

URN: 016

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
રાષ્ટ્રીયતા	<input type="text"/>		
વર્તમાન સરનામું	<input type="text"/>		
સીમાયિત્ત	<input type="text"/>	શહેર	<input type="text"/>
જીલ્લો	<input type="text"/>	રાજ્ય	<input type="text"/>
વ્યક્તિગત ઓળખ નંબર	<input type="text"/>		
વેન્ડવાઇઝ નંબર	<input type="text"/>	મોબાઇલ નંબર	<input type="text"/>
ઇ-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		
દ્વારા ચૂકવવામાં આવતું પ્રીમિયમ	<input type="text"/>	પ્રસ્તાવ મૂકનાર સાથે સંબંધ	<input type="text"/>

હું મારા મોબાઇલ નંબર પર વોટ્સએપ પર મારી નીતિ સંબંધિત માહિતી અને અપડેટ્સ પ્રાપ્ત કરવા માંગુ છું.

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 મારો સંપર્ક કરવા માટે મારો સંપર્ક કરવા માટે અધિકૃત કર્યા છે, જેથી આવકારદાયક કોલ્સ/એસએમએસ, સર્વિસ કોલ્સ/એસએમએસ અથવા અન્ય કોઈ પણ વાણિજ્યિક સંદેશાવ્યવહાર કરી શકાય.

શું તમે કે કોઈ પણ સૂચિત અરજદાર 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 પીઈપી સામે ટિક કર્યું હોય, તો કૃપા કરીને અલગ પીઈપી પ્રશ્નાવલિ ભરો

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 ખાતું ખોલાવ્યું છે) (કૃપા કરીને કોઈપણ એક પસંદ કરો)

1.એન.એસ.ડી.એલ. 2. CIRL 3.કાર્વી 4.CAMS

અથવા મારી પાસે હાલનું ઇ-ઇ-ઇન્શ્યોરન્સ ખાતું નથી અને હું નવું ઇ-ઇ-ઇન્શ્યોરન્સ એકાઉન્ટ તૈયાર કરવામાં રસ ધરાવું છું (કૃપા કરીને સંબંધિત દસ્તાવેજો સાથે ઇલેક્ટ્રોનિક ઇન્શ્યોરન્સ એકાઉન્ટ ઓપનિંગ ફોર્મ (ઇઆઇએ ફોર્મ) સબમિટ કરો).

2. કવરેજ પસંદગી:

આધાર વિસ્તાર:	<input type="text"/>
પોલિસી પ્રકાર:	<input type="text"/> વ્યક્તિગત આધાર <input type="text"/> ફેમિલી ફ્લોટર બેસિસ
આવરી લેવાના જીવનની સંખ્યા:	<input type="text"/> પુખ્ત વયનાઓ <input type="text"/> બાળકો
વીમાની મૂળભૂત રકમ:	
પોલિસી ટર્મ:	<input type="text"/> 3.૫ મહિના <input type="text"/> ૬.૫ મહિના <input type="text"/> ૯.૫ મહિના
વૈકલ્પિક કવરેજ:	
હોસ્પિટલમાં રોકડ: રોજની વીમાની રકમના 0.5 ટકા	<input type="text"/> હા <input type="text"/> ના

3. વીમા માટે અરજદારોની વિગતો:

અરજદાર નંબર	નામ	વિગ (પુરુષ/સ્ત્રી/અન્ય)	જન્મતારીખ (dd/mm/yyyy)	સંબંધ	ભારતીય ન હોય તો કૃપા કરીને ટિક કરો
1					<input type="checkbox"/>
2					<input type="checkbox"/>
3					<input type="checkbox"/>
4					<input type="checkbox"/>
5					<input type="checkbox"/>
n					<input type="checkbox"/>

4. નામાંકન

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

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

નોમિનીની બેંક વિગતો:

વાલાર્થના નામ:

બેંક નામ

Account type

સંગ્રહી

Cur ભાઈ

ખાતા નંબર

IFSC કોડ

5. તબીબી, આદતો અને ભૂતકાળની દરખાસ્તની માહિતી

અગત્યની બાબત: કૃપા કરીને એ બાબતની ખાતરી કરો કે આ વિભાગમાં પૂછાયેલા પ્રશ્નોના જવાબ સાચા અર્થમાં અને સંપૂર્ણપણે આપવામાં આવ્યા હોય. કારણ કે તમે અહીં જે માહિતી પૂરી પાડો છો તે નિવા બુપા 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.

