

## स्वास्थ्य आश्वासन प्रस्ताव प्रपत्र

(यूआरएन: 002)

कृपया इस फॉर्म को स्वयं और प्रत्येक प्रस्तावित बीमित व्यक्ति के लिए कैपिटल लेटर्स में भरें। यदि आपको इस प्रस्ताव फॉर्म पर किसी भी प्रश्न का उत्तर देने के लिए अतिरिक्त स्थान की आवश्यकता है, तो कृपया कागज की अतिरिक्त शीट संलग्न करें और अतिरिक्त शीट पर उस प्रश्न संख्या को इंगित करें जिससे प्रदान की जा रही जानकारी संबंधित है।

### 1. प्रस्तावक विवरण\*

उपाधि	नाम				शहर
वर्तमान पता					
सीमा चिन्ह				राज्य	पिन कोड
जिला	राज्य		मोबाइल नं.		
लैंडलाइन			पैन नं.		
ईमेल आईडी			वैतनिक	स्व नियोजित	
राष्ट्रीयता	वार्षिक उत्पन्न (₹.)				
क्या आप पॉलिसी किट की फिजिकल कॉपी चाहते हैं?	हाँ	नहीं			
बैंक विवरण					शाखा
बैंक का नाम				खाता सं.	
शहर			खाता प्रकार	बचत	प्रवाह
आईएफएससी कोड					

### इलेक्ट्रॉनिक बीमा खाते (ईआईए) का विवरण

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

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

ग्रामीण और सामाजिक क्षेत्र श्रेणी (यदि लागू हो):

हाँ  इस पॉलिसी को मेरे ई-बीमा खाते में जमा करें

आशा कार्यकर्ता

मनरेगा कार्यकर्ता

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

कृपया बीमा रिपोर्टिंग नाम चुनें (आपने अपना खाता खोला है)

1. एमएसडीएल  2. सीआईएलएल  3. कार्वी  4. कैम्स  (कृपया किसी एक का चयन करें)

मेरे पास मौजूदा ई-बीमा खाता नहीं है और मैं एक नया ई-बीमा खाता बनाने में रूचि रखता हूँ (कृपया संबंधित दस्तावेजों के साथ इलेक्ट्रॉनिक बीमा खाता खोलने का फॉर्म (ईआईए फॉर्म) जमा करें)।

\*प्रस्तावक को बीमा पॉलिसी के तहत कवर किया जाना चाहिए और उसकी आयु 18 वर्ष से अधिक होनी चाहिए।

### 2. कवरेज चयन

लाभ प्रकार (कृपया संबंधित बॉक्स पर टिक करें। आप कई लाभ चुन सकते हैं।)

पारिवारिक संयोजन :	<input type="checkbox"/> 1ए	<input type="checkbox"/> 1ए+1सी	<input type="checkbox"/> 1ए+2सी	<input type="checkbox"/> 2ए	<input type="checkbox"/> 2ए+1सी	<input type="checkbox"/> 2ए+2सी
दुर्घटना देखभाल # :	<input type="checkbox"/> सम इश्योर्ड (₹.)					
दुर्घटना अस्थायी पूर्ण विकलांगता (TTD):	<input type="checkbox"/> हाँ	<input type="checkbox"/> नहीं	सम इश्योर्ड^ (₹.)			
दुर्घटना अस्पताल में भर्ती	<input type="checkbox"/>					
क्रिटिकेयर # :	<input type="checkbox"/> सम इश्योर्ड (₹.)	<input type="checkbox"/> विकल्प 1	<input type="checkbox"/> विकल्प 2			
हॉस्पिकेश :	<input type="checkbox"/> दैनिक हॉस्पिकेश लिमिट (₹)					
पॉलिसी अवधि :	<input type="checkbox"/> 1 वर्ष	<input type="checkbox"/> 2 वर्ष	<input type="checkbox"/> 3 वर्ष			

