

कोरोना कवच पॉलिसी, निवा बुपा हेल्थ इन्शुरन्स कंपनी लिमिटेड प्रस्ताव फॉर्म



यूआरएन: 016

1. प्रस्तावक तपशील:

पदवी	<input type="text"/>	नाम	<input type="text"/>
डी.ओ.बी	<input type="text"/>	लिंग:	<input type="checkbox"/> पुरुष <input type="checkbox"/> मादी <input type="checkbox"/> इतर
राष्ट्रीयत्व	<input type="text"/>		
सध्याचा पत्ता	<input type="text"/>		
सीमाचिन्ह	<input type="text"/>	शहर	<input type="text"/>
जिल्हा	<input type="text"/>	राज्य	<input type="text"/>
लँडलाइन नंबर	<input type="text"/>	मोबाइल नंबर	<input type="text"/>
ईमेल आयडी	<input type="text"/>	वैकल्पिक संख्या	<input type="text"/>
सीकेवायसी नंबर (ऐच्छिक):	<input type="text"/>	पॅन नंबर	<input type="text"/>
वार्षिक उत्पन्न (रुपये)	<input type="text"/>		
रोजगार	<input type="checkbox"/> पगारदार <input type="checkbox"/> स्वयंरोजगार <input type="checkbox"/> विद्यार्थी <input type="checkbox"/> गृहिणी <input type="checkbox"/> इतर, कृपया निर्दिष्ट करा		<input type="text"/>
याद्वारे भरलेला प्रीमियम	<input type="text"/>	प्रस्तावकाशी असलेले संबंध	<input type="text"/>

मला माझ्या मोबाईल नंबरवर व्हॉट्सअॅपवर माझ्या पॉलिसीशी संबंधित माहिती आणि अपडेट्स मिळवायचे आहेत.

मी सर्व अटी आणि 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 माझ्या नोंदणीकृत फोन नंबरवर व्हॉट्सअॅप / एसएमएस / ईमेल / फोन / फेसबुक किंवा इतर कोणत्याही माध्यमांद्वारे 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 महत्त्वाचे अधिकारी अशा प्रमुख सार्वजनिक कार्ये आहेत किंवा सोपविण्यात आली आहेत. (जर आपण पीईपीविरुद्ध टिक केले असेल तर कृपया स्वतंत्र पीईपी प्रश्नावली भरा)

बँक तपशील:

बँकेचे नाव	<input type="text"/>
खाते क्रमांक	<input type="text"/>
खाते प्रकार	<input type="checkbox"/> बचत <input type="checkbox"/> चालू आहे <input type="checkbox"/> फांदी <input type="checkbox"/> शहर

इलेक्ट्रॉनिक विमा खात्याचा तपशील (ईआयए)

ही पॉलिसी ई-इन्शुरन्स खात्यात जमा करण्याची तुमची इच्छा आहे का? (कृपया कोणताही एक निवडा)

नाही, माझ्याकडे ई-विमा खाते 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) (कृपया कोणतेही एक निवडा)

1. एनएसडीएल 2. सीआयआरएल 3. कार्वी 4. सीएएमएस

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).

2. कवरेज निवड:

बेस कवरेज:	
पॉलिसी प्रकार:	<input type="checkbox"/> वैयक्तिक आधार(संपादन)। <input type="checkbox"/> फॅमिली फ्लोटर बेसिस
कवरेज करावयाच्या जीवांची संख्या:	<input type="checkbox"/> प्रौढ <input type="checkbox"/> लहान मुले
आधार विमा रक्कम:	
पॉलिसी टर्म:	<input type="checkbox"/> ३.५ महिने <input type="checkbox"/> ६.५ महिने <input type="checkbox"/> ९.५ महिने
वैकल्पिक कवरेज:	
हॉस्पिटल कॅश : बेस इन्शुरन्स रकमेच्या ०.५ टक्के प्रतिदिन	<input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> नाही

कोरोना कवच व्ही 1 - जुलै 2020

3. विम्यासाठी अर्जदारांचा तपशील:

