

1. પ્રસ્તાવકર્તા વિગતો:

શીર્ષક	[]	નામ	[]
DOB	[D] [D] [M] [M] [Y] [Y]	જાતિ:	[] પુરુષ [] નારી [] અન્ય
રાષ્ટ્રીયતા	[]		
વર્તમાન સરનામું	[]		
	[]		
સીમાચિહ્ન	[]	શહેર	[]
જીલ્લો	[]	રાજ્ય	[]
વ્યક્તિગત ઓળખ નંબર	[]		
લેન્ડલાઇન નંબર	[]	મોબાઇલ નંબર	[]
ઈ-મેઇલ ID	[]	વૈકલ્પિક નંબર	[]
CKYC નંબર (વૈકલ્પિક):	[]	PAN નંબર	[]
વાર્ષિક આવક (₹.)	[]		
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 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 અધિકૃત કર્યા છે, જેથી હું આવકાર/એસએમએસ, સર્વિસ કોલ/એસએમએસ અથવા અન્ય કોઈ પણ કોમર્શિયલ કમ્યુનિકેશન કરી શકું.

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

શું તમે પોલિસી કીટની 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 ડેડિટ 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 કોઈપણ સારી સ્થિતિમાં કોઈપણ બેંક ખાતું નથી અને હું તે ખોલવા માંગતો નથી. (કૃપા કરીને કોઈપણ એક પસંદ કરો)

2. કવરેજ પસંદગી:

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

કૃપા કરીને સંબંધિત બોક્સ પર ટિક કરો:

આધાર વિસ્તાર:

આવરી લેવા માટેનાં જીવન: 1A 1A+1C 1A+2C 1A+3C 1A+4C 2A 2A+1C 2A+2C 2A+3C 2A+4C

પસંદ થયેલ યોજના: ક્લાસિક પ્લાન ઉન્નત યોજના

વીમાની રકમ: (રૂ.) 3 સરોવરો 4 સરોવરો 5 સરોવરો ૭.૫લેક 10 લકો ૧૫ લકો 20 લકો 25 લકો

પોલિસી ટર્મ: ૧ વર્ષ 2 વર્ષ 3 વર્ષ

પ્રોડક્ટ હેઠળ વૈકલ્પિક કવરેજ:

a. વ્યક્તિગત અકસ્માત કવર: હા ના

જા હા, તો કૃપા કરીને આવરી લેવાયેલી જિંદગીઓ પસંદ કરો: પ્રાથમિક વીમાકૃત વ્યવસ્થા પ્રાથમિક વીમાકૃત વ્યવસ્થા તેમજ જીવનસાથી

શું આ વૈકલ્પિક વાલ હેઠળ આવરી લેવામાં આવતા જીવનને કોઈ નોકરી અથવા વ્યવસાયમાં સામેલ કરવામાં આવે છે, જે વિમાન અથવા સમુદ્રમાં જતા જહાજમાં સ્ટાફ તરીકે કામ કરવા, ભૂગર્ભ ખાણકામ અથવા ટનલિંગ, સશસ્ત્ર દળો અથવા સુરક્ષા દળો, કોઈપણ સાહસિક રમતોમાં ભાગ લે છે (મોટર સ્પીડ હરીફાઈ સહિત)માં ભાગ લે છે?

હા ના

b. ક્રિટિકલ ઇલેનેસ કવર: હા ના

જા હા, તો કૃપા કરીને આવરી લેવાયેલી જિંદગીઓ પસંદ કરો: પ્રાથમિક વીમાકૃત વ્યવસ્થા પ્રાથમિક વીમાકૃત વ્યવસ્થા તેમજ જીવનસાથી

c. ઇન્સ્યુરન્સ: હા ના

d. સેફગાર્ડ (રાઇડર): હા ના

e. હોસ્પિટલ રોકડ: હા ના (5 વાપ કે તેથી ઓછી વીમાકૃત રકમ માટે, દૈનિક રોકડ વાલ દરરોજ રૂ. 1,000 અને 5 વાપથી વધુની વીમાકૃત રકમ માટે, દરરોજ રૂ. 2,000)

f. એન્ડાન્સ નો ક્વેઈમ બોનસ: હા ના

g. સુધારેલ રિ-ફ્રિલ વાલ: હા ના

3. વીમા માટે અરજદારોની વિગતો:

