

विम्यासाठी अर्ज : वैयक्तिक अपघात योजना

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 आपल्याविरूद्ध सर्व संभाव्य कायदेशीर कारवाई करण्याचा अधिकार आहे.

नियमानुसार आम्हाला पूर्ण प्रीमियम मिळाल्यानंतरच आणि जोखीम स्पष्टपणे स्वीकारल्यानंतरच कवरेज सुरू होऊ शकते.

1- प्रस्तावक तपशील:

प्रस्तावक (श्री/सौ./सु.) A

लिंग पुरुष मादी इतर जन्म तारीख

पत्ता

लँड मार्क शहर

जिल्हा राज्य

पिन-कोड ईमेल आयडी

चल।

पॅन नं.

उद्योग: पगारदार स्वयंरोजगार विद्यार्थी गृहिणी इतर, कृपया निर्दिष्ट करा _____

वार्षिक उत्पन्न (रु.) _____ ग्रामीण व सामाजिक क्षेत्र प्रवर्ग (लागू असल्यास): आशा वर्कर मनरेगा कामगार

सीकेवायसी नंबर (ऐच्छिक): _____

तुम्हाला पॉलिसी किटची फिजिकल कॉपी हवी आहे का? हो नाही

मुलांसाठी हा ग्रह जपण्यासाठी मी सर्वतोपरी प्रयत्न करेन. मी हिरवा गार होईन. मला सॉफ्ट कॉपीच पाठवा. काटेकोरपणे कागद नाही प्लीज

ही पॉलिसी ईआयएला क्रेडिट करण्याची माझी इच्छा आहे. विद्यमान ई-विमा खाते क्र. _____ विमा भांडाराचे नाव (आपण आपले खाते उघडले आहे)

मेसर्स एनएसडीएल डेटाबेस मॅनेजमेंट लिमिटेड 2. मेसर्स सेंट्रल इन्शुरन्स रिपॉझिटरी लिमिटेड

3. मेसर्स कार्बी इन्शुरन्स रिपॉझिटरी लिमिटेड 4. मेसर्स सीएएमएस रिपॉझिटरी सर्व्हिसेस लिमिटेड (कृपया कोणतेही एक निवडा) किंवा

आपण आपल्यासाठी ईआयए खाते उघडण्यास मदत करू इच्छित असल्यास, कृपया कलम 9, एनईएफटी आणि बँक तपशील ामध्ये तपशील भरा किंवा

माझ्याकडे ईआयए नाही आणि ते उघडण्याची माझी इच्छा नाही

मी निवा बुपा हेल्थ इन्शुरन्स किंवा त्याच्या कोणत्याही एजंट आणि / किंवा तृतीय पक्ष / संलग्न ांना माझ्या नोंदणीकृत फोन नंबरवर एसएमएस / ईमेल / फोन / व्हॉट्सअप / फेसबुक किंवा इतर कोणत्याही माध्यमांद्वारे माझ्याशी संपर्क साधण्यास अधिकृत करतो आणि स्वागत कॉल / एसएमएस, सेवा कॉल / एसएमएस, पॉलिसीशी संबंधित माहिती किंवा इतर कोणत्याही व्यावसायिक संप्रेषणासाठी माझ्या 'डीएनडी' नोंदणीवर स्वार

आपण किंवा प्रस्तावित अर्जदारांपैकी कोणी राजकीयदृष्ट्या प्रकट व्यक्ती (पीईपी) आहात का? हो ना

केंद्र किंवा राज्य सरकारचे प्रमुख/मंत्री, वरिष्ठ राजकारणी, वरिष्ठ सरकारी, न्यायालयीन किंवा लष्करी अधिकारी, सरकारी कंपन्यांचे वरिष्ठ अधिकारी, पक्षाचे महत्वाचे अधिकारी अशी प्रमुख सार्वजनिक कामे #PEP आहेत किंवा सोपविण्यात आली आहेत. (जर आपण पीईपीविरूद्ध टिक केले असेल तर कृपया स्वतंत्र पीईपी प्रश्नावली भरा)

