

कोरोना कवच पॉलिसी, निवा बूपा हेल्थ इश्योरेंस कंपनी लिमिटेड प्रपोज़ल फॉर्म

यूआरएन: 016

1. प्रस्तावक विवरण:

टाइटल	<input type="text"/>	नाम	<input type="text"/>
जन्म तिथि	<input type="text"/>	लिंग:	<input type="checkbox"/> पुरुष <input type="checkbox"/> महिला <input type="checkbox"/> अन्य
राष्ट्रीयता	<input type="text"/>		
वर्तमान पता	<input type="text"/>		
लैंडमार्क	<input type="text"/>	शहर	<input type="text"/>
जिला	<input type="text"/>	राज्य	<input type="text"/>
पिनकोड	<input type="text"/>		
लैंडलाइन नंबर	<input type="text"/>	मोबाइल नंबर	<input type="text"/>
ईमेल ID	<input type="text"/>	वैकल्पिक नंबर	<input type="text"/>
CKYC नंबर (वैकल्पिक):	<input type="text"/>	पैन नंबर	<input type="text"/>
वार्षिक आय (₹)	<input type="text"/>		
नौकरी	<input type="checkbox"/> वैतनिक <input type="checkbox"/> स्व-नियोजित <input type="checkbox"/> छात्र <input type="checkbox"/> गृहस्वामिनी <input type="checkbox"/> अन्य, कृपया निर्दिष्ट करें		<input type="text"/>
प्रीमियम भुगतान किया गया	<input type="checkbox"/>	प्रस्तावक के साथ संबंध	<input type="text"/>

मैं अपने मोबाइल नंबर पर व्हाट्सएप पर अपनी पॉलिसी से संबंधित जानकारी और अपडेट प्राप्त करना चाहता हूँ।

मैंने सभी नियमों और शर्तों को पढ़ा, समझा और स्वीकार किया है और इसके द्वारा निवा बूपा हेल्थ इश्योरेंस या उसके किसी भी एजेंट और/या तीसरे पक्ष/सहयोगी को व्हाट्सएप/एसएमएस/ईमेल/फोन/फेसबुक या मेरे पंजीकृत फोन नंबर पर किसी अन्य मोड के माध्यम से मुझसे संपर्क करने के लिए अधिकृत किया है, जो स्वागत कॉल/एसएमएस, सेवा कॉल/एसएमएस या कोई अन्य वाणिज्यिक संचार करने के लिए मेरे 'डीएनडी' पंजीकरण को ओवरराइड करता है

क्या आप या प्रस्तावित आवेदकों में से कोई PEP# है? हाँ नहीं

#पॉलिटिकली एक्सपोज़ेड पर्सन्स (PEP) वे व्यक्ति हैं, जैसे केंद्र या राज्य सरकार के प्रमुख /मंत्री, वरिष्ठ राजनेता, वरिष्ठ सरकारी, न्यायिक या सैन्य अधिकारी, सरकारी कंपनियों के वरिष्ठ अधिकारी, पार्टी के महत्वपूर्ण अधिकारी जिन्हें प्रमुख सार्वजनिक कार्यों सौंपे गए हैं। (यदि आपने PEP के लिए सही किया है, तो कृपया अलग PEP प्रश्नावली भरें)

बैंक विवरण:	
बैंक का नाम	<input type="text"/>
खाता संख्या	<input type="text"/>
IFSC कोड	<input type="text"/>
खाते का प्रकार	<input type="checkbox"/> बचत <input type="checkbox"/> चालू <input type="checkbox"/> ब्रांच <input type="checkbox"/> शहर <input type="text"/>

इलेक्ट्रॉनिक बीमा खाता (eIA) का विवरण

क्या आप इस पॉलिसी को ई-बीमा खाते में क्रेडिट करवाना चाहते हैं? (कृपया किसी एक का चयन करें)

नहीं, मेरे पास ई-बीमा खाता नहीं है और मैं इसे खोलना नहीं चाहता हाँ, इस पॉलिसी को मेरे ई-बीमा खाते में क्रेडिट करें