#For एम्बेडेडकेयर और क्रिटिकेयर: अधिकतम बीमा प्रति दिने रु. 10,000 है, वेतनभोगी होने पर प्रस्तावक की वार्षिक आय का 12 गुण तक या स्व-नियोजित होने पर प्रस्तावक की वार्षिक आय का 15 गुण तक होगा। दुर्घटना देखभाल 2 वर्ष से कम आयु के अतिरिक्त बच्चों के लिए उपलब्ध नहीं होगी। अतिरिक्त बच्चों के लिए क्रिटिकेयर उपलब्ध नहीं होगा। वेतनभोगी व्यक्तियों के लिए, वार्षिक आय निम्नलिखित सीटोसी (बोनस और कमीशन को छोड़कर कंपनी की लागत) के आधार पर होगी। \*अनु अनुसूची विकलांगता (टीडीटी) के लिए बीमित व्यक्ति रु. 1 लाख से रु. 20 लाख (₹. 50,000 के मूलक में) के बीच होगी, हालांकि टीडीटी सम इश्योर्ड वार्षिक आय या एम्बेडेडकेयर सम इश्योर्ड के 2 गुण से कम नहीं हो सकती है, वार्षिक आय ओवरड्रॉप, बोनस, रिटन, कमीशन, भत्ते, विशेष सुआवज़े, अन्य कोटों से आय या परिणामी वेतन के किसी भी घटक को छोड़कर कंपनी की वार्षिक लागत है जो प्राथमिक बीमित व्यक्ति अन्वय प्राप्त करने के योग्य हो सकता है।

### 3. प्रस्तावित बीमित व्यक्ति (व्यक्तियों) का विवरण

बीमित नंबर 1	नाम	जन्म तिथि (DD/MM/YYYY)	ऊंचाई (इंच)	वजन (किग्रा)	कमर (इंच)
लिंग (M/F)	प्रस्तावक के साथ संबंध	अधिभाग:	पढ़ाई:	जोखिम वर्ग*	

बीमित नंबर 2	नाम			जन्म तिथि (DD/MM/YYYY)	ऊंचाई (इंच)	वजन (किग्रा)	कमर (इंच)
	लिंग (M/F)	प्रस्तावक के साथ संबंध	अधिभाग:	पढ़ाई:	जोखिम वर्ग*		
बीमित नंबर 3	नाम			जन्म तिथि (DD/MM/YYYY)	ऊंचाई (इंच)	वजन (किग्रा)	कमर (इंच)
	लिंग (M/F)	प्रस्तावक के साथ संबंध	अधिभाग:	पढ़ाई:	जोखिम वर्ग*		
बीमित नंबर 4	नाम			जन्म तिथि (DD/MM/YYYY)	ऊंचाई (इंच)	वजन (किग्रा)	कमर (इंच)
	लिंग (M/F)	प्रस्तावक के साथ संबंध	अधिभाग:	पढ़ाई:	जोखिम वर्ग*		

\*जोखिम वर्ग II के लिए, प्रीमियम पर 50% लोडिंग होगी। केवल पॉलिसीधारक के व्यवसाय के आधार पर दुर्घटना देखभाल कवरेज के मामले में लागू।

