

आरोग्य साथी

प्रस्ताव फॉर्म

यूआरएन: 025

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						
डीओबी	D D M M	आणि	लिंग:	पुरुष	मादी	इतर	राष्ट्रीयत्व
सध्याचा पत्ता							
सीमाचिन्ह	शहर						
जिल्हा	राज्य			वैयक्तिक ओळख क्रमांक			
लॅंडलाइन 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						

मी पर्यावरणाचे रक्षण करू इच्छितो आणि कंपनीला आपली सर्व पॉलिसी आणि सेवा संबंधित पाठविण्यास अधिकृत करून कागद वाचविण्यात मदत करू इच्छितो अर्जात नमूद केल्याप्रमाणे ईमेल आयडीवर संवाद?

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 / संलग्नाना 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 एसएमएस पर्सन (पीईपी) अशा व्यक्ती आहेत ज्यांना केंद्र किंवा राज्य सरकारचे प्रमुख/मंत्री, वरिष्ठ राजकारणी, वरिष्ठ सरकारी, न्यायिक किंवा लष्करी अधिकारी, सरकारी कंपन्यांचे वरिष्ठ अधिकारी, पक्षाने महत्त्वाचे अधिकारी अशा प्रमुख सार्वजनिक कार्ये आहेत किंवा संप्रेषणत आली आहेत. (जर आपण पीईपीविरुद्ध टिक केले असेल तर कृपया स्वतंत्र पीईपी प्रश्नवली 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

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

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

<input type="checkbox"/>	मेसर्स एनएसडीएल डेटाबेस मॅनेजमेंट लिमिटेड	<input type="checkbox"/>	मेसर्स सेंट्रल इन्शुरन्स रिपॉझिटरी लि.
<input type="checkbox"/>	मेसर्स कार्वी इन्शुरन्स रिपॉझिटरी लिमिटेड	<input type="checkbox"/>	मेसर्स सीएएमएस 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) सबमित करा).

नूतनीकरण देयक 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, 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	D D M M	आणि	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"/> (एचयूएफ)	<input type="checkbox"/> (इंच)	वजन	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> (किलो)	
	मोबाईल नंबर					जन्म तारीख	<input type="text"/> D <input type="text"/> D / <input type="text"/> M <input type="text"/> M	आणि	<input type="text"/> आणि	<input type="text"/> आणि	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"/> (एचयूएफ)	<input type="checkbox"/> (इंच)	वजन	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> (किलो)	
	मोबाईल नंबर					जन्म तारीख	<input type="text"/> D <input type="text"/> D / <input type="text"/> M <input type="text"/> M	आणि	<input type="text"/> आणि	<input type="text"/> आणि	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"/> (एचयूएफ)	<input type="checkbox"/> (इंच)	वजन	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> (किलो)	
	मोबाईल नंबर					जन्म तारीख	<input type="text"/> D <input type="text"/> D / <input type="text"/> M <input type="text"/> M	आणि	<input type="text"/> आणि	<input type="text"/> आणि	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"/> (एचयूएफ)	<input type="checkbox"/> (इंच)	वजन	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> (किलो)	
	मोबाईल नंबर					जन्म तारीख	<input type="text"/> D <input type="text"/> D / <input type="text"/> M <input type="text"/> M	आणि	<input type="text"/> आणि	<input type="text"/> आणि	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"/> (एचयूएफ)	<input type="checkbox"/> (इंच)	वजन	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> (किलो)	
	मोबाईल नंबर					जन्म तारीख	<input type="text"/> D <input type="text"/> D / <input type="text"/> M <input type="text"/> M	आणि	<input type="text"/> आणि	<input type="text"/> आणि	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"/> (एचयूएफ)	<input type="checkbox"/> (इंच)	वजन	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> (किलो)	
	मोबाईल नंबर					जन्म तारीख	<input type="text"/> D <input type="text"/> D / <input type="text"/> M <input type="text"/> M	आणि	<input type="text"/> आणि	<input type="text"/> आणि	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										

