

## 1. प्रस्तावक तपशील:

पदवी	<input type="text"/>	नाम	<input type="text"/>				
डीओबी	<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"/>		

मी सर्व अटी आणि शर्ती वाचल्या आहेत, समजून घेतल्या आहेत आणि स्वीकारल्या आहेत आणि याद्वारे निवा बुपा हेल्य इन्शुरन्स किवा त्याच्या कोणत्याही एजंट आणि / किवा तृतीय पक्ष / संलग्न ांना माझ्या नोंदणीकृत फोन नंबरवर व्हॉट्सअॅप / एसएमएस / ईमेल / फोन / फेसबुक किवा इतर कोणत्याही माध्यमांद्वारे माझ्याशी संपर्क साधण्याचे अधिकार दिले आहेत

आपण किवा प्रस्तावित अर्जदारापैकी कोणी पीईपी # आहात का?  हो  नाही

#Politically एक्सपोज्ड पर्सन (पीईपी) अशा व्यक्ती आहेत ज्यांना केंद्र किवा राज्य सरकारचे प्रमुख / मंत्री, वरिष्ठ राजकारणी, वरिष्ठ सरकारी, न्यायिक किवा लष्करी अधिकारी, सरकारी कंपन्यांचे वरिष्ठ अधिकारी, पक्षाचे महत्त्वाचे अधिकारी अशा प्रमुख सार्वजनिक कार्ये आहेत किवा सोपविण्यात आली आहेत. (जर आपण पीईपीविरूद्ध टिक केले असेल तर कृपया स्वतंत्र पीईपी प्रश्नावली भरा)

आपल्याला पॉलिसी किटची फिजिकल कॉपी हवी आहे का:  हो  नाही

## बँक तपशील:

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

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)

किवा

साईबेविकामार्फत ई-इन्शुरन्स खात्यात जमा करा किवा  सीआयआरएल मार्फत ई-इन्शुरन्स खात्यात जमा करा

## 2. कव्हरेज निवड:

पोर्टेबिलिटीसाठी अर्ज करत आहात का:

हो  नाही (होय/असेल तर कृपया स्वतंत्र पोर्टेबिलिटी फॉर्मही भरा).

कृपया संबंधित बॉक्सवर टिक करा:

बेस कव्हरेज:

कव्हर करावयाचे जीवन:  १ अ  1 ए+1 सी  1 ए+2 सी  1A+3C  1 ए+4 सी  २ अ  2 ए+1 सी  2 ए+2 सी  2 ए+3 सी  2A+4C

निवडलेली योजना:  क्लासिक प्लान  वाढीव योजना

विम्याची रक्कम: (रु.)  ३ तलाव  ४ तलाव  ५ तलाव  ७.५ तलाव  10 तलाव  15 तलाव  20 लेक  25 तलाव

पॉलिसी टर्म:  १ वर्ष  २ वर्ष  3 साल

उत्पादनांतर्गत वैकल्पिक कव्हरेज:

a. वैयक्तिक अपघात कव्हर:

हो  नाही

जर होय, तर कृपया कव्हर करावयाचे जीवन निवडा:

प्राथमिक विमाधारक व्यक्ती

जोडीदारासह प्राथमिक विमाधारक व्यक्ती

विमान किंवा समुद्रात जाणार या जहाजात कर्मचारी म्हणून काम करणे, भूमिगत खाणकाम किंवा टनेलिंग, सशस्त्र दल किंवा सुरक्षा दल, कोणत्याही साहसी खेळांमध्ये (मोटर स्पीड स्पर्धासह) भाग घेण्याशी संबंधित नोकरी किंवा व्यवसायाशी संबंधित या वैकल्पिक लाभात समाविष्ट असलेले जीवन समाविष्ट आहे का?

