

राइज़ प्रस्तावित फ़ॉर्म

URN: 031

इंश्योरेंस अनुबंध भी एक कानूनी अनुबंध है और यह विश्वास पर आधारित है और हमें आप पर विश्वास है। हम समझते हैं कि आप नहीं जानते होंगे कि आपके स्वास्थ्य के बारे में जानकारी कितनी प्रासंगिक है और इसका आपकी पॉलिसी पर क्या प्रभाव पड़ता है। इसलिए, यह बहुत महत्वपूर्ण है कि आप सभी स्वास्थ्य जानकारी का खुलासा करें और हम तय करेंगे कि यह कितनी प्रासंगिक है (हम इसे 'भौतिक तथ्य' कहते हैं)।

अगर इंश्योर्ड किए जाने वाले सभी सदस्यों की सही और पूरी जानकारी प्रदान नहीं की जाती है, तो हम आपकी पॉलिसी कैंसल कर देंगे, किसी भी क्लेम का भुगतान नहीं करेंगे, जमा किया गया कोई भी प्रीमियम वापस नहीं करेंगे और पहले दिए गए लाभों की रिकवरी सहित, आपके खिलाफ़ सभी कानूनी कदम उठाने का अधिकार सुरक्षित रखते हैं।

विनियमों के अनुसार कवरेज तभी शुरू हो सकता है जब हमें पूरा प्रीमियम प्राप्त हो गया हो और हमने स्पष्ट रूप से जोखिम स्वीकार कर लिया हो।

1. प्रस्तावक विवरण:

शीर्षक	नाम	लिंग:	पुरुष	महिला	अन्य	राष्ट्रीयता
जन्म तिथि						
वर्तमान पता						
लैंडमार्क						शहर
जिला				राज्य	पिनकोड	
लैंडलाइन नंबर					मोबाइल नंबर	
ईमेल ID					वैकल्पिक नंबर	
वार्षिक आय (₹)				CKYC नंबर		
व्यवसाय	वेतनभोगी	स्व-नियोजित	छात्र	गृहिणी	अन्य, कृपया बताएं	

द्वारा भुगतान किया गया प्रीमियम

प्रस्तावक से संबंध

मैं पर्यावरण की रक्षा करना चाहता/चाहती हूँ और कागज़ की बचत में योगदान देना चाहता/चाहती हूँ। इसलिए, क्या मैं कंपनी को आपकी सभी पॉलिसी और सेवा संबंधी संचार इस आवेदन पत्र में उल्लिखित ईमेल ID पर भेजने के लिए अधिकृत कर सकता/सकती हूँ?

मैंने सभी नियम व शर्तें पढ़ ली हैं, समझ ली हैं और मैं इन्हें स्वीकार करता/करती हूँ और इसके द्वारा निवा बूपा हेल्थ इंश्योरेंस या उसके किसी भी एजेंट और/या तृतीय पक्ष / सहयोगियों को अधिकृत करता/करती हूँ कि वे मेरे रजिस्टर्ड फ़ोन नंबर पर DND रजिस्ट्रेशन को नज़रअंदाज करते हुए SMS / ईमेल / फ़ोन / WhatsApp / Facebook या किसी अन्य माध्यम से मुझसे संपर्क करें, जिसमें वेलकम कॉल/SMS, सेवा कॉल/SMS या अन्य व्यावसायिक संचार शामिल हो सकता है।

क्या आप पॉलिसी किट की फ़िजिकल कॉपी चाहते हैं हाँ नहीं

क्या आप या प्रस्तावित आवेदकों में से कोई PEP# हैं? हाँ नहीं

#राजनीतिक रूप से प्रमुख व्यक्ति (PEP) वे व्यक्ति होते हैं जिन्हें महत्वपूर्ण सार्वजनिक पदों की जिम्मेदारी सौंपी गई है या वे पहले ऐसे पदों पर रह चुके हैं, जैसे - केंद्र या राज्य सरकार के प्रमुख/मंत्री, सीनियर राजनीतिज्ञ, सीनियर सरकारी न्यायिक या सैन्य अधिकारी, सरकारी कंपनियों के सीनियर कार्यकारी अधिकारी, और प्रमुख राजनीतिक दलों के अधिकारी। (अगर आपने PEP के संबंध में टिक किया है, तो कृपया अलग से PEP प्रश्नावली भरें)

बैंक विवरण:

बैंक का नाम						
अकाउंट नंबर					IFSC कोड	
अकाउंट का प्रकार	बचत	वर्तमान	शाखा		शहर	

इलेक्ट्रॉनिक इंश्योरेंस अकाउंट (eIA) का विवरण

क्या आप चाहते हैं कि यह पॉलिसी eIA में जमा हो? (कृपया कोई एक चुनें)

नहीं, मेरे पास eIA नहीं है और मैं इसे खोलना नहीं चाहता हाँ, इस पॉलिसी को मेरे ई-इंश्योरेंस अकाउंट में क्रेडिट करें

अगर हाँ, तो कृपया मौजूदा ई-इंश्योरेंस अकाउंट नंबर शेयर करें।

कृपया इंश्योरेंस रिपॉजिटरी नाम चुनें (जिसके साथ आपने अपना अकाउंट खोला है)

मेसर्स NSDL डेटाबेस मैनेजमेंट लिमिटेड मेसर्स सेंट्रल इंश्योरेंस रिपॉजिटरी लिमिटेड

मेसर्स कार्वी इंश्योरेंस रिपॉजिटरी लिमिटेड मेसर्स CAMS रिपॉजिटरी सर्विसेज लिमिटेड (कृपया कोई एक चुनें) या

मेरे पास मौजूदा ई-इंश्योरेंस अकाउंट नहीं है और मैं एक नया ई-इंश्योरेंस अकाउंट बनाने में रुचि रखता/रखती हूँ (कृपया संबंधित दस्तावेजों के साथ इलेक्ट्रॉनिक इंश्योरेंस अकाउंट खोलने का फ़ॉर्म (eIA फ़ॉर्म) जमा करें)।

नवीनीकरण भुगतान साइन-अप:

आपकी हेल्थ इंश्योरेंस पॉलिसी का रिन्यूवल प्रीमियम हर वर्ष मौजूदा ऑटोमेटेड क्लियरिंग हाउस (ACH) / स्टैंडिंग इंस्ट्रक्शंस (SI) के माध्यम से कंपनी को जारी रखते हुए किया जा सकता है। इस विकल्प के तहत, आपकी पॉलिसी तुरंत रिन्यू की जा सकती है, लेकिन यह इस शर्त के तहत होगा कि आप कंपनी द्वारा आवश्यक सभी अतिरिक्त जानकारी और दस्तावेज़ीकरण की आवश्यकताओं को पूरा करें।

मैं ACH/SI रिन्यूवल विकल्प चुनना चाहता हूँ और इस माध्यम से पॉलिसी के रिन्यू रहने तक प्रीमियम पर 2.5% की छूट प्राप्त करना चाहता/चाहती हूँ।

दिनांक स्थान प्रस्तावक के हस्ताक्षर

2. इंशोरेंस के लिए आवेदकों का विवरण:

आवेदक 1

नाम

लिंग पुरुष महिला अन्य ऊँचाई (फीट) (इंच) वजन (किलोग्राम)

मोबाइल नंबर जन्म तिथि D D M M Y Y Y कृपया टिक करें यदि भारतीय नहीं हैं

प्रस्तावक से संबंध

यदि एक पंजीकृत मेडिकल प्रैक्टीशनर* हैं, तो कृपया प्रदान करें: i. मेडिकल पंजीकरण संख्या

ii. काउंसिल का नाम

iii. कार्यस्थल का पता

आवेदक 2

नाम

लिंग पुरुष महिला अन्य ऊँचाई (फीट) (इंच) वजन (किलोग्राम)

मोबाइल नंबर जन्म तिथि D D M M Y Y Y कृपया टिक करें यदि भारतीय नहीं हैं

प्रस्तावक से संबंध

यदि एक पंजीकृत मेडिकल प्रैक्टीशनर* हैं, तो कृपया प्रदान करें: i. मेडिकल पंजीकरण संख्या

ii. काउंसिल का नाम

iii. कार्यस्थल का पता

आवेदक 3

नाम

लिंग पुरुष महिला अन्य ऊँचाई (फीट) (इंच) वजन (किलोग्राम)

मोबाइल नंबर जन्म तिथि D D M M Y Y Y कृपया टिक करें यदि भारतीय नहीं हैं

प्रस्तावक से संबंध

यदि एक पंजीकृत मेडिकल प्रैक्टीशनर* हैं, तो कृपया प्रदान करें: i. मेडिकल पंजीकरण संख्या

ii. काउंसिल का नाम

iii. कार्यस्थल का पता

आवेदक 4

नाम

लिंग पुरुष महिला अन्य ऊँचाई (फीट) (इंच) वजन (किलोग्राम)

मोबाइल नंबर जन्म तिथि D D M M Y Y Y कृपया टिक करें यदि भारतीय नहीं हैं

प्रस्तावक से संबंध

यदि एक पंजीकृत मेडिकल प्रैक्टीशनर* हैं, तो कृपया प्रदान करें: i. मेडिकल पंजीकरण संख्या

ii. काउंसिल का नाम

iii. कार्यस्थल का पता

आवेदक 5

नाम

लिंग पुरुष महिला अन्य ऊँचाई (फीट) (इंच) वजन (किलोग्राम)

मोबाइल नंबर जन्म तिथि D D M M Y Y Y कृपया टिक करें यदि भारतीय नहीं हैं

प्रस्तावक से संबंध

यदि एक पंजीकृत मेडिकल प्रैक्टीशनर* हैं, तो कृपया प्रदान करें: i. मेडिकल पंजीकरण संख्या

ii. काउंसिल का नाम

iii. कार्यस्थल का पता

आवेदक 6

नाम

लिंग पुरुष महिला अन्य ऊँचाई (फीट) (इंच) वजन (किलोग्राम)

मोबाइल नंबर जन्म तिथि कृपया टिक करें यदि भारतीय नहीं हैं

प्रस्तावक से संबंध

यदि एक पंजीकृत मेडिकल प्रैक्टीशनर* हैं, तो कृपया प्रदान करें: i. मेडिकल पंजीकरण संख्या

ii. काउंसिल का नाम

iii. कार्यस्थल का पता

*प्रीमियम पर 5% की छूट का लाभ उठाएँ। मेडिकल प्रैक्टीशनर वह व्यक्ति है, जो किसी राज्य की मेडिकल काउंसिल, भारत की मेडिकल काउंसिल, या भारत सरकार या किसी राज्य सरकार द्वारा स्थापित भारतीय मेडिकल या होम्योपैथी काउंसिल से मान्य रजिस्ट्रेशन प्राप्त किए हुए है। वह संबंधित अधिकार क्षेत्र में मेडिकल से जुड़े अभ्यास करने के योग्य है और अपने लाइसेंस के दायरे व नियमों के हिसाब से काम कर रहा है।

नोट:

1. प्रस्तावक का पॉलिसे के तहत इंशोर्ड होना ज़रूरी नहीं है

2. प्रस्तावक के साथ संबंध मान्य - खुद, पति/पत्नी, पुत्र, पुत्री, पुत्रवधू, पिता, माता, ससुर, सास, दादा, दादी, पोता, पोती, दामाद, भाई, बहन, भाभी, साला/बहनोई, भतीजा, भतीजी, चाचा और चाची

3. प्रस्तावक के साथ संबंध मान्य (नियोक्ता, कर्मचारी) - कर्मचारी, कर्मचारी की पत्नी, कर्मचारी का पुत्र, कर्मचारी की पुत्री, कर्मचारी के पिता, कर्मचारी की माता, कर्मचारी के ससुर, कर्मचारी की सास, कर्मचारी का पोता, कर्मचारी की पोती

3. कवरेज चयन:

बेस कवरेज:

पॉलिसी प्रकार#:	<input type="checkbox"/> इंडिविजुअल <input type="checkbox"/> फैमिली फ्लोटर <input type="checkbox"/> मल्टी मेंबर इंडिविजुअल
कवर किए जाने वाले लोगों की संख्या:	<input type="checkbox"/> वयस्क <input type="checkbox"/> बच्चे
बेस सम इंश्योर्ड:	_____
पॉलिसी अवधि:	<input type="checkbox"/> 1 वर्ष <input type="checkbox"/> 2 वर्ष <input type="checkbox"/> 3 वर्ष

