

रीएश्योर 2.0

प्रयोजल फॉर

युआरएन: 023

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 और आपकी पोलिसी पर इसके प्रभाव की जानकारी कितनी प्रासंगिक 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 भूगतान नहीं करेंगे, भूगतान किए गए किसी भी प्रीमियम को वापस नहीं करेंगे और पहले भूगतान किए गए लाभों की वसूली सहित आपके लिए हर संभव

प्रयास करने का अधिकार है, यदि बीमा के लिए प्रस्तावित सभी सदस्यों के बारे में सही और पूरी जानकारी प्रदान नहीं की जाती है। विनियमों का आदेश

है कि कवरेज केवल एक ही शुरू हो सकता है जिसे हमने पूर्ण प्रीमियम प्राप्त किया है और जोखिम को स्पष्ट रूप से स्वीकार किया है।

6 14, 4,440 4,40 64, 61 26., 61 24,01 6	ाजस हमन पूण प्राामयम प्राप्त किया ह आर	जाखिस का स्पष्ट रूप स स्वाक	। स्वापना हा										
1. प्रस्तावक विवरण:													
	T 1 		- -						- <u> </u>		- 		-
ें = = † = = † = = = जन्म तिथि । । !	# 	 लिंग:	पुरुष	मादा		±± अरा	राष्ट्रीयता			+++-		=======	=====
वर्तमान पता			- + + + -		IÏÏ								=====
1 1 1 1													
ी । शिमाचिन्ह ! ।							शहर			+++			=====
जेला	+++		राज्य						1 1	व्यक्तिगत पहचान स	iean i i		
तैंडलाइन नंबर							मोबाइल नंबर		[, , , , , , , , , , , , , , , , , , , ,	- 	 	
्							 वैकल्पिक संख्या		[==	† † † - 			======
						+ +	J						
 वार्षिक आय (रु)			1	सीकेवाईसी नंबर	. [-		- <u> </u>	- <u></u> -	:I:		1		
r		' '		वाकवाइसा नवर	गृहस्वामिनी				.:!:		-11		
मधिभोग । 	ुं वैतनिक ।	नव जत 	্ ভার 		1		१न्य, कृपया ।नादष्ट कर	[]-					‡:
हारा भुगतान किया गया प्रीमियम - — - न 	ा हूं और कंपनी को आपकी सभी पॉलिसी उ	+ + + और सेवा संबंधी संचार दीमेल आ	_ + + _ + . - + + _ + . र्स्डी पर भेजने के लिए आ	धकत करके कागज बचाने	प्रस्तावक के साथ सं में	बंध		!!_			_ ! ! !		
	पहां आवेदन पत्र में उल्लेख किया गया है?												
	ग्ढ़ा, समझा और स्वीकार किया है और इसवे ज्सी भी एजेंट और/या थर्ड पार्टी/एफिलिएट व												
	से मुझसे संपर्क करने के लिए अधिकृत किया		444440/244/4/11/4	शद्वरम्भगवर्षुम									
क्या आप पॉलिसी किट की फिजिकल कॉपी च	हते हैं		् । । ह	ाँ ्॑री नहीं									
म्या आप या प्रस्तावित आवेदकों में से कोई पी:	ईपी # है?		 ह	ाँ नहीं									
#Politically एक्सपोज़्ड पर्सन्स (पीईपी) वे व्यक्ति हैं जि			सरकारी, न्यायिक या सैन्य अधिक	गरी, सरकारी कंपनियों के वरिष्ठ अ	विकारी,								
पार्टी के महत्वपूर्ण अधिकारी सौंपे गए हैं या सौंपे गए हैं कि विवरण:	। (याद आपन पाइपा क ।खलाफ ।टक ।कथा ह, ता कृप	યા ઝલન પાક્યા પ્રશ્નાવલા મર)											
ंक का नाम													
षाता संख्या							। । आईएप	ग् एससी कोड		T - T T -			
खाता प्रकार] बचत । प्र	वाह श	गखा [_			1 1		शहर					
लेक्ट्रॉनिक बीमा खाते (ईआईए) का विवरण													
क्या आप इस नीति को ईआईए में जमा करवान 7 		t)		[]	-i ii ii ii	- 0	÷						
नहीं, मेरे पास ईआईए नहीं है औ			[-	L i	हां, इस पॉलिसी को मेरे ई- + + + । । ।		>< + + + - 		-	TTT-			+
यदि हां, तो कृपया मौजूदा ई-बीमा खाता संख्य कृपया बीमा रिपोज़िटरी नाम चुनें (आपने अपन			i.		ii				_ 1 1	111-			
न । । । मैसर्स एनएसडीएल डाटाबेस मै				[। । मेसर्स सेंट्रल इंश्योरें	न रिपोजिटरी लिमिटे	ड						
」 ¬ मेसर्स कार्वी इंश्योरेंस रिपोजिट					1		ड (कृपया किसी एक का चयन	करें) या					
1	नहीं है और मुझे एक नया ई-बीमा खाता बना-	\~\ \~\ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \			1		2(8	- 4 "					
ा भर पास माजूदा इ-बामा खाता • • — — । (कृपया संबंधित दस्तावेजों के साथ इलेक्ट्रॉनिक													
नवीनीकरण भुगतान साइन-अपः													
आपकी स्वास्थ्य बीमा पॉलिसी के नवीकरण प्री। जारी रखते हुए हर साल किया जा सकता है। इ				(SI) को									
कंपनी द्वारा आवश्यक जानकारी और दस्तावेज़ं													
r — – । । मैं ACH/SI नवीनीकरण विकल्प । ।	का विकल्प चुनना चाहता हूं और इस तरह	प्रीमियम पर 2.5% की छूट का	लाभ उठाना चाहता हूं जब	तक कि पॉलिसी का उपयो	ग करके इसका नवीनीकरा	ग नहीं किया जाता है	1		-				
, , , , , , - , - ,		न J स्थान				_ फ	स्तावक के हस्ताक्षर						

