

અને Xર દરખાસ્ત ફોર્મ

URN: 026

વીમા કરાર એ કાનૂની કરાર પણ છે અને તે ટ્રસ્ટ અને અમે તમારા પર વિશ્વાસ કરીએ છીએ તેના પર આધારિત છે. અમે સમજીએ છીએ કે તમારા સ્વાસ્થ્ય અંગેની માહિતી કેટલી સુસંગત છે અને તે તમારી નીતિ પર તેની અસર કરે છે તે તમે કદાચ જાણતા નથી. આથી એ ખૂબ જ મહત્વનું છે કે તમે આરોગ્યની તમામ માહિતી જાહેર કરો અને તે કેટલી સુસંગત છે તેનો નિર્ણય અમે કરીશું (અમે તેને 'ભૌતિક હકીકત' કહીએ છીએ). અમે તમારી પોલિસી રદ કરીશું, કોઈ ઘાવાની ચૂકવણી કરીશું નહીં, ચૂકવેલ કોઈ પ્રીમિયમને પરત કરીશું નહીં અને વીમાનો પ્રસ્તાવ મૂકવામાં આવેલા તમામ સભ્યો વિશે સાચી અને સંપૂર્ણ માહિતી પૂરી પાડવામાં ન આવે તો, અગાઉ ચૂકવેલ લાભોની વસૂલાત સહિત તમારી સામે તમામ શક્ય કાનૂની પગલાં લેવાનો અધિકાર ધરાવીએ છીએ. નિયમનો આદેશ આપે છે કે કવરેજ ફક્ત ત્યારે જ શરૂ થઈ શકે છે જ્યારે અમે સંપૂર્ણ પ્રીમિયમ પ્રાપ્ત કરીએ અને જોખમને સ્પષ્ટપણે સ્વીકાર્યું હોય.

1. પ્રસ્તાવક વિગતો:

શીર્ષક	નામ								
DOB	D	D	M	M	જાતિ:	પુરુષ	નારી	અન્ય	રાષ્ટ્રીયતા
વર્તમાન સરનામું									
સીમાચિહ્ન									શહેર
જીલ્લો	રાજ્ય								વ્યક્તિગત ઓળખ નંબર
લેન્ડલાઇન નંબર									મોબાઇલ નંબર
ઈ-મેઇલ ID									વૈકલ્પિક નંબર
PAN નંબર	(રૂ. 50,000થી વધારેનાં પ્રિમિયમ માટે રોકડ અને અન્ય માધ્યમો મારફતે રૂ. 1 લાખથી વધારે પ્રિમિયમ માટે ફરજિયાત)								
વાર્ષિક આવક (રૂ.)	CKYC નંબર								
વ્યવસાય	પગારદાર	સ્વ-રોજગાર	વિદ્યાર્થી	ગૃહિણી	અન્ય, કૃપા કરીને સ્પષ્ટ કરો				
દ્વારા ચૂકવવામાં આવતું પ્રીમિયમ	પ્રસ્તાવ મૂકનાર સાથે સંબંધ								

હું પર્યાવરણનું રક્ષણ કરવા માંગું છું અને એપ્લિકેશન ફોર્મમાં અહીં ઉલ્લેખ કર્યા મુજબ તમારી તમામ નીતિ અને સેવા સંબંધિત સંદેશાવ્યવહારને ઇમેઇલ આઇડી પર મોકલવા માટે કંપનીને અધિકૃત કરીને કાગળને બચાવવામાં મદદ કરવા માંગું 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 એસએમએસ/ ઇમેઇલ/ ફોન / વહીવટી સંબંધ / ફેસબુક અથવા મારા રજિસ્ટર્ડ ફોન નંબર પરના અન્ય કોઈ પણ મોડસ પર મારો સંપર્ક કરવા માટે અધિકૃત કરું છું જેથી આવકારદાયક કોલ્સ / એસએમએસ, સર્વિસ કોલ્સ / એસએમએસ અથવા એસએમએસ અથવા એસએમએસ અથવા અન્ય કોઈ પણ વ્યવસાયિક સંદેશાવ્યવહાર કરી શકાય.

