

2. કવચ પસંદગી:

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

કૃપા કરીને સંબંધિત બોક્સ પર ટિક કરો:

આવરી લેવા માટેના જીવન:

1A 1A+1C 1A+2C 1A+3C 1A+4C 2A 2A+1C 2A+2C 2A+3C 2A+4C

પસંદ થયેલ યોજના:

ક્લાસિક પ્લાન ઉચ્ચત યોજના

વીમાની રકમ: (રૂ.)

3 સરોવરી 4 સરોવરી 5 સરોવરી ૭.૫ લેક 10 લેકી 1૫ લેકી 20 લેકી 25 લેકી

પોલિસી ટર્મ:

1 વર્ષ 2 વર્ષ 3 વર્ષ

પ્રોડક્ટ હેઠળ વૈકલ્પિક કવચ:

a. વ્યક્તિગત અકસ્માત કવચ: હા ના

જા હા, તો કૃપા કરીને આવરી લેવાયેલી જિંદગીઓ પસંદ કરો:

પ્રાથમિક વીમાકૃત વ્યિગત

પ્રાથમિક વીમાકૃત વ્યિગત તેમજ જીવનસાથી

શું આ વૈકલ્પિક વાલ હેઠળ આવરી લેવામાં આવતા જીવનને કોઈ નોકરી અથવા વ્યવસાયમાં સામેલ કરવામાં આવે છે, જે વિમાન અથવા સમુદ્રમાં જતા જહાજમાં સ્ટાફ તરીકે કામ કરવા, ભૂગર્ભ

ખાણકામ અથવા ટનલિંગ, સશસ્ત્ર ઘનો અથવા સુરક્ષા ઘનો, કોઈપણ સાહસિક રમતોમાં ભાગ લે છે (મોટર સ્પોર્ટ્સ હરીફાઈ સહિત)માં

ભાગ લે છે?

હા ના

b. ક્રિટિકલ ઇવન્ટ્સ કવચ: હા ના

જા હા, તો કૃપા કરીને આવરી લેવાયેલી જિંદગીઓ પસંદ કરો:

પ્રાથમિક વીમાકૃત વ્યિગત

પ્રાથમિક વીમાકૃત વ્યિગત તેમજ જીવનસાથી

c. ઇ-કન્સલ્ટેશન: હા ના

d. સેફગાર્ડ (રાઇડર): હા ના

e. હોસ્પિટલ રોકડ: હા ના (5 લાખ કે તેથી ઓછી વીમાકૃત રકમ માટે, દૈનિક રોકડ લાભ દરરોજ રૂ. 1,000 અને 5 લાખથી વધુની વીમાકૃત રકમ માટે, દરરોજ રૂ. 2,000)

f. એન્ડોર્સ નો ક્લેઇમ બોનસ: હા ના

g. સુધારેલ રિ-ફ્રિલ લાભ: હા ના

3. વીમા માટે અસ્જીદારોની વિગતો:

પુખ્ત 1

નામ:

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

કમરરેખા: (ઇંચ) જન્મની તારીખ: D D M M અને અને અને અને ભારતીય ન હોય તો કૃપા કરીને ટિક કરો

પ્રસ્તાવ મૂકનાર સાથેના સંબંધ (કૃપા કરીને વિકલ્પ ટિક કરો):

સ્વ/જીવનસાથી/પુત્ર/પુત્રવધુ/પુત્રી/જમાઈ/પિતા/માતા/સસરા/સાસુ-સસરા/સાસુ-સસરા/સાસુ-સસરા/દાદા/દાદી/પૌત્રી/પૌત્રી/ભાઈ/બહેન/ભાભી/બનેલી/ભનીજી/ભનીજી/નોકરીદાતા-કર્મચારી

પુખ્ત 2

નામ:

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

કમરરેખા: (ઇંચ) જન્મની તારીખ: D D M M અને અને અને અને ભારતીય ન હોય તો કૃપા કરીને ટિક કરો

સંબંધ: પુખ્ત વયના 1ના જીવનસાથી

બાળ 1

નામ:

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

કમરરેખા: (ઇંચ) જન્મની તારીખ: D D M M અને અને અને અને ભારતીય ન હોય તો કૃપા કરીને ટિક કરો

સંબંધ: પુખ્ત વયના 1નો પુત્ર પુખ્ત વયના 1 ની પુત્રી

બાળ 2

નામ:

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

કમરરેખા: (ઇંચ) જન્મની તારીખ: D D M M અને અને અને અને ભારતીય ન હોય તો કૃપા કરીને ટિક કરો

સંબંધ: પુખ્ત વયના 1નો પુત્ર પુખ્ત વયના 1 ની પુત્રી

બાણ ૩

નામ: _____

જાતિ: પુરુષ નારી અન્ય ઊંચાઈ: _____ (એચયુએફ) _____ (ઇંચ) વજન: _____ (કિ.ગ્રા.)

કમરરેખા: _____ (ઇંચ) જન્મની તારીખ: _____

સંબંધ: પુખ્ત વયના 1નો પુત્ર _____ પુખ્ત વયના 1 ની પુત્રી _____ ભારતીય ન હોય તો કૃપા કરીને ટિક કરો _____

બાણ ૪

નામ: _____

જાતિ: પુરુષ નારી અન્ય ઊંચાઈ: _____ (એચયુએફ) _____ (ઇંચ) વજન: _____ (કિ.ગ્રા.)

કમરરેખા: _____ (ઇંચ) જન્મની તારીખ: _____

સંબંધ: પુખ્ત વયના 1નો પુત્ર _____ પુખ્ત વયના 1 ની પુત્રી _____ ભારતીય ન હોય તો કૃપા કરીને ટિક કરો _____

4મું ક્રમ

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 અરજદારઓ માટે નોમિની પોતે

જ પ્રસ્તાવક

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

નોમિનીની બેંક વિગતો: _____

વાસાથી નામ: _____

બેંક નામ: _____ Account type: _____ સંગ્રહી: _____ વર્તમાન: _____

ખાતા નંબર: _____ IFSC કોડ: _____

5મી બી અને આદતોની માહિતી

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

વિભાગ એ: કૃપા કરીને તબીબી સમસ્યાઓ વિશેની માહિતી શેર કરો	અરજદાર નંબર					
	A1	A2	C1	C2	C3	C4
કૃપા કરીને દરેક અરજદાર માટે નીચેના પ્રશ્નોના જવાબ આપો. કૃપા કરીને 'હા' (Y) અથવા 'ના' (N) પર વર્તુળ બનાવો.						
i. શું તમે ક્યારેય 5 દિવસથી વધુ સમય માટે હોસ્પિટલમાં દાખલ કરવામાં આવ્યા છે, શસ્ત્રક્રિયાની કોઈ પણ પ્રક્રિયા હાથ ધરવાની સલાહ આપવામાં આવી છે, અથવા કોઈ દવા લીધી છે અથવા 14 દિવસથી વધુ સમય માટે કોઈ ચિકિત્સા અનુભવ્યા છે? દવાઓ ઇન્હેબિટર્સ, ઇન્જેક્શન, ઓરલ ડ્રગ્સ અને સ્થાનિક ઉપયોગોનો સમાવેશ કરે છે પરંતુ તે પૂરતું મર્યાદિત	અને	N	અને	N	અને	N
ii. શું તમે ક્યારેય થાઇરોઇડ પ્રોફાઇલ, વિપિડ પ્રોફાઇલ, ટ્રેડમિલ ટેસ્ટ, એન્જિયોગ્રાફી, ઇકોકાર્ડિયોગ્રાફી, એન્ડોસ્કોપી, અલ્ટ્રાસાઉન્ડ, સીટી સ્કેન, એમઆરઆઇ, બાયોપ્સી અને એફએનએસી જેવા કોઈ પણ નિદાન પરીક્ષણો અથવા તપાસના પ્રતિકૂળ તારણો મેળવ્યા છે?	અને	N	અને	N	અને	N
iii. શું તમને ડાયાબિટીઝ અથવા હાઇ બ્લડ પ્રેશર છે?	અને	N	અને	N	અને	N
iv. શું તમને અગાઉથી અસ્તિત્વ ધરાવતા કોઈ રોગ/સ્થિતિ છે?	અને	N	અને	N	અને	N
v. શું તમે ક્યારેય કોઈ આનુવંશિક/વારસાગત વિકાર અથવા એચઆઇવી/એઇડ્સનું નિદાન કે સારવાર લીધી છે?	અને	N	અને	N	અને	N
vi. શું તમને ક્યારેય કોઈ માનસિક/માનસિક વિકારનું નિદાન થયું છે અથવા તેની સારવાર કરવામાં આવી છે?	અને	N	અને	N	અને	N

