

રાઇઝ પ્રપોઝલ ફોર્મ

યુઆરએન: 031

વીમા કરાર પણ એક કાનૂની કરાર છે અને તે વિશ્વાસ પર આધારિત છે અને અમને તમારા પર વિશ્વાસ છે. અમે સમજીએ છીએ કે તમને તમારી સ્વાસ્થ્ય વિશેની માહિતી કેટલી સંબંધિત છે અને તેની તમારી પોલિસી પર શું અસર પડે છે તે ખબર ન પણ હોય. તેથી, તમે તમામ સ્વાસ્થ્ય માહિતી જાહેર કરો તે ખૂબ જ મહત્વપૂર્ણ છે અને અમે નક્કી કરીશું કે તે કેટલી સંબંધિત છે (અમે તેને 'મહત્વપૂર્ણ હકીકત' કહીએ છીએ).

જો વીમાધારક બનવા માટે પ્રસ્તાવિત તમામ સભ્યો વિશે સાચી અને સંપૂર્ણ માહિતી આપવામાં ન આવે તો, અમે તમારી પોલિસી રદ કરીશું, કોઈપણ દાવાની ચૂકવણી કરીશું નહીં, ચૂકવેલ કોઈપણ પ્રીમિયમ પરત કરીશું નહીં અને અગાઉ ચૂકવેલ લાભોની વસૂલાત સહિત તમારી સામે તમામ શક્ય કાયદાકીય કાર્યવાહી કરવાનો અધિકાર ધરાવીશું.

નિયમો જણાવે છે કે કવરેજ ત્યારે જ શરૂ થઈ શકે છે જ્યારે અમને સંપૂર્ણ પ્રીમિયમ મળ્યું હોય અને અમે સ્પષ્ટપણે જોખમ સ્વીકાર્યું હોય.

1. દરખાસ્તકર્તાની વિગતો:

શીર્ષક	નામ	લિંગ: પુરુષ સ્ત્રી અન્ય		રાષ્ટ્રીયતા
જન્મ તારીખ	વર્તમાન સરનામું			
લેન્ડમાર્ક	શહેર			
જિલ્લો	રાજ્ય			પિનકોડ
લેન્ડલાઇન નંબર	મોબાઇલ નંબર			
ઈમેલ ID	વૈકલ્પિક નંબર			

વાર્ષિક આવક (રૂ)	સીકેવાયસી નંબર		
વ્યવસાય	પગારદાર	સ્વ-રોજગાર	વિદ્યાર્થી ગૃહિણી અન્ય, કૃપા કરીને સ્પષ્ટ કરો

પ્રીમિયમ કોના દ્વારા ચૂકવવામાં આવ્યું પ્રસ્તાવક સાથે સંબંધ

શું હું કંપનીને તમારી તમામ પોલિસી અને સેવા સંબંધિત સંદેશાવ્યવહાર અરજી ફોર્મમાં અહીં દર્શાવેલ ઇમેઇલ ID પર મોકલવા માટે અધિકૃત કરીને પર્યાવરણનું રક્ષણ કરવા અને કાગળ બચાવવામાં મદદ કરવા માંગું છું?

મેં તમામ (નિયમો અને શરતો વાંચી, સમજી અને સ્વીકારી છે અને આથી નિવા બુપા હેલ્થ ઇન્સ્યોરન્સ અથવા તેના કોઈપણ એજન્ટો અને/અથવા તૃતીય પક્ષ(ઓ)/સહયોગીઓને મારા રજિસ્ટર્ડ ફોન નંબર પર SMS / ઇમેઇલ / ફોન / WhatsApp / Facebook અથવા અન્ય કોઈપણ મોડ દ્વારા મારો સંપર્ક કરવા માટે અધિકૃત કરું છું, અને મારા 'DND' રજિસ્ટ્રેશનને રદ કરીને વેબકમ કોલ્સ / SMS, સર્વિસ કોલ્સ / SMS અથવા અન્ય કોઈપણ વ્યાપારી સંચાર કરવા માટે અધિકૃત કરું છું.

શું તમે પોલિસી કીટની ભૌતિક નકલ મેળવવા માંગો છો? હા ના

શું તમે અથવા દરખાસ્ત કરેલ અરજદારોમાંથી કોઈ PEP# છે? હા ના

*રાજકીય રીતે ખુલા વોટો (PEP) એ એવી વ્યક્તિઓ છે જેમને અગ્રણી જાહેર કાર્યો સોંપવામાં આવ્યા છે અથવા સોંપવામાં આવ્યા હતા, એટલે કે કેન્દ્ર અથવા રાજ્ય સરકારના વડાઓ/મંત્રીઓ, વરિષ્ઠ રાજકારણીઓ, વરિષ્ઠ સરકારી, ન્યાયિક અથવા લશ્કરી અધિકારીઓ, સરકારી કંપનીઓના વરિષ્ઠ અધિકારીઓ, મહત્વપૂર્ણ પક્ષના અધિકારીઓ. (જો તમે PEP સામે ટીક કર્યું હોય, તો કૃપા કરીને અલગ PEP પ્રશ્નાવલી ભરો)

બેંક વિગતો:

બેંકનું નામ	ખાતા નંબર	IFSC કોડ
ખાતાનો પ્રકાર	બચત	વર્તમાન શાખા
		શહેર

ઇલેક્ટ્રોનિક વીમા ખાતા (eIA) ની વિગતો

શું તમે આ પોલિસીને eIAમાં જમા કરાવવા માંગો છો? (કૃપા કરીને કોઈપણ એક પસંદ કરો)

ના, મારી પાસે eIA નથી અને હું તે ખોલવા માંગતો નથી હા, આ પોલિસી મારા ઇ-વીમા ખાતામાં જમા કરો

જો હા, તો કૃપા કરીને હાલનો ઇ-વીમા ખાતા નંબર શેર કરો.

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

<input type="checkbox"/> એમ/એસ એનએસડીએલ ડેટાબેઝ મેનેજમેન્ટ લિમિટેડ	<input type="checkbox"/> એમ/એસ સેન્ટ્રલ ઇન્સ્યોરન્સ રિપોઝિટરી લિમિટેડ
<input type="checkbox"/> એમ/એસ કર્વા ઇન્સ્યોરન્સ રિપોઝિટરી લિમિટેડ	<input type="checkbox"/> એમ/એસ સીએએમએસ રિપોઝિટરી સર્વિસીસ લિમિટેડ (કૃપા કરીને કોઈપણ એક પસંદ કરો) અથવા

મારી પાસે હાલનું ઇ-વીમા ખાતું નથી અને હું નવું ઇ-વીમા ખાતું ખોલવામાં રસ ધરાવું છું (કૃપા કરીને સંબંધિત દસ્તાવેજો સાથે ઇલેક્ટ્રોનિક વીમા ખાતું ખોલવાનું ફોર્મ (eIA ફોર્મ) સબમિટ કરો).

રિન્યુઅલ પેમેન્ટ સાઇન-અપ:

તમારી આરોગ્ય વીમા પોલિસીના નવીકરણ પ્રીમિયમની ચૂકવણી દર વર્ષે કંપની સાથે તમારા હાલના ઓટોમેટેડ ક્લિયરિંગ હાઉસ (ACH) / સ્ટેન્ડિંગ ઇન્સ્ટ્રક્શન્સ (SI) યાલુ રાખીને કરી શકાય છે. આ વિકલ્પ હેઠળ, તમારી પોલિસીને ઝડપથી નવીકરણ કરી શકાય છે, પરંતુ કંપની દ્વારા જરૂરી માહિતી અને દસ્તાવેજો કરણની તમામ વધારાની જરૂરિયાતો તમે પૂર્ણ કરો તે શરતે.

