

## बीमा के लिए आवेदन: व्यक्तिगत दुर्घटना योजना

बीमा अनुबंध भी एक कानूनी अनुबंध है और यह ट्रस्ट पर आधारित है और हम आप पर भरोसा करते हैं।

हम समझते हैं कि आप नहीं जानते होंगे कि आपके स्वास्थ्य की जानकारी कितनी प्रासंगिक है और यह आपकी पॉलिसी पर प्रभाव डालती है। इसलिए यह बहुत महत्वपूर्ण है कि आप सभी स्वास्थ्य सूचनाओं का खुलासा करें और हम तय करेंगे कि यह कितना प्रासंगिक है (हम इसे 'भौतिक तथ्य' कहते हैं)। हम आपकी पॉलिसी को रद्द कर देंगे, किसी भी दावे का भुगतान नहीं करेंगे, भुगतान किए गए किसी भी प्रीमियम को वापस नहीं करेंगे और आपके खिलाफ सभी संभव कानूनी कार्रवाई करने का अधिकार है, जिसमें पहले भुगतान किए गए लाभों की वसूली भी शामिल है, यदि बीमा के लिए प्रस्तावित सभी सदस्यों के बारे में सही और पूरी जानकारी प्रदान नहीं की जाती है।

विनियमों में कहा गया है कि कवरेज तभी शुरू हो सकता है जब हमें पूर्ण प्रीमियम प्राप्त हो और जोखिम को स्पष्ट रूप से स्वीकार कर लिया हो।

### 1- प्रस्तावक विवरण:

प्रस्तावक (श्री/श्रीमती/सुश्री)

लिंग  पुरुष  महिला  अन्य जन्म तिथि

पता

लैंड मार्क  शहर

जिला  राज्य

पिन कोड  ईमेल आईडी

मोबाइल।

पैन नं.

अधिभोग:  वैतनिक  स्व-नियोजित  छात्र  गृहस्वामिनी  अन्य, कृपया निर्दिष्ट करें

वार्षिक आय (रु.)  ग्रामीण और सामाजिक क्षेत्र श्रेणी (यदि लागू हो):  आशा कार्यकर्ता  मनरेगा कार्यकर्ता

सीकेवाईसी नंबर (वैकल्पिक):

क्या आप पॉलिसी किट की फिजिकल कॉपी चाहते हैं  हाँ  नहीं

मैं बच्चों के लिए ग्रह को संरक्षित करने के लिए अपना काम करूंगा। मैं हरा हो जाऊंगा। मुझे सॉफ्ट कॉपी ही भेजें। कृपया सख्ती से कोई कागज नहीं

मैं चाहता हूँ कि इस नीति का श्रेय ईआईए को दिया जाए।  
मौजूदा ई-बीमा खाता संख्या  इश्योरेंस रिपोजिटरी का नाम (जिसके साथ आपने अपना अकाउंट खोला है)

1. मैसर्स एनएसडीएल डेटाबेस मैनेजमेंट लिमिटेड  2. मेसर्स सेंट्रल इश्योरेंस रिपोजिटरी लिमिटेड

3. मेसर्स कार्बी इश्योरेंस रिपोजिटरी लिमिटेड  4. मेसर्स कैम्स रिपोजिटरी सर्विसेज लिमिटेड (कृपया किसी एक का चयन करें) या

यदि आप चाहते हैं कि हम आपके लिए ईआईए खाता खोलने में मदद करें, तो कृपया खंड 9, एनईएफटी और बैंक विवरण में विवरण भरें या

मेरे पास ईआईए नहीं है और मैं इसे खोलना नहीं चाहता

मैं निवा बूपा हेल्थ इश्योरेंस या उसके किसी भी एजेंट और/या थर्ड पार्टी/एफिलिएट को मेरे रजिस्टर्ड फोन नंबर पर एसएमएस/ईमेल/फोन/व्हाट्सएप/फेसबुक या किसी अन्य मोड के माध्यम से मुझसे संपर्क करने के लिए अधिकृत करता हूँ, जो वेलकम कॉल/एसएमएस, सर्विस कॉल/एसएमएस, पॉलिसी से संबंधित जानकारी या कोई अन्य वाणिज्यिक संचार करने के लिए मेरे 'डीएनडी' पंजीकरण को ओवरराइड करता है।

क्या आप या प्रस्तावित आवेदकों में से कोई भी राजनीतिक रूप से उजागर व्यक्ति (पीईपी) है  हाँ  नहीं

