

2. અરજદારોની વિગતો અને યોજનાની પસંદગી

1	નામ	જાતિ	જન્મની તારીખ	ઊંચાઈ (સેમીમાં)	વજન (કિ.ગ્રામાં)	મોબાઇલ નંબર	પ્રસ્તાવક સાથેની સંબંધ	જા કોઈ રજિસ્ટર્ડ મેડિકલ પ્રેક્ટિશનર હોય, તો કૃપા કરીને મેડિકલ રજિસ્ટ્રેશન નંબર, કાઉન્સિલનું નામ અને કાર્યસ્થળનું સરનામું પૂરું પાડો.
		(M/F/અન્ય)	(dd/mm/yyyy)					

આપાતકાલીન સંપર્ક	નામ	એસટીડી કોડ સાથે સંપર્ક નંબર	મોબાઇલ નંબર
------------------	-----	-----------------------------	-------------

આધાર વિસ્તાર:

પોલિસી પ્રકાર#:	વ્યક્તિગત
આવરી લેવાના જીવનની સંખ્યા:	1 પુખ્ત
યલ:	યોજના ૧
વીમાની મૂળભૂત રકમ:	
પોલિસી ટર્મ:	<input checked="" type="checkbox"/> ૨ વર્ષ <input type="checkbox"/>

3. પોર્ટેબિલિટી

પોલિસી નંબર	વીમા કંપની	જોખમ શરૂઆતની તારીખ	જોખમ સમાપ્તિ તારીખ	પોર્ટીંગ માટેના કારણો

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 છે	ભૂતકાળની નીતિઓમાં દાવાઓ	વર્તમાન નો ક્લેઇમ બોનસ	વીમાની રકમ - વર્ષ 1 (સૌથી જૂનો)	વીમાની રકમ - વર્ષ 2	વીમાની રકમ - વર્ષ 3	વીમાકૃત રકમ - વર્ષ 4 (પોલિસીની સમાપ્તિ)

4. નામોંકન

પ્રસ્તાવકનું મુલ્ય ધાય તો ક્લેઇમની ચકવણી નોમિનીને કરવામાં આવશે. અન્ય વીમાકૃત વ્યક્તિઓ માટે, પ્રસ્તાવક નોમિની છે. નોમિનીને ચકવણી એ કંપનીની સંપૂર્ણ જવાબદારીના ડિસ્ચાર્જની રચના કરે છે.

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

નોમિનીની બેંક વિગતો: બાહ્યાર્થનું નામ:

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

5. 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 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 ચાલુબંધ 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 વીમાકંપની/દરખાસ્તકર્તા બનવા માટે જીવનના વ્યવસાય અથવા સામાન્ય આરોગ્યમાં થતા કોઈપણ ફેરફારને લેખિતમાં જાણ કરીશ.
- હું જાહેર કરું છું કે હું કોઈ પણ ડોક્ટર અથવા હોસ્પિટલ પાસેથી તબીબી માહિતી મેળવવા માટે કંપનીને સંમતિ આપું છું, જેમણે/જેણે કોઈ પણ સમયે વીમાધારક/પ્રસ્તાવક તરીકેની વ્યક્તિ પર હજાર રહી હોય અથવા વીમાધારક/દરખાસ્ત કરનાર વ્યક્તિના શારીરિક અથવા માનસિક સ્વાસ્થ્યને અસર કરતી કોઈ પણ ભૂતકાળના અથવા વર્તમાન નોકરીદાતા પાસેથી કોઈ પણ બાબત અને હજારી આપી હોય અને વીમાધારક/દરખાસ્ત કરનાર વ્યક્તિ પર વીમા માટે અરજી કરવામાં આવી હોય તેવી કોઈ પણ વીમા કંપની પાસેથી માહિતી મેળવવા માટે સંમતિ આપું છું. દરખાસ્ત અને/અથવા દાવાની પતાવટને અન્ડરરાઇટ કરવાના હેતુ માટે.
- હું મારી દરખાસ્ત સાથે સંબંધિત માહિતીનું 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.

હું પ્રસ્તાવકે સ્થાનિક ભાષામાં સહી કરી હોય તો: આ પત્રની સામગ્રી મારા દ્વારા સમજાવવામાં આવી છે, ભાષામાં પ્રમાણિત કરનાર વ્યક્તિનું નામ, દરખાસ્ત કરનારને સાક્ષીના નામની હાજરીમાં, જેણે તે સમજી લીધું છે અને તેની પુષ્ટિ કરી છે. સાક્ષી કંપનીના એજન્ટ/કર્મચારી સિવાય અન્ય કોઈ વ્યક્તિ હોવી જોઈએ.

તારીખ / / _____ સ્થાન _____ Proposer _____ સહી _____

પ્રમાણિત Person _____ સહી _____ પ્રમાણિત કરનાર વ્યક્તિનો મોબાઇલ નંબર _____

Witness _____ સહી _____

6. જો પ્રસ્તાવક અને સલાહકારની ઘોષણા દ્વારા ફોર્મ ભરવામાં ન આવે તો જાહેરાત

જો કોઈ કારણસર, દરખાસ્ત અને અન્ય સંબંધ કાગળો દરખાસ્તકર્તા દ્વારા ભરવામાં ન આવે તો જાહેરાત, દરખાસ્તના ફોર્મની સામગ્રી મને સંપૂર્ણ રીતે સમજાવવામાં આવી છે અને હું તમામ પાસાઓ અને સૂચિતાઓને સંપૂર્ણપણે સમજી ગયો છું. પ્રપોઝર ફોર્મ મારી સૂચના હેઠળ ભરવામાં આવે છે અને મને વાગે છે કે બધી જ માહિતી સાચી અને સંપૂર્ણ છે.