हो  नाही

b. क्रिटिकल इलनेस कव्हर:

हो  नाही

जर होय, तर कृपया कव्हर करावयाचे जीवन निवडा:

प्राथमिक विमाधारक व्यक्ती

जोडीदारासह प्राथमिक विमाधारक व्यक्ती

c. ई-कन्सल्टेशन:

हो  नाही

d. सेफगार्ड (रायडर):

हो  नाही

e. हॉस्पिटल कॅश:

हो  नाही

(5 लाख किंवा त्यापेक्षा कमी रकमेच्या विम्याच्या रकमेसाठी दररोज 1,000 रुपये आणि 5 लाखांपेक्षा जास्त रकमेसाठी 2,000 रुपये प्रतिदिन रोख लाभ आहे)

f. वाढीव नो क्लेम बोनस:

हो  नाही

g. वाढीव पुनर्भरण लाभ:

हो  नाही

## 3. विम्यासाठी अर्जदारांचा तपशील:

प्रॉफ 1

नाम

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

कंबर लाइन  (इंच) जन्म तारीख  आणि आणि आणि आणि भारतीय नसेल तर टिक करा

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

प्रॉफ 2

नाम

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

कंबर लाइन  (इंच) जन्म तारीख  आणि आणि आणि आणि भारतीय नसेल तर टिक करा

नातेसंबंध: प्रॉफ व्यक्तीचा जोडीदार 1

मूल 1

नाम

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

कंबर लाइन  (इंच) जन्म तारीख  आणि आणि आणि आणि भारतीय नसेल तर टिक करा

संबंध: प्रॉफ ांचा मुलगा 1  प्रॉफ ांची मुलगी 1

वाळ 2

नाम

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

कंबर लाइन  (इंच) जन्म तारीख  आणि आणि आणि आणि भारतीय नसेल तर टिक करा

संबंध: प्रॉफ ांचा मुलगा 1  प्रॉफ ांची मुलगी 1

नाम

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

कंबर लाइन  (इंच) जन्म तारीख  D D M M आणि आणि आणि आणि

संबंध: प्रौढ ंचा मुलगा 1  प्रौढ ंची मुलगी 1  भारतीय नसेल तर टिक करा

नाम

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

कंबर लाइन  (इंच) जन्म तारीख  D D M M आणि आणि आणि आणि

संबंध: प्रौढ ंचा मुलगा 1  प्रौढ ंची मुलगी 1  भारतीय नसेल तर टिक करा

#### 4. 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. 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)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

नॉमिनीचा बँक तपशील:  लाभार्थीचे नाव:

बँकेचे नाव  खाते प्रकार  बचत  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 दाव्यावर आणि / किंवा कव्हेरेजवर परिणाम करू शकते.

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					
	A1	A2	C1	C2	C3	C4
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, टॉडी औषधे आणि सामयिक अनुप्रयोगांचा समावेश आहे परंतु मर्यादित नाही.	आपि N	आपि N	आपि N	आपि N	आपि N	आपि N
ii. थायरोईड प्रोफाइल, लिपिड प्रोफाइल, ट्रेडमिल चाचणी, ऑजिओग्राफी, इकोकार्डियोग्राफी, एंडोस्कोपी, अल्ट्रासाउंड, सीटी स्कॅन, एमआरआय, बायोप्सी आणि एफएनएसी सारख्या कोणत्याही निदान चाचण्या किंवा तपासणीवर आपल्याला कधी प्रतिकूल निष्कर्ष आले आहेत का?	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. आपल्याला आधीपासून काही आजार / परिस्थिती आहे का?	आपि N	आपि N	आपि N	आपि N	आपि N	आपि N
v. आपल्याला कधी कोणत्याही अनुवांशिक / अनुवांशिक विकार किंवा एचआयव्ही / एड्सचे निदान किंवा उपचार झाले आहेत का?	आपि N	आपि N	आपि N	आपि N	आपि N	आपि N
vi. तुम्हाला कधी कोणत्याही मानसिक / मानसिक विकारांचे निदान किंवा उपचार झाले आहेत का?	आपि N	आपि N	आपि N	आपि N	आपि N	आपि N

