

1		(M / F /અન્ય)	(dd/mm/yy yy yy					
---	--	---------------	--------------------	--	--	--	--	--

આધાર વિસ્તાર:	
પોલિસી પ્રકાર#: _____	વ્યક્તિગત
આવરી લેવાના જીવનની સંખ્યા: _____	1
વીમાની મૂળભૂત રકમ: _____	
પોલિસી ટર્મ: _____	1 વર્ષ

3. પોર્ટેબિલિટી

પોલિસી નં.	વીમા કંપની	જોખમ શરૂઆતની તારીખ	જોખમ સમાપ્તિ તારીખ	પોર્ટેજ માટેના કારણો

સૂચિત વીમાધારકનું નામ કે જેના માટે પોર્ટેબિલિટીની વિનંતી કરવામાં આવે છે	પ્રથમ પોલિસી શરૂઆતની તારીખ	સતત કવરેજના વર્ષોની સંખ્યા કે જેના માટે પોર્ટેબિલિટીની વિનંતી કરવામાં આવે	ભૂતકાળની નીતિઓમાં દાવાઓ	વર્તમાન નો ક્લેઈમ બોનસ	વીમાની રકમ - વર્ષ 1 (સૌથી)	વીમાની રકમ - વર્ષ 2	વીમાની રકમ - વર્ષ 3	વીમાકૃત રકમ - વર્ષ 4 (પોલિસીની સમાપ્તિ)

4. નામાંકન

પ્રસ્તાવકનું મૂલ્ય થાય તો ક્લેઈમની ચૂકવણી નોમિનીને કરવામાં આવશે. અન્ય વીમાકૃત વ્યક્તિઓ માટે, પ્રસ્તાવક નોમિની છે. નોમિનીને ચૂકવણી એ કંપનીની સંપૂર્ણ જવાબદારીના ડિસ્ચાર્જની રચના કરે છે.

નોમિની નામ	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: _____ વાસ્તુનામ: _____

બેંક નામ _____ Account type _____ સંગ્રહી _____ વર્તમાન _____

ખાતા નંબર _____ /FSC કોડ _____

5. તબીબી, આદતો અને ભૂતકાળની દરખાસ્તની માહિતી

અજત્યની બાબત: ફૂપા 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. ફૂપા કરીને નોંધ લેશો કે કોઈ પણ અપૂર્ણ, ખોટી, આંશિક રીતે સાચી માહિતી તમારા તબીબી દાવા અને/અથવા કવરેજને અસર કરી શકે છે.

વિભાગ A	
ફૂપા કરીને દરેક અસ્પષ્ટતા માટે નીચેના પ્રશ્નોના જવાબ આપો. ફૂપા કરીને 'હા' (Y) અથવા 'ના' (N) પર વર્તુળ બનાવો.	1

i. 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 ઇન્હેબર્સ, ઇન્જેક્શન, ઓરલ ડ્રગ્સ અને શરીરના ભાગો પર બાહ્ય તબીબી ઉપયોગોનો સમાવેશ થાય છે પરંતુ તે પૂરતું મર્યાદિત નથી.	અને	N
ii. 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 પ્રતિફળ તારણો મળ્યા છે?	અને	N
iii. અરજદારને ડાયાબિટીસ કે પ્રી-ડાયાબિટીસ છે કે પછી તેને ક્યારેય હાઈ બ્લડ સુગર થયું છે?	અને	N
iv. શું અરજદારને હાયપરટેન્શન અથવા હાઈ બ્લડ પ્રેશર છે?	અને	N
v. શું અરજદારને ક્યારેય કોઈ આનુવંશિક /વારસાગત વિકાર અથવા એચ આય વી /એઇડ્સ માટે નિદાન અથવા સારવાર આપવામાં આવી છે?	અને	N
આશ્પત્રે અરજદારને ક્યારેય કોઈ માનસિક / માનસિક વિકારનું નિદાન અથવા સારવાર આપવામાં આવી છે?	અને	N
vii. શું અરજદારને ક્યારેય કોઈ ગાયનેકોલોજિકલ રોગ હોવાનું નિદાન થયું છે, જેના માટે કોઈ હસ્તક્ષેપ, હોર્મોનલ રિલેસમેન્ટ થેરાપી અથવા 5 દિવસથી વધુની દવા સૂચવવામાં આવી છે?	અને	N
viii. જો અરજદાર ક્યારેય ગર્ભવતી રહી હોય તો શું ગર્ભાવસ્થામાં કોઈ ગૂંચવણ ઊભી થઈ છે?	અને	N
ix. શું અરજદારને ક્યારેય માસિક સાવમાં કોઈ અસામાન્ય યોનિમાર્ગમાં રક્તસ્રાવ અથવા અનિયમિતતા થઈ છે?	અને	N

