

2. बीमा के लिए आवेदकों का विवरण:

आवेदक 1	नाम								
	लिंग	<input type="checkbox"/> पुरुष	<input type="checkbox"/> महिला	<input type="checkbox"/> अन्य	ऊंचाई	<input type="text"/> (ft)	<input type="text"/> (inch)	वजन	<input type="text"/> (kg)
	मोबाइल नंबर	<input type="text"/>		जन्म तिथि	<input type="text"/>		कृपया टिक करें यदि भारतीय नहीं है <input type="checkbox"/>		
	प्रस्तावक से संबंध (कृपया विकल्प पर टिक करें): स्वयं/जीवनसाथी/पिता/माता/ससुर/सास/पुत्र/पुत्री/कर्मचारी यदि एक पंजीकृत मेडिकल प्रैक्टिशनर* है, तो कृपया प्रदान करें: i. मेडिकल पंजीकरण संख्या <input type="text"/>								
ii. परिषद का नाम <input type="text"/>									
iii. कार्यस्थल का पता <input type="text"/>									
आवेदक 2	नाम								
	लिंग	<input type="checkbox"/> पुरुष	<input type="checkbox"/> महिला	<input type="checkbox"/> अन्य	ऊंचाई	<input type="text"/> (ft)	<input type="text"/> (inch)	वजन	<input type="text"/> (kg)
	मोबाइल नंबर	<input type="text"/>		जन्म तिथि	<input type="text"/>		कृपया टिक करें यदि भारतीय नहीं है <input type="checkbox"/>		
	प्रस्तावक से संबंध (कृपया विकल्प पर टिक करें): पति/पत्नी/पिता/माता/ससुर/सास/पुत्र/पुत्री यदि एक पंजीकृत मेडिकल प्रैक्टिशनर* है, तो कृपया प्रदान करें: i. मेडिकल पंजीकरण संख्या <input type="text"/>								
ii. परिषद का नाम <input type="text"/>									
iii. कार्यस्थल का पता <input type="text"/>									
आवेदक 3	नाम								
	लिंग	<input type="checkbox"/> पुरुष	<input type="checkbox"/> महिला	<input type="checkbox"/> अन्य	ऊंचाई	<input type="text"/> (ft)	<input type="text"/> (inch)	वजन	<input type="text"/> (kg)
	मोबाइल नंबर	<input type="text"/>		जन्म तिथि	<input type="text"/>		कृपया टिक करें यदि भारतीय नहीं है <input type="checkbox"/>		
	प्रस्तावक से संबंध (कृपया विकल्प पर टिक करें): पति/पत्नी/पिता/माता/ससुर/सास/पुत्र/पुत्री यदि एक पंजीकृत मेडिकल प्रैक्टिशनर* है, तो कृपया प्रदान करें: i. मेडिकल पंजीकरण संख्या <input type="text"/>								
ii. परिषद का नाम <input type="text"/>									
iii. कार्यस्थल का पता <input type="text"/>									
आवेदक 4	नाम								
	लिंग	<input type="checkbox"/> पुरुष	<input type="checkbox"/> महिला	<input type="checkbox"/> अन्य	ऊंचाई	<input type="text"/> (ft)	<input type="text"/> (inch)	वजन	<input type="text"/> (kg)
	मोबाइल नंबर	<input type="text"/>		जन्म तिथि	<input type="text"/>		कृपया टिक करें यदि भारतीय नहीं है <input type="checkbox"/>		
	प्रस्तावक से संबंध (कृपया विकल्प पर टिक करें): पति/पत्नी/पिता/माता/ससुर/सास/पुत्र/पुत्री यदि एक पंजीकृत मेडिकल प्रैक्टिशनर* है, तो कृपया प्रदान करें: i. मेडिकल पंजीकरण संख्या <input type="text"/>								
ii. परिषद का नाम <input type="text"/>									
iii. कार्यस्थल का पता <input type="text"/>									
आवेदक 5	नाम								
	लिंग	<input type="checkbox"/> पुरुष	<input type="checkbox"/> महिला	<input type="checkbox"/> अन्य	ऊंचाई	<input type="text"/> (ft)	<input type="text"/> (inch)	वजन	<input type="text"/> (kg)
	मोबाइल नंबर	<input type="text"/>		जन्म तिथि	<input type="text"/>		कृपया टिक करें यदि भारतीय नहीं है <input type="checkbox"/>		
	प्रस्तावक से संबंध (कृपया विकल्प पर टिक करें): पति/पत्नी/पिता/माता/ससुर/सास/पुत्र/पुत्री यदि एक पंजीकृत मेडिकल प्रैक्टिशनर* है, तो कृपया प्रदान करें: i. मेडिकल पंजीकरण संख्या <input type="text"/>								
ii. परिषद का नाम <input type="text"/>									
iii. कार्यस्थल का पता <input type="text"/>									
आवेदक 6	नाम								
	लिंग	<input type="checkbox"/> पुरुष	<input type="checkbox"/> महिला	<input type="checkbox"/> अन्य	ऊंचाई	<input type="text"/> (ft)	<input type="text"/> (inch)	वजन	<input type="text"/> (kg)
	मोबाइल नंबर	<input type="text"/>		जन्म तिथि	<input type="text"/>		कृपया टिक करें यदि भारतीय नहीं है <input type="checkbox"/>		
	प्रस्तावक से संबंध (कृपया विकल्प पर टिक करें): पति/पत्नी/पिता/माता/ससुर/सास/पुत्र/पुत्री यदि एक पंजीकृत मेडिकल प्रैक्टिशनर* है, तो कृपया प्रदान करें: i. मेडिकल पंजीकरण संख्या <input type="text"/>								
ii. परिषद का नाम <input type="text"/>									
iii. कार्यस्थल का पता <input type="text"/>									

