

# आणि **मी X मी** प्रस्ताव फॉर्म

यूआरएन: 026

विमा करार देखील एक कायदेशीर करार आहे आणि तो ट्रस्ट आणि आम्ही आपल्यावर आधारित आहे. आम्ही समजतो की आपल्या आरोग्यावरील माहिती किती समर्पक आहे आणि त्याचा आपल्या धोरणावर होणारा परिणाम आपल्याला माहित नसेल. म्हणूनच आपण आरोग्याची सर्व माहिती उघड करणे खूप महत्वाचे आहे आणि आम्ही ठरवू की ते 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 आम्हाला पूर्ण प्रीमियम मिळाल्यानंतरच आणि जोखीम स्पष्टपणे स्वीकारल्यानंतरच कवरेज सुरू होऊ

## 1. प्रस्तावक तपशील:

पदवी	नाम		लिंग:		पुरुष	मादी	इतर	राष्ट्रीयत्व
डीओबी	D	D	M	M				
सध्याचा पत्ता								
सीमाचिन्ह								शहर
जिल्हा	राज्य							वैयक्तिक ओळख क्रमांक
लँडलाइन नंबर							मोबाईल नंबर	
ईमेल आयडी							वैकल्पिक संख्या	
पॅन नंबर	(50,000 रुपयांपेक्षा जास्त प्रीमियमसाठी रोख आणि 1 लाख रुपये इतर मार्गाने अनिवार्य)							
वार्षिक उत्पन्न (₹.)	सीकेवायसी नंबर							
उद्योग	पगारदार	स्वयंरोजगार	विद्यार्थी	गृहिणी	इतर, कृपया निर्दिष्ट करा			
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 एजेंट आणि / किंवा तृतीय पक्ष / संलग्न ांना स्वागत कॉल / एसएमएस, सेवा कॉल / एसएमएस किंवा इतर कोणत्याही व्यावसायिक संप्रेषणासाठी माझ्या 'डीएनडी' नोंदणीवर एसएमएस / ईमेल / फोन / व्हॉट्सअॅप / 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 सोपविण्यात आली आहेत. (जर आपण पीईपीविरुद्ध टिक केले असेल तर कृपया स्वतंत्र पीईपी प्रश्नावली भरा)

## 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

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 सीएमएस रिपॉझिटरी सर्व्हिसेस लिमिटेड (कृपया कोणतेही एक निवडा) किंवा

माझ्याकडे विद्यमान ई-विमा खाते नाही आणि मला नवीन ई-विमा खाते तयार करण्यात स्वारस्य आहे

(कृपया संबंधित कागदपत्रांसह इलेक्ट्रॉनिक इन्शुरन्स खाते उघडण्याचा फॉर्म (ईआयए फॉर्म) सबमिट करा).

नूतनीकरण देयक साइन-अप:

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

मला एसीएच / एसआय नूतनीकरण पर्याय निवडायचा आहे.

