

स्वास्थ्य साथी

प्रस्ताव प्रपत्र

यूआरएन: 025

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:

उपाधि	नाम					
जन्म तिथि	D D	लाख लाख और और और	लिंग:	पुरुष	मादा	दूसरा
वर्तमान पता						
सीमा चिह्न						शहर
जिला	राज्य			व्यक्तिगत पहचान संख्या		
लैंडलाइन नंबर						मोबाइल नंबर
ईमेल आईडी						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 (रु)						सीकेवाईसी नंबर
अधिभोग	वैतनिक	स्वनियोजित	छात्र	गृहस्वामिनी	अन्य, कृपया निर्दिष्ट करें	
द्वारा भुगतान किया गया प्रीमियम				प्रस्तावक के साथ संबंध		

मैं पर्यावरण की रक्षा करना चाहता हूँ और कंपनी को आपकी सभी नीति और सेवा से संबंधित भेजने के लिए अधिकृत करके कागज बचाने में मदद करना चाहता हूँ
ईमेल आईडी पर संचार जैसा कि आवेदन पत्र में यहां 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 पीडीपी # है? हाँ नहीं

#Politically एसएसओएच परदेन्स (पीडीपी) वे व्यक्ति हैं जिन्हें प्रमुख सार्वजनिक कार्यों के 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 पीडीपी के खिलाफ टिक किया है, तो कृपया अलग पीडीपी प्रश्नावली भरें)

बैंक विवरण:

बैंक का नाम						
खाता संख्या						आईएफएससी कोड
खाता प्रकार	बचत	प्रवाह	शाखा	शहर		

इलेक्ट्रॉनिक बीमा खाते (ईआईए) 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

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

कृपया बीमा रिपोजिटरी नाम चुनें (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 बनाने में दिलचस्पी है

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

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।

खजूर	D D	लाख लाख और और और	स्थान	प्रस्तावक के हस्ताक्षर
------	-----	------------------	-------	------------------------

2. बीमा के लिए आवेदकों का विवरण:

आवेदक 1	नाम										
	लिंग	<input type="checkbox"/> पुरुष	<input type="checkbox"/> मादा	<input type="checkbox"/> दूसरा	<input type="checkbox"/> पराकाष्ठा	(एचयूएफ)	<input type="checkbox"/>	(इंच)	वजन	<input type="checkbox"/>	(किग्रा)
	मोबाइल नंबर					जन्म तिथि	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	कृपया भारतीय नहीं तो टिक करें
	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										
	ii. परिषद का नाम										
	iii. कार्यस्थल का पता										
आवेदक 2	नाम										
	लिंग	<input type="checkbox"/> पुरुष	<input type="checkbox"/> मादा	<input type="checkbox"/> दूसरा	<input type="checkbox"/> पराकाष्ठा	(एचयूएफ)	<input type="checkbox"/>	(इंच)	वजन	<input type="checkbox"/>	(किग्रा)
	मोबाइल नंबर					जन्म तिथि	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	कृपया भारतीय नहीं तो टिक करें
	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										
	ii. परिषद का नाम										
	iii. कार्यस्थल का पता										
आवेदक 3	नाम										
	लिंग	<input type="checkbox"/> पुरुष	<input type="checkbox"/> मादा	<input type="checkbox"/> दूसरा	<input type="checkbox"/> पराकाष्ठा	(एचयूएफ)	<input type="checkbox"/>	(इंच)	वजन	<input type="checkbox"/>	(किग्रा)
	मोबाइल नंबर					जन्म तिथि	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	कृपया भारतीय नहीं तो टिक करें
	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										
	ii. परिषद का नाम										
	iii. कार्यस्थल का पता										
आवेदक 4	नाम										
	लिंग	<input type="checkbox"/> पुरुष	<input type="checkbox"/> मादा	<input type="checkbox"/> दूसरा	<input type="checkbox"/> पराकाष्ठा	(एचयूएफ)	<input type="checkbox"/>	(इंच)	वजन	<input type="checkbox"/>	(किग्रा)
	मोबाइल नंबर					जन्म तिथि	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	कृपया भारतीय नहीं तो टिक करें
	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										
	ii. परिषद का नाम										
	iii. कार्यस्थल का पता										
आवेदक 5	नाम										
	लिंग	<input type="checkbox"/> पुरुष	<input type="checkbox"/> मादा	<input type="checkbox"/> दूसरा	<input type="checkbox"/> पराकाष्ठा	(एचयूएफ)	<input type="checkbox"/>	(इंच)	वजन	<input type="checkbox"/>	(किग्रा)
	मोबाइल नंबर					जन्म तिथि	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	कृपया भारतीय नहीं तो टिक करें
	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										
	ii. परिषद का नाम										
	iii. कार्यस्थल का पता										
आवेदक 6	नाम										
	लिंग	<input type="checkbox"/> पुरुष	<input type="checkbox"/> मादा	<input type="checkbox"/> दूसरा	<input type="checkbox"/> पराकाष्ठा	(एचयूएफ)	<input type="checkbox"/>	(इंच)	वजन	<input type="checkbox"/>	(किग्रा)
	मोबाइल नंबर					जन्म तिथि	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	कृपया भारतीय नहीं तो टिक करें
	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										
	ii. परिषद का नाम										
	iii. कार्यस्थल का पता										