*प्रीमियम पर 5% की छूट का लाभ उठाएं. मेडिकल प्रैक्टिशनर का अर्थ है एक व्यक्ति जो किसी भी राज्य की मेडिकल काउंसिल या मेडिकल काउंसिल ऑफ इंडिया या काउंसिल फॉर इंडियन मेडिसिन या भारत सरकार या राज्य सरकार द्वारा स्थापित होम्योपैथी के लिए वैध पंजीकरण रखता है और इस तरह अपने अधिकार क्षेत्र के भीतर प्रैक्टिस दवा का हकदार है. और अपने लाइसेंस के दायरे और अधिकार क्षेत्र के भीतर कार्य कर रहा

3. कवरेज चयन:

बेस कवरेज:

#Policy प्रकार:	<input type="checkbox"/> व्यक्ति <input type="checkbox"/> फैमिली फ्लोटर <input type="checkbox"/> बहु सदस्यीय व्यक्ति
कवर किए जाने वाले जीवन की संख्या:	<input type="checkbox"/> वयस्क <input type="checkbox"/> बच्चे
भिन्न:	<input type="checkbox"/> सोना <input type="checkbox"/> नील मणि <input type="checkbox"/> हीरा <input type="checkbox"/> प्लेटिनम <input type="checkbox"/> टाइटैनियम धातु <input type="checkbox"/> सोना+ <input type="checkbox"/> नीलम+ <input type="checkbox"/> हीरा+ <input type="checkbox"/> प्लेटिनम+ <input type="checkbox"/> टाइटैनियम+ <input type="checkbox"/> फ्लेक्सी
बेस सम इश्योर्ड:	
पॉलिसी अवधि:	<input type="checkbox"/> 1 वर्ष <input type="checkbox"/> 2 वर्ष <input type="checkbox"/> 3 वर्ष

वैकल्पिक कवरेज:

1. हॉस्पिटल कैश	<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं											
2. रक्षा करना \$	<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं											
3. रक्षोपायक+ \$	<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं											
4. कृपया 'पर्सनल एक्सीडेंट कवर' चुनते समय टिक करें (यह विकल्प केवल 18 वर्ष या उससे अधिक आयु के एप्लीकेंट के लिए उपलब्ध है)	आवेदक संख्या											
	<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"/>				
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. वार्षिक एग्रीगेट डिडक्टिबल विकल्प:	<input type="checkbox"/> नहीं <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											
6. सह-भुगतान	<input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/> 10% <input type="checkbox"/> 20% <input type="checkbox"/> 30% <input type="checkbox"/> 40% <input type="checkbox"/> 50%											
7. पहले से मौजूद रोग प्रतीक्षा समय संशोधन	<input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/> 4 वर्ष <input type="checkbox"/> 3 वर्ष <input type="checkbox"/> 2 वर्ष <input type="checkbox"/> 1 वर्ष											
8. कमरे का प्रकार Modifica tion	<input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/> स्टैंडर्ड सिंगल रूम (Standard Single Room) <input type="checkbox"/> साझा कमरा											
9. सीमाहीन (सह-भुगतान के साथ)	<input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/> 50% <input type="checkbox"/> 40% <input type="checkbox"/> 30% <input type="checkbox"/> 20% <input type="checkbox"/> 0%											
10. भविष्य के लिए तैयार	<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं											
11. कैश-बैग	<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं											
12. वेलकंसल्ट (ओपीडी)	<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं											