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

## 2. विम्यासाठी अर्जदारांचा तपशील:

अर्जदार 1	नाम											
	लिंग	<input type="checkbox"/> पुरुष	<input type="checkbox"/> मादी	<input type="checkbox"/> इतर	<input type="checkbox"/> उंची	<input type="checkbox"/>	(सेकंद)	<input type="checkbox"/>	(इंच)	वजन	<input type="checkbox"/>	(किलो)
	मोबाईल नंबर					जन्म तारीख	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	कृपया भारतीय नसेल तर टिक करा	
	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 ठिकाणचा पत्ता											
अर्जदार २	नाम											
	लिंग	<input type="checkbox"/> पुरुष	<input type="checkbox"/> मादी	<input type="checkbox"/> इतर	<input type="checkbox"/> उंची	<input type="checkbox"/>	(सेकंद)	<input type="checkbox"/>	(इंच)	वजन	<input type="checkbox"/>	(किलो)
	मोबाईल नंबर					जन्म तारीख	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	कृपया भारतीय नसेल तर टिक करा	
	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 ठिकाणचा पत्ता											
अर्जदार 3	नाम											
	लिंग	<input type="checkbox"/> पुरुष	<input type="checkbox"/> मादी	<input type="checkbox"/> इतर	<input type="checkbox"/> उंची	<input type="checkbox"/>	(सेकंद)	<input type="checkbox"/>	(इंच)	वजन	<input type="checkbox"/>	(किलो)
	मोबाईल नंबर					जन्म तारीख	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	कृपया भारतीय नसेल तर टिक करा	
	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 ठिकाणचा पत्ता											
अर्जदार 4	नाम											
	लिंग	<input type="checkbox"/> पुरुष	<input type="checkbox"/> मादी	<input type="checkbox"/> इतर	<input type="checkbox"/> उंची	<input type="checkbox"/>	(सेकंद)	<input type="checkbox"/>	(इंच)	वजन	<input type="checkbox"/>	(किलो)
	मोबाईल नंबर					जन्म तारीख	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	कृपया भारतीय नसेल तर टिक करा	
	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 ठिकाणचा पत्ता											
अर्जदार 5	नाम											
	लिंग	<input type="checkbox"/> पुरुष	<input type="checkbox"/> मादी	<input type="checkbox"/> इतर	<input type="checkbox"/> उंची	<input type="checkbox"/>	(सेकंद)	<input type="checkbox"/>	(इंच)	वजन	<input type="checkbox"/>	(किलो)
	मोबाईल नंबर					जन्म तारीख	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	कृपया भारतीय नसेल तर टिक करा	
	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 ठिकाणचा पत्ता											
अर्जदार 6	नाम											
	लिंग	<input type="checkbox"/> पुरुष	<input type="checkbox"/> मादी	<input type="checkbox"/> इतर	<input type="checkbox"/> उंची	<input type="checkbox"/>	(सेकंद)	<input type="checkbox"/>	(इंच)	वजन	<input type="checkbox"/>	(किलो)
	मोबाईल नंबर					जन्म तारीख	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	कृपया भारतीय नसेल तर टिक करा	
	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 ठिकाणचा पत्ता											

\* प्रीमियमवर ५ टक्के 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 वैद्यकीय प्रॅक्टिस करण्याचा अधिकार आहे; आणि त्याच्या परवान्याची व्याप्ती आणि कार्यक्षेत्रात काम करत आहे.

### 3. कव्हरेज चयन:

बेस कव्हरेज:	
धोरणाचा प्रकार #:	<input type="checkbox"/> व्यक्तिगत <input type="checkbox"/> बहु-सदस्य व्यक्ति
कव्हर करावयाच्या जीवांची संख्या:	_____ प्रौढ _____ लहान मुले
आधार विमा रक्कम:	_____
पॉलिसी टर्म:	<input type="checkbox"/> १ वर्ष
वैकल्पिक कव्हरेज:	
1. सुरक्षित ठेवा	<input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> नाही
2. सुरक्षितता+	<input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> नाही
3. कृपया 'पर्सनल अॅक्सिडेंट कव्हर' निवडल्यास टिक करा (हा पर्याय केवळ १८ वर्षे किंवा त्यापेक्षा जास्त वयाच्या अर्जदारांसाठी उपलब्ध आहे)	<input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> नाही

### 4. पोर्टेबिलिटी

धोरण क्र.	विमा कंपनी जोखीम सुरू होण्याची तारीख	जोखीम संपण्याची तारीख	Reasons for Porting

प्रस्तावित विमाधारकाचे नाव ज्याच्यासाठी पोर्टेबिलिटीची विनंती केली जाते	पहिली पॉलिसी सुरू होण्याची तारीख	पोर्टेबिलिटीची विनंती केलेल्या सलग कव्हरेजची संख्या	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)