શું તમે છો કે કોઈ પણ સૂચિત અરજદાર પી.ઈ.પી. #? 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 લશ્કરી અધિકારીઓ, સરકારી કંપનીઓના વરિષ્ઠ અધિકારીઓ, પક્ષના મહત્વપૂર્ણ અધિકારીઓ છે અથવા સોપવામાં આવ્યા છે, જો તમે પીઇપી સામે ટિક કર્યું હોય, તો કૃપા કરીને અલગ પીઇપી પ્રશ્નાવલિ ભરો)

બેંક વિગતો:

બેંક નામ						
ખાતા નંબર					IFSC કોડ	
Account type	સંગ્રહી	વર્તમાન	શાખા	શહેર		

ઇલેક્ટ્રોનિક વીમા ખાતાની વિગતો (ઇઆઇએ)

શું તમે ઇચ્છો છો કે આ નીતિનો શ્રેય કોઈ ઇઆઇએને આપવામાં આવે? (કૃપા કરીને કોઈપણ એક પસંદ કરો)

ના, મારી પાસે ઇઆઇએ નથી અને ખોલવાની ઇચ્છા પણ નથી

હા, આ પોલિસીને મારા ઇ-ઇન્શ્યોરન્સ એકાઉન્ટમાં કેડિટ કરો

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

મેસર્સ એનએસડીએલ ડેટાબેઝ મેનેજમેન્ટ લિમિટેડ

મેસર્સ સેન્ટ્રલ ઇન્શ્યોરન્સ રિપોઝિટરી લિમિટેડ

મેસર્સ કાર્વા ઇન્સ્યુરન્સ રિપોઝિટરી લિમિટેડ

મેસર્સ CAMS રિપોઝિટરી સર્વિસીસ લિમિટેડ (કૃપા કરીને કોઈ પણ 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).

રિન્યૂઅલ પેમેન્ટ સાઇન-અપ:

તમારી આરોગ્ય વીમા પોલિસીના રિન્યૂઅલ પ્રિમિયમની ચૂકવણી દર વર્ષે તમારા વર્તમાન ઓટોમેટેડ ક્વીયરિંગ હાઉસ (એસીએચ) / સ્થાયી સૂચનાઓ (એસઆઇ) કંપની સાથે ચાલુ રાખીને કરી શકાય છે. આ વિકલ્પ હેઠળ, તમારી નીતિને તાત્કાલિક નવીકરણ કરી શકાય છે, પરંતુ કંપની દ્વારા જરૂરી હોય તે માહિતી અને દસ્તાવેજીકરણની તમામ વધારાની જરૂરિયાતોને પૂર્ણ કરવાને આધિન છે.

હું એસીએચ/એસઆઇ રિન્યૂઅલ વિકલ્પ પસંદ કરવા માંગું છું.

તિથિ D D M M - - સ્થાન _____ દરખાસ્ત કરનારની સહી

2. વીમા માટે અરજદારોની વિગતો:

અરજદાર ૧

નામ

જાતિ પુરુષ નારી અન્ય ઊંચાઈ (સે.મી.) (ઇંચ) વજન (કિ.ગ્રા.)

મોબાઇલ નંબર જન્મની તારીખ D D M M જો ભારતીય ન હોય તો ફૂપા કરીને ટિક કરો

પ્રસ્તાવ મૂકનાર સાથે સંબંધ (ફૂપા કરીને વિકલ્પ ટિક કરો): સ્વ/જીવનસાથી/પિતા/માતા/સસરા/સાસુ/સાસુ/પુત્ર/પુત્રી/કર્મચારી

જો રજિસ્ટર્ડ મેડિકલ પ્રેક્ટિશનર*, તો ફૂપા કરીને પ્રદાન કરો: 1. મેડિકલ રજિસ્ટ્રેશન નંબર

ii. કાઉન્સિલ નામ

iii. કાર્યસ્થળનું સરનામું

અરજદાર ૨

નામ

જાતિ પુરુષ નારી અન્ય ઊંચાઈ (સે.મી.) (ઇંચ) વજન (કિ.ગ્રા.)