વિભાગ બી: (જો અરજદાર ધૂમ્રપાન કરે છે અથવા તમાકુ / ગુટખા / પાન મસાલા અથવા આલ્કોહોલનું સેવન કરે છે તો જ કૃપા કરીને આ વિભાગ ભરો)	અરજદાર નંબર					
	A1	A2	C1	C2	C3	C4
i. ચાવવા યોગ્ય તમાકુ/ગુટખા/પાન મસાલા - કૃપા કરીને દરરોજના પાઉચની સંખ્યા જણાવો						
ii. આલ્કોહોલ - કૃપા કરીને દર અઠવાડિયે અને/અથવા દૈનિક પીનાર ml ને સ્પષ્ટ કરો	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	દૈનિક પીનાર	દૈનિક પીનાર	દૈનિક પીનાર	દૈનિક પીનાર	દૈનિક પીનાર	દૈનિક પીનાર
સિગારેટ/બીડી/સિગાર - કૃપા કરીને દરરોજના વપરાશનો ઉલ્લેખ કરો						

વિભાગ C: વિભાગ A માં હા (૧) ચિહ્નિત થયેલ પ્રશ્નો માટે, કૃપા કરીને નીચેની માહિતી સ્પષ્ટ કરો:

અરજદાર નંબર	વક્ત્રી(ઓ) અથવા તપાસ(ઓ) અથવા નિદાન અથવા પ્રક્રિયા / શસ્ત્રક્રિયાની વિગતો				દવા(ઓ)	ડોઝેજ	વર્તમાન સ્થિતિ (દા.ત. સંપૂર્ણ/આંશિક પુનઃપ્રાપ્તિ અથવા ચાલુ સારવાર)	ડોક્ટરના નામ અને સંપર્કની વિગતોની સારવાર કરી રહ્યા છીએ	જો ડાયાબિટીસ હોય તો જોડાયેલા દસ્તાવેજો	
	જા ડાયાબિટીસ HbA1c સ્તર	જા હાઇ બ્લડ પ્રેશર બીપી વેલ		કોઇપણ અન્ય વિગતો						શરૂઆત તારીખ (DD/MM/YYYY)
		સિસ્ટોલિક	ડાયસ્ટોલિક							

6. કાળની દરખાસ્તો

શું તમે અરજદારના જીવન પર જીવન, આરોગ્ય, હોસ્પિટલના દૈનિક રોકડ અથવા ગંભીર બીમારીના વીમા માટેની કોઈ દરખાસ્ત ક્યારેય નામંજૂર કરવામાં આવી છે, મુલતવી રાખવામાં આવી છે, લોડ કરવામાં આવી છે અથવા કોઈ વીમા કંપની દ્વારા બાકાત રાખવા જેવી કોઈ ખાસ શરતોને આધિન કરવામાં આવી છે?	અરજદાર નંબર								
	1	2	3	4	5	6			
	હા	ના	હા	ના	હા	ના	હા	ના	હા

7. ડોક્ટ્રીનિક નીતિની પરિપૂર્ણતા અને સેવા સંચાર માટે અધિકૃતતા

શું તમે પર્યાવરણનું રક્ષણ કરવા ઇચ્છો છો અને એલિકેશન 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

