

રીએશ્યોર 3.0

પ્રપોઝલ ફોર્મ

URN: 032

ઇન્સ્યોરન્સ કોન્ટ્રાક્ટ પણ એક લીંગજ કોન્ટ્રાક્ટ છે અને તે વિશ્વાસ અને 'મને તમારા પર વિશ્વાસ' છે પર આધારિત છે.

અમે સમજીએ છીએ કે તમને ખબર નહીં હોય કે તમારા સ્વાસ્થ્ય વિશેની માહિતી અને તમારી પોલિસી પર તેની અસર કેટલી સુસંગત છે, તેથી, તે ખૂબ જ મહત્વપૂર્ણ છે કે તમે બધી સ્વાસ્થ્ય માહિતી જાહેર કરો અને ખર્ચ નક્કી કરીશું કે તે કેટલી સુસંગત છે (ખર્ચ તેને 'મહત્વપૂર્ણ ડોકીમેન્ટ' કહીએ છીએ).

જો ઇન્સ્યોરન્સ કરાવવા માટે પ્રસ્તાવિત બધા સભ્યો વિશે સાચી અને સંપૂર્ણ માહિતી આપવામાં નહીં આવે તો 'અમે તમારી પોલિસી કેન્સલ કરીશું, કોઈપણ ક્લેઇમ ચૂકવીશું નહીં અને ચૂકવેલ કોઈપણ પ્રીમિયમ પરત કરીશું નહીં, અગાઉ ચૂકવવામાં આવેલા બેનીફીટ્સની રિકવરી સહિત તમારી સામે તમામ શક્ય કાનૂની કાર્યવાહી કરવાનો અધિકાર છે. નિયમો ફરજિયાત કરે છે કે કવરેજ ફક્ત ત્યારે જ શરૂ થઈ શકે છે જ્યારે અમે સંપૂર્ણ પ્રીમિયમ પ્રાપ્ત કર્યું હોય અને રિસ્ક સ્પેટપ્લે સ્વીકાર્યું હોય.

1. પ્રપોઝરની વિગતો:

શીર્ષક	નામ	લિંગ	પુરુષ	સ્ત્રી	અન્ય	રાષ્ટ્રીયતા
જન્મ તારીખ						
વર્તમાન સરનામું						
લેન્ડમાર્ક						શહેર
જિલ્લો			રાજ્ય			પિનકોડ
લેન્ડવાઇઝ નંબર						મોબાઇલ નંબર
ઇમેઇલ ID						વૈકલ્પિક નંબર
PAN નંબર						
વાર્ષિક આવક (રૂ.)				CKYC નંબર		
વ્યવસાય	પગારદાર	સ્વ-રોજગાર	વિદ્યાર્થી	ગૃહિણી	અન્ય, કૃપા કરીને સ્પષ્ટ કરો	
પ્રીમિયમ કોના દ્વારા ચૂકવવામાં આવ્યું					પ્રસ્તાવક સાથે સંબંધ	

☐ હું પર્યાવરણનું રક્ષણ કરવા અને કાળજી બચાવવામાં મદદ કરવા માટે કંપનીને તમારી તમામ પોલિસી અને સર્વિસ સંબંધિત કમ્યુનિકેશન અહીં એવિકેશન ફોર્મમાં દર્શાવેલ ઇમેઇલ ID પર મોકલવા માટે અધિકૃત કરવા માંગુ છું?

☐ મેં બધા નિયમો અને શરતો વાંચી, સમજી અને સ્વીકારી છે અને આ દ્વારા નિવા બુપા હેલ્થ ઇન્સ્યોરન્સ અથવા તેના કોઈપણ એજન્ટી અને/અથવા ચર્ડ પાર્ટી / આનુષંગિકોને મારા રજિસ્ટર્ડ ફોન નંબર પર SMS / ઇમેઇલ / ફોન / વોટ્સએપ / ફેસબુક અથવા અન્ય કોઈપણ માધ્યમ દ્વારા મારો સંપર્ક કરવા માટે અધિકૃત કરે છે, મારા 'ONMO' રજિસ્ટ્રેશનને બદલે વેબકમ કોલ્સ / SMS, સર્વિસ કોલ્સ / SMS અથવા અન્ય કોઈપણ કોમ્યુનિકેશન સંદેશાવ્યવહાર કરવા માટે.

શું તમે પોલિસી કોટની ડિજિટલ કોપી મેળવવા માંગો છો?

શું તમે અથવા દર પ્રપોઝ કરેલ અરજદારોમાંથી કોઈ NPS છે?

જરાજોય રીતે સંવેદનશીલ વ્યક્તિઓ (PwD) એવી વ્યક્તિઓ છે જેમને અસરથી જાહેર કાર્યો સોંપવામાં આવ્યા છે અથવા સોંપવામાં આવ્યા હતા, એટલે કે કેન્દ્ર અથવા રાજ્ય સરકારના વડાઓ/મંત્રીઓ, વરિષ્ઠ રાજકારણીઓ, વરિષ્ઠ સરકારી, ન્યાયિક અથવા વશકરી અધિકારીઓ, સરકારી કંપનીઓના વરિષ્ઠ અધિકારીઓ, મહત્વપૂર્ણ પસંના અધિકારીઓ, જો તમે NPS સાથે ટિક કર્યું હોય, તો કૃપા કરીને અવગત રાખવાની ક્ષેત્રી

બેંકની વિગતો:

બેંકનું નામ	
ખાતા નંબર	IFSC કોડ
ખાતાનો પ્રકાર	બચત
	વર્તમાન
	શાખા
	શહેર

ઇલેક્ટ્રોનિક વીમા ખાતા (eIA) ની વિગતો

શું તમે આ પોલિસીને eIAમાં જમા કરાવવા માંગો છો? (કૃપા કરીને કોઈપણ એક પસંદ કરો)

☐ ના, મારી પાસે eIA નથી અને હું તે ખોલવા માંગતો નથી

જો હા, તો કૃપા કરીને હાલની ઇ-વીમા ખાતા નંબર શેર કરો.

