

હેલ્થ પ્રેમિયા

પ્રપોઝલ ફોર્મ

URN: 008

1. પ્રસ્તાવકર્તા વિગતો:

શીર્ષક નામ

DOB જાતિ: પુરુષ નારી રાષ્ટ્રીયતા

વર્તમાન સરનામું

સીમાવિહીન શહેર

જીલ્લો રાજ્ય વ્યક્તિગત ઓળખાણ નંબર

વેન્ડલાઇન નંબર મોબાઇલ નંબર

ઈ-મેઇલ ID વૈકલ્પિક નંબર

CKYC નંબર (વૈકલ્પિક): PAN નંબર

વાર્ષિક આવક (રૂ.)

રોજગાર પગારદાર સ્વ-રોજગાર વિદ્યાર્થી ગૃહિણી અન્ય, કૃપા કરીને સ્પષ્ટ કરો

દ્વારા ચૂકવવામાં આવતું પ્રીમિયમ પ્રસ્તાવ મૂકનાર સાથે સંબંધ

મેં તમામ નિયમો અને શરતો વાંચી છે, સમજી છે અને સ્વીકારી છે અને આ સાથે નિવા બૂપા 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 સુવિત 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 લશ્કરી અધિકારીઓ, સરકારી કંપનીઓના વરિષ્ઠ અધિકારીઓ, પક્ષના મહત્વપૂર્ણ અધિકારીઓ છે અથવા સોંપવામાં આવ્યા છે. જો તમે પીઇપી સામે ટિક કર્યું હોય, તો કૃપા કરીને અવગ્ર પીઇપી પ્રશ્નાવલિ ભરો)

શું તમે પોલિસી કોન્ટ્રોલ ભૌતિક નકલ ઇચ્છો છો? હા ના

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 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 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)

1. NSDL 2. CIRL 3. કાર્વા 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).

૩. કવરેજ પસંદગી:

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

કૃપા કરીને સંબંધિત બોક્સ પર ટિક કરો:

આધાર વિસ્તાર:

પોલિસી પ્રકાર: વ્યક્તિગત ફેમિલી ફ્લોટર કુટુંબ પ્રથમ યોજનાનો પ્રકાર: ચાંદી સોનું પ્લેટિનમ

પ્રીમિયમ ચુકવણી મોડ: એકબું

આવરી લેવાના જીવનની સંખ્યા: પુખ્ત વયનાઓ બાળકો

વીમાની મૂળભૂત રકમ

ફેમિલી ફર્સ્ટ પોલિસીના પ્રકારમાં ફ્લોટરની વીમાકૃત રકમ (સભ્યોની સંખ્યા / 6 થી વધુ સભ્યો માટે 10 ગણવામાં આવતું મૂલ્ય) * વીમાની રકમ * ગુણક પરિબળ (2 સભ્યોની પોલિસી માટે 1.5 અને અન્ય માટે 2) / 6 થી.

રૂમનું ભાડું પસંદ કરવામાં આવ્યું (માત્ર ફેમિલી ફર્સ્ટ સિલ્વર વેરિઅન્ટ માટે જ લાગુ) 3,000 રૂપિયા પ્રતિ દિવસ અથવા શોર્ટ રૂમ; જે પણ ઓછું હોય
 5,000 પ્રતિદિન અથવા સિંગલ પ્રાઇવેટ રૂમ; જે પણ ઓછું હોય

પોલિસી કવરેજ: ઝોન 1: અખિલ ભારતીય કવરેજ
 ઝોન 2: મુંબઈ (નવી મુંબઈ અને થાણે સહિત), દિલ્હી એનસીઆર, કોલકાતા અને ગુજરાત રાજ્ય માટે સહ-ચુકવણી સાથેનું અખિલ ભારતીય કવરેજ લાગુ

(નોંધ - જો તમે ઝોન 2 પસંદ કરો છો, તો 20% સહ-ચુકવણી મુંબઈ (નવી મુંબઈ અને થાણે સહિત), દિલ્હી એનસીઆર, કોલકાતા અને ગુજરાત રાજ્યમાં સારવાર માટે અરજી કરશે.)

