



## 2. बीमा के लिए आवेदकों का विवरण:

आवेदक 1

नाम

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

मोबाइल नंबर  जन्म तिथि  D D 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 प्रैक्टिशनर\* 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  (एक्सएफ)  (ईच)  वजन  (किग्रा)

मोबाइल नंबर  जन्म तिथि  D D 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 प्रैक्टिशनर\* 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  (एक्सएफ)  (ईच)  वजन  (किग्रा)

मोबाइल नंबर  जन्म तिथि  D D 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 प्रैक्टिशनर\* 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  (एक्सएफ)  (ईच)  वजन  (किग्रा)

मोबाइल नंबर  जन्म तिथि  D D 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 प्रैक्टिशनर\* 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  (एक्सएफ)  (ईच)  वजन  (किग्रा)

मोबाइल नंबर  जन्म तिथि  D D 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 प्रैक्टिशनर\* 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  (एक्सएफ)  (ईच)  वजन  (किग्रा)

मोबाइल नंबर  जन्म तिथि  D D 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 प्रैक्टिशनर\* 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 प्रैक्टिशनर 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 होमोपैथी के लिए वैध पंजीकरण रखता है और इस तरह अपने अधिकार क्षेत्र के भीतर दवा का अभ्यास करने का हकदार है; और इनके द्वारा जारी किए गए प्रमाणपत्रों के माध्यम से।  
 टिप्पणियाँ: 1. यदि प्रस्तावक के साथ आवेदक 2 का संबंध कर्मचारी है, तो अन्य आवेदकों का संबंध आवेदक 1 के साथ है।

### 3. कवरेज सेलेक पर:

आधार कवरेज:						
पॉलिसी का प्रकार#:	<input type="checkbox"/> व्यक्ति	<input type="checkbox"/> फैमिली फ्लोटर	<input type="checkbox"/> बहु सदस्यीय व्यक्ति			
कवर किए जाने वाले जीवन की संख्या:	<input type="checkbox"/> 10 वर्षों	<input type="checkbox"/> बच्चे				
भिन्न:	<input type="checkbox"/> कौसा रंग	<input type="checkbox"/> चाँदी जैसा	<input type="checkbox"/> सोना	<input type="checkbox"/> कोयल	<input type="checkbox"/> चाँदी	
	<input type="checkbox"/> सोना	<input type="checkbox"/> हीरा	<input type="checkbox"/> प्लेटिनम	<input type="checkbox"/> टाइटैनिम		
बेस सम इश्योर्ड:	_____					
पॉलिसी अवधि:	<input type="checkbox"/> 1 वर्ष	<input type="checkbox"/> 2 वर्ष	<input type="checkbox"/> 3 वर्ष			
वैकल्पिक कवरेज:						
1. होस्पिटल कैश	<input type="checkbox"/> हाँ	<input type="checkbox"/> नहीं				
2. रक्षा करना \$	<input type="checkbox"/> हाँ	<input type="checkbox"/> नहीं				
3. रक्षोपायक \$	<input type="checkbox"/> हाँ	<input type="checkbox"/> नहीं				
4. स्मार्ट हेल्थ* (रोग प्रबंधन) *सभी प्रभावित सदस्यों को एक वैरिएंट चुनना होगा गोल्ड या प्लेटिनम।	<input type="checkbox"/> सोना	<input type="checkbox"/> प्लेटिनम	<input type="checkbox"/> नहीं			
	1	2	3	4	5	6
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. स्मार्ट हेल्थ* (एक्यूट 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			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. कृपया (व्यक्तिगत दुर्घटना कवर) के लिए वैकल्पिक रोलने पर टिक करें (यह विकल्प केवल 18 वर्ष या उससे अधिक आयु के आवेदकों के लिए उपलब्ध है)।	आवेदक संख्या					
	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 एग्जीग्रेट डिडक्रेटिवल विकल्प:	<input type="checkbox"/> नहीं					
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. सह-भुगतान	<input type="checkbox"/> नहीं	<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	<input type="checkbox"/> 4 वर्ष	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10. कमरे का प्रकार संशोधन	<input type="checkbox"/> नहीं	<input type="checkbox"/> सिंगल प्राइवेट रूम	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> साझा कमरा