वैकल्पिक कवरेज:

1. स्वास्थ्य जाँच (सिर्फ कैशलेस)	<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं	6. स्वास्थ्य जाँच (कैशलेस और 20% सह-भुगतान के साथ प्रतिपूर्ति)	<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं
2. अस्पताल दैनिक नकद	<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं	7. दूसरी मेडिकल राय	<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं
3. सेफ़गार्ड	<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं	8. सेफ़गार्ड+	<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं
4. नो को-पे नेटवर्क	<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं	9. आधुनिक उपचार +	<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं
5. रिएस्योर फ़ॉरएवर	<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं	10. फ़ास्ट फ़ॉरवर्ड (एड-ऑन)	<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं
11. स्मार्ट कैश +	<input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/> 10K <input type="checkbox"/> 15K <input type="checkbox"/> 20K <input type="checkbox"/> 25K		
12. रिटर्न +	<input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/> 100%		
13. व्यक्तिगत दुर्घटना कवर	<input type="checkbox"/> 1x <input type="checkbox"/> 2x <input type="checkbox"/> 3x <input type="checkbox"/> 4x <input type="checkbox"/> 5x		
कृपया व्यक्तिगत दुर्घटना कवर के लिए विकल्प चुनने पर टिक करें (यह विकल्प 18 वर्ष या उससे अधिक उम्र के आवेदकों के लिए उपलब्ध है)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. वार्षिक कुल कटौती योग्य	<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 <input type="checkbox"/> 2,00,000 <input type="checkbox"/> 3,00,000 <input type="checkbox"/> 4,00,000 <input type="checkbox"/> 5,00,000		
15. 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%		
16. पहले से मौजूद रोग के इंतज़ार के समय का संशोधन	<input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/> 12 महीने <input type="checkbox"/> 24 महीने		
17. विशिष्ट रोग के लिए इंतज़ार की अवधि में संशोधन	<input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/> 12 महीने <input type="checkbox"/> 36 महीने		
18. कमरे के प्रकार में संशोधन	<input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/> जनरल वार्ड <input type="checkbox"/> सिंगल रूम <input type="checkbox"/> सभी श्रेणियाँ		

फैमिली फ़्लोटर सम इंश्योर्ड सभी इंश्योरेंस किए गए सदस्यों के लिए सामान्य है। फ़्लोटर का मतलब है कि व्यक्तिगत रूप से या सामूहिक रूप से सभी इंश्योरेंस लेने वाले व्यक्ति इस सीमा तक दावा कर सकते हैं नोट: सुरक्षा और सुरक्षा+ के बीच सिर्फ़ एक विकल्प चुना जा सकता है। सह-भुगतान और वार्षिक कुल कटौती योग्य के बीच सिर्फ़ एक विकल्प चुना जा सकता है। वार्षिक स्वास्थ्य जाँच (सिर्फ़ कैशलेस) और वार्षिक स्वास्थ्य जाँच (कैशलेस और 20% सह-भुगतान के साथ प्रतिपूर्ति) के बीच केवल एक विकल्प चुना जा सकता है।

4. पोर्टेबिलिटी

पॉलिसी नंबर	इंश्योरेंस कंपनी	जोखिम शुरू होने की तारीख	जोखिम समाप्ति की तारीख	पोर्टिंग के कारण

प्रस्तावित इंश्योर्ड व्यक्ति का नाम जिनके लिए पोर्टेबिलिटी का अनुरोध किया गया है	पहली पॉलिसी शुरू करने की तारीख	जिस अवधि के लिए पोर्टेबिलिटी का अनुरोध किया गया है, उस अवधि में निरंतर कवरेज के वर्षों की संख्या	पिछली पॉलिसियों में किए गए क्लेम	मौजूदा नो क्लेम बोनस	सम इंश्योर्ड - वर्ष 1 (सबसे पुरानी)	सम इंश्योर्ड - वर्ष 2	सम इंश्योर्ड - वर्ष 3	सम इंश्योर्ड - वर्ष 4 (समाप्त होने वाली पॉलिसी)

5. नामांकन

प्रस्तावक के मृत्यु की स्थिति में, पॉलिसी के तहत कोई भी भुगतान निम्नलिखित नॉमिनी को भुगतान योग्य हो जाएगा।
नॉमिनी द्वारा उक्त भुगतान की प्राप्ति कंपनी की पॉलिसी के तहत देनदारी की समाप्ति मानी जाएगी।

नॉमिनी का नाम	जन्म तिथि	प्रस्तावक के साथ संबंध	नॉमिनी का पता, मोबाइल नंबर और ईमेल ID	नियुक्तकर्ता का नाम (यदि नॉमिनी व्यक्ति 18 वर्ष से कम उम्र का है)

नॉमिनी का बैंक विवरण: लाभार्थी का नाम:

बैंक का नाम अकाउंट का प्रकार बचत वर्तमान

अकाउंट नंबर IFSC कोड

6. मेडिकल, आदतें और पिछली प्रस्ताव जानकारी

महत्वपूर्ण: कृपया सुनिश्चित करें कि इस अनुभाग के सभी प्रश्नों के उत्तर सही और पूरी तरह से दिए गए हैं क्योंकि आपके द्वारा यहां दी गई जानकारी निवा बूपा द्वारा अंडरराइटिंग का आधार बनेगी।
कृपया ध्यान दें कि किसी भी अधूरी, गलत, आंशिक रूप से सही जानकारी आपके मेडिकल क्लेम और/या कवरेज को प्रभावित कर सकती है।