2. अर्जदारांचा तपशील आणि योजना निवड:

नाम

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

जन्म तारीख प्रस्तावकाशी असलेले संबंध स्व

पगारदार स्वयंरोजगार न कमावलेले उत्पन्न कमाई होत नाही वार्षिक उत्पन्न

उद्योग: _____ कंपनीचे नाव _____

पदनाम: टॉप मॅनेजमेंट वरिष्ठ व्यवस्थापन मिडल मॅनेजमेंट लोअर मॅनेजमेंट

वैयक्तिक विमा रक्कम लोन प्रोटेक्टर विम्याची रक्कम

प्रौढ 2

नाम

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

जन्म तारीख प्रस्तावकाशी असलेले संबंध स्व

पगारदार स्वयंरोजगार न कमावलेले उत्पन्न कमाई होत नाही वार्षिक उत्पन्न

उद्योग: कंपनीचे नाव

पदनाम: टॉप मॅनेजमेंट वरिष्ठ व्यवस्थापन मिडल मॅनेजमेंट लोअर मॅनेजमेंट

वैयक्तिक विमा रक्कम लोन प्रोटेक्टर विम्याची रक्कम

मूळ 1

नाम

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

जन्म तारीख प्रस्तावकाशी असलेले संबंध आवाज कन्या

वैयक्तिक विमा रक्कम: प्रस्तावक विमा रकमेच्या 25%

बाळ 2

नाम

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

जन्म तारीख प्रस्तावकाशी असलेले संबंध आवाज कन्या

वैयक्तिक विमा रक्कम: प्रस्तावक विमा रकमेच्या 25%

बाळ 3

नाम

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

जन्म तारीख प्रस्तावकाशी असलेले संबंध आवाज कन्या

वैयक्तिक विमा रक्कम: प्रस्तावक विमा रकमेच्या 25%

बाळ 4

नाम

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

जन्म तारीख प्रस्तावकाशी असलेले संबंध आवाज कन्या

वैयक्तिक विमा रक्कम: प्रस्तावक विमा रकमेच्या 25%

3- कव्हेरेज सिलेक्शन:

| | |
|-----------------------------------|--|
| बेस कव्हेरेज: | |
| पॉलिसी प्रकार: | <input type="checkbox"/> व्यक्तिगत |
| कव्हेर करावयाच्या जीवांची संख्या: | प्रौढ _____ लहान मुले _____ |
| मूल्य (आधार विमा रक्कम) | मूल विमा रकमेपर्यंत |
| स्थायी एकूण अपंगत्व (पीटीडी) | |
| स्थायी आंशिक अपंगत्व (पीपीडी) | |
| पॉलिसी टर्म: | <input type="checkbox"/> १ वर्ष <input type="checkbox"/> 2 साल <input type="checkbox"/> 3 वर्ष |

| | |
|--|---|
| वैकल्पिक कव्हेरेज: | |
| पार्थिव ांची वाहतूक | <input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> नाही |
| अंत्यसंस्काराचा खर्च | <input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> नाही |
| रोड अॅम्ब्युलन्स | <input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> नाही |
| एअर अॅम्ब्युलन्स | <input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> नाही |
| तात्पुरते एकूण अपंगत्व (टीटीडी) | <input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> नाही |
| तात्पुरते एकूण अपंगत्व + (टीटीडी +) | <input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> नाही |
| तात्पुरते एकूण अपंगत्व लाइट (टीटीडी लाइट) | <input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> नाही |
| तात्पुरते एकूण अपंगत्व वजावट | <input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> नाही होय तर _____ Days |
| अपघाती हॉस्पिटलायझेशन (एएच) | <input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> नाही |
| रुग्णालयातील दैनंदिन रोख रक्कम | <input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> नाही |
| अपघाती ओपीडी | |
| मासिक गरजा लाभ | <input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> नाही |
| अॅडव्हान्स्ड स्पোর্ट्स | <input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> नाही |
| अॅडव्हान्स्ड स्पোর্ट्सच्या बाबतीत एकत्रित भेट द्या | |