કૃપા કરીને વીમા રિપોઝિટરીનું નામ પસંદ કરો જેની સાથે તમે તમારું ખાતું ખોલાવ્યું છે

☐ એમ/એસ એનએસડીએલ ડેટાબેઝ મેનેજમેન્ટ લિમિટેડ	☐ એમ/એસ સેન્ટ્રલ ઇન્સ્યોરન્સ રિપોઝિટરી લિમિટેડ
☐ એમ/એસ કર્વી ઇન્સ્યોરન્સ રિપોઝિટરી લિમિટેડ	☐ એમ/એસ સીએએમએસ રિપોઝિટરી સર્વિસીસ લિમિટેડ (કૃપા કરીને કોઈપણ એક પસંદ કરો) અથવા
☐ મારી પાસે કોઈ ચાલુ ઇ-ઇન્સ્યોરન્સ એકાઉન્ટ નથી અને હું નવું ઇ-ઇન્સ્યોરન્સ એકાઉન્ટ બનાવવામાં રસ ધરાવું છું (કૃપા કરીને સંબંધિત ડીક્યુમેન્ટ્સ સાથે ઇલેક્ટ્રોનિક ઇન્સ્યોરન્સ એકાઉન્ટ ખોલવાનું ફોર્મ (eIA ફોર્મ) સંપાદિત કરો).	

રિન્યુઅલ પેમેન્ટ સાઇન-અપ:

તમારી હેલ્થ ઇન્સ્યોરન્સ પોલિસીના રિન્યુઅલ પ્રીમિયમનું પેમેન્ટ દર વર્ષે કંપની સાથે તમારા હાથના ઓટોમેટેડ ડ્રિબરિંગ હાઉસ (ACH) / સ્ટેન્ડિંગ ઇન્સ્ટ્રક્શન્સ (SI) ચાલુ રાખીને કરી શકાય છે. આ વિકલ્પ હેઠળ, અમારી પોલિસી તાત્કાલિક રિન્યુ કરી શકાય છે, પરંતુ કંપની દ્વારા જરૂરી માહિતી અને ડીક્યુમેન્ટ્સની તમામ વધારાની જરૂરિયાતો પૂર્ણ કરવાને આધીન છે.

☐ ACH/SA રિન્યુઅલનો વિકલ્પ પસંદ કરવા માંગો છો અને તેના દ્વારા પ્રીમિયમ પર 2.5% ડિસ્કાઉન્ટ મેળવો, પોલિસી તે જ રીતે રિન્યુ થાય છે.

તારીખ _____ સ્થળ _____ દરખાસ્તકર્તાની સહી _____

2. વીમા માટે અરજદારોની વિગતો:

અરજદાર 1	નામ											
	લિંગ	પુરુષ	સ્ત્રી	અન્ય	હિયાઈ		(ફૂટ)		(ઇંચ)	વજન		(કિલો)
	મોબાઇલ નંબર					જન્મ તારીખ				જો ભારતીય ન હોય તો ફૂપા કરીને ટીક કરો		
	પ્રપોઝર સાથેનો સંબંધ (ફૂપા કરીને ચિહ્ન ટિક કરો): સ્વયં/પતિ/પત્ની/પિતા/માતા/સસરા/સાસુ/પુત્ર/પુત્રી/કર્મચારી											
	જો તમે રજિસ્ટર્ડ મેડિકલ પ્રેક્ટિશનર* હો, તો ફૂપા કરીને નીચેનું આપો: 1. મેડિકલ રજિસ્ટ્રેશન નંબર											
અરજદાર 2	II. કાઉન્સિલનું નામ											
	III. કાર્યસ્થળનું સરનામું											
	નામ											
	લિંગ	પુરુષ	સ્ત્રી	અન્ય	હિયાઈ		(ફૂટ)		(ઇંચ)	વજન		(કિલો)
	મોબાઇલ નંબર					જન્મ તારીખ				જો ભારતીય ન હોય તો ફૂપા કરીને ટીક કરો		
અરજદાર 3	પ્રપોઝર સાથેનો સંબંધ (ફૂપા કરીને ચિહ્ન ટિક કરો): પતિ/પત્ની/પિતા/માતા/સસરા/સાસુ/પુત્ર/પુત્રી											
	જો તમે રજિસ્ટર્ડ મેડિકલ પ્રેક્ટિશનર* હો, તો ફૂપા કરીને નીચેનું આપો: 1. મેડિકલ રજિસ્ટ્રેશન નંબર											
	II. કાઉન્સિલનું નામ											
	III. કાર્યસ્થળનું સરનામું											
	નામ											
અરજદાર 4	લિંગ	પુરુષ	સ્ત્રી	અન્ય	હિયાઈ		(ફૂટ)		(ઇંચ)	વજન		(કિલો)
	મોબાઇલ નંબર					જન્મ તારીખ				જો ભારતીય ન હોય તો ફૂપા કરીને ટીક કરો		
	પ્રપોઝર સાથેનો સંબંધ (ફૂપા કરીને ચિહ્ન ટિક કરો): પતિ/પત્ની/પિતા/માતા/સસરા/સાસુ/પુત્ર/પુત્રી											
	જો તમે રજિસ્ટર્ડ મેડિકલ પ્રેક્ટિશનર* હો, તો ફૂપા કરીને નીચેનું આપો: 1. મેડિકલ રજિસ્ટ્રેશન નંબર											
	II. કાઉન્સિલનું નામ											
અરજદાર 5	III. કાર્યસ્થળનું સરનામું											
	નામ											
	લિંગ	પુરુષ	સ્ત્રી	અન્ય	હિયાઈ		(ફૂટ)		(ઇંચ)	વજન		(કિલો)
	મોબાઇલ નંબર					જન્મ તારીખ				જો ભારતીય ન હોય તો ફૂપા કરીને ટીક કરો		
	પ્રપોઝર સાથેનો સંબંધ (ફૂપા કરીને ચિહ્ન ટિક કરો): પતિ/પત્ની/પિતા/માતા/સસરા/સાસુ/પુત્ર/પુત્રી											
અરજદાર 6	જો તમે રજિસ્ટર્ડ મેડિકલ પ્રેક્ટિશનર* હો, તો ફૂપા કરીને નીચેનું આપો: 1. મેડિકલ રજિસ્ટ્રેશન નંબર											
	II. કાઉન્સિલનું નામ											
	III. કાર્યસ્થળનું સરનામું											
	નામ											
	લિંગ	પુરુષ	સ્ત્રી	અન્ય	હિયાઈ		(ફૂટ)		(ઇંચ)	વજન		(કિલો)
અરજદાર 6	મોબાઇલ નંબર					જન્મ તારીખ				જો ભારતીય ન હોય તો ફૂપા કરીને ટીક કરો		
	પ્રપોઝર સાથેનો સંબંધ (ફૂપા કરીને ચિહ્ન ટિક કરો): પતિ/પત્ની/પિતા/માતા/સસરા/સાસુ/પુત્ર/પુત્રી											
	જો તમે રજિસ્ટર્ડ મેડિકલ પ્રેક્ટિશનર* હો, તો ફૂપા કરીને નીચેનું આપો: 1. મેડિકલ રજિસ્ટ્રેશન નંબર											
	II. કાઉન્સિલનું નામ											
	III. કાર્યસ્થળનું સરનામું											