कलम ब : (अर्जदार धूम्रपान करत असेल किंवा तंबाखू/ गुटखा/ पान मसाला किंवा मद्यपान करत असेल तरच कृपया हा विभाग भरावा)	अर्जदार क्रमांक					
	A1	A2	C1	C2	C3	C4
i. चघळण्यायोग्य तंबाखू / गुटखा / पान मसाला - कृपया दररोज पाऊचवी संख्या निर्दिष्ट करा						
ii. अल्कोहोल - कृपया दर आठवड्याला मिली आणि / किंवा दररोज मद्यपान निर्दिष्ट करा	<input type="text"/> दररोज मद्यपान करणे	<input type="text"/> दररोज मद्यपान करणे	<input type="text"/> दररोज मद्यपान करणे	<input type="text"/> दररोज मद्यपान करणे	<input type="text"/> दररोज मद्यपान करणे	<input type="text"/> दररोज मद्यपान करणे
iii. सिगारेट / बीडी / सिगार - कृपया दररोज सेवन निर्दिष्ट करा						

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

अर्जदार क्रमांक	लक्षणे किंवा तपासण्या किंवा निदान किंवा प्रक्रिया / शस्त्रक्रिया 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 वगळल्यासारख्या विशेष अटीच्या अधीन राहिला आहे का?	अर्जदार क्रमांक					
	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
	आणि N	आणि N	आणि N	आणि N	आणि N	आणि

## 7. 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

## 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 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 करणाऱ्या 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
- 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

प्रस्तावकाची 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. प्रस्ताव फॉर्म माझ्या सूचनेनुसार \_\_\_\_\_ भरला आहे 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 ट्रान्झॅक्शन आयडी:

तारीख  आणि

बँकेचे नाव/शाखा

निवा बुपा शाखेचे ठिकाण

कोड क्र.

व्यवसाय:

सल्लागार / डीएसटी / कॉर्पोरेट एजन्सी / इतर चॅनेल

कोड क्र.

नाम

प्राप्त प्रस्ताव:  आणि

कस्टमर आयडी:

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

शाखा कोड(संपादन)  एसपी कोड

आरएम / एलजी कोड

ग्राहक खाते क्रमांक

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

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

प्रस्तावकाला तुम्ही किती काळापासून ओळखता?  महिने

प्रस्तावकाच्या ओळखीवर तुम्ही समाधानी आहात का?  हो  नाही

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

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

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

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  आणि

विमा सल्लागाराची स्वाक्षरी

### 14. वैधानिक इशारा

सवलतप्रतिबंध (विमा अधिनियम १९३८ च्या कलम ४९ 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 तरतुदीचे 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 वैयक्तिक नोंदी सामायिक करण्यास	
	<input type="checkbox"/> हो	<input type="checkbox"/> नाही		<input type="checkbox"/> हो	<input type="checkbox"/> नाही
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 16. परतावा आणि दाव्यांची परतफेड करण्यासाठी तपशील

पेमेंट स्वीकारण्याचा पर्याय:  बँक हस्तांतरण

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 डिस्क्रेमर: 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 : U66000DL2008PLC182918. अटी आणि शर्ती, वगळणे, जोखीम घटक, प्रतीक्षा कालावधी आणि फायदे याबद्दल अधिक तपशीलांसाठी, कृपया विक्री पूर्ण करण्यापूर्वी विक्री पुस्तिका काळजीपूर्वक वाचा.

दी जाण जाणवईक रिकमी ठेवपात आनी ओते

हेल्य पल्स

की फीचर डॉक्युमेंट (केएफडी)

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.