ऐड-ऑन:

1. स्मार्ट हेल्थ+ (रोग प्रबंधन) *सभी प्रभावित सदस्यों को एक वैरिएंट गोल्ड या प्लैटिनम चुनना होगा।	<input type="checkbox"/> सोना <input type="checkbox"/> प्लैटिनम <input type="checkbox"/> नहीं											
	<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"/>				
1	2	3	4	5	6							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
2. स्मार्ट हेल्थ+ (एक्यूट केयर) *दोनों में से किसी एक को चुना जा सकता है	<input type="checkbox"/> सर्वश्रेष्ठ परामर्श <input type="checkbox"/> सबसे अच्छी देखभाल <input type="checkbox"/> नहीं											
	<table border="1"> <tr> <th>5,000 रुपए</th> <th>10,000 रुपए</th> <th>15,000 रुपए</th> <th>20,000 रुपए</th> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	5,000 रुपए	10,000 रुपए	15,000 रुपए	20,000 रुपए	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
5,000 रुपए	10,000 रुपए	15,000 रुपए	20,000 रुपए									
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
3. फास्ट फॉरवर्ड	<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं											

#Family फ्लोटर सम इश्योर्ड सभी इश्योर्ड सदस्यों के लिए आम है. फ्लोटर का मतलब है कि व्यक्तिगत या सामूहिक रूप से सभी बीमित व्यक्ति इस सीमा तक दावा कर सकते हैं। \$Either सेफगार्ड या सेफगार्ड+ का विकल्प चुना जा सकता है

4. पोर्टेबिलिटी

पॉलिसी नं.	बीमा कंपनी	जोखिम प्रारंभ दिनांक	जोखिम समाप्ति तिथि	पोर्टिंग का कारण

प्रस्तावित बीमित व्यक्ति का नाम जिसके लिए पॉर्टेबिलिटी का अनुरोध किया गया	पॉलिसी शुरू होने की पहली तारीख	नहीं। निरंतर कवरेज के वर्षों के लिए जिसके लिए पॉर्टेबिलिटी का अनुरोध किया गया है	पिछली नीतियों में दावे	वर्तमान नो क्लेम बोनस	सम इंश्योर्ड - वर्ष 1 (सबसे पुराना)	सम इंश्योर्ड- वर्ष 2	सम इंश्योर्ड - वर्ष 3	सम इंश्योर्ड - वर्ष 4 (एक्सपायरी पॉलिसी)

5. नामांकन

प्रस्तावक की मृत्यु की स्थिति में, पॉलिसी के तहत देय कोई भी भुगतान नीचे नामित नामांकित व्यक्ति को देय हो जाएगा। नामांकित व्यक्ति द्वारा इस तरह के भुगतान की प्राप्ति पॉलिसी के तहत कंपनी की देयता का निर्वहन करेगी।

नॉमिनी का नाम	जन्म तिथि	प्रस्तावक के साथ संबंध	नॉमिनी का पता, मोबाइल नंबर और ईमेल आईडी	नियुक्त व्यक्ति का नाम (यदि नॉमिनी व्यक्ति की आयु 18 वर्ष से कम है)

नॉमिनी का बैंक विवरण: लाभार्थी का नाम:

बैंक का नाम खाते का प्रकार बचत चालू

खाता संख्या IFSC कोड

6. चिकित्सा, आदतें और पिछले प्रस्ताव की जानकारी

महत्वपूर्ण: कृपया ध्यान दें कि इस खंड के सभी प्रश्नों का उत्तर सच्चाई से और पूरी तरह से दिया गया है क्योंकि आपके द्वारा यहां प्रदान की गई जानकारी निवा ब्रुपा द्वारा हमारी दायिरी का आधार बनेगी। कृपया ध्यान दें कि कोई भी अपूर्ण, गलत, आंशिक रूप से सही जानकारी आपके चिकित्सा दावे और/या कवरेज को प्रभावित कर सकती है।

