

URN: 023

વીમા કરાર એ કાનૂની કરાર પણ છે અને તે ટ્રસ્ટ અને અમે તમારા પર વિશ્વાસ કરીએ છીએ તેના પર આધારિત છે. અમે સમજીએ છીએ કે તમારા સ્વાસ્થ્ય અંગેની માહિતી અને તમારી નીતિ પર તેની અસર કેટલી સુસંગત છે તે તમે જાણતા ન હોવ. તેથી, તમે આરોગ્યની તમામ માહિતી જાહેર કરો તે ખૂબ જ મહત્વનું છે અને અમે નક્કી કરીશું કે તે કેટલી સુસંગત છે (અમે તેને 'ભૌતિક હકીકત' કહીએ છીએ). અમે તમારી પોલિસી રદ કરીશું, કોઈ દાવાની ચૂકવણી કરીશું નહીં, ચૂકવેલ કોઈ પણ પ્રીમિયમને પરત કરીશું નહીં અને વીમાનો પ્રસ્તાવ મુકવામાં આવેલા તમામ સભ્યો વિશે સાચી અને સંપૂર્ણ માહિતી પૂરી પાડવામાં ન આવે તો, અગાઉ ચૂકવાયેલા વાલોની વસૂલાત સહિત તમારાથી આગળના તમામ સંભવિત પગલાં લેવાનો અધિકાર અમારી પાસે છે. નિયમનો આદેશ આપે છે કે કવરેજ ફક્ત તે જ શરૂ કરી શકે છે જે આપણે સંપૂર્ણ પ્રીમિયમ પ્રાપ્ત કર્યું છે અને જોખમને સ્પષ્ટપણે સ્વીકાર્યું છે.

1. પ્રસ્તાવકર્તા વિગતો:

શીર્ષક	નામ						
DOB	જાતિ:	પુરુષ	નારી	અન્ય	રાષ્ટ્રીયતા		
વર્તમાન સરનામું							
સીમાચિહ્ન						શહેર	
જીલ્લો	રાજ્ય				વ્યક્તિગત ઓળખ નંબર		
વેન્ડવાઈઝ નંબર						મોબાઇલ નંબર	
ઈ-મેઇલ ID						વૈકલ્પિક નંબર	
વાર્ષિક આવક (રૂ.)				CKYC નંબર			
વ્યવસાય	પગારદાર	સ્વ-રોજગાર	વિદ્યાર્થી	ગૃહિણી	અન્ય, કૃપા કરીને સ્પષ્ટ કરો		
દ્વારા ચૂકવવામાં આવતું પ્રીમિયમ					પ્રસ્તાવકર્તા સંબંધ		

હું પર્યાવરણનું રક્ષણ કરવા માંગું છું અને એન્ડોર્સમેન્ટ ડોમેમાં અહીં ઉલ્લેખ કર્યા મુજબ તમારી તમામ નીતિ અને સેવા સંબંધિત સંદેશાવ્યવહારને ઇમેઇલ આઇડી પર મોકલવા માટે કંપનીને અધિકૃત કરીને કાગળને બચાવવામાં મદદ કરવા માંગું 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 મીડિયા પર મારો સંપર્ક કરવા માટે અધિકૃત કરું છું જેથી આવકારદાયક કોલ્સ / એસએમએસ, સર્વિસ કોલ્સ / એસએમએસ અથવા એસએમએસ અથવા એસએમએસ અથવા એસએમએસ અથવા અન્ય કોઈ પણ વ્યવસાયિક સંદેશાવ્યવહાર કરી શકાય.