મોબાઇલ નંબર જન્મની તારીખ D D M M જો ભારતીય ન હોય તો ફૂપા કરીને ટિક કરો

પ્રસ્તાવ મૂકનાર સાથે સંબંધ (ફૂપા કરીને વિકલ્પ ટિક કરો): સ્વ/જીવનસાથી/પિતા/માતા/સસરા/સાસુ/સાસુ/પુત્ર/પુત્રી/કર્મચારી

જો રજિસ્ટર્ડ મેડિકલ પ્રેક્ટિશનર*, તો ફૂપા કરીને પ્રદાન કરો: 1. મેડિકલ રજિસ્ટ્રેશન નંબર

ii. કાઉન્સિલ નામ

iii. કાર્યસ્થળનું સરનામું

અરજદાર ૩

નામ

જાતિ પુરુષ નારી અન્ય ઊંચાઈ (સે.મી.) (ઇંચ) વજન (કિ.ગ્રા.)

મોબાઇલ નંબર જન્મની તારીખ D D M M જો ભારતીય ન હોય તો ફૂપા કરીને ટિક કરો

પ્રસ્તાવ મૂકનાર સાથે સંબંધ (ફૂપા કરીને વિકલ્પ ટિક કરો): સ્વ/જીવનસાથી/પિતા/માતા/સસરા/સાસુ/સાસુ/પુત્ર/પુત્રી/કર્મચારી

જો રજિસ્ટર્ડ મેડિકલ પ્રેક્ટિશનર*, તો ફૂપા કરીને પ્રદાન કરો: 1. મેડિકલ રજિસ્ટ્રેશન નંબર

ii. કાઉન્સિલ નામ

iii. કાર્યસ્થળનું સરનામું

અરજદાર ૪

નામ

જાતિ પુરુષ નારી અન્ય ઊંચાઈ (સે.મી.) (ઇંચ) વજન (કિ.ગ્રા.)

મોબાઇલ નંબર જન્મની તારીખ D D M M જો ભારતીય ન હોય તો ફૂપા કરીને ટિક કરો

પ્રસ્તાવ મૂકનાર સાથે સંબંધ (ફૂપા કરીને વિકલ્પ ટિક કરો): સ્વ/જીવનસાથી/પિતા/માતા/સસરા/સાસુ/સાસુ/પુત્ર/પુત્રી/કર્મચારી

જો રજિસ્ટર્ડ મેડિકલ પ્રેક્ટિશનર*, તો ફૂપા કરીને પ્રદાન કરો: 1. મેડિકલ રજિસ્ટ્રેશન નંબર

ii. કાઉન્સિલ નામ

iii. કાર્યસ્થળનું સરનામું

અરજદાર ૫

નામ

જાતિ પુરુષ નારી અન્ય ઊંચાઈ (સે.મી.) (ઇંચ) વજન (કિ.ગ્રા.)

મોબાઇલ નંબર જન્મની તારીખ D D M M જો ભારતીય ન હોય તો ફૂપા કરીને ટિક કરો

પ્રસ્તાવ મૂકનાર સાથે સંબંધ (ફૂપા કરીને વિકલ્પ ટિક કરો): સ્વ/જીવનસાથી/પિતા/માતા/સસરા/સાસુ/સાસુ/પુત્ર/પુત્રી/કર્મચારી

જો રજિસ્ટર્ડ મેડિકલ પ્રેક્ટિશનર*, તો ફૂપા કરીને પ્રદાન કરો: 1. મેડિકલ રજિસ્ટ્રેશન નંબર

ii. કાઉન્સિલ નામ

iii. કાર્યસ્થળનું સરનામું

અરજદાર ૬

નામ

જાતિ પુરુષ નારી અન્ય ઊંચાઈ (સે.મી.) (ઇંચ) વજન (કિ.ગ્રા.)

મોબાઇલ નંબર જન્મની તારીખ D D M M જો ભારતીય ન હોય તો ફૂપા કરીને ટિક કરો

પ્રસ્તાવ મૂકનાર સાથે સંબંધ (ફૂપા કરીને વિકલ્પ ટિક કરો): સ્વ/જીવનસાથી/પિતા/માતા/સસરા/સાસુ/સાસુ/પુત્ર/પુત્રી/કર્મચારી

