

ગોએકિટવટીએમ દરખાસ્ત ફોર્મ

URN: 003

1. પ્રસ્તાવકર્તા વિગતો:

શીર્ષક નામ

DOB જાતિ: પુરુષ નારી અન્ય રાષ્ટ્રીયતા

વર્તમાન સરનામું

સીમાચિહ્ન શહેર

જીલ્લો રાજ્ય વ્યક્તિગત ઓળખ નંબર

વેન્ડલાઈન નંબર મોબાઇલ નંબર

વૈકલ્પિક નંબર ઈ-મેઇલ ID

આધાર નંબર (વૈકલ્પિક) PAN નંબર

વાર્ષિક આવક (રૂ.)

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

દ્વારા ચૂકવવામાં આવતું પ્રીમિયમ પ્રસ્તાવ મૂકનાર સાથે સંબંધ

શું તમે PEP છો #? હા ના

#Politically એક્સપોઝ્ડ પર્સન્સ (પીઇપી) એવી વ્યક્તિઓ છે જેમને અગ્રણી જાહેર કાર્યો એટલે કે કેન્દ્ર અથવા રાજ્ય સરકારના વડાઓ/મંત્રીઓ, વરિષ્ઠ રાજકારણીઓ, વરિષ્ઠ સરકાર, ન્યાયિક અથવા વશકરી અધિકારીઓ, સરકારી કંપનીઓના વરિષ્ઠ અધિકારીઓ, પશ્ચિમ મહત્વપૂર્ણ અધિકારીઓ છે અથવા સોંપવામાં આવ્યા છે, જો તમે પીઇપી સામે ટિક કર્યું હોય તો કૃપા કરીને અવગ પીઇપી પ્રશ્નાવલિ ભરો

તરફથી તમે ઇચ્છો ધ ભૌતિક નકલ કરોનું ધ નીતિ કોટ: હા ના

બેંક વિગતો:

બેંક નામ

ખાતા નંબર IFSC કોડ

ખાતા પ્રકાર: સંગ્રહી વર્તમાન શાખા શહેર

ઇલેક્ટ્રોનિક વીમા ખાતાની વિગતો (ઇઆઇએ)

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

હા, આ પોલિસીને મારા ઇ-ઇન્શ્યોરન્સ એકાઉન્ટમાં ક્રેડિટ કરો

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

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

1.NSDL 2.CIRL 3.કાર્વા 4.CAMS (કૃપા કરીને કોઈપણ એક પસંદ કરો)

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

2. કવરેજ પસંદગી:

શું તમે પોર્ટેબિલિટી માટે અરજી કરી રહ્યા છો: હા ના (જો "હા" હોય, તો કૃપા કરીને અલગ પોર્ટેબિલિટી ફોર્મ પણ ભરો).

કૃપા કરીને સંબંધિત બોક્સ પર ટિક કરો:

આધાર વિસ્તાર:

વીમાફત રકમ પોલિસી પ્રકાર: વ્યક્તિગત ફેમિલી ફ્લોટર

આવરી લેવા માટેનાં જીવન: 1A 1A+1C 1A+2C 1A+3C 1A+4C 2A 2A+1C 2A+2C 2A+3C 2A+4C

પોલિસી કવરેજ: જોન 1: અખિલ ભારતીય કવરેજ જોન 2: મુંબઈ, દિલ્હી એનસીઆર, કોલકાતા અને ગુજરાત રાજ્ય માટે સહ-યુકવણી સાથે અખિલ ભારતીય કવરેજ લાગુ

(નોંધ - જો તમે જોન 2 પસંદ કરો છો, તો 20% સહ-યુકવણી મુંબઈ, દિલ્હી એનસીઆર, કોલકાતા અને ગુજરાત રાજ્યમાં સારવાર માટે અરજી કરશે. આ જોનવાર સહ-યુકવણી ઓપીડી કન્સલ્ટેશન, ઇમરજન્સી એમ્બ્યુલન્સ, હેલ્થ ચેકઅપ/ડાયગ્નોસ્ટિક ટેસ્ટ્સ, સેકન્ડ મેડિકલ ઓપિનિયન, બિહેવિયરલ આસિસ્ટન્સ પ્રોગ્રામ અને પર્સનલ એક્સિડન્ટ કવર પર લાગુ પડશે નહીં.)

વાર્ષિક એકંદર કપાતપાત્ર: હા ના જો હા, તો કૃપા કરીને કપાતપાત્ર રકમ પસંદ કરો:

રૂ. ૨૫,૦૦૦ રૂ. ૫૦,૦૦૦ રૂ. રૂ. 1 લાખ રૂ. 2 લાખ 3 લાખ રૂ. રૂ. 5 લાખ રૂ. 10 લાખ

પ્રોડક્ટ હેઠળ વૈકલ્પિક કવરેજ:

a. હેલ્થ કોચ (પર્સનલાઇઝ્ડ હેલ્થ કોચિંગ અને રિન્યૂઅલ ડિસ્કાઉન્ટના આધારે હેલ્થ સ્કોરી ગણતરી) : હા ના

જા હા, તો કૃપા કરીને આવરી લેવાયેલી જિંદગીઓ પસંદ કરો: પ્રાથમિક વીમાફત વ્યિગત પ્રાથમિક વીમાફત વ્યિગત તેમજ જીવનસાથી

