

હેલ્થ કમ્પેનિયન

પ્રપોઝલ ફોર્મ

URN: 025

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 ધવાની 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. પ્રસ્તાવકર્તા વિગતો:

શીર્ષક	નામ												
DOB	D	D	M	M	અન્ય	અન્ય	અન્ય	અન્ય	જાતિ:	પુરુષ	નારી	અન્ય	રાષ્ટ્રીયતા
વર્તમાન સરનામું													
સીમાચિહ્ન											શહેર		
જીલ્લો											રાજ્ય	વ્યક્તિગત ઓળખ નંબર	
વેન્ડલાઈઝ 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 પર્ચાવરણનું રક્ષણ કરવા માગું છું અને તમારી તમામ નીતિ અને સેવા સંબંધિત કંપનીને મોકલવા માટે અધિકૃત કરીને કાગળને બચાવવામાં મદદ કરવા માગું છું એલિકેશન ફોર્મમાં અહીં ઉલ્લેખ કર્યા મુજબ ઇમેઇલ આઈડી પર સંદેશાચ્ચવહાર?

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 / વ્હોટ્સએપ / ફેસબુક અથવા મારા રજિસ્ટર્ડ ફોન નંબર પરના અન્ય કોઈ પણ મોડેલ પર મારો સંપર્ક કરવા માટે અધિકૃત કરું છું જેથી આવકારદાયક કોલ્સ / એસએમએસ, સર્વિસ કોલ્સ / એસએમએસ અથવા એસએમએસ અથવા એસએમએસ અથવા અન્ય કોઈ પણ વ્યવસાયિક સંદેશાચ્ચવહાર કરી શકાય.

શું તમે કે કોઈ પણ સૂચિત અરજદાર પીઈપી#છો? હા ના

અન્યથા એસએસડી પર્સન (પીઈપી) એવો વ્યક્તિનો છે જેને અગ્રી પક્ષે કાંઈ એવું કે 30 અથવા વધુ સહકારના વડાઓ/ મંદીઓ, વહીવટી અધિકારીઓ, વહીવટી સહાયક, ન્યાયિક અથવા વકીલો અધિકારીઓ, સહકારી કંપનીઓના વહીવટી અધિકારીઓ, પાલના મહત્વનું અધિકારીઓ છે અથવા તેઓના આગ્રહ છે. તેથી તેને વીમાની સામે ટિક ચુંબી, તે કૃપા કરીને અન્ય વીમાની પ્રકારથી નથી.

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 ગ્રેય કોઈ ઇઆઇએને આપવામાં આવે? (કૃપા કરીને કોઈપણ એક પસંદ કરો)

ના, મારો પાસે ઇઆઇએ નથી અને ખોલવાની ઇચ્છા પણ નથી હા, આ પોલિસીને મારા ઇ-ઇન્શ્યોરન્સ એકાઉન્ટમાં કેડિટ 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)

<input type="checkbox"/> મેસર્સ એનએસડીએલ ડેટાબેઝ મેનેજમેન્ટ લિમિટેડ	<input type="checkbox"/> મેસર્સ સેન્ટ્રલ ઇન્શ્યોરન્સ રિપોઝિટરી લિમિટેડ
<input type="checkbox"/> મેસર્સ કાર્વી ઇન્સ્યુરન્સ રિપોઝિટરી લિમિટેડ	<input type="checkbox"/> મેસર્સ CAMS રિપોઝિટરી સર્વિસીસ લિમિટેડ (કૃપા કરીને કોઈપણ એક પસંદ કરો) અથવા

મારો 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).

રિન્યુઅલ પેમેન્ટ સાઇન-અપ:

તમારી આરોગ્ય વીમા પોલિસીના રિન્યુઅલ પ્રિમિયમની ચૂકવણી દર વર્ષે તમારા વર્તમાન ઓટોમેટેડ ક્રીયરિંગ હાઉસ (એસીએચ) / સ્થાયી સૂચનાઓ (એસઆઈ) કંપની સાથે યાવુ 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/એસઆઈ રિન્યુઅલ વિકલ્પ પસંદ કરવા માગું છું.

