

સરલ સુરક્ષા વીમા, નિવા બુપા હેલ્થ

ઈન્શ્યોરન્સ કંપની લિમિટેડ - પ્રપોઝલ ફોર્મ

વીમા કરાર એ કાનૂની કરાર પણ છે અને તે ટ્રસ્ટ અને અમે તમારા પર વિશ્વાસ કરીએ છીએ તેના

પર આધારિત છે. અમે સમજીએ છીએ કે તમારા સ્વાસ્થ્ય અંગેની માહિતી કેટલી સુસંગત છે અને તે તમારી નીતિ પર તેની અસર કરે છે તે તમે કદાચ જાણતા નથી. આથી એ ખૂબ જ મહત્ત્વનું છે કે તમે આરોગ્યની તમામ માહિતી જાહેર કરો અને તે કેટલી સુસંગત છે તેનો નિર્ણય અમે

કરીશું (અમે તેને 'ઐતિહાસિક' કહીએ છીએ). અમે તમારી પોલિસી રદ કરીશું, કોઈ દાવાની ચૂકવણી કરીશું નહીં, ચૂકવેલ કોઈ પ્રીમિયમને પરત કરીશું નહીં અને વીમાનો પ્રસ્તાવ મૂકવામાં આવેલા તમામ સભ્યો વિશે સાચી અને સંપૂર્ણ માહિતી પૂરી પાડવામાં ન આવે તો, અગાઉ ચૂકવેલ વાબોની વસૂલાત સહિત તમારી સામે તમામ શક્ય કાનૂની પગલાં લેવાનો અધિકાર ધરાવીએ છીએ.

નિયમનો આદેશ આપે છે કે કવરેજ ફક્ત ત્યારે જ શરૂ થઈ શકે છે જ્યારે અમે સંપૂર્ણ પ્રીમિયમ પ્રાપ્ત કરીએ અને જોખમને સ્પષ્ટપણે સ્વીકાર્યું હોય.

1-પ્રસ્તાવક વિગતો:

નામ	F R S T N A M અને		M D D L અને		N A M અને		L A S T N A M અને	
જાતિ	<input type="checkbox"/> પુરુષ	<input type="checkbox"/> નારી	<input type="checkbox"/> ત્રીજી જાતિ	જન્મની તારીખ	D D M M અને અને અને અને			
સરનામું								
વેન્ડ માર્ક							શહેર	
જીલ્લો							રાજ્ય	
Pin-code			ઈ-મેઈલ ડ					
મોબાઈલ			ખાતા નંબર					
પાન નં.			રાષ્ટ્રીયતા					
વ્યવસાય:	<input type="checkbox"/> પગારદાર	<input type="checkbox"/> સ્વ-રોજગાર	<input type="checkbox"/> વિદ્યાર્થી	<input type="checkbox"/> ગૃહિણી	<input type="checkbox"/> અન્ય, કૃપા કરીને સ્પષ્ટ કરો _____			
વાર્ષિક આવક (રૂ)			CKYC નંબર (વૈકલ્પિક):					

શું તમને પોલિસી કિટની ફિક્સેડ કોપી જોઈએ છે હા ના

હું બાળકો માટે ગ્રહણ કરવા માટે મારાથી બનતું બધું કરીશ. હું લીવોતરી થઈ જઈશ. મને ફક્ત સોફ્ટ કોપી મોકલો. કૃપા કરીને સખત રીતે કોઈ કાગળ નહીં

હું ઇચ્છું છું કે આ નીતિનો શ્રેય ઇઆઈએને આપવામાં આવે.

હાલના ઇ-વીમા ખાતા નં. _____ ઇન્શ્યોરન્સ રિપોઝિટરીનું નામ (તમે સાથે તમારું ખાતું ખોલાવ્યું છે)

1. મેસર્સ એનએસડીએલ ડેટાબેઝ મેનેજમેન્ટ લિમિટેડ

2. મેસર્સ સેન્ટ્રલ ઇન્શ્યોરન્સ રિપોઝિટરી લિમિટેડ

3. મેસર્સ કાર્વી ઇન્શ્યોરન્સ રિપોઝિટરી લિમિટેડ

4. મેસર્સ CAMS રિપોઝિટરી સર્વિસીસ લિમિટેડ (કૃપા કરીને કોઈ પણ એક પસંદ કરો) અથવા

જો તમે ઇચ્છતા હો કે અમે તમારા માટે ઇઆઈએને ખાતું ખોલવામાં મદદ કરીએ, તો કૃપા કરીને વિભાગ 9, એનઇએફટી અને બેંક વિગતો અથવા વિગતો ભરો

