

1. પ્રસ્તાવકર્તા વિગતો:

શીર્ષક  નામ

DOB  જાતિ:  પુરુષ  નારી  અન્ય

વર્તમાન સરનામું

સીમાચિહ્ન  શહેર

જિલ્લો  રાજ્ય  વ્યક્તિગત ઓળખ નંબર

વેન્ડવાઇન નંબર  મોબાઇલ નંબર

ઇ-મેઇલ ID  વૈકલ્પિક નંબર

આધાર નંબર  (વૈકલ્પિક) PAN નંબર

રાષ્ટ્રીયતા  વાર્ષિક આવક (રૂ.)

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

દ્વારા ચૂકવવામાં આવતું પ્રીમિયમ  પ્રસ્તાવ મૂકનાર સાથે સંબંધ

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

માનવબળ એક્સપોઝ્ડ પર્સન (પીઇપી) એવી વ્યક્તિઓ છે જેમને અગ્રણી જાહેર કાર્યો એટલે કે કેન્દ્ર, અથવા રાજ્ય સરકારના વડાઓ/મંત્રીઓ, વહીવટી અધિકારીઓ, વહીવટી સરકાર, ન્યાયિક અથવા વકરી અધિકારીઓ, સરકારી કંપનીઓના વહીવટી અધિકારીઓ, પદ્મના મહાનવૃક્ષ અધિકારીઓ છે અથવા સોંપવામાં આવ્યા છે. જો તમે પીઇપી સામે ટિક કર્યું હોય, તો કૃપા કરીને અલગ પીઇપી પ્રકાર લખો.

ગ્રામીણ અને સામાજિક ક્ષેત્રની કેટેગરી (જો લાગુ પડતું હોય તો):  આશા વર્કર  મનરેગા કામદાર

શું તમે પોલિસી કિટની ફિઝિકલ કોપી ઇચ્છો છો  હા  ના

બેંક વિગતો:

બેંક નામ

ખાતા નંબર  IFSC કોડ

ખાતા પ્રકાર:  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

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 હું નવું ઇ-ઇન્શ્યોરન્સ એકાઉન્ટ તૈયાર કરવામાં રસ ધરાવું છું (કૃપા

કરીને સંબંધિત દસ્તાવેજો સાથે ઇલેક્ટ્રોનિક ઇન્શ્યોરન્સ એકાઉન્ટ ઓપનિંગ ફોર્મ (ઇઆઇએ ફોર્મ) સબમિટ કરો).

2. વીમા માટે અરજદારોની વિગતો:

નામ

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

જન્મની તારીખ  ભારતીય ન હોય તો કૃપા કરીને ટિક કરો

પ્રસ્તાવ મૂકનાર સાથેના સંબંધ (કૃપા કરીને વિકલ્પ જણાવો):  
સ્વ/જીવનસાથી/પુત્ર/પુત્રવધુ/પુત્રવધુ/પુત્રી/જમાઈ/પિતા/માતા/સાસુ/સાસુ/દાદા/દાદી/પૌત્રી/પૌત્રી/ભાઈ/બહેન/ભાભી/બનેવી/ભત્રીજી/ભત્રીજી/નોકરીદાતા-કર્મચારી

નામ

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

જન્મની તારીખ  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

નામ

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

જન્મની તારીખ  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

નામ

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

જન્મની તારીખ  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

નામ

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

જન્મની તારીખ  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

નામ

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

જન્મની તારીખ  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

### 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  
(નોંધ - સિલ્વર પ્લાન માત્ર ફેમિલી ફ્લોટર પોલિસીના પ્રકાર માટે જ ઉપલબ્ધ છે)

આવરી લેવાના જીવનની સંખ્યા: પુખ્ત વયનાઓ  બાળકો

વ્યક્તિગત અથવા ફેમિલી ફ્લોટર પોલિસી પ્રકાર માટે કવરેજ: વીમાની મૂળભૂત રકમ

કૌટુંબિક પ્રથમ પોલિસીના પ્રકાર માટે કવરેજ: વ્યક્તિગત વીમાની રકમ  ફ્લોટરની વીમાકૃત રકમ

