

URN: 013

1. પ્રસ્તાવક વિગતો:

શીર્ષક	<input type="text"/>	નામ	<input type="text"/>
DOB	<input type="text"/>	જાતિ:	<input type="text"/> પુરુષ <input type="text"/> નારી <input type="text"/> અન્ય
વર્તમાન સરનામું	<input type="text"/>		
સીમાવિહી	<input type="text"/>	શહેર	<input type="text"/>
જીલ્લો	<input type="text"/>	રાજ્ય	<input type="text"/>
વેન્ડવાઇઝ નંબર	<input type="text"/>	મોબાઇલ નંબર	<input type="text"/>
ઈ-મેઇલ ID	<input type="text"/>	વૈકલ્પિક નંબર	<input type="text"/>
CKYC નંબર (વૈકલ્પિક):	<input type="text"/>	PAN નંબર	<input type="text"/>
વાર્ષિક આવક (રૂ.)	<input type="text"/>		
રોજગાર	<input type="text"/> પગારદાર <input type="text"/> સ્વ-રોજગાર <input type="text"/> વિદ્યાર્થી <input type="text"/> ગૃહિણી <input type="text"/> અન્ય, કૃપા કરીને સ્પષ્ટ કરો		<input type="text"/>
દ્વારા યુક્તવવામાં આવતું પ્રીમિયમ	<input type="text"/>	પ્રસ્તાવ મૂકનાર સાથે સંબંધ	<input type="text"/>

મેં તમામ નિયમો અને શરતો વાંચી છે, સમજી છે અને સ્વીકારી છે અને આ સાથે નિવા બુપા હેલ્થ ઇન્શ્યોરન્સ અથવા તેના કોઈ પણ એજન્ટ અને/અથવા ત્રાહિત પક્ષ(ઓ)/સહયોગીઓને મારો સંપર્ક કરવા માટે મારા 'ડીએનડી' રજિસ્ટ્રેશન પર મારા 'ડીએનડી' રજિસ્ટ્રેશન પર મારો સંપર્ક કરવા માટે મારો સંપર્ક કરવા માટે મારા 'ડીએનડી' રજિસ્ટ્રેશન પર મારો સંપર્ક કરવા માટે અધિકૃત કર્યા છે, જેથી હું આવકાર/એસએમએસ, સર્વિસ કોલ/એસએમએસ અથવા અન્ય કોઈ પણ કોમ્યુનિકેશન કરી શકું.

શું તમે કે કોઈ પણ સૂચિત અસ્પષ્ટ પીઈપી#છો? હા ના
#Politically એક્સપોઝ્ડ પર્સન્સ (પીઇપી) એવી વ્યક્તિઓ છે જેમને અગ્રણી જાહેર કાર્યો એટલે કે કેન્દ્ર, અથવા રાજ્ય સરકારના વડાઓ/મંત્રીઓ, વરિષ્ઠ રાજકારણીઓ, વરિષ્ઠ સરકાર, ન્યાયિક અથવા વશકરી અધિકારીઓ, સરકારી કંપનીઓના વરિષ્ઠ અધિકારીઓ, પક્ષના મહત્વપૂર્ણ અધિકારીઓ છે અથવા સોંપવામાં આવ્યા છે. જો તમે પીઇપી સામે ટિક કર્યું હોય, તો કૃપા કરીને અવગ પીઇપી પ્રશ્નાવલિ ભરો)

શું તમે પોલિસી કીટની ભૌતિક નકલ ઇચ્છો છો? હા ના

બેંક વિગતો:	
બેંક નામ	<input type="text"/>
ખાતા નંબર	<input type="text"/>
IFSC કોડ	<input type="text"/>
Account type	<input type="text"/> સંગ્રહી <input type="text"/> વર્તમાન
શાખા	<input type="text"/>
શહેર	<input type="text"/>

ઇલેક્ટ્રોનિક વીમા ખાતાની વિગતો (ઇઆઇએ)

શું તમે ઇચ્છો છો કે આ પોલિસી ઇ-ઇન્શ્યોરન્સ ખાતામાં જમા થાય? (કૃપા કરીને કોઈપણ એક પસંદ કરો)

ના, મારી પાસે ઇ-ઇન્શ્યોરન્સ ખાતું નથી અને હું તે ખોલવા માંગતો નથી હા, આ પોલિસીને મારા ઇ-ઇન્શ્યોરન્સ એકાઉન્ટમાં ક્રેડિટ કરો

જો હા, તો કૃપા કરીને હાલના ઇ-ઇન્શ્યોરન્સ એકાઉન્ટ નંબરને શેર કરો.

કૃપા કરીને પસંદ કરો ઇન્શ્યોરન્સ રિપોઝિટરીનું નામ (તમે સાથે તમારું ખોલાવ્યું છે)

1. એન.એસ.ડી.એલ. 2. CIRL 3. કાર્વી 4. CAMS (કૃપા કરીને કોઈપણ એક પસંદ કરો)

અથવા

મારી પાસે હાલનું ઇ-ઇન્શ્યોરન્સ ખાતું નથી અને મને નવું ઇ-ઇન્શ્યોરન્સ એકાઉન્ટ બનાવવામાં રસ છે.

(કૃપા કરીને સંબંધિત દસ્તાવેજો સાથે ઇલેક્ટ્રોનિક વીમા ખાતું ખોલવાનું ફોર્મ (ઇઆઇએ ફોર્મ) સબમિટ કરો).

2. કવરેજ પસંદગી:

શું તમે પોર્ટેબિલિટી માટે અરજી કરી રહ્યા છો: હા ના (જો "હા" હોય, તો કૃપા કરીને અવગણ્ય પોર્ટેબિલિટી ફોર્મ પણ ભરો).