*મેળવી પ્રોમિસમ પર કમ ડિસાઉન્ટ મેડિકલ પ્રેક્ટિશનર એટલે એવી વ્યક્તિ કે જે કોઈપણ રાજ્યના મેડિકલ કાઉન્સિલ અથવા મેડિકલ કાઉન્સિલ ઓફ ઇન્ડિયા અથવા ભારત સરકાર અથવા રાજ્ય સરકાર દ્વારા સ્થાપિત ભારતીય મેડિસિન કાઉન્સિલ અથવા કોમિયોપેચી માટે માન્ય રજિસ્ટ્રેશન ધરાવે છે અને આથી તેના અધિકારક્ષેત્રમાં મેડિસિન પ્રેક્ટિસ કરવા માટે હકદાર છે; અને તેના વાઇસન્સના કાર્યક્ષેત્ર અને અધિકારક્ષેત્રમાં કાર્યરત છે.

નોંધ: 1. જો અરજદાર 1 નો પ્રપોઝર સાથેનો સંબંધ કર્મચારીનો હોય, તો અન્ય અરજદારોનો સંબંધ અરજદાર 1 સાથેનો ગણાશે.

૩. કવરેજ પસંદગી									
બેઝ કવરેજ									
પોલિસી પ્રકાર	વ્યક્તિગત		ફેમિલી ફ્લોટર		મલ્ટી મેમ્બર વ્યક્તિગત				
કવર થનાર લોકો ની સંખ્યા			પુખ્ત વયના લોકો		બાળકો				
વેરિઅન્ટ	ક્યાસિક		સિલેક્ટ		એલિટ		પ્લેક		
બેઝ સમ ઇન્શ્યોર્ડ	અનલિમિટેડ		₹ 5,00,000		₹ 10,00,000				
પોલિસી ટર્મ	1 વર્ષ		2 વર્ષ		3 વર્ષ		4 વર્ષ		5 વર્ષ
વેડનિયક કવરેજ									
1. કેશ-બેગ	હા		ના						
2. ટ્રિપ્લે નેટવર્ક ¹⁾	હા		ના						
3. નિવાશીય વળાટ	હા		ના						
4. વાર્ષિક હેલ્થ ચેકઅપ ²⁾ (માત્ર કેશલેસ)	હા		ના						
5. વાર્ષિક હેલ્થ ચેકઅપ ³⁾ (કેશલેસ + રિઅસ્યુરન્સમેન્ટ)	હા		ના						
6. હેડસપાય ⁴⁾	હા		ના						
7. કોસ્પિટલ ડેઇલી કેશ	હા		ના						
8. ક્વેમ સેફગાર્ડ ⁵⁾	હા		ના						
9. હાર્ડ મેડિકલ ઓપિનિયન	હા		ના						
10. સેકન્ડ મેડિકલ ઓપિનિયન - એક્સપેસ	હા		ના						
11. મેડિકલના સાધનો	હા		ના						
12. પુખ્ત વયના લોકો માટે ઇમોશનલ વેલનેસ	હા		ના						
13. માર્શલ વેલનેસ કાઉન્સિલિંગ	હા		ના						
14. સેક્સ્યુઅલ હેલ્થ વેલનેસ	હા		ના						
15. હેલ્થ રિસ્ક બેનિફિટ	હા		ના						
16. એક્સીડેન્ટ કેર	હા		ના						
17. હેલ્થ વાઉચર્સ	હા		ના						
18. સહાનુભૂતિ માટેની મુલાકાત	હા		ના						
19. ફ્લાઇટ-મોડ	હા		ના						
20. વેસીનેશન કવર	હા		ના						
21. રિકવરીનો બેનિફિટ	હા		ના						
22. મોડર્ન ટ્રીટમેન્ટ + (ક્યાસિક અને સિલેક્ટ માટે)	હા		ના						
23. એર એમ્બ્યુલન્સ+ (ક્યાસિક અને સિલેક્ટ માટે)	હા		ના						
24. આશ્રિત માટે એકોમોડેશન બેનિફિટ	હા		ના						
25. આંતરરાષ્ટ્રીય કવર	હા		₹ _____		ના				
26. ગ્લોબલ બીમારી	હા		₹ _____		ના		ના		
27. વેલકમ્સન્ટ ⁶⁾	1X		2X		3X		4X		5X
28. સૌથી મોટી	વેરિઅન્ટ 1		વેરિઅન્ટ 2		વેરિઅન્ટ 3		વેરિઅન્ટ 4		ના
29. પ્રિ-એક્ઝીસ્ટીંગ ડિસીઝના વેઇટિંગ પિરિયડમાં ફેરફાર	12 મહિના		24 મહિના		ના				
30. ચોક્કસ રોગ માટે વેઇટિંગ પિરિયડમાં ફેરફાર	12 મહિના		36 મહિના		ના				
31. કો-પેમેન્ટ ⁷⁾	10%		20%		30%		40%		50%
32. વાર્ષિક એક્ઝિઝિટ ડિડક્ટરીબલ ⁸⁾	₹ 10,000		₹ 20,000		₹ 30,000		₹ 50,000		₹ 1,00,000
	₹ 2,00,000		₹ 3,00,000		₹ 4,00,000		₹ 5,00,000		ના
33. પોસ્ટ-હોસ્પિટલાઇઝેશનમાં ફેરફાર	30 દિવસ		60 દિવસ		90 દિવસ		270 દિવસ		365 દિવસ
34. પ્રી-હોસ્પિટલાઇઝેશનમાં ફેરફાર	30 દિવસ		90 દિવસ		180 દિવસ		ના		
35. શસ્ત્રઆત્મક વેઇટિંગ પિરિયડમાં ફેરફાર	7 દિવસ		10 દિવસ		15 દિવસ		ના		
36. મહિલાઓ માટે વેલનેસ	પ્લાન 1		પ્લાન 2		પ્લાન 3		પ્લાન 4		પ્લાન 5
									પ્લાન 6
									ના