કૃપા કરીને દરેક અરજદાર માટે નીચેના પ્રશ્નોના જવાબ આપો. કૃપા કરીને 'હા' (Y) અથવા 'ના' (N) પર વર્તુળ બનાવો.	અરજદાર નંબર									
	1	2	3	4	5	6				
1. શું તમે અથવા અન્ય કોઈ સભ્ય કે જે તમે આ પોલિસી માટે ખરીદી રહ્યા છો તે કોવિડ-19 પોઝિટિવ વ્યક્તિ સાથે છેલ્લા 21 દિવસમાં રહે છે અથવા રહે છે?	અને	N	અને	N	અને	N	અને	N	અને	N
2. શું તમે છેલ્લા 21 દિવસમાં કોઈ પણ મેળાવડામાં ભાગ લીધો છે અથવા કોઈની મુલાકાત લીધી છે, જ્યાં કોઈ વ્યક્તિનો ટેસ્ટ કરવામાં આવ્યો હોય, ઇલેન્ટ પછી કોવિડ-19 પોઝિટિવ છે?	અને	N	અને	N	અને	N	અને	N	અને	N
3. શું છેલ્લા 21 દિવસમાં કોઈએ તમારા ઘરની મુલાકાત લીધી છે (જેમ કે ઘરની મદદ, ડિલિવરી પર્સન, ડ્રાઇવર, ફૂક, માળી, સફાઇ વ્યક્તિ વગેરે) એ કોવિડ-19 માટે સકારાત્મક પરીક્ષણ કર્યું છે?	અને	N	અને	N	અને	N	અને	N	અને	N

6. ઇલેક્ટ્રોનિક નીતિની પરિપૂર્ણતા અને સેવા સંચાર માટે અધિકૃતતા

શું તમે પર્યાવરણનું રક્ષણ કરવા ઇચ્છો છો અને એલિક્ટ્રોનિક 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 મારી વતી અને વીમાની દરખાસ્ત કરાયેલી તમામ વ્યક્તિઓ વતી જાહેર કરું છું 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 પ્રીમિયમની સંપૂર્ણ ચૂકવણી 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 નોંધપાત્ર 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 સંમતિ આપું છું. દરખાસ્ત અને/અથવા દાવાની પતાવટને અન્ડરરાઇટ કરવાના હેતુ માટે.

હું મારી દરખાસ્ત સાથે સંબંધિત માહિતીનું આદાન-પ્રદાન 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 અંગે/અથવા નિયમનકારી સત્તામાંડગ 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 વ્યક્તિને પ્રમાણિત કરી રહ્યા છે:	<input type="text"/>	પ્રમાણિત વ્યક્તિના હસ્તાક્ષર:	<input type="text"/>	પ્રમાણિત કરનાર વ્યક્તિનો મોબાઇલ નંબર: <input type="text"/>
સાક્ષીનું નામ	<input type="text"/>	સાક્ષીની સહી	<input type="text"/>	સાક્ષીનો મોબાઇલ નંબર: <input type="text"/>
				દરખાસ્ત કરનારની સહી <input type="text"/>

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 સુચિત 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 <input type="checkbox"/> ડેડિટ કાર્ડ <input type="checkbox"/> રોકડ <input type="checkbox"/> બીજાંઓ, _____	ચેક <input type="text"/> ડિમાન્ડ ડ્રાફ્ટ <input type="text"/>	પ્રીમિયમ રકમ <input type="text"/>
ઓનલાઇન ચુકવણી વ્યવહાર આઇડી:	<input type="text"/>	તિથિ <input type="text"/>
બેંક નામ/શાખા	<input type="text"/>	નિવા બુપા શાખાનું સ્થાન <input type="text"/>
કોડ નં. <input type="text"/>		નામ <input type="text"/>
આના દ્વારા સ્ત્રોત થયેલ વ્યવસાય: સલાહકાર/ડીએસટી/કોર્પોરેટ એજન્ટ/અન્ય ચેનલ્સ		ગ્રાહક આઇડી: <input type="text"/>
કોડ નં. <input type="text"/>		
આના પર પ્રાપ્ત થયેલી દરખાસ્ત: <input type="text"/>		
પ્રપોઝર છે અથવા અરજદાર સ્ટાફ છે <input type="checkbox"/> હા <input type="checkbox"/> ના		

આ જગ્યા જાણી જોઈને ખાલી છોડી દેવામાં આવી છે.

