

पुनः

आश्वस्त प्रस्ताव प्रपत्र

यूआरएन: 015

1. प्रस्तावक विवरण:

उपाधि	नाम					
जन्म तिथि	लिंग:	पुरुष	मादा	दूसरा	राष्ट्रीयता	
वर्तमान पता	D D लाख लाख और और और और					
सीमा चिन्ह					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 (₹)	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 पॉलिसी और सेवा संबंधी संचार ईमेल आईडी पर भेजने के लिए अधिकृत करके कागज बचाने में मदद करना चाहता हूँ जैसा कि यहाँ आवेदन पत्र में उल्लेख किया गया है?

मैंने सभी नियमों और शर्तों को पढ़ा, समझा और स्वीकार किया है और इसके द्वारा निवा बृपा 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 किया

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

#Politically एक्सपोज़्ड पर्सन (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)

ग्रामीण और सामाजिक क्षेत्र श्रेणी (यदि लागू हो): आशाकार्यकर्ता 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)

मेसर्स एनएसडीएल डाटाबेस मैनेजमेंट लिमिटेड मेसर्स सेंट्रल इंश्योरेंस रिपोजिटरी लिमिटेड

मेसर्स कार्वी इंश्योरेंस रिपोजिटरी लिमिटेड मेसर्स कैम्स रिपोजिटरी सर्विसेज लिमिटेड (कृपया किसी एक का चयन करें) या

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)।

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 दस्तावेजीकरण की सभी अतिरिक्त आवश्यकताओं को पूरा करने के अधीन।

मैं ACH/SI नवीनीकरण विकल्प का विकल्प चुनना चाहता हूँ और इस तरह प्रीमियम पर 2.5% की छूट का लाभ उठाना चाहता हूँ जब तक कि पॉलिसी का उपयोग करके इसका नवीनीकरण नहीं किया जाता है।

खजूर _____ स्थान _____ प्रस्तावक के हस्ताक्षर

2. बीमा के लिए आवेदकों का विवरण:

आवेदक 1

नाम

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

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

प्रस्तावक से संबंध (कृपया विकल्प पर टिक करें): स्वयं/पति/पत्नी/पिता/माता/ससुर/सास/पुत्र/पुत्री/कर्मचारी

यदि एक पंजीकृत मेडिकल प्रैक्टीशनर* है, तो कृपया प्रदान करें: i. मेडिकल रजिस्ट्रेशन नंबर

ii. परिषद का नाम

iii. कार्यस्थल का पता

आवेदक 2

नाम

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

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

प्रस्तावक से संबंध (कृपया विकल्प पर टिक करें): पति / पिता / माता / ससुर / सास / बेटा / बेटी

यदि एक पंजीकृत मेडिकल प्रैक्टीशनर* है, तो कृपया प्रदान करें: i. मेडिकल रजिस्ट्रेशन नंबर

ii. परिषद का नाम

iii. कार्यस्थल का पता

आवेदक 3

नाम

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

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

प्रस्तावक से संबंध (कृपया विकल्प पर टिक करें): पति / पिता / माता / ससुर / सास / बेटा / बेटी

यदि एक पंजीकृत मेडिकल प्रैक्टीशनर* है, तो कृपया प्रदान करें: i. मेडिकल रजिस्ट्रेशन नंबर

ii. परिषद का नाम

iii. कार्यस्थल का पता

आवेदक 4

नाम

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

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

प्रस्तावक से संबंध (कृपया विकल्प पर टिक करें): पति / पिता / माता / ससुर / सास / बेटा / बेटी

यदि एक पंजीकृत मेडिकल प्रैक्टीशनर* है, तो कृपया प्रदान करें: i. मेडिकल रजिस्ट्रेशन नंबर

ii. परिषद का नाम

iii. कार्यस्थल का पता

आवेदक 5

नाम

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

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

प्रस्तावक से संबंध (कृपया विकल्प पर टिक करें): पति / पिता / माता / ससुर / सास / बेटा / बेटी

यदि एक पंजीकृत मेडिकल प्रैक्टीशनर* है, तो कृपया प्रदान करें: i. मेडिकल रजिस्ट्रेशन नंबर

ii. परिषद का नाम

iii. कार्यस्थल का पता

आवेदक 6

नाम

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

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

प्रस्तावक से संबंध (कृपया विकल्प पर टिक करें): पति / पिता / माता / ससुर / सास / बेटा / बेटी

यदि एक पंजीकृत मेडिकल प्रैक्टीशनर* है, तो कृपया प्रदान करें: i. मेडिकल रजिस्ट्रेशन नंबर

ii. परिषद का नाम

iii. कार्यस्थल का पता

* प्रीमियम पर 5% की छूट का लाभ उठाएं। मेडिकल प्रैक्टीशनर 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 अध्यास करने का हकदार है, और अपने लाइसेंस के दापरे 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। 2. लाइव हेल्दी बेनिफिट के लिए, पात्र बीमित व्यक्ति होंगे: ए। सभी सदस्य फैमिली फ्लोटर पॉलिसी के तहत बेटे/बेटी की उम्मीद करते हैं। व्यक्तिगत पॉलिसी के तहत कम से कम 18 वर्ष की आयु का कोई भी सदस्य