શું તમે પોલિસી કિટની ડિજિટલ કોપી ઇચ્છો છો? હા ના

શું તમે કે કોઈ પણ સૂચિત અરજદાર પીઈપી#છો? હા ના

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

બેંક વિગતો:

બેંક નામ

ખાતા નંબર

Account type

IFSC કોડ

સંગ્રહી રહ્યા છીએ

વર્તમાન

શાખા

શહેર

ઇલેક્ટ્રોનિક વીમા ખાતાની વિગતો (ઇઆઇએ)

શું તમે ઇચ્છો છો કે આ નીતિનો શ્રેય કોઈ ઇઆઇએને આપવામાં આવે? (કૃપા કરીને કોઈપણ એક પસંદ કરો)

ના, મારી પાસે ઇઆઇએ નથી અને ખોલવાની ઇચ્છા પણ નથી

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 ખાતું ખોલાવ્યું છે)

મેસર્સ એનએસડીએલ ડેટાબેઝ મેનેજમેન્ટ લિમિટેડ

મેસર્સ સેન્ટ્રલ ઇન્શ્યોરન્સ રિપોઝિટરી લિમિટેડ

મેસર્સ કાર્વા ઇન્સ્યુરન્સ રિપોઝિટરી લિમિટેડ

મેસર્સ CAMS રિપોઝિટરી સર્વિસીસ લિમિટેડ (કૃપા કરીને કોઈ પણ એક પસંદ કરો) અથવા

મારી પાસે હાલનું ઇ-ઇન્શ્યોરન્સ ખાતું નથી અને મને નવું ઇ-ઇન્શ્યોરન્સ એકાઉન્ટ બનાવવામાં રસ છે.

(કૃપા કરીને સંબંધિત દસ્તાવેજો સાથે ઇલેક્ટ્રોનિક વીમા ખાતું ખોલવાનું ફોર્મ (ઇઆઇએ ફોર્મ) સબમિટ કરો).

રિન્યૂઅલ પેમેન્ટ સાઇન-અપ:

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

હું એસીએચ/એસઆઈ રિન્યૂઅલ વિકલ્પ પસંદ કરવા માંગું છું અને આ રીતે તેનો ઉપયોગ કરીને પોલિસી રિન્યૂ ન થાય ત્યાં સુધી પ્રીમિયમ પર 2.5 ટકા ડિસ્કાઉન્ટનો લાભ લેવા માંગું છું.

તિથિ

સ્થાન

દસ્તાવેત્ત કરનારની સહી

2. વીમા માટે અરજદારોની વિગતો:

અરજદાર ૧

નામ

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

મોબાઇલ નંબર જન્મની તારીખ D D M M અને અને અને અને ભારતીય ન હોય તો કૃપા કરીને ટિક કરો

પ્રસ્તાવ મૂકનાર સાથે સંબંધ (કૃપા કરીને વિકલ્પ ટિક કરો): સ્વ/જીવનસાથી/પિતા/માતા/સસરા/સાસુ/પુત્ર/પુત્રી/કર્મચારી

જા કોઈ રજિસ્ટર્ડ મેડિકલ પ્રેક્ટિશનર*, તો કૃપા કરીને આ જોગવાઈ કરો: i. તબીબી નોંધણી નંબર

ii. કાઉન્સિલ નામ

iii. કાર્યસ્થળનું સરનામું

અરજદાર ૨

નામ

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

મોબાઇલ નંબર જન્મની તારીખ D D M M અને અને અને અને ભારતીય ન હોય તો કૃપા કરીને ટિક કરો

પ્રસ્તાવ મૂકનાર સાથે સંબંધ (કૃપા કરીને વિકલ્પ ટિક કરો): જીવનસાથી/પિતા/માતા/સસરા/સાસુ/પુત્ર/પુત્રી

જા કોઈ રજિસ્ટર્ડ મેડિકલ પ્રેક્ટિશનર*, તો કૃપા કરીને આ જોગવાઈ કરો: i. તબીબી નોંધણી નંબર

ii. કાઉન્સિલ નામ

iii. કાર્યસ્થળનું સરનામું

અરજદાર ૩

નામ

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

મોબાઇલ નંબર જન્મની તારીખ D D M M અને અને અને અને ભારતીય ન હોય તો કૃપા કરીને ટિક કરો

પ્રસ્તાવ મૂકનાર સાથે સંબંધ (કૃપા કરીને વિકલ્પ ટિક કરો): જીવનસાથી/પિતા/માતા/સસરા/સાસુ/પુત્ર/પુત્રી

