

1. प्रस्तावक विवरण:

उपाधि	नाम				
जन्म तिथि	लिंग:	पुरुष	मादा	दूसरा	
वर्तमान पता					
सीमा चिन्ह	शहर				
जिला	राज्य	व्यक्तिगत पहचान संख्या			
लैंडलाइन नंबर	मोबाइल नंबर				
ईमेल आईडी	वैकल्पिक संख्या				
आधार नंबर	(वैकल्पिक)	पैन नंबर			
राष्ट्रीयता	वार्षिक आय (₹)				
प्रयोग	वैतनिक	स्वनिर्वाह	छात्र	गृहस्वामिनी	अन्य, कृपया निर्दिष्ट करें
द्वारा भुगतान किया गया प्रीमियम	प्रस्तावक के साथ संबंध				

क्या आप या प्रस्तावित आवेदकों में से कोई पीईपी # है? हाँ नहीं

##PatiBup एक्सप्लेनड पर्यन्त (पीईपी) वे व्यक्ति हैं जिन्हें प्रमुख स्वास्थ्य-वैकल्पिक कर्तव्य जैसे किंग या राज्य सरकार के प्रमुख / मंत्री, वरिष्ठ राजनेता, वरिष्ठ सरकारी, न्यायिक या केन्द्रीय अधिकारी, सरकारी कर्मियों के वरिष्ठ अधिकारी, पार्टी के महत्वपूर्ण अधिकारी खोले गए हैं या खोले गए हैं। (यदि आपने पीईपी के खिलाफ टिक किया है, तो कृपया अलग पीईपी प्रकल्प भरें)

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

क्या आप पॉलिसी किट की फिजिकल कॉपी 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 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)

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. बीमा के लिए आवेदकों का विवरण:

नाम								
लिंग	पुरुष	मादा	दूसरा	पराकाष्ठा	(एचयूएफ)	(ईच)	वजन	(किग्रा)
जन्म तिथि	लिंग:	पुरुष	मादा	दूसरा	कृपया टिक करें यदि भारतीय नहीं है			

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

आवेदक 2

नाम

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

जन्म तिथि लाख लाख और और और और कृपया टिक करें यदि भारतीय नहीं है

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

आवेदक 3

नाम

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

जन्म तिथि लाख लाख और और और और कृपया टिक करें यदि भारतीय नहीं है

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

आवेदक 4

नाम

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

जन्म तिथि लाख लाख और और और और कृपया टिक करें यदि भारतीय नहीं है

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

आवेदक 5

नाम

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

जन्म तिथि लाख लाख और और और और कृपया टिक करें यदि भारतीय नहीं है

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

आवेदक 6

नाम

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

जन्म तिथि लाख लाख और और और और कृपया टिक करें यदि भारतीय नहीं है

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

3. 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:

पॉलिसी का प्रकार: व्यक्ति फैमिली फ्लोटर परिवार पहले प्लान का प्रकार: चाँदी जैसा सोना प्लेटिनम
(नोट - सिल्वर प्लान केवल 'फैमिली फर्स्ट' पॉलिसी प्रकार के लिए उपलब्ध है)

कवर किए जाने वाले जीवन की संख्या: वयस्कों बच्चे

व्यक्तिगत या फैमिली फ्लोटर पॉलिसी प्रकार के लिए कवरेज: बेस सम इश्योर्ड

फैमिली फर्स्ट पॉलिसी प्रकार के लिए कवरेज: व्यक्तिगत बीमा राशि फ्लोटर सम इश्योर्ड

सिल्वर और गोल्ड प्लान के लिए पॉलिसी कवरेज: जोन 1: ऑल इंडिया कवरेज

जोन 2: मुंबई (नवी मुंबई और ठाणे सहित), दिल्ली एनसीआर, कोलकाता और गुजरात राज्य के लिए लागू सह-भुगतान के साथ अखिल भारतीय कवरेज