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

શાખા કોડ SP કોડ RM/LG કોડ

Customer ખાતું સંખ્યા

12. વીમા સલાહકારનો અહેવાલ (માત્ર ઓફિસના ઉપયોગ માટે)

હું, મારી હેસિયતથી, કોર્પોરેટ એજન્સીના નિર્દિષ્ટ વ્યક્તિ/બ્રોકર/રિવેન્શનશિપ ઓફિસરના અધિકૃત કર્મચારી તરીકે મારી હેસિયતથી જાહેર કરું છું કે મેં આ પ્રપોઝલ ફોર્મની તમામ વિષયવસ્તુ સમજાવી છે, જેમાં આ પ્રપોઝલ ફોર્મમાં સમાવિષ્ટ પ્રશ્નોના પ્રકારનો સમાવેશ થાય છે, જેમાં આ પ્રપોઝલ ફોર્મમાં સામેલ હોય તેવા નિવેદનો(ઓ), માહિતી અને જવાબો(ઓ) દ્વારા આ પ્રપોઝલ ફોર્મમાં રજૂ કરવામાં આવેલા નિવેદનો(ઓ), માહિતી અને જવાબો(ઓ) નો સમાવેશ થાય છે, જેમાં અહીં સમાવિષ્ટ પ્રશ્નો અથવા અહીં માંગવામાં આવેલી કોઈ પણ વિગતોનો આધાર બનશે. કંપની અને પ્રસ્તાવક વચ્ચેના વીમાના કરારની, જો આ દરખાસ્તને કંપની દ્વારા પોલિસી જારી કરવા માટે સ્વીકારવામાં આવે તો, મેં વધુમાં સમજાવ્યું છે

કે જો કોઈ પણ અસત્ય નિવેદન(ઓ) / માહિતી / પ્રતિસાદ(ઓ) આ દરખાસ્તના ફોર્મમાં સમાવિષ્ટ હોય / હોય / પરિશિષ્ટ(ઓ), સોગંદનામા, નિવેદનો, રજૂ કરવા / રજૂ કરવા માટે અને વધુ જો કોઈ ભૌતિક હકીકત જાહેર ન કરવામાં આવી હોય, તો આ દરખાસ્ત અનુસાર તેની / તેણીની તરફેણમાં જારી કરવામાં આવેલી નીતિને કંપની દ્વારા રદબાતલ અને રદબાતલ ગણવામાં આવી શકે છે અને નીતિ હેઠળ ચૂકવવામાં આવતા તમામ પ્રીમિયમને કંપની દ્વારા જમ કરી શકાય છે.

તિથિ વીમા સલાહકારની સહી

નોંધ
કલમ 10, 11 અને 12 હેઠળ પૂરી પાડવામાં આવેલી વિગતો માત્ર ઓફિસના ઉપયોગ માટે છે અને તે દરખાસ્ત કરનાર દ્વારા ભરવાની નથી. તેથી, આ વિભાગો સૂચક છે કારણ કે તેમને પ્રસ્તાવક દ્વારા ભરવામાં આવેલી વિગતો સાથે કોઈ સંબંધ નથી. આ નોંધ ગ્રાહકોને મોકલવામાં આવેલા પ્રપોઝલ ફોર્મમાં દેખાશે નહીં અને તે માત્ર ફાઇલ અને યુઝ એપ્રુવલનો જ એક ભાગ

13. વૈધાનિક ચેતવણી

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

- કોઈ પણ વ્યક્તિ પ્રત્યક્ષ કે પરોક્ષ રીતે કોઈ પણ વ્યક્તિને ભારતમાં જીવન કે મિલકતને વગતા કોઈ પણ પ્રકારના જોખમ, ચૂકવવાપાત્ર કમિશનના સંપૂર્ણ કે હિસ્સામાં કોઈ પણ પ્રકારની છૂટ અથવા પોલિસીમાં દર્શાવેલા પ્રિમિયમની કોઈ પણ છૂટના સંદર્ભમાં વીમો લેવા કે રિન્યૂ કરવા કે ચાલુ રાખવા માટે પ્રેરિત સ્વરૂપે મંજૂરી આપી શકશે નહીં કે ઓફર કરી શકશે નહીં. કે કોઈ પણ વ્યક્તિ કોઈ નીતિ સ્વીકારતી કે રિન્યૂ કરતી કે ચાલુ રાખતી કોઈ પણ છૂટનો સ્વીકાર કરી શકે નહિ, સિવાય કે વીમાકંપનીના પ્રકાશિત પ્રોસ્પેક્ટસ અથવા કોઈકો અનુસાર મંજૂરી આપવામાં આવી હોય તેવી છૂટ.
- આ કલમની જોગવાઈઓનું પાલન કરવામાં કોઈ પણ વ્યક્તિ ડિફોલ્ટ કરશે તો તેના પર દસ લાખ રૂપિયા સુધીના દંડને પાત્ર થશે.

