

1		(एम/एफ/अन्य)	(डीडी/मिमी/वाईवाई वाई वाई)					
---	--	--------------	----------------------------	--	--	--	--	--

आधार कवरेज:	
पॉलिसी का प्रकार#:	व्यक्ति
कवर किए जाने वाले जीवन की संख्या:	1
बेस सम इश्योर्ड:	
पॉलिसी अवधि:	1 वर्ष

3. सुवाह्यता

नीति सं.	बीमा कंपनी	जोखिम प्रारंभ दिनांक	जोखिम समाप्ति तिथि	पोर्टिंग के कारण

प्रस्तावित बीमित व्यक्ति का नाम जिसके लिए पोर्टेबिलिटी का अनुरोध किया गया	पॉलिसी शुरू होने की पहली तारीख	निरंतर कवरेज के वर्षों की संख्या जिसके लिए पोर्टेबिलिटी का अनुरोध किया गया है	पिछली नीतियों में दावे	वर्तमान नो क्लेम बोनस	सम इश्योर्ड - वर्ष 1 (सबसे)	सम इश्योर्ड- वर्ष 2	सम इश्योर्ड - वर्ष 3	सम इश्योर्ड - वर्ष 4 (एक्सपायरी पॉलिसी)

4. नामांकन

प्रस्तावक की मृत्यु की स्थिति में, नामांकित व्यक्ति को दावे का भुगतान किया जाएगा। अन्य बीमित व्यक्तियों के लिए, प्रस्तावक नामांकित व्यक्ति है। नामांकित व्यक्ति को भुगतान कंपनी की पूर्ण देयता का निर्वहन करता है।

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

नॉमिनी का बैंक विवरण: लाभार्थी का नाम:

बैंक का नाम खाता प्रकार बचत प्रवाह

खाता संख्या आईएफएससी कोड

5. चिकित्सा, आदतें और पिछले प्रस्ताव की जानकारी

महत्वपूर्ण: कृपया सुनिश्चित करें कि इस खंड के सभी प्रश्नों का उत्तर सच्चाई से और पूरी तरह से दिया गया है क्योंकि आपके द्वारा यहां प्रदान की गई जानकारी निवा बूपा द्वारा हामीदारी 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।

खण्ड A	
कृपया प्रत्येक आवेदक के लिए निम्नलिखित प्रश्नों के उत्तर दें। कृपया हाँ (Y) या नहीं (N) सर्कल करें	1

i. सामान्य सर्दी, फ्लू, संक्रमण, मामूली चोट या अन्य छोटी बीमारियों के अलावा; क्या आवेदक को कभी भी किसी बीमारी का पता चला है और/या 5 दिनों से अधिक समय तक अस्पताल में भर्ती कराया गया है और/या किसी सर्जिकल प्रक्रिया से गुजरने की सलाह दी गई है और/या कोई दवा ली गई है/14 दिनों से अधिक समय तक कोई लक्षण था? दवा शामिल है, लेकिन इनहेलर, इंजेक्शन, मौखिक दवाओं और शरीर के अंगों पर बाहरी चिकित्सा अनुप्रयोगों तक सीमित नहीं है।	और	N
ii. क्या आवेदक को कभी भी थायराइड प्रोफाइल, लिपिड प्रोफाइल, ट्रेडमिल टेस्ट, एंजियोग्राफी, इकोकार्डियोग्राफी, एंडोस्कोपी, अल्ट्रासाउंड, सीटी स्कैन, एमआरआई, बायोप्सी और एफएनएसी से संबंधित किसी भी नैदानिक परीक्षण या जांच के प्रतिकूल परिणाम मिले हैं?	और	N
iii. क्या आवेदक को मधुमेह या प्री-डायबिटीज है या क्या उसे कभी उच्च रक्त शर्करा हुआ है?	और	N
iv. क्या आवेदक को उच्च रक्तचाप या उच्च रक्तचाप है?	और	N
v. क्या आवेदक को कभी भी किसी अनुर्विशिक / वंशानुगत विकार या एचआईवी / एड्स के लिए निदान या उपचार किया गया है?	और	N
हमब्या आवेदक को कभी भी किसी मानसिक/मानसिक विकार के लिए निदान या उपचार किया गया है?	और	N
vii. क्या आवेदक को कभी भी किसी स्त्री रोग संबंधी बीमारी का निदान किया गया है जिसके लिए 5 दिनों से अधिक का कोई हस्तक्षेप, हार्मोनल रिप्लेसमेंट थेरेपी या दवा निर्धारित की गई है?	और	N
viii. यदि आवेदक कभी गर्भवती हुई है तो क्या गर्भावस्था में कोई जटिलता हुई है?	और	N
ix. क्या आवेदक को कभी भी योनि से असामान्य रक्तस्राव या मासिक धर्म में अनियमितता हुई है?	और	N