यदि हाँ, तो कृपया मौजूदा ई-बीमा खाता संख्या साझा करें।

कृपया बीमा रिपोज़िटरी का नाम चुनें (आपने अपना खाता खोल लिया है) (कृपया किसी एक का चयन करें)

1.NSDL 2.CIRL 3.KARVY 4.CAMS

या मेरे पास मौजूदा ई-बीमा खाता नहीं है और मैं एक नया ई-बीमा खाता बनाने में रूचि रखता हूँ (कृपया संबंधित दस्तावेजों के साथ इलेक्ट्रॉनिक बीमा खाता खोलने का फॉर्म (ईआईए फॉर्म) जमा करें)।

2. कवरेज चयन:

बेस कवरेज:	
पॉलिसी का प्रकार:	<input type="checkbox"/> व्यक्तिगत आधारित <input type="checkbox"/> फैमिली फ्लोटर बेसिस
कवर किए जाने वाले जीवन की संख्या:	<input type="checkbox"/> वयस्क <input type="checkbox"/> बच्चे
बेस सम इश्योर्ड:	
पॉलिसी अवधि:	<input type="checkbox"/> 3.5 महीने <input type="checkbox"/> 6.5 महीने <input type="checkbox"/> 9.5 महीने
वैकल्पिक कवरेज:	
हॉस्पिटल केश : प्रति दिन बेस सम इश्योर्ड का 0.5%	<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं

3. बीमा के लिए आवेदकों का विवरण:

आवेदक संख्या	नाम	लिंग (पुरुष/महिला/अन्य)	जन्म तिथि (dd/mm/yyyy)	संबंध	कृपया टिक करें यदि भारतीय नहीं है
1					<input type="checkbox"/>
2					<input type="checkbox"/>
3					<input type="checkbox"/>
4					<input type="checkbox"/>
5					<input type="checkbox"/>
n					<input type="checkbox"/>

4. 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। अन्य सभी आवेदक(ओं) के लिए नामिती स्वयं प्रस्तावक होगा।

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

नामिनी का बैंक विवरण: लाभार्थी का नाम:

बैंक का नाम खाते का प्रकार बचत वर्तमानकिराया

खाता संख्या IFSC कोड

5. चिकित्सा, आदतें और पिछले प्रस्ताव की जानकारी

महत्वपूर्ण: कृपया सुनिश्चित करें कि इस खंड के प्रश्नों का उत्तर सच्चाई से और पूरी तरह से दिया गया है क्योंकि आपके द्वारा यहां प्रदान की गई जानकारी निवा बूपा द्वारा हामीदारी 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।

कृपया प्रत्येक आवेदक के लिए निम्नलिखित प्रश्नों के उत्तर दें। कृपया हाँ (Y) या नहीं (N) गोल करें	आवेदक संख्या					
	1	2	3	4	5	6
1. क्या आप या कोई अन्य सदस्य जिसके लिए आप इस पॉलिसी को खरीद रहे हैं, वह कोविड-19 पॉजिटिव व्यक्ति के साथ रहता है या पिछले 21 दिनों से रह रहा है?	Y	Y	Y	Y	Y	Y
2. क्या आपने पिछले 21 दिनों में किसी सभा में भाग लिया है या किसी से मुलाकात की है, जहां कोई व्यक्ति घटना के बाद कोविड-19 पॉजिटिव था या परीक्षण किया गया था?	Y	Y	Y	Y	Y	Y
3. क्या पिछले 21 दिनों में कोई आपके घर आया है (जैसे घरेलू सहायक, डिलीवरी करने वाला, ड्राइवर, रसोइया, माली, सफाई करने वाला व्यक्ति आदि) ने COVID-19 के लिए सकारात्मक परीक्षण किया है?	Y	Y	Y	Y	Y	Y

6. इलेक्ट्रॉनिक नीति पूर्ति और सेवा संचार के लिए प्राधिकरण

क्या आप पर्यावरण की रक्षा करना चाहते हैं और कंपनी को आपकी सभी पॉलिसी और सेवा संबंधी संचार ईमेल आईडी पर भेजने के लिए अधिकृत करके कागज बचाने में मदद करना चाहते हैं जैसा कि आवेदन पत्र में यहां उल्लेख किया गया है? हाँ नहीं