પોલિસી ટર્મ: 1 વર્ષ 2 વર્ષ 3 વર્ષ

વૈકલ્પિક કવરેજ:							
		કૃપા કરીને પસંદ કરવા માટે ટિક કરો					
1.	ઉન્નત વફાદારીનો ઉમેરો	<input type="checkbox"/>	હા	<input type="checkbox"/>	ના		
2.	હોસ્પિટલ કેશ	<input type="checkbox"/>	હા	<input type="checkbox"/>	ના		
3.	આંતરરાષ્ટ્રીય કવરેજ, માતૃત્વ વાલ અને નિર્દિષ્ટ બીમારી (માત્ર પ્લેટિનમ પ્લાન માટે જ લાગુ) માટે સંવર્ધિત ભૌગોલિક અવકાશ	<input type="checkbox"/>	હા	<input type="checkbox"/>	ના		
4.	'ઈન્ટરનેશનલ કવરેજ' માટે તમારી વીમા રકમ બમણી કરો (માત્ર પ્લેટિનમ પ્લાન માટે જ લાગુ)	<input type="checkbox"/>	હા	<input type="checkbox"/>	ના		
		અરજદાર નંબર					
		1	2	3	4	5	6
5.	કૃપા કરીને 'વ્યક્તિગત અકસ્માત કવર' પસંદ કરતા હોય તો ટિક કરો (આ વિકલ્પ ફક્ત 18 વર્ષ કે તેથી વધુ ઉંમરના અરજદારો માટે જ ઉપલબ્ધ છે). - જો 'વ્યક્તિગત અકસ્માત કવર'નો વિકલ્પ પસંદ કરવામાં આવે, તો કૃપા કરીને જો અરજદાર કોઈ નોકરી અથવા કોઈ વ્યવસાયમાં સામેલ હોય તો તે વિમાનમાં અથવા દરિયામાં જતા જહાજ, ભૂગર્ભ ખાણકામ અથવા ટનલિંગ, સશસ્ત્ર ધનો અથવા સુરક્ષા ધનો, કોઈપણ સાહસિક સ્થાનોમાં ભાગ લેવા (મોટર સ્પીડ સ્પર્ધાઓ સહિત) સાથે સંબંધિત વ્યવસાયમાં સામેલ હોય તો કૃપા કરીને ટિક કરો						
6.	કૃપા કરીને 'ક્રિટિકલ ઇવન્ટ્સ કવર'નો વિકલ્પ પસંદ કરતા હોય તો ટિક કરો (આ વિકલ્પ માત્ર 18 વર્ષ કે તેથી વધુ ઉંમરના અરજદારો માટે જ ઉપલબ્ધ છે) પસંદ કરેલ કવરેજની રકમ છે <input type="text"/> - જો 'ક્રિટિકલ ઇવન્ટ્સ કવર'નો વિકલ્પ પસંદ કરવામાં આવે તો, કૃપા કરીને જો અરજદારનું નિદાન થયું હોય અથવા હૃદય, મગજ, ફેફસાં, કિડની, યકૃત, સ્વાદુપિંડ, બરોળ, આંતરડા, રક્તવાહિનીઓ, હાડકાં / સાંધા અથવા નાની તબીબી બીમારી સિવાયના શારીરના અન્ય કોઈ અંગને અસર કરતી કોઈ પણ દીર્ઘકાલીન સ્થિતિ માટે સારવાર લઈ રહી હોય તો કૃપા કરીને ટિક કરો.						
7.	જિન્ડેલો (કોસા) પસંદ કરવા માટે પસંદ કરવા માટે ટિક કરો						
<input type="checkbox"/> 'હેલ્થ કોચ' કવરેજની પસંદગી કરવાના કિસ્સામાં, હું સંમત થાઉં છું કે કંપની લાલ હેઠળ સેવાઓ પૂરી પાડવા માટે અરજદારનો સંપર્ક કરવા માટે સેવા પ્રદાતાને અરજદારની સંબંધિત વિગતો પ્રદાન કરી શકે છે. હું આગળ સંમત છું અને સંમતિ આપું છું કે મોબાઇલ એપ્લિકેશન પરની વિગતોને ટ્રેકિંગ કરવાની વિગતો કંપની અને સેવા પ્રદાતા દ્વારા જરૂરી છે. હું મારી પોતાની સ્વતંત્ર ઇચ્છા દ્વારા અને કોઈ પણ દબાણ વિના જાહેર કરું છું અને સંમતિ આપું છું કે કંપની અને તેના અધિકૃત સેવા પ્રદાતા સમયાંતરે આ વિગતોને એક્સેસ કરી શકે છે અને રેકોર્ડ કરી શકે							
8.	સુરક્ષિત	<input type="checkbox"/>	ના	<input type="checkbox"/>	સુરક્ષિત	<input type="checkbox"/>	સેફર્ડ+ <input type="checkbox"/>

4. નામાંકન

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 કિસ્સાઓની રચના કરશે. અન્ય તમામ અજરદાર(ઓ) માટે નોમિની પોતે

જ પ્રસ્તાવક

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

નોમિનીની બેંક વિગતો: વાલાઈડ નામ:

બેંક નામ		Account type	<input type="checkbox"/> સંગ્રહી <input type="checkbox"/> વર્તમાન
ખાતા નંબર		IFSC કોડ	

5. તબીબી અને આદતોની 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 નોંધ લેવો કે કોઈ પણ અપૂર્ણ, ખોટી, આંશિક રીતે સાચી માહિતી તમારા દાવા અને/અથવા કવરેજને અસર કરી શકે છે.