अनुभाग A: कृपया मेडिकल स्थितियों के बारे में जानकारी शेयर करें						
कृपया प्रत्येक आवेदक के लिए निम्नलिखित प्रश्नों के उत्तर दें। कृपया हाँ (Y) या नहीं (N) पर गोला लगाएँ	आवेदक संख्या					
	1	2	3	4	5	6
इंश्योरेंस लेने वाले की आयु <= 35 वर्ष						
1. क्या आप निम्नलिखित में से किसी भी बीमारी से पीड़ित हैं? a. कैंसर/ल्यूकेमिया/घातक ट्यूमर b. कार्डिएक एलिमेंट्स {हार्ट अटैक, बाय-पास सर्जरी आदि} c. प्रमुख अंग विफलता {किडनी, लीवर, हृदय, फेफड़े, आदि} d. न्यूरोलॉजिकल डिसऑर्डर/स्ट्रोक/पैरालिसिस e. क्रोनिक ऑब्सट्रक्टिव पल्मोनरी डिजीज {{COPD} / प्रोग्रेसिव लंग्स डिजीज f. हेपेटाइटिस B या C, क्रोनिक लीवर रोग, क्रोहन रोग, अल्सरेटिव कोलाइटिस g. आयरन की कमी वाले एनीमिया के अलावा कोई भी एनीमिया h. टाइप 1 डायबिटीज़	Y	N	Y	N	Y	N
2. क्या आपको डायबिटीज़ है?	Y	N	Y	N	Y	N
3. क्या आपको हायपरटेंशन है?	Y	N	Y	N	Y	N
4. क्या आवेदक के जीवन पर जीवन, स्वास्थ्य, अस्पताल दैनिक नकद या गंभीर बीमारी बीमा के लिए किसी भी प्रस्ताव को किसी भी बीमा कंपनी द्वारा अस्वीकार, स्थगित, लोड या किसी विशेष शर्तों जैसे बहिष्करण के अधीन किया गया है?	Y	N	Y	N	Y	N
5. क्या आवेदक का कभी किसी मानसिक/मनोरोग संबंधी डिसऑर्डर का निदान या इलाज किया गया है?	Y	N	Y	N	Y	N
6. क्या आपको कभी ऐसी बीमारी का पता चला है जिसके लिए एक सप्ताह से ज्यादा समय तक इलाज की ज़रूरत थी? क्या आपने कभी सर्जरी करवाई है? या आपको सर्जरी की सलाह दी गई है? क्या आप अभी किसी फ़ॉलोअप पर हैं या किसी इलाज का इंतज़ार कर रहे हैं?	Y	N	Y	N	Y	N
7. क्या आपने टॉन्सिल और एडेनोइड्स, कान से साव, मध्य कान और मास्टॉयड के रोगों (ओटिटिस मीडिया, कोलेस्टीटोमा, झिल्ली छिद्रण सहित), नाक सेप्टम और नाक साइनस के लिए कोई सर्जिकल उपचार करवाया है या करवाया था?	Y	N	Y	N	Y	N

कृपया प्रत्येक आवेदक के लिए निम्नलिखित प्रश्नों के उत्तर दें। कृपया हाँ (Y) या नहीं (N) पर गोला लगाएँ	आवेदक संख्या					
	1	2	3	4	5	6
इंश्योरेंस लेने वाले की उम्र >=36 से =50 वर्ष						
1. क्या आप निम्नलिखित में से किसी भी बीमारी से पीड़ित हैं? a. कैंसर/ल्यूकेमिया/घातक ट्यूमर b. कार्डिएक एलिमेंट्स {हार्ट अटैक, बाय-पास सर्जरी आदि} c. प्रमुख अंग विफलता {किडनी, लीवर, हृदय, फेफड़े, आदि} d. न्यूरोलॉजिकल डिसऑर्डर/स्ट्रोक/पैरालिसिस e. क्रोनिक ऑब्सट्रक्टिव पल्मोनरी डिजीज {{COPD} / प्रोग्रेसिव लंग्स डिजीज f. हेपेटाइटिस B या C, क्रोनिक लीवर रोग, क्रोहन रोग, अल्सरेटिव कोलाइटिस g. आयरन की कमी वाले एनीमिया के अलावा कोई भी एनीमिया h. टाइप 1 डायबिटीज़	Y	N	Y	N	Y	N
2. क्या आपको डायबिटीज़ है?	Y	N	Y	N	Y	N
3. क्या आपको हायपरटेंशन है?	Y	N	Y	N	Y	N
क्या आवेदक के जीवन पर लाइफ़, हेल्थ, अस्पताल दैनिक नकद या गंभीर बीमारी से जुड़ा इंश्योरेंस का कोई प्रस्ताव कभी किसी इंश्योरेंस कंपनी द्वारा अस्वीकृत, स्थगित, बढ़ा हुआ या किसी विशेष शर्तों जैसे अपवादों के तहत रखा गया है?	Y	N	Y	N	Y	N