८. बीमा वे	ि			+ ·				- +		+ ·		+		- +	.	+					T T		+-	- +	
	नाम		1 1 1		1 1	_	1 1			1	!				1		1	ļ -		ļ +	11		:	-1	. .
	तिंग पुरुष		मादा		दूसरा		पराकाष्ठा	į		(एचयूए	₱)	Ĺ.		(इंच)				वजन			. <u>. l</u> .		ं (किग्र	1)	
	मोबाइल नंबर			İ				जन्म	तिथि		I D	 D	। ताख ।	लाख ।	। और। उ	 गैर ! अ	ा । गेर । और ।		कृपया वि	टेक करें	यदि भारती	प नहीं है			
-	प्रस्तावक से संबंध (कृपया विकल्प पर टिक करें): स्वयं/पति/पत्नी/पि	पेता/माता/ससुर/सा	स/पुत्र/पुत्री	/कर्मचारी								_F -							-					
आवेदक	यदि एक पंजीकृत मेडिकल प्रैक्टिशनर* है, तो वृ	pपया प्रदान करें:					i. मेडिकर	ा रजिस्ट्रेशन	नंबर					_	<u> </u>	 	<u> </u>	 - 	<u> </u>	ļ 	1 1			_	1
	 परिषद का नाम 			1				Ĭ				+			1	1			1	 - 					Ĭ
	।।।. कार्यस्थल का पता			<u> </u>	T T -		<u> </u>		<u> </u>	1	· ;				T	<u> </u>	I - I -		į	 !	ī ī		- -	- 1	
	नाम	† † 		: 	 		T = T = T		======	1		===	=====	====	‡ = = 	===	=====			‡ = = 		===	====		- -
	तिंग । पुरुष	[-1]	मादा		 दूसरा	-++	पराकाष्ठा			(एचयूए	E)	[1-1	_ + (इंच)	+		++-	वजन	- +	[्री (किग्र	_ +	-+
		1-11-		1	1 1 -	- <u> </u>	T 1	L .		(4,4%)		ļ	11					4011		i _	i		_ j (145%	,	[
	मोबाइल नंबर प्रस्तावक से संबंध (कृपया विकल्प पर टिक करें	. Trial / Trial / Trial	1 1	। ⊥ ਕਾ/ਕੇਟੀ			11	जन्म	तिथि			1 D	। लाख ।		आर । उ	तर । 3 	गैर । और ।		कृपया।	टक कर	यदि भारती	य नहा ह			
अविदक्त 2	यदि एक पंजीकृत मेडिकल प्रैक्टिशनर* है, तो वृ		ii/ ((g(/ (ii()/ 4	ci/ qci			i. मेडिकर	ा रजिस्ट्रेशन	नंबर				[- -	† 	+ 	T T - ·	- + - · 	- 	+ 	T T	- 1	- -	- + 	- -
ਲ	 परिषद का नाम 	[<u></u> [II	Ţ ·	T T -	- <u> </u>	T T			T 1					+		†	- - :	- -	‡ = =	+ + +	:			
		ii	 	- = = :		= = = = = = =	+ = = + = :	= = =		<u> </u>	===	== =	==‡=	=	‡ = =		-	=	= = = =	÷ = =	i i	==	==	====	- - :
	III. कार्यस्थल का पता	T T	 	‡==:	=====	= = = = = = =	‡==‡=:	= = =	‡==‡==	‡==	== ‡	= = ‡	== ‡=	= = = =	‡==	<u> </u>	‡==‡=:	=	=	<u> </u>	=======================================	= = =	== ==	= = = =	‡==:
	नाम [11	11	1,	11.	_11_	1 1	1		1	1			_	<u> </u>	<u> </u>	11_	<u> </u>	-	!	1			-1	
	लिंग पुरुष	[]	मादा ++-		दूसरा		पराकाष्ठा 1	į	ii	(एचयूए	(∓ 	ļ.,	.i!	(इंच) 				वजन		Ĺ	i		(किग्र	D)	
	मोबाइल नंबर	l!_	1 _ 1	<u> </u>	<u> </u>		1	जन्म	तिथि		r – – I D	1 D	। । लाख ।	लाख । 	। और । उ	। गैर ! उ – + –	ौर । और । 		कृपया ि	टेक करें	यदि भारती	प नहीं है			Ĺ
P.3	प्रस्तावक से संबंध (कृपया विकल्प पर टिक करें): प्रति / पिता / माता / ससुर / सास / बेटा / बेटी यदि एक पंजीकृत मेडिकल प्रैक्टिशनर है, तो कृपया प्रदान करें:																								
आवेदक	यदि एक पंजीकृत मेडिकल प्रैक्टिशनर* है, तो वृ	ष्ट्रपया प्रदान करें:		÷			i. मेडिकर	ा रजिस्ट्रेशन - +	नंबर + +			-	į _	- 	<u> </u>	<u>.</u>	i	- - :	: : ‡ = = :	<u>;</u> 	<u> </u>	:	=====	= ‡ = :	<u> </u>
	 परिषद का नाम 			ļ ‡==:	 										1 1 1	 		 - 		 - 	- -				
	iii. कार्यस्थल का पता		l	<u> </u>	 	_ ! _ !	1 1	<u> </u>	<u> </u>	1	!			_	ļ 	<u> </u>	<u> </u>		. !	 - 	1 1			_ !	<u> </u>
	नाम	<u> </u>	i . i	į	i i		<u>i</u> i	<u> </u>	i i	1	i	i		_i	<u>.</u>	i !	<u> </u>	i .	i	<u>.</u>	i . i	i	i	i .	<u> </u>
	तिंग पुरुष		मादा	[दूसरा		पराकाष्ठा	[(एचयूए	1)			(इंच)				वजन		[Ī	- 	(किग्र	1)	
	मोबाइल नंबर	[T T I I	† ·		- + + 	T 1	जन्म	तिथि		,	 D	+ + । । । लाख ।	+- । लाख ।	 । और । उ	 । गैर । 3	 गैर ! और !		कृपया वि	टेक करें	यदि भारती	प नहीं है			[
	प्रस्तावक से संबंध (कृपया विकल्प पर टिक करें	: पति / पिता / मात	+ + ॥ / ससुर / सास / बे	+ · टा/बेटी												- + -	_ + J								
अविदक् ४	यदि एक पंजीकृत मेडिकल प्रैक्टिशनर* है, तो वृ	pपया प्रदान करें:					ं. मेडिकल	ा रजिस्ट्रेशन	नंबर						Ĭ	1		 -	1	 					
	 परिषद का नाम 		I I	T	,		TT-	- 	TT	1		+	- -	- +	T I !	i	TT-	- + !		 !	T T		+ - !		-
	।।।. कार्यस्थल का पता		[]		 		T = T = :	T = =		1				====	 		T = T = :		1			==	====	1	
	नाम । । ।	T T	<u> </u>	‡ = = :	‡ = = ‡ = ! !		++-	+==	‡==‡== 		:==	== ‡	== ‡ =	= = = =	‡== 		‡==‡=: 	- + - :	- 	‡ = = 	+ = = + +	== ‡	== +=	====	+==
	ि	[]	+ + मादा		.]	-++	पराकाष्ट्रा	-+[(एचयूए		[7-1	- + (इंच)	+			वजन	-+		17-1		 (किग्र	-+	-+
		[T = = =	ुं दूसरा 	- <u>†</u> <u>†</u>	T 1	L	il	(८५५८)	r	ļ	11			- 7 -	-11	4011		i _	i		-] (Idva	,	;
	मोबाइल नंबर प्रस्तावक से संबंध (कृपया विकल्प पर टिक करें		1 _ 1	+		_11	11	जन्म	तिथि			+	। लाख ।	लाख । + -	और । उ 	गेर । उ _ + _	गैर ं और ं		कृपया	टेक करें	यदि भारती	य नहीं है			L
अविदक्त 5	प्रस्तावक सं संबंध (कृपमा ।वकल्प पर ।टक कर यदि एक पंजीकृत मेडिकल प्रैक्टिशनर* है, तो वृ		॥/ ससुर/ सास/ ब	CI/ QCI			ं. मेडिकल	। रजिस्टेशन	नंबर				[-	- -	T	T		- -	- 	 	-	-	- -	- 	- -
· F	 परिषद का नाम 	[[TT	Ţ ·	TT-	- <u> </u>	ŢŢ-	- <u>-</u> -	<u> </u>	Ţ		;		= ‡ = =	‡==	†	† † - :		<u> </u>	‡ = =	† †	:	== +=	====	ţ==
		ii_	†== <u></u> †==	÷==:	=====	= = = = = = =	+ = = + = :	= = =	-	÷===	===	== =	== ‡=	= = = =	‡==	==	 	=	====	-	=======================================	==	== ==	=====	= = =
	III. कार्यस्थल का पता	T T		‡ = = :	: : = =	= = = = = = =	‡==‡=:	= = =	-	‡== ;	== ‡	= = ‡	== ‡=	= = = =	‡==	<u> </u>	-	=	=	<u> </u>	====	==	== ===	= = = =	= = = =
	नाम [11	11	1	!	_	1 1	-1		1	‡			- +	±	<u> </u>	11_	_ +		!	11				
	लिंग पुरुष	[]	मादा ++-	į.	दूसरा		पराकाष्ठा 1	į	ii	(एचयूए	₽)	ļ.,	i i	(इंच) 		- + -		वजन		Ĺ.	i	<u> </u>	(किग्र	D)	r
	मोबाइल नंबर	[[1 1	<u> </u>		1 1	i. j	जन्म	तिथि		ļ 	ļ 		+ _	± _	-1-	1		कृपया ि	टेक करें	यदि भारती	प नहीं है			-
9 2	प्रस्तावक से संबंध (कृपया विकल्प पर टिक करें		ता / ससुर / सास / वे	वेटा / बेटी									Γ-		+	-		- +		-			+-	- +	- -
आवेदक	यदि एक पंजीकृत मेडिकल प्रैक्टिशनर* है, तो वृ	ष्ट्रपया प्रदान करें: 		Ţ ·			i. मेडिकर	ा रजिस्ट्रेशन - 🛨 – –	नंबर 	-			[-		<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>		<u> </u>		== :	=====	= = = =	ļ
	 परिषद का नाम 	l		 	 +-		<u> </u>	- +	;	ļ		+ 	+ -	- +	 	 		 - - +	-	 			======		- - - - - -
	।।।. कार्यस्थल का पता		1 1	i		1 1	i i	1		1	- 1	- 1	- 1	1	1			1	i	1		- :	i	i	i

