

आपत्कालीन संपर्क

नाम

एसटीडी कोडसह संपर्क क्रमांक मोबाईल नंबर

वैकल्पिक वैशिष्ट्य
को-पेमेंट (बेस पॉलिसीमध्ये 50% सह-पेमेंट आहे, परंतु आपण ते 0% पर्यंत कमी करू शकता) 0% (अॅड-ऑन) 20% 30% 40%

वार्षिक एकूण वजावट (वजावट योग्य रक्कम मूळ विमा रकमेच्या 1/5 भाग असेल) हो नाही

अॅड-ऑन(एस) सुरक्षित ठेवा हो नाही

3. पोर्टेबिलिटी

धोरण क्र.	विमा कंपनी	जोखीम सुरू होण्याची तारीख	जोखीम संपण्याची तारीख	पोर्टिंग ची कारणे				
प्रस्तावित विमाधारकाचे नाव ज्यांच्यासाठी पोर्टेबिलिटीची विनंती केली जाते	पहिली पॉलिसी सुरू होण्याची	पोर्टेबिलिटीची विनंती केलेल्या सलग कव्हेरेंजची संख्या	पूर्वीच्या धोरणामधील दावे	सध्याचा नो क्लेम बोनस	विम्याची रक्कम - वर्ष १ (सर्वात जुने)	विम्याची रक्कम - वर्ष २	विम्याची रक्कम - वर्ष ३	विम्याची रक्कम - वर्ष ४ (एक्सपायरी पॉलिसी)

4. नामांकन

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

नॉमिनी चे नाव	जन्म तारीख	प्रस्तावकाशी असलेले संबंध	नॉमिनीचा पत्ता, मोबाइल नंबर आणि ईमेल आयडी	नियुक्तीचे नाव (जर नॉमिनीचे वय १८ वर्षांपेक्षा कमी असेल तर)

नॉमिनी चे बँक तपशील : लाभार्थीचे नाव:

बँकेचे नाव खाते प्रकार बचत चालू आहे

खाते क्रमांक आयएफएससी कोड

5. वैद्यकीय, सवयी आणि मागील प्रस्ताव माहिती

कलम अ: विमा प्रस्तावित असलेल्या कोणत्याही व्यक्तीच्या संदर्भात:	अर्जदार १	अर्जदार २
आयुर्मान, आरोग्य, रुग्णालयातील दैनंदिन रोख रक्कम किंवा गंभीर आजार विम्याचा अर्ज कोणत्याही विमा कंपनीने कधी नाकारला, पुढे ढकलला, लोड केला किंवा कोणत्याही विशेष अटीच्या अधीन केला आहे का?	हो <input type="checkbox"/> नाही <input type="checkbox"/>	हो <input type="checkbox"/> नाही <input type="checkbox"/>
कलम बी: विमा प्रस्तावित केलेल्या व्यक्तीपैकी एखाद्याचे कधी निदान झाले आहे का:	अर्जदार १	अर्जदार २
i. हृदयविकाराचा झटका, हार्ट फेल्युअर, इस्केमिक हृदयरोग किंवा कोरोनरी हृदयरोग, एनजाइना इत्यादी हृदयरोग	हो <input type="checkbox"/> नाही <input type="checkbox"/>	हो <input type="checkbox"/> नाही <input type="checkbox"/>
ii. ट्यूमर, कोणत्याही अवयवाचा कर्करोग, ल्युकेमिया, लिम्फोमा, सारकोमा	हो <input type="checkbox"/> नाही <input type="checkbox"/>	हो <input type="checkbox"/> नाही <input type="checkbox"/>
iii. प्रमुख अवयव निकामी होणे (मूत्रपिंड, यकृत, हृदय, फुफ्फुस इ.)	हो <input type="checkbox"/> नाही <input type="checkbox"/>	हो <input type="checkbox"/> नाही <input type="checkbox"/>
iv. स्ट्रोक, एन्सेफॅलोपॅथी, मेंदूचा फोडा किंवा कोणताही न्यूरोलॉजिकल रोग	हो <input type="checkbox"/> नाही <input type="checkbox"/>	हो <input type="checkbox"/> नाही <input type="checkbox"/>
v. - फुफ्फुसीय फायब्रोसिस, फुफ्फुसांचे पतन किंवा इंटरस्टिशियल फुफ्फुसांचा रोग (आयएलडी)	हो <input type="checkbox"/> नाही <input type="checkbox"/>	हो <input type="checkbox"/> नाही <input type="checkbox"/>
vi. हिपॅटायटीस बी किंवा सी, तीव्र यकृत रोग, क्रोहन रोग, अल्सरेटिव्ह कोलायटिस	हो <input type="checkbox"/> नाही <input type="checkbox"/>	हो <input type="checkbox"/> नाही <input type="checkbox"/>
7. लोहाच्या कमतरतेमुळे होणारा अॅनिमिया वगळता इतर कोणताही अॅनिमिया	हो <input type="checkbox"/> नाही <input type="checkbox"/>	हो <input type="checkbox"/> नाही <input type="checkbox"/>
8. 5 दिवसांपेक्षा जास्त काळ रुग्णालयात दाखल आहे	हो <input type="checkbox"/> नाही <input type="checkbox"/>	हो <input type="checkbox"/> नाही <input type="checkbox"/>
9. सलग १० दिवसांपेक्षा जास्त काळ औषधे घेतली आहेत का? औषधांमध्ये इनहेलर, इंजेक्शन, तोंडी औषधे आणि शरीराच्या अवयवांवरील बाह्य वैद्यकीय अनुप्रयोगांचा समावेश आहे परंतु मर्यादित नाही.	हो <input type="checkbox"/> नाही <input type="checkbox"/>	हो <input type="checkbox"/> नाही <input type="checkbox"/>
x. सल्ला दिलेल्या कोणत्याही उपचार, शस्त्रक्रिया किंवा वैद्यकीय प्रतीक्षेत	हो <input type="checkbox"/> नाही <input type="checkbox"/>	हो <input type="checkbox"/> नाही <input type="checkbox"/>