हेल्य पल्स आपल्याला अनेक प्रकारचे फायदे प्रदान करते जे आपल्याला आणि आपल्या कुटुंबास महान मूल्य देतात. या फायद्यांमध्ये हॉस्पिटलायझेशन कवरेज, वार्षिक आरोग्य तपासणी, डे केअर आणि पर्यायी उपचारांचा समावेश आहे. पर्सनल अॅक्सिडेंट कव्हर, क्रिटिकल इलनेस कव्हर, वाढीव रिफिल बॅनिफिट, ई-कन्सल्टेशन, नो क्लेम बोनस आणि हॉस्पिटल कॅश यासारख्या पर्यायी फायद्यांसह आपण आपले कवरेज वाढवू शकता.

पॉलिसी कॉन्ट्रॅक्टमध्ये निर्दिष्ट केल्याप्रमाणे काही मर्यादा आणि वगळण्याच्या अधीन राहून आपल्या पॉलिसीमध्ये खालील इन-बिल्ट फायदे आहेत:

- खोलीचे भाडे आणि आयसीयू शुल्कासह रुग्णालयातील रुग्ण सेवा
- खोलीभाडे / श्रेणी :-  
३ लाख रुपये किंवा ४ लाख रुपयांच्या विम्याच्या रकमेसाठी - दररोज मूळ विमा रकमेच्या १% पर्यंत किंवा एकल खाजगी खोली, यापैकी जे कमी असेल. आयसीयू शुल्क दररोज मूळ विमा रकमेच्या 2% पर्यंत कव्हर केले जाते - 5  
लाख रुपये किंवा त्यापेक्षा जास्त विमा रकमेसाठी - एकल खाजगी खोलीसाठी. आयसीयू शुल्क विम्याच्या रकमेपर्यंत कव्हर केले जाते
- रुग्णालयात दाखल होण्यापूर्वी चा आणि नंतरचा खर्च अनुक्रमे 30 आणि 60 दिवसांचा
- वैकल्पिक उपचार
- डे केअर उपचार
- जिवंत अवयव प्रत्यारोपण
- डोमिसिलरी हॉस्पिटलायझेशन
- इमर्जन्सी ग्राऊंड अॅम्ब्युलन्स
- पॉलिसी वर्षात केलेल्या दाव्यांमुळे, विविध आजारांसाठी/ अटीसाठी किंवा पॉलिसीअंतर्गत समाविष्ट असलेल्या इतर विमाधारक सदस्यांसाठी विम्याची रक्कम संपल्यास १००% मूळ विमा रकमेपर्यंत चा लाभ रिफिल करा
- दुसऱ्या पॉलिसी वर्षापासून वार्षिक आरोग्य तपासणी पॅकेज उपलब्ध
- फार्मसी आणि डायग्नोस्टिक बुकिंग सेवा
- नो क्लेम बोनस : प्रत्येक क्लेम फ्री वर्षासाठी, नूतनीकरण्या वेळी एक्सपायरी बेस इन्शुरन्स रकमेच्या 10% वाढ, मूळ विमा रकमेच्या जास्तीत जास्त 100% च्या अधीन राहून. क्लेमच्या बाबतीत नो क्लेम बोनसमध्ये कोणतीही कपात केली जाणार नाही
- पॉलिसी कॉन्ट्रॅक्टमध्ये निर्दिष्ट केल्याप्रमाणे विशिष्ट अटीच्या उप-मर्यादेच्या अधीन राहून मानसिक आजाराच्या अंतर्गत रुग्ण उपचारांसाठी होणारा खर्च पॉलिसी अंतर्गत समाविष्ट केला जातो
- एचआयव्ही / एड्समुळे किंवा संबंधित परिस्थितीमुळे रुग्णालयात दाखल होण्यासाठी (डे केअर ट्रीटमेंटसह) केलेला खर्च पॉलिसी कॉन्ट्रॅक्टमध्ये निर्दिष्ट केलेल्या उप-मर्यादेच्या अधीन राहून पॉलिसी अंतर्गत समाविष्ट केला जातो. हा लाभ आमच्याकडे कव्हर सुरू झाल्यापासून 48 महिन्यांच्या प्रतीक्षा कालावधीच्या अधीन राहून प्रदान केला जातो, ज्यात एचआयव्ही / एड्स चा लाभ म्हणून समावेश आहे
- क्लासिक प्लॅनअंतर्गत, मुंबई (नवी मुंबई आणि ठाणेसह), दिल्ली एनसीआर, कोलकाता आणि गुजरात राज्यात उपचारांसाठी 20% सह-पेमेंट लागू होईल
- आधुनिक उपचारांचा समावेश, मर्यादेच्या अधीन