ै प्रीप्तिम म पर 5% की छूट का लाभ उठाएं। मेडिकल प्रीक्टियनर का अर्थ है एक व्यक्ति जो किसी भी राज्य को मेडिकल काउसिल या मेडिकल काउसिल आँक इंडिया या काउसिल फॉर इंडियन मेडिसिन या भारत सरकार या राज्य सरकार द्वारा स्थापित होम्योपियी के लिए वैध पंजीकरण रखता है और इस तरह अपने अधिकार क्षेत्र के मीतर दवा का अभ्यास करने का हकदार है, और अपने लाइसिक छायर और अधिकार क्षेत्र के मितर कार्य कर रहा है। हिप्पार्थियों . मेरिक स्थापित होम्योपियों के लिए वैध पंजीकरण रखता है और इस तरह अपने अधिकार क्षेत्र के मेतिर दवा का अभ्यास करने का हकदार है, और अपने हिप्पार्थियों . मेरिक स्थापित होम्योपियों हो स्थापित होम्योपियों . मेरिक स्थापित होम्योपियों हो स्थापित होम्योपियों हो स्थापित होम्योपियों हो स्थापित होम्योपियों . मेरिक स्थापित होम्योपियों हो स्थापित होम्योपियों . मेरिक स्थापित होम्योपियों हो स्थापित होम्योपियां . मेरिक स्थापियां . मेरिक स्थापित होम्योपियों हो स्थापित होम्योपियों हो स्थापित होम्योपियों हो स्थापित होम्योपित होम्योपियों हो स्थापित होम्योपित होम्योपियों हो स्थापित होम्योपित होम्योपियों हो स्थापित होम्योपित होम

