

URN: 013

1. प्रस्तावक विवरण:

टाइटल नाम

जन्म तिथि लिंग: पुरुष महिला अन्य राष्ट्रीयता

वर्तमान पता

लैंडमार्क शहर

जिला राज्य पिनकोड

लैंडलाइन नंबर मोबाइल नंबर

ईमेल ID वैकल्पिक नंबर

CKYC नंबर (वैकल्पिक): पैन नंबर

वार्षिक आय (₹)

नौकरी वैतनिक स्व-नियोजित छात्र गृहस्वामिनी अन्य, कृपया निर्दिष्ट करें

प्रीमियम भुगतान किया गया प्रस्तावक के साथ संबंध

मैंने सभी नियमों एवं शर्तों को पढ़ा, समझा और स्वीकार किया है और इसके द्वारा निवा बूपा हेल्थ इश्योरेंस या उसके किसी भी एजेंट और/या तीसरे पक्ष/सहयोगी को व्हाट्सएप/SMS/ईमेल/फोन/फेसबुक या मेरे पंजीकृत फोन नंबर पर किसी अन्य मोड के माध्यम से मुझसे संपर्क करने के लिए अधिकृत करता हूँ, जो वेलकम कॉल/SMS, सर्विस कॉल/SMS या कोई अन्य वाणिज्यिक संचार करने के लिए मेरे 'DND' पंजीकरण को ओवरराइड करता है

क्या आप या प्रस्तावित आवेदकों में से कोई PEP# है? हाँ नहीं

#पॉलिटिकली एक्सपोज़्ड पर्सन्स (PEP) वे व्यक्ति हैं, जैसे केंद्र या राज्य सरकार के प्रमुख/मंत्री, वरिष्ठ राजनेता, वरिष्ठ सरकारी, न्यायिक या सैन्य अधिकारी, सरकारी कंपनियों के वरिष्ठ अधिकारी, पार्टी के महत्वपूर्ण अधिकारी जिन्हें प्रमुख सार्वजनिक कार्यों सौंपे गए हैं। (यदि आपने PEP के लिए सही किया है, तो कृपया अलग PEP प्रभावली भरें)

क्या आप पॉलिसी किट की भौतिक प्रति चाहते हैं: हाँ नहीं

बैंक विवरण:

बैंक का नाम

खाता संख्या IFSC कोड

खाते का प्रकार बचत चालू ब्रांच शहर

इलेक्ट्रॉनिक बीमा खाता (eIA) का विवरण

क्या आप इस पॉलिसी को ई-बीमा खाते में क्रेडिट करवाना चाहते हैं? (कृपया किसी एक का चयन करें)

नहीं, मेरे पास ई-बीमा खाता नहीं है और मैं इसे खोलना नहीं चाहता

हाँ, इस पॉलिसी को मेरे ई-बीमा खाते में क्रेडिट करें

यदि हाँ, तो कृपया मौजूदा ई-बीमा खाता संख्या साझा करें।

कृपया बीमा रिपॉजिटरी का नाम चुनें (जिसके साथ आपने अपना खाता खोला है)

1.NSDL 2.CIRL 3.KARVY 4.CAMS (कृपया किसी एक का चयन करें)

या

मेरे पास मौजूदा ई-बीमा खाता नहीं है और मुझे एक नया ई-बीमा खाता खोलने में दिलचस्पी है

(कृपया संबंधित दस्तावेजों के साथ इलेक्ट्रॉनिक बीमा खाता खोलने का फॉर्म (eIA फॉर्म) जमा करें)।

2. कवरेज का चयन:

क्या आप पोर्टेबिलिटी के लिए आवेदन कर रहे हैं: हाँ नहीं (यदि हां, तो कृपया अलग पोर्टेबिलिटी फॉर्म भी भरें)।

कृपया संबंधित बॉक्स पर टिक करें:

बेस कवरेज: _____

अंशसित कुल राशि: (₹.) 50,000 1लाख 1.5लाख 2लाख 2.5लाख 3लाख 3.5लाख 4लाख 4.5लाख 5लाख 5.5लाख 6लाख 6.5लाख 7लाख 7.5लाख 8लाख 8.5लाख 9लाख 9.5लाख 10लाख

कवरेज का प्रकार: व्यक्तिगत आधारित फैमिली फ्लोटर बेसिस

कवर किए जाने वाले जीवन की संख्या: वयस्क _____ बच्चे _____

प्रीमियम भुगतान मोड: वार्षिक अर्धवार्षिक त्रैमासिक मासिक

3. बीमा के लिए आवेदकों का विवरण:

आवेदक 1

नाम _____
लिंग पुरुष महिला अन्य ऊंचाई (ft) (inch) वजन (kg)
कमर (inch) जन्म तिथि कृपया टिक करें यदि भारतीय नहीं है
प्रस्तावक से संबंध (कृपया ऑप्शन पर टिक करें):
स्वयं/जीवनसाथी/पुत्र/बहू/बेटी/दामाद/पिता/माता/ससुर/सास/दादा/दादी/पोता/पोती/भाई/बहन/भाभी/बहनोई/भतीजा/भतीजी/नियोक्ता-कर्मचारी

आवेदक 2

नाम _____
लिंग पुरुष महिला अन्य ऊंचाई (ft) (inch) वजन (kg)
कमर (inch) जन्म तिथि कृपया टिक करें यदि भारतीय नहीं है
संबंध: जीवनसाथी बेटा बेटी पिता माँ ससुर सास

आवेदक 3

नाम _____
लिंग पुरुष महिला अन्य ऊंचाई (ft) (inch) वजन (kg)
कमर (inch) जन्म तिथि कृपया टिक करें यदि भारतीय नहीं है
संबंध: जीवनसाथी बेटा बेटी पिता माँ ससुर सास

आवेदक 4

नाम _____
लिंग पुरुष महिला अन्य ऊंचाई (ft) (inch) वजन (kg)
कमर (inch) जन्म तिथि कृपया टिक करें यदि भारतीय नहीं है
संबंध: जीवनसाथी बेटा बेटी पिता माँ ससुर सास

आवेदक 5

नाम _____
लिंग पुरुष महिला अन्य ऊंचाई (ft) (inch) वजन (kg)
कमर (inch) जन्म तिथि कृपया टिक करें यदि भारतीय नहीं है
संबंध: जीवनसाथी बेटा बेटी पिता माँ ससुर सास

आवेदक 6

नाम _____
लिंग पुरुष महिला अन्य ऊंचाई (ft) (inch) वजन (kg)
कमर (inch) जन्म तिथि कृपया टिक करें यदि भारतीय नहीं है
संबंध: जीवनसाथी बेटा बेटी पिता माँ ससुर सास

4. नामांकन

प्रस्तावक की मृत्यु की स्थिति में, पॉलिसी के तहत देय कोई भी भुगतान नीचे नामित नामांकित व्यक्ति को देय हो जाएगा। नामांकित व्यक्ति द्वारा इस तरह के भुगतान की प्राप्ति पॉलिसी के तहत कंपनी की देयता का निर्वहन करेगी। अन्य सभी आवेदक(ओं) के लिए नामिती स्वयं प्रस्तावक होगा।

नामिनी का नाम	जन्म तिथि	प्रस्तावक के साथ संबंध	नामिनी का पता, मोबाइल नंबर ईमेल ID	नियुक्त व्यक्ति का नाम (यदि नामिनी व्यक्ति की आयु 18 वर्ष से कम है)

नामिनी का बैंक विवरण: लाभार्थी का नाम:

बैंक का नाम खाते का प्रकार बचत चालू

खाता संख्या IFSC कोड

5. चिकित्सा, आदतें और पिछले प्रस्ताव की जानकारी

महत्वपूर्ण: कृपया सुनिश्चित करें कि इस सेक्शन के सभी प्रश्नों का उत्तर सच्चाई से और पूरी तरह से दिया गया हो क्योंकि आपके द्वारा यहां प्रदान की गई जानकारी निवा बूपा द्वारा अंडरराइटिंग का आधार बनेगी। कृपया ध्यान दें कि कोई भी अपूर्ण, गलत, आंशिक रूप से सही जानकारी आपके चिकित्सा दावे और / या कवरेज को प्रभावित कर सकती है।

