

राईज प्रपोजल फॉर्म

यूआरएन : 031

विमा करार हा एक कायदेशीर करार आहे आणि तो विश्वासवर आधारित आहे आणि आम्हाला तुमच्यावर विश्वास आहे.

आम्ही समजतो की तुम्हाला तुमच्या आरोग्याबद्दलची माहिती आणि त्याचा तुमच्या पॉलिसीवरील परिणाम किती महत्त्वाचा आहे हे कदाचित माहीत नसेल. त्यामुळे, तुम्ही आरोग्यासंबंधी सर्व माहिती उघड करणे खूप महत्त्वाचे आहे आणि आम्ही ठरवू की ती किती संबंधित आहे (याला आम्ही 'मटेरिअल फॅक्ट' म्हणतो).

जर प्रस्तावित विमाधारकांच्या सदस्यांविषयी योग्य आणि पूर्ण माहिती दिली नाही, तर आम्ही तुमची पॉलिसी रद्द करू, कोणताही दावा भरपाई करणार नाही, भरलेला कोणताही प्रीमियम परत करणार नाही आणि पूर्वी दिलेले लाभ वसूल करण्यासाठी तुमच्याविरुद्ध शक्य ते सर्व कायदेशीर अधिकार घेऊ.

नियमानुसार, आम्ही पूर्ण प्रीमियम प्राप्त केल्यानंतर आणि स्पष्टपणे धोका स्वीकारल्यानंतरच विमा संरक्षण सुरू होऊ शकते.

1. अर्जदाराचा तपशील:

टाइटल	नाव				
जन्म तारीख	लिंग:	पुरुष	स्त्री	इतर	राष्ट्रीयत्व
सध्याचा पत्ता					
जवळची खूण					
जिल्हा	राज्य			शहर	पिनकोड
दूरध्वनी क्रमांक					मोबाईल नंबर
ईमेल आयडी					वैकल्पिक नंबर

वार्षिक उत्पन्न (₹)	सीकेवायसी नंबर				
व्यवसाय	नोकरी	स्वयंरोजगार	विद्यार्थी	गृहिणी	इतर, कृपया सांगा
प्रीमियमद्वारे भरलेले	अर्जदाराशी नाते				

अर्जात नमूद केलेल्या ईमेल आयडीवर तुमची पॉलिसी आणि सेवेशी संबंधित सर्व माहिती पाठवण्यासाठी कंपनीला अधिकृत करून मी पर्यावरणाचे संरक्षण करू इच्छितो आणि कागद वाचविण्यात मदत करू इच्छितो?

मी सर्व नियम आणि अटी वाचल्या, समजून घेतल्या आणि स्वीकारल्या आहेत आणि याद्वारे निवा बूपा हेल्थ इन्शुरन्स किंवा त्याचे कोणतेही एजंट आणि/किंवा तृतीय पक्ष / सहयोगी यांना माझ्या नोंदणीकृत फोन नंबरवर एसएमएस / ईमेल/फोन/व्हॉट्सअप/फेसबुक किंवा इतर कोणत्याही माध्यमातून 'डीएनडी' नोंदणी असूनही स्वागत कॉल/एसएमएस, सेवा कॉल/एसएमएस किंवा इतर कोणत्याही व्यावसायिक संवादासाठी संपर्क साधण्यास अधिकृत करतो.

तुम्हाला पॉलिसी किटची फिजिकल कॉपी हवी आहे का होय नाही

तुम्ही किंवा प्रस्तावित अर्जदारांपैकी कोणी PEP# आहे का? होय नाही

*राजकीयदृष्ट्या सक्रिय व्यक्ती (पीईपी) म्हणजे असे व्यक्ती ज्यांना सार्वजनिक कार्ये सोपविली गेली आहेत किंवा सोपविली गेली होती, म्हणजे केंद्र किंवा राज्य सरकारचे प्रमुख/मंत्री, वरिष्ठ राजकारणी, वरिष्ठ सरकारी, न्यायिक किंवा लष्करी अधिकारी, सरकारी कंपन्यांचे वरिष्ठ कार्यकारी अधिकारी, महत्त्वाचे पक्ष अधिकारी. (जर तुम्ही पीईपी च्या विरोधात टिक केले असेल, तर कृपया स्वतंत्र पीईपी प्रश्नावली भरा)

बँक तपशील:

बँकेचे नाव					
खाते क्रमांक					आयएफएससी कोड
खात्याचा प्रकार	बचत	चालू	शाखा	शहर	

इलेक्ट्रॉनिक विमा खात्याचा तपशील (eIA)

तुम्ही ही पॉलिसी ईआयए मध्ये जमा करू इच्छिता? (कृपया कोणतेही एक निवडा)

नाही, माझ्याकडे ईआयए नाही आणि मला ते उघडायचे नाही होय, ही पॉलिसी माझ्या ई-विमा खात्यात जमा करा

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

कृपया विमा रिपॉझिटरीचे नाव निवडा (ज्यामध्ये तुम्ही खाते उघडले आहे)

मेसर्स एनएसडीएल डेटाबेस मॅनेजमेंट लिमिटेड मेसर्स सेंट्रल इन्शुरन्स रिपॉझिटरी लिमिटेड

मेसर्स कर्वी इन्शुरन्स रिपॉझिटरी लिमिटेड मेसर्स सीएएमएस रिपॉझिटरी सर्व्हिसेस लिमिटेड (कृपया कोणतेही एक निवडा) किंवा

माझ्याकडे विद्यमान ई-विमा खाते नाही आणि मला नवीन ई-विमा खाते तयार करण्यात रस आहे

(कृपया संबंधित कागदपत्रांसह इलेक्ट्रॉनिक विमा खाते उघडण्याचा फॉर्म (इआयए फॉर्म) सादर करा).