ચાંદી અને ગોલ્ડ પ્લાન માટે નીતિગત કવરેજ:  ઝોન 1: અખિલ ભારતીય કવરેજ

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

નોંધ-  
a) જો તમે ઝોન 2 પસંદ કરો છો, તો 20% સહ-યુકવણી મુંબઈ (નવી મુંબઈ અને થાણે સહિત), દિલ્હી એનસીઆર, કોલકાતા અને ગુજરાત રાજ્યમાં સારવાર માટે અરજી કરશે.  
b) પ્લેટિનમ પ્લાન માટેનું પ્રોમિયમ તમારા દ્વારા પૂરા પાડવામાં આવેલા સરનામાં પર આધારિત છે. પ્લેટિનમ પ્લાન માટે ઝોન આધારિત કો-પેમેન્ટ લાગુ પડતું નથી.

વૈકલ્પિક સહ-યુકવણી: ના  10%  20%  30%  40%  50%

પોલિસી ટર્મ  1 વર્ષ  2 વર્ષ

\* સેવલ્સ એડ-ઓન તરફથી કો-પેમેન્ટ ઓપ્શન આપવામાં આવી રહ્યા છે



**5. તબીબી અને આદતોની માહિતી**

અત્યંતની 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 એ બાબતની નોંધ લેશો કે કોઈ પણ અપૂર્ણ, ખોટી, આંશિક રીતે સાચી માહિતી તમારા તબીબી ઢાલા અને/અથવા કવરેજને અસર કરી શકે છે.

વિભાગ એ: કૃપા કરીને તબીબી સમસ્યાઓ વિશેની માહિતી શેર કરો													
કૃપા કરીને દરેક અરજદાર માટે નીચેના પ્રશ્નોના જવાબ આપો. કૃપા કરીને 'હા' (Y) અથવા 'ના' (N) પર વર્તુળ બનાવો.		અરજદાર નંબર											
i. સામાન્ય શરદી, ફૂલ, ચેપ, નાની ઇજા અથવા અન્ય નાની બિમારીઓ સિવાય; શું અરજદારને ક્યારેય કોઈ રોગ હોવાનું નિદાન થયું છે અને/અથવા 5 દિવસથી વધુ સમય માટે હોસ્પિટલમાં દાખલ કરવામાં આવ્યા છે અને/અથવા કોઈ પણ પ્રકારની શસ્ત્રક્રિયા હાથ ધરવાની સલાહ આપવામાં આવી છે અને/અથવા કોઈ દવા લીધી છે/14 દિવસથી વધુ સમયથી કોઈ ચિકિત્સા ધરાવતા હતા? ઔષધોપચારમાં ઇન્હેબર્સ, ઇન્જેક્શન, ઓરલ ડ્રગ્સ અને શરીરના ભાગો પર બાહ્ય તબીબી ઉપચોગોનો સમાવેશ થાય છે પરંતુ તે પૂરતું મર્યાદિત નથી.		અને	N	અને	N	અને	N	અને	N	અને	N	અને	N
ii. શું અરજદારને ક્યારેય થાઇરોઇડ પ્રોફાઇલ, વિપિડ પ્રોફાઇલ, ટ્રેડમિવ ટેસ્ટ, એન્જીયોગ્રાફી, ઇકોકાર્ડિયોગ્રાફી, એન્ડોસ્કોપી, અલ્ટ્રાસાઉન્ડ, સીટી સ્કેન, એમઆરઆઈ, બાયોપ્સી અને એફએનએસી સંબંધિત કોઈ નિદાન પરીક્ષણો અથવા તપાસના પ્રતિકૂળ તારણો મળ્યા છે?		અને	N	અને	N	અને	N	અને	N	અને	N	અને	N
iii. શું અરજદારને ડાયાબિટીઝ અથવા હાઇબ્લડપ્રેશર છે?		અને	N	અને	N	અને	N	અને	N	અને	N	અને	N
iv. શું અરજદારને ક્યારેય કોઈ આનું શિક/વારસાગત વિકાર અથવા એચ.આય.વી/એઇડ્સ માટે નિદાન અથવા સારવાર આપવામાં આવી છે?		અને	N	અને	N	અને	N	અને	N	અને	N	અને	N
v. શું અરજદારને ક્યારેય કોઈ માનસિક / માનસિક વિકારનું નિદાન અથવા સારવાર આપવામાં આવી છે?		અને	N	અને	N	અને	N	અને	N	અને	N	અને	N
vi. શું અરજદાર હાલમાં ગર્ભવતી છે અને/અથવા વર્તમાન અથવા અગાઉના ગર્ભાવસ્થામાં કોઈ જટિલતાઓ ધરાવે છે અથવા કોઈ પણ પ્રકારની પ્રજનન સારવાર લીધી છે / પસાર કરી રહી છે? (18થી 50 વર્ષની વયની મહિલાઓને લાગુ)		અને	N	અને	N	અને	N	અને	N	અને	N	અને	N

