

2. विम्यासाठी अर्जदारांचा तपशील :

अर्जदार 1	नाम																				
	लिंग	<input type="checkbox"/> पुरुष	<input type="checkbox"/> मादी	<input type="checkbox"/> इतर	उंची	<input type="text"/>	(एचयूएफ)	<input type="text"/>	(इंच)	वजन	<input type="text"/>	(किलो)									
	मोबाईल नंबर	<input type="text"/>			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	<input type="text"/>	भारतीय नसेल तर टिक करा	<input type="checkbox"/>
	प्रस्तावकाशी संबंध (कृपया टिक पर्याय): जोडीदार / वडील / आई / सासरे / सासू / मुलगा / मुलगी / कर्मचारी																				
नांदणीकृत मेडिकल प्रॅक्टीशनर* असल्यास, कृपया प्रदान करा:	i. वैद्यकीय नोंदणी क्रमांक											<input type="text"/>									
ii. परिषदेचे नाव	<input type="text"/>																				
iii. कामाच्या ठिकाणचा पत्ता	<input type="text"/>																				
अर्जदार 2	नाम																				
	लिंग	<input type="checkbox"/> पुरुष	<input type="checkbox"/> मादी	<input type="checkbox"/> इतर	उंची	<input type="text"/>	(एचयूएफ)	<input type="text"/>	(इंच)	वजन	<input type="text"/>	(किलो)									
	मोबाईल नंबर	<input type="text"/>			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	<input type="text"/>	भारतीय नसेल तर टिक करा	<input type="checkbox"/>
	प्रस्तावकाशी संबंध (कृपया टिक पर्याय): जोडीदार / वडील / आई / सासरे / सासू / मुलगा / मुलगी																				
नांदणीकृत मेडिकल प्रॅक्टीशनर* असल्यास, कृपया प्रदान करा:	i. वैद्यकीय नोंदणी क्रमांक											<input type="text"/>									
ii. परिषदेचे नाव	<input type="text"/>																				
iii. कामाच्या ठिकाणचा पत्ता	<input type="text"/>																				
अर्जदार 3	नाम																				
	लिंग	<input type="checkbox"/> पुरुष	<input type="checkbox"/> मादी	<input type="checkbox"/> इतर	उंची	<input type="text"/>	(एचयूएफ)	<input type="text"/>	(इंच)	वजन	<input type="text"/>	(किलो)									
	मोबाईल नंबर	<input type="text"/>			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	<input type="text"/>	भारतीय नसेल तर टिक करा	<input type="checkbox"/>
	प्रस्तावकाशी संबंध (कृपया टिक पर्याय): जोडीदार / वडील / आई / सासरे / सासू / मुलगा / मुलगी																				
नांदणीकृत मेडिकल प्रॅक्टीशनर* असल्यास, कृपया प्रदान करा:	i. वैद्यकीय नोंदणी क्रमांक											<input type="text"/>									
ii. परिषदेचे नाव	<input type="text"/>																				
iii. कामाच्या ठिकाणचा पत्ता	<input type="text"/>																				
अर्जदार 4	नाम																				
	लिंग	<input type="checkbox"/> पुरुष	<input type="checkbox"/> मादी	<input type="checkbox"/> इतर	उंची	<input type="text"/>	(एचयूएफ)	<input type="text"/>	(इंच)	वजन	<input type="text"/>	(किलो)									
	मोबाईल नंबर	<input type="text"/>			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	<input type="text"/>	भारतीय नसेल तर टिक करा	<input type="checkbox"/>
	प्रस्तावकाशी संबंध (कृपया टिक पर्याय): जोडीदार / वडील / आई / सासरे / सासू / मुलगा / मुलगी																				
नांदणीकृत मेडिकल प्रॅक्टीशनर* असल्यास, कृपया प्रदान करा:	i. वैद्यकीय नोंदणी क्रमांक											<input type="text"/>									
ii. परिषदेचे नाव	<input type="text"/>																				
iii. कामाच्या ठिकाणचा पत्ता	<input type="text"/>																				
अर्जदार 5	नाम																				
	लिंग	<input type="checkbox"/> पुरुष	<input type="checkbox"/> मादी	<input type="checkbox"/> इतर	उंची	<input type="text"/>	(एचयूएफ)	<input type="text"/>	(इंच)	वजन	<input type="text"/>	(किलो)									
	मोबाईल नंबर	<input type="text"/>			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	<input type="text"/>	भारतीय नसेल तर टिक करा	<input type="checkbox"/>
	प्रस्तावकाशी संबंध (कृपया टिक पर्याय): जोडीदार / वडील / आई / सासरे / सासू / मुलगा / मुलगी																				
नांदणीकृत मेडिकल प्रॅक्टीशनर* असल्यास, कृपया प्रदान करा:	i. वैद्यकीय नोंदणी क्रमांक											<input type="text"/>									
ii. परिषदेचे नाव	<input type="text"/>																				
iii. कामाच्या ठिकाणचा पत्ता	<input type="text"/>																				
अर्जदार 6	नाम																				
	लिंग	<input type="checkbox"/> पुरुष	<input type="checkbox"/> मादी	<input type="checkbox"/> इतर	उंची	<input type="text"/>	(एचयूएफ)	<input type="text"/>	(इंच)	वजन	<input type="text"/>	(किलो)									
	मोबाईल नंबर	<input type="text"/>			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	<input type="text"/>	भारतीय नसेल तर टिक करा	<input type="checkbox"/>
	प्रस्तावकाशी संबंध (कृपया टिक पर्याय): जोडीदार / वडील / आई / सासरे / सासू / मुलगा / मुलगी																				
नांदणीकृत मेडिकल प्रॅक्टीशनर* असल्यास, कृपया प्रदान करा:	i. वैद्यकीय नोंदणी क्रमांक											<input type="text"/>									
ii. परिषदेचे नाव	<input type="text"/>																				
iii. कामाच्या ठिकाणचा पत्ता	<input type="text"/>																				