'હેલ્થ કોચ' કવરેજની પસંદગી કરવાના સંજોગોમાં હું સંમત થાઉં છું કે કંપની મારી સંબંધિત વિગતો સેવા પ્રદાતાને પૂરી પાડી શકે છે, જેથી લાભ હેઠળ સેવાઓ પૂરી પાડવા માટે મારો સંપર્ક કરી શકાય. હું વધુમાં સંમત થાઉં છું અને સંમતિ આપું છું કે મોબાઇલ એપ્લિકેશન પરની વિગતો પર નજર રાખવી એ કંપની અને સેવા પ્રદાતા દ્વારા લાભો પ્રાપ્ત કરવા માટે મારી લાભકારી ટ્રેક કરવા, રેકોર્ડ કરવા અને ગણતરી કરવા માટે જરૂરી છે. હું મારી મરજીથી અને કોઈ પણ દબાણ વિના જાહેર કરું છું અને સંમતિ આપું છું કે કંપની અને તેના અધિકૃત સેવા પ્રદાતા સમયાંતરે આ વિગતોને એક્સેસ કરી શકે છે અને રેકોર્ડ કરી શકે છે અને આ વિગતોનો ઉપયોગ નીતિ હેઠળના લાભો અનુસાર અને ગણતરી કરવા માટે કરી શકે છે

b. આઈ-પ્રોટેક્ટ (દર વર્ષે વીમાની રકમમાં આજીવન વધારો 10%નો વધારો): હા ના

c. વ્યક્તિગત અકસ્માત કવર: હા ના

જા હા, તો કૃપા કરીને આવરી લેવાયેલી જિંદગીઓ પસંદ કરો: પ્રાથમિક વીમાફત વ્યિગત પ્રાથમિક વીમાફત વ્યિગત તેમજ જીવનસાથી

રૂ. 5 લાખ કે તેથી વધુના બેઝ કવરેજ માટે, કૃપા કરીને પસંદ કરો વ્યક્તિગત અકસ્માતની વીમાફત રકમ 25 સરોવર 50 સરોવર (મૂળભૂત વ્યક્તિગત અકસ્માતની વીમાફત રકમ બેઝ કવરેજ માટે રૂ. 1 લાખ કે રૂ. 2 લાખની વીમાફત રકમ માટે રૂ. 10 લાખ અને બેઝ માટે રૂ. 25 લાખની છે. રૂ. 3 લાખ અથવા 4 લાખની વીમાફત રકમ.)

3. વીમા માટે અરજદારોની વિગતો:

પુખ્ત 1

નામ

જાતિ પુરુષ નારી અન્ય ઊંચાઈ (એમએમ) (ઇંચ) વજન (કિ.ગ્રા.)

કમરરેખા (ઇંચ) જન્મની તારીખ મોબાઇલ નંબર @ (ફરજિયાત)

પ્રસ્તાવ મૂકનાર સાથેના સંબંધ (કૃપા કરીને વિકલ્પ ટિક કરો):
સ્વ/જીવનસાથી/પુત્ર/પુત્રવધૂ/પુત્રી/જમાઈ/પિતા/માતા/સસરા/સાસુ-સસરા/સાસુ-સસરા/દાદા/દાદી/પૌત્રી/પૌત્રી/ભાઈ/બહેન/ભાભી/બનેવી/ભત્રીજો/ભત્રીજી/નોકરીદાતા-કર્મચારી

વ્યવસાય ભારતીય ન હોય તો કૃપા કરીને ટિક કરો જો પોઈપી હોય તો કૃપા કરીને ટિક કરો

પુખ્ત 2

નામ

જાતિ પુરુષ નારી અન્ય ઊંચાઈ (એમએમ) (ઇંચ) વજન (કિ.ગ્રા.)

કમરરેખા (ઇંચ) જન્મની તારીખ મોબાઇલ નંબર @ (ફરજિયાત)

સંબંધ: પુખ્ત વયના 1ના જીવનસાથી

વ્યવસાય ભારતીય ન હોય તો કૃપા કરીને ટિક કરો જો પોઈપી હોય તો કૃપા કરીને ટિક કરો

બાળ ૧

નામ

જાતિ પુરુષ નારી અન્ય ઊંચાઈ (એમએમ) (ઇંચ) વજન (કિ.ગ્રા.)

કમરરેખા (ઇંચ) જન્મની તારીખ સંબંધ: પુખ્ત વયના 1નો પુત્ર પુખ્ત 1 નું ડોનટર

ભારતીય ન હોય તો કૃપા કરીને ટિક કરો જો પીછપી હોય તો કૃપા કરીને ટિક કરો#

બાળ ૨

નામ

જાતિ પુરુષ નારી અન્ય ઊંચાઈ (એમએમ) (ઇંચ) વજન (કિ.ગ્રા.)

કમરરેખા (ઇંચ) જન્મની તારીખ સંબંધ: પુખ્ત વયના 1નો પુત્ર પુખ્ત 1 નું ડોનટર

ભારતીય ન હોય તો કૃપા કરીને ટિક કરો જો પીછપી હોય તો કૃપા કરીને ટિક કરો#

બાળ ૩

નામ

જાતિ પુરુષ નારી અન્ય ઊંચાઈ (એમએમ) (ઇંચ) વજન (કિ.ગ્રા.)