વિભાગ બી: ઉપરોક્ત વિભાગમાં હા (વાય) ચિહ્નિત કરેલા પ્રશ્નો માટે, કૃપા કરીને નીચેની માહિતી સ્પષ્ટ કરો:										
અરજદાર નંબર	લક્ષણો(ઓ) અથવા તપાસ(ઓ) અથવા નિદાન અથવા પ્રક્રિયા / શસ્ત્રક્રિયાની વિગતો				મસાવા પર ડુરાટી	મેડિકેશન(ઓ)	ડોસ ઉંમર	વર્તમાન સ્થિતિ (દા.ત. સંપૂર્ણ/આંશિક પુનઃપ્રાપ્તિ અથવા ચાલુ સારવાર)	ડોક્ટરના નામ અને સંપર્કની વિગતોની સારવાર કરી રહ્યા છીએ	ડોક્યુમેન્ટેશન ટીએસ જોડાયેલ છે (હા / ના)
	જા ડાયાબિટીસ HbA1c સ્તર	જા હાઈ બ્લડપ્રેશર બીપી લેવલ સિસ્ટોલિક/ડાયસ્ટોલિક	કોઇપણ અન્ય વિગતો	શરૂઆત તારીખ (DD/MM/YYYY)						

6. ઘોષણા (દરખાસ્ત પત્રક પર હસ્તાક્ષર કરતા પહેલા કૃપા કરીને કાળજીપૂર્વક વાંચો અને દરેકની સામે એક ચેક માર્ક મૂકો)

- આ સાથે હું મારા વતી અને વીમાની દરખાસ્ત કરાશેલી 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.
- ___ સમજાયે છીએ કે મારા દ્વારા પૂરી પાડવામાં આવેલી માહિતી વીમા પોલિસીનો આધાર બનશે, તે વીમાકંપનીની બોર્ડ દ્વારા માન્ય અન્ડરરાઇટિંગ પોલિસીને આધિન છે અને તે પોલિસી ચાર્જબલ પ્રીમિયમની સંપૂર્ણ ચુકવણી પછી જ અમલમાં આવશે.
- ___ વધુમાં જાહેર કરું છું 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 વિષ્ણુમાં જાણ કરીશ.
- ___ જાહેર કરું છું કે હું કોઈ પણ ડોક્ટર અથવા હોસ્પિટલ પાસેથી તબીબી માહિતી માંગતી કંપનીને સંમતિ આપું છું, જે/જેણે કોઈ પણ સમયે વીમો લેવાર/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 માંગવાની સંમતિ આપું છું. દરખાસ્ત અને/અથવા દાવાની પતાવટને અન્ડરરાઇટ કરવાના હેતુ માટે.
- ___ 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.
- ___ હું/એમ 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.

7. વર્નાક્યુલર ધોષણા

___ if પ્રસ્તાવકે સ્થાનિક ભાષામાં હસ્તાક્ષર કર્યા છે; આ ફોર્મની સામગ્રી મારા દ્વારા સમજાવવામાં આવી છે, ___ Name ___ Language ___ પ્રમાણિત કરનાર વ્યક્તિની હાજરીમાં, witness ___ Name હાજરીમાં, જેણે તે સમજી લીધું છે અને તેની પુષ્ટિ કરી છે. સાક્ષી કંપનીના એજન્ટ/કર્મચારી સિવાય અન્ય કોઈ વ્યક્તિ હોવી જોઈએ.

