

सीनियर फर्स्ट प्रपोजल फॉर्म

यूआरएन: 017

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 की जानकारी कितनी प्रासंगिक है और यह आपकी पॉलिसी पर प्रभाव डालती 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 भुगतान नहीं करेंगे, भुगतान किए गए किसी भी प्रीमियम को वापस नहीं करेंगे और आपके खिलाफ सभी संभव कानूनी कार्रवाई करने का अधिकार है, जिसमें पहले भुगतान किए गए लाभों की वसूली भी शामिल है, यदि बीमा के लिए प्रस्तावित सभी सदस्यों के बारे में सही और पूरी जानकारी प्रदान नहीं की जाती है। विनियमों में कहा गया है कि कवरेज तभी शुरू हो सकता है जब हमें पूर्ण प्रीमियम प्राप्त हो और जोखिम को स्पष्ट रूप से स्वीकार कर लिया हो।

1. प्रस्तावक विवरण:

टाइटल	नाम			M + D D + M + Y + Y + Y + Y		
जन्म तिथि	लिंग:			पुरुष	महिला	अन्य
वर्तमान पता						
लैंडमार्क				शहर/कस्बा		
जिला	राज्य			पिनकोड		
मोबाइल नंबर	एसटीडी कोड वाला टेलीफोन					
ईमेल ID						
पैन नंबर	सीकेवाईसी नंबर (वैकल्पिक):					
वार्षिक आय (₹)				राष्ट्रीयता		
अधिभाग	वैतनिक	स्व-नियोजित	छात्र	गृहस्वामिनी	अन्य, कृपया निर्दिष्ट करें	
क्या आप पॉलिसी किट की फिजिकल कॉपी चाहते हैं हां नहीं						

मैं बच्चों के लिए ग्रह को संरक्षित करने के लिए अपना काम करूंगा। मैं हरा हो जाऊंगा। मुझे सॉफ्ट कॉपी ही भेजें। कृपया सख्ती से कोई कागज नहीं

मैं चाहता हूँ कि इस नीति का श्रेय ईआईए को दिया जाए।

मौजूदा ई-बीमा खाता संख्या

बीमा रिपोजिटरी का नाम (आपने अपना खाता खोल लिया है)

मैसर्स एनएसडीएल डाटाबेस मैनेजमेंट लिमिटेड

मेसर्स सेंट्रल इश्योरेंस रिपोजिटरी लिमिटेड

मैसर्स कार्वी इश्योरेंस रिपोजिटरी लिमिटेड

मैसर्स कैम्स रिपोजिटरी सर्विसेज लिमिटेड

(कृपया किसी एक का चयन करें) नहीं तो

यदि आप चाहते हैं कि हम आपके लिए ईआईए खाता खोलने में मदद करें, तो कृपया खंड 9, एनईएफटी और बैंक विवरण में विवरण भरें या

मेरे पास ईआईए नहीं है और मैं इसे खोलना नहीं चाहता

मैं निवा बूपा हेल्थ इश्योरेंस 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 करता हूँ, जो वेल्कम कॉल/एसएमएस, सर्विस कॉल/एसएमएस, पॉलिसी से संबंधित जानकारी या कोई अन्य कमर्शियल कम्युनिकेशन करने के लिए मेरे 'डीएनडी' रजिस्ट्रेशन को ओवर-राइड करता है।

क्या आप या प्रस्तावित आवेदकों में से कोई भी राजनीतिक रूप से उजागर व्यक्ति (पीईपी) है

हाँ नहीं

ग्रामीण और सामाजिक क्षेत्र श्रेणी (यदि लागू हो):

आशा कार्यकर्ता

मनरेगा कार्यकर्ता

*पीईपी वह व्यक्ति है जिसे प्रमुख सार्वजनिक कार्यों जैसे केंद्र या राज्य सरकार के प्रमुख / मंत्री, वरिष्ठ राजनेता, वरिष्ठ सरकारी, न्यायिक या सैन्य अधिकारी, सरकारी कंपनियों के वरिष्ठ अधिकारी, महत्वपूर्ण पार्टी अधिकारी सौंपे गए हैं। (यदि आपने पीईपी के खिलाफ टिक किया है, तो कृपया अलग पीईपी प्रश्नावली भरें)

