

એમ્માવર હેલ્થ પ્લાન, નિવા બુપા હેલ્થ ઇન્શ્યોરન્સ કંપની લિમિટેડ - પ્રપોઝલ ફોર્મ

URN: 027



1. પ્રસ્તાવક વિગતો:

Title _____ નામ _____ જન્મની તારીખ _____ જાતિ પુરુષ નારી અન્ય _____
 વર્તમાન સરનામું _____

શહેર _____
 State _____ Pincode _____

મોબાઇલ એન ઓફિસર _____
 ઇ-મેઇલ ID _____ PAN નંબર _____

Nationality _____ વાર્ષિક આવક _____ (₹)

વ્યવસાય: પગારદાર સ્વ-રોજગાર વિદ્યાર્થી ગૃહિણી અન્ય, કૃપા કરીને સ્પષ્ટ કરો _____

શું તમે પોલિસી કિટની ફિઝિકલ કોપી ઇચ્છો છો: હા ના

આરોગ્ય સંભાળ કાર્યકર *: હા ના (* પ્રીમિયમ પર 5%ની છૂટ મેળવો.)

દ્વારા ચૂકવવામાં આવતું પ્રીમિયમ _____ પ્રપોઝર સાથેના સંબંધો _____

હું મારા મોબાઇલ નંબર પર વોટ્સએપ પર મારી નીતિ સંબંધિત માહિતી અને અપડેટ્સ પ્રાપ્ત કરવા માંગુ 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 ત્રાહિત પક્ષ(ઓ)/સહયોગીઓને મારો એસએમએસ/ઇમેઇલ/ફોન/વ્હોટ્સએપ/ફેસબુક અથવા મારા રજિસ્ટર્ડ ફોન નંબર પરના અન્ય કોઈ પણ માધ્યમ દ્વારા મારો સંપર્ક કરવા માટે અધિકૃત કર્યા છે, જેથી હું સ્વાગત કોલ/એસએમએસ, સર્વિસ કોલ્સ/એસએમએસ અથવા અન્ય કોઈ પણ કોમર્શિયલ કમ્યુનિકેશન કરી શકું.

શું તમે અથવા કોઈ પણ સૂચિત અરજદાર પીઈપી ** છો? હા ના

પોલિટિકલ એક્સપોઝ્ડ પર્સન્સ (પીઈપી) એવી વ્યક્તિઓ છે જેમને અગ્રણી જાહેર કાર્યો એટલે કે કેન્દ્ર કે રાજ્ય સરકારના વડાઓ/મંત્રીઓ, વરિષ્ઠ રાજકારણીઓ, વરિષ્ઠ સરકારી, ન્યાયિક અથવા લશ્કરી અધિકારીઓ, સરકારી કંપનીઓના વરિષ્ઠ અધિકારીઓ, પક્ષના મહત્વના અધિકારીઓ જેવા અગ્રણી જાહેર કાર્યોની જવાબદારી સોંપવામાં આવી છે અથવા તેમને સોંપવામાં આવી છે. જો તમે પીઈપી સામે કેસ કર્યા ન હોય, તો કૃપા કરીને અલગ પીઈપી પ્રશ્નાવલિ ભરી)

બેંક વિગતો:

બેંકનું નામ _____ શાખા _____ શહેર _____

ખાતા નંબર _____ IFSC કોડ _____ ખાતા પ્રકાર: સંગ્રહો વર્તમાન

ઇલેક્ટ્રોનિક વીમા ખાતાની વિગતો (ઇઆઇએ)

શું તમે ઇચ્છો છો કે આ પોલિસી ઇ-ઇન્શ્યોરન્સ ખાતામાં જમા થાય? (કૃપા કરીને કોઈપણ એક પસંદ કરો)

ના મારી પાસે ઇ-ઇન્શ્યોરન્સ ખાતું નથી અને હું ખોલવા નથી માગતો

હા આ પોલિસીને મારા ઇ-ઇન્શ્યોરન્સ એકાઉન્ટમાં કેડિટ કરો

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

કૃપા કરીને પસંદ કરો ઇન્શ્યોરન્સ રિપોઝિટરીનું નામ (તમે સાથે તમારું એકાઉન્ટ ખોલ્યું છે)