જા કોઈ રજિસ્ટર્ડ મેડિકલ પ્રેક્ટિશનર*, તો કૃપા કરીને આ જોગવાઈ કરો: i. તબીબી નોંધણી નંબર

ii. કાઉન્સિલ નામ

iii. કાર્યસ્થળનું સરનામું

અરજદાર ૪

નામ

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

મોબાઇલ નંબર જન્મની તારીખ D D M M અને અને અને અને ભારતીય ન હોય તો કૃપા કરીને ટિક કરો

પ્રસ્તાવ મૂકનાર સાથે સંબંધ (કૃપા કરીને વિકલ્પ ટિક કરો): જીવનસાથી/પિતા/માતા/સસરા/સાસુ/પુત્ર/પુત્રી

જા કોઈ રજિસ્ટર્ડ મેડિકલ પ્રેક્ટિશનર*, તો કૃપા કરીને આ જોગવાઈ કરો: i. તબીબી નોંધણી નંબર

ii. કાઉન્સિલ નામ

iii. કાર્યસ્થળનું સરનામું

અરજદાર ૫

નામ

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

મોબાઇલ નંબર જન્મની તારીખ D D M M અને અને અને અને ભારતીય ન હોય તો કૃપા કરીને ટિક કરો

પ્રસ્તાવ મૂકનાર સાથે સંબંધ (કૃપા કરીને વિકલ્પ ટિક કરો): જીવનસાથી/પિતા/માતા/સસરા/સાસુ/પુત્ર/પુત્રી

જા કોઈ રજિસ્ટર્ડ મેડિકલ પ્રેક્ટિશનર*, તો કૃપા કરીને આ જોગવાઈ કરો: i. તબીબી નોંધણી નંબર

ii. કાઉન્સિલ નામ

iii. કાર્યસ્થળનું સરનામું

અરજદાર ૬

નામ

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

મોબાઇલ નંબર જન્મની તારીખ D D M M અને અને અને અને ભારતીય ન હોય તો કૃપા કરીને ટિક કરો

પ્રસ્તાવ મૂકનાર સાથે સંબંધ (કૃપા કરીને વિકલ્પ ટિક કરો): જીવનસાથી/પિતા/માતા/સસરા/સાસુ/પુત્ર/પુત્રી

જા કોઈ રજિસ્ટર્ડ મેડિકલ પ્રેક્ટિશનર*, તો કૃપા કરીને આ જોગવાઈ કરો: i. તબીબી નોંધણી નંબર

ii. કાઉન્સિલ નામ

iii. કાર્યસ્થળનું સરનામું

* પ્રીમિયમ પર ઝૂકની છૂટ મેળવો. મેડિકલ પ્રેક્ટિશનર એટલે એવી વ્યક્તિ કે જે કોઈ પણ રાજ્ય અથવા મેડિકલ કાઉન્સિલ ઓફ ઇન્ડિયા અથવા કાઉન્સિલ ઓફ ઇન્ડિયન મેડિસિન અથવા ભારત સરકાર અથવા રાજ્ય સરકાર દ્વારા સ્થાપિત હોમિયોપેથી માટેની મેડિકલ કાઉન્સિલમાંથી માન્ય નોંધણી ધરાવે છે અને આ રીતે તે તેના અધિકારક્ષેત્રની અંદર ઘવાની પ્રેક્ટિસ કરવા માટે હકદાર છે; અને તેના લાઇસન્સના અવકાશ અને અધિકારક્ષેત્રમાં રહીને કામ કરી રહ્યા છે. નોંધ: 1. જો અરજદાર 1 નો પ્રસ્તાવ મૂકનાર સાથેનો સંબંધ કર્મચારી હોય, તો અન્ય અરજદારોનો સંબંધ અરજદાર 1 સાથે છે.