अर्जदार क्रमांक	नाम	लिंग (पुरुष / स्त्री / इतर)	जन्मतारीख (डीडी/मिमी/वायवाय)	नातेसंबंध (स्वतः / जोडीदार / मुलगा / मुलगी / वडील / आई / सासरे / सासू)	भारतीय नसेल तर टिक करा
1					<input type="checkbox"/>
2					<input type="checkbox"/>
3					<input type="checkbox"/>
4					<input type="checkbox"/>
5					<input type="checkbox"/>
n					<input type="checkbox"/>

4. नामांकन

प्रस्तावकाचा मूल्या झाल्यास, पॉलिसी अंतर्गत देय असलेले कोणतेही देयक खाली दिलेल्या नॉमिनीला देय होईल. नॉमिनीद्वारे अशी देयके प्राप्त होणे पॉलिसी अंतर्गत कंपनीचे दायित्व पार पाडणे ठरेल. इतर सर्व अर्जदारांसाठी नामनिर्देशित व्यक्ती स्वतः प्रस्तावक असेल.

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 क्यूआरभाडे

खाते क्रमांक _____ आयएफएससी कोड _____

5. वैद्यकीय, सवयी आणि मागील प्रस्ताव माहिती

महत्वाचे: कृपया खात्री करा की या विभागातील प्रश्नांची उत्तरे प्रामाणिकपणे आणि पूर्णपणे दिली गेली आहेत कारण आपण येथे दिलेली माहिती निवा बुपा यांच्या अंडरराइटिंगचा आधार असेल. कृपया लक्षात घ्या की कोणतीही अपूर्ण, चुकीची, अंशतः योग्य माहिती आपल्या वैद्यकीय दाव्यावर आणि / किंवा कव्हरेजवर परिणाम करू शकते.

कृपया प्रत्येक अर्जदारासाठी खालील प्रश्नांची उत्तरे द्या. कृपया हो (य) किंवा नाही (एन) सर्कल करा	अर्जदार क्रमांक					
	1	2	3	4	5	6
1. आपण किंवा इतर कोणत्याही सदस्यासाठी ही पॉलिसी खरेदी करत आहात का किंवा गेल्या 21 दिवसात कोव्हिड -19 पॉझिटिव्ह व्यक्तीसह वास्तव्य केले आहे?	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> N
2. गेल्या 21 दिवसात तुम्ही कोणत्याही मेळाव्याला उपस्थित आहात का किंवा एखाद्या व्यक्तीला भेटला आहे का, जिथे कार्यक्रमानंतर एखाद्या व्यक्तीची कोव्हिड-19 पॉझिटिव्ह चाचणी झाली आहे किंवा चाचणी केली गेली आहे?	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> N
3. गेल्या 21 दिवसांत तुमच्या घरी कोणी (जसे की घरातील मदतनीस, डिलिव्हरी पर्सन, ड्रायव्हर, स्वयंपाकी, माळी, सफाई करणारी व्यक्ती इत्यादी) कोव्हिड-19 पॉझिटिव्ह आढळले आहे का?	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> N

6. इलेक्ट्रॉनिक पॉलिसी पूर्तता आणि सेवा संप्रेषणासाठी अधिकृतता

अर्जात नमूद केल्याप्रमाणे आपली पॉलिसी आणि सेवेशी संबंधित सर्व संप्रेषण ईमेल आयडीवर पाठविण्याचे अधिकार कंपनीला देऊन आपण पर्यावरणाचे रक्षण करू इच्छित आहात आणि कागद वाचविण्यास मदत करू इच्छिता? हो नाही

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 करणारी कोणत्याही गोष्टीबद्दल कोणत्याही डॉक्टर किंवा रुग्णालयाकडून वैद्यकीय माहिती मागविणार् 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 नोंदीचा 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:

नाव(संपादन)। प्रमाणित करणारी व्यक्ती:	<input type="text"/>	प्रमाणित व्यक्तीची स्वाक्षरी:	<input type="text"/>	प्रमाणित व्यक्तीचा मोबाईल क्रमांक :	<input type="text"/>
साक्षीदाराचे नाव	<input type="text"/>	साक्षीदाराची स्वाक्षरी	<input type="text"/>	साक्षीदाराचा मोबाईल क्रमांक :	<input type="text"/>
				प्रस्तावकाची स्वाक्षरी	<input type="text"/>

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 सूचनेनुसार _____ भरला आहे आणि मला तो योग्य वाटला.