#### 4. नामांकन (प्राथमिक बीमित व्यक्ति के लिए)

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

#### नामांकित बैंक विवरण:

बैंक का नाम \_\_\_\_\_ शाखा \_\_\_\_\_ आईएफएससी कोड \_\_\_\_\_

शहर \_\_\_\_\_ खाता सं. \_\_\_\_\_ खाता प्रकार  बचत  प्रवाह

#### 5. चिकित्सा इतिहास

##### खंड ए: चिकित्सा सूचना

CritiCare और/या HospiCash के मामले में उत्तर दिया जाना है। यदि केवल एक्सीडेंटकेयर का विकल्प चुना जाता है, तो कृपया केवल Q1 का उत्तर दें।	बीमित सं. (कृपया आवेदक सदस्य के खिलाफ हां/नहीं के रूप में उत्तर दें)			
	1	2	3	4
1. क्या आप अच्छे स्वास्थ्य में हैं और/या जन्म के बाद या बाद में किसी मानसिक/शारीरिक हानि और/या विकृति और/या विकलांगता से पीड़ित नहीं हैं?	हाँ/पन	हाँ/पन	हाँ/पन	हाँ/पन
2. क्या आपको किसी भी लक्षण के लिए 7 दिनों से अधिक समय तक बिस्तर पर आराम या अस्पताल में भर्ती होने की सलाह दी गई है जिसने आपकी दैनिक गतिविधियों को प्रभावित किया है?	हाँ/पन	हाँ/पन	हाँ/पन	हाँ/पन
3. क्या आप 5 दिनों से अधिक समय से किसी भी असुविधा / लक्षण से पीड़ित हैं या वर्तमान में पीड़ित हैं जिसके लिए आपने कोई परामर्श नहीं लिया है या ऐसा करने की योजना बना रहे हैं?	हाँ/पन	हाँ/पन	हाँ/पन	हाँ/पन
4. क्या आपको कभी सलाह दी गई है या वर्तमान में 7 दिनों या साप्ताहिक या मासिक आधार पर दैनिक आधार पर किसी भी उपचार या दवा पर सलाह दी गई है?	हाँ/पन	हाँ/पन	हाँ/पन	हाँ/पन
5. क्या आपने कभी निम्नलिखित में से किसी भी जांच (नियमित स्वास्थ्य जांच के अलावा) की सलाह दी है या सलाह दी गई है: टीएमटी, एंजियोग्राफी, इको कार्डियोग्राफी, एंडोस्कोपी, सीटी स्कैन, एमआरआई, एफएनएसी, बायोप्सी, आदि?	हाँ/पन	हाँ/पन	हाँ/पन	हाँ/पन
6. क्या आपने कभी कोई ऑपरेशन या सर्जरी करवाई है या करने की योजना बना रहे हैं?	हाँ/पन	हाँ/पन	हाँ/पन	हाँ/पन
7. क्या आपके पास उच्च रक्तचाप और / या मधुमेह और / या उच्च कोलेस्ट्रॉल और / या हृदय की समस्या और / या थायरॉयड विकार है?	हाँ/पन	हाँ/पन	हाँ/पन	हाँ/पन
8. क्या आपको कभी किसी भी प्रकार के कैंसर का पता चला है? क्या आपको कभी नियमित स्क्रीनिंग के अलावा संभावित कैंसर निदान से इंकार करने के लिए किसी भी स्क्रीनिंग से गुजरने की सलाह दी गई है?	हाँ/पन	हाँ/पन	हाँ/पन	हाँ/पन
9. क्या आपने कभी तंबाकू से संबंधित उत्पादों जैसे सिगरेट/गुटखा-पान या शराब या किसी अन्य नशीले पदार्थों का दैनिक या साप्ताहिक आधार पर सेवन किया है या वर्तमान में एक महीने से अधिक समय तक सेवन किया है?	हाँ/पन	हाँ/पन	हाँ/पन	हाँ/पन

#### बीमा की जाने वाली महिला जीवन के मामले में उत्तर दिया जाना है:

10	क्या आप वर्तमान में गर्भवती हैं और/या किसी भी प्रकार के प्रजनन उपचार से गुजर रही हैं और/या सीज़ेरियन सेक्शन द्वारा जन्म दिया है?	हाँ/पन	हाँ/पन	हाँ/पन	हाँ/पन
	क्या आपको कभी स्तन, मासिक चक्र, गर्भाधान और/या गर्भवस्था और/या नियमित परीक्षा के अलावा पीएपी स्मीयर, मैमोग्राम से जुड़ी कोई स्त्री रोग संबंधी जटिलताएं हुई हैं?	हाँ/पन	हाँ/पन	हाँ/पन	हाँ/पन

**सेक्शन B:** (केवल CritiCare और/या HospiCash के लिए लागू) कृपया विवरण प्रदान करें यदि Q1 का उत्तर 'नहीं' के रूप में दिया गया है और/या सेक्शन A में Q2 से Q11 तक के प्रश्नों का उत्तर 'हां' के रूप में दिया गया है। बीमारी/चिकित्सा/परीक्षण/सर्जरी/चोट/विकलांगता/विकृति/हानि का नाम और विवरण।

बीमित सं.	चिकित्सा प्रश्न संख्या	बीमारी का प्रकार	सटीक निदान और जांच की गई	निदान की तारीख	परामर्श की तिथि	अस्पताल में भर्ती होने के उपचार/इतिहास का विवरण	डॉक्टर का नाम और फोन नंबर और क्या इसके लिए अस्पताल में भर्ती कराया गया है