8. ઘોષણા (દરખાસ્ત પત્રક પર હસ્તાક્ષર કરતા પહેલા કૃપા 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 વિગતો મારી શ્રેષ્ઠ જાણકારી મુજબ બધી જ બાબતોમાં સાચી અને સંપૂર્ણ છે અને આ અન્ય 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 ચાલેબંધ પ્રીમિયમની સંપૂર્ણ ચકવણી પછી જ અમલમાં આવશે.
- હું વધુમાં જાહેર કરું કે હું દરખાસ્ત રજૂ થયા પછી પરંતુ કંપની દ્વારા જોખમની સ્વીકૃતિની જાણ કરતા પહેલા, પરંતુ વીમાકંપની/દરખાસ્તકર્તા બનવા માટે જીવનનાં વ્યવસાય અથવા સામાન્ય આરોગ્યમાં થતા કોઈપણ ફેરફારને લેખિતમાં જાણ કરીશ.
- હું જાહેર કરું છું કે કોઈ પણ ડોક્ટર અથવા હોસ્પિટલ પાસેથી તબીબી માહિતી મેળવવા માટે કંપનીને સંમતિ આપું 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 ભૂતકાળના અથવા વર્તમાન નોકરીદાતા પાસેથી કોઈ પણ બાબત અંગે 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.
- 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 પેનવમાં સામેલ પ્રદાતા સાથે સેવા પૂરી પાડવાનો છે.

તિથિ _____ સ્થાન _____ દરખાસ્ત કરનારની સહી

9. 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

10. પ્રસ્તાવક ઘોષણા

(પ્રમાણપત્ર જ્યાં કોઈ પણ કારણસર દરખાસ્ત કરનાર દ્વારા દરખાસ્ત અને અન્ય સંબંધ કાગળો ભરવામાં આવતા નથી). દરખાસ્તના વીમ અને સંબંધ દસ્તાવેજોની સામગ્રી મને સંપૂર્ણપણે સમજાવવામાં આવી છે અને હું સૂચિત કરનારના મહત્વને સંપૂર્ણપણે સમજી ગયો છું. પ્રપોઝલ ફોર્મ મારી સૂચના હેઠળ _____ દ્વારા ભરવામાં આવે છે અને મને તે સાચું લાગ્યું.

દરખાસ્ત કરનારની સહી

11. પ્રિમિયમની વિગતો (માત્ર ઓફિસના ઉપયોગ માટે)

પ્રિમિયમ ચૂકવણી વિકલ્પ ચેક ડિમાન્ડ ડ્રાફ્ટ

ક્રેડિટ કાર્ડ ડેબિટ કાર્ડ

રોકડ બીજાઓ

પ્રિમિયમ રકમ

ઓનલાઇન ચૂકવણી વ્યવહાર આઇડી:

તિથિ D D M M અને અને અને

બેંક નામ/શાખા

નિવા બુપા શાખાનું સ્થાન

કોડ નં.

આના દ્વારા સ્રોત કરાયેલ વ્યાપાર: સલાહકાર/ડીએસટી/કોર્પોરેટ એજન્સી/અન્ય ચેનલ્સ

કોડ નં.

નામ

આના પર પ્રાપ્ત થયેલી દરખાસ્ત: D D M M અને અને અને

ગ્રાહક આઈડી:

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

શાખા કોડ SP કોડ

RM/LG કોડ

ગ્રાહકનો એકાઉન્ટ નંબર

13. વીમા સલાહકારનો અહેવાલ (માત્ર ઓફિસના ઉપયોગ માટે)

૧. તમે પ્રસ્તાવક સાથે સંબંધિત છો? હા/ના; જો હા, તો સંબંધની પ્રકૃતિ?