કમરરેખા (ઇંચ) જન્મની તારીખ સંબંધ: પુખ્ત વયના 1નો પુત્ર પુખ્ત 1 નું ડોનટર

ભારતીય ન હોય તો કૃપા કરીને ટિક કરો જો પીછપી હોય તો કૃપા કરીને ટિક કરો#

બાળ ૪

નામ

જાતિ પુરુષ નારી અન્ય ઊંચાઈ (એમએમ) (ઇંચ) વજન (કિ.ગ્રા.)

કમરરેખા (ઇંચ) જન્મની તારીખ સંબંધ: પુખ્ત વયના 1નો પુત્ર પુખ્ત 1 નું ડોનટર

ભારતીય ન હોય તો કૃપા કરીને ટિક કરો જો પીછપી હોય તો કૃપા કરીને ટિક કરો#

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

નોમિનીની બેંક વિગતો: વાભાર્થી નામ:

બેંક નામ Account type સંગ્રહી વર્તમાન

ખાતા નંબર IFSC કોડ

5. તબીબી અને આદતોની માહિતી

અગત્યની બાબત: કૃપા કરીને આ વિભાગમાં આપેલા તમામ પ્રશ્નોના જવાબ સત્યતાપૂર્વક અને સંપૂર્ણપણે તમે અહીં પૂરી પાડો છો તે તરીકે આપવાની ખાતરી કરો, જે નિવા બુપા દ્વારા અન્ડરરાઇટિંગનો આધાર હશે. કૃપા કરીને નોંધ લેશો કે કોઈ પણ અપૂર્ણ, ખોટી, આંશિક રીતે સાચી માહિતી તમારા દાવા અને/અથવા કવરેજને અસર કરી શકે છે. કૃપા કરીને વિભાગ એ અને બી હેઠળના પ્રશ્નોના જવાબ હા (વાય) અથવા ના (એન) પર ચક્કર લગાવીને આપો. વિભાગ સીમાં કોઈ પણ જાહેરાતની વિગતો પ્રદાન કરો.

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					
	A1	A2	C1	C2	C3	C4
1. શું અરજદારે કોઈ પણ પૂર્વ-અસ્તિત્વ ધરાવતી સ્થિતિ માટે કોઈ પરામર્શ લીધો છે અથવા તેની સારવાર કરવામાં આવી છે અથવા નીચેનામાંથી કોઈ પણ છે?						
i. કોઈ પણ શસ્ત્રક્રિયા અથવા સર્જિકલ પ્રક્રિયાઓ	ને	N	ને	N	ને	N
ii. 5 દિવસથી વધુ સમય માટે હોસ્પિટલમાં દાખલ થવું	ને	N	ને	N	ને	N
iii. 14 દિવસથી વધુ સમય માટેની ઔષધિઓ (મૌખિક/ઇન્જેક્શન/ઇન્જેક્શન/ટોપિકલ સહિત)	ને	N	ને	N	ને	N
iv. સામાન્ય શરદી, ફ્લૂ, ચેપ, નાની ઇજા અથવા અન્ય નાની બિમારીઓ સિવાય છેલ્લા 6 મહિનામાં કોઈપણ નિદાન પરીક્ષણ અથવા તપાસ અથવા કોઈપણ સતત લક્ષણોના પ્રતિકૂળ તારણો	ને	N	ને	N	ને	N
v. હાઈ કે લો બ્લડ પ્રેશર/ડાયાબિટીસ અથવા અસામાન્ય બ્લડ સુગર	ને	N	ને	N	ને	N
vi. કોઈ પણ કેન્સર, ક્રોનિક કિડની ડિસીઝ, સાઇકિયાટ્રિક, ન્યુરોલોજીકલ (મગજ/કરોડરજી) અથવા સંબંધિત વિકૃતિઓ	ને	N	ને	N	ને	N
નીચે આપેલા પ્રશ્નોના જવાબ માત્ર 18-50 વર્ષની વયની મહિલાઓ દ્વારા જ આપવાનો છે						
2. શું તમે હાલમાં ગર્ભવતી છો અને/અથવા તમને વર્તમાન અથવા અગાઉના ગર્ભાવસ્થામાં કોઈ જટિલતાઓ થઈ છે?	ને	N	ને	N	ને	N

વિભાગ બી: કૃપા કરીને આદતો 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					
	A1	A2	C1	C2	C3	C4
શું અરજદાર નીચેનામાંથી કોઈ એકનું સેવન કરે છે:	ને	N	ને	N	ને	N
i. યાવવા યોગ્ય તમાકુ/ગુટખા/પાન મસાલા - કૃપા કરીને દર અઠવાડિયે પાઉચની સંખ્યા જણાવો						
ii. આલ્કોહોલ - કૃપા કરીને દર અઠવાડિયે યશ્મા /મિલીની સંખ્યા સ્પષ્ટ કરો						
iii. સિગારેટ/બીડી/સિગાર - કૃપા કરીને દર અઠવાડિયે વપરાશનો ઉલ્લેખ કરો						

વિભાગ C: વિભાગ A માં હા (Y) ચિહ્નિત થયેલ પ્રશ્નો માટે, કૃપા કરીને નીચેની માહિતી સ્પષ્ટ કરો:

અરજદાર નંબર	લક્ષણો(ઓ) અથવા તપાસ(ઓ) અથવા નિદાન અથવા પ્રક્રિયા/શસ્ત્રક્રિયાની વિગતો		શરતનો સમયગાળો	દવા(ઓ)	ડોઝેજ	વર્તમાન સ્થિતિ (દા.ત. સંપૂર્ણ/આંશિક પુનઃપ્રાપ્તિ અથવા યાવુ સારવાર)	ડોક્ટરના નામ અને સંપર્કની વિગતોની સારવાર કરી રહ્યા છોએ	જોડાયેલ દસ્તાવેજો (હા/ના)
	વિગતો	શરૂઆત તારીખ (DD/MM/YYYY)						

શું અરજદારના જીવન પર જીવન, આરોગ્ય, હોસ્પિટલના દૈનિક રોકડ, વ્યક્તિગત અકસ્માત અથવા ગંભીર બિમારીના વીમા માટેની કોઈ દરખાસ્તને ક્યારેય નામંજૂર કરવામાં આવી છે, મુલતવી રાખવામાં આવી છે, લોડ કરવામાં આવી છે અથવા કોઈ વીમા કંપની દ્વારા બાકાત રાખવા જેવી કોઈ વિશેષ શરતોને આધિન કરવામાં આવી છે?	અરજદાર નંબર					
	A1	A2	C1	C2	C3	C4
	ને	N	ને	N	ને	N

7. 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 સહકાર કરવા માંગો છો?

8. નવી કરણ ચુકવણી સાઇન-અપ

તમારી આરોગ્ય વીમા પોલિસીના રિન્યુઅલ પ્રિમિયમની ચુકવણી દર વર્ષે તમારા વર્તમાન ઓટોમેટેડ ક્લીયરિંગ હાઉસ (એસીએચ) / સ્થાયી સૂચનાઓ (એસઆઇ) કંપની સાથે ચાલુ રાખીને કરી શકાય છે. આ વિકલ્પ હેઠળ, તમારી નીતિને તાત્કાલિક નવી કરણ કરી શકાય છે, પરંતુ કંપની દ્વારા જરૂરી હોય તે માહિતી અને દસ્તાવેજીકરણની તમામ વધારાની જરૂરિયાતોને પૂર્ણ કરવાને આધિન છે.

હું એસીએચ/એસઆઇ રિન્યુઅલ વિકલ્પ પસંદ કરવા માંગું છું.

9. ઘોષણા (દરખાસ્ત પત્ર પર હસ્તાક્ષર કરતા પહેલા ફૂપા કરીને કાળજીપૂર્વક વાંચો અને દરેકની સામે એક ચેક માર્ક મૂકો)

- આથી હું મારા વતી અને વીમાની દરખાસ્ત કરાયેલી તમામ વ્યક્તિઓ વતી જાહેર કરું 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 ચાર્જબલ પ્રીમિયમની સંપૂર્ણ ચુકવણી પછી જ અમલમાં આવશે.
- હું વધુમાં જાહેર કરું કે હું દરખાસ્ત રજૂ થયા પછી પરંતુ કંપની દ્વારા જોખમની સ્વીકૃતિની જાણ કરતા પહેલા, પરંતુ વીમાકૃત્ત/દરખાસ્તકર્તા બનવા માટે જીવનના વ્યવસાય અથવા સામાન્ય આરોગ્યમાં થતા કોઈપણ ફેરફારને લેખિતમાં જાણ કરીશ.
- હું જાહેર કરું કે હું કોઈ પણ ડોક્ટર અથવા હોસ્પિટલ પાસેથી તબીબી માહિતી મેળવવા માટે સંમત થાઉં છું, જેમણે/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 આદાન-પ્રદાન 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

10. વર્નાક્યુલર ઘોષણા

(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:

સાક્ષીનું નામ સાક્ષીની સહી દરખાસ્ત કરનારની સહી

11. પ્રસ્તાવક ઘોષણા

(પ્રમાણપત્ર જ્યાં કોઈ પણ કારણસર, દરખાસ્ત અને અન્ય સંલગ્ન કાગળો સંભવિત દ્વારા ભરવામાં આવતા નથી). દરખાસ્તના ફોર્મ અને સંલગ્ન 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 લાગ્યું.

દરખાસ્ત કરનારની સહી

12. પ્રિમિયમની વિગતો (માત્ર ઓફિસના ઉપયોગ માટે)

પ્રીમિયમ ચુકવણી વિકલ્પ ચેક ડિમાન્ડ ડ્રાફ્ટ
 ક્રેડિટ કાર્ડ પ્રીમિયમ રકમ

ઓનલાઇન ચુકવણી વ્યવહાર આઈડી:

D D M M

બેંકનું નામ/ શાખા

નિવા બુધા શાખાનું સ્થાન

કોડ નં.

આના દ્વારા સ્ત્રોત થયેલ વ્યવસાય:
 સલાહકાર/ડીએસટી/કોર્પોરેટ એજન્સી/અન્ય ચેનલ
 કોડ નં.

