

પ્રપોઝલ

ફોર્મ રીએનર કરો

URN: 015

1. પ્રસ્તાવકર્તા વિગતો:

શીર્ષક	નામ						
DOB	જાતિ:	પુરુષ	નારી	અન્ય	રાષ્ટ્રીયતા		
વર્તમાન સરનામું	D	D	M	M	અથવા	અને	અને
સીમાચિહ્ન					શહેર		
જીલ્લો	રાજ્ય				વ્યક્તિગત ઓળખ નંબર		
વેન્ડવાઈન નંબર					મોબાઇલ નંબર		
ઈમેઇલ ID					વૈકલ્પિક નંબર		
PAN નંબર	(રૂ. 50,000થી વધારેના પ્રિમિયમ માટે રોકડ અને અન્ય માધ્યમો મારફતે રૂ. 1 લાખથી વધારે પ્રિમિયમ માટે ફરજિયાત)						
વાર્ષિક આવક (રૂ.)					CKYC નંબર		
વ્યવસાય	પગારદાર	સ્વ-રોજગાર	વિદ્યાર્થી	ગૃહિણી	અન્ય, કૃપા કરીને સ્પષ્ટ કરો		
દ્વારા ચૂકવવામાં આવતું પ્રિમિયમ					પ્રસ્તાવ મૂકનાર સાથે સંબંધ		

હું પર્યાવરણનું રક્ષણ કરવા માંગું છું 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 માંગું છું?

મેં તમામ નિયમો અને શરતો વાંચી છે, સમજી છે અને સ્વીકારી છે અને આ સાથે નિવા હેલ્થ ઇન્શ્યોરન્સ અથવા તેના કોઈ પણ એજન્ટ અને/અથવા ત્રાહિત પક્ષ (ઓ) / સહયોગીઓને મારો એસએમએસ/ ઇમેઇલ/ ફોન / વ્હોટ્સએપ / ફેસબુક અથવા મારા રજિસ્ટર્ડ ફોન નંબર પરના અન્ય કોઈ પણ મોડેલ પર મારો સંપર્ક કરવા માટે અધિકૃત કરું છું જેથી આવકદાદા/કોલ્સ / એસએમએસ, સર્વિસ કોલ્સ / એસએમએસ અથવા એસએમએસ અથવા એસએમએસ અથવા એસએમએસ અથવા અન્ય કોઈ પણ વ્યવસાયિક સંદેશાવ્યવહાર કરી શકાય.

શું તમે કે કોઈ પણ સૂચિત અસ્ત્રદાર પોઈપીઝ છો? હા ના

આપના આ પેસપોર્ટ પરના વીઝાઓ અને/અથવા વેબસાઇટોએ એવું જણાવ્યું હોય કે તમે અસ્ત્રદાર છો તો કૃપા કરીને અસ્ત્રદારીની વિગતો આપવા માટે આપને અનુરોધ કરવામાં આવશે. આપના આ પેસપોર્ટ પરના વીઝાઓ અને/અથવા વેબસાઇટોએ એવું જણાવ્યું હોય કે તમે અસ્ત્રદાર છો તો કૃપા કરીને અસ્ત્રદારીની વિગતો આપવા માટે આપને અનુરોધ કરવામાં આવશે.

આમીણ અને સામાજિક ક્ષેત્રની કેટેગરી (જો લાગુ પડતું હોય તો): આશ્ચાર્યકર મનરેગા કામદાર

શું તમે પોલિસી ફિટની ડિઝિટલ કોપી ઇચ્છો છો? હા ના

બેંક વિગતો:

બેંક નામ

ખાતા નંબર

Account type

IFSC કોડ

સંત્રોહી

વર્તમાન

શાખા

શહેર

ઇલેક્ટ્રોનિક વીમા ખાતાની વિગતો (ઇઆઇએ)

શું તમે ઇચ્છો છો કે આ નીતિનો શ્રેય કોઈ ઇઆઇએને આપવામાં આવે? (ફાપ 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.

