

रीएश्योर 3.0

प्रपोज़ल फॉर्म

URN: 032

इंश्योरेंस कॉन्ट्रैक्ट भी एक लीगल कॉन्ट्रैक्ट है और यह भरोसे पर आधारित है और हम आप पर भरोसा करते हैं। हम समझते हैं कि आपको यह नहीं पता होगा कि आपके स्वास्थ्य की जानकारी कितनी प्रासंगिक है और आपकी पॉलिसी पर इसका क्या प्रभाव पड़ता है। इसलिए, यह बहुत महत्वपूर्ण है कि आप सभी स्वास्थ्य जानकारी डिस्क्लोज करें और हम तय करेंगे कि यह कितनी प्रासंगिक है (हम इसे 'मटेरियल फैक्ट' कहते हैं)। यदि प्रपोज किए गए सभी सदस्यों के बारे में सही और पूरी जानकारी प्रदान नहीं की जाती है, तो हम आपकी पॉलिसी कैंसिल कर देंगे, कोई क्लेम पेमेंट नहीं करेंगे, पेमेंट किया गया कोई प्रीमियम वापस नहीं करेंगे और आपके खिलाफ सभी संभावित कानूनी कार्रवाई करने का अधिकार होगा, जिसमें पहले पेमेंट किए गए लाभों की वसूली भी शामिल है। नियम यह अनिवार्य करते हैं कि कवरेज तभी शुरू हो सकता है जब हमें पूरा प्रीमियम प्राप्त हो जाए और हमने जोखिम को स्पष्ट रूप से स्वीकार कर लिया हो।

1. प्रपोज़र का विवरण:

शीर्षक	नाम									
जन्म तिथि	DDMMYY		लिंग:	पुरुष	महिला	अन्य	राष्ट्रीयता			
वर्तमान पता										
लैंडमार्क							शहर			
जिला					राज्य					पिनकोड
लैंडलाइन नंबर							मोबाइल नंबर			
ईमेल ID							वैकल्पिक नंबर			
PAN नंबर										
वार्षिक आय (₹)					CKYC नंबर					
व्यवसाय	वेतनभोगी	स्व-नियोजित	छात्र	गृहिणी	अन्य, कृपया बताएं					
द्वारा भुगतान किया गया प्रीमियम					प्रस्तावक से संबंध					

☐ मैं प्रीमियम भुगतानकर्ता की रक्षा करना चाहता/चाहती हूँ और कागज बचाने में मदद करना चाहता/चाहती हूँ, प्रपोजर को इस आवेदन पत्र में उल्लिखित ईमेल आईडी पर आपकी सभी पॉलिसी और सर्विस संबंधी कम्यूनिकेशन भेजने के लिए अधिकृत करता/करती हूँ?

☐ मैंने सभी नियम और शर्तें पढ़ ली हैं, समझ ली हैं और स्वीकार कर ली हैं और इसके द्वारा निवा बूपा हेल्थ इंश्योरेंस या उसके किसी भी एजेंट और/या तीसरे पक्ष/सहयोगी को अपने रजिस्टर्ड फोन नंबर पर SMS /ईमेल/फोन/व्हाट्सएप/फेसबुक या किसी अन्य माध्यम से मुझसे संपर्क करने के लिए अधिकृत करता हूँ, जो मेरे 'DND' रजिस्ट्रेशन को ओवरराइड करते हुए स्वागत कॉल/SMS, सर्विस कॉल/SMS या किसी अन्य कमर्शियल कम्यूनिकेशन के लिए होगा।

क्या आप पॉलिसी किट की भौतिक कॉपी चाहते हैं ☐ हाँ ☐ नहीं

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

#राजनैतिक रूप से प्रपोज व्यक्ति (PEP) ऐसे व्यक्ति होते हैं जिन्हें प्रमुख सार्वजनिक कार्य सौंपे गए हैं या सौंपे गए थे, जैसे केंद्रीय या राज्य सरकार के प्रमुख / मंत्री, वरिष्ठ राजनेता, वरिष्ठ सरकारी, न्यायिक या सैन्य अधिकारी, सरकारी कंपनियों के वरिष्ठ कार्यकारी, महत्वपूर्ण पार्टी अधिकारी। (यदि आपने PEP, के सामने टिक किया है, तो कृपया अलग PEP प्रश्नावली भरें)

बैंक विवरण:

बैंक का नाम										
अकाउंट नंबर							IFSC कोड			
अकाउंट का प्रकार	बचत	वर्तमान	शाखा					शहर		

इलेक्ट्रॉनिक इंश्योरेंस अकाउंट (eIA) का चालू

क्या आप चाहते हैं कि यह पॉलिसी eIA में जमा हो? (कृपया कोई एक चुनें)

☐ नहीं, मेरे पास eIA नहीं है और मैं इसे खोलना नहीं चाहता ☐ हाँ, इस पॉलिसी को मेरे ई-इंश्योरेंस अकाउंट में क्रेडिट करें