* प्रीमियमवर ५ टक्के सूट मिळवा. मेडिकल प्रॅक्टीशनर म्हणजे अशी व्यक्ती ज्याव्यक्तीकडे कोणत्याही राज्याच्या मेडिकल कोन्सिल किंवा मेडिकल कोन्सिल ऑफ इंडिया किंवा कोन्सिल फॉर इंडियन मेडिसिन किंवा भारत सरकार किंवा राज्य सरकारने स्थापन केलेल्या होमिओपॅथीसाठी वैध नोंदणी आहे आणि त्यामुळे त्याला त्याच्या कार्यक्षेत्रात वैद्यकीय प्रॅक्टीस 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. 2. लिव्ह

हेल्दी बेनिफिटसाठी, पात्र विमाधारक व्यक्ती खालीलप्रमाणे असतील: अ. फॅमिली फ्लोटर पॉलिसी बी अंतर्गत सर्व सदस्यांना मुलगा/मुलगी अपेक्षित आहे. वैयक्तिक पॉलिसी अंतर्गत किमान 18 वर्षे वयाचा कोणताही सदस्य

3. कवरेज निवड:

पोर्टेबिलिटीसाठी अर्ज करत आहात का:	<input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> नाही										
बेस कवरेज:											
पोलिसी प्रकार:	<input type="checkbox"/> व्यक्तिगत					<input type="checkbox"/> कुमिली फ्लोटर					
मूल विमा रक्कम : (रु.)	<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"/>
	3	4	5	7.5	10	12.5	15	20	25	50	75
	जाळे	जाळे	जाळे	जाळे	जाळे	जाळे	जाळे	जाळे	जाळे	जाळे	जाळे
पोलिसी टर्म:	<input type="checkbox"/> १ वर्ष		<input type="checkbox"/> २ वर्ष			<input type="checkbox"/> 3 साल					
वैकल्पिक कवरेज:											
1. हॉस्पिटल कॅश - दररोज 1,000 रुपये (5 लाख रुपयांपर्यंतच्या विमा रकमेसाठी), दररोज 2,000 रुपये (7.5 लाख ते 15 लाख रुपयांपर्यंतच्या विमा रकमेसाठी) आणि 4,000 रुपये (15 लाख रुपयांपेक्षा जास्त विमा रकमेसाठी)	<input type="checkbox"/> हो		<input type="checkbox"/> नाही								
2. सुरक्षितता+	<input type="checkbox"/> हो		<input type="checkbox"/> नाही								
3. सुरक्षित ठेवा	<input type="checkbox"/> हो		<input type="checkbox"/> नाही								
4. स्मार्ट हेल्थ+ (डिजीज मॅनेजमेंट) *सर्व बाधित सदस्यांनी गोळी किंवा प्लॅटिनम हा एक प्रकार निवडावा.	<input type="checkbox"/> सोने		<input type="checkbox"/> प्लॅटिनम			<input type="checkbox"/> नाही					
	1		2		3		4		5		6
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
5. स्मार्ट हेल्थ+ (अॅक्युट केअर) *दोन्हीपैकी कोणताही एक निवडता येऊ शकतो	<input type="checkbox"/> सर्वोत्तम सल्ला		<input type="checkbox"/> सर्वोत्तम काळजी			<input type="checkbox"/> नाही					
	बेस्ट केअर सम इन्शुरन्स ऑप्शन:										
	५,००० रुपये		१०,००० रुपये			१५,००० रुपये			२०,००० रुपये		
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		
6. कृपया 'पर्सनल अॅक्सिडेंट कवरेज' निवडल्यास टिक करा (हा पर्याय केवळ १८ वर्षे किंवा त्यापेक्षा जास्त वयाच्या अर्जदारांसाठी उपलब्ध आहे)	अर्जदार क्रमांक										
	1		2		3		4		5		6
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
7. 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"/> 1,00,000
8. 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%
9. आधीपासून अस्तित्वात असलेला रोग प्रतीक्षा वेळ बदल	<input type="checkbox"/> निवड केली नाही		<input type="checkbox"/> १ वर्ष			<input type="checkbox"/> 2 साल			<input type="checkbox"/> 4 साल		
10. खोलीचा प्रकार बदल	<input type="checkbox"/> नाही		<input type="checkbox"/> मानक सिंगल रूम				<input type="checkbox"/> सामायिक खोली				
11. आधुनिक उपचार +	<input type="checkbox"/> हो		<input type="checkbox"/> नाही								