પુખ્ત ૧

નામ

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

કમરરેખા (ઇંચ) જન્મની તારીખ D D M M અન અન અન અન ભારતીય ન હોય તો કૃપા કરીને ટિક કરો

પ્રસ્તાવ મૂકનાર 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

પુખ્ત 2

નામ

જાતિ પુરુષ નારી અન્ય ઊંચાઈ (એચયુ ફ) (ઇંચ) વજન (કિ.ગ્રા.)

કમરરેખા (ઇંચ) જન્મની તારીખ D D M M અન અન અન અન ભારતીય ન હોય તો કૃપા કરીને ટિક કરો

સંબંધ: પુખ્ત વયના 1ના જીવનસાથી

બાળ ૧

નામ

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

કમરરેખા (ઇંચ) જન્મની તારીખ D D M M અન અન અન અન ભારતીય ન હોય તો કૃપા કરીને ટિક કરો

સંબંધ: પુખ્ત વયના 1નો પુત્ર પુખ્ત વયના 1ની પુત્રી

બાળ ૨

નામ

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

કમરરેખા (ઇંચ) જન્મની તારીખ D D M M અન અન અન અન ભારતીય ન હોય તો કૃપા કરીને ટિક કરો

સંબંધ: પુખ્ત વયના 1નો પુત્ર પુખ્ત વયના 1ની પુત્રી

બાણ ૩

નામ

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

કમરરેખા (ઇંચ) જન્મની તારીખ D D M M A A અને અને અને અને

સંબંધ: પુખ્ત વયના 1 ની પુત્ર પુખ્ત વયના 1 ની પુત્રી ભારતીય ન હોય તો કૃપા કરીને ટિક કરો

બાણ ૪

નામ

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

કમરરેખા (ઇંચ) જન્મની તારીખ D D M M A A અને અને અને અને

સંબંધ: પુખ્ત વયના 1 ની પુત્ર પુખ્ત વયના 1 ની પુત્રી ભારતીય ન હોય તો કૃપા કરીને ટિક કરો

4. નામોંકન

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 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: વાલાર્થા નામ:

બેંક નામ Account type સંગ્રહી 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 લેશો 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		અરજદાર નંબર									
કૃપા કરીને દરેક અરજદાર માટે નીચેના પ્રશ્નોના જવાબ આપો. કૃપા કરીને 'હા' (Y) અથવા 'ના' (N) પર વર્તુળ બનાવો.		A1	A2	C1	C2	C3	C4				
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 ઇન્હેલેન્સ, ઇન્જેક્શન, ઓરલ ડ્રગ્સ અને સ્થાનિક ઉપયોગોનો સમાવેશ કરે છે પરંતુ તે પૂરતું મર્યાદિત	અને	N	અને	N	અને	N	અને	N	અને	N
ii.	શું તમે ક્યારેય થાઇરોઇડ પ્રોફાઇલ, વિપિડ પ્રોફાઇલ, ટ્રેડમિલ ટેસ્ટ, એન્જિયોગ્રાફી, ઇકોકાર્ડિયોગ્રાફી, એન્ડોસ્કોપી, એલ્ટ્રાસાઉન્ડ, સીટી સ્કેન, એમઆરઆઇ, બાયોપ્સી અને એફએનએસી જેવા કોઈ પણ નિદાન પરીક્ષણો અથવા તપાસના પ્રતિકૂળ તારણો મેળવ્યા છે?	અને	N	અને	N	અને	N	અને	N	અને	N
iii.	શું તમને ડાયાબિટીઝ અથવા હાઇ બ્લડ પ્રેશર છે?	અને	N	અને	N	અને	N	અને	N	અને	N
iv.	શું તમને અગાઉથી અસ્તિત્વ ધરાવતા કોઈ રોગ/સ્થિતિ છે?	અને	N	અને	N	અને	N	અને	N	અને	N
v.	શું તમે ક્યારેય કોઈ આનુવંશિક/વારસાગત વિકાર અથવા એચઆઇવી/એઇડ્સનું નિદાન કે સારવાર લીધી છે?	અને	N	અને	N	અને	N	અને	N	અને	N
vi.	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