ફાપ કરીને પસંદ કરો ઇન્શ્યોરન્સ રિપોઝિટરીનું નામ (તમે સાથે તમારું ખાતું ખોલાવ્યું છે)

મેસર્સ એનએસડીએલ ડેટાબેઝ મેનેજમેન્ટ લિમિટેડ

મેસર્સ સેન્ટ્રલ ઇન્શ્યોરન્સ રિપોઝિટરી લિમિટેડ

મેસર્સ કાર્વા ઇન્શ્યુરન્સ રિપોઝિટરી લિમિટેડ

મેસર્સ CAMS રિપોઝિટરી સર્વિસીસ લિમિટેડ (ફાપ કરીને કોઈ પણ એક પસંદ કરો) અથવા

મારી પાસે હાલનું ઇ-ઇન્શ્યોરન્સ ખાતું નથી અને હું નવું ઇ-ઇન્શ્યોરન્સ એકાઉન્ટ તૈયાર કરવામાં રસ ધરાવું છું (ફાપ કરીને સંબંધિત દસ્તાવેજો સાથે ઇલેક્ટ્રોનિક ઇન્શ્યોરન્સ એકાઉન્ટ ઓપનિંગ ફોર્મ (ઇઆઇએ ફોર્મ) સબમિટ કરો).

રિન્યુઅલ પેમેન્ટ સાઇન-અપ:

તમારી આરોગ્ય વીમા પોલિસીના રિન્યુઅલ પ્રિમિયમની ચૂકવણી દર વર્ષે તમારા વર્તમાન ઓટોમેટેડ ક્લેયરિંગ હાઉસ (એસીએચ) / સ્થાયી સૂચનાઓ (એસઆઈ) કંપની સાથે યાજુ રાખીને કરી શકાય છે. આ વિકલ્પ હેઠળ, તમારી નીતિને તાત્કાલિક નવીકરણ કરી શકાય છે, પરંતુ કંપની દ્વારા જરૂરી હોય તે માહિતી અને દસ્તાવેજો કરણની તમામ વધારાની જરૂરિયાતોને પૂર્ણ કરવાને આધિન છે.

હું એસીએચ/એસઆઈ રિન્યુઅલ વિકલ્પ પસંદ કરવા માંગું છું અને આ રીતે તેનો ઉપયોગ કરીને પોલિસી રિન્યુ ન થાય ત્યાં સુધી પ્રિમિયમ પર 2.5 ટકા ડિસ્કાઉન્ટનો લાભ લેવા માંગું છું.

તિથિ

સ્થાન

દસ્તાવેજ કરનારની સહી

2. વીમા માટે અરજદારોની વિગતો:

અરજદાર ૧	નામ														
	જાતિ	પુરુષ	નારી	અન્ય	ઊંચાઈ		(એચયુએફ)		(ઇચ)	વજન		(કિ.ગ્રા.)			
	મોબાઇલ નંબર					જન્મની તારીખ	D	D	M	M	અને	અને	અને	અને	ભારતીય ન હોય તો કૃપા કરીને ટિક કરો
	પ્રસ્તાવ મૂકનાર સાથે સંબંધ (કૃપા કરીને વિકલ્પ ટિક કરો): સ્વ/જીવનસાથી/પિતા/માતા/સસરા/સાસુ/પુત્ર/પુત્રી/કર્મચારી														
	જા કોઈ રજિસ્ટર્ડ મેડિકલ પ્રેક્ટિશનર*, તો કૃપા કરીને આ જોગવાઈ કરો:	i. તબીબી નોંધણી નંબર													
	ii. કાઉન્સિલ નામ														
	iii. કાર્યસ્થળનું સરનામું														
અરજદાર ૨	નામ														
	જાતિ	પુરુષ	નારી	અન્ય	ઊંચાઈ		(એચયુએફ)		(ઇચ)	વજન		(કિ.ગ્રા.)			
	મોબાઇલ નંબર					જન્મની તારીખ	D	D	M	M	અને	અને	અને	અને	ભારતીય ન હોય તો કૃપા કરીને ટિક કરો
	પ્રસ્તાવ મૂકનાર સાથે સંબંધ (કૃપા કરીને વિકલ્પ ટિક કરો): જીવનસાથી/પિતા/માતા/સસરા/સાસુ/પુત્ર/પુત્રી														
	જા કોઈ રજિસ્ટર્ડ મેડિકલ પ્રેક્ટિશનર*, તો કૃપા કરીને આ જોગવાઈ કરો:	i. તબીબી નોંધણી નંબર													
	ii. કાઉન્સિલ નામ														
	iii. કાર્યસ્થળનું સરનામું														
અરજદાર ૩	નામ														
	જાતિ	પુરુષ	નારી	અન્ય	ઊંચાઈ		(એચયુએફ)		(ઇચ)	વજન		(કિ.ગ્રા.)			
	મોબાઇલ નંબર					જન્મની તારીખ	D	D	M	M	અને	અને	અને	અને	ભારતીય ન હોય તો કૃપા કરીને ટિક કરો
	પ્રસ્તાવ મૂકનાર સાથે સંબંધ (કૃપા કરીને વિકલ્પ ટિક કરો): જીવનસાથી/પિતા/માતા/સસરા/સાસુ/પુત્ર/પુત્રી														
	જા કોઈ રજિસ્ટર્ડ મેડિકલ પ્રેક્ટિશનર*, તો કૃપા કરીને આ જોગવાઈ કરો:	i. તબીબી નોંધણી નંબર													
	ii. કાઉન્સિલ નામ														
	iii. કાર્યસ્થળનું સરનામું														
અરજદાર ૪	નામ														
	જાતિ	પુરુષ	નારી	અન્ય	ઊંચાઈ		(એચયુએફ)		(ઇચ)	વજન		(કિ.ગ્રા.)			
	મોબાઇલ નંબર					જન્મની તારીખ	D	D	M	M	અને	અને	અને	અને	ભારતીય ન હોય તો કૃપા કરીને ટિક કરો
	પ્રસ્તાવ મૂકનાર સાથે સંબંધ (કૃપા કરીને વિકલ્પ ટિક કરો): જીવનસાથી/પિતા/માતા/સસરા/સાસુ/પુત્ર/પુત્રી														
	જા કોઈ રજિસ્ટર્ડ મેડિકલ પ્રેક્ટિશનર*, તો કૃપા કરીને આ જોગવાઈ કરો:	i. તબીબી નોંધણી નંબર													
	ii. કાઉન્સિલ નામ														
	iii. કાર્યસ્થળનું સરનામું														
અરજદાર ૫	નામ														
	જાતિ	પુરુષ	નારી	અન્ય	ઊંચાઈ		(એચયુએફ)		(ઇચ)	વજન		(કિ.ગ્રા.)			
	મોબાઇલ નંબર					જન્મની તારીખ	D	D	M	M	અને	અને	અને	અને	ભારતીય ન હોય તો કૃપા કરીને ટિક કરો
	પ્રસ્તાવ મૂકનાર સાથે સંબંધ (કૃપા કરીને વિકલ્પ ટિક કરો): જીવનસાથી/પિતા/માતા/સસરા/સાસુ/પુત્ર/પુત્રી														
	જા કોઈ રજિસ્ટર્ડ મેડિકલ પ્રેક્ટિશનર*, તો કૃપા કરીને આ જોગવાઈ કરો:	i. તબીબી નોંધણી નંબર													
	ii. કાઉન્સિલ નામ														
	iii. કાર્યસ્થળનું સરનામું														
અરજદાર ૬	નામ														
	જાતિ	પુરુષ	નારી	અન્ય	ઊંચાઈ		(એચયુએફ)		(ઇચ)	વજન		(કિ.ગ્રા.)			
	મોબાઇલ નંબર					જન્મની તારીખ	D	D	M	M	અને	અને	અને	અને	ભારતીય ન હોય તો કૃપા કરીને ટિક કરો
	પ્રસ્તાવ મૂકનાર સાથે સંબંધ (કૃપા કરીને વિકલ્પ ટિક કરો): જીવનસાથી/પિતા/માતા/સસરા/સાસુ/પુત્ર/પુત્રી														
	જા કોઈ રજિસ્ટર્ડ મેડિકલ પ્રેક્ટિશનર*, તો કૃપા કરીને આ જોગવાઈ કરો:	i. તબીબી નોંધણી નંબર													
	ii. કાઉન્સિલ નામ														
	iii. કાર્યસ્થળનું સરનામું														