કૃપા કરીને સંબંધિત બોક્સ પર ટિક કરો:

આધાર વિસ્તાર:

વીમાની રકમ: (રૂ.) 50,000 1 લાકડી ૧.૫ લાકડી 2 લાકડી ૨.૫ લેક ૩ લાકડી ૩.૫ લેક 4 લાકડી ૪.૫ લાકડી 5 સરોવર
 5.5 સરોવર 6 સરોવર ૬.૫ લાકડી 7 લાકડી ૭.૫ લેક 8 લાકડી ૮.૫ લાકડી 9 લાકડી ૯.૫ લેક 10 લાકડી

કવરેજનો પ્રકાર: વ્યક્તિગત આધાર ફેમિલી ફ્લોટર બેસિસ

ના. આવરી લેવામાં આવનાર જીવનની: પુખ્ત વયનાઓ બાળકો

પ્રીમિયમ ચુકવણીનો મોડ: વાર્ષિક અર્ધ-વાર્ષિક ત્રિમાસિક માસિક

3. વીમા માટે અરજદારોની વિગતો:

આરજદાર ૧

નામ:

જાતિ: પુરુષ નારી અન્ય ઊંચાઈ: (એચયુએફ) (ઇંચ) વજન: (કિ.ગ્રા.)

કમરેખા: (ઇંચ) જન્મની તારીખ: D D M M અને અન્ય અન્ય અન્ય અન્ય ભારતીય ન હોય તો કૃપા કરીને ટિક કરો

પ્રસ્તાવ મુકનાર સાથેના સંબંધ (કૃપા કરીને વિકલ્પ જણાવો):
 સ્વ/જીવનસાથી/પુત્ર/પુત્રવધૂ/પુત્રવધૂ/પુત્રી/જમાઈ/પિતા/માતા/સાસુ/સાસુ/દાદા/દાદી/પૌત્રી/પૌત્રી/ભાઈ/બહેન/ભાભી/બનેવી/ભત્રીજી/ભત્રીજી/નોકરીદાતા-કર્મચારી

આરજદાર ૨

નામ:

જાતિ: પુરુષ નારી અન્ય ઊંચાઈ: (એચયુએફ) (ઇંચ) વજન: (કિ.ગ્રા.)

કમરેખા: (ઇંચ) જન્મની તારીખ: D D M M અને અન્ય અન્ય અન્ય અન્ય ભારતીય ન હોય તો કૃપા કરીને ટિક કરો

સંબંધ: પત્ની અવાજ દીકરી પિતા માં સસરા સાસુ-વહુ

આરજદાર ૩

નામ:

જાતિ: પુરુષ નારી અન્ય ઊંચાઈ: (એચયુએફ) (ઇંચ) વજન: (કિ.ગ્રા.)

કમરેખા: (ઇંચ) જન્મની તારીખ: D D M M અને અન્ય અન્ય અન્ય અન્ય ભારતીય ન હોય તો કૃપા કરીને ટિક કરો

સંબંધ: પત્ની અવાજ દીકરી પિતા માં સસરા સાસુ-વહુ

આરજદાર ૪

નામ:

જાતિ: પુરુષ નારી અન્ય ઊંચાઈ: (એચયુએફ) (ઇંચ) વજન: (કિ.ગ્રા.)

કમરેખા: (ઇંચ) જન્મની તારીખ: D D M M અને અન્ય અન્ય અન્ય અન્ય ભારતીય ન હોય તો કૃપા કરીને ટિક કરો

સંબંધ: પત્ની અવાજ દીકરી પિતા માં સસરા સાસુ-વહુ

આરજદાર ૫

નામ:

જાતિ: પુરુષ નારી અન્ય ઊંચાઈ: (એચયુએફ) (ઇંચ) વજન: (કિ.ગ્રા.)

કમરેખા: (ઇંચ) જન્મની તારીખ: D D M M અને અન્ય અન્ય અન્ય અન્ય ભારતીય ન હોય તો કૃપા કરીને ટિક કરો

સંબંધ: પત્ની અવાજ દીકરી પિતા માં સસરા સાસુ-વહુ

આરજદાર 6

નામ:

જાતિ: પુરુષ નારી અન્ય ઊંચાઈ: (એચયુએફ) (ઇંચ) વજન: (કિ.ગ્રા.)

કમરેખા: (ઇંચ) જન્મની તારીખ: D D M M અને અન્ય અન્ય અન્ય અન્ય ભારતીય ન હોય તો કૃપા કરીને ટિક કરો

સંબંધ: પત્ની અવાજ દીકરી પિતા માં સસરા સાસુ-વહુ

4. નોમિનેશન

પ્રસ્તાવકનું અવસાન થાય તેવા સંજોગોમાં નીતિ હેઠળ બાકી નીકળતી કોઈ પણ ચૂકવણી નીચે નામ ધરાવતા નોમિનીને ચૂકવવાપાત્ર બનશે. નોમિની દ્વારા આ પ્રકારની ચૂકવણીની પ્રાપ્તિ નીતિ હેઠળ કંપનીની જવાબદારીના (ડિસ્ચાર્જની રચના કરશે. અન્ય તમામ અસ્પષ્ટતાઓ) માટે નોમિની પોતે જ પ્રસ્તાવક

નોમિની નામ	જન્મની તારીખ	પ્રસ્તાવ મૂકનાર સાથેની સંબંધ	નોમિનીનું સરનામું, મોબાઇલ નંબર ઇમેઇલ આઇડી	હોદ્દાનું નામ (જો નોમિનીની ઉંમર 18 વર્ષથી ઓછી હોય તો)
------------	--------------	------------------------------	---	---

નોમિનીની બેંક વિગતો: વાસ્થાનામ: _____

બેંક નામ _____ Account type _____ સેવિંગ્સ _____ વર્તમાન _____

ખાતા નંબર _____ IFSC કોડ _____

૫. તબીબી, આદતો અને ભૂતકાળની દરખાસ્તની માહિતી

અગત્યની બાબત: કૃપા કરીને એ બાબતની ખાતરી કરો કે આ વિભાગમાંના તમામ પ્રશ્નોના જવાબ સાચા અર્થમાં અને સંપૂર્ણપણે આપવામાં આવ્યા હોય, કારણ કે તમે અહીં જે માહિતી પ્રદાન કરો છો તે નિવા બુધા દ્વારા અન્ડરરાઇટિંગનો આધાર બનશે. કૃપા કરીને એ બાબતની નોંધ લેશો કે કોઈ પણ અપૂર્ણ, ખોટી, આંશિક રીતે સાચી માહિતી તમારા તબીબી દાવા અને/અથવા કવરેજને અસર કરી શકે છે.