अनुभाग B: उपरोक्त अनुभाग में हॉ (य) चिह्नित प्रश्नों के लिए, कृपया निम्नलिखित जानकारी निर्दिष्ट करें:										
आवेदक संख्या	लक्षण (ओं) या जांच (ओं) या निदान या प्रक्रिया / सर्जरी का विवरण				दुराती ऑन ऑफ कंडीशन	चिकित्सा (ओं)	क्या करें उम्र	वर्तमान स्थिति (जैसे पूर्ण/आंशिक वसूली या चल रहे उपचार)	डॉक्टर का नाम और संपर्क विवरण का इलाज करना	दस्तावेज़ संलग्न (हॉ /
	यदि मधुमेह HbA1c स्तर	यदि उच्च रक्तचाप बीपी स्तर सिस्टोलिक /	कोई अन्य विवरण	गुरुभार की लक्षण (टीटी) / एमएम / कईगर्भवतिकांडवर्ग						

6. घोषणा (कृपया ध्यान से पढ़ें और प्रस्ताव फॉर्म पर हस्ताक्षर करने से पहले प्रत्येक के सामने एक चेक मार्क लगाएं)

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 मेरे सर्वोत्तम ज्ञान के अनुसार सभी मामलों में सत्य और पूर्ण हैं और मैं इन अन्य व्यक्तियों की ओर से प्रस्ताव करने के लिए अधिकृत हूँ।

। समझते हैं 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।

। आगे घोषणा करता हूँ कि मैं प्रस्ताव प्रस्तुत किए जाने के बाद लेकिन कंपनी द्वारा जोखिम स्वीकृति के संचार से पहले बीमित किए जाने वाले जीवन के व्यवसाय या सामान्य स्वास्थ्य में होने वाले किसी भी बदलाव को लिखित रूप में अधिसूचित करूंगा।

। 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 करता 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।

। कंपनी को मेरे प्रस्ताव से संबंधित जानकारी साझा करने के लिए अधिकृत करता हूँ, जिसमें प्रस्ताव और/या दावों के निपटान के एकमात्र उद्देश्य के लिए बीमित/प्रस्तावक के मेडिकल रिकॉर्ड शामिल हैं, और किसी भी सरकारी और/या नियामक प्राधिकरण के साथ।

मैं/हम कंपनी को अपने सूचीबद्ध प्रदाता के साथ सेवा वितरण के एकमात्र उद्देश्य के लिए बीमित व्यक्ति/प्रस्तावक के मेडिकल रिकॉर्ड सहित मेरे/हमारे प्रस्ताव से संबंधित जानकारी साझा करने के लिए अधिकृत करते हैं।

7. स्थानीय घोषणा

___if प्रस्तावक ने स्थानीय भाषा में हस्ताक्षर किए हैं: इस फॉर्म की सामग्री को मेरे द्वारा, ___Language___ में प्रमाणित करने वाले व्यक्ति के ___Name___, प्रस्तावक को witness___ के ___Name___ की उपस्थिति में समझाया गया है जिसने इसे समझा और पुष्टि की है। गवाह कंपनी के एजेंट/कर्मचारी के अलावा कोई और होना चाहिए।

दिनांकित ___/___/___ स्थान _____ Proposer _____ के हस्ताक्षर
 प्रमाणित करने वाले Person _____ के हस्ताक्षर/प्रमाणित व्यक्ति का मोबाइल नंबर _____
 Witness _____ के हस्ताक्षर साक्षी का मोबाइल नंबर _____

8. घोषणा यदि फॉर्म प्रस्तावक और सलाहकार घोषणा द्वारा नहीं भरा गया है

घोषणा यदि किसी कारण से, प्रस्ताव और अन्य जुड़े कागजात प्रस्तावक द्वारा नहीं भरे जाते हैं। प्रस्ताव प्रपत्र की विषय-वस्तु के बारे में मुझे पूरी तरह से बता दिया गया है और मैंने सभी पहलुओं और निहितार्थों को पूरी तरह से समझ लिया है। प्रस्ताव फॉर्म मेरे निर्देश के तहत ___Name___, ___Mobile no___ द्वारा भरा जाता है और मैंने सभी जानकारी को सही और पूर्ण पाया।