4. नामांकन:

प्रस्तावकाचा मूल्यांमूल्यास, पोलिसी अंतर्गत देय असलेले कोणतेही देयक खाली दिलेल्या नामिनीला देय होईल. नामिनीद्वारे अशी देयके प्राप्त होणे पोलिसी अंतर्गत कंपनीचे दायित्व पार पाडणे ठरेल.

नामिनीचे नाव	जन्म तारीख	प्रस्तावकाशी असलेले संबंध	नामिनीचा पत्ता, मोबाइल नंबर आणि ईमेल आयडी	निष्पत्तीचे नाव (जर नामिनीचे वय १८ वर्षांपेक्षा कमी असेल तर)

नामिनीचा बँक तपशील: लाभार्थीचे नाव:

बँकेचे नाव: खाते प्रकार:

खाते क्रमांक: आयएफएससी कोड:

5. वैद्यकीय, सवधी आणि मागील प्रस्तावाची माहिती

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

विभाग ए: कृपया वैद्यकीय परिस्थितीबद्दल माहिती सामायिक करा										
कृपया प्रत्येक अर्जदारासाठी खालील प्रश्नांची उत्तरे द्या.										
कृपया हो (य) किंवा नाही (एन) सकल करा										
अर्जदार क्रमांक										
1										
2										
3										
4										
5										
6										
i. सामान्य सर्दी, फ्लू, संसर्ग, किरकोळ इजा किंवा इतर किरकोळ आजार वगळता: अर्जदाराला कधी कोणत्याही आजाराने निदान झाले आहे का आणि / किंवा 5 दिवसांपेक्षा जास्त काळ रुग्णालयात दाखल आहे आणि / किंवा कोणतीही शस्त्रक्रिया करण्याचा सल्ला दिला गेला आहे आणि / किंवा कोणतीही औषधे घेतली आहेत / 14 दिवसांपेक्षा जास्त काळ कोणतीही लक्षणे आढळली आहेत का? औषधोपचार हे इनहेलर, इंजेक्शन, तोंडी औषधे आणि शरीराच्या अवयवांवरील बाह्य वैद्यकीय अनुप्रयोगांपुरते मर्यादित नाही.										
ii. अर्जदाराला थायरॉईड प्रोफाइल, लिपिड प्रोफाइल, ट्रेडमिल चाचणी, ऑजिओग्राफी, इकोकार्डियोग्राफी, एंडोस्कोपी, अल्ट्रासाउंड, सीटी स्कॅन, एमआरआय, बायोप्सी आणि एफएनएसीशी संबंधित कोणत्याही निदान चाचण्या किंवा तपासणीमध्ये प्रतिकूल निष्कर्ष आले आहेत का?										
iii. अर्जदाराला मधुमेह किंवा पूर्व-मधुमेह आहे का किंवा त्याला उच्च रक्तातील साखर आहे का?										
iv. अर्जदाराला उच्च रक्तदाब किंवा उच्च रक्तदाब आहे का?										
v. अर्जदाराला कधी कोणत्याही अनुवांशिक / आनुवंशिक विकार किंवा एचआयव्ही / एड्सचे निदान किंवा उपचार केले गेले आहेत का?										
vi. अर्जदाराला कधी कोणत्याही मानसिक / मानसिक विकारांचे निदान किंवा उपचार झाले आहेत का?										
vii. अर्जदाराच्या आयुष्यावरील जीवन, आरोग्य, रुग्णालयातील दैनंदिन रोख रक्कम किंवा गंभीर आजार विम्याचा कोणताही प्रस्ताव कोणत्याही विमा कंपनीने कधी नाकारला, पुढे ढकलला, लोड केला किंवा वगळण्यासारखा विशेष अटीच्या अधीन राहिला आहे का?										