વિભાગ એ: કૃપા કરીને તબીબી સમસ્યાઓ વિશેની માહિતી શેર કરો	અરજદાર નંબર												
	1	2	3	4	5	6							
કૃપા કરીને દરેક અરજદાર માટે નીચેના પ્રશ્નોના જવાબ આપો. કૃપા કરીને 'હા' (Y) અથવા 'ના' (N) પર વર્તુળ બનાવો.													
i. શું તમે ક્યારેય 5 દિવસથી વધુ સમય માટે હોસ્પિટલમાં દાખલ થયા છો, કોઈ પણ શસ્ત્રક્રિયા પ્રક્રિયા હાથ ધરવાની સલાહ આપી છે, અથવા કોઈ દવા લીધી છે અથવા 14 દિવસથી વધુ સમયથી કોઈ ચિકિત્સા ધરાવો છો? દવાઓ ઇન્હેબિટર્સ, ઇન્જેક્શન, ઓરલ ડ્રગ્સ અને સ્થાનિક ઉપચોગોનો સમાવેશ કરે છે પરંતુ તે પૂરતું મર્યાદિત નથી.	અને	N	અને	N	અને	N	અને	N	અને	N	અને	N	અને
ii. શું તમે ક્યારેય થાઇરોઇડ પ્રોફાઇલ, વિપિડ પ્રોફાઇલ, ટ્રેડમિલ ટેસ્ટ, એન્જિયોગ્રાફી, ઇકોકાર્ડિયોગ્રાફી, એન્ડોસ્કોપી, અલ્ટ્રાસાઉન્ડ, સીટી સ્કેન, એમઆરઆઇ, બાયોપ્સી અને એફએનએસી જેવા કોઈપણ નિદાન પરીક્ષણો અથવા તપાસના પ્રતિકૂળ તારણો મેળવ્યા છે?	અને	N	અને	N	અને	N	અને	N	અને	N	અને	N	અને
3. શું તમને ડાયાબિટીસ કે પ્રી-ડાયાબિટીસ છે કે પછી તમને ક્યારેય હાઈ બ્લડ સુગર થયું છે?	અને	N	અને	N	અને	N	અને	N	અને	N	અને	N	અને
૪. શું તમને હાઈપરટેન્શન કે હાઈ બ્લડપ્રેશરની સમસ્યા છે?	અને	N	અને	N	અને	N	અને	N	અને	N	અને	N	અને
v. તમને અગાઉથી અસ્તિત્વ ધરાવતા કોઈ રોગ/સ્થિતિ છે?	અને	N	અને	N	અને	N	અને	N	અને	N	અને	N	અને
શું તમે ક્યારેય કોઈ આનુવંશિક/વારસાગત વિકાર અથવા એચઆઇવી/એઇડ્સનું નિદાન કર્યું છે કે તેની સારવાર કરવામાં આવી છે?	અને	N	અને	N	અને	N	અને	N	અને	N	અને	N	અને
શું તમને ક્યારેય કોઈ માનસિક/માનસિક વિકારનું નિદાન થયું છે અથવા તેની સારવાર કરવામાં આવી છે?	અને	N	અને	N	અને	N	અને	N	અને	N	અને	N	અને
8. શું અસ્પષ્ટતાના જીવન પર જીવન, આરોગ્ય, હોસ્પિટલના દૈનિક રોકડ અથવા ગંભીર ભિન્નરી વીમા માટેની કોઈ પણ દરખાસ્તને ક્યારેય નામંજૂર કરવામાં આવી છે, મુલતવી રાખવામાં આવી છે, લોડ કરવામાં આવી છે અથવા કોઈ પણ વીમા કંપની દ્વારા બાકાત રાખવા જેવી કોઈ વિશેષ શરતોને આધિન કરવામાં આવી છે?	અને	N	અને	N	અને	N	અને	N	અને	N	અને	N	અને

વિભાગ બી: (કૃપા કરીને આ વિભાગ ત્યારે જ ભરો જો અરજદાર ધૂમ્રપાન કરે છે અથવા તમાકુ / ગુટખા / પાન મસાવા અથવા આલ્કોહોલનું સેવન કરે છે)	i. યાવતી શકાય તેવી તમાકુ/ગુટખા/પાન મસાવા - જા હા, તો કૃપા કરીને દરરોજના પાઉચની સંખ્યા જણાવો		ii. આલ્કોહોલ. જા હા, તો કૃપા કરીને દર અઠવાડિયે ml સ્પષ્ટ કરો			iii. સિગારેટ / બીડી / સિગાર. જા હા, તો કૃપા કરીને દરરોજના વપરાશનો ઉલ્લેખ કરો	
	1-10	>10	<= 450	>450	દૈનિક પીનાર	1-10	>10
અરજદાર ૧							
અરજદાર ૨							
અરજદાર ૩							
અરજદાર ૪							
અરજદાર ૫							
અરજદાર 6							

વિભાગ C: વિભાગ A માં હા (વ) ચિહ્નિત થયેલ પ્રશ્નો માટે, કૃપા કરીને નીચેની માહિતી સ્પષ્ટ કરો:

અરજદાર નંબર	વક્ષણો(ઓ) અથવા તપાસ(ઓ) અથવા નિદાન અથવા પ્રક્રિયા / શસ(ક્રિયા)ની વિગતો				દવા(ઓ)	ડોઝેજ	વર્તમાન સ્થિતિ (દા.ત. સંપૂર્ણ/આંશિક પુનઃપ્રાપ્તિ અથવા સાવુ સારવાર)	ડોક્ટરના નામ અને સંપર્કની વિગતોની સારવાર કરી રહ્યા છીએ	જો કોઈપણ ડોક્ટરના નામ ડોક્ટરના નામ અને સંપર્કની વિગતોની સારવાર કરી રહ્યા છીએ
	જાડયાબિટીસ HbA1c સ્તર	જા હાઈ બ્લડપ્રેશર બીબી વેવવ		કોઇપણ અન્ય વિગતો					
		સિસ્ટોલિક	ડાયસ્ટોલિક						