તારીખ ___/___/___ સ્થાન _____ Proposer _____ સહી
 પ્રમાણિત Person _____ સહી _____ પ્રમાણિત કરનાર વ્યક્તિનો મોબાઇલ નંબર
 Witness _____ સહી સાક્ષીનો મોબાઇલ નંબર _____

8. જો પ્રસ્તાવક અને સલાહકારની ધોષણા દ્વારા ફોર્મ ભરવામાં ન આવે તો જાહેરાત

જો કોઈ કારણસર, દરખાસ્ત અને અન્ય સંબંધ કાગળો દરખાસ્તકર્તા દ્વારા ભરવામાં ન આવે તો જાહેરાત. દરખાસ્તના ફોર્મની સામગ્રી મને સંપૂર્ણ રીતે સમજાવવામાં આવી છે અને હું તમામ પાસાઓ અને સૂચિતાથીને સંપૂર્ણપણે સમજી ગયો છું. પ્રપોઝર ફોર્મ ___ Name ___ દ્વારા ભરવામાં આવે છે, ___ Mobile no ___ મારી સૂચના હેઠળ અને મને લાગે છે કે બધી માહિતી સાચી અને સંપૂર્ણ છે.

દરખાસ્ત કરનારની સહી _____

સલાહકારની જાહેરાત: હું વીમા સલાહકાર/કોર્પોરેટ એજન્ટની નિર્દિષ્ટ વ્યક્તિ/ઓકર/રિવેશનશિપ ઓફિસરના અધિકૃત કર્મચારી તરીકે આ સાથે જાહેર કરું છું કે મેં આ પ્રોડક્ટ/દરખાસ્તની તમામ સામગ્રી દરખાસ્તકારને સમજાવી છે.

વીમા Advisor _____ સહી મધ્યવર્તી કોડ: _____

9. પ્રિમિયમની વિગતો (માત્ર ઓફિસના ઉપયોગ માટે)

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

10. પ્રસ્તાવકના દાવાઓના રિફંડ અને ચુકવણી માટેની વિગતો

ચુકવણી પ્રાપ્ત કરવાનો વિકલ્પ: બેંક ટ્રાન્સફર

લાભાર્થીનું નામ: _____

બેંક નામ: _____ IFSC કોડ: _____

ખાતા નંબર: _____

ખાતાનો પ્રકાર: _____

11. નવીકરણ

રિન્યૂઅલ પેમેન્ટ સાઇન-અપ:

તમારી આરોગ્ય વીમા પોલિસીના રિન્યૂઅલ પ્રિમિયમની ચુકવણી દર વર્ષે તમારા વર્તમાન ઓટોમેટેડ ક્લીયરિંગ હાઉસ (એસીએચ) / સ્થાયી સૂચનાઓ (એસઆઈ) કંપની સાથે ચાલુ 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 કરવાને આધિન છે.

___ હું એસીએચ/એસઆઈ રિન્યૂઅલ વિકલ્પ પસંદ કરવા માંગું છું અને આ રીતે જ્યાં સુધી તેનો ઉપયોગ કરીને પોલિસી રિન્યૂ ન થાય ત્યાં સુધી પ્રિમિયમ પર 2.5 ટકાનું ડિસ્કાઉન્ટ મેળવવા માંગું છું.

તારીખ ___/___/___ સ્થાન _____ Proposer _____ સહી

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

બાન્ય કોડ _____ એસપી કોડ _____ આરએમ/એલજી કોડ _____
 ગ્રાહકના એકાઉન્ટ નંબર _____

13. વૈધાનિક ચેતવણી

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

જોઈ પછ વ્યક્તિ પ્રત્યક્ષ કે પરોક્ષ રીતે કોઈ પણ વ્યક્તિને ભારતમાં જન્મલાભને લગતા કોઈ પણ પ્રકારના જોખમ, ચુકવવાવાળા કમિશનના સંપૂર્ણ કે હિસ્સાની કોઈ પણ ભાગ અથવા તેના પર દર્શાવવામાં આવેલા પ્રિમિયમની કોઈ પણ ભાગના સંદર્ભમાં વીમો લેવા કે રિન્યૂ કરવા અથવા ચાલુ રાખવા માટે પ્રેરિત કરવા માટે મંજૂરી આપી શકશે નહીં અથવા ઓફર કરી શકશે નહીં.