7. घोषणा (कृपया ध्यान से पढ़ें और प्रस्ताव फॉर्म पर हस्ताक्षर करने से पहले प्रत्येक के सामने एक सही का निशान लगाएँ)

- 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 करूंगा।
- 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:	<input type="text"/>	प्रमाणित करने वाले व्यक्ति का हस्ताक्षर:	<input type="text"/>	प्रमाणित करने वाले व्यक्ति का मोबाइल नंबर:	<input type="text"/>
गवाह का नाम	<input type="text"/>	गवाह के हस्ताक्षर	<input type="text"/>	गवाह का मोबाइल नंबर:	<input type="text"/>
				प्रस्तावक के हस्ताक्षर	<input type="text"/>

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 पाया।

प्रस्तावक के हस्ताक्षर

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

प्रीमियम भुगतान ऑप्शन	<input type="checkbox"/> चेक <input type="checkbox"/> डिमांड ड्राफ्ट	प्रीमियम राशि	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> क्रेडिट कार्ड <input type="checkbox"/> केश <input type="checkbox"/> दूसरों _____			
ऑनलाइन भुगतान लेनदेन ID:	<input type="text"/>	तारीख	<input type="text"/>
बैंक का नाम/ब्रांच	<input type="text"/>	निवा बूपा ब्रांच का स्थान	<input type="text"/>
कोड नं.	<input type="text"/>		
व्यापार स्रोत: सलाहकार/DST/कॉर्पोरेट एजेंसी/अन्य चैनल		नाम	<input type="text"/>
कोड संख्या	<input type="text"/>		
प्राप्त प्रस्ताव की तारीख:	<input type="text"/>	ग्राहक ID:	<input type="text"/>
प्रस्तावक है या आवेदक कर्मचारी है	<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं		

यह स्थान जानबूझकर खाली छोड़ा गया है।

11. केवल बैकाशयोरेंस 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 की 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

नोट

धारा 10, 11 और 12 के तहत प्रदान किए गए विवरण केवल कार्यालय उपयोग के लिए हैं और प्रस्तावक द्वारा भरे नहीं जाने हैं। इसलिए, ये धाराएं सांकेतिक हैं क्योंकि उनका प्रस्तावक द्वारा भरे गए विवरण से कोई संबंध नहीं है। यह नोट ग्राहकों को भेजे गए प्रस्ताव फॉर्म में दिखाई नहीं देगा और केवल फ़ाइल और उपयोग अनुमोदन का एक हिस्सा है।

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. रिफंड और दावों के भुगतान के लिए विवरण

भुगतान प्राप्त करने का विकल्प: बैंक हस्तांतरण

लाभार्थी का नाम

बैंक का नाम

खाता संख्या IFSC कोड

खाता प्रकार:

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

अस्वीकरण: बीमा आह्व का विषय है। निवा बूपा हेल्थ इंश्योरेंस कंपनी लिमिटेड (जिसे पहले निवा 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 इस्तेमाल किए जा रहे हैं। ग्राहक हेल्पलाइन: 1860-500-8888। वेबसाइट: www.nivabupa.com. CIN: U66000DL2008PLC182918. निगम एवं शर्तों, बहिष्करण, जोखिम कारकों, प्रतीक्षा अवधि और लाभों के बारे में अधिक जानकारों के लिए, कृपया किसी समाप्त करने से पहले सेल्स ब्रोकर को ध्यान से पढ़ें।

आवेदन सं.

तारीख

हम आपके प्रस्ताव की प्राप्ति और चेक/डिमांड ड्राफ्ट/अन्य द्वारा राशि _____ रुपये की राशि के
drawn on _____ न

तो हमें प्रस्तुत करने और न ही पॉलिसी जारी करने के लिए किए गए किसी भुगतान के लिए धन्यवाद के साथ स्वीकार करते हैं, 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

मुख्य विशेषता दस्तावेज (KFD)- कोरोना कवच पॉलिसी, निवा बूपा हेल्थ इंश्योरेंस कंपनी लिमिटेड