હું એસીએચ/એસઆઈ રિન્યુઅલ વિકલ્પ પસંદ કરવા માંગું છું અને તે દ્વારા જ્યાં સુધી પોલિસી આ જ રીતે રિન્યુ કરવામાં આવે ત્યાં સુધી પ્રીમિયમ પર 2.5% ડિસ્કાઉન્ટ મેળવવા માંગું છું.

તારીખ	સ્થળ	દરખાસ્તકર્તાની સહી
-------	------	--------------------

2. વીમા માટે અરજદારોની વિગતો:

અરજદાર 1

નામ

લિંગ પુરુષ સ્ત્રી અન્ય ઊંચાઈ (ફૂટ) (ઇંચ) વજન (કિલો)

મોબાઇલ નંબર જન્મ તારીખ જો ભારતીય ન હોય તો કૃપા કરીને ટીક કરો

પ્રસ્તાવક સાથે સંબંધ

જો નોંધાયેલા તબીબી પ્રેક્ટિશનર* હો, તો કૃપા કરીને પ્રદાન કરો: i. તબીબી નોંધણી નંબર

ii. કાઉન્સિલનું નામ

iii. કાર્યસ્થળનું સરનામું

અરજદાર 2

નામ

લિંગ પુરુષ સ્ત્રી અન્ય ઊંચાઈ (ફૂટ) (ઇંચ) વજન (કિલો)

મોબાઇલ નંબર જન્મ તારીખ જો ભારતીય ન હોય તો કૃપા કરીને ટીક કરો

પ્રસ્તાવક સાથે સંબંધ

જો નોંધાયેલા તબીબી પ્રેક્ટિશનર* હો, તો કૃપા કરીને પ્રદાન કરો: i. તબીબી નોંધણી નંબર

ii. કાઉન્સિલનું નામ

iii. કાર્યસ્થળનું સરનામું

અરજદાર 3

નામ

લિંગ પુરુષ સ્ત્રી અન્ય ઊંચાઈ (ફૂટ) (ઇંચ) વજન (કિલો)

મોબાઇલ નંબર જન્મ તારીખ જો ભારતીય ન હોય તો કૃપા કરીને ટીક કરો

પ્રસ્તાવક સાથે સંબંધ

જો નોંધાયેલા તબીબી પ્રેક્ટિશનર* હો, તો કૃપા કરીને પ્રદાન કરો: i. તબીબી નોંધણી નંબર

ii. કાઉન્સિલનું નામ

iii. કાર્યસ્થળનું સરનામું

અરજદાર 4

નામ

લિંગ પુરુષ સ્ત્રી અન્ય ઊંચાઈ (ફૂટ) (ઇંચ) વજન (કિલો)

મોબાઇલ નંબર જન્મ તારીખ જો ભારતીય ન હોય તો કૃપા કરીને ટીક કરો

પ્રસ્તાવક સાથે સંબંધ

જો નોંધાયેલા તબીબી પ્રેક્ટિશનર* હો, તો કૃપા કરીને પ્રદાન કરો: i. તબીબી નોંધણી નંબર

ii. કાઉન્સિલનું નામ

iii. કાર્યસ્થળનું સરનામું

અરજદાર 5

નામ

લિંગ પુરુષ સ્ત્રી અન્ય ઊંચાઈ (ફૂટ) (ઇંચ) વજન (કિલો)

મોબાઇલ નંબર જન્મ તારીખ જો ભારતીય ન હોય તો કૃપા કરીને ટીક કરો

પ્રસ્તાવક સાથે સંબંધ

જો નોંધાયેલા તબીબી પ્રેક્ટિશનર* હો, તો કૃપા કરીને પ્રદાન કરો: i. તબીબી નોંધણી નંબર

ii. કાઉન્સિલનું નામ

iii. કાર્યસ્થળનું સરનામું

અરજદાર 6

નામ

લિંગ પુરુષ સ્ત્રી અન્ય ઊંચાઈ (ફૂટ) (ઇંચ) વજન (કિલો)

મોબાઇલ નંબર જન્મ તારીખ જો ભારતીય ન હોય તો કૃપા કરીને ટીક કરો

પ્રસ્તાવક સાથે સંબંધ

જો નોંધાયેલા તબીબી પ્રેક્ટિશનર* હો, તો કૃપા કરીને પ્રદાન કરો: i. તબીબી નોંધણી નંબર

ii. કાઉન્સિલનું નામ

iii. કાર્યસ્થળનું સરનામું

*પ્રીમિયમ પર 5% નું ડિસ્કાઉન્ટ મેળવો. મેડિકલ પ્રેક્ટિશનર એટલે એવી વ્યક્તિ કે જે ભારત સરકાર અથવા રાજ્ય સરકાર દ્વારા સ્થાપિત કોઈપણ રાજ્યની મેડિકલ કાઉન્સિલ અથવા મેડિકલ કાઉન્સિલ ઓફ ઈન્ડિયા અથવા કાઉન્સિલ ફોર ઈન્ડિયન મેડિસિન અથવા હોમિયોપેથી માટે માન્ય નોંધણી ધરાવે છે અને તે દ્વારા તેના અધિકારક્ષેત્રમાં ઘવા પ્રેક્ટિસ કરવા માટે હકદાર છે; અને તેની વાયસસન્સના અવકાશ અને અધિકારક્ષેત્રમાં કાર્યરત છે.

નોંધ:

1. દરખાસ્તકર્તાનો પોલિસી હેઠળ વીમો લેવો જરૂરી નથી.
2. દરખાસ્તકર્તા સાથે સંબંધોની મંજૂરી - સ્વ, પતિ/પત્ની, પુત્ર, પુત્રી, પુત્રવધૂ, પિતા, માતા, સસરા, સાસુ, દાદા, દાદી, પૌત્ર, પૌત્રી, જમાઈ, ભાઈ, બહેન, નણંદ/ભાભી, બનેલી, ભત્રીજો, ભત્રીજી, કાકા અને માસી.
3. દરખાસ્તકર્તા સાથે સંબંધોની મંજૂરી (માલિક, કર્મચારી) - કર્મચારી, કર્મચારીના પતિ/પત્ની, કર્મચારીનો પુત્ર, કર્મચારીની પુત્રી, કર્મચારીના પિતા, કર્મચારીની માતા, કર્મચારીના સસરા, કર્મચારીના સાસુ, કર્મચારીનો પૌત્ર, કર્મચારીની પૌત્રી.