37. આઈનાઈડ	ખાન 1 ખાન 2 ખાન 3 ખાન 4 ખાન 5 ખાન 6 ખાન 7 ના
38. વાઈવ-ફિટ	ખાન 1 ખાન 2 ખાન 3 ખાન 4 ખાન 5 ખાન 6 ખાન 7 ખાન 8 ખાન 9 ખાન 10 ખાન 11 ખાન 12 ના
39. પર્સનલ એકિસિડેન્ટ અનલિમિટેડ સમ ઇન્શ્યોર્ડ વિકલ્પ માટે: સમ ઇન્શ્યોર્ડના વિકલ્પો: ₹1 કરોડ સુધી, ₹5 લાખના ગુણાંકમાં 98 પસંદ કરેલ છે	કલ: ₹ ના બેઝ સમ ઇન્શ્યોર્ડ માટેના વિકલ્પો 5 વર્ષ અને 10 વર્ષ (નીચેના વિકલ્પોમાંથી પસંદ કરો) 1X 2X 3X 4X 5X અરજદાર 1 અરજદાર 2 અરજદાર 3 અરજદાર 4 અરજદાર 5 અરજદાર 6
40. પર્સનલ એકિસિડેન્ટ વાઇટ અનલિમિટેડ સમ ઇન્શ્યોર્ડ વિકલ્પ માટે: અનલિમિટેડ સમ ઇન્શ્યોર્ડ વિકલ્પ માટે: સમ ઇન્શ્યોર્ડના વિકલ્પો: ₹1 કરોડ સુધી, ₹5 લાખના ગુણાંકમાં 98 પસંદ કરેલ છે	કલ: ₹ ના બેઝ સમ ઇન્શ્યોર્ડ માટેના વિકલ્પો 5 વર્ષ અને 10 વર્ષ (નીચેના વિકલ્પોમાંથી પસંદ કરો) 1X 2X 3X 4X 5X અરજદાર 1 અરજદાર 2 અરજદાર 3 અરજદાર 4 અરજદાર 5 અરજદાર 6
41. પર્સનલ એકિસિડેન્ટ ધો 10 અનલિમિટેડ સમ ઇન્શ્યોર્ડ વિકલ્પ માટે: સમ ઇન્શ્યોર્ડના વિકલ્પો: ₹1 કરોડ સુધી, ₹5 લાખના ગુણાંકમાં 98 પસંદ કરેલ છે	કલ: ₹ ના બેઝ સમ ઇન્શ્યોર્ડ માટેના વિકલ્પો 5 વર્ષ અને 10 વર્ષ (નીચેના વિકલ્પોમાંથી પસંદ કરો) 1X 2X 3X 4X 5X અરજદાર 1 અરજદાર 2 અરજદાર 3 અરજદાર 4 અરજદાર 5 અરજદાર 6
42. બોર્ડરલેસ 10 સમ ઇન્શ્યોર્ડ માટેના વિકલ્પો: ક્લાસિક: NA; પસંદ કરો: ₹10 લાખ સુધી એથિટ: ₹50 લાખ સુધી બ્લેક: ₹5 કરોડ સુધી બેઝ સમ ઇન્શ્યોર્ડ વિકલ્પો માટે - 5 વર્ષ: ફક્ત ₹5 લાખ ₹10 લાખ: ₹5 લાખ અથવા ₹10 લાખ કો-પેમેન્ટ	કલ: ₹ ના 0% 20% 30% 40% 50%
43. ચોક્કસ ખોમારી માટે બોર્ડરલેસ 10 સમ ઇન્શ્યોર્ડના વિકલ્પો: ક્લાસિક: NA; પસંદ કરો: ₹10 લાખ સુધી એથિટ: ₹50 લાખ સુધી બ્લેક: ₹5 કરોડ સુધી બેઝ સમ ઇન્શ્યોર્ડ વિકલ્પો માટે - 5 વર્ષ: ફક્ત ₹5 લાખ ₹10 લાખ: ₹5 લાખ અથવા ₹10 લાખ કો-પેમેન્ટ	કલ: ₹ ના 0% 20% 30% 40% 50%

જોમિત્રી ફોટો સમ ઇન્શ્યોર્ડ તમામ ઇન્શ્યોર્ડ મેમ્બર્સ માટે સમાન છે. ફોટોનો બર્થ ડે વ્યક્તિગત રીતે અથવા સમૂહિક રીતે, તમામ ઇન્શ્યોર્ડ મેમ્બર્સ બા વિમિટ સુધી કસ્ટમ કરી શકે છે. (1) પોલિસીમાં ટિપ્પડ નેટવર્ક અથવા ડેડવેઇટ બેનિફિટમાંથી કોઈ એક પસંદ કરી શકાય છે. (2) પોલિસીમાં નિવાસીતા વન અથવા બેનિફિટ ડેડવેઇટ બેનિફિટમાંથી કોઈ એક પસંદ કરી શકાય છે. (3) પોલિસીમાં કો-પેમેન્ટ અથવા વાર્ષિક એથિટ ડિડવેઇટમાંથી કોઈ એક પસંદ કરી શકાય છે. (4) પોલિસીમાં બોર્ડરલેસ અથવા ફિક્સિટ બિમારી માટે બોર્ડરલેસમાંથી કોઈ એક પસંદ કરી શકાય છે. (5) પર્સનલ એકિસિડેન્ટ અથવા પર્સનલ એકિસિડેન્ટ વાઇટ અથવા પર્સનલ એકિસિડેન્ટ ધો માંથી માત્ર એક બેનિફિટ પસંદ કરી શકાય છે.