#PEEP वह व्यक्ति है जिसे प्रमुख सार्वजनिक कार्यों जैसे केंद्र या राज्य सरकार के प्रमुख / मंत्री, वरिष्ठ राजनेता, वरिष्ठ सरकारी, न्यायिक या सैन्य अधिकारी, सरकारी कंपनियों के वरिष्ठ अधिकारी, महत्वपूर्ण पार्टी अधिकारी सौंपे गए हैं या सौंपे गए हैं। (यदि आपने पीईपी के खिलाफ टिक किया है, तो कृपया अलग पीईपी प्रश्नावली भरें)

### 2. आवेदकों और योजना चयन का विवरण:

नाम

लिंग  पुरुष  महिला  अन्य ऊंचाई  (ft)  (inch) वजन  (kg)

जन्म तिथि  प्रस्तावक से संबंध  स्वयं

वैतनिक  स्व-नियोजित  अनर्जित आय  कमाई नहीं  वार्षिक आय

अधिभोग:  कंपनी का नाम

औहदा:  शीर्ष प्रबंधन  वरिष्ठ प्रबंधन  मध्य प्रबंधन  कम प्रबंधन

व्यक्तिगत सम इश्योर्ड  लोन प्रोटेक्टर सम इश्योर्ड

वयस्क 1

वयस्क 2

नाम

लिंग  पुरुष  महिला  अन्य ऊंचाई  (ft)  (inch) वजन  (kg)

जन्म तिथि         प्रस्तावक से संबंध  स्वयं

वैतनिक  स्व-नियोजित  अनर्जित आय  कमाई नहीं  वार्षिक आय

अधिभाग:  कंपनी का नाम

औहदा:  शीर्ष प्रबंधन  वरिष्ठ प्रबंधन  मध्य प्रबंधन  कम प्रबंधन

व्यक्तिगत सम इश्योर्ड  लोन प्रोटेक्टर सम इश्योर्ड

बच्चा 1

नाम

लिंग  पुरुष  महिला  अन्य ऊंचाई  (ft)  (inch) वजन  (kg)

जन्म तिथि         प्रस्तावक से संबंध  बेटा  बेटी

व्यक्तिगत बीमा राशि: प्रस्तावक बीमा राशि का 25%

बच्चा 2

नाम

लिंग  पुरुष  महिला  अन्य ऊंचाई  (ft)  (inch) वजन  (kg)

जन्म तिथि         प्रस्तावक से संबंध  बेटा  बेटी

व्यक्तिगत बीमा राशि: प्रस्तावक बीमा राशि का 25%

बच्चा 3

नाम

लिंग  पुरुष  महिला  अन्य ऊंचाई  (ft)  (inch) वजन  (kg)

जन्म तिथि         प्रस्तावक से संबंध  बेटा  बेटी

व्यक्तिगत बीमा राशि: प्रस्तावक बीमा राशि का 25%

बच्चा 4

नाम

लिंग  पुरुष  महिला  अन्य ऊंचाई  (ft)  (inch) वजन  (kg)

जन्म तिथि         प्रस्तावक से संबंध  बेटा  बेटी

व्यक्तिगत बीमा राशि: प्रस्तावक बीमा राशि का 25%

3- कवरेज चयन:

बेस कवरेज:	
पॉलिसी का प्रकार:	<input type="checkbox"/> व्यक्ति
कवर किए जाने वाले जीवन की संख्या:	वयस्क _____ बच्चे _____
मृत्यु (बेस सम इश्योर्ड)	बेस सम इश्योर्ड तक
स्थायी पूर्ण विकलांगता (PTD)	
स्थायी आंशिक विकलांगता (पीपीडी)	
पॉलिसी अवधि:	<input type="checkbox"/> 1 वर्ष <input type="checkbox"/> 2 वर्ष <input type="checkbox"/> 3 वर्ष

वैकल्पिक कवरेज:	
नश्वर अवशेषों का परिवहन	<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं
अंतिम संस्कार का खर्च	<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं
सड़क एम्बुलेंस	<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं
एयर एम्बुलेंस	<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं
अस्थायी पूर्ण विकलांगता (TTD)	<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं
अस्थायी पूर्ण विकलांगता+ (TTD+)	<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं
अस्थायी कुल विकलांगता लाइट (TTD लाइट)	<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं
अस्थायी कुल विकलांगता कटौती योग्य	<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं यदि हाँ, तो _____ Days
एक्सीडेंटल हॉस्पिटलाइज़ेशन (AH)	<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं
हॉस्पिटल डेली कैश	<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं
एक्सीडेंटल ओपीडी	
मासिक आवश्यकता लाभ	<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं
Adventure खेल	<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं
एडवांचर स्पोर्ट्स के मामले में कॉम्पेंसियोनेट विजिट	