* प्रिमियमवर 5% सूट मिळवा, फक्त व्हेरिफाई 2022 साठी लागू आहे. मेडिकल प्रॅक्टीशनर म्हणजे अशी व्यक्ती ज्या व्यक्तीकडे कोणत्याही राज्याच्या मेडिकल काउन्सिल किंवा मेडिकल काउन्सिल ऑफ इंडिया किंवा काउन्सिल ऑफ इंडियन मेडिसिन किंवा भारत सरकार किंवा राज्य सरकारने स्थापन केलेल्या होमिओपॅथीसाठी वैद्य नोंदणी आहे आणि त्यामुळे त्याला त्याच्या कार्यक्षेत्रात वैद्यकीय प्रॅक्टिस करण्याचा अधिकार आहे; आणि त्याच्या परवान्याची व्याप्ती आणि कार्यक्षेत्रात काम करत आहे. टीप: 1. जर प्रस्तावक 1 चे प्रस्तावकाशी संबंध कर्मचारी असतील तर इतर अर्जदारांचे संबंध अर्जदार 1 शी आहेत.

3. कव्हरेज निवड:

बेस कव्हरेज:

धोरणाचा प्रकार#:	<input type="checkbox"/> व्यक्तिगत <input type="checkbox"/> फॅमिली फ्लोटर
कव्हर करावयाच्या जीवांची संख्या:	<input type="checkbox"/> प्रौढ <input type="checkbox"/> लहान मुले
व्हेरियंट:	<input type="checkbox"/> व्हेरियंट 2022 <input type="checkbox"/> व्हेरियंट 1 <input type="checkbox"/> व्हेरियंट 2 <input type="checkbox"/> व्हेरियंट 3 <input type="checkbox"/> फॅमिली फर्स्ट <input type="checkbox"/> व्हेरियंट 2023
आधार विमा रक्कम :	विम्याची रक्कम (वैयक्तिक किंवा कौटुंबिक फ्लोटर) <input type="text"/> विम्याची रक्कम (कुटुंब प्रथम) व्यक्ती <input type="text"/> विम्याची रक्कम (फॅमिली फर्स्ट) फ्लोटर <input type="text"/>
पॉलिसी टर्म:	<input type="checkbox"/> १ वर्ष <input type="checkbox"/> २ वर्ष <input type="checkbox"/> ३ साल

वैकल्पिक कव्हरेज:

1. हॉस्पिटल कॅश	<input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> नाही
a. फॅमिली फर्स्ट प्लॅनसाठी हॉस्पिटल कॅश (निवड झाल्यास)	<input type="checkbox"/> 1,000/दिवस <input type="checkbox"/> 2,000 / दिवस
2. वार्षिक एकूण वजावट	<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"/> १ तलाव <input type="checkbox"/> २ सरोवर <input type="checkbox"/> ३ तलाव <input type="checkbox"/> ४ तलाव <input type="checkbox"/> ५ तलाव <input type="checkbox"/> १० तलाव
3. कृपया 'पर्सनल अॅक्सिडेंट कव्हर' निवडल्यास टिक करा (हा पर्याय केवळ १८ वर्षे किंवा त्यापेक्षा जास्त वयाच्या अर्जदारांसाठी उपलब्ध आहे)	अर्जदार 1 <input type="checkbox"/> अर्जदार २ <input type="checkbox"/> अर्जदार 3 <input type="checkbox"/> अर्जदार 4 <input type="checkbox"/> अर्जदार 5 <input type="checkbox"/> अर्जदार 6 <input type="checkbox"/>
वैयक्तिक अपघात कव्हर फॅक्टर (मूळ विमा रकमेची वेळ)	<input type="checkbox"/> 1X <input type="checkbox"/> 2X <input type="checkbox"/> 3X <input type="checkbox"/> 4X <input type="checkbox"/> 5X

अॅड-ऑन(एस):

