

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

ईमेल आईडी वैकल्पिक संख्या

सीकेवाईसी नंबर (वैकल्पिक): पैन नंबर

वार्षिक आय (₹)

प्रयोग वैतनिक स्वनियोजित छात्र गृहस्वामिनी अन्य, कृपया निर्दिष्ट करें

द्वारा भुगतान किया गया प्रीमियम प्रस्तावक के साथ संबंध

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 क्लेम/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 पीईपी # है? हाँ नहीं

#Politically एक्सपोज्ड 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, 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)

क्या आप पॉलिसी किट की भौतिक प्रति चाहते हैं: 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, मेरे पास ई-बीमा खाता 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 रिपोज़िटरी नाम चुनें (आपने अपना खाता खोला है)

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

नहीं तो

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 क्लेम/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

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:

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

चुनी गई योजना: क्लासिक योजना बढ़ी हुई योजना

सम इंड्योर्ड: (रु.) 3 झील 4 झील 5 झील 7.5 झील 10 झील 15 झील 20 झील 25 झील

पॉलिसी अवधि: 1 वर्ष 2 वर्ष 3 वर्ष

उत्पाद के तहत वैकल्पिक कवरेज:

a. 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

क्या किसी नौकरी या व्यवसाय में शामिल जीवन को कवर किया जाना है, जो किसी विमान या समुद्र में जाने वाले जहाज, भूमिगत खनन या सुरंग बनाने, सशस्त्र बलों या सुरक्षा बलों में कर्मचारियों के रूप में काम करने, किसी भी साहसिक खेल (मोटर गति प्रतियोगिता सहित) में भाग लेने से संबंधित हाँ नहीं

b. क्रिटिकल इलनेस 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

c. ई-परामर्श: हाँ नहीं

d. सेफगार्ड (राइडर): हाँ नहीं

e. अस्पताल नकद: हाँ नहीं (5 लाख और उससे कम बीमित राशि के लिए, दैनिक नकद लाभ प्रति दिन 1,000 रुपये है और 5 लाख से ऊपर की बीमा राशि के लिए, प्रति दिन 2,000 रुपये)

f. एन्हांसड नो क्लेम बोनस: हाँ नहीं

g. एन्हांसड री-फिल बेनिफिट: हाँ नहीं

3. बीमा के लिए आवेदकों का विवरण:

वयस्क 1	नाम	<input type="text"/>									
	लिंग	<input type="checkbox"/> पुरुष	<input type="checkbox"/> मादा	<input type="checkbox"/> दूसरा	पराकाष्ठा	<input type="checkbox"/> (एचयूएफ)	<input type="checkbox"/> (इंच)	वजन	<input type="text"/>	(किग्रा)	
	कमर	<input type="text"/>	(इंच)	जन्म तिथि	<input type="text"/>	<input type="text"/>	लाख लाख और और और और	कृपया टिक करें यदि भारतीय नहीं है	<input type="checkbox"/>		
	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										

वयस्क 2	नाम	<input type="text"/>									
	लिंग	<input type="checkbox"/> पुरुष	<input type="checkbox"/> मादा	<input type="checkbox"/> दूसरा	पराकाष्ठा	<input type="checkbox"/> (एचयूएफ)	<input type="checkbox"/> (इंच)	वजन	<input type="text"/>	(किग्रा)	
	कमर	<input type="text"/>	(इंच)	जन्म तिथि	<input type="text"/>	<input type="text"/>	लाख लाख और और और और	कृपया टिक करें यदि भारतीय नहीं है	<input type="checkbox"/>		
	संबंध: वयस्क 1 का जीवनसाथी	<input type="checkbox"/>									

बच्चा 1	नाम	<input type="text"/>									
	लिंग	<input type="checkbox"/> पुरुष	<input type="checkbox"/> मादा	<input type="checkbox"/> दूसरा	पराकाष्ठा	<input type="checkbox"/> (एचयूएफ)	<input type="checkbox"/> (इंच)	वजन	<input type="text"/>	(किग्रा)	
	कमर	<input type="text"/>	(इंच)	जन्म तिथि	<input type="text"/>	<input type="text"/>	लाख लाख और और और और	कृपया टिक करें यदि भारतीय नहीं है	<input type="checkbox"/>		
	संबंध: वयस्क का बेटा 1	<input type="checkbox"/>			वयस्क 1 की बेटी	<input type="checkbox"/>					