3. કવરેજ પસંદગી:

બેઝ કવરેજ:

પોલિસીનો પ્રકાર#: _____	<input type="checkbox"/> વ્યક્તિગત <input type="checkbox"/> ફેમિલી ફ્લોટર <input type="checkbox"/> મલ્ટી મેમ્બર વ્યક્તિગત
કવર થનારા લોકોની સંખ્યા: _____	<input type="checkbox"/> પુખ્ત વયના લોકો <input type="checkbox"/> બાળકો
મૂળભૂત વીમા રકમ: _____	
પોલિસી ટર્મ: _____	<input type="checkbox"/> 1 વર્ષ <input type="checkbox"/> 2 વર્ષ <input type="checkbox"/> 3 વર્ષ

વૈકલ્પિક કવરેજ:

1. હેલ્થ ચેક-અપ (માત્ર કેશલેસ)	<input type="checkbox"/> હા <input type="checkbox"/> ના	6. હેલ્થ ચેક-અપ (કેશલેસ અને 20% કો-પેમેન્ટ સાથે રિઇમ્બર્સમેન્ટ)	<input type="checkbox"/> હા <input type="checkbox"/> ના
2. હોસ્પિટલ ડેઇલી કેશ	<input type="checkbox"/> હા <input type="checkbox"/> ના	7. સેકન્ડ મેડિકલ ઓપિનિયન	<input type="checkbox"/> હા <input type="checkbox"/> ના
3. સેફગાર્ડ	<input type="checkbox"/> હા <input type="checkbox"/> ના	8. સેફગાર્ડ+	<input type="checkbox"/> હા <input type="checkbox"/> ના
4. નો કો-પે નેટવર્ક	<input type="checkbox"/> હા <input type="checkbox"/> ના	9. મોડર્ન ટ્રીટમેન્ટ +	<input type="checkbox"/> હા <input type="checkbox"/> ના
5. રીએશ્યોર ફોરએવર	<input type="checkbox"/> હા <input type="checkbox"/> ના	10. ફાસ્ટ ફોરવર્ડ (એડ-ઓન)	<input type="checkbox"/> હા <input type="checkbox"/> ના
11. સ્માર્ટ કેશ +	<input type="checkbox"/> ના <input type="checkbox"/> 10K <input type="checkbox"/> 15K <input type="checkbox"/> 20K <input type="checkbox"/> 25K		
12. રીટર્ન +	<input type="checkbox"/> ના <input type="checkbox"/> 100%		
13. વ્યક્તિગત અકસ્માત કવર	<input type="checkbox"/> 1x <input type="checkbox"/> 2x <input type="checkbox"/> 3x <input type="checkbox"/> 4x <input type="checkbox"/> 5x		
જો તમે વ્યક્તિગત અકસ્માત કવર પસંદ કરી રહ્યા હો તો કૃપા કરીને ટીક કરો. (આ વિકલ્પ 18 વર્ષ કે તેથી વધુ ઉંમરના અરજદારો માટે ઉપલબ્ધ છે)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. વાર્ષિક એકંદર કપાતપાત્ર	<input type="checkbox"/> ના <input type="checkbox"/> 10,000 <input type="checkbox"/> 20,000 <input type="checkbox"/> 30,000 <input type="checkbox"/> 50,000 <input type="checkbox"/> 1,00,000 <input type="checkbox"/> 2,00,000 <input type="checkbox"/> 3,00,000 <input type="checkbox"/> 4,00,000 <input type="checkbox"/> 5,00,000		
15. કો-પેમેન્ટ	<input type="checkbox"/> ના <input type="checkbox"/> 10% <input type="checkbox"/> 20% <input type="checkbox"/> 30% <input type="checkbox"/> 40% <input type="checkbox"/> 50%		
16. પહેલાથી અસ્તિત્વમાં રહેલા રોગની રાહ જોવાના સમયમાં ફેરફાર	<input type="checkbox"/> ના <input type="checkbox"/> 12 મહિના <input type="checkbox"/> 24 મહિના		
17. ચોક્કસ રોગની રાહ જોવાના સમયમાં ફેરફાર	<input type="checkbox"/> ના <input type="checkbox"/> 12 મહિના <input type="checkbox"/> 36 મહિના		
18. રૂમ પ્રકારમાં ફેરફાર	<input type="checkbox"/> ના <input type="checkbox"/> જનરલ વોર્ડ <input type="checkbox"/> સિંગલ રૂમ <input type="checkbox"/> બધી શ્રેણીઓ		

કોટ્રબિક ફ્લોટર વીમા રકમ તમામ વીમાધારક સભ્યો માટે સામાન્ય છે. ફ્લોટર એટલે વ્યક્તિગત રીતે અથવા સામૂહિક રીતે તમામ વીમાધારકો આ મર્યાદા સુધી દાવો કરી શકે છે. નોંધ: સેફગાર્ડ અને સેફગાર્ડ+ વચ્ચે માત્ર એક જ વિકલ્પ પસંદ કરી શકાય છે. સહ-યુકવણી અને વાર્ષિક એકંદર કપાતપાત્ર વચ્ચે માત્ર એક જ વિકલ્પ પસંદ કરી શકાય છે. વાર્ષિક આરોગ્ય તપાસ (માત્ર કેશલેસ) અને વાર્ષિક આરોગ્ય તપાસ (કેશલેસ અને 20% સહ-યુકવણી સાથે ભરપાઈ) વચ્ચે માત્ર એક જ વિકલ્પ પસંદ કરી શકાય છે.

4. પોર્ટેબિલિટી

પોલિસી નંબર	વીમા કંપની	જોખમ શરૂ થવાની તારીખ	જોખમ સમાપ્ત થવાની તારીખ	પોર્ટિંગ માટેના કારણો

પોર્ટેબિલિટી માટે વિનંતી કરેલ પ્રસ્તાવિત વીમાધારકનું નામ	પ્રથમ પોલિસી શરૂ થવાની તારીખ	પોર્ટેબિલિટી માટે વિનંતી કરેલ સતત કવરેજના વર્ષોની સંખ્યા	પાછલી પોલિસીમાં દાવાઓ	હાલનું નો ક્લેઇમ બોનસ	વીમા રકમ - વર્ષ 1 (સૌથી જૂની)	વીમા રકમ - વર્ષ 2	વીમા રકમ - વર્ષ 3	વીમા રકમ - વર્ષ 4 (સમાપ્ત થતી પોલિસી)

5. નોમિનેશન

પ્રસ્તાવકના મૃત્યુની ઘટનામાં, પોલિસી હેઠળની કોઈપણ ચૂકવણી નીચે જણાવેલ નોમિનીને ચૂકવવાપાત્ર થશે. નોમિની દ્વારા આવી ચૂકવણીની રસીદ પોલિસી હેઠળ કંપનીની જવાબદારીમાંથી મુક્તિ ગણાશે.

નોમિનીનું નામ	જન્મ તારીખ	પ્રસ્તાવક સાથેનો સંબંધ	નોમિનીનું સરનામું, મોબાઇલ નંબર અને ઇમેઇલ આઇડી	નિયુક્ત વ્યક્તિનું નામ (જો નોમિની 18 વર્ષથી ઓછી ઉંમરનો હોય તો)

નોમિનીની બેંક વિગતો: વાભાર્થાનું નામ: _____

બેંકનું નામ _____ ખાતાનો પ્રકાર બચત વર્તમાન

ખાતા નંબર _____ IFSC કોડ _____

6. તબીબી, આદતો અને ભૂતકાળની દરખાસ્તની માહિતી

મહત્વપૂર્ણ: કૃપા કરીને ખાતરી કરો કે આ વિભાગના તમામ પ્રશ્નોના જવાબ સાચા અને સંપૂર્ણ રીતે આપવામાં આવ્યા છે કારણ કે તમે અહીં જે માહિતી પ્રદાન કરો છો તે નિવા બુપા દ્વારા અન્ડરરાઇટિંગનો આધાર બનાવશે. કૃપા કરીને નોંધ કરો કે કોઈપણ અપૂર્ણ, ખોટી, અંશતઃ સાચી માહિતી તમારા તબીબી દાવા અને/અથવા કવરેજને અસર કરી શકે છે.