2. आवेदकों और योजना चयन का विवरण

अपनी योजना चुनें: प्लेटिनम सोना पॉलिसी अवधि: 1 वर्ष 2 वर्ष 3 वर्ष

बेस सम इश्योर्ड: 5 झीलें 10 झीलें 1 5 झीलें 20 झीलें 2 5 झीलें *सम इश्योर्ड टाइप: व्यक्ति फ्लोटर

आवेदक 1	नाम								
	लिंग	पुरुष	महिला	अन्य	ऊंचाई	(ft)	(inch)	वजन	(kg)
	जन्म तिथि	D D M M Y Y Y Y			मोबाइल नंबर				
	प्रस्तावक से संबंध (कृपया विकल्प पर टिक करें): स्वयं/पति/पत्नी/पिता/माता/ससुर/सास/पुत्र/पुत्री								

आवेदक 2	नाम								
	लिंग	पुरुष	महिला	अन्य	ऊंचाई	(ft)	(inch)	वजन	(kg)
	जन्म तिथि	D D M M Y Y Y Y			मोबाइल नंबर				
	संबंध: आवेदक का जीवनसाथी 1 <input type="checkbox"/>								

आपातकालीन संपर्क

नाम

एसटीडी कोड के साथ संपर्क नंबर मोबाइल नंबर

वैकल्पिक सुविधा सह-भुगतान (आधार नीति में 50% सह-भुगतान है, हालांकि आप इसे 0% तक कम कर सकते हैं) 0% (एड-ऑन) 20% 30% 40%

वार्षिक सकल डिडक्टिबल (डिडक्टिबल राशि बेस सम इश्योर्ड का 1/5वां हिस्सा होगी) हाँ नहीं

एड-ऑन : रक्षा करना हाँ नहीं

3. पोर्टेबिलिटी

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

4. नामांकन

प्रस्तावक की मृत्यु की स्थिति में, नामांकित व्यक्ति को दावे का भुगतान किया जाएगा। अन्य बीमित व्यक्तियों के लिए, प्रस्तावक नामांकित व्यक्ति है। नामांकित व्यक्ति को भुगतान कंपनी की पूर्ण देयता का निर्वहन करता है।

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

नॉमिनी का बैंक विवरण : लाभार्थी का नाम:

बैंक का नाम खाते का प्रकार बचत चालू

खाता संख्या IFSC कोड

5. चिकित्सा, आदतें और पिछले प्रस्ताव की जानकारी

धारा ए: बीमित किए जाने के लिए प्रस्तावित व्यक्तियों में से किसी के संबंध में:	आवेदक 1	आवेदक 2
क्या जीवन, स्वास्थ्य, अस्पताल दैनिक नकदी या गंभीर बीमारी बीमा के लिए कोई आवेदन कभी भी किसी बीमा कंपनी द्वारा अस्वीकार कर दिया गया है, स्थगित कर दिया गया है, लोड किया गया है या किसी विशेष शर्तों के अधीन किया गया है?	हाँ <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/>	हाँ <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/>
धारा बी: क्या बीमा के लिए प्रस्तावित व्यक्ति में से किसी का कभी निदान किया गया है:	आवेदक 1	आवेदक 2
शु. हृदय रोग जैसे दिल का दौरा, दिल की विफलता, इस्केमिक हृदय रोग या कोरोनरी हृदय रोग, एनजाइना आदि	हाँ <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/>	हाँ <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/>
शु. ट्यूमर, किसी भी अंग का कैंसर, ल्यूकेमिया, लिम्फोमा, सारकोमा	हाँ <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/>	हाँ <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/>
शु. प्रमुख अंग विफलता (गुर्दे, यकृत, हृदय, फेफड़े आदि)	हाँ <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/>	हाँ <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/>
शु. स्ट्रोक, एन्सेफैलोपैथी, मस्तिष्क फोड़ा, या कोई न्यूरोलॉजिकल बीमारी	हाँ <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/>	हाँ <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/>
शु. पल्मोनरी फाइब्रोसिस, फेफड़ों का पतन या अंतरालीय फेफड़े की बीमारी (आईएलडी)	हाँ <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/>	हाँ <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/>
शु. हेपेटाइटिस बी या सी, क्रोनिक यकृत रोग, क्रोहन रोग, अल्सरेटिव कोलाइटिस	हाँ <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/>	हाँ <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/>
शु. आयरन की कमी से होने वाले एनीमिया के अलावा कोई भी एनीमिया	हाँ <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/>	हाँ <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/>
शु. कभी 5 दिनों से अधिक समय तक अस्पताल में भर्ती रहे	हाँ <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/>	हाँ <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/>
शु. कभी लगातार 10 दिनों से अधिक समय तक कोई दवा ली है? दवा में शामिल हैं, लेकिन इनहेलर, इंजेक्शन, मौखिक दवाओं और शरीर के अंगों पर बाहरी चिकित्सा अनुप्रयोगों तक सीमित नहीं है।	हाँ <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/>	हाँ <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/>
शु. किसी भी उपचार, शल्य चिकित्सा या चिकित्सा की प्रतीक्षा कर रहा है जिसे सलाह दी गई है	हाँ <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/>	हाँ <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/>