નામ

ગ્રાહક આઈડી:

શું પ્રસ્તાવક છે કે અરજદાર સ્ટાફ છે? હા ના

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

શાખા કોડ SP કોડ

RM/LG કોડ

Customer ખાતું સંખ્યા

14. વીમા સલાહકારનો અહેવાલ (માત્ર ઓફિસના ઉપયોગ માટે)

- શું તમે પ્રસ્તાવક સાથે સંબંધિત છો? હા/ના; જો હા, તો સંબંધની પ્રકૃતિ?
- તમે પ્રસ્તાવકને કેટલા સમયથી ઓળખો છો? મહિનાઓ
- શું તમે પ્રસ્તાવ મૂકનારની ઓળખથી સંતુષ્ટ છો? હા ના
- શું દરખાસ્ત કરનાર અથવા કોઈ પણ અરજદારને કોઈ શારીરિક વિકૃતિ/ખામી અથવા માનસિક મંદતા છે? હા ના
- શું તમે સૂચિત નીતિની શરતો, નવીનીકરણ માટેની શરતો, બાકાત રાખવા, નીતિની રાહ જોવાની શરતો સમજાવી છે અને શું દરખાસ્તકર્તાએ વ્યક્તિગત રીતે આરોગ્યની ઘોષણા પૂર્ણ કરી છે? હા ના
- શું તમે નૈતિક જોખમ સહિતના તમામ પરિબલોને ધ્યાનમાં રાખીને આ દરખાસ્ત ફોર્મ સ્વીકારવાની ભલામણ કરો છો? હા ના
- શું તમે ઉદાસીનતાપૂર્વક પ્રસ્તાવ મૂકનારને સલાહ આપી છે અને દરખાસ્ત કરનારને તેના/તેણીના હિતમાં હોય તેવા શ્રેષ્ઠ કવરમાં નિર્ણય લેવા સક્ષમ બનાવવા માટે તમામ માહિતી પૂરી પાડી હા ના

તિથિ D D M M Y Y Y Y

વીમા સલાહકારની સહી

15. વૈધાનિક ચેતવણી

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

- કોઈ પણ વ્યક્તિ, ભારતમાં જાનમાલને લગતા કોઈ પણ પ્રકારના જોખમ, ચુકવવાપાત્ર કમિશનના સંપૂર્ણ કે હિસ્સાની છૂટ અથવા પોલિસીમાં દર્શાવેલા પ્રીમિયમમાં કોઈ પણ રિબેટના સંદર્ભમાં વીમો લેવા કે રિન્યૂ કરવા અથવા ચાલુ રાખવા માટે કોઈ પણ વ્યક્તિને પ્રત્યક્ષ કે પરોક્ષ રીતે પ્રવોલન સ્વરૂપે મંજૂરી આપી શકશે નહીં કે ઓફર કરી શકશે નહીં, કે કોઈ પણ વ્યક્તિ કોઈ નીતિ સ્વીકારતી કે રિન્યૂ કરતી કે ચાલુ રાખતી કોઈ પણ છૂટનો સ્વીકાર કરી શકે નહિ, સિવાય કે વીમાકંપનીના પ્રકાશિત પ્રોસ્પેક્ટસ અથવા કોષ્ટકો અનુસાર મંજૂરી આપવામાં આવી હોય તેવી
- આ કલમની જોગવાઈઓનું પાલન કરવામાં કોઈ પણ વ્યક્તિ ડિફોલ્ટ કરશે તો તેના પર દસ લાખ રૂપિયા સુધીના દંડને પાત્ર થશે.

16. 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
	<input type="checkbox"/> હા <input type="checkbox"/> ના	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> હા <input type="checkbox"/> ના
	<input type="checkbox"/> હા <input type="checkbox"/> ના	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> હા <input type="checkbox"/> ના
	<input type="checkbox"/> હા <input type="checkbox"/> ના	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> હા <input type="checkbox"/> ના
	<input type="checkbox"/> હા <input type="checkbox"/> ના	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> હા <input type="checkbox"/> ના
	<input type="checkbox"/> હા <input type="checkbox"/> ના	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> હા <input type="checkbox"/> ના
	<input type="checkbox"/> હા <input type="checkbox"/> ના	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> હા <input type="checkbox"/> ના

17. ડિજિટલ અને પેમ માટે ટેઈલ્સ નંદાવાઓનું

ચુકવણી પ્રાપ્ત કરવાનો વિકલ્પ: બેંક ટ્રાન્સફર

લાભાર્થીનું નામ

બેંક નામ

ખાતા નંબર IFSC કોડ

ખાતા પ્રકાર:

નિવા બુધા હેલ્થ ઇન્શ્યોરન્સ કંપની લિમિટેડ, રજિસ્ટર્ડ ઓફિસ- સી-98, ફર્સ્ટ ફ્લોર, લાજપત નગર, પાર્ટ 1, નવી દિલ્હી-110024 ડિસ્ક્રેમર:

ઇન્શ્યોરન્સ એ અનુરોધનો વિષય છે. નિવા બુધા હેલ્થ ઇન્શ્યોરન્સ કંપની લિમિટેડ (જે અગાઉ મેક્સ બુધા હેલ્થ ઇન્શ્યોરન્સ કંપની લિમિટેડ તરીકે ઓળખાતી હતી) (આઈઆરડીએઆઈ રજિસ્ટ્રેશન નં. 145), 'બુધા' અને 'હાઈબીટ' લોગો તેમના સંબંધિત માલિકોના નોંધાયેલા ટ્રેડમાર્ક છે અને તેનો ઉપયોગ નિવા બુધા હેલ્થ ઇન્શ્યોરન્સ કંપની લિમિટેડ દ્વારા વાઇસન્સ હેઠળ કરવામાં આવી રહ્યો છે. ગ્રાહક હેલ્પલાઇન: 1860-500-8888. વેબસાઇટ: www.nivabupa.com. સીઆઇએન: U66000DL2008PLC182918. નિયમો અને શરતો, બાકાત રાખવા, જોખમી પરિબલો, પ્રતીક્ષાના સમયગાળા અને લાભો વિશે વધુ માહિતી માટે, કૃપા કરીને વેબસાઇટ પૂરું કરતા પહેલા વેબસાઇટ પુસ્તિકાને કાળજીપૂર્વક વાંચો.

કી લક્ષણ દસ્તાવેજ (KFD) - ગોએકિટવટીએમ

નિવા બુપા તેના ગ્રાહકો સાથે ન્યાયી અને પારદર્શક રહેવા માટે સમર્પિત છે. આ દસ્તાવેજ તમારી નીતિની મુખ્ય વિશેષતાઓનો સારાંશ આપે છે, જો કે તે તમારા નીતિ કરારનું સ્થાન લેતું નથી અને અમે તમને આ પ્રોડક્ટની ખરીદીનું સમાપન કરો તે પહેલાં તમારી નીતિની તમામ વિગતો વાંચવા માટે તમને પ્રોત્સાહિત કરીએ છીએ.

સક્રિય તમને લાભોની વિસ્તૃત શ્રેણી પૂરી પાડે છે, જેમાં હોસ્પિટલમાં દાખલ થવાથી માંડીને આઉટપેશન્ટ બેનિફિટ્સ અને વ્યક્તિગત અકસ્માત કવરનો સમાવેશ થાય છે, જેમાં તમારી જરૂરિયાતોને વધુ સારી રીતે પહોંચી વળવા માટે બહુવિધ વૈકલ્પિક લાભોનો સમાવેશ થાય છે.

તમારી નીતિમાં ઉલ્લેખિત કેટલીક મર્યાદાઓ અને બાકાતોને આધિન નીચેના આધારભૂત લાભો પૂરા પાડવામાં આવે છે:

- ઓરડામાં ભાડુ અને આઈસીયુ ચાર્જ સહિત હોસ્પિટલમાં દર્દીની સંભાળ
- હોસ્પિટલમાં દાખલ થયા પહેલાં અને પછીનો ખર્ચ અનુક્રમે 90 અને 180 દિવસ માટે
- જીવંત અંગ પ્રત્યારોપણ
- ડોમિસિલિયરી હોસ્પિટલમાં દાખલ થવું અને હોમ હેલ્થ કેર સેવાઓ
- ઇમરજન્સી ગ્રાઉન્ડ એમ્બ્યુલન્સ
- પોલિસી વર્ષ દરમિયાન, વિવિધ બિમારી/શરતો માટે અથવા પોલિસી હેઠળ આવરી લેવાયેલા અન્ય વીમાકૃત સભ્યો માટે કરવામાં આવેલા દાવાઓને કારણે વીમાની રકમ ખતમ થઈ જાય તેવા કિસ્સામાં વીમાની રકમનો લાભ ફરી ભરવો
- વાર્ષિક હેલ્થ ચેક-અપ પેકેજ અથવા તમારી પસંદગીના ડાયગ્નોસ્ટિક ટેસ્ટની પસંદગી
- કન્સલ્ટેશન મર્યાદા દીઠ મહત્તમને આધિન આઉટ-પેશન્ટ કન્સલ્ટેશન
- ચોક્કસ બિમારીઓ અથવા આયોજિત શસ્ત્રક્રિયા અથવા સર્જિકલ પ્રક્રિયાઓના નિદાન પર નિષ્ણાતોનો બીજો તબીબી અભિપ્રાય
- તણાવના વ્યવસ્થાપન, પોષણ, પેરિટિંગ અને અન્ય પર ટેકો પૂરો પાડવા માટે પરામર્શ સત્રો
- ફાર્મસી અને ડાયગ્નોસ્ટિક બુકિંગ સેવાઓ
- પ્રારંભિક વયનું ડિસ્કાઉન્ટ: જો પ્રથમ નીતિના આરંભના સમયે સૌથી મોટા સભ્યની ઉંમર 35 વર્ષથી ઓછી કે સમાન હોય તો, બેઝ પ્રીમિયમના 10 ટકાનું ડિસ્કાઉન્ટ (એટલે કે, બેઝ કવર માટેના કરને બાદ કરતા કોઈ વોર્ડિંગ કે ડિસ્કાઉન્ટ પહેલાંનું પ્રીમિયમ) પ્રથમ પોલિસીના સમયે અને ત્યારબાદના તમામ રિન્યુઅલ આજીવન ધોરણે આપવામાં આવશે. જો વાગુ પડતું હોય તો આ પ્રકારનું ડિસ્કાઉન્ટ ફેમિલી ફ્લોટર પોલિસી પ્રીમિયમને પણ વાગુ પડે છે.
- ઝોન કવરેજના આધારે પસંદ કરવાની પસંદગી, જે 20% સહ-યુકવણી મુંબઈ (નવી મુંબઈ અને થાણે સહિત), દિલ્હી એનસીઆર, કોલકાતા અને ગુજરાત રાજ્યમાં સારવાર માટે વાગુ થશે નહીં/વાગુ પડશે નહીં
- મર્યાદાઓને આધિન આધુનિક સારવારો આવરવામાં આવી છે