Niva Bupa अपने ग्राहकों के साथ निष्पक्ष और पारदर्शी होने के लिए समर्पित है। यह दस्तावेज़ आपकी पॉलिसी की प्रमुख विशेषताओं को सारांशित करता है, हालांकि यह आपके पॉलिसी अनुबंध को प्रतिस्थापित नहीं करता है और हम आपको इस उत्पाद की खरीद समाप्त करने से पहले अपनी पॉलिसी के सभी विवरणों को पढ़ने के लिए प्रोत्साहित करते हैं।

'कोरोना कवच पॉलिसी, निवा बूपा हेल्थ इंश्योरेंस कंपनी लिमिटेड' आपको विशिष्ट कोविड-19 संबंधित लाभ प्रदान करती है। इसके अलावा, अगर आप अपने कवर को बढ़ाना चाहते हैं तो आपके लिए खरीदने के लिए एक वैकल्पिक लाभ है।

पॉलिसी अनुबंध में निर्दिष्ट कुछ सीमाओं और बहिष्करणों के अधीन निम्नलिखित आधार लाभ प्रदान किए जाते हैं:

- COVID-19 के लिए अस्पताल में भर्ती होने के खर्च को बीमित राशि तक कवर किया जाएगा। कोविड-19 के इलाज के साथ-साथ किसी भी सहस्रगता के इलाज पर किए गए खर्च को भी सम इंश्योर्ड तक कवर किया जाएगा।
- क्रमशः 15 और 30 दिनों के लिए अस्पताल में भर्ती होने से पहले और बाद के खर्च।
- आयुर्वेद, योग और प्राकृतिक चिकित्सा, यूनानी, सिद्ध और होम्योपैथी चिकित्सा प्रणालियों के तहत कोविड-19 के लिए रोगी देखभाल उपचार के लिए किए गए आयुष खर्चों को कवर किया जाएगा।
- रोड एम्बुलेंस को प्रति COVID-19 अस्पताल में भर्ती 2,000 रुपये तक कवर किया गया।
- कोविड-19 के सकारात्मक निदान पर कोविड-19 के लिए घर पर उपचार का लाभ उठाने के लिए होम केयर उपचार व्यय। प्रति घटना अधिकतम 14 दिन तक।

पॉलिसी अनुबंध में निर्दिष्ट कुछ सीमाओं और बहिष्करणों के अधीन निम्नलिखित वैकल्पिक लाभ प्रदान किए जाते हैं:

अस्पताल दैनिक नकद प्रति दिन बीमित राशि का 0.5% प्रत्येक बीमित सदस्य के लिए पॉलिसी अवधि में अधिकतम 15 दिनों के अधीन।

आपकी पॉलिसी की अन्य प्रमुख विशेषताएं इस प्रकार हैं:

- पॉलिसी व्यक्तिगत और फैमिली फ्लोटर आधार पर उपलब्ध है।
- फैमिली फ्लोटर कवर अधिकतम 2 वयस्कों और 4 बच्चों के लिए उपलब्ध है। फैमिली फ्लोटर पॉलिसी में वयस्कों के लिए अनुमत संबंध स्वयं, पति/पत्नी, पिता, ससुर, माता या सास हैं।
- 3 पॉलिसी अवधि उपलब्ध हैं: 3.5 महीने, 6.5 महीने और 9.5 महीने।
- इस नीति को नवीनीकृत, पोर्ट या माइग्रेट नहीं किया जा सकता है।

नोट्स:

- वैकल्पिक लाभ के लिए अतिरिक्त प्रीमियम लिया जाता है।
- ध्यान दें कि पॉलिसी के लिए 15 दिनों की प्रारंभिक प्रतीक्षा अवधि लागू होती है।
- ध्यान दें कि मानक बहिष्करण पॉलिसी अनुबंध में निर्धारित अनुसार लागू होते हैं।
- प्रीमियम: कृपया निवा बूपा हेल्थ इंश्योरेंस कंपनी लिमिटेड के नाम पर भुगतान के सुरक्षित तरीके के माध्यम से प्रीमियम राशि जमा करें।
- किसी भी प्रश्न या क्लेम के मामले में, कृपया हमारे कस्टमर हेल्पलाइन नंबर: 1860-500-888 पर संपर्क करें