अगर हाँ, तो कृपया मौजूदा ई-इंश्योरेंस अकाउंट नंबर शेयर करें।

कृपया इंश्योरेंस रिपॉजिटरी का नाम चुनें (जिसके साथ आपने अपना अकाउंट खोला है)

☐ मेसर्स NSDL डेटाबेस मैनेजमेंट लिमिटेड ☐ मेसर्स सेंट्रल इंश्योरेंस रिपॉजिटरी लिमिटेड

☐ मेसर्स कार्बी इंश्योरेंस रिपॉजिटरी लिमिटेड ☐ मेसर्स CAMS रिपॉजिटरी सर्विसेज लिमिटेड (कृपया कोई एक चुनें) या

☐ मेरे पास मौजूदा ई-इंश्योरेंस अकाउंट नहीं है और मैं एक नया ई-इंश्योरेंस अकाउंट बनाने में रुचि रखता/रखती हूँ (कृपया संबंधित दस्तावेजों के साथ इलेक्ट्रॉनिक इंश्योरेंस अकाउंट खोलने का फॉर्म (eIA फॉर्म) जमा करें)।

रिन्यूअल पेमेंट साइन-अप: आपके हेल्थ इंश्योरेंस पॉलिसी के रिन्यूअल प्रीमियम का पेमेंट हर साल कंपनी के साथ आपके मौजूदा ऑटोमेटेड क्लियरिंग हाउस (ACH) / स्टैंडिंग इंस्ट्रक्शंस (SI) को जारी रखकर किया जा सकता है। इस ऑप्शन के तहत हमारी पॉलिसी को तुरंत रिन्यू किया जा सकता है, लेकिन यह कंपनी द्वारा आवश्यक जानकारी और दस्तावेजों की सभी अतिरिक्त आवश्यकताओं को पूरा करने के अधीन होगा।

☐ मैं ACH/SI रिन्यूअल ऑप्शन चुनना चाहता/चाहती हूँ और इस प्रकार प्रीमियम पर 2.5% की छूट का लाभ उठाना चाहता/चाहती हूँ, जब तक पॉलिसी उसी का इस्तेमाल करके रिन्यू होती है।

दिनांक DDMMYY स्थान प्रस्तावक के रपोजर

2. इंश्योरेंस के लिए आवेदकों का विवरण:

आवेदक 1

नाम

लिंग

पुरुष

महिला

अन्य

ऊँचाई

(फीट)

(इंच)

वजन

(किलोग्राम)

मोबाइल नंबर

जन्म तिथि

DD

MM

YY

YY

YY

YY

कृपया टिक करें यदि भारतीय नहीं हैं

प्रपोज़र से संबंध (कृपया ऑप्शन पर सही का निशान लगाएं): स्वयं/पति/पत्नी/पिता/माता/ससुर/सास/पुत्र/पुत्री/कर्मचारी

यदि एक रजिस्टर्ड चिकित्सक* हैं, तो कृपया प्रदान करें: i. मेडिकल रजिस्ट्रेशन नंबर

ii.काउंसिल का नाम

iii.कार्यस्थल का पता

आवेदक 2

नाम

लिंग

पुरुष

महिला

अन्य

ऊँचाई

(फीट)

(इंच)

वजन

(किलोग्राम)

मोबाइल नंबर

जन्म तिथि

DD

MM

YY

YY

YY

YY

कृपया टिक करें यदि भारतीय नहीं हैं

प्रपोज़र से संबंध (कृपया ऑप्शन पर सही का निशान लगाएं): पति/पत्नी/पिता/माता/ससुर/सास/पुत्र/पुत्री

यदि एक रजिस्टर्ड चिकित्सक* हैं, तो कृपया प्रदान करें: i. मेडिकल रजिस्ट्रेशन नंबर

ii.काउंसिल का नाम

iii.कार्यस्थल का पता

आवेदक 3

नाम

लिंग

पुरुष

महिला

अन्य

ऊँचाई

(फीट)

(इंच)

वजन

(किलोग्राम)

मोबाइल नंबर

जन्म तिथि

DD

MM

YY

YY

YY

YY

कृपया टिक करें यदि भारतीय नहीं हैं

प्रपोज़र से संबंध (कृपया ऑप्शन पर सही का निशान लगाएं): पति/पत्नी/पिता/माता/ससुर/सास/पुत्र/पुत्री

यदि एक रजिस्टर्ड चिकित्सक* हैं, तो कृपया प्रदान करें: i. मेडिकल रजिस्ट्रेशन नंबर

ii.काउंसिल का नाम

iii.कार्यस्थल का पता

आवेदक 4

नाम

लिंग

पुरुष

महिला

अन्य

ऊँचाई

(फीट)

(इंच)

वजन

(किलोग्राम)

मोबाइल नंबर

जन्म तिथि

DD

MM

YY

YY

YY

YY

कृपया टिक करें यदि भारतीय नहीं हैं

प्रपोज़र से संबंध (कृपया ऑप्शन पर सही का निशान लगाएं): पति/पत्नी/पिता/माता/ससुर/सास/पुत्र/पुत्री