તમારી નીતિમાં ઉલ્લેખિત કેટલીક મર્યાદાઓ અને બાકાતોને આધિન નીચેના વૈકલ્પિક લાભો પૂરા પાડવામાં આવે છે:

- આઇ-પ્રોટેક્ટ: દરેક રિન્યુઅલ પર વીમાની રકમમાં બેઝિક વીમા રકમના 10%નો વધારો. જ્યાં સુધી પોલિસી રિન્યુ થાય ત્યાં સુધી અથવા જ્યાં સુધી તમે આ લાભમાંથી બહાર નીકળવાની વિનંતી ન કરો ત્યાં સુધી દરેક પોલિસી વર્ષ માટે આ લાભ પૂરો પાડવામાં આવશે.
- હેલ્થ કોચ - તમારી જાતને તંદુરસ્ત અને તંદુરસ્ત રાખવા માટે વેલનેસ સેવાઓ, જેમાં વ્યક્તિગત આરોગ્ય કોચનો પણ સમાવેશ થાય છે. તમારા હેલ્થ સ્કોરના આધારે, રિન્યુઅલના સમયે બેઝ પ્રીમિયમના 20% સુધીનું પ્રીમિયમ ડિસ્કાઉન્ટ (એટલે કે કરવેરા અને વૈકલ્પિક લાભો સિવાયનું પ્રીમિયમ) વાગુ પડી શકે છે.
- આકસ્મિક મૃત્યુ, કાયમી સંપૂર્ણ અને આંશિક વિકલાંગતા સામે વ્યક્તિગત અકસ્માત કવરેજ

કૃપા કરીને નોંધ લેશો કે વૈકલ્પિક લાભો માટે વધારાનું વાર્ષિક પ્રીમિયમ વસૂલવામાં આવે છે

એ બાબતની નોંધ વેશો કે પ્રતીક્ષાનો સમયગાળો નીતિ મુજબ લાગુ પડે છે:

- પોલિસીની શરૂઆતથી અત્યાર સુધીનો 36 મહિનાનો અગાઉથી અસ્તિત્વ ધરાવતો રોગ પ્રતિક્ષા ગાળો અને સતત નવીનીકરણ
- જ્યાં સુધી જરૂરી સારવાર અકસ્માતનું પરિણામ ન આવે ત્યાં સુધી 30 દિવસનો પ્રારંભિક પ્રતીક્ષા સમયગાળો
- કેટલીક સૂચિબદ્ધ બિમારીઓ માટે 24 મહિનાનો ચોક્કસ વેઇટિંગ ગાળો, સિવાય કે આ સ્થિતિ સીધી જ કેન્સર (30 દિવસના પ્રારંભિક પ્રતીક્ષા સમયગાળા પછી આવરી લેવાયેલી) અથવા અકસ્માત (દિવસ 1થી આવરી લેવામાં આવેલી) દ્વારા થતી હોય.
- કૃપા કરીને એ બાબતની નોંધ વેશો કે રાહ જોવાનો સમયગાળો વાર્ષિક આરોગ્ય ચકાસણી અથવા નિદાન પરીક્ષણો, બીજો તબીબી અભિપ્રાય, આઉટ-પેશન્ટ કન્સલ્ટેશન, કાઉન્સેલિંગ સેશન્સ અને વૈકલ્પિક લાભોને લાગુ પડશે નહીં જો પસંદ કરવામાં આવે તો

નોંધ લો કે નીતિગત કરારમાં નિર્ધારિત કર્યા મુજબ ધોરણોને બાકાત રાખવાં લાગુ પડે છે. તદુપરાંત, અન્ડરરાઇટિંગ પરિણામોના આધારે, કેટલીક ચોક્કસ બાકાતતાઓ તમારી નીતિને પણ લાગુ પડી શકે છે.

તમારી નીતિની અન્ય મુખ્ય વિશેષતાઓ નીચે મુજબ છે:

- વ્યક્તિગત અથવા ફેમિલી ફ્લોટર કવર (2 પુખ્ત વયના લોકો અને 4 બાળકો સુધી), નીતિમાં સભ્ય(ઓ)નો ઉમેરો અથવા કાઢી નાંખવાની પ્રક્રિયા રિન્યુઅલના સમયે
- જ કરવામાં આવશે.
- તમારી પોલિસીની આજીવન નવીનીકરણક્ષમતા તમારી પુષ્ટિ અને બાકી પ્રીમિયમની સમયસર ચૂકવણીને આધિન છે.
- જેમ જેમ તમારી ઉંમર વધશે તેમ તેમ તમારું રિન્યુઅલ પ્રીમિયમ દર વર્ષે વધશે પરંતુ તમારા દાવાના અનુભવના આધારે તેમાં ફેરફાર થશે નહીં. પ્રોડક્ટ માટેના રિન્યુઅલ પ્રિમિયમના દરમાં ભવિષ્યમાં આઇઆરડીએઆઇની મંજૂરીને આધિન અને સમયાંતરે લાગુ પડતા આઇઆરડીએઆઇના નિયમો અને નિયમનો અનુસાર સુધારો કરી શકાય છે.
- જો તમારી દરખાસ્ત ઇશ્યુ કરવા માટે નકારવામાં આવે તો તમે પ્રિ પોલિસી મેડિકલ ચેક-અપ (પીપીએમસી)ના ખર્ચનો 100 ટકા હિસ્સો સહન કરશો.