35 वर्ष तक के सबसे बड़े सदस्य के लिए

सेक्शन A: *आप* का अर्थ है आप और अन्य सभी जो इस एप्लिकेशन के माध्यम से इस पॉलिसी की मांग कर रहे हैं।			3		4		5		6	
	Y	संख्या								
1. क्या आप निम्नलिखित में से किसी भी बीमारी से पीड़ित हैं? क. कैंसर/ल्यूकेमिया/घातक ट्यूमर ख. हृदय संबंधी रोग (दिल का दौरा, बाई-पास सर्जरी आदि) ग. प्रमुख अंग विफलता (गुर्दे, यकृत, हृदय, फेफड़े, आदि) डी। (च) हेपेटाइटिस-बी या सी, जीर्ण यकृत रोग, क्रोहन रोग, अल्सरटिव कोलाइटिस छ। लोह की कमी से होने वाले रक्ताल्पता के अलावा कोई भी रक्ताल्पता टाइप 1 डायबिटीज	Y	संख्या								
2. क्या आपको मधुमेह है?	Y	संख्या								
3. Do आपको हाइपरटेंशन है?	Y	संख्या								
4. कभी ऐसी बीमारी का पता चला है जिसे एक सप्ताह से अधिक समय तक उपचार की आवश्यकता है?	Y	संख्या								
5. कभी सर्जरी हुई है? या एक सलाह दी?	Y	संख्या								
6. वर्तमान में किसी भी अनुवर्ती कार्रवाई के तहत या किसी भी उपचार की प्रतीक्षा कर रहे हैं?	Y	संख्या								

खंड बी: यदि उपरोक्त प्रश्नों में से किसी का भी आपका उत्तर 'हां' है	आवेदक नंबर 1	आवेदक नंबर 2	आवेदक संख्या 3	आवेदक संख्या 4	आवेदक संख्या 5	आवेदक संख्या 6
1. निदान और या सर्जरी का नाम?						
2. सर्जरी का विवरण? वर्ष और महीना						
3. वर्तमान स्वास्थ्य स्थिति?						

35 वर्ष से अधिक आयु के सबसे बड़े सदस्य के लिए

सेक्शन A: कृपया चिकित्सा स्थितियों के बारे में जानकारी साझा करें												
कृपया प्रत्येक आवेदक के लिए निम्नलिखित प्रश्नों के उत्तर दें। कृपया हाँ (Y) या नहीं (N) गोल करें	आवेदक संख्या											
	1	1	2								6	
i. सामान्य सर्दी, फ्लू, संक्रमण, मामूली चोट या अन्य छोटी बीमारियों के अलावा; क्या आवेदक को कभी भी किसी बीमारी का पूरा चला है और/या 5 दिनों से अधिक समय तक अस्पताल में भर्ती कराया गया है और/या किसी सर्जिकल प्रक्रिया से गुजरने की सलाह दी गई है और/या कोई दवा ली गई है/14 दिनों से अधिक समय तक कोई लक्षण था? दवा शामिल है, लेकिन इनहेलर, इंजेक्शन, मौखिक दवाओं और शरीर के अंगों पर बाहरी चिकित्सा अनुप्रयोगों तक सीमित नहीं है।	Y	संख्या	Y	संख्या	Y	संख्या	Y	संख्या	Y	संख्या	Y	संख्या
ii. क्या आवेदक के पास कभी भी थायराइड प्रोफाइल, लिपिड प्रोफाइल, टेडमिल टेस्ट, एंजियोग्राफी, इकोकार्डियोग्राफी, एंडोस्कोपी, अल्ट्रासाउंड, सीटी स्कैन, एमआरआई, बायोप्सी और एफएनएसी से संबंधित किसी भी नैदानिक परीक्षण या जांच के प्रतिकूल निष्कर्ष हैं?	Y	संख्या	Y	संख्या	Y	संख्या	Y	संख्या	Y	संख्या	Y	संख्या
iii. क्या आवेदक को मधुमेह या पूर्व-मधुमेह है या क्या उसे कभी उच्च रक्त शर्करा हुआ है?	Y	संख्या	Y	संख्या	Y	संख्या	Y	संख्या	Y	संख्या	Y	संख्या
iv. क्या आवेदक को उच्च रक्तचाप या उच्च रक्तचाप है?	Y	संख्या	Y	संख्या	Y	संख्या	Y	संख्या	Y	संख्या	Y	संख्या
v. क्या आवेदक का कभी किसी अनुवांशिक/वंशानुगत विकार या एचआईवी/एड्स के लिए निदान या उपचार किया गया है?	Y	संख्या	Y	संख्या	Y	संख्या	Y	संख्या	Y	संख्या	Y	संख्या
vi. क्या आवेदक को कभी भी किसी मानसिक/मानसिक विकार के लिए निदान या उपचार किया गया है?	Y	संख्या	Y	संख्या	Y	संख्या	Y	संख्या	Y	संख्या	Y	संख्या
vii. क्या आवेदक के जीवन पर जीवन, स्वास्थ्य, अस्पताल दैनिक नकदी या गंभीर बीमारी बीमा के लिए कोई प्रस्ताव कभी भी किसी बीमा कंपनी द्वारा बहिष्करण जैसी किसी विशेष शर्तों को अस्वीकृत, स्थगित, लोड या अधीन किया गया है?	Y	संख्या	Y	संख्या	Y	संख्या	Y	संख्या	Y	संख्या	Y	संख्या

