું											
સીમાવિહી	શહેર										
જિલ્લો	રાજ્ય										વ્યક્તિગત ઓળખ નંબર
વેન્ડવાઈઝ નંબર											મોબાઇલ નંબર
ઈ-મેઇલ ID											વૈકલ્પિક નંબર
વાર્ષિક આવક (રૂ.)											CKYC નંબર
વ્યવસાય	પગારદાર	સ્વ-રોજગાર									
દ્વારા ચૂકવવામાં આવતું પ્રીમિયમ											પ્રસ્તાવ મૂકનાર સાથે સંબંધ

હું પર્ચાઇઝરનું રક્ષણ કરવા માગું છું અને એક્સિડન્ટ ફોર્મમાં અહીં ઉલ્લેખ કર્યા મુજબ તમારી તમામ નીતિ અને સેવા સંબંધિત સંદેશાવ્યવહારને ઇમેઇલ આઇડી પર મોકલવા માટે કંપનીને અધિકૃત કરીને કાગળને બચાવવામાં મદદ કરવા માંગું છું?

મેં તમામ નિયમો અને શરતો વાંચી છે, સમજી છે અને સ્વીકારી છે અને આ સાથે નિવા બુપા હેલ્થ ઇન્શ્યોરન્સ અથવા તેના કોઈ પણ એજન્ટ અને/અથવા નાહિત પક્ષ (ઓ) / સહયોગીઓને મારો એસએમએસ/ ઇમેઇલ/ ફોન / વ્હોટ્સએપ / ફેસબુક અથવા મારા રજિસ્ટર્ડ ફોન નંબર પરના અન્ય કોઈ પણ મોડેલ પર મારો સંપર્ક કરવા માટે અધિકૃત કરે છે જેથી આવકારદાયક કોલ્સ / એસએમએસ, સર્વિસ કોલ્સ / એસએમએસ અથવા એસએમએસ અથવા એસએમએસ અથવા એસએમએસ અથવા અન્ય કોઈ પણ વ્યવસાયિક સંદેશાવ્યવહાર કરી શકાય.

શું તમે કે કોઈ પણ સૂચિત અરજદાર પીઈપી#છો? હા ના

#Politically એક્સપોઝ્ડ ધર્સન્સ (પીઇપી) એવી વ્યક્તિઓ છે જેમને અગ્રણી જાહેર કાર્યો એટલે કે કેન્દ્ર અથવા રાજ્ય સરકારના વડાઓ / મંત્રીઓ, વરિષ્ઠ રાજકારણીઓ, વરિષ્ઠ સરકાર, ન્યાયિક અથવા લશ્કરી અધિકારીઓ, સરકારી કંપનીઓના વરિષ્ઠ અધિકારીઓ, પક્ષના મહત્વપૂર્ણ અધિકારીઓ છે અથવા સોપવામાં આવ્યા છે. (જો તમે પીઇપી સામે ટિક કર્યું હોય, તો ફૂપા કરીને અલગ પીઇપી પ્રશ્નાવલિ ભરો)

આમીણ અને સામાજિક ક્ષેત્રની કેટેગરી (જો વાગુ પડતું હોય તો): આશા વર્કર મનરેગા કામદાર

શું તમને પોલિસી કીટની ભૌતિક નકલ જોઈએ છે: હા ના

બેંક વિગતો:

બેંક નામ											
ખાતા નંબર											IFSC કોડ
Account type	સંચકી રહ્યા છીએ	વર્તમાન	શાખા								શહેર

ઇલેક્ટ્રોનિક વીમા ખાતાની વિગતો (ઇઆઇએ)

શું તમે ઇચ્છો છો કે આ નીતિનો શ્રેય કોઈ ઈઆઇએને આપવામાં આવે? (ફૂપા કરીને કોઈપણ એક પસંદ કરો)

ના, મારી પાસે ઈઆઇએ નથી અને ખોલવાની ઇચ્છા પણ નથી હા, આ પોલિસીને મારા ઇ-ઇન્શ્યોરન્સ એકાઉન્ટમાં કેડિટ કરો

જો હા, તો ફૂપા કરીને હાલના ઇ-ઇન્શ્યોરન્સ એકાઉન્ટ નંબરને શેર કરો.

ફૂપા કરીને પસંદ કરો ઇન્શ્યોરન્સ રિપોઝિટરીનું નામ (તમે સાથે તમારું ખાતું ખોલાવ્યું છે)

મેસર્સ એનએસડીએલ ડેટાબેઝ મેનેજમેન્ટ લિમિટેડ મેસર્સ સેન્ટ્રલ ઇન્શ્યોરન્સ રિપોઝિટરી લિમિટેડ

મેસર્સ કાર્વા ઇન્શ્યોરન્સ રિપોઝિટરી લિમિટેડ મેસર્સ CAMS રિપોઝિટરી સર્વિસીસ લિમિટેડ (ફૂપા કરીને કોઈ પણ એક પસંદ કરો) અથવા

મારી પાસે હાલનું ઈ-ઇ-ઇન્શ્યોરન્સ ખાતું નથી અને હું નવું ઈ-ઇ-ઇન્શ્યોરન્સ એકાઉન્ટ તૈયાર કરવામાં રસ ધરાવું છું (ફૂપા કરીને સંબંધિત દસ્તાવેજો સાથે ઇલેક્ટ્રોનિક ઇન્શ્યોરન્સ એકાઉન્ટ ઓપનિંગ ફોર્મ ઇઆઇએ ફોર્મ સબમિટ કરો).

રિન્યૂઅલની ચૂકવણી સાઇન-અપ:
તમારી હેલ્થ ઇન્શ્યોરન્સ પોલિસીના રિન્યૂઅલ પ્રિમિયમની ચૂકવણી દર વર્ષે તમારા હાલના ઓટોમેટેડ ક્લીયરિંગ હાઉસ (એસીએચ) / સ્થાયી સૂચનાઓ (એસઆઈ) કંપની સાથે યાવુ રાખીને કરી શકાય છે. આ વિકલ્પ હેઠળ અમારી નીતિને તાત્કાલિક નવીનીકરણ કરી શકાય છે, પરંતુ કંપની દ્વારા જરૂરી હોય તેવી માહિતી અને દસ્તાવેજોની તમામ વધારાની જરૂરિયાતોની સમાવેશ કરીને તમને આધિન છે.