प्रस्तावकाची स्वाक्षरी

10. प्रीमियम तपशील (केवळ कार्यालयीन वापरसाठी)

प्रीमियम भरण्याचा पर्याय	<input type="checkbox"/> धनादेश	<input type="checkbox"/> डिमांड ड्राफ्ट	प्रीमियम ची रक्कम	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> क्रेडिट कार्ड	<input type="checkbox"/> रोकड	<input type="checkbox"/> इतर, _____		
ऑनलाइन पेमेंट ट्रान्झॅक्शन आयडी:	<input type="text"/>	तारीख	<input type="text"/>	
बँकेचे नाव/शाखा	<input type="text"/>	निवा बुपा शाखेचे ठिकाण	<input type="text"/>	
कोड क्र.	<input type="text"/>	नाम	<input type="text"/>	
व्यवसाय : सल्लागार / डीएसटी / कॉर्पोरेट एजन्सी / इतर चॅनेल				
कोड क्र.	<input type="text"/>	कस्टमर आयडी:	<input type="text"/>	
प्राप्त प्रस्ताव :	<input type="text"/>			
प्रस्तावक किंवा अर्जदार कर्मचारी आहे का?	<input type="checkbox"/> हो	<input type="checkbox"/> नाही		

ही जागा मुद्दाम रिकामी ठेवण्यात आली आहे.

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 कंपनीने अवैध मानली जाऊ शकते आणि पॉलिसी अंतर्गत भरलेले सर्व प्रीमियम कंपनीला जप्त केले जाऊ शकते.

तारीख विमा सल्लागाराची स्वाक्षरी

नोट

कलम १०, ११ व १२ अन्वये दिलेला तपशील केवळ कार्यालयीन वापरसाठी असून तो प्रस्तावकाने भरायचा नाही. त्यामुळे प्रस्तावकाने भरलेल्या तपशीलाशी त्यांचा कोणताही संबंध नसल्याने हे विभाग सूचक आहेत. ही नोट ग्राहकांना पाठविलेल्या प्रस्ताव फॉर्ममध्ये दिसणार नाही आणि केवळ फाईल अँड यूज अप्रूवलचा एक भाग

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 करणार्या 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

खात्याचा प्रकार:

निवा बुपा हेल्थ इन्शुरन्स कंपनी लि.
नोंदणीकृत कार्यालय :- सी-१८, पहिला मजला, लाजपत नगर, भाग १, नवी दिल्ली-११००२४

डिस्कलेमर: इन्शुरन्स 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, वगळण, जोखीम घटक, प्रतीक्षा कालावधी आणि फायदे याबद्दल अधिक तपशीलांसाठी, कृपया विक्री पूर्ण करण्यापूर्वी विक्री पुस्तिका काळजीपूर्वक वाचा.

उत्पादनाचे नाव: कोरोना कवच पॉलिसी, निवा बुपा हेल्थ इन्शुरन्स कंपनी लि. उत्पादन यूआयएन: NBHHLIP22152V012122

अर्ज क्र.

तारीख

चेक/डिमांड ड्राफ्ट/इतरांद्वारे तुमचा प्रस्ताव व रक्कम प्राप्त झाल्याबद्दल आम्ही कृतज्ञतेने _____
रु. _____ drawn on _____ विम्याचा पूर्ण
प्रस्ताव 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 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

मुख्य वैशिष्ट्य दस्तऐवज (केएफडी)- कोरोना कवच पॉलिसी, निवा बुपा हेल्थ इन्शुरन्स कंपनी लि.

निवा बुपा आपल्या ग्राहकांशी निष्पक्ष आणि पारदर्शक राहण्यासाठी समर्पित आहे. हे दस्तऐवज आपल्या पॉलिसीच्या मुख्य वैशिष्ट्यांचा सारांश देते, परंतु ते आपल्या पॉलिसी कराराची जागा घेत नाही आणि आपण या उत्पादनाची खरेदी पूर्ण करण्यापूर्वी आम्ही आपल्याला आपल्या पॉलिसीचे सर्व तपशील वाचण्यास प्रोत्साहित करतो.