* પ્રોમિયમ પર 5%ની છૂટ મેળવો. મેડિકલ પ્રેક્ટિશનર એટલે એવી વ્યક્તિ કે જે કોઈ પણ રાજ્ય અથવા મેડિકલ કાઉન્સિલ ઓફ ઇન્ડિયા અથવા કાઉન્સિલ ફોર ઇન્ડિયન મેડિસિન અથવા ભારત સરકાર અથવા રાજ્ય સરકાર દ્વારા સ્થાપિત હોમિયોપેથી માટેની મેડિકલ કાઉન્સિલમાંથી માન્ય નોંધણી ધરાવે છે અને આ રીતે તે તેના અધિકારક્ષેત્રની અંદર ધ્વાની પ્રેક્ટિસ કરવા માટે હકદાર છે; અને તેના લાઇસન્સના અવકાશ અને અધિકારક્ષેત્રમાં રહીને કામ કરી રહ્યો છે. નોંધ: 1. જો અરજદાર 1નો પ્રસ્તાવ મૂકનાર સાથેનો સંબંધ કર્મચારી હોય, તો અન્ય અરજદારોનો સંબંધ અરજદાર 1 સાથે છે. 2. જીવંત તંદુરસ્ત લાભ માટે, લાયક વીમાકૃત વ્યક્તિઓ આ રહેશે: ક. તમામ સભ્યો ફેમિલી ફ્લોટર પોલિસી હેઠળ પુત્ર/પુત્રીની અપેક્ષા રાખે છે બી. વ્યક્તિગત નીતિ હેઠળ ઓછામાં ઓછી 18 વર્ષની વયના કોઈ પણ

3. કવરેજ પસંદગી:

શું તમે પોર્ટેબિલિટી માટે અરજી કરી રહ્યા છો:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
આધાર વિસ્તાર:												
પોલિસી પ્રકાર:	<input type="checkbox"/> વ્યક્તિગત	<input type="checkbox"/> ફેમિલી ફ્લોટર										
વીમાની મૂળભૂત રકમ: (રૂ.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	3	4	5	7.5	10	12.5	15	20	25	50	75	1
	સ્નેર	સ્નેર	સ્નેર	સ્નેર	સ્નેર	સ્નેર	સ્નેર	સ્નેર	સ્નેર	સ્નેર	સ્નેર	સીઆર
પોલિસી ટર્મ:	<input type="checkbox"/> 1 વર્ષ	<input type="checkbox"/> 2 વર્ષ	<input type="checkbox"/> 3 વર્ષ									
વૈકલ્પિક કવરેજ:												
1. હોસ્પિટલમાં રોકડ : દરરોજ રૂ. 1,000 (રૂ. 5 લાખ સુધીની વીમાફત રકમ માટે), દરરોજ રૂ. 2,000 (વીમા રકમ માટે રૂ. 7.5 લાખથી રૂ. 15 લાખ) અને દરરોજ રૂ. 4,000 (રૂ. 15 લાખથી વધુની વીમાફત રકમ માટે)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. સેફ્ટી+	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. સુરક્ષિત	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. સ્માર્ટ હેલ્થ+ (ડિસીઝ મેનેજમેન્ટ) * તમામ અસરગ્રસ્ત સભ્યોએ એક જ વેરિઅન્ટ પસંદ કરવો. ગોલ્ડ અથવા પ્લેટિનમ.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	સોનું	પ્લેટિનમ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5	6						
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. સ્માર્ટ હેલ્થ+ (એક્સ્ટ્રા ડેર) *બેમાંથી કોઈ એકની પસંદગી કરી શકાય છે	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	શ્રેષ્ઠ પરામર્શ	શ્રેષ્ઠ સંભાળ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	શ્રેષ્ઠ સંભાળની વીમા રકમના વિકલ્પો:											
	રૂ. ૫,૦૦૦	રૂ. ૧૦,૦૦૦	રૂ. ૧૫,૦૦૦	રૂ. ૨૦,૦૦૦								
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ફંચા કરીને 'વ્યક્તિગત અકસ્માત કવર' પસંદ કરતા હોય તો ટિક કરો (આ વિકલ્પ ફક્ત 18 વર્ષ કે તેથી વધુ ઉંમરના અરજદારો માટે જ ઉપલબ્ધ છે)	અરજદાર નંબર											
	1	2	3	4	5	6						
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. વાર્ષિક એકંદર કપાતપાત્ર	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	નહી	10,000	20,000	30,000	50,000	1,00,000						
8. સહ-યુકવણી	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	નહી	10%	20%	30%	40%	50%						
9. પહેલેથી અસ્તિત્વ ધરાવતો રોગ રાહ જોવાનો સમય સુધારો	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	પસંદ થયેલ નથી	1 વર્ષ	2 વર્ષ	3 વર્ષ	4 વર્ષ							
10. કક્ષ પ્રકાર સુધારો	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	નહી	પ્રમાણભૂત એક કક્ષ	2 વર્ષ	3 વર્ષ	4 વર્ષ	વહેંચાયેલ કક્ષ						
11. આધુનિક સારવાર+	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	હા	નહી										

4. નામાંકન:

પ્રસ્તાવકનું અવસાન થાય તેવા સંજોગોમાં નીતિ હેઠળ બાકી નીકળતી કોઈ પણ ચુકવણી નીચે નામ ધરાવતા નોમિનીને ચુકવવાપાત્ર બનશે. નોમિની દ્વારા આ પ્રકારની ચુકવણીની પ્રાપ્તિ નીતિ હેઠળ કંપનીની જવાબદારીના ડિસ્ચાર્જની રચના કરશે.

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

નોમિનીની બેંક વિગતો: વાસ્તુ નામ:

બેંક નામ Account type

ખાતા નંબર IFSC કોડ

5. તબીબી, આદતી અને ભૂતકાળની દરખાસ્તની માહિતી

અગત્યની બાબત: કૃપા કરીને એ બાબતની ખાતરી કરો કે આ વિભાગમાંના તમામ પ્રશ્નોના જવાબ સાચા અર્થમાં અને સંપૂર્ણપણે આપવામાં આવ્યા હોય, કારણ કે તેમને અહીં જે માહિતી પ્રદાન કરો છો તે નિવા બુપા દ્વારા અન્ડરરાઇટિંગનો આધાર બનશે. કૃપા કરીને નોંધ લેશો કે કોઈ પણ અપૂર્ણ, ખોટી, આંશિક રીતે સાચી માહિતી તમારા તબીબી દાવા 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												
1												
2												
3												
4												
5												
6												
i. સામાન્ય શરદી, ફ્લુ, ચેપ, નાની છાજ અથવા અન્ય નાની બિમારીઓ સિવાય; શું અરજદારને ક્યારેય કોઈ પણ રોગનું નિદાન થયું છે અને/અથવા 5 દિવસથી વધુ સમય માટે હોસ્પિટલમાં દાખલ કરવામાં આવ્યા છે અને / અથવા કોઈ પણ સર્જિકલ પ્રક્રિયાઓમાંથી પસાર થવાની સલાહ આપવામાં આવી છે અને / અથવા કોઈ દવા લીધી છે / 14 દિવસથી વધુ સમયથી કોઈ વક્ષણો ધરાવતા હતા? ઔષધોપચારમાં ઇન્હેબિટર્સ, ઇન્જેક્શન, ઓરલ ક્રુસ અને શરીરના ભાગો પર બાહ્ય તબીબી ઉપયોગોનો સમાવેશ થાય છે પરંતુ તે પૂરતું મર્યાદિત નથી.												
ii. શું અરજદારને ક્યારેય થાઇરોઇડ પ્રોફાઇલ, લિપિડ પ્રોફાઇલ, ટ્રેડમિલ ટેસ્ટ, એન્જીયોગ્રાફી, ઇકોકાર્ડિયોગ્રાફી, એન્ડોસ્કોપી, અલ્ટ્રાસાઉન્ડ, સીટી સ્કેન, એમઆરઆઇ, બાયોપ્સી અને એફએનએસી સંબંધિત કોઈ નિદાન પરીક્ષણો અથવા તપાસના પ્રતિકૂળ તારણો મળ્યા છે?												
iii. અરજદારને ડાયાબિટીસ કે પ્રી-ડાયાબિટીસ છે કે પછી તેને ક્યારેય હાઇ બ્લડ સુગર થયું છે?												
iv. શું અરજદારને હાયપરટેન્શન અથવા હાઇ બ્લડ પ્રેશર છે?												
v. શું અરજદારને ક્યારેય કોઈ આનુવંશિક / વારસાગત વિકાર અથવા એચ.આઇ.વી./એઇડ્સ માટે નિદાન અથવા સારવાર આપવામાં આવી છે?												
vi. શું અરજદારને ક્યારેય કોઈ માનસિક / માનસિક વિકારનું નિદાન અથવા સારવાર આપવામાં આવી છે?												
vii. શું અરજદારના જીવન પર જીવન, આરોગ્ય, હોસ્પિટલના દૈનિક રોકડ અથવા ગંભીર બીમારીના વીમા માટેની કોઈ દરખાસ્તને ક્યારેય નામંજૂર કરવામાં આવી છે, મુલતવી રાખવામાં આવી છે, લોડ કરવામાં આવી છે અથવા કોઈ પણ વીમા કંપની દ્વારા બાકાત રાખવા જેવી કોઈ ખાસ શરતોને આધિન કરવામાં આવી છે?												

વિભાગ બી: (જો અરજદાર ધૂમ્રપાન કરે છે અથવા તમાકુ / ગુટખા / પાન મસાલા અથવા આલ્કોહોલનું સેવન કરે છે તો જ કૃપા કરીને આ વિભાગ ભરો)	i. યાવતી શકાય તેવી તમાકુ/ગુટખા/પાન મસાલા. જા હા, તો કૃપા કરીને દરરોજના પાઉચની સંખ્યા જણાવો		ii. આલ્કોહોલ. જા હા, તો કૃપા કરીને દર અઠવાડિયે એમએલબી સંખ્યા સ્પષ્ટ કરો		iii. સિગારેટ/બીડી/સિગાર. જા હા, તો કૃપા કરીને દરરોજના વપરાશનો ઉલ્લેખ કરો		
	1-10	> ૧૦	<= 450	> ૪૫૦	દૈનિક પીનાર	1-10	> ૧૦
અરજદાર ૧							
અરજદાર ૨							
અરજદાર ૩							
અરજદાર ૪							
અરજદાર ૫							
અરજદાર ૬							

વિભાગ C: ઉપરોક્ત વિભાગમાં હા (વાચ્ય) ચિહ્નિત કરેલા પ્રશ્નો માટે, કૃપા કરીને નીચેની માહિતી સ્પષ્ટ કરો:										
અરજદાર નંબર	વક્ષણો(ઓ) અથવા તપાસ(ઓ) અથવા નિદાન અથવા પ્રક્રિયા / શસ્ત્રક્રિયાની વિગતો				સ્થિતિની સમયગાળો	દવા(ઓ)	ડોઝેજ	વર્તમાન સ્થિતિ (દા.ત. સંપૂર્ણ/આંશિક પુનઃપ્રાપ્તિ અથવા યાલુ સારવાર)	ડોક્ટરના નામ અને સંપર્કની વિગતોની સારવાર કરી રહ્યા છીએ	જોડાયેલ દસ્તાવેજો (હા/ના)
	જો ડાયા- HbA1c સ્તરને બેટ કરે	જા હાઇ બ્લડપ્રેશર બીપી લેવ		કોઇપણ અન્ય વિગતો						
	સિસ્ટોલિક	ડાયસ્ટોલિક								