११. पूर्वी झालेल्या कोणत्याही आजारासाठी वेळोवेळी / नियमित पाठपुरावा करून, तो बरा झाला की नाही? पाठपुरावा म्हणजे वेळोवेळी सल्लामसलत, तपासणी इत्यादी	हो <input type="checkbox"/> नाही <input type="checkbox"/>	हो <input type="checkbox"/> नाही <input type="checkbox"/>
12. गेल्या 30 दिवसांमध्ये सध्या असलेल्या किंवा झालेल्या समस्यांसाठी डॉक्टरांशी सल्लामसलत केली आहे किंवा कोणत्याही चाचण्यांचा सल्ला दिला आहे का?	हो <input type="checkbox"/> नाही <input type="checkbox"/>	हो <input type="checkbox"/> नाही <input type="checkbox"/>
मधुमेह (उच्च रक्तातील साखर), पूर्व-मधुमेह, उच्च किंवा निम्न रक्तदाब, छातीत दुखणे किंवा हृदयरोग किंवा थायरॉईड डिसऑर्डर, दमा, ब्रॉकायटिस	हो <input type="checkbox"/> नाही <input type="checkbox"/>	हो <input type="checkbox"/> नाही <input type="checkbox"/>
आई-वडिलांना काही आनुवंशिक किंवा अनुवांशिक स्थिती आहे का? कृपया नमूद करा की त्यापैकी कोणी वाहक स्थिती आहे म्हणजे रोग नाही परंतु वाहक आहे	हो <input type="checkbox"/> नाही <input type="checkbox"/>	हो <input type="checkbox"/> नाही <input type="checkbox"/>
५. पित्ताशय, मूत्रपिंड, मूत्राशय, मूत्रवाहिनी इत्यादी कोणत्याही अवयवात कॅल्क्युलस (स्टोन) विकार.	हो <input type="checkbox"/> नाही <input type="checkbox"/>	हो <input type="checkbox"/> नाही <input type="checkbox"/>
ट्यूमर (सूज)-सौम्य किंवा घातक, शरीरात कोठेही बाह्य अल्सर / वाढ / सिस्ट / वस्तुमान?	हो <input type="checkbox"/> नाही <input type="checkbox"/>	हो <input type="checkbox"/> नाही <input type="checkbox"/>
एचआयव्ही/एड्स, अॅनिमिया, थॅलेसेमिया, हिमोफिलिया किंवा रक्ताशी संबंधित इतर कोणतीही समस्या.	हो <input type="checkbox"/> नाही <input type="checkbox"/>	हो <input type="checkbox"/> नाही <input type="checkbox"/>
xviii. मनोविकार / मानसिक आजार किंवा झोपेचा विकार?	हो <input type="checkbox"/> नाही <input type="checkbox"/>	हो <input type="checkbox"/> नाही <input type="checkbox"/>
आरोग्याची कोणतीही स्थिती, आजार, लक्षणे किंवा आरोग्याशी संबंधित माहिती जी वर टिपलेली नाही. या प्रश्नाचे उत्तर कुणाला होय असेल तर सर्व वैद्यकीय कागदपत्रे द्या	हो <input type="checkbox"/> नाही <input type="checkbox"/>	हो <input type="checkbox"/> नाही <input type="checkbox"/>
तंबाखू / गुटखा / पान मसाला किंवा अल्कोहोल धूम्रपान करणे किंवा सेवन करणे होय तर कृपया खालील उत्तर द्या:	हो <input type="checkbox"/> नाही <input type="checkbox"/>	हो <input type="checkbox"/> नाही <input type="checkbox"/>
अर्जदाराने धूम्रपान / तंबाखूचे सेवन केव्हा सुरू केले? अ) शाळा ब) १०+२ क) महाविद्यालय ड) काम सुरू केल्यावर ई) नंतर		
ii. अर्जदार किती वर्षांपासून मद्यपान करत आहे?		
३. अर्जदार आठवड्यातून किती दिवस मद्यपान करतो? (1/2/3/4/5/6/7)		