बुजुर्गों की देखभाल	<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं
आश्रित बच्चों की शिक्षा	<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं
बाल सहायता	<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं
बच्चों के लिए शादी का खर्च	<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं
टूटी हुई हड्डी/फ्रैक्चर	<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं
घर/वाहन पर किया गया संशोधन	<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं
प्रोस्थेटिक्स/व्हील चेयर	<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं
सम्मूर्छित	<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं
जलता	<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं
सिर और रीढ़ की हड्डी में चोट	<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं
दुर्घटना देखभाल	<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं

1). माता-पिता और सास-ससुर हमेशा आश्रित होते हैं और वयस्क के रूप में कमाई नहीं करते हैं। 2). गैर-कमाई करने वाले पति या पत्नी और माता-पिता / सास-ससुर के लिए बीमा राशि (एसआई) को पेशकश प्रस्तावक के एसआई के 50% तक सीमित होगा, जो अधिकतम 1 करोड़ रुपये के अधीन होगा। आश्रित बच्चों के लिए बीमा राशि (एसआई) की पेशकश प्रस्तावक के एसआई के 25% तक सीमित होगी, जो अधिकतम 25 लाख रुपये के अधीन होगी। 4). गैर-कमाई करने वाले सदस्यों और बच्चों के लिए लागू नहीं लाभ: बच्चों के लिए विवाह व्यय, आश्रित बच्चों की शिक्षा, बाल सहायता, बुजुर्गों की देखभाल, ऋण रक्षक। आश्रित बच्चों के लिए अस्थायी पूर्ण विकलांगता लागू नहीं है। या तो TTD या TTD+ या TTD लाइट को चुना जा सकता है,

#### 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	पता, मोबाइल नं. और नॉमिनी की 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 \_\_\_\_\_ खाते का प्रकार  बचत  चालू  
 खाता संख्या \_\_\_\_\_ IFSC कोड \_\_\_\_\_

#### 5- चिकित्सा, आदतें और पिछले प्रस्ताव की जानकारी:

बीमित किए जाने के लिए प्रस्तावित व्यक्तियों में से किसी के संबंध में:	वयस्क 1	वयस्क 2	बच्चा 1	बच्चा 2	बच्चा 3	बच्चा 4
क्या आप अच्छे स्वास्थ्य में हैं और/या जन्म के बाद या बाद में किसी भी मानसिक/शारीरिक हानि और/या विकृति और/या विकलांगता से पीड़ित नहीं हैं?	<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

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।

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।

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।

यदि प्रस्तावक ने स्थानीय भाषा में हस्ताक्षर किए हैं: इस फॉर्म की सामग्री को मेरे द्वारा समझाया गया है, \_\_\_\_\_ भाषा \_\_\_\_\_ में, प्रस्तावक को \_\_\_\_\_ की उपस्थिति में जिसने इसे समझा और पुष्टि की है। गवाह कंपनी के एजेंट/कर्मचारी के अलावा कोई और होना चाहिए।

तारीख  स्थान \_\_\_\_\_ प्रस्तावक के हस्ताक्षर \_\_\_\_\_  
 प्रमाणित करने वाले व्यक्ति के हस्ताक्षर: \_\_\_\_\_ गवाह के हस्ताक्षर \_\_\_\_\_  
 प्रमाणित करने वाले व्यक्ति का मोबाइल नंबर: \_\_\_\_\_ गवाह का मोबाइल नंबर: \_\_\_\_\_

## 7- घोषणा यदि प्रस्तावक और सलाहकार द्वारा फॉर्म 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 \_\_\_\_\_ नाम \_\_\_\_\_ मोबाइल \_\_\_\_\_ द्वारा भरा गया है और मैंने सभी जानकारी को सही और पूर्ण पाया है।

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

## 8- प्रीमियम एम विवरण (केवल कार्यालय उपयोग के लिए):

प्रीमियम भुगतान ऑप्शन  चेक  डिमांड ड्राफ्ट  क्रेडिट कार्ड  नेट बैंकिंग  केश  दूसरों