नोट-
a) यदि आप जोन 2 का चयन करते हैं, तो मुंबई (नवी मुंबई और ठाणे सहित), दिल्ली एनसीआर, कोलकाता और गुजरात राज्य में उपचार के लिए 20% सह-भुगतान लागू होगा।
b) प्लेटिनम प्लान के लिए प्रीमियम आपके द्वारा प्रदान किए गए पते पर आधारित है। प्लेटिनम योजना के लिए क्षेत्र आधारित सह-भुगतान लागू नहीं है।

वैकल्पिक सह-भुगतान: नहीं 10% 20% 30% 40% 50%

पॉलिसी अवधि 1 वर्ष 2 वर्ष

* सेवप्लस ऐड-ऑन से सह-भुगतान विकल्प पेश किए जा रहे हैं।

वैकल्पिक कवरेज:		कृपया ऑफ करने के लिए टिक करें							
1. हॉस्पिटल कैश		<input type="checkbox"/>	हाँ	<input type="checkbox"/>	नहीं				
2. कृपया 'हां' पर टिक करें यदि निर्दिष्ट बीमारी कवर, आपातकालीन चिकित्सा निकासी और आपातकालीन अस्पताल में भर्ती (केवल प्लैटिनम प्लान के तहत उपलब्ध) के लिए यूएसए और कनाडा को शामिल करके एंजल जियोग्राफिकल स्कोप का चयन कर रहे		<input type="checkbox"/>	हाँ	<input type="checkbox"/>	नहीं				
3. ई-परामर्श		<input type="checkbox"/>	हाँ	<input type="checkbox"/>	नहीं				
4. प्रीमियम में छूट नोट - a) यह विकल्प व्यक्तिगत पॉलिसी प्रकार पर लागू नहीं है। ख) प्रस्तावक को इस वैकल्पिक लाभ को चुनने के लिए एक बीमित व्यक्ति होना चाहिए।		<input type="checkbox"/>	हाँ	<input type="checkbox"/>	नहीं				
5. वार्षिक सकल डिडक्टिबल (फैमिली फर्स्ट पॉलिसी प्रकार के लिए लागू नहीं)		<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		
		आवेदक संख्या							
		1	2	3	4	5	6		
6. कृपया 'पर्सनल एक्सीडेंट कवर' चुनते समय टिक करें (यह विकल्प केवल 18 वर्ष या उससे अधिक आयु के एप्लीकेंट के लिए उपलब्ध है)। • यदि 'व्यक्तिगत दुर्घटना कवर' चुना जाता है, तो कृपया सही का निशान लगाएं कि क्या आवेदक किसी नौकरी या व्यवसाय में शामिल है जो किसी विमान या समुद्र में जाने वाले जहाज, भूमिगत खनन या सुरंग निर्माण, सशस्त्र बलों या सुरक्षा बलों में कर्मचारी के रूप में काम करने से संबंधित है, किसी भी साहसिक खेल (मोटर गति प्रतियोगिता सहित) में भाग ले रहा है। • व्यक्तिगत दुर्घटना कवर बीमा राशि (चुने गए आधार बीमा राशि का 1X, 2X 3X, 4X या 5X; व्यक्तिगत दुर्घटना कवर का विकल्प चुनने वाले सभी सदस्यों के लिए लागू)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		INR _____							
7. कृपया 'क्रिटिकल इलनेस कवर' का विकल्प चुनते समय टिक करें • यदि 'क्रिटिकल इलनेस कवर' चुना गया है, तो कृपया सही चेक करें कि क्या आवेदक का हृदय, मस्तिष्क, फेफड़े, गुर्दे, यकृत, अग्न्याशय, प्लीहा, आंतों, रक्त वाहिकाओं, हड्डियों/जोड़ों या मामूली चिकित्सा बीमारी के अलावा शरीर के किसी अन्य अंग से संबंधित किसी पुरानी स्थिति का निदान किया गया है या उसका उपचार चल रहा है।		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
8. पहले से मौजूद रोग प्रतीक्षा समय संशोधन • सिल्वर वेरिएंट • गोल्ड और प्लैटिनम वेरिएंट		<input type="checkbox"/>	नहीं	<input type="checkbox"/>	1 वर्ष	<input type="checkbox"/>	2 वर्ष		
		<input type="checkbox"/>	नहीं	<input type="checkbox"/>	1 वर्ष	<input type="checkbox"/>	3 वर्ष		
9. कमरे का प्रकार संशोधन • गोल्ड और प्लैटिनम वेरिएंट		<input type="checkbox"/>	नहीं	<input type="checkbox"/>	स्टैंडर्ड सिंगल रूम (Standard Single Room)				
		<input type="checkbox"/>	साझा कमरा						
10. रक्षा करना		<input type="checkbox"/>	नहीं	<input type="checkbox"/>	रक्षा करना	<input type="checkbox"/>	रक्षोपायक+		

