

હેલ્થ એશ્યોરન્સ પ્રોપોઝલ ફોર્મ#

(URN: 002)

ફૂપા કરીને પોતાના અને દરેક સૂચિત વીમાધારક વ્યક્તિ માટે કેપિટલ લેટર્સમાં આ ફોર્મ ભરો. જો તમને આ દરખાસ્ત પત્રક પર કોઈ પણ પ્રશ્નનો જવાબ આપવા માટે વધારાની જગ્યાની જરૂર હોય, તો ફૂપા કરીને કાગળની વધારાની શીટ્સ જોડી અને વધારાના પત્રક પર જે માહિતી પૂરી પાડવામાં આવી રહી છે તે પ્રશ્ન નંબર સૂચવો.

1. પ્રસ્તાવકર્તા વિગતો*

શીર્ષક	નામ			
વર્તમાન સરનામું				
સીમાચિહ્ન				શહેર
જીલ્લો	રાજ્ય		પિન કોડ	
લેન્ડલાઇન	મોબાઇલ નં.			
ઈ-મેઇલ ID				પાન નં.
રાષ્ટ્રીયતા	વાર્ષિક આવક (₹.)		પગારદાર	સ્વ-રોજગાર
શું તમે પોલિસી કિટની ફિઝિકલ કોપી ઇચ્છો છો	હા	ના		
બેંક વિગતો				
બેંક નામ				શાખા
શહેર	ખાતા નં.			
IFSC કોડ	ખાતા પ્રકાર		સંગ્રહી	વર્તમાન

ઇલેક્ટ્રોનિક વીમા ખાતાની વિગતો (ઇઆઇએ)

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

ના	મારી પાસે ઇ-ઇન્શ્યોરન્સ ખાતું નથી અને હું ખોલવા નથી માગતો	ગ્રામીણ અને સામાજિક ક્ષેત્રની કેટેગરી (જો વાગુ પડતું હોય તો):
હા	આ પોલિસીને મારા ઇ-ઇન્શ્યોરન્સ એકાઉન્ટમાં કેડિટ કરો	આશા વર્કર
જો હા, તો ફૂપા કરીને હાલના ઇ-ઇન્શ્યોરન્સ એકાઉન્ટ નંબરને શેર કરો.	મનરેગા કામદાર	

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

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

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

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

2. કવરેજ પસંદગી

વાલ્મની પ્રકાર (ફૂપા કરીને સંબંધિત બોક્સ પર ટિક કરો. તમે બહુવિધ વાલ્મો પસંદ કરી શકો છો.)

કોટ્રબ્લિક સંયોજનો :	<input type="checkbox"/> 1A	<input type="checkbox"/> 1A+1C	<input type="checkbox"/> 1A+2C	<input type="checkbox"/> 2A	<input type="checkbox"/> 2A+1C	<input type="checkbox"/> 2A+2C		
અકસ્માત સંભાળ# :	<input type="checkbox"/>	વીમાની રકમ (₹.)						
અકસ્માત હંગામી ફુલ વિકલાંગતા (ટીટીડી) :	<input type="checkbox"/> હા	<input type="checkbox"/> ના	વીમા રકમ* (₹.)					
અકસ્માતે હોસ્પિટલમાં દાખલ થવું	<input type="checkbox"/>							
ક્રિટીકેર# :	<input type="checkbox"/>	વીમાની રકમ (₹.)			વિકલ્પ ૧	<input type="checkbox"/>	વિકલ્પ ૨	<input type="checkbox"/>
હોસ્પિટલેશ :	<input type="checkbox"/>	દૈનિક હોસ્પિટલેશ લિમિટ (₹.)						
પોલિસી ટર્મ :	<input type="checkbox"/> ૧ વર્ષ	<input type="checkbox"/> ૨ વર્ષ	<input type="checkbox"/> ૩ વર્ષ					

#For અકસ્માતની સંભાળ અને વિવેચના: મહત્તમ વીમાની રકમ કે જેનો વિકલ્પ પસંદ કરી શકાય છે તે જો પગારદાર હોય તો દરખાસ્ત કરનારની વાર્ષિક આવકના 12 ગણા સુધી અથવા જો સ્વ-રોજગાર ધરાવતા હોય તો દરખાસ્ત કરનારની વાર્ષિક આવકના 15 ગણા સુધી હોવી જોઈશે. અકસ્માતની સંભાળ ૨ વર્ષથી ઓછી વયના આશ્રિત બાળકો માટે ઉપલબ્ધ રહેશે નહીં. ક્રિટીકેર આશ્રિત બાળકો માટે ઉપલબ્ધ રહેશે નહીં.