6. ઇલેક્ટ્રોનિક નીતિની પરિપૂર્ણતા અને સેવા સંચાર માટે અધિકૃતતા

શું તમે પર્યાવરણનું રક્ષણ કરવા ઇચ્છો છો અને એલિમેન્ટેશન ફોર્મમાં અહીં ઉલ્લેખ કર્યા મુજબ તમારી તમામ નીતિ અને સેવા સંબંધિત સંદેશાવ્યવહારને ઇમેઇલ આઇડી પર મોકલવા માટે કંપનીને અધિકૃત કરીને કાગળને બચાવવામાં મદદ કરવા માંગો છો?

હા ના

7. જાહેરનામું (દરખાસ્ત ફોર્મ પર હસ્તાક્ષર કરતા પહેલા કૃપા કરીને કાળજીપૂર્વક વાંચો અને દરેકની સામે ચેક માર્ક મૂકો)

આથી હું મારા વતી અને વીમાની દરખાસ્ત કરાયેલી તમામ વ્યક્તિઓ વતી જાહેર કરું કે ઉપરોક્ત નિવેદનો, જવાબો અને/અથવા વિગતો મેં આપેલી ઉપરોક્ત બાબતો મારી શ્રેષ્ઠ જાણકારી મુજબ બધી જ બાબતોમાં સાચી અને સંપૂર્ણ છે અને આ બીજી વ્યક્તિઓ વતી દરખાસ્ત કરવાની મને સત્તા છે.

હું સમજું છું કે મારા દ્વારા પૂરી પાડવામાં આવેલી માહિતી વીમા પોલિસીનો આધાર બનાવશે, તે વીમાકંપનીની બોર્ડ દ્વારા માન્ય અન્ડરરાઇટિંગ પોલિસીને આધિન છે અને તે પોલિસી યાજ્ઞબ પ્રોમિસમની સંપૂર્ણ ચુકવણી પછી જ અમલમાં આવશે.

હું વધુમાં જાહેર કરું છું કે હું દરખાસ્ત રજૂ થયા પછી પરંતુ કંપની દ્વારા જોખમની સ્વીકૃતિની જાણ કરતા પહેલા, પરંતુ વીમાકંપની/દરખાસ્તકર્તા બનવા માટે જીવનના વ્યવસાય અથવા સામાન્ય આરોગ્યમાં થતા કોઈપણ ફેરફારને લેખિતમાં જાણ કરીશ.

હું જાહેર કરું છું કે હું કોઈ પણ ડોક્ટર અથવા હોસ્પિટલ પાસેથી તબીબી માહિતી મેળવવા માટે સંમત થાઉં છું, જેમણે/જેણે કોઈ પણ સમયે વીમાધારક/પ્રસ્તાવક તરીકેની વ્યક્તિ પર હાજર રહી હોય અથવા વીમાધારક/દરખાસ્ત કરનાર વ્યક્તિના શારીરિક અથવા માનસિક સ્વાસ્થ્યને અસર કરતી કોઈ પણ બાબત અંગે કોઈ પણ ભૂતકાળના કે વર્તમાન નોકરીદાતા પાસેથી હાજરી આપી હોય અને વીમાધારક/દરખાસ્ત કરનાર વ્યક્તિ પર વીમા માટે અરજી કરવામાં આવી હોય તેવી કોઈ પણ વીમા કંપની પાસેથી માહિતી મેળવવા માટે સંમત આપું છું. દરખાસ્ત અને/અથવા દાવાની પતાવટને અન્ડરરાઇટ કરવાના હેતુ માટે.

હું મારી દરખાસ્ત સાથે સંબંધિત માહિતીનું આદાનપ્રદાન કરવા કંપનીને અધિકૃત કરું છું, જેમાં વીમાધારક/દરખાસ્તકર્તાના તબીબી રેકોર્ડ્સ સામેલ છે, જેનો એકમાત્ર હેતુ દરખાસ્તને અન્ડરરાઇટિંગ કરવાનો અને/અથવા દાવાની પતાવટનો અને કોઈ પણ સરકારી અને/અથવા નિયમનકારી સત્તામંડળ સાથે કરવાનો છે.

હું/અમે અમારી દરખાસ્ત સાથે સંબંધિત માહિતીનું આદાન-પ્રદાન કરવા કંપનીને અધિકૃત કરીએ છીએ, જેમાં વીમાધારક/પ્રસ્તાવકના તબીબી રેકોર્ડ્સનો પણ સમાવેશ થાય છે, જેનો એકમાત્ર હેતુ અમારા પેનલમાં સામેલ પ્રદાતા સાથે સેવા પૂરી પાડવાનો છે.

તિથિ સ્થાન દરખાસ્ત કરનારની સહી

8. વર્નાક્યુલર જાહેરનામું

(પ્રસ્તુતકર્તાએ સ્થાનિક ભાષામાં હસ્તાક્ષર કર્યા હોય તેવા કિસ્સામાં પ્રમાણપત્ર (કંપનીના એજન્ટ/કર્મચારી સિવાય અન્ય કોઈ વ્યક્તિ દ્વારા સાક્ષી બનવાનું રહેશે).

