

यूआरएन: 024

विमा करार देखील एक कायदेशीर करार आहे आणि तो ट्रस्ट आणि आम्ही आपल्यावर आधारित आहे. आम्ही समजतो की आपल्या आरोग्यावरील माहिती आणि आपल्या धोरणावर त्याचा परिणाम किती समर्पक आहे हे आपल्याला माहित नसेल. म्हणूनच, आपण आरोग्याची सर्व माहिती उघड करणे खूप महत्वाचे आहे आणि आम्ही ठरवू की ती किती समर्पक आहे (आम्ही त्याला 'भौतिक तथ्य' म्हणतो). आम्ही तुमची पॉलिसी रद्द करू, कोणताही दावा भरणार नाही, भरलेला कोणताही प्रीमियम परत करणार नाही आणि विमा प्रस्तावित सर्व सदस्यांबद्दल योग्य आणि संपूर्ण माहिती न दिल्यास आधी भरलेल्या लाभांच्या वसुलीसह आपल्याविरुद्ध सर्व संभाव्य कायदेशीर कारवाई करण्याचा अधिकार आहे. नियमानुसार कवरेज फक्त तेव्हाच सुरू होऊ शकते जेव्हा आम्हाला पूर्ण प्रीमियम मिळाला आहे आणि जोखीम स्पष्टपणे स्वीकारली आहे.

## 1. प्रस्तावक तपशील:

पदवी	नाम	लिंग:	पुरुष	मादी	इतर	राष्ट्रीयत्व
डीओबी	DEMMYYW					
सध्याचा पत्ता						
सीमाचिन्ह						शहर
जिल्हा					राज्य	वैयक्तिक ओळख क्रमांक
लँडलाइन नंबर					मोबाईल नंबर	
ईमेल आयडी					वैयक्तिक संख्या	

वार्षिक उत्पन्न (रु.)  सीकेवायसी नंबर

उद्योग  पगारदार  स्वयंरोजगार

याद्वारे भरलेला प्रीमियम  प्रस्तावकाशी असलेले संबंध

अर्जात नमूद केल्याप्रमाणे आपली पॉलिसी आणि सेवेशी संबंधित सर्व संप्रेषण ईमेल आयडीवर पाठविण्याचे अधिकार कंपनीला देऊन मी पर्यावरणाचे रक्षण करू इच्छितो आणि कागद वाचविण्यास मदत करू इच्छितो?

मी सर्व अटी व शर्ती वाचल्या आहेत, समजून घेतल्या आहेत आणि स्वीकारल्या आहेत आणि याद्वारे निवा बुपा हेल्थ इन्शुरन्स किंवा त्याच्या कोणत्याही एजंट आणि / किंवा तृतीय पक्ष / संलग्न ांना स्वागत कॉल / एसएमएस, सेवा कॉल / एसएमएस किंवा इतर कोणत्याही व्यावसायिक संप्रेषणासाठी माझ्या 'डीएनडी' नोंदणीवर एसएमएस / ईमेल / फोन / व्हॉट्सअप / फेसबुक किंवा इतर कोणत्याही मार्गाने माझ्याशी संपर्क साधण्याचा अधिकार दिला आहे.

आपण किंवा प्रस्तावित अर्जदारांपैकी कोणी पीईपी # आहात का?  हो  नाही

#Politically एक्सपोज्ड पर्सन (पीईपी) अशा व्यक्ती आहेत ज्यांना केंद्र किंवा राज्य सरकारचे प्रमुख/मंत्री, वरिष्ठ राजकारणी, वरिष्ठ सरकारी, न्यायिक किंवा लष्करी अधिकारी, सरकारी कंपन्यांचे वरिष्ठ अधिकारी, पक्षाचे महत्वाचे अधिकारी अशा प्रमुख सार्वजनिक कार्ये आहेत किंवा संपविण्यात आली आहेत. (जर आपण पीईपीविरुद्ध टिक केले असले तर कृपया स्वतंत्र पीईपी प्रश्नावली भरा)

ग्रामीण व सामाजिक क्षेत्र प्रवर्ग (लागू असल्यास):  आशा वर्कर  मनरेगा कामगार

आपल्याला पॉलिसी किटची फिजिकल कॉपी हवी आहे का:  हो  नाही

बँक तपशील:

बँकेचे नाव

खाते क्रमांक  आयएफएससी कोड

खाते प्रकार  बचत  चालू आहे  फांदी  शहर

इलेक्ट्रॉनिक विमा खात्याचा तपशील (ईआयए)

आपण ही पॉलिसी ईआयएमध्ये जमा करू इच्छिता का? (कृपया कोणताही एक निवडा)

नाही, माझ्याकडे ईआयए नाही आणि ते उघडण्याची इच्छा नाही  होय, ही पॉलिसी माझ्या ई-विमा खात्यात जमा करा

जर होय, तर कृपया विद्यमान ई-विमा खाते क्रमांक सामायिक करा.

कृपया विमा भांडाराचे नाव निवडा (आपण आपले खाते उघडले आहे)

मेसर्स एनएसडीएल डेटाबेस मॅनेजमेंट लिमिटेड  मेसर्स सेंट्रल इन्शुरन्स रिपॉझिटरी लि.

