

1. प्रस्तावक विवरण:

उपाधि _____ नाम _____ जन्म तिथि _____ लिंग _____ पुरुष _____ मादा _____ दूसरा _____

वर्तमान पता _____

शहर _____

राज्य _____ Pincode _____

मोबाइल n _____ मेरुआ _____

ईमेल ID _____ पैन नंबर _____

राष्ट्रीयता _____ वार्षिक आय _____ (₹) _____

अधिभोग: वैयक्तिक स्वयंयोजित छात्र गृहस्वामिनी अन्य, कृपया निर्दिष्ट करें _____

क्या आप पॉलिसी किट की फिजिकल कॉपी चाहते हैं: _____ हाँ _____ नहीं _____

स्वास्थ्य देखभाल कार्यकर्ता * : _____ हाँ _____ नहीं _____ (* प्रीमियम पर 5% की छूट का लाभ उठाएं।)

_____ द्वारा भुगतान किया गया प्रीमियम प्रस्तावक _____ के साथ संबंध

मैं अपने मोबाइल नंबर पर खादसएप 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 ब्रूपा हेल्थ इंश्योरेंस या उसके किसी भी एजेंट और/या तीसरे पक्ष/सहयोगी को मेरे पंजीकृत

फोन नंबर पर एसएमएस/ईमेल/फोन/खादसएप/फैसबुक या किसी अन्य मोड के माध्यम से मुझसे संपर्क करने के लिए अधिकृत किया है, जो स्वगत कॉल/एसएमएस, सेव

कॉल/एसएमएस या कोई अन्य वाणिज्यिक संचार करने के लिए मेरे 'डीएनडी' पंजीकरण को ओवरराइट करता है

क्या आप वास्तविक आवेदकों में से कोई पीईपी ** है? _____ हाँ _____ नहीं _____

**राजनीतिक रूप से उजागर व्यक्ति (पीईपी) वे व्यक्ति हैं जिन्हें प्रमुख सार्वजनिक कार्यों के साथ सौंपा गया है जैसे कि केंद्र या राज्य सरकार के प्रमुख / मंत्री, बरिष्ठ राजनेता, बरिष्ठ सरकारी, न्यायिक या सैन्य अधिकारी, सरकारी कंपनियों के बरिष्ठ अधिकारी, महत्वपूर्ण पाठ्य अधिकारी। (यदि आपने पीईपी के खिलाफ नहीं किया है, तो कृपया अलग पीईपी प्रश्नावली भरें)

बैंक विवरण:

बैंक का नाम _____ शाखा _____ शहर _____

खाता संख्या _____ आईएफएससी कोड _____ खाता प्रकार: _____ बचत _____ प्रवाह _____

इलेक्ट्रॉनिक बीमा खाते (ईआईए) का विवरण

क्या आप इस पॉलिसी को ई-बीमा खाते में जमा 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 रिजिस्ट्री का नाम चुनें (आपने अपना खाता

- मेसर्स एनएसडीएल डाटाबेस मैनेजमेंट लिमिटेड
- मेसर्स सेंट्रल इंश्योरेंस रिजिस्ट्री लिमिटेड
- मेसर्स कार्बी इंश्योरेंस रिजिस्ट्री लिमिटेड
- मेसर्स कैम्प रिजिस्ट्री सर्विसेज लिमिटेड

मेरे पास मौजूदा ई-बीमा खाता नहीं है और मैं एक नया ई-बीमा खाता बनाने में रुचि रखता हूँ (कृपया

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

2. कवरेज घयन:

आधार कवरेज:	
पॉलिसी का प्रकार:	व्यक्ति
बेस सम इश्योर्ड:	₹. 4,00,000/- ₹. 5,00,000/-
पॉलिसी अवधि:	1 वर्ष

3. बीमा के लिए आवेदकों का विवरण:

आवेदक संख्या	नाम	जिमा (पुरुष/महिला/अन्य)	जन्म तिथि (dd/mm/yyyy)	नाता	कृपया टिक करें यदि भारतीय नहीं है
1				स्वयं	

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

नामिनी का बैंक विवरण:

साथवाची का नाम:

बैंक का नाम

खाता प्रकार

बचत

प्रवाह

खाता संख्या

आईएफएससी कोड

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

___ मैं एवढ्वादा अपनी ओर से ओर बीमित किए जाने के लिए प्रस्तावित सभी व्यक्तियों की ओर से घोषणा करता हूँ कि मेरे द्वारा दिए गए उपरोक्त कथन, उतर और/या विवरण मेरे सर्वोत्तम ज्ञान के अनुसार सभी मामलों में सत्य और पूर्ण हैं और मैं इन अन्य व्यक्तियों की ओर से प्रस्ताव करने के लिए अधिकृत हूँ।

___ I समझते हैं कि मेरे द्वारा प्रदान की गई जानकारी बीमा पॉलिसी का आधार बनेगी, कोई द्वारा अनुमोदित बीमाकर्ता की हमीदारी नीति के अधीन है और यह कि पॉलिसी प्रभार प्रीमियम के पूर्ण भुगतान के बाद ही लागू होगी।

___ I आगे घोषणा करता हूँ कि मैं प्रस्ताव प्रस्तुत किए जाने के बाद लेकिन कंपनी द्वारा जोखिम स्वीकृति के संचार से पहले बीमित किए जाने वाले जीवन के व्यवसाय या सामान्य स्वास्थ्य में होने वाले किसी भी बदलाव को लिखित रूप में अधिसूचित करूंगा।