વિભાગ બી: (જો અરજદાર ધૂમ્રપાન કરે છે અથવા તમાકુ / ગુટખા / પાન મસાલા અથવા આલ્કોહોલનું સેવન કરે છે તો જ કૃપા કરીને આ વિભાગ ભરો)	અરજદાર નંબર					
	A1	A2	C1	C2	C3	C4
i. ચાવવા યોગ્ય તમાકુ/ગુટખા/પાન મસાલા - કૃપા કરીને દરરોજના પાઉચની સંખ્યા જણાવો						
ii. આલ્કોહોલ - કૃપા કરીને દર અઠવાડિયે અને/અથવા દૈનિક પીનાર મિલિને ઉલ્લેખ કરો	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
iii. સિગારેટ/બીડી/સિગાર - કૃપા કરીને દરરોજના વપરાશનો ઉલ્લેખ કરો						

વિભાગ C: વિભાગ A માં ડા (M) 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 હાઈ બ્લડ પ્રેશર બીપી વેલ		કોઇપણ અન્ય વિગતો	શરૂઆત તારીખ (DD/MM/YYYY)					
		સિસ્ટોલિક	ડાયસ્ટોલિક							

6. ભૂતકાળની દરખાસ્તો

શું અરજદારના જીવન પર જીવન, આરોગ્ય, હોસ્પિટલના ટ્રેનિક રોકડ અથવા ગંભીર બીમારીના વીમા માટેની કોઈ દરખાસ્ત ક્યારેય નામંજૂર કરવામાં આવી છે, મુલતવી રાખવામાં આવી છે, લીડ 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 નીતિની પરિપૂર્ણતા અને સેવા સંચાર માટે અધિકૃતતા

શું તમે પર્યાવરણનું રક્ષણ કરવા ઇચ્છો છો અને એલિકેશન 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

8. ઘોષણા (દરખાસ્ત પત્ર 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 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 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/ 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. વનિક્યુવર 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:

સાક્ષીનું નામ સાક્ષીની સહી દરખાસ્ત કરનારની સહી

10. 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

11. પ્રિમિયમની વિગતો (માત્ર ઓફિસના ઉપયોગ માટે)

પ્રિમિયમ ચુકવણી વિકલ્પ ચેક ડિમાન્ડ ડ્રાફ્ટ

ક્રેડિટ કાર્ડ ડેબિટ કાર્ડ નેટ બેંકિંગ

રોકડ બીજાઓ

પ્રિમિયમ રકમ

ઓનલાઇન ચુકવણી વ્યવહાર આઇડી:

તિથિ D D M M અને અને અને અને

બેંક નામ/શાખા

નિવા બુપા શાખાનું સ્થાન

કોડ નં.

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

કોડ નં.

નામ

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

ગ્રાહક આઇડી:

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)

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

બંને પ્રસ્તાવકને કેટલા સમયથી ઓળખો છો? મહિનાઓ

શું તમે પ્રસ્તાવ મુકનારની ઓળખથી સંતુષ્ટ છો? હા ના

શું પ્રસ્તાવક અથવા કોઈ પણ અરજદારને કોઈ શારીરિક વિફલિતિ/બામી અથવા માનસિક મંદતા છે? હા ના