1. सुरक्षित ठेवा	<input type="checkbox"/> नाही <input type="checkbox"/> सुरक्षित ठेवा <input type="checkbox"/> सुरक्षितता+
2. 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%
3. पूर्व-एक्झिट रोग प्रतीक्षा वेळ बदल	
i. व्हेरियंट 1	<input type="checkbox"/> नाहीने निवडले <input type="checkbox"/> १ वर्ष <input type="checkbox"/> 2 साल <input type="checkbox"/> 3 वर्ष
ii. व्हेरियंट 2, व्हेरियंट 3, व्हेरियंट 2022, फॅमिली फर्स्ट	<input type="checkbox"/> निवड केली नाही <input type="checkbox"/> १ वर्ष <input type="checkbox"/> 2 साल <input type="checkbox"/> 4 साल
4. खोलीचा प्रकार बदल	<input type="checkbox"/> नाही <input type="checkbox"/> मानक सिंगल रूम <input type="checkbox"/> सामायिक खोली

फ्लोटर विम्याची रक्कम सर्व विमाधारक सदस्यांसाठी सामान्य आहे। Family, फ्लोटर म्हणजे वैयक्तिक किंवा सामूहिकरित्या सर्व विमाधारक रूग्णातल्या रोग रकमेच्या 50% या मर्यादित दावा करू शकतात. दररोज 1,000 रुपये (व्हेरियंट 1 साठी), 2,000 रुपये (व्हेरियंट 2 साठी), दररोज 4,000 रुपये (व्हेरियंट 3 साठी), आणि व्हेरियंट 2022 साठी: दररोज 1,000 रुपये (5 लाख रुपयांपर्यंतचा विमा रकमेसाठी), 2,000 रुपये प्रति दिवस (7.5 लाख ते 15 लाख रुपयांपेक्षा जास्त विमा रकमेसाठी) आणि 4,000 रुपये प्रति दिवस (7.5 लाख रुपयांपेक्षा जास्त विमा रकमेसाठी), १५ लाख)।

4. पोर्टेबिलिटी

धोरण क्र.	विमा कंपनी	जोखीम संपण्याची तारीख	जोखीम संपण्याची तारीख	पोर्टिंग ची कारणे

प्रस्तावित विमाधारकाचे नाव ज्यांच्यासाठी पोर्टेबिलिटीची विनंती केली जाते	पहिली पॉलिसी सुरु 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 पॉलिसी)

5. नामांकन

प्रस्तावकाचा मूल्य 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)

नॉमिनीचा बँक तपशील: लाभार्थीचे नाव:

बँकेचे नाव	खाते प्रकार	बचत	क्यूआरआडे
खाते क्रमांक	आयएफएससी कोड		

6. वैद्यकीय, सवयी आणि मागील प्रस्तावाची माहिती

कलम अ: विमा प्रस्तावित असलेल्या कोणत्याही व्यक्तीच्या संदर्भात:	सदस्य १	सदस्य २	सदस्य ३	सदस्य ४	सदस्य ५	सदस्य ६
आयुर्मान, आरोग्य, रुग्णालयातील देनंदिन रोख रक्कम किंवा गंभीर आजार विम्याचा अर्ज कोणत्याही विमा कंपनीने कधी नाकारला, पुढे ढकलला, लोड केला किंवा कोणत्याही विशेष अटीच्या अधीन केला आहे का?						

कलम बी: विमा प्रस्तावित केलेल्या व्यक्तीपैकी एखाद्याचे कधी निदान झाले आहे का:

i. हृदयविकाराचा झटका, हार्ट फेल्युअर, इस्केमिक हृदयरोग किंवा कोरोनारी हृदयरोग, एनजाइना इत्यादी हृदयरोग	अ	अ	अ	अ	अ	अ
ii. ट्यूमर, कोणत्याही अवयवाचा कर्करोग, ल्युकेमिया, लिम्फोमा, सारकोमा	अ	अ	अ	अ	अ	अ
iii. प्रमुख अवयव निकामी होणे (मूत्रपिंड, यकृत, हृदय, फुफ्फुस इ.)	अ	अ	अ	अ	अ	अ
iv. स्ट्रोक, एन्सेफॅलोपॅथी, मेंदूचा फोडा किंवा कोणताही न्युरोलॉजिकल रोग	अ	अ	अ	अ	अ	अ
v. - फुफ्फुसीय फायब्रोसिस, फुफ्फुसांचे पतन किंवा इंटरस्टिटल फुफ्फुसांचा रोग (आयएलडी)	अ	अ	अ	अ	अ	अ
vi. हिपॅटायटीस बी किंवा सी, तीव्र यकृत रोग, क्रोहन रोग, अल्सरेटिव्ह कोलायटिस	अ	अ	अ	अ	अ	अ
vii. लोहाच्या कमतरतेमुळे होणारा अॅनिमिया वगळता इतर कोणताही अॅनिमिया	अ	अ	अ	अ	अ	अ
viii. 5 दिवसांपेक्षा जास्त काळ रुग्णालयात दाखल आहे	अ	अ	अ	अ	अ	अ
ix. सलग १० दिवसांपेक्षा जास्त काळ औषधे घेतली आहेत का? औषधांमध्ये इनहेलर, इंजेक्शन, तोंडी औषधे आणि शरीराच्या अवयवांवरील बाह्य वैद्यकीय अनुप्रयोगांचा समावेश आहे परंतु मर्यादित नाही.	अ	अ	अ	अ	अ	अ
x. सल्ला दिलेल्या कोणत्याही उपचार, शस्त्रक्रिया किंवा वैद्यकीय प्रतीक्षेत	अ	अ	अ	अ	अ	अ
xi. 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
xii. डॉक्टरांशी काही सल्लामसलत केली आहे किंवा	अ	अ	अ	अ	अ	अ
xiii. मधुमेह (उच्च रक्तातील साखर), पूर्व-मधुमेह, उच्च किंवा निम्न रक्तदाब, छातीत दुखणे किंवा हृदयरोग किंवा थायरॉइड डिसऑर्डर, दमा, ब्रॉन्कायटिस	अ	अ	अ	अ	अ	अ
xiv. पालकांना काही आनुवंशिक किंवा अनुवंशिक स्थिती आहे का? कृपया नमूद करा की त्यापैकी कोणी वाहक स्थिती असेल म्हणजे रोग नव्हता परंतु कार होता	अ	अ	अ	अ	अ	अ
xv. पित्ताशय, मूत्रपिंड, मूत्राशय, मूत्रवाहिनी इत्यादी कोणत्याही अवयवात कॅल्क्युलस (स्टोन) विकार.	अ	अ	अ	अ	अ	अ
xvi. ट्यूमर (सूज)-सौम्य किंवा घातक, शरीरात कोठेही बाह्य अल्सर / वॉढ / सिस्ट / वस्तुमान?	अ	अ	अ	अ	अ	अ
xvii. एचआयव्ही/एड्स, अॅनिमिया, थॅलेसेमिया, हिमोफिलिया किंवा रक्ताशी संबंधित इतर कोणतीही समस्या.	अ	अ	अ	अ	अ	अ
xviii. मनोविकार/ मानसिक आजार किंवा झोपेचा विकार?	अ	अ	अ	अ	अ	अ
xix. आरोग्याची कोणतीही स्थिती, आजार, लक्षणे किंवा आरोग्याशी संबंधित माहिती जी वर टिपलेली नाही. या प्रश्नाचे उत्तर कुणाला होय असेल तर सर्व वैद्यकीय कागदपत्रे द्या	अ	अ	अ	अ	अ	अ
xx. तंबाखू / गुटखा / पान मसाला किंवा अल्कोहोल धूम्रपान करणे किंवा सेवन करणे होय तर कृपया खालील उत्तर द्या:	अ	अ	अ	अ	अ	अ
अर्जदाराने धूम्रपान / तंबाखूचे सेवन केव्हा सुरू केले? अ) शाळा ब) १०+२ क) महाविद्यालय ड) काम सुरू केल्यावर ई) नंतर						
अर्जदार किती वर्षांपासून मद्यपान करत आहे?						
अर्जदार आठवड्यातून किती दिवस मद्यपान करतो? (1/2/3/4/5/6/7)						

विभाग सी: विभाग ब मध्ये 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 पातळी		इतर कोणतीही माहिती							प्रारंभ दिनांक (डीडी / मिमी /
		Syस्टोलिक	डापस्टोलिक								

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 करणार्या कोणत्याही गोष्टीबद्दल कोणत्याही डॉक्टर किंवा रुग्णालयाकडून वैद्यकीय माहिती मागविणार्या 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 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 रेकॉर्ड्ससह माझ्या / आमच्या प्रस्तावाशी संबंधित माहिती आमच्या सूचीबद्ध प्रदात्यासह सामायिक करण्यास अधिकृत करतो.