___ I 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 नियोजता से किसी भी चीज के बारे में चिकित्सा जानकारी मांगी है जो बीमित व्यक्ति के शारीरिक या मानसिक स्वास्थ्य को प्रभावित करता 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 हमीदारी देने के उद्देश्य से।

___ I कंपनी को मेरे प्रस्ताव से संबंधित जानकारी साझा करने के लिए अधिकृत करता हूँ, जिसमें प्रस्ताव और/या दावों के निपटान के एकमात्र उद्देश्य के लिए बीमित/प्रस्तावक के मेडिकल रिकॉर्ड शामिल हैं, और किसी भी सरकारी और/या नियामक प्राधिकरण के साथ।

___ मैं/हम कंपनी को अपने सूचीबद्ध प्रदाता के साथ सेवा वितरण के एकमात्र उद्देश्य के लिए बीमित व्यक्ति/प्रस्तावक के मेडिकल रिकॉर्ड सहित मेरे/हमारे प्रस्ताव से संबंधित जानकारी साझा करने के लिए अधिकृत करते हैं।

दिनांक ___/___/___

स्थान _____

Proposer _____ 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 पढ़ा है।

प्रमाणित करने वाले व्यक्ति का नाम: _____

प्रमाणित करने वाले व्यक्ति के हस्ताक्षर: _____

प्रमाणित करने वाले व्यक्ति का मोबाइल नंबर: _____

गवाह का नाम: _____

Witness _____ के हस्ताक्षर

गवाह का मोबाइल नंबर: _____

प्रस्तावक के हस्ताक्षर _____

9. प्रस्तावक घोषणा

(प्रमाणन जहाँ किसी भी कारण से, प्रस्ताव और अन्य संबंधित कागजात प्रस्तावक द्वारा नहीं भरे जाते हैं।) प्रस्ताव प्रपत्र की सामग्री और संबंधित 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. के लिए विवरण वापस करना & दावों का भुगतान

भुगतान प्राप्त करने का विकल्प: बैंक हस्तांतरण

साभार्गी का नाम: _____

बैंक का नाम: _____

आईएफएससी कोड: _____

खाता संख्या: _____

खाता प्रकार: _____

11. प्रीमियम विवरण (केवल कार्यालय उपयोग के लिए)

प्रीमियम भुगतान विकल्प दायक मांग ड्राफ्ट क्रेडिट कार्ड नकद अन्य प्रीमियम राशि _____

ऑनलाइन भुगतान लेनदेन आईडी: _____ खजूर: ___/___/___

बैंक का नाम/शाखा _____

निष्ठा शृंग शाखा स्थान _____

कोड No _____

व्यवसाय का स्रोत: सलाहकार/डीपरेट/कॉर्पोरेट एजेंसी/अन्य पैनाल

कोड No _____

नाम _____

प्रस्ताव प्राप्त हुआ: _____

कन्टैमर आईडी: _____

क्या प्रस्तावक या आवेदक कर्मचारी है?

हाँ

नहीं

12. केवल Bancassurance पैनाल के लिए अतिरिक्त विवरण (केवल कार्यालय उपयोग के लिए)

शाखा कोड _____

एस्पनी कोड _____

RM/LG कोड _____

ग्राहक खाता संख्या _____

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

मैं, बीमा सलाहकार/कॉर्पोरेट एजेंट के चिनिईईई व्यक्ति/ब्रोकर के प्राधिकृत कर्मचारी/रिसेलनशिप 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 (ओ) सहित या यहां मागे 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 असह्य कथन (कथनों) / सूचना / प्रतिक्रिया (ओं) को इस प्रस्ताव प्रपत्र में निहित किया गया है / परिशिष्ट (ओं), शायद 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 जप्त किए जा सकते हैं।

खजूर / /

बीमा Advisor _____ के हस्ताक्षर

(टिप्पणी - धारा 10, 11 और 12 के अंतर्गत प्रदान किए गए विवरण केवल कार्यालय उपयोग के लिए हैं और प्रस्तावक द्वारा भरे नहीं जाते 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)

14. आभा आईडी

सदस्य का नाम	क्या आपके पास आभा आईडी है?	आभा आईडी	ABHA के माध्यम से बीमाकर्ता/TPA के साथ मॉड्यूल रिपोर्ट साझा करने की
	<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं		<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं

15. 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 वाला कोई भी व्यक्ति किसी भी छूट को स्वीकार करेगा, सिवाय इस तरह की छूट के जो बीमाकर्ता के प्रकाशित प्रॉसेचरस या तालिकाओं के अनुसार अनुमति दी जा सकती है।
- इस धारा के प्रावधानों के अनुपालन में बूक करने वाला कोई भी व्यक्ति जुर्माना के लिए उत्तरदायी होगा जो दस लाख रुपये तक का हो सकता है।

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) (आईआरटीएआई 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 विक्री समाप्त करने से पहले सेल्स ब्रोशर को ध्यान से पढ़ें।

उत्साद का नाम: एम्पावर हेल्थ प्लान, निवा बूपा हेल्थ इंश्योरेंस प्राइवेट लिमिटेड | यूआईएन : NBHHLIP25193V012223

कंपनी द्वारा पावती

आवेदन No. _____

खजूर / /

हम आपके प्रस्ताव की प्राप्ति और चेक/ड्रिमांड ड्राफ्ट/अन्य द्वारा राशि की प्राप्ति को धन्यवाद के साथ स्वीकार करते हैं----- दिनांक ----- रुपये की राशि----- न

तो बीमा के लिए एक पूर्ण प्रस्ताव के बारे में 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 भी धारणा 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।