सेक्शन A: कृपया चिकित्सा स्थितियों के बारे में जानकारी साझा करें										
कृपया प्रत्येक आवेदक के लिए निम्नलिखित प्रश्नों के उत्तर दें। कृपया हाँ (Y) या नहीं (N) गोल करें	आवेदक संख्या									
	1	2	3	4	5	6				
i. क्या आपको कभी 5 दिनों से अधिक समय के लिए अस्पताल में भर्ती कराया गया है, किसी सर्जिकल प्रक्रिया से गुजरने की सलाह दी गई है, या कोई दवा ली है / 14 दिनों से अधिक समय तक कोई लक्षण थे? दवा शामिल है, लेकिन इनहेलर, इंजेक्शन, मौखिक दवाओं और सामयिक अनुप्रयोगों तक सीमित नहीं है।	Y	संख्या	Y	संख्या	Y	संख्या	Y	संख्या	Y	संख्या
ii. क्या आपने कभी थायराइड प्रोफाइल, लिपिड प्रोफाइल, टेडमिल टेस्ट, एंजियोग्राफी, इकोकार्डियोग्राफी, एंडोस्कोपी, अल्ट्रासाउंड, सीटी स्कैन, एमआरआई, बायोप्सी और एफएनएस जैसे किसी भी नैदानिक परीक्षण या जांच के प्रतिकूल निष्कर्ष निकाले हैं?	Y	संख्या	Y	संख्या	Y	संख्या	Y	संख्या	Y	संख्या
iii. क्या आपको मधुमेह या प्री-डायबिटीज है या क्या आपको कभी उच्च रक्त शर्करा हुआ है?	Y	संख्या	Y	संख्या	Y	संख्या	Y	संख्या	Y	संख्या
iv. क्या आपको उच्च रक्तचाप या उच्च रक्तचाप है?	Y	संख्या	Y	संख्या	Y	संख्या	Y	संख्या	Y	संख्या
v. क्या आपको पहले से कोई बीमारी / स्थितियां हैं?	Y	संख्या	Y	संख्या	Y	संख्या	Y	संख्या	Y	संख्या
vi. क्या आपको कभी किसी आनुवंशिक / वंशानुगत विकार या एचआईवी / एड्स के लिए निदान या उपचार किया गया है?	Y	संख्या	Y	संख्या	Y	संख्या	Y	संख्या	Y	संख्या
vii. क्या आपको कभी किसी मानसिक/मानसिक विकार का निदान या उपचार किया गया है?	Y	संख्या	Y	संख्या	Y	संख्या	Y	संख्या	Y	संख्या
viii. क्या आवेदक के जीवन पर जीवन, स्वास्थ्य, अस्पताल दैनिक नकदी या गंभीर बीमारी बीमा के लिए कोई प्रस्ताव कभी भी अस्वीकार कर दिया गया है, स्थगित कर दिया गया है, लोड किया गया है या किसी भी विशेष शर्तों जैसे कि किसी बीमा कंपनी द्वारा बहिष्करण के अधीन है?	Y	संख्या	Y	संख्या	Y	संख्या	Y	संख्या	Y	संख्या

आवेदक	i. रक्तचाप (सुबह/दोपहर/रात) - यदि हाँ, तो कृपया प्रति दिन पाठक की संख्या निर्दिष्ट करें		ii. शराब। यदि हाँ, तो कृपया प्रति सप्ताह ml निर्दिष्ट करें			iii. सिगरेट/बीडी/सिगार। यदि हाँ, तो कृपया प्रति दिन उपभोग निर्दिष्ट करें	
	1-10	>10	<= 450	>450	दैनिक पीने वाला	1-10	>10
आवेदक 1							
आवेदक 2							
आवेदक 3							
आवेदक 4							
आवेदक 5							
आवेदक 6							

सेक्शन C: सेक्शन A में हाँ (✓) चिह्नित प्रश्नों के लिए, कृपया निम्नलिखित जानकारी प्रदान करें:

आवेदक संख्या	लक्षण (ओं) या जांच (ओं) या निदान या प्रक्रिया / सर्जरी का विवरण				दवा(एँ)	डोज़	वर्तमान स्थिति (जैसे पूर्ण/आंशिक पुनर्प्राप्ति या चल रहे उपचार)	किसी दस्तावेज़ के लिए मसूदा (हाँ/नहीं)	किसी दस्तावेज़ के लिए मसूदा (हाँ/नहीं)	
	यदि मसूदा HbA1c स्तर है	यदि उच्च रक्तचाप BP स्तर		कोई अन्य विवरण						कृपया नीचे लिखें (डॉ/एम/एन)
		सिस्टोलिक	डायस्टोलिक							

6. इलेक्ट्रॉनिक पॉलिसी की पूर्ति और सेवा संचार के लिए प्राधिकरण

क्या आप पर्यावरण की रक्षा करना चाहते हैं और कंपनी को आपकी सभी पॉलिसी और सेवा संबंधी संचार ईमेल ID, जैसा कि आवेदन पत्र में यहां उल्लेख किया गया है, पर भरोसे के लिए अधिकृत करके कागज़ बचाने में मदद करना चाहते हैं?