मेसर्स कार्वी इन्शुरन्स रिपॉझिटरी लिमिटेड  मेसर्स सीएएमएस रिपॉझिटरी सर्व्हिसेस लिमिटेड (कृपया कोणतेही एक निवडा) किंवा

माझे विद्यमान ई-विमा खाते नाही आणि मला नवीन ई-विमा खाते तयार करण्यात स्वारस्य आहे (कृपया संबंधित कागदपत्रांसह इलेक्ट्रॉनिक विमा खाते उघडण्याचा फॉर्म (ईआयए फॉर्म) सबमिट करा).

नूतनीकरण पेमेंट साइन-अप:

आपल्या आरोग्य विमा पॉलिसीच्या नूतनीकरण प्रीमियमचा भरणा कंपनीकडे आपले विद्यमान स्वयंचलित क्लिअरिंग हाऊस (एसीएच) / स्थायी सूचना (एसआय) चालू ठेवून दरवर्षी केला जाऊ शकतो. या पर्यायांतर्गत आमच्या पॉलिसीचे त्वरित नूतनीकरण केले जाऊ शकते, परंतु आपण कंपनीला आवश्यक असलेल्या माहिती आणि दस्तऐवजांच्या सर्व अतिरिक्त गरजा पूर्ण करण्याच्या अधीन राहून.

एसीएच / एसआय नूतनीकरण ऑपची निवड करायची आहे आणि त्याद्वारे एमई पॉलिसीचे नूतनीकरण केल्यास प्रीमियमवर 2.5% सूट मिळू शकते.

सुद्धा  जागा  प्रस्तावकाची स्वाक्षरी

२. विम्यासाठी अर्जदारांचा तपशील :

अर्जदार १	नाम											
	लिंग	<input type="checkbox"/> पुरुष	<input type="checkbox"/> मादी	<input type="checkbox"/> इतर	उंची	<input type="text"/>	(एकपूरक)	<input type="text"/>	(इंच)	वजन	<input type="text"/>	(किलो)
	मोबाईल नंबर	<input type="text"/>			जन्म तारीख	<input type="text"/>			भारतीय नसेल तर टिक करा	<input type="checkbox"/>		
	प्रस्तावकाशी संबंध (कृपया टिक पर्याय): स्वतः / जोडीदार / वडील / आई / सासरे / सासू / मुलगा / मुलगी / कर्मचारी											
	नोंदणीकृत मेडिकल प्रॅक्टीशनर* असल्यास, कृपया प्रदान करा: १. वैद्यकीय नोंदणी क्रमांक											
	ii. परिषदेचे नाव											
	iii. कामाच्या ठिकाणाचा पत्ता											
अर्जदार २	नाम											
	लिंग	<input type="checkbox"/> पुरुष	<input type="checkbox"/> मादी	<input type="checkbox"/> इतर	उंची	<input type="text"/>	(एकपूरक)	<input type="text"/>	(इंच)	वजन	<input type="text"/>	(किलो)
	मोबाईल नंबर	<input type="text"/>			जन्म तारीख	<input type="text"/>			भारतीय नसेल तर टिक करा	<input type="checkbox"/>		
	प्रस्तावकाशी संबंध (कृपया टिक पर्याय): जोडीदार / वडील / आई / सासरे / सासू / मुलगा / मुलगी											
	नोंदणीकृत मेडिकल प्रॅक्टीशनर* असल्यास, कृपया प्रदान करा: १. वैद्यकीय नोंदणी क्रमांक											
	ii. परिषदेचे नाव											
	iii. कामाच्या ठिकाणाचा पत्ता											
अर्जदार ३	नाम											
	लिंग	<input type="checkbox"/> पुरुष	<input type="checkbox"/> मादी	<input type="checkbox"/> इतर	उंची	<input type="text"/>	(एकपूरक)	<input type="text"/>	(इंच)	वजन	<input type="text"/>	(किलो)
	मोबाईल नंबर	<input type="text"/>			जन्म तारीख	<input type="text"/>			भारतीय नसेल तर टिक करा	<input type="checkbox"/>		
	प्रस्तावकाशी संबंध (कृपया टिक पर्याय): जोडीदार / वडील / आई / सासरे / सासू / मुलगा / मुलगी											
	नोंदणीकृत मेडिकल प्रॅक्टीशनर* असल्यास, कृपया प्रदान करा: १. वैद्यकीय नोंदणी क्रमांक											
	ii. परिषदेचे नाव											
	iii. कामाच्या ठिकाणाचा पत्ता											
अर्जदार ४	नाम											
	लिंग	<input type="checkbox"/> पुरुष	<input type="checkbox"/> मादी	<input type="checkbox"/> इतर	उंची	<input type="text"/>	(एकपूरक)	<input type="text"/>	(इंच)	वजन	<input type="text"/>	(किलो)
	मोबाईल नंबर	<input type="text"/>			जन्म तारीख	<input type="text"/>			भारतीय नसेल तर टिक करा	<input type="checkbox"/>		
	प्रस्तावकाशी संबंध (कृपया टिक पर्याय): जोडीदार / वडील / आई / सासरे / सासू / मुलगा / मुलगी											
	नोंदणीकृत मेडिकल प्रॅक्टीशनर* असल्यास, कृपया प्रदान करा: १. वैद्यकीय नोंदणी क्रमांक											
	ii. परिषदेचे नाव											
	iii. कामाच्या ठिकाणाचा पत्ता											
अर्जदार ५	नाम											
	लिंग	<input type="checkbox"/> पुरुष	<input type="checkbox"/> मादी	<input type="checkbox"/> इतर	उंची	<input type="text"/>	(एकपूरक)	<input type="text"/>	(इंच)	वजन	<input type="text"/>	(किलो)
	मोबाईल नंबर	<input type="text"/>			जन्म तारीख	<input type="text"/>			भारतीय नसेल तर टिक करा	<input type="checkbox"/>		
	प्रस्तावकाशी संबंध (कृपया टिक पर्याय): जोडीदार / वडील / आई / सासरे / सासू / मुलगा / मुलगी											
	नोंदणीकृत मेडिकल प्रॅक्टीशनर* असल्यास, कृपया प्रदान करा: १. वैद्यकीय नोंदणी क्रमांक											
	ii. परिषदेचे नाव											
	iii. कामाच्या ठिकाणाचा पत्ता											
अर्जदार ६	नाम											
	लिंग	<input type="checkbox"/> पुरुष	<input type="checkbox"/> मादी	<input type="checkbox"/> इतर	उंची	<input type="text"/>	(एकपूरक)	<input type="text"/>	(इंच)	वजन	<input type="text"/>	(किलो)
	मोबाईल नंबर	<input type="text"/>			जन्म तारीख	<input type="text"/>			भारतीय नसेल तर टिक करा	<input type="checkbox"/>		
	प्रस्तावकाशी संबंध (कृपया टिक पर्याय): जोडीदार / वडील / आई / सासरे / सासू / मुलगा / मुलगी											
	नोंदणीकृत मेडिकल प्रॅक्टीशनर* असल्यास, कृपया प्रदान करा: १. वैद्यकीय नोंदणी क्रमांक											
	ii. परिषदेचे नाव											
	iii. कामाच्या ठिकाणाचा पत्ता											