આ સ્વરૂપની સામગ્રી અને તેની વિગતો મેં સ્થાનિક ભાષામાં પ્રસ્તાવકને સમજાવી છે, જેણે આ બાબતને સમજી છે અને તેની પુષ્ટિ કરી છે:

નું નામ પ્રમાણિત વ્યક્તિના

વ્યક્તિને પ્રમાણિત કરી રહ્યા છે:

સાક્ષીનું નામ સાક્ષીની

સહી

પ્રમાણિત કરનાર વ્યક્તિનો મોબાઇલ નંબર:

સાક્ષીનો મોબાઇલ નંબર:

દરખાસ્ત કરનારની સહી

9. પ્રસ્તાવક ઘોષણા

(પ્રમાણપત્ર જ્યાં કોઈ પણ કારણસર દરખાસ્ત કરનાર દ્વારા દરખાસ્ત અને અન્ય સંબંધ કાગળો ભરવામાં આવતા નથી). દરખાસ્તના ફોર્મ અને સંબંધ દસ્તાવેજોની સામગ્રી મને સંપૂર્ણપણે સમજાવવામાં આવી છે અને હું સૂચિત કરારના મહત્વને સંપૂર્ણપણે સમજી ગયો છું. પ્રપોઝલ ફોર્મ મારી સૂચના હેઠળ _____ દ્વારા ભરવામાં આવે છે અને મને તે સાચું લાગ્યું.

દરખાસ્ત કરનારની સહી

10. પ્રીમિયમની વિગતો (ફક્ત ઓફિસના ઉપયોગ માટે)

પ્રીમિયમ ચુકવણી વિકલ્પ ચેક ડિમાન્ડ ડ્રાફ્ટ

ક્રેડિટ કાર્ડ ડેબિટ કાર્ડ નેટ બેંકિંગ

રોકડ બીજાઓ

પ્રીમિયમ રકમ

ઓનલાઇન ચુકવણી વ્યવહાર આઇડી:

તિથિ

બેંક નામ/શાખા

નિવા બુપા શાખાનું સ્થાન

કોડ નં.

આના દ્વારા સ્ત્રોત થયેલ વ્યવસાય:

સલાહકાર/ડીએસટી/ડોપોરિટ એજન્ટ/અન્ય ચેનલ્સ

કોડ નં.

નામ

આના પર પ્રાપ્ત થયેલી દરખાસ્ત:

ગ્રાહક આઈડી:

11. ફક્ત બેન્કાઇચ્યુરન્સ ચેનલ માટે વધારાની વિગતો (ફક્ત ઓફિસના ઉપયોગ માટે)

શાખા કોડ SP કોડ

RM/LG કોડ

C customer ખાતું સંખ્યા

12. વીમા સલાહકારનો અહેવાલ (માત્ર ઓફિસના ઉપયોગ માટે)

1. શું તમે પ્રસ્તાવ મૂકનાર સાથે સંબંધિત છો? હા/ના; જો હા, તો સંબંધની પ્રકૃતિ?

(2) તમે પ્રસ્તાવ મૂકનારને કેટલા વખતથી ઓળખો છો? મહિનાઓ

3. શું તમે પ્રસ્તાવ મૂકનારની ઓળખથી સંતુષ્ટ છો? હા ના

4. શું દરખાસ્ત કરનાર અથવા કોઈ પણ અરજદારને કોઈ શારીરિક વિકૃતિ/ખામી અથવા માનસિક મંદતા છે? હા ના

5. શું તમે સુચિત નીતિની શરતો, નવીનીકરણ માટેની શરતો, બ્યાકાઉટ રાખવા, નીતિની રાહ જોવાની અવધિની સમજણ આપી છે અને દરખાસ્તકર્તાએ વ્યક્તિગત રીતે આરોગ્યની ઘોષણા પૂર્ણ કરી છે? હા ના

6. શું તમે નૈતિક જોખમ સહિત તમામ પરિબળોને ધ્યાનમાં રાખીને આ દરખાસ્તના ફોર્મને સ્વીકારવાની ભલામણ કરો છો? હા ના

7. શું તમે ઉદાસીનતાથી પ્રસ્તાવ મૂકનારને સલાહ આપી છે અને દરખાસ્ત કરનારને તેના/તેણીના હિતમાં હોય તેવા શ્રેષ્ઠ કવરમાં નિર્ણય લેવા સક્ષમ બનાવવા માટે તમામ માહિતી પૂરી પાડી હા ના

તિથિ વીમા સલાહકારની સહી

13. વૈધાનિક ચેતવણી

રિબેટ પર પ્રતિબંધ (વીમા અવિનિયમ 1938ની કલમ 41 હેઠળ)

1. કોઈ પણ વ્યક્તિ પ્રત્યક્ષ કે પરોક્ષ રીતે કોઈ પણ વ્યક્તિને ભારતમાં જીવન કે મિલકતને વગતા કોઈ પણ પ્રકારના જોખમ, ચુકવવાપાત્ર કમિશનના સંપૂર્ણ કે હિસ્સામાં કોઈ પણ પ્રકારની છૂટ અથવા પોલિસીમાં દર્શાવેલા પ્રિમિયમની કોઈ પણ છૂટના સંદર્ભમાં વીમો લેવા કે રિન્યુ કરવા કે ચાલુ રાખવા માટે પ્રેરિત સ્વરૂપે મંજૂરી આપી શકશે નહીં કે ઓફર કરી શકશે નહીં. કે કોઈ પણ વ્યક્તિ કોઈ નીતિ સ્વીકારતી કે રિન્યુ કરતી કે ચાલુ રાખતી કોઈ પણ છૂટનો સ્વીકાર કરી શકે નહિ, સિવાય કે વીમાકંપનીના પ્રકાશિત પ્રોસ્પેક્ટસ અથવા કોષ્ટકો અનુસાર મંજૂરી આપવામાં આવી હોય તેવી છૂટ.

2. આ કલમની જોગવાઈઓનું પાલન કરવામાં કોઈ પણ વ્યક્તિ ડિફોલ્ટ કરશે તો તેના પર દસ લાખ રૂપિયા સુધીના દંડને પાત્ર થશે.

