

વીમા માટે અરજી:

ટ્રાવેલએસુર

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 મહત્વનું છે કે તમે આરોગ્યની તમામ માહિતી જાહેર કરો અને તે કેટલી સુસંગત છે તેનો નિર્ણય અમે કરીશું (અમે તેને 'ભૌતિક હકીકત' 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 વાલોની 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:

પ્રસ્તાવક (Mr./Mrs./Ms.) F R S T M D D L અને L A S T

જાતિ પુરુષ નારી અન્ય જન્મની તારીખ D D M M અને અને અને અને

સરનામું

વેન્ડ માર્ક શહેર

જીલ્લો રાજ્ય

Pin-code ઇ-મેઇલ Id

મોબાઇલ.

પાન નં. રાષ્ટ્રીયતા

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

વાર્ષિક આવક (રૂ.) _____ ગ્રામીણ અને સામાજિક ક્ષેત્રની કેટેગરી (જો લાગુ પડતું હોય તો): આશા વર્કર મનરેગા કામદાર

CKYC નંબર (વૈકલ્પિક): _____

શું તમને પોલિસી કિટની ફિક્સેડ કોપી જોઈએ છે હા ના

હું બાળકો માટે ગ્રહણ કરવા માટે મારાથી બનતું બધું કરીશ. હું લીલોતરી 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 કાર્વા ઇન્શ્યોરન્સ રિપોઝિટરી લિમિટેડ 4. મેસર્સ કેમ્સ રિપોઝિટરી સર્વિસીસ લિમિટેડ (કૃપા કરીને કોઈ પણ એકને પસંદ કરો) અથવા

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

હું ઇઆઈએ ધરાવતો નથી અને ખોલવા માગતો નથી

હું નિવા બુપા હેલ્થ ઇન્શ્યોરન્સ અથવા તેના કોઈ પણ એજન્ટ અને/અથવા ટ્રાહિટ પક્ષ(ઓ) / સહયોગીઓને એસએમએસ / ઇમેઇલ / ફોન / વોટ્સએપ / ફેસબુક અથવા મારા 'ડીએનડી' રજિસ્ટ્રેશન પર મારા 'ડીએનડી' નોંધણી પર ઓવર-રાઇડિંગ પર અન્ય કોઈ પણ મોડ્સ દ્વારા મારો સંપર્ક કરવા માટે મારો સંપર્ક કરવા માટે અધિકૃત કરું છું 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.ઇ.પી.) હા ના

#PEP એવી વ્યક્તિ છે જેને અગ્રણી જાહેર કાર્યો એટલે કે કેન્દ્ર કે રાજ્ય સરકારના વડાઓ/મંત્રીઓ, વરિષ્ઠ રાજકારણીઓ, વરિષ્ઠ સરકારી, ન્યાયિક કે વરકરી અધિકારીઓ, સરકારી કંપનીઓના વરિષ્ઠ અધિકારીઓ, પક્ષના મહત્વના અધિકારીઓ છે અથવા તેમને સોંપવામાં આવ્યા છે. (જો તમે પીઇપી સામે ટિક કર્યું હોય, તો કૃપા કરીને અલગ પીઇપી પ્રશ્નાવલિ

2- અરજદારોની વિગતો અને યોજનાની પસંદગી:

યોજના: આંતરરાષ્ટ્રીય સિંગલ ટ્રીપ આંતરરાષ્ટ્રીય મલ્ટી ટ્રીપ આંતરરાષ્ટ્રીય વિદ્યાર્થી

ટ્રીપનો મહત્તમ સમયગાળો (મલ્ટી ટ્રીપ પ્લાન માટે): ૩૦ દિવસો ૪૫ દિવસો ૬૦ દિવસો ૯૦ દિવસો

આંતરરાષ્ટ્રીય ભૌગોલિક વિસ્તાર: એશિયા યુ.એસ.એ./કેનેડાને બાદ કરતા વિશ્વભરમાં વિશ્વભરમાં

અરજદાર નં.	નામ	વિગ (પુરુષ/સ્ત્રી/અન્ય)	હોયાર્થ (ફોટ અને ઇંચ)	વજન (કિ.ગ્રા.)	જન્મતારીખ (dd/mm/yyyy)	મોબાઇલ નં.	પ્રસ્તાવક સાથેનો સંબંધ	વીમાની રકમ વ્યક્તિગત
1.								
2.								

3.								
4.								
5.								
6.								