यदि एक रजिस्टर्ड चिकित्सक* हैं, तो कृपया प्रदान करें: i. मेडिकल रजिस्ट्रेशन नंबर

ii.काउंसिल का नाम

iii.कार्यस्थल का पता

आवेदक 5

नाम

लिंग

पुरुष

महिला

अन्य

ऊँचाई

(फीट)

(इंच)

वजन

(किलोग्राम)

मोबाइल नंबर

जन्म तिथि

DD

MM

YY

YY

YY

YY

कृपया टिक करें यदि भारतीय नहीं हैं

प्रपोज़र से संबंध (कृपया ऑप्शन पर सही का निशान लगाएं): पति/पत्नी/पिता/माता/ससुर/सास/पुत्र/पुत्री

यदि एक रजिस्टर्ड चिकित्सक* हैं, तो कृपया प्रदान करें: i. मेडिकल रजिस्ट्रेशन नंबर

ii.काउंसिल का नाम

iii.कार्यस्थल का पता

आवेदक 6

नाम

लिंग

पुरुष

महिला

अन्य

ऊँचाई

(फीट)

(इंच)

वजन

(किलोग्राम)

मोबाइल नंबर

जन्म तिथि

DD

MM

YY

YY

YY

YY

कृपया टिक करें यदि भारतीय नहीं हैं

प्रपोज़र से संबंध (कृपया ऑप्शन पर सही का निशान लगाएं): पति/पत्नी/पिता/माता/ससुर/सास/पुत्र/पुत्री

यदि एक रजिस्टर्ड चिकित्सक* हैं, तो कृपया प्रदान करें: i. मेडिकल रजिस्ट्रेशन नंबर

ii.काउंसिल का नाम

iii.कार्यस्थल का पता

*प्रीमियम पर 5% की छूट प्राप्त करें। चिकित्सक का अर्थ वह व्यक्ति है जिसके पास किसी भी राज्य के मेडिकल काउंसिल या भारतीय चिकित्सा परिषद या भारत सरकार या राज्य सरकार द्वारा स्थापित भारतीय चिकित्सा या होम्योपैथी के लिए परिषद से वैध रजिस्ट्रेशन है और इस प्रकार वह अपने अधिकार क्षेत्र में मेडिकल प्रैक्टिस करने का हकदार है; और अपने लाइसेंस के दायरे और अधिकार क्षेत्र के भीतर कार्य कर रहा है।

नोट्स: 1. यदि आवेदक 1 का प्रपोज़र से संबंध कर्मचारी का है, तो अन्य आवेदकों का संबंध आवेदक 1 से होगा।

