

आरोग्य प्रेमिया

प्रस्ताव फॉर्म

URN: 008

1. प्रस्तावक तपशील:

पदवी नाम

डीओबी लिंग: पुरुष मादी राष्ट्रीयत्व

सध्याचा पत्ता

सीमाचिन्ह शहर

जिल्हा राज्य वैयक्तिक ओळख क्रमांक

लॅंडलाइन नंबर मोबाइल नंबर

ईमेल आयडी वैकल्पिक संख्या

सीकेवायसी नंबर (ऐच्छिक): पॅन नंबर

वार्षिक उत्पन्न (रुपये)

रोजगार पगारदार स्वयंरोजगार विद्यार्थी गृहिणी इतर, कृपया निर्दिष्ट करा

याद्वारे भरलेला प्रीमियम प्रस्तावकाशी असलेले संबंध

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 साधण्याचे अधिकार दिले आहेत

आपण किंवा प्रस्तावित अर्जदारापैकी 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)

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)

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)

1. NSDL 2. सीआयआरएल 3. CARVY 4. सीएएमएस (कृपया कोणताही 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).

2. विम्यासाठी अर्जदारांचा तपशील:

अर्जदार 1

नाम

लिंग पुरुष मादी इतर उंची (एचयूएफ) (इंच) वजन (किलो)

कंबर लाइन (इंच) जन्म तारीख मोबाईल नंबर

भारतीय नसेल तर टिक करा पासपोर्ट नंबर

प्रस्तावकाशी संबंध (कृपया टिक पर्याय): स्वतः / जोडीदार / मुलगा / सून / मुलगी / जावई / वडील / आई / सासरे / सासू / आजोबा / आज्ञी / नातू / नात / भाऊ / बहीण / वहिनी / मेहुणा / पुतणे / भाची / मालक -कर्मचारी

अर्जदार 2

नाम

लिंग पुरुष मादी इतर उंची (एचयूएफ) (इंच) वजन (किलो)

कंबर लाइन (इंच) जन्म तारीख मोबाईल नंबर

भारतीय नसेल तर टिक करा पासपोर्ट नंबर

प्रस्तावकाशी संबंध (कृपया टिक पर्याय): स्वतः / जोडीदार / मुलगा / सून / मुलगी / जावई / वडील / आई / सासरे / सासू / आजोबा / आज्ञी / नातू / नात / भाऊ / बहीण / वहिनी / मेहुणा / पुतणे / भाची / मालक -कर्मचारी

अर्जदार 3

नाम

लिंग पुरुष मादी इतर उंची (एचयूएफ) (इंच) वजन (किलो)

कंबर लाइन (इंच) जन्म तारीख मोबाईल नंबर

भारतीय नसेल तर टिक करा पासपोर्ट नंबर

प्रस्तावकाशी संबंध (कृपया टिक पर्याय): स्वतः / जोडीदार / मुलगा / सून / मुलगी / जावई / वडील / आई / सासरे / सासू / आजोबा / आज्ञी / नातू / नात / भाऊ / बहीण / वहिनी / मेहुणा / पुतणे / भाची / मालक -कर्मचारी

अर्जदार 4

नाम

लिंग पुरुष मादी इतर उंची (एचयूएफ) (इंच) वजन (किलो)

कंबर लाइन (इंच) जन्म तारीख मोबाईल नंबर

भारतीय नसेल तर टिक करा पासपोर्ट नंबर

प्रस्तावकाशी संबंध (कृपया टिक पर्याय): स्वतः / जोडीदार / मुलगा / सून / मुलगी / जावई / वडील / आई / सासरे / सासू / आजोबा / आज्ञी / नातू / नात / भाऊ / बहीण / वहिनी / मेहुणा / पुतणे / भाची / मालक -कर्मचारी

अर्जदार 5

नाम

लिंग पुरुष मादी इतर उंची (एचयूएफ) (इंच) वजन (किलो)

कंबर लाइन (इंच) जन्म तारीख मोबाईल नंबर

भारतीय नसेल तर टिक करा पासपोर्ट नंबर

प्रस्तावकाशी संबंध (कृपया टिक पर्याय): स्वतः / जोडीदार / मुलगा / सून / मुलगी / जावई / वडील / आई / सासरे / सासू / आजोबा / आज्ञी / नातू / नात / भाऊ / बहीण / वहिनी / मेहुणा / पुतणे / भाची / मालक -कर्मचारी

अर्जदार 6

नाम

लिंग पुरुष मादी इतर उंची (एचयूएफ) (इंच) वजन (किलो)

