

GoActive™ प्रस्ताव प्रपत्र

यूआरएन: 003

1. प्रस्तावक विवरण:

उपाधि नाम

जन्म तिथि लिंग: पुरुष मादा दूसरा राष्ट्रीयता

वर्तमान पता

सीमा चिन्ह शहर

जिला राज्य व्यक्तिगत पहचान संख्या

लैंडलाइन नंबर मोबाइल नंबर

वैकल्पिक संख्या ईमेल आईडी

आधार नंबर (वैकल्पिक) पैन नंबर

वार्षिक आय (रु)

प्रयोग: वैतनिक स्वनियोजित छात्र गृहस्वामिनी अन्य, कृपया निर्दिष्ट करें

द्वारा भुगतान किया गया प्रीमियम प्रस्तावक के साथ संबंध

क्या आप पीईपी हैं? हाँ नहीं

#Politically, एक्सपोज़ेड पर्सन्स (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, महत्वपूर्ण पार्टी अधिकारी सौंपे गए हैं या सौंपे गए हैं। (यदि आपने पीईपी के खिलाफ टिक किया है, तो कृपया अलग पीईपी प्रश्नावली भरें)

से तुम्हारी इच्छा हैवही शारीरिक प्रतिलिपिकावही बीमा पॉलिसीकट: हाँ नहीं

बैंक विवरण:

बैंक का नाम

खाता संख्या आईएफएससी कोड

खाता प्रकार: बचत प्रवाह शाखा शहर

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 मेरी इच्छा नहीं है एक ई-बीमा खाता है और एक खोलने की इच्छा नहीं है

हाँ, इस पॉलिसी को मेरे ई-बीमा खाते में जमा करें

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

कृपया बीमा रिपोज़िटरी नाम चुनें (आपने अपना खाता खोला है)

1. एनएसडीएल 2. सीआईआरएल 3. कार्वी 4. कैम्स (कृपया किसी एक का चयन करें)

नहीं तो

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:

क्या आप पोर्टेबिलिटी के लिए आवेदन कर रहे हैं: हाँ नहीं (यदि हाँ, तो कृपया अलग पोर्टेबिलिटी फॉर्म भी भरें)।

कृपया संबंधित बॉक्स पर टिक करें:

आधार कवरेज:

सम इश्योर्ड पॉलिसी का प्रकार: व्यक्ति फेमिली फ्लोटर

कवर किए जाने वाले जीवन: 1ए 1ए+1सी 1ए+2सी 1ए+3सी 1ए+4सी 2ए 2ए+1सी 2ए+2सी 2ए+3सी 2ए+4सी

पॉलिसी कवरेज: जॉन 1: ऑल इंडिया कवरेज जॉन 2: मुंबई, दिल्ली एनसीआर, कोलकाता और गुजरात राज्य के लिए लागू सह-भुगतान के साथ अखिल भारतीय कवरेज

(नोट - यदि आप जॉन 2 का चयन करते हैं, तो मुंबई, दिल्ली एनसीआर, कोलकाता और गुजरात राज्य में इलाज के लिए 20% सह-भुगतान लागू होगा। यह जॉन-वार सह-भुगतान ओपीडी परामर्श, आपातकालीन एम्बुलेंस, स्वास्थ्य जांच / नैदानिक परीक्षण, द्वितीय चिकित्सा राय, व्यवहार सहायता कार्यक्रम और व्यक्तिगत दुर्घटना कवर पर लागू नहीं होगा।)

वार्षिक एग्रीगेट डिडक्टिबल: हाँ नहीं यदि हाँ, तो कृपया कटौती योग्य राशि चुनें:

रु. 25,000 रु. 50,000 रु. 1 लाख रु. 2 लाख रु. 3 लाख रु. 5 लाख रु. 10 लाख

उत्पाद के तहत वैकल्पिक कवरेज:

a. स्वास्थ्य कोच (व्यक्तिगत स्वास्थ्य कोचिंग और नवीकरण छूट स्वास्थ्य स्कोर की गणना के आधार पर) : हाँ नहीं