\* प्रीमियमवर 5% सूट मिळवा. मेडिकल प्रॅक्टीशनर म्हणजे अशी व्यक्ती ज्याव्यक्तीकडे कोणत्याही राज्याच्या मेडिकल कौन्सिल किंवा मेडिकल कौन्सिल ऑफ इंडिया किंवा कौन्सिल फॉर इंडियन मेडिसिन किंवा भारत सरकार किंवा राज्य सरकारने स्थापन केलेल्या होमिओपॅथीसाठी वैध नोंदणी आहे आणि त्यामुळे त्याला त्याच्या कार्यक्षेत्रात विनामूल्य औषधोपचार करण्याचा अधिकार आहे; आणि त्याच्या परवान्याची व्याप्ती आणि कार्यक्षेत्रात काम करत आहे.

### 3. कव्हरेज चयन:

#### बेस कव्हरेज:

#Policy प्रकार:	<input type="checkbox"/> व्यक्तिगत <input type="checkbox"/> फॅमिली फ्लोटर <input type="checkbox"/> बहुसदस्यीय व्यक्ती
कव्हर करावयाच्या जीवांची संख्या:	<input type="checkbox"/> प्रौढ <input type="checkbox"/> लहान मुले
व्हेरियंट:	<input type="checkbox"/> सोने <input type="checkbox"/> नीलम <input type="checkbox"/> हिरा <input type="checkbox"/> प्लॅटिनम <input type="checkbox"/> टायटॅनियम <input type="checkbox"/> सोने+ <input type="checkbox"/> नीलम+ <input type="checkbox"/> डायमंड+ <input type="checkbox"/> प्लॅटिनम+ <input type="checkbox"/> टायटॅनियम + <input type="checkbox"/> Flexi
आधार विमा रक्कम :	
पॉलिसी टर्म:	<input type="checkbox"/> १ वर्ष <input type="checkbox"/> २ वर्षे <input type="checkbox"/> ३ साल

#### वैकल्पिक कव्हरेज:

1. हॉस्पिटल कॅश	<input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> नाही											
2. सुरक्षित ठेवा \$	<input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> नाही											
3. सुरक्षितता+ \$	<input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> नाही											
4. कृपया 'पर्सनल अॅक्सिडेंट कव्हर' निवडल्यास टिक करा (हा पर्याय केवळ १८ वर्ष किंवा त्यापेक्षा जास्त वयाच्या अर्जदारांसाठी उपलब्ध आहे)	अर्जदार क्रमांक											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> <th>6</th> </tr> </thead> <tbody> <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> </tbody> </table>	1	2	3	4	5	6	<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"/>							
5. वार्षिक एकूण वजावट योग्य पर्याय:	<input type="checkbox"/> नाही <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											
6. सह-देयक	<input type="checkbox"/> नाही <input type="checkbox"/> 10% <input type="checkbox"/> 20% <input type="checkbox"/> 30% <input type="checkbox"/> 40% <input type="checkbox"/> 50%											
7. आधीपासून अस्तित्वात असलेला रोग प्रतीक्षा वेळ बदल	<input type="checkbox"/> नाही <input type="checkbox"/> 4 साल <input type="checkbox"/> 3 वर्ष <input type="checkbox"/> 2 साल <input type="checkbox"/> १ वर्ष											
8. रूम प्रकार मॉडिफिकेशन	<input type="checkbox"/> नाही <input type="checkbox"/> मानक सिंगल रूम <input type="checkbox"/> सामायिक खोली											
9. बॉर्डरलेस (सह-देयकासह)	<input type="checkbox"/> नाही <input type="checkbox"/> 50% <input type="checkbox"/> 40% <input type="checkbox"/> 30% <input type="checkbox"/> 20% <input type="checkbox"/> 0%											
10. भविष्य तयार आहे	<input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> नाही											
11. कॅश-बॅग	<input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> नाही											
12. वेलकन्सल्ट (ओपीडी)	<input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> नाही											