૨. તમે પ્રસ્તાવકને કેટલા સમયથી ઓળખો છો? મહિનાઓ

૩. તમે પ્રસ્તાવ મૂકનારની ઓળખથી સંતુષ્ટ છો? હા ના

૪. પ્રસ્તાવક અથવા કોઈ પણ અરજદારને કોઈ શારીરિક વિકૃતિ/ખામી અથવા માનસિક મંદતા છે? હા ના

૫. તમે સૂચિત નીતિની શરતો, નવીનીકરણ માટેની શરતો, બ્યાકાઉટ રાખવા, નીતિની રાહ જોવાની શરતો સમજાવો છે અને શું દરખાસ્તકર્તાએ વ્યક્તિગત રીતે આરોગ્યની ઘોષણા પૂર્ણ કરી છે? હા ના

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

૭. તમે ઉદાસીનતાપૂર્વક પ્રસ્તાવ મૂકનારને સલાહ આપી છે અને દરખાસ્ત કરનારને તેના/તેણીના હિતમાં હોય તેવા શ્રેષ્ઠ ક્વરમાં નિર્ણય લેવા સક્ષમ બનાવવા માટે તમામ માહિતી પૂરી પાડી હા ના

તિથિ D D M M અને અને અને

વીમા સલાહકારની સહી

14. વૈધાનિક ચેતવણી

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

- કોઈ પણ વ્યક્તિ, ભારતમાં જન્મલાભને લગતા કોઈ પણ પ્રકારના જોખમ, ચૂકવવાપાત્ર કમિશનના સંપૂર્ણ કે હિસ્સાની છૂટ અથવા પોલિસીમાં દર્શાવેલા પ્રિમિયમમાં કોઈ પણ રિબેટના સંદર્ભમાં વીમો લેવા કે રિન્યુ કરવા અથવા ચાલુ રાખવા માટે કોઈ પણ વ્યક્તિને પ્રત્યક્ષ કે પરોક્ષ રીતે પ્રવેશન સ્વરૂપે મંજૂરી આપી શકશે નહીં કે ઓફર કરી શકશે નહીં, કે કોઈ પણ વ્યક્તિ કોઈ નીતિ સ્વીકારતો કે રિન્યુ કરતો કે ચાલુ રાખતો કોઈ પણ છૂટની સ્વીકાર કરી શકે નહીં, સિવાય કે વીમાકંપનીના પ્રકાશિત પ્રોસ્પેક્ટસ અથવા કોઈકો અનુસાર મંજૂરી આપવામાં આવી હોય તેવી છૂટ.
- આ કલમની જોગવાઈઓનું પાલન કરવામાં કોઈ પણ વ્યક્તિ ડિફોલ્ટ કરશે તો તેના પર દસ લાખ રૂપિયા સુધીના દંડને પાત્ર થશે.

15. ABHA ID

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

16. દાવાઓના રિફંડ અને ચૂકવણી માટેની વિગતો

ચૂકવણીને પ્રાપ્ત કરવાનો વિકલ્પ: બેંક ટ્રાન્સફર

બાલાર્થનું નામ

બેંક નામ

ખાતા નંબર IFSC કોડ

Account type

નિવા બુપા હેલ્થ ઇન્શ્યોરન્સ કંપની લિમિટેડ; રજિસ્ટર્ડ ઓફિસ- સી-98, ફર્સ્ટ ફ્લોર, લાજપત નગર, પાર્ટ 1, નવી દિલ્હી-110024 (ડિસ્કવેમરઃ ઇન્શ્યોરન્સ એ અનુરોધનો વિષય છે. નિવા બુપા હેલ્થ ઇન્શ્યોરન્સ કંપની લિમિટેડ જો અગાઉ મેક્સ બુપા હેલ્થ ઇન્શ્યોરન્સ કંપની લિમિટેડ તરીકે ઓળખાતી હતી) (આઈઆરડીએઆઈ 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, બ્યાકાઉટ રાખવા, જોખમી પરિબલો, પ્રતીક્ષાના સમયગાળા અને બાકી વિશે વધુ માહિતી માટે, કૃપા કરીને વેબસાઇટ પૂરું કરતા પહેલા વેબસાઇટ પુસ્તિકાને કાળજીપૂર્વક વાંચો.

www.digitalsignatures.com

આરોગ્ય રિચાર્જ

કી વિશેષતા દસ્તાવેજ (કેએફડી)

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.