	1	2	3	4	5	6
5. क्या आवेदक का कभी किसी मानसिक/मनोरोग संबंधी डिसऑर्डर का निदान या इलाज किया गया है?	Y	N	Y	N	Y	N
6. क्या आपको कभी ऐसी बीमारी का पता चला है जिसके लिए एक सप्ताह से ज्यादा समय तक इलाज की जरूरत थी? क्या आपने कभी सर्जरी करवाई है? या आपको सर्जरी की सलाह दी गई है? क्या आप अभी किसी फॉलोअप पर हैं या किसी इलाज का इंतज़ार कर रहे हैं?	Y	N	Y	N	Y	N
7. क्या आपने डॉन्सिल और एडेनोइड्स, कान से साव, मध्य कान और मास्टॉयड के रोगों (ओटिटिस मीडिया, कोलेस्टीटोमा, झिल्ली छिद्रण सहित), नाक सेप्टम और नाक साइनस के लिए कोई सर्जिकल उपचार करवाया है या करवाया था?	Y	N	Y	N	Y	N
8. क्या इस सदस्य को थायरॉइड प्रोफ़ाइल, लिपिड प्रोफ़ाइल, ट्रेडमिल टेस्ट, एंजियोग्राफी, इकोकार्डियोग्राफी, एंडोस्कोपी, अल्ट्रासाउंड, CT स्कैन, MRI, बायोप्सी और FNC से संबंधित किसी भी नैदानिक परीक्षण या जाँच में कभी कोई प्रतिकूल निष्कर्ष मिला है? (प्रतिकूल)	Y	N	Y	N	Y	N
9. क्या आपको कोई स्त्री रोग संबंधी समस्या है, उदाहरण के लिए असामान्य मासिक धर्म या अत्यधिक रक्तस्राव, फाइब्रॉएड, गर्भाशय और गर्भाशय ग्रीवा का प्रोलैप्स, एंडोमेट्रियोसिस, पीसीओडी, हिस्टेरेक्टॉमी, आदि?	Y	N	Y	N	Y	N
10. क्या आपको जठरांत्र संबंधी कोई डिसऑर्डर है या था जैसे मल त्याग करते समय दर्द, मल में रक्त, बवासीर, गुदा और मलाशय क्षेत्र का विदर या फिस्टुला या फोड़ा, कमर में उभार, हर्निया, अग्नाशयशोथ, पेट दर्द, पित्ताशय की पथरी, अग्न्याशय में पथरी, अल्सर, कटाव और जठरांत्र संबंधी मार्ग की वैरिकाज़ नसें, आदि?	Y	N	Y	N	Y	N
11. क्या आपको आंखों से जुड़ा कोई डिसऑर्डर है या था जैसे विज़िबिलिटी में कमी जिसके लिए सर्जरी की जरूरत हो, मोतियाबिंद, ग्लूकोमा, रेटिना का अलग होना आदि।	Y	N	Y	N	Y	N
12. क्या आपको कोई जननांग-मूत्र संबंधी डिसऑर्डर है जैसे मूत्र में रक्त, दर्दनाक पेशाब, बार-बार पेशाब आना, प्रोस्टेट का हाइपरप्लासिया, गुर्दे की पथरी, हाइड्रोसेल, स्पर्मेटोसेल, नेफ्रैटिस, आदि?	Y	N	Y	N	Y	N
13. क्या आपको जोड़ों का दर्द/घुटने का दर्द, जोड़ों का रिप्लेसमेंट, ऑस्टियोआर्थराइटिस, पीठ दर्द, इंटरवर्टेब्रल डिस्क डिसऑर्डर/स्लिप डिस्क (जैसे PIVD), ऑस्टियोपोरोसिस, गाउट, रुमेटीइड आर्थराइटिस, लिगामेंट की मरम्मत के लिए सर्जरी (ACL आंसू, आदि) जैसे कोई मस्क्युलोस्केलेटल डिसऑर्डर है या था?	Y	N	Y	N	Y	N

कृपया प्रत्येक आवेदक के लिए निम्नलिखित प्रश्नों के उत्तर दें। कृपया हाँ (Y) या नहीं (N) पर गोला लगाएँ	आवेदक संख्या					
	1	2	3	4	5	6
इंश्योरेंस लेने वाले की उम्र >=51 वर्ष						
1. क्या आप निम्नलिखित में से किसी भी बीमारी से पीड़ित हैं? a. कैंसर/ल्यूकेमिया/घातक ट्यूमर b. कार्डिएक एलिमेंट्स {हार्ट अटैक, बाय-पास सर्जरी आदि} c. प्रमुख अंग विफलता {किडनी, लीवर, हृदय, फेफड़े, आदि} d. न्यूरोलॉजिकल डिसऑर्डर/स्ट्रोक/पैरालिसिस e. क्रॉनिक ऑब्स्ट्रक्टिव पल्मोनरी डिजीज {{COPD} / प्रोग्रेसिव लंग्स डिजीज f. हेपेटाइटिस B या C, क्रॉनिक लीवर रोग, क्रोहन रोग, अल्सरेटिव कोलाइटिस g. आयरन की कमी वाले एनीमिया के अलावा कोई भी एनीमिया h. टाइप 1 डायबिटीज़	Y	N	Y	N	Y	N
2. क्या आपको डायबिटीज़ है?	Y	N	Y	N	Y	N
3. क्या आपको हायपरटेंशन है?	Y	N	Y	N	Y	N
क्या आवेदक के जीवन पर लाइफ़, हेल्थ, अस्पताल दैनिक नकद या गंभीर बीमारी से जुड़ा इंश्योरेंस का कोई प्रस्ताव कभी किसी इंश्योरेंस कंपनी द्वारा अस्वीकृत, स्थगित, बढ़ा हुआ या किसी विशेष शर्तों जैसे अपवादों के तहत रखा गया है?	Y	N	Y	N	Y	N
5. क्या आवेदक का कभी किसी मानसिक/मनोरोग संबंधी डिसऑर्डर का निदान या इलाज किया गया है?	Y	N	Y	N	Y	N
6. क्या आपको कभी ऐसी बीमारी का पता चला है जिसके लिए एक सप्ताह से ज्यादा समय तक इलाज की जरूरत थी? क्या आपने कभी सर्जरी करवाई है? या आपको सर्जरी की सलाह दी गई है? क्या आप अभी किसी फॉलोअप पर हैं या किसी इलाज का इंतज़ार कर रहे हैं?	Y	N	Y	N	Y	N
7. क्या आपने डॉन्सिल और एडेनोइड्स, कान से साव, मध्य कान और मास्टॉयड के रोगों (ओटिटिस मीडिया, कोलेस्टीटोमा, झिल्ली छिद्रण सहित), नाक सेप्टम और नाक साइनस के लिए कोई सर्जिकल उपचार करवाया है या करवाया था?	Y	N	Y	N	Y	N
8. क्या इस सदस्य को थायरॉइड प्रोफ़ाइल, लिपिड प्रोफ़ाइल, ट्रेडमिल टेस्ट, एंजियोग्राफी, इकोकार्डियोग्राफी, एंडोस्कोपी, अल्ट्रासाउंड, CT स्कैन, MRI, बायोप्सी और FNC से संबंधित किसी भी नैदानिक परीक्षण या जाँच में कभी कोई प्रतिकूल निष्कर्ष मिला है? (प्रतिकूल)	Y	N	Y	N	Y	N
9. क्या आपको कोई स्त्री रोग संबंधी समस्या है, उदाहरण के लिए असामान्य मासिक धर्म या अत्यधिक रक्तस्राव, फाइब्रॉएड, गर्भाशय और गर्भाशय ग्रीवा का प्रोलैप्स, एंडोमेट्रियोसिस, पीसीओडी, हिस्टेरेक्टॉमी, आदि?	Y	N	Y	N	Y	N
10. क्या आपको जठरांत्र संबंधी कोई डिसऑर्डर है या था जैसे मल त्याग करते समय दर्द, मल में रक्त, बवासीर, गुदा और मलाशय क्षेत्र का विदर या फिस्टुला या फोड़ा, कमर में उभार, हर्निया, अग्नाशयशोथ, पेट दर्द, पित्ताशय की पथरी, अग्न्याशय में पथरी, अल्सर, कटाव और जठरांत्र संबंधी मार्ग की वैरिकाज़ नसें, आदि?	Y	N	Y	N	Y	N
11. क्या आपको आंखों से जुड़ा कोई डिसऑर्डर है या था जैसे विज़िबिलिटी में कमी जिसके लिए सर्जरी की जरूरत हो, मोतियाबिंद, ग्लूकोमा, रेटिना का अलग होना आदि।	Y	N	Y	N	Y	N
12. क्या आपको कोई जननांग-मूत्र संबंधी डिसऑर्डर है जैसे मूत्र में रक्त, दर्दनाक पेशाब, बार-बार पेशाब आना, प्रोस्टेट का हाइपरप्लासिया, गुर्दे की पथरी, हाइड्रोसेल, स्पर्मेटोसेल, नेफ्रैटिस, आदि?	Y	N	Y	N	Y	N
13. क्या आपको जोड़ों का दर्द/घुटने का दर्द, जोड़ों का रिप्लेसमेंट, ऑस्टियोआर्थराइटिस, पीठ दर्द, इंटरवर्टेब्रल डिस्क डिसऑर्डर/स्लिप डिस्क (जैसे PIVD), ऑस्टियोपोरोसिस, गाउट, रुमेटीइड आर्थराइटिस, लिगामेंट की मरम्मत के लिए सर्जरी (ACL आंसू, आदि) जैसे कोई मस्क्युलोस्केलेटल डिसऑर्डर है या था?	Y	N	Y	N	Y	N
14. क्या आपको या आपके पास निचले अंग में दर्द या सूजन, निचले छोरों की वैरिकाज़ नसें हैं?	Y	N	Y	N	Y	N
15. क्या आपको या आपके पास सभी आंतरिक या बाहरी सौम्य या नवोप्लाज्म/ट्यूमर, सिस्ट, साइनस, पॉलीप, नोड्यूल, द्रव्यमान या गांठ, अल्सर, कटाव और जठरांत्र संबंधी मार्ग की वैरिकाज़ नसें हैं?	Y	N	Y	N	Y	N