પૂર્ણસમયની કોલેજ અથવા શાળા શિક્ષણ માટે વિદ્યાર્થી વિઝા પર વિદેશ પ્રવાસ કરતા વિદ્યાર્થી દ્વારા વધારાની માહિતી પૂર્ણ કરવામાં આવશે

વિદ્યાર્થી નામ: _____

જન્મની તારીખ: _____

શાળા/ યુનિવર્સિટીનું નામ અને સરનામું: _____

આના માટે પસંદ કરાયેલો કોર્સ: _____

કોર્સ સમયગાળો: _____

પ્રાયોજક નામ: _____

વિદ્યાર્થી સાથેના સંબંધોને સ્પોન્સર કરો: _____

પ્રાયોજકનું સરનામું: _____

બીજી વિગતો _____

નિવા બુપા હેલ્થ ઇન્શ્યોરન્સમાંથી હાવની પોલિસીની વિગતો- _____

નિવા બુપા હેલ્થ ઇન્શ્યોરન્સમાંથી ભૂતકાળની ટ્રાવેલ ઇન્શ્યોરન્સ પોલિસીની વિગતો- _____

૩- કવરેજ પસંદગી:

આધાર વિસ્તાર:	
પોલિસી પ્રકાર:	વ્યક્તિગત
આવરી લેવાના જીવનની સંખ્યા:	Adults _____ ચિલ્ડ્રન _____
પોલિસી ટર્મ:	_____ Days/વર્ષ (બેમાંથી જે લાગુ પડતું હોય તે) સફર શરૂ થવાની તારીખ: _____ ટ્રીપ એન્ડ ડેટ: _____
ઇનપેશન્ટ મેડિકલ ટ્રીટમેન્ટ (વીમાની મૂળભૂત રકમ)	
પ્રસૂતિ	
નવજાત શિશુ કવર	
વૈકલ્પિક કવરેજ:	
આઉટપેશન્ટ સારવાર	
ઇમરજન્સી એમ્બ્યુલન્સ	
હોસ્પિટલ ટ્રેનિક રોકડ	
દાંતની સારવાર	
તબીબી સ્થળાંતર	
દર્દીની અંદરની સંભાળનું વિસ્તરણ	
વ્યક્તિગત અકસ્માત	
અકસ્માતે મૃત્યુ અને વિકલાંગતા (સામાન્ય વાહક)	
નશ્વર અવશેષોનું સ્વદેશાગમન	
ચેક-ઇન બેગેજનું ફુલ નુકસાન	
ચેક-ઇન બેગેજનો વિવંધ	
ટ્રીપ વિવંધ	
ટ્રીપ રદ	
સફર ખર્ચ	
પાસપોર્ટનું નુકસાન	
ઇન્ટરનેશનલ ડ્રાઇવિંગ લાયસન્સ ગુમાવવું	
ગુમ થયેલ જોડાણ	
નાણાકીય કટોકટી રોકડ	
વ્યક્તિગત જવાબદારી	
દૈનિક ભથ્થાને હાઇજેક કરો	

વેપટોપ, ટેબલેટ, મોબાઇલ ફોન, કેમેરાનું નુકસાન
બાઉન્ડ બુકિંગ- હોટેલ/કોમન કેરિયર
કરણાસભર મુલાકાત
સગીર બાળકની એસ્કોર્ટ
સાહસિક રમતો
રમતગમતનાં સાધનો ભાડે
ભાડાના રમતગમતના સાધનોને નુકસાન અથવા નુકસાન
રમતગમતની પ્રવૃત્તિ કવરેજ
લોન પ્રોટેક્ટર
ઇમરજન્સી ટ્રીપ એક્સટેન્સન
વ્યાપારી વર્ગમાં અપગ્રેડેશન
અભ્યાસ ખર્ચનો અભ્યાસ કરો
પ્રાયોજક રક્ષણ
કેન્સર સ્ક્રિનિંગ અને મેમોગ્રાફી પરીક્ષાઓ
જામીન બોન્ડ
કપાતપાત્રની માફી
વૈકલ્પિક સહ-યુકવણી
વિઝાનું રિફંડ
હોમ ટુ હોમ કવર
સાથીદાર બદલી
પહેલેથી અસ્તિત્વ ધરાવતા રોગ કવરને પૂર્ણ કરો

4- નામીકન:

પ્રસ્તાવકનું મૂલ્ય થાય તો ક્લેઇમની ચુકવણી નોમિનીને કરવામાં આવશે. અન્ય વીમાકૃત વ્યક્તિઓ માટે, પ્રસ્તાવક નોમિની છે. નોમિનીને ચુકવણી 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: વાભાર્થી નામ: _____

બેંક નામ _____ Account type _____ સંગ્રહી _____ વર્તમાન

ખાતા નંબર _____ IFSC કોડ _____

5- તબીબી, આદતો અને ભૂતકાળની દરખાસ્તની માહિતી:

S.No.	વીમાનો વીમો લેવાની દરખાસ્ત કરાયેલી કોઈ પણ વ્યક્તિના સંબંધમાં:	સભ્ય ૧	સભ્ય ૨	સભ્ય ૩	સભ્ય ૪	સભ્ય ૫	સભ્ય ૬
1	શું નીચેનામાંથી કોઈ પણ રોગથી પીડાતા વીમાનો વીમો ઉતારવાનો પ્રસ્તાવ મૂકવામાં આવ્યો છે						
1a	હૃદયરોગ જેમ કે હાર્ટ એટેક, હાર્ટ ફેલ્યોર, ઇસ્કેમિક હાર્ટ ડિસીઝ કે કોરોનરી હાર્ટ ડિસીઝ, એન્જાઇના વગેરે.	<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
1b	ગાંઠ, કોઈપણ અંગનું કેન્સર, લ્યુકેમિયા, લિમ્ફોમા, સાક્રોમા	<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
1c	મુખ્ય અંગ નિષ્ફળતા (કિડની, યકૃત, હૃદય, ફેફસાં વગેરે)	<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
1d	પક્ષાઘાત, એન્સેફાલોપથી, મગજના ફોલ્વા અથવા કોઈ પણ ન્યુરોલોજીકલ રોગ	<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
1e	પલ્મોનરી ફાઇબ્રોસિસ, ફેફસાંનું પતન અથવા ઇન્ટરસ્ટિટલ ફેફસાંનો રોગ (આઇએલ્ડી)	<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
1f	હિપેટાઇટિસ બી અથવા સી, ક્રોનિક યકૃત રોગ, કોહન રોગ, અલ્સરેટિવ કોલાઇટિસ	<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
1g	આયર્નની ઉણપ એનિમિયા સિવાય અન્ય કોઈ પણ એનિમિયા	<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

અન્ય વિગતો/ ઘોષણાઓ: _____

6. ધોષણા (દરખાસ્ત પત્રક પર હસ્તાક્ષર કરતા પહેલા કૃપા કરીને કાળજીપૂર્વક વાંચો અને દરેકની સામે ચેક માર્ક મૂકો)

- આથી હું મારા વતી અને વીમાની દરખાસ્ત કરાવેલી 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 ચાર્જબલ 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 વીમાકૃત્ત/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 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 પ્રસ્તાવકે સ્થાનિક ભાષામાં સહી કરી હોય તો: આ પત્રકની સામગ્રી મેં સમજાવી છે, _____ (ભાષા)
_____, (સાક્ષીનું નામ) _____ હાજરીમાં દરખાસ્ત કરનારને _____
છું જેણે તેને સમજી છે અને તેની પુષ્ટિ કરી છે.
છે. સાક્ષી કંપનીના એજન્ટ/કર્મચારી સિવાય અન્ય કોઈ વ્યક્તિ હોવી જોઈએ.

તિથિ સ્થાન _____ દરખાસ્ત કરનારની સહી

પ્રમાણિત વ્યક્તિના હસ્તાક્ષર: સાક્ષીની સહી

પ્રમાણિત કરનાર વ્યક્તિનો મોબાઇલ નંબર: સાક્ષીનો મોબાઇલ નંબર:

7- જો પ્રસ્તાવક અને સલાહકારની ધોષણા દ્વારા ફોર્મ ભરવામાં ન આવે તો ધોષણા:

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 _____ દ્વારા ભરવામાં આવે છે, _____ 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/બ્રોકર/રિલેશનશિપ ઓફિસરના અધિકૃત કર્મચારી તરીકે આ સાથે જાહેર કરું છું કે મેં આ પ્રોડક્ટ/દરખાસ્તની તમામ સામગ્રી દરખાસ્તકારને સમજાવી છે.

વીમા Advisor _____ વચેટિયા code _____ સહી _____

8- પ્રીમિયમની વિગતો (માત્ર ઓફિસના ઉપયોગ માટે):

પ્રીમિયમ ચુકવણી વિકલ્પ ચેક ડિમાન્ડ ડ્રાફ્ટ ક્રેડિટ કાર્ડ નેટ બેંકિંગ રોકડ બીજાઓ

પ્રીમિયમ રકમ દ્વારા ચુકવવામાં આવતું પ્રીમિયમ

પ્રસ્તાવ મૂકનાર સાથે સંબંધ ઓનલાઇન ચુકવણી વ્યવહાર આઇડી:

બેંક નામ/શાખા તિથિ

નિવા બુપા શાખાનું સ્થાન કોડ નં.

આના દ્વારા સ્રોત કરાયેલ વ્યાપાર: સલાહકાર/ડીએસટી/કોર્પોરેટ એજન્ટ/અન્ય ચેનલ કોડ નં.