यदि हाँ, तो कृपया कवर किए जाने वाले जीवन का चयन करें: प्राथमिक बीमित व्यक्ति पति या पत्नी के साथ प्राथमिक बीमित व्यक्ति

'हेल्थ कोच' कवरेज का विकल्प चुनने की स्थिति में, मैं सहमत हूँ कि कंपनी लाभ के तहत सेवाएं प्रदान करने के लिए मुझसे संपर्क करने के लिए सेवा प्रदाता को मेरा प्रासंगिक विवरण प्रदान कर सकती है। मैं आगे सहमत हूँ और सहमति देता हूँ कि कंपनी और सेवा प्रदाता द्वारा लाभ प्राप्त करने के लिए मेरी पात्रता को ट्रैक करने, रिकॉर्ड करने और गणना करने के लिए मोबाइल एप्लिकेशन पर ट्रैकिंग विवरण की आवश्यकता है। मैं अपनी स्वतंत्र इच्छा के माध्यम से और बिना किसी दबाव के घोषणा और सहमति देता हूँ कि कंपनी और उसके अधिकृत सेवा प्रदाता समय-समय पर इन विवरणों तक पहुंच सकते हैं और रिकॉर्ड कर सकते हैं और पॉलिसी के तहत लाभों की गणना और अनुसार करने के लिए इन विवरणों का उपयोग कर सकते हैं

b. आई-प्रोटेक्ट (हर साल बीमित राशि में आजीवन वृद्धि @10%): हाँ नहीं

c. व्यक्तिगत दुर्घटना कवर: हाँ नहीं

यदि हाँ, तो कृपया कवर किए जाने वाले जीवन का चयन करें: प्राथमिक बीमित व्यक्ति पति या पत्नी के साथ प्राथमिक बीमित व्यक्ति

बेस कवरेज सम इश्योर्ड रु. 5 लाख और उससे अधिक के लिए, कृपया पर्सनल एक्सीडेंट सम इश्योर्ड चुनें। 25 झील 50 झील
(डिफॉल्ट व्यक्तिगत दुर्घटना बीमा राशि बेस कवरेज के लिए 10 लाख रुपये है, 1 लाख रुपये या 2 लाख रुपये की बीमित राशि और आधार के लिए 25 लाख रुपये है।
कवरेज रु. 3 लाख या 4 लाख की बीमित राशि।

3. बीमा के लिए आवेदकों का विवरण:

व्यस्क 1

नाम

लिंग पुरुष मादा दूसरा पराकाष्ठा (एकल) (इंच) वजन (किग्रा)

कमर (इंच) जन्म तिथि मोबाइल नंबर @ (अनिवार्य)

प्रस्तावक से संबंध (कृपया विकल्प पर टिक करें):

स्वयं/जीवनसाथी/पुत्र/बहू/बेटी/दामाद/पिता/माता/ससुर/सास/दादा/दादी/पोता/पोती/भाई/बहन/भाभी/बहनोई/भतीजा/भतीजी/नियोक्ता-कर्मचारी

अधिभाग कृपया टिक करें यदि भारतीय नहीं है कृपया टिक करें यदि पीईपी#

व्यस्क 2

नाम

लिंग पुरुष मादा दूसरा पराकाष्ठा (एकल) (इंच) वजन (किग्रा)

कमर (इंच) जन्म तिथि मोबाइल नंबर @ (अनिवार्य)

संबंध: व्यस्क 1 का जीवनसाथी

अधिभाग कृपया टिक करें यदि भारतीय नहीं है कृपया टिक करें यदि पीईपी#

बच्चा 1

नाम

लिंग पुरुष मादा दूसरा पराकाष्ठा (एकलवक) (इंच) वजन (किग्रा)

कमर (इंच) जन्म तिथि संबंध: वयस्क का बेटा 1 वयस्क 1 का आटा गूंधने वाला

कृपया टिक करें यदि भारतीय नहीं है कृपया टिक करें यदि पीईपी#

बच्चा 2

नाम

लिंग पुरुष मादा दूसरा पराकाष्ठा (एकलवक) (इंच) वजन (किग्रा)