વિભાગ A: કૃપા કરીને તબીબી પરિસ્થિતિઓ વિશે માહિતી શેર કરો

કૃપા કરીને દરેક અરજદાર માટે નીચેના પ્રશ્નોના જવાબ આપો. કૃપા કરીને હા (Y) અથવા ના (N) પર વર્તુળ કરો	અરજદાર નંબર									
	1	2	3	4	5	6				
વીમાધારકની ઉંમર <= 35 વર્ષ 1. શું તમે નીચેનામાંથી કોઈ રોગથી પીડિત છો? a. કેન્સર/લ્યુકેમિયા/મેલિગ્નન્ટ ટ્યુમર b. કાર્ડિયાક એઇલમેન્ટ્સ (હાર્ટ એટેક, બાય-પાસ સર્જરી વગેરે) c. મુખ્ય અંગ નિષ્ફળતા (કિડની, લીવર, હૃદય, ફેફસાં, વગેરે.) d. ન્યુરોલોજીકલ ડિસઓર્ડર/સ્ટ્રોક/પેરાલિસિસ e. ક્રોનિક ઓબ્સ્ટ્રક્ટિવ પલ્મોનરી ડિસીઝ (COPD) / પ્રોગ્રેસિવ લંગ્સ ડિસીઝ f. હિપેટાઇટિસ બી અથવા સી, ક્રોનિક લીવર રોગ, કોહન રોગ, અલ્સેરેટિવ કોલાઇટિસ g. આયર્નની ઉણપ સિવાયની કોઈપણ એનિમિયા h. ટાઇપ 1 ડાયાબિટીસ	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N
2. શું તમને ડાયાબિટીસ છે?	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N
3. શું તમને હાયપરટેન્શન છે?	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N
4. શું અરજદારના જીવન પર જીવન, આરોગ્ય, હોસ્પિટલ દૈનિક રોકડ અથવા ગંભીર બીમારી વીમા માટેની કોઈપણ દરખાસ્ત કોઈપણ વીમા કંપની દ્વારા ક્યારેય નકારી કાઢવામાં આવી છે, મુલતવી રાખવામાં આવી છે, લોડ કરવામાં આવી છે અથવા બાકાત જેવી કોઈપણ વિશેષ શરતોને આધિન કરવામાં આવી છે?	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N
5. શું અરજદારને ક્યારેય કોઈ માનસિક/ મનોચિકિત્સા વિફલિતિઓ માટે નિદાન અથવા સારવાર કરવામાં આવી છે?	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N
6. શું તમને ક્યારેય કોઈ એવી બીમારીનું નિદાન થયું છે કે જેના માટે એક અઠવાડિયાથી વધુ સમય સુધી સારવારની જરૂર પડી હોય? શું ક્યારેય કોઈ સર્જરી કરાવી છે? અથવા સલાહ આપવામાં આવી છે? શું હાલમાં કોઈ ફોલો અપ ચાલી રહ્યું છે અથવા કોઈ સારવારનો રાહ જોઈ રહ્યા છો?	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N
7. શું તમને ટોનિસલ અને એડેનોઇડસ, કાનમાંથી ડિસ્ચાર્જ, મધ્ય કાન અને માસ્ટોઇડના રોગો (ઓટિટિસ મીડિયા, ઓટોસાયટીસ, ટાઇમ્પાનિક મેમ્બ્રેનનું છિદ્ર) નાસિકા સેપ્ટમ અને નાસિકા સાઇનસ માટે કોઈ સર્જિકલ સારવાર કરાવી છે અથવા કરાવી છે?	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N

કૃપા કરીને દરેક અરજદાર માટે નીચેના પ્રશ્નોના જવાબ આપો. કૃપા કરીને હા (Y) અથવા ના (N) પર વર્તુળ કરો	અરજદાર નંબર									
	1	2	3	4	5	6				
વીમાધારકની ઉંમર >=36 થી =50 વર્ષ સુધી 1. શું તમે નીચેનામાંથી કોઈ રોગથી પીડિત છો? a. કેન્સર/લ્યુકેમિયા/મેલિગ્નન્ટ ટ્યુમર b. કાર્ડિયાક એઇલમેન્ટ્સ (હાર્ટ એટેક, બાય-પાસ સર્જરી વગેરે) c. મુખ્ય અંગ નિષ્ફળતા (કિડની, લીવર, હૃદય, ફેફસાં, વગેરે.) d. ન્યુરોલોજીકલ ડિસઓર્ડર/સ્ટ્રોક/પેરાલિસિસ e. ક્રોનિક ઓબ્સ્ટ્રક્ટિવ પલ્મોનરી ડિસીઝ (COPD) / પ્રોગ્રેસિવ લંગ્સ ડિસીઝ f. હિપેટાઇટિસ બી અથવા સી, ક્રોનિક લીવર રોગ, કોહન રોગ, અલ્સેરેટિવ કોલાઇટિસ g. આયર્નની ઉણપ સિવાયની કોઈપણ એનિમિયા h. ટાઇપ 1 ડાયાબિટીસ	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N
2. શું તમને ડાયાબિટીસ છે?	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N
3. શું તમને હાયપરટેન્શન છે?	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N
4. શું અરજદારના જીવન પર જીવન, આરોગ્ય, હોસ્પિટલ દૈનિક રોકડ અથવા ગંભીર બીમારી વીમા માટેની કોઈપણ દરખાસ્ત કોઈપણ વીમા કંપની દ્વારા ક્યારેય નકારી કાઢવામાં આવી છે, મુલતવી રાખવામાં આવી છે, લોડ કરવામાં આવી છે અથવા બાકાત જેવી કોઈપણ વિશેષ શરતોને આધિન કરવામાં આવી છે?	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N