1. મેસર્સ એનએસડીએલ ડેટાબેઝ મેનેજમેન્ટ લિમિટેડ 2. મેસર્સ સેન્ટ્રલ ઇન્શ્યોરન્સ રિપોઝિટરી લિમિટેડ

3. મેસર્સ કાર્વી ઇન્સ્યુરન્સ રિપોઝિટરી લિમિટેડ 4. મેસર્સ CAMS રિપોઝિટરી સર્વિસીસ લિમિટેડ

મારી પાસે હાલનું ઇ-ઇન્શ્યોરન્સ ખાતું નથી અને હું નવું ઇ-ઇન્શ્યોરન્સ એકાઉન્ટ તૈયાર કરવામાં રસ ધરાવું છું (કૃપા

કરીને સંબંધિત દસ્તાવેજો સાથે ઇલેક્ટ્રોનિક ઇન્શ્યોરન્સ એકાઉન્ટ ઓપનિંગ ફોર્મ (ઇઆઈએ ફોર્મ) સબમિટ કરો.)

2. કવરેજ પસંદગી:

| આધાર વિસ્તાર: | |
|--------------------|---|
| પોલિસી પ્રકાર: | <input checked="" type="checkbox"/> વ્યક્તિગત |
| વીમાની મૂળભૂત રકમ: | <input checked="" type="checkbox"/> ₹ ૪,૦૦,૦૦૦ <input checked="" type="checkbox"/> INR 5,00,000 |
| પોલિસી ટર્મ: | ૧ વર્ષ |

3. વીમા માટે અરજદારોની વિગતો:

| અરજદાર નંબર | નામ | વિગ (પુરુષ/સ્ત્રી/અન્ય) | જન્મતારીખ (dd/mm/yyyy) | સંબંધ | ભારતીય ન હોય તો કૃપા કરીને ટિક કરો |
|-------------|-----|-------------------------|------------------------|-------|-------------------------------------|
| 1 | | | | જાતે | <input checked="" type="checkbox"/> |

4. નામોંકન

પ્રસ્તાવકનું અવસાન થાય તેવા સંજોગોમાં નીતિ હેઠળ બાકી નીકળતી કોઈ પણ ચૂકવણી નીચે નામ ધરાવતા નોમિનીને ચૂકવવાપાત્ર બનશે. નોમિની દ્વારા આ પ્રકારની ચૂકવણીની પ્રાપ્તિ નીતિ હેઠળ કંપનીની જવાબદારીના ડિસ્ચાર્જની રચના કરશે. અન્ય તમામ અરજદાર(ઓ) માટે નોમિની પોતે જ પ્રસ્તાવક હશે.

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

નોમિનીની બેંક વિગતો: વાસ્થા નામ: _____

બેંક નામ _____ Account type સંગ્રહો વર્તમાન

ખાતા નંબર _____ IFSC કોડ _____

5. તબીબી, આદતો અને ભૂતકાળની દરખાસ્તની માહિતી

અગત્યની બાબત: કૃપા કરીને એ બાબતની ખાતરી કરો કે આ વિભાગમાંના તમામ પ્રશ્નોના જવાબ સાચા અર્થમાં અને સંપૂર્ણપણે આપવામાં આવ્યા હોય, કારણ કે તમે અહીં જે માહિતી પ્રદાન કરો છો તે નિવા બુપા દ્વારા અન્ડરરાઇટિંગનો આધાર બનશે. કૃપા કરીને નોંધ વેશો કે કોઈ પણ અપૂર્ણ, ખોટી, આંશિક રીતે સાચી માહિતી તમારા તબીબી દાવા અને/અથવા કવરેજને અસર કરી શકે છે.