એસીએચ/એસઆઈ રિન્યૂઅલ ઓપનો વિકલ્પ પસંદ કરવા માગે છે અને તે રીટે પ્રીમિયમ પર 2.5 ટકાની છૂટ મેળવવા માગે છે, જો તેનો ઉપયોગ કરીને મી પોલિસી રિન્યૂ કરવામાં આવે તો.

પણ માં DDMMYYYY સ્થાન દરખાસ્ત કરનારની સહી

2. વીમા માટે અરજદારોની વિગતો:

અરજદાર 1	નામ											
	જાતિ	<input type="checkbox"/> પુરુષ	<input type="checkbox"/> નારી	<input type="checkbox"/> અન્ય	ઊંચાઈ	<input type="text"/>	(એચયુએફ)	<input type="text"/>	(ઇંચ)	વજન	<input type="text"/>	(કિ.ગ્રા.)
	મોબાઇલ નંબર	<input type="text"/>			જન્મની તારીખ	<input type="text"/>			ભારતીય ન હોય તો કૃપા કરીને ટિક કરો			
	પ્રસ્તાવ મુકનાર સાથે સંબંધ (કૃપા કરીને વિકલ્પ ટિક કરો): સ્વ/જીવનસાથી/પિતા/માતા/સસરા/સાસુ-સસરા/પુત્ર/પુત્રી/કર્મચારી											
જો રજિસ્ટર્ડ મેડિકલ પ્રેક્ટિશનર*, તો કૃપા કરીને પ્રદાન કરો: 1. મેડિકલ રજિસ્ટ્રેશન નંબર												
ii. કાઉન્સિલ નામ												
iii. કાર્યસ્થળનું સરનામું												
અરજદાર 2	નામ											
	જાતિ	<input type="checkbox"/> પુરુષ	<input type="checkbox"/> નારી	<input type="checkbox"/> અન્ય	ઊંચાઈ	<input type="text"/>	(એચયુએફ)	<input type="text"/>	(ઇંચ)	વજન	<input type="text"/>	(કિ.ગ્રા.)
	મોબાઇલ નંબર	<input type="text"/>			જન્મની તારીખ	<input type="text"/>			ભારતીય ન હોય તો કૃપા કરીને ટિક કરો			
	પ્રસ્તાવ મુકનાર સાથે સંબંધ (કૃપા કરીને વિકલ્પ ટિક કરો): જીવનસાથી/પિતા/માતા/સસરા/સાસુ-સસરા/પુત્ર/પુત્રી											
જો રજિસ્ટર્ડ મેડિકલ પ્રેક્ટિશનર*, તો કૃપા કરીને પ્રદાન કરો: 1. મેડિકલ રજિસ્ટ્રેશન નંબર												
ii. કાઉન્સિલ નામ												
iii. કાર્યસ્થળનું સરનામું												
અરજદાર 3	નામ											
	જાતિ	<input type="checkbox"/> પુરુષ	<input type="checkbox"/> નારી	<input type="checkbox"/> અન્ય	ઊંચાઈ	<input type="text"/>	(એચયુએફ)	<input type="text"/>	(ઇંચ)	વજન	<input type="text"/>	(કિ.ગ્રા.)
	મોબાઇલ નંબર	<input type="text"/>			જન્મની તારીખ	<input type="text"/>			ભારતીય ન હોય તો કૃપા કરીને ટિક કરો			
	પ્રસ્તાવ મુકનાર સાથે સંબંધ (કૃપા કરીને વિકલ્પ ટિક કરો): જીવનસાથી/પિતા/માતા/સસરા/સાસુ-સસરા/પુત્ર/પુત્રી											
જો રજિસ્ટર્ડ મેડિકલ પ્રેક્ટિશનર*, તો કૃપા કરીને પ્રદાન કરો: 1. મેડિકલ રજિસ્ટ્રેશન નંબર												
ii. કાઉન્સિલ નામ												
iii. કાર્યસ્થળનું સરનામું												
અરજદાર 4	નામ											
	જાતિ	<input type="checkbox"/> પુરુષ	<input type="checkbox"/> નારી	<input type="checkbox"/> અન્ય	ઊંચાઈ	<input type="text"/>	(એચયુએફ)	<input type="text"/>	(ઇંચ)	વજન	<input type="text"/>	(કિ.ગ્રા.)
	મોબાઇલ નંબર	<input type="text"/>			જન્મની તારીખ	<input type="text"/>			ભારતીય ન હોય તો કૃપા કરીને ટિક કરો			
	પ્રસ્તાવ મુકનાર સાથે સંબંધ (કૃપા કરીને વિકલ્પ ટિક કરો): જીવનસાથી/પિતા/માતા/સસરા/સાસુ-સસરા/પુત્ર/પુત્રી											
જો રજિસ્ટર્ડ મેડિકલ પ્રેક્ટિશનર*, તો કૃપા કરીને પ્રદાન કરો: 1. મેડિકલ રજિસ્ટ્રેશન નંબર												
ii. કાઉન્સિલ નામ												
iii. કાર્યસ્થળનું સરનામું												
અરજદાર 5	નામ											
	જાતિ	<input type="checkbox"/> પુરુષ	<input type="checkbox"/> નારી	<input type="checkbox"/> અન્ય	ઊંચાઈ	<input type="text"/>	(એચયુએફ)	<input type="text"/>	(ઇંચ)	વજન	<input type="text"/>	(કિ.ગ્રા.)
	મોબાઇલ નંબર	<input type="text"/>			જન્મની તારીખ	<input type="text"/>			ભારતીય ન હોય તો કૃપા કરીને ટિક કરો			
	પ્રસ્તાવ મુકનાર સાથે સંબંધ (કૃપા કરીને વિકલ્પ ટિક કરો): જીવનસાથી/પિતા/માતા/સસરા/સાસુ-સસરા/પુત્ર/પુત્રી											
જો રજિસ્ટર્ડ મેડિકલ પ્રેક્ટિશનર*, તો કૃપા કરીને પ્રદાન કરો: 1. મેડિકલ રજિસ્ટ્રેશન નંબર												
ii. કાઉન્સિલ નામ												
iii. કાર્યસ્થળનું સરનામું												
અરજદાર 6	નામ											
	જાતિ	<input type="checkbox"/> પુરુષ	<input type="checkbox"/> નારી	<input type="checkbox"/> અન્ય	ઊંચાઈ	<input type="text"/>	(એચયુએફ)	<input type="text"/>	(ઇંચ)	વજન	<input type="text"/>	(કિ.ગ્રા.)
	મોબાઇલ નંબર	<input type="text"/>			જન્મની તારીખ	<input type="text"/>			ભારતીય ન હોય તો કૃપા કરીને ટિક કરો			
	પ્રસ્તાવ મુકનાર સાથે સંબંધ (કૃપા કરીને વિકલ્પ ટિક કરો): જીવનસાથી/પિતા/માતા/સસરા/સાસુ-સસરા/પુત્ર/પુત્રી											
જો રજિસ્ટર્ડ મેડિકલ પ્રેક્ટિશનર*, તો કૃપા કરીને પ્રદાન કરો: 1. મેડિકલ રજિસ્ટ્રેશન નંબર												
ii. કાઉન્સિલ નામ												
iii. કાર્યસ્થળનું સરનામું												