જો રજિસ્ટર્ડ મેડિકલ પ્રેક્ટિશનર*, તો ફૂપા કરીને પ્રદાન કરો: 1. મેડિકલ રજિસ્ટ્રેશન નંબર

ii. કાઉન્સિલ નામ

iii. કાર્યસ્થળનું સરનામું

* પ્રીમિયમ પર 5%ની છૂટ મેળવો. મેડિકલ પ્રેક્ટિશનર એટલે એવી વ્યક્તિ કે જે કોઈ પણ રાજ્ય અથવા મેડિકલ કાઉન્સિલ ઓફ ઇન્ડિયા અથવા કાઉન્સિલ ફોર ઇન્ડિયન મેડિસિન અથવા ભારત સરકાર અથવા રાજ્ય સરકાર દ્વારા સ્થાપિત હોમિયોપેથી માટેની મેડિકલ કાઉન્સિલમાંથી માન્ય નોંધણી ધરાવે છે અને આ રીતે તે તેના અધિકારક્ષેત્રની અંદર દવાની પ્રેક્ટિસ કરવા માટે હકદાર છે; અને તેના લાઇસન્સના અવકાશ અને અધિકારક્ષેત્રમાં રહીને કામ કરી રહ્યો છે.

3. કવરેજ પસંદગી:

આધાર વિસ્તાર:	
પોલિસી પ્રકાર #:	<input type="checkbox"/> વ્યક્તિગત <input type="checkbox"/> મલ્ટી-મેમ્બર વ્યક્તિગત
આવરી લેવાના જીવનની સંખ્યા:	_____ પુન વચનાઓ _____ બાળકો
વીમાની મૂળભૂત રકમ:	_____
પોલિસી ઠર્મ:	<input type="checkbox"/> ૧ વર્ષ
વૈકલ્પિક કવરેજ:	
1. સુરક્ષિત	<input type="checkbox"/> હા <input type="checkbox"/> ના
2. સેફગાર્ડ+	<input type="checkbox"/> હા <input type="checkbox"/> ના
3. કૃપા કરીને 'વ્યક્તિગત અકસ્માત કવર' પસંદ કરતા હોય તો ટિક કરો (આ વિકલ્પ કુલ 18 વર્ષ કે તેથી વધુ ઉંમરના અરજદારો માટે જ ઉપલબ્ધ છે)	<input type="checkbox"/> હા <input type="checkbox"/> ના

4. પોર્ટેબિલિટી

પોલિસી નંબર	વીમા કંપની રિસ્કની શરૂઆતની તારીખ	જોખમ સમાપ્તિ તારીખ	Reasons for Porting

સૂચિત વીમાધારકનું નામ કે જેના માટે પોર્ટેબિલિટીની વિનંતી કરવામાં આવે છે	પ્રથમ પોલિસી શરૂઆતની તારીખ	સતત કવરેજના વર્ષોની સંખ્યા કે જેના માટે પોર્ટેબિલિટીની વિનંતી કરવામાં આવે	ભૂતકાળની નીતિઓમાં દાવાઓ	વર્તમાન નો ક્વેઈમ બોનસ	વીમાકૃત રકમ - વર્ષ 1 (સૌથી જૂનું)	વીમાની રકમ - વર્ષ 2	વીમાની રકમ - વર્ષ 3	વીમાની રકમ - વર્ષ 4 (પોલિસી એક્સપાયરિંગ પોલિસી)

5. 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.

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)