\*सर्वश्रेष्ठ परामर्श: सर्वश्रेष्ठ कमी इन्स्योर्ड सदस्यों के लिए, जहां है, कवरेज का मतलब है कि व्यक्तिगत रूप से या समूहिक रूप से सभी बीबीएल व्यक्ति इस कवरेज का लाभ सकते हैं।

†सह-भुगतान पर कवरेज: आधिकारिक चुना जा सकता है।

### 4. स्वाहाता

पॉलिसी नं.	बीमा कंपनी	जोखिम प्रारंभ तिनांक	जोखिम समाप्ति तिथि	पोरिंग के कारण				
प्रस्तावित बीमित व्यक्ति का नाम जिसके लिए पॉर्टेबिलिटी का अनुरोध किया गया	पॉलिसी शुरू होने की पहली तारीख	निरंतर कवरेज के वर्षों की संख्या जिसके लिए पॉर्टेबिलिटी का अनुरोध किया गया है	पिछली नीतियों में दावे	वर्तमान नो क्लेम बीनस	सम इश्योर्ड - वर्ष 1 (सबसे पुराना)	सम इश्योर्ड- वर्ष 2	सम इश्योर्ड - वर्ष 3	सम इश्योर्ड - वर्ष 4 (एक्सपायरी पॉलिसी)

## 5. 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: \_\_\_\_\_ बचत \_\_\_\_\_ प्रवाह \_\_\_\_\_

खाता संख्या: \_\_\_\_\_ आईएफएससी कोड: \_\_\_\_\_

## 6. 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 निरा बूया 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	आवेदक संख्या					
	1	2	3	4	5	6
कृपया प्रत्येक आवेदक के लिए निम्नलिखित प्रश्नों के उत्तर दें। कृपया हाँ (Y) या नहीं (N) चिह्नित करें						
<b>i.</b> 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 इन्हेलर, इलेक्शन, मौखिक दवाओं और सर्जरी के अंगों पर बाहरी चिकित्सा अनुप्रयोगों तक सीमित नहीं है।	और	N	और	N	और	N
<b>ii.</b> क्या आवेदक को कभी भी थायरॉइड प्रोफाइल, लिपिड प्रोफाइल, ट्रेडमिल टेस्ट, एंजियोग्राफी, इकोकार्डियोग्राफी, एटोस्कोपी, अल्ट्रासाउंड, सीटी स्कैन, एमआरआई और एफएनएससी से संबंधित किसी भी नैदानिक परीक्षण या जांच के प्रतिकूल परिणाम मिले हैं?	और	N	और	N	और	N
<b>iii.</b> क्या आवेदक को मधुमेह या प्री-डायबिटीज है या क्या उसे कभी उच्च रक्त शर्करा हुआ है?	और	N	और	N	और	N
<b>iv.</b> क्या आवेदक को उच्च रक्तचाप या उच्च रक्तचाप है?	और	N	और	N	और	N
<b>v.</b> क्या आवेदक को कभी भी किसी अनुवर्धक / वंशानुगत विकार या एचआईवी / एड्स के लिए निदान या उपचार किया गया है?	और	N	और	N	और	N
<b>vi.</b> क्या आवेदक को कभी भी किसी मानसिक/मानसिक विकार के लिए निदान या उपचार किया गया है?	और	N	और	N	और	N
<b>vii.</b> 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, लौट किया गया है या किसी भी विशेष शर्तों जैसे कि किसी भी बीमाकंपनी द्वारा बहिष्करण के अधीन है?	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।	vii. वेमप 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 स्वमत निर्दिष्ट करें	
	1-10	> 10	<= 450	> 450	1-10	> 10
आवेदक 1					दैनिक पीने वाला	
आवेदक 2						
आवेदक 3						
आवेदक 4						
आवेदक 5						
आवेदक 6						

अनुभाग सी: उपरोक्त अनुभाग में हा (वाई) चिह्नित प्रश्नों के लिए, कृपया निम्नलिखित जानकारी निर्दिष्ट करें:

आवेदक संख्या	लक्षण (औ) या जांच (ओ) या निदान या प्रक्रिया / सर्जरी का विवरण				शर्त की अवधि	दवा (ओ)	सुराक	वर्तमान स्थिति (कैसे पूर्ण/अंशिक 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		कोई अन्य विवरण						
		प्रमुखक देखिए।	अनुपिहितक							

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

- मैं एस्ट्रवारा 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 प्रभाव 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