1 4. ABHA ID

સભ્ય નામ	શું તમારી પાસે એલા આઈડી છે?	ABHA ID	શેર કરવા માટે સંમતિ સાથેના તબીબી રેકોર્ડ્સ એ.બી.એ.બી. દ્વારા વીમા કંપનીઓ/ટી.પી.એ.
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> હા <input type="checkbox"/> ના	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> હા <input type="checkbox"/> ના
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> હા <input type="checkbox"/> ના	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> હા <input type="checkbox"/> ના
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> હા <input type="checkbox"/> ના	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> હા <input type="checkbox"/> ના
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> હા <input type="checkbox"/> ના	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> હા <input type="checkbox"/> ના
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> હા <input type="checkbox"/> ના	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> હા <input type="checkbox"/> ના
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> હા <input type="checkbox"/> ના	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> હા <input type="checkbox"/> ના

15. દાવાઓના રિફંડ અને ચુકવણી માટેની વિગતો

ચુકવણી પ્રાપ્ત કરવાનો વિકલ્પ: બેંક ટ્રાન્સફર

લાભાર્થીનું નામ: _____

બેંક નામ: _____ IFSC: _____

ખાતા નંબર: _____

ખાતાનો પ્રકાર: _____

નિવા બુપા હેલ્થ ઇન્શ્યોરન્સ કંપની લિમિટેડ
રજિસ્ટર્ડ ઓફિસ: સી-98, ફર્સ્ટ ફ્લોર, વાજપત નગર, પાઈ 1, નવી દિલ્હી-110024

અસ્વીકરણ: વીમો એ વિનંતીનો વિષય છે. નિવા બુપા હેલ્થ ઇન્શ્યોરન્સ કંપની લિમિટેડ (જે અગાઉ મેક્સ બુપા હેલ્થ ઇન્શ્યોરન્સ કંપની લિમિટેડ તરીકે ઓળખાતી હતી) (આઈઆરડીએઆઈ રજિસ્ટ્રેશન નં. 145), 'બુપા' અને 'હાર્ટબીટ' લોગો તેમના સંબંધિત માલિકોના નોંધાયેલા ટ્રેડમાર્ક્સ છે અને તેનો ઉપયોગ નિવા બુપા હેલ્થ ઇન્શ્યોરન્સ કંપની લિમિટેડ દ્વારા લાઇસન્સ હેઠળ કરવામાં આવી રહ્યો છે. ગ્રાહક હેલ્પલાઇન: 1860-500-8888. વેબસાઇટ: www.nivabupa.com. સીઆઇએન: U66000DL2008PLC182918. નિયમો અને શરતો, બ્યાકાઉટ રાખવા, જોખમી પરિબળો, પ્રતીક્ષાના સમયાંતરો અને વારો વિશે વધુ માહિતી માટે, કૃપા કરીને વેબસાઇટ પૂરું કરતા પહેલા વેબસાઇટ પુસ્તિકાને કાળજીપૂર્વક વાંચો.

આપણા ઇન્સ્યુરન્સ માટે કોઈ સમાચારો છે

નિવા બુપા તેના ગ્રાહકો સાથે ન્યાયી અને પારદર્શક રહેવા માટે સમર્પિત છે. આ દસ્તાવેજ તમારી નીતિની મુખ્ય વિશેષતાઓનો સારાંશ આપે છે, જો કે તે તમારા નીતિ કરારનું સ્થાન લેતું નથી અને અમે તમને આ પ્રોડક્ટની ખરીદીનું સમાપન કરો તે પહેલાં તમારી નીતિની તમામ વિગતો વાંચવા માટે તમને પ્રોત્સાહિત કરીએ છીએ.

નિવા બુપા તમારા માટે આરોગ્ય સંજીવની પોલિસી લેવા માટે - એક આરોગ્ય વીમા યોજના, જેમાં તમારા માટે બનાવવામાં આવેલા તમામ મહત્વપૂર્ણ લાભો છે. આ પોલિસીમાં તમને કોઈ પણ પ્રકારની હોસ્પિટલમાં દાખલ થવા, કે કેર સારવાર અને વૈકલ્પિક સારવાર માટે આવરી લેવામાં આવ્યા છે.

તમારી પોલિસીમાં નીચેના ઇન-બિલ્ટ લાભો છે, જે પોલિસી કરારમાં ઉલ્લેખિત કેટલીક મર્યાદાઓ અને બાકાતોને આધિન છે:

- હોસ્પિટલના ઇનપેશન્ટ કેર, જેમાં સ્મનું ભાડું અને આઇસીયુ ચાર્જિસનો સમાવેશ થાય છે.
- સ્મના ભાડાની મર્યાદા:-
સ્મનું ભાડું: વીમાની રકમના 2 ટકા સુધી, જે દરરોજ વધુમાં વધુ રૂ. 5,000 છે. -
આઇસીયુ/આઇસીસીયુ: વીમાની રકમના 5 ટકા સુધી, જે દરરોજ મહત્તમ રૂ. 10,000ની મર્યાદામાં હોય છે.
- આખા દિવસની સંભાળની સારવારને આવરી લેવામાં આવે છે.
- રોડ એમ્બ્યુલન્સ હોસ્પિટલમાં દાખલ થવા પર 2000 રૂપિયા સુધીનો ચાર્જ લે છે.
- આયુષ્ય સારવાર (માત્ર દર્દીની સંભાળ)
- હોસ્પિટલમાં દાખલ થયાના 30 દિવસ પહેલાં સુધી પ્રિ-હોસ્પિટલમાં દાખલ થવું.
- હોસ્પિટલમાંથી ડિસ્ચાર્જ થયાના 60 દિવસ સુધી હોસ્પિટલમાં દાખલ થવા પછી.
- ઓરલ ક્રીમોથેરાપી, રોબોટિક સર્જરી વગેરે સહિતની આધુનિક સારવારોમાં વીમાની 50 ટકા રકમને આવરી લેવામાં આવી છે.
- મોતિયાની શસ્ત્રક્રિયામાં વીમાની રકમના 25 ટકા સુધીની મર્યાદા આવરી લેવામાં આવી હતી, જે આંખ દીઠ મહત્તમ રૂ. 40,000 સુધીની હતી. આ લાભ રજ મહિનાના ચોક્કસ પ્રતીક્ષા સમયગાળા પછી ઉપલબ્ધ છે.
- દરેક ફ્રેમ ફ્રી પોલિસી વર્ષના શંદર્ભમાં 5 ટકાનું સંચિત બોનસ, વીમાની રકમના મહત્તમ 50 ટકા સુધી. દાવાના કિસ્સામાં, સંચિત બોનસ સમાન દર ઘટાડવામાં આવશે.