૬. તબીબી, આદતો અને ભૂતકાળની દરખાસ્તોની માહિતી

વિભાગ એ: વીમાની દરખાસ્ત કરાયેલી કોઈ પણ વ્યક્તિના સંબંધમાં:												
શું જીવન, આરોગ્ય, હોસ્પિટલના દૈનિક રોકડ અથવા ગંભીર બીમારીના વીમા માટેની કોઈ અરજી પ્રક્રિયામાં છે અથવા ક્યારેય નામંજૂર કરવામાં આવી છે, મુલતવી રાખવામાં આવી છે, લોડ કરવામાં આવી છે અથવા કોઈ વીમા કંપની દ્વારા કોઈ ખાસ શરતોને આધિન કરવામાં આવી છે?	મ	ી	મ	ી	મ	ી	મ	ી	મ	ી	મ	ી
વિભાગ બી: શું વીમાનો વીમો વેવાની દરખાસ્ત કરાયેલી કોઈ પણ વ્યક્તિનું ક્યારેય નિદાન થયું છે:												
i. હૃદયરોગ જેમ કે હાર્ટ એટેક, હાર્ટ ફેલ્ચોર, ઇસ્કેમિક હાર્ટ ડિસીઝ અથવા કોરોનરી હાર્ટ ડિસીઝ, એન્જાઇના, હાર્ટ વાલ્વના રોગો, એરિથમિયાસ, કાર્ડિયોમાયોપથીઝ વગેરે.	મ	ી	મ	ી	મ	ી	મ	ી	મ	ી	મ	ી
ii. લ્યુકેમિયા, લિમ્ફોમા, સાર્કોમા જેવા કોઈ પણ અંગની ગાંઠ અથવા કેન્સર	મ	ી	મ	ી	મ	ી	મ	ી	મ	ી	મ	ી
iii. મુખ્ય અંગ નિષ્ફળતા અથવા પ્રત્યારોપણ (કિડની, યકૃત, હૃદય, ફેફસાં વગેરે)	મ	ી	મ	ી	મ	ી	મ	ી	મ	ી	મ	ી
iv. સ્ટ્રોક, એન્સેફલોપથી, મગજના ફોલા, પાર્કિન્સન્સ રોગ, મલ્ટીપલ સ્કલેરોસિસ, મોટર ન્યુરોન ડિસીઝ, મસ્ક્યુલર ડિસ્ટ્રોફીઝ, અલ્ઝાઇમર્સ ડિસીઝ અથવા કોઇ ન્યુરોલોજીકલ ડિસીઝ	મ	ી	મ	ી	મ	ી	મ	ી	મ	ી	મ	ી
v. દીર્ઘકાલીન ફેફસાંના રોગો, પલ્મોનરી ફાઇબ્રોસિસ, ફેફસાંનું પતન અથવા આંતરાલીય ફેફસાંનો રોગ (આઇએલડી)	મ	ી	મ	ી	મ	ી	મ	ી	મ	ી	મ	ી
vi. હિપેટાઇટિસ બી અથવા સી, ક્રોનિક લિવર રોગો, સ્વાદુપિડનો સોજો અને સ્વાદુપિડના અન્ય રોગો, કોહન રોગ, અલ્સરેટિવ કોલાઇટિસ	મ	ી	મ	ી	મ	ી	મ	ી	મ	ી	મ	ી
vii. ક્યારેય 10 દિવસથી વધુ સમય માટે હોસ્પિટલમાં દાખલ કરવામાં આવ્યા છે	મ	ી	મ	ી	મ	ી	મ	ી	મ	ી	મ	ી
viii. શું તમે ક્યારેય સતત 10 દિવસથી વધુ સમય સુધી કોઈ દવા કે સારવાર લીધી છે? ઔષધિઓમાં ઈન્હેલર્સ, ઈન્જેક્શન, મોબીક દવાઓ અને શરીરના અંગો પર બાહ્ય તબીબી ઉપયોગોનો સમાવેશ થાય છે પરંતુ તે પૂરતો મર્યાદિત નથી સિવાય કે - નિયંત્રિત ડાયાબિટીસ, હાયપરટેન્શન, ઉચ્ચ કોલેસ્ટ્રોલ, હાઇપોથાઇરોડિઝમ, સામાન્ય શરદી, ફ્લૂ ઝાડા અને ડિસેન્ટ્રી / તીવ્ર ગેસ્ટ્રોએન્ટેરાઇટિસ, એસિડિટી	મ	ી	મ	ી	મ	ી	મ	ી	મ	ી	મ	ી
ix. કોઈ પણ સારવાર, સર્જિકલ અથવા તબીબી સલાહ આપવામાં આવી હોય તેની રાહ જોવી	મ	ી	મ	ી	મ	ી	મ	ી	મ	ી	મ	ી
x. ભૂતકાળમાં ભોગવાયેલા કોઈ પણ રોગ માટે કોઈ પણ સામયિક/નિયમિત ફોલોઅપ હેઠળ, પછી ભલે તે મટી જાય કે ન થાય? ફોલો અપ એટલે સમયાંતરે કન્સલ્ટેશન, તપાસ વગેરે	મ	ી	મ	ી	મ	ી	મ	ી	મ	ી	મ	ી
xi. શું ડોક્ટર(ઓ) સાથે કોઈ પરામર્શ કરવામાં આવ્યો છે અથવા છેલ્લા 30 દિવસમાં હાલમાં થયેલી અથવા થઈ રહેલી સમસ્યાઓ માટે કોઈ પરીક્ષણની સલાહ આપવામાં આવી છે?	મ	ી	મ	ી	મ	ી	મ	ી	મ	ી	મ	ી
xii. ઇસ્યુબિન પર ડાયાબિટીસ, અનિયંત્રિત હાઇપરટેન્શન	મ	ી	મ	ી	મ	ી	મ	ી	મ	ી	મ	ી
xiii. કિડનીનો કોઈ પણ દીર્ઘકાલીન રોગ	મ	ી	મ	ી	મ	ી	મ	ી	મ	ી	મ	ી
xiv. મુખ્ય અવયવોની અસામાન્યતા સાથે સંકળાયેલી કોઈપણ આનુવંશિક વિકૃતિઓ	મ	ી	મ	ી	મ	ી	મ	ી	મ	ી	મ	ી
xv. એચ.આય.વી /એઇડ્સ, થેલેસેમિયા, સિકલ સેલ રોગ, હીમોફિલિયા અથવા આયર્નની ઉણપની એનિમિયા સિવાય અન્ય કોઈ પણ લોહી સંબંધિત સમસ્યા.	મ	ી	મ	ી	મ	ી	મ	ી	મ	ી	મ	ી
xvi. મનોચિકિત્સા/માનસિક બીમારીઓ કે ઊંઘની બીમારી?	મ	ી	મ	ી	મ	ી	મ	ી	મ	ી	મ	ી