નામ

આના પર પ્રાપ્ત થયેલી દરખાસ્ત: ગ્રાહક આઈડી:

શું પ્રસ્તાવક છે કે અરજદાર સ્ટાફ છે? હા ના

9- રિફંડ માટેની વિગતો અને દાવાઓની ચુકવણી

ચુકવણી પ્રાપ્ત કરવાનો વિકલ્પ: બેંક ટ્રાન્સફર

વાભાઈનું નામ

બેંક નામ

IFSC કોડ ખાતા નંબર

ખાતા પ્રકાર

૧૦- નવીનીકરણ*:

રિન્યૂઅલની ચુકવણી સાઇન-અપ:

તમારી હેલ્થ ઇન્શ્યોરન્સ પોલિસિના રિન્યૂઅલ પ્રિમિયમની ચુકવણી દર વર્ષે તમારા હાલના ઓટોમેટેડ ક્વીયરિંગ હાઉસ (એસીએચ) / સ્થાયી સૂચનાઓ (એસઆઈ) કંપની સાથે યાવુ 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 તેનો ઉપયોગ કરીને પોલિસી રિન્યૂ ન થાય ત્યાં સુધી પ્રિમિયમ પર 2.5 ટકા ડિસ્કાઉન્ટનો લાભ લેવા માંગું છું.

Dated _____ Place _____ Proposer _____ સહી

*સિંગલ ટ્રીપ પોલિસી માટે રિન્યૂઅલ લાગુ પડતું નથી.

11- માત્ર બેન્કાસુરન્સ ચેનલ માટે વધારાની વિગતો (માત્ર ઓફિસના ઉપયોગ માટે):

બાંચ કોડ _____ એસપી કોડ _____ આરએમ/એલજી કોડ _____

ગ્રાહકનો એકાઉન્ટ નંબર _____

12- વૈયાનિક ચેતવણી:

રિબેટ પર પ્રતિબંધ (વીમા અધિનિયમ 1938ની કલમ 41 હેઠળ) 1.
કોઈ પણ વ્યક્તિ, ભારતમાં જાનમાલને લગતા કોઈ પણ પ્રકારના જોખમ, ચુકવવાપાત્ર કમિશનના સંપૂર્ણ કે હિસ્સાની છૂટ અથવા પોલિસીમાં દર્શાવેલા પ્રિમિયમમાં કોઈ પણ રિબેટના સંદર્ભમાં વીમો લેવા કે રિન્યૂ કરવા અથવા યાવુ 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 રિન્યૂ કરતી કે યાવુ રાખતી કોઈ પણ છૂટનો સ્વીકાર કરી શકે નહિ, સિવાય કે વીમાકંપનીના પ્રકાશિત પ્રોસ્પેક્ટસ અથવા કોષ્ટકો અનુસાર મંજૂરી આપવામાં આવી હોય તેવી છૂટ.

2. આ કલમની જોગવાઈઓનું પાલન કરવામાં કોઈ પણ વ્યક્તિ ડિફોલ્ટ કરશે તો તેના પર દસ લાખ રૂપિયા સુધીના દંડને પાત્ર થશે.

13- કંપની દ્વારા સ્વીકૃતિ:

એલિકેશન નં. _____

તિથિ ___/___/___

ચેક/ડિમાન્ડ ડ્રાફ્ટ/Others _____ of દ્વારા તમારી દરખાસ્ત અને રકમની પ્રાપ્તિને અમે આભાર સાથે સ્વીકારીએ છીએ. _____ તારીખની _____

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 પ્રિમિયમ અમને સંપૂર્ણ અને સમયસર પ્રાપ્ત ન થાય અથવા પ્રાપ્ત ન થાય અથવા પ્રાપ્ત 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

14- ABHA ID

સભ્ય નામ	શું તમારી પાસે એલા આઈડી છે?	ABHA ID	એ.એચ.એ.બી. દ્વારા વીમા કંપનીઓ/ટીપીએ સાથે તબીબી રેકોર્ડ્સ શેર કરવા
	<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
	<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

નિવા બુપા હેલ્થ ઇન્શ્યોરન્સ કંપની લિમિટેડ, રજિસ્ટર્ડ ઓફિસ:- સી-98, ફર્સ્ટ ફ્લોર, લાજપત નગર, પાર્ટ 1, નવી દિલ્હી-110024 ડિસ્ક્રિપ્શન:
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 લાઇસન્સ 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 વેબસાઇટ પૂરું કરતા પહેલા વેબસાઇટ પુસ્તિકાને કાળજીપૂર્વક વાંચો.