3. कवरेज चयन:

क्या आप पोर्टेबिलिटी के लिए आवेदन कर रहे हैं:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																				
आधार कवरेज:																																					
पॉलिसी का प्रकार:	<input type="checkbox"/> व्यक्ति <input type="checkbox"/> फैमिली फ्लोटर																																				
बेस सम इश्योर्ड : (रु.)	<table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>7.5</td> <td>10</td> <td>12.5</td> <td>15</td> <td>20</td> <td>25</td> <td>50</td> <td>75</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>फंदा</td> <td>फंदा</td> <td>फंदा</td> <td>फंदा</td> <td>फंदा</td> <td>फंदा</td> <td>फंदा</td> <td>फंदा</td> <td>फंदा</td> <td>फंदा</td> <td>फंदा</td> <td>सीआर।</td> </tr> </table>	<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"/>	3	4	5	7.5	10	12.5	15	20	25	50	75	1	फंदा	फंदा	फंदा	फंदा	फंदा	फंदा	फंदा	फंदा	फंदा	फंदा	फंदा	सीआर।
<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"/>																										
3	4	5	7.5	10	12.5	15	20	25	50	75	1																										
फंदा	फंदा	फंदा	फंदा	फंदा	फंदा	फंदा	फंदा	फंदा	फंदा	फंदा	सीआर।																										
पॉलिसी अवधि:	<input type="checkbox"/> 1 वर्ष <input type="checkbox"/> 2 वर्ष <input type="checkbox"/> 3 वर्ष																																				
वैकल्पिक कवरेज:																																					
1. हॉस्पिटल कैश: 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. 15 लाख से अधिक बीमा राशि के लिए)	<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं																																				
2. रक्षोपायक+	<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं																																				
3. रक्षा करना	<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं																																				
4. स्मार्ट हेल्थ+ (रोग प्रबंधन) *सभी प्रभावित सदस्यों को एक संस्करण- सोना या प्लैटिनम चुनना होगा।	<table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/> सोना</td> <td><input type="checkbox"/> प्लैटिनम</td> <td><input type="checkbox"/> नहीं</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>5</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> सोना	<input type="checkbox"/> प्लैटिनम	<input type="checkbox"/> नहीं	1	2	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4	5	6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																					
<input type="checkbox"/> सोना	<input type="checkbox"/> प्लैटिनम	<input type="checkbox"/> नहीं																																			
1	2	3																																			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																			
4	5	6																																			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																			
5. स्मार्ट हेल्थ+ (एक्ज्यूट केयर) *दोनों में से किसी एक को चुना जा सकता है	<input type="checkbox"/> सर्वश्रेष्ठ परामर्श <input type="checkbox"/> सबसे अच्छी देखभाल <input type="checkbox"/> नहीं																																				
	सर्वश्रेष्ठ देखभाल बीमा राशि विकल्प: <table border="1"> <tr> <td>आईएनआर 5,000/-</td> <td>आईएनआर 10,000/-</td> <td>आईएनआर 15,000/-</td> <td>आईएनआर 20,000/-</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	आईएनआर 5,000/-	आईएनआर 10,000/-	आईएनआर 15,000/-	आईएनआर 20,000/-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																												
आईएनआर 5,000/-	आईएनआर 10,000/-	आईएनआर 15,000/-	आईएनआर 20,000/-																																		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																		
6. कृपया 'पर्सनल एक्सीडेंट कवर' चुनते समय टिक करें (यह विकल्प केवल 18 वर्ष या उससे अधिक आयु के एप्लीकेंट के लिए उपलब्ध है)	आवेदक संख्या <table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																								
1	2	3	4	5	6																																
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																
7. वार्षिक एग्रीगेट डिडक्टिबल	<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"/> 1,00,000																																				
8. 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%																																				
9. पहले से मौजूद रोग प्रतीक्षा समय संशोधन	<input type="checkbox"/> नहीं चुना गया <input type="checkbox"/> 1 वर्ष <input type="checkbox"/> 2 वर्ष <input type="checkbox"/> 4 वर्ष																																				
10. कमरे का प्रकार संशोधन	<input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/> स्टैंडर्ड सिंगल रूम (Standard Single Room) <input type="checkbox"/> साझा कमरा																																				
11. आधुनिक उपचार+	<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं																																				

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।

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)

नामिनी का बैंक विवरण: लाभार्थी का नाम:

बैंक का नाम खाता प्रकार

खाता संख्या आईएफएससी कोड

5. चिकित्सा, आदतें और पिछले प्रस्ताव 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 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											
	1	2	3	4	5	6						
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 कराया गया 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 है।	और	N	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 परिणाम मिले हैं?	और	N	और	N	और	N	और	N	और	N	और	N
iii. क्या आवेदक को मधुमेह या प्री-डायबिटीज है या क्या उसे कभी उच्च रक्त शर्करा हुआ है?	और	N	और	N	और	N	और	N	और	N	और	N
iv. क्या आवेदक को उच्च रक्तचाप या उच्च रक्तचाप है?	और	N	और	N	और	N	और	N	और	N	और	N
v. 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	और	N
vi. 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	और	N
vii. 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 किया गया है या किसी भी विशेष शर्तों जैसे कि किसी भी बीमा कंपनी द्वारा बहिष्करण के अधीन है?	और	N	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 पाउच की संख्या निर्दिष्ट करें। दिन		ii. शराब। यदि हाँ, तो कृपया प्रति सप्ताह संख्या एमएल निर्दिष्ट करें			iii. सिगरेट/बीड़ी/सिगार। यदि हाँ, तो कृपया प्रति दिन खपत निर्दिष्ट करें	
	1-10	> 10	<= 450	> 450	दैनिक पीने वाला	1-10	> 10
आवेदक 1							
आवेदक 2							
आवेदक 3							
आवेदक 4							
आवेदक 5							
आवेदक 6							

अनुभाग सी: उपरोक्त अनुभाग 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				शर्त की अवधि	दवा (औ)	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 लगता है	यदि उच्च रक्तचाप बीपी लेव प्रकृचक देखिए।	कोई अन्य विवरण	शुरुआत की तारीख (डीडी / एमएम / वाईवाईवाईवाईवाई)						

6. 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

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 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 नियोजता 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 डी डी एम एम आई वाई 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 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:

प्रमाणित करने वाले व्यक्ति के हस्ताक्षर:

प्रमाणित करने वाले व्यक्ति का मोबाइल नंबर:

गवाह का नाम

गवाह के हस्ताक्षर

गवाह का मोबाइल नंबर:

प्रस्तावक के हस्ताक्षर

9. 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 और पूर्ण पाया।

प्रस्तावक के हस्ताक्षर

उत्पाद का नाम: ReAssure | उत्पाद UIN: NBHHLIP25037V032425

ऐड-ऑन नाम: स्मार्ट हेल्थ+ | ऐड-ऑन यूआईएन: NBHHLIA22164V012122; ऐड-ऑन नाम: सेवप्लास, ऐड-ऑन यूआईएन: NBHHLIA24070V012324

यह स्थान जानबूझकर खाली छोड़ा गया है।

10. प्रीमियम विवरण (केवल कार्यालय उपयोग के लिए)

प्रीमियम भुगतान विकल्प	<input type="checkbox"/> दायक	<input type="checkbox"/> मांग ड्राफ्ट	<input type="checkbox"/> क्रेडिट कार्ड/डेबिट कार्ड	<input type="checkbox"/> नेट बैंकिंग	<input type="checkbox"/> नकद	<input type="checkbox"/> दूसरों
प्रीमियम राशि	ऑनलाइन भुगतान लेनदेन आईडी:			<input type="text"/>	खजूर	<input type="text"/>
बैंक का नाम/शाखा	<input type="text"/>			निवा बूपा शाखा स्थान	<input type="text"/>	
कोड नं.	<input type="text"/>			व्यवसाय स्रोत: सलाहकार/डीएसटी/कॉर्पोरेट एजेंसी/अन्य चैनल	<input type="text"/>	
कूट संख्या	<input type="text"/>					
नाम	<input type="text"/>					
पर प्राप्त प्रस्ताव:	<input type="checkbox"/> डी को एम (या कथन नहीं)			कस्टमर आईडी:	<input type="text"/>	
क्या प्रस्तावक या आवेदक कर्मचारी है?	<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं					

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

शाखा कोड	<input type="text"/>	एसपी कोड	<input type="text"/>	आरएम/एलजी कोड	<input type="text"/>
ग्राहक खाता संख्या	<input type="text"/>				

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 (ओ) सहित या यहां मांगे गए किसी भी विवरण को आधार बनाया जाएगा कंपनी और प्रस्तावक के बीच बीमा के अनुबंध को, 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 (ओ) को इस प्रस्ताव प्रपत्र में निहित किया गया है / परिशिष्ट (ओ), 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 और और

बीमा सलाहकार के हस्ताक्षर

13. 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।

14. 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

15. दावों की वापसी और भुगतान के लिए विवरण

भुगतान प्राप्त करने का विकल्प:

बैंक ट्रांसफर

लाभार्थी का नाम

बैंक का नाम

खाता संख्या

खाता प्रकार

आईएफएससी कोड

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।

रिसेवर और कार्यालय की मुहर का नाम और हस्ताक्षर

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: 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: ReAssure | उत्पाद UIN: NBHHLIP25037V032425

ऐड-ऑन नाम: स्मार्ट हेल्थ+ | ऐड-ऑन यूआईएन: NBHHLIA22164V012122; ऐड-ऑन नाम: सेवप्लस, ऐड-ऑन यूआईएन: NBHHLIA24070V012324