कमर (इंच) जन्म तिथि संबंध: वयस्क का बेटा 1 वयस्क 1 का आटा गूंधने वाला

कृपया टिक करें यदि भारतीय नहीं है कृपया टिक करें यदि पीईपी#

बच्चा 3

नाम

लिंग पुरुष मादा दूसरा पराकाष्ठा (एकलवक) (इंच) वजन (किग्रा)

कमर (इंच) जन्म तिथि संबंध: वयस्क का बेटा 1 वयस्क 1 का आटा गूंधने वाला

कृपया टिक करें यदि भारतीय नहीं है कृपया टिक करें यदि पीईपी#

बच्चा 4

नाम

लिंग पुरुष मादा दूसरा पराकाष्ठा (एकलवक) (इंच) वजन (किग्रा)

कमर (इंच) जन्म तिथि संबंध: वयस्क का बेटा 1 वयस्क 1 का आटा गूंधने वाला

कृपया टिक करें यदि भारतीय नहीं है कृपया टिक करें यदि पीईपी#

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।

| नॉमिनी का नाम | जन्म तिथि | प्रस्तावक के साथ संबंध | नॉमिनी का पता, मोबाइल नंबर और ईमेल आईडी | नियुक्त व्यक्ति का नाम (यदि नामांकित व्यक्ति की आयु 18 वर्ष से कम है) |
|----------------------|----------------------|------------------------|-----------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

नॉमिनी का बैंक विवरण: लाभार्थी का नाम:

बैंक का नाम खाता प्रकार बचत प्रवाह

खाता संख्या आईएफएससी कोड

5. चिकित्सा और आदतों की जानकारी

महत्वपूर्ण: कृपया इस खंड के सभी प्रश्नों का उत्तर सच्चाई से और पूरी तरह से देना सुनिश्चित करें 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 दावे और/या कवरेज को प्रभावित कर सकती है। कृपया हां (वाई) या नहीं (एन) का चक्कर लगाकर धारा ए और बी के तहत प्रश्नों के उत्तर दें। धारा सी में किसी भी प्रकटीकरण का विवरण प्रदान करें।

| खंड ए: 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) सर्कल करें | | | | | | आवेदक संख्या | | | | | |
| | | | | | | ए 1 | ए 2 | सी 1 | सी 2 | सी 3 | सी 4 |
| 1. क्या आवेदक ने किसी भी पूर्व-मौजूदा स्थितियों के लिए कोई परामर्श लिया है या इलाज किया गया है या निम्नलिखित में से कोई भी था? | | | | | | | | | | | |
| i. | कोई सर्जरी या सर्जिकल प्रक्रिया | और | N | और | N | और | N | और | N | और | N |
| ii. | 5 दिनों से अधिक समय तक अस्पताल में भर्ती रहना | और | N | और | N | और | N | और | N | और | N |
| iii. | 14 दिनों से अधिक के लिए दवा (मौखिक/साँस लेना/इंजेक्शन/सामयिक सहित) | और | N | और | N | और | N | और | N | और | N |
| iv. | सामान्य सर्दी, फ्लू, संक्रमण, मामूली चोट या अन्य छोटी बीमारियों के अलावा पिछले 6 महीनों में किसी भी नैदानिक परीक्षण या जांच या किसी भी लगातार लक्षणों के प्रतिकूल | और | N | और | N | और | N | और | N | और | N |
| v. | उच्च या निम्न रक्तचाप/मधुमेह या असामान्य रक्त शर्करा | और | N | और | N | और | N | और | N | और | N |
| vi. | कोई कैंसर, क्रोनिक किडनी रोग, मनोरोग, न्यूरोलॉजिकल (मस्तिष्क / रीढ़) या संबंधित विकार | और | N | और | N | और | N | और | N | और | N |
| नीचे दिए गए प्रश्न का उत्तर केवल 18-50 वर्ष की आयु के बीच की महिलाओं द्वारा दिया जाना है | | | | | | | | | | | |
| 2. क्या आप वर्तमान में गर्भवती हैं और / या वर्तमान या पहले गर्भधारण में कोई जटिलता है? | | | | | | | | | | | |
| और | N | और | N | और | N | और | N | और | N | और | N |