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

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

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 D D M M અને અને અને અને

વીમા સલાહકારની સહી

14. વૈધાનિક ચેતવણી

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

- કોઈ પણ વ્યક્તિ, ભારતમાં જન્મલાભને લગતા કોઈ પણ પ્રકારના જોખમ, ચુકવવાપાત્ર કમિશનના સંપૂર્ણ કે હિસ્સાની છૂટ અથવા પોલિસીમાં દર્શાવેલા પ્રિમિયમમાં કોઈ પણ રિબેટના સંદર્ભમાં વીમો લેવા કે રિન્યુ કરવા અથવા યાત્રુ રાખવા માટે કોઈ પણ વ્યક્તિને પ્રત્યક્ષ કે પરોક્ષ રીતે પ્રવોલન સ્વરૂપે મંજૂરી આપી શકશે નહીં કે ઓફર કરી શકશે નહીં, કે કોઈ પણ વ્યક્તિ કોઈ નીતિ સ્વીકારતી કે રિન્યુ કરતી કે યાત્રુ રાખતી કોઈ પણ છૂટનો સ્વીકાર કરી શકે નહિ, સિવાય કે વીમાકંપનીના પ્રકાશિત પ્રોસેક્ટસ અથવા કોષ્ટકો અનુસાર મંજૂરી આપવામાં આવી હોય તેવી છૂટ.
- આ કલમની જોગવાઈઓનું પાલન કરવામાં કોઈ પણ વ્યક્તિ ડિફેલ્ટ કરશે તો તેના પર દસ લાખ રૂપિયા સુધીના દંડને પાત્ર થશે.

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

16. ધવાઓના રિફંડ અને ચુકવણી માટેની વિગતો

ચુકવણીને પ્રાપ્ત કરવાનો વિકલ્પ: બેંક ટ્રાન્સફર

વાલાર્થાનું નામ

બેંક નામ

ખાતા નંબર IFSC કોડ

Account type

નિવા બુપા હેલ્થ ઇન્શ્યોરન્સ કંપની લિમિટેડ; રજિસ્ટર્ડ ઓફિસ:- સી-98, ફર્સ્ટ ફ્લોર, વાજપત નગર, પાર્ટ 1, નવી દિલ્હી-110024 (ડિસ્કવેમર:
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 ટ્રેડમાર્ક્સ છે અને તેનો ઉપયોગ નિવા બુપા હેલ્થ ઇન્શ્યોરન્સ કંપની લિમિટેડ દ્વારા વાઇસ-ટુ-વેઇસ 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 વાશો વિશે વધુ માહિતી માટે, કૃપા કરીને વેબસાઇટ પૂરું કરતા પહેલા વેબસાઇટ પુસ્તિકાને કાળજીપૂર્વક વાંચો.

આ જગ્યાને યોગ્ય રીતે સંભાળવું જોઈએ.

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.

હેલ્થ પલ્સ તમને વિવિધ પ્રકારના વાલો પૂરા પાડે છે જે તમને અને તમારા પરિવારને ખૂબ જ મૂલ્યવાન ગણે છે. તેના વાલોમાં હોસ્પિટલમાં દાખલ થવાનું કવરેજ, વાર્ષિક આરોગ્ય તપાસણી, ડે કેર અને વૈકલ્પિક સારવારનો સમાવેશ થાય છે. તમે વ્યક્તિગત અકસ્માત કવર, ગંભીર બીમારીનું કવર, વિસ્તૃત રિફિલ વાલો, ઇ-કન્સલ્ટેશન, વિસ્તૃત નો ક્લેમ બોનસ અને હોસ્પિટલ રોકડ જેવા વૈકલ્પિક વાલો સાથે પણ તમારા કવરેજને વેગ આપી શકો છો.