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

2. વીમા માટે અરજદારોની વિગતો:

અરજદાર 1

નામ _____

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

મોબાઇલ નંબર _____ જન્મની તારીખ _____ D D M M અને અને અને અને જો ભારતીય ન હોય તો કૃપા કરીને ટિક કરો _____

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

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

ii. કાઉન્સિલ નામ _____

iii. કાર્યસ્થળનું સરનામું _____

અરજદાર 2

નામ _____

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

મોબાઇલ નંબર _____ જન્મની તારીખ _____ D D M M અને અને અને અને જો ભારતીય ન હોય તો કૃપા કરીને ટિક કરો _____

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

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

ii. કાઉન્સિલ નામ _____

iii. કાર્યસ્થળનું સરનામું _____

અરજદાર 3

નામ _____

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

મોબાઇલ નંબર _____ જન્મની તારીખ _____ D D M M અને અને અને અને જો ભારતીય ન હોય તો કૃપા કરીને ટિક કરો _____

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

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

ii. કાઉન્સિલ નામ _____

iii. કાર્યસ્થળનું સરનામું _____

અરજદાર 4

નામ _____

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

મોબાઇલ નંબર _____ જન્મની તારીખ _____ D D M M અને અને અને અને જો ભારતીય ન હોય તો કૃપા કરીને ટિક કરો _____

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

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

ii. કાઉન્સિલ નામ _____

iii. કાર્યસ્થળનું સરનામું _____

અરજદાર 5

નામ _____

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

મોબાઇલ નંબર _____ જન્મની તારીખ _____ D D M M અને અને અને અને જો ભારતીય ન હોય તો કૃપા કરીને ટિક કરો _____

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

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

ii. કાઉન્સિલ નામ _____

iii. કાર્યસ્થળનું સરનામું _____

અરજદાર 6

નામ _____

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

મોબાઇલ નંબર _____ જન્મની તારીખ _____ D D M M અને અને અને અને જો ભારતીય ન હોય તો કૃપા કરીને ટિક કરો _____

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

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

ii. કાઉન્સિલ નામ _____

iii. કાર્યસ્થળનું સરનામું _____

* પ્રીમિયમ પર 5% નું ડિસ્કાઉન્ટ મેળવો, ફક્ત વેરિઅન્ટ 2022 માટે લાગુ પડે છે. મેડિકલ પ્રેક્ટિશનર એટલે એવી વ્યક્તિ કે જે કોઈ પણ રાજ્ય અથવા મેડિકલ કાઉન્સિલ ઓફ ઇન્ડિયા અથવા કાઉન્સિલ ઓફ 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 ધવાની પ્રેક્ટિસ કરવા માટે હકદાર છે; અને તેના લાઇસન્સના અવકાશ અને અધિકારક્ષેત્રની રકમ કરી રહ્યો છે. નોંધ: 1. જો અરજદાર 1 નો પ્રસ્તાવ મૂકનાર સાથેની સંબંધ કર્મચારી હોય, તો અન્ય અરજદારોનો સંબંધ અરજદાર 1 સાથે છે.

3. કવરેજ પસંદગી:

આધાર વિસ્તાર:					
પોલિસી પ્રકાર#:	<input type="checkbox"/> વ્યક્તિગત	<input type="checkbox"/> ફેમિલી ફ્લોટર			
આવરી ભેવાના જીવનની સંખ્યા:	<input type="checkbox"/> પુખ્ત વયનાઓ	<input type="checkbox"/> બાળકો			
યલ:	<input type="checkbox"/> યલ 2022	<input type="checkbox"/> યલ 1	<input type="checkbox"/> યલ 2	<input type="checkbox"/> યલ 3	<input type="checkbox"/> કુટુંબ પ્રથમ
	<input type="checkbox"/> યલ 2023				
વીમાની મૂળભૂત રકમ:	વીમાફૂલ રકમ (વ્યક્તિગત અથવા ફેમિલી ફ્લોટર)				
	વીમાની રકમ (કુટુંબ પ્રથમ) વ્યક્તિગત				
	વીમાની રકમ (ફેમિલી ફ્લોટર)				
પોલિસી ટર્મ:	<input type="checkbox"/> 1 વર્ષ	<input type="checkbox"/> 2 વર્ષ	<input type="checkbox"/> 3 વર્ષો		

