niva Bupa
Health Insurance

बीमा के लिए आवेदन: स्वास्थ्य

+ यूआरएन: 030

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)। पॉलिसी रद्द की जा सकती

है, दावों को अस्वीकार कर दिया जाएगा, भुगतान किए गए प्रीमियम को वापस नहीं किया जाएगा और यहां तक कि कानूनी कार्रवाई भी शुरू की जा सकती 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:

प्रस्तावक: (श्री/श्रीमती/सुश्री)	एफ आई आर एस टी	एम आई डी डी एल ई	एल ए एस टी
जन्म तिथि	डी डी एम एम वाई वाई	लिंग: ☐ पुरुष ☐ मादा ☐ दूसरा	
वर्तमान पता:			
लैंडमार्क:		शहर/कस्बा:	
जिला:		राज्य:	
पिन कोड:		मोबाइल:	
एसटीडी कोड वाला टेलीफोन		ईमेल:	
पैन नं.		राष्ट्रीयता	

अधिभोग: ☐ वैतनिक ☐ स्वनियोजित ☐ छात्र ☐ गृहस्वामिनी ☐ अन्य, कृपया _____Annual आय (रुपये) निर्दिष्ट करें_____

सीकेवाईसी नंबर (वैकल्पिक): _____

क्या आप पॉलिसी किट की भौतिक प्रति चाहते हैं: हाँ नहीं ☐ ☐

☐ मंगल ग्रह को उपनिवेश बनाना बहुत मुश्किल है। जब तक एलोन और इसरो इसका पता नहीं लगा लेते, तब तक मैं हरित योद्धा बना रहूंगा। मुझे सॉफ्ट कॉपी भेजें। कागज बर्बाद मत करो

☐ मैं चाहता हूं कि इस नीति का श्रेय ईआईए को दिया जाए। यह आपकी नीतियों के लिए एक डिजिटल वॉल्ट की तरह है।

मौजूदा ई-बीमा खाता संख्या ☐_____ इंश्योरेंस रिपोज़िटरी का नाम (जिसके साथ आपने अपना खाता खोला है)

1. मैसर्स एनएसडीएल डाटाबेस मैनेजमेंट लिमिटेड ☐
2. मेसर्स सेंट्रल इंश्योरेंस रिपोजिटरी लिमिटेड ☐
3. मेसर्स कार्वी इंश्योरेंस रिपोजिटरी लिमिटेड ☐
4. मैसर्स कैम्स रिपोजिटरी सर्विसेज लिमिटेड ☐ (कृपया किसी एक का चयन करें) नहीं तो

☐ यदि आप चाहते हैं कि हम आपके लिए ईआईए खाता खोलने में मदद करें, तो कृपया खंड 9, एनईएफटी और बैंक विवरण में विवरण भरें या

☐ मेरे पास ईआईए नहीं है और मैं इसे खोलना नहीं चाहता

☐ मैं निवा बूपा हेल्थ इंश्योरेंस 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 करता हूं, जो वेलकम कॉल/एसएमएस, सर्विस कॉल/एसएमएस, पॉलिसी से संबंधित जानकारी या कोई अन्य वाणिज्यिक संचार करने के लिए मेरे 'डीएनडी' पंजीकरण को ओवरराइड करता है।

क्या आप या प्रस्तावित आवेदकों में से कोई भी राजनीतिक रूप से उजागर व्यक्ति (पीईपी) है ☐हाँ ☐नहीं

#PEP कोई ऐसा व्यक्ति होता है जिसे प्रमुख सार्वजनिक कार्यों जैसे केंद्र या राज्य सरकार के प्रमुख / मंत्री, वरिष्ठ राजनेता, वरिष्ठ सरकारी, न्यायिक या सैन्य अधिकारी, सरकारी कंपनियों के वरिष्ठ कार्यकारी, महत्वपूर्ण पार्टी अधिकारी सौंपे जाते हैं या सौंपा गया है। (यदि आपने पीईपी के खिलाफ टिक किया है, तो कृपया अलग पीईपी प्रश्नावली भरें)

ग्रामीण और सामाजिक क्षेत्र श्रेणी (यदि लागू हो: ☐आशा कार्यकर्ता ☐

niva Bupa
Health Insurance

2. आवेदकों का विवरण और योजना चयन

1	नाम	लिंग	जन्म तिथि	ऊंचाई (सेमी में)	वजन (किलो में)	मोबाइल नंबर	प्रस्तावक से संबंध	यदि एक पंजीकृत मेडिकल प्रैक्टिशनर है, तो कृपया मेडिकल पंजीकरण संख्या, परिषद का नाम और कार्यस्थल का पता प्रदान करें *
		(एम/एफ/अन्य)	(डीडी/मिमी/वाईवाईवाईवाई)					

आपातकालीन संपर्क	नाम	एसटीडी कोड के साथ संपर्क नंबर	मोबाइल नं

आधार कवरेज:	
पॉलिसी का प्रकार#:	व्यक्ति
कवर किए जाने वाले जीवन की संख्या:	1 वयस्क
भिन्न:	योजना 1
बेस सम इंश्योर्ड:	_____
पॉलिसी अवधि:	☐ 1 साल 2 साल ☐

3. सुवाह्यता

पॉलिसी नं.	बीमा कंपनी	जोखिम प्रारंभ दिनांक	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 इंश्योर्ड - वर्ष 1 (सबसे पुराना)	सम इंश्योर्ड- वर्ष 2	सम इंश्योर्ड - वर्ष 3	सम इंश्योर्ड - वर्ष 4 (एक्सपायरी पॉलिसी)