xi. अतीत में हुई किसी भी बीमारी के लिए किसी भी आवधिक / नियमित अनुवर्ती कार्रवाई के तहत, चाहे वह ठीक हो या नहीं? अनुवर्ती कार्रवाई का अर्थ होता है, आवधिक परामर्श, जांच आदि	हाँ <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/>	हाँ <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/>
xiii. क्या डॉक्टर (डॉक्टरों) के साथ कोई परामर्श किया गया है या पिछले 30 दिनों में वर्तमान में होने वाली समस्याओं के लिए किसी भी परीक्षण की सलाह दी गई है?	हाँ <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/>	हाँ <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/>
मधुमेह (उच्च रक्त शर्करा), प्री-डायबिटीज, उच्च या निम्न रक्तचाप, सीने में दर्द या कोई हृदय रोग या थायरॉइड विकार, अस्थमा, ब्रॉकाइटिस	हाँ <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/>	हाँ <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/>
xiv. माता-पिता की कोई वंशानुगत या आनुवंशिक स्थिति है? कृपया उल्लेख करें कि उनमें से कोई भी एक वाहक राज्य है यानी बीमारी नहीं थी लेकिन एक वाहक था	हाँ <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/>	हाँ <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/>
xv. किसी भी अंग जैसे पित्ताशय, गुर्दे, मूत्राशय, मूत्रवाहिनी आदि में पथरी (पथरी) विकार।	हाँ <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/>	हाँ <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/>
xvi. ट्यूमर (सूजन) - सौम्य या घातक, शरीर में कहीं भी कोई बाहरी अल्सर /	हाँ <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/>	हाँ <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/>
एचआईवी/एड्स, एनीमिया, थैलेसीमिया, हीमोफीलिया या रक्त संबंधी कोई अन्य समस्या।	हाँ <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/>	हाँ <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/>
xviii. मनोरोग/मानसिक बीमारियां या नीड संबंधी विकार?	हाँ <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/>	हाँ <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/>
xix. स्वास्थ्य से संबंधित कोई भी स्वास्थ्य स्थिति, बीमारी, लक्षण या जानकारी जो ऊपर कैप्चर नहीं की गई है। यदि इस प्रश्न का उत्तर किसी के लिए हां है, तो सभी चिकित्सा दस्तावेज प्रदान करें	हाँ <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/>	हाँ <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/>
xx. धूम्रपान करता है या तंबाकू/गुटखा/पान मसाला या शराब का सेवन करता है यदि हाँ, तो कृपया निम्नलिखित का उत्तर दें:	हाँ <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/>	हाँ <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/>
i. आवेदक ने धूम्रपान/तंबाकू का सेवन कब शुरू किया? a) स्कूल b) 10+2 c) कॉलेज d) जब काम करना शुरू किया e) बाद में		
ii. आवेदक को कितने साल से शराब का सेवन करते हुए देखा जा रहा है?		
iii. आवेदक सप्ताह में कितने दिन शराब का सेवन करता है? (1/2/3/4/5/6/7)		

6. 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 करूँगा।
- 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।
- यदि प्रस्तावक ने स्थानीय भाषा में हस्ताक्षर किए हैं, इस फॉर्म की सामग्री को मेरे द्वारा समझाया गया है, प्रस्तावक को _____ में, प्रस्तावक को _____ की उपस्थिति में जिसने इसे समझा और पुष्टि की है। गवाह कंपनी के एजेंट/कर्मचारी के अलावा कोई और होना चाहिए।