3. નીચેની પર કવરેજ સેલેક્ટ કરો:

આધાર વિસ્તાર:	
પોલિસી પ્રકાર#:	<input type="checkbox"/> વ્યક્તિગત <input type="checkbox"/> ફેમિલી ફ્લોટર <input type="checkbox"/> મલ્ટી મેમ્બર વ્યક્તિગત
આવરી લેવાના જીવનની સંખ્યા:	<input type="checkbox"/> પુખ્ત વયનાઓ <input type="checkbox"/> બાળકો
યજ્ઞ:	<input type="checkbox"/> બ્રોન્ઝ <input type="checkbox"/> ચાંદી <input type="checkbox"/> સોનું <input type="checkbox"/> કોસ્ટ+ <input type="checkbox"/> સિલ્વર+ <input type="checkbox"/> ગોલ્ડ+ <input type="checkbox"/> ડાયમંડ+ <input type="checkbox"/> પ્લેટિનમ+ <input type="checkbox"/> ટાઇટેનિયમ+
વીમાની મૂળભૂત રકમ:	_____
પોલિસી ટર્મ:	<input type="checkbox"/> 1 વર્ષ <input type="checkbox"/> 2 વર્ષ <input type="checkbox"/> 3 વર્ષો

વૈકલ્પિક કવરેજ:

1. હોસ્પિટલ કેશ	<input type="checkbox"/> હા <input type="checkbox"/> ના												
2. સુરક્ષિત \$	<input type="checkbox"/> હા <input type="checkbox"/> ના												
3. સેફનાઈડ \$	<input type="checkbox"/> હા <input type="checkbox"/> ના												
4. સ્માર્ટ હેલ્થ+ (ડિસીઝ મેનેજમેન્ટ) *તમામ અસરગ્રસ્ત સભ્યોને એક વેરિઅન્ટગોલ્ડ અથવા પ્લેટિનમ પસંદ કરવા માટે.	<input type="checkbox"/> સોનું <input type="checkbox"/> પ્લેટિનમ <input type="checkbox"/> ના												
	<table border="1"> <tr> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> <th>6</th> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	6								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
5. સ્માર્ટ હેલ્થ+ (એક્સ્ટ્રા કેર) *બેમાથી કોઈ એકની પસંદગી કરી શકાય છે	<input type="checkbox"/> શ્રેષ્ઠ પરામર્શ <input type="checkbox"/> શ્રેષ્ઠ સંભાળ <input type="checkbox"/> ના												
	<table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
6. કૃપા કરીને 'વ્યક્તિગત અકસ્માત કવર' માટે વૈકલ્પિક હોય તો ટિક કરો (આ વિકલ્પ ફક્ત 18 વર્ષ કે તેથી વધુ ઉંમરના અરજદારો માટે જ ઉપલબ્ધ છે)	<p style="text-align: center;">અરજદાર નંબર</p> <table border="1"> <tr> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> <th>6</th> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	6								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
7. વાર્ષિક એકંદર ડિડક્ટેબલ વિકલ્પો:	ના												
	<table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
8. સહ-યુકવણી	<input type="checkbox"/> ના <input type="checkbox"/> 20% <input type="checkbox"/> 30% <input type="checkbox"/> 40% <input type="checkbox"/> 50%												
9. પહેલેથી અસ્થિતિ વધારવો રોગ રાહ જોવાનો સમય સુધારો	<input type="checkbox"/> ના <input type="checkbox"/> ૪ વર્ષ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>												
10. કક્ષ પ્રકાર સુધારો	<input type="checkbox"/> ના <input type="checkbox"/> એક્ઝ બાનગી કક્ષ <input type="checkbox"/> વહેંચાયેલ કક્ષ												

#family ફ્લોટરનો વીમાનું રકમ તમામ વીમાનું સમૂહ માટે સામાન્ય છે. ફ્લોટર એટલે વ્યક્તિગત અથવા સામૂહિક હોય તમામ વીમાધારક આ માર્ગદર્શનો ઠાવો કરી શકે છે

\$family એક્ઝ બાનગી-પસંદ કરી શકાય છે

4. પોર્ટફોલિયો

પોલિસી નંબર	વીમા કંપની	જોખમ શરૂઆતની તારીખ	જોખમ સમાપ્તિ તારીખ	પોર્ટફોલિયો માટેના કારણો				
સુધિત વીમાધારકનું નામ કે જેના માટે પોર્ટફોલિયોની વિનંતી કરવામાં આવે છે	પ્રથમ પોલિસી શરૂઆતની તારીખ	સતત કવરેજના વર્ષોની સંખ્યા કે જેના માટે પોર્ટફોલિયોની વિનંતી કરવામાં આવે	ભૂતકાળની નીતિઓમાં દાવાઓ	વર્તમાનનો ક્લેઈમ બોનસ	વીમાની રકમ - વર્ષ 1 (સૌથી જૂનું)	વીમાની રકમ - વર્ષ 2	વીમાની રકમ - વર્ષ 3	વીમાનું રકમ - વર્ષ 4 (પોલિસીની સમાપ્તિ)

5. નામાંકન

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.