નાહી. પગારદાર વ્યક્તિઓ માટે વાર્ષિક આવકને ક્રિકેટ સીટીસી (બોનસ અને કમિશનને બાદ કરતાં) કંપની માટે અર્જના અથવા ગણવામાં આવશે. ફૂલ કમ્પાઉન્ડ વિકલાંગતા (ટીટીડી) માટે વીમાનું રકમ ₹. 1 લાખથી ₹. 20 લાખ (₹. 50,00,000ના રૂાંકમાં)ની વચ્ચે હોવી જોઈશે. જો કે ટીટીડીની વીમાનું રકમ વાર્ષિક આવકના 2 ગણાથી ઓછી અથવા અકસ્માત સંભાળની વીમાનું રકમથી વધુ ન હોવી જોઈશે. વાર્ષિક આવક એ ઓવરટાઇમ, બોનસ, ડિવિડેન્ડ, કમિશન, ભથ્થા, વિશેષ વળતર, અન્ય સ્ત્રોતોમાંથી થતી આવક અથવા વેરિફાઇડ પેના કોઈ પણ ઘટકો સિવાયની કંપની માટે વાર્ષિક કમિટ છે. જે પ્રાથમિક વીમાધારક અથવા પ્રાથમિક વીમાધારક માટે પાલ હોઈ શકે છે.

3. સૂચિત વીમાકૃત વ્યક્તિ(ઓ)ની વિગતો

વીમાકૃત નંબર 1	નામ	જન્મતારીખ (DD/MM/YYYY)	ભિયાઈ (ઇંચ)	વૃજન (કિ.ગ્રા.)	કમરરેખા (ઇંચ)
જાતિ (M/F)	પ્રસ્તાવ મૂકનાર સાથે સંબંધ	વ્યવસાય:	શિક્ષણ:	જોખમ વર્ગ*	

વીમાફત નંબર 2	નામ		જન્મતારીખ (DD/MM/YYYY)	ઊંચાઈ (ઇંચ)	વજન (કિ.ગ્રા.)	કમરરેખા (ઇંચ)
	જાતિ (M/F)	પ્રસ્તાવ મૂકનાર સાથે સંબંધ	વ્યવસાય:	શિક્ષણ:	જોખમ વર્ગ*	

વીમાફત નં. 3	નામ		જન્મતારીખ (DD/MM/YYYY)	ઊંચાઈ (ઇંચ)	વજન (કિ.ગ્રા.)	કમરરેખા (ઇંચ)
	જાતિ (M/F)	પ્રસ્તાવ મૂકનાર સાથે સંબંધ	વ્યવસાય:	શિક્ષણ:	જોખમ વર્ગ*	

વીમાફત નં. 4	નામ		જન્મતારીખ (DD/MM/YYYY)	ઊંચાઈ (ઇંચ)	વજન (કિ.ગ્રા.)	કમરરેખા (ઇંચ)
	જાતિ (M/F)	પ્રસ્તાવ મૂકનાર સાથે સંબંધ	વ્યવસાય:	શિક્ષણ:	જોખમ વર્ગ*	

*રિસ્ક ક્લાસ-2 માટે પ્રીમિયમ પર 50 ટકા વોડિંગ થશે. પોલિસીધારકના વ્યવસાયને આધારે અકસ્માતકેર કવરેજના કિસ્સામાં જ વાગુ પડે છે.

4. નોમિનેશન (પ્રાથમિક વીમા માટે)

નોમિની નામ	જન્મની તારીખ	પ્રસ્તાવ મૂકનાર સાથે સંબંધ	નોમિનીનું સરનામું, મોબાઇલ નંબર અને ઇમેઇલ આઇડી	હોદ્દાદારનું નામ (જો નોમિનીની ઉંમર 18 વર્ષથી ઓછી હોય તો)
			સરનામું, પીએચ.નં.	

નોમિની બેંક વિગતો:

બેંક નામ _____ શાખા _____ IFSC કોડ _____

શહેર _____ ખાતા નં. _____ ખાતા પ્રકાર સંગ્રહો વર્તમાન

5. તબીબી ઇતિહાસ

વિભાગ એ: તબીબી માહિતી

ક્રિટિકર અને/અથવા હોસ્પીટલના કિસ્સામાં જવાબ આપવો. જો માત્ર અકસ્માતની સંભાળ પસંદ કરવામાં આવી હોય, તો કૃપા કરીને માત્ર Q1 નો જ જવાબ આપો.		વીમા નં. (કૃપા કરીને અરજદાર સ્વયં સામે હા/ના તરીકે જવાબ આપો)			
		1	2	3	4
1.	શું તમારી તંદુરસ્તી સારી છે અને/અથવા જન્મથી કે જન્મ પછી કોઈ માનસિક/શારીરિક ક્ષતિ અને/અથવા વિકૃતિ અને/અથવા વિકલાંગતાથી પીડાતા નથી?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	શું તમને તમારી દૈનિક પ્રવૃત્તિઓને અસર કરનારા કોઈપણ વક્ષણો માટે 9 દિવસથી વધુ સમય માટે બેડ રેસ્ટ અથવા હોસ્પિટલમાં દાખલ થવાની સલાહ આપવામાં આવી છે?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	શું તમે 5 દિવસથી વધુ સમયથી કોઈ અગવડતા/વક્ષણોથી પીડાતા છો અથવા હાલમાં પીડાતા છો, જેના માટે તમે કોઈ પરમર્શ લીધો નથી અથવા તેમ કરવાનું વિચારી રહ્યા છો?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	શું તમને ક્યારેય એવી સલાહ આપવામાં આવી છે કે હાલમાં દૈનિક ધોરણે કોઈ પણ પ્રકારની સારવાર કે દવા લેવામાં આવી છે, જે 9 દિવસ સુધી ચાલે છે અથવા સામાજિક કે માસિક ધોરણે ચાલે છે?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	શું તમે ક્યારેય નીચેનામાંથી કોઈ પણ તપાસ કરાવી છે અથવા તમને સલાહ આપવામાં આવી છે (નિયમિત આરોગ્ય તપાસ સિવાય): ટીએમટી, એન્જિયોગ્રાફી, ઇકો કાર્ડિયોગ્રાફી, એન્ડોસ્કોપી, સીટી સ્કેન, એમઆરઆઈ, એફએનએસી, બાયોપ્સી વગેરે?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	શું તમે ક્યારેય કોઈ ઓપરેશન અથવા સર્જરી કરાવી છે અથવા કરવાની યોજના બનાવી છે?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	શું તમને હાઇપરટેન્શન અને/અથવા ડાયાબિટીસ અને/અથવા હાઇ કોલેસ્ટ્રોલ અને/અથવા હૃદયની સમસ્યા અને/અથવા થાઇરોઇડ ડિસઓર્ડર છે?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	શું તમને ક્યારેય કોઈ પણ પ્રકારના કેન્સરનું નિદાન થયું છે? શું તમને ક્યારેય નિયમિત સ્ક્રિનિંગ સિવાય કેન્સરના સંભવિત નિદાનને નકારી કાઢવા માટે કોઈ સ્ક્રિનિંગ કરાવવાની સલાહ આપવામાં આવી છે?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	શું તમે ક્યારેય તમાકુને વગતી કોઈ પણ પેદાશો જેવી કે સિગરેટ/ગુટખા-પાન અથવા આલ્કોહોલ અથવા અન્ય કોઈ નશીલા દ્રવ્યોનું સેવન કર્યું છે અથવા તેનું સેવન કર્યું છે, જે દૈનિક અથવા સામાજિક ધોરણે એક મહિના કરતા વધુ સમય સુધી ચાલે છે?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

વીમાફત કરવા માટે સ્ત્રી જીવનના કિસ્સામાં જવાબ આપવો:

10.	શું તમે હાલમાં ગર્ભવતી છો અને/અથવા કોઈ પણ પ્રકારની પ્રજનન સારવાર લઈ રહ્યા છો અને/અથવા સિઝેરિયન વિભાગ દ્વારા જન્મ આપ્યો છે?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	શું તમે ક્યારેય પણ સ્તન, માસિક ચક્ર, ગર્ભાધાન અને/અથવા ગર્ભાવસ્થા સાથે સંકળાયેલી કોઈ સ્ત્રીરોગની જટિલતાઓ અનુભવી છે અને/અથવા નિયમિત તપાસ સિવાય પીએપી સ્મીયર, મેમોગ્રામ કરાવ્યું છે?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

વિભાગ બી: (માત્ર ક્રિટિકર અને/અથવા હોસ્પીટલ માટે જ વાગુ) કૃપા કરીને વિગતો પૂરી પાડો જો Q1 નો જવાબ 'ના' તરીકે આપવામાં આવ્યો હોય અને/અથવા વિભાગ A માં Q2 થી Q11 સુધીના પ્રશ્નોના જવાબ 'હા' તરીકે આપવામાં આવે તો. માંદગી/દવા/પરીક્ષણ/શસ્ત્રક્રિયા/ઈજા/વિકલાંગતા/વિકૃતિ/ક્ષતિનું નામ અને વિગતો.

વીમા નં.	મેડિકલ પ્રશ્ન નં.	બિમારીનો પ્રકાર	ચોક્કસ નિદાન અને તપાસ થઈ	નિદાન તારીખ	પરામર્શની તારીખ	સારવારની વિગતો/ હોસ્પિટલાઈઝેશનનો ઇતિહાસ	ડોક્ટર અને હોસ્પિટલનું નામ અને ફોન નં. અને તેના માટે હોસ્પિટલમાં દાખલ કરવામાં આવ્યા છે કે કેમ

(જો તમને આ દરખાસ્ત પત્રક પર કોઈ પણ પ્રશ્નનો જવાબ આપવા માટે વધારાની જગ્યાની જરૂર હોય, તો કૃપા કરીને વધારાના પત્રક પર તે પ્રશ્ન નંબર સૂચવો કે જેની સાથે માહિતી પ્રદાન કરવામાં આવી રહી છે તે સંબંધિત છે.)

વિભાગ C:

શું વીમાફત વ્યક્તિ/પ્રસ્તાવક રાજકીય રીતે ખુલ્લી વ્યક્તિ (પીઈપી) છે? (જા હા, તો કૃપા કરીને પીઈપી પ્રશ્નાવલિ ભરો)

હા ના

શું તમે ભારત અને/અથવા વિદેશમાં કોઈ પણ ડોજદારી કાર્યવાહી હેઠળ દોષિત ઠરાવો કોઈ ઇતિહાસ ધરાવો છો?

હા ના

#PEP એવી વ્યક્તિઓ છે જેમને અગ્રણી જાહેર કાર્યો એટલે કે કેન્દ્ર કે રાજ્ય સરકારના વડાઓ/મંત્રીઓ, વરિષ્ઠ સરકારી ન્યાયિક અથવા લશ્કરી અધિકારીઓ, સરકારી કંપનીઓના વરિષ્ઠ અધિકારીઓ, પક્ષના મહત્વના અધિકારીઓ, પરિવારના નજીકના સભ્યો અથવા તેનાથી ઉપરની વ્યક્તિઓ (જેમાં જીવનસાથી, માતા-પિતા, બાળકો, જીવનસાથીના માતાપિતા અથવા ભાઈ-બહેન અને પીઈપીના નજીકના સહયોગીઓનો સમાવેશ થાય છે) જેવા અગ્રણી જાહેર કાર્યો છે અથવા તેમને સોંપવામાં આવ્યા છે.