નિવા બુપા હેલ્થ રિચાર્જ તમને સ્પર્ધાત્મક કિંમતે વિવિધ વાહો પ્રદાન કરે છે, જેમાં હોસ્પિટલમાં દાખલ થવાથી માંડીને વ્યક્તિગત અકસ્માત કવર અને ગંભીર માંદગીના કવર જેવા બહુવિધ વૈકલ્પિક વાહોનો સમાવેશ થાય છે, જેથી તમારી જરૂરિયાતોને

વધુ સારી રીતે પહોંચી શકાય. તમારે આ પોલિસીમાં ફરજિયાતપણે વાર્ષિક એકંદર ક્લેમ કપાતપાત્ર રકમની પસંદગી કરવાની રહેશે. તે પોલિસી વર્ષમાં કરવામાં આવેલા કોઈ પણ દાવાના સંબંધમાં પોલિસી હેઠળ ચુકવણી કરવાની અમારી જવાબદારી માત્ર ત્યારે જ શરૂ થશે જ્યારે ડિડિક્ટિબલ ખતમ થઈ

જાય. નીતિ કરારમાં ઉલ્લેખિત કેટલીક મર્યાદાઓ અને બાકાતોને આધિન નીચેના આધારભૂત વાહો પૂરા પાડવામાં આવે છે:

- ઓરડામાં ભાડુ અને આઈસીયુ ચાર્જ સહિત હોસ્પિટલમાં દર્દીની સંભાળ
- હોસ્પિટલમાં દાખલ થયા પહેલાં અને પછીનો ખર્ચ અનુક્રમે 60 અને 90 દિવસ માટે
- વૈકલ્પિક સારવાર
- ડેકર ટ્રીટમેન્ટ
- જીવંત અંગ પ્રચારોપણ
- ડોમિસિલિયરી હોસ્પિટલમાં દાખલ થવું
- ઇમરજન્સી ગ્રાઉન્ડ એમ્બ્યુલન્સ
- અમર્યાદિત ટેલિ/ઓનલાઇન પરામર્શ
- ફાર્મસી અને ડાયગ્નોસ્ટિક બુકિંગ સેવાઓ
- લોયલ્ટી એડિશન્સ (માત્ર વીમાની રકમ માટે જ લાગુ પડે છે. <= Rs.25 Lacs): For each Policy Year, We offer an additional 5% of expiring Base sum insured up to at any time a maximum of 50% of base Sum Insured of that Policy Year. There will be no increase in sub-limits (if applicable) for any of the benefits.
- માનસિક બિમારી માટે ઇનપેશન્ટ સારવાર માટે કરવામાં આવતા ખર્ચને પોલિસી દસ્તાવેજમાં નિર્દિષ્ટ કર્યા મુજબની ચોક્કસ શરતો માટે પેટા-મર્યાદાને આધિન વીમા રકમ સુધીની પોલિસી હેઠળ આવરી લેવામાં આવે છે.
- એચઆઇવી/એઇડ્સને કારણે ઊભી થયેલી કે તેની સાથે સંકળાયેલી િસ્થિતિને કારણે હોસ્પિટલમાં દાખલ થવા (ડેકર ટ્રીટમેન્ટ સહિત) માટે થતા ખર્ચને નીતિ હેઠળ આવરી લેવામાં આવે છે.
- ફરિમ જીવન જાળવણી.
- ઓરવ કીમોથેરાપી, રોબોટિક સર્જરી વગેરે સહિતની આધુનિક સારવારો કેટલીક સારવારો પર લાગુ પડતી પેટા-મર્યાદાને આધિન વીમા રકમ સુધી આવરી લેવામાં આવી છે.

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

- આકસ્મિક મૃત્યુ, કાયમી સંપૂર્ણ અને આંશિક વિકલાંગતા સામે વ્યક્તિગત અકસ્માત કવરેજ
- 20 મોટી બીમારીઓ માટે ગંભીર બીમારીનું કવરેજ*
- ઓરડાના ભાડાને એક જ ખાનગી રૂમમાં બદલી શકાય છે; વીમાકૃત રકમ સુધી આવરી લેવામાં આવી છે (રૂ. 50,000થી વધુ કપાતપાત્ર રકમ અને રૂ. 4 લાખ સુધીની વીમાકૃત રકમ માટે જ ઉપલબ્ધ)