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

નોમિનીની બેંક વિગતો: વાસ્તુ નામ:

બેંક નામ Account type સંગ્રહી વર્તમાન

ખાતા નંબર IFSC કોડ

6. 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 બ્લુપા દ્વારા અન્ડરરાઇટિંગનો આધાર બનશે. કૃપા કરીને નોંધ લેશો કે કોઈ પણ અપૂર્ણ, ખોટી, આંશિક રીતે સાચી માહિતી તમારા તબીબી દાવા અને/અથવા કવરેજને અસર કરી શકે છે.

વિભાગ એ: કૃપા કરીને તબીબી સમસ્યાઓ વિશેની માહિતી શેર કરો	અરજદાર નંબર					
	1	2	3	4	5	6
કૃપા કરીને દરેક અરજદાર માટે નીચેના પ્રશ્નોના જવાબ આપો. કૃપા કરીને 'હા' (Y) અથવા 'ના' (N) પર વર્તુળ બનાવો.						
i. સામાન્ય શારદી, ફ્લુ, 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 વક્ષણો ધરાવતા હતા? ઔષધોપચારમાં ઇન્હેબિટર્સ, ઇન્જેક્શન, ઓરલ ડ્રગ્સ અને શરીરના ભાગો પર બાહ્ય તબીબી ઉપયોગોનો સમાવેશ થાય છે પરંતુ તે પૂરતું મર્યાદિત નથી.	અને	N	અને	N	અને	N
ii. શું અરજદારને ક્યારેય થાઇરોઇડ પ્રોફાઇલ, વિપિડ પ્રોફાઇલ, ટ્રેડમિલ ટેસ્ટ, એન્જ્યોગ્રાફી, ઇકોકાર્ડિયોગ્રાફી, એન્ડોસ્કોપી, અલ્ટ્રાસાઉન્ડ, સીટી સ્કેન, એમઆરઆઇ, બાયોપ્સી અને એફએનએસી સંબંધિત કોઈ નિદાન પરીક્ષણો અથવા તપાસના પ્રતિફળ તારણો મળ્યા છે?	અને	N	અને	N	અને	N
iii. અરજદારને ડાયાબિટીસ કે પ્રી-ડાયાબિટીસ છે કે પછી તેને ક્યારેય હાઈ બ્લડ સુગર થયું છે?	અને	N	અને	N	અને	N
iv. શું અરજદારને હાયપરટેન્શન અથવા હાઈ બ્લડ પ્રેશર છે?	અને	N	અને	N	અને	N
v. શું અરજદારને ક્યારેય કોઈ આનુવંશિક /વારસાગત વિકાર અથવા એચ.આય.વી./એઇડ્સ માટે નિદાન અથવા સારવાર આપવામાં આવી છે?	અને	N	અને	N	અને	N
vi. શું અરજદારને ક્યારેય કોઈ માનસિક / માનસિક વિકારનું નિદાન અથવા સારવાર આપવામાં આવી છે?	અને	N	અને	N	અને	N
vii. શું અરજદારના જીવન પર જીવન, આરોગ્ય, હોસ્પિટલના દૈનિક રોકડ અથવા ગંભીર બિમારીના 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	અને	N	અને	N