4. नामांकन

प्रस्तावक की मृत्यु की स्थिति में, नामांकित व्यक्ति को दावे का भुगतान किया जाएगा। अन्य बीमित व्यक्तियों के लिए, प्रस्तावक नामांकित व्यक्ति है। नामांकित व्यक्ति को भुगतान कंपनी की पूर्ण देयता का निर्वहन करता है।

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 ☐ बचत ☐ प्रवाह

खाता संख्या

आईएफएससी कोड

niva Bupa
Health Insurance

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

- ☐ मैं एतद्द्वारा अपनी ओर से और बीमित किए जाने के लिए प्रस्तावित सभी व्यक्तियों की ओर से घोषणा करता हूं 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 हूं।
- ☐ मैं समझता हूं 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 हूं 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 हूं कि मैं किसी भी डॉक्टर या अस्पताल से चिकित्सा जानकारी मांगने वाली कंपनी को सहमति देता हूं, 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 हूं, 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।

☐ मैंदि प्रस्तावक ने स्थानीय भाषा में हस्ताक्षर किए हैं: इस फॉर्म की सामग्री को मेरे द्वारा समझाया गया है, भाषा में प्रमाणित करने वाले व्यक्ति का नाम,_____ प्रस्तावक के गवाह के नाम की उपस्थिति में जिसने इसे समझा और पुष्टि की है। गवाह कंपनी के एजेंट/कर्मचारी के अलावा कोई और होना चाहिए।

दिनांकित__/__/____ स्थान_____ Proposer_____ के हस्ताक्षर

प्रमाणित करने वाले Person_____ के हस्ताक्षर प्रमाणित व्यक्ति का मोबाइल नंबर _____

Witness_____ के हस्ताक्षर

6. घोषणा यदि फॉर्म प्रस्तावक और सलाहकार घोषणा द्वारा नहीं भरा गया है

_____ मोबाइल नं _____ घोषणा यदि किसी कारण से, प्रस्ताव और अन्य जुड़े कागजात प्रस्तावक द्वारा नहीं भरे जाते हैं। प्रस्ताव प्रपत्र की विषय-वस्तु के बारे में मुझे पूरी तरह से बता दिया गया है और मैंने सभी पहलुओं और निहितार्थों को पूरी तरह से समझ लिया है। प्रस्ताव फॉर्म मेरे निर्देश के तहत भरा गया है और मैंने सभी जानकारी को सही और पूर्ण पाया है। _____ नाम _____

Proposer_____ के हस्ताक्षर

सलाहकार घोषणा: मैं बीमा सलाहकार/कॉर्पोरेट एजेंट के निर्दिष्ट व्यक्ति/ब्रोकर के प्राधिकृत कर्मचारी/रिलेशनशिप ऑफिसर के रूप में, एतद्द्वारा घोषणा करता हूं कि मैंने प्रस्तावक को इस उत्पाद/प्रस्ताव की सभी विषय-वस्तु के बारे में बता दिया है।

बीमा Advisor_____ के हस्ताक्षर मध्यस्थ कोड: _____

7. प्रीमियम विवरण (केवल कार्यालय उपयोग के लिए)

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

प्रीमियम amount_____

प्रीमियम भुगतान by_____ proposer_____ के साथ संबंध

ऑनलाइन भुगतान लेनदेन आईडी: _____ खजूर:__/__/____ बैंक का नाम/शाखा _____

निवा बूपा शाखा स्थान _____ कोड No_____ व्यवसाय का स्रोत: सलाहकार/डीएसटी/कॉर्पोरेट एजेंसी/अन्य चैनल

कोड No_____ नाम_____ प्रस्ताव प्राप्त हुआ:_____ कस्टमर आईडी:_____

क्या प्रस्तावक या आवेदक कर्मचारी है? ☐हाँ ☐

8. एनईएफटी और बैंक विवरण

सभी भुगतान (प्रीमियम, दावों आदि की वापसी) केवल आपके खाते में इलेक्ट्रॉनिक रूप से किए जाएंगे। कृपया निम्नलिखित विवरण प्रदान करें

बैंक का नाम _____ शाखा_____ शहर_____

खाता number_____ आईएफएससी कोड _____ खाता प्रकार: ☐बचत ☐प्रवाह

niva Bupa
Health Insurance

9. नवीकरण

नवीनीकरण भुगतान साइन-अप:
आपकी स्वास्थ्य बीमा पॉलिसी के नवीकरण प्रीमियम का भुगतान कंपनी के साथ आपके मौजूदा स्वचालित 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 हूं और इस तरह प्रीमियम पर 2.5% की छूट का लाभ उठाना चाहता हूं जब तक कि पॉलिसी का उपयोग करके नवीनीकरण नहीं किया जाता है।

दिनांकित__/__/____ स्थान_____ प्रस्तावक के हस्ताक्षर _____

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

शाखा कोड _____ एसपी कोड _____ RM/LG कोड _____

ग्राहक खाता संख्या _____

11. 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 सहमति
	☐हाँ/ ☐नहीं	☐☐-☐☐☐☐-☐☐☐☐-☐☐☐☐	☐हाँ/ ☐

12. वैधानिक चेतावनी

1. छूट का निषेध (बीमा अधिनियम **1938** की धारा **41** के तहत) कोई
2. 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, अनुमति या अनुमति देने की पेशकश नहीं करेगा, 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।

13. कंपनी द्वारा पावती

आवेदन सं. _____ खजूर_____

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

(ग) के उत्तर को देखते हुए प्रश्न नहीं उठता Rs._____दिनांकित_____ खींचा on_____

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

14. रिफंड और दावों के भुगतान के लिए विवरण

भुगतान प्राप्त करने का विकल्प: बैंक हस्तांतरण ☐

लाभार्थी का नाम: _____

बैंक का नाम _____ खाता number_____ आईएफएससी कोड _____

खाता प्रकार: _____