खंड बी: (कृपया इस अनुभाग को केवल तभी भरें जब आवेदक धूम्रपान करता है या तंबाकू / गुटखा / पान मसाला या शराब का सेवन करता है)	i. चबाने योग्य तंबाकू/गुटखा/पान मसाला। यदि हाँ, तो कृपया प्रति दिन पाउच की संख्या निर्दिष्ट करें		ii. शराब। यदि हाँ, तो कृपया प्रति सप्ताह संख्या एमएल निर्दिष्ट करें		iii. सिगरेट/बीड़ी/सिगार। यदि हाँ, तो कृपया प्रति दिन खपत निर्दिष्ट करें		
	1-10	> 10	<= 450	> 450	दैनिक पीने वाला	1-10	> 10
आवेदक 1							
आवेदक 2							
आवेदक 3							
आवेदक 4							
आवेदक 5							
आवेदक 6							

सभी प्रस्तावकों के लिए

अनुभाग सी: उपरोक्त अनुभाग में हाँ (वाई) चिह्नित प्रश्नों के लिए, कृपया निम्नलिखित जानकारी निर्दिष्ट करें:											
आवेदक संख्या	लक्षण (ओं) या जांच (ओं) या निदान या प्रक्रिया / सर्जरी का विवरण				शर्त की अवधि	दवा(एँ)	डोज़	वर्तमान स्थिति (जैसे पूर्ण/आंशिक पुनर्प्राप्ति या चल रहे उपचार)	संलग्न दस्तावेज (हां/नहीं)		
	यदि दीया- HbA1c स्तर पर दृढ़ लगाता है	यदि उच्च रक्तचाप बीपी लेव		कोई अन्य विवरण						शुरुआत की तारीख (डीडी / एमएम / वाईवाईवाईवाईवाई)	
	सिस्टोलिक	डायस्टोलिक									

7. घोषणा (कृपया ध्यान से पढ़ें और प्रस्ताव फॉर्म पर हस्ताक्षर करने से पहले प्रत्येक के सामने एक चेक मार्क लगाएं)