	1	2	3	4	5	6
5. શું અરજદારને ક્યારેય કોઈ માનસિક/ મનોચિકિત્સા વિકૃતિઓ માટે નિદાન અથવા સારવાર કરવામાં આવી છે?	Y	N	Y	N	Y	N
6. શું તમને ક્યારેય કોઈ એવી બીમારીનું નિદાન થયું છે કે જેના માટે એક અઠવાડિયાથી વધુ સમય સુધી સારવારની જરૂર પડી હોય? શું ક્યારેય કોઈ સર્જરી કરાવી છે? અથવા સલાહ આપવામાં આવી છે? શું હાલમાં કોઈ ફોલો અપ ચાલી રહ્યું છે અથવા કોઈ સારવારની રાહ જોઈ રહ્યા છો?	Y	N	Y	N	Y	N
7. શું તમને ટોનિસલ અને એડેનોઇડસ, કાનમાંથી ડિસ્ચાર્જ, મધ્ય કાન અને માસ્ટોઇડના રોગો (ઓટિટિસ મીડિયા, કોલેસ્ટોમા, ટાઇમ્પેનિક મેમ્બ્રેનનું છિદ્ર) નાસિકા સેપ્ટમ અને નાસિકા સાઇનસ માટે કોઈ સર્જિકલ સારવાર કરાવી છે અથવા કરાવી છે?	Y	N	Y	N	Y	N
8. શું આ સભ્યને થાઇરોઇડ પ્રોફાઇલ, લિપિડ પ્રોફાઇલ, ટ્રેડમિલ ટેસ્ટ, એન્જિયોગ્રાફી, ઇકોકાર્ડિયોગ્રાફી, એન્ડોસ્કોપી, અલ્ટ્રાસાઉન્ડ, સીટી સ્કેન, એમઆરઆઇ, બાયોપ્સી અને એફએનએસી સંબંધિત કોઈપણ ડાયગ્નોસ્ટિક પરીક્ષણ અથવા તપાસમાં ક્યારેય પ્રતિકૂળ તારણો આવ્યા છે? (પ્રતિકૂળ)	Y	N	Y	N	Y	N
9. શું તમને અસામાન્ય માસિક સ્ત્રાવ અથવા વધુ પડતું રક્તસ્ત્રાવ, ફાઇબ્રોઇડસ, પ્રોલેપ્સ ગર્ભાશય અને સર્વિક્સ, એન્ડોમેટ્રિઓસિસ, પીસીઓડી, હિસ્ટરેક્ટમી વગેરે જેવી કોઈ સ્ત્રીરોગ સંબંધિત સમસ્યા છે અથવા હતી?	Y	N	Y	N	Y	N
10. શું તમને મળત્યાગ દરમિયાન દુખાવો, મળમાં લોહી, હરસ, ગુદા અને મળાશય વિસ્તારમાં ચીરો અથવા ભગંદર અથવા ફોલ્લી, જાંઘમાં ઉપસેલો ભાગ, હર્નિયા, સ્વાદુપિંડનો સોજો, પેટમાં દુખાવો, પિત્તાશયમાં પથરી, સ્વાદુપિંડમાં પથરી, અલ્સર, ધોવાણ અને જઠરાંત્રિય માર્ગના વેરીસીસ વગેરે જેવા કોઈ જઠરાંત્રિય વિકારો છે અથવા હતા?	Y	N	Y	N	Y	N
11. શું તમને આંખની કોઈ તકલીફ છે અથવા હતી જેમ કે સર્જરી જરૂરી હોય તેવી ઓછી દ્રષ્ટિ, મોતિયો, ગ્લુકોમા, રેટિના ડિટેચમેન્ટ વગેરે?	Y	N	Y	N	Y	N
12. શું તમને પેશાબમાં લોહી, પીડાદાયક પેશાબ, વારંવાર પેશાબ, પ્રોસ્ટેટનું હાયપરપ્લાસિયા, કિડની સ્ટોન, હાઇડ્રોસેલ, સ્પર્મેટોસેલ, નેફ્રાઇટિસ વગેરે જેવા કોઈ જનનાંગ-પેશાબ સંબંધિત વિકારો છે?	Y	N	Y	N	Y	N
શું તમને સાંધાનો દુખાવો/ઘૂંટણનો દુખાવો, સાંધા બદલવા, અસ્થિવા, કમરનો દુખાવો, ઇન્ટરવર્ટિબ્રલ ડિસ્ક ડિસઓર્ડર/ સ્વિપ ડિસ્ક (જેમ કે PIVD), ઓસ્ટીયોપોરોસિસ, સંધિવા, રુમેટોઇડ આર્થરાઇટિસ, લિગામેન્ટ રિપેર માટેની સર્જરી (ACL ટીયર વગેરે) વગેરે જેવા કોઈ મસ્ક્યુલોસ્કેલેટલ ડિસઓર્ડર છે અથવા હતા?	Y	N	Y	N	Y	N

કૃપા કરીને દરેક અરજદાર માટે નીચેના પ્રશ્નોના જવાબ આપો. કૃપા કરીને હા (Y) અથવા ના (N) પર વર્તુળ કરો	અરજદાર નંબર					
	1	2	3	4	5	6
વીમાધારકની ઉંમર >=51 વર્ષથી વધુ 1. શું તમે નીચેનામાંથી કોઈ રોગથી પીડિત છો? a. કેન્સર/લ્યુકેમિયા/મેલિગ્નન્ટ ટ્યુમર b. કાર્ડિયાક એઇલમેન્ટ્સ (હાર્ટ એટેક, બાય-પાસ સર્જરી વગેરે) c. મુખ્ય અંગ નિષ્ફળતા (કિડની, લીવર, હૃદય, ફેફસાં, વગેરે.) d. ન્યુરોલોજીકલ ડિસઓર્ડર/સ્ટ્રોક/પેરાલિસિસ e. ક્રોનિક ઓબ્સ્ટ્રક્ટિવ પલ્મોનરી ડિસીઝ (COPD) / પ્રોગ્રેસિવ લંગ્સ ડિસીઝ f. હિપેટાઇટિસ બી અથવા સી, ક્રોનિક લીવર રોગ, કોલન રોગ, અલ્સેરેટિવ કોલાઇટિસ g. આયર્નની ઉણપ સિવાયની કોઈપણ એનિમિયા h. ટાઇપ 1 ડાયાબિટીસ	Y	N	Y	N	Y	N
2. શું તમને ડાયાબિટીસ છે?	Y	N	Y	N	Y	N
3. શું તમને હાયપરટેન્શન છે?	Y	N	Y	N	Y	N
4. શું અરજદારના જીવન પર જીવન, આરોગ્ય, હોસ્પિટલ દૈનિક રોકડ અથવા ગંભીર બીમારી વીમા માટેની કોઈપણ દરખાસ્ત કોઈપણ વીમા કંપની દ્વારા ક્યારેય નકારી કાઢવામાં આવી છે, મુલતવી રાખવામાં આવી છે, લોડ કરવામાં આવી છે અથવા બાકાત જેવી કોઈપણ વિશેષ શરતોને આધિન કરવામાં આવી છે?	Y	N	Y	N	Y	N
5. શું અરજદારને ક્યારેય કોઈ માનસિક/ મનોચિકિત્સા વિકૃતિઓ માટે નિદાન અથવા સારવાર કરવામાં આવી છે?	Y	N	Y	N	Y	N
6. શું તમને ક્યારેય કોઈ એવી બીમારીનું નિદાન થયું છે કે જેના માટે એક અઠવાડિયાથી વધુ સમય સુધી સારવારની જરૂર પડી હોય? શું ક્યારેય કોઈ સર્જરી કરાવી છે? અથવા સલાહ આપવામાં આવી છે? શું હાલમાં કોઈ ફોલો અપ ચાલી રહ્યું છે અથવા કોઈ સારવારની રાહ જોઈ રહ્યા છો?	Y	N	Y	N	Y	N
7. શું તમને ટોનિસલ અને એડેનોઇડસ, કાનમાંથી ડિસ્ચાર્જ, મધ્ય કાન અને માસ્ટોઇડના રોગો (ઓટિટિસ મીડિયા, કોલેસ્ટોમા, ટાઇમ્પેનિક મેમ્બ્રેનનું છિદ્ર) નાસિકા સેપ્ટમ અને નાસિકા સાઇનસ માટે કોઈ સર્જિકલ સારવાર કરાવી છે અથવા કરાવી છે?	Y	N	Y	N	Y	N
8. શું આ સભ્યને થાઇરોઇડ પ્રોફાઇલ, લિપિડ પ્રોફાઇલ, ટ્રેડમિલ ટેસ્ટ, એન્જિયોગ્રાફી, ઇકોકાર્ડિયોગ્રાફી, એન્ડોસ્કોપી, અલ્ટ્રાસાઉન્ડ, સીટી સ્કેન, એમઆરઆઇ, બાયોપ્સી અને એફએનએસી સંબંધિત કોઈપણ ડાયગ્નોસ્ટિક પરીક્ષણ અથવા તપાસમાં ક્યારેય પ્રતિકૂળ તારણો આવ્યા છે? (પ્રતિકૂળ)	Y	N	Y	N	Y	N
9. શું તમને અસામાન્ય માસિક સ્ત્રાવ અથવા વધુ પડતું રક્તસ્ત્રાવ, ફાઇબ્રોઇડસ, પ્રોલેપ્સ ગર્ભાશય અને સર્વિક્સ, એન્ડોમેટ્રિઓસિસ, પીસીઓડી, હિસ્ટરેક્ટમી વગેરે જેવી કોઈ સ્ત્રીરોગ સંબંધિત સમસ્યા છે અથવા હતી?	Y	N	Y	N	Y	N
10. શું તમને મળત્યાગ દરમિયાન દુખાવો, મળમાં લોહી, હરસ, ગુદા અને મળાશય વિસ્તારમાં ચીરો અથવા ભગંદર અથવા ફોલ્લી, જાંઘમાં ઉપસેલો ભાગ, હર્નિયા, સ્વાદુપિંડનો સોજો, પેટમાં દુખાવો, પિત્તાશયમાં પથરી, સ્વાદુપિંડમાં પથરી, અલ્સર, ધોવાણ અને જઠરાંત્રિય માર્ગના વેરીસીસ વગેરે જેવા કોઈ જઠરાંત્રિય વિકારો છે અથવા હતા?	Y	N	Y	N	Y	N
11. શું તમને આંખની કોઈ તકલીફ છે અથવા હતી જેમ કે સર્જરી જરૂરી હોય તેવી ઓછી દ્રષ્ટિ, મોતિયો, ગ્લુકોમા, રેટિના ડિટેચમેન્ટ વગેરે?	Y	N	Y	N	Y	N
12. શું તમને પેશાબમાં લોહી, પીડાદાયક પેશાબ, વારંવાર પેશાબ, પ્રોસ્ટેટનું હાયપરપ્લાસિયા, કિડની સ્ટોન, હાઇડ્રોસેલ, સ્પર્મેટોસેલ, નેફ્રાઇટિસ વગેરે જેવા કોઈ જનનાંગ-પેશાબ સંબંધિત વિકારો છે?	Y	N	Y	N	Y	N
શું તમને સાંધાનો દુખાવો/ઘૂંટણનો દુખાવો, સાંધા બદલવા, અસ્થિવા, કમરનો દુખાવો, ઇન્ટરવર્ટિબ્રલ ડિસ્ક ડિસઓર્ડર/ સ્વિપ ડિસ્ક (જેમ કે PIVD), ઓસ્ટીયોપોરોસિસ, સંધિવા, રુમેટોઇડ આર્થરાઇટિસ, લિગામેન્ટ રિપેર માટેની સર્જરી (ACL ટીયર વગેરે) વગેરે જેવા કોઈ મસ્ક્યુલોસ્કેલેટલ ડિસઓર્ડર છે અથવા હતા?	Y	N	Y	N	Y	N
14. શું તમને નીચલા અંગમાં દુખાવો અથવા સોજો, નીચલા હાથપગની વેરિકોઝ નસો છે અથવા હતી	Y	N	Y	N	Y	N
15. શું તમને આંતરિક અથવા બાહ્ય સૌમ્ય અથવા નિયોપ્લાઝમ/ટ્યૂમર, સિસ્ટ, સાઇનસ, પોલિપ, નોડ્યુલ્સ, માસ અથવા ગાંઠ, અલ્સર, ધોવાણ અને જઠરાંત્રિય માર્ગની વેરીસીસ છે અથવા હતા.	Y	N	Y	N	Y	N