* प्रीमियम पर 5% की छूट का लाभ उठाएं, केवल वेरिफाई 2022 के लिए लागू है। 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। टिप्पणियाँ: 1. यदि प्रस्तावक के साथ आवेदक 1 का संबंध कर्मचारी है, तो अन्य आवेदकों का संबंध आवेदक 1 के साथ है।

3. कवरेज चयन:

आधार कवरेज:

पॉलिसी का प्रकार#:	<input type="checkbox"/> व्यक्ति <input type="checkbox"/> फैमिली फ्लोटर
कवर किए जाने वाले जीवन की संख्या:	<input type="checkbox"/> वयस्क <input type="checkbox"/> बच्चे
भिन्न:	<input type="checkbox"/> वेरिएंट 2022 <input type="checkbox"/> वेरिएंट 1 <input type="checkbox"/> वेरिएंट 2 <input type="checkbox"/> वेरिएंट 3 <input type="checkbox"/> परिवार पहले <input type="checkbox"/> वेरिएंट 2023
बेस सम इश्योर्ड:	सम इश्योर्ड (इंडिविजुअल या फैमिली फ्लोटर) सम इश्योर्ड (फैमिली फर्स्ट) इंडिविजुअल सम इश्योर्ड (फैमिली फर्स्ट) फ्लोटर
पॉलिसी अवधि:	<input type="checkbox"/> 1 वर्ष <input type="checkbox"/> 2 वर्ष <input type="checkbox"/> 3 वर्ष

वैकल्पिक कवरेज:

1. अस्पताल नकद \$	<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं
a. फैमिली फर्स्ट प्लान के लिए हॉस्पिटल कैश (यदि चयनित है)	<input type="checkbox"/> 1,000/दिन <input type="checkbox"/> 2,000/दिन
2. वार्षिक एग्रीगेट डिडिक्टबल	<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 झील <input type="checkbox"/> 2 झील <input type="checkbox"/> 3 झील <input type="checkbox"/> 4 झील <input type="checkbox"/> 5 झील <input type="checkbox"/> 10 झील
3. कृपया 'पर्सनल एक्सीडेंट कवर' चुनते समय टिक करें (यह विकल्प केवल 18 वर्ष या उससे अधिक आयु के एप्लीकेंट के लिए उपलब्ध है)	आवेदक 1 <input type="checkbox"/> आवेदक 2 <input type="checkbox"/> आवेदक 3 <input type="checkbox"/> आवेदक 4 <input type="checkbox"/> आवेदक 5 <input type="checkbox"/> आवेदक 6 <input type="checkbox"/>
व्यक्तिगत दुर्घटना कवर फैक्टर (बेस सम इश्योर्ड का समय)	<input type="checkbox"/> 1 एक्स <input type="checkbox"/> 2X <input type="checkbox"/> 3 एक्स <input type="checkbox"/> 4एक्स <input type="checkbox"/> 5एक्स

ऐड-ऑन:

1. रक्षा करना	<input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/> रक्षा करना <input type="checkbox"/> रक्षोपायक+
2. 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%
3. पूर्व-बाहर निकलने वाली बीमारी प्रतीक्षा समय संशोधन	
i. वेरिएंट 1	<input type="checkbox"/> नहीं/ऑप्टिड <input type="checkbox"/> 1 वर्ष <input type="checkbox"/> 2 वर्ष <input type="checkbox"/> 3 वर्ष
ii. वेरिएंट 2 भिन्न 3, वेरिएंट 2022, फैमिली फर्स्ट	<input type="checkbox"/> नहीं चुना गया <input type="checkbox"/> 1 वर्ष <input type="checkbox"/> 2 वर्ष <input type="checkbox"/> 4 वर्ष
4. कमरे का प्रकार संशोधन	<input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/> स्टैंडर्ड सिंगल रूम (Standard Single Room) <input type="checkbox"/> साझा कमरा