વિભાગ એ: કૃપા કરીને તબીબી સમસ્યાઓ વિશેની માહિતી શેર કરો	અજરદાર નંબર					
	1	2	3	4	5	6
કૃપા કરીને દરેક અજરદાર માટે નીચેના પ્રશ્નોના જવાબ આપો. કૃપા કરીને 'હા' (Y) અથવા 'ના' (N) પર વર્તુળ બનાવો.						
i. શું તમને ક્યારેય 5 દિવસથી વધુ સમય માટે હોસ્પિટલમાં દાખલ કરવામાં આવ્યા છે, શસ્ત્રક્રિયાની કોઈ પણ પ્રક્રિયા હાથ ધરવાની સલાહ આપવામાં આવી છે, અથવા કોઈ દવા લીધી છે અથવા 14 દિવસથી વધુ સમય માટે કોઈ ચિકિત્સા અનુભવ્યા છે? દવાઓ ઇન્હેલેર્સ, ઇન્જેક્શન, ઓરલ ડ્રગ્સ અને સ્થાનિક ઉપયોગોનો સમાવેશ કરો છે પરંતુ તે પૂરતું મર્યાદિત	અને	N	અને	N	અને	N
ii. શું તમે ક્યારેય કોઈ નિદાન પરીક્ષણો અથવા તપાસ માટે પ્રતિફળ તારણો મેળવ્યા છે, જેમ કે	અને	N	અને	N	અને	N
iii. શું તમને ડાયાબિટીઝ અથવા હાઈ બ્લડ પ્રેશર છે?	અને	N	અને	N	અને	N
iv. શું તમને અગાઉથી અસ્તિત્વ ધરાવતા કોઈ રોગ/સ્થિતિ છે?	અને	N	અને	N	અને	N
v. શું તમને ક્યારેય કોઈ આનુવંશિક/વારસાગત વિકાર અથવા એચઆઇવી/એઇડ્સનું નિદાન થયું છે કે તેની સારવાર કરવામાં આવી છે?	અને	N	અને	N	અને	N
vi. શું તમને ક્યારેય કોઈ માનસિક/માનસિક વિકારનું નિદાન થયું છે કે તેની સારવાર કરવામાં આવી છે?	અને	N	અને	N	અને	N
vii. શું તમે હાલમાં ગર્ભવતી છો અને/અથવા તમને વર્તમાન અથવા અગાઉના ગર્ભવસ્થામાં કોઈ જટિલતાઓ થઈ છે અથવા તમે કોઈ પણ પ્રકારની પ્રજનન સારવાર લીધી છે/પસાર કરી રહ્યા છો? (18થી 50 વર્ષની વયની મહિલાઓને વાગ્યું)	અને	N	અને	N	અને	N

વિભાગ બી: (કૃપા કરીને આ વિભાગ ત્યારે જ ભરો જો અજરદાર ધૂમ્રપાન કરે છે અથવા તમાકુ / ગુટખા / પાન મસાલા અથવા આલ્કોહોલનું સેવન કરે છે)	i. યાવી શકાય તેવી તમાકુ/ગુટખા/પાન મસાલા - જા હા, તો કૃપા કરીને દરરોજના પાઉચની સંખ્યા જણાવો		ii. આલ્કોહોલ. જા હા, તો કૃપા કરીને દર અઠવાડિને મા 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
અજરદાર ૧							
અજરદાર ૨							
અજરદાર ૩							
અજરદાર ૪							
અજરદાર ૫							
અજરદાર ૬							

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

અરજદાર નંબર	વક્ષણો(ઓ) અથવા તપાસ(ઓ) અથવા નિદાન અથવા પ્રક્રિયા / શસ્ત્રક્રિયાની વિગતો				દવા(ઓ)	ડોઝેજ	વર્તમાન સ્થિતિ (દા.ત. સંપૂર્ણ/આંશિક પુનઃપ્રાપ્તિ અથવા યાવુ સારવાર)	ડોક્ટરના નામ અને સંપર્કની વિગતોની સારવાર કરી રહ્યા છીએ	જો ડાયાબિટીસ હોય તો જોડાયેલા દસ્તાવેજો	
	જા ડાયાબિટીસ HbA1c સ્તર	જા હાઇ બ્લડપ્રેશર બીપી વેલ્વ		કોઇપણ અન્ય વિગતો						શસ્ત્ર-આત તારીખ (DD/MM/YYYY)
		સિસ્ટોલિક	ડાયસ્ટોલિક							

6. ભૂતકાળની દરખાસ્તો

શું તમે અરજદારના જીવન પર જીવન, આરોગ્ય, હોસ્પિટલના દૈનિક રોકડ અથવા ગંભીર બીમારીના વીમા માટેની કોઈ દરખાસ્ત ક્યારેય નામંજૂર કરવામાં આવી છે, મુલતવી રાખવામાં આવી છે, વોડ કરવામાં આવી છે અથવા કોઈ વીમા કંપની દ્વારા બાકાત રાખવા જેવી કોઈ ખાસ શરતોને આધિન કરવામાં આવી છે?	અરજદાર નંબર					
	1	2	3	4	5	6
	અને N	અને N	અને N	અને N	અને N	અને N

7. ઇલેક્ટ્રોનિક પોલિસી પરિપૂર્ણતા અને સેવા સંચાર માટે અધિકૃતતા

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

હા ના

8. ધોષણા (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 આધિન 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 ઘેરબેઠામાં 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/ દરખાસ્ત કરનાર અથવા વીમાધારક 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, જેને વીમાધારક/ દરખાસ્ત કરનાર વ્યક્તિ પર વીમા માટે અરજી કરવામાં આવી હોય 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 રેકોર્ડ્સનો પણ સમાવેશ થાય છે, જેનો એકમાત્ર હેતુ અમારા પેનલમાં સામેલ પ્રદાતા સાથે સેવા પૂરી પાડવાનો છે.