### 5. नामांकन

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

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

6. वैद्यकीय, सक्थी आणि मागील प्रस्तावांची माहिती

कलम अ: विमा प्रस्तावित असलेल्या कोणत्याही व्यक्तीच्या संदर्भात:									
जीवन, आरोग्य, रुग्णालयातील दैनंदिन रोख रक्कम किंवा गंभीर आजार विम्यासाठी कोणताही अर्ज प्रक्रियेत आहे का किंवा कोणत्याही विमा कंपनीने कधी नाकारला, पुढे ढकलला, लोड केला आहे किंवा कोणत्याही विशेष अटीच्या अधीन केला आहे?		अ	अ	अ	अ	अ	अ	अ	अ
कलम बी: विमा प्रस्तावित केलेल्या व्यक्तीपैकी एखाद्याचे कधी निदान झाले आहे का:									
i. हृदयविकाराचा झटका, हार्ट फेल्युअर, इस्केमिक हृदयरोग किंवा कोरोनरी हृदयरोग, एनजाइना, हृदयाच्या व्हॉल्व्हचे आजार, एरिथमिया, कार्डिओमायोपॅथी इत्यादी हृदयरोग.		अ	अ	अ	अ	अ	अ	अ	अ
ii. कोणत्याही अवयवाचा ट्यूमर किंवा कर्करोग, ल्युकेमिया, लिम्फोमा, सारकोमा		अ	अ	अ	अ	अ	अ	अ	अ
iii. प्रमुख अवयव निकामी होणे किंवा प्रत्यारोपण (मूत्रपिंड, यकृत, हृदय, फुफ्फुस इ.)		अ	अ	अ	अ	अ	अ	अ	अ
iv. स्ट्रोक, एन्सेफॅलोपॅथी, मेंदूचा फोडा, पार्किन्सन रोग, मल्टिपल स्क्लेरोसिस, मोटर न्यूरॉन रोग, स्नायू डिस्टॉफी, अल्झायमर रोग किंवा कोणताही न्यूरोलॉजिकल रोग		अ	अ	अ	अ	अ	अ	अ	अ
v. - तीव्र फुफ्फुसांचे रोग, फुफ्फुसीय फायब्रोसिस, फुफ्फुसांचे पतन किंवा इंटरस्टिशियल फुफ्फुसांचा रोग (आयएलडी)		अ	अ	अ	अ	अ	अ	अ	अ
vi. हिपॅटायटीस बी किंवा सी, तीव्र यकृत रोग, स्वादुपिंडाचा दाह आणि स्वादुपिंडाचे इतर रोग, क्रोहन रोग, अल्सरेटिव्ह कोलायटिस		अ	अ	अ	अ	अ	अ	अ	अ
vii. 10 दिवसांपेक्षा जास्त काळ रुग्णालयात दाखल आहे		अ	अ	अ	अ	अ	अ	अ	अ
viii. सलग १० दिवसांपेक्षा जास्त काळ कोणतीही औषधे/उपचार घेतले आहेत का? औषधांमध्ये इन्हेलर, इंजेक्शन्स, टॉपी औषधे आणि शरीराच्या अवयवांवरील बाह्य वैद्यकीय अनुप्रयोगांचा समावेश आहे परंतु मर्यादित नाही - नियंत्रित मधुमेह, उच्च रक्तदाब, उच्च कोलेस्ट्रॉल, हायपोथायरोईडीझम, सामान्य सर्दी, फ्लू, अतिसार आणि जुलाब / तीव्र गॅस्ट्रोएन्टेरिटिस, आम्लता		अ	अ	अ	अ	अ	अ	अ	अ
ix. सल्ला दिलेल्या कोणत्याही उपचार, शस्त्रक्रिया किंवा वैद्यकीय प्रतीक्षेत		अ	अ	अ	अ	अ	अ	अ	अ
x. पूर्वी झालेल्या कोणत्याही आजारासाठी वेळोवेळी/नियमित पाठपुरावा करून, तो बरा झाला की नाही? पाठपुरावा म्हणजे वेळोवेळी सल्लामसलत, तपासणी इत्यादी		अ	अ	अ	अ	अ	अ	अ	अ
xi. गेल्या 30 दिवसांत सध्या असलेल्या किंवा झालेल्या समस्यांसाठी डॉक्टरांशी सल्लामसलत केली आहे किंवा कोणत्याही चाचण्यांचा सल्ला दिला आहे का?		अ	अ	अ	अ	अ	अ	अ	अ
xii. इन्सुलिनवर मधुमेह, अनियंत्रित उच्च रक्तदाब		अ	अ	अ	अ	अ	अ	अ	अ
xiii. मूत्रपिंडाचा कोणताही जुनाट आजार		अ	अ	अ	अ	अ	अ	अ	अ
xiv. प्रमुख अवयवांच्या विकृतीशी संबंधित कोणतेही अनुवांशिक विकार		अ	अ	अ	अ	अ	अ	अ	अ
xv. एचआयव्ही/एड्स, थॅलेसेमिया, सिकलसेल रोग, हिमोफिलिया किंवा लोहाच्या कमतरतेमुळे अशक्तपणा वगळता रक्ताशी संबंधित इतर कोणताही समस्या.		अ	अ	अ	अ	अ	अ	अ	अ
xvi. मनोविकार/ मानसिक आजार किंवा झोपेचा विकार?		अ	अ	अ	अ	अ	अ	अ	अ