નાંધ વેશો કે નીતિ અનુસાર નીચેની પ્રતીક્ષા અવધિઓ લાગુ પડે છે:

- પોલિસીની શરૂઆતથી અત્યાર સુધીમાં 36 મહિનાનો અગાઉથી અસ્તિત્વ ધરાવતો રોગ પ્રતીક્ષા સમયગાળો અને સતત નવીનીકરણને આધિન છે.
પારંભિક વેઇટિંગ પીરિયડ 30 દિવસનો હોય છે, સિવાય કે જરૂરી સારવાર અકસ્માતને કારણે હોય, જે દિવસ 1 થી આવરી લેવામાં આવે છે.
- 24 અને 48 મહિનાનો ચોક્કસ પ્રતીક્ષા સમયગાળો, અમારી સાથે પ્રથમ નીતિની શરૂઆતથી, પોલિસી કરારમાં નિર્દિષ્ટ કેટલીક શરતો માટે, સિવાય કે પરિસ્થિતિ સૌથી અકસ્માતને કારણે થાય (પ્રથમ દિવસથી આવરી લેવામાં આવે છે).

નોંધ વેશો કે નીતિ કરારમાં નિર્ધારિત કર્યા મુજબ પ્રમાણભૂત બાકાતો લાગુ પડે છે. તદ્દુપરાંત, તબીબી મૂલ્યાંકનના આધારે, કેટલીક ચોક્કસ બાકાતો તમારો તમારી નીતિને પણ લાગુ પડી શકે છે.

તમારી નીતિની અન્ય મુખ્ય વિશેષતાઓ નીચે મુજબ છે:

- તમે કોઈ વ્યક્તિ અથવા પરિવાર માટે નીતિ લઈ શકો છો. આ નીતિ હેઠળ કુટુંબના સભ્યોને સ્વ, જીવનસાથી, બાળકો, માતાપિતા અને સાસુ-સસરાની મંજૂરી આપવામાં આવી છે. સભ્યોનો કોઈપણ ઉમેરો અથવા કાઢી નાખવું એ ફક્ત નવીનીકરણ દરમિયાન જ કરવામાં આવશે.
- પસંદ કરાયેલી વીમાની રકમ વ્યક્તિગત ધોરણે હોઈ શકે છે (એટલે કે તમામ સભ્યો માટે વીમાની સમાન રકમ) અથવા ફ્લોટર ધોરણે (એટલે કે તમામ સભ્યો વચ્ચે વહેંચાયેલી વીમાની સમાન રકમ).
- તમામ દાવાઓ 5% ની સહ-યુકવણીને આધિન રહેશે.
- પોલિસી હેઠળ વાર્ષિક, અર્ધવાર્ષિક, ત્રિમાસિક અને માસિક પ્રિમિયમ યુકવણીના માધ્યમો ઉપલબ્ધ છે. માસિક મોડ માટે, બીજા પોલિસી મહિનાનું પ્રિમિયમ પ્રથમ મહિનાના પ્રિમિયમ હપ્તા સાથે યુકવવાનું રહેશે. ત્યાર બાદ શર્ટ પોલિસી મહિનાથી રેચુવર માસિક પ્રિમિયમ ભરવાનું રહે છે. વાર્ષિક મોડ સિવાયના તમામ પ્રિમિયમ પેમેન્ટ મોડસ માટે એસીએચ/એસઆઈ ફરજિયાત છે. પ્રિમિયમ પેમેન્ટ મોડ એક વખત પસંદ કરવામાં આવ્યા બાદ પોલિસીની એક વર્ષની મુદતના અંતે જ તેને બદલી શકાય છે.
- દાવાના કિસ્સામાં, જો માસિક અથવા ત્રિમાસિક અથવા અર્ધવાર્ષિક પ્રિમિયમ યુકવણી મોડનો વિકલ્પ પસંદ કરવામાં આવે છે, તો પોલિસી વર્ષ માટે યુકવવાપાત્ર બાકીનું પ્રિમિયમ સ્વીકાર્ય દાવાની રકમમાંથી કાપવામાં આવશે.
- તમારી પોલિસીની આજીવન નવીનીકરણક્ષમતા તમારી પુષ્ટિ અને બાકી પ્રિમિયમની સમયસર યુકવણીને આધિન છે.

આ જગ્યાને ઇરાદાપૂર્વક ખાલી છોડી રેવામાં આવી છે

તમારું રિન્યુઅલ પ્રીમિયમ તમારા વય બેન્ડના આધારે વધશે, પરંતુ તમારા દાવાના અનુભવને આધારે તેમાં ફેરફાર થશે નહીં. પ્રોડક્ટ માટેના રિન્યુઅલ પ્રીમિયમના દરમાં ભવિષ્યમાં આઇઆરડીએઆઇની મંજૂરીને આધિન અને સમયાંતરે વાગ્યું પડતા આઇઆરડીએઆઇના નિયમો અને નિયમનો અનુસાર સુધારો કરી શકાય છે.

જો તમારી દરખાસ્ત ઇશ્યુ કરવા માટે નકારવામાં આવે તો તમે પ્રિ પોલિસી મેડિકલ ચેક-અપ (પીપીએમસી)ના ખર્ચનો 100 ટકા હિસ્સો સહન કરશો.