**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 पढ़े 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 जहाँ किसी भी कारण से, प्रस्ताव और अन्य संबंधित कारगजात 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

## 10. प्रीमियम वितरण (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"/> केषाअय	
प्रीमियम राशि	ऑनलाइन भुगतान लेनदेन आईडी:			खजूर		
बैंक का नाम/शाखा				निवा बूपा शाखा स्थान		
कोड नं.	व्यवसाय स्रोत: सलाहकार/डीएसटी/कॉर्पोरेट एजेंसी/अन्य चैनल					
कूट संख्या						
नाम						
पर प्राप्त प्रस्ताव:				कन्स्टमर आईडी:		
क्या प्रस्तावक या आवेदक कर्मचारी है?	<input type="checkbox"/> हाँ	<input type="checkbox"/> नहीं				

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

शाखा कोड	<input type="text"/>	एसागी कोड	<input type="text"/>	आरएम/एलजी कोड	<input type="text"/>
के आसपास customer खाता संख्या	<input type="text"/>				

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

मैं, बीमा सलाहकार/कॉर्पोरेट एजेंट के विनिर्दिष्ट व्यक्ति/बोकर 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 की, यदि यह प्रस्ताव पॉलिसी जारी करने के लिए कंपनी द्वारा स्वीकार किया जाता है।

मैंने आगे स्पष्ट किया है कि यदि कोई असत्य कथन (कथनी) / 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	<input type="text"/>	बीमा सलाहकार के हस्ताक्षर	<input type="text"/>
------	----------------------	---------------------------	----------------------

## 13. वैधानिक वेतान्नी

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 को 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 प्रॉसेच्यूर या तालिकाओं के अनुसार अनुमति दी जा सकती है।
- इस धारा के प्रावधानों के अनुपालन में ब्रूक करने वाला कोई भी व्यक्ति जुर्माना के लिए उत्तरदायी होगा जो दस लाख रुपये तक का हो सकता है।

## 14. ग्रामीण और सामाजिक क्षेत्र श्रेणी (यदि लागू हो):

आया कार्यकर्ता	<input type="checkbox"/>	मन्रेण कार्यकर्ता	<input type="checkbox"/>
----------------	--------------------------	-------------------	--------------------------

## 15. आभ आईडी

सदस्य का नाम	क्या आपके पास आभा आईडी है?		आभा आईडी	ABHA के माध्यम से बीमाकर्ता/TPA के साथ मैडिकल रिकॉर्ड साझा करने की	
	<input type="checkbox"/> हाँ	<input type="checkbox"/> नहीं		<input type="checkbox"/> हाँ	<input type="checkbox"/> नहीं
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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) (आईआरडी/आई फंजीकरण संख्या 145)। बूपा

और हार्डबीट लोगो उनके संबंधित स्वामित्व 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: U66000DL2008PL182918। निगम और शर्तों, बहिष्करण, जोखिम कारकों, प्रतीक्षा अवधि और लाभों के बारे में अधिक जानकारी के लिए, कृपया विक्री

समाप्त करने से पहले सेल्स ब्रोकर को ध्यान से पढ़ें।



निवा बूपा हेल्थ इंश्योरेंस कंपनी लिमिटेड, पंजीकृत कार्यालय: - सी-98, पटली मंजिल, लाजपत नगर, भाग 1, नई दिल्ली -110024

अस्वीकरण: बीमा याचना का विषय है। निवा बूपा हेल्थ इंश्योरेंस कंपनी लिमिटेड (जिसे पहले मेक्स बूपा हेल्थ इंश्योरेंस कंपनी लिमिटेड के नाम से जाना जाता था) (आईआरडीआई पंजीकरण संख्या 145)। बूपा और हार्दबीट 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 समायोजक से पहले सेल्स ब्रोकर को ध्यान से पढ़ें।

उत्पाद का नाम: रीएन्सोर 2.0, उत्पाद यूआईएन: NBHHLUP23169V012223 | राइडर का नाम: स्मार्ट हेल्थ, राइडर यूआईएन: NBHHLIA22164V012122

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 निर्माण 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 विकल्प परीक्षणों की लागत, यदि कोई हो, काटने के बाद भुगतान वापस कर देंगे।

रिचीवर और कार्यालय की मुहर का नाम और हस्ताक्षर