3. कवरेज का चयन														
बेस कवरेज														
पॉलिसी का प्रकार#	☐	इंडिविजुअल	☐	फैमिली प्लोटर	☐	मल्टी मेंबर इंडिविजुअल								
कवर किए जाने वाले लाइफ की संख्या	☐	वयस्क	☐	बच्चे										
प्रकार	☐	क्लासिक	☐	चयन	☐	एलीट	☐	ब्लैक						
बेस सम इंड्योर्ड	☐	असीमित	☐	₹ 5,00,000	☐	₹ 10,00,000								
पॉलिसी टर्म	☐	1 वर्ष	☐	2 वर्ष	☐	3 वर्ष	☐	4 वर्ष	☐	5 वर्ष				
ऑप्शनल कवरेज														
1. कैश-बैग+	☐	हाँ	☐	नहीं										
2. टियर टियर ⁽¹⁾	☐	हाँ	☐	नहीं										
3. निवा बूपा वन ⁽²⁾	☐	हाँ	☐	नहीं										
4. एनुअल हेल्थ चेकअप ⁽²⁾ (केवल कैशलेस)	☐	हाँ	☐	नहीं										
5. एनुअल हेल्थ चेकअप ⁽²⁾ (कैशलेस + रिम्बर्समेंट))	☐	हाँ	☐	नहीं										
6. हेड्सअप ⁽¹⁾	☐	हाँ	☐	नहीं										
7. हॉस्पिटल डेली कैश	☐	हाँ	☐	नहीं										
8. क्लेम सेफगार्ड+	☐	हाँ	☐	नहीं										
9. थर्ड मेडिकल ओपिनियन	☐	हाँ	☐	नहीं										
10. सेकेंड मेडिकल ओपिनियन - एक्सप्रेस	☐	हाँ	☐	नहीं										
11. चिकित्सा उपकरण	☐	हाँ	☐	नहीं										
12. वयस्कों के लिए भावनात्मक कल्याण	☐	हाँ	☐	नहीं										
13. मानसिक स्वास्थ्य काउंसलिंग	☐	हाँ	☐	नहीं										
14. यौन स्वास्थ्य कल्याण	☐	हाँ	☐	नहीं										
15. स्वास्थ्य जोखिम मूल्यांकन	☐	हाँ	☐	नहीं										
16. दुर्घटना देखभाल	☐	हाँ	☐	नहीं										
17. स्वास्थ्य वाउचर	☐	हाँ	☐	नहीं										
18. कंपैशनेट विजिट	☐	हाँ	☐	नहीं										
19. फ्लाइट-मोड	☐	हाँ	☐	नहीं										
20. वैक्सीनेशन कवर	☐	हाँ	☐	नहीं										
21. स्वास्थ्य लाभ भत्ता	☐	हाँ	☐	नहीं										
22. आधुनिक उपचार+ (क्लासिक और सेलेक्ट के लिए)	☐	हाँ	☐	नहीं										
23. एयर एम्बुलेंस+ (क्लासिक और सेलेक्ट के लिए)	☐	हाँ	☐	नहीं										
24. आश्रित आवास लाभ	☐	हाँ	☐	नहीं										
25. अंतर्राष्ट्रीय कवर	☐	हाँ	₹ _____	☐	नहीं									
26. गंभीर बीमारी	☐	हाँ	₹ _____	☐	नहीं				☐	नहीं				
27. वेलकंसल्ट+	☐	1X	☐	2X	☐	3X	☐	4X	☐	5X	☐	नहीं		
28. एल्डरवन	☐	वेरिएंट 1	☐	वेरिएंट 2	☐	वेरिएंट 3	☐	वेरिएंट 4	☐	नहीं				
29. पहले से मौजूद बीमारी वेट टाइम मॉडिफिकेशन	☐	12 महीने	☐	24 महीने	☐	नहीं								
30. विशिष्ट रोग वेट टाइम मॉडिफिकेशन	☐	12 महीने	☐	36 महीने	☐	नहीं								
31. को -पेमेंट ⁽³⁾	☐	10%	☐	20%	☐	30%	☐	40%	☐	50%	☐	नहीं		
32. वार्षिक कुल कटौती योग्य ⁽³⁾	☐	₹ 10,000	☐	₹ 20,000	☐	₹ 30,000	☐	₹ 50,000	☐	₹ 1,00,000				
	☐	₹ 2,00,000	☐	₹ 3,00,000	☐	₹ 4,00,000	☐	₹ 5,00,000	☐	नहीं				
33. पोस्ट-हॉस्पिटलाइज़ेशन	☐	30 दिन	☐	60 दिन	☐	90 दिन	☐	270 दिन	☐	365 दिन				
34. प्री-हॉस्पिटलाइज़ेशन मॉडिफिकेशन	☐	30 दिन	☐	90 दिन	☐	180 दिन	☐	नहीं						
35. इनिशियल वेट पीरियड मॉडिफिकेशन	☐	7 दिन	☐	10 दिन	☐	15 दिन	☐	नहीं						
36. महिलाओं के लिए वेलनेस	☐	प्लान 1	☐	प्लान 2	☐	प्लान 3	☐	प्लान 4	☐	प्लान 5	☐	प्लान 6	☐	नहीं

37. आईगार्ड	प्लान 1 प्लान 2 प्लान 3 प्लान 4 प्लान 5 प्लान 6 प्लान 7 नहीं
38. लाइव-फिट	प्लान 1 प्लान 2 प्लान 3 प्लान 4 प्लान 5 प्लान 6 प्लान 7 प्लान 8 प्लान 9 प्लान 10 प्लान 11 प्लान 12 नहीं

#फेमिली फ्लोटर सम इंश्योर्ड सभी इंश्योर्ड सदस्यों के लिए समान है। फ्लोटर का अर्थ है व्यक्तिगत रूप से या सामूहिक रूप से, सभी इंश्योर्ड सदस्य इस सीमा तक क्लेम कर सकते हैं। (1) पॉलिसी में टियर्ड नेटवर्क या हेड्सअप लाभ में से किसी एक को चुना जा सकता है (2) पॉलिसी में निवाबुपावन या एनुअल हेल्थ चेकअप बेंनिफिट में से किसी एक को चुना जा सकता है। (3) पॉलिसी में को-पेमेंट या वार्षिक कुल कटौती योग्य में से किसी एक को चुना जा सकता है (4) पॉलिसी में बॉर्डरलेस या विशिष्ट बीमारी के लिए बॉर्डरलेस में से किसी एक को चुना जा सकता है। (5) पर्सनल एक्सीडेंट या पर्सनल एक्सीडेंट लाइट या पर्सनल एक्सीडेंट प्रो में से केवल एक बेंनिफिट को चुना जा सकता है।

4. पोर्टेबिलिटी				
पॉलिसी नंबर	इंश्योरेंस कंपनी	जोखिम शुरू होने की तारीख	जोखिम समाप्ति की तारीख	पोर्टिंग का कारण

प्रपोज्ड इश्योर्ड का नाम जिनके लिए पोर्टेबिलिटी का अनुरोध किया गया है	पहली पॉलिसी शुरू करने की तारीख	निरंतर कवरेज के वर्षों की संख्या जिसके लिए पोर्टेबिलिटी का अनुरोध किया गया है	पिछली पॉलिसियों में किए गए क्लेम	मौजूदा नो क्लेम बोनस	सम इश्योर्ड - वर्ष 1 (सबसे पुरानी)	सम इश्योर्ड - वर्ष 2	सम इश्योर्ड - वर्ष 3	सम इश्योर्ड - वर्ष 4 (समाप्त होने वाली पॉलिसी)