कंबर लाइन (इंच) जन्म तारीख मोबाईल नंबर

भारतीय नसेल तर टिक करा पासपोर्ट नंबर

प्रस्तावकाशी संबंध (कृपया टिक पर्याय): स्वतः / जोडीदार / मुलगा / सून / मुलगी / जावई / वडील / आई / सासरे / सासू / आजोबा / आज्ञी / नातू / नात / भाऊ / बहीण / वहिनी / मेहुणा / पुतणे / भाची / मालक -कर्मचारी

3. कव्हरेज निवड:

पोर्टेबिलिटीसाठी अर्ज करत आहात का: हो नाही ('होय' असेल तर कृपया स्वतंत्र पोर्टेबिलिटी फॉर्मही भरा).

कृपया संबंधित बॉक्सवर टिक करा:

बेस कव्हरेज:

पॉलिसी प्रकार: व्यक्तिगत फॅमिली फ्लोटर फॅमिली फर्स्ट योजना प्रकार: चांदी सोने प्लॅटिनम

प्रीमियम पेमेंट मोड: अविवाहित

कव्हर करावयाच्या जीवांची संख्या: प्रौढ लहान मुले

आधार विमा रक्कम

फॅमिली फर्स्ट पॉलिसी प्रकाराच्या बाबतीत फ्लोटर विम्याची रक्कम (सदस्यांची संख्या (6 पेक्षा जास्त सदस्यांसाठी 10 मानले जाणारे मूल्य) * आधार विमा रक्कम * गुणक घटक (2 सदस्य पॉलिसीसाठी 1.5 आणि इतरांसाठी 1)) असेल.

खोलीचे भाडे निवडले (फॅमिली फर्स्ट सिल्व्हर व्हेरिएंटसाठीच लागू)

दिवसाला ३,००० रुपये किंवा शेअर्ड रूम, जे कमी असेल ते कमी असेल

दिवसाला पाच हजार रुपये किंवा सिंगल प्रायव्हेट रूम, जे कमी असेल ते कमी असेल

पॉलिसी कव्हरेज:

झोन 1: ऑल इंडिया कव्हरेज

झोन 2: मुंबई (नवी मुंबई आणि ठाण्यासह), दिल्ली एनसीआर, कोलकाता आणि गुजरात राज्यासाठी सह-देयकासह अखिल भारतीय कव्हरेज लागू

(टीप - झोन २ निवडल्यास मुंबई (नवी मुंबई आणि ठाण्यासह), दिल्ली एनसीआर, कोलकाता आणि गुजरात राज्यात उपचारांसाठी २०% सह-देयक लागू होईल.)