નીતિ, અથવા કોઈ પણ વ્યક્તિ કે જે તે પોલિસી ઉપાડે છે, રિન્યૂ કરે છે અથવા ચાલુ રાખે છે, સિવાય કે કોઈ પણ વ્યક્તિ કોઈ પણ રિબેટ સ્વીકારે છે, સિવાય કે વીમાકંપનીના પ્રકાશિત પ્રોસ્પેક્ટસ અથવા કોષ્ટકો અનુસાર મંજૂરી આપવામાં આવે.

શ્રી કલમની જોગવાઈઓનું પાલન કરવામાં કોઈ પણ વ્યક્તિ ડિફોલ્ટ કરશે તો તેના પર દસ લાખ રૂપિયા સુધીના દંડને પાન થશે.

14. કંપની દ્વારા સ્વીકૃતિ

એપ્લિકેશન નં.

તિથિ __/__/__

drawn on તારીખના રકમની ચેક/ડિમાન્ડ ડ્રાફ્ટ/અન્નો દ્વારા તમારી દરખાસ્ત અને રકમની પ્રાપ્તિનો અમે આભાર સાથે સ્વીકાર કરીએ છીએ. વીમા માટેની પૂર્ણ થયેલી દરખાસ્તની અમને સુપરત કરવાની કે નીતિ જારી કરવા માટે કરવામાં આવેલી કોઈ પણ ચૂકવણીને કારણે અમને એવી નીતિ જારી કરવા સંમત થવાની ફરજ પડતી નથી કે જે નિર્ણય અમારી સંપૂર્ણ અને સંપૂર્ણ મુનસફીમાં હોય અને હંમેશાં રહેશે. 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 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

15. 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? વર્ષો _____ મહિનો _____
- શું તમે પ્રસ્તાવ મૂકનારની ઓળખથી સંતુષ્ટ છો? _____હા _____ના
- શું પ્રસ્તાવક અથવા કોઈ પણ અરજદારને કોઈ શારીરિક વિકૃતિ/ખામી અથવા માનસિક મંદતા છે? _____હા _____ના
- શું તમે નીતિના બાકાત રાખવાનું સમજાવ્યું છે અને દરખાસ્તકર્તાએ વ્યક્તિગત રૂપે આરોગ્યની ઘોષણા પૂર્ણ કરી છે? _____હા _____ના
- આ પ્રપોઝલ ફોર્મ બનાવતી વખતે પ્રપોઝરની આરોગ્યની સ્થિતિ શું છે? _____
- શું તમે નૈતિક જોખમ સહિતના તમામ પરિબલોને ધ્યાનમાં રાખીને આ દરખાસ્ત ફોર્મ સ્વીકારવાની ભલામણ કરો છો? _____હા _____ના
- શું તમે ઉદાસીનતાથી પ્રસ્તાવ મૂકનારને સલાહ આપી છે અને દરખાસ્ત કરનારને તેના/તેણીના હિતમાં હોય તેવા શ્રેષ્ઠ ક્વરર્સમાં નિર્ણય લેવા સક્ષમ બનાવવા માટે તમામ ભૌતિક માહિતી પૂરી પાડી છે? _____હા _____ના

તિથિ _____

વીમા Advisor _____ સહી

16. ABHA ID

સભ્ય નામ	શું તમારી પાસે એભા આઈડી છે?	ABHA ID	એએચએ મારફતે વીમા કંપનીઓ/ટીપીએ સાથે મેડિકલ રેકોર્ડ્સ શેર કરવા સંમતિ
	હા/ના	XX - XXXX - XXXX - XXXX	હા/ના