વિભાગ ડી: પારિવારિક ઇતિહાસ* (ક્રિટિકલ અને હોસ્પિટલ કવરેજ માટે લાગુ)

શું તમારા માતાપિતા, ભાઈઓ અથવા બહેનોને કેન્સર, ડાયાબિટીસ, હાયપરટેન્શન (હાઈ બ્લડ પ્રેશર), હૃદય અથવા ક્રિડનીના રોગો, પોલિસિસ્ટિક ક્રિડની રોગ,

માનસિક અથવા નર્વસ ડિસઓર્ડર (અલ્ઝાઇમર રોગ સહિત), સ્ટ્રોક, મલ્ટીપલ સ્કલેરોસિસ, મોટર ન્યુરોન ડિસીઝ અથવા અન્ય કોઈ વારસાગત વિકારો છે જે સતત / લાંબા પ્રકૃતિના છે?

વીમા નં.	પ્રસ્તાવ મૂકનાર સાથેનો સંબંધ	રોગ અથવા અવ્યવસ્થા (જો કોઈ હોય તો)	ઉંમર (જો જીવતી હોય તો)	શરૂઆત સમયે ઉંમર	મૃત્યુનું કારણ (જો લાગુ પડતું હોય તો)	મૃત્યુ સમયે ઉંમર (જો લાગુ પડતું હોય તો)

*માત્ર પુખ્ત વયના સભ્ય માટે જ જોગવાઈ કરવી

6 ફેમિલી ફિઝિશિયનની વિગતો

ફેમિલી ફિઝિશિયનનું નામ _____ સંપર્ક નંબર 1 _____ સંપર્ક નંબર 2 _____

7 જીવની વીમા વિગતો

શું તમે અથવા કોઈ પણ વ્યક્તિ(ઓ)ને નિવા બુપા હેલ્થ ઇન્શ્યોરન્સ કંપની લિમિટેડ અથવા અન્ય કોઈ પણ વીમા કંપની સાથે આરોગ્ય વીમા/વ્યક્તિગત અકસ્માત પોલિસી હેઠળ વીમા ઉતારવાનો પ્રસ્તાવ છે.

હા ના

જો હા, તો ક્યારથી તમારો સતત વીમા લેવામાં આવ્યો છે

DD / MM / YYYY

વીમા નં.	વીમા કંપનીનું નામ	પોલિસી નંબર/એલિફેશન નં.	(તારીખ) થી વીમાફત	થી (તારીખ)	વીમાફત રકમ	દાવાની વિગતો (જો કોઈ હોય તો)

8 મીષણા (કૃપા કરીને કાળજીપૂર્વક વાંચો અને સહી કરતા પહેલા દરેકની સામે એક ચેક માર્ક મૂકો)

- હું સમજું છું કે મારા દ્વારા પૂરી પાડવામાં આવેલી માહિતી વીમા પોલિસીનો પાયો રચશે, તે વીમા કંપનીની બોર્ડ દ્વારા માન્ય અન્ડરરાઇટિંગ પોલિસીને આધીન છે અને તે પોલિસી ચાર્જબલ પ્રીમિયમની સંપૂર્ણ પ્રાપ્તિ પછી જ અમલમાં આવશે.
- હું/અમે વધુમાં જાહેર કરીએ છીએ કે હું/અમે દરખાસ્ત રજૂ કર્યા પછી પરંતુ કંપની દ્વારા જોખમ સ્વીકૃતિ અંગે સંદેશાવ્યવહાર કરતા પહેલા વીમાધારક/દરખાસ્તકર્તાના વ્યવસાય અથવા સામાન્ય આરોગ્યમાં થતા કોઈ પણ ફેરફાર અંગે લેખિતમાં જાણ કરીશું.
- હું/અમે કોઈ પણ ડોક્ટર અથવા હોસ્પિટલ પાસેથી તબીબી માહિતી મેળવવા માટે કંપનીને જાહેર કરીએ છીએ અને સંમતિ આપીએ છીએ, જેમણે વીમાધારક/ પ્રસ્તાવક તરીકેના જીવન પર કોઈ પણ સમયે હાજરી આપી હોય અથવા કોઈ પણ ભૂતકાળના અથવા વર્તમાન નોકરીદાતા પાસેથી એવી કોઈ પણ બાબત કે જે જીવનના શારીરિક અથવા માનસિક સ્વાસ્થ્યને અસર કરે છે તે અંગે ખાતરી/પ્રસ્તાવક તરીકે અને કોઈ પણ વીમા કંપની પાસેથી માહિતી મેળવવા માટે કે જેમાં જીવન પર વીમા માટેની અરજી સુનિશ્ચિત/ પ્રસ્તાવક તરીકે કરવામાં આવી હોય તેવી કોઈ પણ માહિતી માંગવામાં આવી હોય દરખાસ્ત અને/અથવા દાવાની પતાવટને અન્ડરરાઇટ કરવાના હેતુ માટે.
- હું/અમે મારી દરખાસ્તને લગતી માહિતીનું આદાનપ્રદાન કરવા કંપનીને અધિકૃત કરીએ છીએ, જેમાં દરખાસ્ત અન્ડરરાઇટિંગ અને/અથવા દાવાની પતાવટના એકમાત્ર હેતુ માટે મેડિકલ રેકોર્ડ્સનો સમાવેશ થાય છે અને કોઈ પણ સરકાર, અમારા સર્વિસ પ્રોવાઇડર અને/અથવા નિયમનકારી સત્તામંડળ સાથે.
- 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.
- હું/અમે અહીં મારા વતી અને વીમા માટે દરખાસ્ત કરાવેલી તમામ વ્યક્તિ વતી જાહેર કરીએ છીએ કે ઉપરોક્ત નિવેદનો, જવાબો અને/અથવા વિગતો મેં આપેલી તમામ બાબતોમાં મારી શ્રેષ્ઠ જાણકારી મુજબ સાચી અને સંપૂર્ણ છે અને હું/અમે અન્ય વ્યક્તિઓ વતી દરખાસ્ત કરવા માટે અધિકૃત છીએ.