विभाग क: विभागात होय (य) चिन्हांकित प्रश्नांसाठी

B, 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 पातळी	इतर कोणतीही माहिती	प्रारंभ दिनांक (डीडी / मिमी) /						

#### ७. जाहीरनामा (प्रस्ताव अर्जावर स्वाक्षरी करण्यापूर्वी कृपया काळजीपूर्वक वाचा आणि 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 करणार्या 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 घेण्यास संमती देतो 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.

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

#### ८. 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  यांची स्वाक्षरी साक्षीदार  साक्षीदाराचा मोबाईल क्रमांक :

यांची स्वाक्षरी प्रस्तावक

#### ९. प्रस्तावक जाहीरनामा

(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 आणि परिपूर्ण वाटला.

प्रस्तावकाची स्वाक्षरी

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

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

प्रीमियम री चक्रम  ऑनलाईन 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

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

शाखा कोड एसपी कोड  आरएम / एलजी कोड

Customer खाते क्रमांक

## 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

DDMM

विमा सल्लागाराची स्वाक्षरी

## 13. वैधानिक चेतावणी

सवलती प्रतिबंध (विमा अधिनियम १९३८ च्या कलम ४१ अन्वये) १. भारतातील जीवित किंवा मालमत्तेशी संबंधित कोणत्याही प्रकारच्या जोखमीसंदर्भात विमा काढण्यासाठी किंवा नूतनीकरण करण्यासाठी किंवा चालू ठेवण्याचे प्रलोभन म्हणून कोणतीही व्यक्ती प्रत्यक्ष किंवा अप्रत्यक्षरित्या परवानगी देऊ शकत नाही किंवा देऊ शकत नाही, देय कमिशनच्या संपूर्ण किंवा काही भागाची सवलत किंवा पॉलिसीवर दर्शविलेल्या प्रीमियममध्ये कोणतीही सवलत 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.

2. या कलमातील तरतुदींचे पालन करण्यात चूक करणार या व्यक्तीस दहा लाख रुपयांपर्यंत दंड होऊ शकतो.

## 14. ग्रामीण आणि सामाजिक क्षेत्र श्रेणी (लागू असल्यास):

आशा वर्कर

मनरेगा कामगार

## 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="checkbox"/> हो	<input type="checkbox"/> नाही
	<input type="checkbox"/> हो	<input type="checkbox"/> नाही		<input type="checkbox"/> हो	<input type="checkbox"/> नाही
	<input type="checkbox"/> हो	<input type="checkbox"/> नाही		<input type="checkbox"/> हो	<input type="checkbox"/> नाही
	<input type="checkbox"/> हो	<input type="checkbox"/> नाही		<input type="checkbox"/> हो	<input type="checkbox"/> नाही
	<input type="checkbox"/> हो	<input type="checkbox"/> नाही		<input type="checkbox"/> हो	<input type="checkbox"/> नाही
	<input type="checkbox"/> हो	<input type="checkbox"/> नाही		<input type="checkbox"/> हो	<input type="checkbox"/> नाही
	<input type="checkbox"/> हो	<input type="checkbox"/> नाही		<input type="checkbox"/> हो	<input type="checkbox"/> नाही

## 15. परतावा आणि दाव्यांची परतफेड करण्यासाठी तपशील

पेमेंट स्वीकारण्याचा पर्याय:

बँक हस्तांतरण

लाभार्थीचे 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: 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](http://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.

*This Space Has Been Left Blank Intentionally.*

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

डिस्क्लेमर: 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](http://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: अमृत | उत्पादन यूआयएन: NBHHLP23156V012223

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.

रिसेव्हरचे नाव व स्वाक्षरी व कार्यालयीन सील