बच्चा 2	नाम	<input type="text"/>									
	लिंग	<input type="checkbox"/> पुरुष	<input type="checkbox"/> मादा	<input type="checkbox"/> दूसरा	पराकाष्ठा	<input type="checkbox"/> (एचयूएफ)	<input type="checkbox"/> (इंच)	वजन	<input type="text"/>	(किग्रा)	
	कमर	<input type="text"/>	(इंच)	जन्म तिथि	<input type="text"/>	<input type="text"/>	लाख लाख और और और और	कृपया टिक करें यदि भारतीय नहीं है	<input type="checkbox"/>		
	संबंध: वयस्क का बेटा 1	<input type="checkbox"/>			वयस्क 1 की बेटी	<input type="checkbox"/>					

नाम

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

कमर (इंच) जन्म तिथि लाख लाख और और और और

संबंध: वयस्क का बेटा 1 वयस्क 1 की बेटी कृपया टिक करें यदि भारतीय नहीं है

नाम

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

कमर (इंच) जन्म तिथि लाख लाख और और और और

संबंध: वयस्क का बेटा 1 वयस्क 1 की बेटी कृपया टिक करें यदि भारतीय नहीं है

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	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"/>

नामिनी 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 सुनिश्चित करें कि इस खंड के सभी 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 दावे और/या कवरेज को प्रभावित कर सकती है।

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	सी 5	सी 6		
i. क्या आपको कभी 5 दिनों से अधिक समय तक अस्पताल में भर्ती कराया गया है, किसी भी सर्जिकल प्रक्रियाओं से गुजरने की सलाह दी गई है, या 14 दिनों से अधिक समय तक कोई दवा ली गई है/कोई लक्षण थे? दवा शामिल है, लेकिन इनहेलर, इंजेक्शन, मौखिक दवाओं और सामयिक अनुप्रयोगों तक सीमित नहीं	और	N	और	N	और	N	और	N	और	N
ii. क्या आपने कभी थायराइड प्रोफाइल, लिपिड प्रोफाइल, ट्रेडमिल टेस्ट, एंजियोग्राफी, इकोकार्डियोग्राफी, एंडोस्कोपी, अल्ट्रासाउंड, सीटी स्कैन, एमआरआई, बायोप्सी और एफएनएसी जैसे किसी भी नैदानिक परीक्षण या जांच के प्रतिकूल निष्कर्ष निकाले	और	N	और	N	और	N	और	N	और	N
iii. क्या आपको मधुमेह या उच्च रक्तचाप है?	और	N	और	N	और	N	और	N	और	N
iv. क्या आपको पहले से कोई बीमारी / स्थिति है?	और	N	और	N	और	N	और	N	और	N
v. क्या आपको कभी भी किसी आनुवंशिक / वंशानुगत विकार या एचआईवी / एड्स के लिए निदान या उपचार किया गया है?	और	N	और	N	और	N	और	N	और	N
vi. क्या आपको कभी भी किसी मानसिक / मानसिक विकारों के लिए निदान या उपचार किया गया है?	और	N	और	N	और	N	और	N	और	N

खंड बी: (कृपया इस अनुभाग को केवल तभी भरें जब आवेदक धूम्रपान करता है या तंबाकू/गुटखा/पान मसाला या शराब का सेवन करता है)

	आवेदक संख्या							
	ए 1	ए 2	सी 1	सी 2	सी 3	सी 4	सी 5	सी 6
i. चबाने योग्य तंबाकू/गुटखा/पान मसाला - कृपया प्रति दिन पाउच की संख्या निर्दिष्ट करें	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
ii. शराब - कृपया प्रति सप्ताह एमएल और/या दैनिक पीने वाला निर्दिष्ट करें	<input type="text"/> दैनिक पीने वाला	<input type="text"/> दैनिक पीने वाला	<input type="text"/> दैनिक पीने वाला	<input type="text"/> दैनिक पीने वाला	<input type="text"/> दैनिक पीने वाला	<input type="text"/> दैनिक पीने वाला	<input type="text"/> दैनिक पीने वाला	<input type="text"/> दैनिक पीने वाला
iii. सिगरेट/बीड़ी/सिगार - कृपया प्रति दिन खपत निर्दिष्ट करें	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