4. પોર્ટેબિલિટી				
પોલિસી નંબર	ચીમા કંપની	જોબમાં શરૂ થવાની તારીખ	જોબમાં સમાપ્ત થવાની તારીખ	પોર્ટેબિલિટી કારણ

પોર્ટેબિલિટી માટે વિનંતી કરેલ પ્રસ્તાવિત વીમાધારકનું નામ	પ્રથમ પોલિસી શરૂ થવાની તારીખ	પોર્ટેબિલિટી માટે વિનંતી કરાયેલા સતત કવરેજના વર્ષોની સંખ્યા	પાછલી પોલિસીમાં દાવાઓ	હાવનું નો ક્લેઇમ બોનસ	વીમા રકમ - વર્ષ 1 (સૌથી જૂની)	વીમા રકમ - વર્ષ 2	વીમા રકમ - વર્ષ 3	વીમા રકમ - વર્ષ 4 (સમાપ્ત થતી પોલિસી)

5. નોમિનેશન

પ્રપોઝરના મૃત્યુના કિસ્સામાં, પોલિસી હેઠળ ચૂકવવાપાત્ર કોઈપણ પેમેન્ટ નીચે લખેલ નોમિનીને ચૂકવવાપાત્ર બનશે. નોમિનીને આ ચૂકવણીની પ્રાપ્તિ બાદ પોલિસી હેઠળ કંપનીની જવાબદારી પૂરી ગણાશે.

નોમિનીનું નામ	જન્મ તારીખ	પ્રસ્તાવક સાથેનો સંબંધ	નોમિનીનું સરનામું, મોબાઇલ નંબર અને ઇમેઇલ ID	નિયુક્ત વ્યક્તિનું નામ (જો નોમિની 18 વર્ષથી ઓછી ઉંમરનો હોય તો)

નોમિનીની બેંક વિગતો: લાભાર્થીનું નામ:

બેંકનું નામ ખાતાનો પ્રકાર બચત વર્તમાન

ખાતા નંબર IFSC કોડ

6. મેડિકલ, ટેવો અને ભૂતકાળના પ્રપોઝલની માહિતી

મહત્વપૂર્ણ: કૃપા કરીને ખાતરી કરો કે આ વિભાગના તમામ પ્રશ્નોના સાચા અને સંપૂર્ણ જવાબો આપવામાં આવે છે કારણ કે તમે અહીં જે માહિતી આપશો તે નિવા બ્રૂથ દ્વારા અન્ડરરાઇટિંગનો ભેગ બનશે. કૃપા કરીને નોંધ લો કે કોઈપણ અપૂરી, ખોટી, આંશિક રીતે સાચી માહિતી તમારા મેડિકલ ક્લેઇમ અને/અથવા કવરેજને અસર કરી શકે છે.

વિભાગ A: કૃપા કરીને તબીબી પરિસ્થિતિઓ વિશે માહિતી સેર કરો												
કૃપા કરીને અરજદાર માટે નીચેના પ્રશ્નોના જવાબ આપો અને હા (Y) અથવા ના (N) પર ચર્ચિત કરો						અરજદાર નંબર						
						1	2	3	4	5	6	
સામાન્ય શરદો, ફ્લુ, થ્રો, નાની ઈજા અથવા અન્ય નાની બીમારીઓ સિવાય; શું અરજદારને ક્યારેય કોઈ રોગ હોવાનું નિદાન થયું છે અને / અથવા 5 દિવસથી વધુ સમય માટે હોસ્પિટલમાં દાખલ કરવામાં આવ્યો છે અને / અથવા કોઈ સર્જિકલ પ્રોસિજર કરાવે છે / કરાવવાની સલાહ આપવામાં આવી છે અને / અથવા કોઈ હવા લીધી છે / 14 દિવસથી વધુ સમય માટે કોઈ વક્ષણો ટેમાયા છે? હામાં ઇન્ફ્લુએન્સા, મીબિક હાથો અને શરીરના ભાગો પર એક્સટેર્નલ મેડિકલ એપ્લિકેશનોનો સમાવેશ થાય છે પરંતુ તે મર્યાદિત નથી.						Y	N	Y	N	Y	N	Y
ii. શું અરજદારને ક્યારેય થાઇરોઇડ પ્રોફાઇલ, થાયરોઇડ પ્રોફાઇલ, ટ્રેડમિથ ટેસ્ટ, એન્જીયોગ્રાફી, ઇકોકાર્ડિયોગ્રાફી, એન્ડોસ્કોપી, અલ્ટ્રાસાઉન્ડ, CT સ્કેન, MRI, બાયોપ્સી અને FNAC સંબંધિત કોઈપણ ડાયગ્નોસ્ટિક ટેસ્ટ અથવા તપાસમાં કઈ વિપરીત જાણવા મળ્યું છે?						Y	N	Y	N	Y	N	Y
iii. શું અરજદારને ડાયાબિટીસ અથવા પ્રી-ડાયાબિટીસ છે અથવા તેને/તેણીને ક્યારેય હાઈ બ્લડ સુગર રહ્યું છે?						Y	N	Y	N	Y	N	Y
iv. શું અરજદારને હાઈપરટેન્શન અથવા હાઈ બ્લડ પ્રેશર છે?						Y	N	Y	N	Y	N	Y
v. શું અરજદારને ક્યારેય કોઈ જેનેટિક / વારસાગત વિકારો અથવા HIV / AIDS નું નિદાન અથવા સારવાર કરવામાં આવી છે?						Y	N	Y	N	Y	N	Y
vi. શું અરજદારને ક્યારેય કોઈ માનસિક/મનોચિકિત્સા સંબંધિત બીમારી માટે નિદાન અથવા સારવાર કરવામાં આવી છે?						Y	N	Y	N	Y	N	Y
vii. શું અરજદારના વારંફ, હેબ્સ, કોસ્પિટલ કેઇવી કેસ અથવા ક્રિટિકલ ઇલ્લનેશ ઇન્થ્યોરેક્સ માટે કોઈ પ્રપોઝલ ક્યારેય કોઈ ઇન્થ્યોરેક્સ કંપની દ્વારા નકારવામાં આવી છે, પોસ્ટપોલ કરવામાં આવી છે, વોડ કરવામાં આવી છે અથવા એક્સક્યુઝન જેવી કોઈ ખાસ શરતોને અધિક્ષિત કરવામાં આવી છે?						Y	N	Y	N	Y	N	Y

વિભાગ ક: જો અરજદાર દુરબળ કરે છે અથવા તમાકુ/નુટબા/પાન મસાવા અથવા અલ્કોહોલનું સેવન કરે છે તો જ આ વિભાગ ભરી	I. ચાવવાની તમાકુ / નુટબા / પાન મસાવા જો હા, તો કુપા કરીને પ્રતિ દિવસ પાઉચની સંખ્યા સ્પષ્ટ વખો		II. આલ્કોહોલ જો હા, તો કુપા કરીને પ્રતિ સપ્તાહ મિલીલીટરની સંખ્યા સ્પષ્ટ કરો			III. સિગારેટ / બીડી / સિગાર જો હા, તો કુપા કરીને પ્રતિ દિવસ વપરાશ સ્પષ્ટ કરો	
	1-10	> 10	<= 450	> 450	દરરોજ ઠાઠ પીનાર	1-10	> 10
અરજદાર 1							
અરજદાર 2							
અરજદાર 3							
અરજદાર 4							
અરજદાર 5							
અરજદાર 6							