हाँ नहीं

7. घोषणा (कृपया ध्यान से पढ़ें और प्रस्ताव फॉर्म पर हस्ताक्षर करने से पहले प्रत्येक के सामने एक सही का निशान लगाएँ)

- मैं एतद्वारा अपनी ओर से और बीमित किए जाने के लिए प्रस्तावित सभी व्यक्तियों की ओर से घोषणा करता हूँ कि मेरे द्वारा दिए गए उपरोक्त कथन, उत्तर और/या विवरण मेरी सर्वोत्तम जानकारी के अनुसार सभी मामलों में सत्य और पूर्ण हैं और मैं इन अन्य व्यक्तियों की ओर से प्रस्ताव करने के लिए अधिकृत हूँ।
- मैं समझता हूँ कि मेरे द्वारा प्रदान की गई जानकारी बीमा पॉलिसी का आधार बनेगी, बोर्ड द्वारा अनुमोदित बीमाकर्ता की हामीदारी नीति के अधीन है और यह कि पॉलिसी प्रभार्य प्रीमियम के पूर्ण भुगतान के बाद ही लागू होगी।
- मैं यह भी घोषणा करता हूँ कि मैं बीमित किए जाने वाले जीवन के व्यवसाय या सामान्य स्वास्थ्य में होने वाले किसी भी परिवर्तन को प्रस्ताव प्रस्तुत किए जाने के बाद लेकिन कंपनी द्वारा जोखिम स्वीकृति के संचार से पहले लिखित रूप में सूचित करूंगा।
- मैं घोषणा करता हूँ कि मैं किसी भी डॉक्टर या अस्पताल से चिकित्सा जानकारी मांगने वाली कंपनी को सहमति देता हूँ, जिसने किसी भी समय बीमित / प्रस्तावक या किसी भी पिछले या वर्तमान नियोक्ता से किसी भी चीज के बारे में चिकित्सा जानकारी मांगी है जो बीमित व्यक्ति के शारीरिक या मानसिक स्वास्थ्य को प्रभावित करती है / प्रस्तावक और किसी भी बीमाकर्ता से जानकारी मांगना जिसे बीमित व्यक्ति / प्रस्तावक पर बीमा के लिए आवेदन किया गया है प्रस्ताव और/या दावा निपटान को हामीदारी देने के उद्देश्य से।
- मैं कंपनी को अपने प्रस्ताव से संबंधित जानकारी साझा करने के लिए अधिकृत करता हूँ, जिसमें बीमित/प्रस्तावक के मेडिकल रिकॉर्ड शामिल हैं, जो प्रस्ताव और/या दावों के निपटान को हामीदारी करने के एकमात्र उद्देश्य के लिए और किसी भी सरकारी और/या नियामक प्राधिकरण के साथ हैं।
- मैं/हम कंपनी को मेरे/हमारे प्रस्ताव से संबंधित जानकारी साझा करने के लिए अधिकृत करते हैं, जिसमें हमारे सूचीबद्ध प्रदाता के साथ सेवा वितरण के एकमात्र उद्देश्य के लिए बीमित व्यक्ति/प्रस्तावक के मेडिकल रिकॉर्ड शामिल हैं।

तारीख स्थान प्रस्तावक के हस्ताक्षर

8. वर्नाक्यूलर घोषणा

(यदि प्रस्तावक ने स्थानीय भाषा में हस्ताक्षर किए हैं (कंपनी के एजेंट/कर्मचारी के अलावा किसी अन्य व्यक्ति द्वारा देखा जाना है)। इस फॉर्म की सामग्री और इसके विवरण मेरे द्वारा प्रस्तावक को स्थानीय भाषा में समझाया गया है जिसने इसे समझा और पुष्टि की है:

प्रमाणित करने वाले व्यक्ति का नाम:

प्रमाणित करने वाले व्यक्ति का हस्ताक्षर:

प्रमाणित करने वाले व्यक्ति का मोबाइल नंबर:

गवाह का नाम

गवाह के हस्ताक्षर

गवाह का मोबाइल नंबर:

प्रस्तावक के हस्ताक्षर

9. प्रस्तावक द्वारा घोषणा

(प्रमाणन जहाँ किसी भी कारण से, प्रस्ताव और अन्य संबंधित कागजात प्रस्तावक द्वारा नहीं भरे जाते हैं)। प्रस्ताव फॉर्म की सामग्री और जुड़े दस्तावेजों को मुझे पूरी तरह से समझाया गया है और मैंने प्रस्तावित अनुबंध के महत्व को पूरी तरह से समझा है। प्रस्ताव फॉर्म मेरे निर्देश के तहत _____ द्वारा भरा जाता है और मैंने इसे सही पाया।