તિથિ: _____ સ્થાન: _____ દરખાસ્ત કરનારની સહી _____

9. ઇલેક્ટ્રોનિક પોલિસી પરિપૂર્ણતા અને સેવા સંચાર માટે અધિકૃતતા

હું મારા પર્યાવરણનું રક્ષણ કરવા માંગું છું અને નિવા બુપા હીથ ઇન્સ્યુરન્સ કંપની લિમિટેડને એલિફેશન ફોર્મમાં ઉલ્લેખ કર્યા મુજબ મારી તમામ પોલિસી અને સેવા સંબંધિત સંદેશાવ્યવહારને ઇમેઇલ આઇડી પર મોકલવા માટે અધિકૃત કરીને કાળજી બચાવવામાં મદદ કરવા માંગું છું.

હા ના

10. વર્નાક્યુલર ઘોષણા

જો દરખાસ્ત કરનારે સ્થાનિક ભાષામાં હસ્તાક્ષર કર્યા હોય તો સર્ટિફિકેશન કંપનીના એજન્ટ/કર્મચારી સિવાય અન્ય કોઈ વ્યક્તિ દ્વારા સાક્ષી બનવાનું રહેશે. આ સ્વરૂપની સામગ્રી અને તેની વિગતો મેં સ્થાનિક ભાષામાં દરખાસ્ત કરનારને સમજાવી છે, જેણે તે જ સમજી લીધું છે અને તેની પુષ્ટિ કરી છે.

સાક્ષીનું નામ: _____ સાક્ષીની સહી _____ દરખાસ્ત કરનારની સહી _____

11. ABHA ID

સભ્ય નામ	શું તમારી પાસે એબા 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="checkbox"/> હા <input type="checkbox"/> ના
	<input type="checkbox"/> હા <input type="checkbox"/> ના		<input type="checkbox"/> હા <input type="checkbox"/> ના
	<input type="checkbox"/> હા <input type="checkbox"/> ના		<input type="checkbox"/> હા <input type="checkbox"/> ના
	<input type="checkbox"/> હા <input type="checkbox"/> ના		<input type="checkbox"/> હા <input type="checkbox"/> ના

12. વાઓના રિફંડ અને ચુકવણી માટેની વિગતો

ચુકવણી પ્રાપ્ત કરવાનો વિકલ્પ: બેંક ટ્રાન્સફર

વાસ્થાના નામ _____

બેંક નામ _____ ખાતા નં. _____

IFSC કોડ _____ ખાતા પ્રકાર _____ સંગ્રહી _____ વર્તમાન _____

માત્ર સત્તાવાર ઉપયોગ માટે

પ્રિમિયમની ચુકવણીની વિગતો: રોકડ ચેક/ડીડી નં. _____ ક્રેડિટ કાર્ડ _____

ઓનલાઇન/સીધું ઉધાર વ્યવહાર ID _____ રકમ _____

તિથિ (DD/MM/YYYY) _____ બેંકનું નામ/ શાખા _____

નિવા બુપા શાખાનું સ્થાન _____ કોડ નં. _____

આના દ્વારા સોર્સ કરાયેલ વ્યાપાર: સવાહકાર/ડીએસટી/કોર્પોરેટ એજન્સી/અન્ય ચેનલો _____ કોડ નં. _____

નામ _____ કોડ નં. _____

તારીખ પર પ્રાપ્ત થયેલી દરખાસ્ત _____ ગ્રાહક આઈડી _____

આના દ્વારા પ્રક્રિયા થયેલ છે તિથિ DD/MM/YYYY દ્વારા મંજૂર થયેલ તિથિ DD/MM/YYYY

ફક્ત Bancassurance ચેનલ માટે વધારાની વિગતો

શાખા કોડ _____ SP કોડ _____ RM/LG કોડ _____

ગ્રાહકના ખાતા નં. _____

વીમા સવાહકારનો રિપોર્ટ

શું તમે પ્રસ્તાવક સાથે સંબંધિત છો? હા ના જો હા, તો સંબંધની પ્રકૃતિ? _____

કે પ્રસ્તાવ મૂકનારને ક્યારથી ઓળખો છો? _____ વર્ષો _____ મહિનાઓ

શું તમે પ્રસ્તાવ મૂકનારની ઓળખથી સંતુષ્ટ છો? હા ના

શું દરખાસ્ત કરનાર અથવા સૂચિત વીમાધારકમાં કોઈ શારીરિક વિકૃતિ/ખામી કે માનસિક મંદતા હોય છે? હા ના