अनुभाग B: (कृपया इस अनुभाग को तभी भरें जब आवेदक धूपपान करते हों या तंबाकू / गुटखा / पान मसाला या शराब का सेवन करते हों)	i. आई. चबाने वाला तंबाकू / गुटखा / पान मसाला। यदि हाँ, तो कृपया प्रति दिन पाउच की संख्या बताएँ		ii. शराब। यदि हाँ, तो कृपया प्रति सप्ताह मिलीलीटर में संख्या बताएँ			iii. सिगरेट्स / बीड़ी / सिगार। यदि हाँ, तो कृपया प्रति दिन खपत बताएँ	
	1-10	> 10	<= 450	> 450	डेली ड्रिंकर	1-10	> 10
आवेदक 1							
आवेदक 2							
आवेदक 3							
आवेदक 4							
आवेदक 5							
आवेदक 6							

खंड C: ऊपर खंड में हाँ (Y) के रूप में चिह्नित प्रश्नों के लिए, कृपया निम्नलिखित जानकारी निर्दिष्ट करें:										
आवेदक संख्या	लक्षण(लक्षणों) या जाँच(जाँचों) या निदान या प्रक्रिया/सर्जरी का विवरण				स्थिति की अवधि	दवा(दवाएँ)	खुराक	वर्तमान स्थिति (जैसे पूर्ण/आंशिक सुधार या चल रहा इलाज)	इलाज करने वाले डॉक्टर का नाम और संपर्क विवरण	अटैच किए गए दस्तावेज़ (हाँ/नहीं)
	अगर डाय-बिटीज HbA1c लेवल	अगर हाई ब्लड प्रेशर बीपी लेवल		कोई अन्य जानकारी						
		सिस्टोलिक	डायस्टोलिक							

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

- मैं यहाँ पर, अपनी ओर से और उन सभी व्यक्तियों की ओर से जिन्हें इश्वोर्ड किया जाना प्रस्तावित है, यह घोषित करता/करती हूँ कि उपरोक्त स्टेटमेंट्स, प्रतिक्रिया और/या विवरण जो मैंने दिए हैं, वे मेरी पूरी जानकारी के हिसाब से सभी दृष्टिकोणों से सत्य और पूर्ण हैं और मुझे इन अन्य व्यक्तियों की ओर से प्रस्ताव करने का अधिकार प्राप्त है।
- मैं समझता/समझती हूँ कि जो जानकारी मैंने दी है, वही इश्वोर्ड पॉलिसी का आधार बनेगी, यह इश्वोर्ड करने वाले की बोर्ड द्वारा अनुमोदित अंडरराइटिंग पॉलिसी के तहत होगी और पॉलिसी सिर्फ तब प्रभावी होगी जब पूरी प्रीमियम राशि का भुगतान किया जाएगा।
- मैं आगे घोषणा करता/करती हूँ कि प्रस्ताव प्रस्तुत करने के बाद लेकिन कंपनी द्वारा जोखिम स्वीकृति के संचार से पहले इश्वोर्ड लेने वाले/प्रस्तावक व्यक्ति के बिज़नेस या सामान्य स्वास्थ्य में होने वाले किसी भी बदलाव को मैं लिखित रूप में सूचित करूँगा/करूँगी।
- मैं यह घोषित करता/करती हूँ कि मैं कंपनी को मेडिकल की जानकारी प्राप्त करने की अनुमति देता/देती हूँ, किसी भी डॉक्टर या अस्पताल से जिन्होंने/जिन्होंने कभी भी इश्वोर्ड लेने वाले/प्रस्तावक का इलाज किया हो, या किसी पिछले या वर्तमान नियोक्ता से, जो भी जानकारी इश्वोर्ड लेने वाले/प्रस्तावक के शारीरिक या मानसिक स्वास्थ्य को प्रभावित करती हो, और किसी भी इश्वोर्ड करने वाले से जानकारी प्राप्त करने की अनुमति देता/देती हूँ, जिसे इश्वोर्ड लेने वाले/प्रस्तावक के लिए इश्वोर्ड आवेदन प्रस्तुत किया गया हो, प्रस्ताव की अंडरराइटिंग और/या क्लेम सेटलमेंट के उद्देश्य से।
- मैं कंपनी को अपने प्रस्ताव से संबंधित जानकारी, जिसमें इश्वोर्ड लेने वाले/प्रस्तावक के मेडिकल रिकॉर्ड भी शामिल हैं, सिर्फ प्रस्ताव की अंडरराइटिंग और/या क्लेम सेटलमेंट के उद्देश्य से और किसी भी सरकारी और/या नियामक प्राधिकरण के साथ शेयर करने के लिए अधिकृत करता/करती हूँ।
- मैं/हम कंपनी को हमारे पैनाल में शामिल प्रदाता के साथ सेवा वितरण के एकमात्र उद्देश्य के लिए बीमित/प्रस्तावक के चिकित्सा रिकॉर्ड सहित मेरे/हमारे प्रस्ताव से संबंधित जानकारी साझा करने के लिए अधिकृत करते हैं।