- मैं एतद्वारा अपनी ओर से और बीमित किए जाने के लिए प्रस्तावित सभी व्यक्तियों की ओर से घोषणा करता हूँ कि मेरे द्वारा दिए गए उपरोक्त कथन, उत्तर और/या विवरण मेरी सर्वोत्तम जानकारी के अनुसार सभी मामलों में सत्य और पूर्ण हैं और मैं इन अन्य व्यक्तियों की ओर से प्रस्ताव करने के लिए अधिकृत हूँ।
- मैं समझता हूँ कि मेरे द्वारा प्रदान की गई जानकारी बीमा पॉलिसी का आधार बनेगी, बोर्ड द्वारा अनुमोदित बीमाकर्ता की हामीदारी नीति के अधीन है और यह कि पॉलिसी प्रभार्य प्रीमियम के पूर्ण भुगतान के बाद ही लागू होगी।
- मैं यह भी घोषणा करता हूँ कि मैं बीमित किए जाने वाले जीवन के व्यवसाय या सामान्य स्वास्थ्य में होने वाले किसी भी परिवर्तन को प्रस्ताव प्रस्तुत किए जाने के बाद लेकिन कंपनी द्वारा जोखिम स्वीकृति के संचार से पहले लिखित रूप में सूचित करूँगा।
- मैं घोषणा करता हूँ कि मैं किसी भी डॉक्टर या अस्पताल से चिकित्सा जानकारी मांगने वाली कंपनी को सहमति देता हूँ, जिसने किसी भी समय बीमित / प्रस्तावक या किसी भी पिछले या वर्तमान नियोक्ता से किसी भी चीज के बारे में चिकित्सा जानकारी मांगी है जो बीमित व्यक्ति के शारीरिक या मानसिक स्वास्थ्य को प्रभावित करती है / प्रस्तावक और किसी भी बीमाकर्ता से जानकारी मांगना जिसे बीमित व्यक्ति / प्रस्तावक पर बीमा के लिए आवेदन किया गया है प्रस्ताव और/या दावा निपटान को हामीदारी देने के उद्देश्य से।
- मैं कंपनी को अपने प्रस्ताव से संबंधित जानकारी साझा करने के लिए अधिकृत करता हूँ, जिसमें बीमित/प्रस्तावक के मेडिकल रिकॉर्ड शामिल हैं, जो प्रस्ताव और/या दावों के निपटान को हामीदारी करने के एकमात्र उद्देश्य के लिए और किसी भी सरकारी और/या नियामक प्राधिकरण के साथ हैं।
- मैं/हम कंपनी को मेरे/हमारे प्रस्ताव से संबंधित जानकारी साझा करने के लिए अधिकृत करते हैं, जिसमें हमारे सूचीबद्ध प्रदाता के साथ सेवा वितरण के एकमात्र उद्देश्य के लिए बीमित व्यक्ति/प्रस्तावक के मेडिकल रिकॉर्ड शामिल हैं।

तारीख स्थान प्रस्तावक के हस्ताक्षर

8. वर्नाक्यूलर घोषणा

(यदि प्रस्तावक ने स्थानीय भाषा में हस्ताक्षर किए हैं (कंपनी के एजेंट/कर्मचारी के अलावा किसी अन्य व्यक्ति द्वारा देखा जाना है)। इस फॉर्म की सामग्री और इसके विवरण मेरे द्वारा प्रस्तावक को स्थानीय भाषा में समझाया गया है जिसने इसे समझा और पुष्टि की है।

प्रमाणित करने वाले व्यक्ति का नाम:

प्रमाणित करने वाले व्यक्ति का हस्ताक्षर:

प्रमाणित करने वाले व्यक्ति का मोबाइल नंबर:

गवाह का नाम

गवाह के हस्ताक्षर

गवाह का मोबाइल नंबर:

प्रस्तावक के हस्ताक्षर

9. प्रस्तावक द्वारा घोषणा

(प्रमाणन जहां किसी भी कारण से, प्रस्ताव और अन्य संबंधित कागजात प्रस्तावक द्वारा नहीं भरे जाते हैं)। प्रस्ताव फॉर्म की सामग्री और जुड़े दस्तावेजों को मुझे पूरी तरह से समझाया गया है और मैंने प्रस्तावित अनुबंध के महत्व को पूरी तरह से समझा है। प्रस्ताव फॉर्म मेरे निर्देश के तहत द्वारा भरा जाता है और मैंने इसे सही और पूर्ण पाया।

प्रस्तावक के हस्ताक्षर

10. प्रीमियम विवरण (केवल कार्यालय के उपयोग के लिए)

प्रीमियम भुगतान ऑप्शन चेक डिमांड ड्राफ्ट क्रेडिट कार्ड/डेबिट कार्ड नेट बैंकिंग केश दूसरों

प्रीमियम राशि ऑनलाइन भुगतान लेनदेन ID: तारीख

बैंक का नाम/ब्रांच निवा बूपा ब्रांच का स्थान

कोड नं. व्यवसाय स्रोत: सलाहकार/डीएसटी/कॉर्पोरेट एजेंसी/अन्य चैनल

कोड संख्या

नाम

प्राप्त प्रस्ताव की तारीख: ग्राहक ID:

क्या प्रस्तावक या आवेदक कर्मचारी है? हाँ नहीं

11. केवल बैंकाशयोरेंस चैनल के लिए अतिरिक्त विवरण (केवल कार्यालय के उपयोग के लिए)

ब्रांच कोड SP कोड RM/LG कोड

12. बीमा सलाहकार की रिपोर्ट (केवल कार्यालय के उपयोग के लिए)

मैं, बीमा सलाहकार/कॉरपोरेट एजेंट के विनिर्दिष्ट व्यक्ति/ब्रोकर के प्राधिकृत कर्मचारी/रिलेशनशिप ऑफिसर के रूप में अपनी हैसियत से यह घोषणा करता हूँ कि मैंने इस प्रस्ताव प्रपत्र को सभी विषय-वस्तु को प्रस्तावक को स्पष्ट कर दिया है, जिसमें इस प्रस्ताव प्रपत्र में निहित प्रश्नों के लिए उसके द्वारा प्रस्तुत कथन, सूचना और प्रतिक्रिया (ओं) सहित या यहां मांगे गए किसी भी विवरण को आधार बनाया जाएगा कंपनी और प्रस्तावक के बीच बीमा के अनुबंध की, यदि यह प्रस्ताव पॉलिसी जारी करने के लिए कंपनी द्वारा स्वीकार किया जाता है। मैंने आगे स्पष्ट किया है कि यदि कोई असत्य कथन (कथनों) /

सूचना / प्रतिक्रिया (ओं) को इस प्रस्ताव प्रपत्र में निहित किया गया है / परिशिष्ट (ओं), शपथ पत्रों, बयानों, प्रस्तुतियों सहित, प्रस्तुत किया जाना है और इसके अलावा यदि किसी भी भौतिक तथ्य का खुलासा नहीं किया गया है, तो इस प्रस्ताव के अनुसरण में उसके पक्ष में जारी की गई पॉलिसी को कंपनी द्वारा शून्य और शून्य माना जा सकता है और पॉलिसी के तहत भुगतान किए गए सभी प्रीमियम कंपनी को जब्त किए जा सकते हैं।

तारीख

बीमा सलाहकार के हस्ताक्षर

13. वैधानिक चेतावनी

छूट का निषेध (बीमा अधिनियम 1938 की धारा 41 के तहत)

- कोई भी व्यक्ति, प्रत्यक्ष या अप्रत्यक्ष रूप से, किसी भी व्यक्ति को भारत में जीवन या संपत्ति से संबंधित किसी भी प्रकार के जोखिम के संबंध में बीमा लेने या नवीनीकृत करने या जारी रखने के लिए प्रलोभन के रूप में, देय कमीशन के पूरे या हिस्से की कोई छूट या पॉलिसी पर दिखाए गए प्रीमियम की कोई छूट की अनुमति या अनुमति नहीं देगा, न ही कोई व्यक्ति पॉलिसी लेने या नवीनीकृत करने या जारी रखने के लिए किसी भी छूट को स्वीकार करेगा, सिवाय इस तरह की छूट के जो बीमाकर्ता के प्रकाशित प्रॉस्पेक्टस या तालिकाओं के अनुसार अनुमति दी जा सकती है।
- इस धारा के प्रावधानों के अनुपालन में चूक करने वाला कोई भी व्यक्ति दंड के लिए उत्तरदायी होगा जो दस लाख रुपये तक का हो सकता है।

14. ABHA ID

सदस्य का नाम	क्या आपके पास ABHA ID है?	ABHA ID	ABHA के माध्यम से बीमाकर्ताओं/TPA के साथ मेडिकल रिकॉर्ड साझा करने की
	<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं
	<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं
	<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं
	<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं
	<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं
	<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं

15. दावों की वापसी और भुगतान के लिए विवरण

भुगतान प्राप्त करने का विकल्प: बैंक हस्तांतरण

लाभार्थी का नाम

बैंक का नाम

खाता संख्या IFSC कोड

खाते का प्रकार

निवा बूपा हेल्थ इंश्योरेंस कंपनी लिमिटेड; पंजीकृत कार्यालय: - सी -98, पहली मंजिल, लाजपत नगर, भाग 1, नई दिल्ली -110024