| खंड बी: कृपया आदतों के बारे में जानकारी साझा करें | | | | | | | | | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--------------|-----|------|------|------|------|
| कृपया प्रत्येक आवेदक के लिए निम्नलिखित प्रश्नों के उत्तर दें। कृपया हाँ (Y) या नहीं (N) सर्कल करें | | | | | | आवेदक संख्या | | | | | |
| | | | | | | ए 1 | ए 2 | सी 1 | सी 2 | सी 3 | सी 4 |
| क्या आवेदक निम्नलिखित में से किसी का उपभोग करता है: | | | | | | | | | | | |
| i. | चबाने योग्य तंबाकू/गुटखा/पान मसाला - कृपया प्रति सप्ताह पाउच की संख्या निर्दिष्ट करें | | | | | | | | | | |
| ii. | शराब - कृपया प्रति सप्ताह चश्मा / मिलीलीटर की संख्या निर्दिष्ट करें | | | | | | | | | | |
| iii. | सिगरेट/बीड़ी/सिगार - कृपया प्रति सप्ताह खपत निर्दिष्ट करें | | | | | | | | | | |

| अनुभाग सी: खंड ए 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 (ओं) | खुराक | वर्तमान स्थिति (जैसे पूर्ण/आंशिक वसूली या चल रहे उपचार) | डॉक्टर का नाम और संपर्क विवरण का इलाज करना | संलग्न दस्तावेज (हां/नहीं) |
| | ब्यौरा | शुरुआत की तारीख (डीडी/एमएम/वाईवाईवाईवाई) | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

| क्या आवेदक के जीवन पर जीवन, स्वास्थ्य, अस्पताल दैनिक नकदी, व्यक्तिगत दुर्घटना या गंभीर बीमारी बीमा के लिए कोई प्रस्ताव कभी भी अस्वीकार कर दिया गया है, स्थगित कर दिया गया है, लोड किया गया है या किसी भी विशेष शर्तों जैसे कि किसी भी बीमा कंपनी द्वारा बहिष्करण के अधीन है? | | | | | | | | | | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|----|---|----|---|--------------|-----|------|------|------|------|
| | | | | | | आवेदक संख्या | | | | | |
| | | | | | | ए 1 | ए 2 | सी 1 | सी 2 | सी 3 | सी 4 |
| और | N | और | N | और | N | और | N | और | N | और | N |

7. 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

8. नवीनीकरण भुगतान साइन-अप

आपकी स्वास्थ्य बीमा पॉलिसी के नवीनीकरण 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 नवीनीकरण विकल्प चुनना चाहता हूँ।

9. 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 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।

खजूर स्थान प्रस्तावक के हस्ताक्षर

10. 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 पुष्टि की है:

गवाह का नाम गवाह के हस्ताक्षर प्रस्तावक के हस्ताक्षर

11. प्रस्तावक घोषणा

(प्रमाणन जहां किसी भी कारण से, प्रस्ताव और अन्य जुड़े कागजात संभावना 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 निर्देशानुसार द्वारा भरा जाता है और मैंने इसे सही पाया।

प्रस्तावक के हस्ताक्षर

12. प्रीमियम विवरण (केवल कार्यालय उपयोग के लिए)

प्रीमियम भुगतान विकल्प दायक मांग ड्राफ्ट

क्रेडिट कार्ड प्रीमियम राशि

ऑनलाइन भुगतान लेनदेन आईडी:

बैंक का नाम/शाखा

निवा बूपा शाखा स्थान

कोड नं.

व्यापार द्वारा स्रोत:
सलाहकार/डीएसटी/कॉर्पोरेट एजेंसी/अन्य चैनल

कोड नं.