#### अॅड-ऑन:

1. स्मार्ट हेल्थ + (रोग व्यवस्थापन) *सर्व बाधित सदस्यांनी गोल्ड किंवा प्लॅटिनम चा एक प्रकार निवडावा.	<input type="checkbox"/> सोने <input type="checkbox"/> प्लॅटिनम <input type="checkbox"/> नाही											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> <th>6</th> </tr> </thead> <tbody> <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> </tbody> </table>	1	2	3	4	5	6	<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"/>							
2. स्मार्ट हेल्थ+ (अॅक्युट केअर) *दोन्हीपैकी कोणताही एक निवडता येऊ शकतो	<input type="checkbox"/> सर्वोत्तम सल्ला <input type="checkbox"/> सर्वोत्तम काळजी <input type="checkbox"/> नाही											
	5,000 रुपये, 10,000 रुपये, 15,000 रुपये, 20,000 रुपये;											
3. फास्ट फॉरवर्ड	<input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> नाही											

फ्लोटर विमाची रक्कम सर्व विमाधारक सदस्यांसाठी सामान्य आहे#Family. फ्लोटर म्हणजे वैयक्तिक किंवा सामूहिकरित्या सर्व विमाधारक या मर्यादेपर्यंत दावा करू शकतात. \$Either सेफगार्ड किंवा सेफगार्ड+ चा पर्याय निवडला जाऊ शकतो

#### 4. पोर्टेबिलिटी

धोरण क्र.	विमा कंपनी	जोखीम सुरू होण्याची तारीख	जोखीम संपण्याची तारीख	पोर्टिंग चे कारण

प्रस्तावित विमाधारकाचे नाव ज्यांच्यासाठी पोर्टेबिलिटीची विनंती केली जाते	पहिली पॉलिसी सुरू होण्याची तारीख	नाही। वर्षानुवर्षे सतत कवरेज ज्यासाठी पोर्टेबिलिटीची विनंती केली जाते	पूर्वीच्या धोरणांमधील दावे	सध्याचा नो क्लेम बोनस	विम्याची रक्कम - वर्ष १ (सर्वात जुने)	विम्याची रक्कम - वर्ष २	विम्याची रक्कम - वर्ष ३	विम्याची रक्कम - वर्ष ४ (एक्सपायरी पॉलिसी)

## 5. नामांकन

प्रस्तावकाचा मृत्यू झाल्यास, पॉलिसी अंतर्गत देय असलेले कोणतेही देयक खाली दिलेल्या नॉमिनीला देय होईल. नॉमिनीद्वारे अशी देयके प्राप्त झाल्यास पॉलिसी अंतर्गत कंपनीचे दायित्व पार पाडले जाईल.

नॉमिनीचे नाव	जन्म तारीख	प्रस्तावकाशी असलेले संबंध	नॉमिनीचा पत्ता, मोबाइल नंबर आणि ईमेल आयडी	नियुक्तीचे नाव (जर नॉमिनीचे वय १८ वर्षांपेक्षा कमी असेल तर)

नॉमिनीचा बँक तपशील: लाभार्थीचे नाव: \_\_\_\_\_

बँकेचे नाव \_\_\_\_\_ खाते प्रकार  बचत  चालू आहे

खाते क्रमांक \_\_\_\_\_ आयएफएससी कोड \_\_\_\_\_

## 6. वैद्यकीय, सवयी आणि मागील प्रस्तावांची माहिती

महत्वाचे: कृपया या विभागातील सर्व प्रश्नांची उत्तरे सत्य आणि पूर्णपणे दिली आहेत याची कृपया खात्री करा कारण आपण येथे दिलेली माहिती निवृत्त बुपा यांच्या अंडरराइटिंगचा आधार असेल. कृपया लक्षात घ्या की कोणतीही अपूर्ण, चुकीची, अशतः योग्य माहिती आपल्या वैद्यकीय दाव्यावर आणि / किंवा कवरेजवर परिणाम करू शकते.