શું તમે નીતિના બાકાત રાખવાનું સમજાવ્યું છે અને દરખાસ્તકર્તાએ વ્યક્તિગત રૂપે આરોગ્યની ઘોષણા પૂર્ણ કરી છે? હા ના

શું પ્રપોઝલ ફોર્મ બનાવતી વખતે પ્રસ્તાવ મૂકનારની તબિયત શું છે? _____

શું તમે નૈતિક જોખમ સહિતના તમામ પરિબલોને ધ્યાનમાં રાખીને આ દરખાસ્ત ફોર્મ સ્વીકારવાની ભલામણ કરો છો? હા ના

તિથિ: (DD/MM/YYYY) _____

વીમા સવાહકારની સહી _____

વૈધાનિક ચેતવણી :

વીમા અધિનિયમ, ૧૯૩૮ની કલમ ૪૧ : (૧) કોઈ પણ વ્યક્તિ ભારતમાં જીવન કે મિલકતને લગતા કોઈ પણ પ્રકારના કે જોખમના સંદર્ભમાં વીમો લેવા કે રિન્યુ કરવા અથવા ચાલુ રાખવા માટે પ્રત્યક્ષ કે પુરોક્ષ રીતે કોઈ પણ વ્યક્તિને, પોલિસી પર દર્શાવેલા પ્રીમિયમની કોઈ પણ છૂટ અથવા કોઈ પણ પ્રકારની મુક્તિ અથવા પ્રીમિયમની કોઈ પણ છૂટ આપી શકશે નહિ અથવા ચાલુ રાખવાની મંજૂરી આપી શકશે નહિ અથવા ચાલુ રાખી શકશે નહિ. પોલિસી લેનારી કે ચાલુ રાખનાર વ્યક્તિ આવી છૂટ સિવાયની કોઈ પણ છૂટ સ્વીકારે છે, જેને વીમાકંપનીના પ્રકાશિત પ્રોસેક્ટસ અથવા કોષ્ટકો અનુસાર મંજૂરી આપવામાં આવી શકે છે. (૨) આ કલમની જોગવાઈઓનું પાલન કરવામાં કોઈ પણ વ્યક્તિ કસૂર ન કરે તો તેના પર દસ લાખ રૂપિયા સુધીના દંડને પાત્ર થશે.

નિવા બુપા હીથ ઇન્સ્યુરન્સ કંપની લિમિટેડ

ઇન્સ્યુરન્સ એ વિનંતીનો વિષય છે. નિવા બુપા હેલ્થ ઇન્સ્યુરન્સ કંપની લિમિટેડ (જે અગાઉ મેક્સ બુપા હેલ્થ ઇન્સ્યુરન્સ કંપની લિમિટેડ તરીકે ઓળખાતી હતી) (આઈઆરડીએઆઈ રજિસ્ટ્રેશન નંબર 145). 'બુપા' અને 'હાર્ટબીટ' લોગો તેમના સંબંધિત માલિકીના નીચાણેલા ટ્રેડમાર્ક્સ છે અને તેનો ઉપયોગ નિવા બુપા હેલ્થ ઇન્સ્યુરન્સ કંપની લિમિટેડ દ્વારા લાઇસન્સ હેઠળ કરવામાં આવી રહ્યો છે. રજિસ્ટર્ડ ઓફિસ:- સી-98, ફર્સ્ટ ફ્લોર, વાજપત નગર, પાર્ટ 1, નવી દિલ્હી-110024, કસ્ટમર હેલ્પલાઇન: 1860-500-8888.

વેબસાઇટ: www.nivabupa.com. સીઆઇએન: U66000DL2008PLC182918. નોંધ: પોલિસીના સમયગાળા દરમિયાન વીમાધારક વ્યક્તિઓમાંથી કોઈ પણ વ્યક્તિની નોકરીના પ્રકારમાં કોઈ ફેરફાર થાય તો નિવા બુપાને જાણ કરવા માટે પ્રસ્તાવક જવાબદાર છે.



સ્વીકૃતિ

તરફથી પ્રસ્તાવ નં. _____ તિથિ DD MM

અમે તમારી દરખાસ્ત અને રકમની પ્રાપ્તિને આભાર સાથે સ્વીકારીએ છીએ. રોકડ/ચેક/ડિમાન્ડ ડ્રાફ્ટ/રુ.