नाम

कस्टमर आईडी:

क्या प्रस्तावक या आवेदक कर्मचारी है? हाँ नहीं

13. केवल Bancassurance चैनल के लिए अतिरिक्त विवरण (केवल कार्यालय उपयोग के लिए)

शाखा कोड एसपी कोड

आरएम/एलजी कोड

Customer खाता संख्या

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

- क्या आप प्रस्तावक से संबंधित हैं? हाँ/नहीं; यदि हाँ, तो संबंधों की प्रकृति?
- आप प्रस्तावक को कितने समय से जानते हैं? महीने
- क्या आप प्रस्तावक की पहचान से संतुष्ट हैं? हाँ नहीं
- क्या प्रस्तावक या किसी आवेदक को कोई शारीरिक विकृति/दोष या मानसिक मंदता है? हाँ नहीं
- क्या आपने प्रस्तावित पॉलिसी की शर्तों, नवीनीकरण की शर्तों, बहिष्करण, पॉलिसी की प्रतीक्षा अवधि की व्याख्या की है और क्या प्रस्तावक ने व्यक्तिगत रूप से स्वास्थ्य घोषणा पूरी की है? हाँ नहीं
- क्या आप नैतिक जोखिम सहित सभी कारकों पर विचार करते हुए इस प्रस्ताव फॉर्म को स्वीकार करने की सलाह देते हैं? हाँ नहीं
- क्या आपने निष्पक्ष रूप से प्रस्तावक को सलाह दी है और सभी जानकारी प्रदान की है ताकि प्रस्तावक सर्वोत्तम कवर में निर्णय ले सके जो उसके हित में होगा? हाँ नहीं

खजूर डी डी एम एम वाई वाई

बीमा सलाहकार
के हस्ताक्षर

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 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 जुर्माना के लिए उत्तरदायी होगा जो दस लाख रुपये तक का हो सकता है।

16. आभा आईडी

| सदस्य का नाम | क्या आपके पास आभा आईडी है? | आभा आईडी | ABHA के माध्यम से बीमाकर्ताओं/TPA के साथ मेडिकल रिकॉर्ड साझा करने की |
|----------------------|------------------------------------------------------------|----------------------|----------------------------------------------------------------------|
| <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 |

17. Dआपसी और Paym के लिए पूंछ अनदावों की टी

भुगतान प्राप्त करने का विकल्प: बैंक ट्रांसफर

लाभार्थी का नाम

बैंक का नाम

खाता संख्या आईएफएससी कोड

खाता प्रकार:

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

अस्वीकरण: बीमा याचना का विषय है। निवा बूपा हेल्थ इश्योरेंस कंपनी लिमिटेड (जिसे पहले मैक्स बूपा हेल्थ इश्योरेंस 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 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 ब्रॉशर को ध्यान से पढ़ें।

मुख्य सुविधा दस्तावेज़ (KFD) - GoActive™

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

एक्टिव आपको अस्पताल में भर्ती होने से लेकर आउट पेशेंट लाभ से लेकर व्यक्तिगत दुर्घटना कवर तक कई व्यापक लाभ प्रदान करता है, जिसमें आपकी आवश्यकताओं को बेहतर ढंग से पूरा करने के लिए कई वैकल्पिक लाभ शामिल हैं।