पॉलिसी टर्म: १ वर्ष २ वर्ष ३ साल

| वैकल्पिक कव्हरेज: | | | | | | | |
|---|---|-------------------------------|------|--------------------------|---------------|--------------------------|-------------|
| | | कृपया ऑप्ट करण्यासाठी टिक करा | | | | | |
| 1. | वाढीव निष्ठा जोड | <input type="checkbox"/> | हो | <input type="checkbox"/> | नाही | | |
| 2. | हॉस्पिटल कॅश | <input type="checkbox"/> | हो | <input type="checkbox"/> | नाही | | |
| 3. | आंतरराष्ट्रीय कव्हरेज, मातृत्व लाभ आणि निर्दिष्ट आजारासाठी वाढीव भौगोलिक व्याप्ती (केवळ प्लॅटिनम योजनेसाठी लागू) | <input type="checkbox"/> | हो | <input type="checkbox"/> | नाही | | |
| 4. | इंटरनॅशनल कव्हरेजसाठी विम्याची रक्कम टुप्पट करा (फक्त प्लॅटिनम योजनेसाठी लागू) | <input type="checkbox"/> | हो | <input type="checkbox"/> | नाही | | |
| | | अर्जदार क्रमांक | | | | | |
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 5. | कृपया 'पर्सनल अॅक्सिडेंट कव्हर' निवडल्यास टिक करा (हा पर्याय केवळ १८ वर्ष किंवा त्यापेक्षा जास्त वयाच्या अर्जदारांसाठी उपलब्ध आहे). - 'पर्सनल अॅक्सिडेंट कव्हर' निवडल्यास, अर्जदार विमान किंवा समुद्रात जाणारं या जहाजात कर्मचारी म्हणून काम करण्याशी संबंधित नोकरी किंवा व्यवसायात सामील असल्यास, भूमिगत खाण काम किंवा टनेलिंग, सशस्त्र दल किंवा सुरक्षा दल, कोणत्याही साहसी खेळांमध्ये भाग घेणे (मोटर स्पीड स्पर्धासह) मध्ये भाग घेत असल्यास कृपया टिक करा. | | | | | | |
| 6. | 'क्रिटिकल इलनेस कव्हर' निवडल्यास कृपया टिक करा (हा पर्याय केवळ १८ वर्ष किंवा त्यापेक्षा जास्त वयाच्या अर्जदारांसाठी उपलब्ध आहे) निवडलेल्या कव्हरेज ची रक्कम अशी आहे <input type="text"/> - 'क्रिटिकल इलनेस कव्हर' निवडल्यास हृदय, मेंदू, फुफ्फुस, मूत्रपिंड, यकृत, स्वादुपिंड, प्लीहा, आतडे, रक्तवाहिन्या, हाडे/सांधे किंवा किरकोळ वैद्यकीय आजाराव्यतिरिक्त शरीराच्या इतर कोणत्याही अवयवावर परिणाम करणाऱ्या कोणत्याही तीव्र आजाराचे अर्जदाराचे निदान झाले आहे किंवा त्यावर उपचार सुरू आहेत की नाही याची खात्री करा. | | | | | | |
| 7. | हेल्थ कोच कव्हरेजची निवडण्याची परवानगी अर्जदारांना सोबी इतर कव्हरेज वाढीचे. | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> हेल्थ कोच कव्हरेजची निवड केल्यास, मी सहमत आहे की कंपनी लाभ अंतर्गत सेवा प्रदान करण्यासाठी अर्जदाराशी संपर्क साधण्यासाठी सेवा प्रदात्यास अर्जदाराचे संबंधित तपशील प्रदान करू शकते. मी पुढे सहमत आहे आणि संमती देतो की मोबाइल अनुप्रयोगावरील टॅकिंग तपशील कंपनी आणि सेवा प्रदात्यास आवश्यक आहेत. मी माझ्या स्वतःच्या इच्छेने आणि कोणत्याही दबावाशिवाय जाहीर करतो आणि संमती देतो की कंपनी आणि तिचा अधिकृत सेवा प्रदाता वेळोवेळी या तपशीलांमध्ये प्रवेश करू शकतात आणि रेकॉर्ड करू शकतात. | | | | | | | |
| 8. | सुरक्षित ठेवा | <input type="checkbox"/> | नाही | <input type="checkbox"/> | सुरक्षित ठेवा | <input type="checkbox"/> | सुरक्षितता+ |

4. 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. 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 | <input type="checkbox"/> बचत <input type="checkbox"/> चालू आहे |
| खाते क्रमांक | | आयएफएससी कोड | |

5. वैद्यकीय आणि सवयी माहिती

महत्वाचे: कृपया खात्री करा की या विभागातील सर्व प्रश्नांची उत्तरे सत्य आणि पूर्णपणे आहेत कारण आपण येथे दिलेली माहिती निवा बुपा यांच्या अंडरराइटिंगचा आधार असेल. कृपया लक्षात घ्या की कोणतीही अपूर्ण, चुकीची, अंशतः योग्य माहिती आपल्या दाय्यावर आणि / किंवा कव्हेरेजवर परिणाम करू शकते.

| विभाग ए: कृपया वैद्यकीय परिस्थितीबद्दल माहिती सामायिक करा | अर्जदार क्रमांक | | | | | |
|---|-----------------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| कृपया प्रत्येक अर्जदारासाठी खालील प्रश्नांची उत्तरे द्या. कृपया हो (य) किंवा नाही (एन) सर्कल करा | | | | | | |
| i. आपण कधी 5 दिवसांपेक्षा जास्त काळ रुग्णालयात दाखल आहात, कोणतीही शस्त्रक्रिया करण्याचा सल्ला दिला आहे किंवा कोणतीही औषधे घेतली आहेत / 14 दिवसांपेक्षा जास्त काळ कोणतीही लक्षणे आढळली आहेत का? औषधोपचार इनहेलर, इंजेक्शन, टोंडी औषधे आणि सामयिक अनुप्रयोगांचा समावेश आहे परंतु मर्यादित नाही. | आपि N | आपि N | आपि N | आपि N | आपि N | आपि N |
| ii. आपल्याकडे कधीही कोणत्याही निदान चाचण्या किंवा तपासण्यांवर प्रतिकूल निष्कर्ष आले आहेत जसे की | आपि N | आपि N | आपि N | आपि N | आपि N | आपि N |
| iii. तुम्हाला मधुमेह किंवा उच्च रक्तदाब आहे का? | आपि N | आपि N | आपि N | आपि N | आपि N | आपि N |
| iv. आपल्याकडे आधीपासून अस्तित्वात असलेले आजार / परिस्थिती आहे का? | आपि N | आपि N | आपि N | आपि N | आपि N | आपि N |
| v. आपल्याला कधी कोणत्याही अनुवांशिक / अनुवांशिक डिसऑर्डर किंवा एचआयव्ही / एडसचे निदान किंवा उपचार झाले आहेत का? | आपि N | आपि N | आपि N | आपि N | आपि N | आपि N |
| vi. आपल्याला कधी कोणत्याही मानसिक / मानसिक विकारांचे निदान किंवा उपचार झाले आहेत का? | आपि N | आपि N | आपि N | आपि N | आपि N | आपि N |
| vii. आपण सध्या गर्भवती आहात आणि / किंवा सध्याच्या किंवा आधीच्या गर्भधारणेमध्ये काही गुंतागुंत झाली आहे किंवा कोणत्याही प्रकारचे प्रजनन उपचार घेतले आहेत / घेत आहात? (१८ ते ५० वयोगटातील महिलांना) | आपि N | आपि N | आपि N | आपि N | आपि N | आपि N |