| | | |
|----------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| वृद्धांची काळजी | <input type="checkbox"/> हो | <input type="checkbox"/> नाही |
| अवलंबून मुलांचे शिक्षण | <input type="checkbox"/> हो | <input type="checkbox"/> नाही |
| बाल समर्थन | <input type="checkbox"/> हो | <input type="checkbox"/> नाही |
| मुलांच्या लग्नाचा खर्च | <input type="checkbox"/> हो | <input type="checkbox"/> नाही |
| तुटलेले हाड / फ्रॅक्चर | <input type="checkbox"/> हो | <input type="checkbox"/> नाही |
| घरी/ वाहनात केलेले बदल | <input type="checkbox"/> हो | <input type="checkbox"/> नाही |
| प्रोस्थेटिक्स / व्हील चेअर | <input type="checkbox"/> हो | <input type="checkbox"/> नाही |
| Comatose | <input type="checkbox"/> हो | <input type="checkbox"/> नाही |
| बर्न्स | <input type="checkbox"/> हो | <input type="checkbox"/> नाही |
| डोके आणि पाठीचा कणा दुखापत | <input type="checkbox"/> हो | <input type="checkbox"/> नाही |
| अपघात काळजी | <input type="checkbox"/> हो | <input type="checkbox"/> नाही |

१). आई-वडील आणि सासू-सासरे हे नेहमीच परावलंबी असतात आणि प्रौढ म्हणून कमावत नाहीत. २. उत्पन्न नसलेले पुती-पत्नी आणि आई-वडील/ सासू-सासरे यांच्यासाठी विम्याची रक्कम (एसआय) प्रस्तावकाच्या एसआयच्या ५०% पर्यंत मर्यादित असेल आणि जास्तीत जास्त १ कोटी रुपयांपर्यंत मर्यादित असेल. ३. अवलंबून मुलांसाठी विम्याची रक्कम (एसआय) प्रस्तावकाच्या एसआयच्या २५% पर्यंत मर्यादित असेल आणि जास्तीत जास्त २५ लाख रुपयांपर्यंत मर्यादित असेल. ४) उत्पन्न नसलेले सभासद व मुले यांना लागू नसलेले लाभ : मुलांचा विवाह खर्च, आश्रित मुलांचे शिक्षण, बालआधार, वृद्धांची काळजी, कर्ज रक्षक. तात्पुरते संपूर्ण अपंगत्व अवलंबून मुलांसाठी लागू नाही. ५). टीटीडी किंवा टीटीडी + किंवा टीटीडी लाइट यापैकी एक ाची निवड केली जाऊ शकते.

४ - नामांकन

प्रस्तावकाचा मूल्य झाल्यास, नॉमिनीला क्लेम दिला जाईल. इतर विमाधारकांसाठी, प्रस्तावक नामनिर्देशित आहे. नॉमिनीला पैसे देणे म्हणजे कंपनीची संपूर्ण जबाबदारी पार पाडणे होय.

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

नॉमिनीचा बँक तपशील: लाभार्थीचे नाव: _____
 बँकेचे नाव _____ खाते प्रकार बचत चालू आहे
 खाते क्रमांक _____ आयएफएससी कोड _____

५- वैद्यकीय, सवयी आणि मागील प्रस्तावांची माहिती:

| विमा उतरवण्याचा प्रस्ताव असलेल्या कोणत्याही व्यक्तीच्या संदर्भात: | प्रौढ १ | प्रौढ २ | मूल १ | बाळ २ | बाळ ३ | बाळ ४ |
|--|--|--|--|--|--|--|
| जन्मापासून किंवा जन्मानंतर कोणत्याही मानसिक / शारीरिक कमकुवतपणा आणि / किंवा विकृती आणि / किंवा अपंगत्वामुळे आपले आरोग्य चांगले आहे आणि / किंवा 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 |

