



								મેડિકલ રજિસ્ટ્રેશન નંબર, કાઉન્સિલનું નામ અને કાર્યસ્થળનું સરનામું પૂરું પાડ
1		(M / F / અન્ય)	(dd/mm/yy yy yy					

આધાર વિસ્તાર:	
પોલિસી પ્રકાર#:	વ્યક્તિગત
આવરી લેવાના જીવનની સંખ્યા:	1
વીમાની મૂળભૂત રકમ:	
પોલિસી ટર્મ:	3 વર્ષો

### 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	ભૂતકાળની નીતિઓમાં ઘાવાઓ	વર્તમાન નો ક્લેઈમ બોનસ	વીમાની રકમ - વર્ષ 1 (સૌથી)	વીમાની રકમ - વર્ષ 2	વીમાની રકમ - વર્ષ 3	વીમાકૃત રકમ - વર્ષ 4 (પોલિસીની સમાપ્તિ)

### 4. નામાંકન

પ્રસ્તાવકનું મૃત્યુ થાય તો ક્લેઈમની 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	સરનામું, મોબાઇલ નં. અને નોમિનીનું ઇમેઇલ આઇડી	હોદ્દાદારનું નામ (જો નોમિનીની ઉંમર 18 વર્ષથી ઓછી હોય તો)

બેંક નોમિનીની વિગતો:

વાર્ષીનું નામ: \_\_\_\_\_  
 બેંકનું નામ: \_\_\_\_\_ IFSC કોડ: \_\_\_\_\_  
 ખાતા નંબર: \_\_\_\_\_  
 ખાતાનો પ્રકાર: \_\_\_\_\_

### 5. તબીબી, આદતો 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 તમે 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 A		1	
કૃપા કરીને દરેક અરજદાર માટે નીચેના પ્રશ્નોના જવાબ આપો. કૃપા કરીને 'હા' (Y) અથવા 'ના' (N) પર વર્તુળ બનાવો.			
i. સામાન્ય શરદી, ફ્લૂ, ચેપ, નાની ઇજા 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 લક્ષણો ધરાવતા હતા? ઔષધોપચારમાં ઇન્હેલર્સ, ઇન્જેક્શન, ઓરલ ડ્રગ્સ અને શરીરના ભાગો પર બાહ્ય તબીબી ઉપયોગોનો સમાવેશ થાય છે પરંતુ તે પૂરતું મર્યાદિત નથી.	હા	N	
2. શું અરજદારે ક્યારેય થાઇરોઇડ પ્રોફાઇલ, બિપિડ પ્રોફાઇલ, ટ્રેડમિલ ટેસ્ટ, એન્જિયોગ્રાફી, ઇકોકાર્ડિયોગ્રાફી, એન્ડોસ્કોપી, અલ્ટ્રાસાઉન્ડ, સીટી સ્કેન, એમઆરઆઇ, બાયોપ્સી અને એફએનએસી સાથે સંબંધિત કોઈ નિદાન પરીક્ષણો અથવા તપાસમાં પ્રતિકૂળ તારણો મેળવ્યા છે?	હા	N	
iii. શું અરજદારને ડાયાબિટીસ અથવા પ્રી-ડાયાબિટીસ છે અથવા તેને ક્યારેય હાઇ બ્લડ સુગર થયું છે?	હા	N	
iv. શું અરજદારને હાયપરટેન્શન અથવા હાઇ બ્લડ પ્રેશર છે?	હા	N	
v. શું અરજદારને ક્યારેય કોઈ આનુવંશિક / વારસાગત વિકાર અથવા એચ.આય.વી /એઇડ્સ માટે નિદાન અથવા સારવાર આપવામાં આવી છે?	હા	N	
vi. શું અરજદારને ક્યારેય કોઈ માનસિક / માનસિક વિકાર માટે નિદાન અથવા સારવાર આપવામાં આવી છે?	હા	N	
vii. શું અરજદારને ક્યારેય કોઈ ગાયનેકોલોજિકલ રોગ હોવાનું નિદાન થયું છે કે જેના માટે કોઈ હસ્તક્ષેપ, હોર્મોનલ રિપ્લેસમેન્ટ થેરાપી અથવા 5 દિવસથી વધુની દવા સૂચવવામાં આવી છે?	હા	N	
viii. જો અરજદાર ક્યારેય ગર્ભવતી રહી હોય તો શું ગર્ભાવસ્થામાં કોઈ ગૂંચવણ ઊભી થઈ છે?	હા	N	
ix. શું અરજદારને ક્યારેય કોઈ અસામાન્ય યોનિમાર્ગમાંથી રક્તસ્રાવ થયો છે અથવા માસિક સ્રાવમાં અનિયમિતતા થઈ છે?	હા	N	