ज्येष्ठ सदस्यांसाठी वय ३५ वर्षांपर्यंत

विभाग अ: 'तुम्ही' म्हणजे स्वतःला आणि या ऑप्लिकेशनच्या माध्यमातून ही पॉलिसी मागणारे इतर सर्व.			3	4	5	6	
1. आपण खालीलपैकी कोणत्याही आजाराने ग्रस्त आहात का? अ. कर्करोग/ल्युकेमिया/घातक ट्यूमर ब. हृदयविकार (हृदयविकाराचा झटका, बायपास शस्त्रक्रिया इ.) क. प्रमुख अवयव निकामी होणे (मूत्रपिंड, यकृत, हृदय, फुफ्फुस इ.) ड. न्यूरोलॉजिकल डिसऑर्डर / स्ट्रोक / अर्धांगवायू ई. क्रॉनिक ऑब्सट्रक्टिव्ह पल्मोनरी डिजीज (सीओपीडी) / प्रोग्रेसिव्ह फुफ्फुस रोग फ. हिपेटायटीस बी किंवा सी, क्रॉनिक यकृत रोग, क्रोहन रोग, अल्सरेटिव्ह कोलायटिस जी. लोहाच्या कमतरतेमुळे होणारा अॅनिमिया वगळता इतर कोणताही अॅनिमिया एच. टाइप 1 मधुमेह		N	N	N	N	N	N
2. तुम्हाला मधुमेह आहे का?		N	N	N	N	N	N
आपल्याला उच्च रक्तदाब 3.Do?		N	N	N	N	N	N
4. एका आठवड्यापेक्षा जास्त काळ उपचारांची आवश्यकता असलेल्या आजाराचे कधी निदान झाले आहे का?		N	N	N	N	N	N
5. कधी शस्त्रक्रिया झाली आहे का? किंवा सल्ला दिला?		N	N	N	N	N	N
6. सध्या काही पाठपुरावा सुरू आहे की कोणत्याही उपचाराच्या प्रतीक्षेत आहे?		N	N	N	N	N	N

विभाग ब: वरीलपैकी कोणत्याही प्रश्नाचे उत्तर 'होय' असेल तर	अर्जदार क्रमांक 1	अर्जदार क्रमांक 2	अर्जदार क्रमांक ३	अर्जदार संख्या 4	अर्जदार क्रमांक 5	अर्जदार संख्या 6
1. निदान आणि किंवा शस्त्रक्रियेचे नाव?						
2. शस्त्रक्रियेचा तपशील? वर्ष आणि महिना						
3. आरोग्याची सद्यस्थिती?						

विभाग ए: कृपया वैद्यकीय परिस्थितीबद्दल माहिती सामायिक करा										
कृपया प्रत्येक अर्जदारासाठी खालील प्रश्नांची उत्तरे द्या. कृपया हो (य) किंवा नाही (एन) सर्कल करा	अर्जदार क्रमांक									
	1	1	2							6
१. सामान्य सर्दी, फ्लू, संसर्ग, किरकोळ इजा किंवा इतर किरकोळ आजार वगळता; अर्जदाराला कधी कोणत्याही आजाराचे निदान झाले आहे का आणि / किंवा 5 दिवसांपेक्षा जास्त काळ रुग्णालयात दाखल केले गेले आहे आणि / किंवा कोणतीही शस्त्रक्रिया करण्याचा सुल्ला दिला गेला आहे आणि / किंवा कोणतीही औषधे घेतली आहेत / 14 दिवसांपेक्षा जास्त काळ कोणतीही लक्षणे आढळली आहेत का? औषधोपचार हे इनहेलर, इंजेक्शन, तोंडी औषधे आणि शरीराच्या अवयवांवरील बाह्य वैद्यकीय		N		N		N		N		N
ii. अर्जदाराला थायरॉईड प्रोफाइल, लिपिड प्रोफाइल, टेडमिल चाचणी, अँजिओग्राफी, इकोकार्डियोग्राफी, एंडोस्कोपी, अल्ट्रासाउंड, सीटी स्कॅन, एमआरआय, बायोप्सी आणि एफएनएसीसी संबंधित कोणत्याही निदान चाचण्या किंवा तपासणीवर प्रतिकूल निष्कर्ष आले आहेत का?		N		N		N		N		N
अर्जदाराला मधुमेह किंवा पूर्व-मधुमेह आहे का किंवा त्याला उच्च रक्तातील साखर आहे का?		N		N		N		N		N
अर्जदाराला उच्च रक्तदाब किंवा उच्च रक्तदाब आहे का?		N		N		N		N		N
5. अर्जदाराला कधी कोणत्याही अनुवांशिक / अनुवांशिक विकार किंवा एचआयव्ही / एडसचे निदान किंवा उपचार केले गेले आहेत का?		N		N		N		N		N
6. अर्जदाराला कधी कोणत्याही मानसिक / मानसिक विकारांचे निदान किंवा उपचार झाले आहेत का?		N		N		N		N		N
7. अर्जदाराच्या आयुष्यावरील जीवन, आरोग्य, रुग्णालयातील दैनंदिन रोख रक्कम किंवा गंभीर आजार विम्याचा कोणताही प्रस्ताव कोणत्याही विमा कंपनीने कधी नाकारला, पुढे ढकलला, लोड केला किंवा वगळल्यासारख्या विशेष अटीच्या अधीन राहिला आहे का?		N		N		N		N		N

कलम ब : (अर्जदार धूम्रपान करत असेल किंवा तंबाखू/गुटखा/पानमसाला किंवा मद्यपान करत असेल तरच कृपया हा विभाग भरावा)	१. चघळण्यायोग्य तंबाखू / गुटखा / पान मसाला. जर होय, तर कृपया दररोज पाऊचची संख्या निर्दिष्ट करा		ii. मद्य। जर होय, तर कृपया दर आठवड्याला एमएल संख्या निर्दिष्ट करा		iii. सिगारेट / बीडी / सिगार. जर होय, तर कृपया दररोज वापर निर्दिष्ट		
	1-10	> १०	<= 450	> 450	दररोज मद्यपान करणे	1-10	> १०
अर्जदार 1							
अर्जदार २							
अर्जदार 3							
अर्जदार 4							
अर्जदार 5							
अर्जदार 6							