વિભાગ D: ઉપરના વિભાગમાં હા (H) ચિહ્નિત પ્રશ્નો માટે, કુપા કરીને નીચેની માહિતી સ્પષ્ટ કરો:											
અરજદારનો નંબર	વજ્રબો અથવા તપાસ અથવા નિદાન અથવા કરવામાં આવેલ પ્રક્રિયા/સર્જરીની વિગતો.					સ્થિતિનો સમયગાળો	દવા(ઓ)	ડોઝ	હાલની સ્થિતિ (જેમ કે સંપૂર્ણ/આંશિક સ્વસ્થતા અથવા ચાલુ સારવાર)	સારવાર કરનાર ડોક્ટરનું નામ અને સંપર્ક વિગતો	સાથે જોડેલા દસ્તાવેજો(હા/ના)
	જો ડાયાબીટીઝ HbA1c લેવલ હોયતો	જો હાર્ટ બ્લડ પ્રેશર બીધી લેવલ હોય તો		કોઈ બન્ય વિગતો	શસ્ત્રમાતની તારીખ (દિવસ/ મહિનો/વર્ષ)						
		સિસ્ટોલિક	ડાયાસ્ટોલિક								

7. ઘોષણા (કુપા કરીને કાળજીપૂર્વક વાંચો અને પ્રયોજન ફોર્મ પર સહી કરતા પહેલાં દરેક સાથે ટીક કરો)

- ☐
 હું આથી મારા વતી અને ઇન્શ્યોર્ડ થનાર વ્યક્તિઓના વતી જાહેર કરું છું કે મારા દ્વારા આપવામાં આવેલ ઉપરોક્ત સ્ટેટમેન્ટ, જવાબો અને/અથવા વિગતો મારા જ્ઞાન મુજબ તમામ બાબતોમાં સાચા અને સંપૂર્ણ છે અને હું આ અન્ય વ્યક્તિઓના વતી પ્રયોજ કરવા માટે અધિકૃત છું.
- ☐
 હું સમજું છું કે મારા દ્વારા પૂરી પાડવામાં આવેલી માહિતી ઇન્શ્યોરન્સ પોલિસીની આધાર બનશે, તે ઇન્શ્યોરન્સ કંપનીના બોર્ડ દ્વારા મંજૂર કરાવેલ અંદરરાઇટિંગ પોલિસીને આધીન છે અને પોલિસી કક્ષા ચાજેબલ પ્રોમિસબલ ફૂલ પેમેન્ટ પછી જ અમલમાં આવશે.
- ☐
 હું લખુમાં જાહેર કરું છું કે પ્રયોજન સબમિટ કર્યા પછી પરંતુ કંપની દ્વારા રિસ્કની સ્વીકૃતિની સૂચના પહેલાં, ઇન્શ્યોર્ડ થનાર / પ્રયોજરના વ્યવસાય અથવા સામાન્ય સ્વાસ્થ્યમાં થતા કોઈપણ ફેરફાર વિશે હું લેખિતમાં જાણ કરીશ.
- ☐
 હું જાહેર કરું છું કે હું કંપનીને એવા કોઈપણ ડોક્ટર અથવા હોસ્પિટલ પાસેથી મેડિકલ ઇન્ફોર્મેશન માંગવા માટે સંમતિ આપું છું જેમલોજેધે કોઈપણ સમયે ઇન્શ્યોર્ડ થનાર /પ્રોયોજર ની સંમતિ લીધી હોય અથવા કોઈપણ ભૂતકાળ અથવા વર્તમાન એમ્બીયર પાસેથી એવી કોઈપણ બાબત અંગે માહિતી માંગી હોય જે ઇન્શ્યોર્ડ થનાર /પ્રોયોજરના શારીરિક અથવા માનસિક સ્વાસ્થ્યને અસર કરે છે અને કોઈપણ ઇન્શ્યોરન્સ કંપની પાસેથી માહિતી માંગવા માટે કે જેમને ઇન્શ્યોર્ડ થનાર /પ્રોયોજર પર ઇન્શ્યોરન્સ માટે પ્રયોજન અને/અથવા કલેઇમ સેટલમેન્ટ માટે અરજી કરવામાં આવી હોય.
- ☐
 હું કંપનીને મારા પ્રયોજન સંબંધિત માહિતી, જેમાં ઇન્શ્યોર્ડ /પ્રયોજરના મેડિકલ રેકોર્ડ્સનો સમાવેશ થાય છે, પ્રયોજનના અંદરરાઇટિંગ અને/અથવા કલેઇમ સેટલમેન્ટના એકમાત્ર હેતુ માટે અને કોઈપણ સરકારી અને/અથવા નિયમનકારી સત્તાધિકારી સાથે શેર કરવા માટે અધિકૃત કરું છું.
- ☐
 હું/અમે કંપનીને મારા/અમારા પ્રયોજન સંબંધિત માહિતી, જેમાં ઇન્શ્યોર્ડ /પ્રયોજર ના મેડિકલ રેકોર્ડ્સની સમાવેશ થાય છે, સર્વિસ ડિલિવરીના એકમાત્ર હેતુ માટે અમારા પૈનલમાં સમાવિષ્ટ પ્રોવાઇડર સાથે શેર કરવા માટે અધિકૃત કરીએ છીએ.