कलम ब : (अर्जदार धूम्रपान करत असेल किंवा तंबाखू/गुटखा/पानमसाला किंवा मद्यपान करत असेल तरच कृपया हा विभाग भरावा)	i. चघळणारे तंबाखू / गुटखा / पान मसाला. जर होय, तर कृपया दररोज पाऊचची संख्या निर्दिष्ट करा		ii. मद्य। जर होय, तर कृपया दर आठवड्याला एमएल संख्या निर्दिष्ट करा		iii. सिगारेट / बीडी / सिगार. जर होय, तर कृपया दररोज वापर निर्दिष्ट करा		
	1-10	> १०	<= 450	> 450	दररोज मद्यपान करणे	1-10	> १०
अर्जदार 1							
अर्जदार २							
अर्जदार 3							
अर्जदार 4							
अर्जदार 5							
अर्जदार 6							

विभाग सी: वरील विभागात होय (य) चिन्हांकित प्रश्नांसाठी, कृपया खालील माहिती निर्दिष्ट करा:											
अर्जदार क्रमांक	लक्षणे किंवा तपासण्या किंवा निदान किंवा प्रक्रिया / शस्त्रक्रिया यांचा तपशील					स्थितीचा कालावधी(संयोजन)।	औषधे(संयोजन)।	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 लेव्ह		इतर कोणतीही माहिती	प्रारंभ दिनांक (डीडी / मिमी /						
		सिस्टोलिक	डायस्टोलिक								

6. इलेक्ट्रॉनिक धोरण पूर्णता आणि सेवा संप्रेषणासाठी अधिकृतता

अर्जात नमूद केल्याप्रमाणे आपली पॉलिसी आणि सेवेची संबंधित सर्व संप्रेषण ईमेल आयडीवर पाठविण्याचे अधिकार कंपनीला देऊन आपण पर्यावरणाचे रक्षण करू इच्छित आहात आणि कागद वाचविण्यास मदत करू इच्छिता?

हो नाही

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 मागविणार् या कंपनीला मी संमती देतो आणि विमा धारक / प्रस्तावक असलेल्या व्यक्तीवर विम्यासाठी अर्ज केलेल्या कोणत्याही विमा कंपनीकडून माहिती मागती 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 रेकॉर्डसह माझ्या / आमच्या प्रस्तावाशी संबंधित माहिती आमच्या सूचीबद्ध प्रदात्यासह सामायिक करण्यास अधिकृत करतो.

तारीख 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 साक्षीदाराची स्वाक्षरी साक्षीदाराचा मोबाईल क्रमांक :

प्रस्तावकाची स्वाक्षरी

9. प्रस्तावक जाहीरनामा

(कोणत्याही कारणास्तव, प्रस्ताव आणि इतर संबंधित कागदपत्रे प्रस्तावकाने भरली नाहीत असे प्रमाणपत्र). प्रस्ताव फॉर्ममधील मजकूर आणि संबंधित कागदपत्रे मला पूर्णपणे समजावून सांगितली गेली आहेत आणि प्रस्तावित कराराचे महत्त्व मला पूर्णपणे समजले आहे. प्रस्ताव फॉर्म माझ्या निर्देशानुसार भरला जातो आणि मला तो योग्य आणि परिपूर्ण वाटला.