તિથિ સ્થાન દરખાસ્ત કરનારની સહી

9. વર્નાક્યુલર ધોષણા

(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:

સાક્ષીનું નામ સાક્ષીની સહી પ્રોએપોઝરની સહી

10. પ્રસ્તાવક ધોષણા

(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 કારણના મહત્વને સંપૂર્ણપણે સમજી ગયો છું. પ્રપોઝર ફોર્મ મારી સૂચના _____ under દ્વારા ભરવામાં આવે છે અને મને તે સાચું હોવાનું જણાયું છે.

દરખાસ્ત કરનારની સહી

11. પ્રિમિયમની વિગતો (માત્ર ઓફિસના ઉપયોગ માટે)

પ્રિમિયમ ચૂકવણી વિકલ્પ ચેક ડિમાન્ડ ડ્રાફ્ટ

ક્રેડિટ કાર્ડ ડેબિટ કાર્ડ નેટ બેંકિંગ

ચેકસ બીજાઓ

પ્રિમિયમ રકમ

ઓનલાઇન ચૂકવણી વ્યવહાર આરંભી:

તિથિ

નિવા બુપા શાખાનું સ્થાન

કોડ નં.

આના દ્વારા સ્ત્રોત થયેલ વ્યવસાય:
સલાહકાર/ડીએસટી/કોર્પોરેટ એજન્સી/અન્ય ચેનલ્સ

કોડ નં.

નામ

આના પર પ્રાપ્ત થયેલી દરખાસ્ત:

ગ્રાહક આઈડી:

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

શાખા કોડ SP કોડ

RM/LG કોડ

ગ્રાહકનો એકાઉન્ટ નંબર

13. વીમા સલાહકારનો અહેવાલ (માત્ર ઓફિસના ઉપયોગ માટે)

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

2. પ્રસ્તાવકને કેટલા સમયથી ઓળખો છો?

3. તમે પ્રસ્તાવ મુકનારની ઓળખથી સંતુષ્ટ છો? હા ના

4. શું પ્રસ્તાવક અથવા કોઈ પણ અસ્વચ્છતાને કોઈ શારીરિક વિકૃતિ/ખામી અથવા માનસિક મંદતા છે? હા ના

5. શું તમે સૂચિત નીતિની શરતો, નવીનીકરણ માટેની શરતો, બાકાત રાખવા, નીતિની રાહ જોવાની શરતો સમજાવી છે અને શું દરખાસ્તકર્તાએ વ્યક્તિગત રીતે આરોગ્યની ઘોષણા પૂર્ણ કરી છે? હા ના

6. શું તમે નૈતિક જોખમ સહિતના તમામ પરિબલોને ધ્યાનમાં રાખીને આ દરખાસ્ત ફોર્મ સ્વીકારવાની ભલામણ કરી છો? હા ના

7. શું તમે ઉદ્દાસીનતાપૂર્વક પ્રસ્તાવ મુકનારને 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

14. વૈધાનિક ચેતવણી

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

- કોઈ પણ વ્યક્તિ, ભારતમાં જન્મલાભને લગતા કોઈ પણ પ્રકારના જોખમ, ચૂકવવાપાત્ર કમિશનના સંપૂર્ણ કે હિસ્સાની છૂટ અથવા પોલિસીમાં દર્શાવેલા પ્રિમિયમમાં કોઈ પણ રિબેટના સંદર્ભમાં વીમો લેવા કે રિન્યુ કરવા અથવા ચાલુ રાખવા માટે કોઈ પણ વ્યક્તિને પ્રત્યક્ષ કે પરોક્ષ રીતે પ્રવેશન 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 નહીં, 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.

15. ABHA ID

સભ્ય નામ	શું તમારી પાસે એબા 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"/>	<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"/>

16. દાવાઓના રિફંડ અને ચૂકવણી માટેની વિગતો

ચૂકવણીને પ્રાપ્ત કરવાનો વિકલ્પ: બેંક ટ્રાન્સફર

લાભાર્થીનું નામ

બેંક નામ

ખાતા નંબર IFSC કોડ

Account type

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 'હાઈલીટ' લોગો તેમના સંબંધિત માલિકોના નોંધાયેલા ટેડમાર્ક્સ 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 લાભો વિશે વધુ માહિતી માટે, કૃપા કરીને વેબસાઇટ પૂર્વે કરતા પહેલા વેબસાઇટ પુસ્તિકાને કાળજીપૂર્વક વાંચો.

www.digitalsignatures.com

નિવા બપા તેના ગ્રાહકો સાથે ન્યાયી અને પારદર્શક રહેવા માટે સમર્પિત છે. આ દસ્તાવેજ તમારી નીતિની મુખ્ય વિશેષતાઓનો સારાંશ આપે છે, જે 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.