अस्वीकरण: बीमा याचना का विषय है। निवा बूपा हेल्थ इंश्योरेंस कंपनी लिमिटेड (जिसे पहले मैक्स बूपा हेल्थ इंश्योरेंस कंपनी लिमिटेड के नाम से जाना जाता था) (आईआरडीएआई पंजीकरण संख्या 145) 'बूपा'

और 'हार्टबीट' लोगो उनके संबंधित स्वामियों के पंजीकृत ट्रेडमार्क हैं और लाइसेंस के तहत निवा बूपा हेल्थ इंश्योरेंस कंपनी लिमिटेड द्वारा उपयोग किए जा रहे हैं। ग्राहक हेल्पलाइन: 1860-500-8888 वेबसाइट:

www.nivabupa.com। सीआईएन: U66000DL2008PLC182918। नियम और शर्तों, बहिष्करण, जोखिम कारकों, प्रतीक्षा अवधि और लाभों के बारे में अधिक जानकारी के लिए, कृपया बिक्री समाप्त करने से पहले सेल्स ब्रोशर को ध्यान से पढ़ें।

निवा बूपा हेल्थ इंश्योरेंस कंपनी लिमिटेड; पंजीकृत कार्यालय: - सी -98, पहली मंजिल, लाजपत नगर, भाग 1, नई दिल्ली -110024
अस्वीकरण: बीमा याचना का विषय है। निवा बूपा हेल्थ इंश्योरेंस कंपनी लिमिटेड (जिसे पहले मैक्स बूपा हेल्थ इंश्योरेंस कंपनी लिमिटेड के नाम से जाना जाता था) (आईआरडीएआई पंजीकरण संख्या 145)। 'बूपा' और 'हार्टबीट' लोगो उनके संबंधित स्वामियों के पंजीकृत ट्रेडमार्क हैं और लाइसेंस के तहत निवा बूपा हेल्थ इंश्योरेंस कंपनी लिमिटेड द्वारा उपयोग किए जा रहे हैं। ग्राहक हेल्पलाइन: 1860-500-8888 वेबसाइट: www.nivabupa.com। सीआईएन: U66000DL2008PLC182918। नियम और शर्तों, बहिष्करण, जोखिम कारकों, प्रतीक्षा अवधि और लाभों के बारे में अधिक जानकारी के लिए, कृपया बिक्री समाप्त करने से पहले सेल्स ब्रोशर को ध्यान से पढ़ें।

उत्पाद का नाम: आकांक्षा, उत्पाद यूआईएन: **NBHHLIP24129V012324** | ऐड-ऑन नाम: स्मार्ट हेल्थ+, ऐड-ऑन यूआईएन: **NBHHLIA22164V012122**
ऐड-ऑन नाम: फास्ट फॉरवर्ड, ऐड-ऑन यूआईएन: **NBHHLIA24126V012324**

कंपनी द्वारा स्वीकृति

आवेदन सं. तारीख

हम आपके प्रस्ताव की प्राप्ति और चेक/डिमांड ड्राफ्ट/अन्य द्वारा राशि को आहरित दिनांक रुपये की राशि के को धन्यवाद देते हैं। न तो बीमा के लिए एक पूर्ण प्रस्ताव के लिए हमें प्रस्तुत करना और न ही पॉलिसी जारी करने के लिए किया गया कोई भुगतान हमें पॉलिसी जारी करने के लिए सहमत होने के लिए बाध्य करता है, जो निर्णय हमेशा हमारे एकमात्र और पूर्ण विवेक में होगा। यदि हम बीमा के लिए कोई प्रस्ताव स्वीकार करते हैं, तो यह पॉलिसी के नियमों और शर्तों के अधीन होगा और यदि प्रीमियम हमें पूर्ण और समय पर प्राप्त नहीं होता है या वसूल नहीं होता है तो हमारी कोई देयता नहीं होगी। यदि हम प्रस्ताव को स्वीकार नहीं करते हैं, तो हम आपको सूचित करेंगे और बिना ब्याज के आपसे प्राप्त चिकित्सा परीक्षणों की लागत, यदि कोई हो, काटने के बाद भुगतान वापस कर देंगे।

प्राप्तकर्ता का नाम एवं हस्ताक्षर और ऑफिस की मुहर