*પ્રીમિયમ પર 5%ની છૂટ મેળવો. મેડિકલ પ્રેક્ટિશનર એટલે એવી વ્યક્તિ કે જે કોઈ પણ રાજ્ય અથવા મેડિકલ કાઉન્સિલ ઓફ ઇન્ડિયા અથવા કાઉન્સિલ ફોર ઇન્ડિયન મેડિસિન અથવા ભારત સરકાર અથવા રાજ્ય સરકાર દ્વારા સ્થાપિત હોમિયોપેથી માટેની મેડિકલ કાઉન્સિલમાંથી માન્ય નોંધણી ધરાવે છે અને આ રીતે તે તેના અધિકારક્ષેત્રની અંદર પ્રેક્ટિસ મેડિસિન માટે હકદાર છે; અને તેના વાઇસન્સના અવકાશ અને અધિકારક્ષેત્રમાં રહીને કામ કરી રહ્યો છે.

3. કવરેજ પસંદગી:

આમાર વિસ્તાર:	<input type="checkbox"/> વ્યક્તિગત <input type="checkbox"/> ફિમિલી ફ્લોટર <input type="checkbox"/> મલ્ટી મેમ્બર વ્યક્તિગત
આવરી લેવાના જીવનની સંખ્યા:	<input type="checkbox"/> પુખ્ત વયનાઓ <input type="checkbox"/> બાળકો
યવ:	<input type="checkbox"/> સોનું <input type="checkbox"/> નીલમ <input type="checkbox"/> હીરો <input type="checkbox"/> પ્લેટિનમ <input type="checkbox"/> ટાઇટેનિયમ <input type="checkbox"/> ગોલ્ડ+ <input type="checkbox"/> નીલમ+ <input type="checkbox"/> સાયમંડ+ <input type="checkbox"/> પ્લેટિનમ+ <input type="checkbox"/> ટાઇટેનિયમ+ <input type="checkbox"/> ફ્લેક્સી
વીમાની મૂળભૂત રકમ:	_____
પોલિસી ટર્મ:	<input type="checkbox"/> 1 વર્ષ <input type="checkbox"/> 2 વર્ષ <input type="checkbox"/> 3 વર્ષો

વેકવિપક કવરેજ:						
1. હોસ્પિટલ કેશ	<input type="checkbox"/> હા <input type="checkbox"/> ના					
2. સુરક્ષિત \$	<input type="checkbox"/> હા <input type="checkbox"/> ના					
3. સેફગાર્ડ+ \$	<input type="checkbox"/> હા <input type="checkbox"/> ના					
4. કુપા કરીને 'વ્યક્તિગત અકસ્માત કવર' પસંદ કરતા હોય તો ટિક કરો (આ વિકલ્પ ફક્ત 18 વર્ષ કે તેથી વધુ ઉંમરના અરજદારો માટે જ ઉપલબ્ધ છે)	અરજદાર નંબર					
	1	2	3	4	5	6
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. વાર્ષિક એકદર ડિડક્ટેબલ વિકલ્પો:	<input type="checkbox"/> ના <input type="checkbox"/> 10,000 <input type="checkbox"/> 20,000 <input type="checkbox"/> 30,000 <input type="checkbox"/> 50,000 <input type="checkbox"/> 1,00,000					
	<input type="checkbox"/> 2,00,000 <input type="checkbox"/> 3,00,000 <input type="checkbox"/> 4,00,000 <input type="checkbox"/> 5,00,000					
6. સહ-યુકવધી	<input type="checkbox"/> ના <input type="checkbox"/> 10% <input type="checkbox"/> 20% <input type="checkbox"/> 30% <input type="checkbox"/> 40% <input type="checkbox"/> 50%					
7. પહેલેથી અસ્તિત્વ ધરાવતો રોગ રાહ જોવાનો સમય સુધારો	<input type="checkbox"/> ના <input type="checkbox"/> ૪ વર્ષ <input type="checkbox"/> ૩ વર્ષ <input type="checkbox"/> ૨ વર્ષ <input type="checkbox"/> ૧ વર્ષ					
8. કક્ષ પ્રકાર ફેરફારિકા tion	<input type="checkbox"/> ના <input type="checkbox"/> પ્રમાણભૂત એક કક્ષ <input type="checkbox"/> વહેંચાયેલ કક્ષ					
9. સીમાવિહીન (સહ-યુકવધી સાથે)	<input type="checkbox"/> ના <input type="checkbox"/> 50% <input type="checkbox"/> 40% <input type="checkbox"/> 30% <input type="checkbox"/> 20% <input type="checkbox"/> 0%					
10. ભવિષ્ય તૈયાર	<input type="checkbox"/> હા <input type="checkbox"/> ના					
11. કેશ-બેગ	<input type="checkbox"/> હા <input type="checkbox"/> ના					
12. વેલકમ્સન્ટ (OPD)	<input type="checkbox"/> હા <input type="checkbox"/> ના					