વિભાગ બી: (કૃપા કરીને આ વિભાગ ત્યારે જ ભરો જો અરજદાર ધૂમ્રપાન કરે છે અથવા તમાકુ / ગુટમા / પાન મસાલા અથવા આલ્કોહોલનું સેવન કરે છે)	i. યાવવા યોગ્ય તમાકુ/ગુટમા/પાન મસાલા - જા હા, તો કૃપા કરીને દરરોજના પાઉચની સંખ્યા જણાવો		ii. આલ્કોહોલ. જા હા, તો કૃપા કરીને દર અઠવાડિયે ml સ્પષ્ટ કરો			iii. સિગારેટ/બીડી/સિગાર. જા હા, તો કૃપા કરીને દરરોજના વપરાશનો ઉલ્લેખ કરો	
	1-10	>10	<= 450	>450	Daily Drinker	1-10	>10
અરજદાર ૧							
અરજદાર ૨							
અરજદાર ૩							
અરજદાર ૪							
અરજદાર ૫							
અરજદાર ૬							

વિભાગ C: વિભાગ A માં હા (Y) ચિહ્નિત થયેલ પ્રશ્નો માટે, કૃપા કરીને નીચેની માહિતી સ્પષ્ટ કરો:									
અરજદાર નંબર	લક્ષણો(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 લેવલ		કોઇપણ અન્ય વિગતો					
		સિસ્ટોલિક	ડાયસ્ટોલિક						

## 6. ભૂતકાળની દરખાસ્તો

શું અરજદારના જીવન પર જીવન, આરોગ્ય, હોસ્પિટલના દૈનિક રોકડ અથવા ગંભીર બીમારીના વીમા માટેની કોઈ દરખાસ્ત ક્યારેય નામંજૂર કરવામાં આવી છે, મુલતવી રાખવામાં આવી છે, લોડ 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 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 માંગો છો?

હા ના

## 8. 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 યાજ્ઞબ 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 સંમત થાઉં 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 બાબત અંગે કોઈ પણ ભૂતકાળના કે વર્તમાન નોકરીદાતા પાસેથી 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 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.

તિથિ  સ્થાન  દરખાસ્ત કરનારની સહી

## 9. વનિક્સુવર 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

પ્રમાણિત કરનાર વ્યક્તિનો મોબાઇલ નંબર

પ્રમાણિત કરનાર વ્યક્તિના હસ્તાક્ષર

સાક્ષીનું નામ

સાક્ષીનો મોબાઇલ નંબર

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 સૂચિત કરારના મહત્વને સંપૂર્ણપણે સમજી ગયો છું. પ્રપોઝલ ફોર્મ મારી સૂચના હેઠળ  દ્વારા ભરવામાં આવે છે અને મને તે સાચું લાગે છે.