#Family फ्लोटर सम इश्योर्ड सभी इश्योर्ड सदस्यों के लिए आम है. फ्लोटर का मतलब है कि व्यक्तिगत या सामूहिक रूप से सभी बीमित व्यक्ति अस्पताल की नकदी \$For इस सीमा तक दावा कर सकते हैं. 1,000 रुपये प्रति दिन (वेरिएंट 1 के लिए), 2,000 रुपये प्रति दिन (वेरिएंट 2 के लिए), 4,000 रुपये प्रति दिन (वेरिएंट 3 के लिए), और वेरिएंट 2022 के लिए: 1,000 रुपये प्रति दिन (5 लाख रुपये तक की बीमा राशि के लिए), 2,000 रुपये प्रति दिन (बीमित राशि के लिए रु. 7.5 लाख से रु. 15 लाख) और रु. 4,000 प्रति दिन (रु. 3 से अधिक बीमित राशि के लिए)। 15 लाख।

4. सुवाहता

पॉलिसी नं.	बीमा कंपनी	जोखिम समाप्ति तिथि	जोखिम समाप्ति तिथि	पोर्टिंग के कारण

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 पुराना)	सम इश्योर्ड- वर्ष 2	सम इश्योर्ड - वर्ष 3	सम इश्योर्ड - 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 नामांकित व्यक्ति की आयु 18 वर्ष से कम है)

नामांकित व्यक्ति का बैंक विवरण: लाभार्थी का नाम:

बैंक का नाम		खाता प्रकार	<input type="checkbox"/> बचत <input type="checkbox"/> वर्तमक्रिया
खाता संख्या		आईएफएससी कोड	

6. चिकित्सा, आदतें और पिछले प्रस्ताव की जानकारी

खंड ए: बीमित किए जाने के लिए प्रस्तावित व्यक्तियों में से किसी के संबंध में:	सदस्य 1	सदस्य 2	सदस्य 3	सदस्य 4	सदस्य 5	सदस्य 6
क्या जीवन, स्वास्थ्य, अस्पताल दैनिक नकदी या गंभीर बीमारी बीमा के लिए कोई आवेदन कभी भी किसी बीमा कंपनी द्वारा अस्वीकार कर दिया गया है, स्थगित कर दिया गया है, लोड किया गया है या किसी विशेष शर्तों के अधीन किया गया है?						
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 आदि	में	में	में	में	में	में
ii. ट्यूमर, किसी भी अंग का कैंसर, ल्यूकेमिया, लिम्फोमा, सारकोमा	में	में	में	में	में	में
iii. प्रमुख अंग विफलता (गुर्दे, यकृत, हृदय, फेफड़े आदि)	में	में	में	में	में	में
iv. स्ट्रोक, एन्सेफैलोपैथी, मस्तिष्क फोड़ा, या कोई न्यूरोलॉजिकल बीमारी	में	में	में	में	में	में
v. पल्मोनरी फाइब्रोसिस, फेफड़ों का पतन या इंटरस्टिटल फेफड़े की बीमारी (आईएलडी)	में	में	में	में	में	में
vi. हेपेटाइटिस बी या सी, क्रोनिक यकृत रोग, क्रोहन रोग, अल्सरटिव कोलाइटिस	में	में	में	में	में	में
vii. आयरन की कमी से होने वाले एनीमिया के अलावा कोई भी एनीमिया	में	में	में	में	में	में
viii. कभी 5 दिनों से अधिक समय तक अस्पताल में भर्ती रहे	में	में	में	में	में	में
ix. कभी लगातार 10 दिनों से अधिक समय तक कोई दवा ली है? दवा में शामिल हैं, लेकिन इन्हें लें, इजेक्शन, मौखिक दवाओं और शरीर के अंगों पर बाहरी चिकित्सा अनुप्रयोगों तक सीमित नहीं	में	में	में	में	में	में
x. किसी भी उपचार, शल्य चिकित्सा या चिकित्सा की प्रतीक्षा कर रहा है जिसे सलाह दी गई है	में	में	में	में	में	में
xi. 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
xii. डॉक्टर (डॉक्टरों) के साथ कोई परामर्श है या	में	में	में	में	में	में
xiii. मधुमेह (उच्च रक्त शर्करा), प्री-डायबिटीज, उच्च या निम्न रक्तचाप, सीने में दर्द या कोई हृदय रोग या थायरॉइड विकार, अस्थमा, ब्रोकॉइटिस	में	में	में	में	में	में
xiv. माता-पिता की कोई वंशानुगत या आनुवंशिक स्थिति है? कृपया उल्लेख करें कि उनमें से कोई भी एक वाहक राज्य है यानी, बीमारी नहीं थी लेकिन एक कैर था	में	में	में	में	में	में
xv. किसी भी अंग जैसे पित्ताशय, गुर्दे, मूत्राशय, मूत्रवाहिनी आदि में पथरी (पथरी) विकार।	में	में	में	में	में	में
xvi. ट्यूमर (सूजन) -सौम्य या घातक, शरीर में कहीं भी कोई बाहरी अल्सर /	में	में	में	में	में	में
xvii. एचआईवी/एड्स, एनीमिया, थैलेसीमिया, हीमोफीलिया या रक्त संबंधी कोई अन्य समस्या।	में	में	में	में	में	में
xviii. मानसिक बीमारियों या नौद विकार?	में	में	में	में	में	में
xix. स्वास्थ्य से संबंधित कोई भी स्वास्थ्य स्थिति, बीमारी, लक्षण या जानकारी जो ऊपर कैप्चर नहीं की गई है। यदि इस प्रश्न का उत्तर किसी के लिए हां है, तो सभी चिकित्सा दस्तावेज प्रदान	में	में	में	में	में	में
xx. धूम्रपान या तंबाकू/गुटखा/पान मसाला या शराब का सेवन करता है यदि हां, तो कृपया निम्नलिखित का उत्तर दें:	में	में	में	में	में	में
आवेदक ने धूम्रपान/तंबाकू का सेवन कब शुरू किया? a) स्कूल b) 10+2 c) कॉलेज d) जब काम करना शुरू किया e) बाद में						
आवेदक को कितने साल से शराब का सेवन कर रहा है?						
आवेदक सप्ताह में कितने दिन शराब का सेवन करता है? (1/2/3/4/5/6/7)						