6. ઇલેક્ટ્રોનિક પોલિસીની પરિપૂર્ણતા અને સેવા સંચાર માટે અધિકૃતતા

શું તમે પર્યાવરણનું રક્ષણ કરવા ઇચ્છો છો અને એલિવેકશન 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

7. ધોષણા (દરખાસ્ત પત્ર પર હસ્તાક્ષર કરતા પહેલાં ફૂપા કરીને કાળજીપૂર્વક વાંચો અને દરેકની સામે એક ચેક માર્ક મૂકો)

- આહીં મારા વતી અને વીમાની દરખાસ્ત કરાવેલી તમામ વ્યક્તિઓ વતી જાહેર કરે છે 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 યાજ્ઞેબ 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 પહેલાં, પરંતુ વીમાફત/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

8. વર્નાક્યુલર ધોષણા

(પ્રસ્તુતકર્તાએ સ્થાનિક ભાષામાં હસ્તાક્ષર કર્યા હોય તેવા કિસ્સામાં પ્રમાણપત્ર (કંપનીના એજન્ટ/કર્મચારી સિવાય અન્ય કોઈ વ્યક્તિ દ્વારા સાક્ષી બનવાનું રહેશે). 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 વ્યક્તિના
હસ્તાક્ષર:

પ્રમાણિત કરનાર વ્યક્તિનો મોબાઇલ નંબર:

સાક્ષીનું નામ

સાક્ષીની
સહી

સાક્ષીનો મોબાઇલ નંબર:

દરખાસ્ત કરનારની
સહી

9. 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 કરારના મહત્વને સંપૂર્ણપણે સમજી ગયો છું. પ્રપોઝલ ફોર્મ મારી સૂચના હેઠળ _____ દ્વારા ભરવામાં આવે છે અને મને તે સાચું અને પૂર્ણ હોવાનું જણાયું છે.

દરખાસ્ત કરનારની સહી

પ્રોડક્ટનું નામ: રિએશ્યોર | પ્રોડક્ટ યુઆઇએન: NBHHLIP25037V032425

એડ-ઓન નામ: સ્માર્ટ હેલ્થ+ | એડ-ઓન યુઆઇએન: NBHHLIA22164V012122; એડ-ઓન નામ: સેવલ્સ, એડ-ઓન યુઆઇએન: NBHHLIA24070V012324

આ જગ્યા જાણી જોઈને ખાલી છોડી દેવામાં આવી છે.

10. 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

બેંક નામ/શાખા નિવા બુધા શાખાનું સ્થાન

કોડ નં. આના દ્વારા સ્ત્રોત કરાયેલ વ્યાપાર: સલાહકાર/ડીએસટી/કોર્પોરેટ એજન્ટ/અન્ય ચેનલ્સ

કોડ નં.

નામ

આના પર પ્રાપ્ત થયેલી દરખાસ્ત: ગ્રાહક આઈડી:

શું પ્રસ્તાવક છે કે અરજદાર સ્ટાફ છે? હા ના

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

શાખા કોડ SP કોડ RM/LG કોડ

ગ્રાહકનો એકાઉન્ટ નંબર

12. વીમા સલાહકારની અહેવાલ (માત્ર ઓફિસના ઉપયોગ માટે)