વિભાગ બી: (જો અરજદાર સૂચવે છે કે એ અથવા તમાકુ/ગુટખા / પાન મસાલા અથવા આલ્કોહોલનું સેવન કરે છે તો જ કૃપા કરીને આ વિભાગ ભરો)	i. શકાય તેવી તમાકુ/ગુટખા/પાન મસાલા. જા હા, તો કૃપા કરીને પ્રતિ જ પાઉચની સંખ્યા સ્પષ્ટ કરો. દિવસ		ii. આલ્કોહોલ. જા હા, તો કૃપા કરીને દર અઠવાડિયે એમએલની સંખ્યા સ્પષ્ટ કરો		iii. સિગારેટ/બીડી/સિગાર. જા હા, તો કૃપા કરીને દરરોજના વપરાશનો ઉલ્લેખ કરો		
	1-10	> 10	<= 450	> 450	દૈનિક પીનાર	1-10	> 10
અરજદાર ૧							
અરજદાર ૨							
અરજદાર ૩							
અરજદાર ૪							
અરજદાર ૫							
અરજદાર ૬							

વિભાગ C: ઉપરોક્ત વિભાગમાં હા (વાચ) વિહિત કરેલા પ્રશ્નો માટે, ડુપા કરીને નીચેની માહિતી સ્પષ્ટ કરો:

અરજદાર નંબર	વક્ત્રો(ઓ) અથવા તપાસ(ઓ) અથવા નિદાન અથવા પ્રક્રિયા / શસ્ત્રક્રિયાની વિગતો				સ્થિતિનો સમયગાળો	કવા(ઓ)	ડોઝ	વર્તમાન સ્થિતિ (દા.ત. સંપૂર્ણ/આંશિક પુનઃપ્રાપ્તિ અથવા યાવુ સારવાર)	ડોક્ટરના નામ અને સંપર્કની વિગતોની સારવાર કરી રહ્યા છીએ	જોડાયેલ દસ્તાવેજો (હા/ના)	
	જો S1યા- HbA1c સ્તરને બેટ કરે	જાહાઈ બ્લડપ્રેશર બીપી લેવ		કોઇપણ અન્ય વિગતો							શસ્ત્ર-આત તારીખ (DD/MM/YYYY)
		સિસ્ટોલિક	ડાયસ્ટોલિક								

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

- આથી હું મારા વતી અને વીમાની દરખાસ્ત કરાયેલી તમામ વ્યક્તિઓ વતી જાહેર કરું છું 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 સંતા 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 યાજ્ઞબલ પ્રીમિયમની સંપૂર્ણ ચુકવણી પછી જ અમલમાં આવશે.
- હું વધુમાં જાહેર કરું છું કે દરખાસ્ત રજૂ થયા પછી પરંતુ કંપની દ્વારા જોખમની સ્વીકૃતિની જાણ કરતા પહેલા, પરંતુ વીમાધારક/દરખાસ્તકર્તા બનવા માટે જીવનના વ્યવસાય અથવા સામાન્ય આરોગ્યમાં થતા કોઈપણ ફેરફારને વેબિતમાં 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 નોંકરીદતા 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 માટે.
- 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 સંતોષકાંક્ષ સાથે કરવાનો છે.
- હું/અમે અમારી દરખાસ્ત સાથે સંબંધિત માહિતીનું આદાનપ્રદાન 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

8. વર્નાક્યુલર ઘોષણા

(પ્રસ્તુતકર્તાએ સ્થાનિક ભાષામાં હસ્તાક્ષર કર્યા હોય તેવા કિસ્સામાં પ્રમાણપત્ર (કંપનીના એજન્ટ/કર્મચારી સિવાય અન્ય કોઈ વ્યક્તિ દ્વારા સાક્ષી બનવાનું રહેશે). 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 વ્યક્તિના હસ્તાક્ષર: પ્રમાણિત કરનાર વ્યક્તિનો મોબાઇલ નંબર:

સાક્ષીનું નામ: સાક્ષીની સહી: સાક્ષીનો મોબાઇલ નંબર:

દરખાસ્ત કરનારની સહી

9. પ્રસ્તાવક ઘોષણા

(પ્રમાણપત્ર જ્યાં કોઈ પણ કારણસર દરખાસ્ત કરનાર દ્વારા દરખાસ્ત અને અન્ય સંબંધ કાગળો ભરવામાં આવતા નથી). દરખાસ્તના ફોર્મ અને સંબંધ દસ્તાવેજોની સામગ્રી મને સંપૂર્ણપણે સમજાવવામાં આવી છે અને હું સ્પષ્ટ કરારના મહત્વને સંપૂર્ણપણે સમજી ગયો છું. પ્રપોઝલ ફોર્મ મારી સૂચના હેઠળ દ્વારા ભરવામાં આવે છે અને મને તે સાચું અને પૂર્ણ હોવાનું જણાયું છે.