प्रीमियम राशि \_\_\_\_\_ प्रीमियम भुगतान किया गया \_\_\_\_\_

प्रस्तावक के साथ संबंध \_\_\_\_\_ ऑनलाइन भुगतान लेनदेन ID: \_\_\_\_\_

बैंक का नाम/ब्रांच \_\_\_\_\_ तारीख \_\_\_\_\_

निवा बूपा ब्रांच का स्थान \_\_\_\_\_ कोड नं. \_\_\_\_\_

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

नाम \_\_\_\_\_

प्राप्त प्रस्ताव की तारीख: \_\_\_\_\_ ग्राहक ID: \_\_\_\_\_

क्या प्रस्तावक या आवेदक कर्मचारी है?  हाँ  नहीं

## 9- एनईएफटी और बैंक विवरण:

सभी भुगतान (प्रीमियम, दावों आदि की वापसी) केवल आपके खाते में इलेक्ट्रॉनिक रूप से किए जाएंगे। कृपया निम्नलिखित विवरण प्रदान करें

बैंक का नाम \_\_\_\_\_

ब्रांच \_\_\_\_\_ खाता संख्या \_\_\_\_\_

शहर \_\_\_\_\_ खाता प्रकार:  बचत  क्यूरेंट

IFSC कोड \_\_\_\_\_

## 10- नवीनीकरण:

नवीनीकरण भुगतान साइन-अप:

आपकी स्वास्थ्य बीमा पॉलिसी के नवीनीकरण प्रीमियम का भुगतान कंपनी के साथ आपके मौजूदा स्वचालित 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 का 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 इसका नवीनीकरण नहीं किया जाता है।

दिनांकित \_\_\_\_\_ स्थान \_\_\_\_\_ Proposer \_\_\_\_\_ के हस्ताक्षर

## 11- केवल बैंकाथॉरेंस चैनल के लिए अतिरिक्त विवरण (केवल आधिकारिक उपयोग के लिए)

शाखा Code \_\_\_\_\_ एसपी Code \_\_\_\_\_ आरएम/एलजी Code \_\_\_\_\_

ग्राहक खाता number \_\_\_\_\_

## 12- 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।

## 13- कंपनी द्वारा पावती:

आवेदन सं. \_\_\_\_\_

खजूर \_\_\_\_\_

हम आपके प्रस्ताव की प्राप्ति और चेक/डिमांड ड्राफ्ट/Others \_\_\_\_\_ of राशि द्वारा रु. \_\_\_\_\_ की प्राप्ति के लिए धन्यवाद के साथ स्वीकार करते हैं। दिनांकित \_\_\_\_\_ पर खींचा गया

न तो बीमा के लिए एक पूर्ण प्रस्ताव के लिए हमें प्रस्तुत करना और न ही पॉलिसी जारी करने के लिए किया गया कोई भुगतान हमें पॉलिसी जारी करने के लिए सहमत होने के लिए बाध्य करता है, 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 seal \_\_\_\_\_ का नाम और हस्ताक्षर

अस्वीकरण: 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। उत्पाद का नाम: व्यक्तिगत दुर्घटना योजना | उत्पाद यूआईएन: MAXPAIP21585V012021। पंजीकृत कार्यालय: - सी -98, पहली मंजिल, लाजपत नगर, भाग 1, नई दिल्ली -110024, ग्राहक हेल्पलाइन: 1860-500-8888। Website: www.nivabupa.com। सीआईएन: U66000DL2008PLC182918

#### 14. ग्रामीण और सामाजिक क्षेत्र की श्रेणी (यदि लागू हो)

आशा कार्यकर्ता

मनरेगा कार्यकर्ता

#### 15. 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: \_\_\_\_\_

#### 16. आभा आईडी

सदस्य का नाम	क्या आपके पास ABHA ID है?		ABHA ID	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
_____	<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

अस्वीकरण: 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। उत्पाद का नाम: व्यक्तिगत दुर्घटना योजना | उत्पाद यूआईएन: MAXPAIP21585V012021। पंजीकृत कार्यालय: - सी -98, पहली मंजिल, लाजपत नगर, भाग 1, नई दिल्ली -110024, ग्राहक हेल्पलाइन: 1860-500-8888 | Website: www.nivabupa.com | सीआईएन: U66000DL2008PLC182918