(यदि आपको इस प्रस्ताव फॉर्म पर किसी भी प्रश्न का उत्तर देने के लिए अतिरिक्त स्थान की आवश्यकता है, तो कृपया कागज की अतिरिक्त शीट संलग्न करें और अतिरिक्त शीट पर इंगित करें कि जिस प्रश्न संख्या से जानकारी प्रदान की जा रही है वह संबंधित है।)

विभाग C:

क्या बीमित व्यक्ति/प्रस्तावक राजनीतिक रूप से उजागर व्यक्ति (पीईपी) है? (यदि हां, तो कृपया पीईपी प्रश्नावली भरें)  हाँ  नहीं

क्या आपके पास भारत और/या विदेश में किसी भी आपराधिक कार्यवाही के तहत दोषसिद्धि का कोई इतिहास है?  हाँ  नहीं

#PEP ऐसे व्यक्ति हैं जिन्हें प्रमुख सार्वजनिक कार्यों का दायित्व सौंपा गया है 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, परिवार के तत्काल सदस्य या उससे ऊपर के व्यक्ति (पति या पत्नी, माता-पिता, बच्चे, पति या पत्नी के माता-पिता या भाई-बहन और पीईपी के करीबी सहयोगी)।

धारा डी: पारिवारिक इतिहास \* (क्रिटिकेयर और हॉस्पिकैश कवरेज के लिए लागू) क्या आपके माता-पिता, भाइयों या बहनों को कैंसर, मधुमेह, उच्च रक्तचाप (उच्च रक्तचाप), हृदय या गुर्दे की बीमारी, पॉलीसिस्टिक किडनी रोग, मानसिक या तंत्रिका विकार (अल्जाइमर रोग सहित), स्ट्रोक, मल्टीपल स्केलेरोसिस, मोटर न्यूरोन रोग या कोई अन्य वंशानुगत विकार है जो प्रकृति में लगातार/लंबे समय तक है?  हाँ  नहीं

बीमित सं.	प्रस्तावक के साथ संबंध	रोग या विकार (यदि कोई हो)	आयु (यदि जीवित है)	शुरुआत में आयु	मृत्यु का कारण (यदि लागू हो)	मृत्यु के समय आयु (यदि लागू हो)

\*केवल वयस्क सदस्य के लिए प्रदान किया जाना है

## 6. परिवार चिकित्सक का विवरण

परिवार चिकित्सक का नाम \_\_\_\_\_ संपर्क नंबर 1 \_\_\_\_\_ संपर्क नंबर 2 \_\_\_\_\_

## बीजुदा बीमा विवरण

क्या आप या कोई व्यक्ति निवा बूपा हेल्थ इंश्योरेंस कंपनी लिमिटेड या किसी अन्य बीमा कंपनी के साथ स्वास्थ्य बीमा/व्यक्तिगत दुर्घटना पॉलिसी के तहत पहले से बीमाकृत होने का प्रस्ताव है?  हाँ  नहीं

यदि हाँ, तो कब से आपका लगातार बीमा किया जा रहा है  डीडी/मिमी/YYYY

बीमित सं.	बीमा कंपनी का नाम	पॉलिसी नंबर / आवेदन नंबर	से बीमित (तिथि)	से (तारीख)	सम इंश्योर्ड	दावा विवरण (यदि कोई हो)

## 8. घोषणा (कृपया ध्यान से पढ़ें और हस्ताक्षर करने से पहले प्रत्येक के खिलाफ एक चेक मार्क लगाएं)

मैं समझता हूँ कि मेरे द्वारा प्रदान की गई जानकारी बीमा पॉलिसी का आधार बनेगी, बीमा कंपनी की बोर्ड द्वारा अनुमोदित हामीदारी नीति के अधीन है और यह पॉलिसी प्रभार्य प्रीमियम की पूर्ण प्राप्ति के बाद ही लागू होगी।

मैं/हम यह भी घोषणा करते हैं कि मैं/हम 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 अधिसूचित करेंगे