सर्व प्रस्तावकांसाठी

विभाग सी: वरील विभागात होय (य) चिन्हांकित प्रश्नांसाठी, कृपया खालील माहिती निर्दिष्ट करा:										
अर्जदार क्रमांक	लक्षणे किंवा तपासण्या किंवा निदान किंवा प्रक्रिया / शस्त्रक्रिया यांचा तपशील				स्थितीचा कालावधी(संपादन)।	औषधे(संपादन)।	डोस	सद्यस्थिती (उदा. पूर्ण / आंशिक पुनर्प्राप्ती किंवा चालू उपचार)	डॉक्टरांचे नाव आणि संपर्क तपशील	जोडलेली कागदपत्रे (होय/नाही)
	जर डाय-एचबीए 1 सी	जर उच्च रक्तदाब बीपी लेव्ह		इतर कोणतीही माहिती						
	सिस्टोलिक	डायस्टोलिक								

### 7. घोषणा (कृपया काळजीपूर्वक वाचा आणि प्रस्ताव फॉर्मवर स्वाक्षरी करण्यापूर्वी प्रत्येकावर चेक मार्क लावा )

- मी माझ्या वतीने आणि विमा प्रस्तावित सर्व व्यक्तींच्या वतीने जाहीर करतो की मी दिलेली वरील विधाने, उत्तरे आणि / किंवा तपशील माझ्या माहितीप्रमाणे सर्व बाबतीत सत्य आणि परिपूर्ण आहेत आणि मी या इतर व्यक्तींच्या वतीने प्रस्ताव ठेवण्यास अधिकृत आहे.
- मी समजतो की मी प्रदान केलेली माहिती विमा पॉलिसीचा आधार असेल, विमा कंपनीच्या मंडळाने मंजूर केलेल्या अंडरराइटिंग पॉलिसीच्या अधीन असेल आणि शुल्क आकारण्यायोग्य प्रीमियम पूर्ण भरल्यानंतरच पॉलिसी लागू होईल.
- मी पुढे जाहीर करतो की प्रस्ताव सादर केल्यानंतर परंतु कंपनीने जोखीम स्वीकारल्याची माहिती देण्यापूर्वी विमा धारक / प्रस्तावक म्हणून व्यवसायामध्ये किंवा जीवनाच्या सामान्य आरोग्यात होणारे कोणतेही बदल मी लेखी स्वरूपात सूचित करीन.
- मी जाहीर करतो की विमा धारक / प्रस्तावक असलेल्या व्यक्तीच्या शारीरिक किंवा मानसिक आरोग्यावर परिणाम करणारा कोणत्याही गोष्टीबद्दल कोणत्याही डॉक्टर किंवा रुग्णालयाकडून वैद्यकीय माहिती मागविणार या कंपनीला मी संमती देतो आणि विमा धारक / प्रस्तावक असलेल्या व्यक्तीवर विम्यासाठी अर्ज केलेल्या कोणत्याही विमा कंपनीकडून माहिती मागतो प्रस्ताव कमी लिहिण्याच्या आणि / किंवा दावा सेटलमेंटच्या हेतूने.
- मी कंपनीला माझ्या प्रस्तावाशी संबंधित माहिती सामायिक करण्यास अधिकृत करतो ज्यात विमाधारक / प्रस्तावकाच्या वैद्यकीय नोंदींचा समावेश प्रस्ताव आणि / किंवा दाव्यांचा निपटारा करण्याच्या एकमेव हेतूने आणि कोणत्याही सरकारी आणि / किंवा नियामक प्राधिकरणाशी सामायिक करणे आहे.
- मी / आम्ही कंपनीला सेवा वितरणाच्या एकमेव हेतूसाठी विमाधारक / प्रस्तावकाच्या वैद्यकीय रेकॉर्डसह माझ्या / आमच्या प्रस्तावाशी संबंधित माहिती आमच्या सूचीबद्ध प्रदात्यासह सामायिक करण्यास अधिकृत करतो.

तारीख  जागा \_\_\_\_\_ प्रस्तावकाची स्वाक्षरी

### 8. स्थानिक घोषणापत्र

(प्रस्तावकाने स्थानिक भाषेत स्वाक्षरी केल्यास प्रमाणपत्र (कंपनीच्या एजंट/ कर्मचाऱ्याव्यतिरिक्त इतर कोणी तरी साक्षीदार व्हावे). या फॉर्मचा मजकूर आणि त्याचे तपशील मी ज्या प्रस्तावकाला समजावून सांगितले आहेत आणि त्याची पुष्टी केली आहे:

प्रमाणित व्यक्तीचे नाव :

प्रमाणित व्यक्तीची स्वाक्षरी:

प्रमाणित व्यक्तीचा मोबाईल क्रमांक :

साक्षीदाराचे नाव

साक्षीदाराची स्वाक्षरी

साक्षीदाराचा मोबाईल क्रमांक :

प्रस्तावकाची स्वाक्षरी

### 9. प्रस्तावक घोषणा

(कोणत्याही कारणास्तव, प्रस्ताव आणि इतर संबंधित कागदपत्रे प्रस्तावकाने भरली नाहीत असे प्रमाणपत्र). प्रस्ताव फॉर्ममधील मजकूर आणि संबंधित कागदपत्रे मला पूर्णपणे समजावून सांगितली गेली आहेत आणि प्रस्तावित कराराचे महत्त्व मला पूर्णपणे समजले आहे. प्रस्ताव फॉर्म माझ्या निर्देशानुसार \_\_\_\_\_ भरला जातो आणि मला तो योग्य आणि परिपूर्ण वाटला.