14. ABHA ID

સભ્ય નામ	શું તમારી પાસે એભા આઈડી છે?	ABHA ID	એ.એચ.એ.બી. દ્વારા વીમા કંપનીઓ/ટીપીએ સાથે તબીબી રેકોર્ડ્સ શેર કરવા
<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. ઠાવાઓના રિફંડ અને ચૂકવણી માટેની વિગતો

ચૂકવણી પ્રાપ્ત કરવાનો વિકલ્પ: બેંક ટ્રાન્સફર

બાંધાર્થીનું નામ

બેંક નામ

ખાતા નંબર IFSC કોડ

ખાતા પ્રકાર:

નિવા બુપા હેલ્થ ઇન્શ્યોરન્સ કંપની લિમિટેડ
રજિસ્ટર્ડ ઓફિસ:- સી-98, ફર્સ્ટ ફ્લોર, વાજપત નગર, પાર્ટ 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' વોગો તેમના સંબંધિત માલિકોના નોંધાયેલા ટેડ્સમાં સ્ક્રી છે અને તેનો ઉપયોગ નિવા બુપા હેલ્થ ઇન્શ્યોરન્સ કંપની લિમિટેડ દ્વારા વાઇસન્સ હેઠળ કરવામાં આવી રહ્યો છે. ગ્રાહક હેલ્થવાઇઝન: 1860-500-8888. વેબસાઇટ: www.nivabupa.com. સીઆઇએન: U66000DL2008PLC1822918. નિયમો અને શરતો, બ્યાકાત રાખવા, જોખમી પરિબળો, પ્રતીક્ષાના સમયગાળા અને વાલો વિશે વધુ માહિતી માટે, કૃપા કરીને વેબસાઇટ પૂરું કરતા પહેલા વેબસાઇટ પુસ્તિકાને કાળજીપૂર્વક વાંચો.

એપ્લિકેશન નં.

તિથિ

drawn on _____ તારીખના _____ રકમની _____ ચેક/ડિમાન્ડ ડ્રાફ્ટ/ અન્યો દ્વારા તમારી દરખાસ્ત અને રકમની પ્રાપ્તિનો અમે આભાર સાથે સ્વીકાર કરીએ છીએ. વીમા માટેની પૂર્ણ થયેલી દરખાસ્તની અમને સુપરત કરવાની કે નીતિ જારી કરવા માટે કરવામાં આવેલી કોઈ પણ ચૂકવણીને કારણે અમને એવી નીતિ જારી કરવા સંમત થવાની ફરજ પડતી નથી કે જે નિર્ણય અમારી સંપૂર્ણ અને સંપૂર્ણ મુનસફીમાં હોય અને હંમેશાં 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 અમારી પાસે કોઈ પણ પ્રકારની જવાબદારી રહેશે નહીં. જો અમે દરખાસ્તનો સ્વીકાર નહીં કરીએ, તો અમે તમને જાણ કરીશું અને તમારી પાસેથી વ્યાજ વિના પ્રાપ્ત થયેલા તબીબી પરીક્ષણોનો ખર્ચ, જો કોઈ હોય તો તે બાદ કયાં પછી ચૂકવણી પરત કરીશું.

મેળવનાર અને ઓફિસ સીલનું નામ અને સહી

કી ફિચર ડોક્યુમેન્ટ (કેએફડી)-

કોરોના કવચ પોલિસી,

નિવા બુપા હેલ્થ ઇન્સ્યોરન્સ કંપની લિ.

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.

'કોરોના કવચ પોલિસી, નિવા બુપા હેલ્થ ઇન્સ્યોરન્સ કંપની લિમિટેડ' તમને કોવિડ-19 સંબંધિત ચોક્કસ લાભો પ્રદાન કરે છે. ઉપરાંત, જો તમે તમારું કવચ વધારવા માંગતા હો, તો ખરીદવા માટે તમારા માટે વૈકલ્પિક લાભ છે.