એડ-ઓન:						
1. સ્માર્ટ હેલ્થ+ (રોગ વ્યવસ્થાપન) * તમામ અસરગ્રસ્ત સભ્યોને એક વેરિઅન્ટ ગોલ્ડ અથવા પ્લેટિનમ પસંદ કરવા માટે.	<input type="checkbox"/> સોનું <input type="checkbox"/> પ્લેટિનમ <input type="checkbox"/> ના					
	1	2	3	4	5	6
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. સ્માર્ટ હેલ્થ+ (એક્શ્યુટ કેર) *બેમાંથી કોઈ એકની પસંદગી કરી શકાય છે	<input type="checkbox"/> શ્રેષ્ઠ પરામર્શ <input type="checkbox"/> શ્રેષ્ઠ સંભાળ <input type="checkbox"/> ના					
	₹. 5,000 INR 10,000 INR 15,000 INR 20,000					
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ઝડપી આગળ ધપાવો	<input type="checkbox"/> હા <input type="checkbox"/> ના					

*મંચુ જીવનની વીમાનું રકમ આમ વીમાનું સમ્બંધી માટે સમાવ્ય છે. જીવનની અર્થ એ છે કે વ્યક્તિગત અથવા સમૂહિક રૂપે તમામ વીમાધારકો આ મર્યાદાને ધારી કરી શકે છે. કમ્પાઈ સેફગાર્ડ અથવા સેફગાર્ડ પસંદ કરી શકાય છે

4. પોર્ટોફોલિયો				
પોલિસી નંબર	વીમા કંપની	જોખમ શરુઆતની તારીખ	જોખમ સમાપ્તિ તારીખ	પોર્ટોફોલિયો માટે કારણ

સુચિત વીમાધારકનું નામ કે જેના માટે પોર્ટેબિલિટીની વિનંતી કરવામાં આવે છે	પ્રથમ પોલિસી શરૂઆતની તારીખ	ના. વર્ષોના સતત કવરેજ કે જેના માટે પોર્ટેબિલિટીની વિનંતી કરવામાં આવે	ભૂતકાળની નીતિઓમાં દાવાઓ	વર્તમાનનો ક્લેઇમ બોનસ	વીમાની રકમ - વર્ષ 1 (સૌથી જૂનું)	વીમાની રકમ- વર્ષ 2	વીમાની રકમ - વર્ષ 3	વીમાફત રકમ - વર્ષ 4 (પોલિસીની સમાપ્તિ)

5. નોમિનેશન

પ્રસ્તાવકનું અવસાન થાય તેવા સંજોગોમાં નીતિ હેઠળ બાકી નીકળતી કોઈ પણ ચૂકવણી નીચે નામ ધરાવતા નોમિનીને ચૂકવવાપાત્ર બનશે. નોમિની દ્વારા આ પ્રકારની ચૂકવણીની પ્રાપ્તિની નીતિ હેઠળ કંપનીની જવાબદારીમાંથી મુક્તિ મળશે.

નોમિની નામ	જન્મની તારીખ	પ્રસ્તાવ મૂકનાર સાથેનો સંબંધ	નોમિનીનું સરનામું, મોબાઇલ નંબર અને ઇમેઇલ આઇડી	હોદ્દાનું નામ (જો નોમિનીની ઉંમર 18 વર્ષથી ઓછી હોય તો)

નોમિનીની બેંક વિગતો: વાસ્થા નામ:

બેંક નામ Account type સંગ્રહી વર્તમાન

ખાતા નંબર IFSC કોડ

૬. તબીબી, આદતો અને ભૂતકાળની દરખાસ્તોની માહિતી

અગત્યની બાબત: ફૂપા કરીને એ વાતનો અહેસાસ કરો કે આ વિભાગમાંના તમામ પ્રશ્નોના જવાબ સાચા અર્થમાં અને સંપૂર્ણપણે આપવામાં આવ્યા છે, કારણ કે તમે અહીં જે માહિતી પ્રદાન કરો છો તે અન્ડરરાઇટિંગ બાય બાય નિવા બુખાનો આધાર બનશે. ફૂપા કરીને નોંધ લેશો કે કોઈ પણ અપૂર્ણ, ખોટી, આંશિક રીતે સાચી માહિતી તમારા તબીબી દાવા અને/અથવા કવરેજને અસર કરી શકે છે.

35 વર્ષ સુધીની ઉંમરના સૌથી મોટા સભ્ય માટે

વિભાગ એ: 'તમ' નો અર્થ એ છે કે તમે પોત અને આ ઓપ્શન દ્વારા આ નીતિ શાંતિ રહેવા અન્ય તમામ લોકો.	1		2		3		4		5		6	
	1. શું તમે નીચેનામાંથી કોઈ પણ રોગથી પીડાઈ રહ્યા છો? ક. કેન્સર/લ્યુકેમિયા/મેલિગ્નન્ટ ટ્યુમર બી. કાર્ડિયાક બિમારીઓ (હાર્ટ એટેક, બાયપાસ સર્જરી વગેરે) ક. મેજર ઓર્થોપેડિક ડિસઓર્ડર (ફ્રેક્ચર, લૂથ, ફેક્સ વગેરે) ડી. મ્યુલ્ટિપલ સ્કેલિસ/સ્ટ્રોક/પેરાલિસિસ જેવા કે કોનિક ઓબ્સ્ટ્રક્શન/પલ્મોનરી ડિસીઝ (સીઓપીડી) /પ્રોગ્રેસિવ લંગ્સ ડિસીઝ એફ. હિપેટાઇટિસ બી અથવા સી, કોનિક લિવર ડિસીઝ, ક્રોનિક ડિસીઝ, અલ્કોહોલિક લિવર ડિસીઝ જી. આયર્નની ઉણપ સિવાયની કોઈ પણ એનિમિયા એનિમિયા એચ. ટાઇપ 1 ડાયાબિટીસ	અને	N	અને	N	અને	N	અને	N	અને	N	અને
2. શું તમને ડાયાબિટીસ છે?	અને	N	અને	N	અને	N	અને	N	અને	N	અને	N
3. Do તમને હાઇપરટેન્શન છે?	અને	N	અને	N	અને	N	અને	N	અને	N	અને	N
4. ક્યારેય કોઈ રોગનું નિદાન થયું છે કે જેને એક અઠવાડિયાથી વધુ સમય માટે સારવારની જરૂર હોય?	અને	N	અને	N	અને	N	અને	N	અને	N	અને	N
5. ક્યારેય સર્જરી કરાવી છે? કે પછી કોઈને સલાહ આપી?	અને	N	અને	N	અને	N	અને	N	અને	N	અને	N
6. હાલમાં કોઈ ફોલોઅપ હેઠળ છે અથવા કોઈ સારવારની રાહ જોઈ રહ્યા છે?	અને	N	અને	N	અને	N	અને	N	અને	N	અને	N