मैं/हम किसी भी डॉक्टर या अस्पताल से चिकित्सा जानकारी मांगने वाली कंपनी की घोषणा करते हैं और सहमति देते हैं, जिसने कभी भी बीमित / प्रस्तावक या किसी भी पिछले या वर्तमान नियोक्ता से चिकित्सा जानकारी मांगी है, जो जीवन के शारीरिक या मानसिक स्वास्थ्य को प्रभावित करती है और किसी भी बीमा कंपनी से जानकारी मांगता है जिसे जीवन पर बीमा के लिए आवेदन किया गया है आश्वासन / प्रस्तावक प्रस्ताव और/या दावा निपटान को हामीदारी देने के उद्देश्य से।

मैं/हम कंपनी को मेरे प्रस्ताव से संबंधित जानकारी साझा करने के लिए अधिकृत करते हैं, जिसमें प्रस्ताव हामीदारी और/या दावों के निपटान के एकमात्र उद्देश्य के लिए मेडिकल रिकॉर्ड और किसी भी सरकार, हमारे सेवा प्रदाता और/या नियामक प्राधिकरण के साथ शामिल 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।

मैं/हम एतद्वारा अपनी ओर से और सभी व्यक्तियों की ओर से बीमा कराने के लिए प्रस्तावित घोषणा करता हूँ कि मेरे द्वारा दिए गए उपरोक्त कथन, उत्तर और/या विवरण मेरी सर्वोत्तम जानकारी के अनुसार सभी प्रकार से सत्य और पूर्ण हैं और मैं/हम अन्य व्यक्तियों की ओर से प्रस्ताव करने के लिए अधिकृत हैं।

खजूर: \_\_\_\_\_ स्थान: \_\_\_\_\_ प्रस्तावक के हस्ताक्षर \_\_\_\_\_

## 9. इलेक्ट्रॉनिक नीति पूर्ति और सेवा संचार के लिए प्राधिकरण

मैं अपने पर्यावरण की रक्षा करना चाहता हूँ और निवा बूपा हीथ इंश्योरेंस कंपनी लिमिटेड को अपनी सभी पॉलिसी और सेवा संबंधी संचार ईमेल आईडी पर भेजने के लिए अधिकृत करके कागज बचाने में मदद करना चाहता हूँ जैसा कि आवेदन पत्र में उल्लेख किया गया है।  हाँ  नहीं

## 10. स्थानीय घोषणा

यदि प्रस्तावक ने कंपनी के एजेंट/कर्मचारी के अलावा किसी अन्य व्यक्ति द्वारा स्थानीय भाषा में हस्ताक्षर किए हैं, तो प्रमाणन। इस रूप की सामग्री और इसके विवरण को मैंने प्रस्तावक को स्थानीय भाषा में समझाया है जिसने इसे समझा और पुष्टि की है।

गवाह का नाम: \_\_\_\_\_ गवाह के हस्ताक्षर \_\_\_\_\_ प्रस्तावक के हस्ताक्षर \_\_\_\_\_

सदस्य का नाम	क्या आपके पास आभा आईडी है?	आभा आईडी	ABHA के माध्यम से बीमाकर्ताओं/TPA के साथ मेडिकल रिकॉर्ड साझा करने की
	<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