3 कवरेज सेलेक परः						
आधार कवरेज:						
पॉलिसी का प्रकार#:	्र —] व्यक्ति	कैमिली फ्लोटर कैमिली फ्लोटर		बहु सदस्यीय व्यक्ति		
कवर किए जाने वाले जीवन की संख्या:	्	ि				
Fha:] काँसा रंग	 चाँदी जैसा	्	न् कांस्य+	ू — -] चांद	Î+
	,	न हीरा+	् — — । 	[+] <u> </u>	इटेनियम+	
बेस सम इंक्पोर्ट:						
पॉलिसी अवधि:	ा वर्ष । वर्ष] 2 वर्ष] 3 वर्ष			
वैकत्पिक कवरेज:						
1. हॉस्पिटल केश] -हीं 				
2. रक्षाकरना ^{\$}	e e	 नहीं 				
3. रक्षोपायक÷ ^{\$}	「	 नहीं 				
4. सार्ट हेल्य+ (रोग प्रबंधन)	्र — । । । सोना	ू — । । प्लेटिनम	「			
•सभी प्रभावित सदस्यों को एक वेरिएंट चुनना होगागोल्ड े	1	2	3	4	5	6
या प्लैटिनम।	[_]		[-]	[]		[]
	ू – । । । । । । । । । । । । । । । । । । ।	г —] । सिवर	। । से अच्छी देखभाल ।	_] नहीं 		
5. सार्ट हेल्य- (एक्यूट केयर) *दोनों						
में से किसी एक को चुना जा सकता है	[_]		[_]	[]		[_]
6			आवेदक संख्या			
 कृपया व्यक्तिगत दुर्घटना कवर के लिए वैकल्पिक होने पर टिक करें (यह विकल्प केवल 18 वर्ष या उससे अधिक आयु के 	1	2	3	4	5	6
आवेदकों के लिए उपलब्ध है)	[_]	[-]	[]	[]	[_]	[]
7. वार्षिक एग्रीगेट डिडक्टिबल विकल्पः	नहीं					
7 . वार्षिक एग्रामेट डिडाक्टबता विकत्यः			[-]			[]
8. सह-भुगतान	r — —] 	20%	30%	[] [] [] 40	%	50%
9. पहले से मौजूद रोग प्रतीक्षा समय संशोधन	्	्र वर्ष	[-]		r - I	- 1 - -
10. कमरे का प्रकार संशोधन	्	सिंगल	प्राइवेट रूम	् _] स	ाझा कमरा	
eranny स्वीरत का इंसोर्ट को इंसोर्ट करें हमें इंसर्ट करने के लिए आहे हैं क्रांतर का मानत है कि स्वीतित्व रूप के व वासूचिक रूप में करने बीचीता मानित इस तीम तक एक वास कर नाते हैं Statur कैसर्पर के तीमार्ट अपनितास पुता वा स्वता है						