હું ઇઆઈએને ધરાવતો નથી અને ખોલવા માગતો નથી

હું નિવા બુપા હેલ્થ ઇન્શ્યોરન્સ અથવા તેના કોઈ પણ એજન્ટ અને/અથવા ત્રાહિત પક્ષ(ઓ) / સહયોગીઓને એસએમએસ / ઇમેઈલ / ફોન / વોટ્સએપ / ટેક્સ્ટબુક અથવા મારા 'ડીએનડી' રજિસ્ટ્રેશન પર મારા 'ડીએનડી' નોંધણી પર ઓવર-રાઈડિંગ પર અન્ય કોઈ પણ મોડેલ દ્વારા મારો સંપર્ક કરવા માટે મારો સંપર્ક કરવા માટે અધિકૃત કરું જેથી આવકારદાયક કોલ્સ / એસએમએસ, પોલિસી સંબંધિત માહિતી અથવા અન્ય કોઈ પણ વ્યવસાયિક સંદેશાવ્યવહાર કરી શકાય.

શું તમે અથવા કોઈ પણ સૂચિત અરજદારો રાજકીય રીતે ખુલ્લી વ્યક્તિ છો (પી.ઈ.પી.)

હા ના

#PEEP એવી વ્યક્તિ છે જેને અગ્રણી જાહેર કાર્યો એટલે કે કેન્દ્ર કે રાજ્ય સરકારના વડાઓ/મંત્રીઓ, વરિષ્ઠ રાજકારણીઓ, વરિષ્ઠ સરકારી, ન્યાયિક કે

લશ્કરી અધિકારીઓ, સરકારી કંપનીઓના વરિષ્ઠ અધિકારીઓ, પક્ષના મહત્ત્વના અધિકારીઓ છે અથવા તેમને સોંપવામાં આવ્યા છે. (જો તમે

પીઇપી સામે ટિક કર્યું હોય, તો કૃપા કરીને અવગ પીઇપી પ્રશ્નાવલિ

2- અરજદારોની વિગતો અને પ્લાન સિલેક્શન:

અરજદાર નંબર	નામ	લિંગ (પુરુષ/સ્ત્રી/અન્ય)	હોયાઈ (ફોટ અને ઈન્ક.)	વજન (કિ.ગ્રા.)	જન્મતારીખ (dd/mm/yyyy)	મોબાઈલ નંબર	પ્રસ્તાવક સાથેનો સંબંધ	વીમાની રકમ વ્યક્તિગત
1.								
2.								
3.								
4.								
5.								
6.								

3- COVERAGE પસંદગી:

આધાર વિસ્તાર:		
પોલિસી પ્રકાર:	<input type="checkbox"/> વ્યક્તિગત	
આવરી વેવાના જીવનની સંખ્યા:	Adults _____	બાળકો _____
મૃત્યુ (વીમાની મૂળભૂત રકમ)		
કાયમી કુલ વિકલાંગતા (પીટીડી)	વીમાની મૂળભૂત રકમ સુધી	
કાયમી આંશિક વિકલાંગતા (PPD)	વીમાની મૂળભૂત રકમ સુધી	
પોલિસી ટર્મ:	<input type="checkbox"/> ૧ વર્ષ	
વૈકલ્પિક કવરેજ:		
કામચલાઉ કુલ વિકલાંગતા (TTD)	<input type="checkbox"/> હા	<input type="checkbox"/> ના
અકસ્માતને કારણે હોસ્પિટલાઇઝેશન ખર્ચ	<input type="checkbox"/> હા	<input type="checkbox"/> ના
એજ્યુકેશન ગ્રાન્ટ	<input type="checkbox"/> હા	<input type="checkbox"/> ના

4- નામાંકન:

પ્રસ્તાવકર્તા મૃત્યુ થાય તો ક્લેઇમની ચૂકવણી નોમિનીને કરવામાં આવશે. અન્ય વીમાકૃત વ્યક્તિઓ માટે, પ્રસ્તાવક નોમિની છે. નોમિનીને ચૂકવણી એ કંપનીની સંપૂર્ણ જવાબદારીના ડિસ્ચાર્જની રચના કરે છે.