**1 शिफ्ट और दावों के भुगतान के लिए विवरण**

**भुगतान प्राप्त करने का विकल्प:**  बैंक ट्रांसफर

लाभार्थी का नाम \_\_\_\_\_

बैंक का नाम \_\_\_\_\_ खाता सं. \_\_\_\_\_

आईएफएससी कोड \_\_\_\_\_ खाता प्रकार  बचत  प्रवाह

**केवल आधिकारिक उपयोग के लिए**

प्रीमियम भुगतान विवरण:  नकद  चेक/डीडी नं. \_\_\_\_\_  क्रेडिट कार्ड

ऑनलाइन/डायरेक्ट डेबिट लेन-देन ID \_\_\_\_\_ कुल धनराशि \_\_\_\_\_

खजूर (डीडी/मिमी/वाईवाईवाईवाई) बैंक का नाम/शाखा \_\_\_\_\_

निवा बूपा शाखा स्थान \_\_\_\_\_ कोड नं. \_\_\_\_\_

व्यापार स्रोत: सलाहकार/डीएसटी/कॉर्पोरेट एजेंसी/अन्य चैनल कोड नं. \_\_\_\_\_

नाम \_\_\_\_\_ कोड नं. \_\_\_\_\_

दिनांक को प्राप्त हुआ प्रस्ताव \_\_\_\_\_ कस्टमर ID \_\_\_\_\_

द्वारा संसाधित खजूर डीडी/मिमी/YYYY द्वारा अनुमोदित खजूर डीडी/मिमी/YYYY

**केवल Bancassurance चैनल के लिए अतिरिक्त विवरण**

शाखा कोड \_\_\_\_\_ एसपी कोड \_\_\_\_\_ आरएम/एलजी कोड \_\_\_\_\_

ग्राहक का खाता नं. \_\_\_\_\_

**बीमा सलाहकार की रिपोर्ट**

क्या आप प्रस्तावक से संबंधित हैं?  हाँ  नहीं यदि हाँ, तो संबंधों की प्रकृति? \_\_\_\_\_

आप प्रस्तावक को कब से जानते हैं? \_\_\_\_\_ साल \_\_\_\_\_ महीने

क्या आप प्रस्तावक की पहचान से संतुष्ट हैं?  हाँ  नहीं

क्या प्रस्तावक या किसी प्रस्तावित बीमित व्यक्ति में कोई शारीरिक विकृति / दोष या मानसिक मंदता है?  हाँ  नहीं

क्या आपने पॉलिसी के बहिष्करण की व्याख्या की है और क्या प्रस्तावक ने व्यक्तिगत रूप से स्वास्थ्य घोषणा पूरी की है?  हाँ  नहीं

क्या प्रस्ताव प्रपत्र को बनाने समय प्रस्तावक के स्वास्थ्य की स्थिति क्या है? \_\_\_\_\_

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

खजूर: (डीडी/मिमी/वाईवाईवाईवाई) \_\_\_\_\_

बीमा सलाहकार के हस्ताक्षर \_\_\_\_\_

**सांविधिक चेतावनी: बीमा**

अधिनियम 1938 की धारा 41: (1) कोई भी व्यक्ति प्रत्यक्ष या अप्रत्यक्ष रूप से किसी भी व्यक्ति को भारत में जीवन या संपत्ति से संबंधित किसी भी प्रकार या जोखिम के संबंध में बीमा लेने या नवीनीकृत करने या जारी रखने के लिए प्रलोभन के रूप में अनुमति नहीं देगा या अनुमति नहीं देगा या पॉलिसी पर दिखाए गए प्रीमियम के किसी भी छूट को देय कमीशन के पूरे या हिस्से की कोई छूट नहीं देगा और न ही कोई होगा पॉलिसी लेने या जारी रखने वाला व्यक्ति ऐसी छूट को छोड़कर किसी भी छूट को स्वीकार करता है जिसे 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।

निवा बूपा हीथ इश्योरेंस कंपनी लिमिटेड बीमा  
 याचना का विषय है। निवा बूपा हेल्थ इश्योरेंस कंपनी लिमिटेड (जिसे पहले मैक्स बूपा हेल्थ इश्योरेंस कंपनी लिमिटेड के नाम से जाना जाता था) (आईआरडीआई 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 उपयोग किए जा रहे हैं। पंजीकृत कार्यालय: - सी -98, पहली मंजिल, लाजपत नगर, भाग 1, नई दिल्ली -110024, ग्राहक हेल्पलाइन: 1860-500-8888। वेबसाइट: www.nivabupa.com। सीआईएन: U66000DL2008PLC182918। नोट: प्रस्तावक निवा बूपा को सूचित करने के लिए उत्तरदायी है यदि पॉलिसी अवधि के दौरान किसी भी बीमित व्यक्ति की नौकरी की प्रकृति में कोई बदलाव होता है।



**धन्यवाद**

(ग) के उत्तर को देखते हुए प्रश्न नहीं उठता। खजूर  D  D  समय  समय  और  और  और  और

हम आपके प्रस्ताव की प्राप्ति और नकद/चेक/डिमांड ड्राफ्ट/रूपये की अन्य राशि की प्राप्ति के लिए धन्यवाद के साथ स्वीकार करते हैं।

बीमा के लिए एक पूर्ण प्रस्ताव के न तो हमें प्रस्तुत करने और न ही किसी भी पॉलिसी के लिए कोई भुगतान हमें पॉलिसी जारी करने के लिए सहमत होने के लिए बाध्य करता है, जो निर्णय हमेशा एकमात्र और पूर्ण विवेक में होगा। यदि