दिनांक स्थान प्रस्तावक के हस्ताक्षर

8. स्थानीय भाषा में घोषणा

(प्रमाणीकरण उस स्थिति में जब प्रस्तावक ने स्थानीय भाषा में हस्ताक्षर किए हों (कंपनी के एजेंट/कर्मचारी के अलावा किसी अन्य व्यक्ति द्वारा सत्यापित किया जाना है)। इस फॉर्म की सामग्री और इसके विवरण मैंने स्थानीय भाषा में प्रस्तावक को समझा दिए हैं, जिसे उन्होंने समझा और पुष्टि की है:

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

9. प्रस्तावक घोषणा

(प्रमाणीकरण, जहाँ किसी भी कारण से, प्रस्ताव और अन्य संबंधित कागजात प्रस्तावक द्वारा नहीं भरे गए हैं)। प्रस्ताव फॉर्म और संबंधित दस्तावेजों की सामग्री मुझे पूरी तरह से समझाई गई है और मैं प्रस्तावित अनुबंध के महत्व को पूरी तरह से समझ गया/गई हूँ। प्रस्ताव फॉर्म _____ द्वारा मेरे निर्देश के तहत भरा गया है और मैंने इसे सही और पूर्ण पाया है।

प्रस्तावक के हस्ताक्षर

10. प्रीमियम की जानकारी (सिर्फ ऑफिस इस्तेमाल के लिए)

प्रीमियम भुगतान विकल्प	<input type="checkbox"/> चेक	<input type="checkbox"/> डिमांड ड्राफ्ट	<input type="checkbox"/> क्रेडिट कार्ड / डेबिट कार्ड	<input type="checkbox"/> नेट बैंकिंग	<input type="checkbox"/> नकद	<input type="checkbox"/> अन्य
प्रीमियम अमाउंट	<input type="text"/>	ऑनलाइन भुगतान से जुड़ी ट्रांजैक्शन ID:	<input type="text"/>	दिनांक	<input type="text"/>	<input type="text"/>
बैंक का नाम/शाखा	<input type="text"/>	निवा बूपा शाखा की लोकेशन	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
कोड नंबर	<input type="text"/>	बिज़नेस का सोर्स: सलाहकार/DST/कॉर्पोरेट एजेंसी/अन्य चैनल्स	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
कोड नंबर	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
नाम	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
प्रस्ताव प्राप्त होने की तारीख:	<input type="text"/>	ग्राहक आईडी:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
क्या प्रस्तावक या आवेदक कर्मचारी है?	<input type="checkbox"/> हाँ	<input type="checkbox"/> नहीं	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

11. सिर्फ बैंक एथोरेस चैनल के लिए (सिर्फ ऑफिस इस्तेमाल के लिए)

शाखा कोड	<input type="text"/>	SP कोड	<input type="text"/>	RM/LG कोड	<input type="text"/>
ग्राहक अकाउंट नंबर	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

12. इश्योरेंस से जुड़े सलाहकार की रिपोर्ट (सिर्फ ऑफिस इस्तेमाल के लिए)

मैं, एक बीमा सलाहकार / कॉर्पोरेट एजेंट के खास व्यक्ति / ब्रोकर के अधिकृत कर्मचारी / रिलेशनशिप ऑफिसर के रूप में अपनी क्षमता में, यह घोषणा करता/करती हूँ कि मैंने इस प्रस्ताव फॉर्म की सभी सामग्री, जिसमें इस प्रस्ताव फॉर्म में शामिल प्रश्नों का नेचर भी शामिल है, प्रस्तावक को समझा दी है, जिसमें इस प्रस्ताव फॉर्म में उनके द्वारा प्रस्तुत किए गए स्टेटमेंट(स्टेटमेंट्स), जानकारी और प्रतिक्रिया(प्रतिक्रियाएँ) शामिल हैं, या इसमें माँगे गए कोई भी विवरण, कंपनी और प्रस्तावक के बीच इश्योरेंस के अनुबंध का आधार बनेंगे, अगर इस प्रस्ताव को पॉलिसी जारी करने के लिए कंपनी द्वारा स्वीकार कर लिया जाता है।

मैंने आगे समझाया है कि अगर इस प्रस्ताव वाले फॉर्म/परिशिष्ट(परिशिष्टों), एफिडेविड, स्टेटमेंट, प्रस्तुतियों सहित में कोई झूठा स्टेटमेंट्स(स्टेटमेंट्स)/सूचना/प्रतिक्रिया(प्रतिक्रियाएँ) शामिल है, तो प्रस्तुत किया गया/प्रस्तुत किया जाना है और इसके अतिरिक्त अगर किसी भी भौतिक तथ्य का खुलासा नहीं किया गया है। तो इस प्रस्ताव के आधार पर जो पॉलिसी जारी की गई है, उसे कंपनी द्वारा शून्य और अमान्य माना जा सकता है, और पॉलिसी के तहत जो भी प्रीमियम भुगतान किए गए हैं, उन्हें कंपनी द्वारा जब्त किया जा सकता है।