વિભાગ B: (જો અરજદાર ધૂમ્રપાન કરે છે અથવા તમાકુ/ ગુટખા/પાન મસાલા અથવા આલ્કોહોલનું સેવન કરે છે તો જ આ વિભાગ ભરો)	i. યાવવાનો તમાકુ / ગુટખા / પાન મસાલા. જો હા, તો કૃપા કરીને દરરોજની થેલીઓની સંખ્યા જણાવો		ii. આલ્કોહોલ. જો હા, તો કૃપા કરીને પ્રતિ સપ્તાહ મિલીલીટરની સંખ્યા સ્પષ્ટ કરો			iii. સિગારેટ / બીડી / સિગાર. જો હા, તો કૃપા કરીને પ્રતિ દિવસ વપરાશ સ્પષ્ટ કરો	
	1-10	> 10	<= 450	> 450	દરરોજ દારૂ પીનાર	1-10	> 10
અરજદાર 1							
અરજદાર 2							
અરજદાર 3							
અરજદાર 4							
અરજદાર 5							
અરજદાર 6							

વિભાગ C: ઉપરના વિભાગમાં હા (Y) ચિહ્નિત પ્રશ્નો માટે, કૃપા કરીને નીચેની માહિતી સ્પષ્ટ કરો:										
અરજદારનો નંબર	લક્ષણો અથવા તપાસ અથવા નિદાન અથવા કરવામાં આવેલ પ્રક્રિયા/સર્જરીની વિગતો.				સ્થિતિનો સમયગાળો	દવા(ઓ)	ડોઝ	હાલની સ્થિતિ (જેમ કે સંપૂર્ણ/આંશિક સ્વસ્થતા અથવા યાવુ સારવાર)	સારવાર કરનાર ડોક્ટર નું નામ અને સંપર્ક વિગતો	સાથે જોડેલા દસ્તાવેજો (હા/ના)
	જો ડાયા- બીટીઝ HbA1c લેવલ હોય તો	જો હાઈ બ્લડ પ્રેશર બીપી લેવલ હોય તો	કોઈ અન્ય વિગતો	શરૂઆતની તારીખ (DD /MM/YYYY)						

7. ઘોષણા (કૃપા કરીને ધ્યાનથી વાંચો અને દરખાસ્ત ફોર્મ પર સહી કરતા પહેલા દરેક સામે ચેક માર્ક મૂકો)