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

विभाग सी: विभाग अ मध्ये होय (य) चिन्हांकित प्रश्नांसाठी, कृपया खालील माहिती निर्दिष्ट करा:

| अर्जदार क्रमांक | लक्षणे किंवा तपासण्या किंवा निदान किंवा प्रक्रिया / शास्त्रक्रिया यांचा तपशील | | | | औषधे(संपादन) | डोस | सद्यस्थिती (उदा. पूर्ण / आंशिक पुनर्प्राप्ती किंवा चालू उपचार) | डॉक्टरांचे नाव आणि संपर्क तपशील | मधुमेह असल्यास जोडलेली कागदपत्रे (होय/नाही) |
|-----------------|---|----------------------------|------------|--------------------|--------------|-----|--|---------------------------------|---|
| | मधुमेह एचबीए 1 सी पातळी | जर उच्च रक्तदाब बीपी पातळी | | इतर कोणतीही माहिती | | | | | |
| | | सिस्टोलिक | डायस्टोलिक | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |

6. मागील प्रस्ताव

| अर्जदाराच्या आयुष्यावरील जीवन, आरोग्य, रुग्णालयातील दैनंदिन रोख रक्कम किंवा गंभीर आजार विम्याचा कोणताही प्रस्ताव कोणत्याही विमा कंपनीने कधी नाकारला, पुढे ढकलला, लोड केला किंवा वगळल्यासारखा विशेष अटीच्या अधीन राहिला आहे का? | अर्जदार क्रमांक | | | | | |
|--|-----------------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| | आणि N | आणि N | आणि N | आणि N | आणि N | आणि N |

7. इलेक्ट्रॉनिक धोरण 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

8. 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 अडरराइटिंग 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 आरोप्यात 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 मागतो प्रस्ताव कमी लिहिण्याच्या आणि / किंवा दावा सेटलमेंटचा

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

9. 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:

साक्षीदाराचे नाव

साक्षीदाराची स्वाक्षरी

प्रोपोझरची स्वाक्षरी

10. 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. माझ्या सूचनेचे _____ under करून प्रस्ताव फॉर्म भरला जातो आणि मला तो योग्य वाटला.

प्रस्तावकाची स्वाक्षरी

11. प्रीमियम तपशील (केवळ कार्यालयीन वापरसाठी)

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

प्रीमियम ची रक्कम

ऑनलाइन पेमेंट टुन्डॉव्शन आयडी:

तारीख D D M M आणि आणि आणि आणि

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 :

12. बँकाशुरन्स चॅनेलसाठी अतिरिक्त तपशील (केवळ कार्यालयीन वापरसाठी)

शाखा कोड(संपादन) एसपी कोड

आरएम / एलजी कोड

प्राहक खाते क्रमांक

13. विमा सल्लागाराचा अहवाल (केवळ कार्यालयीन वापरसाठी)

1. तुम्ही प्रस्तावकाशी संबंधित आहात का? होय/नाही; होय, तर नात्याचे स्वरूप?

2. प्रस्तावकाला तुम्ही किती काळापासून ओळखता?