4. सुवाह्यता										
पॉलिसी नं.		बीमा कंपनी			जोखिम प्रारंभ दिनांक			जोखिम समाप्ति तिथि	पो	टैंग के कारण
प्रस्तावित बीमित व्यक्ति	पॉलिसी शुरू होने	निरंतर कवरेज के	पिछली नीर्	तियों	वर्तमान नो	;	सम इंश्योर्ड	सम इंश्योर्ड-	सम इंश्योर्ड	सम इंश्योर्ड
		वर्षों की संख्या	में दावे			-			– वर्ष 3	– वर्ष 4
										(एक्सपायरी
जिसके लिए पोर्टेबिलिटी										पॉलिसी)
		पोर्टेबिलिटी का अनुरोध								

5.-пиі

प्रस्तावक की मृत्यु की स्थिति में, पोलिसी के तहत देय कोई भी भुगतान नीचे नामित नामांकित व्यक्ति को देय हो जाएगा। नामांकित व्यक्ति द्वारा इस तरह के भुगतान की प्राप्ति पोलिसी के तहत कंपनी की देयता का निर्वहन करेगी।

नोंमिनी का नाम			जन्म तिथि														मेनी का	पता, मो अ	बाइल न ाईडी													का नाम शयु 18 व			
नोंमिनी का बैंक विवरण:	ল	ाभार्थी का	। नामः			ĺ		 ! ! 	 	- + - - 1 - 1	-		 - - 	T	 - - - - - - -		 ! ! 	 - 	i -	- + -	-		 - 	+	 	- - -	- + - - + -	 + ·		 - 	 - - 		- + - - ! - + -	- -	 - 1
बैंक का नाम	1		+		 	Ĭ			+		ļ	+-	- + -	- +		1 -	1	+ .				i		खा	ता प्रका	₹			ं ब	चत		i	_]	प्रवाह	
खाता संख्या	- + - - + -			- - - -	 ! ! 	T	-	- 1	+		 	T -	- + -	- t	 	T -	- † -		-] a	गईएफए	रससी क	गेड				 		Ī -	- + -		1	- -]

चिकित्सा आढतें और पिछले प्रस्ताव की जानकारी

महत्वपूर्णः 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 घ्यान दें कि कोई भी अपूर्ण, गलत, आंशिक रूप से सही जानकारी आपके विकत्सा 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।				3	विदक संख	मा						
कृपया हाँ (y) या नहीं (N) सर्कत करें	:	L	1	2	3	3	2	ļ.	!	5	6	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 सर्जिक्त 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 इनहेतर, इंजेक्शन, मोखिक 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 धायराइड प्रोफाइल, लिपिड प्रोफाइल, ट्रेडमिल टेस्ट, एंजियोग्राफी, इकोकार्डियोग्राफी, एंडोस्कोपी, अल्ट्रासाउंड, सीटी स्केन, एमआरआई, बायोप्सी और एफएनएसी से संबंधित किसी भी नैदानिक परीक्षण या जांच के प्रतिकृत परिणाम मिते 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 आनुवंधिक / 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 अस्तीकार कर दिया गया है, स्थगित, लोड किया गया है या किसी भी विशेष शर्तों जैसे कि किसीभीबीमार्कपनीद्वाराबहिष्करण के अधीन है?	और	N	और	N	और	N	और	N	और	N	और	N