હું, મારી હેસિયતથી, કોર્પોરેટ એજન્ટના નિર્દેષ વ્યક્તિ/બ્રોકર/રિવેન્યુ અધિકારી તરીકે મારી હેસિયતથી જાહેર કરું છું કે મેં આ પ્રપોઝલ ડોર્મની તમામ વિષયવસ્તુ સમજાવી છે, જેમાં આ પ્રપોઝલ ડોર્મમાં સમાવિષ્ટ પ્રશ્નોના પ્રકારની સમાવેશ થાય છે, જેમાં આ પ્રપોઝલ ડોર્મમાં સામેલ હોય તેવા નિવેદનો(ઓ), માહિતી અને જવાબો(ઓ) દ્વારા આ પ્રપોઝલ ડોર્મમાં રજૂ કરવામાં આવેલા નિવેદનો(ઓ), માહિતી અને જવાબો(ઓ) નો સમાવેશ થાય છે, જેમાં અહીં સમાવિષ્ટ પ્રશ્નો અથવા અહીં માંગવામાં આવેલી કોઈ પણ વિગતોનો આધાર બનશે. કંપની અને પ્રસ્તાવક વચ્ચેના વીમાના કરારની, જો આ દરખાસ્તને કંપની દ્વારા પોલિસી જારી કરવા માટે સ્વીકારવામાં આવે તો.

મેં વધુમાં સમજાવ્યું છે કે જો કોઈ પણ અસત્ય નિવેદન(ઓ) / માહિતી / પ્રતિસાદ(ઓ) આ દરખાસ્તના ડોર્મમાં સમાવિષ્ટ હોય / હોય / પરિશિષ્ટ(ઓ), સોગંદનામા, નિવેદનો, રજૂઆતો, રજૂ કરવા / રજૂ કરવા માટે અને વધુ જો કોઈ ભૌતિક હકીકત જાહેર ન કરવામાં આવી હોય, તો આ દરખાસ્ત અનુસાર તેની / તેણીની તરફથી જારી કરવામાં આવેલી નીતિને કંપની દ્વારા રદબાતલ અને રદબાતલ ગણવામાં આવી શકે છે અને નીતિ હેઠળ ચુકવવામાં આવતા તમામ પ્રિમિયમને કંપની દ્વારા જામ કરી શકાય છે.

તિથિ વીમા સલાહકારની સહી

13. વૈધાનિક ચેતવણી

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

- કોઈ પણ વ્યક્તિ, ભારતમાં જન્મભવે બચતા કોઈ પણ પ્રકારના જોખમ, ચુકવવાવાળા 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 પ્રવોલન 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 છૂટની સ્વીકાર કરી શકે નહિ, સિવાય કે વીમાકંપનીના પ્રકાશિત પ્રોસ્પેક્ટસ અથવા કોઈકે 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.

14. 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

15. દાવાઓના રિક્લેમ અને ચુકવણી માટેની વિગતો

ચુકવણી પ્રાપ્ત કરવાનો વિકલ્પ:

બેંક ટ્રાન્સફર

વાર્ષિક નામ

બેંક નામ

ખાતા નંબર

Account type

IFSC કોડ

કંપની દ્વારા સ્વીકૃતિ

એવિડેન્સ 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 ચુકવણી, 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 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 ચુકવણી પરત કરીશું.

મેળવનાર અને ઓફિસ સીલનું નામ અને સહી

નિવા બુપા હેલ્થ ઇન્શ્યોરન્સ કંપની લિમિટેડ; રજિસ્ટર્ડ ઓફિસ:- સી-98, ફર્સ્ટ ફ્લોર, લાજપત નગર, પાર્ટ 1, નવી દિલ્હી-110024 ડિસ્ક્રેમર:
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 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 પૂર્વક કરતા પહેલા વેચાણ પુસ્તિકાને કાળજીપૂર્વક વાંચો.

પ્રેડેક્ટ નામ: રિએશ્યોર | પ્રોડક્ટ યુઆઇએન: NBHHLIP25037V032425

એડ-ઓન નામ: સ્માર્ટ હેલ્થ+ | એડ-ઓન યુઆઇએન: NBHHUA22164V012122; એડ-ઓન નામ: સેવાલસ, એડ-ઓન યુઆઇએન: NBHHUA24070V012324