

और मैं X में प्रयोजन फॉर्म

यूआरएन: 026

बीमा अनुबंध भी एक कानूनी अनुबंध है और यह ट्रस्ट पर आधारित है और हम आप पर भरोसा करते हैं। हम समझते हैं कि आप नहीं जानते होंगे कि आपके स्वास्थ्य की जानकारी कितनी प्रासंगिक है और यह आपकी पॉलिसी पर प्रभाव डालती है। इसलिए यह बहुत महत्वपूर्ण है कि आप सभी स्वास्थ्य सूचनाओं का खुलासा करें और हम तय करेंगे कि यह कितना प्रासंगिक है (हम इसे 'भौतिक तथ्य' कहते हैं)। हम आपकी पॉलिसी को रद्द कर देंगे, किसी भी दावे का भुगतान नहीं करेंगे, भुगतान किए गए किसी भी प्रीमियम को वापस नहीं करेंगे और आपके खिलाफ सभी संभव कानूनी कार्रवाई करने का अधिकार है, जिसमें पहले भुगतान किए गए लाभों की वसूली भी शामिल है, यदि बीमा के लिए प्रस्तावित सभी सदस्यों के बारे में सही और पूरी जानकारी प्रदान नहीं की जाती है। विनियमों में कहा गया है कि कवरेज तभी शुरू हो सकता है जब हमें पूर्ण प्रीमियम प्राप्त हो और जोखिम को स्पष्ट रूप से स्वीकार कर लिया हो।

1. प्रस्तावक विवरण:

टाइटल	नाम		लिंग:		पुरुष	महिला	अन्य	राष्ट्रीयता
जन्म तिथि	D	D	M	M	Y	Y	Y	Y
वर्तमान पता								
लैंडमार्क								शहर
जिला					राज्य			
लैंडलाइन नंबर							मोबाइल नंबर	
ईमेल ID							वैकल्पिक संख्या	
पैन नंबर	(नकद में 50,000 रुपये से अधिक प्रीमियम और अन्य तरीकों के माध्यम से 1 लाख रुपये के लिए अनिवार्य)							
वार्षिक आय (₹)					सीकेवाईसी नंबर			
अधिभाग	वैतनिक	स्व-नियोजित	छात्र	गृहस्वामिनी	अन्य, कृपया निर्दिष्ट करें			
प्रीमियम भुगतान किया गया					प्रस्तावक के साथ संबंध			

मैं पर्यावरण की रक्षा करना चाहता हूँ और कंपनी को आपकी सभी पॉलिसी और सेवा संबंधी संचार ईमेल आईडी पर भेजने के लिए अधिकृत करके कागज बचाने में मदद करना चाहता हूँ, जैसा कि यहाँ आवेदन पत्र में उल्लेख किया गया है?

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 थर्ड पार्टी/एफिलिएट को मेरे रजिस्टर्ड फोन नंबर पर एसएमएस/ईमेल/फोन/व्हाट्सएप/फेसबुक या किसी अन्य मोड के माध्यम से मुझसे संपर्क करने के लिए अधिकृत किया

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

Politically एक्सपोज़्ड पर्सन (पीईपी) वे व्यक्ति हैं जिन्हें प्रमुख सार्वजनिक कार्यों 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 सौंपे गए हैं या सौंपे गए हैं। (यदि आपने पीईपी के खिलाफ टिक किया है, तो कृपया अलग पीईपी प्रश्नावली भरें)

बैंक विवरण:

बैंक का नाम								
खाता संख्या							IFSC कोड	
खाते का प्रकार	बचत	चालू	ब्रांच					शहर

इलेक्ट्रॉनिक बीमा खाता (eIA) का विवरण

क्या आप इस नीति को ईआईए में जमा करवाना चाहते हैं? (कृपया किसी एक का चयन करें)

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

कृपया बीमा रिपॉजिटरी का नाम चुनें (जिसके साथ आपने अपना खाता खोला है)

<input type="checkbox"/> मेसर्स एनएसडीएल डाटाबेस मैनेजमेंट लिमिटेड	<input type="checkbox"/> मेसर्स सेंट्रल इश्योरेंस रिपोजिटरी लिमिटेड
<input type="checkbox"/> मेसर्स कार्बी इश्योरेंस रिपोजिटरी लिमिटेड	<input type="checkbox"/> मेसर्स कैम्स रिपोजिटरी सर्विसेज लिमिटेड (कृपया किसी एक का चयन करें) या

मेरे पास मौजूदा ई-बीमा खाता नहीं है और मुझे एक नया ई-बीमा खाता खोलने में दिलचस्पी है

(कृपया संबंधित दस्तावेजों के साथ इलेक्ट्रॉनिक बीमा खाता खोलने का फॉर्म (eIA फॉर्म) जमा करें)।

