

# सरल सुरक्षा विमा, निवा बुपा हेल्थ इन्शुरन्स कंपनी लिमिटेड - प्रस्ताव फॉर्म

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 आपल्याविरुद्ध सर्व संभाव्य कायदेशीर

कारवाई करण्याचा अधिकार आहे. नियमांनुसार आम्हाला पूर्ण प्रीमियम मिळाल्यानंतरच आणि जोखीम स्पष्टपणे स्वीकारल्यानंतरच कवरेज सुरू होऊ शकते.

## 1-प्रस्तावक तपशील:

नाम	F R S T N A M										M D D L										N A M										L A S T N A M									
लिंग	<input type="checkbox"/> पुरुष <input type="checkbox"/> मादी <input type="checkbox"/> थर्ड जेंडर			जन्म तारीख										D D M M																										
पता																																								
लॅंड मार्क																					शहर																			
जिल्हा																					राज्य																			
पिन-कोड						ईमेल आयडी																																		
चला											खाते क्रमांक																													
पॅन नं.											राष्ट्रीयत्व																													

उद्योग:  पगारदार  स्वयंरोजगार  विद्यार्थी  गृहिणी  इतर, कृपया निर्दिष्ट करा \_\_\_\_\_

वार्षिक उत्पन्न (रु.) \_\_\_\_\_ सीकेवायसी नंबर (एचिक): \_\_\_\_\_

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)

1. मेसर्स एनएसडीएल डेटाबेस मॅनेजमेंट लिमिटेड

2. मेसर्स सेंट्रल इन्शुरन्स रिपॉझिटरी लि.

3. मेसर्स कार्वी 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  नाही

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

## 2- अर्जदारांचा तपशील आणि योजना निवड:

अर्जदार क्रमांक	नाम	लिंग (पुरुष / स्त्री / इतर)	उंची (फूट & इंच.)	वजन (किलो)	जन्मतारीख (टीडी/मिमी/व्यवस्था)	मोबाइल नंबर	प्रस्तावकाशी असलेले संबंध	विम्याची रक्कम व्यक्ती
1.								
2.								
3.								
4.								
5.								
6.								

### 3- कव्हरेज निवड:

बेस कव्हरेज:	
पॉलिसी प्रकार:	<input type="checkbox"/> व्यक्तिगत
कव्हर करावयाच्या जीवांची संख्या:	Adults _____ मुले _____
मृत्यू (आधार विमा रक्कम)	
स्थायी एकूण अपंगत्व (पीटीडी)	मूळ विमा रकमेपर्यंत
स्थायी आंशिक अपंगत्व (पीपीडी)	मूळ विमा रकमेपर्यंत
पॉलिसी टर्म:	<input type="checkbox"/> १ वर्ष
वैकल्पिक कव्हरेज:	
तात्पुरते एकूण अपंगत्व (टीटीडी)	<input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> नाही
अपघातामुळे रुग्णालयात दाखल होण्याचा खर्च	<input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> नाही
शिक्षण अनुदान	<input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> नाही

### 4- नामांकन:

प्रस्तावकाचा मृत्यू 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	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  बचत  चालू आहे

खाते क्रमांक \_\_\_\_\_ आयएफएससी कोड \_\_\_\_\_

### 5- वैद्यकीय, सवयी आणि मागील प्रस्ताव माहिती:

विमा उतरवण्याचा प्रस्ताव असलेल्या कोणत्याही व्यक्तीच्या संदर्भात:	सदस्य १	सदस्य २	सदस्य ३	सदस्य ४	सदस्य ५	सदस्य ६
आपण जन्मापासून किंवा नंतर कोणत्याही मानसिक / शारीरिक कमकुवतपणा आणि / किंवा विकृती आणि / किंवा अपंगत्वाने ग्रस्त आहात का आणि / किंवा आपले आरोग्य चांगले आहे का?	<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

### 6- घोषणा:

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 मागविणार्या कंपनीला मी संमती देतो आणि विमा धारक / प्रस्तावक असलेल्या व्यक्तींवर विम्यासाठी अर्ज केलेल्या कोणत्याही विमा कंपनीकडून माहिती घेण्यास संमती देतो प्रस्ताव कमी लिहिण्याच्या आणि / किंवा दावा सेटलमेंटच्या

मी कंपनीला माझ्या प्रस्तावाशी संबंधित माहिती सामायिक करण्यास अधिकृत करतो ज्यात विमाधारक / प्रस्तावकाच्या वैद्यकीय नोंदीचा समावेश प्रस्ताव आणि / किंवा दावांचा 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.

प्रस्तावकाने स्थानिक भाषेत स्वाक्षरी केली असेल तर: या फॉर्मचा मजकूर मी \_\_\_\_\_ भाषेत समजावून सांगितला प्रमाणित करणार्या व्यक्तीचे नाव आहे \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ साक्षीदार प्रस्तावकाच्या उपस्थितीत ज्याने हे समजून घेतले आहे आणि पुष्टी केली आहे.

साक्षीदार कंपनीचा एजंट/ कर्मचारी वगळता अन्य कोणीतरी असावा.

Dated \_\_\_\_\_ जागा \_\_\_\_\_ Proposer \_\_\_\_\_ स्वाक्षरी

प्रमाणित Person \_\_\_\_\_ यांची स्वाक्षरी प्रमाणित व्यक्तीचा मोबाइल क्रमांक \_\_\_\_\_

Witness \_\_\_\_\_ यांची स्वाक्षरी साक्षीदाराचा मोबाइल नंबर \_\_\_\_\_



#### 14- परतावा आणि दाव्यांची परतफेड करण्यासाठी तपशील

पेमेंट स्वीकारण्याचा पर्याय :



बँक हस्तांतरण

लाभार्थ्याचे नाव :- \_\_\_\_\_

बँकेचे नाव : \_\_\_\_\_

आयएफएससी: \_\_\_\_\_

खाते क्रमांक: \_\_\_\_\_

खात्याचा प्रकार : \_\_\_\_\_

#### 15- कंपनीने दिलेली 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.

रिसेव्हर आणि ऑफिसचे नाव व स्वाक्षरी seal \_\_\_\_\_

निवा बुपा हेल्थ इन्शुरन्स कंपनी लि. नोंदणीकृत कार्यालय :- सी-९८, पहिला मजला, लाजपत नगर, भाग १, नवी दिल्ली-११००२४ डिस्क्लेमर: 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.