प्रस्तावकाची स्वाक्षरी

### 10. प्रीमियम तपशील (केवळ कार्यालयीन वापरसाठी)

प्रीमियम भरण्याचा पर्याय  धनादेश  डिमांड ड्राफ्ट  क्रेडिट कार्ड / डेबिट कार्ड  नेट बँकिंग  रोकड  इतर

प्रीमियम ची रक्कम  ऑनलाइन पेमेंट ट्रान्झॅक्शन आयडी :  तारीख

बँकेचे नाव/शाखा  निवा बुपा शाखेचे ठिकाण

कोड क्र.  व्यवसाय: सल्लागार / डीएसटी / कॉर्पोरेट एजन्सी / इतर चॅनेल

कोड क्र.

नाम

प्राप्त प्रस्ताव :  कस्टमर आयडी :

प्रस्तावक किंवा अर्जदार कर्मचारी आहेत का?  हो  नाही

### 11. केवळ बँकाशुरन्स चॅनेलसाठी अतिरिक्त तपशील (केवळ कार्यालयीन वापरसाठी)

शाखा कोड(संपादन)

एसपी कोड

आरएम / एलजी कोड

Customer account संख्या

### 12. विमा सल्लागाराचा अहवाल (केवळ कार्यालयीन वापरसाठी)

कॉर्पोरेट एजंटचा विमा सल्लागार / निर्दिष्ट व्यक्ती / ब्रोकर / रिलेशनशिप ऑफिसरचा अधिकृत कर्मचारी या नात्याने मी हे जाहीर करतो की मी या प्रस्ताव फॉर्ममधील सर्व सामग्री स्पष्ट केली आहे, ज्यात प्रस्तावकाला या प्रस्ताव फॉर्ममध्ये समाविष्ट प्रश्नांचे स्वरूप समाविष्ट आहे, ज्यात त्याने / तिने या प्रस्ताव फॉर्ममध्ये सादर केलेल्या प्रश्नांची माहिती आणि प्रतिसाद यांचा समावेश आहे किंवा येथे मागितलेले कोणतेही तपशील आधार ठरतील कंपनी आणि प्रस्तावक यांच्यातील विम्याच्या कराराचा, जर हा प्रस्ताव कंपनीने पॉलिसी जारी करण्यासाठी स्वीकारला असेल. मी पुढे

स्पष्ट केले आहे की, जर या प्रस्ताव फॉर्ममध्ये कोणतेही असत्य विधान / माहिती / प्रतिसाद समाविष्ट असेल / ज्यात परिशिष्ट(एस), प्रतिज्ञापत्रे, निवेदने, सादरीकरण, सादर करणे / सादर करणे आणि त्याव्यतिरिक्त जर कोणतीही भौतिक वस्तुस्थिती उघड केली गेली नसेल तर या प्रस्तावाच्या अनुषंगाने त्याच्या बाजूने जारी केलेली पॉलिसी कंपनीअवैध मानली जाऊ शकते आणि पॉलिसी अंतर्गत भरलेले सर्व प्रीमियम कंपनीला जप्त केले जाऊ शकते.

तारीख

DDMMYY

विमा सल्लागाराची स्वाक्षरी

### 13. वैधानिक चेतावणी

सवलतप्रतिबंध (विमा अधिनियम १९३८ च्या कलम ४१ अन्वये)

- कोणतीही व्यक्ती भारतातील जीवित किंवा मालमत्तेशी संबंधित कोणत्याही प्रकारच्या जोखमीसंदर्भात कोणत्याही व्यक्तीला विमा काढण्यास किंवा नूतनीकरण करण्यास किंवा चालू ठेवण्यास प्रत्यक्ष किंवा अप्रत्यक्षरित्या परवानगी देऊ शकत नाही किंवा देऊ शकत नाही. देय कमिशनच्या संपूर्ण किंवा काही भागाची सवलत किंवा पॉलिसीवर दर्शविलेल्या प्रीमियममध्ये कोणतीही सूट देऊ शकत नाही, तसेच विमा कंपनीच्या प्रकाशित प्रॉस्पेक्टस किंवा तक्त्यांनुसार परवानगी देण्यात येणारी सवलत वगळता कोणतीही व्यक्ती पॉलिसी काढणारी किंवा नूतनीकरण करणारी किंवा चालू ठेवणारी कोणतीही सवलत स्वीकारू शकणार नाही.
- या कलमातील तरतुदींचे पालन करण्यात चूक करणार या व्यक्तीस दहा लाख रुपयांपर्यंत दंड होऊ शकतो.