नवीनीकरण भुगतान साइन-अप:

आपकी स्वास्थ्य बीमा पॉलिसी के नवीकरण प्रीमियम का भुगतान कंपनी के साथ आपके मौजूदा ऑटोमेटेड क्लियरिंग हाउस (ACH)/स्थायी अनुदेशों (SI) को जारी रखते हुए हर साल किया जा सकता है। इस विकल्प के तहत, आपकी पॉलिसी को तुरंत नवीनीकृत किया जा सकता है, लेकिन कंपनी द्वारा आवश्यक जानकारी और दस्तावेज़ीकरण की सभी अतिरिक्त आवश्यकताओं को पूरा करने के अधीन।

मैं ACH/SI रिन्यूअल ऑप्शन चुनना चाहता हूँ।

तारीख	D	D	M	M	Y	Y	Y	Y	स्थान	प्रस्तावक के हस्ताक्षर
-------	---	---	---	---	---	---	---	---	-------	------------------------

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					जन्म तिथि	<input type="text"/>			कृपया भारतीय नहीं तो टिक करें <input type="checkbox"/>		
प्रस्तावक से संबंध (कृपया विकल्प पर टिक करें): स्वयं/पति/पत्नी/पिता/माता/ससुर/सास/पुत्र/पुत्री/कर्मचारी											
यदि एक पंजीकृत मेडिकल प्रैक्टिशनर* है, तो कृपया प्रदान करें: i. मेडिकल पंजीकरण संख्या											
परिषद का नाम											
कार्यस्थल का पता											

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					जन्म तिथि	<input type="text"/>			कृपया भारतीय नहीं तो टिक करें <input type="checkbox"/>		
प्रस्तावक से संबंध (कृपया विकल्प पर टिक करें): स्वयं/पति/पत्नी/पिता/माता/ससुर/सास/पुत्र/पुत्री/कर्मचारी											
यदि एक पंजीकृत मेडिकल प्रैक्टिशनर* है, तो कृपया प्रदान करें: i. मेडिकल पंजीकरण संख्या											
परिषद का नाम											
कार्यस्थल का पता											

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					जन्म तिथि	<input type="text"/>			कृपया भारतीय नहीं तो टिक करें <input type="checkbox"/>		
प्रस्तावक से संबंध (कृपया विकल्प पर टिक करें): स्वयं/पति/पत्नी/पिता/माता/ससुर/सास/पुत्र/पुत्री/कर्मचारी											
यदि एक पंजीकृत मेडिकल प्रैक्टिशनर* है, तो कृपया प्रदान करें: i. मेडिकल पंजीकरण संख्या											
परिषद का नाम											
कार्यस्थल का पता											

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					जन्म तिथि	<input type="text"/>			कृपया भारतीय नहीं तो टिक करें <input type="checkbox"/>		
प्रस्तावक से संबंध (कृपया विकल्प पर टिक करें): स्वयं/पति/पत्नी/पिता/माता/ससुर/सास/पुत्र/पुत्री/कर्मचारी											
यदि एक पंजीकृत मेडिकल प्रैक्टिशनर* है, तो कृपया प्रदान करें: i. मेडिकल पंजीकरण संख्या											
परिषद का नाम											
कार्यस्थल का पता											

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					जन्म तिथि	<input type="text"/>			कृपया भारतीय नहीं तो टिक करें <input type="checkbox"/>		
प्रस्तावक से संबंध (कृपया विकल्प पर टिक करें): स्वयं/पति/पत्नी/पिता/माता/ससुर/सास/पुत्र/पुत्री/कर्मचारी											
यदि एक पंजीकृत मेडिकल प्रैक्टिशनर* है, तो कृपया प्रदान करें: i. मेडिकल पंजीकरण संख्या											
परिषद का नाम											
कार्यस्थल का पता											

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					जन्म तिथि	<input type="text"/>			कृपया भारतीय नहीं तो टिक करें <input type="checkbox"/>		
प्रस्तावक से संबंध (कृपया विकल्प पर टिक करें): स्वयं/पति/पत्नी/पिता/माता/ससुर/सास/पुत्र/पुत्री/कर्मचारी											
यदि एक पंजीकृत मेडिकल प्रैक्टिशनर* है, तो कृपया प्रदान करें: i. मेडिकल पंजीकरण संख्या											
परिषद का नाम											
कार्यस्थल का पता											

* 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 दवा का अभ्यास करने का हकदार है; और अपने लाइसेंस के दायरे और अधिकार क्षेत्र के भीतर कार्य कर रहा है।

3. कवरेज चयन:

बेस कवरेज:	
पॉलिसी का प्रकार#:	<input type="checkbox"/> व्यक्ति <input type="checkbox"/> बहु-सदस्यीय व्यक्ति
कवर किए जाने वाले जीवन की संख्या:	_____ वयस्क _____ बच्चे
बेस सम इश्योर्ड:	_____
पॉलिसी अवधि:	<input type="checkbox"/> 1 वर्ष
वैकल्पिक कवरेज:	
1. रक्षा करना	<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं
2. रक्षोपायक+	<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं
3. कृपया 'पर्सनल एक्सीडेंट कवर' चुनते समय टिक करें (यह विकल्प केवल 18 वर्ष या उससे अधिक आयु के एप्लीकेंट के लिए उपलब्ध है)	<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं

4. पोर्टेबिलिटी

पॉलिसी नं.	बीमा कंपनी जोखिम प्रारंभ तिथि	जोखिम समाप्ति तिथि	Reasons for Porting

प्रस्तावित बीमित व्यक्ति का नाम जिसके लिए पोर्टेबिलिटी का अनुरोध किया गया	पॉलिसी शुरू होने की पहली तारीख	निरंतर कवरेज के वर्षों की संख्या जिसके लिए पोर्टेबिलिटी का अनुरोध किया गया है	पिछली नीतियों में दावे	वर्तमान नो क्लेम बोनस	सम इश्योर्ड - वर्ष 1 (सबसे)	सम इश्योर्ड - वर्ष 2	सम इश्योर्ड - वर्ष 3	सम इश्योर्ड - वर्ष 4 (एक्सपायरिंग 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)

6. चिकित्सा, आदतें और पिछले प्रस्ताव की जानकारी

खंड ए: बीमित किए जाने के लिए प्रस्तावित व्यक्तियों में से किसी के संबंध में:							
क्या जीवन, स्वास्थ्य, अस्पताल दैनिक नकदी या गंभीर बीमारी बीमा के लिए कोई आवेदन प्रक्रिया में है या कभी भी किसी बीमा कंपनी द्वारा किसी विशेष शर्तों के अधीन अस्वीकृत, स्थगित, लोड या किया गया है?	में	में	में	में	में	में	में
धारा बी: क्या बीमा के लिए प्रस्तावित व्यक्ति में से किसी का कभी निदान किया गया है:							
i. हृदय रोग जैसे दिल का दौरा, दिल की विफलता, इस्केमिक हृदय रोग या कोरोनरी हृदय रोग, एनजाइना, हृदय वाल्व के रोग, अतालता, कार्डियोमायोपैथी आदि।	में	में	में	में	में	में	में
ii. ट्यूमर या किसी अंग का कैंसर, ल्यूकेमिया, लिम्फोमा, सारकोमा	में	में	में	में	में	में	में
iii. प्रमुख अंग विफलता या प्रत्यारोपण (गुर्दे, यकृत, हृदय, फेफड़े आदि)	में	में	में	में	में	में	में
iv. स्टोक, एन्सिफेलोपैथी, मस्तिष्क फोड़ा, पार्किंसन रोग, मल्टीपल स्केलेरोसिस, मोटर न्यूरोन रोग, मांसपेशियों की डिस्टोफी, अल्जाइमर रोग या कोई न्यूरोलॉजिकल बीमारी	में	में	में	में	में	में	में
v. क्रोनिक फेफड़े के रोग, फुफ्फुसीय फाइब्रोसिस, फेफड़ों का पतन या अंतरालीय फेफड़े की बीमारी (आईएलडी)	में	में	में	में	में	में	में
vi. हेपेटाइटिस बी या सी, क्रोनिक यकृत रोग, अग्नाशयशोथ और अग्न्याशय के अन्य रोग, क्रोहन रोग, अल्सरटिव कोलाइटिस	में	में	में	में	में	में	में
vii. कभी 10 दिनों से अधिक समय तक अस्पताल में भर्ती रहे	में	में	में	में	में	में	में
viii. कभी लगातार 10 दिनों से अधिक समय तक कोई दवा / उपचार लिया है? दवा में शामिल हैं, लेकिन शरीर के अंगों पर इनहेलर, इंजेक्शन, मौखिक दवाओं और बाहरी चिकित्सा अनुप्रयोगों तक सीमित नहीं हैं - नियंत्रित मधुमेह, उच्च रक्तचाप, उच्च कोलेस्ट्रॉल, हाइपोथायरॉयडिज्म, सामान्य सर्दी, फ्लू, दस्त और पेचिश / तीव्र आंत्रशोथ, अम्लता को छोड़कर	में	में	में	में	में	में	में
ix. किसी भी उपचार, शल्य चिकित्सा या चिकित्सा की प्रतीक्षा कर रहा है जिसे सलाह दी गई है	में	में	में	में	में	में	में
x. अतीत में हुई किसी भी बीमारी के लिए किसी भी आवधिक / नियमित अनुवर्ती कार्रवाई के तहत, चाहे वह ठीक हो या नहीं? अनुवर्ती कार्रवाई का अर्थ होता है, आवधिक परामर्श, जांच आदि	में	में	में	में	में	में	में
xi. क्या डॉक्टर (डॉक्टरों) के साथ कोई परामर्श है या पिछले 30 दिनों में वर्तमान में होने वाली समस्याओं के लिए किसी भी परीक्षण की सलाह दी है?	में	में	में	में	में	में	में
xii. इंसुलिन पर मधुमेह, अनियंत्रित उच्च रक्तचाप	में	में	में	में	में	में	में
xiii. किसी भी पुरानी गुर्दे की बीमारी	में	में	में	में	में	में	में
xiv. प्रमुख अंगों की असामान्यताओं से जुड़ा कोई भी आनुवंशिक विकार	में	में	में	में	में	में	में
xv. एचआईवी/एड्स, थैलेसीमिया, सिकल सेल रोग, हीमोफिलिया या आयरन की कमी से होने वाले एनीमिया को छोड़कर रक्त संबंधी कोई अन्य समस्या।	में	में	में	में	में	में	में
xvi. मानसिक बीमारियों या नौद विकार?	में	में	में	में	में	में	में