હેલ્થ પ્રિમિયા તમને ઇનપેશન્ટ વાલોની વ્યાપક શ્રેણી પ્રદાન કરે છે. તદુપરાંત, ગોલ્ડ અને પ્લેટિનમ પ્લાન હેઠળ કેટલાક વધારાના વાલો છે જે નીચે દર્શાવેલ છે તેમજ જો તમે તમારું આવરણ વધારવા માંગતા હો, તો ખરીદવા માટે તમને વૈકલ્પિક વાલો પણ છે.

તમારી નીતિમાં ઉલ્લેખિત કેટલીક મર્યાદાઓ અને બાકાતોને આધિન નીચેના પાયાના વાલો પૂરા પાડવામાં આવે છે: યાંદો, સોનું અને પ્લેટિનમ પ્લાન હેઠળ પાયાના વાલો

- હોસ્પિટલમાં દર્દીના દર્દીની સંભાળ, જેમાં ઓરડાના ભાડા (તમારા પસંદ કરેલા પ્લાન મુજબ) અને આઈસીયુ ચાર્જિસનો સમાવેશ થાય છે
- હોસ્પિટલમાં દાખલ થયા પહેલાં અને પછીનો ખર્ચ અનુક્રમે 90 અને 180 દિવસ માટે
- ડેકર ટ્રીટમેન્ટ્સ
- ડોમિસિલિયરી હોસ્પિટલાઈઝેશન
- વૈકલ્પિક સારવારો
- બિવિંગ ઓર્ગન ડોનર ટ્રાન્સપ્લાન્ટ
- ઇમરજન્સી એમ્બ્યુલન્સ
- અમર્યાદિત ટેલિ/ઓનલાઇન તબીબી કન્સલ્ટેશન
- માતૃત્વના વાલોને 2 ગર્ભાવસ્થા સુધી અથવા 24 મહિનાના પ્રતીક્ષા પછીના સમયગાળા માટે ટર્મિનેશન માટે આવરી લેવામાં આવે છે. પ્લેટિનમ યોજના હેઠળ, યુએસએ અને કેનેડા સિવાય વિશ્વભરમાં આવરી લેવામાં આવી છે.
- નવજાત શિશુ નવજાત શિશુના રસીકરણ સહિત
- આરોગ્ય તપાસણી, પ્રથમ દિવસથી શરૂ
- વીમા રકમ સુધીનો રિફિલ વાલ વ્યક્તિગત અને ફેમિલી ફ્લોટર પ્લાન હેઠળ જ ઉપલબ્ધ છે. ફેમિલી ફ્લોટર પ્લાનમાં રિફિલનો કોઈ ફાયદો નથી.
- પોલિસીધારક (જે વીમાકૃત વ્યક્તિ પણ હોવી જોઈએ) મૃત્યુ પામે છે અથવા તેનું પ્રથમ વખત નિદાન થાય છે અથવા સારવાર લે છે, જેમાં પોલિસી દરમિયાન કોઈ પણ ઉલ્લેખિત બીમારી (વ્યક્તિગત ક્વર માટે ઉપલબ્ધ નથી) તો 1 વર્ષ માટે ઓટોમેટિક ફ્રી એક્સટેન્શન
- ફાર્મસી અને ડાયગ્નોસ્ટિક બુકિંગ સેવાઓ
- લોચલ્ટી એડિશન્સ: પોલિસી વર્ષ પૂર્ણ થયા બાદ એક્સપાયર થતી બેઝ વીમાની રકમના 10 ટકાને ઉમેરવામાં આવે છે, જે વીમાની મૂળ રકમના મહત્તમ 100 ટકાને આધિન હોય છે.
- તબીબી રેફરલ, ઇમરજન્સી મેડિકલ ઇવેલ્યુએશન, તબીબી પ્રત્યાર્પણ, કરુણાપૂર્ણ મુલાકાત, કાળજી અને / અથવા સગીર બાળકોના પરિવહન અને નશ્વર અવશેષો પરત લાવવા માટે ઇમરજન્સી સહાય સેવાઓ
- એચઆઈવી/એઇડ્સને કારણે ઊભી થયેલી કે તેની સાથે સંકળાયેલી નિત્યતિને કારણે હોસ્પિટલમાં દાખલ થવા (ડેકર સારવાર સહિત) માટે થતા ખર્ચને નીતિમાં ઉલ્લેખિત પેટા-મર્યાદાને આધિન આવરી લેવામાં આવે છે.
- નીતિમાં ઉલ્લેખિત ચોક્કસ શરતો માટે પેટા-મર્યાદાને આધિન માનસિક બિમારી માટે દર્દીની સારવાર માટે કરવામાં આવેલા ખર્ચને નીતિ હેઠળ આવરી લેવામાં આવે છે.
- મર્યાદાઓને આધિન આધુનિક સારવારો આવરવામાં આવી છે