5. नामांकन

प्रपोजर की मृत्यु की स्थिति में, पॉलिसी के तहत देय कोई भी भुगतान नीचे नामित नॉमिनी को देय होगा। नॉमिनी द्वारा ऐसे भुगतान की प्राप्ति कंपनी की पॉलिसी के तहत देयता की मुक्ति होगी।

नॉमिनी का नाम	जन्म तिथि	प्रपोजर के साथ संबंध	नॉमिनी का पता, मोबाइल नंबर और ईमेल ID	नियुक्तकर्ता का नाम (यदि नॉमिनी 18 वर्ष से कम उम्र का है)

नॉमिनी का बैंक विवरण:

लाभार्थी का नाम:

बैंक का नाम

अकाउंट का प्रकार

बचत

चालू

अकाउंट नंबर

IFSC कोड

6. चिकित्सा, आदतों और पिछले प्रपोज़ल की जानकारी

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

अनुभाग A: कृपया मेडिकल स्थितियों के बारे में जानकारी साझा करें													
कृपया आवेदक के लिए निम्नलिखित प्रश्नों के उत्तर दें। कृपया हाँ (Y) या नहीं (N) पर गोला लगाएं	आवेदक संख्या												
	1		2		3		4		5		6		
सामान्य सर्दी, फ्लू, संक्रमण, छोटी चोट या अन्य छोटी बीमारियों के अलावा; क्या आवेदक को कभी किसी बीमारी का निदान किया गया है और/या 5 दिनों से अधिक समय तक अस्पताल में भर्ती किया गया है और/या किसी सर्जिकल प्रक्रिया से गुजरा है/गुजरने की सलाह दी गई है और/या कोई दवा ली है/14 दिनों से अधिक समय तक कोई लक्षण रहे हैं? दवा में इन्हेलर, इंजेक्शन, मौखिक दवाएं और शरीर के अंगों पर बाहरी चिकित्सा अनुप्रयोग शामिल हैं, लेकिन इन्हीं तक सीमित नहीं हैं।	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	N
ii. क्या आवेदक को कभी थायराइड प्रोफाइल, लिपिड प्रोफाइल, ट्रेडमिल टेस्ट, एंजियोग्राफी, इकोकार्डियोग्राफी, एंडोस्कोपी, अल्ट्रासाउंड, CT स्कैन, MRI, बायोप्सी और FNAC से संबंधित किसी भी नैदानिक परीक्षण या जांच में प्रतिकूल परिणाम मिले हैं?	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	N
iii. क्या आवेदक को डायबिटीज या प्री-डायबिटीज है या उसे कभी हाई ब्लड शुगर रहा है?	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	N
iv. क्या आवेदक को हाई ब्लड प्रेशर (हाइपरटेंशन) है?	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	N
v. क्या आवेदक का कभी किसी आनुवंशिक/वंशानुगत विकार या HIV/AIDS का निदान या इलाज किया गया है?	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	N
vi. क्या आवेदक का कभी किसी मानसिक/मनोवैज्ञानिक विकार का निदान या इलाज किया गया है?	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	N
vii. क्या आवेदक के जीवन पर जीवन, स्वास्थ्य, अस्पताल दैनिक नकद या गंभीर बीमारी इंश्योरेंस के लिए किसी प्रपोज़ल को कभी किसी इंश्योरेंस कंपनी द्वारा अस्वीकृत, पोस्टपोन, लोडिंग या बहिष्करण जैसी किसी विशेष शर्त के अधीन किया गया है?	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	N

अनुभाग B: (कृपया इस अनुभाग को तभी भरें जब आवेदक धूम्रपान करते हों या तंबाकू / गुटखा / पान मसाला या शराब का सेवन करते हों)	i. चबाने वाला तंबाकू / गुटखा / पान मसाला। यदि हाँ, तो कृपया प्रति दिन पाउच की संख्या बताएं		ii. शराब। यदि हाँ, तो कृपया प्रति सप्ताह मिलीलीटर में संख्या बताएँ			iii. सिगरेट / बीड़ी / सिगार। यदि हाँ, तो कृपया प्रति दिन खपत बताएँ	
	1-10	> 10	<= 450	> 450	रोज़ाना शराब पीने वाला व्यक्ति	1-10	> 10
आवेदक 1							
आवेदक 2							
आवेदक 3							
आवेदक 4							
आवेदक 5							
आवेदक 6							