खंड सी: अनुभाग में हां (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 (ओं)	डोज	वर्तमान स्थिति (जैसे पूर्ण/आंशिक पुनर्प्राप्ति या चल रहे उपचार)	डॉक्टर का नाम और संपर्क विवरण का इलाज करना	संलग्न दस्तावेज (हां/नहीं)
	यदि उच्च रक्तचाप बीपी स्तर	कोई अन्य विवरण	शुरुआत की तारीख (डीडी / एमएम / वाईवाईवाईवाईवाई)	सिस्टोलिक/डायास्टोलिक						

7. घोषणा (कृपया ध्यान से पढ़ें और प्रस्ताव फॉर्म पर हस्ताक्षर करने से पहले प्रत्येक के खिलाफ 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 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
- 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।

तारीख स्थान _____ प्रस्तावक के हस्ताक्षर

8. स्थानीय घोषणा

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

प्रमाणित करने वाले व्यक्ति का नाम: प्रमाणित करने वाले व्यक्ति के हस्ताक्षर: प्रमाणित करने वाले व्यक्ति का मोबाइल नंबर:

गवाह का नाम के हस्ताक्षर गवाह गवाह का मोबाइल नंबर:

के हस्ताक्षर प्रस्तावक

9. प्रस्तावक 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 उपयोग के लिए)

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

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 बैंकाश्रयोंस चैनल के लिए अतिरिक्त विवरण (केवल कार्यालय उपयोग के लिए)

शाखा कोड: SP कोड RM/LG कोड

Customer खाता संख्या

12. बीमा सलाहकार की रिपोर्ट (केवल कार्यालय 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

13. वैधानिक चेतावनी

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

1. 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।

2. 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. ग्रामीण और सामाजिक क्षेत्र श्रेणी (यदि लागू हो):

आशा कार्यकर्ता

मनरेगा कार्यकर्ता

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="checkbox"/> हाँ	<input type="checkbox"/> नहीं
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> हाँ	<input type="checkbox"/> नहीं	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> हाँ	<input type="checkbox"/> नहीं
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> हाँ	<input type="checkbox"/> नहीं	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> हाँ	<input type="checkbox"/> नहीं
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> हाँ	<input type="checkbox"/> नहीं	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> हाँ	<input type="checkbox"/> नहीं
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> हाँ	<input type="checkbox"/> नहीं	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> हाँ	<input type="checkbox"/> नहीं
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> हाँ	<input type="checkbox"/> नहीं	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> हाँ	<input type="checkbox"/> नहीं
<input type="text"/>	<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 ट्रांसफर

लाभार्थी का नाम

बैंक का नाम

खाता संख्या

IFSC कोड

खाते का प्रकार

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

अस्वीकरण: बीमा याचना का विषय है। निवा बुपा हेल्थ इश्योरेंस कंपनी लिमिटेड (जिसे पहले मैक्स बुपा हेल्थ इश्योरेंस कंपनी लिमिटेड के नाम से जाना जाता था) (आईआरडीएआई पंजीकरण संख्या 145) 'बुपा' और 'हार्टबीट' लोगो उनके संबंधित स्वामियों के पंजीकृत ट्रेडमार्क हैं और लाइसेंस के तहत निवा बुपा हेल्थ इश्योरेंस 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।

This Space Has Been Left Blank Intentionally.

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: अमृत | उत्पाद यूआईएन: NBHHLIP23156V012223

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