| કૃપા કરીને મુખ્ય અરજદાર માટે નીચેના પ્રશ્નોના જવાબ આપો | | અરજદાર | |
|--|---|--------|---|
| કૃપા કરીને 'હા' (Y) અથવા 'ના' (N) પર વર્તુળ બનાવો. | | | |
| 1 | શું કોઈ પણ અરજદારને નીચેનામાંથી કોઈ વિકલાંગતા/રોગ હોવાનું નિદાન થયું છે (જો હા, તો કૃપા કરીને વિગતો પૂરી પાડો) | | |
| a. | અંધત્વ | અને | N |
| b. | સ્નાયુબદ્ધ ડિસ્ટ્રોફી | અને | N |
| c. | નીચી દ્રષ્ટિ | અને | N |
| d. | ક્રોનિક ન્યુરોલોજીકલ ડિસઓર્ડર | અને | N |
| e. | રક્તપિત્તનો ઉપચાર કરનાર વ્યક્તિ | અને | N |
| f. | વિશિષ્ટ શીખવાની વિકલાંગતા | અને | N |
| g. | સાંભળવાની ક્ષતિ (બહેરા અને સાંભળવામાં તકલીફ) | અને | N |
| h. | મલ્ટીપલ સ્કલેરોસિસ | અને | N |
| i. | લોકોમોટર ડિસેબિલિટી | અને | N |
| j. | બોલી અને ભાષાની વિકલાંગતા | અને | N |
| k. | ડાઈઝમ | અને | N |
| l. | થેલેસેમિયા | અને | N |
| m. | બૌદ્ધિક વિકલાંગતા | અને | N |
| n. | હીમોફિલિયા | અને | N |
| o. | માનસિક બિમારી | અને | N |
| p. | સિકલ સેલ રોગ | અને | N |
| q. | ઓટિઝમ સ્પેક્ટ્રમ ડિસઓર્ડર | અને | N |
| r. | બહેરા અને અંધત્વ સહિતની બહુવિધ વિકલાંગતા | અને | N |
| s. | સેરેબ્રલ પાલ્સી | અને | N |
| t. | એસિડ એટેકનો ભોગ બનેલા | અને | N |
| u. | પાર્કિન્સન | અને | N |
| 2 | સામાન્ય શરદી, ફ્લૂ, ચેપ, નાની ઇજા અથવા અન્ય નાની બિમારીઓ સિવાય; શું અરજદારને ક્યારેય કોઈ પણ રોગનું 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 લક્ષણો ધરાવતા હતા? ઔષધોપચારમાં ઇન્હેલર્સ, ઇન્જેક્શન, ઓરલ ડ્રગ્સ અને શરીરના ભાગો પર બાહ્ય તબીબી ઉપયોગોનો સમાવેશ થાય છે પરંતુ તે પૂરતું મર્યાદિત નથી. | અને | N |
| 3 | શું અરજદારને ક્યારેય થાઇરોઇડ પ્રોફાઇલ, લિપિડ પ્રોફાઇલ, ટ્રેડમિલ ટેસ્ટ, એન્જિયોગ્રાફી, ઇકોકાર્ડિયોગ્રાફી, એન્ડોસ્કોપી, અલ્ટ્રાસાઉન્ડ, સીટી સ્કેન, એમઆરઆઇ, બાયોપ્સી અને એફએનએસી સંબંધિત કોઈ નિદાન પરીક્ષણો અથવા તપાસના પ્રતિકૂળ તારણો મળ્યા | અને | N |
| 4 | અરજદારને ડાયાબિટીસ કે પ્રી-ડાયાબિટીસ છે કે પછી તેને ક્યારેય હાઇ બ્લડ સુગર થયું છે? | અને | N |
| 5 | શું અરજદારને હાયપરટેન્શન અથવા હાઇ બ્લડ પ્રેશર છે? | અને | N |
| 6 | શું અરજદારને ક્યારેય કોઈ આનુવંશિક /વારસાગત વિકાર અથવા એચ.આય.વી /એઇડ્સ માટે નિદાન અથવા સારવાર આપવામાં આવી છે? | અને | N |
| 7 | શું અરજદારના જીવન પર જીવન, આરોગ્ય, હોસ્પિટલના દૈનિક રોકડ અથવા ગંભીર બીમારીના 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 ખાસ શરતોને આધિન કરવામાં આવી છે? | અને | N |