खंड C: ऊपर के खंड में हाँ (Y) के रूप में चिह्नित प्रश्नों के लिए, कृपया निम्नलिखित जानकारी निर्दिष्ट करें:												
आवेदक संख्या	लक्षण(लक्षणों) या जाँच(जाँचों) या निदान या प्रक्रिया/सर्जरी का विवरण					स्थिति की अवधि	दवा(दवाएँ)		खुराक	वर्तमान स्थिति (जैसे पूर्ण/आंशिक सुधार या चल रहा इलाज)	इलाज करने वाले डॉक्टर का नाम और संपर्क विवरण	अटैच किए गए दस्तावेज़ (हाँ/नहीं)
	अगर डायबिटीज HbA1c स्तर	अगर हाई ब्लड प्रेशर बीपी स्तर		कोई अन्य जा नकारी	शुरुआत की तारीख (DD/ MM/ YYYY)							
		सिस्टोलिक	डायस्टोलिक									

7. डिक्लरेशन (कृपया ध्यान से पढ़ें और प्रपोज़ल फॉर्म पर हस्ताक्षर करने से पहले प्रत्येक के सामने सही का निशान लगाएं)

☐

मैं एतद्वारा, अपनी ओर से और इंश्योरेंस किए जाने वाले सभी व्यक्तियों की ओर से घोषणा करता हूँ कि मेरे द्वारा दिए गए उपरोक्त स्टेटमेंट, उत्तर और/या विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सभी प्रकार से सत्य और पूर्ण हैं और मैं इन अन्य व्यक्तियों की ओर से प्रपोज़ल करने के लिए अधिकृत हूँ।

☐

मैं समझता हूँ कि मेरे द्वारा प्रदान की गई जानकारी इंश्योरेंस पॉलिसी का आधार बनेगी, यह इंश्योरर की बोर्ड द्वारा अप्रूव्ड अंडरराइटिंग पॉलिसी के अधीन है और पॉलिसी केवल देय प्रीमियम के पूर्ण पेमेंट के बाद ही लागू होगी।

☐

मैं आगे घोषणा करता हूँ कि मैं इंश्योरेंस किए जाने वाले इंश्योर्ड/प्रपोज़र के व्यवसाय या सामान्य स्वास्थ्य में प्रपोज़ल प्रस्तुत करने के बाद लेकिन कंपनी द्वारा जोखिम स्वीकृति की सूचना से पहले होने वाले किसी भी बदलाव की लिखित रूप में सूचना दूंगा।

☐

मैं घोषणा करता हूँ कि मैं कंपनी को किसी भी डॉक्टर या अस्पताल से, जिसने किसी भी समय इंश्योर्ड /प्रपोज़र का इलाज किया हो, या किसी भी पिछले या वर्तमान नियोक्ता से, जो इंश्योर्ड / प्रपोज़र के शारीरिक या मानसिक स्वास्थ्य को प्रभावित करने वाली किसी भी बात से संबंधित हो, चिकित्सा जानकारीमांगने की सहमति देता हूँ और किसी भी इंश्योरर से जानकारी मांगने की सहमति देता हूँ, जिसे प्रपोज़ल की अंडरराइटिंग और/या क्लेम सेटलमेंट के लिए, इंश्योर्ड /प्रपोज़र पर इंश्योरेंस के लिए आवेदन किया गया हो।

☐

मैं कंपनी को मेरे प्रपोज़ल से संबंधित जानकारी, जिसमें इंश्योर्ड/प्रपोज़र के मेडिकल रिकॉर्ड भी शामिल हैं, केवल प्रपोज़ल की अंडरराइटिंग और/या क्लेम सेटलमेंट के उद्देश्य से तथा किसी भी सरकारी और/या नियामक प्राधिकरण के साथ साझा करने के लिए अधिकृत करता हूँ।

☐

मैं/हम कंपनी को हमारे पैलबद्ध प्रोवाइडर के साथ सर्विस डिलीवरी के एकमात्र उद्देश्य के लिए मेरे/हमारे प्रपोजल से संबंधित जानकारी, जिसमें इंश्योर्ड/प्रपोज़र के मेडिकल रिकॉर्ड भी शामिल हैं, साझा करने के लिए अधिकृत करते हैं।

दिनांक

DD

MM

YY

YY

स्थान

प्रस्तावक के हस्ताक्षर

8. स्थानीय भाषा में डिक्लरेशन

प्रमाणिकरण उस स्थिति में जब प्रस्तावक ने स्थानीय भाषा में हस्ताक्षर किए हों (कंपनी के एजेंट/कर्मचारी के अलावा किसी अन्य व्यक्ति द्वारा सत्यापित किया जाना है)। इस फ़ॉर्म की सामग्री और इसके विवरण मैंने स्थानीय भाषा में प्रस्तावक को समझा दिए हैं, जिसे उन्होंने समझा और पुष्टि की है:

प्रमाणिकरण करने वाले व्यक्ति का नाम:

प्रपोज़र करने वाले व्यक्ति के हस्ताक्षर:

प्रमाणिकरण करने वाले व्यक्ति का मोबाइल नंबर:

साक्षी का नाम

साक्षी के हस्ताक्षर

साक्षी का मोबाइल नंबर:

प्रपोज़र के हस्ताक्षर

Product Name: ReAssure 3.0, Product UIN: NBHHLIP26047V012526

9. प्रपोजर डिक्लरेशन

(प्रमाणीकरण, जहाँ किसी भी कारण से, प्रस्ताव और अन्य संबंधित कागजात प्रस्तावक द्वारा नहीं भरे गए हैं)।

प्रस्ताव फॉर्म और संबंधित दस्तावेजों की सामग्री मुझे पूरी तरह से समझाई गई है और मैं प्रस्तावित अनुबंध के महत्व को पूरी तरह से समझ गया/गई हूँ। प्रस्ताव फॉर्म _____ द्वारा मेरे निर्देश के तहत भरा गया है और मैंने इसे सही और पूर्ण पाया है।

प्रस्तावक के हस्ताक्षर

10. प्रीमियम विवरण (केवल ऑफिस इस्तेमाल के लिए)

प्रीमियम भुगतान विकल्प	☐ चेक	☐ डिमांड ड्राफ्ट	☐ क्रेडिट कार्ड / डेबिट कार्ड	☐ नेट बैंकिंग	☐ नकद	☐ अन्य
प्रीमियम अमाउंट			ऑनलाइन भुगतान से जुड़ी ट्रांजैक्शन ID:		दिनांक	
बैंक का नाम/शाखा			निवा बूपा शाखा का स्थान			
कोड नंबर			व्यवसाय का स्रोत: सलाहकार/DST/कॉरपोरेट एजेंसी/अन्य माध्यम			
कोड नंबर						
नाम						
प्रस्ताव प्राप्त होने की तारीख:			ग्राहक आईडी:			
क्या प्रपोजर या आवेदक कर्मचारी है?	☐ हाँ ☐ नहीं					

11. केवल प्रपोजर चैनल के लिए अतिरिक्त विवरण (केवल ऑफिस इस्तेमाल के लिए)

शाखा कोड		SP कोड		RM/LG कोड	
Cकस्टमर अकाउंट नंबर					

12. इंश्योरेंस एडवाइज़र की रिपोर्ट (केवल ऑफिस इस्तेमाल के लिए)

मैं, एक इंश्योरेंस एडवाइज़र / कॉर्पोरेट एजेंट के निर्दिष्ट व्यक्ति / ब्रोकर के अधिकृत कर्मचारी / रिलेशनशिप ऑफिसर के रूप में, यह घोषणा करता हूँ कि मैंने इस प्रपोज़ल फॉर्म की सभी सामग्री, जिसमें निहित सवालों का स्वभाव भी शामिल है, प्रपोज़र को समझा दी है, जिसमें उसके द्वारा इस प्रपोज़ल फॉर्म में दिए गए विवरण(ओं), जानकारी और प्रतिक्रिया(ओं) या इसमें मांगी गई कोई भी जानकारी शामिल है, जो कंपनी और प्रपोज़र के बीच इंश्योरेंस कॉन्ट्रैक्ट का आधार बनेगी, यदि यह प्रपोज़ल कंपनी द्वारा पॉलिसी इश्यू करने के लिए स्वीकार किया जाता है।

मैंने यह भी समझाया है कि यदि इस प्रपोज़ल फॉर्म / जिसमें परिशिष्ट(ओं), एफिडेविट, स्टेटमेंट, सबमिशन, प्रस्तुत की गई / की जाने वाली जानकारी और प्रतिक्रिया(ओं) में कोई असत्य कथन(ओं) / जानकारी / प्रतिक्रिया(ओं) है / हैं और यदि किसी महत्वपूर्ण तथ्य का डिस्क्लोजर नहीं किया गया है, तो इस प्रपोज़ल के परिणामस्वरूप उसके पक्ष में इश्यू की गई पॉलिसी को कंपनी द्वारा शून्य और अमान्य माना जा सकता है और पॉलिसी के तहत पेमेंट किए गए सभी प्रीमियम कंपनी द्वारा जब्त किए जा सकते हैं।

दिनांक

इंश्योरेंस से जुड़े सलाहकार के हस्ताक्षर

13. वैधानिक चेतावनी

छूट पर प्रतिबंध (इंश्योरेंस एक्ट 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 इंश्योरेंस कराने, रिन्यू कराने या जारी रखने के लिए प्रोत्साहन के रूप में, देय कमीशन का पूरा या आंशिक हिस्सा या पॉलिसी पर दिखाए गए प्रीमियम का कोई छूट नहीं देगा या प्रदान नहीं करेगा, और न ही कोई व्यक्ति पॉलिसी कराने, रिन्यू कराने या जारी रखने वाला व्यक्ति कोई छूट स्वीकार करेगा, सिवाय ऐसी छूट के जो बीमाकर्ता के प्रकाशित प्रॉस्पेक्टस या तालिकाओं के हिसाब से स्वीकृत हो।

2. कोई भी व्यक्ति जो इस धारा के प्रावधानों का पालन नहीं करेगा, जुर्माना भरना होगा, जो दस लाख रुपये तक हो सकता है।