### 14. आभा आयडी

सदस्याचे नाव	तुमच्याकडे एबीएचए आयडी आहे का?	आभा आयडी	एबीएचएद्वारे विमा कंपनी / टीपीएसह वैद्यकीय नोंदी सामायिक करण्यास
	<input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> नाही	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> नाही
	<input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> नाही	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> नाही
	<input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> नाही	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> नाही
	<input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> नाही	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> नाही
	<input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> नाही	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> नाही
	<input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> नाही	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> नाही

### 15. परतावा आणि दाव्यांची परतफेड करण्यासाठी तपशील

पेमेंट स्वीकारण्याचा पर्याय : बँक ट्रान्सफर

लाभार्थ्याचे नाव

बँकेचे नाव

खाते क्रमांक

आयएफएससी कोड

खाते प्रकार

निवा बुपा हेल्थ इन्शुरन्स कंपनी लि. नोंदणीकृत कार्यालय :- सी-९८, पहिला मजला, लाजपत नगर, भाग १, नवी

दिल्ली-११००२४ डिस्कलेमर: विमा हा मागणीचा विषय आहे. निवा बुपा हेल्थ इन्शुरन्स कंपनी लिमिटेड (पूर्वी मॅक्स बुपा हेल्थ इन्शुरन्स कंपनी लिमिटेड म्हणून ओळखली जात होती) (आयआरडीएआय नोंदणी

क्र. 'बुपा' आणि 'हार्टबीट' लोगो हे आपापल्या मालकांचे नोंदणीकृत ट्रेडमार्क असून ते निवा बुपा हेल्थ इन्शुरन्स कंपनी लिमिटेड लायसन्सअंतर्गत वापरत आहेत. ग्राहक हेल्पलाइन : १८६०-५००-८८८८

संकेतस्थळ : www.nivabupa.com. सीआयएन : U66000DL2008PLC182918. अटी आणि शर्ती, वगळणे, जोखीम घटक, प्रतीक्षा कालावधी आणि फायदे याबद्दल अधिक तपशीलांसाठी, कृपया विक्री पूर्ण करण्यापूर्वी

विक्री पुस्तिका काळजीपूर्वक वाचा.

उत्पादनाचे नाव: एस्पायर, प्रॉडक्ट यूआयएन: **NBHHLIP24129V012324** | अॅड-ऑन नाव: स्मार्ट हेल्थ +, अॅड-ऑन यूआयएन: **NBHHLIA22164V012122**

अॅड-ऑन नाव: फास्ट फॉरवर्ड, अॅड-ऑन यूआयएन: **NBHHLIA24126V012324**



निवा बुपा हेल्थ इन्शुरन्स कंपनी लि. नोंदणीकृत कार्यालय :- सी-९८, पहिला मजला, लाजपत नगर, भाग १, नवी

दिल्ली-११००२४ डिस्कलेमर: विमा हा मागणीचा विषय आहे. निवा बुपा हेल्थ इन्शुरन्स कंपनी लिमिटेड (पूर्वी मॅक्स बुपा हेल्थ इन्शुरन्स कंपनी लिमिटेड म्हणून ओळखली जात होती) (आयआरडीएआय नोंदणी क्र. 'बुपा' आणि 'हार्टबीट' लोगो हे आपापल्या मालकांचे नोंदणीकृत ट्रेडमार्क असून ते निवा बुपा हेल्थ इन्शुरन्स कंपनी लिमिटेड लायसन्सअंतर्गत वापरत आहेत. ग्राहक हेल्पलाइन : १८६०-५००-८८८८

संकेतस्थळ : www.nivabupa.com. सीआयएन : U66000DL2008PLC182918. अटी आणि शर्ती, वगळणे, जोखीम घटक, प्रतीक्षा कालावधी आणि फायदे याबद्दल अधिक तपशीलांसाठी, कृपया विक्री पूर्ण करण्यापूर्वी विक्री पुस्तिका काळजीपूर्वक वाचा.

उत्पादनाचे नाव: एस्पायर, प्रॉडक्ट यूआयएन: **NBHHLIP24129V012324** | अॅड-ऑन नाव: स्मार्ट हेल्थ +, अॅड-ऑन यूआयएन: **NBHHLIA22164V012122**  
अॅड-ऑन नाव: फास्ट फॉरवर्ड, अॅड-ऑन यूआयएन: **NBHHLIA24126V012324**

कंपनीने दिलेली पावती

अर्ज क्र.

तारीख

आपला प्रस्ताव व रक्कम धनादेश/डिमांड ड्राफ्ट/इतर दिनांक दिनांक काढलेली रक्कम प्राप्त झाल्याबद्दल आम्ही कृतज्ञतेने स्वीकारतो. विम्याचा पूर्ण प्रस्ताव आमच्याकडे सादर करणे किंवा पॉलिसी जारी करण्यासाठी केलेले कोणतेही पेमेंट आम्हाला पॉलिसी जारी करण्यास सहमत होण्यास भाग पाडत नाही, जो निर्णय आमच्या एकमेव आणि पूर्ण विवेकात आहे आणि नेहमीच राहिल. जर आम्ही विम्याचा प्रस्ताव स्वीकारला तर तो पॉलिसीच्या अटी आणि शर्तीच्या अधीन असेल आणि प्रीमियम आम्हाला पूर्ण पणे आणि वेळेत प्राप्त झाला नाही किंवा वसूल झाला नाही तर आमचे कोणतेही दायित्व राहणार नाही. जर आम्ही प्रस्ताव स्वीकारला नाही, तर आम्ही आपल्याला कळवू आणि आपल्याकडून प्राप्त वैद्यकीय चाचण्यांचा खर्च, जर काही असेल तर व्याजाशिवाय वजा करून पैसे परत करू.

रिसीव्हरचे नाव व स्वाक्षरी व कार्यालयीन सील