प्रस्तावकाची स्वाक्षरी

उत्पादनाचे नाव: पुन्हा आश्वासन ष्टा | उत्पादन यूआयएन: NBHHLIP25037V032425

नाव जोडा: स्मार्ट हेल्थ* | अॅड-ऑन यूआयएन: NBHHLIA22164V012122; अॅड-ऑन नाव: सेव्हल्स, अॅड-ऑन यूआयएन: NBHHLIA24070V012324

ही जागा मुद्राम रिकामी ठेवण्यात आली आहे.

10. प्रीमियम तपशील (केवळ कार्यालयीन वापरसाठी)

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

प्रीमियम ची रक्कम ऑनलाईन पेमेंट ट्रान्झॅक्शन आयडी: तारीख

बँकेचे नाव/शाखा निवा बुधा शाखेचे ठिकाण

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

कोड क्र.

नाम

प्राप्त प्रस्ताव: इतर समग्र प्रस्ताव कस्टमर आयडी:

प्रस्तावक किंवा अर्जदार कर्मचारी आहेत का? हो नाही

11. बँकाश्रय चॅनेलसाठी अतिरिक्त तपशील (केवळ कार्यालयीन वापरसाठी)

शाखा कोड(संपादन) एसपी कोड आरएम / एलजी कोड

ग्राहक 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 याचा समावेश आहे किंवा येथे मागितलेले कोणतेही तपशील आधार ठरतील कंपनी आणि प्रस्तावक यांच्यातील विम्याच्या कराराचा, जर हा प्रस्ताव कंपनीने पालिती जारी करण्यासाठी स्वीकारला असेल.

मी पुढे स्पष्ट केले आहे की, जर या प्रस्ताव फॉर्ममध्ये कोणतेही असत्य विधान / माहिती / प्रतिसाद समाविष्ट असेल / ज्यात परिशिष्ट(एस), प्रतिज्ञापने, निवेदने, सादरीकरण, सादर करणे / सादर करणे आणि त्याव्यतिरिक्त जर कोणतीही भौतिक वस्तुस्थिती उघड केली गेली नसेल तर या प्रस्तावाच्या अनुषंगाने त्याच्या बाजूने जारी केलेली पालिती कंपनीअवेध मानली जाऊ शकते आणि पालिती अंतर्गत भरलेले सर्व प्रीमियम कंपनीला जप्त केले जाऊ शकते.

तारीख

आणि

विमा सल्लागाराची स्वाक्षरी

13. वैधानिक इशारा

सवलतप्रतिबंध (विमा अधिनियम १९३८ च्या कलम ४१ अन्वये)

- भारतातील जीवित किंवा मालमत्तेशी संबंधित कोणत्याही प्रकारच्या जोखमीसंदर्भात विमा काढण्या साठी 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 पालितीवर दर्शविलेल्या प्रीमियममध्ये कोणतीही सवलत देऊ शकत नाही, तसेच विमा कंपनीच्या प्रकाशित प्रॉस्पेक्टस किंवा तक्रारानुसार परवानगी देण्यात येणारी सवलत वगळता कोणतीही व्यक्ती पालिती 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.

14. आभा आयडी

सदस्याचे नाव	तुमच्याकडे एबीएचए आयडी आहे का?		आभा आयडी	एबीएचएद्वारे विमा कंपनी / टीपीएसह वैद्यकीय नोंदी सामायिक करण्यास	
	<input type="checkbox"/> हो	<input type="checkbox"/> नाही		<input type="checkbox"/> हो	<input type="checkbox"/> नाही
<input type="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"/>

15. प्रस्ताव आणि दाव्यांची परतफेड करण्यासाठी तपशील

पेमेंट स्वीकारण्याचा पर्याय :

बँक हस्तांतरण

लाभाध्यचि नाव

बँकेचे नाव

खाते क्रमांक

खाते प्रकार

आयएफएससी कोड

कंपनीने दिलेली पावती

अर्ज क्र.

तारीख

आपला प्रस्ताव व रक्कम धनादेश/डिमांड ड्राफ्ट/इतर 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 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.

रिसीवरचे नाव व स्वाक्षरी व कार्यालयीन सील

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 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: पुन्हा आश्वासन द्या | उत्पादन यूआयएन: NBHHLIP25037V032425

नाव जोडा: स्मार्ट हेल्थ+ | अॅड-ऑन यूआयएन: NBHHLIA22164V012122; अॅड-ऑन नाव: सेव्हल्स, अॅड-ऑन यूआयएन: NBHHLIA24070V012324