- હું મારા વતી અને વીમાધારક બનવા માટે પ્રસ્તાવિત તમામ વ્યક્તિઓ વતી જાહેર કરું છું કે મારા દ્વારા આપવામાં આવેલા ઉપરોક્ત નિવેદનો, જવાબો અને/અથવા વિગતો મારા શ્રેષ્ઠ જ્ઞાન મુજબ તમામ રીતે સાચા અને સંપૂર્ણ છે અને હું આ અન્ય વ્યક્તિઓ વતી દરખાસ્ત કરવા માટે અધિકૃત છું.
- હું સમજું છું કે મારા દ્વારા આપવામાં આવેલી માહિતી વીમા પોલિસીનો આધાર બનશે, તે વીમા કંપનીની બોર્ડ દ્વારા મંજૂર કરાયેલ અન્ડરરાઇટિંગ પોલિસીને આધીન છે અને યાજ્ઞપાત પ્રોમિસમની સંપૂર્ણ ચુકવણી પછી જ પોલિસી અમલમાં આવશે.
- હું કંપનીને મારી દરખાસ્ત સંબંધિત માહિતી, જેમાં વીમાધારક/દરખાસ્તકર્તાના તબીબી રેકોર્ડનો સમાવેશ થાય છે, માત્ર દરખાસ્તના અન્ડરરાઇટિંગ અને/અથવા દાવા પતાવટના હેતુ માટે અને કોઈપણ સરકારી અને/અથવા નિયમનકારી સત્તા સાથે શેર કરવા માટે અધિકૃત કરું છું.
- હું જાહેર કરું છું કે હું કંપનીને કોઈપણ ડોક્ટર અથવા હોસ્પિટલ પાસેથી તબીબી માહિતી મેળવવા માટે સંમતિ આપું છું, જેમણે/જેમણે કોઈપણ સમયે વીમાધારક/દરખાસ્તકર્તાની સારવાર કરી હોય અથવા કોઈપણ ભૂતકાળના અથવા વર્તમાનના માલિક પાસેથી વીમાધારક/દરખાસ્તકર્તાના શારીરિક અથવા માનસિક સ્વાસ્થ્યને અસર કરતી કોઈપણ બાબત સંબંધિત માહિતી મેળવવા માટે, અને કોઈપણ વીમા કંપની પાસેથી માહિતી મેળવવા માટે સંમતિ આપું છું, જેમને વીમાધારક/દરખાસ્તકર્તાના વીમા માટે અરજી કરવામાં આવી હોય, દરખાસ્તના અન્ડરરાઇટિંગ અને/અથવા દાવા પતાવટના હેતુ માટે.
- હું કંપનીને મારી દરખાસ્ત સંબંધિત માહિતી, જેમાં વીમાધારક/દરખાસ્તકર્તાના તબીબી રેકોર્ડનો સમાવેશ થાય છે, માત્ર દરખાસ્તના અન્ડરરાઇટિંગ અને/અથવા દાવા પતાવટના હેતુ માટે અને કોઈપણ સરકારી અને/અથવા નિયમનકારી સત્તા સાથે શેર કરવા માટે અધિકૃત કરું છું.
- હું/અમે કંપનીને અમારા એમ્પ્લોય કરેલા પ્રદાતા સાથે સેવા વિતરણના એકમાત્ર હેતુ માટે વીમાધારક/દરખાસ્તકર્તાના તબીબી રેકોર્ડ સહિત મારી/અમારી દરખાસ્તને લગતી માહિતી શેર કરવા માટે અધિકૃત કરીએ છીએ.

તારીખ: _____ સ્થળ: _____ દરખાસ્તકર્તાની સહી: _____

8. સ્થાનિક ભાષામાં ઘોષણા

(પ્રમાણપત્ર, જો દરખાસ્તકર્તાએ સ્થાનિક ભાષામાં સહી કરી હોય (કંપનીના એજન્ટ/કર્મચારી સિવાયના કોઈ વ્યક્તિ દ્વારા સાક્ષી આપવામાં આવે), આ ફોર્મની વિગતો અને તેમાં રહેલી માહિતી મેં દરખાસ્તકર્તાને સ્થાનિક ભાષામાં સમજાવી છે, જેને તેઓ સમજી ગયા છે અને તેની પુષ્ટિ કરી છે:

પ્રમાણિત કરનાર
વ્યક્તિનું નામ:

પ્રમાણિત કરનાર
વ્યક્તિની સહી:

પ્રમાણિત કરનાર વ્યક્તિનો મોબાઇલ નંબર:

સાક્ષીનું નામ

સાક્ષીની
સહી

સાક્ષીનો મોબાઇલ નંબર:

દરખાસ્તકર્તાની સહી

9. દરખાસ્તકર્તાની ઘોષણા

(પ્રમાણપત્ર, જ્યાં કોઈ કારણસર, અરજી અને અન્ય સંબંધિત કાગળો અરજદાર દ્વારા ભરવામાં આવ્યા નથી). અરજી ફોર્મ અને સંબંધિત દસ્તાવેજોની વિગતો મને સંપૂર્ણ રીતે સમજાવવામાં આવી છે અને હું પ્રસ્તાવિત કરારનું મહત્વ સંપૂર્ણપણે સમજું છું. અરજી ફોર્મ _____ દ્વારા મારી સૂચના હેઠળ ભરવામાં આવ્યું છે અને મને તે યોગ્ય અને સંપૂર્ણ જણાય છે.

દરખાસ્તકર્તાની સહી

10. પ્રીમિયમ વિગતો (ફક્ત ઓફિસ ઉપયોગ માટે)

પ્રીમિયમ ચુકવણી વિકલ્પ

ચેક

ડિમાન્ડ ડ્રાફ્ટ

ક્રેડિટ કાર્ડ / ડેબિટ કાર્ડ

નેટ બેન્કિંગ

રોકડ

અન્ય

પ્રીમિયમની રકમ

ઓનલાઇન ચુકવણી ટ્રાન્ઝેક્શન ID:

તારીખ

બેંકનું નામ/શાખા

નિવા બૂપા શાખાનું સ્થાન

કોડ નંબર.

વ્યવસાય કોણે આપ્યો: સલાહકાર/DST/કોર્પોરેટ એજન્સી/બીજા માધ્યમો

કોડ નંબર

નામ

દરખાસ્ત પ્રાપ્ત તારીખ:

ગ્રાહક ID:

શું દરખાસ્તકર્તા અથવા અરજદાર કર્મચારી છે?

હા

ના

11. ફક્ત બેન્કાસ્ટ્રોન્સ ચેનલ માટે વધારાની વિગતો (ફક્ત ઓફિસ ઉપયોગ માટે)

શાખા કોડ

SP કોડ

RM/LG કોડ

Cગ્રાહક ખાતા નંબર

12. વીમા સલાહકારનો અહેવાલ (ફક્ત ઓફિસ ઉપયોગ માટે)

હું, મારી વીમા સલાહકાર / કોર્પોરેટ એજન્ટના નિયુક્ત વ્યક્તિ / બ્રોકરના અધિકૃત કર્મચારી / સંબંધિત અધિકારી તરીકે, આથી ખાતરી આપું છું કે મેં આ દરખાસ્ત ફોર્મની સંપૂર્ણ માહિતી, જેમાં ફોર્મમાં પૂછાયેલા પ્રશ્નોનો પ્રકાર પણ સામેલ છે, તે પ્રસ્તાવકર્તાને વિગતવાર સમજાવી છે. આ દરખાસ્ત ફોર્મમાં પ્રસ્તાવકર્તાએ આપેલા નિવેદનો, માહિતી અને જવાબો, તેમજ અહીં દર્શાવેલી અન્ય વિગતો, જો આ દરખાસ્ત પોલિસી જારી કરવા માટે બેંક દ્વારા મંજૂર થાય તો, બેંક અને પ્રસ્તાવકર્તા વચ્ચેના વીમા કરારનો પાયો બનશે.

મેં વધુમાં સમજાવ્યું છે કે, જો આ દરખાસ્ત ફોર્મ/સુધારણા (ઓ), એફિડેવિટ, નિવેદનો, સબમિશન(ઓ), જે રજૂ કરવામાં આવ્યા છે અથવા કરવાના છે, તેમાં કોઈપણ ખોટું નિવેદન/માહિતી/જવાબ હોય અને વધુમાં જો કોઈ મહત્વપૂર્ણ હકીકત છુપાવવામાં આવી હોય, તો આ દરખાસ્ત મુજબ તેમના/તેણીના નામે જારી કરવામાં આવેલી પોલિસીને બેંક દ્વારા રદબાતલ ગણી શકાય છે અને પોલિસી હેઠળ ચુકવેલ તમામ પ્રીમિયમ બેંક જમ કરી શકે છે.