વિભાગ બી: ઉપરોક્ત વિભાગમાં હા (વાય) ચિહ્નિત કરેલા પ્રશ્નો માટે, કૃપા કરીને નીચેની માહિતી સ્પષ્ટ કરો:										
અરજદાર નંબર	લક્ષણો(ઓ) અથવા તપાસ(ઓ) અથવા નિદાન અથવા પ્રક્રિયા / શસ્ત્રક્રિયાની વિગતો				મસાલા પર ડુરાટી	મેડિકેશન(ઓ)	ડોસ ઉંમર	વર્તમાન સ્થિતિ (દા.ત. સંપૂર્ણ/આંશિક પુનઃપ્રાપ્તિ અથવા ચાલુ સારવાર)	ડોક્ટરના નામ અને સંપર્કની વિગતોની સારવાર કરી રહ્યા છીએ	ડોક્યુમેન્ટેશન એન્ટીએસ જોડાયેલ છે (હા / ના)
	જા ડાયાબિટીસ HbA1c સ્તર	જા હાઇ બ્લડપ્રેશર બીપી લેવલ સિસ્ટોલિક/ડાયસ્ટોલિક	કોઇપણ અન્ય વિગતો	શરૂઆત તારીખ (DD/MM/YYYY)						

### 6. ઘોષણા (કૃપા કરીને કાળજીપૂર્વક વાંચો અને પ્રપોઝલ ફોર્મ પર હસ્તાક્ષર કરતા પહેલા દરેકની સામે એક ચેક માર્ક મૂકો)

પ્રોડક્ટનું નામ: સુરોગાર્ડ | પ્રોડક્ટ યુઆઇએન: NBHHLIP24081V012324

આ સાથે હું મારા વતી અને વીમાની દરખાસ્ત કરાયેલી તમામ વ્યક્તિઓ વતી જાહેર કરું છું કે ઉપરોક્ત નિવેદનો, જવાબો અને/અથવા મેં આપેલી વિગતો મારી શ્રેષ્ઠ જાણકારી મુજબ બધી જ બાબતોમાં સાચી અને સંપૂર્ણ છે અને આ અન્ય વ્યક્તિઓ વતી દરખાસ્ત કરવાની મને સત્તા છે.

1. સમજીએ છીએ કે મારા દ્વારા પૂરી પાડવામાં આવેલી માહિતી વીમા પોલિસીનો આધાર બનશે, તે વીમાકંપનીની બોર્ડ દ્વારા માન્ય અન્ડરરાઇટિંગ પોલિસીને આધિન છે અને તે પોલિસી યાજ્ઞબલ પ્રીમિયમની સંપૂર્ણ ચુકવણી પછી જ અમલમાં આવશે.

2. વધુમાં જાહેર કરું છું કે, હું દરખાસ્ત રજૂ કર્યા પછી પરંતુ કંપની દ્વારા જોખમની સ્વીકૃતિની જાણ કરતા પહેલા, પરંતુ વીમાધારક/પ્રસ્તાવક બનવાના જીવનના વ્યવસાય અથવા સામાન્ય આરોગ્યમાં થતા કોઈ પણ ફેરફારની લેખિતમાં જાણ કરીશ.

3. જાહેર કરું છું કે હું કોઈ પણ ડોક્ટર અથવા હોસ્પિટલ પાસેથી તબીબી માહિતી માંગતી કંપનીને સંમતિ આપું છું, જે/જેણે કોઈ પણ સમયે વીમો લેનાર/પ્રસ્તાવક તરીકેની વ્યક્તિ પર હાજરી આપી 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 માગવાની સંમતિ આપું છું. દરખાસ્ત અને/અથવા દાવાની પતાવટને અન્ડરરાઇટ કરવાના હેતુ માટે.