દરખાસ્ત કરનારની સહી

10. પ્રિમિયમની વિગતો (માન ઓફિસના ઉપયોગ માટે)

પ્રિમિયમ ચુકવણી વિકલ્પ ચેક ડિમાન્ડ ડ્રાફ્ટ ક્રેડિટ કાર્ડ / ડેબિટ કાર્ડ નેટ બેંકિંગ CashOthers

પ્રિમિયમ રકમ ઓનલાઇન ચુકવણી વ્યવહાર આઇડી: તિથિ

બેંક નામ/શાખા નિવા બુપા શાખાનું સ્થાન

કોડ નં. આના દ્વારા સ્રોત કરાયેલ વ્યાપાર: સલાહકાર/ડીએસટી/કોર્પોરેટ એજન્ટ/અન્ય ચેનલ્સ

કોડ નં.

નામ

આના પર પ્રાપ્ત થયેલી દરખાસ્ત: ગ્રાહક આઇડી:

શું પ્રસ્તાવક છે કે અરજદાર સ્ટાફ છે? હા ના

11. ફક્ત Bancassurance ચેનલ માટે વધારાની વિગતો (માન ઓફિસ વપરાશ માટે)

શાખા કોડ SP કોડ RM/LG કોડ

C customer ખાતી નંબર

12. વીમા સલાહકારનો અહેવાલ (માન ઓફિસના ઉપયોગ માટે)

હું, મારો હેસિયતથી, કોર્પોરેટ એજન્ટના નિર્દિષ્ટ વ્યક્તિ/બોક્સ/રિવિઝનશિપ 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.

મેં વધુમાં સમજાવ્યું છે કે જો કોઈ પણ અસત્ય નિવેદન (ઓ) / માહિતી / પ્રતિસાદ (ઓ) આ દરખાસ્તના ફોર્મમાં સમાવિષ્ટ હોય / હોય / પરિશિષ્ટ (ઓ), સોર્ગંદનામા, નિવેદનો, રજૂઆતો, રજૂ કરવા / રજૂ કરવા માટે અને વધુ જો કોઈ ભૌતિક હકીકત જાહેર ન કરવામાં આવી હોય, તો આ દરખાસ્ત અનુસાર તેની / તેણીની તરફેણમાં જારી કરવામાં આવેલી નીતિને કંપની દ્વારા રદબાતલ અને રદબાતલ ગણવામાં આવી શકે છે અને નીતિ હેઠળ ચુકવવામાં આવતા તમામ પ્રિમિયમને કંપની દ્વારા જમ કરી શકાય છે.

તિથિ વીમા સલાહકારની સહી

13. વૈયાનિક ચેતવણી

- રિબેટ પર પ્રતિબંધ (વીમા અધિનિયમ 1938ની કલમ 41 હેઠળ)
- કોઈ પણ વ્યક્તિ, ભારતમાં જન્મલાભને લગતા કોઈ પણ પ્રકારના જોખમ, ચુકવવાપાત્ર 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 પ્રવોલન 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 છૂટનો સ્વીકાર કરી શકે નહિ, સિવાય કે વીમાકંપનીના પ્રકાશિત પ્રોસ્પેક્ટસ અથવા કોષ્ટકો અનુસાર મંજૂરી આપવામાં આવી હોય તેવી છૂટ.
 - આ કલમની જોગવાઈઓનું પાલન કરવામાં કોઈ પણ વ્યક્તિ ડિફોલ્ટ કરશે તો તેના પર દસ વાખ રૂપિયા સુધીના દંડને પાત્ર થશે.