3. प्रस्तावकाच्या ओळखीवर तुम्ही समाधानी आहात का? हो नाही

4. प्रस्तावक किंवा कोणत्याही अर्जदाराला काही शारीरिक विकृती/दोष किंवा मानसिक अपंगत्व आहे का? हो नाही

5. आपण प्रस्तावित धोरणाच्या अटी, नूतनीकरणाच्या अटी, वगळणे, पॉलिसीचा प्रतीक्षा कालावधी स्पष्ट केला आहे का आणि प्रस्तावकाने वैयक्तिकरित्या आरोग्य घोषणा पूर्ण केली आहे का? हो नाही

6. नैतिक धोक्यासह सर्व घटकांचा विचार करून आपण हा प्रस्ताव फॉर्म स्वीकारण्याची शिफारस करता का? हो नाही

7. प्रस्तावकाला त्याच्या हिताचे ठरेल असे सर्वोत्तम कव्हरमध्ये निर्णय घेता यावा यासाठी आपण प्रस्तावकाला सल्ला दिला आहे का आणि सर्व माहिती दिली आहे का? हो नाही

तारीख D D M M आणि आणि आणि आणि

विमा सल्लागाराची स्वाक्षरी

14. वैधानिक इशारा

सवलतप्रतिबंध (विमा अधिनियम १९३८ च्या कलम ४१ अन्वये)

- 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.
- या कलमातील तरतुदींचे पालन न केल्यास कोणत्याही व्यक्तीला दहा लाख रुपयांपर्यंत दंड होऊ शकतो.

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"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

16. परतावा आणि दाव्यांची परतफेड करण्यासाठी तपशील

पेमेंट स्वीकारण्याचा पर्याय: बँक हस्तांतरण

लाभाध्यचे नाव

बँकेचे नाव

खाते क्रमांक

खाते प्रकार

आयएफएससी कोड

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. प्राहक 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.

दी जाण जाणवईकू रिकमी ठेवपात आदी ओते

मुख्य वैशिष्ट्य दस्तऐवज (केएफडी) -

आरोग्य प्रेमिया

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.

'हेल्थ प्रेमिया' आपल्याला विविध प्रकारचे इनपेन्डंट फायदे प्रदान करते. शिवाय, गोल्ड आणि प्लॅटिनम प्लॅन अंतर्गत काही अतिरिक्त फायदे आहेत (जे खाली नमूद केले आहेत) तसेच आपण आपले कव्हर वाढवू इच्छित असल्यास खरेदी करण्यासाठी वैकल्पिक फायदे आहेत.

आपल्या पॉलिसीमध्ये निर्दिष्ट केल्याप्रमाणे काही मर्यादा आणि वगळण्याच्या अधीन राहून खालील मूलभूत फायदे प्रदान केले जातात: सिल्व्हर, गोल्ड आणि प्लॅटिनम प्लॅन अंतर्गत बेस बेनिफिट्स

- खोलीचे भाडे (आपल्या निवडलेल्या योजनेनुसार) आणि आयसीयू शुल्कासह रुग्णालयातील रुग्ण सेवा
- रुग्णालयात दाखल होण्यापूर्वी चा आणि नंतरचा खर्च अनुक्रमे ९० आणि १८० दिवसांचा
- डे केअर उपचार
- डोमिसिलरी हॉस्पिटलायझेशन
- वैकल्पिक उपचार
- जिवंत अवयव दाता प्रत्यारोपण
- आपत्कालीन रुग्णवाहिका
- अमर्यादित टेलि / ऑनलाइन वैद्यकीय सल्ला
- 24 महिन्यांच्या प्रतीक्षा कालावधीनंतर 2 गर्भधारणा किंवा समाप्तीसाठी मातृत्व लाभ कव्हर केला जातो; प्लॅटिनम योजनेअंतर्गत, यूएसए आणि कॅनडा वगळता जगभरात समाविष्ट आहे.
- नवजात बाळ (नवजात बाळाच्या लसीकरणसह)
- पहिल्या दिवसापासून आरोग्य तपासणी सुरू
- मूळ विमा रकमेपर्यंत रिफिल बेनिफिट केवळ वैयक्तिक आणि कोटुबिक फ्लोटर योजनांअंतर्गत उपलब्ध आहे. फॅमिली फर्स्ट प्लॅनमध्ये रिफिल बेनिफिट नाही.
- पॉलिसीधारकाचा (जो विमाधारक देखील असावा) मृत्यू झाल्यास किंवा निदान झाल्यास किंवा प्रथमच उपचार घेतल्यास, पॉलिसी दरम्यान कोणत्याही विशिष्ट आजारासह (वैयक्तिक संरक्षणासाठी उपलब्ध नाही) 1 वर्षासाठी स्वयंचलित विनामूल्य मुदतवाढ
- फार्मसी आणि डायग्नोस्टिक बुकिंग सेवा
- लॉयल्टी एडिशन: पॉलिसी वर्ष पूर्ण झाल्यानंतर, मुदत संपलेल्या मूळ विमा रकमेच्या 10% जोडणे, मूळ विमा रकमेच्या जास्तीत जास्त 100% च्या अधीन
- वैद्यकीय संदर्भ, आपत्कालीन वैद्यकीय स्थलांतर, वैद्यकीय प्रत्यारोपण, अनुकंपा भेट, अल्पवयीन मुलांची काळजी आणि / किंवा वाहतूक आणि मृतदेह परत आणण्यासाठी आपत्कालीन सहाय्य सेवा
- एचआयव्ही / एडसमुळे किंवा संबंधित परिस्थितीमुळे रुग्णालयात दाखल होण्यासाठी (डे केअर ट्रीटमेंटसह) होणारा खर्च पॉलिसीमध्ये निर्दिष्ट केल्यानुसार उप-मर्यादित अर्थीन राहून पॉलिसी अंतर्गत समाविष्ट केला जातो.
- मानसिक आजाराचा अंतर्गत उपचारांसाठी होणारा खर्च पॉलिसीमध्ये निर्दिष्ट केल्याप्रमाणे विशिष्ट अटीसाठी उप-मर्यादित अर्थीन राहून पॉलिसी अंतर्गत समाविष्ट केला जातो.
- आधुनिक उपचारांचा समावेश, मर्यादित अर्थीन