તારીખ

સ્થાન

દરખાસ્તકર્તાની સહી

8. સ્થાનિક ભાષામાં ઘોષણા

(પ્રમાણપત્ર, જો દરખાસ્તકર્તાએ સ્થાનિક ભાષામાં સહી કરી હોય (કંપનીના એજન્ટ/કર્મચારી સિવાયના કોઈ વ્યક્તિ દ્વારા સાક્ષી આપવામાં આવેા). આ ફોર્મની વિગતો અને તેમાં રહેલી માહિતી મેં દરખાસ્તકર્તાને સ્થાનિક ભાષામાં સમજાવી છે, જેને તેઓ સમજી ગયા છે અને તેની પુષ્ટિ કરી છે:

પ્રમાણિત કરનાર વ્યક્તિનું નામ:

સાક્ષીનું નામ

પ્રમાણિત કરનાર વ્યક્તિની સહી:

સાક્ષીની સહી

પ્રમાણિત કરનાર વ્યક્તિનો મોબાઇલ નંબર:

સાક્ષીનો મોબાઇલ નંબર:

દરખાસ્તકર્તાની સહી

9. પ્રપોઝરનું ડોક્યુમેન્ટ

(પ્રમાણપત્ર, જ્યાં કોઈ કારણસર, અરજી અને અન્ય સંબંધિત કાગળો અરજદાર દ્વારા ભરવામાં આવ્યા નથી). અરજી ફોર્મ અને સંબંધિત દસ્તાવેજોની વિગતો મને સંપૂર્ણ રીતે સમજાવવામાં આવી છે અને હું પ્રસ્તાવિત કરારનું મહત્વ સંપૂર્ણપણે સમજું છું. અરજી ફોર્મ _____ દ્વારા મારી સૂચના હેઠળ ભરવામાં આવ્યું છે અને મને તે યોગ્ય અને સંપૂર્ણ જણાય છે.

દરખાસ્તકર્તાની સહી

10. પ્રીમિયમની વિગતો (માત્ર ઓફિસના ઉપયોગ માટે)

પ્રીમિયમ ચૂકવણી વિધિ	☐	ચેક	☐	ડિમાન્ડ ડ્રાફ્ટ	☐	ક્રેડિટ કાર્ડ / ડેબિટ કાર્ડ	☐	નેટ બેન્કિંગ	☐	રોકડ	☐	અન્ય	☐
પ્રીમિયમની રકમ			ઓનલાઇન ચૂકવણી ટ્રાન્ઝેક્શન ID:				તારીખ						
બેંકનું નામ/શાખા							નિવા બ્રૂકા શાખાનું સ્થાન						
કોડ નંબર							વ્યવસાય કોષ્ટક આપ્યો: સલાહકાર/ડક્ટ/કોર્પોરેટ એજન્ટ/બીજા માધ્યમો						
કોડ નંબર													
નામ													
દરખાસ્ત પ્રાપ્ત તારીખ:							સિક્કા ID:						
શું દરખાસ્તકર્તા અથવા અરજદાર કર્મચારી છે?	☐		હા		☐		ના						

11. બેકગ્રાઉન્ડ વેનુ માટે વધારાની વિગતો (માત્ર ઓફિસના ઉપયોગ માટે)

શાખા કોડ		SP કોડ		RM/UG કોડ	
C કસ્ટમર એકાઉન્ટ નંબર					

12. ઇન્શ્યોરન્સ એડવાઈઝર રિપોર્ટ (માત્ર ઓફિસના ઉપયોગ માટે)

હું, ઇન્શ્યોરન્સ એડવાઈઝર / કોર્પોરેટ એજન્ટના નિર્દિષ્ટ વ્યક્તિ / ઓફિસના અધિકૃત કર્મચારી / રિશ્નાશિપ ઓફિસર તરીકે મારી કેપેસિટીમાં, આથી જાહેર કરું છું કે મેં આ પ્રપોઝલ ફોર્મનો બધો કોન્ટેન્ટ, જેમાં આ પ્રપોઝલ ફોર્મમાં સમાવિષ્ટ પ્રશ્નોના પ્રકારનો સમાવેશ થાય છે, જેમાં પ્રપોઝરના સ્ટેટમેન્ટ, માહિતી અને તેમણે આ પ્રપોઝલ ફોર્મમાં રજૂ કરેલા પ્રશ્નોના જવાબ(ઓ) અથવા અહીં મોકલવામાં આવેલી કોઈપણ વિગતોનો સમાવેશ થાય છે, જો આ પ્રપોઝલ કંપની દ્વારા પોલિસી જારી કરવા માટે સ્વીકારવામાં આવે છે, તો કંપની અને પ્રપોઝર વચ્ચે આ ઇન્શ્યોરન્સ કોન્ટ્રાક્ટ બેઝ બનશે.

મેં વધુમાં સમજાવ્યું છે કે જો આ પ્રપોઝલ ફોર્મમાં કોઈ ખોટા સ્ટેટમેન્ટ/માહિતી/ફીડબેક સમાવિષ્ટ હોય/જેમાં પરિશિષ્ટ(ઓ), સોગંદનામા, સ્ટેટમેન્ટ, સબમિશન, રજૂ કરાયેલ/સૂચવાયેલા હોય અને જો કોઈ મહત્વપૂર્ણ હકીકત જાહેર ન કરવામાં આવી હોય તો વધુ હોય, તો આ પ્રપોઝલ અનુસાર તેમના પક્ષમાં જારી કરાયેલ પોલિસી કંપની દ્વારા રદબાતલ ગણી શકાય છે અને પોલિસી હેઠળ ચૂકવવામાં આવેલા તમામ પ્રીમિયમ કંપની દ્વારા જસ કરી શકાય છે.

તારીખ

વીમા સલાહકારની સહી

13. કાયદાકીય ચેતવણી

વીમા અધિનિયમ 1938 ની કલમ 41 હેઠળ રિબેટ પર પ્રતિબંધ

- કોઈપણ વ્યક્તિ, ભારતમાં જીવન અથવા મિલકત સંબંધિત કોઈપણ પ્રકારના જોખમના સંદર્ભમાં કોઈપણ વ્યક્તિને વીમો લેવા રીન્યુઅલ કરવા અથવા ચાલુ રાખવા માટે પ્રયત્ન કે પરોક્ષ રીતે પ્રેરિત કરીને, ચૂકવવાપાત્ર કમિશનના સંપૂર્ણ ચાર્જ કોઈપણ ભાગ પર અથવા પોલિસી પર દર્શાવેલ પ્રીમિયમ પર કોઈપણ રિબેટ આપશે નહીં અથવા આપવાની ઓફર કરશે નહીં, અને પોલિસી લેતી, રીન્યુઅલ કરતી અથવા ચાલુ રાખતી કોઈપણ વ્યક્તિ બેંકના પ્રકાશિત પ્રોસ્પેક્ટસ અથવા કોષ્ટકો અનુસાર મંજૂર કરાયેલ રિબેટ સિવાય કોઈપણ રિબેટ સ્વીકારશે નહીં.
- આ કલમની જોગવાઈઓનું પાલન કરવામાં નિષ્ફળ રહેનાર કોઈપણ વ્યક્તિ દસ થાબ રૂપિયા સુધીના દંડને પાત્ર થશે.