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, આદતો અને ભૂતકાળની દરખાસ્તની માહિતી:

વીમાનો વીમો વેવાની દરખાસ્ત કરાયેલી કોઈ પણ વ્યક્તિના સંબંધમાં:	સભ્ય ૧	સભ્ય ૨	સભ્ય ૩	સભ્ય ૪	સભ્ય ૫	સભ્ય ૬
શું તમારી તંદુરસ્તી સારી છે અને/અથવા જન્મથી કે જન્મ પછી કોઈ માનસિક/શારીરિક ક્ષતિ અને/અથવા વિફલિત અને/અથવા વિકલાંગતાથી પીડાતા નથી?	<input type="checkbox"/> હા <input type="checkbox"/> ના	<input type="checkbox"/> હા <input type="checkbox"/> ના	<input type="checkbox"/> હા <input type="checkbox"/> ના	<input type="checkbox"/> હા <input type="checkbox"/> ના	<input type="checkbox"/> હા <input type="checkbox"/> ના	<input type="checkbox"/> હા <input type="checkbox"/> ના

6- ઘોષણા:

આજી 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 ચૂકવણી પછી જ અમલમાં આવશે.

હું વ્યુમાં 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 વેખિતમાં 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 હાજર રહી હોય અથવા વીમાધારક/ દરખાસ્ત કરનાર 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. 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.

જો પ્રસ્તાવકર્તાએ સ્થાનિક ભાષામાં હસ્તાક્ષર કર્યા હોય: આ પત્રકની સામગ્રી મારા દ્વારા સમજાવવામાં આવી છે, _____ પ્રમાણિત કરનાર વ્યક્તિનું નામ

ભાષામાં _____, _____ ઠંડે પ્રસ્તાવકની હાજરીમાં, જેણે તેને સમજી લીધું છે અને પુષ્ટિ આપી છે.

વિટનેસમસ્ટ કંપનીના એજન્ટ/કર્મચારી સિવાય અન્ય કોઈ વ્યક્તિ હોય છે.

Dated _____ સ્થાન _____ Proposer _____ સહી

પ્રમાણિત Person _____ સહી _____ પ્રમાણિત કરનાર વ્યક્તિનો મોબાઇલ નંબર

Witness _____ સહી _____ સાક્ષીનો મોબાઇલ નંબર _____

14- દાવાઓના રિફંડ અને ચુકવણી માટેની વિગતો

ચુકવણી પ્રાપ્ત કરવાનો વિકલ્પ:

બેંક ટ્રાન્સફર

વાણિજ્યીય નામ: _____

બેંક નામ: _____

IFSC: _____

ખાતા નંબર: _____

ખાતાનો પ્રકાર: _____

15- કંપની દ્વારા સ્વીકૃતિ:

એલિકેશન નં. _____

તિથિ __/__/__

ચેક/ડિમાન્ડ ડ્રાફ્ટ/Others _____ of રૂ

તારીખ _____

પર દોરાયેલ

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 ઓફિસના seal _____ નામ અને સહી

નિવા બુપા હેલ્થ ઇન્શ્યોરન્સ કંપની લિમિટેડ; રજિસ્ટર્ડ ઓફિસ:- સી-98, ફર્સ્ટ ફ્લોર, લાજપત 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 'હાઈબ્રીટ' લોગો તેમના સંબંધિત માલિકોના નોંધાયેલા ટ્રેડમાર્ક્સ છે અને તેનો ઉપયોગ નિવા બુપા હેલ્થ ઇન્શ્યોરન્સ કંપની લિમિટેડ દ્વારા લેવામાં આવેલ છે. ગ્રાહક હેલ્પલાઇન: 1860-500-8888. વેબસાઇટ: www.nivabupa.com. સીઆઇએન: U66000DL2008PLC182918. નિયમો અને શરતો, બાકાત રાખવા, જોખમી પરિબલો, પ્રતીક્ષાના સમયગાળા અને વાલો વિશે વધુ માહિતી માટે, કૃપા કરીને વેબસાઇટ પર પહોંચવા વેબસાઇટ પુસ્તિકાને કાળજીપૂર્વક વાંચો.