- 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 व्यक्तींच्या 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.
- प्रस्तावकाचा मूल्य झाल्यास, नॉमिनीला क्लेम दिला जाईल. इतर विमाधारकांसाठी, प्रस्तावक नामनिर्देशित आहे. नॉमिनीला पैसे देणे म्हणजे कंपनीची संपूर्ण जबाबदारी पार पाडणे होय.
- मी कंपनीला माझ्या प्रस्तावाशी संबंधित माहिती सामायिक करण्यास अधिकृत करतो ज्यात विमाधारक / प्रस्तावकाच्या वैद्यकीय नोंदींचा समावेश प्रस्ताव आणि / किंवा दावांचा निपटारा करण्याच्या एकमेव हेतूने आणि कोणत्याही सरकारी आणि / किंवा नियामक प्राधिकरणाशी सामायिक करणे आहे.
- जर प्रस्तावकाने स्थानिक भाषेत स्वाक्षरी केली असेल तर: या फॉर्मचा मजकूर मी _____ मध्ये समजावून सांगितला आहे, ज्या प्रस्तावकाने ते समजून घेतले आहे आणि पुष्टी केली आहे त्याला _____ (साक्षीदाराचे नाव/संपादन) _____ च्या उपस्थितीत. साक्षीदार कंपनीचा एजंट/ कर्मचारी वगळता अन्य कोणीतरी असावा.

तारीख जागा _____ प्रस्तावकाची स्वाक्षरी _____
 प्रमाणित व्यक्तीची स्वाक्षरी: _____ साक्षीदाराची स्वाक्षरी _____
 प्रमाणित व्यक्तीचा मोबाईल क्रमांक _____ साक्षीदाराचा मोबाईल क्रमांक: _____

७. प्रस्तावक व सल्लागारांनी फॉर्म भरला नाही तर जाहीरनामा :

कोणत्याही कारणास्तव, प्रस्ताव आणि इतर संबंधित कागदपत्रे प्रस्तावकाने भरली नाहीत तर जाहीरनामा. प्रस्ताव फॉर्ममधील मजकूर मला पूर्णपणे समजावून सांगितला गेला आहे आणि मी सर्व पैलू आणि परिणाम पूर्णपणे समजून घेतले आहेत. प्रस्ताव फॉर्म _____ नाम _____ माझ्या सूचनेनुसार भरला जातो आणि मला सर्व माहिती योग्य आणि परिपूर्ण वाटली.

प्रस्तावकाची स्वाक्षरी _____

सल्लागार घोषणा: मी कॉर्पोरेट एजंटचा विमा सल्लागार / निर्दिष्ट व्यक्ती / ब्रोकर / रिलेशनशिप ऑफिसरचा अधिकृत कर्मचारी म्हणून, याद्वारे जाहीर करतो की मी प्रस्तावकास या उत्पादनाची / प्रस्तावाची सर्व सामग्री स्पष्ट केली आहे

विम्याची स्वाक्षरी Advisor _____

8- प्रीमियम तपशील (केवळ कार्यालयीन वापरसाठी):

| | | | | | | |
|---|---|---|--|-------------------------------------|-------------------------------|------------------------------|
| प्रीमियम भरण्याचा पर्याय | <input type="checkbox"/> धनादेश | <input type="checkbox"/> डिमांड ड्राफ्ट | <input type="checkbox"/> क्रेडिट कार्ड | <input type="checkbox"/> नेट बँकिंग | <input type="checkbox"/> रोकड | <input type="checkbox"/> इतर |
| प्रीमियम ची रक्कम | _____ | | याद्वारे भरलेला प्रीमियम | _____ | | |
| प्रस्तावकाशी असलेले संबंध | _____ | | ऑनलाइन पेमेंट ट्रान्झॅक्शन आयडी : | _____ | | |
| बँकेचे नाव/शाखा | _____ | | तारीख | _____ | | |
| निवा बुपा शाखेचे ठिकाण | _____ | | कोड क्र. | _____ | | |
| व्यवसाय स्रोत: सल्लागार / डीएसटी / कॉर्पोरेट एजन्सी / इतर चॅनेल | _____ | | कोड क्र. | _____ | | |
| नाम | _____ | | | | | |
| प्राप्त प्रस्ताव : | DDMMYY _____ | | कस्टमर आयडी : | _____ | | |
| प्रस्तावक किंवा अर्जदार कर्मचारी आहेत का? | <input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> नाही | | | | | |