વિભાગ C: વિભાગમાં હા (V) ચિહ્નિત થયેલ પ્રશ્નો માટે B, કૃપા કરીને નીચેની માહિતી સ્પષ્ટ કરો:											
અરજદાર નંબર	લક્ષણો(ઓ) અથવા તપાસ(ઓ) અથવા નિદાન અથવા પ્રક્રિયા / શસ્ત્રક્રિયાની વિગતો				સ્થિતિ નો સમય ગાળો	દવા(ઓ)	ડોઝ	વર્તમાન સ્થિતિ (દા.ત. સંપૂર્ણ/આંશિક પુનઃપ્રાપ્તિ અથવા ચાલુ સારવાર)	ડોક્ટરના નામ અને સંપર્કની વિગતોની સારવાર કરી રહ્યા છીએ	જોડાયેલ દસ્તાવેજો (હા/ના)	
	જો ડાયા: HbA1c અંકને બેટ કરે	જા હાઈ બ્લડપ્રેશર બીપી લેવલ	કોઇપણ અન્ય વિગતો	શરૂઆત તારીખ (DD/MM/YYYY)							

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

- આથી હું મારા 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 આધીન છે અને તે પોલિસી યાજ્ઞબલ પ્રીમિયમની 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 વીમાકૃત/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 કંપનીને સંમતિ આપું 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 ભૂતકાળના અથવા વર્તમાન નોકરીદાતા પાસેથી કોઈ પણ બાબત અંગે 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
- 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.

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

પ્રમાણિત કરનાર વ્યક્તિનું નામ: પ્રમાણિત વ્યક્તિના હસ્તાક્ષર: પ્રમાણિત કરનાર વ્યક્તિનો મોબાઇલ નંબર:

સાક્ષીનું નામ ની સહી સાક્ષી સાક્ષીનો મોબાઇલ નંબર:

ની સહી પ્રસ્તાવક

9. પ્રસ્તાવક જાહેરનામું

(પ્રમાણપત્ર જ્યાં કોઈ પણ કારણસર દરખાસ્ત કરનાર દ્વારા દરખાસ્ત અને અન્ય સંલગ્ન કાગળો ભરવામાં આવતા નથી). દરખાસ્તના ફોર્મ અને સંલગ્ન 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 અને પૂર્ણ હોવાનું જણાયું છે.

દરખાસ્ત કરનારની સહી

10. પ્રીમિયમની વિગતો (ફક્ત ઓફિસના ઉપયોગ માટે)

પ્રીમિયમ ચુકવણી વિકલ્પ ચેક ડિમાન્ડ ડ્રાફ્ટ ક્રેડિટ કાર્ડ / ડેબિટ કાર્ડ નેટ બેંકિંગ CashOthers

પ્રીમિયમ રકમ ઓનલાઇન ચુકવણી વ્યવહાર આઇડી: તિથિ

બેંક નામ/શાખા નિવા બુધા શાખાનું સ્થાન

કોડ નં. આના દ્વારા સ્ત્રોત કરાયેલ વ્યાપાર: સલાહકાર/ડીએસટી/કોર્પોરેટ એજન્સી/અન્ય ચેનલ્સ

કોડ નં.