प्रस्तावक के हस्ताक्षर _____

सलाहकार घोषणा: मैं बीमा सलाहकार/कॉर्पोरेट एजेंट के निर्दिष्ट व्यक्ति/ब्रोकर के प्राधिकृत कर्मचारी/रिलेशनशिप ऑफिसर के रूप में, एतद्वारा घोषणा करता हूँ कि मैंने प्रस्तावक को इस उत्पाद/प्रस्ताव की सभी विषय-वस्तु के बारे में बता दिया है।

बीमा Advisor _____ के हस्ताक्षर मध्यस्थ कोड: _____

9. प्रीमियम विवरण (केवल कार्यालय उपयोग के लिए)

प्रीमियम भुगतान विकल्प दायक मांग ड्राफ्ट क्रेडिट कार्ड नकद अन्य प्रीमियम राशि _____
 ऑनलाइन भुगतान लेनदेन आईडी: _____ खजूर: ___/___/___ बैंक का नाम/शाखा _____
 निवा बूपा शाखा स्थान _____ कोड No _____ व्यवसाय का स्रोत: सलाहकार/डीएसटी/कॉर्पोरेट एजेंसी/अन्य चैनल
 कोड No _____ नाम _____ प्रस्ताव प्राप्त हुआ: _____ कस्टमर आईडी: _____
 क्या प्रस्तावक या आवेदक कर्मचारी है? हाँ नहीं

10. प्रस्तावक के दावों की वापसी और भुगतान के लिए विवरण

भुगतान प्राप्त करने का विकल्प: बैंक हस्तांतरण

लाभार्थी का नाम: _____

बैंक का नाम: _____ आईएफएससी कोड: _____

खाता संख्या: _____

खाता प्रकार: _____

11. नवीकरण

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।

मैं ACH/SI नवीनीकरण विकल्प चुनना चाहता हूँ और इस तरह प्रीमियम पर 2.5% की छूट का लाभ उठाना चाहता हूँ जब तक कि पॉलिसी का उपयोग करके नवीनीकरण नहीं किया जाता है।

दिनांकित ___/___/___ स्थान _____ Proposer _____ के हस्ताक्षर

12. केवल Bancassurance चैनल के लिए अतिरिक्त विवरण (केवल कार्यालय उपयोग के लिए)

शाखा कोड _____ एसपी कोड _____ RM/LG कोड _____
 ग्राहक खाता संख्या _____

13. वैधानिक चेतावनी

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

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 प्रीमियम की कोई छूट देने की अनुमति या अनुमति नहीं देगा

पॉलिसी, न ही कोई व्यक्ति पॉलिसी लेने या नवीनीकृत करने या जारी रखने वाला कोई भी व्यक्ति किसी भी छूट को स्वीकार करेगा, सिवाय ऐसी छूट के जो बीमाकर्ता के प्रकाशित प्रॉस्पेक्टस या तालिकाओं के अनुसार अनुमति दी जा सकती है।

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

14. कंपनी द्वारा पावती

आवेदन सं.

खजूर __/__/__

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

रिसीवर और कार्यालय की मुहर का नाम और हस्ताक्षर

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

- क्या आप प्रस्तावक से संबंधित हैं? हाँ/नहीं; यदि हाँ, तो संबंधों की प्रकृति? _____
- आप प्रस्तावक को कितने समय से जानते हैं? साल _____ महीना _____
- क्या आप प्रस्तावक की पहचान से संतुष्ट हैं? _____ हाँ _____ नहीं
- क्या प्रस्तावक या किसी आवेदक को 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
- इस प्रस्ताव प्रपत्र को बनाते 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
- क्या आपने निष्पक्ष रूप से प्रस्तावक को सलाह दी है और सभी भौतिक जानकारी प्रदान की है ताकि प्रस्तावक सर्वोत्तम कवर में निर्णय ले सके जो उसके हित में होगा? _____ हाँ _____ नहीं

खजूर _____

बीमा Advisor _____ के हस्ताक्षर

16. आभा आईडी

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