વૈકલ્પિક કવરેજ:						
1. હોસ્પિટલ કેશ ડોવર	<input type="checkbox"/> હા	<input type="checkbox"/> ના				
a. ફેમિલી ફ્લોટર પ્લાન માટે હોસ્પિટલ રોકડ (જો પસંદ કરવામાં આવે તો)	<input type="checkbox"/> 1,000/દિવસ	<input type="checkbox"/> 2,000/દિવસ				
2. વાર્ષિક એકંદર કપાતપાત	<input type="checkbox"/> ના	<input type="checkbox"/> 10,000	<input type="checkbox"/> 20,000	<input type="checkbox"/> 30,000	<input type="checkbox"/> 50,000	
	<input type="checkbox"/> 1 સરોવર	<input type="checkbox"/> 2 સરોવર	<input type="checkbox"/> 3 સરોવર	<input type="checkbox"/> 4 સરોવર	<input type="checkbox"/> 5 સરોવર	<input type="checkbox"/> 10 સરોવર
3. ફૂલા કરોને 'વ્યક્તિગત અકસ્માત કવર' પસંદ કરતા હોય તો ટિક કરો (આ વિકલ્પ ફક્ત 18 વર્ષ કે તેથી વધુ ઉંમરના અરજદારો માટે જ ઉપલબ્ધ છે)	અરજદાર 1	અરજદાર 2	અરજદાર 3	અરજદાર 4	અરજદાર 5	અરજદાર 6
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
વ્યક્તિગત અકસ્માત કવર ફેક્ટર (વીમા રકમના સમય)	<input type="checkbox"/> 1x	<input type="checkbox"/> 2x	<input type="checkbox"/> 3x	<input type="checkbox"/> 4x	<input type="checkbox"/> 5x	

એડ-ઓન(ઓ):						
1. સુરક્ષિત	<input type="checkbox"/> ના	<input type="checkbox"/> સુરક્ષિત	<input type="checkbox"/> સેફગાર્ડ*			
2. સહ-ચુકવણી	<input type="checkbox"/> ના	<input type="checkbox"/> 1 0%	<input type="checkbox"/> 2 0%	<input type="checkbox"/> 3 0%	<input type="checkbox"/> 4 0%	<input type="checkbox"/> 50%
3. પહેલાંથી બહાર નીકળતો રોગ રાહ જોવાનો સમય સુધારો						
i. યલ 1	<input type="checkbox"/> ના	<input type="checkbox"/> 1 પસંદ થયેલ છે	<input type="checkbox"/> 1 વર્ષ	<input type="checkbox"/> 2 વર્ષ	<input type="checkbox"/> 3 વર્ષ	
ii. યલ 2, યલ 3, વેરિયન્ટ 2022, ફેમિલી ફ્લોટર	<input type="checkbox"/> પસંદ થયેલ નથી	<input type="checkbox"/> 1 વર્ષ	<input type="checkbox"/> 2 વર્ષ	<input type="checkbox"/> 3 વર્ષ	<input type="checkbox"/> 4 વર્ષ	
4. કક્ષ પ્રકાર સુધારો	<input type="checkbox"/> ના	<input type="checkbox"/> પ્રમાણભૂત એક કક્ષ	<input type="checkbox"/> વહેંચાયેલ છે	<input type="checkbox"/> ઓરડો		

*Family Health Plan વીમાફૂલ રકમ તમામ વીમાફૂલ સમય માટે સામાન્ય છે. જો 22-નો અર્થ એ છે કે વ્યક્તિગત અથવા સામૂહિક રીતે તમામ વીમાફૂલ પોલિસીઓ હોસ્પિટલ રોકડ 5500 આ મર્યાદાનો ઢાલો કરી શકે છે. 1,000 રૂપિયા પ્રતિ દિવસ (લેડિનેન 1 માટે), 2,000 રૂપિયા પ્રતિ દિવસ (લેડિનેન 2 માટે), 4,000 રૂપિયા પ્રતિ દિવસ (લેડિનેન 3 માટે), અને વેરિયન્ટ 2022 માટે 1,000 રૂપિયા પ્રતિ દિવસ (5 વર્ષ સુધીની વીમા રકમ માટે), 2,000 રૂપિયા પ્રતિ દિવસ (7.5 વર્ષ સુધીની વીમા રકમ માટે) અને 4,000 રૂપિયા પ્રતિ દિવસ (4,000 રૂપિયા પ્રતિ દિવસ) માટે 4 કરો કરી શકે છે. 15 વર્ષ+.