દરખાસ્ત કરનારની સહી

નિવા બુપા હેલ્થ ઇન્શ્યોરન્સ કંપની લિમિટેડ  
રજિસ્ટર્ડ ઓફિસ:- સી-98, ફર્સ્ટ ફ્લોર, લાજપત નગર, પાર્ટ 1, નવી દિલ્હી-110024 (ડિસ્ક્રિપ્શન:  
ઇન્શ્યોરન્સ એ એક 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 માલિકીના નોંધાયેલા ટ્રેડમાર્ક્સ છે અને તેનો ઉપયોગ નિવા બુપા હેલ્થ ઇન્શ્યોરન્સ કંપની લિમિટેડ દ્વારા લેવામાં આવેલ છે.  
હેલ્થ કરવામાં આવી રહી છે. ગ્રાહક હેલ્પલાઇન: 1860-500-8888. વેબસાઇટ: www.nivabupa.com. સીઆઇએન: U66000DL2008PLC182918. આના પર વધુ વિગતો માટે

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 આઈડી:

તિથિ  D  D  M  M અને  અને  અને

બેંક નામ/શાખા

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:  D  D  M  M અને  અને  અને

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. તમે પ્રસ્તાવકને કેટલા સમયથી ઓળખો છો?  મહિનાઓ

3. શું તમે પ્રસ્તાવ મૂકનારની ઓળખથી સંતુષ્ટ છો?  હા  ના

4. શું દરખાસ્ત કરનાર અથવા કોઈ પણ અરજદારને 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 પરિબળોને ધ્યાનમાં રાખીને આ દરખાસ્ત ફોર્મ સ્વીકારવાની સલામત કરી છે?  હા  ના

7. શું તમે ઉદાસીનતાપૂર્વક પ્રસ્તાવ મૂકનારને સલાહ આપી છે અને દરખાસ્ત કરનારને તેના/તેણીના હિતમાં હોય તેવા શ્રેષ્ઠ ક્વરમાં નિર્ણય લેવા સક્ષમ બનાવવા માટે તમામ માહિતી પૂરી પાડી  હા  ના

ડેટે  D  D  M  M 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 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 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 એભા આઈડી છે?	ABHA ID	એ.એચ.એ.બી. દ્વારા વીમા કંપનીઓ/ટીપીએ સાથે તબીબી રેકોર્ડ્સ શેર કરવા
<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

16. દાવાઓના રિફંડ અને ચુકવણી માટેની વિગતો

ચુકવણીને પ્રાપ્ત કરવાનો વિકલ્પ:  બેંક ટ્રાન્સફર

વાસ્તાવૈક્ય 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 (ડિસ્ક્લેમર:  
 ઇન્શ્યોરન્સ એ એક 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 વાઇસન્સ હેઠળ કરવામાં આવી રહ્યો છે. ગ્રાહક હેલ્પલાઇન: 1860-500-8888. વેબસાઇટ: www.nivabupa.com. સીઆઇએન: U66000DL2008PLC182918. આના પર વધુ વિગતો માટે

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 કરી તે પહેલાં તમારી નીતિની તમામ વિગતો વાંચવા માટે તમને પ્રોત્સાહિત કરીએ છીએ.

હાર્ટબીટ તમને ઇનપેશન્ટ વાલોની વ્યાપક શ્રેણી પ્રદાન કરે છે. તદ્દુપરાંત, પ્લેટિનમ પ્લાન હેઠળ કેટલાક વધારાના વાલો છે (જે નીચે જણાવ્યા છે) તેમજ જો તમે તમારું આવરણ વધારવા માંગતા હોવ તો ખરીદવા માટે તમને વૈકલ્પિક વાલો પણ છે.