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

आशा कार्यकर्ता

मनरेगा कार्यकर्ता

15. आभा ID

सदस्य का नाम	क्या आपके पास आभा ID है?	आभा ID	आभा के माध्यम से इंश्योरेंस करने वालों/ TPA के साथ मेडिकल रिकॉर्ड शेयर करने की सहमति
	☐ हाँ ☐ नहीं		☐ हाँ ☐ नहीं
	☐ हाँ ☐ नहीं		☐ हाँ ☐ नहीं
	☐ हाँ ☐ नहीं		☐ हाँ ☐ नहीं
	☐ हाँ ☐ नहीं		☐ हाँ ☐ नहीं
	☐ हाँ ☐ नहीं		☐ हाँ ☐ नहीं
	☐ हाँ ☐ नहीं		☐ हाँ ☐ नहीं

16. रिफंड और क्लेम के पेमेंट का विवरण

पेमेंट प्राप्त करने का ऑप्शन: बैंक ट्रांसफर

लाभार्थी का नाम

बैंक का नाम

अकाउंट नंबर

IFSC कोड

अकाउंट का प्रकार

निवा बूपा हेल्थ इंश्योरेंस कंपनी लिमिटेड; रजिस्टर्ड ऑफिस:- C-98, पहली मंजिल, लाजपत नगर, भाग 1, नई दिल्ली-110024
डिस्क्लेमर: इंश्योरेंस आग्रह की वस्तु है। निवा बूपा हेल्थ इंश्योरेंस कंपनी लिमिटेड (IRDAI रजिस्ट्रेशन नंबर 145) 'बूपा' और 'हार्टबीट' लोगो उनके संबंधित स्वामियों के रजिस्टर्ड ट्रेडमार्क हैं और निवा बूपा हेल्थ इंश्योरेंस कंपनी लिमिटेड द्वारा लाइसेंस के तहत इस्तेमाल किए जा रहे हैं। ग्राहक हेल्पलाइन: 1860-500-8888. वेबसाइट: www.nivabupa.com. CIN: L66000DL2008PLC182918, नियमों और शर्तों, बहिष्करणों, जोखिम कारकों, वेटिंग पीरियड और बेनिफिट पर अधिक जानकारी के लिए, सेल्स समाप्त करने से पहले कृपया सेल् ब्रोशर को ध्यान से पढ़ें।

निवा बूपा हेल्थ इश्योरेंस कंपनी लिमिटेड; रजिस्टर्ड ऑफिस:- C-98, पहली मंजिल, लाजपत नगर, भाग 1, नई दिल्ली-110024
डिस्क्लेमर: इश्योरेंस आग्रह की वस्तु है। निवा बूपा हेल्थ इश्योरेंस कंपनी लिमिटेड (IRDAI रजिस्ट्रेशन नंबर 145) 'बूपा' और 'हार्टबीट' लोगो उनके संबंधित स्वामियों के रजिस्टर्ड ट्रेडमार्क हैं और निवा बूपा हेल्थ इश्योरेंस कंपनी लिमिटेड द्वारा लाइसेंस के तहत इस्तेमाल किए जा रहे हैं। ग्राहक हेल्पलाइन: 1860-500-8888. वेबसाइट: www.nivabupa.com. CIN: L66000DL2008PLC182918, नियमों और शर्तों, बहिष्करणों, जोखिम कारकों, वेटिंग पीरियड और बेनिफिट पर अधिक जानकारी के लिए, सेल्स समाप्त करने से पहले कृपया सेल ब्रोशर को ध्यान से पढ़ें।

Product Name: ReAssure 3.0, Product UIN: NBHHLIP26047V012526

कंपनी की ओर से स्वीकृति

आवेदन संख्या दिनांक

हम आपके प्रोजल और राशि की प्राप्ति के लिए धन्यवाद व्यक्त करते हैं, जो चेक/डिमांड ड्राफ्ट/अन्य _____ द्वारा _____ रुपये की राशि _____ दिनांक _____ पर आहरित है। हमें पूर्ण इश्योरेंस प्रोजल प्रस्तुत करने या पॉलिसी इश्यू करने हेतु किए गए किसी भी पेमेंट से हम पॉलिसी इश्यू करने के लिए बाध्य नहीं होते हैं; यह निर्णय पूरी तरह से हमारे एकमात्र और पूर्ण विवेक पर निर्भर करता है। यदि हम इश्योरेंस प्रोजल स्वीकार करते हैं, तो यह पॉलिसी के नियमों और शर्तों के अधीन होगा और यदि प्रीमियम हमें पूरा और समय पर प्राप्त नहीं होता है या उसे भुनाया नहीं जाता है, तो हमारी कोई देयता नहीं होगी। यदि हम प्रोजल स्वीकार नहीं करते हैं, तो हम आपको सूचित करेंगे और यदि कोई मेडिकल टेस्ट की लागत होती है, तो उसे काटकर पेमेंट की गई राशि बिना ब्याज के वापस कर देंगे।

प्राप्तकर्ता का नाम और हस्ताक्षर और कार्यालय की मोहर

Product Name: ReAssure 3.0, Product UIN: NBHHLIP26047V012526