प्रस्तावक के हस्ताक्षर

10. प्रीमियम विवरण (केवल कार्यालय के उपयोग के लिए)

प्रीमियम भुगतान ऑप्शन चेक डिमांड ड्राफ्ट
 क्रेडिट कार्ड डेबिट कार्ड नेट बैंकिंग
 केश अन्य

प्रीमियम राशि

ऑनलाइन भुगतान लेनदेन ID:

तारीख

बैंक का नाम/ब्रांच

निवा बूपा ब्रांच का स्थान

कोड नं.

व्यापार स्रोत:

सलाहकार/DST/कॉर्पोरेट एजेंसी/अन्य चैनल

कोड संख्या

नाम

प्राप्त प्रस्ताव की तारीख:

ग्राहक ID:

11. केवल बैंकायोरेंस चैनल के लिए अतिरिक्त विवरण (केवल कार्यालय के उपयोग के लिए)

ब्रांच कोड

SP कोड

RM/LG कोड

12. बीमा सलाहकार की रिपोर्ट (केवल कार्यालय के उपयोग के लिए)

1. क्या आप प्रस्तावक से संबंधित हैं? हाँ/नहीं; यदि हाँ, तो संबंधों की प्रकृति?

2. आप प्रस्तावक को कितने समय से जानते हैं?

महीने

3. क्या आप प्रस्तावक की पहचान से संतुष्ट हैं?

हाँ

नहीं

4. क्या प्रस्तावक या किसी आवेदक को कोई शारीरिक विकृति/दोष या मानसिक मंदता है?

हाँ

नहीं

5. क्या आपने प्रस्तावित पॉलिसी की शर्तों, नवीनीकरण की शर्तों, बहिष्करण, पॉलिसी की प्रतीक्षा अवधि की व्याख्या की है और क्या प्रस्तावक ने व्यक्तिगत रूप से स्वास्थ्य घोषणा पूरी की है?

हाँ

नहीं

6. क्या आप नैतिक जोखिम सहित सभी कारकों पर विचार करते हुए इस प्रस्ताव फॉर्म को स्वीकार करने की सलाह देते हैं?

हाँ

नहीं

7. क्या आपने निष्पक्ष रूप से प्रस्तावक को सलाह दी है और सभी जानकारी प्रदान की है ताकि प्रस्तावक सर्वोत्तम कवर में निर्णय ले सके जो उसके हित में होगा?

हाँ

नहीं

तारीख

बीमा सलाहकार के हस्ताक्षर

13. वैधानिक चेतावनी

छूट का निषेध (बीमा अधिनियम 1938 की धारा 41 के तहत)

1. कोई भी व्यक्ति, प्रत्यक्ष या अप्रत्यक्ष रूप से, किसी भी व्यक्ति को भारत में जीवन या संपत्ति से संबंधित किसी भी प्रकार के जोखिम के संबंध में बीमा लेने या नवीनीकृत करने या जारी रखने के लिए प्रलोभन के रूप में, देय कमीशन के पूरे या हिस्से की कोई छूट या पॉलिसी पर दिखाए गए प्रीमियम की कोई छूट की अनुमति या अनुमति नहीं देगा, न ही कोई व्यक्ति पॉलिसी लेने या नवीनीकृत करने या जारी रखने के लिए किसी भी छूट को स्वीकार करेगा, सिवाय इस तरह की छूट के जो बीमाकर्ता के प्रकाशित प्रॉस्पेक्टस या तालिकाओं के अनुसार अनुमति दी जा सकती है।

2. इस धारा के प्रावधानों के अनुपालन में चूक करने वाला कोई भी व्यक्ति दंड के लिए उत्तरदायी होगा जो दस लाख रुपये तक का हो सकता है।

14. ABHA ID

सदस्य का नाम	क्या आपके पास ABHA ID है?	ABHA ID	
	<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं		<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं
	<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं		<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं
	<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं		<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं
	<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं		<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं
	<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं		<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं
	<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं		<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं

15. दावों की वापसी और भुगतान के लिए विवरण

भुगतान प्राप्त करने का ऑप्शन:

 बैंक ट्रांसफर

लाभार्थी का नाम:

बैंक का नाम:

आईएफएससी:

खाता संख्या:

खाते का प्रकार:

निवा बूपा हेल्थ इश्योरेंस कंपनी लिमिटेड
 पंजीकृत कार्यालय:- C-98, पहली मंजिल, लाजपत नगर, भाग 1, नई दिल्ली -110024

अस्वीकरण: बीमा आग्रह का विषय है। निवा बूपा हेल्थ इश्योरेंस कंपनी लिमिटेड (जिसे पहले मेसर्स बूपा हेल्थ इश्योरेंस कंपनी लिमिटेड के नाम से जाना जाता था) (आईएआरटीआई पंजीकरण संख्या 1451) 'बूपा' और 'हार्टबीट' लोगों के संबंधित स्वामियों के पंजीकृत ट्रेडमार्क हैं और लाइसेंस के तहत निवा बूपा हेल्थ इश्योरेंस कंपनी लिमिटेड द्वारा इस्तेमाल किए जा रहे हैं। ग्राहक हेल्पलाइन: 1860-500-8888।
 वेबसाइट: www.nivabupa.com. CIN: U66000DL2008PLC182918. नियम एवं शर्तों, बहिष्करण, जोखिम कारकों, प्रतीक्षा अवधि और लाभों के बारे में अधिक जानकारी के लिए, कृपया किसी समाप्त करने से पहले सेस ब्रोकर को ध्यान से पढ़ें।

यह स्थान जानवरों के खाली छोड़ दिया गया है

Niva Bupa अपने ग्राहकों के साथ निष्पक्ष और पारदर्शी होने के लिए समर्पित है। यह दस्तावेज़ आपकी पॉलिसी की प्रमुख विशेषताओं को सारांशित करता है, हालांकि यह आपके पॉलिसी अनुबंध को प्रतिस्थापित नहीं करता है और हम आपको इस उत्पाद की खरीद समाप्त करने से पहले अपनी पॉलिसी के सभी विवरणों को पढ़ने के लिए प्रोत्साहित करते हैं।

निवा बूपा आपके लिए आरोग्य संजीवनी पॉलिसी लेकर आई है - एक हेल्थ इन्श्योरेंस प्लान जिसमें आपके लिए सभी महत्वपूर्ण लाभ दर्ज हैं। पॉलिसी आपको किसी भी प्रकार के अस्पताल में भर्ती, डे केयर उपचार और वैकल्पिक उपचार के लिए कवर करती है।

आपकी पॉलिसी में निम्नलिखित अंतर्निहित लाभ हैं, जो पॉलिसी अनुबंध में निर्दिष्ट कुछ सीमाओं और बहिष्करणों के अधीन हैं:

- एक अस्पताल में इनपेशेंट देखभाल, जिसमें कमरे का किराया और आईसीयू शुल्क शामिल हैं।
- कमरे के किराए की सीमा: - कमरे का किराया: बीमा राशि का 2% तक अधिकतम 5,000 रुपये प्रति दिन। आईसीयू/आईसीसीयू: सम इश्योर्ड का 5% तक, अधिकतम 10,000 रुपये प्रति दिन।
- पूरे दिन देखभाल उपचार कवर किए जाते हैं।
- रोड एम्बुलेंस प्रति अस्पताल में भर्ती 2,000 रुपये तक का शुल्क लेती है।
- आयुष उपचार (केवल इनपेशेंट देखभाल)।
- अस्पताल में भर्ती होने से 30 दिन पहले तक अस्पताल में भर्ती होना।
- अस्पताल से छुट्टी के 60 दिनों के बाद तक अस्पताल में भर्ती होने के बाद।
- ओरल कीमोथेरेपी, रोबोटिक सर्जरी आदि सहित आधुनिक उपचार बीमित राशि का 50% तक कवर करते हैं।
- मोतियाबिंद सर्जरी बीमित राशि के 25% की सीमा तक कवर की जाती है, जो अधिकतम 40,000 रुपये प्रति आंख के अधीन होती है। यह लाभ 24 महीनों की विशिष्ट प्रतीक्षा अवधि के बाद उपलब्ध है।
- प्रत्येक क्लेम फ्री पॉलिसी वर्ष के संबंध में 5% का संचयी बोनस, बीमित राशि का अधिकतम 50% तक। क्लेम के मामले में, अर्जित संचयी बोनस को उसी दर पर घटाया जाएगा।

ध्यान दें कि पॉलिसी के अनुसार निम्नलिखित प्रतीक्षा अवधि लागू होती है:

- पॉलिसी की शुरुआत के बाद से 36 महीने की पहले से मौजूद बीमारी की प्रतीक्षा अवधि और निरंतर नवीनीकरण के अधीन। 30 दिनों की प्रारंभिक प्रतीक्षा अवधि जब तक कि उपचार की आवश्यकता किसी दुर्घटना के कारण न हो जो दिन 1 से कवर की जाती है।
- हमारे साथ पहली पॉलिसी की शुरुआत के बाद से 24 और 48 महीनों की विशिष्ट प्रतीक्षा अवधि, पॉलिसी अनुबंध में निर्दिष्ट कुछ शर्तों के लिए, जब तक कि स्थिति सीधे दुर्घटना के कारण न हो (1 दिन से कवर)।

ध्यान दें कि मानक बहिष्करण लागू होते हैं जैसा कि पॉलिसी अनुबंध में निर्धारित किया गया है। इसके अलावा, चिकित्सा मूल्यांकन के आधार पर, कुछ विशिष्ट बहिष्करण आपकी पॉलिसी पर भी लागू हो सकते हैं।

आपकी पॉलिसी की अन्य प्रमुख विशेषताएं इस प्रकार हैं:

- आप किसी व्यक्ति या परिवार के लिए पॉलिसी ले सकते हैं। इस पॉलिसी के तहत अनुमत परिवार के सदस्य स्वयं, पति/पत्नी, बच्चे, माता-पिता और सास-ससुर हैं। सदस्यों का कोई जोड़ या विलोपन केवल नवीनीकरण के दौरान किया जाना है।
- चुनी गई बीमा राशि व्यक्तिगत आधार पर हो सकती है (यानी सभी सदस्यों के लिए अलग समान बीमा राशि) या फ्लोटर आधार (यानी सभी सदस्यों के बीच साझा की गई समान बीमा राशि)।
- सभी दावे 5% के सह-भुगतान के अधीन होंगे।
- पॉलिसी के तहत वार्षिक, अर्धवार्षिक, त्रैमासिक और मासिक के प्रीमियम भुगतान मोड उपलब्ध हैं। मासिक मोड के लिए, दूसरे पॉलिसी महीने के प्रीमियम का भुगतान पहले महीने की प्रीमियम किस्त के साथ करना आवश्यक है। इसके बाद, तीसरे पॉलिसी महीने से नियमित मासिक प्रीमियम का भुगतान करना आवश्यक है। वार्षिक मोड के अलावा सभी प्रीमियम भुगतान मोड के लिए ACH/SI अनिवार्य है। एक बार चुने गए प्रीमियम भुगतान मोड को केवल एक वर्ष की पॉलिसी अवधि के अंत में बदला जा सकता।
- दावे के मामले में, यदि मासिक या त्रैमासिक या अर्धवार्षिक प्रीमियम भुगतान मोड चुना जाता है, तो पॉलिसी वर्ष के लिए देय शेष प्रीमियम स्वीकार्य दावा राशि से काट लिया जाएगा।
- आपकी पॉलिसी की आजीवन नवीनीकरणीयता आपकी पुष्टि और देय प्रीमियम के समय पर भुगतान के अधीन है।

यह स्थान जानबूझकर खाली छोड़ दिया गया है

- आपका रिन्यूअल प्रीमियम आपके आयु बैंड के आधार पर बढ़ेगा लेकिन आपके क्लेम अनुभव के आधार पर नहीं बढ़ेगा। उत्पाद के लिए नवीकरण प्रीमियम दरों को भविष्य में आईआरडीआई अनुमोदन के अधीन और समय-समय पर लागू आईआरडीआई के नियमों और विनियमों के अनुसार संशोधित किया जा सकता है।
- अगर आपका प्रस्ताव जारी करने के लिए अस्वीकार कर दिया जाता है, तो आप प्री पॉलिसी मेडिकल चेक-अप (पीपीएमसी) की लागत के लिए खर्च की गई लागत का 100% वहन करेंगे।
- फ्री लुक प्रावधान: यदि आप पॉलिसी के नियमों और शर्तों से सहमत नहीं हैं, तो आप पॉलिसी दस्तावेज प्राप्त होने के 15 दिनों (30 दिनों के भीतर यदि पॉलिसी दूरस्थ विपणन के माध्यम से बेची गई है) अपने कारणों को बताते हुए पॉलिसी रद्द कर सकते हैं, बशर्ते कि किसी भी लाभ के तहत कोई दावा नहीं किया गया हो। कवर अवधि के लिए मेडिकल चेक-अप, स्टॉप ड्यूटी और आनुपातिक जोखिम प्रीमियम के लिए शुल्क काटने के बाद प्रीमियम वापस कर दिया जाएगा। पॉलिसी के नवीनीकरण के समय फ्री लुक प्रावधान लागू नहीं होता है।