વિભાગ બી: જો ઉપરોક્ત કોઈ પણ પ્રશ્નો તમારો જવાબ 'હા' હોય તો	અરજદાર નંબર 1	અરજદાર નંબર 2	અરજદાર નંબર 3	અરજદાર નંબર 4	અરજદાર નંબર 5	અરજદાર નંબર 6
1. નિદાન અને અથવા શસ્ટ્રિયાનું નામ?						
2. સર્જરીની વિગતો? વર્ષ અને મહિનો						
3. હાલની આરોગ્ય સ્થિતિ?						

વિભાગ એ: કૃપા કરીને તબીબી સમસ્યાઓ વિશેની માહિતી શેર કરો												
કૃપા કરીને દરેક અરજદાર માટે નીચેના પ્રશ્નોના જવાબ આપો. કૃપા કરીને 'હા' (Y) અથવા 'ના' (N) પર વર્તુળ બનાવો.												
અરજદાર નંબર												
1 2 3 4 5 6												
i. સામાન્ય શરદી, ફ્લૂ, ચેપ, નાની ઇજા અથવા અન્ય નાની બિમારીઓ સિવાય; શું અરજદારને ક્યારેય કોઈ રોગ હોવાનું નિદાન થયું છે અને/અથવા 5 દિવસથી વધુ સમય માટે હોસ્પિટલમાં દાખલ કરવામાં આવ્યા છે અને/અથવા કોઈ પણ સર્જિકલ પ્રક્રિયાઓમાંથી પસાર થવાની સલાહ આપવામાં આવી છે અને/અથવા કોઈ દવા લીધી છે / 14 દિવસથી વધુ સમયથી કોઈ વક્ષણો ખરાવતા હતા? ઔષધોપચારમાં ઇન્હેબર્સ, ઇન્જેક્શન, ઓરલ ડ્રગ્સ અને શરીરના ભાગો પર બાહ્ય તબીબી ઉપયોગોનો સમાવેશ થાય છે પરંતુ તે પૂરતું મર્યાદિત નથી.												
2. શું અરજદારને ક્યારેય થાઇરોઇડ પ્રોફાઇલ, વિપિડ પ્રોફાઇલ, ટ્રેડમિલ ટેસ્ટ, એન્જિયોગ્રાફી, ઇકોકાર્ડિયોગ્રાફી, એન્ડોસ્કોપી, અલ્ટ્રાસાઉન્ડ, સીટી સ્કેન, એમઆરઆઇ, બાયોપ્સી અને એફએનએસી સાથે સંબંધિત કોઈ નિદાન પરીક્ષણો અથવા તપાસમાં પ્રતિકૂળ તારણો મેળવ્યા છે?												
iii. શું અરજદારને ડાયાબિટીસ અથવા પ્રી-ડાયાબિટીસ છે અથવા તેને ક્યારેય હાઈ બ્લડ સુગર થયું છે?												
iv. શું અરજદારને હાયપરટેન્શન અથવા હાઈ બ્લડ પ્રેશર છે?												
v. શું અરજદારને ક્યારેય કોઈ આનુવંશિક/વારસાગત વિકાર અથવા એચ.આય.વી./એઇડ્સ માટે નિદાન અથવા સારવાર આપવામાં આવી છે?												
vi. શું અરજદારને ક્યારેય કોઈ માનસિક/માનસિક વિકાર માટે નિદાન અથવા સારવાર આપવામાં આવી છે?												
7. શું અરજદારના જીવન પર જીવન, આરોગ્ય, હોસ્પિટલના દૈનિક રોકડ અથવા ગંભીર બીમારી વીમા માટેની કોઈ દરખાસ્તને ક્યારેય નામંજૂર કરવામાં આવી છે, મુલતવી રાખવામાં આવી છે, લોડ કરવામાં આવી છે અથવા કોઈ પણ વીમા કંપની દ્વારા બાકાત રાખવા જેવી કોઈ વિશેષ શરતોને આધિન કરવામાં આવી છે?												

વિભાગ બી: જો અરજદાર ધૂમ્રપાન કરે છે અથવા તમાકુ /ગુટખા / પાન મસાલા અથવા આલ્કોહોલનું સેવન કરે છે તો જ કૃપા કરીને આ વિભાગ ભરો)	1. યાવી શકાય તેવી તમાકુ/ગુટખા/પાન મસાલા. જા હા, તો કૃપા કરીને દરરોજના પાઉચની સંખ્યા જણાવો		ii. આલ્કોહોલ. જા હા, તો કૃપા કરીને દર અઠવાડિયે એમએલની સંખ્યા સ્પષ્ટ કરો		iii. સિગારેટ/બીડી/સિગાર. જા હા, તો કૃપા કરીને દરરોજના વપરાશનો ઉલ્લેખ કરો		
	1-10	> 10	<= 450	> 450	દૈનિક પીનાર	1-10	> 10
અરજદાર 1							
અરજદાર 2							
અરજદાર 3							
અરજદાર 4							
અરજદાર 5							
અરજદાર 6							

બધા પ્રસ્તાવકો માટે

વિભાગ સ: ઉપરોક્ત વિભાગમાં હા (વાય) ચિહ્નિત કરેલા પ્રશ્નો માટે, કૃપા કરીને નીચેની માહિતી સ્પષ્ટ કરો:												
અરજદાર નંબર	વક્ષણો(ઓ) અથવા તપાસ(ઓ) અથવા નિદાન અથવા પ્રક્રિયા / શસ્ત્રક્રિયાની વિગતો					સ્થિતિનો સમયગાળો	દવા(ઓ)	ડોઝેજ	વર્તમાન સ્થિતિ (દા.ત. સંપૂર્ણ/આંશિક પુનઃપ્રાપ્તિ અથવા ચાલુ સારવાર)	ડોક્ટરના નામ અને સંપર્કની વિગતોની સારવાર કરી રહ્યા છીએ	જોડાયેલ દસ્તાવેજો (હા/ના)	
	જો ડાયા- HbA1c સ્તરને બેટ કરે	જા હાઈ બ્લડપ્રેશર બીપી લેવ		કોઇપણ અન્ય વિગતો	શરૂઆત તારીખ (DD/MM/YYYY)							
		સિસ્ટોલિક	ડાયસ્ટોલિક									