नूतनीकरण पेमेंट साइन-अप:

तुमच्या आरोग्य विमा पॉलिसीचे नूतनीकरण प्रीमियम भरण्याची व्यवस्था प्रत्येक वर्षी तुमच्या विद्यमान ऑटोमेटेड क्लिअरिंग हारुस (एसीएच) / स्टँडिंग इस्ट्रुक्शन्स (एसआय) द्वारे कंपनीसोबत चालू ठेवता येते. या पर्यायानुसार, तुमची पॉलिसी त्वरित नूतनीकरण होऊ शकते, मात्र कंपनीद्वारे आवश्यक असलेली माहिती आणि कागदपत्रे पूर्ण करणे आवश्यक आहे.

मला एसीएच/एसआय नूतनीकरण पर्याय निवडायचा आहे आणि त्यामुळे प्रीमियमवर 2.5% सवलत मिळवायची आहे, जोपर्यंत पॉलिसी त्याच पद्धतीने नूतनीकरण केली जाते.

दिनांक ठिकाण प्रस्तावकाची सही

2. विम्यासाठी अर्जदारांचे तपशील:

अर्जदार 1

नाव

लिंग पुरुष स्त्री इतर उंची (फूट) (इंच) वजन (किलो)

मोबाईल नंबर जन्मतारीख D D M M Y Y Y Y जर भारतीय नसाल, तर कृपया टिक करा

अर्जदाराशी नाते

जर नोंदणीकृत वैद्यकीय व्यावसायिक असाल*, तर कृपया तपशील द्या: i. वैद्यकीय नोंदणी क्रमांक

ii. परिषदेचे नाव

iii. कामाच्या ठिकाणाचा पत्ता

अर्जदार 2

नाव

लिंग पुरुष स्त्री इतर उंची (फूट) (इंच) वजन (किलो)

मोबाईल नंबर जन्मतारीख D D M M Y Y Y Y जर भारतीय नसाल, तर कृपया टिक करा

अर्जदाराशी नाते

जर नोंदणीकृत वैद्यकीय व्यावसायिक असाल*, तर कृपया तपशील द्या: i. वैद्यकीय नोंदणी क्रमांक

ii. परिषदेचे नाव

iii. कामाच्या ठिकाणाचा पत्ता

अर्जदार 3

नाव

लिंग पुरुष स्त्री इतर उंची (फूट) (इंच) वजन (किलो)

मोबाईल नंबर जन्मतारीख D D M M Y Y Y Y जर भारतीय नसाल, तर कृपया टिक करा

अर्जदाराशी नाते

जर नोंदणीकृत वैद्यकीय व्यावसायिक असाल*, तर कृपया तपशील द्या: i. वैद्यकीय नोंदणी क्रमांक

ii. परिषदेचे नाव

iii. कामाच्या ठिकाणाचा पत्ता

अर्जदार 4

नाव

लिंग पुरुष स्त्री इतर उंची (फूट) (इंच) वजन (किलो)

मोबाईल नंबर जन्मतारीख D D M M Y Y Y Y जर भारतीय नसाल, तर कृपया टिक करा

अर्जदाराशी नाते

जर नोंदणीकृत वैद्यकीय व्यावसायिक असाल*, तर कृपया तपशील द्या: i. वैद्यकीय नोंदणी क्रमांक

ii. परिषदेचे नाव

iii. कामाच्या ठिकाणाचा पत्ता

अर्जदार 5

नाव

लिंग पुरुष स्त्री इतर उंची (फूट) (इंच) वजन (किलो)

मोबाईल नंबर जन्मतारीख D D M M Y Y Y Y जर भारतीय नसाल, तर कृपया टिक करा

अर्जदाराशी नाते

जर नोंदणीकृत वैद्यकीय व्यावसायिक असाल*, तर कृपया तपशील द्या: i. वैद्यकीय नोंदणी क्रमांक

ii. परिषदेचे नाव

iii. कामाच्या ठिकाणाचा पत्ता

अर्जदार 6

नाव

लिंग पुरुष स्त्री इतर उंची (फूट) (इंच) वजन (किलो)

मोबाईल नंबर जन्मतारीख जर भारतीय नसाल, तर कृपया टिक करा

अर्जदाराशी नाते

जर नोंदणीकृत वैद्यकीय व्यावसायिक असाल*, तर कृपया तपशील द्या: i. वैद्यकीय नोंदणी क्रमांक

ii. परिषदेचे नाव

iii. कामाच्या ठिकाणाचा पत्ता

*प्रीमियमवर 5% सवलत मिळवा. वैद्यकीय व्यावसायिक म्हणजे असा व्यक्ती ज्यांच्याकडे कोणत्याही राज्य वैद्यकीय परिषद किंवा भारतीय वैद्यकीय परिषद किंवा भारत सरकारने स्थापन केलेली भारतीय औषध परिषद किंवा होमिओपॅथीसाठीची परिषद यांच्याकडील वैध नोंदणी आहे किंवा राज्य सरकारने दिलेले अधिकार आहेत आणि त्यानुसार ते त्यांच्या अधिकारक्षेत्रात औषधोपचार करण्याचा हक्कदार आहे; आणि त्यांच्या परवान्याच्या कक्षेत आणि अधिकारक्षेत्रात कार्यरत आहे.

टिपा :

1. अर्जदार विमा पॉलिसी अंतर्गत विमाधारक असणे आवश्यक नाही
2. अर्जदारासोबतचे नाते - स्वतः, पती/पत्नी, मुलगा, मुलगी, सून, वडील, आई, सासरे, सासू, आजोबा, आजी, नातू, नात, जावई, भाऊ, बहीण, नणंद/भावजय, मेहुणा/दिर, भाचा, भाची, काका आणि काकू
3. अर्जदारासोबतचे नाते (मालक, कर्मचारी) - कर्मचारी, कर्मचाऱ्याची पत्नी/पती, कर्मचाऱ्याचा मुलगा, कर्मचाऱ्याची मुलगी, कर्मचाऱ्याचे वडील, कर्मचाऱ्याची आई, कर्मचाऱ्याचे सासरे, कर्मचाऱ्याची सासू, कर्मचाऱ्याचा नातू, कर्मचाऱ्याची नात

3. कव्हरेज निवड:

बेस कव्हरेज:

पॉलिसी प्रकार#:	<input type="checkbox"/> वैयक्तिक <input type="checkbox"/> फॅमिली फ्लोटर <input type="checkbox"/> मल्टी मेंबर इंडिविज्युअल
कव्हर केल्या जाणाऱ्या सदस्यांची संख्या:	<input type="checkbox"/> प्रौढ <input type="checkbox"/> मुले
बेस सम इश्युर्ड:	_____
पॉलिसीचा कालावधी:	<input type="checkbox"/> 1 वर्ष <input type="checkbox"/> 2 वर्षे <input type="checkbox"/> 3 वर्षे

पर्यायी कव्हरेज:

1. हेल्थ चेक-अप (फक्त कॅशलेस)	<input type="checkbox"/> होय <input type="checkbox"/> नाही	6. हेल्थ चेक-अप (कॅशलेस आणि 20% सह-पेमेंटसह प्रतिपूर्ती)	<input type="checkbox"/> होय <input type="checkbox"/> नाही
2. हॉस्पिटल डेली कॅश	<input type="checkbox"/> होय <input type="checkbox"/> नाही	7. दुसरे वैद्यकीय मत	<input type="checkbox"/> होय <input type="checkbox"/> नाही
3. सेफगार्ड	<input type="checkbox"/> होय <input type="checkbox"/> नाही	8. सेफगार्ड+	<input type="checkbox"/> होय <input type="checkbox"/> नाही
4. को-पे नेटवर्क नाही	<input type="checkbox"/> होय <input type="checkbox"/> नाही	9. मॉडर्न ट्रीटमेंट +	<input type="checkbox"/> होय <input type="checkbox"/> नाही
5. रीअॅशुअर फॉरएव्हर	<input type="checkbox"/> होय <input type="checkbox"/> नाही	10. फास्ट फॉरवर्ड (अॅड-ऑन)	<input type="checkbox"/> होय <input type="checkbox"/> नाही
11. स्मार्ट कॅश +	<input type="checkbox"/> नाही <input type="checkbox"/> 10K <input type="checkbox"/> 15K <input type="checkbox"/> 20K <input type="checkbox"/> 25K		
12. रिटर्न +	<input type="checkbox"/> नाही <input type="checkbox"/> 100%		
13. वैयक्तिक अपघात संरक्षण	<input type="checkbox"/> 1x <input type="checkbox"/> 2x <input type="checkbox"/> 3x <input type="checkbox"/> 4x <input type="checkbox"/> 5x		
जर वैयक्तिक अपघात संरक्षण निवडत असाल तर कृपया टिक करा (हा पर्याय 18 वर्षे किंवा त्यावरील अर्जदारांसाठी उपलब्ध आहे)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. वार्षिक एकत्रित 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 <input type="checkbox"/> 2,00,000 <input type="checkbox"/> 3,00,000 <input type="checkbox"/> 4,00,000 <input type="checkbox"/> 5,00,000		
15. सह-पेमेंट	<input type="checkbox"/> नाही <input type="checkbox"/> 10% <input type="checkbox"/> 20% <input type="checkbox"/> 30% <input type="checkbox"/> 40% <input type="checkbox"/> 50%		
16. पूर्वीपासून असलेल्या रोगाची प्रतीक्षा वेळ बदल	<input type="checkbox"/> नाही <input type="checkbox"/> 12 महिने <input type="checkbox"/> 24 महिने		
17. विशिष्ट रोग प्रतीक्षा वेळ बदल	<input type="checkbox"/> नाही <input type="checkbox"/> 12 महिने <input type="checkbox"/> 36 महिने		
18. रूम प्रकार बदल	<input type="checkbox"/> नाही <input type="checkbox"/> जनरल वार्ड <input type="checkbox"/> सिंगल रूम <input type="checkbox"/> सर्व श्रेणी		

फॅमिली फ्लोटर विमा रक्कम सर्व विमा सदस्यांसाठी समान आहे. फ्लोटर म्हणजे वैयक्तिकरित्या किंवा एकत्रितपणे सर्व विमाधारक या मर्यादेपर्यंत दावा करू शकतात. टीप: सेफगार्ड आणि सेफगार्ड + मध्ये फक्त एक पर्याय निवडता येईल. को-पेमेंट आणि वार्षिक एकूण वजावट मध्ये फक्त एक पर्याय निवडता येईल. वार्षिक आरोग्य तपासणी (केवळ कॅशलेस) आणि वार्षिक आरोग्य तपासणी (कॅशलेस आणि 20% को-पेमेंटसह परतफेड) मध्ये फक्त एक पर्याय निवडता येईल.

4. पोर्टेबिलिटी

पॉलिसी क्रमांक	विमा कंपनी	जोखीम सुरू होण्याची तारीख	जोखीम समाप्त होण्याची तारीख	पोर्ट करण्याची कारणे

ज्या प्रस्तावित विमाधारकासाठी पोर्टेबिलिटीची विनंती केली आहे त्याचे नाव	पहिला पॉलिसी सुरू होण्याची तारीख	पोर्टेबिलिटीसाठी विनंती केलेली सतत कव्हरेजची वर्षे	मागील पॉलिसीमधील दावे	सध्याचा नो क्लेम बोनस	विमा रक्कम - वर्ष 1 (सर्वात जुनी)	विमा रक्कम - वर्ष 2	विमा रक्कम - वर्ष 3	विमा रक्कम - वर्ष 4 (कालबाह्य होणारी पॉलिसी)

5. नामांकन

प्रस्तावकचा मृत्यू झाल्यास, पॉलिसी अंतर्गत देय असलेली कोणतीही रक्कम खालील नमूद नॉमिनीला देय होईल.
नॉमिनीद्वारे अशा पेमेंटची पावती मिळाल्यास कंपनीची पॉलिसी अंतर्गत असलेली जबाबदारी पूर्ण होईल.