खंड बी: (कृपपा इस अनुभाग को केवल तभी भरें जब आवेदक धूम्रपान करता है या तंबाकू / गुटखा / पान मसाला या चराब का सेवन करता है)	्रों , पोग्य तंत्राकृश्युटखा/यन मसाला। यदि संख्या निर्दिष्ट करें। दिन	हाँ, तो कृपया प्रति पाउच की	ii. घरान। यां करें	दे हाँ, तो कृपया प्रति सप्ताह संस्	या एमएल निर्देष्ट	iii. सिमरेट/बीड़ी/नि तो कृपया प्रति दिन खपत निर्दिष्ट करें	मार। यदि हाँ,
	1-10	> 10	<= 450	> 450	दैनिक पीने वाला	1-10	> 10
आवेदक 1							
आवेदक 2							
आवेदक 3							
आवेदक 4							
आवेदक 5							
आवेदक ६							

अनुभाग सी: उपरोक्त अनुभाग मे	हिं (वाई) चिह्नित प्रश्नों के लि	ए, कृपया निम्नलिखित जानका	ी निर्दिष्ट करें:									
आवेदक			भ्रण (ओं) या जांच (ओं) या निदा						ख़ुराक			संलग्न
संख्या			प्रक्रिया / सर्जरी का विवरण							स्थिति (जैसे		दस्तावेज
	यदि दीया- HbA1c				शुरुआत की					पूर्ण/आंशिक		(हां/नहीं)
					तारीख (डीडी /					पुनप्रीप्ति		
					एमएम /							
		प्रकुंचक देखिए।	अनुशिथिलक		वाईवाईवाईवाईवाई)							
									<u></u>			
_												
7. घोषणा (कृपया ध्यान से परे	इं और प्रस्ताव फॉर्म पर हस्ताः	क्षर करने से पहले प्रत्येक के रि	व्हाफ एक चेक मार्क लगाएं)		
् मैं एतह्रवारा अपनी ओ	र से और बीमित किए जाने वे	p लिए प्रस्तावित सभी व्यक्तियं	í की ओर से घोषणा करता हूं वि	o मेरे द्वारा दिए गए उपरोक्त	न कथन, उत्तर और/या विवरण मे	ो सर्वोत्तम जानकारी के अनुसा	र सभी मामलों में	सत्य और पूर्ण हैं और मै	इन अन्य व्यक्तियों की	ओर से प्रस्ताव करने के लिए अधि	ा कृत हूं।	
11												
_] मैं समझता हूं कि मेरे ह	हारा प्रदान की गई जानकारी	बीमा पॉलिसी का आधार बनेगं	i, बोर्ड द्वारा अनुमोदित बीमाकर	र्ता की हामीदारी नीति के अ	धीन है और यह कि पॉलिसी प्रभाग	i प्रीमियम के पूर्ण भुगतान के ब	गद ही लागू होगी	ı				
r — ा मैं यह भी घोषणा करत	ा हूं कि मैं बीमित किए जाने o	वाले जीवन के व्यवसाय या साम	ान्य स्वास्थ्य में होने वाले किसी :	भी परिवर्तन को प्रस्ताव प्रस्	तु किए जाने के बाद लेकिन कंप	नी द्वारा जोखिम स्वीकृति के संग	वार से पहले लिखि	वेत रूप में सूचित करूंग	πι			
1j												
r = - ा मैं घोषणा करता हूं कि जानकारी मांगना जिसे	मैं किसी भी डॉक्टर या अस्प बीमित व्यक्ति / प्रस्तावक प	ताल से चिकित्सा जानकारी मां र बीमा के लिए आवेदन किया	गने वाली कंपनी को सहमति देत गया है प्रस्ताव और/या दावा निष्	ग हूं, जिसने किसी भी समय ग्टान को हामीदारी देने के उ	। बीमित / प्रस्तावक या किसी भी । उद्देश्य से।	पेछले या वर्तमान नियोक्ता से ि	केसी भी चीज के	बारे में चिकित्सा जानका	री मांगी है जो बीमित व	पक्ति के शारीरिक या मानसिक स्व	वास्थ्य को प्रभावित करती है /	प्रस्तावक और किसी भी बीमाकर्ता से
11												
r = = 1 मैं कंपनी को अपने प्रस्	ताव से संबंधित जानकारी सा	झा करने के लिए अधिकत कर	ता हं जिसमें बीमित/प्रस्तावक	के मेडिकल रिकॉर्ड शामिल	: हैं, जो प्रस्ताव और/या दावों के नि	पटान को हामीदारी करने के 1	एकमात्र तहेश्य वे	5 लिए और किसी भी सर	कारी और/या नियामक	5 पाधिकरण के साथ हैं।		
			6/		.,		,	,	,			
ृ — — ा मैं/हम कंपनी को मेरे/।	हमारे प्रस्ताव से संबंधित जान	कारी साझा करने के लिए अधि	कृत करते हैं, जिसमें हमारे सूर्च	ोबद्ध प्रदाता के साथ सेवा वि	वेतरण के एकमात्र उद्देश्य के लिए	बीमित व्यक्ति/प्रस्तावक के में	डिकल रिकॉर्ड श	गमिल हैं।				
			1									
खजूर + -			ं स्थान =				प्रस्तावक के ह	इस्ताक्ष र				
8. स्थानीय घोषणा												
(यदि प्रस्तावक ने स्थानीय भाषा में	द्यसाथ्य किए हैं (कंसनी के ए	जेंट (कर्मनारी के अलावा किसी	अज्ञा त्यांतिन दास देखा जाना है।	ıl.								
इस फॉर्म की सामग्री और इसके वि												
प्रमाणित करने वाले व्यक्ति				प्रमाणित क	रने वाले व्यक्ति				प्रमापि	णेत करने वाले व्यक्ति का मोबाइल — + + + +		
का नाम:				के हस्ताक्षर:								
गवाह का नाम					गवाह के				गवाह -	का मोबाइल नंबर: 		
					हस्ताक्षर				į_	_1_1_1_1_1	!!	
									प्रस्तावक	के		
									हस्ताक्षर			
9. प्रस्तावक घोषणा												
(प्रमाणन जहां किसी भी कारण से, !												
फॉर्म की सामग्री और जुड़े दस्तावेज												
समझा है। प्रस्ताव फॉर्म मेरे निर्देश	v vi6ri	ધારા મરા ખાતા ફ ઝીર	मैंने इसे सही और पूर्ण पाया।									