4. કંપનીને મારી દરખાસ્ત સાથે સંબંધિત માહિતીનું આદાન-પ્રદાન કરવા માટે અધિકૃત કરું છું, જેમાં વીમાધારક/દરખાસ્તકારના તબીબી રેકોર્ડ્સનો પણ સમાવેશ થાય છે, જેનો એકમાત્ર હેતુ દરખાસ્ત અને/અથવા દાવાની પતાવટનો અને કોઈ પણ સરકારી અને/અથવા નિયમનકારી સત્તામંડળ સાથે સમાવેશ થાય છે. હું/અમે અમારા એમ્પ્લોય પ્રોવાઇડર સાથે સેવા વિતરણના એકમાત્ર હેતુ માટે વીમાધારક/પ્રસ્તાવકના તબીબી રેકોર્ડ્સ સહિત મારી/અમારી દરખાસ્ત સાથે સંબંધિત માહિતી શેર કરવા કંપનીને અધિકૃત કરીએ છીએ.

## 7. વર્નાક્યુલર ઘોષણા

if પ્રસ્તાવકે સ્થાનિક ભાષામાં હસ્તાક્ષર કર્યા છે: આ ફોર્મની સામગ્રી મારા દ્વારા સમજાવવામાં આવી છે, Name Language પ્રમાણિત કરનાર વ્યક્તિની હાજરીમાં, witness Name હાજરીમાં, જેણે તે સમજી લીધું છે અને તેની પુષ્ટિ કરી છે. સાક્ષી કંપનીના એજન્ટ/કર્મચારી સિવાય અન્ય કોઈ વ્યક્તિ હોવી જોઈએ.

તારીખ \_/\_/ Proposer \_\_\_\_\_ Place \_\_\_\_\_

પ્રમાણિત વ્યક્તિ \_\_\_\_\_ પ્રમાણિત કરનાર વ્યક્તિના પ્રમાણિત Person \_\_\_\_\_ મોબાઇલ નંબર પર હસ્તાક્ષર

સાક્ષીના Witness \_\_\_\_\_ મોબાઇલ નંબર પર હસ્તાક્ષર \_\_\_\_\_

## 8. ઘોષણા જો ફોર્મ ન ભરાયું હોય તો પ્રસ્તાવક દ્વારા & સલાહકાર ઘોષણા

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 સૂચિતાર્થોને સંપૂર્ણપણે સમજી ગયો છું. પ્રપોઝલ ફોર્મ Name દ્વારા ભરવામાં આવે છે, Mobile no મારી સૂચના હેઠળ અને મને લાગે છે કે બધી માહિતી સાચી અને સંપૂર્ણ છે.

દરખાસ્ત કરનારની સહી \_\_\_\_\_

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

વીમા Advisor \_\_\_\_\_ વચેટિયા કોડની સહી: \_\_\_\_\_

## 9. પ્રિમિયમની વિગતો (માત્ર ઓફિસના ઉપયોગ માટે)

પ્રીમિયમ ચુકવણી વિકલ્પ ચેક ડિમાન્ડ ડ્રાફ્ટ કેડિટ કાર્ડ/ડેબિટ કાર્ડ નેટ બેંકિંગ રોકડ બીજાંઓ

પ્રીમિયમ amount \_\_\_\_\_

ચૂકવેલ પ્રીમિયમ by \_\_\_\_\_ proposer \_\_\_\_\_ સાથેના સંબંધ

ઓનલાઇન ચુકવણી વ્યવહાર આઇડી: \_\_\_\_\_ તારીખ: \_/\_/ બેંકનું નામ / શાખા \_\_\_\_\_

નિવા બુપા શાખાનું સ્થાન \_\_\_\_\_ Code No \_\_\_\_\_ દ્વારા પ્રાપ્ત બિઝનેસ: સલાહકાર/ડીએસટી/કોર્પોરેટ એજન્ટ/અન્ય ચેનલો

કોડ No \_\_\_\_\_ Name \_\_\_\_\_ પર પ્રાપ્ત થયેલી દરખાસ્ત: \_\_\_\_\_ ગ્રાહક આઇડી: \_\_\_\_\_