गोल्ड आणि प्लॅटिनम प्लॅन अंतर्गत अतिरिक्त बेस बेनिफिट्स

- पॉलिसीमध्ये निर्दिष्ट केल्याप्रमाणे लेझर शस्त्रक्रिया उप-मर्यादित अर्थीन आहे.
- आपत्कालीन रुग्णालयात दाखल करणे, आपत्कालीन वैद्यकीय स्थलांतर, ओपीडी कव्हर (20 च्या सह-देयकासह), अनुकंपा भेट, पासपोर्ट गमावणे, अल्पवयीन मुलांची काळजी आणि / किंवा वाहतूक, चेक-इन सामान गमावणे, मृतदेह परत आणणे, ट्रिप रद्द करणे आणि व्यत्यय, ट्रिप विलंब, चेक-इन सामानास विलंब, वैद्यकीय संदर्भ आणि वैद्यकीय प्रत्यारोपण, धोरणात नमूद केल्याप्रमाणे उप-मर्यादित अर्थीन राहून. - गोल्ड प्लॅन अंतर्गत प्रति व्यक्ती जास्तीत जास्त 15 दिवसांसाठी एक ट्रिप कव्हर केली जाते. - प्लॅटिनम योजनेअंतर्गत एका ट्रिपमध्ये जास्तीत जास्त ४५ दिवसांसाठी वार्षिक मल्टी ट्रिप्स कव्हर केल्या जातात.

प्लॅटिनम योजनेअंतर्गत आणखी अतिरिक्त बेस बेनिफिट्स

- विशिष्ट आजाराचे निदान किंवा नियोजित शस्त्रक्रियेबद्दल दुसरे वैद्यकीय मत (जगभरात)
- चाइल्ड केअर बेनिफिट्स (लसीकरणसाठी भेटीदरम्यान पोषण आणि वाढीसाठी एका सल्लामसलतीसह 12 वर्षांपर्यंतच्या मुलांसाठी लसीकरण)
- अमेरिका आणि कॅनडा वगळता भारताबाहेर विशिष्ट आजार विमा
- ओपीडी ट्रीटमेंट अँड डायग्नोस्टिक सर्व्हिसेस विना को-पेमेंट

आपल्या पॉलिसीमध्ये निर्दिष्ट केल्याप्रमाणे खालील वैकल्पिक फायदे काही मर्यादा आणि वगळण्यांच्या अधीन राहून प्रदान केले जातात:

- अपघाती मृत्यू, कायमचे पूर्ण आणि अंशतः अपंगत्व विरुद्ध वैयक्तिक अपघात कवरेज
- 20 मोठ्या गंभीर आजारांसाठी क्रिटिकल इलनेस कवरेज
- रुग्णालयात दाखल झाल्यास दैनंदिन रुग्णालयात रोख लाभ
- नूतनीकरणाच्या वेळी मुदत संपलेल्या मूळ विमा रकमेच्या 20% वाढीव लॉयल्टी जोडणे, मूळ विमा रकमेच्या जास्तीत जास्त 200% च्या अधीन राहून.
- आंतरराष्ट्रीय कवरेज विस्तार - आंतरराष्ट्रीय कवरेज वाढविण्यासाठी खालील पर्याय उपलब्ध आहेत:-
सिंगल ट्रिप तत्त्वावर अतिरिक्त सहली उपलब्ध आहेत; गोल्ड प्लॅन अंतर्गत 1 दिवस ते 30 दिवसांपर्यंत - 'इंटरनॅशनल कवरेज' बेनिफिटसाठी विम्याची रक्कम दुप्पट केली जाऊ शकते
- प्लॅटिनम योजना आणि आंतरराष्ट्रीय कवरेज बेस बेनिफिट अंतर्गत मातृत्व लाभ आणि निर्दिष्ट आजारासाठी यूएसए आणि कॅनडाला कवरेज वाढविण्यासाठी वाढीव भौगोलिक व्याप्ती
- पॉलिसी वर्षात कोणत्याही 90 दिवसांसाठी 18 वर्षे किंवा त्यापेक्षा जास्त वयाच्या विमाधारकांसाठी वैयक्तिकृत आरोग्य प्रशिक्षक

कृपया लक्षात घ्या की वैकल्पिक लाभांसाठी अतिरिक्त वार्षिक प्रीमियम आकारला जातो

लक्षात घ्या की प्रतीक्षा कालावधी पॉलिसीनुसार लागू आहे:

- पॉलिसीच्या स्थापनेपासून 24 महिन्यांचा पूर्व-विद्यमान रोग प्रतीक्षा कालावधी आणि सतत नूतनीकरणाच्या अधीन आहे.
आवश्यक उपचार ांशिवाय 30 दिवसांचा प्रारंभिक प्रतीक्षा कालावधी अपघाताचा परिणाम आहे.
- काही सूचीबद्ध आजारांसाठी 12 महिन्यांचा विशिष्ट प्रतीक्षा कालावधी, जोपर्यंत ही स्थिती थेट कर्करोगामुळे (30 दिवसांच्या प्रारंभिक प्रतीक्षा कालावधीनंतर कवरेज केली जाते) किंवा अपघातामुळे (पहिल्या दिवसापासून कवरेज केली जाते) उद्भवत नाही.
- पॉलिसीच्या स्थापनेपासून खालील लाभांचा प्रतीक्षा कालावधी 36 महिन्यांचा असेल आणि सतत नूतनीकरणाच्या अधीन असेल: - मानसिक विकार उपचार -
लेसर शस्त्रक्रिया कवरेज
- एचआयव्ही/एड्स कवरेजसाठी, पॉलिसी लागू झाल्यापासून 48 महिन्यांचा प्रतीक्षा कालावधी असेल आणि सतत नूतनीकरणाच्या अधीन असेल.
- क्रिटिकल इलनेस कवरेजसाठी, 90 दिवसांचा प्रारंभिक प्रतीक्षा कालावधी, 3 वर्षांचा पूर्व-विद्यमान रोग प्रतीक्षा कालावधी आणि 30 दिवसांचा जगण्याचा कालावधी वगळणे सर्व अटींसाठी लागू होईल.

लक्षात घ्या की पॉलिसी करारात नमूद केल्याप्रमाणे मानक वगळणे लागू आहेत. याव्यतिरिक्त, अंडरराइटिंग निकालांच्या आधारे, काही विशिष्ट वगळणे किंवा वैयक्तिक प्रतीक्षा कालावधी देखील आपल्या पॉलिसीवर लागू होऊ शकते.

ही जागा मुद्दाम रिकामी ठेवण्यात आली आहे.

आपल्या पॉलिसीची इतर प्रमुख वैशिष्ट्ये खालीलप्रमाणे आहेत:

- वैयक्तिक किंवा कौटुंबिक फ्लोटर कव्हर (4 मुलांपर्यंत) किंवा फॅमिली फर्स्ट कव्हर (19 नातेसंबंध), पॉलिसीमध्ये सदस्यांची कोणतीही भर घालणे किंवा वगळणे केवळ नूतनीकरणाला वेळी केले जाते.
- विम्याची रक्कम (प्रथम कुटुंबाच्या बाबतीत): आपली योजना एकाच पॉलिसीमध्ये वैयक्तिक विमा रक्कम आणि फ्लोटर विमा रक्कम दोन्ही प्रदान करते. उदाहरणार्थ, फॅमिली फर्स्ट पॉलिसी 6 सदस्यांसाठी (उदा. स्वतः, जोडीदार, पालक आणि दोन मुले) निवडली जाते ज्याची विमा रक्कम 5 लाख + 30 लाख आहे. कोणताही सदस्य त्याच्या वैयक्तिक विमा रकमेतून 5 लाखांपर्यंत दावा करू शकतो. 5 लाखांपेक्षा जास्त कोणत्याही दाव्याला 30 लाखांच्या फ्लोटर इन्शुरन्स रकमेद्वारे कव्हर केले जाईल. म्हणूनच, एक वैयक्तिक सदस्य एका दाव्यात 35 लाखांपर्यंत दावा करू शकतो, परंतु फ्लोटर विमा रक्कम पॉलिसी वर्षात सर्व सदस्यांसाठी एकत्रितपणे केवळ 30 लाखांपर्यंत वापरली जाऊ शकते. पॉलिसी वर्षात एकत्रित आधारावर एकूण दावे 60 लाख (म्हणजे 6 सदस्य * 5 लाख + 30 लाख फ्लोटर इन्शुरन्स सम) केले जाऊ शकतात.
- आपल्या पॉलिसीचे आजीवन नूतनीकरण आपल्या पुष्टीच्या अधीन राहून आणि देय प्रीमियम वेळेवर भरण्याच्या अधीन आहे
- आपले वय जसजसे वाढेल तसे आपले नूतनीकरण प्रीमियम वाढेल परंतु आपल्या दाव्याच्या अनुभावाच्या आधारे बदलणार नाही. भविष्यात आयआरडीएआयच्या मान्यतेच्या अधीन राहून आणि वेळोवेळी लागू होणाऱ्या आयआरडीएआयच्या नियम आणि नियमांनुसार उत्पादनासाठी नूतनीकरण प्रीमियम दर ामध्ये सुधारणा केली जाऊ शकते.
- जर तुमचा प्रस्ताव जारी करण्यास नकार दिला गेला तर प्री पॉलिसी मेडिकल चेकअप (पीपीएमसी) च्या खर्चाच्या 100% खर्च आपण उचलाल.
- प्री लुक प्रोव्हिजन: जर आपण पॉलिसीच्या अटी आणि शर्ती मान्य करत नसाल तर पॉलिसी दस्तऐवज प्राप्त झाल्यापासून 15 दिवसांच्या आत आपली कारणे सांगून आपण पॉलिसी रद्द करू शकता, जर कोणत्याही लाभांतर्गत कोणताही दावा केला गेला नसेल. कव्हर कालावधीसाठी वैद्यकीय तपासणी, मुद्रांक शुल्क आणि अनुपातिक जोखीम प्रीमियमसाठी शुल्क वजा केल्यानंतर प्रीमियम परत केला जाईल. पॉलिसीच्या नूतनीकरणाला वेळी प्री लुकची तरतूद लागू होत नाही.

टीप:

- प्रीमियम: कृपया मॅक्स बुपा हेल्थ इन्शुरन्स कंपनी लिमिटेड च्या नावाने सुरक्षित पद्धतीने प्रीमियमची रक्कम जमा करा.
 - काही प्रश्न किंवा दावा असल्यास, कृपया आमच्या ग्राहक हेल्पलाइन क्रमांक: 1860-500-8888 शी संपर्क साधा
- मी वेळोवेळी कंपनीच्या प्रस्तावित किंवा विद्यमान धोरणासंदर्भात स्वागत कॉल, सेवा कॉल किंवा इतर कोणतेही संप्रेषण (इलेक्ट्रॉनिक किंवा अन्यथा) करण्यास कंपनीला संमती देतो आणि अधिकृत करतो.

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. हे आपल्या पॉलिसी फायद्यांमध्ये सातत्य सुनिश्चित करेल.

___। एसीएच / एसआय नूतनीकरण पर्याय निवडायचा आहे.

तारीख: _____

सही प्रस्तावकाचे ई: _____

जागा: _____

पी.आर.चे नाव/संपादन/प्रोजर: _____

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' लॉगो 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 1829181 अटी आणि शर्ती, वगळणे, जोखीम घटक, प्रतीक्षा कालावधी आणि फायदे याबद्दल अधिक तपशीलांसाठी, कृपया विक्री पूर्ण करण्यापूर्वी विक्री पुस्तिका काळजीपूर्वक वाचा.

कंपनीने दिलेली पावती

अर्ज क्र. _____ दिनांक _____

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 राहील. 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 दाखिले 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.

रिसेव्हरची स्वाक्षरी आणि ऑफिस सील