अनुभाग सी: खंड ए में हां (वाई) चिह्नित प्रश्नों के लिए, कृपया निम्नलिखित जानकारी निर्दिष्ट करें:

आवेदक संख्या	लक्षण (औ) या जांच (औ) या निदान या प्रक्रिया / सर्जरी का विवरण				दवा (औ)	खुराक	वर्तमान स्थिति (जैसे पूर्ण/आंशिक पुनर्प्राप्ति या चल रहे उपचार)	डॉक्टर का नाम और संपर्क विवरण का इलाज करना	मधुमेह होने पर संलग्न दस्तावेज
	यदि मधुमेह HbA1c स्तर	यदि उच्च रक्तचाप बीपी स्तर		कोई अन्य तारीख (डीडी / एमएम विवरण / वाईवाईवाईवाईवाई)					
		प्रकृचक देखिए।	अनुशियिलक						

6. पिछले प्रस्ताव

क्या आवेदक के जीवन पर जीवन, स्वास्थ्य, अस्पताल दैनिक नकद या गंभीर बीमारी बीमा के लिए कोई प्रस्ताव कभी भी अस्वीकार कर दिया गया है, स्थगित, लोड या किसी भी बीमा कंपनी द्वारा बहिष्करण जैसी किसी विशेष शर्तों के अधीन है?

आवेदक संख्या

1

2

3

4

5

6

और N

और N

और N

और N

और N

और

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. 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 से 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 करता है / प्रस्तावक और किसी भी बीमाकर्ता से जानकारी मांग रहा है 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

9. स्थानीय 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:

गवाह का नाम

गवाह के हस्ताक्षर

प्रस्तावक के हस्ताक्षर

10. 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 पाया।

प्रस्तावक के हस्ताक्षर

11. प्रीमियम विवरण (केवल कार्यालय उपयोग के लिए)

प्रीमियम भुगतान विकल्प दायक मांग ड्राफ्ट
 क्रेडिट कार्ड डेबिट कार्ड नेट बैंकिंग
 नकद दूसरों

प्रीमियम राशि

ऑनलाइन भुगतान लेनदेन आईडी:

खजूर लाख लाख और और और और

बैंक का नाम/शाखा

निवा बूपा शाखा स्थान

कोड नं.

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

कूट संख्या

नाम

पर प्राप्त प्रस्ताव: लाख लाख और और और और

कस्टमर आईडी:

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

शाखा कोड एसपी कोड

आरएम/एलजी कोड

ग्राहक खाता संख्या

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

क्या आप प्रस्तावक से संबंधित हैं? हाँ/नहीं; यदि हाँ, तो संबंधों की प्रकृति?

क्या 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 लाख लाख और और और और बीमा सलाहकार के हस्ताक्षर

14. 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।

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="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16. दावों की वापसी और भुगतान के लिए विवरण

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 मेक्स 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 ब्रोशर को ध्यान से पढ़ें।

यह स्थान जानबूझकर खाली छोड़ दिया गया है

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।

हेल्थ प्लस आपको कई प्रकार के लाभ प्रदान करता है जो आपको और आपके परिवार को बहुत अच्छा मूल्य प्रदान करते हैं। लाभों में अस्पताल में भर्ती कवरेज, वार्षिक स्वास्थ्य जांच, डे केयर और वैकल्पिक उपचार शामिल हैं। आप पर्सनल एक्सीडेंट कवर, क्रिटिकल इलनेस कवर, एन्हांस्ड रीफिल बेनिफिट, ई-कंसल्टेशन, एन्हांस्ड नो क्लेम बोनस और हॉस्पिटल केश जैसे वैकल्पिक लाभों के साथ भी अपने कवरेज को बढ़ा सकते हैं।

आपकी पॉलिसी में निम्नलिखित अंतर्निहित लाभ हैं, जो पॉलिसी अनुबंध में निर्दिष्ट कुछ सीमाओं और बहिष्करणों के अधीन हैं:

- एक अस्पताल में इनपैशेंट देखभाल, जिसमें कमरे का किराया और आईसीयू शुल्क शामिल हैं
- कमरे का किराया/श्रेणी: –
बीमित राशि के लिए रु. 3 लाख या 4 लाख - प्रति दिन आधार बीमित राशि का 1% तक या एकल निजी कमरा, जो भी कम हो। आईसीयू शुल्क प्रति दिन आधार बीमित राशि के 2% तक कवर किया जाता है – बीमित राशि के लिए रु. 5 लाख और उससे अधिक – एकल निजी कमरा। आईसीयू शुल्क सम इश्योर्ड तक कवर किए जाते हैं
- अस्पताल में भर्ती होने से पहले और बाद में क्रमशः 30 और 60 दिनों के लिए खर्च
- वैकल्पिक उपचार
- डे केयर ट्रीटमेंट
- जीवित अंग प्रत्यारोपण
- अधिवास अस्पताल में भर्ती
- आपातकालीन ग्राउंड एम्बुलेंस
- पॉलिसी वर्ष के दौरान किए गए दावों के कारण, विभिन्न बीमारियों/शर्तों के लिए या पॉलिसी के अंतर्गत कवर किए गए अन्य बीमित सदस्यों के लिए बीमित राशि समाप्त होने की स्थिति में 100% आधार बीमित राशि तक का रीफिल लाभ
- पॉलिसी के दूसरे वर्ष से उपलब्ध वार्षिक स्वास्थ्य जांच पैकेज
- फार्मसी और डायग्नोस्टिक बुकिंग सेवाएं
- नो क्लेम बोनस: प्रत्येक क्लेम फ्री वर्ष के लिए, रिन्यूअल पर समाप्त होने वाली बेस सम इश्योर्ड की 10% की वृद्धि, बेस सम इश्योर्ड के अधिकतम 100% के अधीन. क्लेम के मामले में नो क्लेम बोनस में कोई कमी नहीं होगी
- मानसिक बीमारी के लिए इनपैशेंट उपचार के लिए किए गए खर्च पॉलिसी अनुबंध में निर्दिष्ट विशिष्ट शर्तों के लिए उप-सीमा के अधीन पॉलिसी के तहत कवर किए जाते हैं
- एचआईवी/एड्स के कारण या उससे जुड़ी स्थिति के कारण अस्पताल में भर्ती होने (डे केयर उपचार सहित) के लिए किए गए खर्च पॉलिसी अनुबंध में निर्दिष्ट उप-सीमा के अधीन पॉलिसी के तहत कवर किए जाते हैं। यह लाभ हमारे साथ कवर की शुरुआत से 48 महीने की प्रतीक्षा अवधि के अधीन प्रदान किया जाता है, जिसमें एचआईवी/एड्स को लाभ के रूप में कवर किया जाता है
- क्लासिक प्लान के तहत, मुंबई (नवी मुंबई और ठाणे सहित), दिल्ली NCR, कोलकाता और गुजरात राज्य में उपचार के लिए 20% सह-भुगतान लागू होगा
- आधुनिक उपचार कवर, सीमाओं के अधीन

आप अपनी पॉलिसी अनुबंध में निर्दिष्ट कुछ सीमाओं और बहिष्करणों के अधीन, निम्नलिखित वैकल्पिक लाभों के साथ अपनी पॉलिसी को कस्टमाइज़ कर सकते हैं:

- आकस्मिक मृत्यु, स्थायी कुल और आंशिक विकलांगता के खिलाफ व्यक्तिगत दुर्घटना कवरेज
- 20 प्रमुख गंभीर बीमारियों के लिए क्रिटिकल इलनेस कवरेज
- असीमित टेली/ऑनलाइन परामर्श
- अस्पताल में भर्ती होने के मामले में दैनिक अस्पताल नकद लाभ
- नवीनीकरण पर समाप्त होने वाली आधार बीमा राशि के 20% का बढ़ाया गया नो क्लेम बोनस, बेस सम इश्योर्ड के अधिकतम 200% के अधीन।
- बेस सम इश्योर्ड के 150% तक री-फिल लाभ में वृद्धि