ગોલ્ડ અને પ્લેટિનમ પ્લાન હેઠળ વધારાના બેઝ બેનિફિટ્સ

- નીતિમાં દર્શાવ્યા મુજબ વેસર સર્જરીને પેટા-મર્યાદાને આધિન આવરી લેવામાં આવી છે.
- ઇમરજન્સી હોસ્પિટલમાં દાખલ થવું, ઇમરજન્સી મેડિકલ ઇવેલ્યુએશન, ઓપીડી ક્વર (20 ટકા સહ-યુકવણી સાથે), કરુણાપૂર્ણ મુલાકાત, સગીર બાળકોના પાસપોર્ટ, સંભાળ અને / અથવા પરિવહનનું નુકસાન, ચેક-ઇન બેજેજનું નુકસાન, નશ્વર અવશેષો પરત ફરવું, ટ્રીપ કેન્સલેશન અને અવરોધ, ટ્રીપમાં વિલંબ, ચેક-ઇન બેજેજમાં વિલંબ, મેડિકલ રેફરલ અને તબીબી પ્રત્યાર્પણ માટે ભારત સિવાય ભારતની બહાર આંતરરાષ્ટ્રીય કવરેજ; નીતિમાં નિર્દિષ્ટ કર્યા મુજબ પેટા-મર્યાદાઓને આધિન. - વ્યક્તિ દીઠ વધુમાં વધુ 15 દિવસ માટે એક જ ટ્રીપને ગોલ્ડ પ્લાન હેઠળ આવરી લેવામાં આવે છે.
- વાર્ષિક મલ્ટી ટ્રિપ્સને પ્લેટિનમ પ્લાન હેઠળ એક જ ટ્રીપમાં વધુમાં વધુ 45 દિવસ સુધી આવરી લેવામાં આવે છે.

ખેટિનમ પ્લાન હેઠળ વધુ વધારાના બેઝ બેનિફિટ્સ

- ચોક્કસ માંદગી અથવા આયોજિત શસ્ત્રક્રિયાના નિદાન પર બીજો તબીબી અભિપ્રાય (વિશ્વાવ્યાપી)
- બાળ સંભાળના વાલો (12 વર્ષ સુધીના બાળકો માટે રસીકરણ, જેમાં રસીકરણ માટે મુલાકાત દરમિયાન પોષણ અને વૃદ્ધિ માટે એક પરામર્શ સામેલ છે)
- અમેરિકા અને કેનેડા સિવાય ભારતની બહાર નિર્દિષ્ટ બીમારીનું કવર
- ઓ.પી.ડી. સારવાર અને નિદાન સેવાઓ સહ-યુક્તવર્ષી વિના

તમારી નીતિમાં ઉલ્લેખિત કેટલીક મર્યાદાઓ અને બાકાતોને આધિન નીચેના વૈકલ્પિક વાલો પૂરા પાડવામાં આવે છે:

- આકસ્મિક મૃત્યુ કાયમી સંપૂર્ણ અને આંશિક વિકલાંગતા સામે વ્યક્તિગત અકસ્માત કવરેજ
- 20 મોટી ગંભીર બીમારીઓ માટે ગંભીર બીમારીનું કવરેજ
- હોસ્પિટલમાં દાખલ થવાના કિસ્સામાં દૈનિક હોસ્પિટલનો રોકડ વાલ
- સંવર્ધિત વધાદારીમાં વધારો રિન્યૂઅલ વખતે વીમાની સમયમર્યાદા પૂર્ણ થતી હોય તેવી વીમાકૃત રકમના 20 ટકા જેટલો ઉમેરો, જે વીમાની મૂળ રકમના મહત્તમ 200 ટકાને આધિન રહેશે.
- આંતરરાષ્ટ્રીય કવરેજ વિસ્તરણ – આંતરરાષ્ટ્રીય વ્યાપ વધારવા માટે નીચેનાં વિકલ્પો ઉપલબ્ધ છે:
 - સિંગલ ટ્રિપનાં આધારે વધારાની સફરો ઉપલબ્ધ છે; માત્ર ગોલ્ડ પ્લાન હેઠળ 1 દિવસથી 30 દિવસ સુધીની સમયાવાધિ –
 - ‘આંતરરાષ્ટ્રીય વીમા કવચ’ના વાલ માટે વીમાની રકમ બમણી કરી શકાય
- ખેટિનમ યોજના હેઠળ માતૃત્વ વાલ અને નિર્દિષ્ટ બીમારી માટે યુએસએ અને કેનેડાને આવરી લેવા માટે આવરી લેવા માટે વિસ્તૃત ભૌગોલિક અવકાશ અને આંતરરાષ્ટ્રીય કવરેજ બેઝ વાલ
- પોલિસી વર્ષ દીઠ કોઈ પણ 90 દિવસ માટે 18 વર્ષ કે તેથી વધુ વયના વીમાધારક માટે વ્યક્તિગત આરોગ્ય કોચ

કૃપા કરીને નોંધ લેશો કે વૈકલ્પિક વાલો માટે વધારાનું વાર્ષિક પ્રીમિયમ વસૂલવામાં આવે છે

એ બાબતની નોંધ લેશો કે પ્રતીક્ષાનો સમયગાળો નીતિ મુજબ લાગુ પડે છે:

- નીતિની શરૂઆતથી અત્યાર સુધીમાં 24 મહિનાનો અગાઉથી અસ્તિત્વ ધરાવતો રોગ પ્રતિક્ષા સમયગાળો અને સતત નવીનીકરણને આધિન છે. જ્યાં સુધી જરૂરી સારવાર અકસ્માતનું પરિણામ ન હોય ત્યાં સુધી 30 દિવસનો પ્રારંભિક પ્રતીક્ષા સમયગાળો.
- કેટલીક વિસ્ટેડ બિમારીઓ માટે 12 મહિનાનો સ્પેસિફિક વેઇટિંગ પિરિયડ, સિવાય કે આ િસ્થિતિ સીધી રીતે કેન્સર (30 દિવસના ઇનિશિયલ વેઇટિંગ પિરિયડ પછી આવરી લેવામાં આવેલી) અથવા અકસ્માત (પ્રથમ દિવસથી આવરી લેવાયેલી) દ્વારા સીધી જ થતી હોય.
- નીચેના વાલો નીતિની શરૂઆતથી અત્યાર સુધીમાં 36 મહિનાની પ્રતીક્ષાનો સમયગાળો ધરાવશે અને સતત નવીનીકરણને આધિન રહેશે: -
 - માનસિક વિકારની સારવાર
 - લેસર સર્જરીનું
- એચઆઇવી/એઇડ્સનાં આવરણ માટે નીતિની શરૂઆતથી અત્યાર સુધી 48 મહિનાની પ્રતીક્ષાનો સમયગાળો હશે અને તે સતત નવીનીકરણને આધિન રહેશે.
- ક્રિટિકલ ઇલ્ડનેસ કવર માટે, 90 દિવસનો પ્રારંભિક વેઇટિંગ પિરિયડ તેમજ અગાઉથી અસ્તિત્વ ધરાવતા રોગની રાહ જોવાનો સમયગાળો 3 વર્ષનો અને 30 દિવસનો સર્વાઇવલ પિરિયડ બાકાત રાખવાનો સમયગાળો તમામ શરતો માટે લાગુ પડશે.

નોંધ લો કે નીતિગત કરારમાં નિર્ધારિત કર્યા મુજબ ધોરણોને બાકાત રાખવાં લાગુ પડે છે. તદ્દુપરાંત, અન્ડરરાઇટિંગ પરિણામોના આધારે, કેટલાક ચોક્કસ બાકાત રાખવા અથવા વ્યક્તિગત રાહ જોવાનો સમયગાળો પણ તમારી નીતિને લાગુ પડી શકે છે.

આ જગ્યા જાણી જોઈને ખાલી છોડી દેવામાં આવી છે.

તમારી નીતિની અન્ય મુખ્ય વિશેષતાઓ નીચે મુજબ છે:

- વ્યક્તિગત અથવા ડેમિલી ફ્લોટર ક્વર (4 બાળકો સુધી) અથવા ડેમિલી ફર્સ્ટ ક્વર (19 સંબંધો સુધી), નીતિમાં સભ્યો(ઓ)નો કોઈ ઉમેરો કે બાદબાકી માત્ર નવીનીકરણના સમયે જ કરવામાં આવશે.
- વીમાની રકમ (ફંડબના પ્રથમ કિસ્સામાં): તમારી ચોજનામાં એક જ પોલિસીમાં વ્યક્તિગત વીમાની રકમ અને ફ્લોટર વીમાની રકમ એમ બંને પ્રકારની ઓફર કરવામાં આવે છે. ઉદાહરણ તરીકે, 6 સભ્યો (જેમ કે સ્વ, જીવનસાથી, માતાપિતા અને બે બાળકો) માટે ડેમિલી ફર્સ્ટ પોલિસી પસંદ કરવામાં આવે છે, જેમાં 5 લાખ + 30 લાખની વીમાકૃત રકમ હોય છે. કોઈ પણ સભ્ય પોતાની વ્યક્તિગત વીમા રકમમાંથી 5 લાખ સુધીનો દાવો કરી શકે છે. 4 લાખથી વધુનો કોઈપણ દાવો 30 લાખના ફ્લોટર વીમા રકમ દ્વારા આવરી લેવામાં આવશે. તેથી, વ્યક્તિગત સભ્ય એક જ દાવામાં 35 લાખ સુધીનો દાવો કરી શકે છે, જો કે ફ્લોટર સમ વીમાકૃતનો ઉપયોગ પોલિસી વર્ષ દરમિયાન તમામ સભ્યો માટે એક સાથે 30 લાખ સુધી જ થઈ શકે છે. એક પોલિસી વર્ષમાં સંચિત ધોરણે, કુલ દાવા 60 લાખ (એટલે કે 6 સભ્યો * 5 લાખ પ્રત્યેક + 30 લાખ ફ્લોટર વીમા રકમ) કરી શકાય.
- તમારી પોલિસીની આજીવન નવીનીકરણક્ષમતા તમારી પુષ્ટિ અને બાકી પ્રીમિયમની સમયસર ચૂકવણીને આધિન છે.
- જેમ જેમ તમારી ઉંમર વધશે તેમ તેમ તમારું રિન્યુઅલ પ્રીમિયમ વધશે પરંતુ તમારા દાવાના અનુભવને આધારે તેમાં ફેરફાર થશે નહીં. પ્રોડક્ટ માટેના રિન્યુઅલ પ્રીમિયમના દરમાં ભવિષ્યમાં આઇઆરડીએઆઈની મંજૂરીને આધિન અને સમયાંતરે વાગ્યું પડતા આઇઆરડીએઆઈના નિયમો અને નિયમનો અનુસાર સુધારો કરી શકાય છે.
- જો તમારી દરખાસ્ત ઇશ્યૂ કરવા માટે નકારવામાં આવે તો તમે પ્રિ પોલિસી મેડિકલ ચેક-અપ (પીપીએમસી)ના ખર્ચનો 100 ટકા હિસ્સો સહન કરશો.
- ફ્રી લુકની જોગવાઈ: જો તમે પોલિસીના નિયમો અને શરતો સાથે સંમત ન હોવ, તો તમે પોલિસી દસ્તાવેજ પ્રાપ્ત થયાના 15 દિવસની અંદર તમારા કારણો જણાવીને પોલિસી રદ કરી શકો છો, જો કોઈ લાભ હેઠળ કોઈ દાવા કરવામાં આવ્યા ન હોય તો. મેડિકલ ચેક-અપ, સ્ટેમ્પ ડ્યુટી અને કવર સમયગાળા માટે પ્રમાણસર જોખમ પ્રીમિયમ માટે ચાર્જ કાપ્યા પછી પ્રીમિયમ પરત કરવામાં આવશે. પોલિસીના રિન્યુઅલ સમયે ફ્રી લુકની જોગવાઈ વાગ્યું પડતી નથી.