10. ग्रीमियम विवरण (केवल कार्यालय उपयोग के लिए)				
प्रीमियम भुगतान विकल्प प्रीमियम रशिव बैंक का नाम/शाखा कोड नं. क्ट संख्या नाम पर प्राप्त प्रस्तावः	्रायक मांग हापर ऑनलाइन भूगतान लेनदेन अ	ाईडी:	े नेट बेंकिंग 	े क्यांज्य
11. केवल Bancassurance चैनल के लिए अतिरिक्त विवरण (केव	त कार्यातय उपयोग के लिए)	,,		
शास्त्राकोड	। । । एसपी कोड			
के आसपास ustomer खाता संख्या 12. बीमा सलाहकार की रिपोर्ट (केवल कार्यालय उपयोग के लिए)	[
💶 - बामा खलाहकार का स्पाट (कवर कायालय उपयाग के लिए)				
में, बीमा सलाहकार/कॉरयोरेट एजेंट के विनिर्दिष्ट व्यक्ति/ब्रोकर के प्राधिकृत को आधार बनाया जाएगा कंपनी और प्रस्तावक के बीच बीमा के अनुबंध की	। कर्मचारी/रिलेशनशिप ऑफिसर के रूप में अपनी हैसियत से यह घो यदि यह प्रस्ताव पॉलिसी जारी करने के लिए कंपनी द्वारा स्वीकार कि	षणा करता हूं कि मैंने इस प्रस्ताव प्रपत्र की सभी विषय-वस्तु को प्रस्तावक को स्पष्ट कर दिया या जाती हैं।	है, जिसमें इस प्रस्ताव प्रपत्र में निहित प्रश्नों के लिए उसके द्वा	रा प्रस्तुत कथन, सूचना और प्रतिक्रिया (ऑ) सहित या यहां मांगे गए किसी भी विवरण
मैंने आगे स्पष्ट किया है कि यदि कोई असत्य कथन (कथनों) / सुचना / प्रतिति जा सकता है और पॉलिसी के तहत भुगतान किए गए सभी प्रीमियम कंपनी र प्रतिति के स्वाप्ति के तहत भुगतान किए गए सभी प्रीमियम कंपनी र प्रतिति के स्वाप्ति के		. शपथ पत्रों, बयानों, प्रस्तुतियों सहित, प्रस्तुत किया जाना है और इसके अलावा यदि किसी भी स्वीया स्वापना	भौतिक तथ्य का खुलासा नहीं किया गया है, तो इस प्रस्ताव के	र अनुसरण में उसके पक्ष में जारी की गई पॉलिसी को कंपनी द्वारा शून्य और शून्य माना
1.	ग्रेवन या संपत्ति से संबंधित किसी भी प्रकार के जोखिम के संबंध में बीम	। लेने यानवीनीकृत करने या जारी रखने के लिए प्रतोधन के रूप में, देय कमीशन के पूरे याहि तालिकाओं के अनुवार अनुमति दी जा सकती हैं।	न्से की कोई छूट या पॉलिसी पर दिखाए गए प्रीमियम की को:	ई छूट की अनुमति या अनुमति नहीं देगा, न ही कोई व्यक्ति पोतिसी लेने या नवीनीकृत
	, स्वाय इस तरह का छूट क जा बामाकता के प्रकाशित प्रास्पवत्स य में भी व्यक्ति जुर्माना के लिए उत्तरदायी होगा जो दस लाख रुपये तक क			
आसा कार्यकर्ता	मनरेगा कार्यकर्ता			
15. આમા આईકી				
सदस्य का नाम	क्या आपके पास आभा आईटी है?	आमा आईडी		ABHA के माध्यम से बीमाकर्ताओं/IPA के साथ मेडिकल रिकॉर्ड साझा करने की
				चर्च चर्च चर्च चर्च