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

उत्पाद का नाम: स्वास्थ्य प्लस, उत्पाद यूआईएन: NBHHLIP22155V032122 | राइडर का नाम: सेफगार्ड, राइडर यूआईएन : NBHHLIA24109V022324

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 मुहर के हस्ताक्षर

ध्यान दें कि प्रतीक्षा अवधि पॉलिसी के अनुसार लागू होती है

- पॉलिसी की शुरुआत के बाद से 36 महीने की पहली से मौजूद बीमारी की प्रतीक्षा अवधि और निरंतर नवीनीकरण। क्रिटिकल इलनेस कवर के लिए भी, पहले से मौजूद बीमारी की प्रतीक्षा अवधि 36 महीने होगी।
- 30 दिनों की प्रारंभिक प्रतीक्षा अवधि जब तक कि दुर्घटना के कारण उपचार की आवश्यकता न हो। क्रिटिकल इलनेस कवर के लिए, प्रारंभिक प्रतीक्षा अवधि 90 दिन होगी।
- कुछ सूचीबद्ध बीमारियों के लिए हमारे साथ पहली पॉलिसी की शुरुआत के बाद से 24 महीने की विशिष्ट प्रतीक्षा अवधि, जब तक कि स्थिति सीधे दुर्घटना के कारण न हो (1 दिन से कवर)।
- कृपया ध्यान दें कि प्रतीक्षा अवधि फार्मसी और डायग्नोस्टिक सेवाओं और वैकल्पिक लाभों (यदि चुना गया है) जैसे व्यक्तिगत दुर्घटना कवर और ई-परामर्श पर लागू नहीं होगी।

ध्यान दें कि मानक बहिष्करण लागू होते हैं जैसा कि पॉलिसी अनुबंध में निर्धारित किया गया है। इसके अलावा, चिकित्सा मूल्यांकन 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 प्लोटर 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।
- आपका रिन्यूअल प्रीमियम आपके आयु बैंड के आधार पर बढ़ेगा लेकिन आपके क्लेम अनुभव के आधार पर नहीं बढ़ेगा। 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 है।
- 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।

___। एतद्वारा समय-समय पर स्वागत कॉल, सेवा कॉल या किसी अन्य संचार (इलेक्ट्रॉनिक या अन्यथा) करने के लिए कंपनी को सहमति देते हैं और अधिकृत करते हैं।

नोट: प्री लुक प्रावधान: यदि आप पॉलिसी के नियमों और शर्तों से सहमत नहीं हैं, तो आप पॉलिसी दस्तावेज प्राप्त होने के 15 दिनों (30 दिनों के भीतर यदि पॉलिसी दूरस्थ विपणन के माध्यम से बेची गई है) अपने कारणों को बताते हुए पॉलिसी रद्द कर सकते हैं, बशर्ते कि किसी भी लाभ के तहत कोई दावा नहीं किया गया हो। कवर अवधि के लिए मेडिकल चेक-अप, स्टॉप ज्यूटी 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 है।

प्रीमियम: कृपया निवा बूपा हेल्थ इश्योरेंस कंपनी लिमिटेड के नाम पर भुगतान के सुरक्षित तरीके से प्रीमियम राशि 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 दस्तावेजीकरण की सभी अतिरिक्त आवश्यकताओं को पूरा करने के अधीन। यह आपके पॉलिसी लाभों की निरंतरता सुनिश्चित करेगा। ___। ACH/SI रिन्यूअल विकल्प चुनना चाहते हैं।

खजूर: _____

प्रस्तावक के हस्ताक्षर: _____

स्थान: _____

प्रस्तावक का नाम: _____

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: 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।

8

उत्पाद का नाम: स्वास्थ्य पल्स, उत्पाद यूआईएन: NBHHLIP22155V032122 | राइडर का नाम: सेफगार्ड, राइडर यूआईएन: NBHHLIA24109V022324

यह स्थान जानबूझकर खाली छोड़ा गया है।

उत्पाद का नाम: स्वास्थ्य पल्स, उत्पाद यूआईएन: NBHHLIP22155V032122 | राइडर का नाम: सेफगार्ड, राइडर यूआईएन: NBHHLIA24109V022324