आपण आपल्या पॉलिसी कॉन्ट्रॅक्टमध्ये निर्दिष्ट केल्याप्रमाणे काही मर्यादा आणि वगळण्याच्या अधीन राहून खालील वैकल्पिक फायद्यांसह आपली पॉलिसी सानुकूलित करू शकता:

- अपघाती मृत्यू, कायमचे पूर्ण आणि अंशतः अपंगत्व विरुद्ध वैयक्तिक अपघात कवरेज
- 20 मोठ्या गंभीर आजारांसाठी क्रिटिकल इलनेस कवरेज
- अमर्यादित टेलि / ऑनलाइन सल्लामसलत
- रुग्णालयात दाखल झाल्यास दैनंदिन रुग्णालयात रोख लाभ
- नूतनीकरण्या वेळी मुदत संपलेल्या मूळ विमा रकमेच्या 20% नो क्लेम बोनस वाढवला, जो मूळ विमा रकमेच्या जास्तीत जास्त 200% च्या अधीन आहे.
- मूळ विमा रकमेच्या 150% पर्यंत वाढीव पुनर्भरण लाभ

कृपया लक्षात घ्या की वैकल्पिक लाभांसाठी अतिरिक्त वार्षिक प्रीमियम आकारला जातो

उत्पादनाचे नाव: हेल्य पल्स, प्रॉडक्ट यूआयएन: NBHHLIP22155V032122 | रायडरचे नाव: सेफगार्ड, रायडर यूआयएन : NBHHLIA24109V022324

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.

रिसीव्हरची स्वाक्षरी आणि ऑफिस सील

उत्पादनाचे नाव: हेल्य पल्स, प्रॉडक्ट यूआयएन: NBHHLIP22155V032122 | रायडरचे नाव: सेफगार्ड, रायडर यूआयएन : NBHHLIA24109V022324

लक्षात घ्या की प्रतीक्षा कालावधी पॉलिसीनुसार लागू आहे

- पॉलिसी सुरू झाल्यापासून 36 महिन्यांचा आजार प्रतीक्षा कालावधी आणि सतत नूतनीकरण. क्रिटिकल इलनेस कव्हरसाठीदेखील आधीपासून अस्तित्वात असलेल्या आजाराची प्रतीक्षा कालावधी 36 महिन्यांचा असेल.
- अपघातामुळे आवश्यक उपचार ांशियाय सुरुवातीचा प्रतीक्षा कालावधी 30 दिवसांचा असतो. क्रिटिकल इलनेस कव्हरसाठी सुरुवातीचा प्रतीक्षा कालावधी 90 दिवसांचा असेल.
- आमच्याकडे पहिली पॉलिसी सुरू झाल्यापासून 24 महिन्यांचा विशिष्ट प्रतीक्षा कालावधी, काही सूचीबद्ध आजारांसाठी, जोपर्यंत ही स्थिती थेट अपघातामुळे उद्भवत नाही (पहिल्या दिवसापासून कव्हर केली जाते).
- कृपया लक्षात घ्या की प्रतीक्षा कालावधी फार्मसी आणि डायग्नोस्टिक सेवा आणि वैयक्तिक अपघात कव्हर आणि ई-सल्लामसलत यासारख्या वैकल्पिक लाभांवर (निवडल्यास) लागू होणार नाही.