* केवल व्यक्तिगत और Family प्लान नीतियों के लिए लागू। फैमिली फर्स्ट पॉलिसी के लिए, केवल 5x विकल्प उपलब्ध 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 नामित स्वयं प्रस्तावक होगा।

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

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 हमीदारी का आधार बनेगी। कृपया ध्यान दें कि कोई भी अपूर्ण, गलत, आंशिक रूप से सही जानकारी आपके चिकित्सा 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									
	और	N	और	N	और	N	और	N	और	N
i. सामान्य सर्दी, फ्लू, संक्रमण, मामूली चोट या अन्य छोटी बीमारियों के अलावा; क्या आवेदक को कभी भी किसी बीमारी का पता चला है और/या 5 दिनों से अधिक समय तक अस्पताल में भर्ती रहा है और/या किसी सर्जिकल प्रक्रिया से गुजरने की सलाह दी गई है और/या कोई दवा ली गई है/14 दिनों से अधिक समय तक कोई लक्षण था? दवा शामिल है, लेकिन इनहेलर, इंजेक्शन, मौखिक दवाओं और शरीर के अंगों पर बाहरी चिकित्सा अनुप्रयोगों तक सीमित नहीं	और	N	और	N	और	N	और	N	और	N
ii. क्या आवेदक को कभी भी थायराइड प्रोफाइल, लिपिड प्रोफाइल, ट्रेडमिल टेस्ट, एंजियोग्राफी, इकोकार्डियोग्राफी, एंडोस्कोपी, अल्ट्रासाउंड, सीटी स्कैन, एमआरआई, बायोप्सी और एफएनएसी से संबंधित किसी भी नैदानिक परीक्षण या जांच के प्रतिकूल निष्कर्ष मिले हैं?	और	N	और	N	और	N	और	N	और	N
iii. क्या आवेदक को मधुमेह या उच्च रक्तचाप है?	और	N	और	N	और	N	और	N	और	N
iv. क्या आवेदक को 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
v. क्या आवेदक को कभी भी किसी मानसिक/मानसिक विकार के लिए निदान या उपचार किया गया है?	और	N	और	N	और	N	और	N	और	N
vi. क्या आवेदक वर्तमान में गर्भवती है और/या उसे वर्तमान या पहले की गर्भधारण में कोई जटिलता है या किसी भी प्रकार के प्रजनन उपचार से गुजरना / (18 से 50 वर्ष की आयु के बीच की महिलाओं के लिए लागू)	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)	i. चबाने योग्य तंबाकू/गुटखा/पान मसाला - यदि हाँ, तो कृपया प्रति दिन पाउच की संख्या निर्दिष्ट करें		ii. शराब। यदि हाँ, तो कृपया प्रति सप्ताह एमएल निर्दिष्ट करें			iii. सिगरेट/बीड़ी/सिगार। यदि हाँ, तो कृपया प्रति दिन खपत निर्दिष्ट करें	
	1-10	>10	<= 450	>450	Daily Drinker	1-10	>10
आवेदक 1							
आवेदक 2							
आवेदक 3							
आवेदक 4							
आवेदक 5							
आवेदक 6							

अनुभाग सी: खंड ए में हाँ (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 विवरण					
		प्रकृतिक देखिए।	अनुश्लिष्ट						

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	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. 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 प्रभाय 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

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:

प्रमाणित करने वाले व्यक्ति का नाम	<input type="text"/>	प्रमाणित करने वाले व्यक्ति के हस्ताक्षर	<input type="text"/>
प्रमाणित व्यक्ति का मोबाइल नंबर	<input type="text"/>		
गवाह का नाम	<input type="text"/>		
साक्षी का मोबाइल नंबर	<input type="text"/>		
गवाह के हस्ताक्षर	<input type="text"/>	प्रस्तावक के हस्ताक्षर	<input type="text"/>

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

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। पर अधिक जानकारी के लिए

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:

खज़ूर 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)

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

2. आप प्रस्तावक को कितने समय से जानते हैं? महीने

3. क्या आप प्रस्तावक की पहचान से संतुष्ट हैं? हाँ नहीं

4. क्या प्रस्तावक या किसी आवेदक को कोई शारीरिक विकृति/दोष या मानसिक मंदता है? हाँ नहीं

5. 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

6. क्या आप नैतिक जोखिम सहित सभी कारकों पर विचार करते हुए इस प्रस्ताव फॉर्म को स्वीकार करने की सलाह देते हैं? हाँ नहीं

7. 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

वट्टे 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 प्रस्पेक्टस 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/GPA 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। पर अधिक जानकारी के लिए

मुख्य विशेषता दस्तावेज़ (KFD) - दिल

की धड़कन

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।

'हार्टबीट' आपको इनपेशेंट लाभों की एक विस्तृत श्रृंखला प्रदान करता है। इसके अलावा, प्लैटिनम प्लान के तहत कुछ अतिरिक्त लाभ हैं (जिनका उल्लेख नीचे किया गया है) और साथ ही यदि आप अपने कवर को बढ़ाना चाहते हैं तो आपके लिए वैकल्पिक लाभ भी हैं।

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

सिल्वर, गोल्ड और प्लैटिनम प्लान के तहत बेस बेनिफिट्स

- अस्पताल में इनपेशेंट देखभाल, जिसमें कमरे का किराया (आपकी चुनी गई योजना के अनुसार) और आईसीयू शुल्क शामिल हैं
- क्रमशः 60 और 90 दिनों के लिए अस्पताल में भर्ती होने से पहले और बाद के खर्च
- डे केयर उपचार
- अधिवास अस्पताल में भर्ती
- वैकल्पिक उपचार
- लिटिंग ऑर्गन डोनर ट्रांसप्लांट
- आपातकालीन एम्बुलेंस
- मातृत्व लाभ 24 महीने की प्रतीक्षा अवधि के बाद 2 गर्भधारण या समाप्ति के लिए कवर किया जाता है
- नवजात शिशु (नवजात शिशु के टीकाकरण सहित)
- स्वास्थ्य जांच, पहले पॉलिसी वर्ष के पूरा होने के बाद
- बेस सम इश्योर्ड तक रिफिल बेनिफिट केवल व्यक्तिगत और फैमिली फ्लोटिंग प्लान के तहत उपलब्ध है। फैमिली फ्लोटिंग प्लान में रिफिल बेनिफिट नहीं है।
- फार्मसी और डायग्नोस्टिक बुकिंग सेवाएं
- लॉयल्टी एडिशन: पॉलिसी वर्ष के पूरा होने के बाद, बेस सम इश्योर्ड की अधिकतम 100% (सिल्वर प्लान के मामले में 50%) के अधीन एक्सपायरींग बेस सम इश्योर्ड का 10% जोड़ा जाता है
- चिकित्सा रेफरल, आपातकालीन चिकित्सा निकासी, चिकित्सा प्रत्यावर्तन, अनुकंपा यात्रा, नाबालिग बच्चों की देखभाल और/या परिवहन और नक्षर अवशेषों की वापसी के लिए आपातकालीन सहायता सेवाएं
- एचआईवी/एडस के कारण या उससे जुड़ी स्थिति के कारण अस्पताल में भर्ती होने (डे केयर उपचार सहित) के लिए किए गए खर्च पॉलिसी में निर्दिष्ट उप-सीमा के अधीन पॉलिसी के तहत कवर किए जाते हैं।
- मानसिक बीमारी के लिए इनपेशेंट उपचार के लिए किए गए खर्च पॉलिसी में निर्दिष्ट विशिष्ट शर्तों के लिए उप-सीमा के अधीन पॉलिसी के तहत कवर किए जाते हैं।
- आधुनिक उपचार कवर, सीमाओं के अधीन