दिनांक

इश्योरेंस से जुड़े सलाहकार के हस्ताक्षर

13. वैधानिक चेतावनी

छूट पर प्रतिबंध (इंश्योरेंस एक्ट 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 इंश्योरेंस कराने, रिन्यू कराने या जारी रखने के लिए प्रोत्साहन के रूप में, देय कमीशन का पूरा या आंशिक हिस्सा या पॉलिसी पर दिखाए गए प्रीमियम का कोई छूट नहीं देगा या प्रदान नहीं करेगा, और न ही कोई व्यक्ति पॉलिसी कराने, रिन्यू कराने या जारी रखने वाला व्यक्ति कोई छूट स्वीकार करेगा, सिवाय ऐसी छूट के जो इंश्योरर्स कर्ता के पब्लिश प्रॉस्पेक्टस या तालिकाओं के हिसाब से स्वीकृत हो।
- कोई भी व्यक्ति जो इस धारा के प्रावधानों का पालन नहीं करेगा, उसे जुर्माने का भुगतान करना पड़ेगा, जो दस लाख रुपये तक हो सकता है।

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

आशा कार्यकर्ता

मनरेगा कार्यकर्ता

15. आभा ID

सदस्य का नाम	क्या आपके पास आभा ID है?	आभा ID	आभा के माध्यम से इंश्योरेंस करने वालों/TPA के साथ मेडिकल रिकॉर्ड शेयर करने की सहमति
	<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं
	<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं
	<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं
	<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं
	<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं
	<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं

16. रिफंड और क्लेम के भुगतान की जानकारी

भुगतान प्राप्त करने का विकल्प: बैंक ट्रांसफर

लाभार्थी का नाम

बैंक का नाम

अकाउंट नंबर

अकाउंट का प्रकार

IFSC कोड

निवा बूपा हेल्थ इंश्योरेंस कंपनी लिमिटेड; रजिस्टर्ड ऑफिस:- C-98, पहली मंजिल, लाजपत नगर, पार्ट 1, नई दिल्ली-110024

अस्वीकरण: इंश्योरेंस प्रोत्साहन का विषय है। निवा बूपा हेल्थ इंश्योरेंस कंपनी लिमिटेड (पहले जो मैक्स बूपा हेल्थ इंश्योरेंस कंपनी लिमिटेड के नाम से जानी जाती थी) (IRDAI रजिस्ट्रेशन नंबर 145)।

'बूपा' और 'हार्टबीट' लोगो उनके संबंधित मालिकों के पंजीकृत ट्रेडमार्क हैं और निवा बूपा हेल्थ इंश्योरेंस कंपनी लिमिटेड द्वारा लाइसेंस के तहत इस्तेमाल किए जा रहे हैं।

ग्राहक हेल्पलाइन: 1860-500-8888।वेबसाइट: www.nivabupa.com। CIN: U66000DL2008PLC182918। शर्तों और नियमों, अपवादों, जोखिम कारकों, इंतज़ार की अवधि और लाभों के बारे में ज्यादा जानकारी के लिए, कृपया बिक्री ब्रोशर को ध्यान से पढ़ें, इससे पहले कि आप बिक्री का निष्कर्ष निकालें।

निवा बूपा हेल्थ इंश्योरेंस कंपनी लिमिटेड; रजिस्टर्ड ऑफिस:- C-98, पहली मंजिल, लाजपत नगर, पार्ट 1, नई दिल्ली-110024
अस्वीकरण: इंश्योरेंस प्रोत्साहन का विषय है। निवा बूपा हेल्थ इंश्योरेंस कंपनी लिमिटेड (पहले जो मैक्स बूपा हेल्थ इंश्योरेंस कंपनी लिमिटेड के नाम से जानी जाती थी) (IRDAI रजिस्ट्रेशन नंबर 145)।
'बूपा' और 'हार्टबीट' लोगो उनके संबंधित मालिकों के पंजीकृत ट्रेडमार्क हैं और निवा बूपा हेल्थ इंश्योरेंस कंपनी लिमिटेड द्वारा लाइसेंस के तहत इस्तेमाल किए जा रहे हैं।
ग्राहक हेल्पलाइन: 1860-500-8888।वेबसाइट: www.nivabupa.com। CIN: U66000DL2008PLC182918। शर्तों और नियमों, अपवादों, जोखिम कारकों, इंतज़ार की अवधि और लाभों के बारे में
ज़्यादा जानकारी के लिए, कृपया बिक्री ब्रोशर को ध्यान से पढ़ें, इससे पहले कि आप बिक्री का निष्कर्ष निकालें।

Product Name: ReAssure 2.0, Product UIN: NBHHLIP23169V012223 | Rider Name: Smart Health+, Rider UIN: NBHHLIA22164V012122

कंपनी की ओर से स्वीकृति

आवेदन संख्या

दिनांक

हम आपके प्रस्ताव और ₹ _____ की राशि के भुगतान को चेक/डिमांड ड्राफ्ट/अन्य माध्यम _____ के रूप में प्राप्त करने के लिए धन्यवाद के साथ स्वीकार करते हैं, जो कि _____ तारीख का है और _____ पर जारी किया गया है। हमारे पास इंश्योरेंस के लिए एक पूरा प्रस्ताव प्रस्तुत करने या पॉलिसी जारी करने के लिए किया गया कोई भी भुगतान, हम पर पॉलिसी जारी करने के लिए सहमति देने की कोई ज़िम्मेदारी नहीं डालती है, यह फैसला हमेशा हमारे पूरे और अंतिम विवेक पर निर्भर करेगा। अगर हम इंश्योरेंस के लिए प्रस्ताव स्वीकार करते हैं, तो यह पॉलिसी की शर्तों और नियमों के तहत होगा, और अगर हमें प्रीमियम पूरी तरह से और समय पर नहीं मिलता है या वह स्वीकृत नहीं होता है, तो हमारी कोई ज़िम्मेदारी नहीं होगी। अगर हम प्रस्ताव स्वीकार नहीं करते हैं, तो हम आपको सूचित करेंगे और आपके द्वारा भेजी गई राशि से मेडिकल टेस्ट का खर्च (अगर कोई हो) काटकर बिना ब्याज के भुगतान का रिफंड कर देंगे।

प्राप्तकर्ता का नाम और हस्ताक्षर और ऑफिस की मोहर

Product Name: Rise, Product UIN: NBHHLIP25041V012425 | Add-on Name: Fast Forward, Add-on UIN: NBHHLIA24126V012324