लक्षात घ्या की पॉलिसी कॉन्ट्रॅक्टमध्ये नमूद केल्याप्रमाणे मानक बहिष्करण लागू आहेत. याव्यतिरिक्त, वैद्यकीय मूल्यांकनाच्या आधारे, काही विशिष्ट बहिष्करण देखील आपल्या पॉलिसीवर लागू होऊ शकतात.

आपल्या पॉलिसीची इतर प्रमुख वैशिष्ट्ये खालीलप्रमाणे आहेत:

- वैयक्तिक किंवा कौटुंबिक फ्लोटर कव्हर (2 प्रौढ आणि 4 मुले), पॉलिसीमध्ये सदस्यांची कोणतीही भर घालणे किंवा वगळणे केवळ नूतनीकरणाच्या वेळी केले जाते.
- आपल्या पॉलिसीचे आजीवन नूतनीकरण आपल्या पुष्टी आणि देय प्रीमियम वेळेवर भरण्याच्या अधीन आहे.
- आपल्या वयोगटानुसार आपला नूतनीकरण प्रीमियम वाढेल परंतु आपल्या दाव्याच्या अनुभवाच्या आधारे बदलणार नाही. भविष्यात आयआरडीएआयच्या मान्यतेच्या अधीन राहून आणि वेळोवेळी लागू होणाऱ्या आयआरडीएआयच्या नियम आणि नियमानुसार 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.

। कंपनीला वेळोवेळी स्वागत कॉल, सेवा कॉल किंवा इतर कोणतेही संप्रेषण (इलेक्ट्रॉनिक किंवा अन्यथा) करण्यास संमती आणि अधिकृत करतो.

नोट्स: प्री लुक प्रोव्हिजन: जर आपण पॉलिसीच्या अटी आणि शर्ती मान्य करत नसाल तर पॉलिसी दस्तऐवज प्राप्त झाल्यापासून 15 दिवसांच्या आत (डिस्टन्स मार्केटिंगद्वारे पॉलिसी विकली गेली असेल तर 30 दिवस) आपली कारणे सांगून आपण पॉलिसी रद्द करू शकता. कव्हर कालावधीसाठी वैद्यकीय तपासणी, मुद्रांक शुल्क आणि आनुपातिक जोखीम प्रीमियमसाठी शुल्क वजा केल्यानंतर प्रीमियम परत केला जाईल. पॉलिसीच्या नूतनीकरणाच्या वेळी प्री लुकची तरतूद लागू होत नाही.

प्रीमियम: कृपया निवा बुपा हेल्थ इन्शुरन्स कंपनी लिमिटेड च्या नावाने सुरक्षित पद्धतीने प्रीमियमची रक्कम जमा करा.

नूतनीकरण देयक साइन-अप

आपल्या आरोग्य विमा पॉलिसीच्या नूतनीकरण प्रीमियमचा भरणा कंपनीकडे आपले विद्यमान स्वयंचलित बिलअरिंग 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: \_\_\_\_\_

प्रस्तावकाची स्वाक्षरी: \_\_\_\_\_

जागा: \_\_\_\_\_

प्रस्तावकाचे नाव: \_\_\_\_\_

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

दिल्ली-११००२४ डिस्ट्रिक्ट: 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: हेल्थ प्लस, प्रॉडक्ट यूआयएन: NBHHLIP22155V032122 | रायडरचे नाव: सेफगार्ड, रायडर यूआयएन : NBHHLIA24109V022324

ही जागा मुद्दाम रिकामी ठेवण्यात आली आहे.

उत्पादनाचे नाव: हेल्थ प्लस, प्रॉडक्ट यूआयएन: NBHHLIP22155V032122 | रायडरचे नाव: सेफगार्ड, रायडर यूआयएन : NBHHLIA24109V022324