આના પર દોરવામાં આવેલી તારીખ, વીમા માટેની સંપૂર્ણ દરખાસ્તની અમલી સમક્ષની સ્પષ્ટતાને કે માનવામાં આવેલી રોઈ પણ પોલિસી માટે રોઈ પણ ચુકવણી જે નિર્ણય સંપૂર્ણપણે અને હંમેશા સંપૂર્ણ મુનસફીની બહાર હોય છે અને કંઈકાઈ રહેશે તેવી રોઈ પણ પોલિસી બહાર પાડવા માટે સંમત થવાની

ફરજ પાડતી નથી. જો આપણે વીમા માટેની દરખાસ્ત સ્વીકારીએ, તો તે પોલિસીના નિયમો અને શરતોને આધિન રહેશે

અને જો પરિમિત આપણને સંપૂર્ણ પાછા અને સમયસર પ્રાપ્ત ન થાય અથવા તેનો સાક્ષાત્કાર ન થાય તો આપણી

પાસે કોઈ પણ પ્રકારની જવાબદારી રહેશે નહીં. જો અમે દરખાસ્ત નહીં સ્વીકારીએ તો અમે તમને જાણ કરીશું અને ચુકવણી પસંદ

કરીશું. જો કોઈ હોય, તો તમારી પાસેથી વ્યાજ વિના પ્રાપ્ત થયેલ છે.

કી લક્ષણ દસ્તાવેજ

નિવા બુપા તેના ગ્રાહકો માટે ન્યાયી અને પારદર્શક રહેવા માટે સમર્પિત છે. આ દસ્તાવેજ તમારી નીતિમાં મુખ્ય લક્ષણિકતાઓ અને પ્રતીક્ષા સમયગાળાનો સારાંશ આપે છે. કૃપા કરીને તમારી નીતિને વધુ સારી રીતે સમજવા માટે તેને કાળજીપૂર્વક વાંચો.

અકસ્માત સંભાળ કવર

જીવીમાફત વ્યક્તિ અકસ્માતને કારણે મૃત્યુ પામે અથવા તેને કોઈ ઈજા થાય તો અકસ્માત સંભાળનું કવર નીચેના લાભોમાં મદદરૂપ થશે:

કવર :	મૃત્યુ પર ચૂકવવાપાત્ર છે.
ભ્રમી સંપૂર્ણ વિકલાંગતા:	કાયમી અપંગતા માટે ચૂકવવાપાત્ર છે જે કામ કરવાની ક્ષમતાને અસર કરે છે અથવા અંગો અથવા દૃષ્ટિનો ઉપયોગ ગુમાવવાને અસર કરે છે.
ભ્રમી આંશિક વિકલાંગતા:	કાયમી ઈજા કે જે તમારા શરીરના ભાગને અસર કરે છે તેના માટે ચૂકવવાપાત્ર દા.ત.: હાથ અથવા પગનો ઉપયોગ ગુમાવવો અથવા વાણી અથવા શ્રવણશક્તિ ગુમાવવી વગેરે.
બાળ શિક્ષણ લાભ :	મૃત્યુ અથવા કાયમી સંપૂર્ણ અપંગતાના કિસ્સામાં ૨ આશ્રિત બાળકો માટે કૌટુંબિક વિકલ્પ હેઠળ ચૂકવવાપાત્ર.
હૃદય સંસ્કારનો ખર્ચ :	મૃત્યુપરચૂકવવાપાત્ર છે.
ક્રમચલાઉ સંપૂર્ણ વિકલાંગતા: (વૈકલ્પિક લાભ)	અપંગતા માટે ચૂકવવાપાત્ર છે, જેના કારણે વીમાફત વ્યક્તિ તેના સામાન્ય વ્યવસાયમાં લાગ લેવામાં અસમર્થ છે.
અકસ્માતે હોસ્પિટલાઈઝેશન: (વૈકલ્પિક લાભ)	અકસ્માતને કારણે હોસ્પિટલમાં દાખલ થવાના ખર્ચ માટે ચૂકવવાપાત્ર.
વીમાની રકમ (એસઆઈ) યોગ્યતા:	સ્વ-એસઆઈ જીવનસાથીના 100 ટકા - 50 ટકા એસઆઈ અથવા 10 લાખ રૂપિયા (બેમાંથી જે ઓછું હોય તે) બાળકો - 20 ટકા એસઆઈ અથવા 5 લાખ રૂપિયા (બેમાંથી જે ઓછું)

Criticare કવર

જો કોઈ વીમાફત વ્યક્તિને પોલિસીમાં આવરી લેવામાં આવેલી 20 ગંભીર બીમારીઓ (જેમ કે કેન્સર, હાર્ટ એટેક, ઓપન ચેસ્ટ સીએબીજી, મલ્ટીપલ સ્કેલેરોસિસ વગેરે) માંથી કોઈ પણ બીમારી થાય છે, તો નિવા બુપા પસંદ કરેલા લાભ વિકલ્પ અનુસાર વીમાની રકમની ચૂકવણી કરશે.