6. ઇલેક્ટ્રોનિક નીતિની પરિપૂર્ણતા અને સેવા સંચાર માટે અધિકૃતતા

શું તમે પર્યાવરણનું રક્ષણ કરવા ઇચ્છો છો અને એપ્લિકેશન ફોર્મમાં અહીં ઉલ્લેખ કર્યા મુજબ તમારી તમામ નીતિ અને સેવા સંબંધિત સંદેશાવ્યવહારને ઇમેઇલ આઇડી પર મોકલવા માટે કંપનીને અધિકૃત કરીને કાગળને બચાવવામાં મદદ કરવા માંગો છો? હા ના

7. ધોષણા (ફૂપા કરીને કાળજીપૂર્વક વાંચો અને પ્રપોઝલ ફોર્મ પર હસ્તાક્ષર કરતા પહેલા દરેકની સામે એક ચેક માર્ક મૂકો)

આ સાથે હું મારા વતી અને વીમાની દરખાસ્ત કરાયેલી તમામ વ્યક્તિઓ વતી જાહેર કરું છું કે ઉપરોક્ત નિવેદનો, જવાબો અને/અથવા મેં આપેલી વિગતો મારી શ્રેષ્ઠ જાણકારી મુજબ બધી જ બાબતોમાં સાચી અને સંપૂર્ણ છે અને આ અન્ય વ્યક્તિઓ વતી દરખાસ્ત કરવાની મને સત્તા છે.
 1. સમજીએ છીએ કે મારા દ્વારા પૂરી પાડવામાં આવેલી માહિતી વીમા પોલિસીનો આધાર બનશે, તે વીમાકંપનીની બોર્ડ દ્વારા માન્ય અન્ડરરાઇટિંગ પોલિસીને આધિન છે અને તે પોલિસી યાજ્ઞબલ પ્રીમિયમની સંપૂર્ણ ચુકવણી પછી જ અમલમાં આવશે.
 2. વધુમાં જાહેર કરું કે, હું દરખાસ્ત રજૂ કર્યા પછી પરંતુ કંપની દ્વારા જોખમની સ્વીકૃતિની જાણ કરતા પહેલા, પરંતુ વીમાધારક/પ્રસ્તાવક બનવાના જીવનના વ્યવસાય અથવા સામાન્ય આરોગ્યમાં થતા કોઈ પણ ફેરફારની લેખિતમાં જાણ કરીશ.
 3. જાહેર કરું કે હું કોઈ પણ ડોક્ટર અથવા હોસ્પિટલ પાસેથી તબીબી માહિતી માંગતી કંપનીને સંમતિ આપું છું, જે/જેણે કોઈ પણ સમયે વીમો લેનાર/પ્રસ્તાવક તરીકેની વ્યક્તિ પર હાજરી આપી 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 માગવાની સંમતિ આપું છું. દરખાસ્ત અને/અથવા દાવાની પતાવટને અન્ડરરાઇટ કરવાના હેતુ માટે.
 4. કંપનીને મારી દરખાસ્ત સાથે સંબંધિત માહિતીનું આદાન-પ્રદાન કરવા માટે અધિકૃત કરું છું, જેમાં વીમાધારક/દરખાસ્તકારના તબીબી રેકોર્ડ્સનો પણ સમાવેશ થાય છે, જેનો એકમાત્ર હેતુ દરખાસ્ત અને/અથવા દાવાની પતાવટનો અને કોઈ પણ સરકારી અને/અથવા નિયમનકારી સત્તામંડળ સાથે સમાવેશ થાય છે.
 5. હું/અમે અમારા એમ્પ્લોય પ્રોવાઇડર સાથે સેવા વિતરણના એકમાત્ર હેતુ માટે વીમાધારક/પ્રસ્તાવકના તબીબી રેકોર્ડ્સ સહિત મારી/અમારી દરખાસ્ત સાથે સંબંધિત માહિતી શેર કરવા કંપનીને અધિકૃત કરીએ છીએ.