नॉमिनीचे नाव	जन्मतारीख	प्रस्तावकसोबतचे नाते	नॉमिनीचा पत्ता, मोबाइल नंबर आणि ईमेल आयडी	नियुक्ती केलेल्या व्यक्तीचे नाव (जर नॉमिनी 18 वर्षांपेक्षा कमी वयाचा असेल तर)

नॉमिनीचे बँक तपशील: लाभार्थीचे नाव: _____

बँकेचे नाव _____ खात्याचा प्रकार बचत चालू

खाते क्रमांक _____ आयएफएससी कोड _____

6. वैद्यकीय, सवयी आणि मागील प्रस्तावाची माहिती

महत्वाचे: कृपया खात्री करा की या विभागातील सर्व प्रश्नांची उत्तरे सत्य आणि पूर्णपणे दिली आहेत कारण तुम्ही येथे दिलेली माहिती निवा बूपाद्वारे अंडररायटिंगचा आधार तयार करेल. कृपया लक्षात घ्या कोणतीही अपूर्ण, चुकीची, अर्धवट बरोबर माहिती तुमच्या वैद्यकीय दाव्यावर आणि/किंवा कव्हेरजरवर परिणाम करू शकते.

कलम ए: कृपया वैद्यकीय स्थितीबद्दल माहिती सांगा

कृपया प्रत्येक अर्जदारासाठी खालील प्रश्नांची उत्तरे द्या. कृपया होय (होय) किंवा नाही (नाही) वर वर्तुळ करा	अर्जदाराचा क्रमांक					
	1	2	3	4	5	6
विमाधारकाचे वय <= 35 वर्षे						
1. तुम्हाला खालीलपैकी कोणताही रोग आहे का?						
a. कर्करोग/ ल्युकेमिया/घातक ट्यूमर						
b. कार्डियाक ॲलिमेंट्स (हार्ट अटॅक, बाय-पास सर्जरी इ.)						
c. प्रमुख अवयव निकामी होणे {किडनी, यकृत, हृदय, फुफ्फुस, इ.}						
d. न्युरोलॉजिकल डिसऑर्डर/स्ट्रोक/पॅरालिसिस						
e. क्रॉनिक ऑब्स्ट्रक्टिव्ह पल्मोनरी डिजीज {सीओपीडी} / प्रोग्रेसिव्ह लंग्स डिजीज						
f. हिपॅटायटिस बी किंवा सी, जुनाट यकृत रोग, क्रोहन रोग, अल्सरेटिव्ह कोलायटिस						
g. लोहाच्या कमतरतेमुळे होणारा ॲनिमिया व्यतिरिक्त इतर कोणताही ॲनिमिया						
h. टाइप 1 डायबेटीस						
2. तुम्हाला डायबेटीस आहे का?	Y	N	Y	N	Y	N
3. तुम्हाला हायपर टेन्शन आहे का?	Y	N	Y	N	Y	N
4. अर्जदाराच्या जीवनावरील जीवन, आरोग्य, रुग्णालयाच्या दैनंदिन रोख रकमेचा किंवा गंभीर आजाराला विम्याचा कोणताही प्रस्ताव कधीही कोणत्याही विमा कंपनीने नाकारला आहे, पुढे ढकलला आहे, लोड केला आहे किंवा वगळण्यासारख्या कोणत्याही विशेष अटीना अधीन केला आहे का?	Y	N	Y	N	Y	N
5. अर्जदाराला कधी कोणत्याही मानसिक/मनोरुग्ण विकारांचे निदान झाले आहे किंवा त्यावर उपचार केले आहेत का?	Y	N	Y	N	Y	N
6. तुम्हाला कधी असा रोग झाला आहे का ज्यावर एका आठवड्यापेक्षा जास्त काळ उपचार आवश्यक होते? तुमची कधी शस्त्रक्रिया झाली आहे का? किंवा करण्याचा सल्ला दिला आहे का? सध्या कोणत्याही फॉलोअप अंतर्गत किंवा कोणत्याही उपचाराची प्रतीक्षा आहे का?	Y	N	Y	N	Y	N
7. तुम्हाला टॉन्सिल आणि ऍडेनॉइड्स, कानातून स्राव, मध्यकर्ण आणि मास्टॉइडचे रोग (ज्यात ओटिटिस मीडिया, कोलेस्टेटोमा, टायम्पॅनिक मेम्ब्रेनचे छिद्र यांचा समावेश आहे), नासिका सेप्टम आणि नासिका सायनससाठी कोणतीही शस्त्रक्रिया झाली आहे किंवा तुम्ही ती करून घेतली आहे का?	Y	N	Y	N	Y	N

कृपया प्रत्येक अर्जदारासाठी खालील प्रश्नांची उत्तरे द्या. कृपया होय (होय) किंवा नाही (नाही) वर वर्तुळ करा	अर्जदाराचा क्रमांक					
	1	2	3	4	5	6
विमाधारकाचे वय >=36 ते =50 वर्षे						
1. तुम्हाला खालीलपैकी कोणताही रोग आहे का?						
a. कर्करोग/ ल्युकेमिया/घातक ट्यूमर						
b. कार्डियाक ॲलिमेंट्स (हार्ट अटॅक, बाय-पास सर्जरी इ.)						
c. प्रमुख अवयव निकामी होणे {किडनी, यकृत, हृदय, फुफ्फुस, इ.}						
d. न्युरोलॉजिकल डिसऑर्डर/स्ट्रोक/पॅरालिसिस						
e. क्रॉनिक ऑब्स्ट्रक्टिव्ह पल्मोनरी डिजीज {सीओपीडी} / प्रोग्रेसिव्ह लंग्स डिजीज						
f. हिपॅटायटिस बी किंवा सी, जुनाट यकृत रोग, क्रोहन रोग, अल्सरेटिव्ह कोलायटिस						
g. लोहाच्या कमतरतेमुळे होणारा ॲनिमिया व्यतिरिक्त इतर कोणताही ॲनिमिया						
h. टाइप 1 डायबेटीस						
2. तुम्हाला डायबेटीस आहे का?	Y	N	Y	N	Y	N
3. तुम्हाला हायपर टेन्शन आहे का?	Y	N	Y	N	Y	N
4. अर्जदाराच्या जीवनावरील जीवन, आरोग्य, रुग्णालयाच्या दैनंदिन रोख रकमेचा किंवा गंभीर आजाराला विम्याचा कोणताही प्रस्ताव कधीही कोणत्याही विमा कंपनीने नाकारला आहे, पुढे ढकलला आहे, लोड केला आहे किंवा वगळण्यासारख्या कोणत्याही विशेष अटीना अधीन केला आहे का?	Y	N	Y	N	Y	N