तारीख आणि 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

यांची स्वाक्षरी साक्षीदार

साक्षीदाराचा मोबाईल क्रमांक :

यांची स्वाक्षरी प्रस्तावक

9. प्रस्तावक जाहीरनामा

(कोणत्याही कारणस्तव, 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

10. प्रीमियम तपशील (केवळ कार्यालयीन वापरसाठी)

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

प्रीमियम ची रक्कम ऑनलाइन पेमेंट ट्रान्झॅक्शन आयडी : तारीख D D M M आणि आणि आणि आणि

बँकेचे नाव/शाखा निवा बुपा शाखेचे ठिकाण

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

कोड क्र.

नाम

प्राप्त प्रस्ताव : D D M M आणि आणि आणि आणि कस्टमर आयडी :

प्रस्तावक किंवा अर्जदार कर्मचारी आहेत का? हो नाही

11. 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 D D M M आणि आणि आणि आणि

विमा सल्लागाराची स्वाक्षरी

13. वैधानिक इशारा

सल्लागारीची बंधनक्षमता किंवा धर्मनिरपेक्ष संस्थात्मक प्रणाली प्रणालीच्या जोखमीसंदर्भात विमा काढण्यासाठी किंवा नूतनीकरण करण्यासाठी किंवा चालू ठेवण्याचे प्रलोभन म्हणून कोणतीही व्यक्ती प्रत्यक्ष किंवा अप्रत्यक्षरित्या पुरवणारी 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 तक्रारानुसार परवानगी देण्यात येणारी सवलत वगळता कोणतीही व्यक्ती पॉलिसी काढणारी किंवा नूतनीकरण करणारी किंवा चालू ठेवणारी कोणतीही सवलत स्वीकारू शकणार नाही.

आ कलमातील तरतुदीचे पालन न केल्यास कोणत्याही व्यक्तीला दहा लाख रुपयांपर्यंत दंड होऊ शकतो.

14. ग्रामीण व सामाजिक क्षेत्र प्रवर्ग (लागू असल्यास):

आशा वर्कर मनरेगा कामगार

15. 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	<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

निवा बुपा हेल्थ इन्शुरन्स कंपनी लि. नोंदणीकृत कार्यालय :- सी-१८, 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 लायसन्स अंतर्गत वापरत आहेत. ग्राहक हेल्पलाइन: १८६०-५००-८८८८. संकेतस्थळ: www.nivabupa.com. सीआयएन: 6000 डीएल 2008पीएलसी 182918। अटी आणि शर्ती, वगळणे, जोखीम घटक, प्रतीक्षा कालावधी आणि फायदे याबद्दल अधिक तपशीलांसाठी, कृपया विक्री पूर्ण करण्यापूर्वी विक्री पुस्तिका काळजीपूर्वक वाचा.

निवा बुपा हेल्थ इन्शुरन्स कंपनी लि. नोंदणीकृत कार्यालय :- सी-१८, पहिला मजला, लाजपत नगर, भाग १, नवी दिल्ली-११००२४ डिस्क्लेमर: 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: 6000 डीएल2008पीएलसी 182918। अटी आणि शर्ती, वगळणे, जोखीम घटक, प्रतीक्षा कालावधी आणि फायदे याबद्दल अधिक तपशीलांसाठी, कृपया विक्री पूर्ण करण्यापूर्वी विक्री पुस्तिका काळजीपूर्वक वाचा.

उत्पादनाचे नाव: आरोग्य साथीदार, उत्पादन यूआयएन: NBHHLIP24115V072324 अॅड-ऑन नाव: सेफगार्ड, अॅड-ऑन यूआयएन: NBHHLIA24109V022324 |

अॅड-ऑन नाव: सेव्हप्लास, अॅड-ऑन यूआयएन: NBHHLIA24070V012324

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