નામ

આના પર પ્રાપ્ત થયેલી દરખાસ્ત: ગ્રાહક આઇડી:

શું પ્રસ્તાવક છે કે અરજદાર સ્ટાફ છે? હા ના

11. માત્ર બેન્ડાથ્યુરન્સ ચેનલ માટે વધારાની વિગતો (માત્ર ઓફિસના ઉપયોગ માટે)

શાખા કોડ એસપી કોડ RM/LG કોડ

Customer ખાતા નંબર

12. વીમા સલાહકારનો અહેવાલ (માત્ર ઓફિસના ઉપયોગ માટે)

હું, મારી હેસિયતથી, કોર્પોરેટ એજન્ટના નિર્દેષ વ્યક્તિ/બ્રોકર/રિવેન્શનરિપ 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, રજૂઆતો, 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

13. વૈધાનિક ચેતવણી

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

1. કોઈ પણ વ્યક્તિ, ભારતમાં જાનમાલને લગતા કોઈ પણ પ્રકારના જોખમ, ચૂકવવાપાત્ર કમિશનના સંપૂર્ણ કે હિસ્સાની છૂટ અથવા પોલિસીમાં દર્શાવેલા પ્રીમિયમમાં કોઈ પણ રિપોર્ટના સંદર્ભમાં વીમો લેવા કે રિન્યુ કરવા અથવા ચાલુ રાખવા માટે કોઈ પણ વ્યક્તિને પ્રત્યક્ષ કે પરોક્ષ રીતે પ્રલોભન 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.

14. ગ્રામીણ અને સામાજિક ક્ષેત્રની કેટેગરી (જો લાગુ પડતું હોય તો):

આશા વર્કર

મનરેગા કામદાર

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="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15. દાવાઓના રિક્લેમ અને ચૂકવણી માટેની વિગતો

ચૂકવણીને પ્રાપ્ત કરવાનો વિકલ્પ: બેંક ટ્રાન્સફર

લાભાર્થીનું નામ

બેંક નામ

ખાતા નંબર

Account type

IFSC કોડ

નિવા બુપા હેલ્થ ઇન્શ્યોરન્સ કંપની લિમિટેડ, રજિસ્ટર્ડ ઓફિસ- સી-98, ફર્સ્ટ ફ્લોર, લાજપત 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" 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, બાકાત રાખવા, જોખમી પરિબળો, પ્રતીક્ષાના સમયાવાન અને લાભો વિશે વધુ માહિતી માટે, કૃપા કરીને વેબસાઇટ પૂર્ણ કરતા પહેલાં વેબસાઇટ પુસ્તિકાને કાળજીપૂર્વક વાંચો.

This Space Has Been Left Blank Intentionally.

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' લોગો તેમના સંબંધિત માલિકીના નોંધાયેલા ટ્રેડમાર્કસ 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, બાકાત રાખવા, જોખમી પરિબલો, પ્રતીક્ષાના સમયગાળા અને બાકી વિશે વધુ માહિતી માટે, કૃપા કરીને વેબસાઇટ પૂરું કરતા પહેલા વેબસાઇટ પુસ્તિકાને કાળજીપૂર્વક વાંચો.

પ્રોડક્ટનું નામ: અમૃત | પ્રોડક્ટ યુઆઈએન: NBHHLIP23156V012223

કંપની દ્વારા સ્વીકૃતિ

એવિકેશન નં.

તિથિ

પર તારીખની રકમ ચેક/ડિમાન્ડ ડ્રાફ્ટ/અન્ય દ્વારા તમારી દરખાસ્ત અને રકમની પ્રાપ્તિ બદલ અમે આભાર સાથે સ્વીકારીએ છીએ. ન તો વીમા માટેની પૂર્ણ થયેલી દરખાસ્તની અમારી સમક્ષ રજૂઆત કે ન તો કોઈ નીતિ જારી કરવા માટે કરવામાં આવેલી કોઈ પણ ચૂકવણી, જે નિર્ણય અમારી સંપૂર્ણ અને સંપૂર્ણ મુનસફીમાં હોય અને હંમેશાં રહેશે, તે જારી કરવા સંમત થવાની અમને ફરજ પાડે છે. 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 કર્યા પછી ચૂકવણી પરત કરીશું.

મેળવનાર અને ઓફિસ સીલનું નામ અને સહી