તારીખ

વીમા સલાહકારની સહી

13. કાનૂની ચેતવણી

વીમા અધિનિયમ 1938 ની કલમ 41 હેઠળ રિબેટ પર પ્રતિબંધ

- કોઈપણ વ્યક્તિ, ભારતમાં જીવન અથવા મિલકત સંબંધિત કોઈપણ પ્રકારના જોખમના સંદર્ભમાં કોઈપણ વ્યક્તિને વીમો લેવા, નવીકરણ કરવા અથવા ચાલુ રાખવા માટે પ્રત્યક્ષ કે પરોક્ષ રીતે પ્રેરિત કરીને, ચૂકવવાપાત્ર કમિશનના સંપૂર્ણ અથવા કોઈપણ ભાગ પર અથવા પોલિસી પર દર્શાવેલ પ્રીમિયમ પર કોઈપણ રિબેટ આપશે નહીં અથવા આપવાની ઓફર કરશે નહીં, અને પોલિસી લેતી, નવીકરણ કરતી અથવા ચાલુ રાખતી કોઈપણ વ્યક્તિ બેંકના પ્રકાશિત પ્રોસ્પેક્ટસ અથવા કોઈકો અનુસાર મંજૂર કરાયેલ રિબેટ સિવાય કોઈપણ રિબેટ સ્વીકારશે નહીં.
- આ કલમની જોગવાઈઓનું પાલન કરવામાં નિષ્ફળ રહેનાર કોઈપણ વ્યક્તિ દસ લાખ રૂપિયા સુધીના દંડને પાત્ર થશે.

14. ગ્રામીણ અને સામાજિક ક્ષેત્રની શ્રેણી (જો લાગુ હોય તો):

આશા વર્કર

મનરેગા વર્કર

15. આભા ID

સભ્યનું નામ	શું તમારી પાસે આભા ID છે?	આભા ID	આભા દ્વારા વીમા કંપનીઓ/TPA સાથે તબીબી રેકોર્ડ શેર કરવાની સંમતિ
	<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

16. રિફંડ અને દાવાની ચુકવણી માટેની વિગતો

ચુકવણી પ્રાપ્ત કરવાનો વિકલ્પ: બેંક ટ્રાન્સફર

લાભાર્થીનું નામ	<input type="text"/>		
બેંકનું નામ	<input type="text"/>		
ખાતા નંબર	<input type="text"/>	IFSC કોડ	<input type="text"/>
ખાતાનો પ્રકાર	<input type="text"/>		

નિવા બુપા હેલ્થ ઇન્શ્યોરન્સ કંપની લિમિટેડ; રજિસ્ટર્ડ ઓફિસ:- C-98, પહેલો માળ, લાજપત નગર, ભાગ 1, નવી દિલ્હી-110024
 અસ્વીકરણ: વીમો વિનંતીને આધીન છે. નિવા બુપા હેલ્થ ઇન્શ્યોરન્સ કંપની લિમિટેડ (અગાઉ મેક્સ બુપા હેલ્થ ઇન્શ્યોરન્સ કંપની લિમિટેડ તરીકે ઓળખાતી) (IRDAI નોંધણી નંબર 145).
 'બુપા' અને 'હાઈબ્રિટ' લોગો તેમના સંબંધિત માલિકોના નોંધાયેલા ટ્રેડમાર્ક છે અને નિવા બુપા હેલ્થ ઇન્શ્યોરન્સ કંપની લિમિટેડ દ્વારા લાઇસન્સ હેઠળ ઉપયોગમાં લેવાય છે.
 ગ્રાહક હેલ્પલાઇન: 1860-500-8888, વેબસાઇટ: www.nivabupa.com. CIN: U66000DL2008PLC182918. નિયમો અને શરતો, બાકાત, જોખમ પરિબળો, રાહ જોવાનો સમયગાળો અને લાભો વિશે વધુ વિગતો માટે, વેચાણ પૂર્ણ કરતા પહેલા કૃપા કરીને વેચાણ બ્રોશર કાળજીપૂર્વક વાંચો.

નિવા બુપા હેલ્થ ઇન્શ્યોરન્સ કંપની લિમિટેડ; રજિસ્ટર્ડ ઓફિસ:- C-98, પહેલો માળ, વાજપત નગર, ભાગ 1, નવી દિલ્હી-110024
અસ્વીકરણ: વીમો વિનંતીને આધીન છે. નિવા બુપા હેલ્થ ઇન્શ્યોરન્સ કંપની લિમિટેડ (અગાઉ મેક્સ બુપા હેલ્થ ઇન્શ્યોરન્સ કંપની લિમિટેડ તરીકે ઓળખાતી) (IRDAI નોંધણી નંબર 145).
'બુપા' અને 'હાર્ટબીટ' લોગો તેમના સંબંધિત માલિકોના નોંધાયેલા ટ્રેડમાર્ક છે અને નિવા બુપા હેલ્થ ઇન્શ્યોરન્સ કંપની લિમિટેડ દ્વારા વાઇસન્સ હેઠળ ઉપયોગમાં લેવાય છે.
ગ્રાહક હેલ્પલાઇન: 1860-500-8888, વેબસાઇટ: www.nivabupa.com. CIN: U66000DL2008PLC182918. નિયમો અને શરતો, બાકાત, જોખમ પરિબલો, રાહ જોવાનો સમયગાળો અને વાહી વિશે વધુ વિગતો માટે, વેચાણ પૂર્ણ કરતા પહેલા કૃપા કરીને વેચાણ બ્રોશર કાળજીપૂર્વક વાંચો.

Product Name: ReAssure 2.0, Product UIN: NBHHLIP23169V012223 | Rider Name: Smart Health+, Rider UIN: NBHHLIA22164V012122

કંપની દ્વારા સ્વીકૃતિ

એપ્લિકેશન નંબર

તારીખ

અમે તમારી વીમા દરખાસ્ત અને ચેક/ડિમાન્ડ ડ્રાફ્ટ/અન્ય _____ દ્વારા રૂ. _____ ની તારીખ _____ ના રોજ _____ માંથી મેળવેલ રકમ બદલ આભાર માનીએ છીએ. વીમા માટે પૂર્ણ દરખાસ્ત રજૂ કરવાથી અથવા પોલિસી ઇસ્યુ કરવા માટેની કોઈપણ ચુકવણી કરવાથી અમને પોલિસી ઇસ્યુ કરવા માટે બંધનકર્તા નથી. પોલિસી ઇસ્યુ કરવાનો નિર્ણય સંપૂર્ણપણે અમારા વિવેકાધિકાર પર રહેશે. જો અમે વીમા દરખાસ્ત સ્વીકારીએ છીએ, તો તે પોલિસીના નિયમો અને શરતોને આધીન રહેશે. જો અમને સંપૂર્ણ પ્રીમિયમ સમયસર પ્રાપ્ત ન થાય અથવા વસૂલ ન થાય તો અમે કોઈ પણ રીતે જવાબદાર હોઈશું નહીં. જો અમે દરખાસ્ત સ્વીકારતા નથી, તો અમે તમને જાણ કરીશું અને તમારા તરફથી પ્રાપ્ત થયેલ કોઈપણ તબીબી પરીક્ષણ ખર્ચ બાદ કરીને બાકીની રકમ વગર વ્યાજ પરત કરીશું.

રીસીવર અને ઓફિસ સીલનું નામ અને સહી

Product Name: Rise, Product UIN: NBHHLIP25041V012425 | Add-on Name: Fast Forward, Add-on UIN: NBHHLIA24126V012324