प्लैटिनम योजना के तहत अतिरिक्त आधार लाभ

- निर्दिष्ट बीमारी या नियोजित सर्जरी के निदान पर दूसरी चिकित्सा राय
- बाल देखभाल लाभ (टीकाकरण के लिए यात्रा के दौरान पोषण और विकास के लिए एक परामर्श सहित 12 वर्ष तक के बच्चों के लिए टीकाकरण)
- संयुक्त राज्य अमेरिका और कनाडा को छोड़कर भारत के बाहर निर्दिष्ट बीमारी कवर
- आपातकालीन अस्पताल में भर्ती और आपातकालीन चिकित्सा निकासी के लिए संयुक्त राज्य अमेरिका और कनाडा को छोड़कर भारत के बाहर अंतर्राष्ट्रीय कवरेज
- ओपीडी उपचार और नैदानिक सेवाएं

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

- आकस्मिक मृत्यु, स्थायी कुल और आंशिक विकलांगता के खिलाफ व्यक्तिगत दुर्घटना कवरेज
- 20 प्रमुख गंभीर बीमारियों के लिए क्रिटिकल इलनेस कवरेज
- अस्पताल में भर्ती होने के मामले में दैनिक अस्पताल नकद लाभ
- असीमित टेली/ऑनलाइन चिकित्सा परामर्श
- 1 वर्ष के लिए स्वचालित नि: शुल्क विस्तार यदि पॉलिसीधारक (जो एक बीमित व्यक्ति भी होना चाहिए) की मृत्यु हो जाती है या निदान किया जाता है या पॉलिसी के दौरान किसी भी निर्दिष्ट बीमारी के साथ पहली बार उपचार किया जाता है (व्यक्तिगत कवर के लिए उपलब्ध नहीं)
- निर्दिष्ट बीमारी कवर, आपातकालीन चिकित्सा निकासी - भारत की भौगोलिक सीमाओं के बाहर और आपातकालीन अस्पताल में भर्ती - भारत की भौगोलिक सीमाओं के बाहर - के लिए संयुक्त राज्य अमेरिका और कनाडा को कवर प्रदान करने के लिए बढ़ी हुई भौगोलिक गुंजाइश

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

- पॉलिसी की शुरुआत के बाद से 24 महीने (सिल्वर प्लान के मामले में 36 महीने) की पहले से मौजूद बीमारी प्रतीक्षा अवधि और निरंतर नवीकरण के अधीन।
- 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 कैंसर (30 दिनों की प्रारंभिक प्रतीक्षा अवधि के बाद कवर) या दुर्घटना (1 दिन से कवर) के कारण न हो। यह प्रतीक्षा अवधि केवल 45 वर्ष से अधिक आयु के व्यक्तियों के लिए लागू है।
- मानसिक विकार उपचार लाभ में हमारे साथ कवर की शुरुआत से 36 महीने की प्रतीक्षा अवधि होगी, जिसमें संबंधित बीमित व्यक्ति के लिए मानसिक बीमारी को लाभ के रूप में कवर किया जाएगा।
- एचआईवी/एड्स कवर के लिए, हमारे साथ कवर की शुरुआत से 48 महीने की प्रतीक्षा अवधि होगी, जिसमें संबंधित बीमित व्यक्ति के लिए लाभ के रूप में एचआईवी/एड्स कवर किया जाएगा।
- क्रिटिकल इलनेस कवर के लिए, सभी स्थितियों के लिए 90 दिनों की प्रारंभिक प्रतीक्षा अवधि के साथ-साथ 3 साल की पहले से मौजूद बीमारी की प्रतीक्षा अवधि और 30 दिनों की उत्तरजीविता अवधि बहिष्करण लागू होगी।