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

- एक अस्पताल में इनपेशेंट देखभाल, जिसमें कमरे का किराया और आईसीयू शुल्क शामिल हैं
- क्रमशः 90 और 180 दिनों के लिए अस्पताल में भर्ती होने से पहले और बाद के खर्च
- जीवित अंग प्रत्यारोपण
- अधिवास अस्पताल में भर्ती और घरेलू स्वास्थ्य देखभाल सेवाएं
- आपातकालीन ग्राउंड एम्बुलेंस
- यदि पॉलिसी वर्ष के दौरान किए गए दावों के कारण, विभिन्न बीमारियों/स्थितियों के लिए या पॉलिसी के अंतर्गत कवर किए गए अन्य बीमित सदस्यों के लिए बीमित राशि समाप्त हो जाती है तो पुनः भरण लाभ
- वार्षिक स्वास्थ्य जांच पैकेज या अपनी पसंद के नैदानिक परीक्षणों का विकल्प
- आउट-पेशेंट परामर्श अधिकतम प्रति परामर्श सीमा के अधीन
- निर्दिष्ट बीमारियों या नियोजित सर्जरी या सर्जिकल प्रक्रियाओं के निदान पर विशेषज्ञों से दूसरी चिकित्सा राय
- तनाव प्रबंधन, पोषण, पालन-पोषण और अन्य पर सहायता प्रदान करने के लिए परामर्श सत्र
- फार्मसी और डायग्नोस्टिक बुकिंग सेवाएं
- असामयिक आयु छूट: आधार प्रीमियम के 10% की छूट (अर्थात किसी भी लोडिंग या छूट से पहले प्रीमियम, बेस कवर के लिए करें को छोड़कर) पहली पॉलिसी के समय और बाद के सभी नवीनीकरणों पर जीवन भर के लिए दी जाएगी, यदि पहली पॉलिसी की शुरुआत के समय सबसे बड़े सदस्य की आयु 35 वर्ष से कम या उसके बराबर हो। इस तरह की छूट फैमिली फ्लोटर पॉलिसी प्रीमियम पर भी लागू होती है, अगर लागू हो
- ज़ोन कवरेज के आधार पर चुनने का विकल्प जो मुंबई (नवी मुंबई और ठाणे सहित), दिल्ली एनसीआर, कोलकाता और गुजरात राज्य में उपचार के लिए 20% सह-भुगतान लागू नहीं होगा
- आधुनिक उपचार कवर, सीमाओं के अधीन

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

- आई-प्रोटेक्ट: प्रत्येक नवीनीकरण पर बेस बीमित राशि के 10% द्वारा बीमा राशि में वृद्धि। यह लाभ प्रत्येक पॉलिसी वर्ष के लिए प्रदान किया जाएगा जब तक कि पॉलिसी नवीनीकृत हो जाती है या जब तक आप इस लाभ से बाहर निकलने का अनुरोध नहीं करते हैं।
- स्वास्थ्य कोच - व्यक्तिगत स्वास्थ्य कोच सहित खुद को फिट और स्वस्थ रखने के लिए कल्याण सेवाएं। आपके स्वास्थ्य स्कोर के आधार पर, नवीनीकरण के समय आधार प्रीमियम के 20% तक की प्रीमियम छूट (यानी करें और वैकल्पिक लाभों को छोड़कर प्रीमियम) लागू हो सकती है।
- आकस्मिक मृत्यु, स्थायी कुल और आंशिक विकलांगता के खिलाफ व्यक्तिगत दुर्घटना कवरेज

कृपया ध्यान दें कि वैकल्पिक लाभों के लिए अतिरिक्त वार्षिक प्रीमियम लिया जाता है

ध्यान दें कि प्रतीक्षा अवधि पॉलिसी के अनुसार लागू होती है:

- पॉलिसी की शुरुआत के बाद से 36 महीने की पहले से मौजूद बीमारी प्रतीक्षा अवधि और निरंतर नवीनीकरण
- 30 दिनों की प्रारंभिक प्रतीक्षा अवधि जब तक कि आवश्यक उपचार दुर्घटना का परिणाम न हो
- कुछ सूचीबद्ध बीमारियों के लिए 24 महीनों की विशिष्ट प्रतीक्षा अवधि, जब तक कि स्थिति सीधे कैसर (30 दिनों की प्रारंभिक प्रतीक्षा अवधि के बाद कवर) या दुर्घटना (1 दिन से कवर) के कारण न हो,
- कृपया ध्यान दें कि प्रतीक्षा अवधि वार्षिक स्वास्थ्य जांच या नैदानिक परीक्षणों, दूसरी चिकित्सा राय, बाह्य रोगी परामर्श, परामर्श सत्र और वैकल्पिक लाभों पर लागू नहीं होगी, यदि चुना गया हो

ध्यान दें कि मानक बहिष्करण नीति अनुबंध में निर्धारित अनुसार लागू होते हैं। इसके अलावा, हामीदारी परिणामों के आधार पर, कुछ विशिष्ट बहिष्करण आपकी पॉलिसी पर भी लागू हो सकते हैं।