7. જાહેરનામું (દરખાસ્ત ફોર્મ પર હસ્તાક્ષર કરતા પહેલાં ફૂલ કરીને કાળજીપૂર્વક વાંચો અને દરેકની સામે ચેક માર્ક મૂકો)

આથી હું મારા વતી અને વીમાની દરખાસ્ત કરાયેલી તમામ વ્યક્તિઓ વતી જાહેર કરું છું કે ઉપરોક્ત નિવેદનો, જવાબો અને/અથવા વિગતો મેં આપેલી ઉપરોક્ત બાબતો મારી શ્રેષ્ઠ જાણકારી મુજબ બધી જ બાબતોમાં સાચી અને સંપૂર્ણ છે અને આ બીજી વ્યક્તિઓ વતી દરખાસ્ત કરવાની મને સત્તા છે.

હું સમજું છું કે મારા દ્વારા પૂરી પાડવામાં આવેલી માહિતી વીમા પોલિસીનો આધાર બનાવશે, તે વીમાકંપનીની બોર્ડ દ્વારા માન્ય અન્ડરરાઇટિંગ પોલિસીને આધિન છે અને તે પોલિસી યાજ્ઞબલ પ્રીમિયમની સંપૂર્ણ ચુકવણી પછી જ અમલમાં આવશે.

હું વધુમાં જાહેર કરું છું કે હું દરખાસ્ત રજૂ થયા પછી પરંતુ કંપની દ્વારા જોખમની સ્વીકૃતિની જાણ કરતા પહેલાં, પરંતુ વીમાકંપ/દરખાસ્તકર્તા બનવા માટે જીવનના વ્યવસાય અથવા સામાન્ય આરોગ્યમાં થતા કોઈપણ ફેરફારને લેખિતમાં જાણ કરીશ.

હું જાહેર કરું છું કે હું કોઈ પણ ડોક્ટર અથવા હોસ્પિટલ પાસેથી તબીબી માહિતી મેળવવા માટે સંમત થાઉં છું, જેમજે/જેણે કોઈ પણ સમયે વીમાધારક/પ્રસ્તાવક તરીકેની વ્યક્તિ પર હાજર રહી હોય અથવા વીમાધારક/દરખાસ્ત કરનાર વ્યક્તિના શારીરિક અથવા માનસિક સ્વાસ્થ્યને અસર કરતી કોઈ પણ બાબત અંગે કોઈ પણ ભૂતકાળના કે વર્તમાન નોકરીદાતા પાસેથી હાજરી આપી હોય અને વીમાધારક/દરખાસ્ત કરનાર વ્યક્તિ પર વીમા માટે અરજી કરવામાં આવી હોય તેવી કોઈ પણ વીમા કંપની પાસેથી માહિતી મેળવવા માટે સંમતિ આપું છું. દરખાસ્ત અને/અથવા દાવાની પતાવટને અન્ડરરાઇટ કરવાના હેતુ માટે.

હું મારી દરખાસ્ત સાથે સંબંધિત માહિતીનું આદાનપ્રદાન કરવા કંપનીને અધિકૃત કરું છું, જેમાં વીમાધારક/દરખાસ્તકર્તાના તબીબી રેકોર્ડ્સ સામેલ છે, જેનો એકમાત્ર હેતુ દરખાસ્તને અન્ડરરાઇટિંગ કરવાનો અને/અથવા દાવાની પતાવટનો અને કોઈ પણ સરકારી અને/અથવા નિયમનકારી સત્તામંડળ સાથે કરવાનો છે.

હું/અમે અમારી દરખાસ્ત સાથે સંબંધિત માહિતીનું આદાન-પ્રદાન કરવા કંપનીને અધિકૃત કરીએ છીએ, જેમાં વીમાધારક/પ્રસ્તાવકના તબીબી રેકોર્ડ્સનો પણ સમાવેશ થાય છે, જેનો એકમાત્ર હેતુ અમારા પેનલમાં સામેલ પ્રદાતા સાથે સેવા પૂરી પાડવાનો છે.

તિથિ _____ સ્થાન _____ દરખાસ્ત કરનારની સહી _____

8. વર્નાક્યુલર જાહેરનામું

(પ્રસ્તુતકર્તાએ સ્થાનિક ભાષામાં હસ્તાક્ષર કર્યા હોય તેવા કિસ્સામાં પ્રમાણપત્ર (કંપનીના એજન્ટ/કર્મચારી સિવાય અન્ય કોઈ વ્યક્તિ દ્વારા સાક્ષી બનવાનું રહેશે).

આ સ્વરૂપની સામગ્રી અને તેની વિગતો મેં સ્થાનિક ભાષામાં પ્રસ્તાવકને સમજાવી છે, જેણે આ બાબતને સમજી છે અને તેની પુષ્ટિ કરી છે:

પ્રમાણિત કરનાર _____ પ્રમાણિત વ્યક્તિના _____ પ્રમાણિત કરનાર વ્યક્તિનો મોબાઇલ નંબર: _____
વ્યક્તિનું નામ: _____ હસ્તાક્ષર: _____
સાક્ષીનું નામ _____ સાક્ષીની _____ સાક્ષીનો મોબાઇલ નંબર: _____
સહી _____
દરખાસ્ત કરનારની _____
સહી _____

9. પ્રસ્તાવક ઘોષણા

(પ્રમાણપત્ર જ્યાં કોઈ પણ કારણસર દરખાસ્ત કરનાર દ્વારા દરખાસ્ત અને અન્ય સંબંધ કાળગી ભરવામાં આવતા નથી).