हम बीमा के लिए एक प्रस्ताव स्वीकार करते हैं, तो यह पॉलिसी के नियमों और शर्तों के अधीन होगा

और यदि परिणाम हमारे द्वारा पूर्ण और समय पर प्राप्त नहीं किया जाता है या वसूल नहीं किया जाता

है तो हमारे पास कोई दायित्व नहीं होगा। यदि हम प्रस्ताव स्वीकार नहीं करते हैं, तो हम आपको सूचित करेंगे और भुगतान

वापस कर देंगे। यदि कोई हो, तो बिना ब्याज के आपसे प्राप्त हुआ।

## मुख्य विशेषता दस्तावेज़

निवा बूपा अपने ग्राहकों के लिए निष्पक्ष और पारदर्शी होने के लिए समर्पित है। यह दस्तावेज़ आपकी पॉलिसी की प्रमुख विशेषताओं और प्रतीक्षा अवधियों को सारांशित करता है। कृपया अपनी पॉलिसी को बेहतर ढंग से समझने के लिए इसे ध्यान से पढ़ें।

### 1एक्सीडेंटकेयर कवर

यदि किसी बीमित व्यक्ति की मृत्यु हो जाती है या दुर्घटना के कारण कोई चोट लगती है तो एक्सीडेंटकेयर कवर निम्नलिखित लाभों के माध्यम से मदद करेगा:

श्रेष्ठ कवर :	मृत्यु पर देय।
रक्षणी पूर्ण विकलांगता :	एक स्थायी विकलांगता के लिए देय जो काम करने की क्षमता या अंगों या दृष्टि के उपयोग के नुकसान को प्रभावित करता है।
स्थायी आंशिक विकलांगता :	एक स्थायी चोट के लिए देय जो आपके शरीर के हिस्से को प्रभावित करता है जैसे: हाथ या पैर के उपयोग की हानि या भाषण या सुनवाई आदि का नुकसान।
बाँत शिक्षा लाभ :	मृत्यु या स्थायी कुल विकलांगता की स्थिति में 2 आश्रित बच्चों के लिए परिवार विकल्प के तहत देय।
अंतिम संस्कार का खर्च:	<b>मृत्युपरदेय।</b>
अस्थायी पूर्ण विकलांगता : (वैकल्पिक लाभ)	विकलांगता के लिए देय जिसके कारण बीमित व्यक्ति अपने सामान्य व्यवसाय में भाग लेने में असमर्थ है।
दुर्घटना अस्पताल में भर्ती: (वैकल्पिक लाभ)	<b>दुर्घटनाकेकारणअस्पतालमेंभर्तीहोनेकेखर्चकेलिएदेय।</b>
संभ्र इंश्योर्ड (SI) पात्रता:	स्वयं - एसआई पति या पत्नी का 100% - एसआई का 50% या 10 लाख रुपये (जो भी कम हो) बच्चे - एसआई का 20% या 5 लाख रुपये (जो भी कम हो)

### 2क्रिटिकेयर कवर

यदि कोई बीमित व्यक्ति पॉलिसी में शामिल 20 गंभीर बीमारियों (जैसे कैंसर, हार्ट अटैक, ओपन चैस्ट सीएबीजी, मल्टीपल स्केलेरोसिस आदि) में से किसी एक से पीड़ित है, तो निवा बूपा चयनित लाभ विकल्प के अनुसार बीमा राशि का भुगतान करेगा।