ध्यान दें कि मानक बहिष्करण नीति अनुबंध में निर्धारित अनुसार लागू होते हैं। इसके अलावा, अंडरराइटिंग परिणामों के आधार पर, कुछ विशिष्ट बहिष्करण या व्यक्तिगत प्रतीक्षा अवधि भी आपकी पॉलिसी पर लागू हो सकती हैं।

- व्यक्तिगत या फैमिली फ्लोटर कवर (4 बच्चों तक) या फैमिली फर्स्ट कवर (19 रिश्तों तक), पॉलिसी में सदस्य (सदस्यों) को जोड़ने या हटाने के साथ केवल नवीनीकरण के समय ही किया जाता है।
- सम इश्योर्ड (फैमिली फर्स्ट के मामले में): आपकी प्लान एक ही पॉलिसी में व्यक्तिगत सम इश्योर्ड और फ्लोटर सम इश्योर्ड दोनों प्रदान करती है। उदाहरण के लिए, फैमिली फर्स्ट पॉलिसी 6 सदस्यों (स्वयं, पति/पत्नी, माता-पिता और दो बच्चों के लिए) के लिए चुनी जाती है, जिसमें 5 लाख + 30 लाख की बीमा राशि होती है। कोई भी सदस्य अपनी व्यक्तिगत बीमा राशि से 5 लाख तक का दावा कर सकता है। 5 लाख से अधिक का कोई भी दावा 30 लाख के फ्लोटर बीमा राशि के माध्यम से कवर किया जाएगा। इसलिए, एक व्यक्तिगत सदस्य एक दावे में 35 लाख तक का दावा कर सकता है, हालांकि फ्लोटर बीमा राशि का उपयोग पॉलिसी वर्ष के दौरान सभी सदस्यों के लिए केवल 30 लाख तक किया जा सकता है। एक पॉलिसी वर्ष में संवर्धी आधार पर, कुल दावे 60 लाख (यानी 6 सदस्य * 5 लाख प्रत्येक + 30 लाख फ्लोटर बीमा राशि) किए जा सकते
- आपकी पॉलिसी की आजीवन नवीनीकरणयता आपकी पुष्टि और देय प्रीमियम के समय पर भुगतान के अधीन है।
- जैसे-जैसे आपकी उम्र बढ़ेगी, आपका रिन्यूअल प्रीमियम बढ़ेगा लेकिन आपके क्लेम अनुभव के आधार पर इसमें कोई बदलाव नहीं होगा। उत्पाद के लिए नवीकरण प्रीमियम दरों को भविष्य में आईआरडीएआई अनुमोदन के अधीन और समय-समय पर लागू आईआरडीएआई 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।
- 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 क्यूटी और आनुवांशिक जोखिम प्रीमियम के लिए शुल्क काटने के बाद प्रीमियम वापस कर दिया जाएगा। पॉलिसी के नवीनीकरण के समय प्री लुक प्रावधान लागू नहीं होता

नोट्स:

- प्रीमियम: कृपया निवा बूपा हेल्थ इंश्योरेंस कंपनी लिमिटेड के नाम पर भुगतान के सुरक्षित तरीके से प्रीमियम राशि जमा करें।
- किसी भी प्रश्न या क्लेम के मामले में, कृपया हमारे कस्टमर हेल्पलाइन नंबर: 1860-500-8888 पर संपर्क 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।

यह स्थान जानबूझकर खाली छोड़ा गया है।

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।

___। 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। पर अधिक जानकारी के लिए

कंपनी द्वारा स्वीकृति

आवेदन सं.

खजूर

हम आपके प्रस्ताव की प्राप्ति और चेक/डिमांड ड्राफ्ट/अन्य द्वारा _____ को आहरित _____ रुपये की राशि _____ की प्राप्ति के लिए धन्यवाद के साथ स्वीकार करते हैं। 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 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 अधिकारी मुहर का नाम और हस्ताक्षर

प्रोडक्ट का नाम: हार्टबीट, उत्पाद यूआईएन: NBHHLIP25035V082425 | ऐड-ऑन नाम: सेवल्स, ऐड-ऑन यूआईएन: NBHHLIA24070V012324 | ऐड-ऑन

नाम: रक्षोपाय, ऐड-ऑन UIN: NBHHLIA24109V022324