14. ગ્રામીણ અને સામાજિક ક્ષેત્રની કેટેગરી (જો વાગુ પડતું હોય તો):

આશા વર્કર મનરેગા કામદાર

15. ABHA ID

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

નિવા બુપા હેલ્થ ઇન્શ્યોરન્સ કંપની લિમિટેડ; રજિસ્ટર્ડ ઓફિસ- સી-98, ફર્સ્ટ ફ્લોર, લાજપત નગર, પાર્ટ 1, નવી દિલ્હી-110024 (ડિસ્ક્રેમિનેટ)
 ઇન્શ્યોરન્સ એ અનુરોધનો વિષય છે. નિવા બુપા હેલ્થ ઇન્શ્યોરન્સ કંપની લિમિટેડ (જે અગાઉ મેક્સ બુપા હેલ્થ ઇન્શ્યોરન્સ કંપની લિમિટેડ તરીકે ઓળખાતી હતી) (આઈઆરડીએઆઈ રજિસ્ટ્રેશન નં. 145). 'બુપા' અને 'હાર્ટબીટ' લોગો તેમના સંબંધિત માલિકીના નોંધાયેલા ટ્રેડમાર્ક્સ છે અને તેનો ઉપયોગ નિવા બુપા હેલ્થ ઇન્શ્યોરન્સ કંપની લિમિટેડ દ્વારા વાઇસન્સ હેઠળ કરવામાં આવી રહ્યો છે. ગ્રાહક હેલ્થવાઇબ: 1860-500-8888. વેબસાઇટ: www.nivabupa.com. સીઆઇએન: U66000DL2008PLC182918. નિયમો અને શરતો, બાકાત રાખવા, જોખમી પરિબલો, પ્રતીક્ષાના સમયગાળા અને વાલો વિશે વધુ માહિતી માટે, કૃપા કરીને વેબપાજ પૂર્વ કરતા પહેલા વેબપાજ પુસ્તિકાને કાળજીપૂર્વક વાંચો.

નિવા બુપા હેલ્થ ઇન્શ્યોરન્સ કંપની લિમિટેડ; રજિસ્ટર્ડ ઓફિસ- સી-98, ફર્સ્ટ ફ્લોર, વાજપત નગર, પાર્ટ 1, નવી દિલ્હી-110024 (ડિસ્ક્રિપ્ટર:
ઇન્શ્યોરન્સ એ અનુરોધનો વિષય છે. નિવા બુપા હેલ્થ ઇન્શ્યોરન્સ કંપની લિમિટેડ (જે અગાઉ મેક્સ બુપા હેલ્થ ઇન્શ્યોરન્સ કંપની લિમિટેડ તરીકે ઓળખાતી હતી) (આઈઆરડીએઆઈ રજિસ્ટ્રેશન નં. 145). 'બુપા' અને
'હાઈબીટ' લોગો તેમના સંબંધિત માલિકોના નોંધાયેલા ટ્રેડમાર્ક છે અને તેનો ઉપયોગ નિવા બુપા 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 વાસ્તો વિશે વધુ માહિતી માટે, કૃપા
કરીને વેબસાઇટ પર પહોંચીને વેબસાઇટ પર વાસ્તો વિશે વધુ માહિતી માટે, કૃપા

પોલિસ નં: 2.0, પ્રોડક્ટ યુઆઇએન: NBHHLP23169V012223 | રાઇસર નં: સ્માર્ટ હેલ્થ, રાઇસર યુઆઇએન: NBHHLP23169V012223

કંપની દ્વારા સ્વીકૃતિ

એક્સિડેન્ટ નં.

તિથિ

_____ પર _____ તારીખની _____ રકમ _____ ચેક/ડિમાન્ડ ડ્રાફ્ટ/અન્ય દ્વારા તમારી દરખાસ્ત અને રકમની પ્રાપ્તિ બદલ અમે આભાર સાથે સ્વીકારીએ છીએ. ન તો વીમા માટેની પૂર્ણ થયેલી દરખાસ્તની અમારી સમક્ષ
રજૂઆત કે ન તો કોઈ નીતિ જારી કરવા માટે કરવામાં આવેલી કોઈ પણ ચક્રવર્તી, જે નિર્ણય અમારી સંપૂર્ણ અને સંપૂર્ણ મૂનસફીમાં હોય અને હંમેશાં રહેશે, તે જારી કરવા સંમત થવાની 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 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 ચક્રવર્તી પરત કરીશું.

મેળવનાર અને ઓફિસ સીલનું નામ અને સહી