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

યાંદી, ગોલ્ડ અને પ્લેટિનમ પ્લાન હેઠળ બેઝ બેનિફિટ્સ

- હોસ્પિટલમાં દર્દીના દર્દીની સંભાળ, જેમાં ઓરડાના ભાડા (તમારા પસંદ કરેલા પ્લાન મુજબ) અને આઈસીયુ ચાર્જિસનો સમાવેશ થાય છે
- હોસ્પિટલમાં દાખલ થયા પહેલાંનો અને પછીનો ખર્ચ અનુક્રમે 60 અને 90 દિવસ માટે
- ડે કેર ટ્રીટમેન્ટ્સ
- ડોમિસિલિયરી હોસ્પિટલાઈઝેશન
- વૈકલ્પિક સારવારો
- વિવિગ ઓર્ગન ડોનર ટ્રાન્સપ્લાન્ટ
- ઇમરજન્સી એમ્બ્યુલન્સ
- માતૃત્વના વાલોને 2 ગર્ભાવસ્થા સુધી અથવા ટર્મિનેશન પોસ્ટ વેઇટિંગ પીરિયડ 24 મહિના માટે આવરવામાં આવે છે
- નવજાત શિશુ (નવજાત શિશુના રસીકરણ સહિત)
- હેલ્થ ચેક-અપ, પ્રથમ પોલિસી વર્ષ પૂર્ણ થયા પછી
- વીમા રકમ સુધીનો રિફિલ વાલુ વ્યક્તિગત અને ફેમિલી ફ્લોટર પ્લાન હેઠળ જ ઉપલબ્ધ છે. ફેમિલી ફ્લોટર પ્લાનમાં રિફિલનો કોઈ ફાયદો નથી.
- ફાર્મસી અને ડાયગ્નોસ્ટિક બ્લોકિંગ સેવાઓ
- લોયલ્ટી એડિશનલ: પોલિસી વર્ષ પૂર્ણ થયા બાદ, વીમાની સમયમર્યાદા પૂર્ણ થયા બાદ વીમાની સમયમર્યાદા પૂર્ણ થયા બાદ વીમાની રકમના 10 ટકા રકમનો ઉમેરો, જે વીમાની રકમના મહત્તમ 100 ટકા (સિલ્વર પ્લાનના કિસ્સામાં 50 ટકા)ને આધિન રહેશે.
- તબીબી રેફરલ, ઇમરજન્સી મેડિકલ ઇવેલ્યુએશન, તબીબી પ્રત્યાર્પણ, કરુણાપૂર્ણ મુલાકાત, કાળજી અને / અથવા સગીર બાળકોના પરિવહન અને નશ્વર અવશેષો પરત લાવવા માટે ઇમરજન્સી સહાય સેવાઓ
- એચ.આય.વી/એઇડ્સને કારણે ઊભી થયેલી કે તેની સાથે સંકળાયેલી િસ્થિતિને કારણે હોસ્પિટલમાં દાખલ થવા (ડે કેર ટ્રીટમેન્ટ સહિત) માટે થતા ખર્ચને નીતિમાં નિર્દિષ્ટ કર્યા મુજબ 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

પ્લેટિનમ પ્લાન હેઠળ વધારાના બેઝ બેનિફિટ્સ

- ચોક્કસ માંદગી અથવા આયોજિત શસ્ત્રક્રિયાના નિદાન પર બીજો તબીબી અભિપ્રાય
- 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
- ઇમરજન્સી હોસ્પિટલાઈઝેશન અને ઇમરજન્સી મેડિકલ ઇવેલ્યુએશન માટે યુએસએ અને કેનેડા સિવાય ભારતની બહાર આંતરરાષ્ટ્રીય કવરેજ
- ઓપીડી સારવાર અને નિદાન સેવાઓ