अनुभाग सी: खंड बी में हों (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	दावा (ओं)	खुराक	वर्तमान स्थिति (जैसे पूर्ण/आंशिक पुनर्प्राप्ति या चल रहे उपचार)	डॉक्टर का नाम और संपर्क विवरण का इलाज करना	संलग्न दस्तावेज (हां/नहीं)
	यदि दीया- HbA1c स्तर पर दांव लगाता है	यदि उच्च रक्तचाप बीपी स्तर	कोई अन्य विवरण	शुरुआत की तारीख (डीडी / एमएम / बाईवाईवाईवाईवाई)						

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 प्रभाष्य 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 देने 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

D | D लाख लाख और और और और

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 पढ़ि 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 जहाँ 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 विकल्प दायक मांग ड्राफ्ट क्रेडिट कार्ड/डेबिट कार्ड नेट बैंकिंग केशअय

प्रीमियम राशि ऑनलाइन भुगतान लेनदेन आईडी: खजूर लाख लाख और और और और

बैंक का नाम/शाखा निवा बूपा शाखा स्थान

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

कूट संख्या

नाम

पर प्राप्त प्रस्ताव: कस्टमर आईडी:

क्या प्रस्तावक या आवेदक कर्मचारी है? हाँ नहीं

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

शाखा कोड: SP कोड आरएम/एलजी कोड

केवल प्रस्तावक/शाखा संख्या

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

मैं, बीमा सलाहकार/कॉर्पोरेट 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 का 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।

खजूर लाख लाख और और और और

बीमा सलाहकार के हस्ताक्षर

13. वैधानिक चेतावनी

कोई भी व्यक्ति (बीमा प्रदाता/प्रदाता/प्रदाता/प्रदाता) 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 क्रमीकरण 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।

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

आशा कार्यकर्ता मनरेगा कार्यकर्ता

15. 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="checkbox"/> हाँ	<input type="checkbox"/> नहीं		<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
	<input type="checkbox"/> हाँ	<input type="checkbox"/> नहीं	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> हाँ	<input type="checkbox"/> नहीं

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) (आईआरडीआई 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: 6000DL2008PLC182918। 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: 6000DL2008PLC182918। 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: स्वास्थ्य साथी, उत्पाद UIN: NBHHLIP24115V072324 ऐड-ऑन नाम: सुरक्षा, ऐड-ऑन UIN: NBHHLIA24109V022324 |

ऐड-ऑन नाम: सेवप्लस, ऐड-ऑन यूआईएन: NBHHLIA24070V012324

कंपनी द्वारा स्वीकृति

आवेदन सं.

खजूर

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।

रिसीवर और कार्यालय की मुहर का नाम और हस्ताक्षर