आपकी पॉलिसी की अन्य प्रमुख विशेषताएं इस प्रकार हैं:

- व्यक्तिगत या पारिवारिक फ्लोटर कवर (2 वयस्कों और 4 बच्चों तक), पॉलिसी में सदस्य (सदस्यों) को जोड़ने या हटाने के साथ केवल नवीनीकरण के समय ही किया जाता है।
- आपकी पॉलिसी की आजीवन नवीनीकरणीयता आपकी पुष्टि और देय प्रीमियम के समय पर भुगतान के अधीन है।
- जैसे-जैसे आपकी उम्र बढ़ेगी, आपका रिन्यूअल प्रीमियम हर साल बढ़ेगा लेकिन आपके क्लेम अनुभव के आधार पर इसमें कोई बदलाव नहीं होगा। उत्पाद के लिए नवीकरण प्रीमियम दरों को भविष्य में आईआरडीआई अनुमोदन के अधीन और समय-समय पर लागू आईआरडीआई के नियमों और विनियमों के अनुसार संशोधित किया जा सकता
- अगर आपका प्रस्ताव जारी करने के लिए अस्वीकार कर दिया जाता है, तो आप प्री पॉलिसी मेडिकल चेक-अप (पीपीएमसी) की लागत के लिए खर्च की गई लागत का 100% वहन करेंगे।

नोट:

प्री लुक प्रावधान: यदि आप पॉलिसी के नियमों और शर्तों से सहमत नहीं हैं, तो आप पॉलिसी दस्तावेज प्राप्त होने के 15 दिनों के भीतर अपने कारणों को बताते हुए पॉलिसी रद्द कर सकते हैं, बशर्ते किसी भी लाभ के तहत कोई दावा नहीं किया गया हो। कवर अवधि के लिए मेडिकल चेक-अप, स्टॉप ड्यूटी और आनुपातिक जोखिम प्रीमियम के लिए शुल्क काटने के बाद प्रीमियम वापस कर दिया जाएगा। पॉलिसी के नवीनीकरण के समय प्री लुक प्रावधान लागू नहीं होता

प्रीमियम: कृपया निवा बूपा हेल्थ इंश्योरेंस कंपनी लिमिटेड के नाम पर भुगतान के सुरक्षित तरीके से प्रीमियम राशि जमा करें। कृपया यह भी ध्यान दें कि इस उत्पाद के तहत बाह्य रोगी परामर्श लाभ केवल कैशलेस और प्रतिपूर्ति के आधार पर चयनित शहरों में डॉक्टरों के हमारे नेटवर्क के भीतर उपलब्ध है। कृपया हमारी वेबसाइट www.nivabupa.com पर पॉलिसी खरीदने से पहले या हमारे कस्टमर हेल्पलाइन नंबर 1860-500-8888 पर कॉल करके शहरों की लिस्ट चेक करें।

_____ मैं समय-समय पर कंपनी की प्रस्तावित या मौजूदा नीति के संबंध में स्वागत कॉल, सेवा कॉल या किसी अन्य संचार (इलेक्ट्रॉनिक या अन्यथा) करने के लिए कंपनी को अधिकृत करता हूँ और अधिकृत करता हूँ।

खजूर: _____

प्रस्तावक के हस्ताक्षर: _____

स्थान: _____

प्रस्तावक का नाम: _____

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) (आईआरडीआई 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: GoActive™, उत्पाद UIN संख्या: MAXHLIP21173V022021

कंपनी द्वारा स्वीकृति

आवेदन सं. [] खजूर []

हम आपके प्रस्ताव की प्राप्ति और चेक/डिमांड ड्राफ्ट/अन्य _____ द्वारा राशि की प्राप्ति को धन्यवाद के साथ स्वीकार करते हैं

वर्ष 2009-10 के लिए 100 [] दिनांकित [] पर खींचा गया []

न तो बीमा के लिए एक पूर्ण प्रस्ताव के लिए हमें प्रस्तुत करना और न ही किसी पॉलिसी के लिए 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।

रिसीवर और कार्यालय मुहर के हस्ताक्षर

[]