एनईएफटी आणि बँक तपशील:

सर्व देयके (प्रीमियम, दाव्यांचा परतावा इ.) केवळ आपल्या खात्यात इलेक्ट्रॉनिक पद्धतीने केली जातील. कृपया खालील तपशील द्या

| | | | | | | |
|--------------|-------|--|------------------|------------------------------|----------------------------------|--|
| बँकेचे नाव | _____ | | | | | |
| फांदी | _____ | | खाते क्रमांक | _____ | | |
| शहर | _____ | | खात्याचा प्रकार: | <input type="checkbox"/> बचत | <input type="checkbox"/> Current | |
| आयएफएससी कोड | _____ | | | | | |

10- नूतनीकरण:

नूतनीकरण पेमेंट 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 पर्यायाअंतर्गत, 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 आणि त्याद्वारे त्याचा वापर करून पॉलिसी चे नूतनीकरण होईपर्यंत प्रीमियमवर 2.5% सूट मिळेल.

Dated _____ जागा _____ Proposer _____ स्वाक्षरी _____

11- केवळ बँकाशुरन्स चॅनेलसाठी अतिरिक्त डेटल (केवळ ऑफिस वापरसाठी)

| | | |
|--------------------------|-----------------|----------------------|
| शाखा Code _____ | एसपी Code _____ | आरएम/एलजी Code _____ |
| ग्राहक खाते number _____ | | |

12- 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

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

13- कंपनीकडून पावती:

| | |
|---|-----------------------|
| अर्ज क्र. _____ | तारीख _____/____/____ |
| चेक / डिमांड ड्राफ्ट / Others _____ of रु. _____ द्वारे आपला प्रस्ताव आणि रक्कम प्राप्त झाल्याबद्दल आम्ही आभार मानतो. | दिनांक _____ |

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.

रिसीव्हर आणि ऑफिसचे नाव व स्वाक्षरी seal _____

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. उत्पादनाचे नाव: वैयक्तिक अपघात योजना | उत्पादन यूआयएन: MAXPAIP21585V012021. नोंदणी कार्यालय :- सी-९८, पहिला मजला, लाजपत नगर, भाग १, नवी दिल्ली-११००२४, ग्राहक हेल्पलाइन :- १८६०-५००-८८८८. Website:www.nivabupa.com. सीआयएन : U66000DL2008PLC182918

14. ग्रामीण आणि सामाजिक क्षेत्र श्रेणी (लागू असल्यास)

आशा वर्कर

मनरेगा कामगार

15. परताव्यासाठी आणि दाव्यांच्या देयकासाठी तपशील

पेमेंट स्वीकारण्याचा पर्याय : बँक ट्रान्सफर

लाभार्थीचे नाव : _____

बँकेचे नाव : _____

आयएफएससी कोड: _____

खाते क्रमांक: _____

खात्याचा प्रकार: _____

16. एबीएचए 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"/> |

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 लायसन्स अंतर्गत वापरत आहेत. उत्पादनाचे नाव: वैयक्तिक अपघात योजना | उत्पादन यूआयएन: MAXPAIP21585V012021. नोंदणी कार्यालय :- सी-१८, पहिला मजला, लाजपत नगर, भाग १, नवी दिल्ली-११००२४, ग्राहक हेल्पलाइन: १८६०-५००-८८८८. Website: www.nivabupa.com. सीआयएन : U66000DL2008PLC182918