શું પ્રસ્તાવક છે કે અરજદાર સ્ટાફ છે? હા ના

## 10. પ્રસ્તાવકના દાવાઓના રિફંડ અને ચુકવણી માટેની વિગતો

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

બેંકનું નામ \_\_\_\_\_ બ્રાન્ચ \_\_\_\_\_ City \_\_\_\_\_

આઇએફએસસી કોડ \_\_\_\_\_ એકાઉન્ટ નંબર \_\_\_\_\_ ખાતા પ્રકાર: \_\_\_\_\_ સંબંધી રકમ ઈબેન્ડ વર્તમાન

## 11. નવીકરણ

પ્રોડક્ટનું નામ: સુરોગાર્ડ | પ્રોડક્ટ યુઆઇએન: NBHHLIP24081V012324

રિન્યૂઅલ પેમેન્ટ સાઇન-અપ:

તમારી આરોગ્ય વીમા પોલિસીના રિન્યૂઅલ પ્રિમિયમની ચૂકવણી દર વર્ષે તમારા વર્તમાન ઓટોમેટેડ ક્લીયરિંગ હાઉસ (એસીએચ) / સ્થાયી સૂચનાઓ (એસઆઈ) કંપની સાથે ચાલુ 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 રિન્યૂઅલ વિકલ્પ પસંદ કરવા માંગું છું અને આ રીતે જ્યાં સુધી તેનો ઉપયોગ કરીને પોલિસી રિન્યૂ ન થાય ત્યાં સુધી પ્રિમિયમ પર 2.5 ટકાનું ડિસ્કાઉન્ટ મેળવવા માંગું છું.

તારીખ \_\_/\_\_/Proposer \_\_\_\_\_ Place \_\_\_\_\_

### 12. માત્ર બેન્કાશ્યુરન્સ ચેનલ માટે વધારાની વિગતો (માત્ર ઓફિસના ઉપયોગ માટે)

બ્રાન્ચ કોડ \_\_\_\_\_ એસપી કોડ \_\_\_\_\_ આરએમ/એલજી કોડ \_\_\_\_\_  
ગ્રાહકનો એકાઉન્ટ નંબર \_\_\_\_\_

### 13. વૈધાનિક ચેતવણી

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

- કોઈ પણ વ્યક્તિ પ્રત્યક્ષ કે પરોક્ષ રીતે કોઈ પણ વ્યક્તિને ભારતમાં જીવન કે મિલકતને લગતા કોઈ પણ પ્રકારના જોખમ, ચૂકવવાપાત્ર કમિશનના સંપૂર્ણ કે હિસ્સામાં કોઈ પણ પ્રકારની છૂટ અથવા પોલિસીમાં દર્શાવેલા પ્રિમિયમની કોઈ પણ છૂટના સંદર્ભમાં વીમો લેવા કે રિન્યુ કરવા કે ચાલુ રાખવા માટે પ્રેરિત 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 નહીં, સિવાય કે વીમાકંપનીના પ્રકાશિત પ્રોસ્પેક્ટસ અથવા કોષ્ટકો 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.

### 14. કંપની દ્વારા સ્વીકૃતિ

એપ્લિકેશન નં.

તિથિ \_\_/\_\_/\_\_

\_\_\_\_\_ drawn on \_\_\_\_\_ તારીખના \_\_\_\_\_ રકમની \_\_\_\_\_ ચેક/ડિમાન્ડ ડ્રાફ્ટ/અન્યો દ્વારા તમારી દરખાસ્ત અને રકમની પ્રાપ્તિનો અમે આભાર સાથે સ્વીકાર કરીએ છીએ. વીમા માટેની પૂર્ણ થયેલી દરખાસ્તની અમને સુપરત કરવાની કે નીતિ જારી કરવા માટે કરવામાં આવેલી કોઈ પણ ચૂકવણીને કારણે અમને એવી નીતિ જારી કરવા સંમત થવાની ફરજ પડતી નથી કે જે નિર્ણય અમારી સંપૂર્ણ અને સંપૂર્ણ મૂનસફીમાં હોય અને હંમેશાં રહેશે. 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

### 15. ABHA ID

સભ્ય નામ	શું તમારી પાસે એલા આઈડી છે?	ABHA ID	એએચએ મારફતે વીમા કંપનીઓ/ટીપીએ સાથે મેડિકલ રેકોર્ડ્સ શેર કરવા સંમતિ
	હા/ના	xx-xxxx-xxxx-xxxx-xxxx	હા/ના