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 વાલુ
- અમર્યાદિત ટેલિ/ઓનલાઇન તબીબી કન્સલ્ટેશન
- જો પોલિસીધારક (જે વીમાકર્તા વ્યક્તિ પણ હોવી જોઈએ) મૃત્યુ પામે છે અથવા તેનું પ્રથમ વખત નિદાન થાય છે અથવા સારવાર કરાવે છે, તો નીતિ દરમિયાન કોઈ પણ ઉલ્લેખિત બીમારી સાથે (વ્યક્તિગત કવર માટે ઉપલબ્ધ નથી) તો 1 વર્ષ માટે આપમેળે નિ:શુલ્ક એક્સટેન્શન
- ભારતની ભૌગોલિક સીમાઓની બહાર ચોક્કસ બીમારીના કવર, ઇમરજન્સી મેડિકલ ઇવેલ્યુએશન અને ઇમરજન્સી હોસ્પિટલમાં દાખલ થવા માટે અમેરિકા અને કેનેડાને ચોક્કસ બિમારીના કવર માટે વિસ્તૃત કરવા માટે ભૌગોલિક અવકાશ વધારવા માટે વિસ્તૃત ભૌગોલિક અવકાશ

એ બાબતની નોંધ વેશો કે પ્રતીક્ષાનો સમયગાળો નીતિ મુજબ વાગુ પડે છે:

- નીતિની શરૂઆતથી અત્યાર સુધીમાં 24 મહિના (સિલ્વર પ્લાનના કિસ્સામાં 36 મહિના)નો અગાઉથી અસ્તિત્વ ધરાવતો રોગ પ્રતિક્ષા ગાળો અને સતત નવીનીકરણને આધિન છે.
- જ્યાં સુધી જરૂરી સારવાર અકસ્માતનું પરિણામ ન હોય ત્યાં સુધી 30 દિવસનો પ્રારંભિક પ્રતીક્ષા સમયગાળો.
- કેટલીક સુધિબદ્ધ બિમારીઓ માટે 24 મહિનાનો ચોક્કસ વેઇટિંગ પિરિયડ, સિવાય કે આ િસ્થિતિ સીધી રીતે કેન્સર (30 દિવસના પ્રારંભિક પ્રતીક્ષા સમયગાળા પછી આવરી લેવામાં આવેલી) અથવા અકસ્માત (દિવસ 1થી આવરી લેવાયેલી) દ્વારા સીધી જ થતી હોય. આ પ્રતીક્ષા અવધિ ફક્ત 8પ વર્ષથી વધુ ઉંમરના લોકો માટે જ વાગુ પડે છે.
- માનસિક વિકારની સારવારના વાલ માટે અમેરિકા સાથેના કવરની શરૂઆતથી 36 મહિનાનો વેઇટિંગ પિરિયડ હશે, જેમાં સંબંધિત વીમાફત વ્યક્તિ માટે માનસિક બીમારોને વાલ તરીકે આવરી લેવામાં આવશે.
- એચઆઇવી/એઇડ્સનાં આવરણ માટે અમેરિકા સાથેનાં આવરણની શરૂઆતથી 48 મહિનાનો વેઇટિંગ પિરિયડ હશે, જેમાં એચઆઇવી/એઇડ્સને વાલ સ્વરૂપે આવરી લેવામાં આવશે, જે સંબંધિત વીમાફત વ્યક્તિ માટે હશે.
- ક્રિટિકલ ઇલનેસ કવર માટે, 90 દિવસનો પ્રારંભિક વેઇટિંગ પિરિયડ તેમજ અગાઉથી અસ્તિત્વ ધરાવતા રોગની રાહ જોવાનો સમયગાળો 3 વર્ષનો અને 30 દિવસનો સવાઇવલ પિરિયડ બાકાત રાખવાનો સમયગાળો તમામ શરતો માટે વાગુ પડશે.