तारीख स्थान _____ प्रस्तावक के हस्ताक्षर

प्रमाणित करने वाले व्यक्ति के हस्ताक्षर: गवाह के हस्ताक्षर

प्रमाणित करने वाले व्यक्ति का मोबाइल नंबर: गवाह का मोबाइल नंबर:

7. यदि फॉर्म प्रस्तावक और सलाहकार घोषणा द्वारा नहीं भरा गया है तो घोषणा

घोषणा यदि किसी कारण से, प्रस्ताव और अन्य जुड़े कागजात प्रस्तावक द्वारा नहीं भरे जाते हैं। प्रस्ताव प्रपत्र की विषय-वस्तु के बारे में मुझे पूरी तरह से बता दिया गया है और मैंने सभी पहलुओं और निहितार्थों को पूरी तरह से समझ लिया है। प्रस्ताव फॉर्म मेरे निर्देश के तहत _____ द्वारा भरा जाता है और मैंने सभी जानकारी को सही और पूर्ण पाया।

प्रस्तावक के हस्ताक्षर

सलाहकार घोषणा: मैं बीमा सलाहकार/कॉर्पोरेट एजेंट के निर्दिष्ट व्यक्ति/ब्रोकर के प्राधिकृत कर्मचारी/रिलेशनशिप ऑफिसर के रूप में, एतद्वारा घोषणा करता हूँ कि मैंने प्रस्तावक को इस उत्पाद/प्रस्ताव की सभी विषय-वस्तु के बारे में बता दिया है।

बीमा सलाहकार के हस्ताक्षर

8. प्रीमियम विवरण (केवल कार्यालय उपयोग के लिए)

प्रीमियम भुगतान ऑप्शन चेक डिमांड ड्राफ्ट क्रेडिट कार्ड/डेबिट कार्ड नेट बैंकिंग केश दूसरों

प्रीमियम राशि प्रीमियम भुगतान किया गया

प्रस्तावक के साथ संबंध ऑनलाइन भुगतान लेनदेन ID:

बैंक का नाम/ब्रांच तिारीख

निवा बूपा ब्रांच का स्थान कोड नं.

व्यवसाय स्रोत: सलाहकार/डीएसटी/कॉर्पोरेट एजेंसी/अन्य चैनल कोड संख्या

नाम

प्राप्त प्रस्ताव की तिारीख: ग्राहक ID:

क्या प्रस्तावक या आवेदक कर्मचारी है? हाँ नहीं

9. रिफंड और दावों के भुगतान के लिए विवरण

भुगतान प्राप्त करने का विकल्प: बैंक हस्तांतरण

लाभार्थी का नाम

तीन एनके नाम

खाता सं. IFSC कोड

खाता प्रकार: बचत चालू

10. नवीकरण

नवीनीकरण भुगतान साइन-अप:

आपकी स्वास्थ्य बीमा पॉलिसी के नवीकरण प्रीमियम का भुगतान कंपनी के साथ आपके मौजूदा ऑटोमेटेड क्लियरिंग हाउस (ACH)/स्थायी अनुदेशों (SI) को जारी रखते हुए हर साल किया जा सकता है। इस विकल्प के तहत, आपकी पॉलिसी को तुरंत नवीनीकृत किया जा सकता है, लेकिन कंपनी द्वारा आवश्यक जानकारी और दस्तावेज़ीकरण की सभी अतिरिक्त आवश्यकताओं को पूरा करने के अधीन।

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।

तिारीख स्थान प्रस्तावक के हस्ताक्षर

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

ब्रांच कोड SP कोड RM/LG कोड

12. वैधानिक चेतावनी

छूट का निषेध (बीमा अधिनियम 1938 की धारा 41 के तहत)

1. 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।

2. इस धारा के प्रावधानों के अनुपालन में चूक करने वाला कोई भी व्यक्ति दंड के लिए उत्तरदायी होगा जो दस लाख रुपये तक का हो सकता है।

13. ABHA ID

सदस्य का नाम	क्या आपके पास ABHA ID है?	ABHA ID	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

आवेदन सं.

तारीख

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।

प्राप्तकर्ता का नाम एवं हस्ताक्षर और ऑफिस की मुहर