નોંધ:

ફ્રી લુકની જોગવાઈ: જો તમે પોલિસીના નિયમો અને શરતો સાથે સંમત ન હોવ, તો તમે પોલિસી દસ્તાવેજ પ્રાપ્ત થયાના 15 દિવસની અંદર તમારા કારણો જણાવીને પોલિસી રદ કરી શકો છો, જો કોઈ પણ લાભ હેઠળ કોઈ દાવા કરવામાં આવ્યા ન હોય તો. મેડિકલ ચેક-અપ, સ્ટેમ્પ ડ્યુટી અને કવર સમયગાળા માટે પ્રમાણસર જોખમ પ્રીમિયમ માટે ચાર્જ કાપ્યા પછી પ્રીમિયમ પરત કરવામાં આવશે. પોલિસીના રિન્યુઅલ સમયે ફ્રી લુકની જોગવાઈ લાગુ પડતી નથી.

પ્રીમિયમ: કૃપા કરીને નિવા બુપા હેલ્થ ઇન્શ્યોરન્સ કંપની લિમિટેડના નામે ચૂકવણીના સુરક્ષિત માધ્યમ દ્વારા પ્રીમિયમની રકમ જમા કરાવો. કૃપા કરીને એ બાબતની પણ નોંધ વેશો કે આ પ્રોડક્ટ હેઠળ આઉટ-પેશન્ટ કન્સલ્ટેશન લાભ પસંદ કરેલા શહેરોમાં ડોક્ટરોના અમારા નેટવર્કની અંદર માત્ર કેશલેસ અને વળતરના ધોરણે જ ઉપલબ્ધ છે. કૃપા કરીને અમારી વેબસાઇટ www.nivabupa.com પર પોલિસી ખરીદતા પહેલા અથવા અમારા ગ્રાહક હેલ્પલાઇન નંબર 1860-500-8888 પર કોલ કરીને શહેરોની સૂચિ તપાસો.

હું સમયાંતરે કંપનીની સૂચિત અથવા પ્રવર્તમાન નીતિના સંદર્ભમાં આવકારદાયક કોલ્સ, સર્વિસ કોલ્સ અથવા અન્ય કોઈ પણ સંદેશાવ્યવહાર (ઇલેક્ટ્રોનિક અથવા અન્યથા) કરવા માટે કંપનીને મંજૂરી આપું છું અને અધિકૃત કરું છું.

તિથિ: _____

દરખાસ્ત કરનારની સહી: _____

સ્થાન: _____

પ્રસ્તાવ મૂકનારનું નામ: _____

નિવા બુપા હેલ્થ ઇન્શ્યોરન્સ કંપની લિમિટેડ; રજિસ્ટર્ડ ઓફિસ- સી-98, ફર્સ્ટ 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) (આઇઆરડીએઆઇ 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: U66000DL2008PLC182918. નિયમો અને શરતો, બાકાત રાખવા, જોખમી પરિબલો, પ્રતીક્ષાના સમયગાળા અને લાભો વિશે વધુ માહિતી માટે, કૃપા કરીને વેબસાઇટ પૂરું કરતા પહેલા વેબસાઇટ પુસ્તિકાને કાળજીપૂર્વક વાંચો.

પ્રોડક્ટનું નામ : ગોએકિટવટીએમ, પ્રોડક્ટ યુઆઇએન નંબર: MAXHLIP21173V022021

કંપની દ્વારા સ્વીકૃતિ

એપ્લિકેશન નં.

તિથિ

DDMM

અમે તમારી દરખાસ્ત અને ચેક/ડિમાન્ડ ડ્રાફ્ટ/અન્યો દ્વારા _____ દ્વારા રકમની પ્રાપ્તિનો આભાર માનીએ છીએ

ની રકમ રૂ.

_____ તારીખ થયેલ DDMM _____ ની પર દીરાયેલ DDMM

ન તો વીમા માટેની પૂર્ણ થયેલી દરખાસ્તની અમારી સમક્ષ રજૂઆત કે ન તો માગવામાં આવેલી કોઈ પણ પોલિસી માટે કોઈ ચૂકવણી, જે નિર્ણય અમારી સંપૂર્ણ અને સંપૂર્ણ મુનસફીમાં હોય અને હંમેશાં હોય, તે જારી કરવા માટે સંમત થવા માટે 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

મેળવનાર અને ઓફિસ સીલના હસ્તાક્ષર

પ્રોડક્ટનું નામ : ગોએકિટવટીએમ, પ્રોડક્ટ યુઆઇએન નંબર: MAXHLIP21173V022021