6. घोषणापत्र (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 व्यक्तींच्या शारीरिक किंवा मानसिक आरोग्यावर परिणाम करणार्या कोणत्याही गोष्टीबद्दल कोणत्याही डॉक्टर किंवा रुग्णालयाकडून वैद्यकीय माहिती मागविणार्या या कंपनीला मी संमती देतो आणि विमा धारक / प्रस्तावक असलेल्या व्यक्तीवर विम्यासाठी अर्ज केलेल्या कोणत्याही विमा कंपनीकडून माहिती घेण्यास संमती देतो प्रस्तावक मी 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.
- 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 _____ 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:

7. प्रस्तावक आणि सल्लागार घोषणापत्राद्वारे फॉर्म न भरल्यास घोषणा

कोणत्याही कारणाने, 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 _____, _____ माझ्या निर्देशानुसार 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

विमा सल्लागाराची स्वाक्षरी

8. प्रीमियम तपशील (केवळ कार्यालयीन वापरसाठी)

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

प्रीमियम ची रक्कम याद्वारे भरलेला प्रीमियम

प्रस्तावकाशी असलेले संबंध ऑनलाइन पेमेंट ट्रान्झॅक्शन आयडी:

बँकेचे नाव/शाखा तारीख D D M M - - - -

निवा बुपा शाखेचे ठिकाण कोड क्र.

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

नाम

प्राप्त प्रस्ताव: कस्टमर आयडी:

प्रस्तावक किंवा अर्जदार कर्मचारी आहेत का? हो नाही

9. परतावा आणि दाव्यांची परतफेड करण्यासाठी तपशील

पेमेंट स्वीकारण्याचा पर्याय: बँक ट्रान्सफर

लाभाथ्यचि नाव

तीनएनके नाव

खाते क्र. आयएफएससी कोड

खात्याचा प्रकार: बचत चालू आहे

10. नूतनीकरण

नूतनीकरण देयक 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 दस्तऐवजाच्या सर्व अतिरिक्त आवश्यकता पूर्ण करण्याच्या अधीन राहून.

मला एसीएच / एसआय नूतनीकरण पर्याय निवडायचा आहे आणि त्याद्वारे त्याचा वापर करून पॉलिसीचे नूतनीकरण होईपर्यंत प्रीमियमवर 2.5% सूट मिळेल.

तारीख D D M M - - - - जागा प्रस्तावकाची स्वाक्षरी

11. केवळ बँकाशुरन्स चॅनेलसाठी अतिरिक्त तपशील (केवळ कार्यालयीन वापरसाठी)

शाखा कोड(संपादन) एसपी कोड आरएम / एलजी कोड

Customer account संख्या

12. वैधानिक चेतावणी

सवलती प्रतिबंध (विमा अधिनियम १९३८ च्या कलम ४१ अन्वये)

1. कोणतीही व्यक्ती भारतातील जीवित किंवा मालमत्तेशी संबंधित कोणत्याही प्रकारच्या जोखमीसंदर्भात कोणत्याही व्यक्तीला विमा काढण्यास किंवा नूतनीकरण करण्यास किंवा चालू ठेवण्यास प्रत्यक्ष किंवा अप्रत्यक्षरित्या परवानगी देऊ शकत नाही किंवा देऊ शकत नाही, देय कमिशनच्या संपूर्ण किंवा काही भागाची सवलत किंवा पॉलिसीवर दर्शविलेल्या प्रीमियममध्ये कोणतीही सूट 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.

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

13. आभा आयडी

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

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 चर्चांचा खर्च, जर काही असेल तर व्याजाशिवाय वजा करून पैसे परत करू.

रिसेव्हचे 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 डिस्कलेमर: 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.