निवा बूपा हेत्थ इंप्योरेस कंपनी लिमिटेड; पंजीकृत कार्यालय:- सी -38, पहली मंजिल, लाजपत नगर, भाग 1, नई दिल्ली -110024 अस्तीकरण: बीमा यावना का विषय है। निवा बूपा हेल्थ इंप्योरेस कंपनी लिमिटेड (जिसे पहले नेस्स बूपा हेल्थ इंग्योरेस कंपनी लिमिटेड के नाम से जाना जाता था) (आईआरडीएआई पंजीकरण संख्या 145)। बूपा और 'हार्टबीट' लोगो उनके संबंधित स्वामियों के पंजीकृत ट्रेटमार्क हैं और लाइसेंस के तहत निवा बूपा हेल्थ इंग्योरेस कंपनी लिमिटेड द्वारा उपयोग किए जा रहे हैं। ग्राहक हेल्पलाइन: 1860-500-8888 वेबसाइट: www.nivabupa.com1 सीआईएन: u6600012008PLC182918। नियम और शर्तों, बहिष्करण, जोखिम कारकों, प्रतीक्षा अवधि और लाभों के बारे में अधिक जानकारी के लिए, कृपया बिक्री

16 रिफंड और दावों के भुगतान के लिए वि																																					
भुगतान प्राप्त करने का विकल्पः				1	- 1	बैंक ट्रां	ांसफर																														
लाभार्थी का नाम			[I		1			 i	Ĭ.	1	II.	!		<u> </u>	Ĭ.		1		 	1	I		- + -	1		 		 - 	Ĭ.	Ĭ		- + -		
बैंक का नाम	1	- + -	1		 	I	- + -	1			 	1	1				1	1		1		 	1	1	- + -	- + -	1	1			 †	İ	1	1	1		
खाता संख्या	T -				 	1					 i	Ĭ.	1				<u> </u>	Ī		1] 3	आईएफा	रससी के	ोड		Ĭ	1		+		<u> </u>	Ĭ.	1		Ī	
खाता प्रकार	T - - 	- + -	- T		 	Ĭ.	- + -	1	ij	-	 	1	 		- + - +	 	i	1	Ī	1	:																

निवा बूपा हेल्थ इंस्थोरेंस कंपनी लिमिटेड, पंजीकृत कार्यातथः. सी. 98, पहली मंजिल, लाजपत नगर, भाग 1, गई दिल्ली -110024
अरवीकरणः बीमा याचना का विषय है। निवा बूपा हेल्थ इंस्थोरेंस कंपनी लिमिटेड (जिसे पहले मैक्स बूपा हेल्थ इंस्थोरेंस कंपनी लिमिटेड कं नाम से जाना जाता था) (आईआरडीएआई पंजीकरण संख्या 145)। खूपा
और लाटंबीट लोगों उनके संबंधित स्वामियों के पंजीकृत ट्रेडमांक हैं और लाइसंस के तहत निवा बूपा हेल्थ इंस्थोरेंस कंपनी लिमिटेड द्वारा उपयोग किए जा रहे हैं। प्राहक हेल्पलाइन: 1860-500-8888 वेबसाइट: www.nivabupa.com।
सीआईएन: u66000012008PuC1829181 नियम और यातों, बहिष्करण, जोखिम कारकों, प्रतीक्षा अवधि और लामों के बारे में अधिक जानकारी के लिए, कृपया बिक्री
समाप्त करने से पहले सेल्स ब्रोधार को ध्यान से पहें.

उत्पाद का नाम: रीएश्योर 2.0, उत्पाद यूआईएन: NBHHLIP23169V012223 | राइडर का नाम: स्मार्ट हेल्४+, राइडर यूआईएन: NBHHLIA22164V012122

कंपनी द्वारा स्वीकृति					
आवेदन सं.] खजूर	
				-	त्तेसी जारी करने के लिए किया गया कोई भुगतान हमें पॉलिसी जारी करने के लिए सहमत नहीं होगी। यदि हम प्रस्ताव को स्वीकार नहीं करते हैं, तो हम आपको सूचित करेंगे और
बिना ब्याज के आपसे प्राप्त चिकित्सा परीक्षणे					
		रिसीवर और कार्यालय क	ो मुहर का नाम और हस्ताक्षर		