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

- વ્યક્તિગત અથવા ફેમિલી ફ્લોટર કવર (4 બાળકો સુધી) અથવા ફેમિલી ફ્લોટર કવર (19 સંબંધો સુધી), જેમાં સભ્ય(ઓ)નો કોઈ પણ ઉમેરો કે બાદબાકી નીતિમાં રિન્યૂઅલના સમયે જ કરવામાં આવશે.
- વીમાની રકમ (ફુટેબના પ્રથમ કિસ્સામાં): તમારી યોજનામાં 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 ફેમિલી ફ્લોટર પોલિસી પસંદ કરવામાં આવે છે, જેમાં 5 લાખ + 30 લાખની વીમાફત રકમ હોય છે. કોઈ પણ સભ્ય પોતાની વ્યક્તિગત વીમા રકમમાંથી 5 લાખ સુધીનો દાવો કરી શકે છે. 5 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 વીમાફતનો 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 ચુકવણીને આધિન છે.
- જેમ જેમ તમારી ઉંમર વધશે તેમ તેમ તમારું રિન્યૂઅલ પ્રીમિયમ વધશે પરંતુ તમારા દાવાના અનુભવને આધારે તેમાં ફેરફાર થશે નહીં. પ્રોડક્ટ માટેના રિન્યૂઅલ પ્રિમિયમના દરમાં ભવિષ્યમાં આઇઆરડીએઆઈની મંજૂરીને આધિન અને સમયાંતરે વાગુ પડતા આઇઆરડીએઆઈના નિયમો અને નિયમનો અનુસાર સુધારો કરી શકાય છે.
- જો તમારી દરખાસ્ત ઇશ્યુ 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 વાલ હેઠળ કોઈ દાવા કરવામાં આવ્યા ન હોય તો. મેડિકલ ચેક-અપ, સ્ટેમ્પ ડ્યુટી અને કવર સમયગાળા માટે પ્રમાણસર જોખમ પ્રીમિયમ માટે ચાર્જ કાઢ્યા પછી પ્રીમિયમ પરત કરવામાં આવશે. પોલિસીના રિન્યૂઅલ સમયે ફ્રી લુકની જોગવાઈ વાગુ પડતી નથી.

નોંધો:

- પ્રીમિયમ: કૃપા કરીને નિવા બુપા હેલ્થ ઇન્શ્યોરન્સ કંપની લિમિટેડના નામે ચુકવણીના સુરક્ષિત માધ્યમ દ્વારા પ્રીમિયમની રકમ જમા કરાવો.
- કોઈ પણ પ્રશ્ન અથવા દાવાના કિસ્સામાં, કૃપા કરીને અમારા ગ્રાહક હેલ્પલાઇન નંબર: 1860-500-8888 પર સંપર્ક કરો

હું સમયાંતરે કંપનીની સુચિત 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.

આ જગ્યા જાણી જોઈને ખાલી છોડી દેવામાં આવી છે.



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

\_\_\_\_\_ એસીએચ/એસઆઈ 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 એક 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 લેવામાં આવેલ છે.  
હેલ્થ કરવામાં આવી રહ્યો છે. ગ્રાહક હેલ્પલાઇન: 1860-500-8888. વેબસાઇટ: www.nivabupa.com. સીઆઇએન: U66000DL2008PLC182918. આના પર વધુ વિગતો માટે

કંપની દ્વારા સ્વીકૃતિ

એપ્રોવલ નં. \_\_\_\_\_

તિથિ \_\_\_\_\_

અમે તમારી દરખાસ્ત અને ચેક/ડિમાન્ડ ડ્રાફ્ટ/અન્ય દ્વારા \_\_\_\_\_ પર \_\_\_\_\_ તારીખની \_\_\_\_\_ રકમની પ્રાપ્તિને આભાર સાથે સ્વીકારીએ છીએ.

વીમા માટેની પૂર્ણ થયેલી દરખાસ્તની અમારી સમગ્ર રજૂઆત કે પોલિસી જારી કરવા માટે કરવામાં આવેલી કોઈ પણ ચુકવણી, જે નિર્ણય અમારી સંપૂર્ણ અને સંપૂર્ણ મુનસફીને આધિન હોય અને હેમશાં હોય, તે જારી કરવા સંમત થવા માટે અમને સંમત થવાની ફરજ પાડતી નથી. 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 પરોક્ષોનો ખર્ચ, જો કોઈ હોય તો તે બાદ કયાં પછી ચુકવણી પરત કરીશું.

મેળવનાર અને હોદ્દાની જગ્યા સીલનું નામ અને સહી