	1	2	3	4	5	6		
5. अर्जदाराला कधी कोणत्याही मानसिक/मनोरुग्ण विकारांचे निदान झाले आहे किंवा त्यावर उपचार केले आहेत का?	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N
6. तुम्हाला कधी असा रोग झाला आहे का ज्यावर एका आठवड्यापेक्षा जास्त काळ उपचार आवश्यक होते? तुमची कधी शस्त्रक्रिया झाली आहे का? किंवा करण्याचा सल्ला दिला आहे का? सध्या कोणत्याही फॉलोअप अंतर्गत किंवा कोणत्याही उपचाराची प्रतीक्षा आहे का?	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N
7. तुम्हाला टॉन्सिल आणि ऍडेनॉइड्स, कानातून स्राव, मध्यकर्ण आणि मास्टॉइडचे रोग (ज्यात ओटिटिस मीडिया, कोलेस्टोमा, टायम्पेनिक मेम्ब्रेनचे छिद्र यांचा समावेश आहे), नासिका सेप्टम आणि नासिका सायनससाठी कोणतीही शस्त्रक्रिया झाली आहे किंवा तुम्ही ती करून घेतली आहे का?	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N
8. थायरॉइड प्रोफाइल, लिपिड प्रोफाइल, ट्रेडमिल टेस्ट, एंजियोग्राफी, इकोकार्डियोग्राफी, एंडोस्कोपी, अल्ट्रासाउंड, सीटी स्कॅन, एमआरआय, बायोप्सी आणि एफएनएसी (एफएनएसी) संबंधित कोणत्याही डायग्नोस्टिक चाचणी किंवा तपासणीमध्ये या सदस्याला कधी प्रतिकूल निष्कर्ष आले आहेत का? (प्रतिकूल)	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N
9. तुम्हाला असामान्य मासिक पाळी किंवा जास्त रक्तस्राव, फायब्रॉइड्स, गर्भाशय आणि गर्भाशयाच्या मुखाचे प्रोलॅप्स, एंडोमेट्रिओसिस, पीसीओडी, गर्भाशय काढण्याची शस्त्रक्रिया इत्यादीसारख्या काही स्त्रीरोगविषयक समस्या आहेत का?	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N
10. तुम्हाला शौचास त्रास होणे, शौचातून रक्त पडणे, मूळव्याध, गुदाशय आणि गुदद्वाराच्या भागातील फिशर किंवा फिस्चुला किंवा अब्ससेस, जांघेत फुगवटा येणे, हर्निया, स्वादुपिंडाचा दाह, पोटदुखी, पित्ताशयातील खडे, स्वादुपिंडातील खडे, अल्सर, एरोजन, आणि गॅस्ट्रो इंटेस्टीनल ट्रॅकच्या रक्तवाहिन्या इत्यादीसारखे कोणतेही गॅस्ट्रो इंटेस्टीनल डिसऑर्डर्स आहेत किंवा होते का?	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N
11. तुम्हाला दृष्टी कमी होणे, शस्त्रक्रिया आवश्यक असणे, मोतीबिंदू, ग्लूकोमा, रेटिनल डिटॅचमेंट, इत्यादीसारखे कोणतेही डोळ्यांचे विकार आहेत किंवा होते का?	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N
12. तुम्हाला लघवीत रक्त येणे, लघवी करताना वेदना होणे, वारंवार लघवी होणे, प्रोस्टेटची हायपरप्लासिया, किडनी स्टोन, हायड्रोसेल, स्पर्मटोसेल, नेफ्रायटिस इत्यादीसारखे कोणतेही जननेंद्रिय-मूत्रमार्गासंबंधी विकार आहेत का?	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N
13. तुम्हाला सांधेदुखी / गुडघेदुखी, सांधे बदलणे, ऑस्टियोआर्थरायटिस, पाठदुखी, इंटरव्हर्टेब्रल डिस्क विकार / स्लिप डिस्क (पीआयव्हीडी सारखे), ऑस्टिओपोरोसिस, गाउट, संधिवात, लिगामेंट दुरुस्तीसाठी शस्त्रक्रिया (एसीएल टैअर, इत्यादी) यांसारखे कोणतेही मस्क्युकोस्केलेटल डिसऑर्डर्स आहेत किंवा होते का	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N