लक्ष्य विकल्प :	लक्ष्य विकल्प 1 - एकमुश्त लाभ के रूप में देय बीमा लक्ष्य विकल्प 2 - एकमुश्त के रूप में देय बीमा राशि और बाद के 5 वर्षों के लिए प्रत्येक वर्ष देय बीमित राशि का 10%
संभ्र इंश्योर्ड (SI) पात्रता:	स्वयं-एसआईपति/पत्नी 100%-एसआईका100%
प्रारंभिक प्रतीक्षा अवधि :	<b>कवरेजशुरूहोनेकीतारीखसे90दिन,यानीलाभदेयनहींहोगायदिसंकेतयालक्षण पहले90दिनायाउससेपहलेहुएथे।</b>
पहले से मौजूद बीमारियों के लिए प्रतीक्षा:	पहले से मौजूद बीमारियों के लिए लाभ तब तक उपलब्ध नहीं होंगे जब तक कि पहली पॉलिसी की शुरुआत के बाद से 36 महीने का निरंतर कवरेज बीत न जाए।
प्री-पॉलिसी मेडिकल चेक-अप (PPMC) की लागत:	यदि क्रिटिकेयर के प्रस्ताव को अस्वीकार कर दिया जाता है, तो ग्राहक को पीपीएमसी के लिए खर्च की गई लागत का 100% वहन करना होगा।

### 3हॉस्पिकेश कवर

यदि कोई बीमित व्यक्ति अस्पताल में भर्ती है, तो निवा बूपा अस्पताल में भर्ती होने के 24 घंटे की प्रत्येक निरंतर और पूर्ण अवधि के लिए दैनिक भत्ता (जैसा चुना गया है) का भुगतान करेगा। यदि बीमित व्यक्ति को अस्पताल की गहन चिकित्सा इकाई (आईसीयू) में भर्ती कराया जाता है, तो निवा बूपा चुने गए दैनिक भत्ते का दोगुना भुगतान करेगी।

संभ्र इंश्योर्ड (SI) पात्रता:	स्वयं - चुने हुए दैनिक हॉस्पिकेश सीमा का 100% जीवनसाथी - चुने गए दैनिक हॉस्पिकेश सीमा का 100% बच्चे - चुने गए दैनिक हॉस्पिकेश
प्रारंभिक प्रतीक्षा अवधि :	सीमा का 50% हम इस लाभ के तहत एक पॉलिसी वर्ष में बीमित व्यक्ति के लिए अधिकतम 45 दिनों तक भुगतान करेंगे, जिसमें आईसीयू में प्रवेश के अधिकतम 7 दिन शामिल हैं। कवरेज शुरू होने की तारीख से 30 दिन। दुर्घटना के कारण अस्पताल में भर्ती होने के मामले में कोई प्रारंभिक प्रतीक्षा अवधि नहीं होगी।
पहले से मौजूद बीमारियों के लिए प्रतीक्षा अवधि :	पहले से मौजूद बीमारियों के लिए लाभ तब तक उपलब्ध नहीं होंगे जब तक कि पहली पॉलिसी की शुरुआत के बाद से 36 महीने का निरंतर कवरेज बीत न जाए।
लिखित प्रतीक्षा अवधि :	विशिष्ट स्थितियों/उपचारों जैसे मोतियाबिंद, साइनसाइटिस, पित्त और मूत्र प्रणाली में पथरी, गठिया, मधुमेह और संबंधित जटिलताओं आदि के लिए 24 महीने की प्रतीक्षा अवधि।
प्री लुक प्रोविजन :	यदि आप पॉलिसी के नियमों और शर्तों से सहमत नहीं हैं, तो आप पॉलिसी दस्तावेज़ प्राप्त होने के 15 दिनों के भीतर कारण बताते हुए पॉलिसी रद्द कर सकते हैं बशर्ते कोई दावा नहीं किया गया हो। प्री लुक पीरियड 30 दिन होगा यदि पॉलिसी दूरस्थ विपणन मोड के माध्यम से खरीदी जाती है और पॉलिसी अवधि 3 वर्ष है। रटाम्य ड्यूटी, प्री पॉलिसी मेडिकल चेक-अप और अनुयायिक जोखिम प्रेम के लिए शुल्क काटने के बाद प्रीमियम वापस कर दिया

## मुख्य विशेषता दस्तावेज़

नोट: ये केवल ऑफर किए गए कवर का सारांश हैं. कृपया बिक्री समाप्त करने से पहले पूर्ण विवरण के लिए पॉलिसी नियमावली देखें। यह दस्तावेज़ केवल पॉलिसी में प्रमुख लाभों के लिए एक संकेतक है।

खज़ूर: \_\_\_\_\_

प्रस्तावक के हस्ताक्षर: \_\_\_\_\_

स्थान: \_\_\_\_\_

प्रस्तावक का नाम: \_\_\_\_\_