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

- ઓરડામાં ભાડુ અને આઈસીયુ ચાર્જ સહિત હોસ્પિટલમાં દર્દીની સંભાળ
- રૂમનું ભાડું/કેટેગરી:- વીમાફત રકમ માટે રૂ. 3 વાખ અથવા 4 વાખ - દરરોજ વીમાની રકમના 1 ટકા સુધી અથવા સિંગલ પ્રાઇવેટ રૂમ, બેમાંથી જે ઓછું હોય તે. આઈસીયુ ચાર્જિસને દરરોજની વીમા રકમના 2 ટકા સુધી આવરી લેવામાં આવે છે - વીમાની રકમ માટે રૂ. 5 વાખ કે તેથી વધુની વીમા રકમ માટે - સિંગલ પ્રાઇવેટ રૂમ. આઈસીયુ ચાર્જિસ વીમાની રકમ સુધી આવરી લેવામાં આવે છે
- હોસ્પિટલમાં દાખલ થયા પહેલાનો અને પછીનો ખર્ચ અનુક્રમે 30 અને 60 દિવસ માટે
- વૈકલ્પિક સારવાર
- ડે કેર ટ્રીટમેન્ટ
- જીવંત અંગ પ્રત્યારોપણ
- ડોમિસિલિયરી હોસ્પિટલમાં દાખલ થવું
- ઇમરજન્સી ગ્રાઉન્ડ એમ્બ્યુલન્સ
- પોલિસી વર્ષ દરમિયાન, વિવિધ બિમારી/સંજોગો માટે અથવા પોલિસી હેઠળ આવરી લેવાયેલા અન્ય વીમાફત સભ્યો માટે કરવામાં આવેલા દાવાઓને કારણે વીમાની રકમ ખતમ થઈ જાય તેવા કિસ્સામાં વીમાની રકમનો 100% સુધી રિફિલ વાલો
- 2જી પોલિસી વર્ષથી વાર્ષિક હેલ્થ ચેક-અપ પેકેજ ઉપલબ્ધ
- ફાર્મસી અને ડાયગ્નોસ્ટિક બુકિંગ સેવાઓ
- નો ક્લેઇમ બોનસ: દરેક ક્લેમ ફી વર્ષ માટે, રિન્યૂઅલ વખતે એક્સપાયર થતી બેઝ વીમા રકમના 10 ટકાનો વધારો, જે મૂળભૂત વીમા રકમના મહત્તમ 100 ટકાને આપિન રહેશે. દાવાના કિસ્સામાં નો ક્લેઇમ બોનસમાં કોઈ ઘટાડો કરવામાં આવશે નહીં
- માનસિક બિમારી માટે ઇનપેશન્ટ સારવાર માટે કરવામાં આવતા ખર્ચને પોલિસી હેઠળ આવરી લેવામાં આવે છે, જે પોલિસી કરારમાં નિર્દિષ્ટ કર્યા મુજબ યોક્સ શરતો માટે પેટા-મર્યાદાને આપિન હોય છે
- એચ.આય.વી/એઇડ્સ દ્વારા સર્જાયેલી અથવા તેની સાથે સંકળાયેલી િસ્થિતિને કારણે હોસ્પિટલમાં દાખલ થવા (ડે કેર સારવાર સહિત) માટે થતા ખર્ચને નીતિ કરારમાં નિર્દિષ્ટ કર્યા મુજબ પેટા-મર્યાદાને આપિન રહીને આ નીતિ હેઠળ આવરી લેવામાં આવે છે. આ વાલો અમારી સાથેના કવરની શરૂઆતથી 48 મહિનાના પ્રતીક્ષાના સમયગાળાને આપિન પૂરો પાડવામાં આવે છે, જેમાં એચઆઇવી/એઇડ્સને વાલો તરીકે આવરી લેવામાં આવે છે
- ક્વાસિક પ્લાન હેઠળ, મુંબઈ (નવી મુંબઈ અને થાણે સહિત), દિલ્હી એનસીઆર, કોલકાતા અને ગુજરાત રાજ્યમાં સારવાર માટે 20% સહ-યુકવણી અરજી કરશે
- મર્યાદાઓને આપિન આધુનિક સારવારો આવરવામાં આવી છે

તમે નીચેના વૈકલ્પિક વાલો સાથે તમારી પોલિસી કસ્ટમાઇઝ કરી શકો છો, જે તમારા પોલિસી કરારમાં ઉલ્લેખિત કેટલીક મર્યાદાઓ અને બાકાતોને આપિન છે:

- આકસ્મિક મૃત્યુ, કાયમી સંપૂર્ણ અને આંશિક વિકલાંગતા સામે વ્યક્તિગત અકસ્માત કવરેજ
- 20 મોટી ગંભીર બીમારીઓ માટે ગંભીર બીમારીનું કવરેજ
- અમર્યાદિત ટેલિ/ઓનલાઇન પરામર્શ
- હોસ્પિટલમાં દાખલ થવાના કિસ્સામાં દૈનિક હોસ્પિટલનો રોકડ વાલો
- રિન્યૂઅલ વખતે એક્સપાયર થતી બેઝ વીમા રકમના 20 ટકા સુધી નો ક્લેઇમ બોનસ, જે મૂળભૂત વીમા રકમના મહત્તમ 200 ટકાને આપિન રહેશે.
- વીમા રકમના 150% સુધીનો વધારાનો રિ-ફિલ વાલો

ફપા કરીને નોંધ લેજો કે વૈકલ્પિક વાલો માટે વધારાનું વાર્ષિક પ્રીમિયમ વસૂલવામાં આવે છે

પ્રોડક્ટનું નામ: હેલ્થ પલ્સ, પ્રોડક્ટ યુઆઇએન: NBHHLIP22155V032122 | રાઇડરનું નામ: સેફગાર્ડ, રાઇડર યુઆઇએન: NBHHLIA24109V022324

ફપની દ્વારા સ્વીકૃતિ

એલિવેકેશન 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 આપિન 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

એ બાબતની નોંધ વેશો કે પ્રતીક્ષાનો સમયગાળો નીતિ અનુસાર વાગુ પડે છે

- પોલિસીની શરૂઆતથી અત્યાર સુધીમાં 36 મહિનાનો અગાઉથી અસ્તિત્વ ધરાવતો રોગ વેઇટિંગ પિરિયડ અને સતત નવીનીકરણ. ક્રિટિકલ ઇલનેસ કવર માટે પણ, અગાઉથી અસ્તિત્વમાં રહેલા રોગની પ્રતીક્ષા અવધિ 36 મહિનાની રહેશે.
- જ્યાં સુધી જરૂરી સારવાર અકસ્માતને કારણે ન હોય ત્યાં સુધી 30 દિવસનો પ્રારંભિક પ્રતીક્ષા સમયગાળો. ક્રિટિકલ ઇલનેસ કવર માટે, પ્રારંભિક વેઇટિંગ પિરિયડ 90 દિવસનો રહેશે.
- કેટલીક સૂચિબદ્ધ બીમારીઓ માટે, અમારી સાથે પ્રથમ નીતિની શરૂઆતથી 24 મહિનાનો ચોક્કસ પ્રતીક્ષા સમયગાળો, સિવાય કે સ્થિતિ સીધી અકસ્માતને કારણે થાય છે (પ્રથમ દિવસથી આવરી લેવામાં આવે છે).
- કૃપા કરીને નોંધ વેશો કે વેઇટિંગ પિરિયડ ફાર્મસી અને ડાયગ્નોસ્ટિક સર્વિસીસ અને વૈકલ્પિક લાભો (જો પસંદ કરવામાં આવે તો) જેમ કે પર્સનલ એક્સિડન્ટ કવર અને ઇ-કન્સલ્ટેશનને વાગુ પડશે નહીં.

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

તમારી નીતિની અન્ય મુખ્ય વિશેષતાઓ નીચે મુજબ છે:

- વ્યક્તિગત અથવા ફેમિલી ફ્લોટર કવર (2 પુખ્ત વયના લોકો અને 4 બાળકો સુધી), નીતિમાં સભ્ય(ઓ)નો ઉમેરો અથવા કાઢી નાંખવાની પ્રક્રિયા રિન્યૂઅલના સમયે જ કરવામાં આવશે.
- તમારી પોલિસીની આજીવન નવીનીકરણક્ષમતા તમારી પુષ્ટિ અને બાકી પ્રીમિયમની સમયસર ચુકવણીને આધિન છે.
- તમારું રિન્યૂઅલ પ્રીમિયમ તમારા વય બેન્ડના આધારે વધશે, પરંતુ તમારા દાવાના અનુભવને આધારે તેમાં ડેરફાર થશે નહીં. પ્રોડક્ટ માટેના રિન્યૂઅલ પ્રીમિયમના દરમાં ભવિષ્યમાં આઇઆરડીએઆઇની મંજૂરીને આધિન અને સમયાંતરે વાગુ પડતા આઇઆરડીએઆઇના નિયમો અને નિયમનો અનુસાર સુધારો કરી શકાય છે.
- જો તમારી દરખાસ્ત ઇશ્યુ કરવા માટે નકારવામાં આવે તો તેમને પ્રિ પોલિસી મેડિકલ ચેક-અપ (પીપીએમસી)ના ખર્ચનો 100 ટકા હિસ્સો સહન કરવો.