कृपया प्रत्येक अर्जदारासाठी खालील प्रश्नांची उत्तरे द्या. कृपया होय (होय) किंवा नाही (नाही) वर वर्तुळ करा	अर्जदाराचा क्रमांक							
	1	2	3	4	5	6		
विमाधारकाचे वय >=51 वर्षे								
1. तुम्हाला खालीलपैकी कोणताही रोग आहे का? a. कर्करोग/ ल्युकेमिया/घातक ट्यूमर b. कार्डियाक ॲलिमेंट्स {हार्ट अटॅक, बाय-पास सर्जरी इ.} c. प्रमुख अवयव निकामी होणे {किडनी, यकृत, हृदय, फुफ्फुस, इ.} d. न्यूरोलॉजिकल डिसऑर्डर/स्ट्रोक/पॅरालिसिस e. क्रॉनिक ऑब्स्ट्रक्टिव्ह पल्मोनरी डिजीज {सीओपीडी} / प्रोग्रेसिव्ह लॉन्ग डिजीज f. हिपॅटायटिस बी किंवा सी, जुनाट यकृत रोग, क्रोहन रोग, अल्सरेटिव्ह कोलायटिस g. लोहाच्या कमतरतेमुळे होणारा ॲनिमिया व्यतिरिक्त इतर कोणताही ॲनिमिया h. टाइप 1 डायबेटीस	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N
2. तुम्हाला डायबेटीस आहे का?	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N
3. तुम्हाला हायपर टेन्शन आहे का?	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N
4. अर्जदाराच्या जीवनावरील जीवन, आरोग्य, रुग्णालयाच्या दैनंदिन रोख रकमेचा किंवा गंभीर आजाराच्या विम्याचा कोणताही प्रस्ताव कधीही कोणत्याही विमा कंपनीने नाकारला आहे, पुढे ढकलला आहे, लोड केला आहे किंवा वाळण्यासारख्या कोणत्याही विशेष अटींना अधीन केला आहे का?	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N
5. अर्जदाराला कधी कोणत्याही मानसिक/मनोरुग्ण विकारांचे निदान झाले आहे किंवा त्यावर उपचार केले आहेत का?	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N
6. तुम्हाला कधी असा रोग झाला आहे का ज्यावर एका आठवड्यापेक्षा जास्त काळ उपचार आवश्यक होते? तुमची कधी शस्त्रक्रिया झाली आहे का? किंवा करण्याचा सल्ला दिला आहे का? सध्या कोणत्याही फॉलोअप अंतर्गत किंवा कोणत्याही उपचाराची प्रतीक्षा आहे का?	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N
7. तुम्हाला टॉन्सिल आणि ऍडेनॉइड्स, कानातून स्राव, मध्यकर्ण आणि मास्टॉइडचे रोग (ज्यात ओटिटिस मीडिया, कोलेस्टोमा, टायम्पेनिक मेम्ब्रेनचे छिद्र यांचा समावेश आहे), नासिका सेप्टम आणि नासिका सायनससाठी कोणतीही शस्त्रक्रिया झाली आहे किंवा तुम्ही ती करून घेतली आहे का?	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N
8. थायरॉइड प्रोफाइल, लिपिड प्रोफाइल, ट्रेडमिल टेस्ट, एंजियोग्राफी, इकोकार्डियोग्राफी, एंडोस्कोपी, अल्ट्रासाउंड, सीटी स्कॅन, एमआरआय, बायोप्सी आणि एफएनएसी (एफएनएसी) संबंधित कोणत्याही डायग्नोस्टिक चाचणी किंवा तपासणीमध्ये या सदस्याला कधी प्रतिकूल निष्कर्ष आले आहेत का? (प्रतिकूल)	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N
9. तुम्हाला असामान्य मासिक पाळी किंवा जास्त रक्तस्राव, फायब्रॉइड्स, गर्भाशय आणि गर्भाशयाच्या मुखाचे प्रोलॅप्स, एंडोमेट्रिओसिस, पीसीओडी, गर्भाशय काढण्याची शस्त्रक्रिया इत्यादीसारख्या काही स्त्रीरोगविषयक समस्या आहेत का?	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N
10. तुम्हाला शौचास त्रास होणे, शौचातून रक्त पडणे, मूळव्याध, गुदाशय आणि गुदद्वाराच्या भागातील फिशर किंवा फिस्चुला किंवा अब्ससेस, जांघेत फुगवटा येणे, हर्निया, स्वादुपिंडाचा दाह, पोटदुखी, पित्ताशयातील खडे, स्वादुपिंडातील खडे, अल्सर, एरोजन, आणि गॅस्ट्रो इंटेस्टीनल ट्रॅकच्या रक्तवाहिन्या इत्यादीसारखे कोणतेही गॅस्ट्रो इंटेस्टीनल डिसऑर्डर्स आहेत किंवा होते का?	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N
11. तुम्हाला दृष्टी कमी होणे, शस्त्रक्रिया आवश्यक असणे, मोतीबिंदू, ग्लूकोमा, रेटिनल डिटॅचमेंट, इत्यादीसारखे कोणतेही डोळ्यांचे विकार आहेत किंवा होते का?	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N
12. तुम्हाला लघवीत रक्त येणे, लघवी करताना वेदना होणे, वारंवार लघवी होणे, प्रोस्टेटची हायपरप्लासिया, किडनी स्टोन, हायड्रोसेल, स्पर्मटोसेल, नेफ्रायटिस इत्यादीसारखे कोणतेही जननेंद्रिय-मूत्रमार्गासंबंधी विकार आहेत का?	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N
13. तुम्हाला सांधेदुखी / गुडघेदुखी, सांधे बदलणे, ऑस्टियोआर्थरायटिस, पाठदुखी, इंटरव्हर्टेब्रल डिस्क विकार / स्लिप डिस्क (पीआयव्हीडी सारखे), ऑस्टिओपोरोसिस, गाउट, संधिवात, लिगामेंट दुरुस्तीसाठी शस्त्रक्रिया (एसीएल टैअर, इत्यादी) यांसारखे कोणतेही मस्क्युकोस्केलेटल डिसऑर्डर्स आहेत किंवा होते का	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N
14. तुम्हाला पायात दुखणे किंवा सूज येणे, खालच्या एक्सट्रीमिटीजच्या व्हेरिकोज व्हेन्स आहेत किंवा होत्या का?	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N
15. तुम्हाला सर्व अंतर्गत किंवा बाह्य सौम्य किंवा निओप्लाझम/ट्यूमर, सिस्ट, सायनस, पॉलीप, नोड्यूल, वस्तुमान किंवा गाठ, अल्सर, इरोशन आणि गॅस्ट्रोइंटेस्टाइनल ट्रॅक्टचे व्हेरिसेस आहेत किंवा होते का?	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N

8. प्रादेशिक भाषेतील घोषणा

(प्रस्तावकाने प्रादेशिक भाषेत सही केल्यास प्रमाणपत्र (कंपनीच्या एजंट/ कर्मचाऱ्यांव्यतिरिक्त इतर कोणाकडून तरी साक्ष घ्यावी).
या फॉर्ममधील आशय आणि तपशील प्रस्तावकाला प्रादेशिक भाषेत समजावून सांगितले आहेत, जे त्यांनी समजून घेतले आहेत आणि याची पुष्टी केली आहे:

प्रमाणित करणाऱ्या व्यक्तीचे नाव:	<input type="text"/>	प्रमाणित करणाऱ्या व्यक्तीची स्वाक्षरी:	<input type="text"/>	प्रमाणित करणाऱ्या व्यक्तीचा मोबाइल नंबर:	<input type="text"/>
साक्ष देणाऱ्या व्यक्तीचे नाव	<input type="text"/>	साक्ष देणाऱ्या व्यक्तीची स्वाक्षरी	<input type="text"/>	साक्ष देणाऱ्या व्यक्तीचा मोबाइल क्रमांक:	<input type="text"/>
					प्रस्तावकाची स्वाक्षरी <input type="text"/>

9. प्रस्तावकाची घोषणा

(प्रमाणपत्र जेथे कोणत्याही कारणास्तव, प्रस्ताव आणि इतर संबंधित कागदपत्रे प्रस्तावकाने भरलेली नाहीत). प्रस्ताव फॉर्म आणि संबंधित कागदपत्रांमधील कंटेन्ट मला पूर्णपणे समजावून सांगितले गेले आहे आणि मला प्रस्तावित कराराचे महत्त्व पूर्णपणे समजले आहे. प्रस्ताव फॉर्म _____ यांनी माझ्या सूचनेनुसार भरला आहे आणि तो योग्य आणि पूर्ण असल्याचे मला आढळले आहे.

प्रस्तावकाची सही

10. प्रीमियम तपशील (फक्त कार्यालयीन वापरसाठी)

प्रीमियम भरणा पर्याय	<input type="checkbox"/> चेक	<input type="checkbox"/> डिमांड ड्राफ्ट	<input type="checkbox"/> क्रेडिट कार्ड / डेबिट कार्ड	<input type="checkbox"/> नेट बँकिंग	<input type="checkbox"/> कॅश	<input type="checkbox"/> इतर
प्रीमियमची रक्कम	<input type="text"/>	ऑनलाइन पेमेंट व्यवहार आयडी:	<input type="text"/>	दिनांक	<input type="text"/>	
बँकेचे नाव/ शाखा	<input type="text"/>	निवा ब्रूपा शाखा लोकेशन	<input type="text"/>			
कोड क्र.	<input type="text"/>	व्यवसाय याद्वारे प्राप्त: सल्लागार/ डीएसटी / कॉर्पोरेट एजन्सी/ इतर चॅनेल				
कोड क्रमांक	<input type="text"/>					
नाव	<input type="text"/>					
प्रस्ताव प्राप्त झाल्याची तारीख:	<input type="text"/>	ग्राहक आयडी:	<input type="text"/>			
प्रस्तावक किंवा अर्जदार कर्मचारी आहे का?	<input type="checkbox"/> होय	<input type="checkbox"/> नाही				

11. बँकएश्युरन्स चॅनेलसाठी अतिरिक्त तपशील (फक्त कार्यालयीन वापरसाठी)

शाखा कोड	<input type="text"/>	एसपी कोड	<input type="text"/>	आरएम/एलजी कोड	<input type="text"/>
सीग्राहक खाते क्रमांक	<input type="text"/>				

12. विमा सल्लागाराचा अहवाल (फक्त कार्यालयीन वापरसाठी)

मी, विमा सल्लागार / कॉर्पोरेट एजंटचा विशिष्ट व्यक्ती / ब्रोकरचा अधिकृत कर्मचारी / संबंध अधिकारी म्हणून, याद्वारे घोषणा करतो की मी या प्रस्ताव फॉर्ममधील सर्व कंटेन्ट स्पष्ट केले आहे, ज्यात प्रस्तावकाने सादर केलेल्या विवरणासह/माहितीसह आणि उत्तरांसह या प्रस्ताव फॉर्ममध्ये असलेल्या प्रश्नांचे स्वरूप समजावून सांगितले आहे आणि येथे नमूद केलेली कोणतीही माहिती जर कंपनीने पॉलिसी जारी करण्यासाठी हा प्रस्ताव स्वीकारला तर कंपनी आणि प्रस्तावक यांच्यातील विमा कराराचा आधार बनेल.

मी पुढे स्पष्ट केले आहे की जर या प्रस्ताव फॉर्ममध्ये/अॅडॅंडम(स), प्रतिज्ञापत्रे, स्टेटमेंट्स, सबमिशनस, जी पूर्ण केली आहेत / करायची आहेत आणि या व्यतिरिक्त कोणतीही मटेरियल फॅक्ट (वस्तुस्थिती) उघड न केल्यास, कंपनीद्वारे या प्रस्तावानुसार त्यांच्या / तिच्या बाजूने जारी केलेली पॉलिसी रद्द आणि अवैध मानली जाऊ शकते आणि पॉलिसी अंतर्गत भरलेले सर्व प्रीमियम कंपनीकडून जप्त केले जाऊ शकतात.

दिनांक

विमा सल्लागाराची स्वाक्षरी

13. वैधानिक इशारा

सवलत प्रतिबंध (विमा कायदा 1938 च्या कलम 41 अंतर्गत)

- कोणत्याही व्यक्तीला, प्रत्यक्ष किंवा अप्रत्यक्षपणे, भारतातील जीवन किंवा मालमत्तेशी संबंधित कोणत्याही प्रकारच्या धोक्यासाठी विमा काढण्यासाठी किंवा नूतनीकरण करण्यासाठी किंवा सुरु ठेवण्यासाठी इन्शुररच्या प्रकाशित माहितीपत्रकानुसार किंवा तक्त्यानुसार जी सवलत दिली जाऊ शकते, त्याशिवाय प्रलोभन म्हणून, देय असलेल्या कमिशनचा संपूर्ण किंवा काही भाग किंवा पॉलिसीवर दर्शविलेल्या प्रीमियमची कोणतीही सवलत देऊ नये, तसेच पॉलिसी काढणारी किंवा नूतनीकरण करणारी किंवा सुरु ठेवणारी कोणतीही व्यक्ती अशी कोणतीही सवलत स्वीकारणार नाही.
- या कलमातील तरतुदींचे पालन करण्यात कसूर करणारी कोणतीही व्यक्ती दंड भरण्यास उत्तरदायी असेल, जो दहा लाख रुपयांपर्यंत वाढू शकतो.