14. ગ્રાહીક અને સંબંધિત ક્ષેત્રની લેખી (જો વાંચુ હોય તો):

આશા વર્કર મનરેજા વર્કર

15. આભા ID

સભ્યનું નામ	હું તમારી પાસે આભા ID છે?	આભા ID	આભા દ્વારા વૌમા કંપનીઓ/TFR સાથે તાલીમી રેકૉર્ડ રીર કરવાની સંમતિ
	☐ હા ☐ ના		☐ હા ☐ ના
	☐ હા ☐ ના		☐ હા ☐ ના
	☐ હા ☐ ના		☐ હા ☐ ના
	☐ હા ☐ ના		☐ હા ☐ ના
	☐ હા ☐ ના		☐ હા ☐ ના
	☐ હા ☐ ના		☐ હા ☐ ના

16. રિફંડ અને કલેઇમ પેમેન્ટ માટેની વિગતો

પેમેન્ટ મેળવવાનો વિકલ્પ બેંક ટ્રાન્સફર ☐

વાર્ષિકીનું નામ

બેંકનું નામ

ખાતા નંબર

ખાતાનો પ્રકાર

IFSC કોડ

નિવા બુપા હેલ્થ ઇન્શ્યોરન્સ કંપની લિમિટેડ; રજિસ્ટર્ડ ઓફિસ:- C-98, 8ર્સ્ટ ફ્લોર, વાજપત નગર, માત્ર 1, નવી દિલ્હી-110024
 ડિસ્ક્લેમરઃ ઇન્શ્યોરન્સ વિનંતીનો વિષય છે. નિવા બુપા હેલ્થ ઇન્શ્યોરન્સ કંપની લિમિટેડ (IRDAI રજીસ્ટ્રેશન નંબર 145) 'બુપા' અને 'કાર્ટમીટ' લોગો તેમના સંબંધિત માલિકીનો રજિસ્ટર્ડ ટ્રેડમાર્ક છે અને નિવા બુપા હેલ્થ ઇન્શ્યોરન્સ કંપની લિમિટેડ દ્વારા વાઇસન્સ હેઠળ ઉપયોગમાં લેવાય છે. ગ્રાહક હેલ્પલાઇન: 1860-500-8888. વેબસાઇટ: www.nivabupa.com. CIN: I66000DL2008PLC182918. નિયમો અને શરતો, એક્સક્લુઝન્સ, રિસ્ક ફેક્ટર્સ, વેઇટિંગ પિરિયડ અને બેનિફિટ્સ વિશે વધુ વિગતો માટે, કૃપા કરીને વેબસાઇટ પહેલાં સેલ્સ ઓફિસર સાથે સંપર્ક કરો.

નિવા બુપા હેલ્થ ઇન્શ્યોરન્સ કંપની લિમિટેડ: રજિસ્ટર્ડ ઓફિસ- C-98, 5 સ્ટે ફ્લોર, વાજપત નગર, ભાગ 1, નવી દિલ્હી-110026

ડિસ્ક્લેમર: ઇન્શ્યોરન્સ વિનંતીનો વિષય છે. નિવા બુપા હેલ્થ ઇન્શ્યોરન્સ કંપની લિમિટેડ (IRDAI રજીસ્ટ્રેશન નંબર 145) 'બુપા' અને 'હાર્ટબીટ' બોન્ડો હેઠળના સંબંધિત માધિકોનો રજિસ્ટર્ડ ટ્રેડમાર્ક છે અને નિવા બુપા હેલ્થ ઇન્શ્યોરન્સ કંપની લિમિટેડ દ્વારા વાઇસન્સ હેઠળ ઉપયોગમાં લેવાય છે. કાલક હેલ્પલાઇન: 1880-500-8888. વેબસાઇટ: www.nivabupa.com. CIN: L66000DL2008PLC182918. નિયમો અને શરતો, એક્સક્લુઝન્સ, રિસ્ક ફેક્ટર્સ, વેઇટિંગ પિરિયડ અને બેનિફિટ્સ વિશે વધુ વિગતો માટે, કૃપા કરીને વેબસાઇટ સેવ્સ બ્રાઉઝર કાન્ટ્રીપૂર્વક વાંચો.

Product Name: ReAssure 3.0, Product UIN: NBHHLIP27059V022627

કંપની દ્વારા સ્વોડિટ

એપ્લિકેશન નંબર

તારીખ

ના રોજ તારીખે રૂ. ની રકમના ચેક/ડિમાન્ડ ડ્રાફ્ટ/અન્ય સાથે તમારું પ્રપોઝલ અને પ્રાપ્ત રકમ અમે આભાર સાથે સ્વીકારીએ છીએ. ઇન્શ્યોરન્સ માટે પૂર્ણ પ્રપોઝલની અમારી સમક્ષ રજૂઆત કે પોલિસી જારી કરવા માટે થયેલું કોઈપણ પેમેન્ટ અમને પોલિસી જારી કરવા માટે બંધનકર્તા નથી, જે નિર્ણય અમારા સંપૂર્ણ અને સંપૂર્ણ વિવેકાધિકારમાં છે અને હંમેશા રહેશે. જો અમે ઇન્શ્યોરન્સ માટેનું પ્રપોઝલ સ્વીકારીશું, તો તે પોલિસીના નિયમો અને શરતોને આધીન રહેશે અને જો પ્રીમિયમ અમને સંપૂર્ણ અને સમયસર પ્રાપ્ત ન થાય અથવા વસૂલ ન થાય તો અમારી કોઈ જવાબદારી રહેશે નહીં. જો અમે પ્રપોઝલ સ્વીકારીશું નહીં, તો અમે તમને જાણ કરીશું અને તમારા તરફથી પ્રાપ્ત થયેલા મેડિકલ ટેસ્ટ્સનો ખર્ચ, જો કોઈ હોય તો, વ્યાજ વિના રિફંડ કરીશું.

રીસીવર અને ઓફિસ સીલનું નામ અને સહી

Product Name: ReAssure 3.0, Product UIN: NBHHLIP27059V022627