4. પોર્ટોફોલિયો

પોલિસી નંબર	વીમા કંપની	જોખમ સમાપ્તિ તારીખ	જોખમ સમાપ્તિ તારીખ	પોર્ટોફોલિયો માટેના કારણો

સુચિત વીમાધારકનું નામ કે જેના માટે પોર્ટોફોલિયોની વિનંતી કરવામાં આવે છે	પ્રથમ પોલિસી શરૂઆતની તારીખ	સતત કવરેજના વર્ષોની સંખ્યા કે જેના માટે પોર્ટોફોલિયોની વિનંતી કરવામાં આવે છે	ભૂતકાળની નીતિઓમાં દાવાઓ	વર્તમાનનો ક્લેઇમ બોનસ	વીમાની રકમ - વર્ષ 1 (સૌથી જૂનો)	વીમાની રકમ - વર્ષ 2	વીમાની રકમ - વર્ષ 3	વીમાફૂલ રકમ - વર્ષ 4 (પોલિસીની સમાપ્તિ)

5. નામાંકન

પ્રસ્તાવકનું અવસાન થાય તેવા સંજોગોમાં નીચે દેહલ બાકી નીકળતી કોઈ પણ યુકવણી નીચે નામ ધરાવતા નોમિનીને યુકવવાપાત્ર બનશે. નોમિની દ્વારા આ પ્રકારની યુકવણીની પ્રાપ્તિ નીચે દેહલ 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)

નોમિનીની બેંક વિગતો: લાભાર્થીનું નામ:

બેંક નામ Account type સંગ્રહી Cur ભાડુ

ખાતા નંબર IFSC કોડ

6. તબીબી, આદતો અને ભૂતકાળની દરખાસ્તની માહિતી

વિભાગ એ: વીમાની દરખાસ્ત કરાયેલી કોઈ પણ વ્યક્તિના સંબંધમાં:	સભ્ય ૧	સભ્ય ૨	સભ્ય ૩	સભ્ય ૪	સભ્ય ૫	સભ્ય ૬
શું જીવન, આરોગ્ય, હોસ્પિટલના ટ્રેનિક રોકડ અથવા ગંભીર બીમારીના વીમા માટેની કોઈ પણ અરજી ક્યારેય નામંજૂર કરવામાં આવી છે, મૂલતવી રાખવામાં આવી છે, લોડ કરવામાં આવી છે અથવા કોઈ વીમા કંપની દ્વારા કોઈ વિશેષ શરતોને આધિન કરવામાં આવી છે?						
વિભાગ બી: શું વીમાનો વીમો લેવાની દરખાસ્ત કરાયેલી કોઈ પણ વ્યક્તિનું ક્યારેય નિદાન થયું છે:						
i. હૃદયરોગ જેમ કે હાર્ટ એટેક, હાર્ટ ટ્રેબ્લોર, ઇસ્કેમિક હાર્ટ ડિસીઝ અથવા કોરોનરી હાર્ટ ડિસીઝ, એન્જાઇના વગેરે	મ	મ	મ	મ	મ	મ
ii. ગાંઠ, કોઈપણ અંગનું કેન્સર, લ્યુકેમિયા, લિમ્ફોમા, સાર્કોમા	મ	મ	મ	મ	મ	મ
iii. મુખ્ય અંગ નિષ્ફળતા (કિડની, યકૃત, હૃદય, ફેફસાં વગેરે)	મ	મ	મ	મ	મ	મ
iv. પક્ષાઘાત, એન્સેફાલોપથી, મગજના ફોલ્લા અથવા કોઈ પણ ન્યુરોલોજીકલ રોગ	મ	મ	મ	મ	મ	મ
v. પલ્મોનરી ફાઇબ્રોસિસ, ફેફસાંનું પતન અથવા ઇન્ટરસ્ટિટિયલ ફેફસાંનો રોગ (બાઇઓલડી)	મ	મ	મ	મ	મ	મ
vi. હિપેટાઇટિસ બી અથવા સી, કોનિક યકૃત રોગ, કોલન રોગ, અલ્સરેટિવ કોલાઇટિસ	મ	મ	મ	મ	મ	મ
vii. આયર્નની ઉણપ એનિમિયા સિવાય અન્ય કોઈ પણ એનિમિયા	મ	મ	મ	મ	મ	મ
viii. ક્યારેય 5 દિવસથી વધુ સમય માટે હોસ્પિટલમાં દાખલ કરવામાં આવ્યા છે	મ	મ	મ	મ	મ	મ
ix. શું તમે સતત 10 દિવસથી વધુ સમય સુધી કોઈ દવા લીધી છે? ઔષધોમાં ઇન્હેબિટર્સ, ઇન્જેક્શન, ઓરલ ડ્રગ્સ અને શારીરના અંગો પર બાહ્ય તબીબી ઉપચોગોનો સમાવેશ થાય છે પરંતુ તે પૂરતો મર્યાદિત નથી.	મ	મ	મ	મ	મ	મ
x. કોઈ પણ સારવાર, સર્જિકલ અથવા તબીબી સલાહ આપવામાં આવી હોય તેની રાહ જોવી	મ	મ	મ	મ	મ	મ
xi. ભૂતકાળમાં ભોગવાયેલા કોઈ પણ રોગ માટે કોઈ પણ સામયિક/નિયમિત કોલોઅપ હેઠળ, પછી ભલે તે મટી જાય કે ન થાય? ફોલો અપ એટલે સમયાંતરે કન્સલ્ટેશન, તપાસ વગેરે	મ	મ	મ	મ	મ	મ
xii. ડોક્ટર(ઓ) સાથે કોઈ પણ પ્રકારની પરામર્શ કરો અથવા	મ	મ	મ	મ	મ	મ
xiii. ડાયાબિટીસ (હાઇ બ્લડ સુગર), પ્રી-ડાયાબિટીસ, હાઇ કે લો બ્લડપ્રેશર, છાતીમાં કુખાવો કે હૃદયરોગ કે થાઇરોઇડ ડિસઓર્ડર, અસ્થમા, બ્રોન્કાઇટિસ	મ	મ	મ	મ	મ	મ
xiv. માતાપિતાને કોઈ વારસાગત અથવા આનુવંશિક સ્થિતિ હોય છે? કૃપા કરીને જણાવો કે તેમાંથી કોઈ પણ વાહક રાજ્ય હોય એટલે કે, તેને રોગ ન હતો પરંતુ તે એક કાર હતો	મ	મ	મ	મ	મ	મ
xv. પિતાશય, કિડની, મૂત્રાશય, યુટર વગેરે જેવા કોઈ પણ અંગમાં કેલક્યુલસ (પથરી) વિકાર.	મ	મ	મ	મ	મ	મ
xvi. ટ્યુમર (સોજો) સીમ્ય અથવા જીવલેણ, શરીરમાં ક્યાંય પણ બાહ્ય અલ્સર/વુલ્ડ/સિસ્ટ/માસ?	મ	મ	મ	મ	મ	મ
xvii. એચ.આઇ.વી/એઇડ્સ, એનિમિયા, થેલેસેમિયા, હીમોફિલિયા અથવા લોહીને વગતી અન્ય કોઈ સમસ્યા.	મ	મ	મ	મ	મ	મ
xviii. મનોચિકિત્સા/માનસિક બીમારીઓ કે ઊંઘની બીમારી?	મ	મ	મ	મ	મ	મ
xix. આરોગ્યની કોઈ પણ િસ્થિતિ, રોગ, લક્ષણો અથવા આરોગ્યને વગતી માહિતી જે ઉપર જણાવેલી નથી. જો આ પ્રશ્નો જવાબ કોઈના માટે પણ હા હોય, તો તમામ તબીબી દસ્તાવેજો પ્રદાન કરો	મ	મ	મ	મ	મ	મ
xx. તમાકુ/નુટમા/પાન મસાલા કે આલ્કોહોલનું ધૂમ્રપાન કરે છે અથવા સેવન કરે છે જો હા, તો કૃપા કરીને નીચેનાનો જવાબ આપો:	મ	મ	મ	મ	મ	મ
અરજદારે ધૂમ્રપાન / તમાકુનું સેવન ક્યારે શરૂ કર્યું? (અ) શાળા (બ) 10+ સી કોલેજ ડી) જ્યારે કામ કરવાનું શરૂ કર્યું ત્યારે (ડ) પછીથી						
અરજદારને કેટલા વર્ષોથી દારૂનું સેવન કરવામાં આવે છે?						
અરજદાર અઠવાડિયામાં કેટલા દિવસ દારૂનું સેવન કરે છે? (1/2/3/4/5/6/7)						

વિભાગ c: વિભાગ બીમાં હા (વાય) ચિહ્નિત કરેલા પ્રશ્નો માટે, કૃપા કરીને નીચેની માહિતી સ્પષ્ટ કરો:

અરજદાર નંબર	વક્ષણો(ઓ) અથવા તપાસ(ઓ) અથવા નિદાન અથવા પ્રક્રિયા / શસ્ત્રક્રિયાની વિગતો				સ્થિતિનો સમયગાળો	દવા(ઓ)	ડોઝ	વર્તમાન સ્થિતિ (દા.ત. સંપૂર્ણ/આંશિક પુનઃપ્રાપ્તિ અથવા યાવુ સારવાર)	ડોક્ટરના નામ અને સંપર્કની વિગતોની સારવાર કરી રહ્યા છીએ	જોડાયેલ દસ્તાવેજો (હા/ના)
	જો S1ય- HbA1c સ્તરને બેટ કરે	જા હાઈ બ્લુપ્રેશર બીપી લેવલ		કોઇપણ અન્ય વિગતો						
		સિસ્ટોલિક	ડાયસ્ટોલિક							

7. ઘોષણા (દરખાસ્ત પત્રક પર હસ્તાક્ષર કરતા પહેલા કૃપા કરીને કાળજીપૂર્વક વાંચો અને દરેકની સામે એક 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 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.
- હું/અમે અમારી દરખાસ્ત સાથે સંબંધિત માહિતીનું આદાન-પ્રદાન કરવા કંપનીને અધિકૃત કરીએ છીએ, જેમાં વીમાધારક/પ્રસ્તાવકના તબીબી રેકોર્ડ્સની પણ સમાવેશ થાય છે, જેનો એકમાત્ર હેતુ અમારા પેનલમાં સામેલ પ્રદાતા સાથે સેવા પૂરી પાડવાનો છે.

તિથિ સ્થાન _____ દરખાસ્ત કરનારની સહી

8. વર્નાક્યુલર ઘોષણા

(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:	<input type="text"/>	પ્રમાણિત વ્યક્તિના હસ્તાક્ષર:	<input type="text"/>	પ્રમાણિત કરનાર વ્યક્તિનો મોબાઇલ નંબર:	<input type="text"/>
સાક્ષીનું નામ	<input type="text"/>	ની સહી સાક્ષી	<input type="text"/>	સાક્ષીનો મોબાઇલ નંબર:	<input type="text"/>
				ની સહી પ્રસ્તાવક	<input type="text"/>

9. પ્રસ્તાવક ઘોષણા

(પ્રમાણપત્ર જ્યાં કોઈ પણ કારણસર દરખાસ્ત કરનાર 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. પ્રયોજ્ય ફોર્મ મારી સૂચના હેઠળ _____ દ્વારા ભરવામાં આવે છે અને મને તે સાચું અને પૂર્ણ હોવાનું જણાયું છે.

દરખાસ્ત કરનારની સહી

10. પ્રિમિયમની વિગતો (માત્ર ઓફિસના ઉપયોગ માટે)

પ્રીમિયમ યુક્તવર્ષી વિકલ્પ ચેક ક્રિમીન્ડ ડ્રાફ્ટ ક્રેડિટ કાર્ડ / ડેબિટ કાર્ડ નેટ બેંકિંગ CashOthers

પ્રીમિયમ રકમ ઓનલાઇન યુક્તવર્ષી વ્યવહાર આઇડી: તિથિ D D M M અને અને અને અને

બેંક નામ/શાખા નિવા બુપા શાખાનું સ્થાન

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

કોડ નં.

નામ

આના પર પ્રાપ્ત થયેલી દરખાસ્ત: D D M M અને અને અને અને ટ્રાહક આઇડી:

શું પ્રસ્તાવક છે કે અરજદાર સ્ટાફ છે? હા ના

11. ફક્ત Bancassurance ચેનલ માટે વધારાની વિગતો (માત્ર ઓફિસ વપરાશ માટે)

શાખા કોડ એસપી કોડ RM/LG કોડ

C customer ખાતી નંબર

12. વીમા સલાહકારની અહેવાલ (માત્ર ઓફિસના ઉપયોગ માટે)

હું, મારી હેસિયતથી, કોર્પોરેટ એજન્સીના નિર્દિષ્ટ વ્યક્તિ/ઓફર/રિવિઝનશિપ ઓફિસરના અધિકૃત કર્મચારી તરીકે મારી હેસિયતથી જાહેર કરું છું કે મેં આ પ્રપોઝલ ફોર્મની તમામ વિષયવસ્તુ સમજાવી છે, જેમાં આ પ્રપોઝલ ફોર્મમાં સમાવિષ્ટ પ્રશ્નોના પ્રકારની 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 સ્વીકારવામાં આવે શકે છે અને નીતિ હેઠળ યુક્તવર્ષીમાં આવતા તમામ પ્રીમિયમને કંપની દ્વારા જમ કરી શકાય છે.