Proposer _____ સહી _____

સલાહકારની જાહેરાત: હું વીમા સલાહકાર/કોર્પોરેટ એજન્ટની નિર્દેષ વ્યક્તિ/ઓકર/રિવેશનશિપ ઓફિસરના અધિકૃત કર્મચારી તરીકે આ સાથે જાહેર કરું છું કે મેં આ પ્રોડક્ટ/દરખાસ્તની તમામ સામગ્રી દરખાસ્તકારને સમજાવી છે.

વીમા Advisor _____ સહી _____ મધ્યવર્તી કોડ: _____

7. પ્રિમિયમની વિગતો (માત્ર ઓફિસના ઉપયોગ માટે)

પ્રિમિયમ ચુકવણી વિકલ્પ ચેક ડિમાન્ડ ડ્રાફ્ટ ડેડિટ કાર્ડ/ડેબિટ કાર્ડ નેટ બેંકિંગ રોકડ બીજાં

પ્રિમિયમ amount _____

by _____ ચુકવેલ પ્રિમિયમ proposer _____ સાથેનો સંબંધ

ઓનલાઇન પેમેન્ટ ટ્રાન્ઝેક્શન આઇડી: _____ તિથિ: / / _____ બેંકનું નામ/ શાખા _____

નિવા બુપા શાખાનું સ્થાન _____ કોડ No _____ આના દ્વારા સોર્સ કરાયેલ વ્યાપાર: સલાહકાર/ડીએસટી/કોર્પોરેટ એજન્ટી/અન્ય ચેનલો

કોડ No _____ નામ _____ આના પર પ્રાપ્ત થયેલી દરખાસ્ત: _____ કસ્ટમર આઇડી: _____

શું પ્રસ્તાવક છે કે અરજદાર સ્ટાફ છે? હા ના

8. NEFT અને બેંક વિગતો

તમામ ચુકવણીઓ (પ્રિમિયમ, દાવાઓ વગેરેનું રિફંડ) ફક્ત તમારા ખાતામાં ઇલેક્ટ્રોનિક્સ કરવામાં આવશે. મહેરબાની કરીને નીચેની વિગતો પૂરી પાડો

બેંક નામ _____ શાખા _____ શહેર _____

ખાતા નંબર _____ IFSC કોડ _____ ખાતા પ્રકાર સંગ્રહી વર્તમાન

9. નવીકરણ

રિન્યુઅલની યુકવણી સાઇન-અપ:

તમારી હેલ્થ ઇન્શ્યોરન્સ પોલિસિના રિન્યુઅલ પ્રિમિયમની યુકવણી દર વર્ષે તમારા હાલના ઓટોમેટેડ ક્વીથરિંગ હાઉસ (એસીએચ) / સ્થાયી સૂચનાઓ (એસઆઈ) કંપની સાથે યાલુ 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 માંગું છું અને આ રીતે જ્યાં સુધી તેનો ઉપયોગ કરીને પોલિસી રિન્યૂન થાય ત્યાં સુધી પ્રિમિયમ પર 2.5 ટકાનું ડિસ્કાઉન્ટ મેળવવા માંગું છું.

તારીખ /__

સ્થાન _____

દરખાસ્ત કરનારની સહી _____

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

બાન્ય કોડ _____

એસપી કોડ _____

આરએમ/એલજી કોડ _____

ગ્રાહકનો એકાઉન્ટ નંબર _____

11. BHHA ID

સભ્ય નામ	શું તમારી પાસે એભા આઈડી છે?	ABHA ID	એએચએ મારફતે વીમા કંપનીઓ/ટીપીએ સાથે મેડિકલ રેકોર્ડ્સ શેર કરવા સંમતિ
	<input type="checkbox"/> હા/ <input type="checkbox"/> ના	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> હા/ <input type="checkbox"/>

12. વૈધાનિક ચેતવણી

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

1. પણ વ્યક્તિ ભારતમાં જીવન કે મિલકતને લગતા કોઈ પણ પ્રકારના જોખમ, ચૂકવવાપાત્ર કમિશનના સંપૂર્ણ અથવા ભાગને કોઈ પણ પ્રકારની છૂટ અથવા પોલિસી પર દર્શાવવામાં આવેલા પ્રિમિયમની કોઈ પણ છૂટના સંદર્ભમાં વીમો લેવા અથવા રિન્યુ કરવા અથવા યાલુ રાખવા માટે કોઈ પણ વ્યક્તિને પ્રત્યક્ષ કે પરોક્ષ રીતે મંજૂરી આપી શકશે નહીં અથવા ઓફર કરી શકશે નહીં, કે કોઈ પણ વ્યક્તિ કોઈ નીતિ સ્વીકારતી કે રિન્યૂ કરતી કે યાલુ 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 વાખ રૂપિયા સુધીના દંડને પાત્ર થશે.

13. કંપની દ્વારા સ્વીકૃતિ

એપિકેશન નં. _____

તિથિ _____

ચેક/ડિમાન્ડ ડ્રાફ્ટ/Other _____ દ્વારા તમારી દરખાસ્ત અને રકમની પ્રાપ્તિ બદલ આભાર સાથે અમે સ્વીકારીએ છીએ

Rs. _____

dated _____

દોરાયેલ on _____

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 પ્રિમિયમ 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

14. દાવાઓના રિફંડ અને ચૂકવણી માટેની વિગતો

ચૂકવણી પ્રાપ્ત કરવાનો વિકલ્પ બેંક ટ્રાન્સફર

વાણાચીનું નામ: _____

બેંક નામ _____

ખાતા નંબર _____

IFSC કોડ _____

ખાતા પ્રકાર: _____