14. ग्रामीण आणि सामाजिक क्षेत्रातील श्रेणी (लागू असल्यास):

आशा वर्कर

एमजीनरेगा कामगार

15. एबीएचए आयडी

सदस्याचे नाव	तुमच्याकडे एबीएचए आयडी आहे का?	एबीएचए आयडी	एबीएचए च्या माध्यमातून विमा कंपनी/ टीपीए सोबत वैद्यकीय नोंदी शेर करण्याची संमती
	<input type="checkbox"/> होय <input type="checkbox"/> नाही	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> होय <input type="checkbox"/> नाही
	<input type="checkbox"/> होय <input type="checkbox"/> नाही	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> होय <input type="checkbox"/> नाही
	<input type="checkbox"/> होय <input type="checkbox"/> नाही	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> होय <input type="checkbox"/> नाही
	<input type="checkbox"/> होय <input type="checkbox"/> नाही	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> होय <input type="checkbox"/> नाही
	<input type="checkbox"/> होय <input type="checkbox"/> नाही	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> होय <input type="checkbox"/> नाही
	<input type="checkbox"/> होय <input type="checkbox"/> नाही	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> होय <input type="checkbox"/> नाही

16. परतावा आणि दाव्यांच्या पेमेंटसाठी तपशील

पेमेंट प्राप्त करण्याचा पर्याय:

बँक ट्रान्सफर

लाभार्थ्याचे नाव

बँकेचे नाव

खाते क्रमांक

आयएफएससी कोड

खात्याचा प्रकार

निवा बूपा हेल्थ इन्शुरन्स कंपनी लिमिटेड; नोंदणीकृत कार्यालय:- सी-98, पहिला मजला, लाजपत नगर, भाग 1, नवी दिल्ली-110024
अस्वीकरण: विमा ही आग्रहाची विषयवस्तू आहे. निवा बूपा हेल्थ इन्शुरन्स कंपनी लिमिटेड (पूर्वी मॅक्स बूपा हेल्थ इन्शुरन्स कंपनी लिमिटेड म्हणून ओळखली जाणारी)
(IRDAI नोंदणी क्रमांक 145). 'बूपा' आणि 'हार्टबीट' लोगो हे त्यांच्या संबंधित मालकांचे नोंदणीकृत ट्रेडमार्क आहेत आणि निवा बूपा हेल्थ इन्शुरन्स कंपनी लिमिटेड द्वारे परवान्यांतर्गत वापरले जात आहेत.
ग्राहक हेल्पलाइन: 1860-500-8888. वेबसाइट: www.nivabupa.com. सीआयएन: U66000DL2008PLC182918. नियम व शर्ती, अपवाद, धोके, प्रतीक्षा कालावधी आणि फायद्यांविषयी अधिक माहितीसाठी, कृपया विक्री पूर्ण करण्यापूर्वी विक्री माहितीपुस्तिका काळजीपूर्वक वाचा.

निवा बूपा हेल्थ इन्शुरन्स कंपनी लिमिटेड; नोंदणीकृत कार्यालय:- सी-98, पहिला मजला, लाजपत नगर, भाग 1, नवी दिल्ली-110024
अस्वीकरण: विमा ही आग्रहाची विषयवस्तु आहे. निवा बूपा हेल्थ इन्शुरन्स कंपनी लिमिटेड (पूर्वी मॅक्स बूपा हेल्थ इन्शुरन्स कंपनी लिमिटेड म्हणून ओळखली जाणारी)
(IRDAI नोंदणी क्रमांक 145). 'बूपा' आणि 'हार्टबीट' लोगो हे त्यांच्या संबंधित मालकांचे नोंदणीकृत ट्रेडमार्क आहेत आणि निवा बूपा हेल्थ इन्शुरन्स कंपनी लिमिटेड द्वारे परवान्यांतर्गत वापरले जात आहेत.
ग्राहक हेल्पलाइन: 1860-500-8888. वेबसाइट: www.nivabupa.com. सीआयएन: U66000DL2008PLC182918. नियम व शर्ती, अपवाद, धोके, प्रतीक्षा कालावधी आणि फायद्यांविषयी अधिक
माहितीसाठी, कृपया विक्री पूर्ण करण्यापूर्वी विक्री माहितीपुस्तिका काळजीपूर्वक वाचा.

Product Name: ReAssure 2.0, Product UIN: NBHHLIP23169V012223 | Rider Name: Smart Health+, Rider UIN: NBHHLIA22164V012122

कंपनीद्वारे पोचपावती

अर्ज क्र.

दिनांक

आम्ही तुमचा प्रस्ताव आणि चेक / डिमांड ड्राफ्ट / इतर _____ द्वारे प्राप्त झालेली रक्कम रु. _____ दिनांक _____ रोजी प्राप्त झाल्याचे स्वीकारतो आणि आपले आभार मानतो. विमासाठी पूर्ण भरलेला प्रस्ताव सादर करणे किंवा पॉलिसी जारी करण्यासाठी कोणतीही रक्कम जमा करणे आम्हाला पॉलिसी जारी करण्यास बांधील करत नाही, हा निर्णय पूर्णपणे आमच्या विवेकबुद्धीवर अवलंबून असेल. जर आम्ही विम्यासाठीचा प्रस्ताव स्वीकारला, तर तो पॉलिसीच्या अटी व शर्तीच्या अधीन असेल आणि प्रीमियम पूर्ण आणि वेळेवर न मिळाल्यास किंवा वसूल न झाल्यास आमची कोणतीही जबाबदारी राहणार नाही. जर आम्ही प्रस्ताव स्वीकारला नाही, तर आम्ही तुम्हाला कळवू आणि वैद्यकीय चाचण्यांचा खर्च, काही असल्यास, वजा करून उर्वरित रक्कम तुम्हाला व्याजाशिवाय परत करू.

प्राप्त करणाऱ्याची स्वाक्षरी आणि कार्यालयाचा शिक्का

Product Name: Rise, Product UIN: NBHHLIP25041V012425 | Add-on Name: Fast Forward, Add-on UIN: NBHHLIA24126V012324