'कोरोना कवच पॉलिसी, निवा बुपा हेल्थ इन्शुरन्स कंपनी लिमिटेड' आपल्याला कोविड-19 संबंधित विशिष्ट फायदे प्रदान करते. तसेच, जर आपल्याला आपले कवच वाढवायचे असेल तर खरेदी करण्याचा पर्यायी फायदा आहे.

पॉलिसीकॉन्ट्रॅक्टमध्ये निर्दिष्ट केल्याप्रमाणे काही मर्यादा आणि वगळण्यांच्या अधीन राहून खालील मूलभूत फायदे प्रदान केले जातात:

- कोविड-19 साठी रुग्णालयात दाखल होण्याचा खर्च विम्याच्या रकमेपर्यंत कवच केला जाईल. कोविड-19 च्या उपचारांसह कोणत्याही कोमॉर्बिडिटीच्या उपचारांवर होणारा खर्च देखील विम्याच्या रकमेपर्यंत कवच केला जाईल.
- रुग्णालयात दाखल होण्यापूर्वी आणि नंतरचा खर्च अनुक्रमे 15 आणि 30 दिवसांचा आहे.
- आयुष्य आयुर्वेद, योग आणि निसर्गोपचार, युनानी, सिद्ध आणि होमिओपॅथी औषध पद्धती अंतर्गत कोविड -19 साठी रूग्ण सेवेच्या उपचारांसाठी होणारा खर्च कवच केला जाईल.
- रोड अॅम्ब्युलन्समध्ये प्रत्येक कोविड-19 रुग्णालयात दाखल होण्यासाठी 2,000 रुपयांपर्यंत विमा संरक्षण देण्यात आले.
- कोविड-19 चे पॉझिटिव्ह निदान झाल्यानंतर कोविड-19 साठी घरी उपचार घेण्यासाठी घरगुती उपचार खर्च. प्रत्येक घटनेसाठी जास्तीत जास्त 14 दिवसांपर्यंत.

पॉलिसी कॉन्ट्रॅक्टमध्ये निर्दिष्ट केल्याप्रमाणे काही मर्यादा आणि वगळण्यांच्या अधीन राहून खालील वैकल्पिक लाभ प्रदान केला जातो:

प्रत्येक विमाधारक सदस्यासाठी पॉलिसी कालावधीत जास्तीत जास्त 15 दिवसांच्या अधीन राहून दररोज विमा रकमेच्या 0.5% रोख रक्कम.

आपल्या पॉलिसीची इतर प्रमुख वैशिष्ट्ये खालीलप्रमाणे आहेत:

- ही पॉलिसी वैयक्तिक आणि कौटुंबिक फ्लोटर तत्वावर उपलब्ध आहे.
- फॅमिली फ्लोटर कवच जास्तीत जास्त 2 प्रौढ आणि 4 मुलांसाठी उपलब्ध आहे. फॅमिली फ्लोटर पॉलिसीमध्ये प्रौढांसाठी परवानगी असलेले नाते म्हणजे स्वतः, जोडीदार, वडील, सासरे, आई किंवा सासू.
- पॉलिसी कालावधी उपलब्ध आहे: 3.5 महिने, 6.5 महिने आणि 9.5 महिने.
- या पॉलिसीचे नूतनीकरण, पोर्टिंग किंवा स्थलांतर करता येत नाही.

नोंदस:

- पर्यायी लाभासाठी अतिरिक्त प्रीमियम आकारला जातो.
 - लक्षात घ्या की पॉलिसीसाठी 15 दिवसांचा प्रारंभिक प्रतीक्षा कालावधी लागू आहे.
 - लक्षात घ्या की पॉलिसी कॉन्ट्रॅक्टमध्ये नमूद केल्याप्रमाणे मानक बहिष्करण लागू आहेत.
- प्रीमियम : कृपया निवा बुपा हेल्थ इन्शुरन्स कंपनी लिमिटेडच्या नावाने सुरक्षित पद्धतीने प्रीमियमची रक्कम जमा करा.
- काही प्रश्न किंवा दावा असल्यास, कृपया आमच्या ग्राहक हेल्पलाइन क्रमांक: 1860-500-888 शी संपर्क साधा