___ દ્વારા સમયાંતરે વેલકમ કોલ, સર્વિસ કોલ્સ અથવા અન્ય કોઈ પણ સંદેશાવ્યવહાર (ઇલેક્ટ્રોનિક કે અન્ય રીતે) કરવા માટે કંપનીને સંમતિ અને અધિકૃતતા આપવામાં આવે છે.

નોંધ: 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 પોલિસી ડિસ્ટન્સ માર્કેટિંગ દ્વારા વેચવામાં આવી હોય તો 30 દિવસ) જો કોઈ લાભ હેઠળ કોઈ દાવા કરવામાં આવ્યા ન હોય તો. મેડિકલ ચેક-અપ, સ્ટેમ્પ ડ્યુટી અને કવર સમયગાળા માટે પ્રમાણસર જોખમ પ્રીમિયમ માટે યાજ્ઞ કાપ્યા પછી પ્રીમિયમ પરત કરવામાં આવશે. પોલિસીના રિન્યૂઅલ સમયે ફ્રી લુકની જોગવાઈ વાગુ પડતી નથી.

પ્રીમિયમ: કૃપા કરીને ચુકવણીના સુરક્ષિત માધ્યમ મારફતે નિવા બુપા હેલ્થ ઇન્શ્યોરન્સ કંપની લિમિટેડના નામે પ્રીમિયમની રકમ જમા કરાવો.

નવીકરણ ચુકવણી સાઇન-અપ

તમારી આરોગ્ય વીમા પોલિસીના રિન્યૂઅલ પ્રીમિયમની ચુકવણી દર વર્ષે તમારા વર્તમાન ઓટોમેટેડ ક્લીયરિંગ ડાઉન (એસીએચ) / સ્થાયી સૂચનાઓ (એસઆઇ) 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. આ તમારા નીતિગત લાભોની સાતત્યતાને સુનિશ્ચિત કરશે. ___ એસીએચ/એસઆઇ રિન્યૂઅલ વિકલ્પ પસંદ કરવા માંગીએ છીએ.

તિથિ: _____

દરખાસ્ત કરનારની સહી: _____

સ્થાન: _____

પ્રસ્તાવ મૂકનારનું નામ: _____

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) (આઇઆરડીએઆઇ રજિસ્ટ્રેશન નં. 145). 'બુપા' અને 'હાર્ટબીટ' લોગો તેમના સંબંધિત

માલિકોના નોંધાયેલા ટ્રેડમાર્ક છે અને તેનો ઉપયોગ નિવા બુપા હેલ્થ ઇન્શ્યોરન્સ કંપની લિમિટેડ દ્વારા વાઇસન્સ 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 વેચાણ પૂરું કરતા પહેલા વેચાણ પુસ્તિકાને કાળજીપૂર્વક વાંચો.

8

પ્રોડક્ટનું નામ: હેલ્થ પલ્સ, પ્રોડક્ટ યુઆઇએન: NBHHLIP22155V032122 | રાઇડરનું નામ: સેફગાર્ડ, રાઇડર યુઆઇએન: NBHHLIA24109V022324

આ જગ્યા જાણી જોઈને ખાલી છોડી દેવામાં આવી છે.

પ્રોડક્ટનું નામ: હેલ્થ પલ્સ, પ્રોડક્ટ યુઆઇએન: NBHHLIP22155V032122 | રાઇડરનું નામ: સેફગાર્ડ, રાઇડર યુઆઇએન: NBHHLIA24109V022324