नोट:

प्रीमियम: कृपया निवा बूपा हेल्थ इश्योरेंस कंपनी लिमिटेड के नाम पर भुगतान के सुरक्षित मोड के माध्यम से प्रीमियम राशि जमा करें। किसी भी प्रश्न या क्लेम के मामले में, कृपया हमारे कस्टमर हेल्पलाइन नंबर: 1860-500-8888 पर संपर्क करें। _____ मैं समय-समय पर स्वागत कॉल, सेवा कॉल या किसी अन्य संचार (इलेक्ट्रॉनिक या अन्यथा) करने के लिए कंपनी को सहमति देता हूँ और अधिकृत करता हूँ।

नवीनीकरण भुगतान साइन-अप

आपकी स्वास्थ्य बीमा पॉलिसी के नवीकरण प्रीमियम का भुगतान कंपनी के साथ आपके मौजूदा ऑटोमेटेड क्लियरिंग हाउस (ACH)/स्थायी अनुदेशों (SI) को जारी रखते हुए हर साल किया जा सकता है। इस विकल्प के तहत, आपकी पॉलिसी को तुरंत नवीनीकृत किया जा सकता है, लेकिन कंपनी द्वारा आवश्यक जानकारी और दस्तावेज़ीकरण की सभी अतिरिक्त आवश्यकताओं को पूरा करने के अधीन। यह आपके पॉलिसी लाभों की निरंतरता सुनिश्चित करेगा।

मैं ACH/SI रिन्यूअल ऑप्शन चुनना चाहता हूँ।

तारीख: _____

प्रस्तावक का हस्ताक्षर: _____

स्थान: _____

प्रस्तावक का नाम: _____

निवा बूपा हेल्थ इश्योरेंस कंपनी लिमिटेड पंजीकृत कार्यालय: - **C-98**, पहली मंजिल, लाजपत नगर, भाग 1, नई दिल्ली - **110024**
अस्वीकरण: बीमा आग्रह का विषय है। निवा बूपा हेल्थ इश्योरेंस कंपनी लिमिटेड (जिसे पहले मैक्स बूपा हेल्थ इश्योरेंस कंपनी लिमिटेड के नाम से जाना जाता था) (IRDAI पंजीकरण संख्या 145)। 'बूपा' और 'हार्टबीट' लोगो उनके संबंधित स्वामियों के पंजीकृत ट्रेडमार्क हैं और लाइसेंस के तहत निवा बूपा हेल्थ इश्योरेंस कंपनी लिमिटेड द्वारा इस्तेमाल किए जा रहे हैं। ग्राहक हेल्पलाइन: **1860-500-8888**।
वेबसाइट: **www.nivabupa.com**. CIN: **U66000DL2008PLC182918**. नियम एवं शर्तों, बहिष्करण, जोखिम कारकों, प्रतीक्षा अवधि और लाभों के बारे में अधिक जानकारी के लिए, कृपया बिक्री समाप्त करने से पहले सेल्स ब्रोशर को ध्यान से पढ़ें।

कंपनी द्वारा स्वीकृति

आवेदन सं. तारीख

हम आपके प्रस्ताव की प्राप्ति और चेक/डिमांड ड्राफ्ट/अन्य द्वारा राशि _____ रुपये की राशि के

drawn on _____ न

तो हमें प्रस्तुत करने और न ही पॉलिसी जारी करने के लिए किए गए

किसी भुगतान के लिए धन्यवाद के साथ स्वीकार करते हैं, जो निर्णय हमेशा हमारे एकमात्र और पूर्ण विवेक में होगा। यदि हम बीमा के लिए कोई प्रस्ताव

स्वीकार करते हैं, तो यह पॉलिसी के नियमों और शर्तों के अधीन होगा और यदि प्रीमियम हमें पूर्ण और समय पर प्राप्त नहीं होता है

या वसूल नहीं होता है तो हमारी कोई देयता नहीं होगी। यदि हम प्रस्ताव को स्वीकार नहीं करते हैं, तो हम आपको सूचित करेंगे और बिना ब्याज के आपसे प्राप्त

चिकित्सा परीक्षणों की लागत, यदि कोई हो, काटने के बाद भुगतान वापस कर

प्राप्तकर्ता का नाम एवं हस्ताक्षर और ऑफिस की मुहर