દરખાસ્તના ફોર્મ અને સંબંધ દસ્તાવેજોની સામગ્રી મને સંપૂર્ણપણે સમજાવવામાં આવી છે અને હું સૂચિત કરારના મહત્વને સંપૂર્ણપણે સમજી ગયો છું. પ્રપોઝલ ફોર્મ મારી સૂચના હેઠળ _____ દ્વારા ભરવામાં આવે છે અને મને તે સાચું અને પૂર્ણ હોવાનું જણાયું છે.

દરખાસ્ત કરનારની સહી _____

10. પ્રીમિયમની વિગતો (ફક્ત ઓફિસના ઉપયોગ માટે)

પ્રીમિયમ ચુકવણી વિકલ્પ _____ ચેક _____ ડિમાન્ડ ડ્રાફ્ટ _____ ક્રેડિટ કાર્ડ / ડેબિટ કાર્ડ _____ નેટ બેંકિંગ _____ રોકડ _____ બીજાઓ _____
પ્રીમિયમ રકમ _____ ઓનલાઇન ચુકવણી વ્યવહાર આઇડી: _____ તિથિ _____
બેંક નામ/શાખા _____ નિવા બુધા શાખાનું સ્થાન _____
કોડ નં. _____ આના દ્વારા સૌત કરાયેલ વ્યાપાર: સલાહકાર/ડીએસટી/કોર્પોરેટ એજન્સી/અન્ય ચેનલ્સ _____
કોડ નં. _____
નામ _____
આના પર પ્રાપ્ત થયેલી દરખાસ્ત: _____ ડીએમબીઆઈ આઈડી: _____
શું પ્રસ્તાવક છે કે અરજદાર સ્ટાફ છે? _____ હા _____ ના

11. ફક્ત બેન્કાશ્યુરન્સ ચેનલ માટે વધારાની વિગતો (ફક્ત ઓફિસના ઉપયોગ માટે)

શાખા કોડ SP કોડ RM/LG કોડ

C customer ખાતું સંખ્યા

12. વીમા સલાહકારનો અહેવાલ (માત્ર ઓફિસના ઉપયોગ માટે)

હું, મારી હેસિયતથી, કોર્પોરેટ એજન્ટના નિર્દેષ વ્યક્તિ/ઓફિસ/રિજિસ્ટરેશન ઓફિસના અધિકૃત કર્મચારી તરીકે મારી હેસિયતથી જાહેર કરું છું કે મેં આ પ્રપોઝલ ફોર્મની તમામ વિષયવસ્તુ સમજાવી છે, જેમાં આ પ્રપોઝલ ફોર્મમાં સમાવિષ્ટ પ્રશ્નોના પ્રકારનો સમાવેશ થાય છે, જેમાં આ પ્રપોઝલ ફોર્મમાં સામેલ હોય તેવા નિવેદનો(ઓ), માહિતી અને જવાબો (ઓ) દ્વારા આ પ્રપોઝલ ફોર્મમાં રજૂ કરવામાં આવેલા નિવેદનો(ઓ), માહિતી અને જવાબો (ઓ) નો સમાવેશ થાય છે, જેમાં અહીં સમાવિષ્ટ પ્રશ્નો અથવા અહીં માંગવામાં આવેલી કોઈ પણ વિગતોનો આધાર બનશે. કંપની અને પ્રસ્તાવક વચ્ચેના વીમાના કરારની, જો આ દરખાસ્તને કંપની દ્વારા પોલિસી જારી કરવા માટે સ્વીકારવામાં આવે તો, તે વધુમાં સમજાવ્યું છે.

કે જો કોઈ પણ અસત્ય નિવેદન (ઓ) / માહિતી / પ્રતિસાદ (ઓ) આ દરખાસ્તના ફોર્મમાં સમાવિષ્ટ હોય / હોય / પરિશિષ્ટ (ઓ), સોગંદનામા, નિવેદનો, રજૂઆતો, રજૂ કરવા / રજૂ કરવા માટે અને વધુ જો કોઈ ભૌતિક હકીકત જાહેર ન કરવામાં આવી હોય, તો આ દરખાસ્ત અનુસાર તેની / તેણીની તરફેણમાં જારી કરવામાં આવેલી નીતિને કંપની દ્વારા રદબાતલ અને રદબાતલ ગણવામાં આવી શકે છે અને નીતિ હેઠળ ચૂકવવામાં આવતા તમામ પ્રીમિયમને કંપની દ્વારા જમ કરી શકાય છે.

તિથિ વીમા સલાહકારની સહી

13. વૈયાનિક ચેતવણી

રિબેટ પર પ્રતિબંધ (વીમા અધિનિયમ 1938ની કલમ 41 હેઠળ)

1. કોઈ પણ વ્યક્તિ પ્રત્યક્ષ કે પરોક્ષ રીતે કોઈ પણ વ્યક્તિને ભારતમાં જીવન કે મિલકતને લગતા કોઈ પણ પ્રકારના જોખમ, ચૂકવવાપાત્ર કમિશનના સંપૂર્ણ કે હિસ્સામાં કોઈ પણ પ્રકારની છૂટ અથવા પોલિસીમાં દર્શાવેલા પ્રિમિયમની કોઈ પણ છૂટના સંદર્ભમાં વીમો લેવા કે રિન્યુ કરવા કે ચાલુ રાખવા માટે પ્રેરિત સ્વરૂપે મંજૂરી આપી શકશે નહીં કે ઓફર કરી શકશે નહીં. કે કોઈ પણ વ્યક્તિ કોઈ નીતિ સ્વીકારતી કે રિન્યુ કરતી કે ચાલુ રાખતી કોઈ પણ છૂટનો સ્વીકાર કરી શકે નહીં, સિવાય કે વીમાકંપનીના પ્રકાશિત પ્રોસ્પેક્ટસ અથવા કોષ્ટકો અનુસાર મંજૂરી આપવામાં આવી હોય તેવી છૂટ.

2. આ કલમની જોગવાઈઓનું પાલન કરવામાં કોઈ પણ વ્યક્તિ ડિફોલ્ટ કરશે તો તેના પર દસ લાખ રૂપિયા સુધીના દંડને પાત્ર થશે.