નોંધો:

- પ્રીમિયમ: કૃપા કરીને પ્રીમિયમની રકમ મેક્સ બુપા હેલ્થ ઇન્શ્યોરન્સ કંપની લિમિટેડના નામે ચૂકવણીના સુરક્ષિત માધ્યમ દ્વારા જમા કરાવો.
 - કોઈ પણ પ્રશ્ન અથવા દાવાના કિસ્સામાં, કૃપા કરીને અમારા ગ્રાહક હેલ્પલાઇન નંબર: 1860-500-8888 પર સંપર્ક કરો
- હું સમયાંતરે કંપનીની સૂચિત અથવા પ્રવર્તમાન નીતિના સંદર્ભમાં આવકારદાયક કોલ્સ, સર્વિસ કોલ્સ અથવા અન્ય કોઈ પણ સંદેશાવ્યવહાર (ઇલેક્ટ્રોનિક અથવા અન્યથા) કરવા માટે કંપનીને મંજૂરી આપું છું અને અધિકૃત કરું છું.

નવીકરણ ચૂકવણી સાઇન-અપ

તમારી હેલ્થ ઇન્શ્યોરન્સ પોલિસીના રિન્યુઅલ પ્રીમિયમની ચૂકવણી દર વર્ષે તમારા હાલના ઓટોમેટેડ ક્રેડિટ કાર્ડ/બેંક/સાથી સુચનાઓ (એસઆઈ)ને 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. આ તમારા નીતિગત લાભોની સાતત્યતાને સુનિશ્ચિત કરશે.

_____। એસીએચ/એસઆઈ રિન્યુઅલ વિકલ્પ પસંદ કરવા માંગીએ છીએ.

તિથિ: _____

સહી પ્રસ્તાવકનું ઈ: _____

સ્થાન: _____

Pr નું નામ opposer: _____

નિવા બુપા હેલ્થ ઇન્શ્યોરન્સ કંપની લિમિટેડ; રજિસ્ટર્ડ ઓફિસ: સી-98, ફર્સ્ટ ફ્લોર, લાજપત નગર, પાર્ટ 1, નવી દિલ્હી-110024 (ડિસ્ક્લેમર: ઇન્શ્યોરન્સ એ અનુરોધનો વિષય છે. નિવા બુપા હેલ્થ ઇન્શ્યોરન્સ કંપની લિમિટેડ જે અગાઉ મેક્સ બુપા હેલ્થ ઇન્શ્યોરન્સ કંપની લિમિટેડ તરીકે ઓળખાતી હતી) (આઇઆરડીએઆઈ રજિસ્ટ્રેશન નં. 145). 'બુપા' અને 'હોટલીટ' લોગો તેમના સંબંધિત માલિકોના નોંધાયેલા ટેડામાર્ક્સ 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: 6000DL2008PLC182918. નિયમો અને શરતો, બાકાત રાખવા, જોખમી પરિબલો, પ્રતીક્ષાના સમયગાળા અને લાભો વિશે વધુ માહિતી માટે, કૃપા કરીને વેબસાઇટ પર પહેલાં વેબસાઇટ પુસ્તિકાને કાળજીપૂર્વક વાંચો.

કંપની દ્વારા સ્વીકૃતિ

ઓવિફેશનલ 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 સ્પૂર્ણતા 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 ફજા 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 સીલના હસ્તાક્ષર