ફુપા કરીને નોંધ લેશો કે વૈકલ્પિક વાહો માટે વધારાનું વાર્ષિક પ્રીમિયમ વસૂલવામાં આવે છે

એ બાબતની નોંધ વેશો કે પ્રતીક્ષાનો સમયગાળો નીતિ અનુસાર વાગુ પડે છે

- પોલિસીની શરૂઆતથી અત્યાર સુધીમાં 36 મહિનાનો અગાઉથી અસ્તિત્વ ધરાવતો રોગ વેઇટિંગ પિરિયડ અને સતત નવીનીકરણ ક્રિટિકલ ઇવનેસ કવર માટે પણ, અગાઉથી અસ્તિત્વમાં રહેવા રોગની પ્રતીક્ષા અવધિ 36 મહિનાની રહેશે.
- જ્યાં સુધી જરૂરી સારવાર અકસ્માતને કારણે ન હોય ત્યાં સુધી 30 દિવસનો પ્રારંભિક પ્રતીક્ષા સમયગાળો. ક્રિટિકલ ઇવનેસ કવર માટે, પ્રારંભિક વેઇટિંગ પિરિયડ 90 દિવસનો રહેશે.
- ટેટલીક સુધિબદ્ધ બીમારીઓ માટે, અમારી સાથે પ્રથમ નીતિની શરૂઆતથી 24 મહિનાનો ચોક્કસ પ્રતીક્ષા સમયગાળો, સિવાય કે તિથિતિ સીધી અકસ્માતને કારણે થાય છે (પ્રથમ દિવસથી આવરી લેવામાં આવે છે).
- કૃપા કરીને નોંધ વેશો કે વેઇટિંગ પિરિયડ ફાર્મસી અને ડાયગ્નોસ્ટિક સર્વિસીસ અને વૈકલ્પિક લાભો (જો પસંદ કરવામાં આવે તો) જેમ કે પર્સનલ એક્સિડન્ટ કવર અને ઇ-કન્સલ્ટેશનને વાગુ પડશે નહીં.

નોંધ લો કે નીતિગત કરારમાં નિર્ધારિત કર્યા મુજબ ધોરણોને બાકાત રાખવાં વાગુ પડે છે. તદ્દપરાંત, અન્ડરરાઇટિંગ પરિણામોના આધારે, કેટલાક ચોક્કસ બાકાત રાખવા અથવા વ્યક્તિગત રાહ જોવાનો સમયગાળો પણ તમારી નીતિને વાગુ 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 સભ્યઓનો ઉમેરો અથવા કાઢી નાંખવાની પ્રક્રિયા રિન્યૂઅલના સમયે જ કરવામાં આવશે.
- તમારી પોલિસીની આજીવન નવીનીકરણક્ષમતા તમારી પુષ્ટિ અને બાકી પ્રીમિયમની સમયસર ચુકવણીને આધિન છે.
- તમારું રિન્યૂઅલ પ્રીમિયમ તમારા વય બેન્ડના આધારે વધશે, પરંતુ તમારા દાવાના અનુભવને આધારે તેમાં ફેરફાર થશે નહીં. પ્રોડક્ટ માટેના રિન્યૂઅલ પ્રીમિયમના દરમાં ભવિષ્યમાં આઇઆરડીએઆઇની મંજૂરીને આધિન અને સમયાંતરે વાગુ પડતા આઇઆરડીએઆઇના નિયમો અને નિયમનો અનુસાર સુધારો કરી શકાય છે.
- જો તમારી દરખાસ્ત ઇશ્યુ કરવા માટે નકારવામાં આવે તો તેમ પ્રિ પોલિસી મેડિકલ ચેક-અપ (પીપીએમસી)ના ખર્ચનો 100 ટકા હિસ્સો સહન કરશો.