ફોલોઅપ જોગવાઈ: જો તમે પોલિસીના નિયમો અને શરતો સાથે સંમત ન હોવ, તો તમે પોલિસી દસ્તાવેજ પ્રાપ્ત થયાના 15 દિવસની અંદર તમારા કારણો જણાવીને જો પોલિસીને ડિસ્કન્સ માઈટિંગ દ્વારા વેચવામાં આવી હોય તો 30 દિવસ તમારા કારણો જણાવીને પોલિસી રદ કરી શકો છો. જો કોઈ વાલ હેલ્થ કોઈ દાવા કરવામાં આવ્યા ન હોય તો, મેડિકલ ચેક-અપ, સ્ટેમ્પ ડ્યુટી અને કવર સમયગાળા માટે પ્રમાણસર જોખમ પ્રીમિયમ માટે યાજ કાપ્યા પછી પ્રીમિયમ પરત કરવામાં આવશે. પોલિસીના રિન્યુઅલ સમયે ફોલોઅપ જોગવાઈ વાગ્યું પડતી નથી.

નોંધ:

પ્રીમિયમ: ફૂપા કરીને નિવા બુપા હેલ્થ ઇન્શ્યોરન્સ કંપની લિમિટેડના નામે ચૂકવણીના સુરક્ષિત માધ્યમ દ્વારા પ્રીમિયમની રકમ જમા કરાવો. કોઈ પણ પ્રશ્ન અથવા દાવાના કિસ્સામાં, ફૂપા કરીને અમારા ગ્રાહક હેલ્પલાઇન નંબર: 1860-500-8888 પર સંપર્ક કરો. આ સાથે કંપનીને સમયાંતરે વેલકમ કોલ્સ, સર્વિસ કોલ્સ અથવા અન્ય કોઈ પણ સંદેશાવ્યવહાર (ઇલેક્ટ્રોનિક કે અન્ય રીતે) કરવા માટે સંમતિ આપ્યું છે અને તેને અધિકૃત કરે છે.

નવી કરણ ચુકવણી સાઇન-અપ

તમારી આરોગ્ય વીમા પોલિસીના રિન્યુઅલ પ્રીમિયમની ચુકવણી દર વર્ષે તમારા વર્તમાન ઓટોમેટેડ ક્લીયરિંગ હાઉસ (એસીએચ) / સ્થાયી સુચનાઓ (એસઆઇ) કંપની સાથે યાવુ રાખીને કરી શકાય છે. આ વિકલ્પ હેલ્થ, તમારી નીતિને તાત્કાલિક નવીકરણ કરી શકાય છે, પરંતુ કંપની દ્વારા જરૂરી હોય તે માહિતી અને દસ્તાવેજીકરણની તમામ વ્યવસ્થાઓ જરૂરિયાતોને પૂર્ણ કરવાને આધિન છે. આ તમારી નીતિનું વાળોની સાતત્યતાને સુનિશ્ચિત કરશે.

ફૂ એસીએચ/એસઆઇ રિન્યુઅલ વિકલ્પ પસંદ કરવા માંગું છું.

તિથિ: _____

સહી પ્રસ્તાવકર્તાનું ઈ: _____

સ્થાન: _____

Pr નું નામ oposer: _____

નિવા બુપા હેલ્થ ઇન્શ્યોરન્સ કંપની લિમિટેડ
રજિસ્ટર્ડ ઓફિસ:- સી-98, ફ્લોર, વાજપત નગર, પાર્ટ 1, નવી દિલ્હી-110024 ડિસ્ક્રિપ્શન:
ઇન્શ્યોરન્સ એ એક અનુરોધનો વિષય છે. નિવા બુપા હેલ્થ ઇન્શ્યોરન્સ કંપની લિમિટેડ જો અગાઉ મેક્સ બુપા હેલ્થ ઇન્શ્યોરન્સ કંપની લિમિટેડ તરીકે ઓળખાતી હતી (આઇઆરડીએઆઇ રજિસ્ટ્રેશન નં. 145). 'બુપા' અને 'હાઈબ્રીડ' લોગો તેમના સંબંધિત માલિકોના નોંધાયેલા ટ્રેડમાર્ક્સ છે અને તેનો ઉપયોગ નિવા બુપા હેલ્થ ઇન્શ્યોરન્સ કંપની લિમિટેડ દ્વારા વાઇસન્સ હેલ્થ કરવામાં આવી રહ્યો છે. ગ્રાહક હેલ્પલાઇન: 1860-500-8888. વેબસાઇટ: www.nivabupa.com. સીઆઇએન: U66000DL2008PLC182918. નિયમો અને શરતો, બાકાત રાખવા, જોખમી પરિબલો, પ્રતીક્ષાના સમયગાળા અને વાલો વિશે વધુ માહિતી માટે, ફૂપા કરીને વેબસાઇટ પર ક્લિક કરવા પહેલાં વેબસાઇટ પર પુસ્તિકાને કાળજીપૂર્વક વાંચો.

કંપની દ્વારા સ્વીકૃતિ

એલિમેન્ટ નં.

તિથિ

સ્વીકાર કરો છો છો. વીમા માટેની પૂર્ણ થયેલી દરખાસ્તની અમને સુધરત કરવાની કે નીતિ જારી કરવા માટે કરવામાં આવેલી કોઈ પણ ચુકવણીને કારણે અમને એવી નીતિ જારી કરવા સંમત થવાની કરજ પડતી નથી કે જે નિર્ણય અમારો સંપૂર્ણ અને સંપૂર્ણ મૂનસફીમાં હોય અને હેમોશા રહેશે. જો આપણે વીમા માટેની દરખાસ્ત સ્વીકારીએ, તો તે પોલિસીના નિયમો અને શરતોને આધિન રહેશે અને જો પ્રીમિયમ અમને સંપૂર્ણ અને સમયસર પ્રાપ્ત ન થાય અથવા પ્રાપ્ત ન થાય અથવા પ્રાપ્ત ન થાય તો અમારો પાસે કોઈ પણ પ્રકારની જવાબદારી રહેશે નહીં. જો અમે દરખાસ્તને સ્વીકાર નહીં કરીએ, તો અમે તમને જાણ કરીશું અને તમારો પાસેથી વ્યાજ વિના પ્રાપ્ત થયેલા તબીબી પરીક્ષણોનો ખર્ચ, જો કોઈ હોય તો તે બાદ કર્યા પછી ચુકવણી પરત કરીશું.

મેળવનાર અને ઓફિસ સીલનું નામ અને સહી