તારીખ /___ સ્થાન _____ Proposer _____ સહી

8. વર્નાક્યુલર ધોષણા

(પ્રસ્તુતકર્તાએ સ્થાનિક ભાષામાં હસ્તાક્ષર કર્યા હોય તેવા કિસ્સામાં પ્રમાણપત્ર (કંપનીના એજન્ટ/કર્મચારી સિવાય અન્ય કોઈ વ્યક્તિ દ્વારા સાક્ષી બનવા માટે)). આ સ્વરૂપની સામગ્રી અને તેની વિગતો મેં સ્થાનિક ભાષામાં પ્રસ્તાવકને સમજાવી છે, જેણે આ બાબતને સમજી છે અને તેની પુષ્ટિ કરી છે:
 પ્રમાણિત કરનાર વ્યક્તિનું નામ: _____ પ્રમાણિત કરનાર વ્યક્તિની સહી: _____ પ્રમાણિત કરનાર વ્યક્તિનો મોબાઇલ નંબર: _____
 સાક્ષીનું નામ: _____ Witness _____ સહી સાક્ષીનો મોબાઇલ નંબર: _____
 પ્રોપોઝર _____ હસ્તાક્ષર

9. પ્રસ્તાવક ધોષણા

(પ્રમાણપત્ર જ્યાં કોઈ પણ કારણસર દરખાસ્ત કરનાર દ્વારા દરખાસ્ત અને અન્ય સંલગ્ન કાગળો ભરવામાં આવતા નથી). દરખાસ્તના ફોર્મ અને સંલગ્ન દસ્તાવેજોની સામગ્રી મને સંપૂર્ણપણે સમજાવવામાં આવી છે અને હું પ્રોપોઝ કરવા કરારનું મહત્વ સંપૂર્ણપણે સમજી ગયો છું. પ્રપોઝલ ફોર્મ મારી સૂચના હેઠળ _____ દ્વારા ભરવામાં આવે છે અને મને તે સાચું હોવાનું જણાયું છે.

દરખાસ્ત કરનારની સહી _____

10. માટે વિગતો રિફંડ અને દાવાઓની ચુકવણી

ચુકવણી પ્રાપ્ત કરવાનો વિકલ્પ: બેંક ટ્રાન્સફર
 લાભાર્થીનું નામ: _____
 બેંક નામ: _____ IFSC કોડ: _____
 ખાતા નંબર: _____
 ખાતાનો પ્રકાર: _____

11. પ્રિમિયમની વિગતો (માત્ર ઓફિસના ઉપયોગ માટે)

પ્રિમિયમ ચુકવણી વિકલ્પ ચેક ડિમાન્ડ ડ્રાફ્ટ ક્રેડિટ કાર્ડ રોકડ અન્ય પ્રિમિયમની રકમ _____
 ઓનલાઇન ચુકવણી વ્યવહાર આઇડી: _____ તિથિ: ___/___/___ બેંકનું નામ/ શાખા _____
 નિવા બુપા શાખાનું સ્થાન _____ કોડ No _____ આના દ્વારા સોર્સ કરાયેલ વ્યાપાર: સલાહકાર/ડીએસટી/કોર્પોરેટ એજન્સી/અન્ય ચેનલો
 કોડ No _____ નામ _____ આના પર પ્રાપ્ત થયેલી દરખાસ્ત: _____ ગ્રાહક આઇડી: _____
 શું પ્રસ્તાવક છે કે અરજદાર સ્ટાફ છે? હા ના

12. ફક્ત Bancassurance ચેનલ માટે વધારાની વિગતો (માત્ર ઓફિસ વપરાશ માટે)

બ્રાન્ચ કોડ _____ એસપી કોડ _____ આરએમ/એલજી કોડ _____
 ગ્રાહકનો એકાઉન્ટ નંબર _____

13. વીમા સલાહકારનો અહેવાલ (માત્ર ઓફિસના ઉપયોગ માટે)

હું, મારી હેસિયતથી, કોર્પોરેટ એજન્ટના નિર્દેષ વ્યક્તિ/બ્રોકર/રિવેશનશિપ ઓફિસરના 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.