નીચેના આધારભૂતવાભોપૂરાપાડવામાં આવે છે, જે પોલિસીકરારમાં ઉલ્લેખિત કેટલીક મર્યાદાઓ અને બાકાતોને આધિન છે:

- કોવિડ-19 માટે હોસ્પિટલમાં દાખલ થનારા ખર્ચને વીમાની રકમ સુધી આવરી લેવામાં આવશે. કોવિડ-19 ની સારવારની સાથે કોઈપણ કોમોર્બિડિટીની સારવાર પર કરવામાં આવતા ખર્ચને પણ વીમાની રકમ સુધી આવરી લેવામાં આવશે.
- હોસ્પિટલમાં દાખલ થવા પહેલાંનો અને પછીનો ખર્ચ અનુક્રમે ૧૫ અને ૩૦ દિવસ માટે.
- આયુર્વેદ, યોગ અને નેચરોપેથી, યુનાની, સિદ્ધ અને હોમિયોપેથી પદ્ધતિઓ ઓફ મેડિસિન્સ હેલ્થ કોવિડ-19 માટે ઇન્પેશન્ટ કેર ટ્રીટમેન્ટ માટે કરવામાં આવતા આયુષ્ય ખર્ચને આવરી લેવામાં આવશે.
- રોડ એમ્બ્યુલન્સમાં કોવિડ-19 હોસ્પિટલમાં દાખલ થવા પર પ્રતિ રૂ. 2,000 સુધીનો સમાવેશ થાય છે.
- કોવિડ-19 ના સકારાત્મક નિદાન પર કોવિડ-19 ની ઘરે સારવાર મેળવવા માટે હોમ કેર સારવાર ખર્ચ. ઘટના દીઠ મહત્તમ ૧૪ દિવસ સુધી.

પોલિસી કોન્ટ્રાક્ટમાં ઉલ્લેખિત કેટલીક મર્યાદાઓ અને બાકાતોને આધિન નીચેનો વૈકલ્પિક લાભ પૂરો પાડવામાં આવે છે:

હોસ્પિટલ દરરોજ વીમાની રકમના 0.5% ની દૈનિક રોકડ દરેક વીમાફત સભ્ય માટે પોલિસીના સમયગાળામાં મહત્તમ 15 દિવસને આધિન રહેશે.

તમારી પોલિસીની અન્ય મુખ્ય વિશેષતાઓ નીચે મુજબ છે:

- નીતિ વ્યક્તિગત અને ફેમિલી ફ્લોટર ધોરણે ઉપલબ્ધ છે.
- ફેમિલી ફ્લોટર કવર મહત્તમ ૨ પુખ્ત વયના લોકો અને ૪ બાળકો માટે ઉપલબ્ધ છે. ફેમિલી ફ્લોટર પોલિસીમાં પુખ્ત વયના લોકો માટે માન્ય સંબંધો સ્વ, જીવનસાથી, પિતા, સસરા, માતા અથવા સાસુ છે.
- 3. નીતિગત સમયગાળો ઉપલબ્ધ છે: 3.5 મહિના, 6.5 મહિના અને 9.5 મહિના.
- આ પોલિસીને રિન્યૂ કરી શકાતી નથી, પોર્ટ કરી શકાતી નથી કે સ્થળાંતર કરી શકાતી નથી.

નોંધો:

- વૈકલ્પિક લાભ માટે વધારાનું પ્રીમિયમ લેવામાં આવે છે.
- એ વાતની નોંધ લો કે 15 દિવસનો પ્રારંભિક પ્રતીક્ષા સમયગાળો પોલિસીને લાગુ પડે છે.
- એ બાબતની નોંધ લેશો કે નીતિવિષયક કરારમાં દર્શાવ્યા મુજબ પ્રમાણભૂત બાકાતો લાગુ પડે છે.
- પ્રીમિયમ: ફૂપા કરીને નિયત બુપા હેલ્થ ઇન્સ્યોરન્સ કંપની લિમિટેડના નામે ચૂકવણીના સુરક્ષિત માધ્યમથી પ્રીમિયમની રકમ જમા કરાવો.
- કોઈ પણ પ્રશ્ન અથવા દાવાના કિસ્સામાં, ફૂપા કરીને અમારી ગ્રાહક હેલ્પલાઇન નંબર: 1860-500-888નો સંપર્ક કરો