લાભ વિકલ્પો:	બુલ વિકલ્પ 1 - લમ્પ સમ બેનિફિટ વિકલ્પ 2 - લમ્પ સમ તરીકે ચૂકવવાપાત્ર વીમાની રકમ વત્તા આગામી 5 વર્ષ માટે દર વર્ષે ચૂકવવાપાત્ર વીમાની રકમના 10
વીમાની રકમ (એસઆઈ) યોગ્યતા:	સ્વ-એસઆઈ જીવનસાથીનું 100% - એસઆઈનું 100%
પ્રારંભિક રાહ જોવાનો સમયગાળો:	કવરેજ શરૂ થવાની તારીખથી 90 દિવસ એટલે કે જો ચિહ્નો અથવા લક્ષણો પ્રથમ 90 દિવસ દરમિયાન અથવા તે પહેલાં થયા હોય તો લાભ ચૂકવવાપાત્ર રહેશે નહીં.
અગાઉથી અસ્તિત્વ ધરાવતા રોગો માટે રાહ જોવી:	જ્યાં સુધી પ્રથમ નીતિની શરૂઆતથી સતત કવરેજના 36 મહિના વીતી ન જાય ત્યાં સુધી અગાઉથી અસ્તિત્વમાં રહેલા રોગો માટે લાભ ઉપલબ્ધ રહેશે નહીં.
પોલિસી મેડિકલ ચેક-અપની કિંમત (પીપીએમસી):	જો ક્રિટિકર માટેની દરખાસ્ત નકારી કાઢવામાં આવે તો, ગ્રાહકે પીપીએમસી માટે થતા ખર્ચના 100 ટકા સહન કરવા પડશે

કોસ્પીકેશ કવર

જો કોઈ વીમાફત વ્યક્તિને હોસ્પિટલમાં દાખલ કરવામાં આવે, તો નિવા બુપા હોસ્પિટલમાં દાખલ થયાના 24 કલાકના દરેક સતત અને પૂર્ણ સમયગાળા માટે દૈનિક ભથ્થું (પસંદ કર્યા મુજબ) ચૂકવશે. વીમાફત વ્યક્તિને હોસ્પિટલના ઇન્ટેન્સિવ કેર યુનિટ (આઇસીયુ)માં દાખલ કરવામાં આવે તો નિવા બુપા પસંદ કરેલા દૈનિક ભથ્થા કરતાં બમણું ભથ્થું ચૂકવશે.

વીમાની રકમ (એસઆઈ) યોગ્યતા:	સ્વ-પસંદ કરેલા દૈનિક હોસ્પીકેશ મર્યાદાના 100% જીવનસાથી - પસંદ કરેલા દૈનિક હોસ્પીકેશ મર્યાદાના 100% બાળકો - પસંદ કરેલી ડેઇલી હોસ્પીકેશ મર્યાદાના
પ્રારંભિક રાહ જોવાનો સમયગાળો:	50% અમે આ લાભ હેઠળ પોલિસી વર્ષમાં વીમાફત વ્યક્તિ માટે મહત્તમ 45 દિવસ સુધીની ચૂકવણી કરીશું, જેમાં આઇસીયુમાં પ્રવેશના મહત્તમ 7 દિવસનો સમાવેશ થાય છે.
અગાઉથી અસ્તિત્વ ધરાવતા રોગો માટે પ્રતીક્ષાનો સમયગાળો:	કવરેજ શરૂ થવાની તારીખથી 30 દિવસ. અકસ્માતને કારણે હોસ્પિટલમાં દાખલ થવાના કિસ્સામાં પ્રારંભિક પ્રતીક્ષા અવાધિ રહેશે નહીં.
સોસિટિક વેઇટિંગ પીરિયડ:	જ્યાં સુધી પ્રથમ નીતિની શરૂઆતથી સતત કવરેજના 36 મહિના વીતી ન જાય ત્યાં સુધી અગાઉથી અસ્તિત્વમાં રહેલા રોગો માટે લાભ ઉપલબ્ધ રહેશે નહીં.
ફ્લુ પ્રોવિઝન:	ચોક્કસ િસ્થિતિ/સારવાર જેવી કે મોતિયો, સાઇનસાઇટિસ, પિત્તાશય અને મૂત્રતંત્રમાં પથરી, સંધિવા, ડાયાબિટીસ અને તેને લગતી જટિલતાઓ વગેરે માટે 24 મહિનાનો રાહ જોવાનો સમયગાળો.
	જો તમે નીતિના નિયમો અને શરતો સાથે સંમત ન હો, તો તમે પોલિસી દસ્તાવેજ પ્રાપ્ત થયાના 15 દિવસની અંદર કારણો દર્શાવતી નીતિને રદ કરી શકો છો, જો કે કોઈ દાવા(ઓ) કરવામાં આવ્યા ન હોય. જો પોલિસીને કિસ્ટન્સ માર્કેટિંગ મોડ મારફતે ખરીદવામાં આવે અને પોલિસી પિરિયડ 3 વર્ષનો હોય તો ફ્લુ પ્રોવિઝન 30 દિવસનો રહેશે. સ્ટેમ્પ ડ્યુટી, પ્રી પોલિસી મેડિકલ ચેક-અપ અને સપ્લાય જોખમ પ્રીમ માટે કપાત યાજ્ઞ બાદ પ્રીમિયમ પરત કરવામાં

કી લક્ષણ દસ્તાવેજ

નોંધ: આ ફક્ત ઓફર કરેલા કવરનો સારાંશ છે. વેચાણને સમાપ્ત કરતા પહેલા સંપૂર્ણ વિગતો માટે કૃપા કરીને પોલિસી શબ્દો જુઓ. આ દસ્તાવેજ નીતિમાં મુખ્ય લાભો માટે માત્ર સૂચક છે.

તિથિ: _____

દરખાસ્ત કરનારની સહી: _____

સ્થાન: _____

પ્રસ્તાવ મૂકનારનું નામ: _____