14. ABHA ID

સભ્ય નામ	શું તમારી પાસે એભા આઈડી છે?		ABHA ID	એ.એચ.એ.બી. દ્વારા વીમા કંપનીઓ/ટીપીએ સાથે તબીબી રેકોર્ડ્સ શેર કરવા	
	હા	ના		હા	ના
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15. દાવાઓના રિક્લેમ અને ચૂકવણી માટેની વિગતો

ચૂકવણી પ્રાપ્ત કરવાનો વિકલ્પ: બેંક ટ્રાન્સફર

વાલાધારીનું નામ

બેંક નામ

ખાતા નંબર IFSC કોડ

Account type

નિવા બુપા હેલ્થ ઇન્શ્યોરન્સ કંપની લિમિટેડ; રજિસ્ટર્ડ ઓફિસ- સી-98, ફસ્ટ ફ્લોર, લાજપત નગર, પાર્ટ 1, નવી દિલ્હી-110024 ડિસ્ક્રિપ્શન: ઇન્શ્યોરન્સ એ અનુરોધનો વિષય છે. નિવા બુપા હેલ્થ ઇન્શ્યોરન્સ કંપની લિમિટેડ (જે અગાઉ મેક્સ બુપા હેલ્થ ઇન્શ્યોરન્સ કંપની લિમિટેડ તરીકે ઓળખાતી હતી) (આઈઆરકીએઆઈ રજિસ્ટ્રેશન નં. 145). 'બુપા' અને 'હાર્ટબીટ' લોગો તેમના સંબંધિત માલિકોના નોંધાયેલા ટ્રેડમાર્ક્સ છે અને તેનો ઉપયોગ નિવા બુપા હેલ્થ ઇન્શ્યોરન્સ કંપની લિમિટેડ દ્વારા લાઇસન્સ હેઠળ કરવામાં આવી રહ્યો છે. ગ્રાહક હેલ્પલાઇન: 1860-500-8888. વેબસાઇટ: www.nivabupa.com. સીઆઇએન: U66000DI2008PLC182918. નિયમો અને શરતો, બાકાત રાખવા, જોખમી પરિબલો, પ્રતીક્ષાના સમયગાળા અને વાલો વિશે વધુ માહિતી માટે, કૃપા કરીને વેબસાઇટ પરું કરતા પહેલાં વેબસાઇટ પર સુધારકાને કાળજીપૂર્વક

નિવા બુપા હેલ્થ ઇન્શ્યોરન્સ કંપની લિમિટેડ; રજિસ્ટર્ડ ઓફિસ:- સી-98, ફર્સ્ટ ફ્લોર, વાજપત નગર, પાર્ટ 1, નવી દિલ્હી-110024 (ડિસ્ક્રિપ્શન:
ઇન્શ્યોરન્સ એ અનુરોધનો વિષય છે. નિવા બુપા હેલ્થ ઇન્શ્યોરન્સ કંપની લિમિટેડ (જે અગાઉ મેક્સ બુપા હેલ્થ ઇન્શ્યોરન્સ કંપની લિમિટેડ તરીકે ઓળખાતી હતી) (આઈઆરડીએઆઈ રજિસ્ટ્રેશન નં. 145), 'બુપા' અને
'હાર્ટબીટ' લોગો તેમના સંબંધિત માલિકાના નોંધાયેલા ટ્રેડમાર્ક્સ છે અને તેનો ઉપયોગ નિવા બુપા હેલ્થ ઇન્શ્યોરન્સ કંપની લિમિટેડ દ્વારા લેવામાં આવેલ છે. ગ્રાહક હેલ્પલાઇન: 1860-500- 8888
વેબસાઇટ: www.nivabupa.com. સીઆઇએન: U66000DL2008PLC182918. નિયમો અને શરતો, બાકાત રાખવા, જોખમી પરિસ્થિતિ, પ્રતીક્ષાના સમયગાળા અને બાકી વિશે વધુ માહિતી માટે, કૃપા કરીને વેબસાઇટ પૂર્વે
પહેલા વેબસાઇટ પર નિયમો અને શરતો વાંચવા

પ્રોડક્ટનું નામ: એસ્પાયર, પ્રોડક્ટ યુઆઇએન: NBHHLIP24129V012324 | એડ-ઓન નામ: સ્માર્ટ હેલ્થ+, એડ-ઓન યુઆઇએન: NBHHLIA22164V012122
એડ-ઓન નામ: ફાસ્ટ રિસ્પન્ડ, એડ-ઓન યુઆઇએન: NBHHLIA24126V012324

કંપની દ્વારા સ્વીકૃતિ

એક્સિડેન્ટ નં.

તિથિ

પર તારીખની રકમ ચેક/ડિમાન્ડ ડ્રાફ્ટ/અન્ય દ્વારા તમારી દરખાસ્ત અને રકમની પ્રાપ્તિ બદલ અમે આભાર સાથે સ્વીકારીએ છીએ. ન તો વીમા માટેની પૂર્ણ થયેલી દરખાસ્તની અમારી સમક્ષ રજૂઆત
કે ન તો કોઈ નીતિ જારી કરવા માટે કરવામાં આવેલી કોઈ પણ ચૂકવણી, જે નિર્ણય અમારી સંપૂર્ણ અને સંપૂર્ણ મુનસફીમાં હોય અને હંમેશાં રહેશે, તે જારી કરવા સંમત થવાની અમને ફરજ પાડે છે. જો આપણે વીમા માટેની દરખાસ્ત સ્વીકારીએ, તો તે પોલિસીના નિયમો અને શરતોને આધિન રહેશે અને જો
પ્રીમિયમ અમને સંપૂર્ણ અને સમયસર પ્રાપ્ત ન થાય અથવા પ્રાપ્ત ન
થાય અથવા પ્રાપ્ત ન થાય તો અમારી પાસે કોઈ પણ પ્રકારની જવાબદારી રહેશે નહીં. જો અમે દરખાસ્તનો સ્વીકાર નહીં કરીએ, તો અમે તમને જાણ કરીશું અને તમારી પાસેથી વ્યાજ વિના પ્રાપ્ત થયેલા તબીબી પરીક્ષણોનો ખર્ચ, જો કોઈ હોય તો તે બાદ કર્યા પછી ચૂકવણી પરત કરીશું.

મેળવનાર અને ઓફિસ સીલનું નામ અને સહી