તિથિ D D M M અને અને અને અને

વીમા સલાહકારની સહી

13. વૈચારિક ચેતવણી

હવે મારું વ્યક્તિ/ઓફર/રિવિઝનશિપ ઓફિસરના અધિકૃત કર્મચારી તરીકે મારી હેસિયતથી જાહેર કરું છું કે મેં આ પ્રપોઝલ ફોર્મની તમામ વિષયવસ્તુ સમજાવી છે, જેમાં આ પ્રપોઝલ ફોર્મમાં સમાવિષ્ટ પ્રશ્નોના પ્રકારની 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 સ્વીકારવામાં આવે શકે છે અને નીતિ હેઠળ યુક્તવર્ષીમાં આવતા તમામ પ્રીમિયમને કંપની દ્વારા જમ કરી શકાય છે.

1.

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

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

આશા વર્કર મનરંગા કામદાર

15. 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"/> હા	<input type="checkbox"/> ના		<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	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> હા	<input type="checkbox"/> ના

નિવા બુપા હેલ્થ ઇન્શ્યોરન્સ કંપની લિમિટેડ, રજિસ્ટર્ડ ઓફિસ- સી-98, ફર્સ્ટ ફ્લોર, વાજપત નગર, પાર્ટ 1, નવી દિલ્હી-110024 (ડિસ્કલેમર: ઇન્શ્યોરન્સ એ અનુરોધનો 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 'હાઈલીટ' લોગો તેના સંબંધિત માલિકોના નોંધાયેલા ટ્રેડમાર્ક્સ છે અને તેનો ઉપયોગ નિવા બુપા હેલ્થ ઇન્શ્યોરન્સ કંપની લિમિટેડ દ્વારા લાઇસન્સ હેઠળ કરવામાં આવી રહ્યો છે. ટ્રાહક હેલ્પલાઇન: 1860-500-8888. વેબસાઇટ: www.nivabupa.com. સીઆઇએન: 6000DL2008PLC182918. નિયમો અને શરતો, બાકાત રાખવા, જોખમી પરિબલો, પ્રતીક્ષાના સમયગાળા અને વારો વિશે વધુ માહિતી માટે, કૃપા કરીને વેબપાજ પૂરું કરતા પહેલા વેબપાજ પુસ્તિકાને કાળજીપૂર્વક વાંચો.

નિવા બુપા હેલ્થ ઇન્શ્યોરન્સ કંપની લિમિટેડ, રજિસ્ટર્ડ ઓફિસ- સી-98, ફર્સ્ટ ફ્લોર, વાજપત નગર, પાર્ટ 1, નવી દિલ્હી-110024 ડિસ્ક્રિપ્ટિવ:
ઇન્શ્યોરન્સ એ અનુરોધનો 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 ટ્રેડમાર્ક છે અને તેનો ઉપયોગ નિવા બુપા હેલ્થ ઇન્શ્યોરન્સ કંપની લિમિટેડ દ્વારા વાઇસ-ટુ-વેલ્થ કરવામાં આવી રહ્યો છે. ગ્રાહક હેલ્પલાઇન: 1860-500-8888. વેબસાઇટ: www.nivabupa.com. સીઆઇએન: 6000DL2008PLC182918. નિયમો અને શરતો, બાકાત રાખવા, જોખમી પરિબળો, પ્રતીક્ષાના સમયગાળા અને વાશો વિશે વધુ માહિતી માટે, કૃપા કરીને વેબસાઇટ પૂરું કરતા પહેલા વેબસાઇટ પરિશીલન કરવાનું કાળજીપૂર્વક વાંચો.

પ્રોડક્ટનું નામ: હેલ્થ કમ્પેનિયન, પ્રોડક્ટ યુઆઇએન: NBHHLIP24115V072324 એડ-ઓન નેમ: સેફગાર્ડ, એડ-ઓન યુઆઇએન: NBHHLIA24109V022324 |

એડ-ઓન નામ: સેવલ્સ, એડ-ઓન યુઆઇએન: NBHHLIA24070V012324

કંપની દ્વારા સ્વીકૃતિ

એપ્લિકેશન 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 દરખાસ્તની 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.