નોંધ: ફી 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 પોલિસી ડિસ્ટન્સ માર્કેટિંગ દ્વારા વેચવામાં આવી હોય તો 30 દિવસ) જો કોઈ લાભ હેઠળ કોઈ દાવા કરવામાં આવ્યા ન હોય તો. મેડિકલ ચેક-અપ, સ્ટેપ્ડ ડ્યુટી અને કવર સમયગાળા માટે પ્રમાણસર જોખમ પ્રીમિયમ માટે ચાજ કાપ્યા પછી પ્રીમિયમ પરત કરવામાં આવશે. પોલિસીના રિન્યૂઅલ સમયે ફી લુકની જોગવાઈ વાગુ પડતી નથી.

પ્રીમિયમ: કૃપા કરીને ચુકવણીના સુરક્ષિત માધ્યમ મારફતે નિવા બુપા હેલ્થ ઇન્શ્યોરન્સ કંપની લિમિટેડના નામે પ્રીમિયમની રકમ જમા કરાવો.

કોઈ પણ પ્રશ્ન અથવા દાવાના કિસ્સામાં, કૃપા કરીને અમારા ગ્રાહક હેલ્પલાઇન નંબર 1860-500-8888 પર સંપર્ક કરો. આ દ્વારા સમયાંતરે કંપનીની સુધિત અથવા પ્રવર્તમાન નીતિના સંબંધમાં આવકારદાયક કોલ્સ, સર્વિસ કોલ્સ અથવા અન્ય કોઈ પણ સંદેશાવ્યવહાર (ઇલેક્ટ્રોનિક અથવા અન્ય રીતે) કરવા માટે કંપનીને મંજૂરી અને અધિકૃત કરવામાં આવે.

નવીકરણ ચુકવણી સાઇન-અપ

તમારી આરોગ્ય વીમા પોલિસીના રિન્યૂઅલ પ્રીમિયમની ચુકવણી દર વર્ષે તમારા વર્તમાન ઓટોમેટેડ ક્રીયરિંગ હાઉસ (એસીએચ) / સ્થાયી સૂચનાઓ (એસઆઇ) કંપની સાથે યાવુ રાખીને કરી શકાય છે. આ વિકલ્પ હેઠળ, તમારી નીતિને તાત્કાલિક નવીકરણ કરી શકાય છે, પરંતુ કંપની દ્વારા જરૂરી હોય તે માહિતી અને દસ્તાવેજીકરણની તમામ વધારાની જરૂરિયાતોને પૂર્ણ કરવામાં આધિન છે. આ તમારા નીતિગત વાહીની સાતત્યતાને સુનિશ્ચિત કરશે. એસીએચ/એસઆઇ રિન્યૂઅલ વિકલ્પ પસંદ કરવા માંગોએ છો.

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 ટ્રેડમાર્ક 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 વાહી વિશે વધુ માહિતી માટે, કૃપા કરીને વેબસાઇટ પૂર્ણ કરતા પહેલા વેબસાઇટ પુસ્તિકાને કાળજીપૂર્વક વાંચો.

8

પ્રોડક્ટનું નામ: હેલ્થ રિયાર્જ | પ્રોડક્ટ યુઆઇએન: NBHHLIP22156V032122

કંપની દ્વારા સ્વીકૃતિ

એક્વિઝિશન નં.

તિથિ

અમે તમારી દરખાસ્ત અને ચેક/ડિમાન્ડ ડ્રાઇટ/અન્ય દ્વારા _____ પર _____ તારીખની _____ રકમની પ્રાપ્તિને આભાર સાથે સ્વીકારીએ છીએ. વીમા માટેની પૂર્ણ થયેલી દરખાસ્તની અમારી સમગ્ર રજૂઆત કે પોલિસી જારી કરવા માટે કરવામાં આવેલી કોઈ પણ ચુકવણી જે નિર્ણય અમારી સંપૂર્ણ અને સંપૂર્ણ મનુસંહીને આધિન હોય અને હેમશાં હોય, તે જારી કરવા સંમત થવા માટે અમને સંમત થવાની ફરજ પાડતી નથી. 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 ચુકવણી પરત કરીશું.

મેળવનાર અને હોદ્દાની જગ્યા સીલનું નામ અને સહી

પ્રોડક્ટનું નામ: હેલ્થ રિયાર્જ | પ્રોડક્ટ યુઆઇએન: NBHHLIP22156V032122